

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Podpora duševního zdraví dětí z dětských domovů

Supporting the mental health of children from children's homes

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Autor:

Mgr. Alžběta Bártová, Ph.D.

Eliška Voráčková, DiS.

Praha 2025

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Alžbětě Bártové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a informace, které mi poskytla při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se zapojili do dotazníkového šetření, za jejich ochotu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Podpora duševního zdraví dětí z dětských domovů“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3.5.2025

Eliška Voráčková, DiS.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá podporou duševního zdraví dětí z dětských domovů. Zkoumá, jaké psychické problémy se u dětí z dětských domovů nejčastěji objevují a jak jsou jejich problémy řešeny.

Teoretická část se zabývá rodinou, vývojem dítěte, ústavní péčí a psychickým zdravím dítěte. V empirické části bylo za pomoci dotazníku zjišťováno, jaké psychické problémy se u dětí a mladistvých nejčastěji objevují, jak je s tímto nakládáno a k jaké podpoře jejich psychické pohody a wellbeingu v současné době v České republice dochází.

Klíčová slova

Psychické zdraví, duševní onemocnění, ústavní péče, dětský domov, dítě, rodina.

Annotation

This bachelor's thesis deals with the support of the mental health of children from children's homes. It examines what psychological problems are most common among children from children's homes and how their problems are solved.

The theoretical part deals with the family, child development, institutional care and the mental health of the child. In the empirical part, a questionnaire was used to determine what psychological problems are most common among children and adolescents, how they are dealt with and what support for their psychological well-being is currently provided in the Czech Republic.

Keywords

Mental health, mental illness, institutional care, children's home, child, family.

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
1. Rodina a její charakteristika	9
1.1. Psychický vývoj dítěte	10
1.2. Psychická deprivace	11
1.3. Poruchy rodiny	12
2. Ústavní péče	15
2.1. Ústavní výchova	15
2.2. Ochranná výchova	16
2.3. Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy	17
2.3.1. Diagnostický ústav	17
2.3.2. Dětský domov	17
2.3.3. Dětský domov se školou	18
2.3.4. Výchovný ústav	19
2.4. Aktuální situace v dětských domovech	19
3. Psychické zdraví dítěte	22
3.1. Duševní zdraví	22
3.2. Duševní onemocnění	23
3.3. Typy onemocnění a poruch	24
3.3.1. Úzkostné poruchy	25
3.3.2. Poruchy chování	26
3.3.3. Poruchy nálady	26
3.4. Podpora dětí a možnosti řešení	27
4. Výzkumná část	30
4.1. Výzkumné otázky	30
4.2. Metoda výzkumu	30
4.2.1. Technika sběru dat	30
4.2.2. Charakteristika zkoumaného vzorku	30
4.2.3. Harmonogram výzkumu	31
4.3. Výsledky výzkumu	31
4.4. Shrnutí výzkumu	39
4.4.1. Vyhodnocení výsledků	39
4.5. Diskuze	41
4.6. Limity výzkumu	43

Závěr	44
Seznam použité literatury.....	45
Přílohy	49

Seznam zkratek

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

DDÚ – dětský diagnostický ústav

DD – dětský domov

DDŠ – dětský domov se školou

VÚ – výchovný ústav

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

APA – American Psychological Association

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

DZDA – Duševní zdraví dětí a adolescentů

GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire

NAPDZ – Národní akční plán pro podporu duševního zdraví

Úvod

Psychické zdraví je oblast lidského zdraví, o které se stále nemluví dostatečně. Více řešena je zvláště fyzická stránka a psychické zdraví je nadále opomíjeno, přičemž případná psychická onemocnění jsou v české společnosti ještě částečně tabuizována, i když je viditelné, že situace se postupem času zlepšuje.

Další stránku této problematiky ale představuje psychické zdraví dětí, kdy některé organizace, odborníci či sdružení mluví o krizi péče o duševní zdraví dětí v České republice. Hlavní problematiku zde představuje nedostatek odborníků, což způsobuje dlouhé čekací doby na dětské psychology či psychiatry.¹

Výraznějším, ale současně i částečně opomíjeným problémem je ale podpora psychického zdraví a řešení případných psychických problémů či nemocí u dětí z dětských domovů, které si s sebou nesou mnoho problémů již ze svých biologických rodin. Jelikož se jedná o děti a mladistvé, kteří nemají podporu svých biologických rodin a v současné době jsou dětské domovy předimenzovány, u těchto dětí nedochází vždy k dostatečné podpoře a včasnému řešení jejich psychického stavu.

Tato bakalářská práce se zabývá podporou duševního zdraví dětí z dětských domovů. Teoretická část je zaměřena na rodinu, kde je zmíněna nejen její charakteristika a funkce, které jsou pro její fungování podstatné, ale zejména vliv na psychický vývoj dítěte, a to zejména z důvodu její absence u dětí z dětských domovů. Jsou zde popisovány možnosti vlivu na dítě, pokud se v biologické rodině objevují určité problémy či poruchy. Dále definuje ústavní péči, jednotlivá zařízení, kde je tato péče poskytována, ale rovněž i současnou situaci v České republice. Teoretická část je taktéž věnována psychickému zdraví, psychickým onemocněním či psychickým poruchám, které se mohou u dětí objevovat, přičemž jsou zde popsány i možnosti řešení a podpora jednotlivých dětí, u kterých se tyto problémy objevují.

Cílem praktické části práce bylo zmapovat, jakým způsobem je v současné době podporováno a řešeno zmiňované psychické zdraví dětí, které žijí v dětských domovech. Empirická část vychází z kvantitativního výzkumu, který byl prováděn formou dotazníku. Výzkumný problém spěje ke zjištění nejen toho, jak jsou tyto děti podporovány a jak jsou případná psychická onemocnění či duševní problémy řešeny, ale taktéž jaké konkrétní psychické problémy se u nich nejčastěji objevují a zhruba kolika procent dětí se, dle pracovníků dětských domovů, tato problematika v současné době týká.

¹*Krise péče o duševní zdraví dětí v České republice – proč nastala a co s ní?* Online. Dostupné z: <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/krize-pece-o-dusevni-zdravi-deti-v-ceske-republice-proc-nastala-a-co-s-ni-2>. [cit. 2025-04-21].

1. Rodina a její charakteristika

Rodina bývá popisována či definována jako určitá sociální skupina, která je výlučná vztahy mezi jednotlivými členy. Pro dítě je tato skupina nejvýznamnější, a to zejména z důvodu jeho biologického, ale i sociálního vývoje. Rodiče v rámci svých rodičovských kompetencí předávají dítěti určitý hodnotový systém, přispívají a posilují rozvoj jednotlivých kompetencí dítěte, poskytují a zajišťují dítěti pocit bezpečí, stability a jistoty.²

Jinými autory je rodina popisována jako sociální skupina, kterou spojují výlučné vztahy, soužití členů, společné aktivity, sdílení přítomnosti a plány společné budoucnosti. V případě, že jsou vztahy mezi jednotlivými členy pozitivní, tak se dítě může cítit bezpečně, v opačném případě může převládat nejistota a koncentrace na vlastní osobu.³

Fischer a Škoda komentují, že: „rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho fyzických, psychických a sociálních potřeb. Rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí. (...) Rodina formuje jedince v průběhu vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně.“⁴

Dle Čevely můžeme rodinu chápat jako: „skupinu osob spojených přímým příbuzenstvím, jejíž dospělí členové a členky na sebe berou zodpovědnost za děti. Příbuzenství chápeme jako vztah mezi osobami, který vzniká sňatkem, nebo pokrevními vazbami v otcovské nebo mateřské linii.“⁵

Rodina zastává několik funkcí, které jsou pro její členy zásadní. Mezi ně patří:

- a) biologicko-reprodukční funkce;
- b) sociálně-ekonomická funkce;
- c) ochranná funkce;
- d) socializačně-výchovná funkce;
- e) rekreační, relaxační a zábavná funkce;
- f) emoční funkce.

Jednotlivé funkce taktéž ovlivňují konkrétní členy, zejména pak děti. Určitým posláním jednotlivých rodin je především reprodukční a výchovná funkce, přičemž jejich cílem je připravit dítě na samostatný život. Taktéž emoční funkce je jednou ze zcela zásadních a nezastupitelných funkcí, jelikož požadované zázemí není zcela nahraditelné žádnou jinou institucí.⁶

²VÁGNEROVÁ in HRICOVÁ, Alena; URBAN, David a ONDRÁŠEK, Stanislav (ed.). *Sociální práce: současné trendy*, s. 22.

³MATĚJČEK in VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*, s. 15.

⁴FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. s. 155-156.

⁵ČEVELA, Rostislav. *Sociální a posudkové lékařství*, s. 37.

⁶ČEVELA, Rostislav. *Sociální a posudkové lékařství*, s. 38.

Matějčíček uvádí, že aby vývoj a výchova dítěte v rodině byla řádná, je nutné, aby byly zabezpečeny určité oblasti či potřeby jeho života. Konkrétně uvádí pět základních oblastí, mezi které řadí potřebu stimulace, jež zahrnuje podněty z okolí a podporuje organismus v jeho činnosti. Dále potřebu učení, tedy získávání jednotlivých zkušeností, pochopení a následné zpracování zmiňovaných podnětů. Následně potřebu bezpečí a jistoty, která komentuje důležitost mezilidských vztahů. Dále potřebu společenského uznání, hodnoty či společenského uplatnění, kdy se jedná především o vědomí vlastního sebevědomí a ceny. V neposlední řadě potřebu otevřené budoucnosti, tedy jednotlivých možností a cílů.⁷

1.1. Psychický vývoj dítěte

Základem pro to, aby byl vývoj dítěte řádný, je úplná a funkční rodina, a to především z důvodu, že plní několik funkcí. Současně je všeobecně považována za nejpodstatnější a nejdůležitější sociální skupinu, ve které daný jedinec žije. Dítěti poté rodina poskytuje zázemí, snaží se o uspokojování jeho potřeb a dále zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde. Obecně lze poznamenat, že ke zdravému vývoji dítěte je potřeba citová podpora, sympatie a vřelost, kdy tyto složky dokáží vynahradit nedostatek jiných psychických prvků, mezi které lze zařadit například smyslové podněty, materiální vybavenost, vzdělání nebo výchovu.⁸

Vágnerová a Lisá uvádějí, že samotný psychický vývoj zahrnuje dílčí oblasti, které jsou v určité interakci a vzájemně se rozvíjí. Jako jednotlivé oblasti dále specifikují:

- a) bio-sociální vývoj, jež pojímá tělesný vývoj a proměny, které jsou s ním spojeny;
- b) vývoj kognitivních funkcí, kdy se jedná o psychické procesy, jež se podílejí na objevování a následném uchování získaných poznatků;
- c) vývoj motivačně emoční složky, jež zahrnuje proměny emočních prožitků, emoční regulace a významu konkrétních potřeb;
- d) psychosociální vývoj, kde jsou zahrnuty proměny jednotlivých osobnostních a sociálních charakteristik, rolí, mezilidských vztahů nebo způsobů chování, které se objevují ve společnosti.⁹

Psychický vývoj lze definovat z hlediska několika znaků. Obecně se jedná o proces, který má své zákonitosti, posloupnost a jednotlivé na sebe navazující fáze, které jsou stabilní a nelze je měnit. Jedná se o celistvý proces, kdy dochází k jednotlivým proměnám, a to v oblasti somatické, psychické i sociální. Pro psychický vývoj není typické, že by byl zcela plynulý a rovnoměrný. Je složen z několika kvalitativních a kvantitativních změn, které jsou současně kontinuální a diskontinuální. V rámci rozvoje jednotlivých vlastností či procesů dochází postupně k diferenciaci

⁷MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*, s. 21-23.

⁸PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 60.

⁹VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*, s. 11.

a integraci. U každého jedince je individuální a specifický, kdy konkrétní průběh vždy závisí na dědičných dispozicích a aktuálních životních podmínkách.¹⁰

1.2. Psychická deprivace

V případě nedostatečných podmínek a jejich uspokojení či ztráty lze mluvit o určité deprivaci. Jedná se zejména o nemožnost upokojení základních psychických potřeb.¹¹

„Psychická deprivace bývá definována jako výsledek neblahé životní situace, ve které nejsou po určité, poměrně dlouhou dobu v dostatečné míře uspokojovány základní duševní potřeby dítěte. Mezi ně patří například laskavá ošetrující péče osob, k níž je možno se citově přimknout a na kterou se lze v případě obtíží spolehnout.“¹²

V rámci studií byl několik let sledován vývoj nechtěných dětí, kdy již v prvních letech jejich života bylo viditelné, že konkrétní jedinci ve srovnání se svými vrstevníky méně přibírali na váze a byla u nich evidována vyšší nemocnost. Současně bylo pozorováno určité vývojové opoždění. Další problematikou u těchto jedinců byla snížená školní výkonnost či horší prospěch, který neodpovídal intelektuálním možnostem daného dítěte. V neposlední řadě byl zjištěn problém menší sociální stability a naopak vyšší míra neurotické zranitelnosti. Tyto děti tak byly označeny danými psychology jako *„citově oploštělé, sociálně méně obratné, ve standardizovaných metodách vykazovaly výrazně vyšší skóre úzkosti a deprese.“¹³*

V souvislosti se základními psychickými potřebami lze deprivace rozdělit na několik typů:

- a) deprivace biologických potřeb;
- b) senzorická deprivace;
- c) kognitivní deprivace;
- d) sociální deprivace;
- e) citová deprivace.

Zmíněná citová deprivace úzce souvisí s tématem, jelikož se jedná o situaci, kdy o dítě nemá matka či druhý rodič zájem, dítě je jakkoli zanedbáno nebo postoj rodiče je vůči němu ambivalentní.¹⁴

K psychické deprivaci dítěte může dojít z pohledu mnoha podmínek. Tyto podmínky lze rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní podmínky zahrnují především podmínky vývoje jedince, pohlavní rozdíly či rozdíly konstituční vybavenosti a charakterových vlastností. Mezi vnější podmínky pro vznik deprivace se mimo jiné řadí i ústavní výchova či úplná kolektivní péče. Jde tedy o situace, kdy je dítěti ze strany soudu nařízena ústavní výchova, načež jsou konkrétní jedinci umístěni do dětského

¹⁰VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*, s. 18-20.

¹¹ZDENĚK; LANGMEIER a MATĚJČEK JOSEF -. *Psychická deprivace v dětství*, s. 23.

¹²JEDLIČKA, Richard. *Psychický vývoj dítěte a výchova: Jak porozumět socializačním obtížím*, s. 44.

¹³JEDLIČKA, Richard. *Psychický vývoj dítěte a výchova: Jak porozumět socializačním obtížím*, s. 44-45.

¹⁴PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 66-65.

domova, výchovného ústavu nebo ústavu sociální péče. V důsledku této situace je pozorováno určité zaostávání v oblastech vývoje, kdy se může jednat například o vývoj řeči či myšlení.¹⁵

Mimo psychickou deprivaci lze definovat i termín psychické subdeprivace. Tento termín byl použit v souvislosti se studií, jež se zaměřila na pozorování chování a projevů dětí, které pocházely z nechtěného těhotenství. Na základě tohoto bylo zjištěno, že chování a celkový vývoj těchto dětí lze přirovnat k projevům dětí, které vyrůstají a dlouhodobě žijí v deprivacích podmínkách kolektivních dětských zařízení. Projevy u těchto jedinců nebyly stejně dramatické, výrazné a současně ani striktně ohraničené. Psychická subdeprivace je obecně považována za závažný společenský jev. Konkrétní děti sice mohou mít vhodné materiální zabezpečení, ideální vzdělání, avšak strádání se objevuje v emoční a citové oblasti. U tohoto typu lze poté pozorovat podobné důsledky, které jsou viditelné u psychické deprivace, ačkoli nejsou tak výrazné či rušivé, jako je tomu u emočně deprivovaných dětí.¹⁶

1.3. Poruchy rodiny

V případě, že je v rámci rodiny pozorovatelná určitá porucha, dochází k ohrožení jednotlivých členů, a to včetně dětí. Poruchy rodiny lze dle Dunovského charakterizovat jako situace, v nichž nejsou, a to v jakékoli míře, ze strany rodiny plněny základní úkoly či požadavky, které udává společenská norma. Lze říci, že obecně se jedná o určité selhání člena či více členů rodiny, která následně ovlivňují všechny základní funkce.¹⁷

Na základě posouzení jednotlivých kritérií, která byla vypracována J. Dunovským, kdy se konkrétně jedná o posouzení stability rodiny, její složení, sociálně-ekonomické situace, osobnosti rodičů a sourozenců, osobnosti dítěte, zájem o dítě a péče o něj, lze následně definovat čtyři typy rodin:

- a) funkční rodinu;
- b) problémovou rodinu;
- c) dysfunkční rodinu;
- d) afunkční rodinu.

Ohrožení výchovy a vývoje dítěte lze pozorovat u dysfunkčního a afunkčního typu. V těchto dvou stádiích se v rámci rodiny objevují vážné poruchy některých či všech funkcí. Současně již sama rodina není schopna toto řešit a zvládnout sama, proto je nutné zakročení druhé strany.¹⁸

¹⁵PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 65-69.

¹⁶PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 72-73.

¹⁷DUNOVSKÝ in GILLERNOVÁ, Ilona; KEBZA, Vladimír a RÝMEŠ, Milan. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*, s. 117.

¹⁸GILLERNOVÁ, Ilona; KEBZA, Vladimír a RÝMEŠ, Milan. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*, s. 117.

Pokud je rodinný systém považován za dysfunkční, lze u něj pozorovat stav, kdy jeden či více členů rodiny vytvářejí maladaptivní a nezdravé chování. Dále se u těchto rodin mohou objevovat určité charakteristiky, jako je neřešení nebo popírání problémů, absence intimity, rigidní role, potlačení vlastní identity na úkor rodinné identity, obviňování jednotlivých členů, nevhodná či nejasná komunikace, absence hranic mezi jednotlivými členy, nejasná pravidla a jednotlivé kompetence, obětování individuálních potřeb členů rodiny.¹⁹

V případech, kdy je rodina v některém směru dysfunkční, tak velmi pravděpodobně zůstávají určité potřeby dítěte neuspokojeny, kdy se současně rodina stává pro dítě zdrojem zátěže, a to jak z hlediska stávajícího, tak i z hlediska budoucího.²⁰

K tomu, aby dítě prospívalo a byla zajištěna jeho bezpečnost, je jednou z podstatných složek i plnění rodičovských kompetencí. Jedná se o soubor „*znalostí, schopností a dovedností, které rodičům (ale i jiným pečujícím osobám) umožňují zajistit fyzické, emocionální a sociální potřeby dítěte v souladu s jeho individuálními potřebami a věkem.*“²¹

Rodičovské kompetence jsou z hlediska českého práva definovány v oblasti rodinného práva, tedy v občanském zákoníku, kdy se mluví o určité schopnosti rodičů dodržovat jednotlivá práva a povinnosti, která jim vyplývají z jejich rodičovské odpovědnosti. V situaci, kdy rodič či oba rodiče nejsou schopni zajistit zmiňované potřeby dítěte, a to například z důvodu nedostatečných dovedností, schopností či informací, postupně bude docházet k ohrožení dítěte. K ohrožení může dojít i v případech, kdy rodiče nejsou schopni či ochotni o dítě společně pečovat a podílet se na výchově.²²

Do ohrožení se dítě může dostat v situaci, kdy na základě několika vlivů dojde k poruchám rodičovství. K těmto poruchám dochází na základě toho, že se rodiče:

- a) neumějí o dítě starat – rodiče nejsou schopni zabezpečit a uspokojit základní potřeby a přiměřený vývoj, a to z hlediska nezralosti, nedostatečného věku, nenadálých situací či norem společnosti;
- b) nemohou o dítě starat – z důvodů nenadálých či jinak nepříznivých situací, kam lze zařadit nepříznivé přírodní podmínky, poruchy funkcí celé společnosti nebo poruchy celého systému rodiny;

¹⁹SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny: Druhé, přepracované vydání*, s. 36.

²⁰PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 60.

²¹PEMOVÁ, Terezie; PTÁČEK, Radek a POLÁK, Vladimír. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: praktický průvodce a nástroje*, s. 42.

²²PEMOVÁ, Terezie; PTÁČEK, Radek a POLÁK, Vladimír. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: praktický průvodce a nástroje*, s. 42-43.

- c) nechtějí o dítě starat a vykonávat to, co je pro jeho vývoj zásadní a potřebné – rodiče neplní své rodičovské kompetence z hlediska poruch jejich osobností, přičemž jejich zájem o dítě není vhodný a péče o dítě je nedostatečná, škodlivá či zanedbávající.²³

Pro dítě je z hlediska mnoha faktorů optimální fungující rodina. Pro to, aby nebyl výrazněji ohrožen vývoj dítěte a mohlo tak vyrůstat v optimálním prostředí, je podstatné, aby byla zabezpečena péče, emoční podpora, určité podněty a v neposlední řadě i bezpečné hranice. Pokud rodina ztratí svou funkci, tak následně nemůže být schopna vhodnou péči zajistit. Toto může být jeden z důvodů, proč nemohou být děti dlouhodobě a trvale vychovávány ve své vlastní nukleární rodině. Zde se může jednat o situace, kdy rodiče nejsou ochotni či schopni o své děti pečovat, kdy v tomto okamžiku zájmy dětí chrání a zastupuje orgán sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“). V případech, že dojde k potvrzení podezření na nemožnost nebo neschopnost zastávat rodičovskou odpovědnost, dochází k zásahu OSPOD do vztahu mezi dítětem a rodiči, a to prostřednictvím pravomocí, které jsou svěřeny státu. Primárně jde o to, aby byly dítěti poskytnuty podmínky, které budou v souladu s jeho zdravým vývojem a řádnou výchovou.²⁴

²³GILLERNOVÁ, Ilona; KEBZA, Vladimír a RYMEŠ, Milan. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*, s. 117-118.

²⁴KIMPLOVÁ, Tereza; NĚMCOVÁ, Leona a SVOBODA, Jan. *Psychologie rodiny*, s. 83.

2. Ústavní péče

2.1. Ústavní výchova

Jednou z možností náhradní rodinné péče je ústavní výchova, která může být ze strany soudu nařízena v případech, kdy: *„je výchova dítěte, jeho řádný vývoj, tělesný, rozumový či duševní stav vážně ohrožen nebo narušen do té míry, že je to v rozporu se zájmy dítěte. Dále i pokud z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit. (...) Za vážné ohrožení či narušení výchovy dítěte se nepovažují nedostatečné bytové nebo majetkové poměry rodičů, jestliže jsou rodiče způsobilí zabezpečit řádnou výchovu dítěte a plnit povinnosti vyplývající z jejich rodičovské zodpovědnosti.“*²⁵

Ústavní výchova může být dle § 971 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku uložena pokud *„rodiče nemohou z vážných důvodů zabezpečit výchovu dětí na přechodnou dobu, svěří soud dítě do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a to na dobu nejdéle šest měsíců. Nedostatečné bytové poměry nebo majetkové poměry rodičů dítěte nebo osob, kterým bylo dítě svěřeno do péče, nemohou být samy sobě důvodem pro rozhodnutí soudu o ústavní výchově, jestliže jsou jinak rodiče způsobilí zabezpečit řádnou výchovu dítěte a plnění dalších povinností vyplývajících z jejich rodičovské odpovědnosti.“*²⁶

Soudem může být ústavní výchova nařízena až na dobu nejdéle tří let, kdy před dobou uplynutí nařízení je možné ji prodloužit, pokud je shledáno, že důvody jejího nařízení stále trvají. Prodloužení je možné vykonávat opakovaně, ale vždy pouze na dobu maximálně tří let. Pokud by naopak nebyly již shledány důvody či by důvody pro původní nařízení během umístění dítěte v zařízení pominuly, soud je povinen ústavní péči neprodleně zrušit a současně rozhodnout o dalším umístění dítěte či svěřením dítěte do péče. Ústavní výchova může současně zaniknout rozhodnutím soudu o osvojení dítěte. Zákon taktéž soudu ukládá povinnost přezkoumání aktuální situace dítěte a nutnosti opatření, a to vždy jedenkrát za šest měsíců.²⁷

Pokud dojde k nařízení ústavní výchovy ze strany soudu, jedná se nejčastěji o situace, kdy rodiče zanedbávají své rodičovské povinnosti, nejsou způsobilí vychovávat své dítě či asociální chování pečujících osob nebo osob, které jsou v blízkém kontaktu s dítětem. Dále se může jednat o chování samotného dítěte, které není v souladu se zákonem, kam lze zařadit protiprávní jednání, závislosti, ale taktéž zahálčivý způsob života či nerespektující projevy vůči autoritám. V neposlední

²⁵KIMPLOVÁ, Tereza; NĚMCOVÁ, Leona a SVOBODA, Jan. *Psychologie rodiny*, s. 88.

²⁶Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník. 2012.

²⁷Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník. 2012.

řadě bývá ústavní výchova nařízena dětem, u kterých se objevuje závažná porucha chování, a to i bez toho, aniž by se ony samy dopustily jakkoli delikventního chování.²⁸

2.2. Ochranná výchova

Ochranná výchova je jedním z ochranných opatření, které může být uloženo mladistvé osobě. Toto opatření může být uloženo pouze soudem pro mládež, a to v případě, kdy:

- a) není náležitě postaráno o výchovu mladistvého a současně nedostatek řádné výchovy není možné ve vlastní rodině či v rodině, kde mladistvý žije, odstranit;
- b) dosavadní výchova mladistvé osoby byla zanedbána;
- c) prostředí, ve kterém mladistvá osoba žije, neposkytuje záruku náležité výchovy.

Současně soud uloží ochrannou výchovu v případě, kdy jsou ostatní výchovná opatření nedostatečná.²⁹

Dále zákon č. 301/2011 Sb., který mění zákon č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže) definuje, že tento typ výchovy trvá do doby, dokud to vyžaduje účel jejího udělení, avšak nejdéle do dovršení osmnáctého roku věku mladistvé osoby. V případě, že by bylo shledáno, že zájem mladistvého vyžaduje prodloužení ochranné výchovy, lze ji udělit až do dovršení devatenáctého roku věku. V případě, že není možné ihned začít s jejím výkonem, soud pro mládež může nařídit do doby jejího zahájení dohled probačního úředníka. Od samotného výkonu může být upuštěno v případě, že před započítáním pomínou důvody jejího udělení.³⁰

Nejčastěji bývá uložena u mladistvých ve věku dvanáct až patnáct let, a to v případě, že spáchají trestný čin, za nějž by byl soudem udělen výjimečný trest. Taktéž je udělována mladistvým osobám ve věku patnáct až osmnáct let, u nichž je možné předpokládat, že ochranná výchova bude účinnější než trest odnětí svobody. Mimo jiné je soudem udělována v takových případech, kdy se ústavní výchova jeví jako nedostatečná. Konkrétně se pak jedná o případy, kdy je rodinná péče o mladistvou osobu nedostatečná, u mladistvého absentuje řádná výchova a konkrétní problém není možné v dané rodině jakkoli řešit, pokud je u mladistvé osoby shledána zanedbaná výchova či v případě nevhodného prostředí života mladistvého.³¹

²⁸VAVRYSOVÁ, Lucie. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*, s. 87-88.

²⁹Zákon č. 301/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), ve znění pozdějších předpisů. 2011.

³⁰Zákon č. 301/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), ve znění pozdějších předpisů. 2011.

³¹VAVRYSOVÁ, Lucie. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*, s. 88.

2.3. Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Zákon č. 333/2012 Sb., díky kterému se měnil zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů sděluje, že v rámci jednotlivých zařízení či středisek musí být dítěti zajištěno jedno z jeho základních práv, tedy právo na výchovu a vzdělávání. Dále také musí být „vytvářeny podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osoby a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti.“³²

Dále jsou tímto zákonem definovány čtyři typy zařízení. Konkrétně se jedná o diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. Tato zařízení jsou určena pro nezletilé a nezaopatřené osoby zpravidla ve věku od 3 do 18 let, případně i osobám zletilým připravujícím se na své budoucí povolání do věku 26 let.³³

2.3.1. Diagnostický ústav

Do tohoto typu ústavu jsou umístovány děti, u kterých bylo navrženo předběžné opatření, či nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Jedná se o zařízení, které je určeno ke komplexnímu vyšetření, a to v souvislosti s potřebami dítěte. Konkrétně se pak jedná o oblasti diagnostické, terapeutické, výchovné, sociální, vzdělávací, organizační či koordinační. Zajišťováno je zde psychologické a pedagogické vyšetření, které je prováděno v souladu s úrovní vzdělání a chování dítěte, ale také jeho sociální či rodinnou situací a osobností. Kromě uvedeného se diagnostické ústavy (dále jen „DDÚ“) podílejí na dalším umístění dítěte do zařízení, tedy do dětského domova, dětského domova se školou anebo výchovného ústavu.³⁴

Doba pobytu zpravidla nepřesahuje osm týdnů. S dětmi je pracováno v rámci výchovné skupiny, která musí mít nejméně čtyři a nejvíce osm dětí. Jednotlivé diagnostické ústavy nebo jednotlivé výchovné skupiny mohou být děleny dle pohlaví nebo dle věku dětí.³⁵

2.3.2. Dětský domov

Dětské domovy (dále jen „DD“) jsou školská zařízení, jejichž úkolem je péče o děti, o které jejich rodiče či jiné odpovědné osoby nedokáží, nemohou či nechtějí pečovat. Může jít o děti, které

³²Zákon č. 333/2012 Sb., ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony: účinnost od 1. 11. 2012.

³³Zákon č. 333/2012 Sb., ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony: účinnost od 1. 11. 2012.

³⁴VAVRYSOVÁ, Lucie. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*, s. 89-90.

³⁵Zákon č. 333/2012 Sb., ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony: účinnost od 1. 11. 2012.

pocházejí z rodin, kde se významně projevují sociálně patologické jevy, jako jsou například závislosti či agresivita, ale také děti dlouhodobě a závažně nemocných rodičů, děti rodičů ve výkonu trestu či extrémně chudých rodin.³⁶

O děti pečuje dle jejich individuálních potřeb, kdy se zabývá plněním úkolů v především výchovné, vzdělávací a sociální oblasti. Cílem je zajistit péči dětem, kterým byla nařízena ústavní výchova a současně u nich nejsou diagnostikovány závažné poruchy chování. Do dětského domova lze umístit dítě od čtyř do nejvýše osmnácti let věku, ale mohou být umístěny i nezletilé matky s dětmi. Základní organizační jednotku tvoří tzv. rodinná skupina, která se skládá z nejméně šesti a nejvíce osmi dětí, a to zpravidla různého věku a pohlaví.³⁷

Děti v předškolním věku většinou docházejí do mateřských škol, děti školního věku plní povinnou školní docházku v jednotlivých základních či speciálních školách v daném regionu. Jelikož se u mnoha dětí objevují určité nedostatky ve vědomostech či nemají schopnosti se učit, jsou podporovány ze strany vychovatelů. Kromě vzdělávací oblasti dochází k podpoře v oblasti sebeobsluhy a jiných praktických dovednostech, kdy jsou nejen předávány nové zkušenosti, ale současně dochází i k redukci a odstraňování případných zlovyků. Významnou částí je i ovlivňování trávení volného času, kdy jde o snahu poskytnutí dostatečného prostoru pro pohybovou aktivitu, zábavu, rozvoj zájmů, ale i odpočinek. Určitý důraz může být ze strany zařízení kladen na děti i v oblasti trávení času mimo domov, kdy je možné navštěvovat například domy dětí a mládeže, základní umělecké školy, kroužky, aby byla podpořena socializace jednotlivých dětí. Právě socializace a osvojení jednotlivých návyků plní podstatnou funkci, díky které mohou být děti lépe připraveny na samostatný život v budoucnu.³⁸

2.3.3. Dětský domov se školou

V dětských domovech se školou (DDŠ) je zajišťována péče o děti, kterým byla soudem nařízena ústavní výchova, mají závažné poruchy chování nebo dětem, které z důvodu přechodné nebo trvalé duševní poruchy potřebují výchovně léčebnou péči. Tento typ zařízení plní funkce výchovné, vzdělávací a sociální.³⁹

Stejně jako je tomu u dětských domovů, tak i zde jsou zřizovány rodinné skupiny, které mohou být rozděleny pro děti se závažnými poruchami chování a pro děti s přechodnou či trvalou duševní poruchou. Umístěny mohou být děti zpravidla od šestého roku věku až do ukončení povinné školní docházky. Neliší se ani počet dětí v rámci rodinné skupiny, kdy jsou opět tvořeny z nejméně

³⁶BENDL, Stanislav. *Vychovatelství: Učebnice teoretických základů oboru*, s. 143.

³⁷Zákon č. 333/2012 Sb., ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony: účinnost od 1. 11. 2012.

³⁸BENDL, Stanislav. *Vychovatelství: Učebnice teoretických základů oboru*, s. 143-144.

³⁹VAVRYSOVÁ, Lucie. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*, s. 91.

šesti a nejvíce osmi dětí. Děti se vzdělávají při dětském domově, ale pokud po ukončení povinné školní docházky není dítě schopné pokračovat z důvodu závažné poruchy chování ve středoškolském vzdělávání mimo zařízení či pokud neuzavře pracovněprávní vztah, je přemístěno do výchovného ústavu.⁴⁰

2.3.4. Výchovný ústav

Tento typ zařízení pečuje o děti, které jsou starší 15 let, byla jim soudem nařízena ústavní výchova či uložena ochranná výchova a zároveň se u nich objevuje závažná porucha chování. Zřizovány jsou odděleně výchovné ústavy (VÚ) pro děti s nařízenou ústavní výchovou, s uloženu ochrannou výchovou, pro děti, které jsou nezletilými matkami, přičemž jsou v ústavu s dětmi, a pro děti, které vyžadují výchovně léčebnou péči. Případně lze v rámci ústavu vytvořit oddělené výchovné skupiny. Výchovná skupina zde tvoří základní organizační jednotku, přičemž je tvořena nejméně pěti a nejvíce osmi dětmi. V případě, že byla dítěti uložena ochranná výchova, ale současně se u něj objevují tak závažné poruchy chování, kdy není možné dítě umístit do dětského domova se školou, může být výjimečně do výchovného ústavu umístěno i dítě starší 12 let.⁴¹

2.4. Aktuální situace v dětských domovech

Ve spolupráci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Nadace J&T v rámci iniciativy 8000 důvodů byla v roce 2023 zpracována zpráva, která se zabývá stavem péče ohrožených dětí v České republice. Tato zpráva informuje zejména o aktuální situaci v oblasti náhradní rodinné péče a ústavní péče, kdy současně předkládá konkrétní data o dětech, které jsou nedostatečnou či nevyhovující výchovou a péčí ohroženy. Mimo jiné sděluje, že v ČR může být zhruba 300 000 dětí, které mohou být ohroženy rizikem zanedbání nebo špatného zacházení.⁴²

O situaci dětí, které jsou v ústavní péči, informovala i zpráva Investice do dětí od organizace Lumos z roku 2018. Výsledky sdělují, že v roce 2018 žilo v ústavech zhruba osm tisíc dětí, kdy méně než jedno procento z tohoto počtu byli sirotci. Dle informací bývají do ústavů umisťovány nejčastěji

⁴⁰ Zákon č. 333/2012 Sb., ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony: účinnost od 1. 11. 2012.

⁴¹ Zákon č. 333/2012 Sb., ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony: účinnost od 1. 11. 2012.

⁴² Zpráva o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023. Online. s. 5-6. Dostupné z: https://cdn.prod.website-files.com/60116766a467a421c24db1fc/6475e2248fb600ae1ec41a04_II_material_zprava_pece_ohrozene_deti_2023.pdf. [cit. 2025-02-07].

děti, které pocházejí z rodin, jež mají obtíže v oblasti bydlení, chudoby, jejich rodičovská kapacita není dostatečná či nejsou schopny naplňovat jednotlivé potřeby svých dětí.⁴³

V oblasti péče o ohrožené děti se jako nejvýraznější problémy jeví to, že:

- a) vzrůstá počet dětí, které jsou umisťovány do státní péče, a to z důvodů zanedbání péče;
- b) ve školských dětských domovech nedochází ke snižování počtu dětí;
- c) mezi jednotlivými kraji a obcemi s rozšířenou působností se objevují výrazné rozdíly v míře umisťování jednotlivých dětí do státní péče;
- d) hlavní důvod je hojný výskyt sociálních problémů v konkrétních územích a současně nedostatečná síť podpůrných služeb pro rodiny.⁴⁴

Dětské domovy a dětské domovy se školou představují nejvýznamnější typ v zařízeních ústavní péče z hlediska počtu dětí, které jsou zde umisťovány. Z hlediska pozorování vývoje počtu dětí v jednotlivých DD se ukázalo, že ve většině krajů nedošlo v posledních čtyřech letech ke snížení počtu dětí, v některých krajích došlo dokonce k jeho nárůstu. V letech 2021 až 2022 se konkrétně jednalo o 4 261 dětí, které byly zařazeny v některém z dětských domovů a 733 dětí, které byly zařazeny do dětských domovů se školou, ve zdravotnických dětských domovech se poté nacházelo 456 dětí. Nejen z tohoto vyplývá, že v dlouhodobém horizontu se nedaří snižovat počty v dětských domovech, což následně představuje významný problém v rámci deinstitucionalizace péče o ohrožené děti, a to především z důvodu, že právě dětské domovy představují nejvýznamnější typ zařízení ústavní péče. Je upozorňováno na to, že zcela zásadní bude posílení již zmiňovaných podpůrných služeb pro rodiny, aby se snížila potřeba umisťování tak výrazného počtu dětí do státní péče. Tomuto by mohlo pomoci i vhodnější vyhledávání pěstounů a rozvoj pěstounské péče, a to zejména z hlediska jejich specializace a profesionalizace.⁴⁵

Nelze komentovat, že vysoká naplněnost jednotlivých DD by byla způsobena delším pobytem jednotlivých dětí, které by v zařízeních zůstávaly déle, a tak by jich odcházelo méně, jelikož počet každoročních odchodů je z dlouhodobého hlediska stabilní a pohybuje se zhruba okolo 1 000 dětí ročně. Současně nedochází ani ke vzrůstu počtu dětí, které by v jednotlivých domovech

⁴³*Investice do dětí Proč přesunout finanční prostředky vynakládané na ústavní péči do podpory rodin a komunit.* Online. s. 5 Dostupné z: https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/Investice_do_deti_CELA_ZPRAVA_web_ilwLbI5.pdf [cit. 2025-02-07].

⁴⁴*Zpráva o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023.* Online. s. 14. Dostupné z: https://cdn.prod.website-files.com/60116766a467a421c24db1fc/6475e2248fb600ae1ec41a04_II_material_zprava_pece_ohrozene_deti_2023.pdf. [cit. 2025-02-07].

⁴⁵*Zpráva o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023.* Online. s. 18-21. Dostupné z: https://cdn.prod.website-files.com/60116766a467a421c24db1fc/6475e2248fb600ae1ec41a04_II_material_zprava_pece_ohrozene_deti_2023.pdf. [cit. 2025-02-07].

zůstávaly po dosažení zletilosti. Primárně se jedná o jmenovanou vysokou naplněnost DD a stabilní přísun nových dětí do ústavní péče.⁴⁶

Dle zákona a taktéž z hlediska financování DD ze strany MŠMT vyplývá, že v jedné rodinné skupině by mělo být šest až osm dětí. Současný stav ale ukazuje, že na základě stavu dětí, které bývají vážně ohrožené a značně traumatizované, není ani v počtu šesti dětí na skupinu možné poskytnout potřebnou intenzivní individualizovanou péči. I při tomto počtu, který je uváděn jako minimální, je obtížné jednotlivé potřeby naplňovat a zmíněný počet se jeví v tomto případě spíše jako maximálně akceptovatelný. Současně ve školním roce 2021/2022 zhruba pro 70 % dětských domovů platilo, že na jednu skupinu připadlo 6 až 7 či dokonce 7 až 8 dětí. Z hlediska kapacit a naplněnosti jednotlivých dětských domovů tedy není zpravidla možné poskytovat vysoce kvalitní individualizovanou péči dětem, u kterých je viditelná výrazná traumatizace a ohrožení.⁴⁷

⁴⁶Zpráva o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023. Online. s. 24. Dostupné z: https://cdn.prod.website-files.com/60116766a467a421c24db1fc/6475e2248fb600ae1ec41a04_II_material_zprava_pece_ohrozene_deti_2023.pdf. [cit. 2025-02-07].

⁴⁷Zpráva o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023. Online. s. 23. Dostupné z: https://cdn.prod.website-files.com/60116766a467a421c24db1fc/6475e2248fb600ae1ec41a04_II_material_zprava_pece_ohrozene_deti_2023.pdf. [cit. 2025-02-07].

3. Psychické zdraví dítěte

3.1. Duševní zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody. Zdraví je podstatným předpokladem pro spokojený, aktivní a naplněný život. Za duševní zdraví je poté považován stav pohody, v rámci kterého jsou využívány vlastní schopnosti, dochází k tomu, že je člověk schopen se vyrovnat s běžnou každodenní zátěží, pracovat produktivně a současně přispívat společnosti.⁴⁸

Někteří autoři upozorňují na to, že není dostačující, aby se na duševní zdraví pohlíželo pouze z pohledu duševní pohody. V životě totiž běžně dochází k situacím, kdy je v pořádku necítit jen duševní pohodu, ale naopak prožívat i určité emoce, jež jsou negativní.⁴⁹

L. Míček dále zmiňuje, že „*obecným cílem péče o duševní zdraví je podpora osobní pohody, prevence duševních poruch a léčba a rehabilitace osob s duševními poruchami. Duševní zdraví a náš přístup k němu se formuje již od raného dětství, a to jak na základě ontogenetických, tak i rodinných a jiných vlivů.*“⁵⁰

Na koncept duševního zdraví je možné se podívat i z hlediska několika ukazatelů, které byly definovány a sumarizovány v rámci čtyř úrovní, konkrétně pak:

1. úroveň jedince, kam lze řadit zdravotní stav, fyzickou aktivitu, užívání návykových látek, spiritualitu, kontrolu a zvládání stresových či jinak náročných situací, prostředí vývoje či přítomnost násilí;
2. úroveň rodiny, jež zahrnuje styl výchovy, rodinné vztahy, ekonomické zabezpečení, zdravotní stav a duševní zdraví, složení domácnosti, užívání návykových látek některým členem rodiny;
3. úroveň komunity, kde lze uvést sociální síť a oporu, školní či pracovní prostředí, politickou angažovanost, sociální prostředí nebo blízké okolí;
4. úroveň společnosti, kde se jedná o nerovnosti ve společnosti, angažovanost v oblasti politiky, diskriminaci a stigma.⁵¹

⁴⁸DOSEDLOVÁ, Jaroslava, BUREŠOVÁ, Iva, HAVIGEROVÁ, Jana, JELÍNEK, Martin, KLIMUSOVÁ, Helena et al. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. s. 90-93.

⁴⁹JOCHMANNOVÁ, Leona a KIMPLOVÁ, Tereza. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*, s. 26.

⁵⁰DOSEDLOVÁ, Jaroslava, BUREŠOVÁ, Iva, HAVIGEROVÁ, Jana, JELÍNEK, Martin, KLIMUSOVÁ, Helena et al. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. s. 93.

⁵¹DOSEDLOVÁ, Jaroslava, BUREŠOVÁ, Iva, HAVIGEROVÁ, Jana, JELÍNEK, Martin, KLIMUSOVÁ, Helena et al. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*, s. 93-94.

3.2. Duševní onemocnění

Duševní onemocnění či označení duševní porucha jsou pojmy, jež zahrnují velké množství potíží, které mají za důsledek ovlivnění nálady, myšlení a chování člověka. Americká psychologická asociace (American Psychological Association, APA) definuje duševní onemocnění či duševní poruchu jako stav, který se vyznačuje „*narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací výše uvedeného.*“⁵²

Existuje velké množství definovaných duševních poruch, které byly schváleny Světovou zdravotnickou organizací v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). V současné době je v platnosti 10. revize (MKN-10), ale WHO připravila i 11. revizi (MKN-11), která již byla schválena v květnu roku 2019 a následně vstoupila v platnost 1. 1. 2022. V současné době ale u této verze probíhá pětileté přechodné období sloužící pro reportování statistik příčin smrti.⁵³

Celkově je zdraví ovlivňováno několika faktory, přičemž některé z nich nelze měnit, jelikož jsou dány genetickými predispozicemi, jiné jsou modifikovatelné, kdy se jedná například o životní styl, a některé z nich jsou v současnosti relativizovány, například pokud jde o pohlaví. To, jaký vztah bude mít daný člověk k vlastnímu zdraví je ovlivňováno rodiči či jinými vzory, fyzickým vývojem či určitými specifickými biologickými a sociálními změnami, školními aktivitami, zájmy, vrstevníky či vrstevnickými skupinami. Dále lze zmínit i sociální status, zdravotní péči, vzdělání, pracovní podmínky a s nimi související ekonomický příjem.⁵⁴

Duševní zdraví jedince může být narušeno z mnoha důvodů, kdy lze zmínit například stres, problémy v práci, škole či rodině, náročné životní situace, ale také osobnostní predispozice. Pokud dojde k určitému narušení duševního zdraví, může být postupem času rozvinuto až v duševní onemocnění, jež má za důsledek změny v emocích, myšlení či chování.⁵⁵

U dětí a mladistvých lze pozorovat určité chování či projevy, které mohou nasvědčovat tomu, že dané dítě má psychické problémy. Duševnímu zdraví dětí se věnuje organizace Nevypusť duši, jež popsala možné varovné signály, mezi něž zařadila:

- a) výrazné změny chování;
- b) výrazné změny ve školní docházce a prospěchu;
- c) výrazné výkyvy nálad, které jsou netypické pro dítě, ale i jeho vrstevníky;
- d) uzavírání se do sebe a problémy ve vztazích;

⁵²Duševní onemocnění. Online. Národní zdravotnický informační portál. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340>. [cit. 2025-02-13].

⁵³11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>. [cit. 2025-02-13].

⁵⁴JOCHMANNOVÁ, Leona a KIMPLOVÁ, Tereza. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*, s. 24-25.

⁵⁵Duševní zdraví. Online. Státní zdravotní ústav. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/dusevni-zdravi/>. [cit. 2025-02-13]

- e) výrazný strach, jenž je pro dítě netypický;
- f) ztráta zájmu o oblíbené činnosti;
- g) problémy s jídlem;
- h) spánkové problémy;
- i) pocity méněcennosti a vyjádření, že je dítě druhým na obtíž;
- j) sebepoškozování.⁵⁶

Dle zprávy organizace UNICEF z roku 2021 trpí určitou psychickou poruchou v Evropě zhruba 16,3 % dívek a chlapců ve věku 10–19 let, celosvětově je v této věkové kategorii evidováno 13,2 %. Tento údaj potvrzuje, že celkově se jedná o 9 milionů mladistvých ve zmiňovaném věku, kteří žijí v Evropě a objevuje se u nich psychické onemocnění. V České republice se poté jedná o 11 % dětí ve věku 10–19 let trpících některým z duševních onemocnění, kdy častěji se tyto problémy objevují u chlapců.⁵⁷

Dle průzkumu společnosti T-Mobile v kooperaci se zmiňovanou organizací Nevypusť duši a G82 bylo zjištěno a jako pozitivní se jeví skutečnost, že stoupá zájem o psychické zdraví, kdy se o něj zajímá 65 % českých dětí, větší zájem je registrován u dívek. Pro podporu svého zdraví a duševní pohody nejvíce pomáhá dětem a dospívajícím dle jejich vlastního vnímání kontakt s kamarády, možnost svěření se, pravidelný spánek, zájmové aktivity či domácí mazlíčci. Dle vnímání rodičů je poté podstatný pravidelný denní režim a pobyt v přírodě.⁵⁸

Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) a jeho pracovní skupina DZDA, která se specializuje na výzkum duševního zdraví dětí a adolescentů svým výzkumem zjistila, že každé 7. dítě či dospívající se potýká s určitými psychickými problémy. V současné době se 30 % dívek a 13 % chlapců vícekrát než jednou týdně cítí v psychické nepohodě. Současně se ukázalo, že 50 % duševních onemocnění se projeví před 14. rokem dítěte, 75 % onemocnění se poté projeví do 24. roku. Mezi jedny z nejčastějších duševních onemocnění u dětí a dospívajících jsou řazeny deprese a úzkost.⁵⁹

3.3. Typy onemocnění a poruch

Duševní onemocnění, která se projeví již v dětství, ale u nichž nedojde k léčbě, jsou spojena s vyšším rizikem duševní poruchy i v dospělosti. To následně ve společnosti představuje problém

⁵⁶*Pro rodiče dětí s psychickými problémy*. Online. 2022. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2022/03/21/pro-rodice-deti-s-psychickymi-problemy/>. [cit. 2025-02-14].

⁵⁷*State of the World's Children 2021*. Online. Unicef. Dostupné z: <https://www.unicef.org/eu/media/2021/file/State%20of%20the%20World%27s%20Children%202021.pdf>. [cit. 2025-02-14].

⁵⁸*Duševní zdraví dětí*. Online. Česko v datech. Dostupné z: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/180-dusevni-zdravi-deti/#article-content>. [cit. 2025-02-14].

⁵⁹*Duševní zdraví dětí a adolescentů*. Online. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://dzda.cz/>. [cit. 2025-02-14].

zejména z hlediska ekonomické zátěže. I z tohoto důvodu je tedy nutné, aby byly konkrétní duševní poruchy včas odhaleny a následně léčeny, čímž je možné předcházet dalším a případně i významnějším negativním dopadům. V ČR je problém nedostatku nástrojů, které by mohly zcela objektivně zhodnotit duševní zdraví dětí, čímž současně dochází k nedostatečným informacím či údajům. Dle zprávy národního monitoringu NUDZ a DZDA se řadí mezi nejrozšířenější duševní poruchy dětí a mladistvých úzkostné poruchy, poruchy chování a poruchy nálad.⁶⁰

3.3.1. Úzkostné poruchy

Úzkost je stav, kdy osoba prožívá subjektivně nepříjemný pocit, kdy se cítí ohroženě, má obavy či strach, které nelze zcela pojmenovat a které nejsou postaveny na reálném nebezpečí. Úzkostné poruchy kromě zmiňovaného může doprovázet i stresová reakce, která má za důsledek změny tělesných funkcí, jako je zvýšení dechové a tepové frekvence, vyšší produkce potu, změna činnosti trávicího traktu a vylučovacího systému, třes, svalové napětí a další.⁶¹

V dětství se mohou úzkosti objevovat v souvislosti s konkrétním vývojovým obdobím, jelikož každé období s sebou přináší určité typické podněty, které mohou vyvolat úzkost a strach. Za období, které je typické pro zvýšenou míru úzkosti, je popisováno období kolem 10. roku dítěte. Současně se úzkostné stavy mohou v dětském věku projevat skrytě, v podobě neklidu či zvýšeného zlobení, nechutenství, poruch spánku, určitými návyky. Mezi typické úzkostné poruchy v období dětství lze zařadit úzkostnou poruchu, fobickou úzkostnou poruchu a sociální úzkostnou poruchu.⁶²

Pro hodnocení úzkostných stavů je využívána škála GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder), která na základě sedmi položek zkoumá dané příznaky. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na škále 0–3, kdy měří frekvenci symptomů.⁶³

Konkrétní příznaky a četnost jejich projevů se hodnotí zpravidla v období posledních dvou týdnů, přičemž je možné vybrat ze zmiňované čtyřstupňové škály, zda se jednotlivé symptomy projevují téměř každý den, více než polovinu dní, několik dní či se neprojevují vůbec. Na škále se hodnotí, zda daná osoba:

1. cítí pocity nervozity, úzkosti či pocit, že je na hraně;
2. není schopna zastavit či ovládat obavy;
3. přílišně se obává kvůli různým věcem;
4. má potíže uvolnit se;
5. cítí takový neklid, že těžko dokáže klidně sedět;

⁶⁰Národní monitoring duševního zdraví dětí a adolescentů. Online. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://dzda.cz/wp-content/uploads/2024/05/Methodika-monitoringu-DZDA.pdf>. [cit. 2025-02-14].

⁶¹OREL, Miroslav. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 2., aktualizované a doplněné vydání*, s. 226-228.

⁶²VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie: 2., přepracované a doplněné vydání*, s. 80-81.

⁶³HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a KOL. LIBIGER JAN A. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*, s. 98.

6. snadno se rozzlobí či se cítí podrážděně;
7. cítí strach, jako kdyby se mělo stát něco hrozného.⁶⁴

Tento dotazník (GAD-7) je validním a současně sebereportujícím nástrojem pro měření úzkosti. V souvislosti s výsledným skóre lze na čtyřstupňové stupnici zjistit, o jaký typ úzkosti se jedná, kdy při 0–4 bodech se nejedná o úzkost či je minimální, při 5–9 bodech jde o mírnou úzkost, u 10–14 bodů lze vnímat střední úzkost a v případě 15–21 bodů se jedná o těžkou úzkostnou poruchu.⁶⁵

3.3.2. Poruchy chování

Charakteristické pro poruchy chování jsou opakující se a přetrvávající agresivní, asociální či vzdorovitě projevy chování. Jedná se o takové chování, které výrazně překračuje sociální chování, jež odpovídá danému věku dítěte či dospívajícího. Současně by toto chování mělo být závažnější, než je běžné dětské zlobení či rebelantství a taktéž by mělo být dlouhodobějšího rázu, konkrétně šesti a více měsíců. Tento typ poruch může být zároveň i projevem jiné psychiatrické poruchy. Za typické chování, na základě něhož může být stanovena tato diagnóza, přičemž pro její stanovení stačí jeden z typů projevů, je považováno „*nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útoky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň.*“⁶⁶

Mezinárodní klasifikace poté do této kategorie řadí poruchu chování vázanou na vztahy k rodině, nesocializovanou poruchu chování, socializovanou poruchu chování, opoziční vzdorovitě chování, jiné poruchy chování a poruchu chování nervového systému, jež je nespecifikovaná.⁶⁷

3.3.3. Poruchy nálady

Poruchy nálad (afektivní poruchy) se dle MKN-10 vyznačují zejména poruchou afektivity či nálady, která směřuje k depresi či k euforii. Projevuje se změnou nálad, kdy dochází ke změně i z hlediska celkové aktivity člověka. K těmto změnám se mohou připojit i další, sekundární symptomy. Zároveň jsou u těchto poruch často pozorovány tendence recidivy a současně je jejich nástup vyvolán stresovou událostí či situací.⁶⁸

⁶⁴GAD-7 Anxiety. Online. Anxiety & Depression Association of America. Dostupné z: https://adaa.org/sites/default/files/GAD-7_Anxiety-updated_0.pdf. [cit. 2025-02-16]

⁶⁵Národní monitoring duševního zdraví dětí a adolescentů. Online. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://dzda.cz/wp-content/uploads/2024/05/Metodika-monitoringu-DZDA.pdf>. [cit. 2025-02-16].

⁶⁶F90-F98 - Poruchy chování a emoci s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání. Online. MKN-10 klasifikace. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F91.9>. [cit. 2025-02-14].

⁶⁷F90-F98 - Poruchy chování a emoci s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání. Online. MKN-10 klasifikace. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F91.9>. [cit. 2025-02-14].

⁶⁸F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady). Online. MKN-10 klasifikace. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F34.9>. [cit. 2025-02-14].

Tento typ poruchy zpravidla zasahuje všechny oblasti lidského bytí, kdy dochází k projevům v oblasti chování i prožívání. Dále také ovlivňují výkon, motivaci, pozornost, motoriku, racionalitu, ale i další psychické a fyzické funkce. Mohou se projevovat v několika fázích, zpravidla ve fázi mánie a deprese. Do této kategorie poruch lze řadit zejména bipolární afektivní poruchu, depresivní poruchu a manickou poruchu.⁶⁹

Pro zjištění závažnosti depresivní poruchy lze využít dotazník PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), který pomocí devíti položek hodnotí míru deprese. I zde jsou jednotlivé položky hodnoceny na čtyřstupňové škále, kdy daný respondent odpovídá, zda jednotlivé stavy v posledních dvou týdnech prožíval téměř každý den, více než polovinu dní, několik dní či vůbec.⁷⁰

U tohoto typu dotazníku daná osoba odpovídá na předem stanovené otázky, přičemž hodnotí, zda prožívá:

1. malý zájem či potěšení z věcí, jež dělá;
2. pocit, kdy se cítí na dně, pocit deprese či beznaděje;
3. potíže s usínáním, přerušovaným spánkem nebo s přílišným spaním;
4. pocity únavy nebo nedostatku energie;
5. malou chuť k jídlu či přejídání;
6. špatný pocit z vlastní osoby, kdy došlo ke zklamání sám/sama sebe či vlastní rodiny;
7. potíže se soustředěním, jako je například čtení novin nebo sledování televize;
8. pohybuje se nebo mluví tak pomalu, že si mohli ostatní lidé všimnout, nebo naopak je tak nepokojný/á a neklidný/á, že se pohybuje mnohem více než obvykle;
9. myšlenky, že by bylo lepší, kdyby nežil/a nebo si nějakým způsobem ublížil/a.⁷¹

I tento dotazník je možné označit za validní, spolehlivý a současně sebereportující nástroj. V tomto případě se pracuje s pětistupňovou škálou, která výsledně stanoví, o jak závažný typ deprese jde. Ve stupni 0–4 bodů se jedná o minimální či žádnou depresi, u 5–9 bodů mluvíme o mírné depresi, 10–14 bodů značí střední depresi, při 15–19 bodech jde o středně těžkou depresi a těžká deprese je vnímána u skóre 20–27 bodů.⁷²

3.4. Podpora dětí a možnosti řešení

V posledních několika letech došlo k výraznějším uvědomění si důležitosti duševního zdraví dětí a mladistvých. Z tohoto důvodu dochází ke snahám o zvýšení podpory a zlepšení

⁶⁹OREL, Miroslav. Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 2., aktualizované a doplněné vydání, s. 215-225.

⁷⁰Národní monitoring duševního zdraví dětí a adolescentů. Online. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://dzda.cz/wp-content/uploads/2024/05/Methodika-monitoringu-DZDA.pdf>. [cit. 2025-02-16].

⁷¹Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Online. American Psychological Association. Dostupné z: <https://www.apa.org/depression-guideline/patient-health-questionnaire.pdf>. [cit. 2025-02-16].

⁷²Národní monitoring duševního zdraví dětí a adolescentů. Online. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://dzda.cz/wp-content/uploads/2024/05/Methodika-monitoringu-DZDA.pdf>. [cit. 2025-02-16].

dostupnosti jednotlivých služeb a současně jejich kvality. Prevence v této oblasti hraje klíčovou roli, kdy využití a podpora zdravého životního stylu, která zahrnuje kvalitní stravu, dostatečné množství pohybu a odpočinku, může přispět k lepší kvalitě duševního zdraví.⁷³

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (dále jen „NAPDZ“) je zavazujícím dokumentem pro jednotlivá ministerstva, přičemž stanovuje jednotlivé postupy, které by měly vést k naplnění částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013–2023. NAPDZ popisuje jednotlivé oblasti, cíle a mechanismy, jež by měly vést ke zkvalitnění péče o duševní zdraví a jejího poskytování. Tento plán mimo jiné zmiňuje problém nedostatečné sítě ambulantních služeb a následné pokrytí lůžkové péče pro děti. Tato problematika přispívá zejména k dlouhým čekacím dobám, hospitalizaci ve výrazné vzdálenosti od místa bydliště, nedostatečné dostupnosti návazných služeb podpory. Jak již bylo nastíněno výše, obecně je duševnímu zdraví u dětí a adolescentů věnována menší pozornost, a to jak v oblasti léčebné péče, tak v oblasti prevence.⁷⁴

V současné době jsou taktéž formovány multidisciplinární týmy duševního zdraví, jež jsou složeny z profesionálních pracovníků v oblasti školství, sociální oblasti a zdravotnictví. Jejich hlavním cílem je podpora duševního zdraví a prevence vzniku duševních onemocnění u dětí a mladistvých. Současně se snaží i o osvětu a destigmatizaci jednotlivých duševních poruch. Tento systém podpory má významný vliv na celkový vývoj a životní prognózu, přičemž by měl v ideálním případě, aby došlo k jeho efektivitě, zahrnovat širokou škálu jednotlivých služeb a postupů. Klíčové oblasti představuje prevence, včasná intervence, pomoc a péče při přechodu do dospělého věku, multidisciplinární přístup pracovníků, komunitně založená péče.⁷⁵

Pro testování a zjištění duševní pohody je ve výzkumu využíván dotazník Světové zdravotnické organizace WHO-5, v rámci kterého je posuzován index well-beingu. Dotazník v rámci pěti otázek hodnotí míru duševní pohody, přičemž se opět zaměřuje na prožitky posledních dvou týdnů, kdy je zjišťováno, zda daná osoba:

1. byla veselá a v dobré náladě;
2. byla klidná a uvolněná;
3. byla aktivní a plná elánu;
4. se probouzela svěží a odpočatá;
5. její každodenní život byl naplněn věcmi, které ji zajímají.⁷⁶

⁷³HRICOVÁ, Alena; URBAN, David a ONDRÁŠEK, Stanislav (ed.). *Sociální práce: současné trendy*, s. 174-175.

⁷⁴Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030. Online. 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>. [cit. 2025-02-21].

⁷⁵HRICOVÁ, Alena; URBAN, David a ONDRÁŠEK, Stanislav (ed.). *Sociální práce: současné trendy*, s. 175-176.

⁷⁶*The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)*. Online. Dostupné z: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-5_english-original4da539d6ed4b49389e3afe47cda2326a.pdf?sfvrsn=ed43f352_11&download=true. [cit. 2025-02-21].

Každá z otázek se hodnotí na šestibodové škále, kdy je zjišťováno, zda dané prožitky probíhají celou dobu, většinu doby, více než polovinu doby, méně než polovinu doby, občas nebo nikdy. Výsledné odpovědi jsou bodově ohodnoceny, a to v rozmezí od 0 do 25 bodů, kdy se následně celkové skóre vynásobí čtyřmi. Následně se hodnotí v jednotlivých pásmech míra well-beingu, kdy 0–50 bodů představuje snížený well-being, v rozmezí 51–69 bodů se jedná o střední well-being a při hodnotě 70–100 bodů lze mluvit o vysokém well-beingu.⁷⁷

Národní akční plán pro podporu duševního zdraví taktéž zmiňuje a zdůrazňuje, že: „*ve stávajících právních předpisech týkajících se právní ochrany dětí ve školském systému je ošetřena oblast institucionalizace dětí, informovaných souhlasů a dalších identifikovaných oblastí, díky čemuž je zajištěna maximální podpora zdravého duševního rozvoje dětí, časný záchyt a péče o duševní onemocnění u dětí v jejich přirozené komunitě.*“⁷⁸

Při zjištění a přítomnosti duševní poruchy u dětí či mladistvých je v České republice využíván systém podpory, jenž má významný vliv pro jejich celkový vývoj. Existují různé možnosti odborné pomoci či podpory, které lze využít. Za klíčové instituce a služby lze označit krizová centra, centra duševního zdraví a také psychologickou a psychiatrickou péči.⁷⁹

⁷⁷Národní monitoring duševního zdraví dětí a adolescentů. Online. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://dzda.cz/wp-content/uploads/2024/05/Methodika-monitoringu-DZDA.pdf>. [cit. 2025-02-21].

⁷⁸Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030. Online. 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>. [cit. 2025-02-21].

⁷⁹HRICOVÁ, Alena; URBAN, David a ONDRÁŠEK, Stanislav (ed.). *Sociální práce: současné trendy*, s. 174-175.

4. Výzkumná část

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat, jak je v současné době podporováno a řešeno psychické zdraví dětí z dětských domovů. Dílčími cíli bylo zjistit nejen to, jak jsou psychické problémy u dětí, které žijí v dětských domovech, řešeny, ale současně také to, kolika dětí se tato problematika, z pohledu jednotlivých pracovníků dětských domovů, zhruba týká.

4.1. Výzkumné otázky

Výzkumné otázky mé práce se zabývaly zjištěními:

O1: Liší se psychologická pomoc a její dostupnost v dětských domovech v jednotlivých krajích České republiky?

O2: Je v mnohých lokalitách psychologická pomoc a její dostupnost závislá na nedostatku odborníků a služeb?

O3: Využívají dětské domovy v souvislosti s nedostatečnou psychologickou pomocí jiné návazné služby, programy, přednášky či workshopy, které mají za cíl podpořit psychickou pohodu mladistvých?

O4: Kolika procent dětí se dle pracovníků dětských domovů tato problematika týká?

4.2. Metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem zvolila kvantitativní výzkum, v rámci něhož jsem zvolila techniku dotazníku. Cílem kvantitativního výzkumu je získání odpovědí na výzkumné otázky.

4.2.1. Technika sběru dat

Technikou výzkumu byl zvolen dotazník. V dotazníku byly použity zejména uzavřené otázky, ale také několik otázek otevřených. Jelikož u některých uzavřených otázek byla nabídnuta možnost „jiné“, bylo možné, aby respondenti odpověděli více podrobně a lépe vyjádřili svůj postoj či názor. Dotazník byl zaslán v online podobě pracovníkům dětských domovů, přičemž jeho vyplnění bylo anonymní. Dotazník je v přílohách této práce (příloha č. 1).

4.2.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek výzkumu představovali pracovníci dětských domovů po celé České republice, kdy se jednalo o vychovatele, sociální pracovníky, sociální pedagogy, asistenty pedagoga, ředitele a další. Celkově bylo osloveno 120 dětských domovů, přičemž se výzkumu zúčastnilo 63 respondentů.

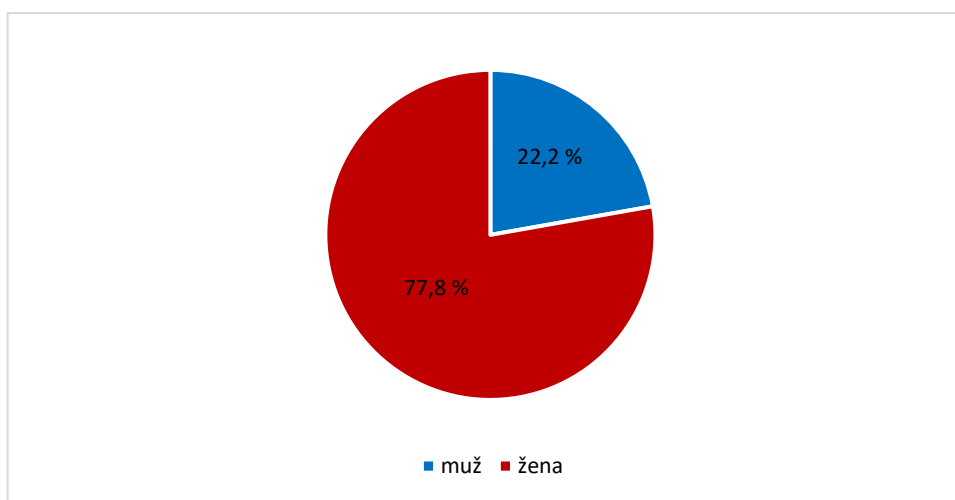
4.2.3. Harmonogram výzkumu

Výzkum se uskutečnil v březnu a dubnu roku 2025, kdy během těchto měsíců probíhal nejen samotný sběr dat, ale taktéž jeho příprava a následná distribuce mezi jednotlivé dětské domovy.

4.3. Výsledky výzkumu

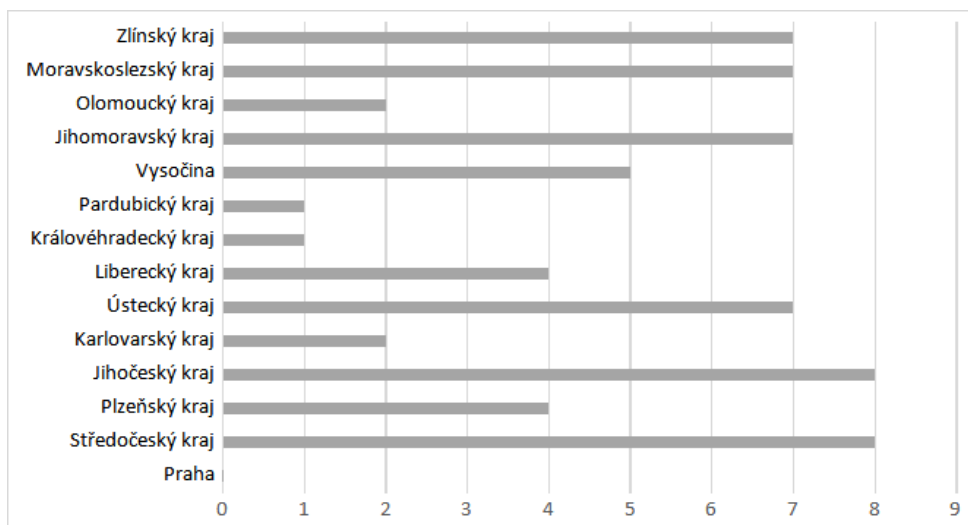
První otázka zjišťovala pohlaví respondentů, již se dotazníkového šetření zúčastnili. Respondenti měli možnost vybrat ze dvou odpovědí, či vybrat odpověď „jiné“. Dotazníku se celkově zúčastnilo 63 respondentů, přičemž se konkrétně jednalo o 49 žen a 14 mužů. Procentuálně se jednalo o 77,8 % žen a 22,2 % mužů.

Graf 1: Pohlaví respondentů



Další otázka se zabývala umístěním daného dětského domova, v němž respondent pracuje, kdy bylo zkoumáno, o jaký kraj v České republice se jedná.

Graf 2: Kraj, ve kterém se nachází dětský domov, v němž respondenti pracují

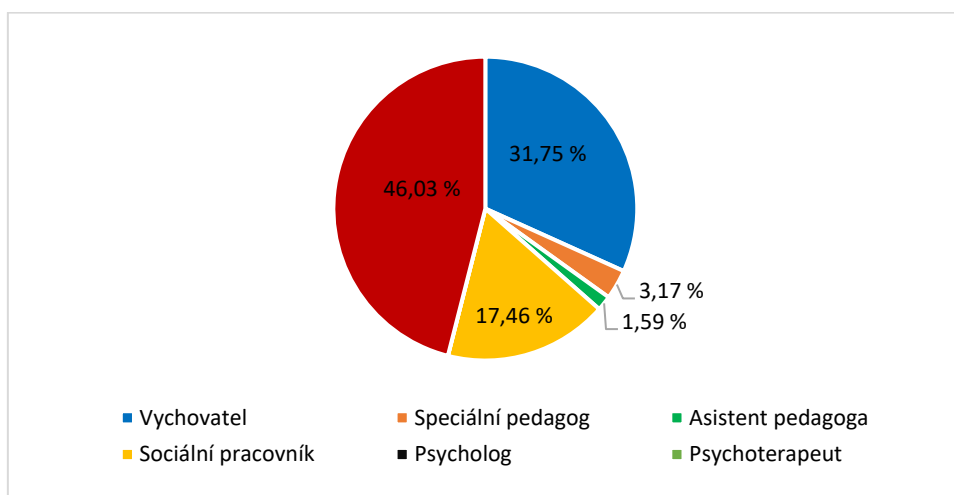


Dle výsledků byly do výzkumu nejvíce zapojeni pracovníci DD ze Středočeského, Jihočeského, Ústeckého, Jihomoravského, Moravskoslezského a Zlínského kraje. Naopak mezi

nejméně zastoupené se řadí Karlovarský, Olomoucký, Královéhradecký a Pardubický kraj. Do výzkumu ale byly zapojeny dětské domovy ze všech krajů kromě pražských dětských domovů.

Následně bylo zjišťováno, jakou pracovní pozici daní respondenti, kteří se na výzkumu podíleli, v dětském domově zastávají.

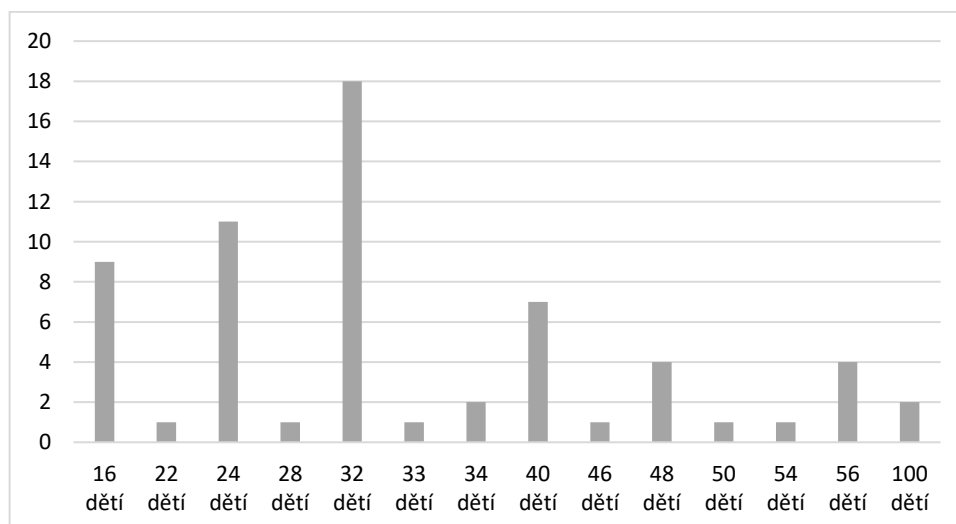
Graf 3: Pracovní pozice respondentů



Mezi nejvíce zastoupené respondenty lze zařadit vychovatele, kterých se zúčastnilo celkově 20 a tvořili 31,75 % všech dotazovaných. Dále 2 speciální pedagogy (3,17 %) a 1 asistenta pedagoga (1,59 %). Sociální pracovníci tvořili 17,46 % dotazovaných, přičemž se jednalo o 11 pracovníků. Velké zastoupení měli i další pracovníci, kteří označili možnost „jiné“, kdy se konkrétně jednalo o 18 ředitelů či ředitelky (28,57 %), 6 vedoucích vychovatelů či vychovatelek (9,53 %), 2 zástupce ředitele (3,17 %) a v neposlední řadě i 3 pracovníky, kteří zastávají více pozic, kdy se jedná o vedoucí pozici a současně pozici vychovatele či vychovatelky (4,76 %).

Další otázka byla otevřenou otázkou, kdy bylo zjišťováno, kolik míst jsou jednotlivé dětské domovy kapacitně schopny nabídnout.

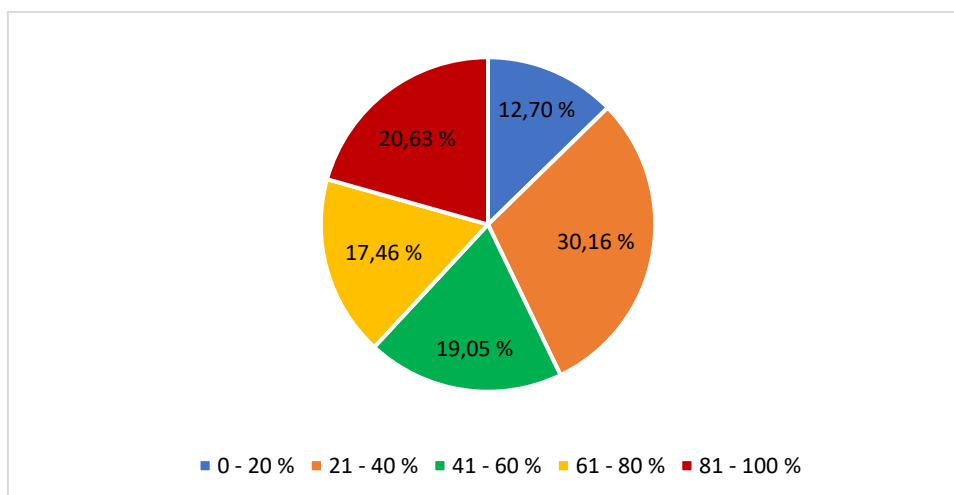
Graf 4: Kapacita dětských domovů respondentů



Nejvíce zastoupeny byly dětské domovy, jejichž kapacita se pohybuje mezi 16 až 32 místy. Naopak dětské domovy, které nabízejí větší počet míst pro děti a mladistvé, byly ve výzkumu zastoupeny v menším množství.

Jednou ze stěžejních částí výzkumu byla otázka zabývající se přibližným procentuálním zastoupením dětí, u kterých se objevují určité psychické problémy či by se jich mohla daná problematika týkat, kdy respondenti měli možnost vybrat z celkem pěti možností.

Graf 5: Procentuální zastoupení dětí trpících psychickými problémy v dětských domovech dle názoru pracovníků



Konkrétně se tedy jednalo o 8 respondentů, kteří konstatovali, že psychické problémy se týkají zhruba 0–20 % dětí v jejich DD. Nejvíce dotazovaných (19 respondentů) odpovědělo, že tyto problémy jsou zastoupeny zhruba u 21–40 % dětí, dále 12 dotazovaných si myslí, že se toto týká zhruba 41–60 % dětí, 11 dotazovaných problémy vnímá u 61–80 % dětí a u 81–100 % dětí jsou psychické problémy viditelné dle 13 účastníků výzkumu.

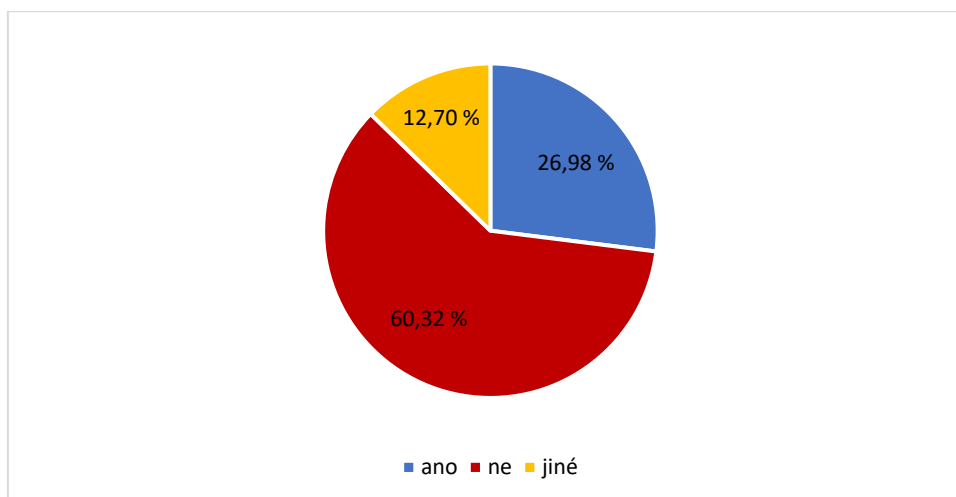
Na otázku týkající se procentuálního zastoupení psychických problémů dětí přímo navazovala další otázka, která se již konkrétně zabývala psychickými problémy, které pracovníci dětských domovů u dětí nejčastěji pozorují. Jednalo se o otevřenou otázku, kde respondenti měli možnost se vyjádřit více podrobně. Odpovědi se často opakovaly, kdy nejčastěji zmiňované byly následující problémy:

- poruchy chování, labilita;
- citová či psychická deprivace, emoční problémy;
- agresivita, autoagrese;
- rozpolcenost, neukotvenost;
- úzkost, deprese;
- změny nálad, poruchy nálad;
- sociální izolovanost;
- ADHD, poruchy pozornosti;

- sebepoškozování (automutilace);
- navazování kontaktů s vrstevníky nevhodným způsobem;
- nezvládání emocí, emoční plochost;
- nezpracovaná traumata z dětství;
- strach, frustrace;
- syndrom CAN;
- poruchy attachmentu;
- posttraumatická stresová porucha (PTSD);
- hyperkinetické chování;
- poruchy příjmu potravy;
- vrozené potíže, mentální postižení, duševní onemocnění;
- stesk po rodičích, deprivace z biologických rodin;
- ztráta důvěry a bezpečí;
- nedůvěra sama v sebe;
- sociální vazby a problémy s rodinou, vztahové potíže;
- rizikové a neadekvátní chování, závislosti.

Z hlediska mnoha výše zmiňovaných psychických problémů, které dotazovaní uváděli, bylo následně zjišťováno, zda jednotlivá zařízení mají vlastního psychologa či psychoterapeuta.

Graf 6: Přítomnost vlastního psychologa či psychoterapeuta v zařízení

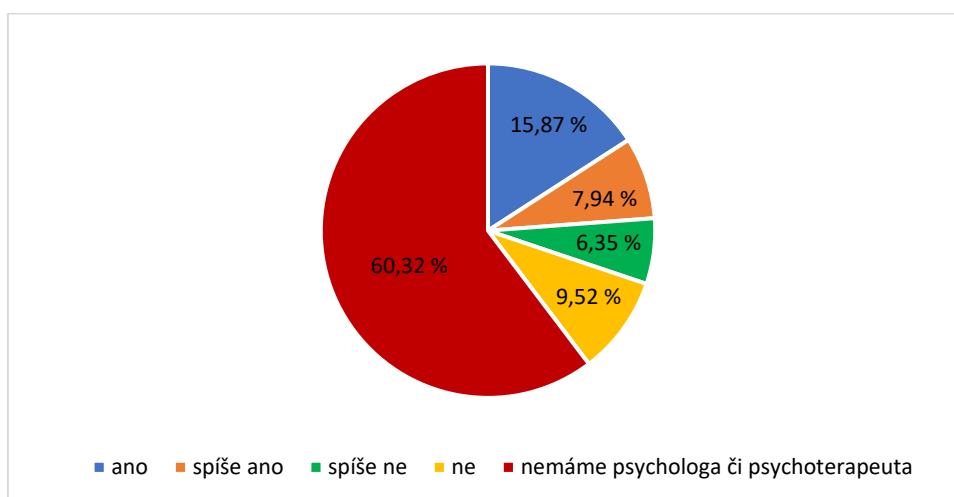


Dle získaných výsledků 60,32 % dotazovaných dětských domovů (celkem 38 odpovědí) nemá vlastního psychologa či psychoterapeuta. Psychologové či psychoterapeuti jsou přítomni u 26,98 % dotazovaných dětských domovů (celkem 17 odpovědí). Dle 12,70 % pracovníků dětských domovů, kteří se zúčastnili výzkumu, jsou poté psychologové či psychoterapeuti zaměstnání na částečný úvazek, dohodu o provedení práce či si najímají tyto pracovníky na omezený čas v rámci některé z poskytovaných služeb.

Na základě podrobnějšího zkoumání výsledků bylo zjištěno, že v určitých krajích se nachází větší počet dětských domovů, které nemají vlastního psychologa či psychoterapeuta a současně považují kapacity těchto odborníků za nedostatečné. Konkrétně se jednalo o kraj Moravskoslezský, Ústecký a Jihočeský. Svého psychologa či psychoterapeuta nemají ani dětské domovy z Karlovarského, Pardubického či Královéhradeckého kraje.

Z důvodu psychických problémů dětí bylo následně zjišťováno, zda v případě, že dětské domovy mají vlastního psychologa či psychoterapeuta, je jeho kapacita dostačující.

Graf 7: Dostatečnost kapacity psychologa či psychoterapeuta v případě jeho přítomnosti v zařízení



Celkem 60,32 % pracovníků dětských domovů, kteří se výzkumu účastnili (konkrétně 38 respondentů), uvedlo, že nemají vlastního psychologa či psychoterapeuta, což vyplývá již z předchozího grafu. Pouze 15,87 % dotazových uvedlo, že kapacita psychologické či psychoterapeutické pomoci jejich odborných pracovníků je dostačující. Dále celkem 5 dotazovaných (7,94 %) si myslí, že kapacita je spíše dostačující, 4 respondenti (6,35 %) považují kapacitu za spíše nedostačující a 9 účastníků výzkumu (9,52 %) zodpovědělo, že kapacita vlastních psychologů či psychoterapeutů, kteří v domovech působí, je nedostatečná.

Dalším důležitým zjištěním výzkumu byly způsoby, za pomoci kterých je vyhledávána psychologická či psychoterapeutická pomoc jednotlivými zařízeními v případě, že vlastního psychologa nebo psychoterapeuta nemají. Jelikož se jednalo o většinu dotazovaných, konkrétně 60,32 %, již v zařízení vlastního specialistu nemají, byla tato otázka velmi podnětná. Většina dotazovaných se shodla na tom, že v případě, že nejsou specialisté v jejich zařízení zaměstnáni na plný či částečný úvazek nebo nemají dohodnutou dobu, kdy by domov navštěvovali, jsou nuceni zajišťovat služby externě, přičemž využívají:

- externí psychology či psychiatry;
- pedopsychiatry;
- ambulantní lékaře;
- dětskou psychiatrickou ambulanci či psychiatrickou léčebnu;

- pedagogicko-psychologické poradny;
- speciálně pedagogická centra;
- střediska výchovné péče;
- diagnostické ústavy;
- krizová centra;
- neziskové organizace;
- školní psychology.

Někteří respondenti komentovali, že výrazný problém je v současné době ve volné kapacitě, kdy je náročné najít ideální službu pro konkrétní dítě. Děti občasně navštěvují specialisty v přílehlých městech či ve městech mimo daný kraj, ve kterém se jejich domov nachází.

V souvislosti s psychologickou pomocí byly v rámci další otázky zjišťovány i návazné služby, které jednotlivé dětské domovy využívají v rámci další péče o duševní zdraví svých klientů. Na tuto otázku byly odpovědi již různorodější, kdy bylo pozorováno, že stěžejní je zde nabídka v rámci jednotlivých krajů. Zmiňovány poté byly:

- střediska výchovné péče;
- diagnostické ústavy;
- pedagogicko-psychologické či jiné poradny;
- speciálně pedagogická centra;
- psychiatrické léčebny;
- logopedie;
- neurologie;
- podpůrné skupiny;
- supervize, školení;
- Linka bezpečí;
- regionální krizová centra;
- psychorehabilitační pobyty, tábory, kroužky;
- canisterapie;
- muzikoterapie;
- arteterapie;
- kraniosakrální terapie;
- volnočasové aktivity, workshopy, přednášky;
- neziskové organizace (Člověk v tísni, Centrum Naděje), projekty (Don Bosco, Patron).

Mimo výše uvedené někteří dotazovaní komentovali, že v rámci spolupráce s neziskovými organizacemi či projekty využívají občasně jejich nabízené služby a specializované programy, které se zaměřují na práci s touto cílovou skupinou, přičemž ale vždy záleží na konkrétním klientovi.

I přes to, že bylo zjištěno, že většina dotazovaných využívá v rámci svého zařízení mnoho služeb, některé dětské domovy naopak žádné návazné služby nevyužívají či je využívají zcela minimálně.

Další otázka dotazníku šla ke zjištění, zda uváděné návazné služby považují jednotliví respondenti za dostačující a z jakého důvodu si toto myslí. Z této otázky zcela jasně vyplynulo, že návazné služby dostačující nejsou. Někteří dotazovaní uváděli, že čekací doby jsou dlouhé, přičemž je náročné i samotné kontaktování dané služby.

„S dětmi by mělo být soustavně pracováno, péče by měla být intenzivní a návazná, což kapacity neumožňují.“ (žena, Zlínský kraj, sociální pracovník)

„Psychiatrie – velmi vytižená, nemožnost dovolat se telefonicky i týden. Čekání na přímé sezení trvá i 3 měsíce!!! Terapii si nejčastěji dělají vychovatelé okamžitě a sami – s nejlepším vědomím a svědomím vůči zaangažovanému dítěti.“ (žena, Liberecký kraj, ředitelka)

„Klientů přibývá, odborníci mají dlouhodobě naplněné kapacity.“ (žena, Plzeňský kraj, sociální pracovník)

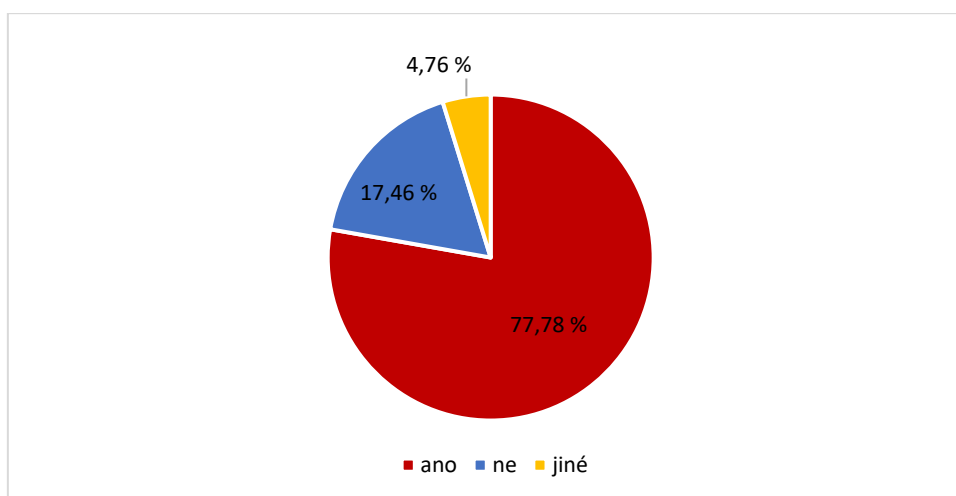
Mezi dalšími odpověďmi často zaznívalo, že mimo dlouhé čekací doby je nutné navštěvovat konkrétní služby či specialisty v jiných městech či krajích. Současně z kapacitních důvodů je poté samotné působení odborníků krátkodobé a tudíž nedostačující. Mnoho respondentů zmiňovalo nejen nedostatečné množství odborníků, ale také problém z hlediska financování daných služeb.

Naopak respondenti, kterých ale byla naprostá menšina, již považují návazné služby za dostačující, uvedli, že občasně je problém na straně samotných klientů, kteří například nechtějí s odborníky spolupracovat či se více zapojovat.

„Ano, jen motivace klientů bývá nedostatečná. Aktivity pro přípravy mladých dospívajících na odchod z dětských domovů a navázání spolupráce s doprovázející osobou jsou dostačující.“ (žena, Královéhradecký kraj, ředitelka)

Jedna z posledních otázek se zabývala využíváním některých programů, přednášek či workshopů, které by mohly podpořit psychickou pohodu a wellbeing mladistvých.

Graf 8: Využití programů, přednášek, workshopů, atd., které mohou podpořit psychickou podporu a wellbeing mladistvých



Celkem 49 respondentů (77,78 %) odpovědělo, že programy, přednášky, workshopy a jiné využívají. Nevyužívá je pouze 11 dotazovaných (17,46 %) a zbylí 3 účastníci (4,76 %) výzkumu komentovali, že využívají občasně, dle nabízených projektů neziskových organizací, či se konkrétními přednáškami, souvisejícími s tématem duševní pohody, zabývají samotní vychovatelé v rámci aktivit, které pro klienty připravují.

Poslední dvě otázky se opět pojily k otázce předchozí, kdy jedna z nich zněla „Pokud využíváte nějaké programy, přednášky, workshopy atd., o jaké se jedná?“

Jednotliví dotazovaní zmiňovali programy, přednášky či workshopy související s tématy:

- agresivity;
- vývojové psychologie;
- sexuality;
- závislostí;
- finanční gramotnosti;
- sebepoškozování;
- poruch příjmu potravy;
- bezpečnosti na internetu;
- fungování úřadů v České republice;
- fungování vysokoškolského systému, kariérního poradenství, podnikání;
- wellbeingu a relaxace.

Mimo to se ale objevily i odpovědi související se samotnou přípravou klientů na odchod z DD a přípravu na život mimo zařízení. Někteří poté zmiňovali opět muzikoterapii, arteterapii, canisterapii, různé sportovní akce či jógu. Několik dotazovaných popisovalo, že se jedná o programy primární a sekundární prevence, které jsou využívány v rámci působení specialistů, neziskových organizací či charit a jejich projektů, přičemž záleží na dané nabídce a aktuální situaci.

Jak již bylo nastíněno výše, v rámci dotazníku bylo zjišťováno, proč případně dané dětské domovy programy, přednášky, workshopy a další nevyužívají. Z tohoto zcela jasně vyplynulo, že problémem je jak finanční stránka, tak nedostatek personálních kapacit či samotných programů, ale v neposlední řadě i angažovanost klientů, kteří raději tráví čas jinými aktivitami. V určitých krajích je nedostatečná či zcela chybějící nabídka, která by byla pro daná zařízení vhodná, přičemž v některých lokalitách je problémem nemožnost ověření jednotlivých programů. Pokud DD tyto programy nevyužívají, tak například i z důvodu toho, že na děti nemají takový dopad, jaký by měly mít, a pracovníci je tudíž považují za neúčinné. Mezi odpověďmi taktéž zaznělo, že informace pojmí se k podpoře psychické pohody či wellbeingu domov přenechává škole.

4.4. Shrnutí výzkumu

4.4.1. Vyhodnocení výsledků

Výzkumu se zúčastnilo 63 respondentů, z toho 49 žen a 14 mužů. Dotazník, jenž byl vytvořen a distribuován jednotlivým respondentům, měl odpovědět na výzkumné otázky.

01: Liší se psychologická pomoc a její dostupnost v dětských domovech v jednotlivých krajích České republiky?

To, zda se psychologická pomoc a její dostupnost v jednotlivých krajích České republiky liší, mapovaly otázky: „V jakém kraji se nachází dětský domov, ve kterém pracujete?“, „Máte ve Vašem zařízení vlastního psychologa či psychoterapeuta?“, „V případě, že v zařízení máte psychologa či psychoterapeuta, je jeho kapacita dostačující?“, „V případě, že v zařízení nemáte psychologa či psychoterapeuta, jakým způsobem vyhledáváte psychologickou/psychoterapeutickou pomoc?“.

Na základě otázky, jež mapovala, zda jednotlivá zařízení mají vlastního psychologa či psychoterapeuta, bylo zjištěno, že 60,32 % dětských domovů nemá vlastního specialistu, přičemž 26,98 % psychologa či psychoterapeuta zaměstnává a zbylých 12,70 % zaměstnává pracovníka pouze na částečný úvazek či na pracovní dohodu. V souvislosti se zmiňovanou otázkou týkající se kraje, ve kterém se dané dětské domovy nachází, bylo zjištěno, že v určitých lokalitách jsou zařízení, jež nemají vlastní specialisty, kteří by se zabývali psychologickou pomocí, ale současně případné kapacity externistů jsou nedostatečné.

Dotazování poté v otázce týkající se způsobu vyhledávání odborné pomoci zmiňovali jednotlivá zařízení či návazné služby, jež využívají externě právě z důvodu absence vlastních psychologů či psychoterapeutů. V rámci této otázky také někteří zmiňovali problematiku kapacity či úplné absence služby v jejich okolí. Zde byla komentována potřeba navštěvovat odborníky či služby ve vzdálenějších lokalitách, kdy přímo byly občasné zmiňovány služby mimo daný kraj, ve kterém se konkrétní dětský domov nachází.

O2: Je v mnohých lokalitách dostupnost závislá na nedostatku odborníků a služeb?

K zodpovězení druhé výzkumné otázky přispělo několik otázek. Konkrétně pak: „Máte ve Vašem zařízení vlastního psychologa či psychoterapeuta?“, „V případě, že v zařízení máte psychologa či psychoterapeuta, je jeho kapacita dostačující?“, „V případě, že v zařízení nemáte psychologa či psychoterapeuta, jakým způsobem vyhledáváte psychologickou/psychoterapeutickou pomoc?“, „Jaké návazné služby využíváte?“, „Přijdou Vám návazné služby dostačující? Proč?“.

K této výzkumné otázce se pojily otázky, které byly podstatné i pro předchozí výzkumnou otázku, kdy bylo zkoumáno, zda zařízení mají vlastního psychologa či psychoterapeuta a zda je jeho kapacita dostatečná. Jak již bylo uvedeno výše, tak 26,98 % respondentů uvedlo, že mají vlastního psychologa či psychoterapeuta, kdy ale současně pouze 15,87 % z nich uvedlo, že tato pomoc je dostačující. Dále 7,94 % považuje kapacitu za spíše dostačující, 6,35 % kapacitu vnímá jako spíše nedostačující a za nedostačující je psychologická či psychoterapeutická kapacita považována u 9,52 % dotazovaných.

Výše bylo taktéž komentováno využívání návazných služeb a zejména jejich dostupnost, jež se v jednotlivých krajích liší, kdy ale současně touto otázkou byla zjišťována kapacita návazných služeb. Valná většina respondentů uvedla, že návazné služby využívají, kdy pouze několik dětských domovů v České republice nemá potřebu služby využívat či je využívá minimálně, jelikož jsou schopny samy psychologickou či psychoterapeutickou pomoc svým klientům poskytnout. I zde ale byla často zmiňována nedostatečná kapacita, dlouhé čekací lhůty, ale i celkově nedostatečná nabídka v daných městech nebo krajích, která je nižší než poptávka po těchto službách. Mnoho respondentů taktéž zmiňovalo finanční stránku celé této problematiky.

O3: Využívají dětské domovy v souvislosti nedostatečné psychologické pomoci jiné návazné služby, programy, přednášky či workshopy, které mají za cíl podpořit psychickou pohodu mladistvých?

Tuto výzkumnou otázku pomohly zkoumat zejména dvě otázky: „Využíváte nějaké programy, přednášky, workshopy atd., které by mohly podpořit psychickou pohodu a wellbeing mladistvých?“, „Pokud využíváte nějaké programy, přednášky, workshopy atd., o jaké se jedná?“.

Otázkou týkající se využívání jednotlivých programů, přednášek či workshopů bylo zjištěno, že celkově 77,78 % dětských domovů tyto možnosti využívá, dále 4,76 % respondentů komentovalo, že toto využívají občasně, dle aktuální nabídky. Pouze 17,46 % dotazovaných uvedlo, že nabídku návazných programů či přednášek nevyužívají.

Při mapování toho, o jaký typ přednášek, programů nebo workshopů se jedná, bylo zjištěno, že jde o témata týkající se budoucnosti jednotlivých klientů či konkrétních problémů, které se nejčastěji u klientů mohou objevovat. Zmiňovány tedy byly různé typy edukačních programů a přednášek. Komentováno bylo, že tato nabídka je využívána od jednotlivých neziskových

organizací či charit, ale taktéž v rámci několikrát zmiňované psychologické či psychoterapeutické činnosti.

Pracovníci dětských domovů, kteří komentovali, že dané návazné programy nevyužívají, popisovali problematiku související s finanční stránkou, nedostatečnou personální kapacitou či nedostatečnou nabídkou samotných programů. Dále bylo nastíněno i nedostatečné zapojení a ochota klientů se takových aktivit účastnit.

O4: Kolika procent dětí se dle pracovníků dětských domovů tato problematika týká?

K této výzkumné otázce se přímo vázala otázka „Kolika procent dětí ve Vašem dětském domově se, dle Vašeho názoru, týkají psychické problémy?“.

Tato otázka měla za cíl zmapovat aktuální situaci v dětských domovech. Bylo zjištěno, že dle většiny dotazovaných se psychické problémy objevují nejčastěji u 21–40 % dětí, což potvrdilo 19 respondentů, tedy 30,16 % všech dotazovaných. Méně než 21 % klientů dětských domovů vykazuje psychické problémy dle 12,70 % dotazovaných. Tyto problémy jsou, dle 19,05 % zaměstnanců domovů, přítomny u 41–60 % dětí. Větší zastoupení, konkrétně pak 61–80 % dětí poté trpí těmito problémy dle 17,46 % účastníků výzkumu. U valné většiny dětí či mladistvých, tedy u 81–100 % jsou viditelné dle 20,63 % pracovníků dětských domovů.

4.5. Diskuze

Hlavním cílem výzkumu této bakalářské práce, který byl realizován s pracovníky dětských domovů v České republice, bylo zmapování aktuální podpory duševního zdraví dětí v těchto zařízeních a současné možnosti řešení jejich případných psychických problémů.

V souvislosti s odbornou literaturou a samotným prováděným výzkumem jsem došla k určitým zjištěním. Jedno z nejzásadnějších zjištění byl přibližný počet ohrožených dětí a mladistvých, jichž se určité psychické problémy či onemocnění mohou týkat z pohledu zaměstnanců dětských domovů. Výzkumy v dnešní době ukazují, že psychická nepohoda a různé typy zmiňovaných duševních onemocnění či poruch jsou výraznější a procento jejich výskytu se zvyšuje. Na toto upozornil například i uváděný výzkum organizace UNICEF z roku 2021, který mluví o zhruba 11 % dětí, kterých se určité psychické problémy týkají. Je tomu tak u dětí z běžných a funkčních rodin, přičemž lze očekávat, že děti, které nemají dostatečné a zcela vhodné zázemí, budou tímto pravděpodobně trpět výrazněji. Právě toto potvrdil i vybraný vzorek, který se výzkumu zúčastnil, jenž uvedl, že toto pozoruje u vyššího procenta svých klientů. Děti a mladiství si přinášejí s sebou mnoho traumat a psychických újem, kdy z hlediska absentujících funkcí biologické rodiny může docházet k dalšímu prohlubování či přidružení jiného onemocnění.

K tomuto se pojí i zmiňovaná psychická deprivace, kdy osoby, u nichž nedochází k dostatečnému uspokojování základních potřeb a podmínky jejich běžného života týkající se

například rodinného zázemí jsou nedostatečné, bývají v souvislosti s tímto citově oploštěné, což komentuje Jedlička. V rámci získaných výsledků bylo zjištěno, že děti a mladiství mají velmi často problémy s navazováním vztahů, a to jak kamarádkých, tak i partnerských. Jelikož u nich chybí popisované rodinné zázemí a není možné, aby jejich veškeré potřeby byly zcela uspokojeny, dalo by se konstatovat, že přítomnost psychické deprivace je u nich velmi pravděpodobná.

Mezi aktuálně nejrozšířenější poruchy a onemocnění mladistvých a adolescentů v rámci národního monitoringu NUDZ a DZDA zařadily úzkostné stavy či úzkostné poruchy, poruchy chování či poruchy nálad a deprese. Tyto projevy taktéž respondenti zmiňovali, přičemž se velmi často objevovaly i problémy související se změnami nálad, zmiňované problémy v navazování či udržování vztahů, problémy s jídlem související s poruchou příjmu potravy či sebepoškozování. Při těchto projevech lze mluvit o tom, že u dítěte či mladistvého se zvyšuje riziko výskytu duševního onemocnění. Již v rámci toho, že duševní zdraví může být narušeno při zažívání větší míry stresu, problémech v rodině či náročné životní situaci, lze předpokládat, že tato cílová skupina je výrazně ohrožena, tudíž je potřeba toto více monitorovat a ideálně předem ošetřit.

Z hlediska dalších zjištění lze na základě získaných výsledků konstatovat i shodu v rámci problematiky současného nedostatku odborníků a finanční náročnosti v rámci poskytování psychologické nebo psychoterapeutické péče. S tímto se pojí i dlouhé čekací lhůty, a tudíž problém s včasným zakročením a následným řešením. V případě, že není daný problém řešen včas, dochází zcela objektivně k prohlubování a výraznějšímu ovlivnění kvality života. Současně dojde k výraznější potřebě pomoci v dospělosti nebo pokročilejším věku. Toto poté představuje problém z pohledu ekonomické zátěže, což je vnímáno i ve společnosti, a na což opět upozorňuje národní monitoring Národního ústavu pro duševní zdraví. Nejen tedy nedostatek odborníků, tabuizace ve společnosti, ale i samotné financování může být výrazným problémem pro včasné nevyhledání odborníka či specialisty.

V neposlední řadě lze diskutovat i o problematice související s aktuální přeplněností a nedostatkem míst v dětských domovech. Jak bylo zmiňováno, v souvislosti se zprávou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, nejedná se o vysokou naplněnost z důvodu delších pobytů jednotlivých dětí a mladistvých, ale o problematiku související s vyšším počtem dětí a mladistvých v ústavní péči, a to z důvodu zanedbání péče či neplnění rodičovských kompetencí nebo i nedostatečné podpoře rodin v rámci nabídky služeb. V rámci tohoto nelze, jak částečně vyplynulo z výsledků výzkumu, z důvodu vyšších početních skupin, poskytovat či zajišťovat potřebnou odbornou pomoc v takové úrovni, která by byla ideální a současně potřebná.

I z hlediska výše zmiňovaného, tedy přeplněnosti a nedostatečné dostupnosti potřebné odborné pomoci, jsou jednotlivá zařízení nucena hledat a využívat pomoc jinde. K tomu, aby docházelo k včasné pomoci u jednotlivých dětí a mladistvých, je často potřeba využívat další návazné služby či programy, které mají za cíl zmiňovanou podporu duševního zdraví a prevenci.

Proto, aby byl vývoj dítěte řádný, a to jak fyzický, tak psychický, je k tomuto zapotřebí úplná a funkční rodina, jak komentuje Pugnerová a Kvintová. Nutná je k tomuto citová podpora, sympatie a vřelost. I přesto, že jednotliví pracovníci mohou děti a mladistvé podporovat a nabídnout jim co nejvhodnější zázemí pro jejich vývoj, nelze zcela nahradit jejich biologickou rodinu. Lze tedy předpokládat, že při absenci vhodného rodinného zázemí se mohou objevit u jedinců psychická onemocnění či duševní poruchy.

4.6.Limity výzkumu

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že má své limity, které mohly do jisté míry ovlivnit celkové výsledky. První limit představuje způsob sběru jednotlivých dat, jelikož dotazník byl zasílán online formou a některé otázky byly otevřené. Toto mohlo do určité míry způsobit subjektivnost výstupů a snížení celkové validity. Současně ale toto podpořilo počet oslovených dětských domovů, kdy z hlediska zvolení kvantitativní metody výzkumu bylo možné oslovit a zohlednit pohled vyššího početního vzorku, než jak by tomu pravděpodobně bylo u kvalitativního výzkumu.

Další ovlivnění výsledků mohlo být způsobeno počtem účastníků výzkumu. I přesto, že bylo celkově osloveno 120 dětských domovů po celé České republice, dotazníku se zúčastnilo 63 respondentů.

S tímto může částečně souviset i další limit, za který lze považovat složení vzorku respondentů, kdy se zúčastnilo 49 žen a pouze 14 mužů. Poměr tak nebyl vyvážen, jelikož dotazník vyplnilo 77,8 % žen a 22,2 % mužů. Toto ale může částečně souviset s tím, že většina zaměstnanců jednotlivých dětských domovů jsou především ženy.

Závěr

I přesto, že se v současné době již otevřeně mluví o psychickém zdraví, duševních onemocněních nejen u dětí, ale i dospělých, tato diskuze stále neprostupuje celou společností a osvěta není dostatečná. Hledání vhodných psychologů, psychoterapeutů a dalších odborníků je v dnešní době náročné i pro jedno dítě, natož pro několik dětí. Současně hledání ideální psychologické pomoci není jediným úkolem pracovníků dětských domovů, a to nehledě na nedostatečné kapacity, dlouhé čekací lhůty a finanční stránku celé věci.

U dětí z dětských domovů jsou často uváděny různé typy problémů, kdy nejčastěji je zmiňována problematika jejich odchodu a následného samostatného fungování v běžném životě. Komentována je například nedostatečná připravenost a obava z jejich zapojení do společnosti. Právě z tohoto hlediska se služby často zaměřují na tato témata, aby předcházely případným nezdarům po jejich odchodu. Možná i z tohoto důvodu se ve společnosti zdánlivě opomíjí jejich psychické zdraví a pojmenovává se pouze velmi obecně určitá emoční nestabilita, vztahové problémy či náročná a komplikovaná minulost.

Smyslem a cílem této bakalářské práce bylo zjistit více o duševním zdraví a psychických problémech dětí a mladistvých. Současně bylo záměrem upozornit na předpokládanou nedostatečnou pomoc, a to jak z hlediska odbornosti či lokality, tak zejména z hlediska financí.

V teoretické části jsem se zaměřila na oblasti a základní informace, které se k celé problematice pojí a úzce s ní souvisejí. Byla charakterizována rodina a její funkce, ale současně i její případné poruchy, dále ústavní péče a její jednotlivé složky. V neposlední řadě bylo definováno duševní zdraví, typy duševních poruch, byla představena některá psychická onemocnění, která se mohou v rámci tohoto tématu u dětí a mladistvých objevovat, a taktéž možnosti řešení či podpory.

V praktické části práce jsem si stanovila cíl práce a výzkumné otázky. Mojí snahou bylo zjistit, jak jsou v současné době řešeny psychické problémy dětí z dětských domovů. Na základě předkládaných výsledků je zřejmé, že na jednotlivé výzkumné otázky, které byly předem určeny, bylo výzkumem zodpovězeno. Jejich výsledky do jisté míry korelují i s faktem, který byl nastíněn již v teoretické části, tedy tím, že psychické problémy se stále častěji týkají dětí a mladistvých, kdy současně ale není dostatek odborníků, kteří by vždy mohli včasné a dostatečně zakročit. Potvrdil se i fakt, že některé kraje jsou tímto problémem postiženy více a hledání pomoci či různých typů služeb je pro ně náročnější.

I přes to, že bylo zodpovězeno na výzkumné otázky, je možné konstatovat, že získaná data se do určité míry shodují s odbornou literaturou a poznatky zmiňovaných autorů. Problematika je ale bezpochyby stále nedostatečně zmapována a zejména nedostatečně publikována mezi širokou veřejností. Je zřejmé, že o většině získaných a potvrzených výsledcích se všeobecně ví, avšak nedochází k dostatečným změnám.

Seznam použité literatury

BENDL, Stanislav. *Vychovatelství: Učebnice teoretických základů oboru*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9762-5.

ČEVELA, Rostislav. *Sociální a posudkové lékařství*. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2938-4.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava, BUREŠOVÁ, Iva, HAVIGEROVÁ, Jana, JELÍNEK, Martin, KLIMUSOVÁ, Helena et al. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8719-4.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Psyché. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

GILLERNOVÁ, Ilona; KEBZA, Vladimír a RYMEŠ, Milan. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7448-0.

HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a KOL. LIBIGER JAN A. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3011-3

HRICOVÁ, Alena; URBAN, David a ONDRÁŠEK, Stanislav (ed.). *Sociální práce: současné trendy*. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5131-8.

JEDLIČKA, Richard. *Psychický vývoj dítěte a výchova: Jak porozumět socializačním obtížím*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9616-6.

JOCHMANNOVÁ, Leona a KIMPLOVÁ, Tereza. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-4717-5.

KIMPLOVÁ, Tereza; NĚMCOVÁ, Leona a SVOBODA, Jan. *Psychologie rodiny*. Psyché. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3064-1.

LANGMEIER, Zdeněk a MATĚJČEK, Josef. *Psychická deprivace v dětství*. Karolinum, 2024. ISBN 978-80-246-5721-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Albatros Media, 2017. ISBN 978-80-742-9860-8.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9423-0.

PEMOVÁ, Terezie; PTÁČEK, Radek a POLÁK, Vladimír. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: praktický průvodce a nástroje*. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-3933-0.

PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9519-0.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny: Druhé, přepracované vydání*. Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0253-0.

VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5024-1.

VAVRYSOVÁ, Lucie. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5427-6.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-6997-4.

Zákon č. 333/2012 Sb., ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony: účinnost od 1. 11. 2012

Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník. 2012

Zákon č. 301/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), ve znění pozdějších předpisů. 2011.

Zpráva o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023. Online. Dostupné z: https://cdn.prod.website-files.com/60116766a467a421c24db1fc/6475e2248fb600ae1ec41a04_II_material_zprava_pece_ohrozene_deti2023.pdf.

Investice do dětí Proč přesunout finanční prostředky vynakládané na ústavní péči do podpory rodin a komunit. Online. Dostupné z: https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/Investice_do_deti_CELA_ZPRAVA_web_ilwLbI5.pdf?

Duševní onemocnění. Online. Národní zdravotnický informační portál. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340>.

I. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.

Duševní zdraví. Online. Státní zdravotní ústav. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/dusevni-zdravi/>.

F90-F98 - Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání. Online. MKN-10 klasifikace. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F91.9>.

F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady). Online. MKN-10 klasifikace. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F34.9>.

State of the World's Children 2021. Online. Unicef. Dostupné z: <https://www.unicef.org/eu/media/2021/file/State%20of%20the%20World%27s%20Children%202021.pdf>.

Duševní zdraví dětí. Online. Česko v datech. Dostupné z: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/180-dusevni-zdravi-deti/#article-content>.

Duševní zdraví dětí a adolescentů. Online. Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <https://dzda.cz/>.

Pro rodiče dětí s psychickými problémy. Online. 2022. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2022/03/21/pro-rodice-deti-s-psychickymi-problemy/>.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Online. American Psychological Association. Dostupné z: <https://www.apa.org/depression-guideline/patient-health-questionnaire.pdf>.

GAD-7 Anxiety. Online. Anxiety & Depression Association of America. Dostupné z: https://adaa.org/sites/default/files/GAD-7_Anxiety-updated_0.pdf.

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030. Online. 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>.

The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5). Online. Dostupné z: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-5_english-original4da539d6ed4b49389e3afe47cda2326a.pdf?sfvrsn=ed43f352_11&download=true.

Krise péče o duševní zdraví dětí v České republice – proč nastala a co s ní? Online. Dostupné z: <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/krize-pece-o-dusevni-zdravi-deti-v-ceske-republice-proc-nastala-a-co-s-ni-2>.

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Jmenuji se Eliška Voráčková a jsem studentkou 3. ročníku Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy, oboru Sociální a charitativní práce. V rámci své bakalářské práce se zaměřuji na téma Podpory duševního zdraví dětí z dětských domovů. Tento výzkum má za cíl podpořit jednotlivé služby, jejich kvalitu a rozšířit povědomí této problematiky ve společnosti. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mého výzkumu, je zcela anonymní a zabere Vám zhruba 10 minut. Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena
- c) Jiné

2. V jakém kraji se nachází dětský domov, ve kterém pracujete?

- a) Praha
- b) Středočeský kraj
- c) Plzeňský kraj
- d) Jihočeský kraj
- e) Karlovarský kraj
- f) Ústecký kraj
- g) Liberecký kraj
- h) Královéhradecký kraj
- i) Pardubický kraj
- j) Vysočina
- k) Jihomoravský kraj
- l) Olomoucký kraj
- m) Moravskoslezský kraj
- n) Zlínský kraj

3. Jakou pozici v dětském domově vykonáváte?

- a) Vychovatel
- b) Speciální pedagog
- c) Asistent pedagoga
- d) Sociální pracovník
- e) Psycholog
- f) Psychoterapeut
- g) Jiné

4. Jaká je kapacita Vašeho dětského domova?

5. Kolika procent dětí ve Vašem dětském domově se, dle Vašeho názoru, týkají psychické problémy?

- a) 0 – 20 %
- b) 21 – 40 %

- c) 41 – 60 %
- d) 61 – 80 %
- e) 81 – 100 %

6. **Jaké jsou, dle Vašeho názoru, nejčastější psychické problémy, které u dětí ve Vašem domově pozorujete?**

7. **Máte ve Vašem zařízení vlastního psychologa či psychoterapeuta?**

8. **V případě, že v zařízení máte psychologa či psychoterapeuta, je jeho kapacita dostatečná?**

9. **V případě, že v zařízení nemáte psychologa či psychoterapeuta, jakým způsobem vyhledáváte psychologickou/psychoterapeutickou pomoc?**

10. **Jaké návazné služby využíváte?**

11. **Přijdou Vám návazné služby dostatečné? Proč?**

12. **Využíváte nějaké programy, přednášky, workshopy atd., které by mohly podpořit psychickou pohodu a wellbeing mladistvých?**
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Jiné

13. **Pokud využíváte nějaké programy, přednášky, workshopy atd., o jaké se jedná?**

14. **Pokud programy, přednášky, workshopy atd. nevyžíváte, z jakého důvodu?**