

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálněpedagogických studií



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Přístup k žákům s duševním onemocněním na středních školách

Štěpánka Křížová

Olomouc 2024

Vedoucí práce:
Mgr. Lenka Szokalová

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů literatury.

V Olomouci dne

.....

Podpis autora práce

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za odborné vedení a především Mgr. Lence Szokalové za všechny rady, podporu a pomoc nejen při psaní mé bakalářské práce. Děkuji také za přátelství, které během bakalářského studia vzniklo a možnost se kdykoliv obrátit pro radu.

Děkuji taky všem, kteří mě během psaní této práce podporovali a provázeli.

Anotace

Jméno a příjmení:	Štěpánka Křížová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Szokalová, Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Přístup k žákům s duševním onemocněním na středních školách
Název v angličtině:	Approach to students with mental disorders on high school
Zvolený typ práce:	Bakalářská
Anotace práce:	<p>Tato bakalářská práce zkoumá přístup pedagogů k žákům s duševním onemocněním na středních školách. Výzkum se zaměřuje na konkrétní zkušenosti žáků s duševním onemocněním, na jejich spokojenost s poskytovanou podporou, na informovanost studentů o možnostech poskytování podpory a na míře respektu k jejich jinakosti. Můžete zde nalézt informace o jednotlivých duševních onemocněních, jejich dopadu do vzdělávání a o podpoře pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami – tedy i žáky s duševním onemocněním.</p>
Klíčová slova:	duševní onemocnění, střední škola, žák se speciálními vzdělávacími potřebami, žák s duševním onemocněním
Anotace v angličtině:	<p>This bachelor's thesis examines the approach of educators to students with mental illnesses in secondary schools. The research focuses on the specific experiences of students with mental illnesses, their satisfaction with the support provided, their awareness of support options, and the level of respect for their differences. You will find information on various mental illnesses, their impact on education, and support for students</p>

	with special educational needs, including students with mental illnesses.
Klíčová slova v angličtině:	mental illness, high school, secondary school, student with special education needs, student with mental illness
Přílohy vázané v práci:	1
Rozsah práce:	61
Jazyk práce:	Český jazyk

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 CHARAKTERISTIKA DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	9
2 VYBRANÁ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	12
2.2.1 <i>Separáční úzkostná porucha</i>	12
2.2.2 <i>Generalizovaná úzkostná porucha</i>	13
2.2.3 <i>Porucha přizpůsobení</i>	13
2.2.4 <i>Posttraumatická stresová porucha (PTSD)</i>	13
2.2.5 <i>Obsedantně-kompulzivní porucha</i>	14
3 DOPADY DO VZDĚLÁVÁNÍ.....	17
4 PODPORA ŽÁKŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	19
4.2.1 <i>Individuální vzdělávací plán</i>	21
4.2.2 <i>Pedagogická intervence</i>	22
4.2.3 <i>Asistent pedagoga</i>	22
4.2.4 <i>Metody výuky</i>	22
4.2.5 <i>Úprava obsahu vzdělávání</i>	23
4.2.6 <i>Úprava očekávaných výstupů</i>	23
4.2.7 <i>Předmět speciálněpedagogické péče (PSPP)</i>	23
4.2.7 <i>Personální podpora</i>	24
4.2.8 <i>Práce s třídním klimatem</i>	24
4.2.9 <i>Opatření respektující zdravotní stav žáka</i>	24
4.2.10 <i>Spolupráce rodiny a školy</i>	24
4.2.11 <i>Řešení krizových situací a náročného chování</i>	24
PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
5 METODOLOGIE A REALIZACE VÝZKUMU.....	27
6 VÝSLEDKY.....	30
7 DISKUSE.....	36
8 ZÁVĚR.....	38
9 PŘÍLOHY.....	40
10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
11 SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ.....	59
12 PROSTUDOVANÁ LITERATURA A ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....	60

ÚVOD

Problematika osob s duševním onemocněním je mi blízká asi od mých patnácti let, od kdy jsem se i já začala potýkat s duševním onemocněním. Od té doby jsem se setkávala s dalšími lidmi, kteří prožívali něco podobného, jako já. Až v osmnácti letech jsem našla kvalitní psychologickou a psychoterapeutickou péči a každý týden, jsem na celý den odjížděla do psychosomatické kliniky, kde léčba probíhala stacionární formou. Měla jsem štěstí, na škole kde jsem studovala mi výchovná poradkyně a speciální pedagožka vysvětlili, že je i v zájmu školy abych se cítila dobře a uzdravila se a tak mi nabídli individuální vzdělávací plán a umožnili mi, abych mohla trávit každý čtvrtek ve stacionáři. Absence mi byla tolerována a na práci jsem se domlouvala s jednotlivými pedagogy. V rámci poskytované podpory jsem zároveň mohla být místo zkoušení před tabulí, zkoušená písemně. To mi bylo velkou podporou.

Ne každý žák střední školy má ale takové štěstí, že mu škola s jeho zotavením pomáhá. Ne každý žák se setká se vstřícným přístupem k jeho jinakosti. Ať už ze strany školy, tak ze strany spolužáků. Pokud žák s duševním onemocněním získá podporu, jeho spolužáci tomu nemusí rozumět a mohou se vedle něj cítit znevýhodnění. Já sama jsem se setkala jak se spolužáky, kteří mou podporu přijímali a akceptovali, tak se spolužáky, kteří pro podporu neměli pochopení. Setkala jsem se taky s pedagogy, kteří nechápali a zapomínali na podpůrná opatření, které mi ulehčovali náročné situace při studiu a především udržení mého psychického stavu.

Nejen tedy má zkušenost ale i zkušenosti osob, se kterými jsem se během studia setkala, mě vedla k průzkumu, jaký je tedy přístup pedagogů k žákům s duševním onemocněním na středních školách. Zajímalo mě, zda osoby s duševním onemocněním vědí, že jim škola může nabídnout podporu pro lepší zvládnání studia. Jaké podpůrné opatření jim nejvíce pomáhalo. Zda se setkali s vstřícným přístupem při požádání o podporu, a jak byla jejich osoba přijímána pedagogy i spolužáky. To vše jsem se snažila v mém výzkumu zjistit.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této bakalářské práce zprvu vysvětlí co je duševní onemocnění, charakterizuje vývojové stádium dospívání a jeho roli v životě člověka a uvede čtenáře do současného stavu duševního zdraví dětí v České republice.

Následně charakterizuje nejčastější duševní onemocnění adolescentů a poukáže na dopady onemocnění do vzdělávání.

Na konci teoretická část popíše, jak vypadá podpora pro žáka s SVP, co jsou podpůrná opatření a jaká se nejčastěji u žáků s duševním onemocněním využívají.

1 Charakteristika duševního onemocnění

V první kapitole autorka definuje základní pojmy a uvede čtenáře do aktuální problematiky duševního zdraví dospívajících v České republice.

1.1 Duševní onemocnění

„Duševní onemocnění neboli duševní porucha je velmi široký pojem, který zahrnuje velké množství různých potíží ovlivňujících náladu, myšlení a chování člověka. Podle definice Americké psychologické asociace (American Psychological Association, APA) je duševní onemocnění neboli duševní porucha stav vyznačující se narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací výše uvedeného. Tyto poruchy nelze vysvětlit pouze působením okolního prostředí: mohou k nim přispívat i tělesné, genetické, chemické, sociální a jiné faktory. Existuje velké množství různých duševních poruch, které jsou definovány jednak v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, jednak v Mezinárodní klasifikaci nemocí” (Národní zdravotnický informační portál, 2024, [online].

Duševní onemocnění je tedy synonymum pro duševní poruchu. Tato práce užívá termín duševní onemocnění, protože se tak autorka snaží upozornit na to, že duševní onemocnění má být vnímáno stejnou měrou, jako onemocnění somatické. APA využívá spíše pojem duševní porucha a v Mezinárodní klasifikaci nemocí se s tímto termínem setkáme také.

Jednotlivými druhy duševních poruch bude autorka charakterizovat v následující kapitole.

1.2 Období dospívání

V kontextu této práce, která se zabývá žáky středních škol, je důležité zmínit, v jakém období života se tyto osoby nacházejí, co prožívají a jaký význam to má pro vznik duševního onemocnění.

„Biologickými mezníky adolescence jsou na jedné straně (začátek) reprodukční činnosti, na druhé straně (konec) zpomalení fyzického vývoje. Psychologicky adolescent představuje přechod mezi chováním typickým pro dítě a chováním dospělého jedince” (Bouček, 2006, s. 9).

Podle teorie vývoje Erika Eriksona přichází v období adolescence takzvaná **krize identity**. Úkol dospívajících v tomto období je **vystavět svou identitu na základě vlastního sebepoznání a sebepřijetí, vlastních hodnot, postojů a názorů**. *„Dítě už nebere jako*

absolutní to, co mu říkají rodiče, ale polemizuje s tím, kritizuje to, vymezuje se vůči tomu a hledá svoje vlastní pohledy na věc. Potřebuje se cítit uznávané a akceptované, přebírat zodpovědnost za svůj život a nespolehat se pořád na to, že rodiče mají pravdu. Dochází tedy ke kvalitativně extrémně výrazné změně myšlení a prožívání” (Šance dětem, 2024, [online]).

„Pro mladého člověka je důležité, aby si krizi prožil. Společnost mu v tomto období dává jedinečnou možnost různě experimentovat a hledat sebe samého, zvláštnosti a výkyvy v chování jsou dospívajícímu společensky tolerovány. Samozřejmě, že hloubka, závažnost, obsah i průběh a délka trvání krize jsou velmi individuální “ (Šance dětem, 2024, [online]).

Psycholožka a psychoterapeutka Mgr. Milena Nováková uvádí, že *„to hlavní, co stojí za nejrůznějšími psychickými problémy v dospívání, je nejistota, pocit ohrožení, pocit nedostatečnosti, nízká sebedůvěra, pocit, že dospívajícímu nikdo nerozumí a nikdo jej nemá doopravdy rád” (Šance dětem, 2024, [online]).*

1.3 Současná situace v ČR

V roce 2023 odborníci z Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) ve spolupráci s Českou školní inspekcí provedli unikátní pilotní Národní monitoring duševního zdraví žáků na základních školách v České republice (Duševní zdraví dětí a adolescentů, 2024, [online]).

„Z průzkumu vyplývá, že víc jak 50 % žáků devátých tříd v ČR projevuje známky zhoršeného well-beingu,“ uvádí koordinátor a analytik monitoringu Matěj Kučera z Národního ústavu duševního zdraví (Duševní zdraví dětí a adolescentů, 2024, [online]).

„30 % dotazovaných navíc projevilo znaky, které ukazují na středně těžké až těžké úzkosti. Téměř každému třetímu devátákovi by tak z těchto důvodů prospělo vyhledání odborné pomoci. 4 z 10 oslovených žáků navíc reportují známky středně těžké až těžké deprese. Převedeme-li to na průměrnou třídu o dvaceti žácích, průměrně 6 jich vykazuje příznaky úzkosti a 8 příznaky středně těžké až těžké deprese, dalších 5 vykazuje příznaky deprese mírné. Platí přitom, že ve všech oblastech duševního zdraví jsou více zasaženy dívky: oproti chlapcům jich depresivními i úzkostnými příznaky trpí více než dvojnásobek” (Duševní zdraví dětí a adolescentů, 2024, [online]).

„Většina duševních onemocnění vzniká v dětství a adolescenci, které tak představují nejen období zvýšeného rizika, ale především období, které je enormně důležité pro systematickou, cílenou a na evidenci založenou prevenci a včasnou intervenci” (Duševní zdraví dětí a adolescentů, 2024, [online]). Bohužel už nějakou dobu je v ČR nedostatek dětských psychologů a psychiatrů. O to více by se měla Česká republika a MŠMT zaměřit na

osvětu o duševní zdraví, well-beingu a na prevenci duševních onemocnění. Nicméně preventivní péči zde zajišťuje spíše neziskový sektor.

Tento výzkum je pro tuto práci významný především z toho důvodu, že naznačuje, kolik žáků s projevy duševního onemocnění bude studovat v následujících letech na středních školách. Kolik dalších žáků bude potřebovat podporu a specifický přístup při vzdělávání. Tím pádem **má smysl se zabývat spokojeností s poskytovanou podporou a přístupem k takovým žákům.** Dle autorky této práce kvalita podpory těchto žáků a přístup školy souvisí jak s úspěšností ve vzdělávání a dalším akademickém či pracovním životě, tak i se schopností vypořádat se s náročnými situacemi, se kterými se tyto jedinci setkávají.

2 Vybraná duševní onemocnění

Tato kapitola obsahuje nejčastěji se vyskytující duševní onemocnění u dospívajících, duševní poruchy, se kterými by se pedagogové mohli setkat u žáků středních škol. Vzhledem k množství diagnóz jsou zde u jednotlivých poruch uvedeny jen ty nejpodstatnější informace. V kontextu práce není nutné se zabývat etiologií a léčbou duševních poruch.

1.1 Porucha aktivity a pozornosti

Tato porucha je charakteristická třemi základními symptomy: **hyperaktivitou, impulzivitou a poruchou pozornosti**. ADHD je jedna z nejčastějších poruch s nástupem v dětství, u některých jedinců přetrvávají obtíže do dospělosti (Reimann-Höhn, 2018).

Typická forma ADHD představuje hyperaktivní, impulzivní, zapomnětlivé a nepozorné dítě s opozičním chováním vůči autoritám (Čadilová a Žampachová, 2020).

Méně nápadná může být tzv. nepozorná subtyp ADHD, dříve porucha pozornosti bez hyperaktivity. V projevu dítěte dominuje spíše pasivita, nízká motivace a nízká frustrační tolerance. Porucha aktivity a pozornosti představuje výrazné znevýhodnění v emoční, kognitivní i vztahové oblasti (Hutyrová, 2019).

1.2 Úzkostné poruchy a poruchy vyvolané stresem

Tato rozsáhlá skupina poruch charakterizovaných přítomností zvýšeného úzkostného napětí, které se může projevovat náhlým vznikem velmi intenzivní tzv. panické úzkosti nebo přítomností méně intenzivních, ale opakujících se či kontinuálních pocitů úzkosti s kolísající intenzitou v čase. Příznak úzkosti může být vázán na konkrétní objekt či situaci nebo na průběžné prožívání různých obav (Čadilová a Žampachová, 2023).

Emoční stav u úzkostných poruch doprovází stresová reakce, která se projeví různými fyziologickými změnami. **Dechová a tepová frekvence se zvyšuje, člověk se více potí, mění se činnost trávicího a vylučovacího systému. Může se objevit třes, brnění, zarudnutí nebo zblednutí v obličeji, pocity na omdlení apod.** (Orel, 2020)

Obecně u dětí se prožívání úzkosti, strachu či stresu projevuje tělesnými projevy jako například bolestí břicha, nevolností, střevními obtížemi a bolestí hlavy (Říčan a Krejčířová, 2006).

2.2.1 Separační úzkostná porucha

Tato porucha je charakterizována **úzkostnými symptomy, které jsou způsobeny separací od milovaných osob**, nejčastěji tedy rodičů, a nabývají intenzity od znepokojení

pocity ohrožení až po pocity paniky. Dítě se separační úzkostní bývá úzkostně svědomité až perfekcionistické. Dalšími symptomy jsou opakované nerealistické starosti o život rodiče, nebo z újmy dítěte, která by dítě oddělila od milované osoby. Dítě vyžaduje trvalou přítomnost blízké osoby, odmítá bez ní jít spát, odmítá spát mimo domov či být samo doma. **Objevují se noční můry a somatické projevy úzkosti jako například nespavost, nauzea a zvracení, bolesti břicha, průjmy** apod. (Hosák et al., 2015)

2.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Základním rysem této poruchy je trvalá plynulá neurčitá úzkost, která se týká více životních oblastí a neomezuje se na jediné hlavní téma. Zpravidla se obavy týkají školy, rodiny, vztahů nebo výkonového selhání. **Dítě, případně adolescent není schopen relaxovat, je podrážděný, snadno se vyčerpá, trpí svalovým napětím** (Hosák et al., 2015).

Dalšími obtížemi spojenými s generalizovanou úzkostnou poruchou jsou **poruchy spánku, nesoustředěnost a tělesné příznaky jako bolesti břicha či hlavy** (Řičan a Krejčířová, 2006).

2.2.3 Porucha přizpůsobení

Porucha je reakcí na prožitý stres nebo stresové období. Vzniká při překročení kompenzačních mechanismů jedince. *„Zátěží může být jakákoliv situace, která svým charakterem nepřesahuje běžnou životní událost, např. přestěhování, změna školy, rozvod rodičů, narození sourozence, onemocnění nebo omezení života z něj plynoucí“* (Čadilová a Žampachová, 2023 s. 20).

Porucha přizpůsobení se projevuje úzkostí, depresí, nebo kombinací obojího, tělesnými potížemi či agresivní a antisociální chování. U dětí se může objevovat regresivní chování jako pomočování či cucání palce (Hosák et al., 2015).

2.2.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

Nezbytný faktor pro vznik PTSD je trauma. Traumatickou událostí myslíme život ohrožující situaci, která přesahuje rámec adaptačních možností každého člověka (Čadilová a Žampachová, 2020). **Většinou jedinec prožije nebo je svědkem události, při které byl někdo vážně zraněn či usmrcen, nebo kdy to hrozilo jemu či jiným.** Traumatická událost může být krátkodobá (autonehoda, zneužití, přírodní katastrofa) nebo dlouhodobá (domácí násilí, válka, sexuální zneužívání) (Hosák et al., 2015).

PTSD je charakteristická opakovaným znovuprožíváním traumatické situace v podobě vzpomínek, tzv. flashbacků, nebo nočních můr, ale zároveň si osoba není schopna úplně vybavit důležité momenty traumatické zkušenosti. Záměrně se vyhýbá situacím, které mohou připomínat traumatickou zkušenost. Paradoxně může jedinec s touto poruchou vyhledávat nebezpečné rizikové situace (Čadilová a Žampachová, 2023).

„Jsou přítomny příznaky zvýšené psychické citlivosti jako obtíže s usínáním a udržením spánku, podrážděnost, návaly hněvu, obtíže s koncentrací, nadměrná bdělost a úleková reaktivita. Důsledkem bývá vyhýbání se blízkým vztahům, pocity odcizení se a sociální stažení” (Hosák et al., 2015, s. 362).

2.2.5 Obsedantně-kompulzivní porucha

Pro tuto úzkostnou poruchu jsou **typické příznaky obsesí** (vtíravých myšlenek) **a kompulzí** (nutkavých činů). **Vykonáním kompulze se dítě snaží vyhnout úzkosti související s obsesí. Tyto činy však dlouhodobě nepřináší úlevu od napětí, a tak dochází k jejich opakování** (Čadilová a Žampachová, 2023).

„V dětském a adolescentním věku se klinický obraz významně neliší od dospělých pacientů, i když může být zabarven úzkostnými projevy, které bývají spojeny s příslušným vývojovým obdobím” (Říčan a Krejčířová, 2006, s. 231).

V předškolním věku se setkáváme se strachem ze separace od rodičů. Mezi 7. - 10. rokem se můžeme u dětí setkat se se strachem vyvolaným tématy z masmédií (např. střelba ve škole, únos dítěte apod.), nebo strachem ze smrti. Obecně v období školní docházky se setkáváme s obavami souvisejícími se školním výkonem (Říčan a Krejčířová, 2006).

OCD *„představuje závažnou sociální stigmatizaci, děti bývají rigidní, úzkostné, s omezenými kontakty s vrstevníky, trpí pocity méněcennosti. Časté jsou též agresivní nepřátelské projevy, poruchy chování a nesoustředěnost. Problematické je utajování nutkavých prožitků a maskování kompulzí, za které se dítě často stydí”* (Čadilová a Žampachová, 2023, s. 20).

2.3 Tikové poruchy a Tourettův syndrom

Hlavním projevem těchto onemocnění je některá forma tiků. **Tik je mimovolní, rychlý, opakující se, nerytmický motorický pohyb** (obvykle postihující ohraničené svalové skupiny), **nebo zvukový projev, který náhle začne a nemá zřejmý smysl** (Čadilová a Žampachová, 2023).

Tik je vůlí neovlivnitelný, ale obvykle může být potlačen po určité době a znovu se objevit při stresu a vymizí ve spánku. **Obvyklé motorické tiky jsou mrkání, pokyvování**

hlavou, trhání rameny a obličejové grimasy. Obvyklé jednoduché zvukové tiky jsou pokašlávání, popotahování nosem, syčení a smrkání. Obvyklé komplexní tiky jsou oplácávání sám sebe, skákání nebo hopsání. Obvyklé komplexní hlasové tiky jsou opakování určitých slov někdy sociálně nepřijatelných (často obscénních - vulgárních) a opakování vlastních zvuků nebo slov (Duševní poruchy a poruchy chování, 2006).

O Tourettově syndromu hovoříme, pokud se pohybové tiky kombinují se zvukovými tiky (Čadilová a Žampachová, 2023).

„U dětí s tikovou poruchou je vysoké riziko sekundárních úzkostných a depresivních reakcí - tiky často nelze vědomě potlačit, mohou představovat značnou stigmatizaci se sociální izolací (např. vyčleňováním z kolektivu vlivem posměchu spolužáků či pouhé obavě z negativní reakce okolí apod.)” (Čadilová a Žampachová, 2020, s. 22).

2.4 Deprese u dětí

Základními projevy deprese u dětí i dospělých jsou ztráta zájmu a radosti z běžných činností, pocit smutku, podrážděnost, nechutenství nebo přejídání, poruchy spánku, pohybový útlum, apatie, únava, pocit viny, ztráta pocitu vlastní hodnoty, pocity bezmoci zhoršené soustředění, sebepoškozování a suicidální myšlenky (Říčan a Krejčířová, 2006).

U dětí jsou nejčastějšími příznaky somatické potíže - bolest, regresivní projevy a agrese. U adolescentů může docházet ke kompenzačnímu rizikovému chování sloužícímu k úniku od nepříjemných emocí. Rizikovým chováním označujeme sebepoškozování, adrenalinové aktivity, experimentování a užívání návykových látek (Říčan a Krejčířová, 2006).

2.5 Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy bychom zařadili **mentální anorexii, mentální bulimii a psychogenní záchvatovité přejídání.** Společným znakem pro mentální anorexii a bulimii je zkrslá představa o vlastním těle, strach z tloušťky a touha dosáhnout nepřiměřeně štíhlé postavy (Duševní poruchy a poruchy chování, 2006).

Mentální anorexie se vyznačuje vtíravými myšlenkami na udržení podváhy, vyhýbáním “kalorické” stravě, nadměrným cvičením, vyprovokovaným vylučováním či zvracením a zneužíváním laxativ. Za varovný signál považujeme ztrátu dříve přítomného menstruačního cyklu. Osoby s mentální anorexií jsou často podrážděné a konfliktní při pokusech přimět je se zdravě stravovat. Jsou zaměřené na výkon, mají vysokou potřebu sebekontroly a jsou perfekcionistické (Říčan a Krejčířová, 2006).

U **mentální bulimie** se střádají záchvaty přejídání a zvracení. Střídá se neodolatelná touha po jídle a přejídání s potlačováním kalorického účinku jídla vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ a diuretik či hladovkami. Osoby s bulimií jsou často emočně labilní a impulzivní (alkohol, jídlo, návykové látky) (Hosák et al., 2015).

„U obou poruch je prokázáno vysoké riziko chronifikace a přetrvávání příznaků do dospělosti se závažnými psychickými i tělesnými důsledky. Může dojít i k přesmyku z mentální anorexie do bulimie” (Čadilová a Žampachová, 2020, s. 24).

Pro **psychogenní záchvatovité přejídání** je typické neustálé zabývání se jídlem, bažení po jídle, které se podobá bažení po drogách. Jedinec se následně po záchvatu přejídání cítí znechucen sám ze sebe, provinile a depresivně. Nicméně se zde současně nevyskytuje nevhodné kompenzační chování, jako je tomu u mentální bulimie (Mohr et al., 2023).

2.6 Psychotické poruchy

Psychotické poruchy jsou charakterizované **závažnými poruchami vnímání** (halucinace), **myšlení** (bludy), **emocí a projevů chování**, narušením iniciativy, aktivity a vůle a ztrátou zájmu o okolí (Čadilová a Žampachová, 2020).

U halucinací je typické, že osoba má nereálné smyslové vjemy. Osoba “slyší” hlasy - např. svoje vlastní myšlenky nebo myšlenky cizích osob (vysílání cizích myšlenek). Typickými bludy jsou pocity kontrolovanosti, manipulace, sledování nebo se vztahují k nadlidským schopnostem, náboženským vizím apod. Poruchami emocí myslíme především oploštělost a nepřiměřenost reakcí. S nimi je úzce spojeno sociální stažení, apatie a celkové změny v osobním chování (Orel, 2020).

Chování člověka pod vlivem bludů a halucinací může vypadat absurdně, často však může být nebezpečné pro samotného psychotika či jeho okolí (např. při snaze uniknout před halucinovaným nebezpečím). Převládajícími prožitky osob s psychózou bývají neurčitá úzkost, nedůvěra, podezíravost, vnitřní chaos a pocity ohrožení (Čadilová a Žampachová, 2020).

2.7 Syndrom CAN

Syndrom CAN (Child abuse and neglect) neboli **syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte** zahrnuje fyzické týrání, psychologické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a institucionální týrání (Hosák et al., 2015).

Fyzickým týráním rozumíme bití, popálení nebo cloumání. Psychologickým týráním označujeme systematické vyčítání dítěti, že je bezcenné, nechtěné, nemilované, na obtíž a odpovědné za rodinné problémy (rozvod, finanční situace, ...). Zanedbávat mohou rodiče

výchovu, školní docházku, výživu a zdraví dítěte. Sexuální zneužívání může být dotykové i bezdotykové, tzn. zprostředkování či pořizování pornografických videí či fotografií či exhibicionismus. Institucionálním týráním nazýváme činnost ústavní či zdravotnické péče, ve které nejsou systematicky dodržována práva a potřeby dětí a je ponižována jejich důstojnost (Hosák et al., 2015).

Mezi příznaky, které by měly vzbudit podezření na syndrom CAN, řadíme nezvyklou ustrašenost a nedůvěřivost, vysokou ostražitost a napětí, vyhýbání se tělesnému kontaktu, strach jít domů, nepřiměřené reakce a rizikové chování, hypersexuální chování, agresivní jednání, zneužívání drog, sebevražedné myšlenky, poruchy spánku a noční děsy. Dalšími příznaky mohou být hematomy, jizvy, popáleniny apod. „*Týrání a zanedbávání je častější v rodinách s nízkým socioekonomickým statusem a v lokalitách se zvýšeným výskytem násilí a kriminality*” (Hosák et al., 2015, s. 401).

Týrající a zanedbávající rodiče často sami pocházejí z rodin, kde docházelo k týrání, zanedbávání a zneužívání dětí. K takovému chování přispívá přítomnost poruchy osobnosti u rodiče, závislost na návykových látkách a zkušenost rodiče s násilím a zneužíváním v dětství (tzv. transgenerační přenos) (Říčan a Krejčířová, 2006).

3 Dopady do vzdělávání

Jak je uvedeno v předchozí kapitole, **každé duševní onemocnění ovlivňuje způsob chování a prožívání žáka**. Proto je důležité zmínit, **jak tyto projevy ovlivňují vzdělávání**. Například, pokud máme ve třídě žáka s ADHD, bude mít jeho impulzivní chování a porucha pozornosti určitý dopad na průběh a kvalitu vyučování, na samostatnou práci žáka, nebo na jeho schopnost učit se.

3.1 Deficity v sociálním chování a komunikaci

V oblasti sociálního chování se u žáků a duševním onemocněním objevují **problémy s navázáním kontaktu** jak vrstevníky, tak s dospělými osobami. Může se objevovat strach z kontaktu s druhou osobou či pasivita v sociálních interakcích. Někteří žáci mohou do kontaktu vstupovat aktivně, avšak nevhodným způsobem, který nemusí odpovídat situaci. Takoví žáci mohou působit otravně, neodbytně až nevychovaně. Mohou mít potíže s respektováním autorit a se začleněním do kolektivu, a tak i do vzdělávacího procesu. Při práci v kolektivu mohou mít problém s komunikací, některým žákům může nutnost navazování komunikace činit i závažné problémy. Naopak se můžeme setkat se žáky, kteří mají obtíže s podřízením se požadavkům skupiny a jejich sebeprosazování působí sebestředně a tím může docházet k problematické

kooperaci ve skupině nebo až k vyčleňování. Někteří žáci vůbec nestojí o navazování kontaktu a upřednostňují činnosti o samotě (Čadilová a Žampachová, 2020).

Co se týče přímo komunikace může být pro žáky s duševním onemocněním obtížné formulování vlastních myšlenek a popisování vlastního prožitku (Čadilová a Žampachová, 2020). Žáci mohou mít problém požádat o pomoc, nebo se naopak chovat impulzivně, agresivně, mohou vykřikovat a běhat po třídě, aby na sebe upozornili (Hutyrová, 2019).

“Obecně lze říci, že může být u takových žáků sociální kontakt kvalitativně narušen a současně ovlivněn typem žáka, ze kterého vyplývá způsob navazování jeho sociálních interakcí s okolím” (Čadilová a Žampachová, 2023, s. 30).

„Hledání příčin specifického chování by mělo vždy vycházet z dobrých teoretických znalostí pedagoga v oblasti vývojové psychologie i psychických poruch a vyústit v uplatňování praktických zkušeností při práci s těmito žáky” (Čadilová a Žampachová, 2023, s. 31).

3.2 Pozornost, aktivita a zájmy

Pro žáky s poruchami pozornosti a aktivity, žáky úzkostné či žáky s poruchami vnímání a myšlení je velice obtížná **organizace času**. Mají problém se delší dobu soustředit, zapomínají si pomůcky, domácí úkoly. *„Vlastní myšlenky nebo rozmanité okolní impulzy jim takřka znemožňují trvalou koncentraci na učební látku” (Reimann - Höhn, 2018, s. 84).* Nepracují soustavně, často odkládají studium až na poslední chvíli, ukončují práci dřív, protože už nezvládají svůj vnitřní neklid. Často dělají chyby z nepozornosti (Reimann - Höhn, 2018).

Pracovní tempo těchto žáků se může lišit od tempa intaktního žactva. Taky specifika dané poruchy či medikace se projevují na kvalitě pozornosti a aktivity žáka. Takoví žáci mají potíže s využitím a směřováním energie a jsou tak náchylnější k vyčerpání (Baslerová et al., 2023).

3.3 Emocionalita

Vlastní sebepojetí žáků s duševním onemocněním bývá zkreslené. Často se podceňují, odsuzují se a hledají na sobě chyby, nebo naopak nevidí chyby u sebe a přičítají je okolí. **Kontrola emocí a následného chování může být problematická.** Žáci mohou být náladoví, propadat zoufalství, trpět strachem a úzkostí z běžných situací a objektů. Nejčastěji bývá strach ze zkoušení, hovoru před ostatními či z vlastního selhání. Spouštěčem neadekvátního chování a prožívání může být i senzorické přetížení nebo misofonie - snížená zvuková tolerance, díky hypersenzitivitě nervového systému těchto žáků (Čadilová a Žampachová, 2020).

4 Podpora žáků s duševním onemocněním

Teď už víme, jaké dopady do vzdělávání může mít duševní onemocnění žáka střední školy. Na základě toho, může škola žákům poskytnout cílenou podporu.

Podle § 16 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) se *„dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“* To znamená, že i žáka s duševním onemocněním můžeme označit jako žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). A dále se dle § 16 zákona č. 561/2004 Sb., (školský zákon) *„podpůrnými opatřeními rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“*

4.1 Stupně podpůrných opatření

Závažnost příslušného znevýhodnění vyžaduje různou intenzitu poskytované podpory. Každé duševní onemocnění se projevuje různou mírou symptomatiky i intenzity projevů. To znamená, že závažnost těchto projevů má významný dopad na vzdělávání. Proto právě úroveň dopadu příslušného znevýhodnění vede k rozdělení podpůrných opatření (PO) do 5 stupňů. Tyto stupně určují míru poskytované podpory ze strany pracovníků školního poradenského pracoviště a školských poradenských pracovišť. Činnosti popsané v nižších stupních podpory jsou většinou obsaženy i ve vyšších stupních podpory. Zařazování by mělo vycházet z individuálních vzdělávacích potřeb žáka a také z jeho aktuálního psychického, fyzického a sociálního stavu. Zařazení žáka do stupňů podpory se může během vzdělávání měnit (Čadilová a Žampachová, 2020).

První stupeň podpory je specifický tím, že do něj můžeme zařadit žáka bez předchozího doporučení ze školského poradenského zařízení. To znamená, že **hodnocení jeho speciálněpedagogických potřeb je zcela v kompetenci školy**. Pro první stupeň podpory je charakteristický především **individuální přístup** k žákovi tzn., že zohledňujeme jeho specifické potřeby a respektujeme jeho jinakost. Zároveň se nemění obsah vzdělávání.

Tento stupeň podpory využíváme především u žáků s častou absencí, delšího onemocnění či jiných přechodných příčin selhávání ve vzdělávání. Využíváme jej u žáků s **lehkou symptomatikou duševního onemocnění** (Zákony pro lidi, 2024, [online]).

Pokud po nastavení tohoto stupně podpory nedochází ke zlepšení či eliminaci příčin selhávání, škola navrhuje ve spolupráci s rodinou **další postup**. Tím je **návštěva školského poradenského zařízení**, vyšetření žáka a doporučení odpovídající podpory (Zákony pro lidi, 2024, [online]).

Jak je zmíněno výše, zařazení žáka do **druhého stupně** vyžaduje spolupráci rodiny a školy se školským poradenským pracovištěm (Čadilová a Žampachová, 2020). Vzdělávání žáka s podpůrnými opatřeními druhého stupně zahrnuje **modifikaci metod a forem práce, změny v organizaci výuky a hodnocení žáka**. Týká se taky **úprav obsahu vzdělávání, podmínek přijetí ke vzdělávání a ukončování vzdělávání** (Baslerová et al., 2020). Na doporučení se může na vzdělávání žáka spolupodílet i **speciální pedagog či psycholog**. Tito žáci mohou využívat vytvořené vizualizované pomůcky pro snadnější zvládnutí učiva (Čadilová a Žampachová, 2020). Žáky je možné vzdělávat podle **individuálního vzdělávacího plánu** (Baslerová et al., 2023).

Do druhého stupně podpory zařazujeme žáky s duševním onemocněním, které má aktuálně dopad na vzdělávání ve formě **časté absence, emoční nestability, obtíží v soustředění a sebeorganizaci, impulzivního chování a reakcí nebo pasivního chování**. Dále sem zařazujeme žáky s **neschopností plnit zadání** tak, jak je po žácích požadováno, a žáky s **problémy se zapojením do kolektivu** (Čadilová a Žampachová, 2020).

Do **třetího stupně** podpory bude zařazen žák, jehož míra intenzity projevů onemocnění ovlivňuje vzdělávání natolik, že je potřeba vyšší podpory, než v předchozích stupních. Pro zařazení do tohoto stupně je potřeba podkladu **komplexní diagnostiky ze školského poradenského zařízení**. Třetí stupeň podpory umožňuje **změny v organizaci a průběhu vzdělávání, v úpravě prostředí, v hodnocení, rozsahu domácí přípravy** a zároveň poskytuje **úpravu podmínek pro přijetí a ukončení vzdělávání** na SŠ. Stanovuje postupy, metody a formy práce. Žák využívá **individuální vzdělávací plán**. Rozsah opatření umožňuje **úpravy vzdělávacích podmínek a režimová opatření**. Umožňuje poskytování **speciálněpedagogické a psychologické intervence** realizované přímo ve škole, popřípadě v školském zařízení. **Obsah učiva může být nejen modifikován, ale i redukován**. Žák využívá **speciální didaktické, kompenzační a rehabilitační pomůcky**. V rámci tohoto opatření je možné zřídit funkci **asistenta pedagoga**. Pro žáky středních škol je možné využít **prodloužení délky vzdělávání** (Čadilová a Žampachová, 2023).

Do třetího stupně bychom zařadili takového žáka, jehož duševní onemocnění výrazně ovlivňuje úspěšné vzdělávání. Může se jednat o omezenou docházku do školy, velmi časté

absence, poruchy soustředění apod. vyplývající z diagnózy dítěte (OCD, depresivní symptomatika, sociální fobie, schizofrenie atd.) (Čadilová a Žampachová, 2020).

Čtvrtý stupeň podpory umožňuje vzdělávání podle **individuálního vzdělávacího plánu**. Pro zajištění odborné intervence je potřeba zařadit **hodiny speciálněpedagogické péče**, kde se zaměříme na konkrétní potřeby žáka vzhledem k jeho znevýhodnění. V rámci čtvrtého stupně je nutné přizpůsobit **formu, obsah i metody vzdělávání. Obsah učiva je modifikován**, lze jej i **redukovat**. Ke vzdělávání žák využívá **speciální pomůcky a učebnice**. Lze zde uplatnit i **finančně náročnější pomůcky**. Zároveň je potřebná **úprava prostředí vzdělávání**. V rámci tohoto stupně využíváme **dalšího pedagogického pracovníka** nebo **asistenta pedagoga**. Po doporučení školského poradenského zařízení je možné využít **individuální výuku v domácích prostorech**. Tento druh podpory využíváme u žáka, jehož duševní onemocnění znemožňuje vzdělávání z důvodu vysoké absence, časté hospitalizace atd., a které se projevují **závažným problémovým chováním** (Čadilová a Žampachová, 2023).

Pátý stupeň využívají žáci s nejvyšší mírou potřeby podpory. To jsou žáci se závažným stupněm znevýhodnění často kombinovaný s dalšími poruchami a onemocněními. Podkladem pro zařazení do nejvyššího stupně je podrobná komplexní diagnostika zš školského poradenského zařízení. Stejně jako v nižších stupních je i tady potřeba modifikace podmínek, prostředí, forem, metod a hodnocení výsledků vzdělávání. Obsah učiva je modifikován a redukován. Žák využívá speciální pomůcky a má právo na pořízení i těch finančně náročnějších. Předmět speciálně pedagogické péče se zaměřuje na konkrétní potřeby žáka s využitím speciálních pomůcek a terapeutických metod. Asistent pedagoga se podílí na přímé práci s žákem ve třídě i mimo ni. Opět je zde možné využít individuální výuku v domácím prostředí (Zákony pro lidi, 2024, [online]).

4.2 Druhy podpůrných opatření

V této kapitole autorka uvede jednotlivé druhy PO. Zaměří se především na ty, které považuje za nejčastěji užívané u žáků s potřebou podpory z důvodu duševního onemocnění.

4.2.1 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán známý pod zkratkou **IVP je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka a obsahuje druhy a stupně PO**. Zpracovává a provádí ho škola, kterou žák navštěvuje. IVP se může během roku upravovat a doplňovat, podle aktuálních potřeb a progresu žáka (Zákony pro lidi, 2024, [online]).

4.2.2 Pedagogická intervence

Pedagogická intervence (PI) slouží zejména jako **prevence školní neúspěšnosti**. V rámci PI **podporujeme žáka ve vyučovacích předmětech, které mu činí obtíže**. PI slouží ke **kompensaci nedostatečné domácí přípravy a k rozvoji učebního stylu žáka** (Zákony pro lidi, 2024, [online]).

4.2.3 Asistent pedagoga

Dle vyhlášky 27/2016 Sb. **asistent pedagoga poskytuje podporu jinému pedagogickému pracovníkovi při vzdělávání žáka s SVP**. Asistent pedagoga pracuje podle pokynů vyučujícího (Zákony pro lidi, 2024, [online]).

4.2.4 Metody výuky

Termínem metoda rozumíme **zásadu či princip, který vede k dosažení cíle ve výchovně-vzdělávacím procesu**. V podstatě jde o promyšlený postup, který je veden k naplnění úspěšného rozvoje žáka. (Žampachová a Čadilová, 2020)

Do metod výuky můžeme zařadit i metody speciálněpedagogické, jimiž jsou reedukace, kompenzace a rehabilitace.

Mezi běžně využívané metody výuky u žáků s duševní poruchou můžeme zařadit například **metodu strukturovaného učení, inscenační metody, situační metody, brainstorming, myšlenkové mapy, průběžné ověřování pochopení osvojevaného učiva, výuku respektující potřeby pro učení či prevenci únavy a podporu koncentrace pozornosti**.

„Výuka respektující potřeby pro učení spočívá ve využívání těch způsobů zprostředkování učiva, které odpovídají zjištěným potřebám a preferencím žáků (tzv. učebním stylům). Pomůžeme-li žákovi zjistit jeho potřeby a preference při učení, pomůžeme mu zefektivnit proces učení” (Baslerová et al., 2020, s. 97).

Mezi faktory ovlivňující učení zařazujeme percepční oblast, tzn. rozlišení učebního stylu dle zapojení dominantních smyslů, psychologická oblast, prostředí pro učení (světlo, hluk, teplota, formálnost pracovního místa, ...), fyziologické potřeby při učení (denní doba, jídlo, pití, pohyb) a sociální potřeby (samostatná práce, skupinová práce, ...).

„Schopnost zaměřit a udržet pozornost má zásadní vliv na průběh celého edukačního procesu. Proto je nutné, aby pedagog citlivě vnímal a respektoval míru unavitelnosti jednotlivých žáků stejně jako jejich schopnost koncentrace záměrné i bezděčné pozornosti a s těmito fenomény v procesu výuky pracoval” (Baslerová et al., 2020, s. 115).

Žák s duševní poruchou podléhá riziku ztráty koncentrace a nástupu únavy rychleji, než ostatní žáci. Míru pozornosti a aktivity ovlivňuje například to, zda je žák medikován, zda absolvuje během mimoškolního času nějaké léčebné zákroky nebo terapie nebo přichází už do školy unavený a vyčerpaný (nedostatečná doba spánku, nevhodné psychohygienické podmínky v rodině, nedostatek stravy, ...). Aktivitu a pozornost též ovlivňuje neadekvátní množství úkolů v rámci domácí přípravy a nedostatek času k relaxaci a obnově sil (Baslerová et al., 2023).

K eliminaci únavy a k posílení koncentrace pozornosti můžeme přispět mnohými opatřeními jako např. **úpravou pracovního prostředí, prostorem pro relaxaci, nácvikem relaxačních a koncentračních technik** (Žampachová a Čadilová, 2023).

4.2.5 Úprava obsahu vzdělávání

„Toto opatření spočívá v dílčích úpravách obsahu vzdělávání žáka s ohledem na jeho individuální možnosti a schopnosti” (Žampachová a Čadilová, 2023, s. 104). Dílčí úpravy umožňují žákům s SVP plnit požadavky rámcového vzdělávacího programu. Opatření je aplikováno na základě doporučení školského poradenského zařízení. Úpravu rozsahu a obsahu učiva lze provádět v jednom či více předmětech (Katalog podpůrných opatření, 2024, [online]).

4.2.6 Úprava očekávaných výstupů

Toto opatření můžeme pokládat též za **prevenci školní neúspěšnosti a prevenci před opakovaným selháváním žáka ve výuce, jehož důsledkem může být ztráta motivace a zájmu o vzdělávání** (Katalog podpůrných opatření, 2024, [online]).

4.2.7 Předmět speciálněpedagogické péče (PSPP)

Jde o PO, které **má zajišťovat kompenzaci nebo reedukaci obtíží žáka se SVP**. PSPP je realizován ve dvou formách a to jako **vyučovací předmět**, nebo formou další péče o žáka - intervence nad rámec časové dotace mimo vyučování (Baslerová et al., 2020). Může být vyučován individuálně nebo skupinově. U žáků s duševním onemocněním se v PSPP zaměřujeme nejčastěji na **podporu rozvoje emocí, nácvik sociálních dovedností, rozvoj komunikačních schopností a rozvoj exekutivních funkcí**.

4.2.7 Personální podpora

Kromě asistenta pedagoga může být součástí PO **školní psycholog**, ten realizuje **podporu celých kolektivů. Snaží se nastavit optimální školní klima, pomáhá tvořit zdravé klima ve třídách a i ve sboru učitelů.** Školní psycholog funguje jako **důvěrník** pro žáky i jejich rodiče a **poskytuje krizovou intervenci.**

4.2.8 Práce s třídním klimatem

„Stále důležitější úlohou školy je podpora rozvoje sociálních interakcí mezi žáky navzájem i mezi žáky a pedagogy. Žáci by měli být systematicky podněcováni k rozvoji vzájemného respektu, sounáležitosti i ochoty pomáhat druhým” (Baslerová et al., 2023, s. 218).

Se vzájemným respektem k druhým se pojí i přijímání jinakosti. Pokud je součástí kolektivu žák s SVP, **je důležité ostatním žákům ve třídě zprostředkovat porozumění ohledně poskytování podpory** žákovi s SVP. Vždy je **potřeba kontinuálně pečovat o třídní klima.** Na péči o třídní klima se podílí kromě třídního učitele i školní poradenské pracoviště, tzn. školní metodik prevence, výchovný poradce, popřípadě školní speciální pedagog a školní psycholog.

4.2.9 Opatření respektující zdravotní stav žáka

Toto opatření spočívá v **zajištění podmínek pro dodržování léčebných opatření** (stravování, medikace, ...), ale též v **úpravě vzdělávání v době nemoci či v průběhu rekonvalescence žáka** (Baslerová et al., 2020). K zajištění tohoto PO je nutná spolupráce rodičů a sdílení informací týkající se zdravotního stavu žáka.

4.2.10 Spolupráce rodiny a školy

„Obecně platí, že v případě dobré spolupráce dosahujeme ve škole lepších vzdělávacích i výchovných úspěchů, než v případě, je-li tomu naopak” (Baslerová et al., 2023, s. 237). Na spolupráci rodičů se školou závisí jak poskytování vyšších stupňů podpory, tak **úspěšnost edukace žáků s výchovnými problémy.**

4.2.11 Řešení krizových situací a náročného chování

Toto PO není zahrnuto mezi PO uvedená v § 16 školského zákona, přesto má význam ho zde zmínit. Z předchozí kapitoly o dopadech DO do vzdělávání vyplývá, že symptomatika určitých duševních poruch může být vnímána jako náročné, rizikové či problémové chování.

Agrese, disociální chování a neschopnost vytvářet a udržovat kvalitní sociální vztahy jsou projevy problémového chování a to může mít příčinu právě v duševním onemocnění dítěte a dospívajícího (Hutyrová, 2019).

Při řešení rizikového a problémového chování využíváme individuálně výchovný program (IVýP) a krizový plán. IVýP je jednotný postup školy při řešení rizikového chování (Baslerová et al., 2023). Mezi **rizikové chování** zařazujeme záškoláctví, agresi a šikanu, rasismus a xenofobii, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování, rizikové chování ve sportu a dopravě, negativní působení sekt (Hutyrová et al., 2013). Lenka Sladká Míkulášková v Obecné části Katalogu podpůrných opatření z roku 2020 **řadí mezi rizikové chování navíc neplnění školních povinností, nevhodné chování jako vyrušování, vandalismus, krádeže a na straně rodiny pak nedostatečnou spolupráci se školou, nedostatečnou kontrolu školních povinností** atd. IVýP slouží především k jasnému definování náročného chování žáka a jeho dosavadních důsledků, hledání spouštěčů a příčin tohoto chování, k definování žádoucího chování, motivaci žáka, stanovení úkolů a podpory, stanovení frekvence a způsobu kontroly a nakonec k definici dalších postupů a případných opatření při nedosažení žádoucích změn (OSPOD apod.) (Baslerová, et al., 2023).

Krizový plán slouží k řešení možné krizové situace. Jedná se o přesné zpracování popisu, jak v danou chvíli bude škola postupovat, když se u žáka objeví náročně zvladatelné chování jako například afektivní záchvat, panická ataka, sebepoškozování, myšlenky na sebevraždu a další (Žampachová a Čadilová, 2023). Krizový plán je pro řešení takového chování užitečným nástrojem pro všechny pedagogické pracovníky, kteří jsou s rizikovými žáky v úzkém kontaktu (Zapojme všechny, 2024, [online]).

PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části byly čtenáři obeznámeni s aktuálním stavem duševního zdraví dětí v ČR, seznámili se s duševními poruchami, se kterými se mohou pedagogové středních škol nejčastěji setkat. Následně teoretická část pojednává o dopadech duševního onemocnění do vzdělávání. Zaměřuje se především na sociální a emoční oblast, na pozornost, aktivitu a komunikaci jedinců s DO. Nakonec charakterizuje jednotlivé stupně podpůrných opatření a jednoduše popisuje také druhy podpůrných opatření, které nejčastěji žáci s DO využívají.

Praktická část bakalářské práce naváže na teoretickou část výzkumem zaměřeným na konkrétní jedince, kteří se na střední škole potýkali s duševním onemocněním a byli ochotni sdílet své zkušenosti. Pro výzkum bylo použito anonymní dotazníkové šetření, zaměřené na přístup pedagogů k žákům s duševním onemocněním a na spokojenost žáků s poskytovanou podporou. Dotazník se snažil zjistit, jaké konkrétní dopady mělo DO jednotlivých respondentů, kolik z nich využívalo podporu a zda vůbec věděli, že jim taková podpora může být poskytována. Dále dotazník zkoumal, jaká podpora dotazovaným nejvíce vyhovovala.

Druhá polovina dotazníku se zaměřovala především na subjektivní vnímání poskytované podpory, na to, jaké zkušenosti měli respondenti s vyučujícími a jak je a jejich podporu vnímali jejich spolužáci. Nejzajímavější odpovědi přinesla poslední otevřená otázka, kde byla velká část respondentů ochotná sdílet své jedinečné zkušenosti a svůj příběh.

Výsledky šetření byly analyzovány metodou prostého výčtu a v závěru se autorka zamýšlí nad získanými výsledky šetření.

5 Metodologie a realizace výzkumu

V této části naleznete metodologickou část bakalářské práce. Na počátku si definujeme výzkumný problém, upřesníme výběr výzkumného vzorku, určíme metody sběru dat a metody následné analýzy dat. Na konci naleznete výsledky a diskusi, kde výsledky zhodnotíme a diskutujeme nová témata, která výsledky přinesly.

5.1 Výzkumný problém

Jak už bylo zmíněno v první kapitole této práce, Národní monitoring duševního zdraví žáků základních škol v České republice, který prováděl NUDZ ve spolupráci s Českou školní inspekcí v roce 2023, uvádí, že **víc jak 50 % žáků devátých tříd v ČR projevuje známky zhoršeného well-beingu. „30 % dotazovaných navíc projevilo znaky, které ukazují na středně těžké až těžké úzkosti. 4 z 10 oslovených žáků navíc reportují známky středně těžké až těžké deprese.** (Národní monitoring duševního zdraví dětí. 2024, [online]).

Tato práce se zaměřuje na žáky středních škol s diagnózou duševního onemocnění, díky výzkumu NUDZ **můžeme předpokládat, že úroveň well-beingu a projevy duševní nepohody budou na středních školách minimálně velmi podobné.**

„V posledních letech výrazně vzrostl počet dětí a dospívajících s psychickými poruchami. Podle WHO až 20 % dětí a dospívajících zažije nějakou formu duševního onemocnění” (Tisková zpráva NUDZ, 2024, [online]).

Dle dat NUDZ můžeme předpokládat, že počet žáků s duševním onemocněním na středních školách bude vysoký. Školský zákon definuje žáka se speciálními vzdělávacími potřebami jako osobu, *„která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření”* (Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, § 16). Mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami řadíme i žáky s duševním onemocněním. To znamená, že pokud žák s duševním onemocněním potřebuje poskytnout podporu, škola je povinna mu ji zajistit.

Praktická část práce se zabývá **problematikou poskytování podpory těmto žákům, její kvalitou, dostupností a spokojeností žáků s jejím naplňováním.** Výzkumné otázky se zaměřují na **dopady duševního onemocnění do vzdělávání, na nejčastější způsoby podpory, na přístup pedagogů k žákům s duševním onemocněním a respektování nastavené podpory.** Výzkumné otázky se též zaměřují na **celkovou spokojenost s naplňováním podpůrných opatření a na úroveň respektování jejich jinakosti.**

Výzkumným záměrem a cílem je tedy zjistit aktuální spokojenost žáků s

naplňováním podpůrných opatření, která mají zaručit rovnoprávné možnosti v inkluzivním vzdělávání.

Jedná se tedy o **výzkum kvalitativního charakteru**, ovšem pro sběr dat byl zvolen způsob **dotazníkového šetření**, ačkoli autorku nezajímá četnost, ale **kvalita poskytované podpory**.

5.2 Výzkumný vzorek

Pro sběr dat tohoto výzkumu byl vytvořen dotazník. Základním souborem tohoto dotazníku byli lidé potýkající se s duševním onemocněním při studiu na střední škole. Jedná se o soubor výběrový, kritérium výběru je: subjekty výzkumu musí být lidé potýkající se s diagnózou duševního onemocnění při studiu na střední škole v České republice. **Pro rozšíření dotazníku byla použita metoda sněhové koule**, tzn. že dotazníky byly rozeslány online cestou se žádostí o sdílení ostatním, a metoda samovýběru, kdy jsme dotazník nabídli online prostřednictvím facebookové skupiny osobám s duševním onemocněním (Miovský, 2006). **Další metodou sběru dat, kterou jsme využili, byla metoda institucionálního výběru**, kdy byl dotazník poskytnut studentům registrovaným v Centru podpory studentů na Univerzitě Palackého v Olomouci (Miovský, 2006).

5.3 Sběr dat

Data pro tuto práci byly sbírány pomocí dotazníku určeného pro osoby s duševním onemocněním. Dotazník můžeme pomyslně rozdělit na dvě části. V první části nalezneme otázky zjišťující základní fakta o respondentech a v druhé části se zabýváme zkoumaným tématem. Zvoleny byly převážně otázky uzavřené s předepsanými možnostmi odpovědí, které jsme předpokládali na základě teoretické části této práce. U několika otázek byla navíc možnost poskytnout vlastní odpověď. První otázka zjišťovala pohlaví respondentů a umožňovala výběr ze tří předepsaných možností: muž, žena a nechci uvádět. Druhá otázka nám pomohla zjistit, zda respondenti studovali na střední škole v období inkluzivního vzdělávání. Zabývali jsme se tedy věkem respondentů. Třetí otázka zkoumá oblast, respektive kraj, ve kterém respondenti navštěvovali střední školu. Touto otázkou se pomyslně uzavírá první část dotazníku. Čtvrtou otázkou jsme zjišťovali, zda se respondent potýkal s duševním onemocněním na střední škole. Pátá otázka zkoumá dopad duševního onemocnění do vzdělávání. Výběr odpovědi jsme zvolili na základě teoretické části této práce. Další otázkou zjišťujeme, zda respondenti využívali na škole podporu dle vyhlášky č. 27/2016 Sb. Sedmá otázka zkoumá informovanost o možnosti poskytování podpory žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy žákům s duševním onemocněním. Otázka osmá se zabývá nejčastěji využívanou podporou. Další otázky se

zaměřují na poskytování podpory ve vzdělávání. Devátá otázka se zaměřuje na aplikaci podpůrných opatření pedagogů. Desátá se zabývá počtem vyučujících, kteří akceptovali a dodržovali podporu ve vzdělávání. Otázka jedenáctá se zajímá, zda se respondenti setkali s vyučujícím, který záměrně ignoroval podpůrná opatření a individuální přístup. Další otázka hodnotí přístup školy při zřizování podpory (např. IVP, PLPP, ...). Třináctá otázka hodnotí spokojenost respondentů s poskytovanou podporou. Otázka číslo 14 je otevřená a zkoumá, jaká část podpory respondentům nejvíce pomáhala. Patnáctá otázka zjišťuje naplnění očekávání respondentů ohledně poskytování podpůrných opatření. Otázka šestnáctá zkoumá respekt vyučujících k jinakosti respondentů a sedmnáctá otázka zkoumá respekt spolužáků respondentů k jejich jinakosti. Osmnáctá otázka hodnotí akceptaci spolužáků k poskytování podpory respondentům. A konečně poslední a otevřená otázka nabízí respondentům zmínit či upřesnit cokoli, co v rámci této problematiky považují za důležité.

5.4 Analýza dat

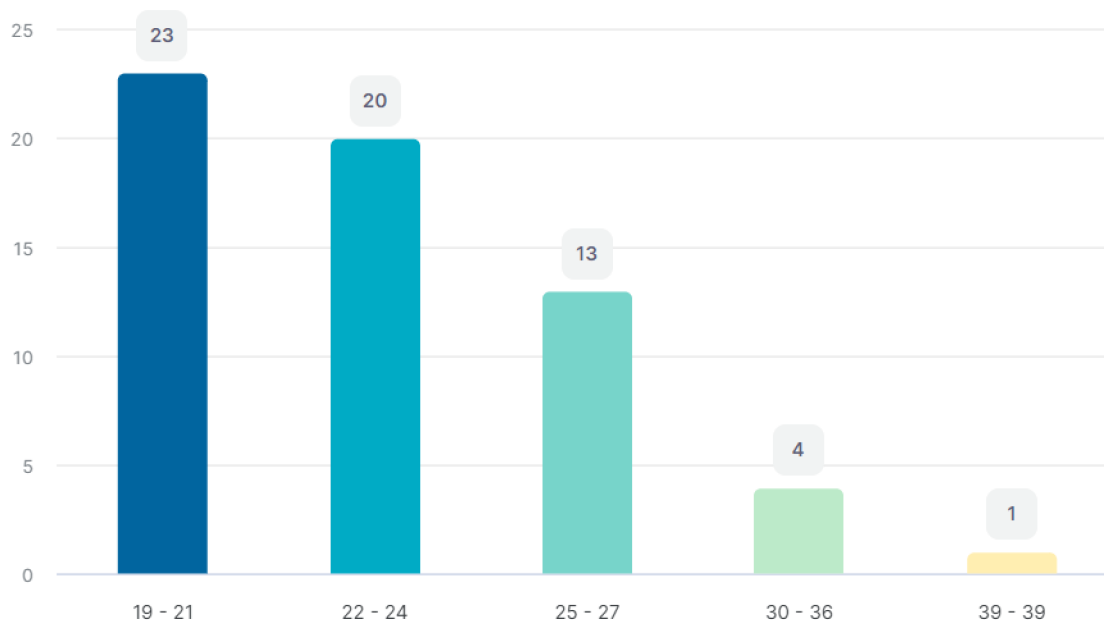
Data získaná z dotazníku jsou zpracovány metodou prostého výčtu. „*Jejím prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, která se týká např. toho, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu. Jak upozorňují Čermák a Štěpaníková (1998), počet je také kategorie a sledováním frekvence a výskytu („jak mnoho“) určitého jevu se dozvídáme také něco podstatného o kvalitě*” (Miovský, 2006, s. 223)

6 Výsledky

Dotazníkové šetření nesloužilo k získání statistického materiálu, ale k prozkoumání aktuální situace. Výsledky tedy budou zkoumány skrze subjektivní vnímání autorky. **Výsledky** dotazníku byly přepočítány na procenta a naleznete je v grafické podobě v **příloze této práce**. Dotazník byl šířen metodou sněhové koule a metodou samovýběru. Vyplnilo ho celkem **61 respondentů**.

Úvodní otázka zkoumala pohlaví respondentů. 77 % respondentů, tedy většina, bylo ženského pohlaví a 14,8 % dotazovaných bylo mužského pohlaví. 8,2 % respondentů pohlaví nechtělo uvádět.

2. Věk



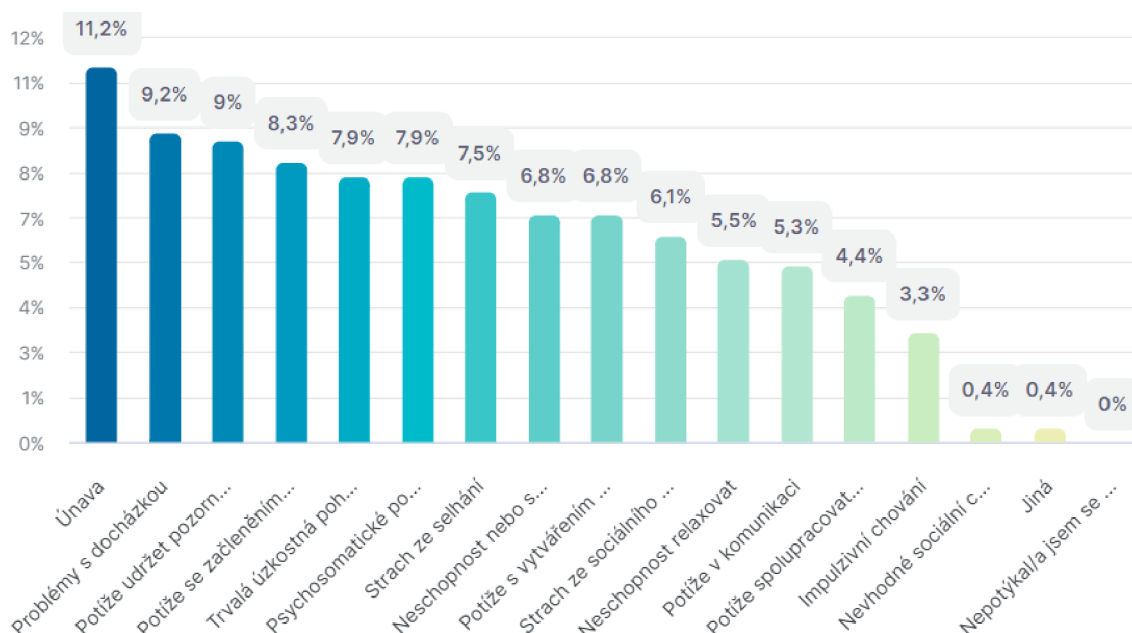
Druhá otázka zjišťovala věk dotazovaných. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo od 19 do 39 let. Nejvíce dotazovaných bylo ve věku 21 a 22 let a to ve stejném počtu 16,4 %.

Třetí otázka zkoumala, v jakém kraji respondenti navštěvovali střední školu. Největší zastoupení mělo hlavní město Praha se 17,6 %. Následoval kraj Středočeský s 16,2 %, poté kraj Jihomoravský s 10,3 %, následně Olomoucký, Pardubický a Ústecký se stejnou hodnotou 8,8 %. 7,4% bylo zastoupení Libereckého kraje, tožný 5,9% zastoupení měly kraje Moravskoslezský a Zlínský, 4,4% zastoupení kraj Vysočina a s nejmenším zastoupením kraj Královéhradecký a Jihočeský se stejnou hodnotou 2,9 %. Z Plzeňského a Karlovarského kraje dotazník nenasbíral žádná data.

Čtvrtá otázka zjišťovala výskyt duševního onemocnění při studiu na střední škole. 96,7

% dotazovaných se na střední škole potýkalo s duševním onemocněním.

5. Jaké dopady mělo vaše onemocnění na vzdělávání?



Následující otázka zkoumala dopady duševního onemocnění (dále jen DO) na vzdělávání žáků na středních školách. Jako dopad na vzdělávání označilo 11 % respondentů únavu, 9,2 % respondentů označilo problémy s docházkou na střední školu, 9 % dotazovaných označilo potíže s udržením pozornosti, 8,3 % respondentů označilo potíže se začleněním do kolektivu a stejné množství 7,9 % dotazovaných uvedlo trvalou úzkostnou pohotovost a psychosomatické potíže. 7,5 % respondentů označilo strach ze selhání jako jeden z dopadů DO na vzdělávání, 6,8 % označilo neschopnost nebo strach z vystupování před tabulí, stejné procento dotazovaných označilo potíže s vytvářením či udržením vztahů. Jako další dopad označilo 6,1 % respondentů strach ze sociálního kontaktu, 5,5 % dotazovaných označilo neschopnost relaxovat, potíže v komunikaci uvedlo 5,3 % dotazovaných, 4,4 % respondentů označilo potíže spolupracovat se spolužáky a impulzivní chování uvedlo 3,3 % dotazovaných. 0,3 % dotazovaných uvedlo jako dopad do vzdělávání nevhodné sociální chování a opět 0,3 % dotazovaných označilo možnost jiné. Nikdo z respondentů neoznačil možnost nepotýkal/a jsem se s duševním onemocněním.

Další otázka zjišťovala, zda respondenti z důvodu DO využívali podporu pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Více než polovina respondentů, tj. 60,7 %, podporu nevyužívala. Podporu pro žáky s SVP využívalo na střední škole 39,3 % dotazovaných.

Důležité je zde zmínit, že 13 % respondentů z celkového počtu studovali střední školu ještě před platností vyhlášky o vzdělávání žáků s SVP, tudíž ani nemohli onu podporu využívat.

Následující otázka se zaměřovala na informovanost respondentů ohledně možnosti poskytování podpory z důvodu DO. 55,7 % dotazovaných uvedlo, že nevědělo o možnosti poskytování podpory ve vzdělávání a 44,3 % dotazovaných vědělo o možnosti podpory ve vzdělávání.

Osmá otázka zkoumala, jaký druh podpory žáci zejména využívali. 37,5 % respondentů nevyužívalo podporu, 21,6 % využívalo zejména IVP, 12,5 % využívalo jako podpůrné opatření (PO) navýšení času, 5,7 % dotazovaných využívalo opatření respektující zdravotní stav žáka a stejné procento respondentů využívalo zkrácený pobyt ve škole. 3,4 % respondentů využívalo úpravu výstupů vzdělávání, stejné procento respondentů využívalo pedagogickou intervenci, 2,3 % využívalo úpravu obsahu vzdělávání, opět 2,3 % využívalo krizový plán a další 2,3 % dotazovaných využívalo jiný druh podpory. Ve stejné hodnotě 1,1 % označili respondenti využití úpravy pracovního prostoru, řešení krizových situací a plán pedagogické podpory.

Devátá otázka zkoumá subjektivní pohled respondentů na informovanost všech učitelů o aplikaci PO do vyučování. Z celkového počtu dotazovaných uvedlo 26,2 %, že PO nevyužívalo, tedy nebylo potřeba o PO učitele informovat. 31,1 % dotazovaných odpovědělo, že učitelé spíše nebyli seznámeni s aplikací PO. 16,4 % respondentů odpovědělo, že učitelé nebyli seznámeni s apl. PO. 16,4 % dotazovaných uvedlo, že učitelé spíše byli seznámeni s apl. PO. A nakonec 9,8 % resp. odpovědělo, že učitele byli seznámeni s apl. PO do vyučování.

Desátá otázka zkoumá podíl vyučujících, kteří plně akceptovali a dodržovali PO. 23 % z celkového počtu respondentů označilo podíl cca dvě třetiny, jako podíl vyučujících, kteří akceptovali a dodržovali PO. 13,1 % dotazovaných uvedlo, že podíl vyučujících, kteří akceptovali a dodržovali PO, byl méně než jedna čtvrtina. Dalších 13,1 % respondentů uvedlo, že podíl jedna polovina, byl podíl vyučujících, kteří akceptovali PO. 9,8 % dotazovaných uvedlo, že podíl akceptujících vyučujících byl méně než jedna polovina a jen 6,6 % respondentů uvedlo, že všichni vyučující akceptovali a dodržovali PO..

Další otázka zjišťuje, zda se respondenti setkali s vyučujícím či pedagogickým pracovníkem, který záměrně ignoroval PO a individuální přístup. 42,6 % dotazovaných se s takovým vyučujícím setkalo, 19,7 % se s takovým vyučujícím neseťkalo.

Následující otázka zkoumala přístup školy při zřizování podpory. 24,6 % respondentů hodnotí přístup školy jako spíše vstřícný, 11,5 % respondentů ho hodnotí jako méně vstřícný, 9,8 % respondentů hodnotí přístup jako nevstřícný a 9,8 % dotazovaných ho hodnotí jako vstřícný.

Otázka třináctá zjišťovala spokojenost dotazovaných s naplňováním PO. 21,3 % uvedlo, že bylo s naplňováním PO spíše spokojeno, 13,1 % dotazovaných uvedlo, že bylo spíše nespokojeno. 8,2 % respondentů bylo s naplňováním PO velmi spokojeno a 6,6 % respondentů bylo velmi nespokojeno.

Navazující otázka zkoumala, jaká část podpory respondentům nejvíce pomáhala. Z výsledku je patrné, že nejvíce žákům středních škol pomáhala vyšší míra tolerance absence (14,4 %) a navýšení času při práci a zkoušení (8 %). Významně nápomocný pro zvládnání vzdělávání byl taktéž individuální a respektující přístup pedagogů a IVP. Respondenti na tuto otázku odpovídali vlastními slovy.

14. Jaká část podpory vám nejvíce pomáhala?

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Nemusel jsem tak často chodit do školy což ale zároveň podporovalo moji psychickou poruchu	1	1.6%
Navýšení času při písemkách a tolerance absence ve škole	1	1.6%
Navýšení času který tolerovali pouze jeden rok.	1	1.6%
Navýšení času, individualni zkoušení	1	1.6%
Možnost vyšší absence	1	1.6%
Možnost větší absence	1	1.6%
Možnost si naplánovat výstupy z výuky sama, dle svých potřeb, psaní testů mimo skupiny žáků	1	1.6%
Možnost domluvit se na jiném termínu psaní testu, tolerance absence	1	1.6%

Následující otázka zkoumala, zda nastavená podpora splňovala očekávání respondentů. **23 % dotazovaným spíše splnila podpora jejich očekávání.** 11,5 % dotazovaných podpora splnila očekávání. 8,2 % dotazovaným podpora nesplňovala jejich očekávání a 6,6 % dotazovaných podpora spíše nesplňovala očekávání.

Otázka číslo 16. **zkoumala podíl vyučujících, kteří byly respektující k jinakosti (DO).** **29,5 % dotazovaných uvedlo, že více než polovina vyučujících respektovala jejich jinakost.** 24,6 % dotazovaných uvedlo, že vyučující nevěděli o DO respondentů. 19,7 % dotazovaných uvedlo, že většina vyučujících nerespektovala jinakost. 13,1 % respondentů uvedlo, že jinakost respektovala méně než polovina vyučujících a 11,5 % respondentů uvedlo, že většina vyučujících plně respektovala DO dotazovaných.

Navazující otázka zjišťovala podíl spolužáků, kteří respektovali jinakost žáků - respondentů s DO. **29,5 % respondentů uvedlo, že více než polovina spolužáků jinakost respektovala. Tato hodnota se shoduje s výše uvedeným podílem vyučujících, kteří byly respektující.** 23 % dotazovaných nicméně uvedlo, že většina spolužáků nerespektovala jinakost respondentů. 21,3 % dotazovaných uvedlo, že spolužáci nevěděli o jejich DO. 13,1 % respondentů uvedlo, že DO respektovala méně než polovina spolužáků a 11,5 % respondentů označilo, že většina spolužáků plně respektovala jejich jinakost.

Další otázka **zkoumala akceptaci podpory žáků s DO ze strany spolužáků.** 16,4 % respondentů sdělilo, že část spolužáků neakceptovala jejich podporu a opět 16,4 % respondentů uvedlo, že spolužáci chápali potřebnost podpory a tedy ji respektovali. 8,2 % dotazovaných sdělilo, že spolužáci podpoře nerozuměli a neakceptovali ji.

Poslední a **otevřená otázka** dotazníku dávala **prostor respondentům doplnit cokoli, co považují v rámci této problematiky za důležité zmínit či upřesnit.** Několikrát se zde opakovaly názory, zaprvé, že **informovanost pedagogů SŠ ohledně problematiky duševního onemocnění je nízká** a zadruhé, že **chybí na školách prevence zaměřená na duševní zdraví žáků.**

19. Vybavuje se Vám v rámci této problematiky něco, co považujete za důležité zmínit či upřesnit?

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Že práce školních psychologů by měla být lepší	1	1.6%
Zavedla bych více přednášek o duševních onemocněních	1	1.6%
Využila jsem pouze jednu návštěvu školní psycholožky, která mi pouze řekla, že jen moc přeháním a poslala mě zpět na vyučování.	1	1.6%
Vnímám jako problém nepřípravenost množství pedagogů a nevdělanost v oblasti problematiky duševních onemocnění a přístupu k těmto žákům	1	1.6%
Větší povědomí o nemocech a o tom, jaké to je pro nemocné by bylo fajn...	1	1.6%
Většina učitelů byla přímo nepříjemná, bylo to jako bych je otravovala tím, že tam jsem. Jeden učitel se mě napřímo zeptal proč prostě nemůžu normálně jít do třídy jako ostatní. Vedení mělo pochopení, ale problém byl se staršími učiteli, kteří na všechno úplně kašlali.	1	1.6%

Únava nesoustredenost	1	1.6%
Učitelký sbor mne odsoudil na základě mé špatné docházky a návyku na kouření. Tím jejich vstřícnost vůči mně naprosto skončila. Přidalo tomu, že moje matka nevěří mým psychickým problémům, a tak s názory školy, že jsem "lempi", plně souhlasila.	1	1.6%
Učitelé na mé škole naštěstí byli vstřícní, přijde mi ale potřeba zmínit i tu malou hrstku učitelů, kteří na to moc nebrali ohled, jedna učitelka si na mě více zasedla (to měla ale s více lidmi).	1	1.6%
Učitelé jsou s touto problematikou více v pohodě než ředitelé. Ti mají vždy nějaké zábrany tomu opravdu uvěřit a potvrdit třeba IVP. Jsou víc odtažití	1	1.6%
Škola neposkytla podporu, přestože jsem o ni požadoval.	1	1.6%
Myslím, že jsem tehdy potřebovala víc, než jen IVP, nejspíš nějakou psychologickou podporu i přímo ve škole, ale pořád jsem vděčná alespoň za IVP, myslím, že bez něj bych možná ani neodmaturovala.	1	1.6%
Musím říct, že me nikdy nenapadlo, že bych mohla mít nějaký individuální studijní plán. Moje doktorka to navrhla a ja vlastne nevedela, ze to vubec jde. Moje mamka se toho hned chytla a vsechno ve skole zaridila. Nebyt doktorky (psychiatricky), tak bych zadny individualni plan nemela, protoze ani ja, ani rodice nevedeli, ze je to mozne.	1	1.6%
Mám silné adhd a dostávala jsem za to od školy hroznou "bídu" jak od učitelů tak od spolužáků..	1	1.6%
Je krásné mít Den proti drogám, kouření, Den Země a Den zdraví, ale ani na jednom nás nikdo neseznámil se zdravou duševní hygienou. Nebyly žádné akce/semináře/přednášky o tom, co to duševní zdraví je, jak k němu přistupovat.	1	1.6%

7 Diskuse

Výsledky výzkumu přinesly odpovědi na stanovené otázky a zároveň přinesly několik zajímavých i znepokojujících faktů.

Stejně jako v Národním monitoringu duševního zdraví představovali i v tomto výzkumu mají ženy vyšší počet zastoupení. Fakt, že dívky se s duševním onemocněním potýkají častěji než chlapci, potvrzuje i tento výzkum.

Dotazníkové šetření ukázalo, že větší část žáků, **29,5 %, kteří využívali podporu, s ní bylo spíše spokojeno až spokojeno úplně.** Přesto velké procento (**19,7 %**) dotazovaných s podporou spíše nebylo spokojeno až nebylo spokojeno vůbec. Nicméně necelých 20 % nespokojených respondentů autorka výzkumu považuje za znepokojující. **Se spokojeností souvisí i splnění očekávání žáků ohledně poskytované podpory. Zde výzkum naznačuje, že větší části žáků SŠ podpora splnila jejich očekávání. Podpora nesplnila očekávání pouze 8,2 % dotazovaných.** Nejvíce nápomocné PO pro žáky středních škol bylo **opatření tolerující vyšší míru absence a více času na práci a při zkoušení.** Tyto data korelují s uvedenými dopady DO do vzdělávání. Mezi nimi se nejčastěji objevovaly právě **problémy s docházkou, únava a potíže s udržením pozornosti.** Předpokládá se, že podpora pro tyto žáky tedy byla cílená a opravdu pomohla žákům zvládat náročné situace při vzdělávání. **Přesto přibližně 32,8 % respondentů v poslední otázce dotazníku uvedlo příklad nějaké špatné zkušenosti se školou či školským zařízením** v rámci problematiky přístupu pedagogů k osobám s duševním onemocněním na SŠ. Některé zkušenosti respondentů jsou velmi negativní. Zkušenost jednoho z dotazovaných, že škola odmítla poskytnout podporu žákovi, který o ni zažádat, je vážně alarmující. Další špatná zkušenost popisuje neadekvátní chování psychologky v pedagogicko-psychologické poradně. Slovy respondenta *„paní psychologka (která byla velice nepříjemná a velmi neochotná) mě přesvědčovala, že žádný problém nemám, ačkoliv před sebou měla zprávu od mého psychiatra, která odkazovala opak”*. Dále se zde objevovala **častá zmínka o chybějící osvětě a prevenci související s touto problematikou.** *„Je krásné mít Den proti drogám, kouření, Den Země a Den zdraví, ale ani na jednom nás nikdo neseznámil se zdravou duševní hygienou. Nebyly žádné akce/semináře/přednášky o tom, co to duševní zdraví je, jak k němu přistupovat.”* **Několik respondentů zde zmínilo, že nevěděli o možnostech podpory, na které jako žáci s SVP měli nárok.** To potvrdila i otázka zaměřující se přímo na informovanost o možnostech poskytování PO. **55,7 % ze všech dotazovaných uvedlo, že o této možnosti nevěděli a tím pádem o poskytování podpory nepožádali.**

Respondenti dále kritizovali nízké povědomí pedagogů ohledně duševních onemocnění, od kterého se odvíjí i přístup k žákům s duševní poruchou. Opět slovy respondenta „vnímám jako problém nepřipravenost množství pedagogů a nevzdělanost v oblasti problematiky duševních onemocnění a přístupu k těmto žákům“. Vysoké procento respondentů (42,6 %) se setkalo s vyučujícím/pedagogickým pracovníkem, který záměrně ignoroval podpůrná opatření a individuální přístup. Tato informace je opravdu šokující.

Dle názoru výzkumnice tyto informace přinášejí témata, na které by se školy měly nejen v rámci podpory těchto žáků zaměřit, ale čemu by se školy měly věnovat ještě předtím, než ji začne žák duševním onemocněním navštěvovat.

Na základě informací z výzkumu vplynuly podněty o nedostatcích, na které by se školství mohlo zaměřit. Dle názoru autorky existuje několik možností, jak by se mohla zvednout úroveň **povědomí pedagogů o problematice duševních onemocnění**. Mezi možnosti například patří další vzdělávání pedagogických pracovníků, nebo preventivními programy, které budou zaměřeny nejen na žáky ale i na pedagogický sbor.

Dále by mohli být žáci lépe **informováni o možnostech podpory, nejen z důvodu duševního onemocnění ale jakýchkoliv speciálních potřeb**.

V poslední řadě by bylo na místě, aby se preventivní programy škol zaměřili více na témata duševního zdraví a well-beingu. Autorka by osobně doporučila například preventivní programy od organizace Nevypuť Duši.

Na tyto zjištění by bylo možné navázat právě prací, která by navrhla konkrétní kroky, jak situaci ve školství dále zlepšovat.

8 Závěr

V úvodu jsem si stanovila, že **cílem této práce bude prozkoumat přístup pedagogů k žákům s duševním onemocněním na středních školách. Zda osoby s duševním onemocněním vědí, že mají nárok na poskytování podpory, protože jejich znevýhodnění je činí žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.** Zároveň jsem chtěla zjistit, **jaké podpůrné opatření těmto osobám nejvíce pomáhá. Zda se jedinci s duševním onemocněním setkávají s vstřícným přístupem při požádání o podporu, a jak je jejich osoba přijímána pedagogy i spolužáky.**

V první kapitole se snažím definovat pojem **duševní onemocnění a hovořím o vývojovém stádiu dospívání.** Na konci této kapitoly se snažím seznámit čtenáře s průzkumem Národního ústavu duševního zdraví, který pojednává o duševním zdraví devátáků v ČR, který přináší informace, které považuji v kontextu této práce za důležité.

Druhá kapitola charakterizuje duševní onemocnění, se kterými se vyučující mohou nejčastěji setkat u žáků středních škol. Třetí kapitola se věnuje jednotlivým dopadům duševních onemocnění na vzdělávání. Zaměřuje se především na dopady v sociálním chování, v prožívání a na aktivitu a pozornost těchto žáků.

Poslední kapitola teoretické části seznamuje čtenáře s podporou poskytovanou žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a jednoduše popisuje nejčastější podpůrná opatření, která žáci s duševním onemocněním využívají.

Praktická část v úvodu vysvětluje metodologii a definuje výzkumný problém. Na teoretickou část navazuje výzkumem zaměřeným na konkrétní jedince, kteří se na střední škole potýkali s duševním onemocněním. Pro výzkum bylo použito anonymní dotazníkové šetření. Dotazník zkoumal především **přístup pedagogů k žákům s duševním onemocněním a spokojenost žáků s poskytovanou podporou.** Ve výzkumu jsem zkoumala, **jaké konkrétní dopady mělo DO jednotlivých respondentů, jaká část podpory jim nejvíce pomáhala.** Zajímalo mě, **zda respondenti věděli, že pokud se potýkají s DO, může jim škola nabídnout podporu, a jak velká část respondentů skutečně podporu využívala.** Ve výzkumu jsem zjišťovala, **jaké zkušenosti měli respondenti s vyučujícími či jinými pedagogickými pracovníky.** Dále mě zajímalo **jak respondenty a jejich jinakost vnímali spolužáci a zda akceptovali jim poskytovanou podporu.**

Výsledky šetření ukazují, že **i přesto že větší část respondentů byla s poskytovanou podporou spokojená, značná část s ní spokojená nebyla.** Za významné zjištění považuji, že **se velké procento respondentů setkalo s neadekvátním přístupem pedagogických**

pracovníků a že velká část dotazovaných má nějakou špatnou zkušenost se školou či školským zařízením, která se týká právě jejich jinakosti. Jako negativní navíc vnímám i to, že více jak polovina respondentů nevěděla, že mohou požádat školu o podporu při zvládnání vzdělávání.

Největší emoce ve mně vyvolaly odpovědi na poslední otevřenou otázku. Zde byla ochotna spousta respondentů sdílet své zkušenosti se vzděláváním. Každému čtenáři doporučuji, aby si všechny odpovědi v příloze přečetl. Mě osobně to přivedlo k názoru, že v České republice máme k dosažení inkluze ještě mnoho kroků před sebou.

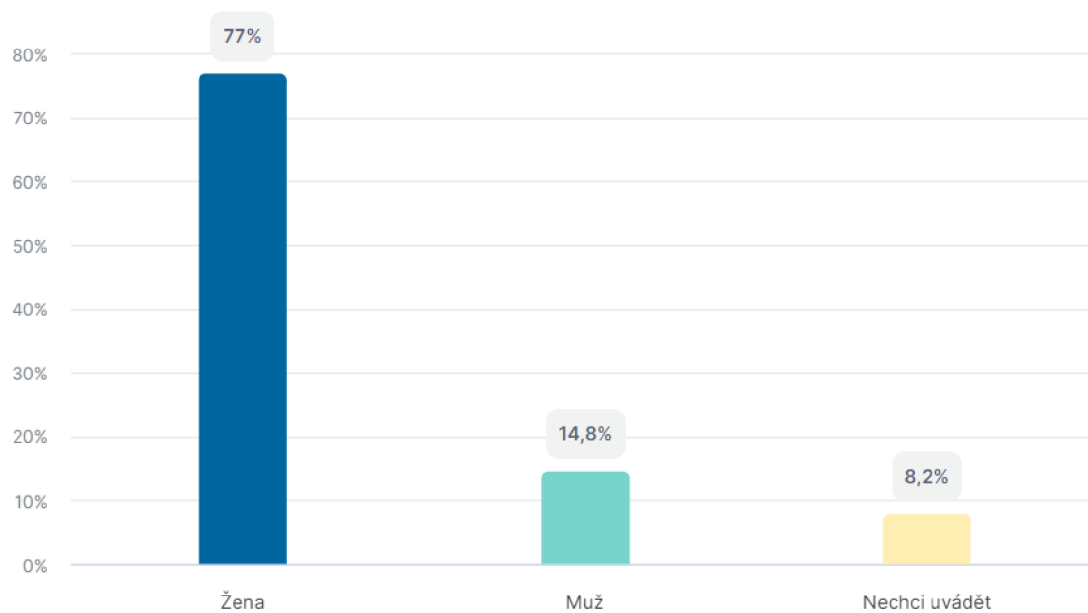
Co se týče přístupu k žákům s duševním onemocněním a taky prevence v této oblasti, **každému pedagogovi bych doporučila, aby předtím, než začne chování studentů hodnotit, se pokusil zjistit, co právě prožívají.** Zda studenti právě neprožívají náročnou situaci, zda se nepotýkají s duševním onemocněním, nebo se u nich neprojeví nějaké příznaky duševního onemocnění.

Výzkumné šetření tedy přineslo podněty k následnému zkoumání například v diplomové práci, která by se zaměřovala na konkrétní kroky, které by bylo vhodné udělat, aby se situace v českém školství zlepšila. Já osobně bych se například ráda zaměřila na prevenci a na rozvoj klíčových dovedností, které by prokazatelně snižovali riziko vzniku duševních onemocnění u adolescentů.

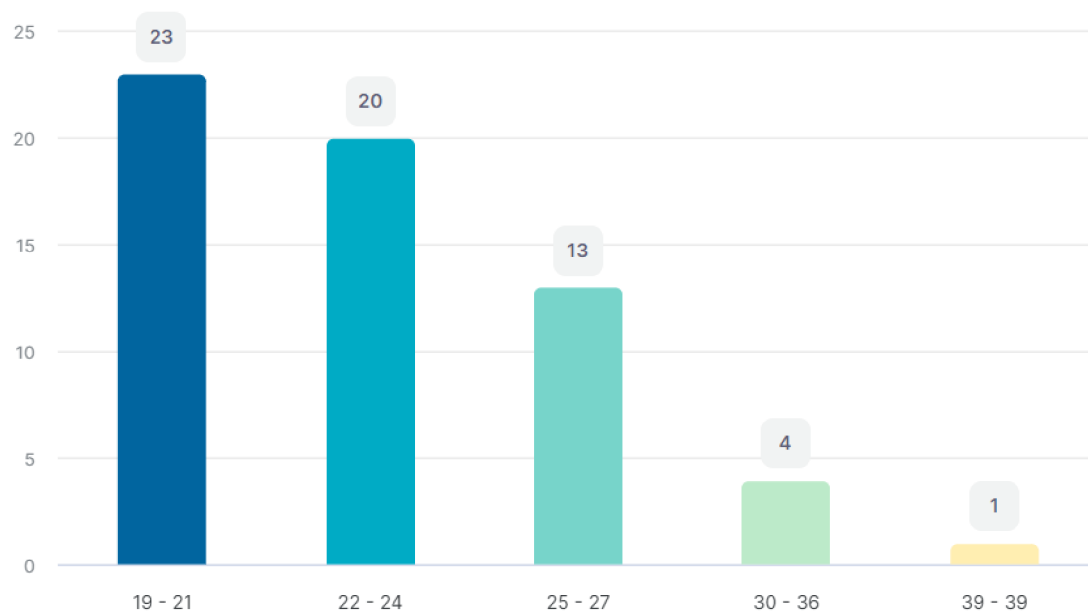
9 Přílohy

9.1 Dotazník

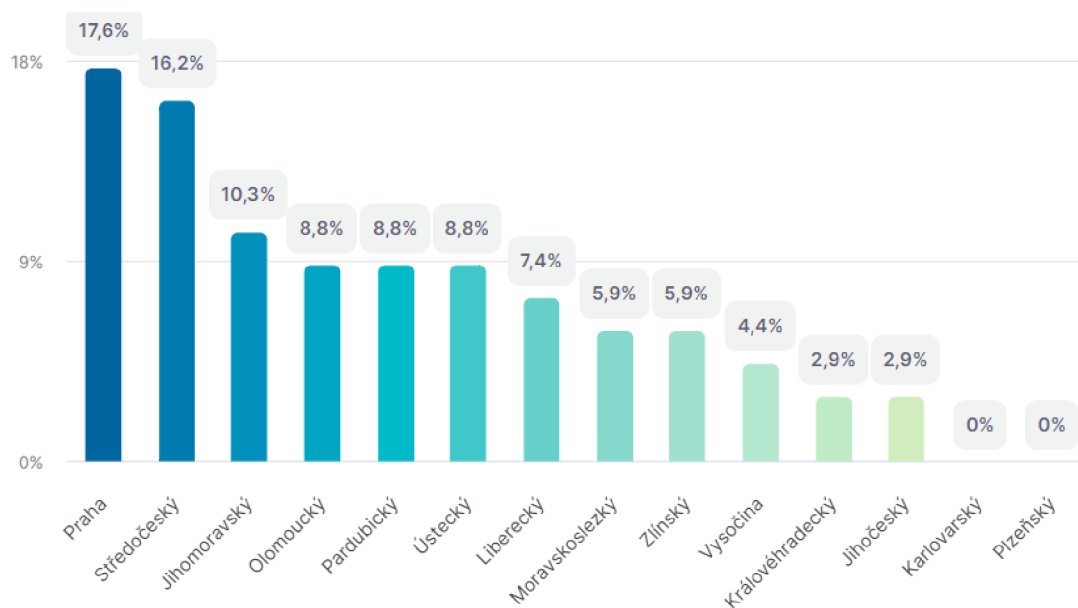
1. Pohlaví



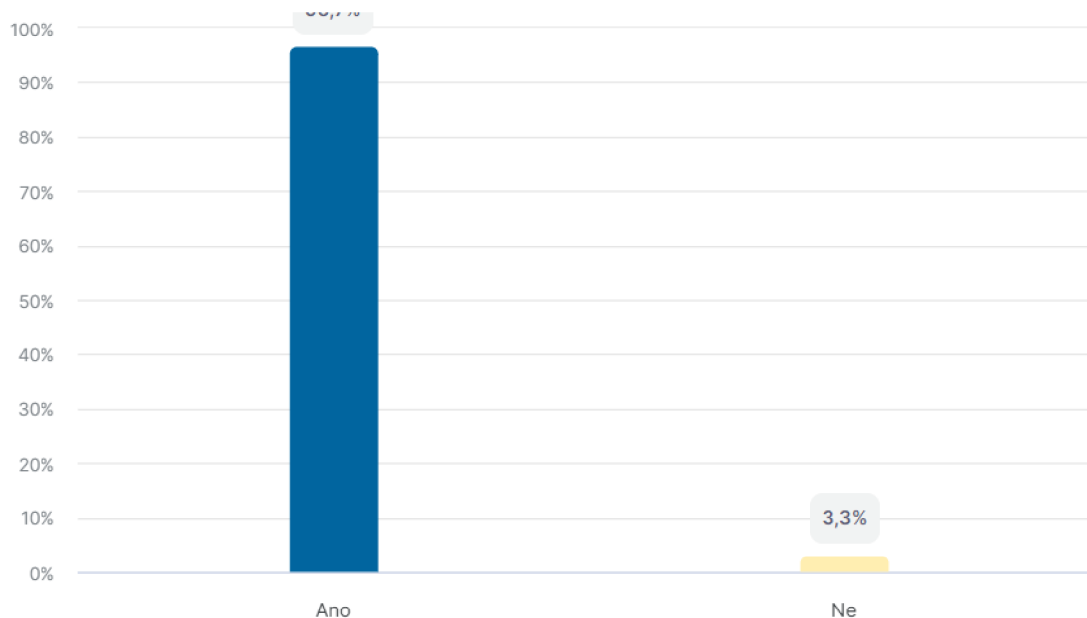
2. Věk



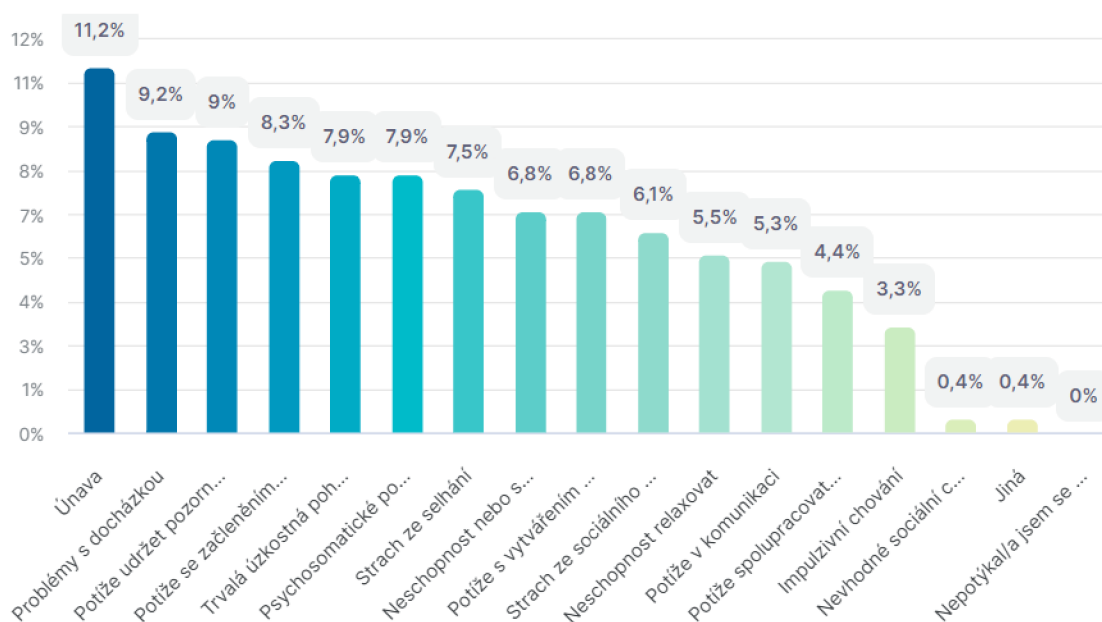
3. Kraj ve kterém jste navštěvovali střední školu



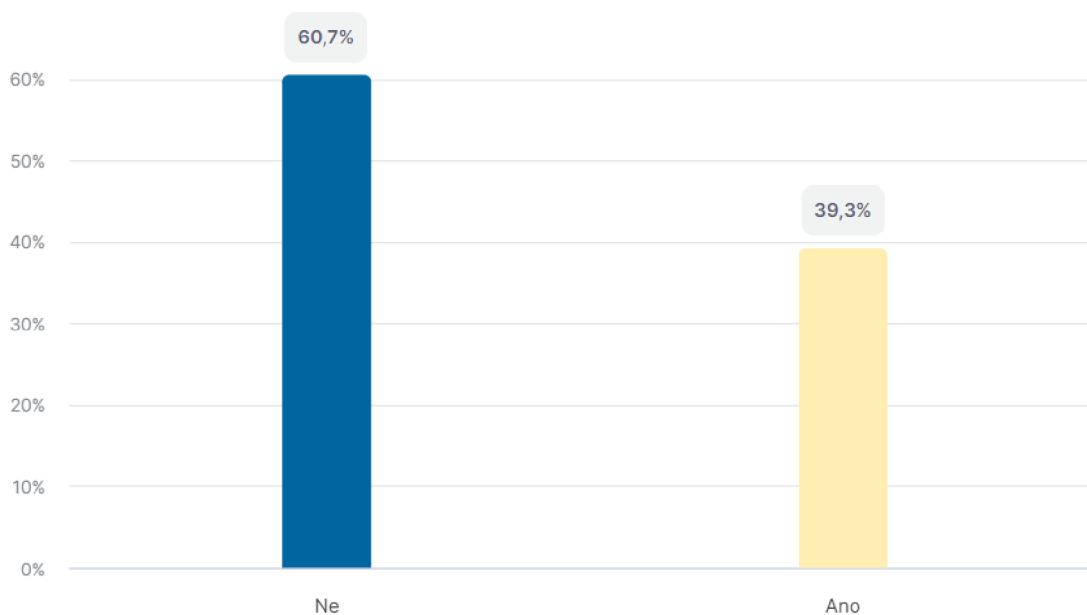
4. Potýkali jste se s duševním onemocněním na střední škole?



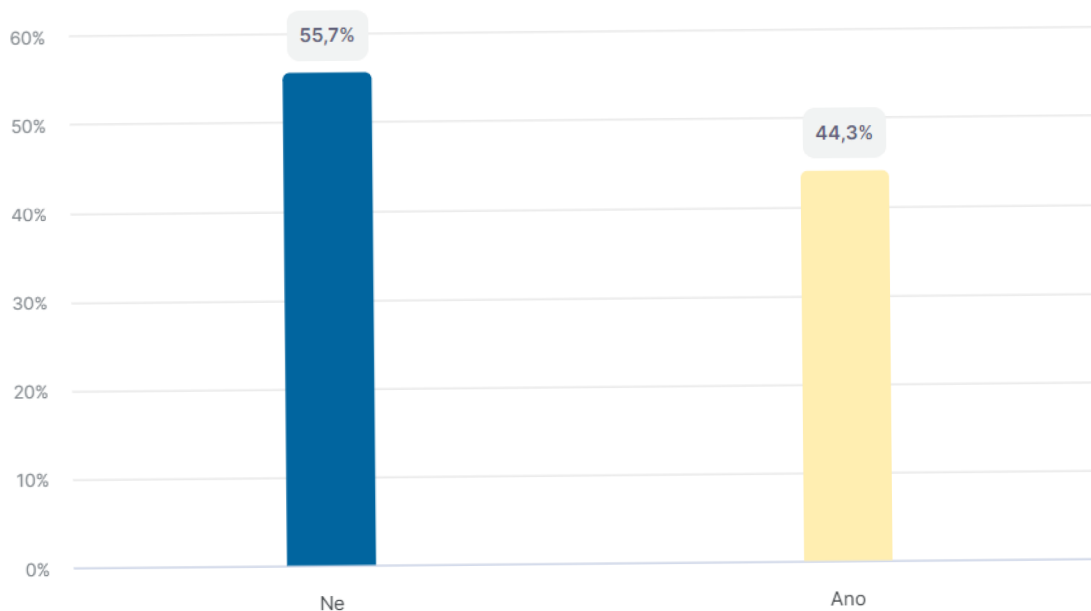
5. Jaké dopady mělo vaše onemocnění na vzdělávání?



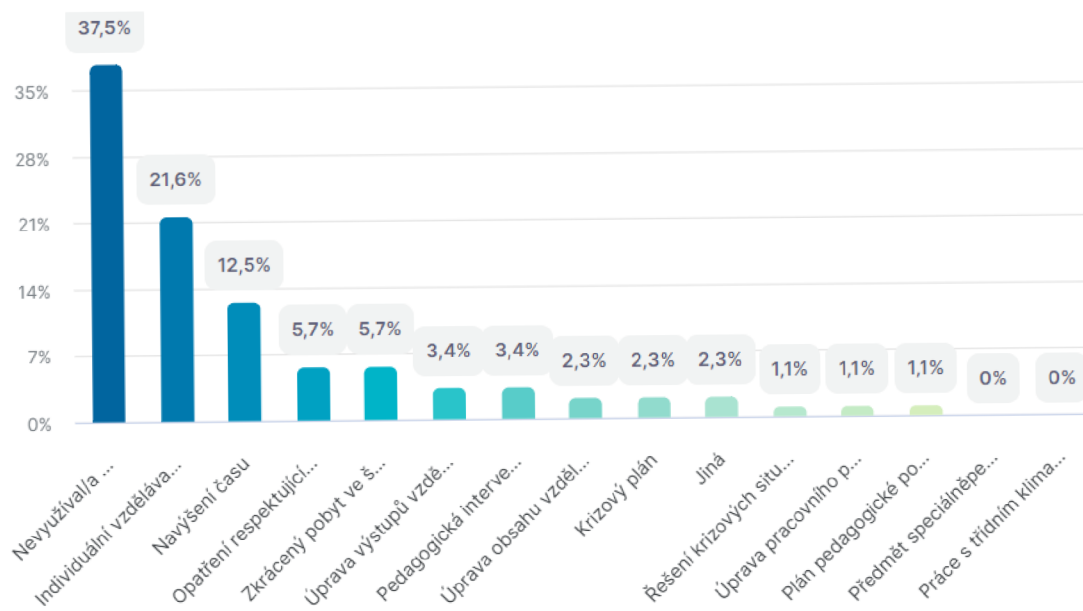
6. Využili jste na škole podporu dle vyhlášky č. 27/2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných z důvodu duševního onemocnění?



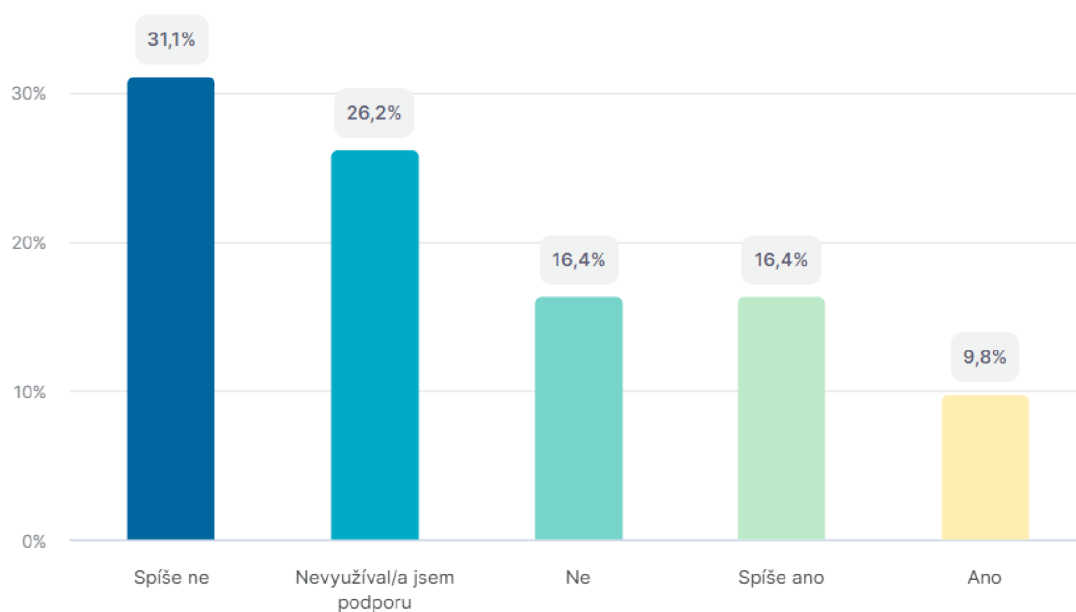
7. Věděli jste, že vám škola může nabídnout podporu z důvodu vašeho duševního onemocnění, tzn. že jste žák se speciálně vzdělávacími potřebami?



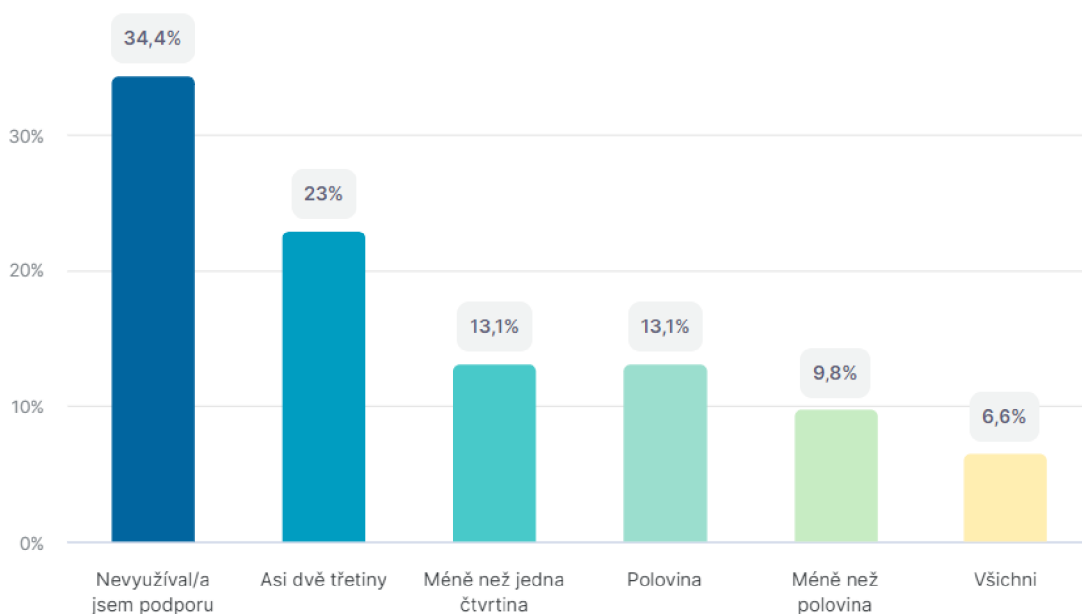
8. Jaký druh podpory jste zejména využívali?



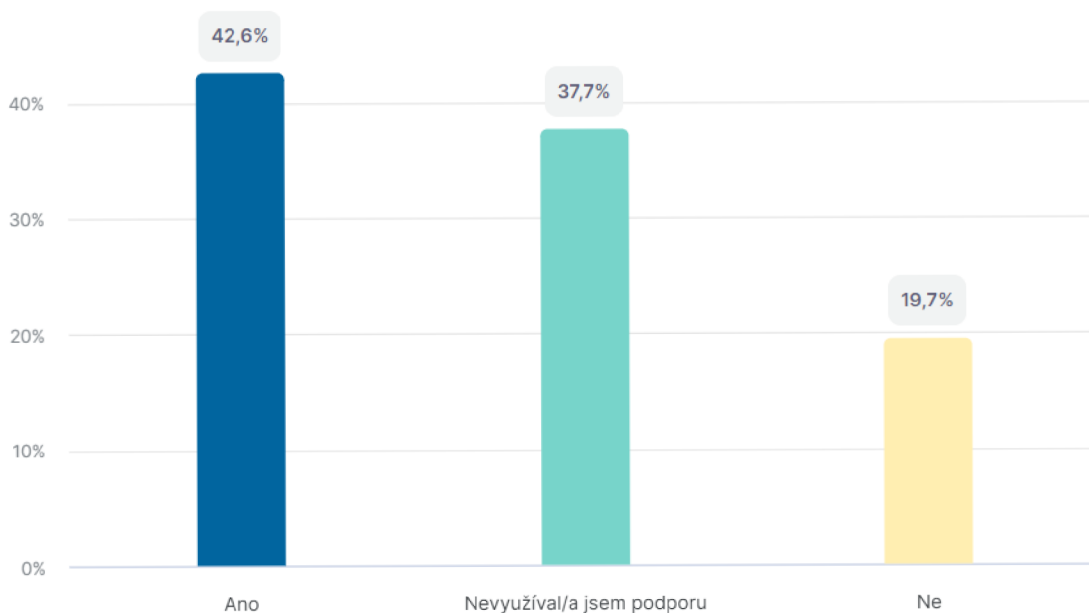
9. Domníváte se že všichni učitelé byli seznámeni s aplikací podpůrných opatření do vyučování?



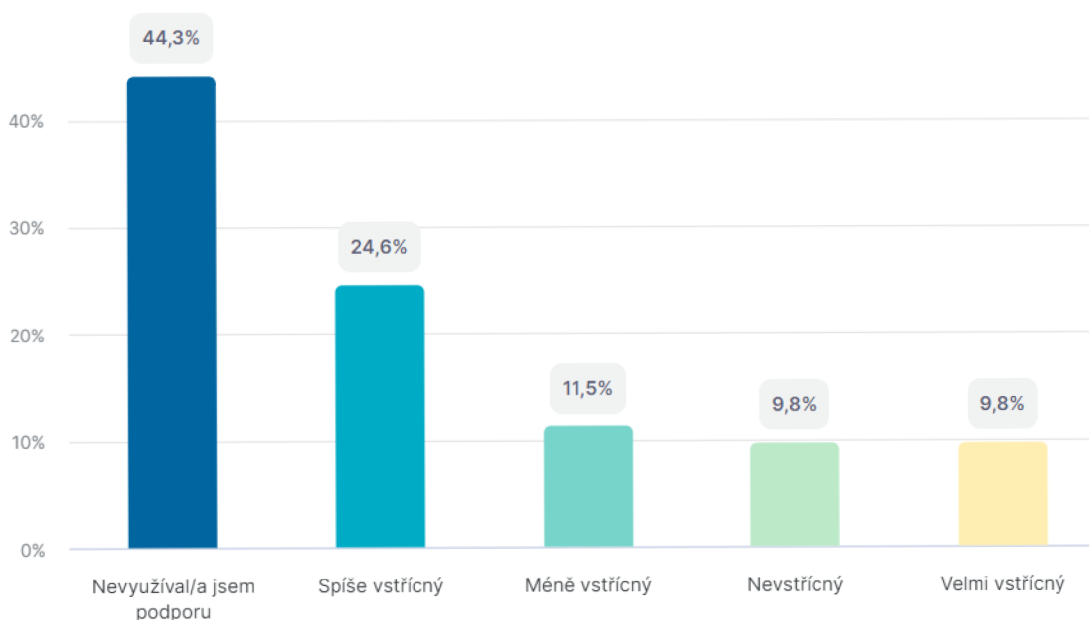
10. Odhadněte podíl vyučujících, kteří plně akceptovali a dodržovali podpůrná opatření.



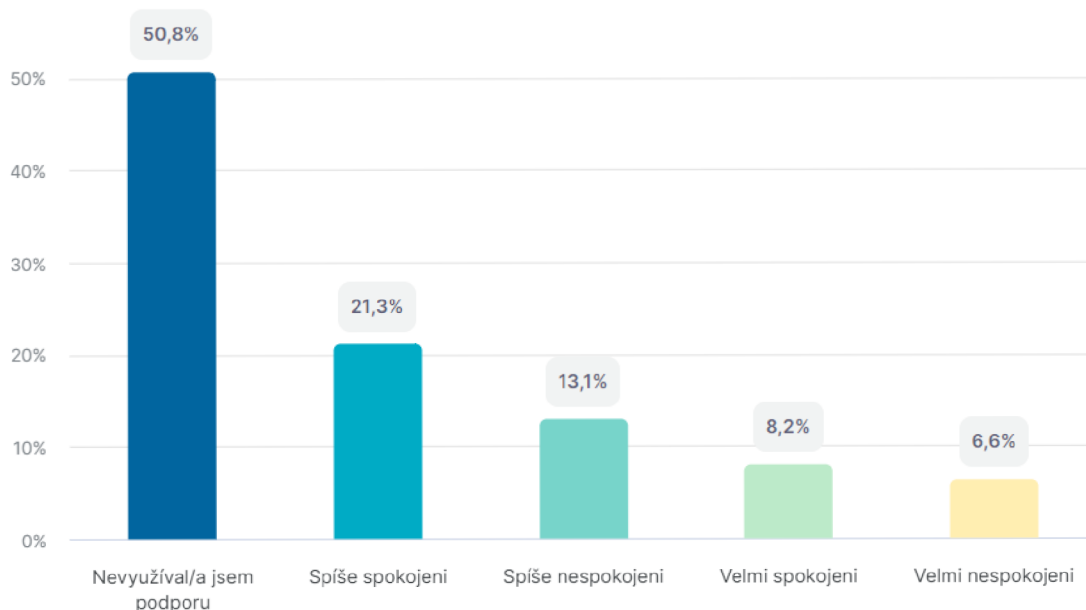
11. Setkali jste se s vyučujícím / pedagogickým pracovníkem, který záměrně ignoroval podpůrná opatření a individuální přístup?



12. Jak byste zhodnotili přístup školy při zřizování podpory? (např. při tvorbě IVP dle vašich požadavků)



13. Jak jste byli osobně spokojeni s naplňováním podpůrných opatření?



14. Jaká část podpory vám nejvíce pomáhala?

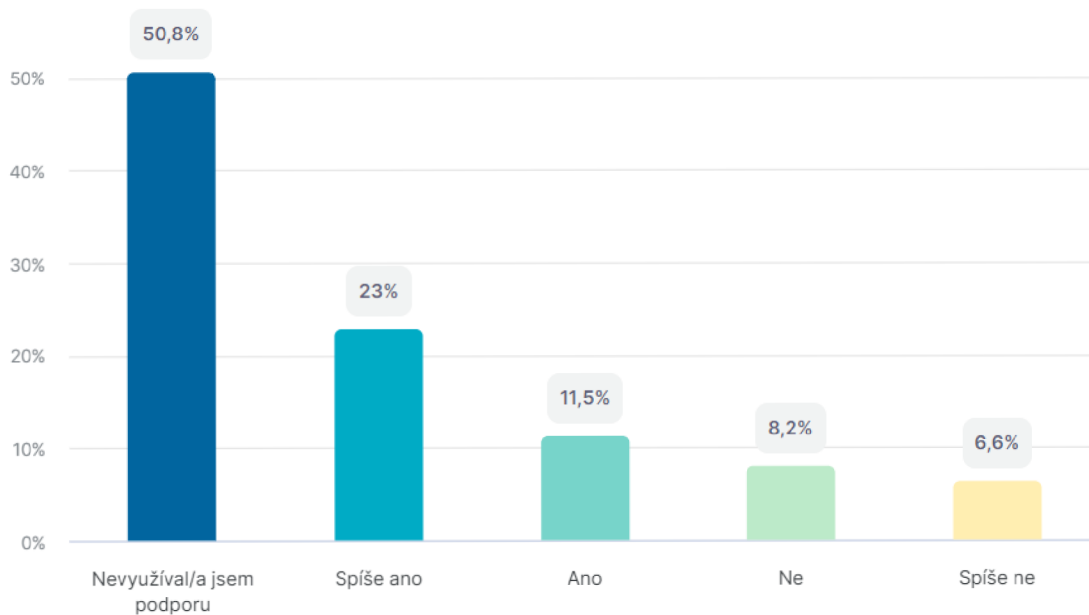
ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
	31	50.8%
IVP	2	3.3%
žádná, učitele to nerespektovali	1	1.6%
Ze jsem mohla ze skoly odejít, kdykoliv jsem chtěla	1	1.6%
Zejména neformální podpora v podobě možnosti si kdykoli s vyučujícími popovídat o osobních věcech.	1	1.6%
Vyšší míra tolerované absence.	1	1.6%
Vstřícný přístup od pedagogů a podpora rodiny.	1	1.6%
Více času, ikdyz mi ho většina učitelů netolerovala, ty ostatní věci, co mi předepsali v PPP byly úplně zapomenuty	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Učení doma, nemusela jsem chodit denně do školy	1	1.6%
Respektující přístup	1	1.6%
Respektování mých potíží	1	1.6%
Při IVP šlo část testů plnit online	1	1.6%
Prodloužení času při maturitní zkoušce	1	1.6%
Postupně odešly úzkosti a strach ze zesměšnění před třídou.	1	1.6%
Podporoval jsem se alkoholem a benzodiazepiny, ohledně morálky to byla slabá škola. Ale střízlivý jsem tam téměř nedokázal dojít. Záchvaty paniky byly časté.	1	1.6%
Nezapisovala se mi absence, takže jsem mohla zůstat doma, když jsem cítila, že mi není dobře.	1	1.6%

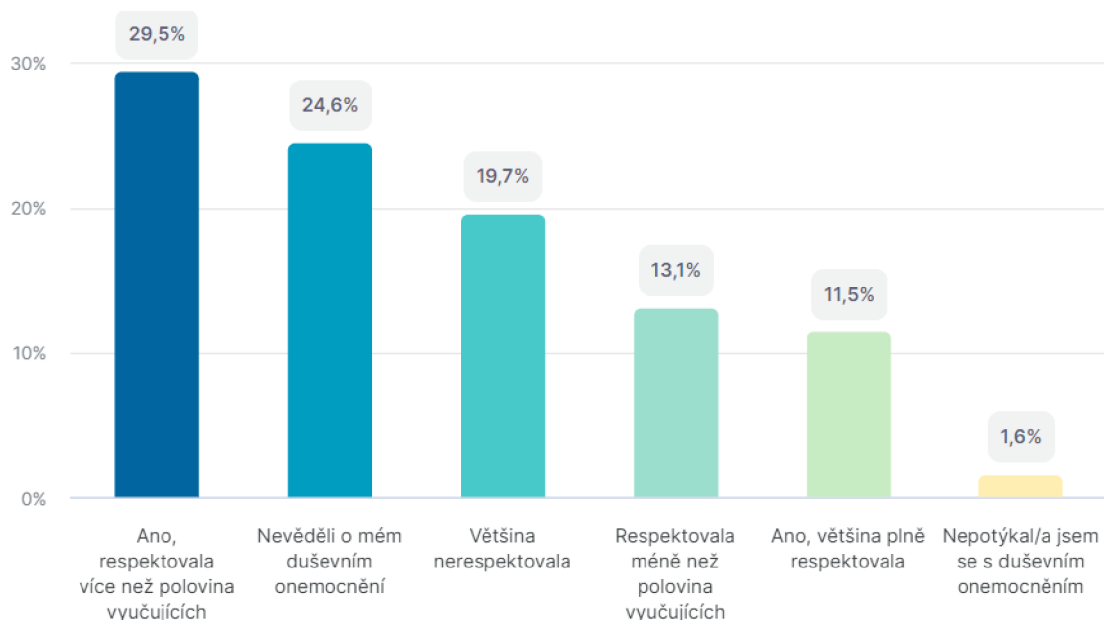
ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Nevyužívala jsem žádnou podporu z důvodu duševního onemocnění.	1	1.6%
Nevyužívala jsem podporu	1	1.6%
Nevyužívala jsem podporu	1	1.6%
Nepočítala se mi absence - když jsem měla zlé období, často jsem přišla až na třetí hodinu, každý týden absence, ale učila jsem se dobře, jedničky, dvojky, trojky a testy v klidu dopisovala. Takže sice jsme za pololetí měla kolem 200 hodin zameškáno, ale vše v pořádku.	1	1.6%
Nemusel jsem tak často chodit do školy což ale zároveň podporovalo moji psychickou poruchu	1	1.6%
Navýšení času při písemkách a tolerance absence ve škole	1	1.6%
Navýšení času který tolerovali pouze jeden rok.	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Navýšení času, individualní zkoušení	1	1.6%
Možnost vyšší absence	1	1.6%
Možnost větší absence	1	1.6%
Možnost si naplánovat výstupy z výuky sama, dle svých potřeb, psaní testů mimo skupiny žáků	1	1.6%
Možnost domluvit se na jiném termínu psaní testu, tolerance absence	1	1.6%
Jedna specifická učitelka věděla, že jsem na tom psychicky špatně i ve škole tudíž mě tolik nezapojovala do aktivity v hodinách a dávala mi spíše samostatnou práci	1	1.6%
Chtěla jsem podporu, no většina učitelů i vedení školy mě označili za línýho lháře a vysrali se na to.	1	1.6%

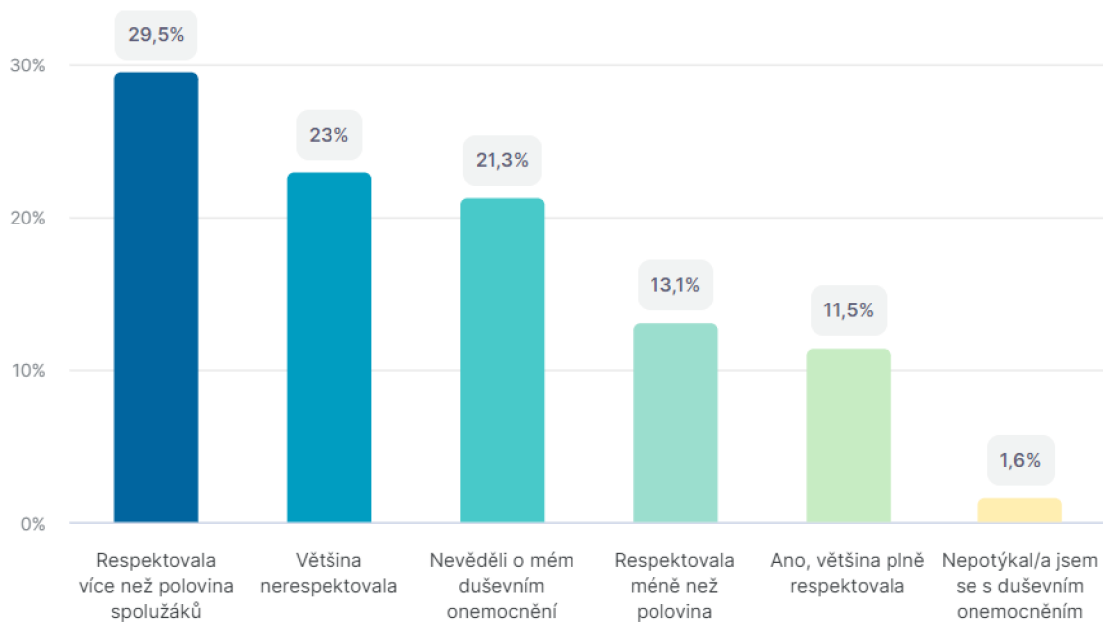
15. Splnila nastavená podpora vaše očekávání?



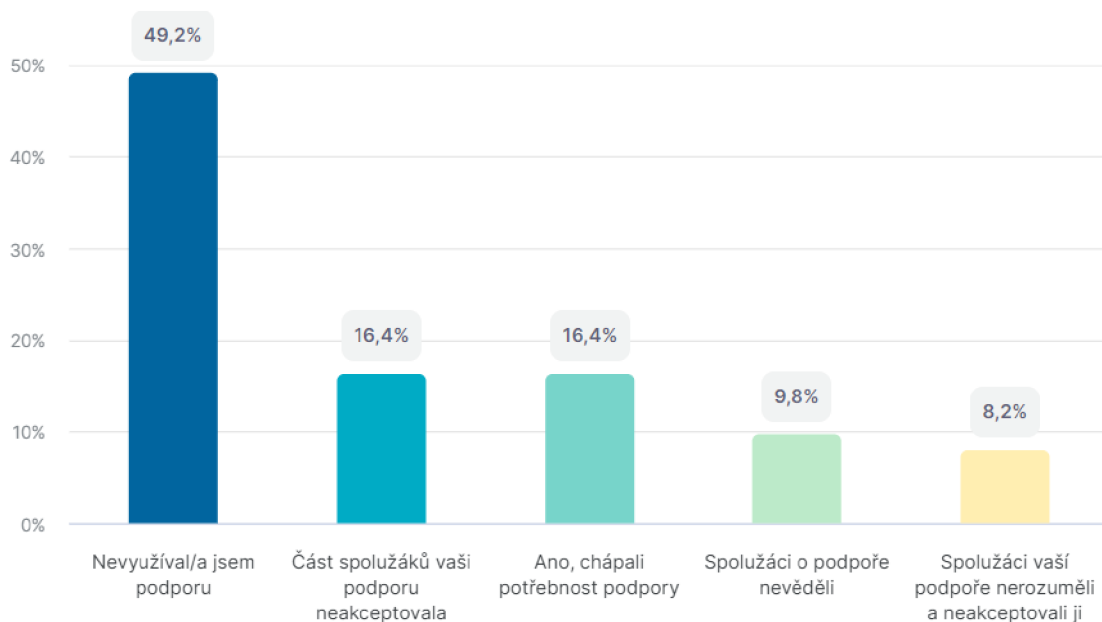
16. Respektovali vyučující vaši jinakost (duševní onemocnění)?



17. Respektovali spolužáci vaši jinakost?



18. Akceptovali spolužáci vám poskytovanou podporu?



19. Vybavuje se Vám v rámci této problematiky něco, co považujete za důležité zmínit či upřesnit?

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Ne	10	16.4%
ne	4	6.6%
Že práce školních psychologů by měla být lepší	1	1.6%
Zavedla bych více přednášek o duševních onemocněních	1	1.6%
Využila jsem pouze jednu návštěvu školní psycholožky, která mi pouze řekla, že jen moc přeháním a poslala mě zpět na vyučování.	1	1.6%
Vnímám jako problém nepřípravenost množství pedagogů a nevzdělanost v oblasti problematiky duševních onemocnění a přístupu k těmto žákům	1	1.6%
Větší povědomí o nemocech a o tom, jaké to je pro nemocné by bylo fajn...	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Většina učitelů byla přímo nepříjemná, bylo to jako bych je otravovala tím, že tam jsem. Jeden učitel se mě napřímo zeptal proč prostě nemůžu normálně jít do třídy jako ostatní. Vedení mělo pochopení, ale problém byl se staršími učiteli, kteří na všechno úplně kašlali.	1	1.6%
Veliké rozdíly v přístupu na různých školách. Chodil jsem na takové to samozvané prestižní gymnázium, kde byla ochota mi pomoci nulová. Je to hodně o přístupu vedení školy.	1	1.6%
Upřímně jsem ani nevěděla, že nějaký takový systém existuje. Bylo by fajn jej více komunikovat. Je spousta studentů, kteří by této možnosti využili ale bohužel o ní neví	1	1.6%
U předchozí otázky jsem vybrala první možnost, protože spolužáci o mém individuálním plánu věděli, ale vzhledem k omezenému kontaktu nevím, nakolik mu rozuměli či jej akceptovali.	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Únava nesoustředěnost	1	1.6%
Učitelův sbor mne odsoudil na základě mé špatné docházky a návyku na kouření. Tím jejich vstřícnost vůči mně naprosto skončila. Přidalo tomu, že moje matka nevěří mým psychickým problémům, a tak s názory školy, že jsem "lemp", plně souhlasila.	1	1.6%
Učitelé na mé škole naštěstí byli vstřícní, přijde mi ale potřeba zmínit i tu malou hrstku učitelů, kteří na to moc nebrali ohled, jedna učitelka si na mě více zasedla (to měla ale s více lidmi).	1	1.6%
Učitelé jsou s touto problematikou více v pohodě než ředitelé. Ti mají vždy nějaké zábrany tomu opravdu uvěřit a potvrdit třeba IVP. Jsou víc odtažití	1	1.6%
Škola neposkytla podporu, přestože jsem o ni požadoval.	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Škola mi nijak nepomohla s řešením psychických problémů, jediný co jsem dostal byl individuální vzdělávací plán který zahrnoval že jsem se v podstatě učil doma a chodil na zkoušky či praxe, většina učitelů měla s mým přístupem problém a tak jsem byl nakonec vyloučen, po škole jsem musel najít speciální psychiatrickou pomoc abych mohl svůj problém řádně řešit, po zkušenostech ve školství se mi ale do školy vrátit už nechce	1	1.6%
Studovala jsem na Scio škole, tudíž zde byl přístup alternativní a respektující i bez IVP.	1	1.6%
Střední školy sice nabízejí podporu studentům "na papíře", ale realita je jiná. Pokud Vás třídní učitel nebo speciální pedagog, který má podporu organizovat nehdlá spolupracovat tak se vlastně nedá nic dělat.	1	1.6%
Sami pedagogové nemají moc náhled do psychiatrických problémů, tak neví, co čekat, oni sami mají strach	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Přijde mi, že pár let zpátky bylo obecně mnohem menší povědomí o duševním zdraví a větší stigma	1	1.6%
Poté co se učitelé dozvěděli o mých problémech a že musím jednou do měsíce místo vyučovacích hodin jít k psychologovi tak mě od nich místo pochopení čekala spíše šikana což můj stav dost prohloubilo	1	1.6%
Pokud učitelé vidí snahu, většinou vás sami přirozeně podpoří, pokud ovšem člověk neprojeví žádný zájem na snaze situaci řešit, nemůžeme čekat pochopení učitelů, vše je individuální.	1	1.6%
Podporu jsem nevyužívala, protože mi má škola individuální plán zamítla. Prý se to u nás v té době nedělalo. V PPP mě paní psycholožka (která byla velice nepřijemná a velmi neochotná) přesvědčovala, že žádný problém nemám, ačkoliv před sebou měla zprávu od mého psychiatra, která odkazovala opak.	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Nikdy mi nikdo nedal možnost žádné podpory a většina učitelů mi to dávala tzv. 'sežrat', že se prý neučím, že jim usínám při hodinách atd., i když většina věděla, že mám psychické problémy. Bohatě by mi tehdy stačilo, kdyby se mi dostalo aspoň toho pochopení. Být týraný a šikanovaný většinu života a být sotva schopný existovat, natož fungovat ve škole, očividně nikomu nestálo za to, aby to bral vůči učením v potaz.	1	1.6%
Nikdo mně ani mým spolužačkám, které se léčily na psychiatrii pomoc nenabídl ani si nemyslím, že by ji komukoliv kdy nabídl, nedokážu říct, že by tam byl vůbec někdo alespoň důvěryhodný	1	1.6%
Nic mě nenapadá	1	1.6%
Nevím	1	1.6%
Nevím	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Několikrát jsem si byla popovídat se školním etopedem a to bylo fajn, ale nic jako individuální přístup mi nenavrhl.	1	1.6%
Nejhorsí roky mého života. Všem jsem byl pro smích. už nikdy se tam nechci vrátit. Doufám, že tu školu zapalej.	1	1.6%
Ne	1	1.6%
Ne	1	1.6%
Na střední škole mi pomohlo, že pedagogové věděli, že mám duševní onemocnění a měli ke mně vstřícnější přístup a podpora rodiny. Od 16 let jsem chodila na psychoterapie, ty mi ale, jak se ukázalo později, neseděly. Jinak jsem nevyužívala tenkrát žádný druh podpory.	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Na střední škole jsem měla dvě učitelky, které měly respekt k mým problémům. Podporu poskytovanou školou jsem nevyužívala a nevěděla ani o tom, že to na střední škole lze. Má třídní učitelka na škole v Pardubickém kraji byla velmi vstřícná a měla jsem k ní důvěru natolik, že jsem jí rekla o svých problémech tzv. "na plnou hubu". I tak jsem ale vzdělání na střední škole nedokončila z důvodu zhoršení stavu během situace kolem covid-19.	1	1.6%
Myslím, že jsem tehdy potřebovala víc, než jen IVP, nejspíš nějakou psychologickou podporu i přímo ve škole, ale pořád jsem vděčná alespoň za IVP, myslím, že bez něj bych možná ani neodmaturovala.	1	1.6%
Musím říct, že mě nikdy nenapadlo, že bych mohla mít nějaký individuální studijní plán. Moje doktorka to navrhla a já vlastně nevěděla, že to vůbec jde. Moje mamka se toho hned chytla a všechno ve škole zřídila. Nebyť doktorky (psychiatricky), tak bych žádný individuální plán neměla, protože ani já, ani rodiče nevěděli, že je to možné.	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Mám silné adhd a dostávala jsem za to od školy hroznou "bídu" jak od učitelů tak od spolužáků..	1	1.6%
Je krásné mít Den proti drogám, kouření, Den Země a Den zdraví, ale ani na jednom nás nikdo neseznámil se zdravou duševní hygienou. Nebyly žádné akce/semináře/přednášky o tom, co to duševní zdraví je, jak k němu přistupovat.	1	1.6%
Je důležité rozdělit emoce a nemoci, záchvat paniky neovlivním tak dobře, jistě pramení z emocí, ale cítit se smutně kvůli rozchodu je adekvátní stav pro emoci smutku, nemusí to být hned nemoc deprese, tohle většina spolužáků nedokázala pochopit. Já léky a alkohol neužíval abych byl mimo a bavil se, ale naopak abych fungoval a dokázal se trochu soustředit, oni se chtěli "bavit" sjíždět.	1	1.6%
Chybelo mi místo, kde by bylo ticho a klid. Bylo těžké trávit přestávky v hlucném prostředí.	1	1.6%

ODPOVĚĎ	POČET	PODÍL
Hlavní je asi informovanost učitelů a žáků o problematice duševních potíží, hlavní je vzdělávání ohledně těchto potíží	1	1.6%
Důležitý? Většinu lidí (učitelů) vaše duševní zdraví vůbec nezajímá, nebo ani nevěří, že máte tyto problémy.	1	1.6%
bylo to něco k čemuž mi ani podporu nabídnout nemohli	1	1.6%
Asi, že je to super, mít takovouhle pomoc. Neodmítala bych a ani bych teď nebyla na VŠ kdybych IVP nedostala.	1	1.6%
Asi ne	1	1.6%
Asi by to chtělo připomenout, že individuální plán a podpora pro studenty je možná	1	1.6%
...	1	1.6%

10 Seznam použité literatury

BASLEROVÁ, Pavlína; MICHALÍK, Jan a FELCMANOVÁ, Lenka, 2020. Katalog podpůrných opatření: obecná část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání. 2., přepracované a rozšířené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5717-8.

BASLEROVÁ, Pavlína; MICHALÍK, Jan a FELCMANOVÁ, Lenka, 2023. Katalog podpůrných opatření: obecná část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání. 3. vydání, 1. vydání ve Wolters Kluwer ČR. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-633-4.

BOUČEK, Jaroslav, 2006. Lékařská psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1501-1.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize, 2006. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-11-5.

ERIKSON, Erik H. a ERIKSON, Joan M., 1999. Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové. Psychologie P. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-291-x.

HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUTYROVÁ, Miluše, 2019. Děti a problémy v chování: etopedie v praxi. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3.

HUTYROVÁ, Miluše; RŮŽIČKA, Michal a SPĚVÁČEK, Jan, 2013. Prevence rizikového a problémového chování. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3725-5.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MOHR, Pavel; LIBIGER, Jan a PAVLOVSKÝ, Pavel (ed.), 2023. Diagnostická kritéria DSM-5-TR: praktická příručka s kódy MKN-10 a MKN-11. Přeložil Veronika ANDRASHKO, přeložil Nikola DOUBKOVÁ, přeložil Pavel KNYTL, přeložil Marek PREISS, přeložil Eva ŠIMKOVÁ, přeložil Vivian Mária WINKLER. Praha: Hogrefe. ISBN 978-80-86471-65-5.

OREL, Miroslav, 2020. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2529-6.

REIMANN-HÖHN, Uta. ADHD a ADD v dospívání: dozrávání a překonávání krizí. Přeložil Alena BEZDĚKOVÁ. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1362-8.

ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a ČADILOVÁ, Věra, 2023. Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění. 3. vydání, 1. vydání ve Wolters Kluwer ČR. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-621-1.

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a ČADILOVÁ, Věra. Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění. 2., přepracované a rozšířené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5713-0.

11 Seznam elektronických zdrojů

Národní monitoring duševního zdraví dětí. Online. Dostupné z: <https://dzda.cz/narodni-monitoring-dusevniho-zdravi-deti-40-vykazuje-znamky-stredni-az-tezke-deprese-30-uzkosti-odbornici-pripravuji-preventivni-opatreni/>. [cit. 2024-06-13].

Nejčastější psychické problémy v dospívání. Online. In: . Dostupné z: <https://sancedetem.cz/nejcastejsi-psychicke-problemy-v-dospivani>. [cit. 2024-06-13].

Online. Nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340>. [cit. 2024-06-12].

Tisková zpráva. Online. In: . Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/az-20-deti-a-dospivajicich-zazije-nejakou-formu-dusevniho-onemocneni-v-cesku-chybi-data-i-systemova-prevence-zmenu-nabizi-novy-projekt>. [cit. 2024-06-13].

Zákony pro lidi. Online. In: Zákony pro lidi. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>. [cit. 2024-06-17].

Zákony pro lidi. Online. In: Zákony pro lidi. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>. [cit. 2024-06-17].

12 Prostudovaná literatura a elektronické zdroje

Bezbariér. Online. Dostupné z: <https://bezbarier.zcu.cz/wp-content/uploads/2022/03/Co-delat-kdyz.pdf>. [cit. 2024-06-16].

BÍNOVÁ, MUDr. Šárka a HAVELKA, MUDr. Tomáš, 2021. Duševní zdraví dětí a adolescentů v době pandemie covidu -19 z pohledu dětských a dorostových psychiatrů. Online. Psychiatrie pro praxi. Roč. 22, č. 3, s. 5. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-202103-0009_dusevni_zdravi_deti_a_adolescentu_v_dobe_pandemie_covidu-19_z_pohledu_detskych_a_dorostovych_psychiatru.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3D%25BE%25E1k%2Bs%2Bdu%25B9evn%25EDm%2Bonemocn%25ECn%25EDm%26sfrom%3D0%26spage%3D30. [cit. 2024-06-16].

FELCMANOVÁ, Lenka; HEČKOVÁ, Lenka; MYŠKOVÁ, Lucie; NĚMEC, Zbyněk; KREJČOVÁ, Lenka et al., [2021]. Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení: metodické doporučení. Praha: Česká školní inspekce. ISBN 978-80-88087-55-7.

Manuál pro učitele. Online. Dostupné z: <https://www.edu.cz/methodology/manual-pro-ucitele-jak-efektivne-nabidnout-pomoc-zakovi-ktery-jevi-znamky-psychicky-obtizi/>. [cit. 2024-06-16].

MATÝS, MUDr. Jaroslav, 2018. Dítě s duševní poruchou ve škole. Online. Pediatrie pro praxi. Roč. 19, č. 5. Dostupné z: <https://www.addp.cz/www/addp/fs/pediatrie-pro-praxi-dite-s-dusevni-poruchou-ve-skole..pdf>. [cit. 2024-06-17].

ROZSÍVALOVÁ, Mgr. MUDr. Eva, 2016. Sebeпоškozování v dětství a dospívání. Online. Psychiatrie pro praxi. Roč. 17, č. 1. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201601-0006_sebeposkozovani_v_detstvi_a_dospivani.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dadol-escent%2Bin%253Aname%2Bkey%2Babstr%2Bpdf%26sfrom%3D30%26spage%3D30. [cit. 2024-06-17].

Society for all. Online. Dostupné z: <https://www.societyforall.cz/podpora-dusevniho-zdravi-ve-skolach>. [cit. 2024-06-16].

ŽALUDEK, MBA, LL.M., MUDr. Ing. Adam; DAVID, PH.D., MUDr. Jan a MARX, PH.D., MUDr. David, 2021. Časná identifikace sebevražedného chování u dětí a spolupráce mezi

pediatrem a psychiatrem. Online. Psychiatrie pro praxi. Roč. 22, č. 1. Dostupné z:
https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-202101-0012_casna_identifikace_sebevrazedneho_chovani_u_deti_a_spoluprace_mezi_pediatrem_a_psychiatrem.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3D%25BE%25E1k%2Bs%2Bdu%25B9e%25EDm%2Bonemocn%25ECn%25EDm%2Bin%253Aname%2Bkey%2Babstr%2Bpdf%26sfrom%3D30%26spage%3D30. [cit. 2024-06-17].