

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Tereza Vrbková

Role speciálního pedagoga v projektu reformy psychiatrické péče multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v Praze

Olomouc 2022

vedoucí práce: Mgr. Kristýna Krahulcová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny a literaturu uvedenou v seznamu.

V Olomouci dne 10. 4. 2022

Podpis:

Chtěla bych poděkovat Ph.D. Kristýně Krahulcové za pomoc s výběrem tématu diplomové práce, za odborné vedení, zpětnou vazbu a výbornou spolupráci. Také mé kolegyni Mgr. Alexandře Dočkalové za podporu.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Duševní onemocnění	7
1.1 Klasifikace duševního onemocnění	8
1.2 Etiologie duševního onemocnění.....	12
1.3 Vývoj psychiatrické péče v ČR	13
2 Popis vybraných duševních onemocnění	16
2.1 Úzkostná porucha	16
2.2 Deprese	17
2.3 Bipolární afektivní porucha	18
2.4 Schizofrenie	19
2.5 Porucha pozornosti s hyperaktivitou	21
2.6 Obsedantně-kompulzivní porucha	22
2.7 Porucha autistického spektra	23
2.8 Poruchy příjmu potravy	24
2.9 Porucha pohlavní identity	25
3 Problematika duševního onemocnění v současnosti.....	27
3.1 Dopad distanční výuky na duševní zdraví žáků	29
4 Reforma psychiatrické péče v ČR.....	30
4.1 Stigmatizace osob s duševním onemocněním	32
4.2 Multidisciplinární přístup	33
4.3 Role speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví.....	34
4.4 Centrum duševního zdraví.....	35
4.5 Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescenty.....	37
EMPIRICKÁ ČÁST.....	39
5 Metodologie výzkumu.....	39

5.1	Vymezení cílů a hypotéz.....	39
5.2	Průběh výzkumné části a metodika výzkumu.....	41
5.3	Charakteristika výzkumného vzorku	43
6	Interpretace výsledků a analýza dat.....	44
6.1	Interpretace výsledků	44
6.2	Testování hypotéz	60
6.3	Shrnutí výsledků, dílčí cíle	65
7	Diskuse	69
	Závěr.....	72
	Použitá literatura a elektronické zdroje	74
	Seznam obrázků, grafů, tabulek	81
	Seznam příloh.....	83

Úvod

Duševní zdraví je v dnešní době poměrně aktuálním tématem. Psychiatrické léčebny a ambulance psychiatrů hlásí plné kapacity a děti s psychickými problémy je čím dál víc. Dostáváme se do situace, kdy duševní onemocnění ovlivňuje čím dál víc naše životy a mnozí z nás se s tímto setkávají poprvé. Jedno z řešení této situace je reforma psychiatrické péče a tvoření týmů a center duševního zdraví, která s klientem pracují intenzivně a multidisciplinárně. Tento tým dokáže zachytit veškeré aspekty života klienta a snaží se jeho duševní stav včas podchytit a stabilizovat. Jedna z rovin, kde tyto odborníci pracují je škola. Jelikož tato reforma je v České republice novinkou, mnozí z odborníků ještě nejsou na tuto spolupráci zvyklí.

Cílem práce je především zjistit situaci duševního onemocnění u žáků základních škol a prozkoumat potřeby a zkušenosti pedagogických pracovníků s žáky s duševním onemocněním. Tato data budou prospěšná pro novou pozici speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví. Pokusíme se zjistit, zda pozice v rámci reformy psychiatrické péče je opravdu prospěšná a zda pedagogičtí pracovníci potřebují tuto podporu a spolupráci.

Diplomová práce přibližuje problematiku duševního onemocnění, popisuje současnou situaci v této oblasti a zabývá se reformou psychiatrické péče v ČR, jejíž součástí jsou týmy a centra duševního zdraví.

První část diplomové práce se věnuje teoretickému vymezení tohoto tématu. Skládá se ze čtyř kapitol, které jsou zaměřené především na duševní onemocnění. V první kapitole lze najít základní vymezení duševního onemocnění. Jedná se o základní definování tohoto pojmu, představení klasifikačních systémů až po vývoj psychiatrické péče u nás. V druhé kapitole jsou popsány jednotlivé duševní onemocnění, které souvisí s praktickou částí diplomové práce. Třetí kapitola se zabývá aktuální situací v oblasti duševního zdraví, včetně dopadu distanční výuky na duševní zdraví žáků. Kapitola čtvrtá popisuje reformu psychiatrické péče v ČR.

Druhá část diplomové práce je částí praktickou a je zde popsán výzkum kvalifikační práce. Na tuto práci byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazníku. Praktická část je rozdělena do tří kapitol. Na začátku se zabýváme popisem a průběhem samotného výzkumu, metodologií a vymezením cílů. Dále interpretujeme výsledky a analyzujeme data, v poslední části pak probíhá diskuze.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce obsahuje základní vymezení pojmu duševního zdraví se zaměřením na jednotlivá duševní onemocnění a systémem péče u nás v ČR. Uvádí reformu psychiatrické péče jako nový přístup ke klientovi s psychiatrickou diagnózou. Skládá se ze čtyř hlavních kapitol. První kapitola poskytuje základní vhled do problematiky duševního onemocnění, informuje o vzniku tohoto onemocnění, uvádí zařazení do jednotlivých klasifikačních systémů až po vývoj psychiatrické péče v ČR. Tyto kapitoly poskytují čtenáři základní přehled o této problematice a informují ohledně péče o duševním zdraví napříč historií až po současnost. Druhá kapitola se skládá z popisu jednotlivých duševních onemocnění. S vybranými duševními nemocemi se dále pracuje v praktické části této práce. Třetí kapitola prezentuje současnou situaci duševního onemocnění, včetně dopadu distanční výuky na duševní zdraví žáků. Tato kapitola je důležitá pro správné pochopení současné situace a potřebě reformy psychiatrické péče, jejíž součástí je právě role speciálního pedagoga v týmech duševního zdraví. Čtvrtá kapitola popisuje reformu psychiatrické péče, způsob fungování, jednotlivé kroky této reformy a jejich prospěšnost a důležitost. Součástí reformy jsou centra a týmy duševního zdraví. Teoretická část je důležitá pro shrnutí informací o této problematice a pro lepší pochopení výzkumné části práce, která právě s touto terminologií pracuje.

1 Duševní onemocnění

Na začátku, abychom lépe porozuměli dané problematice, bude potřeba si definovat pojem „duševní onemocnění“. Ukážeme si různé etiologické příčiny a rozebereme jednotlivá duševní onemocnění do klasifikačních systémů. Poté se budeme věnovat vývoji psychiatrické péče v ČR, abychom lépe pochopili důvody a potřeby pro aktuální reformu.

Než přejdeme k definici duševního onemocnění, je potřeba si definovat pojem zdraví. Standardní definici zdraví uvádí Světová zdravotnická organizace (1946) „*jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody. Nikoli jen nepřítomnost nemoci či vady*“. Posléze se objevila doplňující charakteristika této definice a to „*schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život*“ (WHO, 1977). Duševní zdraví neznamena jen nepřítomnost nějakého duševního onemocnění, znamená to dobrou kondici celé osobnosti. Duševní zdraví zasahuje do oblasti zpracování informací, řešení problémů, logického myšlení, komunikace, adaptace na nové situace,

zvládání emocí a podílení se na dění kolem sebe (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Na duševní zdraví se nelze dívat jako na nějaký určitý a ucelený stav, ale jako na dynamický proces, který se vyvíjí v určitém vztahu k prostředí. Chorobný proces a vývoj osobnosti pak hodnotíme paralelně, nikoli kontinuálně (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Duševní zdraví lze rozdělit do tří základních oblastí – emoční, psychickou a sociální pohodu. Emoční stránka duševního zdraví zahrnuje pocity štěstí a spokojenosti. Psychická stránka obsahuje většinou spokojenost se sebou samým, fungování v každodenním životě, schopnost tvořit vztahy s ostatními a celkovou spokojenost s vlastním životem. Sociální složka zahrnuje sociální přínos, sociální integraci a soudržnost (Galderisi, 2015).

WHO, 2019 definuje duševní onemocnění jako výskyt takových problémů v oblasti duševního zdraví, které závažným způsobem omezuje schopnost jedince cítit se dobře a fungovat v souladu se sebou samým a svým okolím. Duševní onemocnění ovlivňuje především lidské myšlení, prožívání a vztahy s okolím. Jednotlivé duševní poruchy mají své specifické znaky a symptomy, kterými se od sebe navzájem odlišují (Hartl, Hartlová, 2015). Duševní zdraví však v dnešní době zůstává opomíjenou součástí našich životů. Ukazuje se, že více než 80 % lidí prožívajících psychickou nepohodu (včetně jedinců s neurologickými potížemi či při zneužívání návykových látek) jsou bez jakékoli formy péče a podpory o duševní zdraví (WHO, 2019).

1.1 Klasifikace duševního onemocnění

Každá odborná disciplína potřebuje třídit své poznatky a zkušenosti do různých kategorií nebo do nějakého systému. Výsledkem této snahy je vznik klasifikačních systémů, které mohou sloužit k různým účelům. Poskytují srozumitelnost všem pracovníkům v oboru, pomáhají nastavit správný postup léčby a usnadňují hledání příčiny duševního onemocnění (Raboch, 2020). Systematické třídění vychází z nějaké teorie, která obsahuje třídící kritérium. Klasifikace v psychiatrii se může opírat o diagnostické kategorie. Tyto kategorie popisují výskyt a posloupnost charakteristických příznaků a typický průběh u daného onemocnění (Hosák, 2016). Mnoho psychiatrických poruch vzniká v důsledku vzájemného působení několika faktorů. Proto se apelovalo na vznik víceosého klasifikačního systému, který obsahuje různé aspekty pacientovy poruchy a klasifikuje poruchu podle různých kritérií, jako jsou například: přítomné psychiatrické syndromy, úroveň intelektu, specifické vývojové odchylky, přidružené somatické poruchy, styl temperamentu, osobnostní charakteristiky, abnormální psychosociální faktory a celkové posou-

zení psychických, sociálních či pracovních funkcí. V dnešní době se běžně používají dva diagnostické klasifikační manuály. Jeden byl vytvořený Světovou zdravotnickou organizací a druhý Americkou psychiatrickou asociací (Barker, 2007). Klasifikační systémy jsou vytvořeny na základě určité konvence. Stejný problém lze posoudit z různých hledisek, a to platí i pro psychiatrii. Psychiatrické závěry totiž většinou nejdou podložit laboratorními metodami či jinými způsoby. Co pod pojmem schizofrenie se ukrývalo v minulosti, nemusí být totožné s tím, co obsahuje dnes. Rozvoj klasifikace duševních poruch tudíž představuje určitý historický proces (Dušek, 2015).

V roce 1948 vznikla Světová zdravotnická organizace, která vydala International Statistical Classification of Diseases. Tuto klasifikaci zpočátku využívaly jen některé země. V průběhu následujících let došlo k několika úpravám a vzniká současná 10. revize MKN, která obsahuje sjednocené psychiatrické diagnostiky a snaží se přiblížit americké klasifikaci DSM (Dušek, 2015). Diagnostický manuál Světové zdravotnické organizace – 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (neboli MKN-10) zahrnuje veškeré nemoci a zdravotní faktory. Kapitola V. se týká „duševních poruch a poruch chování“, je rozdělena do oddílů F70-F99 (Barker, 2007). MKN-10 nepoužívá pojmy nemoc a onemocnění, ale pojem porucha. Nemoc a onemocnění totiž nejsou v oblasti psychiatrie jednoznačně definovány (Raboch, 2020). V květnu 2019 vznikla 11. revize MKN, která oficiálně vstoupila v platnost v lednu 2022. Tato revize se prezentuje novou filozofií, kódovanou a standardizovanou terminologií využitelnou především v systémech pro elektronické zdravotnictví. MKN-11 totiž není kniha, ale databáze. V oblasti duševního zdraví nově vzniká kapitola, která se věnuje poruchám spánku a bdění či popisuje stavy související se sexuálním zdravím. MKN-11 neboli ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) je momentálně jen v angličtině a prochází českým překladem. V září 2022 se chystá schválení a publikace 1. české verze MKN-11. Do této doby se ve zdravotnictví stále ještě využívá MKN-10 (ÚZIS, 2021).

Tabulka 1: MKN-10 klasifikace

Kód	Název oddílu poruch	Příklady duševních poruch
F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických	demence u Alzheimerovy nemoci, vaskulární demence, delirium a organický anamnestický

		syndrom (který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami)
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, halucino-genů, tabáku, psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	schizofrenie, schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)	manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	fobické úzkostné poruchy, jiné anxiózní poruchy, obsedantně-nutková porucha, reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, dissociativní poruchy, somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, sexuální poruchy (které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí)
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých	specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti, nutkové a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference
F70-F79	Mentální retardace	lehká mentální retardace, střední mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje	specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, specifická vývojová porucha motorických funkcí, pervazivní vývojové poruchy

F90-F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání	hyperkinetické poruchy, poruchy chování, smíšené poruchy chování emocí, poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání, tiky
F99	Neurčené duševní poruchy	

Zdroj: (ÚZIS ČR, 2011, dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>)

Diagnostický a statický manuál duševních poruch (neboli DSM-5) je klasifikační systém Americké psychiatrické asociace. Obsahuje základní přehled diagnóz duševních poruch a souvisejících onemocnění. Poznání příčin a projevů duševních poruch probíhá v rámci „evidence based“ medicíny (neboli medicína založená na nejlepších, současných důkazech). Obnáší změny jednotlivých diagnostických kategorií a chápání psychopatologie obecně (APA, 2013).

Tabulka 2: DSM-V klasifikace

Název skupiny poruch	Příklady konkrétních duševních poruch
Neurovývojové poruchy	mentální postižení, porucha komunikace, porucha autistického spektra, porucha pozornosti a hyperaktivity, specifické poruchy učení
Schizofrenie a jiné psychotické poruchy	schizofrenie
Bipolární a související poruchy	bipolární afektivní porucha
Depresivní poruchy	deprese
Úzkostné poruchy	generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie, sociální fobie, panická ataka
Obsedantně-kompulzivní a související poruchy	obsedantně-kompulzivní porucha,
Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem	posttraumatický stresový syndrom, akutní stresová porucha, poruchy přizpůsobení,
Disociativní poruchy	depersonalizace/derealizace
Poruchy se somatickými příznaky a související příznaky	somatizační porucha
Poruchy příjmu potravy	mentální anorexie, mentální bulimie

Eliminační poruchy	enuréza, enkopréza
Poruchy spánku	nespavost (insomnie), poruchy spánku související s dýcháním, parasomnie
Sexuální dysfunkce	erektilní porucha
Genderová dysforie	porucha pohlavní identity
Disruptiva poruchy, poruchy ovládnání impulzů a poruchy chování	porucha opozičního vzdoru, porucha chování
Poruchy spojené s užíváním látek a poruchy závislosti	látkové závislosti, nelátkové závislosti
Neurokognitivní poruchy	delirium, neurokognitivní poruchy
Poruchy osobnosti	paranoidní porucha osobnosti, narcistická porucha osobnosti
Parafilní poruchy	voyeuristická porucha, exhibicionismus, fetišismus
Jiné duševní poruchy	jiné specifické duševní poruchy způsobené jinou léčbou, nespecifikované duševní poruchy způsobené jiným zdravotním stavem
Poruchy pohybu vyvolané léky a jinými nežádoucími účinky	tardivní dyskineze, akutní dystonie vyvolaná léky
Jiné problémy, na které je třeba se klinicky zaměřit	problém ve vztahu rodič-dítě, sourozenecký vztahový problém, narušení rodiny rozvodem rodičů

Zdroj: (APA, 2013)

1.2 Etiologie duševního onemocnění

Pokud bychom chtěli charakterizovat příčiny duševních poruch, nejspíš bychom je popsali jako komplikované, pestré, různorodé nebo také komplexní. U mnoha psychických poruch příčinu z velké části neznáme. Vznik duševního onemocnění je potřeba zohledňovat z několika úhlů. Bereme v potaz stránku biologickou, psychickou, sociální i přesahovou (neboli spirituální). Zohledňujeme také širší okolnosti kultury, společnosti a doby. Všechny výše zmíněné roviny spolu navzájem souvisí a jsou neoddělitelně interakčně propojené navzájem (Orel, 2020). Tato vzájemná interakce je navíc ovlivněna individuální osobností každého jedince. U

každého se dané duševní onemocnění projevuje trošku jinak. Proto je potřeba klást důraz na komplexnost vyšetření a hodnocení ve vzájemných interakcích (Kučerová, 2013).

Navzdory tomuto rozdělení Praško (2011) jako čtyři hlavní okruhy vzniku duševního onemocnění uvádí biologickou, psychologickou, užší sociální a širší sociální rovinu. Vynechává rovinu přesahovou (spirituální). Doplnuje to rizikovými faktory, které ovlivňují vznik duševního onemocnění. Popisuje faktory psychosociální, biologické a environmentální stresory, vývojové formativní vlivy, charakterové rysy, familiárně hereditární a temperamentové dispozice.

Duševní onemocnění vzniká na základě působení více činitelů. Podílejí se zde biologické či genetické faktory a vlivy prostředí. Zděděné faktory se projevují prostřednictvím specifické reakce na danou situaci nebo mírou náchylnosti k určitému onemocnění. Mohou vznikat určité tzv. predispozice k danému onemocnění. Vlivy prostředí se dělí na negativní a pozitivní (ochranné). K negativním faktorům řadíme například perinatální poškozující vlivy, působení infekcí, toxinů či vlivy různých traumat či farmak vyvolávajících závislost. Naopak pozitivní vlivy vznikají v harmonické rodině, kde dítě získává pocity jistoty, přijetí a lásky. Tyto základní hodnoty mu v budoucnu pomáhají uspět při zvládnání nepříznivých událostí (Malá, 2010).

1.3 Vývoj psychiatrické péče v ČR

Zmínky o psychiatrických poruchách sahají až do starého Egypta, Mezopotámie a Řecka. Za představitele v antické kultury můžeme zmínit Hippokrata (460-377 př. Kr.), který mimo jiné jako první hovořil o duševních poruchách jako o chorobách mozku. Zastával však pouze somatickou terapii (Dušek, 2015). Dále je potřeba zmínit lékaře Avicenna (980-1037), představitele arabské medicíny, který se věnoval duševnímu onemocnění – psal o léčbě, při které využíval například sugesci, narkotika, dietetiku nebo různé koupele (Svoboda, 2015). Útulky pro duševně choré se jako první začaly budovat v arabském světě již v 7.století (Orel, 2020). Evropský středověk pro duševně choré naopak znamenal dobu temna. Tito lidé nebyli považováni za nemocné, ale posedlé d'áblem či jinými zlými duchy a démony. Velký vliv zde hrála církev. K tomu se vážou specifické rituály této doby jako jsou čarodějnické procesy a vyhánění d'ábla z nemocných. V roce 1487 ve Štrasburku vyšlo *Malleus maleficarum*, aneb Kladivo na čarodějnice od autorů Jakoba Sprenera a Heinricha Kraemera, což byla klíčová bibliografie ohledně přístupu k duševně nemocným této doby (Svoboda, 2015).

Dětské duševní poruchy a úchytky jsou zmíněny již v období 3000 př. Kr. v Ebrově papyru. Je zde popsána problematika nočního pomočování. Ve starověké kultuře je pak zmíněna dětská koktavost, epilepsie a slabomyslnost. V novověku je oblast dětského duševního onemocnění výrazně opomenuta. Napomáhálo tomu obecné přesvědčení o nepřítomnosti duševního onemocnění u dětí a adolescentů z důvodu náboženské víry a Boha. Hovořilo se o nevinosti dětské duše, která je hříchem netknutá, tudíž jí nemůže postihnout duševní onemocnění. Teprve počátkem 19. století Philippe Pinel se zmiňuje o oligofrenii, která zahrnuje i dětskou problematiku. O duševním onemocnění u mladistvých se v psychologii pojednává ještě později, a to v roce 1904 v publikaci s názvem *Adolescence*, kterou publikoval Stanley Hall (Musil, 2006).

První obrat v psychiatrii je spojován s myšlenkou Johannes Weyer, profesora lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem, který učil, že duševní choroby mají medicínskou příčinu (Orel, 2020). Toto učení přispělo k tvorbě první psychiatrické knihy v roce 1621 *Anatomie melancholie* od Roberta Burtona. V knize jsou zmíněny některé psychické poruchy, nicméně jsou velmi odlišné od dnešní klasifikace psychických onemocnění. Novověk přinesl impulz zakládání ústavů pro duševně nemocné, které se však daly spíše připodobnit vězeňské izolaci (Ocisková, 2015).

Druhý psychiatrický obrat se odehrává v roce 1792, kdy francouzský lékař Phillipe Pinel sundal pouta duševně nemocným. Do této doby byli totiž lidé s duševními poruchami vězněni společně s trestanci a zločinci. Osoby s duševním onemocněním umisťoval do speciálních institucí neboli psychiatrických ústavů. Proto je Phillipe Pinel známý jako zakladatel psychiatrie, který pomohl zavést humanitní reformy v psychiatrických léčebnách. Tato doba je charakteristická vznikem ústavní péče o lidi s duševním onemocněním a vznikem psychiatrie jako samostatné vědecké disciplíny. Jako první o psychiatrii přednáší italský lékař Vincenzo Chiarugi v roce 1805 ve Florencii (Ocisková, 2015).

Třetí obrat v psychiatrii se odehrává na pomezí 19.-20. století. Do této doby řadíme Sigmunda Freuda s jeho myšlenkami a názory. Zde se objevuje učení o nevědomých procesech a psychických obranných mechanismech. Tyto mechanismy dále člení na popření, racionalizaci a vytěsnění. Jeho působení mělo velký vliv na rozkvět diagnostiky, klasifikace a léčbu duševních poruch. Také přineslo nové učení o neurózách a teorii psychiky. Mnoho přístupů a psychoterapeutických směrů se inspiroje právě myšlenkami Freuda nebo je naopak vyvrací (Orel, 2020). Koncem 19. století se v českých zemích začínají budovat psychiatrické ústavy, jako jsou Černovice (1863) nebo léčebna v Dobřanech (1881). V tomto období také vzniká česká lékařská fakulta v Praze (Dušek, 2015).

V padesátých letech 20. století přichází čtvrtý obrat v psychiatrii, který přinesl zavedení psychofarmak do léčby duševních poruch. Prvním psychofarmakem se léčily bludy a halucinace u lidí se schizofrenií (Orel, 2020). Dále toto období přispělo k rozvoji psychoanalýzy a posléze ke vzniku humanistické a behaviorální terapie. Rovněž se rozvíjela psychoterapie, která se rozšířila o interpersonální, dynamickou, skupinovou nebo kognitivní. Poté v osmdesátých letech se začal klást důraz na kvalitu života pacientů a do popředí se začala dostávat efektivita práce a léčby. Posléze se začalo ukazovat, že léky nejsou všechno. Většina pacientů měla problém s adaptací v běžném životě, i v případě stabilního rodinného zázemí. Na popud toho jako záchranná a podpůrná síť se začala rozvíjet komunitní péče a začaly vznikat chráněné dílny a domy na půl cesty (Ocisková, 2015).

V naší republice je psychiatrická péče založena na psychiatrických zařízeních lůžkových, ambulantních a komplementárních. Důležitá je spolupráce mezi jednotlivými složkami, propojenost a návaznost služeb psychologických, psychoterapeutických nebo sociálních. V některých případech je psychiatrická hospitalizace nepostradatelnou součástí léčebného procesu. Psychiatrická hospitalizace se provádí v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, klinik nebo v psychiatrických léčebnách (Orel, 2020). Nyní nastává reforma psychiatrické péče, kdy je v plánu snižovat počty lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích a přesunout se směrem ke komunitní péči. Jako podpora tohoto procesu je vznik multidisciplinárních týmů a Center duševního zdraví (Pasz, 2020).

Systém psychiatrické péče v Česku je velice nákladný. Většina finančních prostředků ze zdravotnictví se poskytuje právě na duševní zdraví, přičemž většina pochází z veřejného zdravotního pojištění na dlouhodobou lůžkovou péči. V Česku se vesměs poskytuje zdravotní péče v oblasti duševního zdraví v rámci velkých psychiatrických zařízení s opakovanou akutní nebo dlouhodobou péčí, která může trvat i několik let (Svačina, 2021).

2 Popis vybraných duševních onemocnění

Vybraný popis duševních onemocnění je zvolen na základě výskytu daných onemocnění v praktické části kvalifikační práce autorky.

2.1 Úzkostná porucha

Úzkostné poruchy se dle klasifikace MKN-10 řadí pod kódem F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Patří sem fobické úzkostné poruchy, jiné anxiózní poruchy, obsedantně-nutková porucha, reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, disociativní poruchy, somatoformní poruchy. Z úzkostných poruch je potřeba vyzdvihnout generalizovanou úzkostnou poruchu, která se dle MKN -10 definuje jako „*přetrvávající úzkost, která není vztažena na žádné zvláštní zevní okolnosti, ani se nevyskytuje převážně v závislosti na nich (tj. je „volně těkající“*“. Hlavní příznaky jsou různé. Většinou jde o pocity nervozity, třes, svalové napětí, pocení, světloplachost, palpitace, závratě a tlak v epigastriu. Často jsou přítomny strachy a jiné obavy, že pacient sám nebo jeho příbuzní brzy onemocní nebo budou mít nehodu“ (ÚZIS, 2011).

MKN-11 popisuje úzkostnou poruchu v kategorii – Úzkost nebo poruchy související se strachem. Do této kategorie patří generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, agorafobie, sociální úzkostná porucha, separační úzkostná porucha a selektivní mutismus. MKN-11 rozlišuje kategorii Úzkost nebo poruchy související se strachem a Úzkost vyvolaná užíváním psychoaktivních látek. (WHO, 2019)

Dle klasifikace DSM-5 do skupin úzkostných poruch patří panická porucha, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, selektivní mutismus, specifické fobie a látkami způsobená úzkostná porucha (Nosková, 2017). Kritéria pro generalizovanou úzkostnou poruchu dle DSM-5 jsou nadměrné úzkosti a starosti o různých tématech, událostech nebo činnostech. Přičemž tyto obavy se musí vyskytovat nejméně 6 měsíců a jsou náročně kontrolovatelné. Tyto úzkostné stavy jsou spojeny alespoň s třemi fyzickými nebo kognitivními příznaky (podrážděnost, svalové bolesti, zhoršená soustředěnost, únava atd.). (APA, 2013).

Úzkost je normální reakce organismu na ohrožení nebo psychický stres, který ho připravuje do akce. Tímto se organismus připravuje na boj proti možnému nebezpečí nebo na útěk. Úzkost je reakcí, která přispívá k získání dovedností pro zvládnání nebezpečných situací. Je to

komplexní prožitek s psychickými, tělesnými, kognitivními a behaviorálními projevy, které se mezi sebou prolínají a na sebe navazují (Hosák, 2016). Příčiny vzniku úzkostí můžou být genetické predispozice, náročné psychické či fyzické stavy a situace (rozchod, traumatická událost, úmrtí v rodině), choroby (poruchy štítné žlázy, demence, některé nádory), užívání léků a jiných látek nebo vysazení alkoholu nebo sedativ. Mezi hlavní příznaky patří – podrážděnost, zvýšené svalové napětí, zrychlené dýchání, bušení srdce, nevolnost, bolest na hrudi a pocení (Holzschneider, 2011). Strategie, které pomáhají s nepříjemným vlivem úzkosti se vypořádat jsou například různá dechová cvičení, odpoutání pozornosti od problému, psaní si deníku, mapování úzkostí během dne, vymyslet si svůj krizový plán, sdílení starostí s ostatními (Star, 2022).

2.2 Deprese

MKN-10 řadí depresi do kategorie F30-F39 – Afektivní poruchy (poruchy nálady). Mimo jiné zde patří manická fáze, bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha a perzistentní afektivní porucha. V této kategorii jsou základní vlastnosti poruchy afektivity nebo nálady, a to směrem k depresi (s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Nástup fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací. Depresivní fázi můžeme dále dělit na lehkou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků nebo těžkou s psychotickými příznaky. Depresivní fáze je zde popisována jako fáze, kdy je u jedince znatelně zhoršená nálada, snížená energie a aktivita. Narušen může být také spánek, paměť, soustředění nebo chuť k jídlu. Objevují se zde pocity viny, beznaděje, nízké sebevědomí, které může být doprovázené různými somatickými symptomy. Abnormální depresivní nálada se vyskytuje u jedince denně nebo téměř každý den po dobu alespoň dvou týdnů. Člověk zažívá ztrátu zájmů nebo potěšení, pokles energie nebo zvýšenou unavitelnost. Často a opakovaně se objevují myšlenky na smrt nebo sebevraždu (ÚZIS, 2011).

MKN-11 zařazuje depresi do kategorie Poruchy nálady, kde se dále nachází bipolární porucha nebo poruchy příbuzné a symptomatické poruchy nálady (WHO, 2019).

DSM-5 popisuje kritéria, která se musí u jedince projevovat v případě diagnózy deprese, a to alespoň dva týdny. U jedince by se mělo objevovat alespoň 5 kritérií pro diagnostiku deprese. Depresivní nálada trvá většinu dne, a to téměř každý den. Je výrazně snížený zájem nebo potěšení téměř ze všech činností. Objevuje se významný úbytek hmotnosti, v případě, že jedinec

nedrží dietu, nebo naopak přibírání na váze. Zpomalení myšlení a omezení fyzického pohybu. Únava nebo ztráta energie. Pocity bezcennosti nebo pocity viny. Snížení schopnost myslet nebo se soustředit a opakující se myšlenky na sebevraždu nebo na smrt. Tyto příznaky nesmí být důsledkem zneužívání návykových látek nebo jiného zdravotního stavu pro diagnózu deprese (APA, 2013).

Důležité je si definovat, jaký je rozdíl mezi depresí a smutkem. Vzhledem k tomu, že primárním příznakem spojeným s depresí je smutek, může být někdy obtížné tyto dva stavy rozlišit. Deprese je mnohem silnější stav nežli smutek. Rozdíl však nespočívá v míře intenzity, ale spíše v kombinaci faktorů, tělesným dopadem, schopností jedince fungovat v každodenním životě a dalšími symptomy s nimi spojené. Smutek je normální emoce, kterou někdy v životě zažije každý. Člověk, který trpí depresí může mít všechny důvody na světě být šťastný, přesto ztrácí schopnost prožívat radost nebo potěšení (Truschel, 2020). V psychoterapeutické práci s jedincem s depresí je hlavním cílem poskytnutí opory, porozumění, pomoci mu dostat se ze sociální izolace, vzbudit v jedinci znovu chuť žít. V užším slova smyslu je potřeba změnit postoje jedince – odstup od prožitků viny a sebekritiky, naučit jedince depresi vnímat jako těžké, ale přechodné životní období. Edukovat o depresi a naučit jedince rozpoznat první varovné signály a umět na ně reagovat. Dalším bodem je nastavení vhodné medikace. Osvědčila se i práce ve skupinových terapiích (Kryl, 2006).

2.3 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha stejně jako deprese, se dle MKN-10 řadí do kategorie F30-F39– Afektivní poruchy (poruchy nálady). Dále má několik rozdělení – bipolární afektivní porucha, kdy současná fáze je hypomanická, současná fáze manická bez psychotických symptomů, současná fáze manická s psychotickými symptomy, současná fáze lehká nebo střední deprese, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů, současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy, současná fáze smíšená nebo v současné době v remisi. *„Porucha je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese). Pacient trpící pouze opakovanými atakami manie nebo hypomanie, se zařazuje jako bipolární“* (ÚZIS, 2011).

MKN-11 rozlišuje bipolární poruchy typu I, bipolární poruchy typu II a cyklothymickou poruchu. Toto rozlišení je podobné jako v klasifikaci DSM-5 (WHO, 2019).

Dle DSM-5 je bipolární afektivní porucha onemocnění, které způsobuje extrémní výkyvy nálady a energie. Zahrnuje tři různé stavy – bipolární I, bipolární II a cyklothymickou poruchu. Bipolární porucha I je maniodepresivní porucha, může fungovat s psychotickými epizodami i bez nich. Bipolární porucha II označuje depresivní a manické epizody, které se různě střídají. Cyklothymická porucha je cyklická porucha, která způsobuje krátké epizody hypománie a deprese. Aby byla diagnostikována bipolární porucha, musí se u jedince objevit alespoň jedna epizoda mánie (která musí trvat alespoň jeden týden a být přítomna většinu dne) nebo hypománie (která musí trvat alespoň čtyři po sobě jdoucí dny). Během tohoto období musí být přítomny alespoň tři z následujících příznaků – zvýšené sebevědomí, snížená potřeba spánku, zvýšená hovornost, zrychlené myšlení, snížená soustředěnost, psychomotorická agitace, zapojování do činností, které mohou mít bolestivé následky. Depresivní stránka bipolární poruchy je charakterizovaná depresivní náladou, ztrátou zájmu nebo radosti ze života. Dle DSM-5 musí splňovat alespoň pět kritérií, během dvou týdnů – depresivní nálada většinu dne, ztráta zájmu nebo potěšení, výrazný úbytek hmotnosti, zapojení se do bezúčelných pohybů, únava nebo ztráta energie, snížení kognitivních funkcí, myšlenky na smrt (APA, 2013).

Identifikovat a správně určit bipolární afektivní poruchu může být v některých případech obtížné. Prvotní příznaky jsou totiž velmi různorodé a je složité tyto odchylky rozpoznat od normality. Opakující stav, kdy naše nálada je přehnaně intenzivní a nekontrolovatelná po dlouhou dobu, označujeme za patologický. Mezi první příznaky patří například podrážděnost, insomnie nebo ospalost. Z manických příznaků to může být zvýšená fyzická aktivita, lehkomyšlnost, zhoršený úsudek, mnohmluvnost, nesoustředěnost. Bipolární afektivní porucha se projevuje nejčastěji v dospívání (Gay, 2010). Hlavním cílem terapie je udržení remisního stavu pacienta, oddálení relapsů nebo alespoň jejich zkrácení. Základem je farmakoterapie, která je doprovázená psychoterapií, u které je důležitá edukace. Cílem psychoedukace je seznámit jednotlivce s průběhem, příznaky a následky nemoci (Urbanová, 2020).

2.4 Schizofrenie

Schizofrenie dle MKN-10 patří do kategorie – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29). Kromě schizofrenie se zde objevuje schizotypální porucha, poruchy

s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy a schizoafektivní poruchy. Schizofrenie se dále dělí na paranoidní schizofrenii, hebefrenní schizofrenii, katatonní schizofrenii, nediferencovanou schizofrenii, postschizofrenní depresi, reziduální schizofrenii a schizofrenia simplex. Schizofrenie je porucha, při které je deformované myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené a otupěné. Intelekt a vědomí zůstává zachovaný, můžou se pak časem objevovat určité kognitivní defekty. Hlavními příznaky jsou ozvučené myšlenky, vkládání nebo odnímání myšlenek, bludné vnímání, ovlivňování nebo pasivita, sluchové halucinace. Průběh může být trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem. Schizofrenie by neměla být diagnostikována v případě onemocnění mozku nebo během stavů intoxikace po odnětí drog (ÚZIS, 2011).

MKN-11 řadí schizofrenii do kategorie Schizofrenie nebo jiné primární psychotické poruchy, kde se mimo jiné řadí schizoafektivní porucha, schizotypní porucha, akutní a přechodná psychotická porucha, porucha s bludy a symptomatické projevy primárních psychotických poruch (WHO, 2019).

Schizofrenie v DSM-5 spadá do kategorie Poruchy schizofrenního spektra a jiné psychotické poruchy. Schizofrenie je zde definována jako psychotická porucha charakterizovaná poruchami myšlení (poznání), emočních reakcí a chování. Jedinec se schizofrenií trpí různými halucinacemi, bludy, projevuje se u něho neuspořádaná řeč, hrubě dezorganizované chování nebo snížení emocionálního projevu. Je zde narušena společenská nebo pracovní rovina. Tyhle charakteristické příznaky by se měli u jedince objevovat alespoň jeden měsíc, přičemž celkové trvání trvá alespoň šest měsíců (APA, 2013).

Stanovit diagnózu není snadné a nese to velkou odpovědnost, protože je zde zahrnuto i současné vnímání jedince. Psychopatologický obraz choroby je u každého jedince individuální, protože vychází z jeho osobnosti, která je pro něj typická. Jednotlivé příznaky spolu různě souvisejí, vzájemně se ovlivňují a mění se v čase. Prvním krokem stanovení diagnózy je zaměřit se na to, jakým způsobem jedinec mluví. Jeho řeč bývá často zvláštní, podivná až nadměrně filozofující. Obsah můžeme posoudit, pokud známe realitu. Jako u jiných duševních onemocnění je i zde vhodná komplexní léčba. V tomto případě především nastavení vhodné medikace. Dále je důležité s jedincem často hovořit, rozebírat s ním jeho příznaky, problémy, jeho denní režim. Důležité je zapojit do celého procesu jeho známé a příbuzné. Hlavní dvě zásady jsou nebát se jedince a nedávat mu najevo, že jeho řeč nebo chování nejsou normální (Ociskova, 2017).

2.5 Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) se v MKN-10 nazývá Hyperkinetickou poruchou a řadí se pod klasifikaci F90-F90 – Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání. Hyperkinetická porucha se projevuje časným nástupem, nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti. U jedince se objevuje neustálá tendence měnit činnosti bez jejich dokončení. Jedinec bývá dezorganizovaný, impulzivní a špatně reguluje nadměrnou aktivitu. Narušené jsou poznávací schopnosti a disociální chování. Bývá zde také opoždění v motorickém a jazykovém vývoji. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární – může nastat izolace od ostatních a nízké sebevědomí. K hyperkinetickým poruchám dále řadíme poruchu aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování (ÚZIS, 2011).

Dle MKN-11 se porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) řadí do kategorie Poruchy neurovývoje. Dále rozlišuje poruchu pozornosti s hyperaktivitou s převahou nepozornosti, poruchu pozornosti s hyperaktivitou s převahou hyperaktivních impulzů a poruchu pozornosti s hyperaktivitou kombinovanou (WHO, 2019).

DSM-5 uvádí kritéria pro diagnostiku ADHD. Lidé s ADHD vykazují přetrvávající vzorec nepozornosti anebo hyperaktivity (impulzivity), která narušuje fungování nebo vývoj jedince. Do nepozornosti patří například: jedinec často nevěnuje velkou pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti, má problém udržet pozornost při plnění úkolů, často se zdá, že neposlouchá, často nedodržuje pokyny nebo nedokončí úkoly, má problémy s organizací, často ztrácí věci, snadno se nechá rozptýlit, nemá rád úkoly, které vyžadují úsilí. Do hyperaktivity patří – jedinec se často vrtí nebo klepe rukama/nohama, nevydrží na jednom místě, objevuje se značný neklid, přehnaně mluví, není schopen tiché hry a do impulzivity – skáče do řeči, má problém čekat, často přerušuje konverzaci ostatních. Tyto příznaky trvají nejméně šest měsíců a přisuzují se dětem do 12 let. ADHD se projevuje ve třech podobách – porucha pozornosti s hyperaktivitou, porucha pozornosti bez hyperaktivity, porucha hyperaktivity bez poruch pozornosti (APA, 2013).

ADHD se výrazně projevuje v předškolním věku – nejnápadnější bývá mezi 8.-10. rokem. U těchto dětí se často vyskytují specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie). Finální diagnózu ADHD stanovuje kompetentní zdravotní pracovník (dětský psychiatr, klinický psycholog). Využívají se testové metody jako Škála Connersové nebo testy pozornosti, které mohou být doplněné inteligenční škálou. K těmto dětem je důležité zvolit

správný přístup – trpělivost, povzbuzovat, chválit, prokládat práci pauzami, podpora zájmů dítěte, častá zpětná vazba, proměnlivost podnětů, častý pohyb. Léčebný postup zahrnuje vhodné výchovné opatření, farmakoterapii a psychoterapii. Cílem terapie je naučit zvládat denní režim, nastavit postupy k využití jejich plné mentální kapacity a podpořit vztahy v kolektivu a s blízkými osobami. Naopak je potřeba dávat si pozor na nedůslednou výchovu, perfekcionistickou výchovu, nejednotnou výchovu, liberální přístup nebo naopak úzkostnou, rozmazlující, ochraňující výchovu (Pugnerová, Kvintová, 2016).

2.6 Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně-kompulzivní porucha (dále jen OCD) se stejně jako úzkostné poruchy řadí dle MKN-10 pod F40-F48 – neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Je označena jako Obsedantně-nutková porucha a řadí se pod ní převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace a převážně nutkové činy (nutkové rituály). Hlavním rysem obsedantně-nutkové poruchy jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkové činy. Vtíravé myšlenky jsou například různé nápady, představy, které opakovaně vstupují do mysli. Pro jedince se stávají obtížné a často se jim snaží klást znatelný odpor, který je však neúspěšný. Nutkové činy jsou stereotypní a stále se opakují. Nemusí být jedinci příjemné nebo ho nemusí vést k žádné realizaci. Vznikají za účelem zabránit nějaké nepravděpodobné události. Jedinec si může být vědom bezúčelnosti a nesmyslnosti a snaží se činům odolat. Je zde téměř vždy přítomná úzkost (ÚZIS, 2011).

MKN-11 řadí obsedantně-kompulzivní poruchu do kategorie Obsedantně-kompulzivní nebo příbuzné poruchy. Dále tuto kategorii obohacuje o tělesně dysmorfickou poruchu, poruchu čichové reference, hypochondriázu, patologické hromadění, porucha stereotypního chování s převahou tělesných impulzů (WHO, 2019).

Kritéria pro obsedantně-kompulzivní poruchu dle DSM-5 jsou přítomnost obsesí, nutkání nebo oboje. Obsese jsou přitom definovány jako opakující se přetrvávající myšlenky, které jsou pro jedince nechtěné a rušivé a jedinci většinou způsobují úzkost. Jedinec se poté snaží donucením myšlenky ignorovat nebo potlačit. Nutkání je definováno jako opakující se chování (například: mytí rukou, kontrola vypínačů) nebo psychické pochody (počínání, tiché opakování slov), ke kterým se jedinec cítí být donucen jako odpověď na obsesi nebo dodržení určitého striktního pravidla. Toto chování je zaměřeno na snižování obav či úzkosti z nadcházející události nebo situací, která není reálná. Při dodržení těchto kritérií musí platit, že obsese nebo

nutkání jsou časově náročné (zaberou více než 1 hodinu denně), obsedantně-kompulzivní symptomy nelze připsat fyziologickým účinkům jiné látky nebo jiného zdravotního stavu (APA, 2013).

OCD je chronicky probíhající psychická porucha, která je často celoživotní zátěží. Mnoho lidí však nevyhledá odbornou pomoc. Jako účinné metody při léčbě OCD se projevila psycho-terapie (nejlépe KBT) v kombinaci s vhodnou medikací (Praško, 2019). Při diagnostice se využívá rozhovor, pozorování a testové vyšetření. K měření OCD se u dětí využívá dotazník CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale). K tomu, aby jedinec byl schopen samostatně zvládat své životní situace, pomocí KBT probíhá nácvik na principu opakování, učení a tréninku. Vznik této poruchy je pravděpodobně multifaktoriální. Ve většině případů má na to vliv organický podklad. Dále to mohou být různá traumata, toxické a infekční procesy CNS, úrazy hlavy, dědičnost, styl výchovy a schopnost práce se stresem (Mašková, 2020).

2.7 Porucha autistického spektra

Dle MKN-10 se poruchy autistického spektra (PAS) řadí do klasifikace F80-F89 – Poruchy psychického vývoje. Do poruch psychického vývoje se dále řadí specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, specifické vývojové poruchy motorických funkcí a smíšené specifické vývojové poruchy. Poruchy autistického spektra jsou v MKN-10 uvedené jako pervazivní vývojové poruchy, která se dále dělí na dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jinou dětskou dezintegrační poruchu, hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby a Aspergerův syndrom. Pervazivní vývojové poruchy se charakterizují jako kvalitativní porušení reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto abnormality jsou rysem chování jedince v každé situaci (ÚZIS, 2011).

Poruchy autistického spektra dle klasifikace MKN-11 spadají do kategorie – Poruchy neurovývoje. Poruchy autistického spektra se dále dělí na poruchu autistického spektra bez poruchy intelektového vývoje a s mírnou nebo žádnou poruchou řeči, s poruchou intelektového vývoje a s mírnou nebo žádnou poruchou řeči, bez poruchy intelektového vývoje a s narušenou poruchou řeči a s poruchou intelektového vývoje a s narušenou poruchou řeči (WHO, 2019).

V DSM-5 se u poruch autistického spektra sloučily deficity v oblasti sociální komunikace a sociální interakce. Hovoříme o tzv. dyádě, která obsahuje deficity v sociální komunikaci a

v omezených vzorcích chování, zájmů a aktivit. Dále specifikuje PAS pomocí dalších přidružených poruch – s přidruženou poruchou intelektu, poruchou řeči, somatickou nebo genetickou poruchou, neurovývojovou, duševní nebo behaviorální poruchou (APA, 2013).

U PAS jsou narušeny tři základní oblasti – komunikace (gesta, mimika, opožděný vývoj řeči), sociální chování a interakce (sociálně-emoční dovednosti, oční kontakt, zpětná vazba), představivost (stereotypní okruh zájmů, hra, imaginace). Nelze najít dva stejné jedince s poruchou autistického spektra, které mají stejné projevy. Tito jedinci často nerozumí svému okolí, nezvládají aplikovat naučené dovednosti do nově vzniklých situací běžného života a nesnáší změny. Podle stupně inteligence můžeme PAS dále dělit na vysoce funkční autismus, středně funkční autismus a nízko funkční autismus. Při diagnostice využíváme screeningové metody, posuzovací škály, semistrukturované dotazníky nebo pozorování. Při práci s jedincem s PAS se využívají různé přístupy a intervenční opatření. Úprava prostředí, práce s motivací, relaxační techniky, modelové nácviky, komunikace pomocí alternativních a augmentativních metod, behaviorální přístupy, herní a interakční terapie. Při edukaci je třeba dodržovat tři základní přístupy – individualizace, strukturalizace a vizualizace (Thorová, 2012).

2.8 Poruchy příjmu potravy

Dle MKN-10 se poruchy příjmu potravy řadí do číselníku F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Patří sem také neorganické poruchy spánku, sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí, duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělním nezařazené jinde, psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami zařazenými jinde nebo abúzus. Poruchy příjmu potravy jsou poté dále rozdělené dle klasifikace na mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami nebo zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (ÚZIS, 2011).

MKN-11 má samostatnou kategorii Poruchy příjmu potravy, ve které se dále tyto poruchy dělí na mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatové přejídání, vyhubavé restriktivní poruchy příjmu potravy, Pika poruchu a poruchu regurgitace a ruminace (WHO, 2019).

Mentální anorexie dle MKN-10 je charakterizovaná jako porucha s úmyslem zhubnutí, které si jedinec sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se nejčastěji objevuje u mladých dívek.

Kritéria mentální anorexie jsou udržení tělesné váhy nejméně 15 % pod předpokládanou váhou nebo mít BMI (Body Mass Index) 17,5 a méně. Specifický je strach z obezity a zkreslené vnímání vlastního těla. Jedinec si snižuje váhu sám. „*Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládaná myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a příjmu a užívání anorektik a diuretik*“ (ÚZIS, 2011).

Mentální bulimie je popisována jako syndrom opakovaného, záchvatovitého přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy. Tato kontrola vede jedince k přejídání a následnému zvracení nebo použití projímadel. Mentální bulimie má mnohé rysy shodné s mentální anorexií. Časté zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a může docházet k různým somatickým komplikacím. Jedinec se neustále zabývá jídlem, má neodolatelnou touhu po jídle, která se přehoupne v záchvaty přejídání. Poté přichází snaha zbavit se nadbytečných kalorií (ÚZIS, 2011).

DSM-5 rozlišuje Anorexiu nervosu a její sub-typy: nebulimickou a bulimickou. Stejně mentální bulimii rozděluje na purgativní typ, kdy jedinec opakovaně zvrací, zneužívá laxativa a nepurgativní typ, kde jedinec dodržuje pravidelné a přísné diety. Stanovuje minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců (APA, 2013).

Základem léčby poruch příjmu potravy je správná diagnostika. Zhodnocení stupně psychického, somatického, sexuálního vývoje dítěte, popřípadě diagnostikovat i jiné přidružené poruchy. Obtížnější, než stanovení diagnostiky je motivace jedince k léčbě, která je často spojena se studem a strachem ze stigmatizace. Příčinou poruch příjmu potravy mohou být například nepříznivé životní události a jejich zvládnutí, sexuální zneužívání, zážitky separace, neadekvátní tlak ze strany rodičů, vliv společnosti, „kult štíhlosti“. Léčba musí být komplexní, diferencovaná, s individuálním léčebným postupem. Jejimi hlavními cíli je úprava váhy, změna jídelního chování, náhled na chorobnost stavu. Při léčbě hrají důležitou roli rodiče a jejich zapojení do procesu léčby (Papežová, 2010).

2.9 Porucha pohlavní identity

Porucha pohlavní identity neboli genderová dysforie se v MKN-10 objevuje v kategorii F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých. Porucha pohlavní identity má pod sebou transsexualismus, transvestitismus dvojí role a poruchu pohlavní identity v dětství. Transsexualismus je definovaný jako touha žít a být akceptován jako člen opačného pohlaví. Jedinec je nespokojený s vlastním anatomickým pohlavím s přáním chirurgického a hormonálního zásahu, aby tělo více odpovídalo preferovanému pohlaví (ÚZIS, 2011).

MKN-11 má pro tuto poruchu samostatnou kategorii – Genderová inkongruence. V této kategorii se nachází genderová inkongruence v dospívání nebo dospělosti a genderová inkongruence v dětství (WHO, 2019).

DSM-5 uvádí, že výchozí podmínkou pro identifikaci genderové dysforie je znatelný nesoulad mezi fyzickým pohlavím jedince a pohlavím, kterým se cítí být. Tyto projevy by měly trvat nejméně 6 měsíců a měly by obsahovat nejméně 2 z následujících kritérií – znatelný nesoulad mezi pohlavím, které jedinec sám vnímá a jeho fyzickým pohlavím, intenzivní potřeba zbavit se svých pohlavních rysů, intenzivní touha mít pohlavní rysy druhého pohlaví, hluboká touha transformovat se do jiného pohlaví, hluboká potřeba, aby s ním společnost zacházela jako s jiným pohlavím a touha mít charakteristické osobnostní rysy druhého pohlaví. Tento stav je spojený s úzkostmi nebo poruchami v sociálních, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování (APA, 2013).

Nepříjemné pocity, které plynou z nesouladu mezi vlastní identitou a fyzickým pohlavím, které je jedinci přiřazováno okolím, se označuje jako pohlavní či genderová rozlada (gender dysphoria). Porucha pohlavní identity je chápána jako typ poruchy, která může mít u různých jedinců rozdílný průběh a může nabývat různé intenzity. Léčba poruch pohlavní identity se liší jak u dětí, tak u dospívajících či dospělých jedinců. První příznaky poruchy pohlavní identity se mohou objevit u dětí již ve dvou letech. Míra identifikace s opačným pohlavím se může měnit v průběhu času. Neexistuje žádné obecně platné pravidlo, které by se dalo použít k diagnóze poruchy pohlavní identity na základě typického chování jednotlivce. Kromě vlastní diagnózy je třeba při stanovení diagnózy a nastavení léčebného postupu vzít v úvahu rozsah potíží u daného dítěte, průběh jeho dosavadního vývoje, funkčnost či dysfunkčnost rodiny a postoje okolí vůči dítěti. Při terapeutickém postupu se klade důraz na porozumění a přijetí změněné pohlavní identity bez jakýkoliv negativních hodnocení či kritiky. Klade se důraz především na vývojový proces, který by mohl dítě negativně ovlivnit. V některých případech se podaří poruchu u jedince zmírnit či eliminovat, v jiných případech však nikoliv (Fifková, 2008).

3 Problematika duševního onemocnění v současnosti

V této kapitole se budeme věnovat problematice duševního onemocnění v současnosti, která odůvodňuje potřebu reformy psychiatrické péče v ČR.

Při duševním onemocnění dochází k problémům v oblasti duševního zdraví, které závažným způsobem omezují schopnost jedince cítit se dobře, fungovat v souladu se sebou a svým okolím. Duševní zdraví však stále zůstává opomíjenou součástí našich životů. Je potřeba si uvědomit, že zdraví není jen stav úplné fyzické pohody, ale také té duševní a sociální. Odhaduje se, že více než 25 % dospělých lidí si projde za svůj život nějakým duševním onemocněním a přibližně 20 % dětí čelí potížím v oblasti duševního zdraví (WHO, 2019). Nyní přichází znaitelný nárůst duševního onemocnění po celé Evropě. V České republice nárůst symptomů duševních poruch vzrostl z 20 % v roce 2017 na 30 % v roce 2020 a předpokládá se, že tato čísla se budou ještě zvyšovat (Svačina, 2021). Nynější čísla ukazují na fakt, že 1 z 5 dospělých lidí má zkušenost s duševním onemocněním a 1 z 25 dospělých lidí žije s duševním onemocněním (ČLS JEP, 2017). Českenoviny.cz (2021) uvádí článek s místopředsedou psychiatrické společnosti – Martinem Andersem, který potvrzuje nárůst pacientů psychiatrie až o 80 % za posledních 10 let. Dalším problémem je velký nedostatek dětských psychiatrů nebo klinických psychologů. Do popředí se dostávají úzkosti, deprese, sebevražedné chování, sebepoškozování a poruchy příjmu potravy. Před pandemií covid-19 vyhledalo pomoc psychiatrické ambulantní péče 1 700 dětí. Dle studií počet případů stále narůstá a kapacity ambulancí a lůžkových oddělení jsou zaplněné (ČT24, 2021). Zásah epidemie covidu-19 měl také velký vliv na duševní zdraví lidí. V jarní vlně epidemie mělo příznaky středně těžké deprese či úzkosti 16 % – 19 % respondentů. Jedná se až o trojnásobný nárůst v porovnání se situací před vypuknutím epidemie, uvádí výzkum „Život během pandemie“ (PAQ Research, 2021). Pro doplnění k těmto číslům je smutný fakt, že v České republice spáchají sebevraždu až čtyři lidi denně, což je větší číslo, než při dopravních nehodách (Pasz, 2020).

Světová zdravotnická organizace (2021) v reakci na to vytvořila akční plán duševního zdraví, který se má realizovat a rozvíjet až do roku 2030. Jeden z hlavních cílů je například – posílit efektivitu v systému péče o duševní zdraví, poskytovat obsáhlé, ucelené, intenzivní služby v komunitě klienta, nastavit strategie prevence a podpory v oblasti duševního zdraví a posílit informační zdroje, kdy jedno z hlavních témat je diskriminace a její zastavení.

U duševního onemocnění je rovněž důležité co nejdříve vyhledat pomoc. Včasná intervence může zlepšit fungování jedince, může pomoci předcházet opakovanému návratu nemoci a může pomoci předejít negativnímu dopadu nemoci na celkové „well-being“ jedince (WHO, 2019).

3.1 Dopad distanční výuky na duševní zdraví žáků

Dětské psychiatrické ambulance i lůžkové oddělení hlásí extrémní nárůsty psychických obtíží a závislostí u žáků. Mnohé z nich už oznamují plný stav. Přichází velké množství jak nových pacientů, tak pacientů, u kterých se duševní potíže znatelně prohloubily. „*Psychická nepohoda se týká i dětí, které dosud plnily dobře denní plán, chodily do školy, ale tlak společnosti v nich vyvolává touhu být ještě víc dokonalý. Potřebují si ulevit,*“ popisuje adiktoložka z kladenské kliniky Michaela Štáfková (ČT24, 2022).

Česká republika se nyní potýká s problémem velkého nárůstu duševního onemocnění u dětí. Tento problém je větší než jinde v Evropě. Předsedkyně České odborné společnosti pro inkluzivní vzdělávání a výboru pro práva dítěte Klára Laurenčíková tento problém přisuzuje dlouhodobému, celoplošnému uzavření škol. V jiných evropských zemích uzávěrka škol totiž tak dlouhá nebyla. „*Dlouhodobá sociální izolace i u dětí z běžného prostředí způsobuje velmi vážné duševní problémy, jako jsou depresivní úzkostné stavy, sebevražedné tendence, sebepoškozování, ztráta motivace vstát ráno z postele*“, varuje (ČT24, 2021). Potvrzují to rovněž data z výzkumu PAQ Research (2021) - po opětovném otevření škol v lednu 2021 se u dětí projevil nárůst příznaků duševního onemocnění.

Za účelem pokračovat ve vzdělávacím procesu a poskytnout žákům vzdělání byla stanovena distanční forma výuky. Tímto způsobem se podařilo navázat na prezenční výuku a zajistit kvalitní vzdělávání pro většinu žáků. Z různých hodnotících charakteristik však vyplývají velké nedostatky. Postupně se začalo projevovat, že tímto způsobem není možné dlouhodobě nahradit běžnou prezenční výuku. Například šetření PAQ Research zmiňuje vyšší zhoršení výsledků u žáků s nižším socioekonomickým statusem (Zatloukal, 2021). Laurenčíková upozorňuje na náročnost výuky při distanční formě. Některé školy totiž požadují dodržování a naplňování běžných osnov i při této formě výuky. Distanční výuka měla taktéž dopad na žáky s podpůrným opatřením. Školy po dlouhou dobu neřešily metodické pokyny pro žáky, kteří mají zákonem uznanou podporu a jak tuto podporu zajišťovat během distančního vzdělávání (ČT24, 2021).

V reakci na to Česká školní inspekce upozorňuje na nutnost podpořit pedagogickou intervencí, školního psychologa, či většího využití asistentů pedagoga. Velkou roli zde hrají i třídní učitelé. Například navýšení třídnických hodin při řešení dopadů distančního vzdělávání u dětí se jeví jako velice žádoucí. Velký problém distanční výuky byla velká neúčast a nespolupráce žáků. Jako dva hlavní důvody, které byly opakovaně uváděny, je nízká motivace žáků, která je

často spjata s neadekvátním rodinným zázemím či nedostatkem sociálního kontaktu s vrstevníky a technické nedostatky zapříčiněné slabým internetovým připojením (Zatloukal, 2021).

Česká školní inspekce (2021) vydává metodické doporučení – Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení. Termín *náročného chování* definují, jako „*chování dětí, které se výrazně odlišuje od očekávaného chování pro daný věk a negativně ovlivňuje učení a vztahy ve škole*“. Cílem tohoto dokumentu je informovat ředitele škol a pedagogické pracovníky ohledně problematiky příčin „náročného chování“ dětí a uvést některé vhodné přístupy. Dokument je vhodný i v rámci prevence a intervence v této oblasti. Rovněž apeluje na zavádění včasné intervence a podporuje duševní zdraví dětí i pedagogů (Felcmanová, 2021).

Dle výzkumu autorky se rovněž potvrdila naléhavost problému duševního onemocnění u dětí, který se promítá i do školního prostředí. Ukazuje se velký výskyt žáků s duševním onemocněním a potřeba učitelů po větší informovanosti v této problematice.

4 Reforma psychiatrické péče v ČR

Tato kapitola popisuje reformu psychiatrické péče, která se u nás momentálně děje a dále se rozvíjí. Součástí reformy jsou nově vznikající Centra duševního zdraví a Multidisciplinární týmy.

System psychiatrické péče v ČR se od počátku 90. let 20. století nijak zásadně nezměnil. System péče je zastaralý, nedostatečný a především podfinancovaný. Péče o duševně nemocné se poskytuje v zastaralých psychiatrických nemocnicích se zastaralým vybavením. Současný model péče se už nezaměřuje na podporu pacientů v jejich přirozeném prostředí a na vzájemnou spolupráci mezi ostatními složkami a rezorty poskytovatelů péče o pacienta. Služby péče o duševní zdraví existují v nedostatečné míře a jen na pár místech. Tyhle základní aspekty jsou hlavními impulzy pro manifestaci reformy psychiatrické péče (ČLS JEP, 2017).

Reforma péče o duševní zdraví na národní úrovni začala schválením na Ministerstvu zdravotnictví v roce 2013 společně s dokumentem Strategie reformy psychiatrické péče. Implementace této strategie začala v roce 2017 rozjezdem pilotních projektů a napojením na Evropské investiční a strukturální fondy. Tyto projekty zahrnují vznik různých center duševního zdraví a multidisciplinárních týmů (Svačina, 2021). Hlavním cílem reformy je přesun péče z velkých psychiatrických lůžkových zařízení směrem ke klientovi do jeho přirozeného prostředí. Tímto zásadním krokem bude mít klient možnost naučit se lépe fungovat ve svém vlastním přirozeném prostředí a eliminuje se dlouhodobá lůžková péče v psychiatrických nemocnicích (Pfeiffer, 2022). Těmito kroky má reforma za cíl zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Postupy pro tuto změnu jsou především restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytující péči pacientovi a změny přístupů a myšlení k lidem s duševním onemocněním (ČLS JEP, 2017).

Podmínkou pro fungování této reformy je fungující spolupráce mezi rezorty, kterých se péče a podpora klienta s duševním onemocněním dotýká. Hovoříme především o Ministerstvu práce a sociálních věcí, Ministerstvu financí, Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvu spravedlnosti a Ministerstvu obrany. Na pomezí těchto rezortů bude vznikat síť péče, která obsahuje služby zdravotní a sociální, služby v oblasti bydlení, práce či vzdělávání. Úskalí této spolupráce je odlišnost jednotlivých rezortů jak z přístupového hlediska péče ke klientovi, tak ze strany legislativní úpravy služeb. Síť těchto služeb má být provázaná, koordinovaná a bude se zajišťovat kontinuálně. Důraz se bude klást na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby byla zajištěna včasná diagnostika a léčba (Svačina, 2021).

Tento proces již začal v řadě zemích před námi, a to již v šedesátých letech minulého století. Jedním z modelů, který se stává naší inspirací, je model komunitních týmů působících v italském městě Terstu. Tyto týmy poskytují pomoc všem osobám s duševním onemocněním a součástí jejich péče jsou i v případě potřeby malé lůžkové kapacity. Jako další model je možno uvést tým z Velké Británie, který se specializuje na dospělé klienty se závažným duševním onemocněním a s komplexními potřebami. Velmi známým příkladem je i komunitní tým z Holandska, u kterého je systém podpory nastaven především flexibilně, kdy se kombinuje individuální práce s týmovou spoluprací v případě klientů v krizi (Pfeiffer, 2022).

4.1 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

V první řadě je potřeba si definovat pojem stigma. Jandourek (2001) popisuje stigma, jako označení, na jehož základě se daný jedinec ve skupině negativně odlišuje od standardů psychické, fyzické nebo sociální normality. Stigma může mít různé vlastnosti – vlastnosti viditelné (deformace těla, fyzické postižení) nebo vlastnosti neviditelné (příslušnost k určité skupině lidí) (Marková, 2006). Toto označení jedince ohrožuje v jeho sociální identitě a plnému přijetí ostatních. Psychiatrická sociologie zmiňuje důležitou otázku týkající se označení jedince za duševně nemocného. Jde o určitý vztah mezi chováním jedince a společenskou odezvou na toto chování. Kultura je totiž jednou z určujících charakteristik určování společenské normy. Co je někde považováno za normu, v jiném prostředí se může považovat za abnormální (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Přisuzování stigmatu u lidí s duševním onemocněním je významný faktor, který ovlivňuje jejich běžné fungování v životě a jeho kvalitu. Odmítání diagnózy ze strachu z negativního stigmatu může vést k opoždění diagnostiky, k odkladu léčby a zhoršení jeho zdravotního stavu (Osicková, 2015). Tito lidé jsou vesměs automaticky považováni za líné, agresivní, neschopné nebo snad nebezpečné. Na základě toho tito lidé mají problém navázat přátelský vztah, najít si zaměstnání nebo vést běžný život. *Podle výzkumu agentury CVVM z března 2020 by člověk s duševním onemocněním nechtělo mít za souseda téměř 60 % Čechů* (Pasz 2020, s 6). Pro většinu z nich je samotné stigma mnohem horší než daná diagnóza. Ke stigmatizaci patří i fenomén sebestigmatizace (self-stigma), při kterém lidé s duševním onemocněním přebírají společenské stereotypy a na základě nich se považují za méněcenné (Pasz 2020). Strach ze stigmatu u dětí a adolescentů se nejčastěji projevuje jako utajování léčby, stud za nemoc nebo omezení sociálních kontaktů. Jeden z faktorů je nevědomost a neporozumění své diagnóze (Stárková, 2013).

Jedinec s duševním onemocněním má na základě daného stigma výrazně nižší sebevědomí a potýká se se strachem z odmítnutí okolí. Toto může vést k nahromadění stresu a tím pádem i ke zhoršení duševního stavu jedince. Jedinec se pak snaží vyvarovat stigma prostřednictvím změny svého sociálního chování (Marková, 2006).

Jejich vnímání psychiatrické diagnózy je ovlivněno postojem rodiny a taktéž je zde kladen velký tlak ze strany vrstevníků. Velký vliv a zodpovědnost nesou média. Proto jedna z výzev destigmatizačního procesu je zvýšení informovanosti a osvěty duševního zdraví (Stárková, 2013). Velkým problémem dnešní společnosti je určitý stereotyp psychiatrického pacienta v médiích. V médiích se často nerozlišuje, zda se jedná o psychózu, depresi, neurózu apod., uvádí se pouze nálepka psychiatrického pacienta (Praško, 2011). Cílem destigmatizace je zařazení lidí s duševním onemocněním do běžného života tak, aby nebyli izolováni, sankciováni nebo aby rodiny, přátelé, zaměstnavatelé, zdravotníci neměnili postoj k těmto lidem po zjištění jejich diagnózy (Osicková, 2015). O změně přístupu k osobám s duševním onemocněním, včetně osob zbavených nebo omezených ve svéprávnosti se hovoří také v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením. Tato úmluva je dokumentem Organizace spojených národů (OSN), který v ČR vstoupil v platnost dne 28. října 2009 (Juríčková, Ivanová, Filka, 2014).

4.2 Multidisciplinární přístup

Hlavní myšlenka multidisciplinárního přístupu je setkávání odborníků ohledně klienta v jednom čase na jednom místě se záměrem klienta podpořit v jeho soběstačnosti, ve zvládnutí obtíží a pomoci mu v jeho nepříznivé situaci. Znamená to úzkou, funkční spolupráci a aktivní účast všech profesí či blízkých osob, kteří se na péči o jedince podílejí. Všichni společně pak hledají cesty k řešení a řídí se společnými zásadami, jako jsou – individuální přístup, vzájemný respekt, jedinečnost, zplnomocňování atd. Hlavním důvodem uplatňování multidisciplinárního přístupu je dán především multifaktoriální etiologií vzniku duševních onemocnění. Onemocnění totiž nezasahuje pouze do oblasti fyzického a psychického zdraví jedince, ale také ohrožuje celkovou kvalitu života jedince a celé rodiny v komplexním aspektu (Slezáková, Ševčíková, Sladká, 2021). Konkrétní podoba multidisciplinární spolupráce je ovlivněna několika aspekty. Důležitá je ochota spolupracovat, důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči, a to napříč odbornostmi i postavením (Mahrová, Venglářová, 2008).

Multidisciplinarita má však i své negativní stránky. Například otázka konkrétních motivů a cílů při práci s klientem. Každý odborník má ten svůj a považuje ho za nejdůležitější. Tým se tak musí dohodnout na konkrétních, jednotných cílech a jak k nim dojít. Poté je zde otázka odpovědnosti v týmu. Nikdy odpovědnost neleží pouze na jedné části týmu a nikdy nejsou odpovědní všichni stejně. Sdílení této odpovědnosti se optimalizuje pomocí supervize a vnitřních pravidel. Hlavním problémem je předávání informací jak mezi jednotlivými pracovníky v týmu, tak mezi odbornostmi mimo tým. Váže se zde lékařské tajemství na straně zdravotnictví a mlčenlivost pracovníků v sociálních službách. Možnost sdílení údajů jedince je pak velmi omezena (Mahrová, Venglářová, 2008).

Multidisciplinární přístup v rámci metodiky přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním definuje způsob práce, při kterém různé profese spolupracují, komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit potenciál jednotlivce či celé skupiny. Jedná se o maximální možnou podporu v individuálním procesu zotavení u jedince s duševním onemocněním a jeho zapojením do běžného života. Tato metodika byla stanovena za účelem přispět ke snížení a zkrácení pobytu lidí s duševním onemocněním mimo jejich přirozené prostředí. Snaží se o zapojení jedince do běžného života a efektivně působit v místech, kde se riziko vyskytuje (Mašínová-Krbcová, Preiffer, Papežová, aspol., 2020).

4.3 Role speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví

Personální zajištění speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví je na 1,5 úvazku a je definován dle § 18 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pedagogických pracovnících“). Služby poskytované speciálním pedagogem v multidisciplinárním týmu jsou zaměřené na odbornou podporu dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, edukaci rodů a osob odpovědných za výchovu. Spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně-pedagogickými centry nebo středisky výchovné péče při pomoci s realizací jejich doporučení. Dále spolupracuje se školami a učiteli v rámci edukace, poradenské a konzultační služby. Předávají informace o dítěti, o které tým pečuje (MZČR, 2020).

Dle zákona o pedagogických pracovnících speciální pedagog *„získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním*

*programu v oblasti pedagogických věd*⁴, a to buď se zaměřením na speciální pedagogiku nebo pedagogiku předškolního věku, na přípravu učitelů základních škol, všeobecně-vzdělávacích předmětů střední školy či vychovatelů a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace studiem vysoké školy. Dále studijním oborem pedagogika s doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace prostřednictvím vysoké školy.

Slowík (2016) definuje speciální pedagogiku jako disciplínu, která je orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného jedince. Cílem je dosažení co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.

V průběhu vývoje této funkce dochází k rozšíření potenciálních kompetencí speciálního pedagoga o prvky terapeutického zaměření. Müller (2014) uvádí ve své publikaci přirozené zakotvení terapeutického potenciálu v základních speciálně pedagogických metodách. Redukace, která se zaměřuje na nápravu a zlepšení postižené funkce, kompenzace, kdy postiženou funkci nahrazují funkce funkční a rehabilitace, která je zaměřena na maximálně možnou obnovu.

Speciální pedagog v multidisciplinárním týmu duševního zdraví spolupracuje se školou a školním poradenským pracovištěm. Z tohoto důvodu je potřeba ještě v krátkosti definovat roli školního speciálního pedagoga. Školní speciální pedagog spolupracuje s dalšími odborníky a připravuje podmínky pro integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků, kteří potřebují podporu na základě krátkodobých či dlouhodobých událostí. Provádí také depistáž – vyhledávání žáků, kteří potřebují speciálně-pedagogickou péči a věnuje se diagnostickým a intervenčním činnostem. Podílí se na vytváření individuálního vzdělávacího plánu, úpravě školního prostředí a zajišťování didaktických a materiálních pomůcek. Podstatnou funkcí je i komunikace mezi rodinou žáka a školou, a komunikace s dalšími odborníky, kteří se na péči žáka podílejí (Čech, 2020). Školních speciálních pedagogů nebo školních psychologů je ve školách stále málo, i když z praxe vyplývá, že tyto funkce jsou ve školách opravdu potřeba. Aby bylo poskytování poradenských služeb ve školách efektivní, je nutné zajistit, aby tyto funkce pronikly do školní praxe a aby se s touto funkcí naučili pracovat všichni vyučující. Je rovněž důležité, aby se nastavily domluvené postupy při řešení problémových situací a časem se staly oficiálním dokumentem školy (Knotová, 2014).

4.4 Centrum duševního zdraví

Centra duševního zdraví (zkratkou CDZ) jsou jedním z prvků v rámci reformy psychiatrické péče, které byly u nás spuštěny v roce 2018. Představují tým složený z odborníků na pomezí zdravotně-sociálních služeb. V týmu jsou zastoupeni psychiatři, kliničtí psychologové, psychologové, všeobecné sestry, sestry z oboru psychiatrie, sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách a peer konzultanti. Složení multidisciplinárního týmu a výběru jednotlivých odborníků vychází z individuálních potřeb jedince (Svačina, 2021). Definice Centra duševního zdraví dle § 70 a odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zní: „*Centrum duševního zdraví poskytuje osobám s duševní poruchou nebo poruchou chování, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, sociální služby podle odstavce 3 a zdravotní služby v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o zdravotních službách*“. CDZ poskytuje služby mobilní, ambulantní, krizové či denní. Jejím hlavním cílem je poskytnout prevenci, hospitalizaci nebo zkrácení její doby, včasnou intervenci rozvoje vážného duševního onemocnění, pomoc při integraci do běžné společnosti (ČLS JEP, 2017). Centra duševního zdraví nabízejí klientům se závažným duševním onemocněním nebo rizikem jeho rozvoje intenzivní podporu v jeho přirozeném sociálním prostředí. Do celého procesu tým zapojuje rovněž zainteresované rodinné příslušníky, kterým taktéž může nabídnout podporu. Tým společně s klientem tvoří plán individuálního zotavení, na jehož cílech společně pracují. Část spolupráce se realizuje formou terénní, která by měla tvořit minimálně 50 % celého procesu (Pfeiffer 2022). Dle plánu rozvoje psychiatrické péče v první fázi budou vznikat centra pro pacienty s vážným duševním onemocněním. Jedná se o pacienty, kteří jsou nejvíce ohroženi dlouhodobou hospitalizací a vyloučením z běžné společnosti. Poté budou postupně vznikat centra, která jsou zaměřena i pro jiné, specifické klienty s duševním onemocněním (pro děti a adolescenty, seniory, problémy se závislostí, ...). Centra budou dále spolupracovat ve svém regionu i s dalšími službami v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení nebo volnočasových aktivit (ČLS JEP, 2017). Centra duševního zdraví by měla systémově rozšířit péči v rámci nedostatku služeb a funkcí v této oblasti. Tato inovace by měla změnit celou charakteristiku systému péče o duševně nemocné a výrazně ji vylepšit. Služby Center duševního zdraví reflektují priority uživatelů, jsou poskytovány v blízkosti bydliště pacienta, je zde vyvážený poměr mezi službami komunitními a nemocničními, a intervence této služby se zaměřuje jak na symptomy dle medicínského modelu, tak na funkční postižení dle konceptu rehabilitačního (Hosák, 2015).

Centrum duševního zdraví poskytuje své služby krátkodobě. Proto je nutné vypracovat plán přechodu a zajistit klientovi jinou dlouhodobou službu. Centra se snaží uživatele dosta-

tečně stabilizovat a motivovat tak, aby mohl dále postupně pokračovat ve využití běžně dostupných služeb praktického nebo psychiatrického lékaře. Na tento přechod je klient upozorněn již při vstupu. Najít návazného ambulantního psychiatra, který by si vzal uživatele do své dlouhodobé péče, je však často problém (Svačina, 2021).

Case manager neboli klíčový pracovník je důležitým prvkem v multidisciplinární péči o klienta. Každému klientovi Centra duševního zdraví je přidělen konkrétní člen týmu, který se stává jeho klíčovým pracovníkem. Klíčový pracovník zajišťuje koordinaci týmu s činností při naplňování individuálního plánu klienta, zapojuje další členy týmu podle aktuálních potřeb, má na starosti komunikaci a přímou péči o konkrétního klienta (Preiffer, 2022).

V roce 2021 společnost Evaluation Advisory CE vydala závěrečnou zprávu z evaluace projektu realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR s názvem „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“. Celkem pět Center duševního zdraví na území ČR poskytlo evaluaci tohoto projektu. Tato evaluace pomohla zjistit celkové fungování projektu ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků. Ukázalo se, že Centra duševního zdraví přinesla svým klientům motivaci k zotavení, důvěru, dostupnost péče, pravidelnost, zprostředkování jiných služeb, intenzivní péči a socializaci. Na klienty měla pravidelná a intenzivní práce pozitivní efekt – někdo se o ně zajímá a řeší další aspekty jejich života. Tím se také zvýšila tendence být vůči pracovníkům upřímnější. Klienti CDZ měli možnost se dostat k odborníkům, ke kterým je běžná čekací doba mnohem delší. Tím, že CDZ pomohlo zprostředkovat klientům jinou službu, se snížila potřeba akutní hospitalizace a byla vytvořena nová síť kontaktů, která by mohla být pro klienty přínosná i v jiných oblastech života.

Evaluace naopak ukázala i překážky, s kterými se CDZ potýká. Mezi nimi se například objevují problémy se sdílením dokumentace napříč zdravotní a sociální částí, rozdílné odměňování pracovníků sociálních a zdravotních služeb a celkové nastavení financování nebo sladování kultury v přístupech ke klientovi mezi zdravotní a sociální částí (EAC, 2021).

Dle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030 je plánováno v ČR zřídit až 30 CDZ do roku 2022 a do roku 2030 má vzniknout až 70 Center duševního zdraví.

4.5 Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescenty

Jedná se o program podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro děti a adolescenty. Zřízení multidisciplinárních týmů duševního zdraví vychází ze Strategie reformy psychiatrické péče. Multidisciplinární týmy jedou v pilotním provozu, který je podporován Evropskou unií. Primárním účelem této funkce je včasný záchyt a diagnostika duševních poruch, odlišení od nepsychiatrického problému a pomoc dětem a jejich rodinám v krizových situacích tak, aby nedošlo ke zhoršení jeho psychiatrického problému. Na základě pilotního provozu se zmapují činnosti a finanční náročnost multidisciplinárních týmů na základě informací o zdravotních výkonech a o informací sociálních a pedagogických služeb, ke správnému nastavení úhradových mechanismů v praxi. Cílovou skupinou jsou děti a adolescenti ve věku do 18 let s duševním onemocněním nebo ohrožením jejich vznikem. Další funkcí multidisciplinárního týmu duševního zdraví je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci hospitalizovaných dětí do běžné komunity. Do péče by měly směřovat děti vyžadující akutní pomoc v psychosociální oblasti, děti propuštěné z ústavní péče, u kterých hrozí riziko relapsu a dětí, které potřebují komplexní péči v oblasti duševního zdraví (kromě psychiatrické a psychologické péče, také péči sociální či speciálně pedagogickou). V rámci péče jsou realizovány denní služby, služby psychiatrické, služby klinického psychologa, služby pedagogické a mobilní služby. Personální zajištění týmu je: dětský a dorostový psychiatr, psycholog, rodinný terapeut/poradce, všeobecná sestra/dětská sestra/ sestra pro péči v psychiatrii, sociální pracovník/zdravotně sociální pracovník/ pracovník v sociálních službách, speciální pedagog, administrativní pracovník (MZČR, 2020).

Speciální pedagog je důležitou součástí tohoto týmu, který zajišťuje propojenost mezi školou a klientem s psychiatrickou diagnózou. Prospěšnost této role pro vzdělávací systém je blíže definován v empirické části této práce.

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část plynule navazuje na část teoretickou, ve které jsme se seznámili s duševním onemocněním, projevy jednotlivých nemocí a shrnuli jsme si současnou situaci v rámci duševního zdraví, včetně dopadů distanční výuky na duševní zdraví žáků. Kapitola obsahuje metodologii výzkumu, výzkumné šetření, uvedení jednotlivých cílů a hypotéz a následnou interpretaci výsledků. V této části se objevují pojmy a informace, které jsou blíže shrnuty v teoretické části této práce. Pro tuto práci byl zvolen kvantitativní výzkum, který využívá metodu dotazníku. Na začátku empirické části je prezentován samotný výzkum, popis jednotlivých cílů a hypotéz. Dále jsou zde uvedeny základní informace o metodice a průběhu výzkumu – v této kapitole jsou rovněž definovány limity práce. Následně jsou zde prezentovány výsledky výzkumného šetření a analýza jednotlivých dat. V další kapitole se testují stanovené hypotézy pomocí chí kvadrátu na hladině významnosti 5 %. V závěru této části práce jsou shrnuty výsledky a odpovědi na jednotlivé cíle. Celou práci uzavírá závěrečná diskuze.

5 Metodologie výzkumu

Ve výzkumné části autorka zjišťuje výskyt žáků s duševním onemocněním ve třídách druhého stupně běžných základních škol v Praze. Dále se zaměřuje na školní podmínky, připravenost pedagogických pracovníků při práci s žáky s duševním onemocněním a jejich potřeby.

5.1 Vymezení cílů a hypotéz

Hlavní cíl: Zjistit výskyt žáků s duševním onemocněním ve třídách druhého stupně běžných základních škol v Praze.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda pedagogičtí pracovníci momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním.
- Zjistit, zda se výskyt žáků s duševním onemocněním zvýšil po pandemii covid-19.

- Zjistit, zda pedagogičtí pracovníci mají ve škole k dispozici školního psychologa nebo speciálního pedagoga.
- Zjistit, jací žáci s duševním onemocněním se v průměru nejvíc vyskytují na druhém stupni základních škol v Praze.
- Zjistit, v jaké míře se pedagogičtí pracovníci cítí být připraveni na práci s žákem s duševním onemocněním.
- Zjistit, zda ve škole, kde pedagogičtí pracovníci působí, mají zavedené strategie nebo postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním.
- Zjistit, zda pedagogičtí pracovníci při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracují s nějakou organizací/ PPP (SPC)/ lékařem či jiným odborníkem.
- Zjistit, kam se pedagogičtí pracovníci nejčastěji obrací pro informace při práci s žákem s duševním onemocněním.
- Zjistit, jaké procento pedagogických pracovníků má absolvovaný kurz, seminář či školení, který se týká duševního zdraví.
- Zjistit, jaké jsou potřeby pedagogických pracovníků pro lepší práci s žákem s duševním onemocněním.

Hypotézy

1) Relační problém

Je souvislost mezi přítomností školního psychologa/speciálního pedagoga a zavedenými strategiemi/postupy při práci s žákem s duševním onemocněním?

Hypotéza č. 1: Pedagogičtí pracovníci, kteří mají k dispozici školního psychologa nebo speciálního pedagoga, mají lépe zavedené strategie/postupy při práci s žákem s duševním onemocněním než pedagogičtí pracovníci bez přítomnosti školního psychologa/speciálního pedagoga.

$H_{(0)}$: Mezi přítomností školního psychologa nebo speciálního pedagoga a zavedenými strategiemi/postupy při práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost.

$H_{(1)}$: Mezi přítomností školního psychologa nebo speciálního pedagoga a zavedenými strategiemi/postupy při práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.

2) Relační problém

Je souvislost mezi spoluprací s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem a připraveností na práci s žákem s duševním onemocněním?

Hypotéza č. 2: Pedagogičtí pracovníci, kteří spolupracují s nějakou organizací/PPP (SPC)/lékařem/jiným odborníkem, se cítí více připraveni pracovat s žákem s duševním onemocněním než pedagogičtí pracovníci, kteří s nikým nespupracují.

$H_{(0)}$: Mezi spoluprací s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem a připraveností na práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost.

$H_{(1)}$: Mezi spoluprací s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem a připraveností na práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.

3) Relační problém

Je souvislost mezi absolvovaným školením/seminářem/ kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním?

Hypotéza č. 3: Pedagogičtí pracovníci, kteří absolvovali nějaké školení/seminář/kurz týkající se duševního zdraví, se cítí více připraveni na práci s žákem s duševním onemocněním než pedagogičtí pracovníci bez návazného školení/semináře/kurzu týkající se duševního zdraví.

$H_{(0)}$: Mezi absolvovaným školením/seminářem/kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost.

$H_{(1)}$: Mezi absolvovaným školením/seminářem/kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.

5.2 Průběh výzkumné části a metodika výzkumu

V pedagogickém výzkumu se nejčastěji objevují dva hlavní přístupy zkoumání – kvalitativní a kvantitativní. Pro tuto práci byl zvolen kvantitativní přístup, který vymezuje záměrnou a systematickou činnost, která empirickými metodami zkoumá a ověřuje hypotézy o vztazích mezi danými pedagogickými jevy (Chráška, 2016). Hlavními metodami kvantitativního výzkumu patří například strukturované pozorování, dotazník, škálování, sémantický diferenciál,

Q-metodologie, obsahová analýza textu nebo experiment. Pro tento výzkum byla zvolena metoda dotazníku (Emanovský, 2013).

Dotazník lze označit za nástroj, pomocí kterého můžeme zkoumat mínění lidí o jednotlivých jevech, dění či věcech. Patří mezi nejpoužívanější metody pro hromadné získávání dat. Dotazník je sestaven z jednotlivých otázek, na které odpovídají respondenti výzkumu. Výhodou této metody je především velké množství získaných informací za poměrně krátkou dobu. Naopak nevýhodou této metody mohou být zkreslené výpovědi respondentů. Dotazník totiž zkoumá pouze jejich individuální pohled (McMillan, Schumacher, 2010). Dotazník v této práci je sestaven ze šestnácti otázek. Obsahuje uzavřené otázky, ve kterých respondenti mají na výběr z předem daných odpovědí, otázky polouzavřené (otázky č. 7, 11 a 14), u kterých mají respondenti možnost vepsat svou odpověď v případě, že si z vybraných možností nevybrali a jednu otevřenou otázku (otázka č.16), kde respondenti nemají na výběr z žádných předem stanovených možností. V dotazníku se také objevuje jedna otázka škálová – Likertova typu (otázka č. 8), kdy respondenti na škále hodnotí stupeň souhlasu či nesouhlasu. Chráska (2016) popisuje schéma postupu při realizaci dotazníku. Na začátku každého výzkumu je potřeba si stanovit výzkumný problém, který se řeší v rámci výzkumného tématu a který výzkumné práci udává specifické zaměření. Ve výzkumné práci lze uvést několik výzkumných problémů. V této práci se řeší výzkumné problémy zaměřené na duševní onemocnění u žáků druhého stupně a připravenost pedagogických pracovníků na práci s nimi. Na základě toho byly stanoveny cíle a dílčí cíle. Dále se formulují hypotézy, které v další fázi testují a ověřují jejich platnost. V tomto výzkumu se testují tři hypotézy. Na závěr probíhá interpretace výsledků a jejich prezentace. Při interpretaci výzkumníků údaje porovnává a hledá mezi nimi souvislosti. Interpretace výsledků může ukázat i negativní výsledek, tudíž zamítnout stanovené hypotézy.

Před zveřejněním dotazníku je potřeba myslet na tzv. předvýzkum. Ten nám pomáhá ověřit validitu a reliabilitu dotazníku. Může nás upozornit například na nesrozumitelnost otázek, chybné zadání či velkou časovou náročnost (Skutil, 2011). Předvýzkum byl realizován s 8 respondenty, kteří se problematice duševního zdraví u dětí věnují, a s pedagogickými pracovníky, které autorka oslovila. Na základě toho byla formulace některých otázek upravena. Předvýzkum není součástí celkového výzkumu.

Limitem výzkumu kvalifikační práce je především menší návratnost dotazníku. Bylo zkontaktováno 281 základních škol v Praze. K vyhledávání daných škol autorka využila databázi z webové stránky www.seznamskol.eu. Celkově dotazník navštívilo 247 osob, z toho 156 osob dotazník dokončilo. Někteří na email s dotazníkem odpověděli s tím, že jsou zahlceni a

na vyplnění nemají čas. Dalším limitem je anonymita respondentů, kvůli které autorka nemůže zjistit, kolik dotazníků přišlo z jednotlivých škol, což může způsobit komplikace u některých otázek, které se věnují celkově škole, jejím standardům a nedostatkům.

Je důležité podotknout, že dotazník byl zcela anonymní a řídil se zásadami etického kodexu a ochrany osobních údajů (GDPR). O anonymitě dotazníku byli respondenti předem informováni.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládá z pedagogických pracovníků, kteří vyučují ve třídách na druhém stupni základních škol. Zároveň se škola, ve které pedagogičtí pracovníci vyučují, musí nacházet v Praze. Dotazníky byly rozeslány pomocí e-mailu na adresy konkrétních učitelů, ředitelů základních škol či jejich zástupců. V případě přítomnosti i speciálním pedagogům a školním psychologům z důvodu větší povědomosti a zefektivnění procesu šíření mezi učitele, kterých se to týká. Výzkumný vzorek legislativně spadá do zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

6 Interpretace výsledků a analýza dat

Tato kapitola se zaměřuje na rozборы výsledných dat z výzkumného šetření a jejich interpretaci. Na závěr se věnuje jednotlivým cílům kvalifikační práce.

6.1 Interpretace výsledků

Sběr dat proběhl formou dotazníku, který byl zhotoven prostřednictvím webové stránky www.survio.com. Dotazník byl rozeslán e-mailem jednotlivým ředitelům škol, jejich zástupcům, konkrétním učitelům a v případě přítomnosti i speciálním pedagogům či školním psychologům. Tuhle formou bylo dohromady zkontaktováno 281 základních škol v Praze. K vyhledání jednotlivých škol byla použita databáze z webové stránky www.seznamskol.eu. Dotazník byl zpřístupněn od 13.03.2022 do 29.03.2022, tudíž 16 dnů. Celkově odkaz navštívilo 247 osob z toho 156 osob dotazník dokončilo. Celková úspěšnost a návratnost dotazníku činí 63,2 %.

Dále se zaměříme na interpretaci jednotlivých výsledků. Otázky jsou sestaveny chronologicky dle posloupnosti otázek. U každé otázky najdeme i výsledný graf, který znázorňuje počet respondentů u jednotlivých odpovědích. V úvodní části dotazníku byly shrnuty základní informace o duševním zdraví a této problematice.

Začátek dotazníku zjišťuje základní informace o škole. Tyto výpovědi můžou být mírně zavádějící z důvodu anonymity respondentů. Nevíme, kolik respondentů odpovědělo z jednotlivých škol. Z některých škol mohlo přijít více odpovědí, z jiných méně a z některých třeba žádné. V první řadě bylo potřeba zjistit **o jaký typ školy se jedná**. Nejvíce respondentů odpovědělo, že vyučují na státní škole - 152 odpovědí, což je 97,4 %. Dále 2 respondenti vyučují na škole soukromé a 2 uvedli „jiné“. Podílově to vychází na 1,3 % u každého. Grafické znázornění můžeme vidět níže.

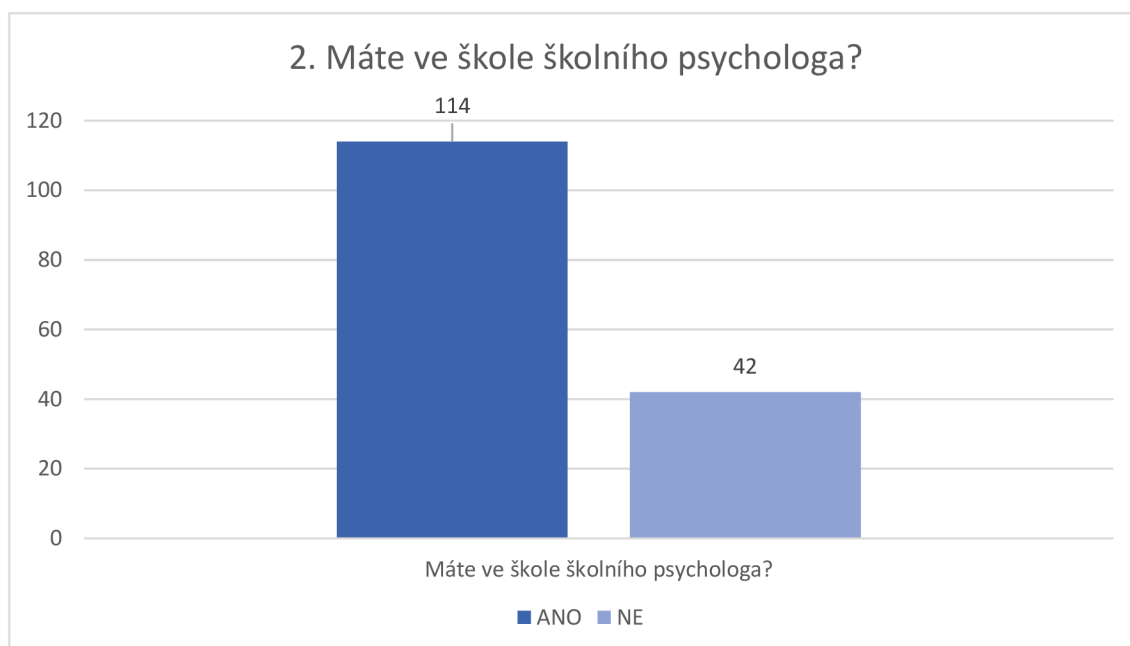
Graf 1: O jaký typ školy se jedná?



Zdroj: autorka

Druhá otázka zjišťuje **přítomnost školního psychologa**, kdy respondenti odpovídali, zda mají školního psychologa k dispozici, či nikoli. 114 respondentů odpovědělo, že ano tj. 73,1 % a 42 respondentů, že ne tj. 26,9 %. Znázorněno na Grafu 2.

Graf 2: Máte ve škole školního psychologa?



Zdroj: autorka

Třetí otázka zjišťuje, zda ve škole, kde respondenti vyučují, **je přítomen speciální pedagog**. 122 respondentů potvrdilo přítomnost speciálního pedagoga ve škole (78,2 %) a 34 zamítlo přítomnost speciálního pedagoga (21,8 %).

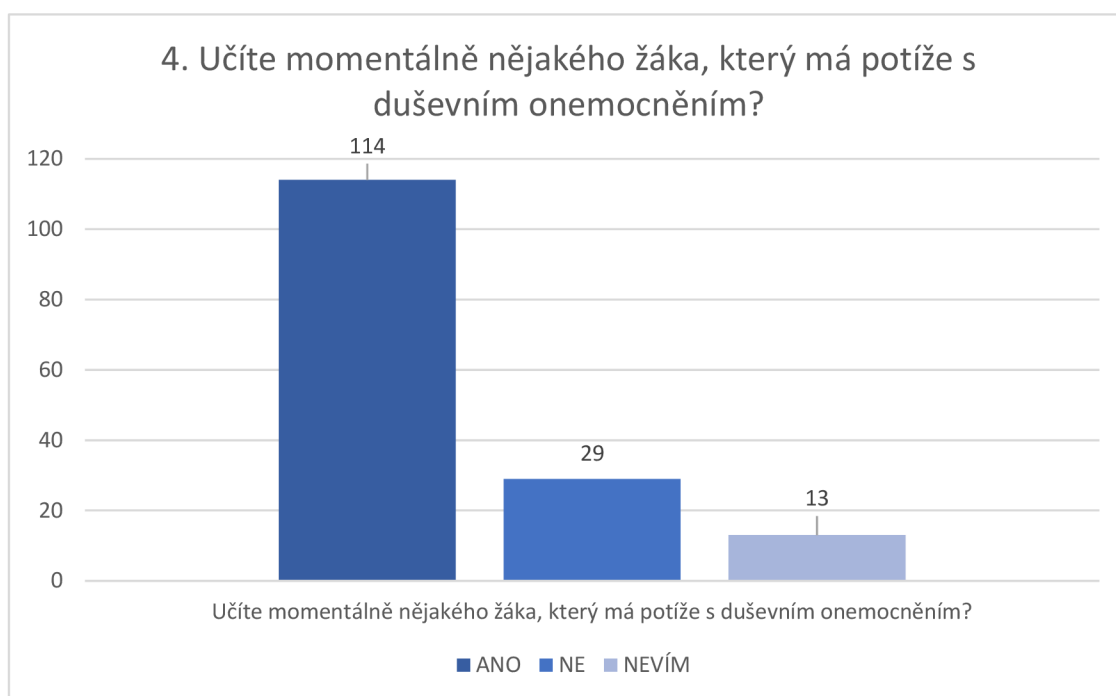
Graf 3: Máte ve škole speciálního pedagoga?



Zdroj: autorka

Druhá část dotazníku se věnuje přítomnosti žáků s duševním onemocněním ve školách na druhém stupni, zkušenosti pedagogických pracovníků a jejich připravenosti na práci s nimi. Čtvrtá otázka zjišťuje, **zda pedagogičtí pracovníci momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním**. Z výsledků vyplývá, že 114 respondentů vyučují nějakého žáka s duševním onemocněním tj. 73,1 %, 29 respondentů nevyučují žádného žáka s duševním onemocněním (18,6 %) a 13 respondentů neví, zda učí nějakého žáka s duševním onemocněním (8,3 %). Výsledky jsou znázorněné v Grafu 4.

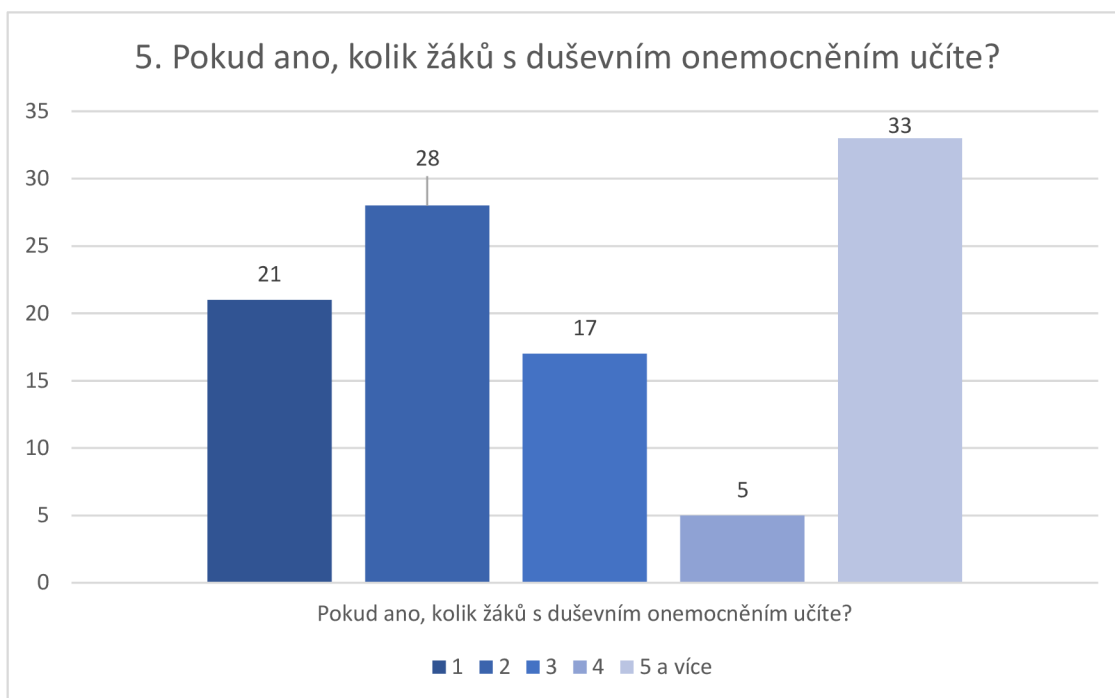
Graf 4: Učíte momentálně nějakého žáka, který má potíže s duševním onemocněním?



Zdroj: autorka

Pátá otázka dotazníku byla nepovinná. 103 respondentů na ni odpovědělo, 51 pouze zobrazilo. Tato otázka byla cílena na pedagogické pracovníky, kteří v předešlé otázce odpověděli kladně, tudíž že momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním. Otázka zjišťuje, **kolik žáků s duševním onemocněním pedagogičtí pracovníci vyučují**. Nejpočetnější odpověď, která činí 33 respondentů, je „5 a více“ (31,7 %). Druhá nejčastější odpověď s 28 respondenty (podílově 26,9 %) uvádí 2 žáky s duševním onemocněním. K odpovědi 1 žák s duševním onemocněním se přihlásilo 21 respondentů (20,2 %), 3 žáky s duševním onemocněním vyučuje 17 respondentů (16,3 %) a 4 žáky s duševním onemocněním vyučuje pouze 5 respondentů (4,8 %). Vizualní zobrazení můžeme vidět na Grafu 5.

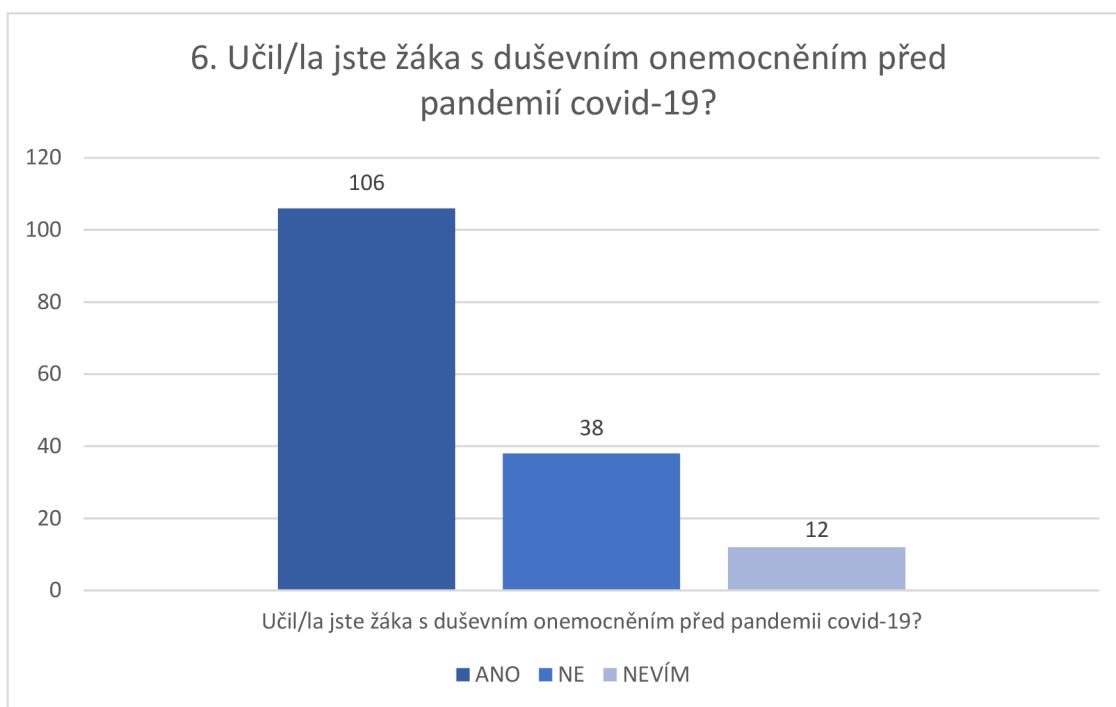
Graf 5: Pokud ano, kolik žáků s duševním onemocněním učíte?



Zdroj: autorka

Šestá otázka zjišťuje situaci ohledně pandemie covid-19. Zda tato skutečnost duševní zdraví u žáků ovlivnila či nikoli. Zjišťuje, **zda pedagogičtí pracovníci před pandemií covid-19 učili nějakého žáka s duševním onemocněním**. Odpověď ANO zaškrtnulo 106 respondentů tj. 67,9 %, odpověď NE uvedlo 38 respondentů tj. 24,4 % a nejméně respondentů odpovědělo, že neví, zda před pandemií covid-19 učili nějakého žáka s duševním onemocněním (12 respondentů tj. 7,7 %). Tyto údaje jsou vizuálně znázorněné na Grafu 6.

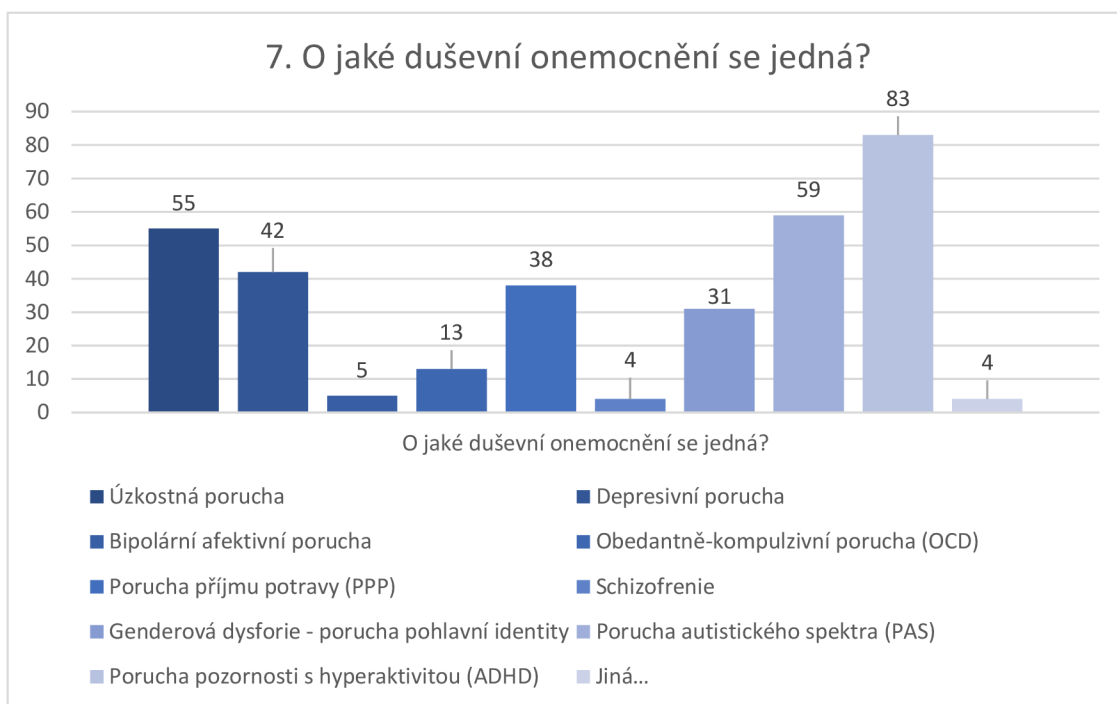
Graf 6: Učil/la jste žáka s duševním onemocněním před pandemií covid-19?



Zdroj: autorka

Otázka číslo sedm zjišťuje **konkrétní duševní onemocnění, která se u žáků vyskytují**. Tato otázka nebyla povinná a odpovědělo na ní dohromady 121 respondentů. 35 z nich ji pouze zobrazilo. Nejvíce odpovědí bylo uvedeno u poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) – 83 respondentů (68,6 %), druhé nejpočetnější onemocnění u žáků byly poruchy autistického spektra (PAS) – 59 respondentů (48,8 %). 55 respondentů uvedlo úzkostnou poruchu (podílově 45,5 %) a 42 respondentů depresivní poruchu (34,7 %). Poruchu příjmu potravy (PPP) uvedlo 38 respondentů s podílem 31,4 % a hned za ní genderovou dysforii (poruchu pohlavní identity) s 31 respondenty (25,6 %). V závěru obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) s 13 respondenty (tj. 10,7 %) a schizofrenie s 4 respondenty (tj. 3,3 %). Odpověď „jiná...“ uvedli rovněž 4 respondenti (3,3 %). Do této kategorie respondenti dopsali sebepoškození a neznámost diagnózy z důvodu lékařského tajemství. Znázorněno na Grafu 7.

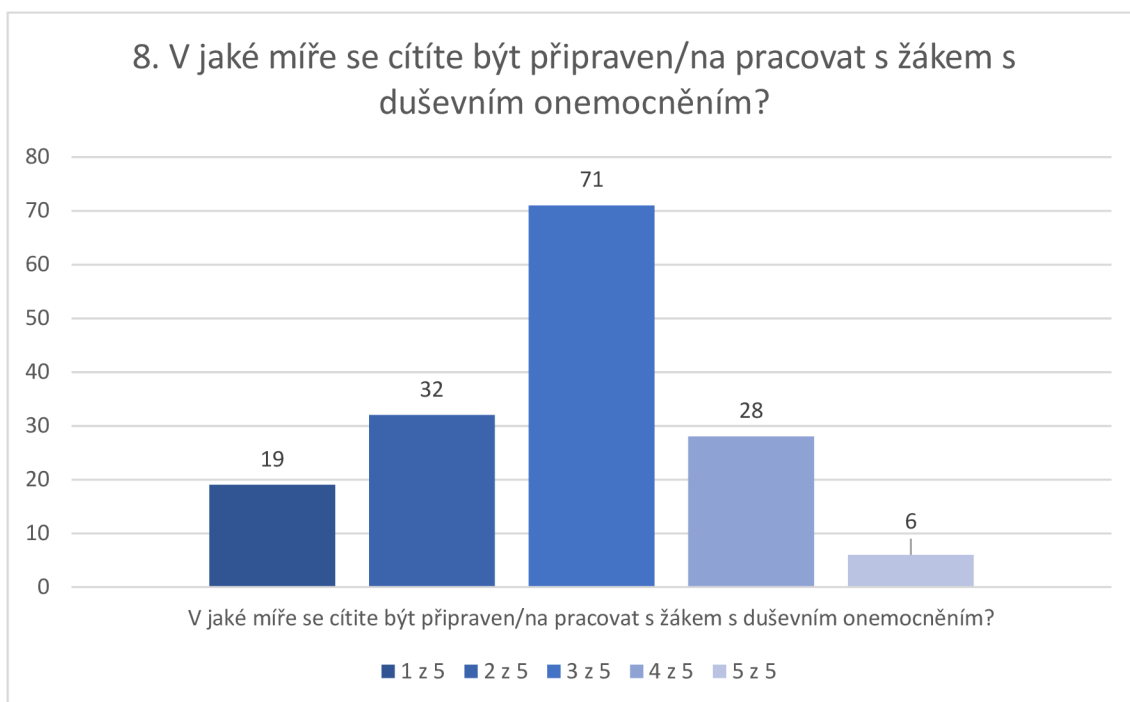
Graf 7: O jaké duševní onemocnění se jedná?



Zdroj: autorka

Další část dotazníků se zaměřuje na práci s žákem s duševním onemocněním, připravenost pedagogických pracovníků a jejich potřeby. Otázka číslo 8 obsahuje škálové hodnocení a zjišťuje u respondentů, **v jaké míře se cítí být připraveni pracovat s žákem s duševním onemocněním**. Hodnocení bylo vyjádřeno pomocí hvězdiček, přičemž 1/5 znamenalo nejmenší připravenost a 5/5 největší připravenost. Tyto vysvětlivky byly uvedeny pod otázkou. Respondenti nejčastěji uváděli neutrální odpověď, tudíž 3/5–71 respondentů (45,5 %), druhá nejčastější byla 2/5–32 respondentů (20,5 %), poté 4/5–28 respondentů (17,9 %). Nejmenší hodnocení měly odpovědi 1/5 (19 respondentů s podílem 12,2 %) a 5/5 (6 respondentů s podílem 3,8 %). Tato otázka je graficky znázorněna na Grafu 8.

Graf 8: V jaké míře se cítíte být připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním?



Zdroj: autorka

Otázka číslo 9 - „**Máte ve škole zavedené nějaké strategie/postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním?**“ byla otázka nepovinná a odpovědělo na ni 147 respondentů ze 156. Dohromady 86 respondentů (58,5 %) mají ve škole zavedené nějaké strategie/postupy při práci s žákem s duševním onemocněním. 61 respondentů (41,5 %) naopak tyto postupy zavedené nemají. Graf 9 znázorňuje výsledky.

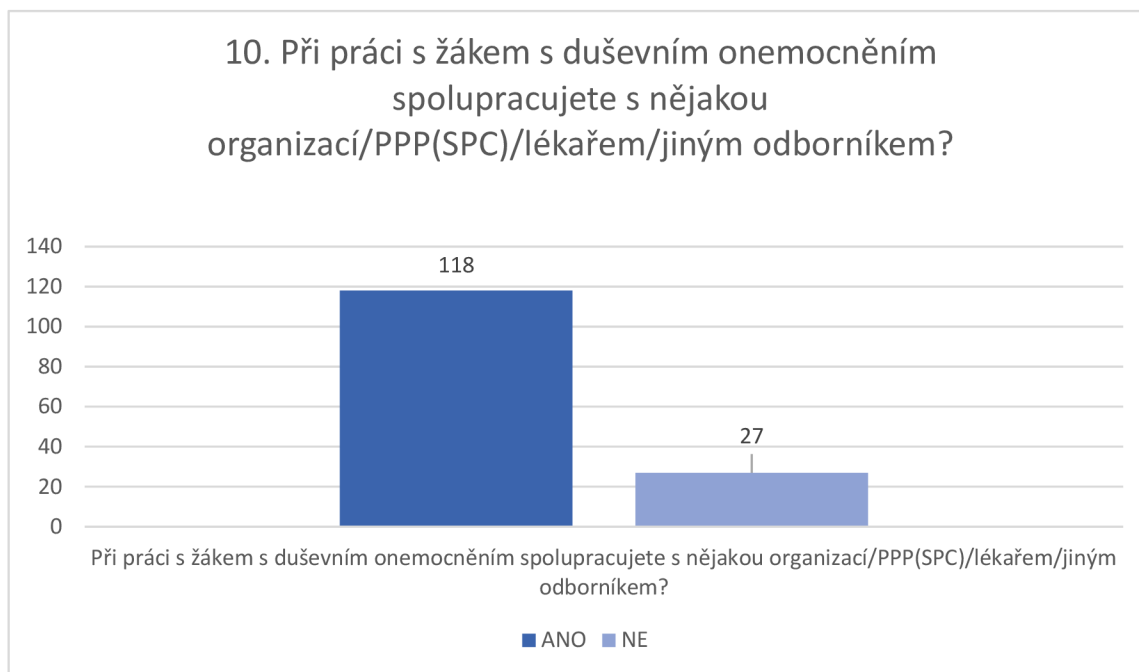
Graf 9: Máte ve škole zavedené nějaké strategie/postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním?



Zdroj: autorka

Desátá otázka zjišťuje, zda respondenti **při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracují s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem, či jiným odborníkem**. Otázka byla opět nepovinná a odpovědělo na ni 145 respondentů. 11 respondentů na ni neodpovědělo. Drtivá většina respondentů uvedla odpověď ANO – 118 respondentů, což je 81,4 % a pouze 27 respondentů (tj. 18,6 %) uvedlo odpověď NE.

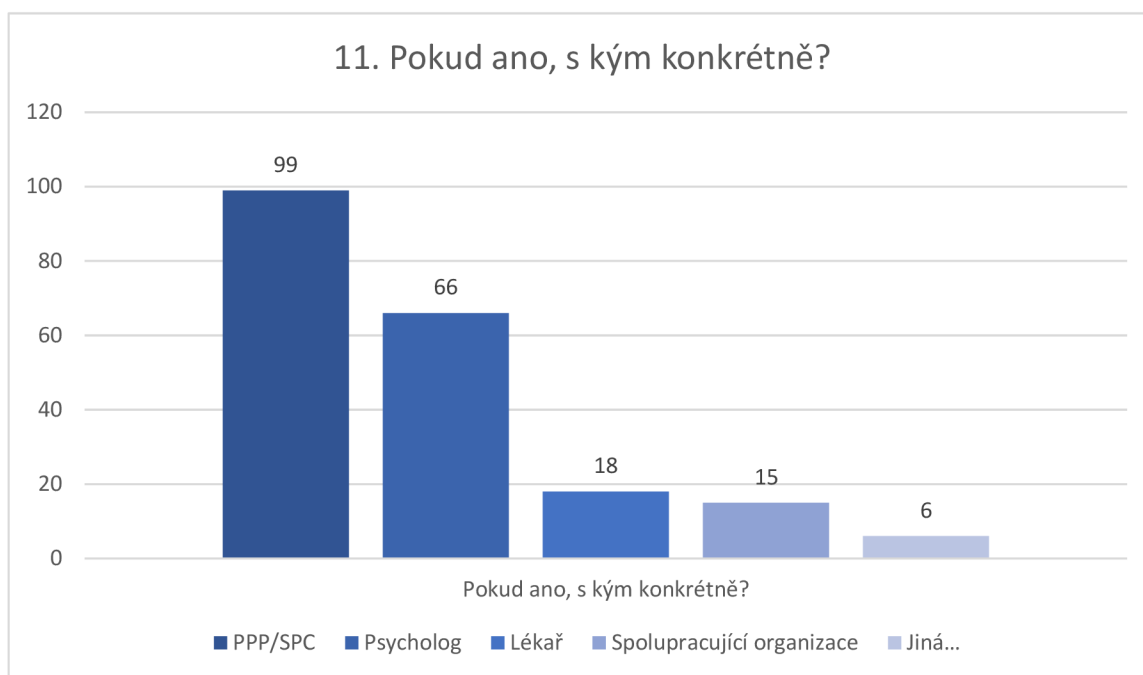
Graf 10: Při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracujete s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem?



Zdroj: autorka

Otázka č. 11 je mířena na respondenty, kteří v předešlé otázce uvedli odpověď ANO. Otázka tudíž není povinná a odpovědělo na ni 117 respondentů ze 156. Tato otázka se ptá, že pokud respondenti při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracují s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem či jiným odborníkem, **s kým konkrétně**. Odpověď s největším počtem respondentů (99, podílově 84,6 %) je PPP/SPC. Hned za ní je odpověď „psycholog“ s 66 respondenty (56,4 %), poté respondenti uváděli lékaře (18 odpovědí, podílově 15,4 %) a návazné spolupracující organizace (15 odpovědí, podílově 12,8 %). 6 respondentů (5,1 %) uvedlo odpověď „jiné“. V této kategorii se objevovali odpovědi jako výchovný poradce, metodik prevence, psychiatři. Vizualní znázornění lze vidět na Grafu 11.

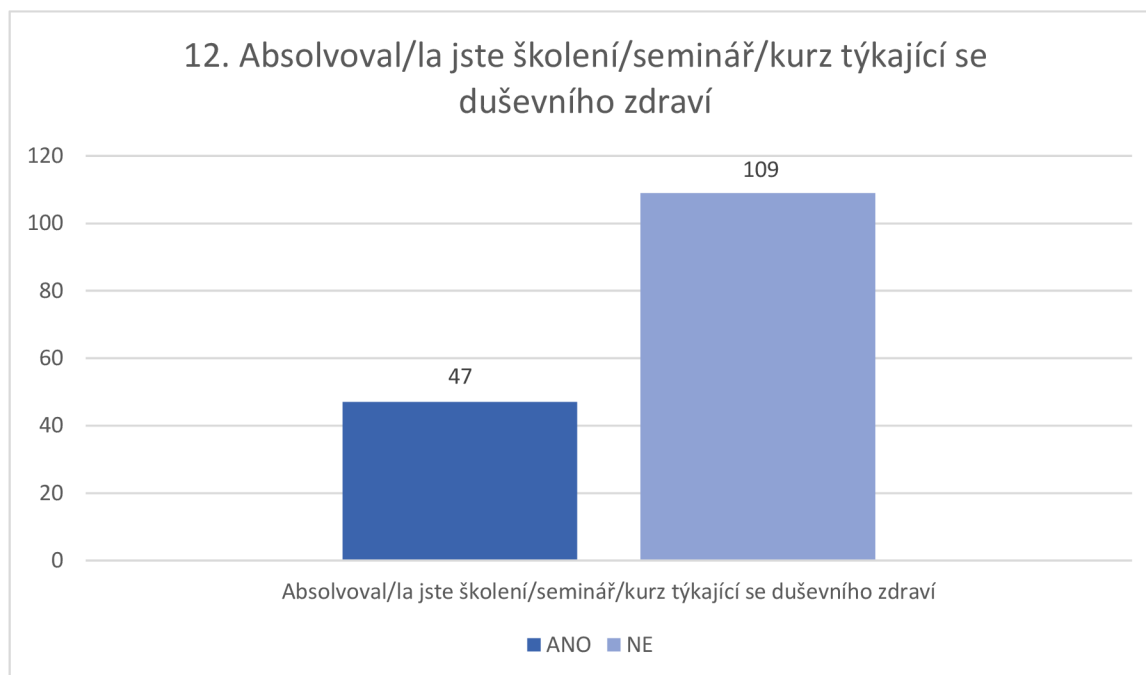
Graf 11: Pokud ano, s kým konkrétně?



Zdroj: autorka

12. otázka se zaměřuje na vzdělání a přípravu pedagogů v oblasti duševního zdraví. Zjišťuje, **zda respondenti absolvovali nějaké školení/seminář či kurz, který se týká duševního zdraví**. Respondenti s nadpoloviční většinou uvedli odpověď NE – 109 odpovědí (69,9 %) a 47 respondentů (podílem 30,1 %) uvedlo odpověď ANO. Výsledné znázornění lze vidět na Grafu 12.

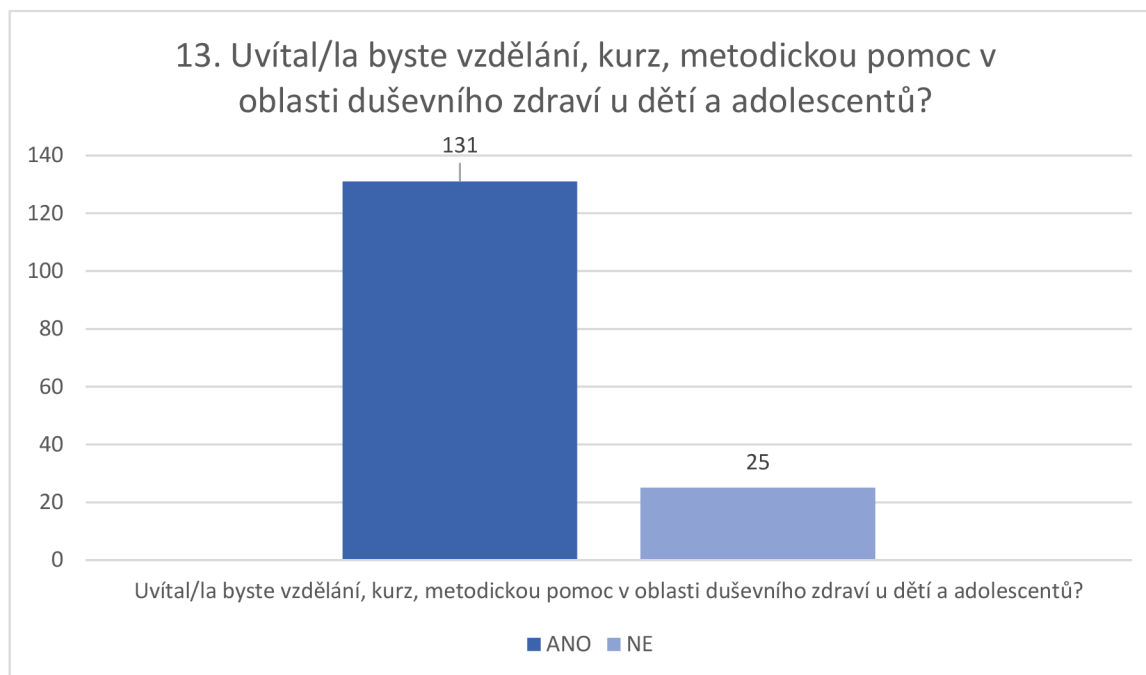
Graf 12: Absolvoval/la jste školení/seminář/kurz týkající se duševního zdraví?



Zdroj: autorka

Otázka číslo 13 je úzce vázaná na předešlou otázku. Zjišťuje, **zda by pedagogičtí pracovníci uvítali nějaké vzdělání, kurz či metodickou pomoc v oblasti duševního zdraví u dětí.** Na tuto otázku odpovídali respondenti především kladně, tudíž odpovědi ANO (131 odpovědí, tj. 84 %) a 25 respondentů (tj. 16 %) uvedlo odpověď NE. Graf 13 zobrazuje výsledné hodnoty.

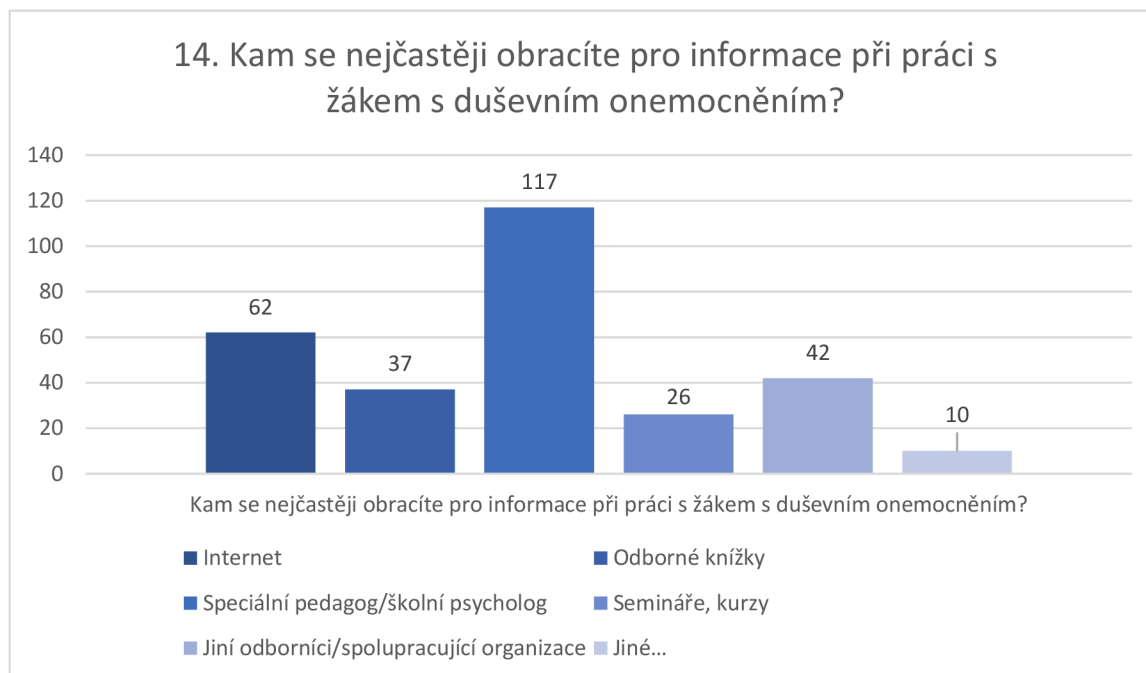
Graf 13: *Uvítal/la byste vzdělání, kurz, metodickou pomoc v oblasti duševního zdraví u dětí a adolescentů?*



Zdroj: autorka

14. otázka zjišťuje zdroje informací při práci s žákem s duševním onemocněním – „**Kam se nejčastěji obracíte pro informaci při práci s žákem s duševním onemocněním**“. Otázka byla nepovinná a odpovědělo na ni 148 respondentů (8 neodpovědělo). „speciální pedagog/školní psycholog“ je nejčastější odpověď se 117 respondenty (79,1 %), dále 62 respondentů, což je 41,9 % uvedlo odpověď „internet“, 42 (28,4 %) uvedlo odpověď „jiní odborníci/spolupracující organizace“ a 37 respondentů, tj. 25 % uvedlo odpověď „odborné knížky“. Na odpověď „semináře, kurzy“ odpovědělo 26 respondentů (17,6 %) a 10 respondentů (6,8 %) uvedlo odpověď „jiné...“. Zde respondenti uváděli – PPP, zkušenější kolegové, jejich vlastní praxe nebo sebevzdělání. Vizually znázorněno na Grafu 14.

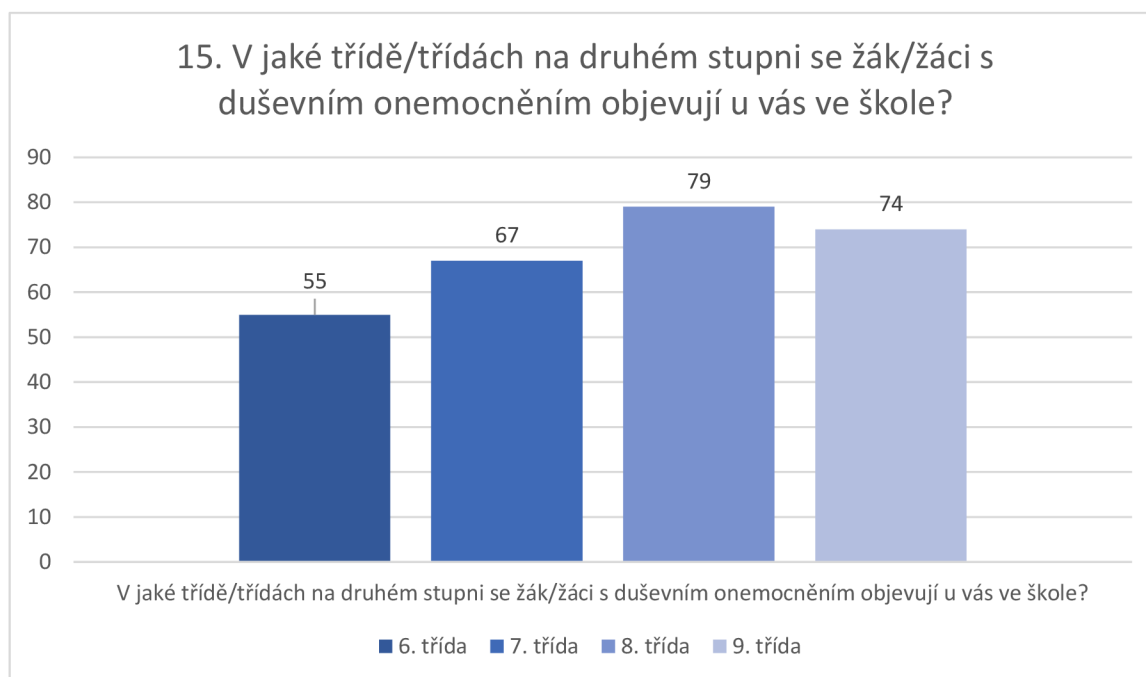
Graf 14: Kam se nejčastěji obracíte pro informace při práci s žákem s duševním onemocněním?



Zdroj: autorka

Otázka číslo 15 zjišťuje výskyt žáků s duševním onemocněním. **Zjišťuje, v jaké třídě/třídách na druhém stupni se žák/žáci s duševním onemocněním objevují.** Otázka byla opět nepovinná a odpovědělo na ni 123 respondentů, 33 respondentů otázku pouze zobrazilo. Zde byly výsledky odpovědí poměrně natěsno. 8.třidu odpovědělo 79 respondentů, což je 64,2 %. 74 respondentů (60,02 %) uvedlo 9. třídu, 67 respondentů (54,5 %) odpovědělo 7. třídu a 55 respondentů (tj. 44,7 %) uvedlo 6. třídu. Graf 15 znázorňuje výsledné hodnoty.

Graf 15: V jaké třídě/třídách na druhém stupni se žák/žáci s duševním onemocněním objevují u vás ve škole?



Zdroj: autorka

Poslední otázka číslo 16 je z celého dotazníku ta nejdůležitější. Je otevřená a zjišťuje **co by pedagogickým pracovníkům pomohlo nebo co by potřebovali, aby mohli lépe pracovat s žákem s duševním onemocněním**. Vrátilo se celkem 64 otevřených odpovědí (tj. 41 %). Někteří respondenti však uvedli více odpovědí, tudíž finální číslo je 110 odpovědí. Nejčastěji se objevovaly odpovědi pedagogických pracovníků na potřebu speciálních kurzů, workshopů, seminářů či vzdělání v oblasti duševního zdraví (15 odpovědí). Někteří specifikovali potřebu po praktickém nebo zážitkovém kurzu, nikoli pouze teoretickém a informačním. Ukazují to odpovědi, jaké jsou například: „*potřebovala bych zážitkový workshop, který by mi dodal jistotu*“ nebo „*nějaké školení (ale ne obecné, ale opravdu zaměřené na jednotlivé poruchy, hlavně praktické, ne teoretické)*“. Dále se objevovaly odpovědi ohledně větší informovanosti o problematice – letáčky, praktické rady, informace ohledně projevů poruch a postupů práce (13 odpovědí) a potřebě mít více informací od rodičů či lékařů duševně nemocného žáka – včetně lepší spolupráce a komunikace s nimi (13 odpovědí). Příkladem takové odpovědi můžeme uvést: „*větší informovanost o problematice, konkrétnější formulace projevů poruch, postupů práce s dětmi atd.*“ Dále respondenti uváděli, že by toto téma mělo být již součástí vzdělání všech pedagogů a možnost mít v rámci studia i praktickou výuku – 2 odpovědi a s tím se pojí odpovědi ohledně nejistoty a potřeby mít v této oblasti větší zkušenosti – 3 odpovědi (např.: „*kvalitnější a prakticky zaměřená výuka na VŠ, budoucí pedagog by měl být vyškolen alespoň základním kurzem*

- a nejen teoreticky, ale v rámci seminářů, aby mohl zkusit, řešit reálné případy v bezpečném prostředí - a ne až se dostane do krizové situace a teď honem rychle zjišťoval co a jak“). Celkem 11 respondentů uvedlo, že by jim při práci s žákem s duševním onemocněním pomohlo mít ve třídě kvalifikovaného asistenta pedagoga – „asistent pedagoga ve třídě (asistenty máme jen u nejdůležitějších případů, je jich málo)“. V návaznosti na to se objevovaly potřeby mít ve škole školního psychologa či speciálního pedagoga (8 odpovědí). Příkladem můžeme uvést: „přítomnost školního psychologa ve škole na plný úvazek, který by byl prostředníkem mezi rodinou, školou a případně dalšími odborníky. Pomohl by nám ve vytváření postupů pro práci s daným žákem“. Kromě odborníků ve škole by pedagogičtí pracovníci uvítali lepší spolupráci i s odborníky mimo školu (více informací, postupy práce, pomoc, podpora). Tuto odpověď uvedlo 8 respondentů. Jedna z nich je například: „lepší zpětná vazba od odbor. pracoviště, žák nechodil 2 roky do školy, situace uvízla na mrtvém bodě, tř. uč. píše zprávy, plány doplnění učiva a neví, jaký je skutečný stav žáka, jaké jsou jeho možnosti.“ Další odpovědi se týkaly školního nastavení. Objevovaly se odpovědi ohledně potřeby na větší kapacitu a čas pedagogických pracovníků pracovat individuálně s žákem s duševním onemocněním (7 odpovědí) nebo menší počet žáků ve třídě (7 odpovědí). Můžeme uvést příklad „kapacitně více času, je hodně dětí, o které zde pečují i jako speciální pedagog a duševní onemocnění je jen jedním z více aspektů“. 5 respondentů upozornilo i na potřebu mít ve škole pro tyto případy stanovenou metodiku. Také se objevily odpovědi, že respondenti nepotřebují nic – 3 („žákovi se dostává více tolerance a pochopení, tak je vše v pořádku“). 2 respondenti uvedli potřebu empatie k danému žákovi – porozumět tomu, jak se cítí.

Nezařazené odpovědi respondentů:

„Aby systém školy s tímto automaticky pracoval.“

„Každý rok aktualizovaná individuální doporučení a strategie pro jednotlivé žáky od speciálního pedagoga/psychologa. Stačily by jednoduchá hesla.“

„Možnost ho v případě potřeby dostat z dosahu ostatních žáků (u agresivních jedinců).“

„Pochopení všech kolegů, nezlehčování situace žáka.“

„Rychlejší návaznou péči – čekací doby do PPP jsou tříměsíční, ke klinickým odborníkům ještě delší.“

„Speciální škola pro tyto děti.“

„Více dostupných dětských psychologů a psychiatrů.“

„Nevětší problém je zajistit financování školního psychologa a speciálního pedagoga, nedostatečné zajištění ze strany státu. Nelze mít zaměstnance zajištěného jen z grantu a to dlouhodobě. Kdo chce smlouvu na dobu určitou... je to nedůstojné.“

„Zrušit inkluzi, zavést integraci – pokud žák nezvládá objektivně studium, tak mu má být poskytnuta pomoc odborníkem, nemá to řešit běžný vyučující bez odborného vzdělání tímto směrem.“

„Lepší zpětná vazba od odbor. pracoviště, žák nechodil 2 roky do školy, situace uvízla na mrtvém bodě, tř. uč. píše zprávy, plány doplnění učiva a neví, jaký je skutečný stav žáka, jaké jsou jeho možnosti...“

„Spolupráce pedagogů při práci s duševně nemocným“

„Uvažuji o psych. výcviku, tento ovšem není hrazen zaměstnavatelem“

„Konkrétní doporučení, jak pracovat s celou třídou, ne jen obecná doporučení pro nemocného žáka. Těch je všude dost.“

6.2 Testování hypotéz

Následující kapitola se věnuje testování hypotéz a prezentace jednotlivých výsledků. Hypotézy určujeme pomocí chí kvadrátu. Hladina významnosti je určena na 5 %.

Hypotéza č. 1: Pedagogičtí pracovníci, kteří mají k dispozici školního psychologa nebo speciálního pedagoga, mají lépe zavedené strategie/postupy při práci s žákem s duševním onemocněním než pedagogičtí pracovníci bez přítomnosti školního psychologa/speciálního pedagoga.

$H_{(0)}$: Mezi přítomností školního psychologa nebo speciálního pedagoga a kvalitou zavedených strategií/postupů při práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost.

$H_{(1)}$: Mezi přítomností školního psychologa nebo speciálního pedagoga a kvalitou zavedených strategií/postupů při práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.

Otázka – Máte ve škole zavedené nějaké strategie/postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním? Byla nepovinná a 9 respondentů na ní neodpovědělo.

1) Školní psycholog

Tabulka 3: hypotéza č. 1 – školní psycholog

<i>Zavedené strategie</i>	<i>Přítomnost školního psychologa</i>		
	ANO	NE	Σ
ANO	63	23	86
NE	44	17	61
Σ	107	40	147

Zdroj: autorka

2) Speciální pedagog

Tabulka 4: hypotéza č. 1 – speciální pedagog

<i>Zavedené strategie</i>	<i>Přítomnost speciálního pedagoga</i>		
	ANO	NE	Σ
ANO	68	18	86
NE	45	16	61
Σ	113	34	147

Zdroj: autorka

3) Školní psycholog + speciální pedagog

Tabulka 5: hypotéza č. 1

Zavedené strategie	Přítomnost školního psychologa/speciálního pedagoga		
	ANO	NE	Σ
ANO	131	41	172
NE	89	33	122
Σ	220	74	294

Tabulka 6: hypotéza č. 1 – testovací kritérium/kritická hodnota

Testovací kritérium	0,39
Kritická hodnota	3,841

Zdroj: autorka

Po porovnání výpočetních hodnot z tabulek, přijímáme nulovou hypotézu – mezi přítomností školního psychologa nebo speciálního pedagoga a kvalitou zavedených strategií/postupů při práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost. Mezi vypočítanými hodnotami není žádný staticky významný rozdíl.

Hypotéza č. 2: Pedagogičtí pracovníci, kteří spolupracují s nějakou organizací/PPP (SPC)/lékařem/jiným odborníkem, se cítí více připraveni pracovat s žákem s duševním onemocněním než pedagogičtí pracovníci, kteří s nikým nespolupracují.

$H_{(0)}$: Mezi spoluprací s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem a připraveností na práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost.

H₍₁₎: Mezi spoluprací s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem a připraveností na práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.

Otázka – „Při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracujete s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem?“ Byla nepovinná a 11 respondentů na ní neodpovědělo.

Odpovědi v otázce – „V jaké míře se cítíte být připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním?“ Jsme v rámci této hypotézy rozdělili na ANO/NE, přičemž hodnocení 1-2 znamenalo „NE – necítím se připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním“ a 4-5 znamenalo „ANO – cítím se připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním“. Hodnocení 3 jsme vyřadili.

Tabulka 7: hypotéza č. 2

<i>Připravenost na práci s žákem s duševním onemocněním</i>	<i>Spolupráce s organizací/PPP(SPC)/lékařem, jiným odborníkem</i>		
	ANO	NE	Σ
ANO	26	4	30
NE	31	15	46
Σ	57	19	76

Zdroj: autorka

Tabulka 8: hypotéza č. 2 - testovací kritérium, kritická hodnota

Testovací kritérium	3,598
Kritická hodnota	3,841

Zdroj: autorka

Na základě porovnání kritické hodnoty a testovacího kritéria přijímáme hypotézu (0). Mezi spoluprací s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem a připraveností na práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost.

Hypotéza č. 3: Pedagogičtí pracovníci, kteří absolvovali nějaké školení/seminář/kurz týkající se duševního zdraví, se cítí více připraveni na práci s žákem s duševním onemocněním než pedagogičtí pracovníci bez návazného školení/semináře/kurzu týkající se duševního zdraví.

$H_{(0)}$: Mezi absolvovaným školením/seminářem/kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním není žádná souvislost.

$H_{(1)}$: Mezi absolvovaným školením/seminářem/kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.

Odpovědi v otázce – „V jaké míře se cítíte být připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním?“ Jsme v rámci této hypotézy rozdělili na ANO/NE, přičemž hodnocení 1-2 znamenalo „NE – necítím se připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním“ a 4-5 znamenalo „ANO – cítím se připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním“. Hodnocení 3 jsme vyřadili.

Tabulka 9: hypotéza č. 3

<i>Připravenost na práci s žákem s duševním onemocněním</i>	<i>Absolvované školení/seminář/kurz týkající se duševního zdraví</i>		
	ANO	NE	Σ
ANO	14	20	34
NE	9	41	50
Σ	23	61	84

Zdroj: autorka

Tabulka 10: hypotéza č. 3 - testovací kritérium, kritická hodnota

Testovací kritérium	5,466
Kritická hodnota	3,841

Zdroj: autorka

Na hladině významnosti 5 % shledáváme statickou souvislost a přijímáme hypotézu (1) - Mezi absolvovaným školením/seminářem/kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.

6.3 Shrnutí výsledků, dílčí cíle

V této kapitole se budeme věnovat interpretaci výsledků, které vyplývají z metodologického šetření a odpovíme si na dílčí cíle. Hlavnímu cíli se poté budeme věnovat v diskuzi.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda pedagogičtí pracovníci momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním.

Na otázku, zda pedagogičtí pracovníci momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním dohromady odpovědělo 156 respondentů. Z toho 114 uvedlo, že momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním. 29 respondentů odpovědělo NE a 13 respondentů uvedlo, že NEVÍ. Neutrální odpověď autorka uvedla jako možnost v dotazníku z důvodu toho, že tuto informaci nemusí pedagogičtí pracovníci vědět. Lékařská diagnóza spadá pod lékařské tajemství a rodiče žáka nemusí tuto skutečnost uvádět. Z toho výzkumu vyplývá, že drtivá většina dotazovaných pedagogických pracovníků momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním. Současnou situaci v oblasti duševního zdraví a velký nárůst těchto diagnóz blíže popisuje kapitola č. 3., která se nachází v teoretické části této práce.

2. Zjistit, zda se výskyt žáků s duševním onemocněním zvýšil po pandemii covid-19.

Ohledně výskytu žáků s duševním onemocněním před pandemií covid-19 se věnovala v dotazníku otázka číslo 6. Otázka byla povinná, tudíž na ní odpovědělo všech 156 respondentů. Většina pedagogických pracovníků uvedlo, že před pandemií covid-19 učili nějakého žáka s duševním onemocněním (106 respondentů). 38 respondentů odpovědělo, že NE a 12 respondentů vybralo odpověď NEVÍM. Zde můžeme vidět, že většina dotazovaných pedagogických pracovníků učila žáka s duševním onemocněním i před pandemií covid-19, tedy dle tohoto výzkumného šetření vyplývá, že pandemie covid-19 neměla žádný vliv na výskyt žáků s duševním onemocněním ve školách.

3. Zjistit, zda pedagogičtí pracovníci mají ve škole k dispozici školního psychologa nebo speciálního pedagoga.

Na tento cíl odpovídají otázky v dotazníku číslo 2 a 3. V obou případech dotazovaní respondenti uvedli, že ve škole mají k dispozici školního psychologa (114 respondentů) a speciálního pedagoga (122 respondentů). Zatímco 42 respondentů nemá k dispozici školního psychologa a 34 respondentů nemá k dispozici speciálního pedagoga. Z toho vyplývá, že tito dotazovaní respondenti většinou mají ve škole k dispozici školního psychologa nebo speciálního pedagoga.

4. Zjistit, jací žáci s duševním onemocněním se v průměru nejvíc vyskytují na druhém stupni základních škol v Praze.

K tomuto cíli se váže otázka v dotazníku – O jaké duševní onemocnění se jedná (otázka číslo 7). V této otázce dotazovaní respondenti odpovídali, s jakými žáky s duševním onemocněním se ve škole setkávají. Dotazovaní respondenti nejvíc uváděli poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) – 83 odpovědí. Dále se objevovaly poruchy autistického spektra (PAS), úzkostné a depresivní poruchy – 59, 55 a 42 odpovědí. 35 respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Tyto duševní onemocnění můžeme uvést jako nejvíce se vyskytující na druhém stupni dotazovaných základních škol. Popisem jednotlivých duševních onemocnění se dále zabývá kapitola číslo 2 v teoretické části této práce.

5. Zjistit, v jaké míře se pedagogičtí pracovníci cítí být připraveni na práci s žákem s duševním onemocněním.

Míru připravenosti pedagogických pracovníků hodnotila otázka číslo 8. Pedagogičtí pracovníci u této otázky nejčastěji volili neutrální odpověď – 3/5. (71 respondentů ze 156). Druhá nejčastější odpověď byla 2/5 a třetí nejčastější 4/5–32 a 28 respondentů. Na základě toho můžeme říct, že pedagogičtí pracovníci se uchýlili vesměs k neutrální cestě, tedy nelze zde jednoznačně vymezit míru připravenosti.

6. Zjistit, zda ve škole, ve které pedagogičtí pracovníci působí, mají zavedené strategie nebo postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním.

Na tento cíl se váže otázka číslo 9. Na tuto otázku 9 respondentů neodpovědělo. Odpověď ANO volilo 86 respondentů a odpověď NE 61 respondentů. Z tohoto můžeme vyčíst, že dotazovaní pedagogičtí pracovníci spíše mají ve škole zavedené nějaké strategie/postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním.

7. Zjistit, zda pedagogičtí pracovníci při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracují s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem či jiným odborníkem.

Otázka z výzkumného šetření s číslem 10 se zabývá spoluprací s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem či jiným odborníkem a dotazovaným pedagogickým pracovníkem. Na tuto otázku neodpovědělo 11 respondentů ze 156. 118 respondentů uvedlo odpověď ANO a 27 respondentů odpověď NE. V závislosti na tomto výsledku můžeme říct, že dotazovaní pedagogičtí pracovníci při práci s žákem s duševním onemocněním většinou s někým spolupracují.

8. Zjistit, kam se pedagogičtí pracovníci nejčastěji obracejí na informace ohledně práce s žákem s duševním onemocněním.

Tento cíl plynule navazuje na cíl předchozí a váže se na něj otázka z dotazníku číslo 11. Na tuto otázku 39 respondentů neodpovědělo. Z této otázky vyplývá, že 99 respondentů

spolupracuje především s PPP/SPC, dále respondenti uváděli psychologa (66 odpovědí). Lékař a spolupracující organizaci měli pouze 18 a 15 odpovědí. V tomto případě uznáváme, že pedagogičtí pracovníci se při práci s žákem s duševním onemocněním nejčastěji obracejí na PPP či SPC.

9. Zjistit, jaké procento pedagogických pracovníků má absolvovaný kurz, seminář či školení, který se týká duševního zdraví.

Tento cíl souvisí s otázkou v dotazníku číslo 12. Tato otázka se ptá, zda respondenti absolvovali nějaké školení/seminář či kurz, který se týká duševního zdraví. Tato otázka byla povinná, tudíž na ni odpovědělo všech 156 respondentů. Z toho 109 respondentů uvedlo odpověď NE, což je 69,9 % a 47 respondentů uvedlo odpověď ANO, což je 30,1 %. Na základě toho můžeme říct, že většina pedagogických pracovníků neabsolvovala žádný kurz/seminář či školení zaměřující se na duševní zdraví.

10. Zjistit, jaké jsou potřeby pedagogických pracovníků pro lepší práci s žákem s duševním onemocněním.

K tomuto cíli se váže poslední otázka dotazníku (otázka číslo 16). Tato otázka byla otevřená a zjišťovala potřeby pedagogických pracovníků při práci s žákem s duševním onemocněním. Odpovědělo na ni celkem 64 respondentů. Respondenti uváděli však i více odpovědí, tudíž po analýze této otázky nám vyšlo kolem 110 odpovědí. Nejčastěji se objevovaly odpovědi na potřebu speciálních kurzů, workshopů či seminářů v oblasti duševního zdraví. Tyto kurzy však pojmut spíše praktickou a zážitkovou formou. Dále zde byly odpovědi ohledně potřeby větší informovanosti o dané problematice, potřebě mít více konkrétních informací od rodičů či odborníků žáka a nastavení lepší spolupráce mezi nimi. Dále pedagogičtí pracovníci například zmiňovali – mít ve škole školního psychologa/speciálního pedagoga, více asistentů pedagoga, menší počet žáků ve třídě, mít více času na tyto žáky, spolupráce s odborníky, více zkušeností či pochopení ostatních kolegů.

7 Diskuse

Diplomová práce s názvem – *Role speciálního pedagoga v projektu reformy psychiatrické péče multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v Praze* přibližuje problematiku duševního onemocnění u dětí a adolescentů se zaměřením na aktuální situaci ve škole. Pro novou roli speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví je důležité znát aktuální dění ve škole a potvrdit či vyvrátit potřebnost této pozice. Součástí této pozice je především spolupráce se školami či poradnami, nabízet podporu a poskytovat informace o daném klientovi/žákovi. Praktická část této práce je zaměřena na výskyt žáků s duševním onemocněním ve třídách druhého stupně běžných základních škol a mimo jiné se zajímá o potřeby a zkušenosti pedagogických pracovníků v oblasti duševního zdraví.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit výskyt žáků s duševním onemocněním ve třídách druhého stupně běžných základních škol v Praze. Výzkumného šetření se dohromady zúčastnilo 156 respondentů z toho 114 respondentů potvrdilo, že momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním, což je 73,1 %. Dále 31,7 % respondentů uvedlo, že vyučuje 5 a více žáků s duševním onemocněním. Na základě toho usuzujeme, že žáci s duševním onemocněním jsou na druhém stupni základních škol v poměrně velkém zastoupení. Tuto problematiku blíže popisuje kapitola číslo 3 – *Problematika duševního onemocnění v současnosti*, která je součástí teoretické části této práce. Největší poměr těchto žáků je dle tohoto výzkumu v osmé a deváté třídě (64,2 % a 60,2 %). Zároveň 84 % respondentů uvedlo, že by uvítali nějaký kurz, vzdělání, seminář či metodickou pomoc. Pocit připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním respondenti hodnotili spíše neutrálně (3 z 5 hvězdiček na hodnotící škále). V otevřené otázce poté respondenti zmiňovali potřebu větší informovanosti v této oblasti, lepší spolupráci s rodiči či s jinými odborníky a kvalitnější zázemí školy (více asistentů pedagoga, školního psychologa/speciálního pedagoga, méně žáků ve třídě, více času na individuální práci s těmito žáky).

Dle autorky je značná potřeba větší podpory pedagogických pracovníků v oblasti duševního zdraví. Výzkum potvrzuje velký výskyt žáků s duševním onemocněním a nedostatečnou připravenost pedagogických pracovníků. Je zde znát i zájem pedagogických pracovníků o toto téma. Dle názoru autorky je také potřeba zajistit odborníky na každé škole (školního psychologa/speciálního pedagoga), aby právě tyto pracovníci dokázali žáky s duševním onemocněním včas zachytit a stabilizovat jejich duševní stav, popřípadě dále podporovat tyto žáky ve zvládnání vzdělávacího systému. Pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra nestíhají včas podchytit žáka s duševním onemocněním a nastavit vhodná doporučení na

základě dlouhé čekací doby. Také je potřeba pracovat s celým třídním kolektivem, aby to nemělo značný dopad i na ostatní žáky. Mohlo by pomoci také navýšení kapacity a počtů asistentů pedagoga. Značná potřeba je po osvětě o této problematice a podpora vzdělávání pedagogických pracovníků v této oblasti. Zároveň tuto skutečnost potvrzuje i hypotéza číslo 3, ve které sledujeme statickou souvislost „*Mezi absolvovaným školením/seminářem/kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost.*“

Na problematiku edukace žáků s psychiatrickou diagnózou a potřeba podpory pedagogických pracovníků v oblasti duševního zdraví rovněž upozorňuje výzkum Vyhnánkové (2021). Cílem šetření v této práci bylo popsat proces vzdělávání žáků s psychiatrickou diagnózou v podmínkách konkrétní základní školy. Byla využita metoda polostrukturovaných rozhovorů s pedagogickými pracovníky a kazuistika vybraného žáka. Tento výzkum poukazuje na nepřipravenost pedagogických pracovníků na práci s žákem s duševním onemocněním, nedostatečné legislativní ukotvení a podpora, velká nedostupnost služeb a nedostatečná spolupráce s odborníky (Vyhnánková, 2021). Hašková (2020) ve své práci – Postavení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče uvádí výzkum, který je realizován formou polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky centra duševního zdraví Fokus, ve kterém se ptá na práci s lidmi s duševním onemocněním a vnímání role sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Tento výzkum rovněž potvrzuje potřebnost reformy psychiatrické péče a důležitost multidisciplinární spolupráce na jednom klientovi (Hašková, 2020). Tato reforma v mezích dětské psychiatrie u nás teprve začíná. Z tohoto důvodu je stále nedostatek výzkumů v této oblasti.

Diplomová práce rovněž potvrzuje potřebnost pozice speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví. Tito kvalifikovaní odborníci mohou spolupracovat se školami, kde se nachází žák s duševním onemocněním, poskytovat základní informace o daném klientovi/žákovi a podporovat pedagogické pracovníky při práci s tímto žákem. Dle názoru autorky by tato spolupráce byla prospěšná i pro rychlejší stabilizaci klienta a zamezení hospitalizace. Blíže ohledně fungování pozice speciálního pedagoga a jeho spolupráci s ostatními odborníky se věnuje kapitola v teoretické části této práce – Role speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví.

Tato diplomová práce shrnuje problematiku duševního onemocnění a vývoj této problematiky až do současnosti, včetně zanalyzování aktuálního výskytu této problematiky ve školách na druhém stupni. Další odborná práce by se mohla zaměřit na konkrétní strategie ve školách při práci s žákem s duševním onemocněním, popřípadě navrhnout metodiku pro tyto případy.

Data získaná z výzkumné části této práce mohou být rovněž prospěšná pro speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu duševního zdraví. Výzkum ukazuje, jaká duševní onemocnění se nejčastěji ve školách vyskytují, a ve kterých třídách se nejčastěji objevují. Rovněž odhaluje potřeby a přání pedagogických pracovníků. Z toho vyplývá, že by bylo potřeba posílit informovanost ve školách ohledně konkrétních duševních onemocnění a podpořit práci s žáky s duševním onemocněním.

Závěr

V diplomové práci s názvem „*Role speciálního pedagoga v projektu reformy psychiatrické péče multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v Praze*“ jsme se věnovali tématu duševního zdraví jak z teoretického, tak z praktického hlediska.

Cílem této práce bylo především zjistit situaci duševního onemocnění u žáků na druhém stupni základních škol a prozkoumat potřeby a zkušenosti pedagogických pracovníků v oblasti duševního onemocnění. Tato problematika je blíže specifikovaná a popsána v teoretické části této práce. Cílem této práce bylo prozkoumat ve výzkumné části metodou dotazníku potřeby pedagogických pracovníků v oblasti duševního zdraví. Pro toto zjištění byly stanoveny dílčí cíle a hypotézy.

Kvalifikační práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, které se zabývají především duševním onemocněním. První kapitola obsahuje základní definování pojmu duševního onemocnění, klasifikaci duševního onemocnění a vývoj psychiatrické péče v ČR. Tato kapitola poskytla čtenáři základní informace o této problematice a seznámila ho s aktuální situací psychiatrické péče u nás. Druhá kapitola se věnuje vybraným duševním onemocněním. Jsou zde poskytnuté základní informace o jednotlivých onemocněních, popis a porovnání definic z klasifikací MKN-10 a DSM-V. Rovněž informuje i o nové klasifikaci MKN-11. Třetí kapitola je zaměřena na duševní zdraví v současnosti, kde zmiňuje dopad distanční výuky na duševní zdraví žáků a čtvrtá kapitola prezentuje reformu psychiatrické péče u nás, jejíž součástí jsou centra a týmy duševního zdraví. Mimo jiné se zde objevuje i problematika stigmatizace lidí s duševním onemocněním.

V empirické části je prezentována metodologie výzkumu a jsou zde stanoveny cíle práce a hypotézy. Následující kapitola obsahuje interpretaci výsledků, testování hypotéz a uvedení odpovědí na dílčí cíle. Výzkumná část byla provedena metodou dotazníku. Tento dotazník byl cílen na pedagogické pracovníky druhého stupně běžných základních škol v Praze. Výzkumu se dohromady zúčastnilo 156 respondentů z 247, což je 63,2 % úspěšnosti (návratnosti). Zjistili jsme, že víc než polovina dotazovaných pedagogických pracovníků momentálně učí nějakého žáka s duševním onemocněním a 84 % dotazovaných respondentů by uvítalo nějaké vzdělání, kurz nebo metodickou podporu v oblasti duševního zdraví. V poslední otevřené otázce jsme zaznamenali potřeby pedagogických pracovníků po vzdělání či kurzu v oblasti duševního

zdraví, větší informovanosti o této problematice či lepší spolupráci s rodiči a odborníky. Stanovili jsme si tři hypotézy, z níž se nám potvrdila pouze hypotéza číslo 3 „*Mezi absolvovaným školením/seminářem/kurzem, který se týká duševního zdraví a pocitem připravenosti na práci s žákem s duševním onemocněním je statická souvislost*“. U zbylých dvou hypotéz není žádná statická souvislost.

Problematika duševního onemocnění u dětí a adolescentů je u nás aktuálním tématem, které je potřeba v rámci systému péče zdokonalit a věnovat mu více času. V rámci vzdělávacího systému je potřeba se zdokonalit v práci s žáky s duševním onemocněním a mít větší podporu odborníků.

Použitá literatura a elektronické zdroje

Bibliografické citace:

BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.

ČECH, Tomáš a Tereza HORMANDLOVÁ. *Profesní obraz školního speciálního pedagoga v podmínkách základní školy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5861-8.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

GAVENDOVÁ, Nora. *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Praha: Grada, 2021. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2501-2.

GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HOLZSCHNEIDER Kathrin and Christoph MULERT. *Neuroimaging in anxiety disorders*. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(4):453-61. doi: 10.31887/DCNS.2011.13.4/kholzschneider. PMID: 22275850; PMCID: PMC3263392.

HOSÁK, Ladislav a Michal HRDLIČKA. *Psychiatry and pedopsychiatry*. Přeložil Štěpánka BERANOVÁ, přeložil Veronika HUBLOVÁ, přeložil Xavier FUNG. Prague: Charles University, Karolinum Press, 2016. ISBN 978-80-246-3378-7.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.

KNOTOVÁ, Dana. *Školní poradenství*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4502-2

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- MAŠKOVÁ, Viktorie. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou pohledem rodičů*. Praha, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Niederlová, Markéta.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- MUSIL, Jiří V. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1153-9.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5822-0.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host, 2020. ISBN 978-80-275-0389-6.
- PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
- PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ a Jana VYSKOČILOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0495-6.

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5152-9

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

URBANOVÁ, Kateřina. *Bipolární afektivní porucha: věk nástupu jako indikátor průběhu nemoci*. Praha, 2020. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Šivicová, Gabriela

Legislativní normy:

ČESKO. § 70a odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 27. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p70a-1>

ČESKO. § 18 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů – znění od 12. 1. 2016. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 18. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563#p18>

Internetové zdroje a publikace:

APA – American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)* [online]. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 5–25. ISBN 978-0-89042-555-8. [cit. 08.03.2022] Dostupné z: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20-%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>

ČESKÉNOVINY.CZ, 2021. *Psychiatrům za 10 let stoupl počet pacientů o 80 %, lékařů je ale málo* [online]. ČTK 2022. ISSN: 1213-5003. [cit. 20.03.2022] Dostupné z:

https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/psychiatrum-za-10-let-stoupl-pocet-pacientu-o-80-lekaru-je-ale-%20malo/2113731?fbclid=IwAR23Gw5bcvZcJJW_y2JC3go1cJ04F3QmKLEI4KpxleKxvE1eCoDzuDSsRoc

ČT24 – Česká televize 1996–2001, *Děti izolací trpí a nerovnosti se zvyšují, varuje speciální pedagožka Laurenčíková* [online]. 5.3.2021. [cit. 19.03.2022]. Dostupné z: <https://ct24.ceska-televize.cz/domaci/3279226-deti-izolaci-trpi-a-nerovnosti-se-zvysuji-varuje-specialni-pedagozka-laurencikova>

ČT24, JKO, 2022. *Psychické potíže u dětí podle specialistů výrazně rostou. Ministerstvo kvůli tomu zřídilo speciální tým* [online]. Česká televize 1996–2021. [cit. 18.03.2022]. Dostupné z: https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3429010-psychicke-potize-u-deti-podle-specialistu-vyrazne-rostou-ministerstvo-kvuli-tomu?fbclid=IwAR3sQGtSWRecMzksQXGATfFkiXrA-wthNkKxObDcGx4ovYuOZ9VqH_aziBME

EVALUATION ADVISORY CE s.r.o., 2021. *Evaluační zpráva projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“* [online]. závěrečná evaluační zpráva, únor 2021. [cit. 20.03.2022]. Dostupné z: https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/210503_CDZI_Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dna_zprava_FINAL.pdf

GALDERISI, Silvana, et al. *Toward a new definition of mental health* [online]. World psychiatry, 2015, 14.2: 231. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/wps.20231>

HAŠKOVÁ, Petra. *Postavení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče* [online]. Hradec Králové, 2020 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zhlybc/>

KRYL, M. *Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese* [online]. Česká a slovenská psychiatrie 2006. 102.5 (2006): 250-255. [cit. 10.03.2022] Dostupné z: http://cspsychiatri.cz/dwnld/CSP_2006_5_250_255.pdf

MAŠÍNOVÁ-KRBCOVÁ Lenka, Johan PFEIFFER, Simona PAPEŽOVÁ, Michaela UR-BÁNKOVÁ, Zuzana FIŠAROVÁ a Helena HERBSTOVÁ. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním* [online]. duben 2020. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinarniho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

MZČ – Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodika programu podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro děti a adolescenty/2* [online]. Verze 1.0, platnost od 30.4.2020. [cit. 15.03.2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/2-vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-novych-sluzeb-v-oblasti-pece-poskytovane-multidisciplinarnim-tymem-dusevniho-zdravi-pro-deti-a-adolescenty/>

NOSKOVÁ, Eliška, STOPKOVÁ, Pavla, ŠEBELA Antonín. *Aktuální trendy v terapeutickém přístupu u úzkostných poruch* [online]. Psychiatr. praxi 2017; 18(3): 106–113. [cit. 15.03.2022] Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/03/03.pdf>

PAQ Research: Život během pandemie. *Jaké má pandemie dopady na duševní zdraví?* [online]. PAQ – Prokop Analysis and Quantitative Research, s.r.o. 2021. [cit. 10.03.2022] Dostupné z: <https://zivotbehempandemie.cz/dusevni-zdravi#stories>

PFEIFFER, Jan, SVAČINA, Gracián, POVOLNÁ, Kateřina, MIKULENKA, Jan, LOUDOVÁ, Michaela, ŘIČÁNKOVÁ, Simona, 2022. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče* [online]. Reforma péče o duševní zdraví. [cit. 10.03.2022] Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017. [cit. 19.03.2022]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

SLEZÁKOVÁ, Mgr Eva; ŠEVČÍKOVÁ, PhDr Ing Jana SLADKÁ. *Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy* [online]. Psychiatr. praxi 2021; 22(e2): e37–e40 [cit. 19.03.2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>

STÁRKOVÁ, L. *Stigmatizace v pedopsychiatrii* [online]. Psychoatrie pro praxi 2013, 14(1), 10-13. [cit. 20.03.2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>

STEJKALOVÁ, Radka. *Odpojení pubertáči. Lockdowny zbrzdily duševní rozvoj dětí. Co s tím?* [online]. Reportér magazín, s.r.o 2022. [cit. 15.03.2022]. Dostupné z: <https://reportermagazin.cz/a/pzmcM/odpojeni-pubertaci-lockdowny-zbrzdily-dusevni-rozvoj-deti-co-s-tim>

ZATLOUKAL, Tomáš, aspol. *Kvalita a efektivita vzdělávání a vzdělávací soustavy ve školním roce 2020/2021 – výroční zpráva ČŠI, 2021* [online]. Česká školní inspekce, Fráni Šrámka 37, 150 21 Praha 5. [cit. 12.03.2022]. Dostupné z: [https://www.csicr.cz/cz/Aktuality/Kvalita-a-efektivita-vzdelavani-a-vzdelavaci-s-\(4\)](https://www.csicr.cz/cz/Aktuality/Kvalita-a-efektivita-vzdelavani-a-vzdelavaci-s-(4))

Seznam obrázků, grafů, tabulek

Tabulky

Tabulka 1: MKN-10 klasifikace	9
Tabulka 2: DSM-V klasifikace	11
Tabulka 3: hypotéza č. 1 – školní psycholog.....	61
Tabulka 4: hypotéza č. 1 – speciální pedagog	61
Tabulka 5: hypotéza č.1	62
Tabulka 6: hypotéza č.1 - testovací kritérium, kritická hodnota	62
Tabulka 7: hypotéza č. 2.....	63
Tabulka 8: hypotéza č. 2 - testovací kritérium, kritická hodnota	64
Tabulka 9: hypotéza č. 3	65
Tabulka 10: hypotéza č. 3 - testovací kritérium, kritická hodnota	65

Grafy

Graf 1: O jaký typ školy se jedná?	45
Graf 2: Máte ve škole školního psychologa?	45
Graf 3: Máte ve škole speciálního pedagoga?.....	46
Graf 4: Učíte momentálně nějakého žáka, který má potíže s duševním onemocněním?	47
Graf 5: Pokud ano, kolik žáků s duševním onemocněním učíte?	48
Graf 6: Učil/la jste žáka s duševním onemocněním před pandemií covid-19?.....	49
Graf 7: O jaké duševní onemocnění se jedná?	50
Graf 8: V jaké míře se cítíte být připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním?	51
Graf 9: Máte ve škole zavedené nějaké strategie/postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním?	52
Graf 10: Při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracujete s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem?	53
Graf 11: Pokud ano, s kým konkrétně?	54
Graf 12: Absolvoval/la jste školení/seminář/kurz týkající se duševního zdraví?	55
Graf 13: Uvítal/la byste vzdělání, kurz, metodickou pomoc v oblasti duševního zdraví u dětí a adolescentů?	56
Graf 14: Kam se nejčastěji obracíte pro informace při práci s žákem s duševním onemocněním?	57

Graf 15: V jaké třídě/třídách na druhém stupni se žák/žáci s duševním onemocněním objevují u vás ve škole?..... 58

Seznam příloh

Příloha č. 1: dotazník – Výskyt žáků s duševním onemocněním ve třídách druhého stupně běžných základních škol v Praze a práce s nimi

Přílohy

Příloha č. 1: dotazník

Výskyt žáků s duševním onemocněním ve třídách druhého stupně běžných základních škol v Praze a práce s nimi

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

Duševní poruchy představují skupinu onemocnění a poruch, které ovlivňují především lidské myšlení, prožívání, fungování ve společnosti a vztahy daného jedince. Mezi nejčastější duševní onemocnění řadíme například úzkostné poruchy, depresivní stavy, poruchy nálady, psychózy nebo poruchy příjmu potravy. Patří zde také například porucha pozornosti a hyperaktivity (ADHD) nebo poruchy autistického spektra (PAS).

Tímto dotazníkem bych chtěla reagovat na nárůst duševního onemocnění v naší populaci a zmapovat situaci na běžných základních školách v Praze. Tenhle dotazník mi pomůže zjistit, zda jsou školy na tenhle nárůst připravené a potvrdit, zda nárůst dětí s duševním onemocněním ve školách se nyní opravdu děje. Také mi pomůže zjistit případnou potřebu učitelů v této oblasti.

Dotazník je anonymní a zabere Vám opravdu jen pár minut. Předem moc děkuji za spolupráci.

1. O jaký typ školy se jedná?*

Vyberte jednu odpověď

- Soukromá
- Státní

- Jiná

2. Máte ve škole školního psychologa?*

Vyberte jednu odpověď

- ANO
- NE

3. Máte ve škole speciálního pedagoga?*

Vyberte jednu odpověď

- ANO
- NE

4. Učíte momentálně nějakého žáka, který má potíže s duševním onemocněním?*

Vyberte jednu odpověď

- ANO
- NE
- NEVÍM

5. Pokud ano, kolik žáků s duševním onemocněním učíte?

Vyberte jednu odpověď, otázka není povinná

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 a více

6. Učil/la jste žáka s duševním onemocněním před pandemií covid-19?*

Vyberte jednu odpověď

- ANO
- NE
- NEVÍM

7. O jaké duševní onemocnění se jedná?

Vyberte jednu nebo více odpovědí, otázka není povinná

- Úzkostná porucha
- Depresivní porucha
- Bipolární afektivní porucha
- Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)
- Porucha příjmu potravy (PPP)
- Schizofrenie
- Genderová dysforie – porucha pohlavní identity
- Poruchy autistického spektra (PAS)
- Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)
- Jiná...

8. V jaké míře se cítíte být připraven/na pracovat s žákem s duševním onemocněním?*

Ohodnoťte, prosím (1 hvězdička = nejméně, 5 hvězdiček = nejvíce)



9. Máte ve škole zavedené nějaké strategie/postupy pro práci s žákem s duševním onemocněním?

Vyberte jednu odpověď, otázka není povinná

- ANO
- NE

10. Při práci s žákem s duševním onemocněním spolupracujete s nějakou organizací/PPP(SPC)/lékařem/jiným odborníkem?

Vyberte jednu odpověď, otázka není povinná

- ANO
- NE

11. Pokud ano, s kým konkrétně?

Vyberte jednu nebo více odpovědí, otázka není povinná

- PPP/SPC
- Psycholog
- Lékař
- Spolupracující organizace
- Jiná...

12. Absolvoval/la jste školení/seminář/kurz týkající se duševního zdraví*

Vyberte jednu odpověď

- ANO
- NE

13. Uvítal/la byste vzdělání, kurz, metodickou pomoc v oblasti duševního zdraví u dětí a adolescentů?*

Vyberte jednu odpověď

- ANO
- NE

14. Kam se nejčastěji obracíte pro informace při práci s žákem s duševním onemocněním?

Vyberte jednu nebo více odpovědí, otázka není povinná

- Internet
- Odborné knížky
- Speciální pedagog/školní psycholog
- Semináře, kurzy
- Jiní odborníci/spolupracující organizace
- Jiné...

15. V jaké třídě/třídách na druhém stupni se žák/žáci s duševním onemocněním objevují u vás ve škole?

Vyberte jednu nebo více odpovědí, otázka není povinná

- 6. třída
- 7. třída

- 8. třída
- 9. třída

16. Co byste potřeboval/la? Co by Vám pomohlo lépe pracovat s žákem s duševním onemocněním?

Napište jedno nebo více slov...

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Tereza Vrbková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Kristýna Krahulcová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Role speciálního pedagoga v projektu reformy psychiatrické péče multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v Praze
Název práce v angličtině:	Role of special pedagogist in the project of reform of psychiatric care in multidisciplinary team of mental health for children and adolescent in Prague
Anotace práce:	Tato diplomová práce se zabývá rolí speciálního pedagoga v projektu reformy psychiatrické péče multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v Praze. Teoretická část popisuje problematiku duševního onemocnění, vymezuje základní pojmy, popisuje současnou situaci a uvádí reformu psychiatrické péče, jejíž součástí jsou centra a týmu duševního zdraví, kde mimo jiné působí i speciální pedagog. Empirická část zjišťuje výskyt duševního onemocnění u žáků na druhém stupni základních škol. Je kvantitativně orientovaná, prezentuje tento výzkum a interpretuje jeho výsledky.

Klíčová slova:	Duševní onemocnění, reforma psychiatrické péče, speciální pedagog v multidisciplinárním týmu duševního zdraví, Praha
Anotace v angličtině:	This thesis presents the role of a special education teachers in the project of psychiatric care reform of a multidisciplinary mental health team for children and adolescents in Prague. The theoretical part describes the issue of mental illness, defines the basic concepts, describes the current situation and introduces the reform of psychiatric care, which includes mental health centers and teams, where, among other things, a special education teacher. The empirical part examines the incidence of mental illness at the second stage of primary schools. It is quantitatively oriented, presents this research and interprets the results.
Klíčová slova v angličtině:	mental illness, psychiatric care reform, special education teacher in a multidisciplinary team of mental health, Prague
Přílohy vázané práce:	1
Rozsah práce:	83 + příloha
Jazyk práce:	Český