

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Sociální práce v péči o duševní zdraví

SPECIFIKA PRÁCE S DOSPÍVAJÍCÍMI S DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM VE VÝCHOVNÝCH ZAŘÍZENÍCH

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Barbora Dvořáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Barbora Dvořáková
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Obor:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	Specifika práce s dospívajícími s duševním onemocněním ve výchovných zařízeních
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Cíl práce:	Cílem závěrečné práce je identifikovat zdroje podpory a bariéry odborné práce s dospívajícími s duševním onemocněním pohledem pracovníků zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Ve výzkumu se předpokládá využití kvalitativní metodologie.

Abstrakt

Cílem práce bylo najít a identifikovat zdroje podpory a bariéry, které vnímají samotní pracovníci výchovných zařízení, při své každodenní práci se skupinou dospívajících s duševním onemocněním. Jako teoretický koncept byla použita systémově-ekologická teorie, která zdroje podpory a bariéry nalézá v několika základních dimenzích jako jsou komunikace, vztah, duševní stabilita, organizace, administrativa, dostupnost zdrojů, spolupráce s odborníky a rodinou, legislativa a systém, a nakonec obraz profese pohledem veřejnosti. K výzkumu byla použita kvalitativní metoda pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Z výzkumu vyplývá, že pracovníci vnímají zdroje podpory a bariéry napříč celým systémem ústavní péče, kdy jako nejvýraznější externí překážka vystupuje legislativní ukotvení, zatímco nejvýrazněji pociťovanou interní bariérou je únava a vyčerpání. V návaznosti na tyto překážky pracovníci využívají externí podpůrnou strategii v podobě spolupráce v týmu a na straně vnitřní motivace je důležitým činitelem vnitřní přesvědčení o smyslnosti této profese.

Klíčová slova

Bariéry, dospívající, duševní onemocnění, pracovníci ústavních zařízení, výchovná zařízení, zdroje podpory

Abstract

The aim of the work was to find and identify sources of support and barriers perceived by the educational staff themselves in their daily work with a group of adolescents with mental illness. As a theoretical concept, the system-ecological theory was used, which finds the sources of support and barriers in several basic dimensions such as communication, relationship, mental stability, organization, administration, availability of resources, cooperation with professionals and family, legislation and system, and finally the image of the profession as seen by the public. A qualitative method using semi-structured interviews was used for the research.

The research shows that staff perceives sources of support and barriers across the whole residential care system, with legislative anchoring standing out as the most significant external barrier, while fatigue and exhaustion are the most strongly felt internal barriers. In relation to these barriers, staff use an external support strategy in the form of teamwork and, on the intrinsic motivation side, an important factor is the internal belief in the meaningfulness of the profession.

Keywords

Barriers, adolescents, mental illness, staff of institutional facilities, residential care, sources of support

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do její skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce doc. PhDr. Milanu Tomkovi, PhD. za jeho ochotu a cenné rady v průběhu vedení této práce.

Rovněž děkuji své rodině za její trpělivost a podporu.

Obsah

Seznam obrázků.....	8
Seznam tabulek	9
Seznam zkratk.....	10
Úvod	11
1 Teoretická část	13
1.1 Duševní zdraví u dospívajících	13
1.1.1 Charakteristika dospívání jako vývojového období	14
1.1.2 Psychické poruchy a onemocnění v dospívání.....	16
1.1.3 Včasný zásah a cílená prevence	17
1.1.4 Dospívající s duševním onemocněním v ústavní péči	18
1.2 Ústavní péče u dospívajících	20
1.2.1 Legislativní rámec ústavní péče	21
1.2.2 Zařízení pro výkon ústavní výchovy v ČR	22
1.2.3 Pracovníci výchovných zařízení	25
1.3 Zdroje podpory a bariéry u pracovníků výchovných zařízení	26
1.3.1 Definiční vymezení bariér a zdrojů podpory	26
1.3.2 Systémový model jako výchozí teoretický koncept pro pochopení práce pomáhajícího profesionála ve výchovném zařízení	27
1.3.3 Vztah jako základní předpoklad intervenčního procesu	30
1.3.4 Specifické nároky na pracovníky výchovných zařízení	33
1.3.5 Profesionální a osobnostní kompetence u pracovníků výchovných zařízení.....	35
1.3.6 Faktory prostředí.....	37
1.3.7 Legislativa a systémové řešení.....	45
1.3.8 Mediální obraz výchovných zařízení	45
2 Výzkumná část / Praktická část	47
2.1 Cíl výzkumu/projektu	47
2.2 Metodika výzkumu.....	49
2.3 Výsledky výzkumu a interpretace dat.....	52
2.3.1 Zdroje podpory a bariéry v oblasti komunikace.....	52
2.3.2 Zdroje podpory a bariéry v oblasti navázání a udržení vztahu	55
2.3.3 Zdroje podpory a bariéry v oblasti vlastní duševní stability.....	60
2.3.4 Zdroje podpory a bariéry v oblasti organizace.....	65
2.3.5 Zdroje podpory a bariéry v oblasti administrativy	71
2.3.6 Zdroje podpory a bariéry v oblasti dostupnosti zdrojů (finance, pracovníci, materiální vybavení).....	74

2.3.7	Zdroje podpory a bariéry v oblasti spolupráce s externími odborníky a institucemi.....	78
2.3.8	Zdroje podpory a bariéry v oblasti spolupráce s rodinami dospívajících s duševním onemocněním	83
2.3.9	Zdroje podpory a bariéry v systémové a legislativní oblasti	87
2.3.10	Zdroje podpory a bariéry v oblasti vnímání profese pracovníka výchovného zařízení ze strany komunity a veřejnosti.....	91
2.4	Diskuse	96
2.5	Návrhy a doporučení pro praxi	99
	Závěr	101
	Seznam použitých zdrojů.....	103
	Přílohy.....	108

Seznam obrázků

Obrázek 1: Triadický model recipročního determinismu.....	28
Obrázek 2: Bariéry v komunikaci	53
Obrázek 3: Zdroje podpory v komunikaci	55
Obrázek 4: Bariéry ve vztahové práci.....	57
Obrázek 5: Zdroje podpory ve vztahové práci	59
Obrázek 6: Zdroje podpory v oblasti duševní stability	62
Obrázek 7: Bariéry v oblasti duševní stability.....	64
Obrázek 8: Bariéry v oblasti organizace	67
Obrázek 9: Zdroje podpory v oblasti organizace	69
Obrázek 10: Zdroje podpory v oblasti administrativy	71
Obrázek 11: Bariéry v oblasti administrativy	73
Obrázek 12: Zdroje podpory v oblasti dostupnosti zdrojů	75
Obrázek 13: Bariéry v oblasti dostupnosti zdrojů	77
Obrázek 14: Zdroje podpory v oblasti externí spolupráce	80
Obrázek 15: Bariéry v oblasti externí spolupráce.....	82
Obrázek 16: Zdroje podpory v oblasti spolupráce s rodinou.....	84
Obrázek 17: Bariéry v oblasti spolupráce s rodinou	86
Obrázek 18: Bariéry v oblasti legislativy a systému.....	90
Obrázek 19: Zdroje podpory v obrazu profese.....	92
Obrázek 20: Bariéry v obrazu profese	94

Seznam tabulek

Tabulka 1: Personální obsazení VÚ	26
Tabulka 2: Možné spolupracující organizace s DD a VÚ.....	41
Tabulka 3: Charakteristika výzkumného vzorku.....	51

Seznam zkratk

DDŠ	Dětský domov se školou
DDÚ	Dětský diagnostický ústav
DÚM	Diagnostický ústav pro mládež
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
OSŘ	Občanský soudní řád
OZ	Občanský zákoník
ZŘS	Zákon o zvláštních řízeních soudních
ZSPOD	Zákon o sociálně-právní ochraně dětí
ZSVM	Zákon o soudnictví ve věcech mládeže
ZŘS	Zákon o zvláštních řízeních soudních
VVÚOV	Vyhláška o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy
ZVÚOV	Zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy

Úvod

Jako studentka oboru sociální práce v péči o duševní zdraví považuji problematiku duševního zdraví dětí a mladistvých za velmi zásadní, protože právě v období dospívání může dojít k řadě procesů, které ovlivní sociální fungování mladého jedince na celý budoucí život. Skupina dospívajících, která se potýká s psychickými problémy, a zároveň je umístěna ve výchovných zařízeních, je velmi specifickou cílovou skupinou, protože vykazuje vysokou míru ohrožení, a tudíž je zapotřebí jim věnovat zvýšenou pozornost. Porozumění tomu, jaká specifika zahrnuje práce s těmito dospívajícími, vnímám jako důležité i pro pomáhající profese, které se po ukončení ústavní péče, budou s touto cílovou skupinou potkávat v rámci návazné spolupráce, ať už se jedná o neziskový či státní sektor sociálních a zdravotních služeb.

Výchovná zařízení hrají klíčovou roli v procesu rehabilitace a reintegrace mladistvých, kteří se ocitli v obtížné životní situaci. Pracovníci těchto zařízení, ať už jde o psychology, pedagogy, sociální pracovníky nebo terapeuty čelí každodenně mnoha výzvám, které ovlivňují nejen kvalitu jejich práce, ale i celkovou atmosféru a efektivitu výchovného procesu. V této souvislosti vnímám jako důležité zmapovat zdroje podpory, které mohou pracovníkům pomáhat překonávat obtíže spojené s jejich profesí, stejně jako bariéry, které mohou bránit jejich optimálnímu výkonu.

Veřejný ochránce práv ve své zprávě z návštěv zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (konkrétně DDŠ a VÚ se specializací na děti se závislostmi) uvádí, že stávající právní úprava ústavní výchovy již nedokáže reagovat na současné potřeby a obtíže dětí a neposkytuje zařízením jasná vodítka pro práci s těmito obtížemi dětí pracovat a jak naplňovat jejich potřeby. Problematická je i zakázka ze strany státu vůči těmto zařízením. Na jedné straně má stát představu o tom, jak by měla péče o děti v ústavní péči vypadat, na druhé straně se resorty, které na péči o děti participují (Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí) nejsou schopny domluvit na jednotném a vzájemně podpůrném postupu.

Zároveň se zde zapomíná na zaměstnance těchto zařízení, na nichž však systém péče o děti v zařízeních zcela stojí. Nutno říci, že nejen u dětí se závislostmi se přitom jedná o péči velmi náročnou a bez vhodného metodického, personálního a materiálně-technického zázemí i rizikovou (Ombudsman, Veřejný ochránce práv, Zpráva z návštěv zařízení, 2024).

Pro ilustraci a srovnání lze citovat pojednání o výchovných ústavech dle Matouška a Kroftové (1998), kteří uvádí, že výchovné ústavy se potýkají s chybějící koncepcí tohoto druhu výchovy, která by měla reagovat na měnící se společenskou situaci, s nedostatečnou profesní přitažlivostí zařízení pro nové pracovníky a s útekem dospívajících, kterým má málokdo odvahu preventivně zabránit. Pracovníci výchovných ústavů vystupují v různých odborných diskuzích a fórech mnohdy jako rezignované oběti nezájmu centrálních orgánů státu a stěžují si na to, že ač mají na starosti nejhůře vzdělatelné a vychovatelné mladé lidi, při přidělování finančních prostředků, legislativních, či jiných forem podpory, jsou těmi posledními v řadě. Zařízení, ve kterých personál vyvíjí v rámci stávajících možností úsilí o zavedení systémových inovací, jsou spíše výjimkou. Autoři uzavírají, že patrně nepřehání, když hodnotí, že pro oblast ústavní péče

o rizikovou mládež je charakteristická spíše atmosféra deziluze a rezignace než nadšení pro nutné změny.

Jak lze tedy vidět, i v literatuře vydané před více než čtvrt stoletím se objevují v problematice ústavních zařízení stejně tíživá témata, jež jsou aktuální i v dnešní době.

Matoušek a Kroftová (1998) vnímají jako problematickou i nedostatečnou diferenciaci výchovných zařízení, kde se díky tomu spolu potkávají a vyrůstají jedinci s nejrůznější plejádou osobnostních vlastností, psychických poruch a životních zkušeností, kteří by podle názoru odborníků spolu vyrůstat a žít neměli. V tomto ohledu lze ale najít určitý posun, jak si můžeme všimnout v Zákoně o výkonu ústavní výchovy. Zařízení již prodělala proces rozčlenění a specializace tak, aby pokrývala péči a výchovu dětí i dospívajících dle jejich specifických nároků a potřeb.

Pro potřeby této diplomové práce jsem jako výzkumný vzorek zařízení pro výkon ústavní výchovy zvolila dětský domov a výchovný ústav bez zřízeného výchovně-léčebného oddělení. Důvody, které mě vedly k této volbě, jsou vcelku prosté. Mou snahou bylo zaměřit se na práci s dospívajícími s duševní poruchou či onemocněním, kteří zároveň nemají natolik extrémní projevy chování, aby byli umístěni na specializované oddělení nebo pracoviště. Mou snahou je tedy výzkumně zpracovat práci s tou skupinou dospívajících, kteří mají určité specifické duševní poruchy, nicméně jejich projevy chování jsou konformní s pobytem v nejběžnějších typech ústavních zařízení. Právě personál těchto zařízení dle mého názoru čelí největší výzvě ve svém výchovném, pedagogickém a sociálně rehabilitačním úsilí, neboť jejich práce může významně ovlivňovat, kam se pomyslný jazýček vah v oblasti zvládnutí běžných nároků dospělého života u těchto dětí vychýlí. Nejedná se tedy o děti, které si nesou výrazné asociální osobnostní rysy a které již mají za sebou natolik závažné formy delikventního chování, že je bohužel velmi vysoká pravděpodobnost, že jejich budoucí kroky je nasměrují na kriminálně recidivní nebo závislostní dráhu života. Naopak se jedná o práci s dětmi, jejichž potenciál je prozatím ne zcela zjevný a teprve čas ukáže, jak uspějí v dalším životě.

Cílem této práce je analyzovat různé aspekty zdroje podpory, stejně tak i bariéry, se kterými se pracovníci výchovných zařízení setkávají. Zdroje podpory mohou zahrnovat jak interní faktory jako je vnímání smysluplnosti profese, tak i externí faktory jako jsou vzdělávací programy nebo legislativa. Na druhé straně bariéry mohou vyplývat z nedostatku finančních prostředků, vysokého pracovního zatížení, absence odborného vzdělávání či psychické zátěže spojené s prací s dospívajícími, kteří mají často traumatické zkušenosti.

Teoretické ukotvení bude vycházet ze systémově-ekologického modelu a rozděluje práci ve výchovném zařízení do několika dimenzí, ve kterých budou identifikovány jednotlivé zdroje podpory a bariéry. V práci bude použita kvalitativní výzkumná strategie s použitím polostrukturovaného rozhovoru.

Důkladné porozumění komplexním aspektům profese výchovného pracovníka je nezbytné pro zlepšení pracovního prostředí a zvýšení efektivity výchovných zařízení. Práce se zaměří na analýzu současného stavu v oblasti podpor a bariér, a na základě výzkumu navrhne případná doporučení pro zlepšení.

1 Teoretická část

V teoretické části diplomové práci se budu nejprve zabývat obdobím dospívání a problematikou duševních onemocnění u dospívajících. Rovněž se zaměřím na charakteristiku dospívajících s duševním onemocněním v ústavní péči.

V další části bude popsána institucionální péče o dospívající v rámci České republiky se zaměřením na výchovná zařízení, jejichž klienty jsou nezletilí nebo mladiství s duševním onemocněním, u kterých byla zároveň nařízena ústavní výchova, a charakter jejich onemocnění umožňuje pobyt v nejběžnějších zařízeních ústavní péče.

V poslední části tohoto oddílu specifikuji teoretické ukotvení pro porozumění složitosti systému práce profesionála ve výchovném zařízení. Dále pojmenuji jednotlivé oblasti, ve kterých lze identifikovat zdroje podpory a bariéry na straně pracovníků výchovných zařízení při práci s dětmi s duševním onemocněním.

1.1 Duševní zdraví u dospívajících

Dospívání je obdobím, které je pro každého jedince zásadní, neboť se v něm formují identity, hodnoty a životní směřování. Je to také doba, kdy se mladí lidé potýkají s řadou psychologických a emočních změn, které mohou ovlivnit jejich duševní zdraví. Duševní onemocnění, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, poruchy v chování, či poruchy příjmu potravy se v této fázi života objevují s alarmující frekvencí. Statistiky ukazují, že přibližně jedno z pěti dětí zažije v průběhu dospívání nějakou formu duševního onemocnění (WHO, 2024). V rámci České republiky provedl Národní ústav pro duševní zdraví v roce 2023 rozsáhlý monitoring duševního zdraví u dětí a dospívajících. Z výsledků je patrné, že 30% dotazovaných jeví známky středně těžké úzkosti a 40 % žáků 9. tříd známky středně těžké deprese. Platí přitom, že ve všech oblastech duševního zdraví jsou více zasaženy dívky než chlapci. V porovnání s chlapci dívky vykazují dvojnásobně větší četnost výskytu depresivních a úzkostných symptomů (NÚDZ, 2023).

Kromě těch nejčastěji se vyskytujících forem onemocnění ale považuji za důležité zmínit i například poruchu sexuální identity, která možná není v rámci svého výskytu tak častá, ale o to tíživější dopady má pro dospívající osoby, které se podílí na jejich péči a výchově.

Tři čtvrtiny duševních poruch vznikají před dosažením 18. narozenin, polovina již před 15. rokem. Velký nárůst i prohloubení psychických potíží u dospívajících zapříčinila i pandemie COVID-19 (NÚDZ, 2022). Významnou roli ovšem hraje několik dalších faktorů, včetně sociálního tlaku, školních stresorů, rodinných problémů a rychlého rozvoje technologií, které mohou mít jak pozitivní, tak negativní vliv na psychickou pohodu. Je důležité si uvědomit, že duševní onemocnění u dospívajících neovlivňuje pouze jednotlivce, ale má také dalekosáhlé důsledky pro jejich rodiny, přátele a společnost jako celek. V tomto kontextu je nezbytné zaměřit se na prevenci, včasnou diagnostiku a adekvátní léčbu, aby se mladým lidem poskytla potřebná podpora a pomoc v této náročné životní etapě. Pokud projevy duševního onemocnění nejsou v období dospívání správně identifikovány a léčeny, mohou mít trvale nepříznivé následky pro

duševní zdraví daného jedince i jeho schopnost zvládat nároky každodenního života.(Němečková, 2024, in Hricová, Urban, Ondrášek et al. 2024).

V následujících částech se budu podrobněji zabývat charakteristikou dospívání, různými druhy duševních poruch a onemocnění u dospívajících. Specifikace těchto onemocnění včetně jejich příčin, symptomů a metod, jak s těmito dětmi efektivně pracovat je součástí přílohy.

1.1.1 Charakteristika dospívání jako vývojového období

Období dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje přibližně věkové období od 10 do 20 let života jedince. Dochází zde ke kompletní proměně osobnosti, a to ve všech jejích oblastech, tedy jak na úrovni biologické, psychické a sociální (Vágnerová, Lisá, 2021). Siegel (2016) pak hovoří o neuvěřitelně formativním období, které je plné velkých výzev pro adolescenty i dospělé, kteří jsou jim oporou. Věkově toto dle něj spadá k hranici 12-24 let.

V průběhu adolescence také dochází k diferenciaci emoční škály a integraci vyšších citů, které se rozvíjí do větších celků, a to v souladu s celkovým rozvojem osobnosti. Dřívější teorie považovali adolescenci za období typické emoční labilitou dospívajících jedinců, ale pozdější studie potvrdily, že tuto charakteristiku lze vztáhnout spíše na období rané adolescence. Významnou roli zde hrají především individuální typologické rozdíly mezi jednotlivými jedinci, které převažují nad těmi věkovými. Svůj vliv mají rovněž kulturní a socioekonomické faktory. V moderních vyspělých společnostech je podíl adolescentů, kteří procházejí tímto obdobím bez výrazných emočních rozlad vyšší, než těch, kteří je zažívají (Macek, 2003).

Janošová (2008) uvádí, že dospívání můžeme charakterizovat jako období vzrůstající autonomie a samostatnosti mladého jedince. Svými potenciálními schopnostmi se blíží spíše dospělému, avšak dosaženými zkušenostmi je stále na úrovni dítěte. Tento nepoměr vytváří určitý vnitřní boj. Dospívající člověk bojuje s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o svých schopnostech a o své pozici ve společnosti (Vágnerová, Lisá, 2021). Jedním z projevů této nerovnováhy jsou časté hádky s dospělými a emočně dynamické rozpravy s vrstevníky.

Je evidentní, že dospívání mladého člověka není pouze jeho privátní záležitostí, ale významně ovlivňuje celou rodinu. To je dáno především vzrůstající autonomií a samostatností potomka (Janošová, 2008).

Příchod dospívání je známkou normálního vývoje dítěte, nicméně pro pečující osoby představuje jistou zátěž a zdroj nových obav z rizik, která jsou pro toto období typická. Proces dospívání tedy může působit i jako zátěžová zkouška pro vzájemné vztahy. Carr-Gregg (2011) uvádí, že rodiče sami považují za výchovně nejnáročnější období svých dětí etapu batolecího věku a právě dospívání.

Siegel (2016) konstatuje, že základní rysy adolescence nastávají díky zdravým a přirozeným změnám v mozku. V období dospívání se mění způsob vnímání, myšlení, soustředění, rozhodování a vztahování se k druhým lidem. Obecně lze říci, že dochází k významným kognitivním změnám. Mozkové změny navozují následující čtyři vlastnosti typické pro dospívání: vyhledávání všeho nového, sociální zapojení, zvýšená emoční intenzita a tvůrčí objevování. Bližší specifikace těchto vlastností je součástí přílohy.

Existuje několik základních teoretických přístupů, které se snaží vysvětlit období adolescence. Dá se říci, že prvním průkopníkem v této oblasti je G.S.Hall, někdy také nazývaný jako „otec adolescence“, který toto vývojové období vnímá jako nevyhnutelný a dramatický střet protikladných tendencí v člověku. Toto období považuje za přirozené a zasluhující respekt okolí, zvláště co se týká svébytné kultury a stylu života dospívajících (Macek, 2003).

E. H. Erikson (1969, 1999) považuje období dospívání za stadium identity. Probíhá zde klíčový konflikt „identita versus zmatení rolí“ (Kalina et al. 2015; Macek, 2003). Někteří autoři ještě rozlišují sociální identitu a osobní identitu. Sociální identita nastupuje jako první a spočívá v ztotožnění se se skupinou vrstevníků a nalezení vlastního místa mezi nimi. K tomu adolescent používá strategii soutěžení nebo solidarity. Nebezpečím tohoto stadia je ztráta místa ve vrstevnické skupině a návrat do dětské závislosti na rodině (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Teorie dle Eriksona považuje adolescenci za období tzv. psychosociální moratoria (Macek, 2003). *„Vývojové moratorium je období, kdy jedinec, který nemůže zvládnout nahromaděné úkoly tohoto stadia, svůj přechod k dospělosti odkládá a sbírá síly k postupu vpřed. Po určitou dobu přitom žije způsobem, který mu umožňuje odklad a věnuje se často intenzivně nějaké činnosti, která ho plně zaujme, takže vývojové úkoly na něj přestanou doléhat.“* (Říčan, Krejčířová, et al., 2006, str. 51).

Kalina et al. (2015) rovněž vychází z Eriksona (1999) a popisuje adolescenci jako období sexuálního a kognitivního zrání s dosud schvalovaným odkladem definitivních závazků. To vytváření prostor pro volné experimentování se sociálními rolemi, včetně těch sexuálních.

Dle Carr-Gregga (2011) má v období přechodu mezi dětstvím a dospělostí mladý jedinec tyto úkoly:

- vybudovat si pozitivní identitu
- vytvořit si vlastní síť dobrých přátel
- citově se odpoutat od rodičů
- stanovit si smysluplné cíle, pokud jde o profesní rozvoj a směřování

Výše uvedené členění vychází z konceptu vývojového úkolu podle R.J.Havighursta (1974). Kromě uvedeného můžeme k výčtu přidat i následující (in Macek, 2003):

- přijetí vlastního těla, fyzických změn, včetně pohlavní zralosti a sexuality
- získání zkušenosti v erotickém vztahu, příprava na partnerství a rodinný život
- rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností zaměřených na život v komunitě a společnosti, a s tím související získání důležitých kompetencí pro sociálně zodpovědné jednání
- zvnitřnění systému hodnot, reflexe a stabilizace vlastního pojetí okolního světa a života (světový názor)

Psychologové rozlišují tři fáze adolescence: ranou, střední a pozdní.

Raná nebo také časná adolescence, označována jako pubescence, je obvykle datována od deseti do třinácti let (Macek, 2003). Vágnerová a Lisá (2021) ji posouvají až do věku 15. roku věku. Nejnápadnější změnou je tělesné dospívání spojené s pohlavním dozráváním. To je spojeno i se zájmem o opačné pohlaví (Macek, 2003). Nejčastější otázkou, kterou si mladí lidé v tomto období kladou je „Jsem normální?“. To je způsobeno nízkým sebevědomím, přecitlivělostí k vlastní osobě, což je pro tuto etapu typické (Carr-Gregg, 2011).

Hormonální změny vedou ke změně emočního prožívání, které se vyznačuje výkyvy různé intenzity. Výzkumy s využitím magnetické rezonance ovšem ukazují, že ono bouřlivé chování není pouze výsledkem hormonů, ale také nedostatku kognitivních kontrol, nutných pro zvládnutí těchto emočních přívalů (Carr-Gregg, 2011). Období rané adolescence je obvykle ukončeno školní docházkou.

Ve střední adolescenci sílí zájem o vrstevníky a dochází k rozvolňování vazeb s rodiči. V tomto období mladí lidé revoltují proti autoritám a svou odlišnost dávají najevo účesy, oblékáním a riskantním chováním (Carr-Gregg, 2011). Vágnerová a Lisá (2021) období střední adolescence ve svém dělení neuvádí, čímž lze vysvětlit jejich větší věkový rozptyl pro období rané adolescence. Macek (2003) toto období datuje do věku 14 až 16 let. Mladí lidé zde hledají vlastní autentičnost.

Pozdní adolescence pak přináší komplexnější psychosociální změny. Důležitým mezníkem je ukončení profesní přípravy v rámci středního stupně vzdělávání, které je spojeno buď s nástupem do zaměstnání, nebo dalším studiem. Období trvá od 15 do přibližně 20 let, přičemž počátek tohoto období je vymezen pohlavním dozráním (dochází k prvnímu pohlavnímu styku), zatímco na jeho konci již vznikají první partnerské vztahy (Vágnerová, Lisá, 2021). Většina mladých lidí je již smířena se svou identitou a ušla velký kus cesty ke svému sebepoznání a sebeporozumění. Vztahy s dospělými už nejsou tak emočně vypjaté a dochází i ke zklidnění vztahu s rodiči (Carr-Gregg, 2011). Macek (2003) považuje za důležité i posilování sociálního aspektu identity, ve smyslu potřeby někam patřit, být něčeho součástí, podílet se na něčem. Adolescent se v tomto období již zamýšlí nad svými budoucími plány do života.

1.1.2 Psychické poruchy a onemocnění v dospívání

Dospívání je nejrizikovějším obdobím z hlediska vzniku a výskytu psychických potíží. Janošová (2008) jej charakterizuje jako dobu, kdy *„jakákoli odlišnost od představy o normalitě je u dospívajících provázána úzkostmi, někdy též pocity beznaděje a depresivitou.“* (str. 242)

Duševní poruchy představují hlavní příčinu pracovní neschopnosti u téměř 50% mladých lidí ve věku 15-24 let. Znepokojivé jsou výsledky výzkumů, které se zaměřují na děti v období rané adolescence, tedy ve věku 10 až 15 let. Již i v této věkové kategorii narůstá množství dětí, které trpí vážnými psychickými problémy (Carr-Gregg, 2011).

Účelem této podkapitoly není uvést vyčerpávající pojednání o duševních poruchách a onemocněních u dospívajících, ale přinést spíše základní a ucelený přehled nejčastějších typů onemocnění a jejich nejdůležitějších charakteristik, včetně doporučených metod podpůrných opatření u jednotlivých typů onemocnění. Proto jsem se rozhodla vynechat medicínské podrobnosti a členění dle mezinárodních klasifikací nemocí, které jsou samozřejmě velmi důležité, ale pro potřeby tohoto textu je nepovažuji za zcela zásadní. Odborník by mohl namítat, že poslední oddíl věnovaný suicidálnímu jednání a sebepoškozování nemá potřebné odborné zařazení v rámci klasifikace duševních onemocnění a poruch. A měl by samozřejmě pravdu. Nicméně tuto oblast jsem k období dospívání zařadila cíleně, neboť suicidální jednání i sebepoškozování je chováním, které často doprovází jiné specifické duševní poruchy a bohužel

může být i jejich nešťastným vyústěním. A právě v období adolescence je toto riziko velmi vysoké.

Jinak řečeno mým úmyslem je srozumitelně vysvětlit, s jakými potížemi se potýkají mladí lidé, u kterých propukne dušení onemocnění, a jak složitou může tato situace být i pro osoby, které o ně pečují a starají se o jejich další rozvoj.

Němečková (2024) uvádí, že nejrozšířenějšími duševními poruchami, které se objevují v období dětství a dospívání jsou především úzkostné poruchy, poruchy pozornosti a hyperaktivity (ADHD), poruchy autistického spektra (PAS), poruchy příjmu potravy, deprese, posttraumatická stresová porucha (PTSD). Velký nárůst rovněž zaznamenává i sebepoškozování (in Hricová, Urban, Ondrášek et al., 2024). Siegel (2016) a Carr-Gregg (2011) k tomuto výčtu doplňují i suicidální jednání, psychózy, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy osobnosti a závislosti. Janošová (2008) pak zvláštní pozornost věnuje i poruchám pohlavní identity.

Ve skupině dospívajících umístěných ve výchovných zařízeních běžného typu bez zřízeného výchovně - léčebného oddělení, tedy v dětských domovech a výchovných ústavech, lze nejčastěji identifikovat duševní onemocnění jako je deprese, závislosti, úzkostné poruchy, poruchy pozornosti s hyperaktivitou, poruchy příjmu potravy, poruchy pohlavní identity, poruchy chování, sebepoškozování a suicidální jednání. Stručná specifikace těchto jednotlivých onemocnění je součástí přílohy.

Díky tomuto členění se nebudu v dalším textu podrobněji věnovat dospívajícími s psychotickým onemocněním, obsedantně-kompulzivní poruchou nebo poruchou autistického spektra, neboť tyto děti a mladiství bývají v případě, že je jim nařízena ústavní výchova, umístěni do jiného typu zařízení, a to specializovaného dle potřeb daného jedince.

1.1.3 Včasný zásah a cílená prevence

Maclean et al in O'Hare et al. (2023) hodnotí, že u 75 % procent lidí s duševními potížemi se onemocnění projeví ještě před dosažením 24. roku života. Pokud je onemocnění včas diagnostikováno a léčeno, může snížit několikaleté a v některých případech celoživotní utrpení a tíživé následky spojené s onemocněním. Díky tomu dochází i k snížení počtu jedinců, kteří si v rámci své „samoléčby“ a zmírnění nepříznivých psychických stavů uchýlí ke konzumaci alkoholu nebo užívání návykových látek.

Včasná prevence může mít hodně podob, ale v posledních 30 letech je stále významnějším trendem v oblasti péče o duševní zdraví. Tento odklon od klasické léčby chronických duševních onemocnění je o to méně překvapivý, protože navazuje velké množství výzkumných studií, které potvrzují, že opravdu mnoho vážných duševních problémů začíná již v dětství a dospívání. Rovněž se zvyšuje množství odborných článků a publikací, které se zaměřují na identifikaci raných prekurzorů duševních onemocnění, aby bylo možné odhalit způsoby, jak poskytnout intervenci co nejdříve a co nejselektivněji, tedy před vznikem závažnější psychopatologie (Fisherová, 2021). Riegel, Kalina a Pěč (2020) s tímto souhlasí a doplňují, že skutečnost, kdy je adolescentovi nasazena nesprávná léčba nebo není léčen vůbec, má dalekosáhlé důsledky nejenom pro jeho další fungování a život, ale i pro samotný systém zdravotní péče.

Carr-Gregg (2011) dodává, že u dospívajících ovšem není vždy snadné poznat, co je ještě v mezích normy a co už lze považovat za varovný signál. Mnohdy sami dospívající nejsou schopni objektivně zhodnotit svůj vlastní duševní stav a vyhledat léčbu. Proto je o to důležitější, aby osoby v blízkém okolí adolescenta byly schopny včas rozpoznat, že s chováním mladého člověka není něco v pořádku. U určitých typů onemocnění je riziko při včasném nezachycení o to vyšší, protože může mít fatální následky. Říčan, Krejčířová et al. (2006) rovněž poukazují na skutečnost, že kolísání nálad a emoční rozlady jsou v adolescenci běžným fenoménem, nicméně zásadní je detekce např. patologické deprese, k níž jsou dospívající velmi vulnerabilní. Toto onemocnění bohužel vysoce koreluje se suicidálním jednáním, jehož riziko je v tomto věku extrémně vysoké.

Diagnostika deprese u dospívajících může být obtížná, protože porucha nálady se nemusí projevat jenom smutkem a plačtivostí, ale i dráždivostí a vzdorovitostí. Důležitá jsou dále sdělení rodičů a školy. Ovšem jejich hodnota je většinou slabá a patologické projevy dítěte zůstávají nepovšimnuty. Spolehlivější je v tomto ohledu hodnocení vrstevníků.

Riegel, Kalina a Pěč (2020) doplňují, že např. v oblasti poruch osobnosti je stanovení diagnózy v období adolescence jedním z nejkontroverznějších témat. Důvodem je obava klinických odborníků ze stigmatizace dospívajících, kdy diagnóza může mít povahu „celoživotní nálepky“. Tato perspektiva je do jisté míry odrazem skutečnosti, že specialistů na psychiatrickou diagnostiku dětí a dospívajících je málo. Na druhé straně se někdy může jednat o obavu z neznámého.

Významnou úlohu v předcházení problémům způsobených akutním či chronickým stresem hraje možnost produktivního odreagování a uvolnění nahromaděného napětí prostřednictvím různých pohybových aktivit. Sportovní aktivity představují pro dospívající nejenom sociálně přijatelný způsob vybití emoční tenze, ale zvyšuje jejich toleranci k překonávání neúspěchů, učí je překonávat nepříjemné pocity, únavu, bolest i nepohodlí. Pomáhá jim přivykat určité pravidelnosti, přijetí vnějších pravidel i vlastní sebekontroly, vede je k střízlivějšímu odhadu vlastních sil a ekonomickému hospodaření s nimi (Jedlička et al., 2015). Siegel (2016) potvrzuje, že tělesný pohyb zvyšuje neuroplasticitu mozku, díky které dochází k vytváření nových neuronálních spojení a jejich upevňování. Příznivě působí i na celkové duševní zdraví.

1.1.4 Dospívající s duševním onemocněním v ústavní péči

Děti v náhradní formě péče jsou obecně vystaveny zvýšenému riziku zdravotních problémů a sociálně nepříznivých situací jako jsou nedostatečné vzdělání, potíže v oblasti duševního zdraví a zkušenosti s policií, v porovnání s jejich vrstevníky, kteří žijí v rodině (Macleane et al., 2016, in O'Hare et al., 2023). V rámci studií provedených v Austrálii měly děti žijící mimo rodinu až pětkrát vyšší pravděpodobnost, že jim bude diagnostikována duševní porucha (Green et al., 2020, in O'Hare et al., 2023).

Ganderová et al. (2019) hovoří o celkovém zhoršení kvality života, kterou pozorujeme u dětí a dospívajících žijících ve výchovných zařízeních. Příčinou zhoršené kvality života jsou nejčastěji vývojové potíže, traumatické zážitky v minulosti a přítomnost duševní poruchy. O'Hare et al. (2023) potvrzuje, že na propuknutí duševního onemocnění se opravdu podílí i vliv předchozí rodinné situace, kdy děti, které čelily dlouhodobějšímu nebo častějšímu týrání, vykazovaly četnější výskyt psychických poruch.

Dle Jozefiaka et al.(2015) je většina adolescentů umístěna do ústavní péče z důvodu závažné psychosociální zátěže nebo špatného zacházení, což jsou rizikové faktory pro rozvoj duševních onemocnění. Ve výzkumné studii dokládá, že míra prevalence internalizujících psychiatrických poruch u adolescentů v rezidenční péči je vyšší než u poruch chování, komorbidita mezi těmito dvěma skupinami potíží je velmi vysoká. Tato zjištění potvrzují již předchozí výzkumy (Ford et al., 2007; Schmid et al. 2008), kteří v rámci šetření mezi britskými a německými dětmi a dospívajícími v ústavní péči, dospěli k znepokojujícím výsledkům. Schmid et al. (2008) uvádí, že 60% z 1227 vyšetřovaných dětí a dospívajících splnilo klinickou psychiatrickou diagnózu. Nutno podotknout, že výzkum probíhal ve 20 zařízeních pro ústavní péči u dětí a zahrnoval i početně velké ústavy. Ford a jeho kolegové (2007) pak hodnotili 1543 dětí a dospívajících ve věku 5–17 let, o které se staraly lokální úřady v britském systému sociální péče o děti, včetně 279 žijících v institucionální péči. Zjistili, že děti a adolescenti v rezidenční péči měli nejvyšší míru prevalence všech duševních poruch (71 %) ve srovnání s dětmi a dospívajícími v pěstounské péči a jiných umístěních v systému sociální péče o děti.

Jako rizikový faktor se zde projevuje i nestabilita v umístění dítěte v systému náhradní péče. Tedy častější přesuny, změna pečujících osob a časový rámec patří k indikátorům výskytu duševních onemocnění (O'Hare et al., 2023).

I když jsou poskytována různá podpůrná opatření na ochranu dospívajících v institucionální péči, chybí dlouhodobější studie, které by vyhodnocovaly, která z těchto opatření jsou neúčinnější (Ganderová et al., 2019).

V českém prostředí chybí přehledová systematická studie, která by se zabývala počtem nebo poměrem dětí s duševním onemocněním v rámci výchovných zařízení. Náznakem se touto problematikou zabývá Zpráva o stavu péče o ohrožené děti z roku 2023, která uvádí, že největší skupinu dětí v ústavní péči tvoří děti ohrožené zanedbáváním a špatným zacházením. Je jich přibližně dvakrát více než dětí s náročným chováním (myšleno poruchy chování) a pětkrát více než dětí se zdravotním postižením. Autoři zde dávají do souvislosti psychiatrické diagnózy predikující výskyt náročného chování v rámci dětské populace ve věku 5-15 let. Vychází ovšem z britské studie z roku 2004 (Maughan Barbara, et al. 2004, Conductdisorders and oppositionaldefiantdisorder in a national sample: developmental epidemiology), nikoliv z výzkumu českého prostředí. Zároveň zohledňují pouze tu část dětí a dospívajících, u kterých má duševní onemocnění vliv na výskyt náročného chování. Autoři zprávy tedy nepočítají s dětmi v ústavní výchově, které mají duševní onemocnění, ale současně jsou schopné přizpůsobit se chodu výchovného zařízení, aniž by bylo jejich chování označováno jak náročné (typicky se může jednat o děti a dospívající v dětských domovech). Pracovníci výchovných zařízení vnímají, že tyto děti potřebují zvýšenou péči v oblasti duševního zdraví. Chování těchto dětí je spíše predikovatelné, medikace a zdravotní opatření jsou pro výchovná zařízení zvladatelná, potřebují však podporu externích odborníků.

Děti a dospívající s duševním onemocněním představují pro systém ústavní péče značnou zátěž a sami pracovníci hodnotí práci s nimi jako značně obtížnou, a to především u dětí s duševním onemocněním a souvisejícími dalšími problémy, které se projevují formou jejich „obtížného chování“. Výkyvy v jejich komunikačních schopnostech a způsoby řešení náročných nebo problémových situací jsou pro pracovníky většinou nepredikovatelné. V praxi je pro ně těžké odlišit, kdy jde u dětí o chování způsobené duševním onemocněním, a kdy jde spíše o volní

jednání vedené konkrétním cílem nebo vědomou snahou dítěte. Péči o tyto děti hodnotí sami pracovníci jako extrémně náročnou a vyčerpávající, především z důvodu nedostatečné podpory ze strany ambulantních psychiatrů a psychiatrických nemocnic (Sociofactor, Topinková, Topinka et al., 2023).

1.2 Ústavní péče u dospívajících

Pokud bych na úvod této kapitoly měla zmínit historický kontext, je nutné říci, že snaha společnosti přebírat odpovědnost za péči o děti, které nemohou vyrůstat v rodině, se v dějinách objevuje vlastně již od počátku dějin lidstva. V prvopočátcích se jednalo o primitivní přístřešky, následně o útulky pro sirotky, které byly zřizovány v rámci klášterů nebo jiných církevních zřízení. Po celou dobu platilo, že se o tyto děti staraly různé osoby, jejichž výchovné metody byly většinou založeny na principu donucení k poslušnosti. Často bohužel formou psychického, či fyzického útlaču. Kvůli tomu docházelo nezdědka k situacím, kdy děti, o které mělo být pečováno, čelily různým formám násilí a zneužívání.

„Mezi první historicky doložitelné instituce v Čechách patří např. Vychovatelna v Libni, Polepšovna v Králíkách, nebo Vychovatelna spolku pro blaho káránců Královských Vinohrad založená v polovině 19. Století, která se počátkem 20. století přestěhovala do Lublaňské ulice. Nepřímým pokračovatelem je diagnostický ústav pro mládež, který v této budově sídlí dodnes.“(Jedlička et al., 2015, str. 387).

Pro bližší porozumění specifikům ústavní péče, je nejprve zapotřebí vysvětlit, v jakých situacích je k ní přistupováno, a rovněž je nutné uvést, že je součástí mnohem širšího konceptu péče o děti, již je náhradní péče.

V případech, kdy dochází k akutnímu nebo trvalému selhání biologické rodiny dítěte, vyvstává problém, jakou vhodnou formu náhradní péče zvolit.

Kritérii pro tuto volbu je několik. Jednak to může být věk dítěte, rodinné vazby, osobnostní charakteristiky dítěte, jeho přání a mnoho dalších bio-psycho-sociálních hledisek, které jsou zapotřebí brát v úvahu. Jinými slovy předním hlediskem jsou vždy potřeby dítěte, nejlepší zájem a jeho preference. Například dospívající mohou sami volit ústavní typ péče, protože nevyžaduje větší citovou angažovanost (Pemová, Ptáček, 2022). Langmeier a Matějček (2023) rovněž potvrzují, že adolescenti se už těžko přizpůsobují intimnímu prostředí náhradních rodin a mnohem lépe prospívají ve větších ústavech s výchovným a pracovním programem.

Ústavní péče je tedy jen jednou z forem náhradní výchovné péče. Kromě výchovných zařízení mohou být děti svěřeny do péče jiných fyzických osob, kterými jsou nejčastěji pěstouni nebo poručníci (Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Tyto osoby pak zajišťují výchovu dítěte v rodině. I když současná legislativa i odborné názory preferují vyrůstání dítěte v rodinném prostředí, je zřejmé, že i přesto mohou nastat situace, kdy je nutné, aby byli děti i dospívající svěřeni do institucionální péče. Součástí tohoto systému jsou i školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo krizová centra (Jedlička et al., 2015).

Jak lze vidět, v České republice existuje několik typů zařízení poskytujících náhradní institucionální péči, přičemž tyto subjekty patří do působnosti několika ministerských resortů:

- Ministerstvo zdravotnictví - mělo do roku 2025 v gesci dětské domovy pro děti do 3 let věku, dětská centra a kojenecké ústavy. Na základě zákona č. 242/2024, tedy novely zákona o sociálně právní ochraně dětí, došlo ke zrušení možnosti umísťovat děti mladší 3 let. Tím pádem bylo přistoupeno i ke zrušení nebo transformaci již existujících zařízení, která se na péči o tuto skupinu dětí zaměřovala
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy – má na starosti diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy
- Ministerstvo práce a sociálních věcí – spravuje zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a ústavy sociální péče

Kromě odlišnosti ve vládních resortech, která tato zařízení funkčně i legislativně spravují, lze nalézt i praktičtější členění těchto zařízení. Jednoduše lze říci, že Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy spravuje zařízení poskytující institucionální péči dlouhodobého charakteru, zatímco Ministerstvo práce a sociálních věcí má na starosti zařízení přechodného charakteru, kterým je zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (zajišťuje základní potřeby pro děti na dobu zpravidla v řádu několika měsíců) a ústavy sociální péče (v současné době je v ČR těchto zařízení pět a poskytují dlouhodobou péči o děti se zdravotním postižením). (MŠMT, MPSV, 2024).

Ústavní výchova je nejčastěji zajišťována ve školských zařízeních, jejichž zřizovatelem může být stát, kraj, případně i nezisková organizace (Pemová, Ptáček, 2022).

1.2.1 Legislativní rámec ústavní péče

Péče o děti, které nemohou vyrůstat ve své původní rodině, se napříč celým 20. stoletím pomyslně přelévá mezi resorty školství, zdravotnictví, sociálních věcí a spravedlnosti. Nejinak je tomu i v 21. století. Nicméně lze říci, že v uplynulých 30 letech vzhledem k výrazné převaze vzdělávací a výchovné složky dominuje sektor školství (Jedlička et al., 2015). Tento model lze spatřit i v legislativní úpravě, která definuje institucionální péči.

Ústavní péče o děti a dospívající ve školských zařízeních je v České republice upravena dvěma základními legislativními normami:

- Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, a to v ustanoveních § 13 a § 14 (dále jen jako ZVÚOV)
- Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních (VVÚOV)

Dalšími, neméně významnými právními předpisy, jsou zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (dále jen jako ZSPOD), zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník (dále jen jako OZ), zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních (dále jen jako ZŘS), zákon č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (dále jen jako ZSVM), zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád (dále jen jako OSŘ).

Rozdíl mezi ústavní a ochrannou výchovou je opět dán legislativním ukotvením. Ústavní výchova se nařizuje na základě příslušného znění občanského zákoníku.

„Jsou-li výchova dítěte, jeho tělesný, rozumový či duševní stav nebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, nebo jsou-li dány vážné důvody, pro které rodiče nemohou jeho výchovu zabezpečit, může soud jako nezbytné opatření nařídit ústavní výchovu. Učiní tak zejména tehdy, kdy dříve učiněná opatření nevedla k nápravě. Soud přitom vždy zvažuje, zda není na místě dát přednost svěřením dítěte do péče fyzické osoby.“ (§971 -§974 OZ)

Jedná se tedy o situace, kdy dítě samo svým chováním nezavdalo příčinu k tomuto opatření. Ústavní výchovu tedy nelze brát jako druh potrestání, ale jako formu zajištění řádné výchovy dítěte (Pemová, Ptáček, 2022).

Ústavní výchovu lze nařídit nejdéle na dobu 3 let. Po uplynutí této doby ji lze prodloužit, pokud stále trvají důvody pro její nařízení. Pominou-li důvody, pro které byla ústavní výchova nařízena, soud ji neprodleně zruší a rozhodne o tom, komu bude dítě svěřeno do péče. Soud je zároveň povinen nejméně jednou za šest měsíců přezkoumat, zda nadále trvají důvody pro nařízení tohoto opatření, nebo zda není možné dítěti zajistit náhradní péči v rodině (OZ).

Na rozdíl od ústavní výchovy je ochranná výchova pojímána jako druh trestního opatření, které je ukládáno jako důsledek trestné činnosti dětem mladším 15 let i mladistvým, tedy dospívajícím ve věku 15-18 let. Ochrannou výchovu nařizují rozsudkem specializované soudy pro děti a mládež (ZSVM).

Nad zákonností průběhu ústavní i ochranné výchovy ve školských zařízeních dohlíží místně příslušné Okresní státní zastupitelství, které vykonává v zařízeních pravidelnou návštěvu a dozor (Jedlička et al., 2015).

Kvalitu školských zařízení kontroluje Česká školní inspekce. Získává a analyzuje informace o vzdělávání na všech úrovních škol, ale i školských zařízení. Zjišťuje a hodnotí podmínky, průběh a vzdělávání podle příslušných vzdělávacích programů a jejich souladem s příslušnými právními předpisy a rámcovým vzdělávacím programem (zákon č. 561/2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, dále jen jako školský zákon nebo ŠZ).

1.2.2 Zařízení pro výkon ústavní výchovy v ČR

Jak již bylo řečeno, v České republice můžeme nalézt několik typů zařízení pro výkon ústavní, případně i ochranné výchovy, které lze rozlišit především podle specifikace dětí, které jsou zde umístěny a v návaznosti na to i podle rozsahu nabízené intervence, což souvisí i s příslušným personálním obsazením.

Tato diplomová práce se bude dále zaměřovat na školská zařízení pro výkon ústavní výchovy.

V rámci základního členění můžeme uvést následující typy školských zařízení:

Dětský domov (DD)

- Pečuje o děti ve věku od 4 do 18 let, které nemají závažné poruchy chování
- Děti dochází nebo dojíždí do zvolených základních nebo středních škola učilišť, výjimkou není ani pobyt dítěte na internátu
- V případě dalšího studia mohou i již zletilé osoby v těchto zařízeních zůstat až do věku 26 let
- Dětem je poskytována péče v rodinných skupinách, které suplují běžnou péči rodičů

Diagnostický ústav (DÚ)

- Hlavním cílem zařízení je provádění diagnostiky, která je prostředkem k získání náhledu na dítě a jeho problémy. Odborný tým pracovníků věnuje náležitou pozornost dítěti a jeho potřebám tak, aby se dítě buď mohlo vrátit do původního prostředí, nebo navrhuje nejvhodnější umístění do návazného pobytového zařízení
- Diagnostika dítěte trvá zpravidla 8 týdnů – součástí je psychologická, etopedická, výchovná a pedagogická oblast
- Děti se vzdělávají v rámci zařízení
- Součástí poskytovaných služeb je i spolupráce a podpora rodiny dítěte
- Poskytuje na přechodnou dobu i péči dětem s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, zadrženým na útěku, v péči z jiných institucí odpovědných za jejich výchovu
- Dle věku dětí můžeme ještě specifikovat Dětský diagnostický ústav (DDÚ) pro děti ve věku povinné školní docházky a Diagnostický ústav pro mládež (DÚM) pro děti od ukončení povinné školní docházky do 18 let, případně do 19 let (u nařízeného prodloužení ústavní výchovy do 19 let věku)

Dětský domov se školou (DDŠ)

- Pečuje o děti se závažnými poruchami chování ve věku povinné školní docházky (zpravidla ve věku 6-15 let)
- V těchto zařízeních jsou zřizovány základní školy jako součást těchto zařízení
- DDŠ mohou být vnitřně specializovány na:
 - a) Výchovná skupina pro výkon ochranné výchovy
 - b) Specializované zařízení pro děti s extrémními poruchami chování
 - c) Specializované zařízení s výchovně léčebným režimem
- Může být zřízen samostatně nebo ve spojení s výchovným ústavem

Výchovný ústav (VÚ)

- Pečuje o děti se závažnými poruchami chování ve věku po ukončení povinné školní docházky (převážně ve věku 15 let) do 18 let věku, případně do 19 let, pokud byla soudem ústavní nebo ochranná výchova do této doby prodloužena
- Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, pokud má uloženou ochrannou výchovu a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy chování, které neumožňují umístění do dětského domova se školou

- Při těchto zařízeních jsou zřizovány střední školy jako jejich součást, výjimečně otevírají poslední ročníky základní školy (8., 9. ročník) pro dokončení povinného základního vzdělání
- Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou; s uloženou ochrannou výchovou; pro nezletilé matky a jejich děti; pro děti, které vyžadují výchovně léčebnou péči; popřípadě se pro tyto děti zřizují v rámci jednoho zařízení oddělené výchovné skupiny

Hlavním úkolem výše uvedených zařízení (mimo diagnostický ústav) je zabezpečit komplexní péči dětem s nařízenou ústavní výchovou (u VÚ i DDŠ i ochrannou výchovou) a rovněž je připravit je na pro samostatný život mimo institucionální péči.

Tato forma péče musí odpovídat individuálním potřebám zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělání každého umístěného dítěte. Zařízení rovněž spolupracují s rodinou dítěte a poskytují pomoc při zajišťování záležitostí týkajících se dítěte, včetně rodinné terapie a nácviku rodičovských a dalších dovedností nezbytných pro výchovu a péči v rodině. Zařízení rovněž poskytují podporu při přechodu dítěte do jeho původního rodinného prostředí nebo jeho přemístění do náhradní rodinné péče (ZVÚOV, MŠMT-databáze ústavní výchovy, 2024).

Pro potřeby této diplomové práce je jako výzkumný vzorek zvoleno zařízení typu dětský domov a výchovný ústav bez zřízeného výchovně-léčebného oddělení. Snahou bylo zaměřit se na práci s dospívajícími s duševní poruchou či onemocněním, kteří zároveň nemají natolik extrémní poruchy chování, aby byly umístěny na specializované oddělení nebo pracoviště. Zároveň obě tato zařízení pracují s dospívajícími, tedy dětmi a mladými lidmi ve věku 11 – 18 let, případně i staršími 18 let.

Podrobnější analýza a výzkumná část se tedy budu věnovat především těmto dvěma typům zařízení.

Jak již bylo řešeno, dětský domov zajišťuje výkon ústavní výchovy pro děti bez vážných poruch chování. Základní organizační jednotkou je rodinná skupina dětí, a to zpravidla různého věku a pohlaví. Rodinná skupina má nejméně 5 a nejvíce 8 dětí, a to dle mentálních a zdravotních potřeb u jednotlivých členů skupiny. Sourozenci jsou zpravidla umísťováni do stejného domova i do stejné rodinné skupiny (Jedlička et al., 2015). Dětský domov může zřídit nejméně dvě a nejvíce 8 rodinných skupin, případnou výjimku v počtu může udělit jenom MŠMT (ZVÚOV).

Výchovný ústav pečuje zpravidla o děti starší 15 let s vážnými poruchami chování. Některé výchovné ústavy přijímají i děti s uloženou ochrannou výchovou nebo i mladší 15 let. Většinou se jedná o poslední dva ročníky základní školy. A to pouze v případě, že zařízení je schopno zajistit dokončení povinné školní docházky. Základní organizační jednotkou je zde výchovná skupina, v níž jsou umístěny děti různého věku a pohlaví. Výchovná skupina má nejméně pět a nejvíce osm dětí, opět podle jejich zdravotního nebo mentálního postižení nebo podle míry náročnosti jejich výchovy (Jedlička et al., 2015). Ve výchovném ústavu je možné zřídit nejméně dvě a nejvíce šest výchovných skupin. Výjimku opět může udělit v odůvodněných případech MŠMT (ZVÚOV).

1.2.3 Pracovníci výchovných zařízení

Zákon o ústavní a ochranné výchově deleguje zajištění odborné péče o děti umístěné v těchto zařízeních především na pedagogické pracovníky. Jejich úlohu definuje následovně:

„Pedagogičtí pracovníci školských zařízení vzdělávají a vychovávají děti a klienty v souladu s cíli výchovy a vzdělávání, stanovenými zákonem a dalšími právními předpisy. Pedagogickým pracovníkem školského zařízení poskytujícího internátní služby může být pouze ten, kdo kromě předpokladů stanovených zákonem o pedagogických pracovnících splňuje předpoklad psychické způsobilosti.“ (§ 18, ZVÚOV).

Pedagogem je tedy odborník, který vykonává přímo pedagogickou činnost. V rámci péče o děti ve školských zařízeních jsou nejdůležitějšími pedagogickými profesemi vychovatel, asistent pedagoga, speciální pedagog a psycholog (zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících). Pemová a Ptáček (2022) považují z hlediska zajištění přímé péče o děti ve výchovných zařízeních za nejdůležitější pracovní pozici vychovatele/vychovatelky a asistenta/asistentu pedagoga, kteří jsou v každodenním a nejbližším kontaktu s dětmi. Jedná se zároveň o nejpočetnější skupinu pracovníků v rámci institucionální formy náhradní péče.

Ve školských zařízeních mohou pracovat i nepedagogičtí odborníci, kteří vykonávají jinou než pedagogickou činnost a splňují kvalifikační předpoklady pro výkon této pracovní pozice na základě jiných právních předpisů nebo podmínky stanovené zaměstnavatelem. V praxi se tedy jedná o sociální pracovníky, zdravotnické pracovníky nelékařských profesí včetně klinických psychologů. Jak ale trefně konstatují Pemová a Ptáček (2022) žádná zákonná úprava přímo nedefinuje, jaké nepedagogické profese by měly nebo mohly pracovat ve výchovných zařízeních. Ani nehovoří o tom, v jakém počtu mají v daném zařízení být. Pacnerová et al. (2015) v rámci standardů kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy uvádí, že zařízení mají počty pedagogických pracovníků ve službě upraveny v závislosti na potřebách aktuálně umístěných dětí.

Jinými slovy ve výchovných zařízeních vykonávají svou profesi zaměstnanci, jejichž pracovní zařazení můžeme dělit do několika úrovní. V rámci dětského domova se jedná o ředitele zařízení, zástupce ředitele, řadu vychovatelů (vedoucí vychovatel, kmenoví vychovatelé), sociálního pracovníka, administrativní pracovníky jako např. účetní, a provozní zaměstnance v podobě kuchařek, hospodářů, řidičů, údržbářů, aj.

V rámci výchovného ústavu je skladba personálního obsazení ještě rozmanitější, doplněná o další pedagogické i nepedagogické pracovníky. Podrobnější přehled uvádí tabulka níže:

Pedagogičtí pracovníci		Nepedagogičtí pracovníci	
Vedení	ředitel, zástupce ředitele	Odborní pracovníci	sociální pracovníce, zdravotní pracovníce
Vychovatelé	vedoucí vychovatel, kmenoví vychovatelé, odborní vychovatelé, noční vychovatelé	Administrativní pracovníci	personalista, účetní, ekonom
Učitelský sbor	vedoucí učitel, třídní učitel, učitelé, asistenti pedagoga, mistr/mistrová, pracovní instruktor	Provozní zaměstnanci	hospodář/hospodyně, vedoucí školní jídelny, kuchařky, uklízečky, skladnice, švadlena, pradelna, řidiči, údržbáři, topiči
Odborní pracovníci	speciální pedagog – moped, psycholog, terapeut		

Tabulka 1: Personální obsazení VÚ

Zdroj: vlastní zpracování dle Matochové, 2014, str. 117, in Vojtová, Červenka, et al., 2014

1.3 Zdroje podpory a bariéry u pracovníků výchovných zařízení

Jak uvádí předchozí kapitola, role pracovníků výchovného zařízení je různorodá a odvíjí se od konkrétního pracovního zařazení a funkce, kterou pracovník plní. Je tedy těžké porovnávat a jako výzkumný soubor charakterizovat pracovníky, kdy jeden z nich je sociálním pracovníkem, druhý vychovatelem a třetí například vedoucím zařízení. Nicméně pro potřeby této diplomové práce na ně jednotně nahlížím optikou pracovníků pomáhajících profesí. Jinými slovy každý z nich pracuje s lidmi s cílem zlepšit jejich sociální fungování a pro tento cíl využívá sebe samého, své osobní kvality, své zkušenosti a dovednosti, jako pracovní nástroj.

Rovněž se budu zabývat vysvětlením teoretického rámce, pomocí kterého lze na základě ekologické teorie systému definovat oblasti na úrovni mikro-, mezo-, a makrosystému, do kterých začleňuji jednotlivé oblasti, ve kterých lze specifikovat zdroje podpory a bariéry při práci pracovníků výchovných zařízení s dospívajícími s duševním onemocněním.

1.3.1 Definiční vymezení bariér a zdrojů podpory

Bariéra může být vnímána jako překážka či zábrana, která existuje ve fyzické, psychické, ale i sociální rovině každého jedince. Psychické bariéry můžeme chápat jako soubor postojů, očekávání a osobnostních charakteristik jednotlivce. Zatímco sociální bariéry se týkají především sociálního prostředí, ve kterém člověk žije, a v rámci kterého tyto překážky vznikají (Thomson et al., 2023). Hartl a Hartlová (2015) uvádí, že bariéra se může objevovat ve své fyzické podobě, v psychice, ale také v organizaci nebo ve společnosti. V rámci sociální práce

bariéru definují jako „organizační nebo technické uspořádání, které fyzicky nebo kladenými požadavky znesnadňuje přístup k využívání služeb.“ (str. 69)

Bariéry lze rovněž členit na vnitřní a vnější, kdy do oblasti vnitřních překážek může řadit například nízké sebevědomí, neochotu učit se novým věcem, strach ze změny nebo zdravotní problémy. Vnější bariéry pak představují třeba nedostatečný přístup k potřebným zdrojům, nepodporující sociální prostředí či diskriminace (Thomson et al., 2023).

Pro potřeby diplomové práce bude na bariéry nazíráno jako na určitá omezení nebo překážky, které se objevují při práci pracovníků ve výchovných zařízeních a brání výkonu profese v určité oblasti. Na opačné straně sociálního fungování pak existují zdroje podpory. Ty můžeme definovat jako specifické prvky, které jednotlivci nebo skupině přináší fyzickou, emocionální nebo praktickou podporu. Pomáhají překonávat obtíže, tlumí bariéry a posilují schopnost jedince řešit problémy (Thomson et al., 2023). Hartl a Hartlová (2015) pak specifikují sociální podporu, která podle nich spočívá v poskytování materiálních, informačních, ale i emočních zdrojů, jejichž výměna probíhá mezi lidmi na základě nějakého vztahu.

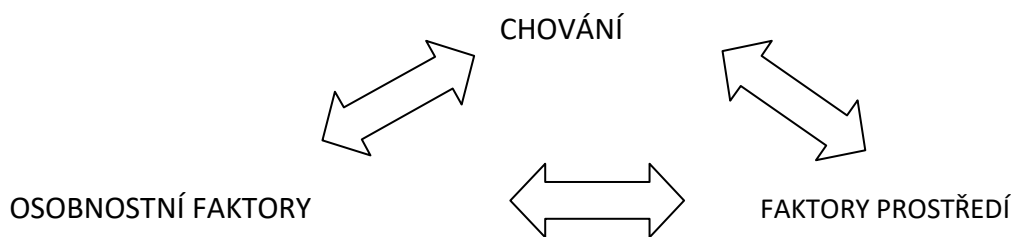
V rámci diplomové práce budou tedy zdroje podpory pojímány jako fyzické, psychické, sociální nebo systémové prostředky, které pracovníkům výchovných zařízení pomáhají zmírňovat, překonávat nebo odstraňovat specifické bariéry a přináší jim oporu v jejich profesním životě.

1.3.2 Systémový model jako výchozí teoretický koncept pro pochopení práce pomáhajícího profesionála ve výchovném zařízení

Pro pochopení vztahu jedince a jeho okolí přichází Albert Bandura (1977) s konceptem recipročního determinismu, který přináší nadstavbu doposud užívaného modelu o působení jedince na své okolí. Do této doby se uvažovalo o dvou působících směrech, tzv. osobnostním determinismu, kdy jedinec svým chováním ovlivňuje změny v okolí; a tzv. environmentálním determinismu, kdy vlivy v okolním prostředí způsobují změnu v chování daného jedince. Oba přístupy ovšem mapovaly pouze část vztahu jedince a prostředí.

Albert Bandura ve svém konceptu zdůrazňuje, že působení těchto vlivů je vzájemné a reciproční, což ve výsledku vede k tomu, že nemůžeme s jistotou říci, který z těchto vztahů je příčinou a který následkem. Jinými slovy výslednice vztahu mezi osobnostními faktory jedince, jeho chováním a faktory prostředí je neustálým dynamickým procesem, v jehož důsledku, to, co může být v jedné chvíli vnímáno jako následek, může být v dalším kroku příčinou následného jednání (in Červenka, 2014).

Pro lepší pochopení slouží tato ilustrace dle Bandury (1977) (in Červenka, 2014)



Obrázek 1: Triadický model recipročního determinismu

Model recipročního determinismu dle mého názoru srozumitelně vysvětluje složitost systému práce pracovníka výchovného zařízení, který na jedné straně disponuje určitými osobnostními vlastnostmi, dovednostmi, zkušenostmi, očekáváními a představami o vlastní profesní roli. Na druhé straně jsou tu podmínky prostředí, které definují, jak by měla jeho práce vypadat, jaké úkoly musí plnit a s jakou cílovou skupinou pracuje. Na základě těchto proměnných dochází na straně pracovníka k určitému způsobu chování. Nicméně všechny proměnné jsou vzájemně provázány a navzájem se ovlivňují. Triadický model lze považovat za užitečný koncept, pomocí kterého lze popsat intervenční procesy každého pomáhajícího profesionála. Vystihuje podstatné faktory, ve kterých lze hledat zdroje podpory a bariéry při pomáhající profesi. Dle Červenky (2014) tento model od sebe uměle neodděluje jednotlivé vnitřní a vnější faktory, ale navzájem je propojuje a respektuje jejich přirozenou dynamiku. Nebere tedy v úvahu pouze zájmy prostředí, ale bere ohled i na potřeby jednotlivců a jejich individuální charakteristiky.

Model recipročního determinismu koresponduje s ekosystémovou, obecně ekologickou perspektivou, kdy ústavní péče o děti představuje systém a výchovné zařízení je pak prostředím. Ekologická perspektiva pak vnímá daného pracovníka s jeho prostředím za jednotný celek, jednotný systém. Je tedy nutné se zaměřovat nejenom na pracovníka, ale i na jeho situaci v prostředí. Kontakt prvků systému s prostředím pak vyvolává vzájemné změny (Hurýchová, Ptáčková, 2022).

Ještě větší specifikaci přináší ekologický model dle Bronfenbrennera (1979), který systém rozčleňuje na **mikrosystém**, **mezosystém** a **makrosystém**. Jedná se o systémovou vývojovou teorii, podle níž vlivy prostředí podmiňují vývoj daného jedince (Jedlička et al., 2015; Macek, 2003).

Ráda bych tuto teorii použila jako výchozí model pro porozumění práce pracovníků ve výchovných zařízeních s dospívajícími s duševním onemocněním. Dle Hurýchové a Ptáčkové (2022) je podstatné se u všech systémů zabývat tím, že do nich patří řada činitelů, kteří jsou pokaždé v interakci. „*Podstatné je souvislé působení všech vazeb, pozic, prvků, subsystémů nebo hranic se subsystémy, protože tam se rozrůstá nejvíc tenzí, z nichž vznikají diverzifikované problémy.*“ (str. 111). Výchovné zařízení můžeme vnímat jako systém, jehož prvky tvoří jednotliví pracovníci a umístěné děti či mladiství. V souladu s teorií o sociálních systémech je tedy výchovné zařízení rovněž plně strukturovaným systémem. Ekologický model se pak zabývá vztahem mezi jedincem a jeho prostředím. Tento vztah má mít dynamickou rovnováhu. V ekosystémové perspektivě jsou všechny prvky provázány, nelze je vnímat nezávisle. Pracovník výchovného zařízení tak stojí na rozhraní individuální práce s dospívajícím a instituce, ve které pracuje a již je odpovědný; rovněž má přesah za výchovné zařízení, tedy směrem k rodině dospívajícího a okolní komunitě. Zároveň je veden, aby v ekosystému

rozuměl hodnotovým východiskům, do nichž jsou zahrnuty všechny složky tohoto systému (Hurychová, Ptáčková, 2022).

Macek (2003) obecně definuje **mikrosystém** jako osoby nebo skupiny osob, s nimiž přicházíme běžně do kontaktu. Mikrosystémy se přirozeně vzájemně překrývají i mění.

V rámci této diplomové práce bych ráda do úrovně mikrosystému zahrnula individuální práci pracovníka výchovného zařízení s dospívajícím s duševním onemocněním v rovině navázání a udržení vztahu; specifické nároky této profese, a požadavky na profesionální i osobnostní kompetence u těchto pracovníků. Toto pojetí koresponduje i s členěním dle Matouška (2013), který pojednává o tzv. mikroúrovni sociální práce, do které spadá případová práce s klientem. Dubnová a Řezníková (2018) rovněž hovoří o tom, že mikroúroveň je vyjádřena kvalitou vztahu mezi pracovníkem a klientem, protože právě kvalita vztahu je základním předpokladem pro úspěšnou spolupráci (in Urban et al., 2018).

Jakou součást **mezosystému** vnímám fungování organizace, vztahy mezi pracovníky, přístup vedení, podporu pracovníků, používané metody a techniky, materiální vybavení, spolupráci s rodinami dospívajících a podporu pracovníků. Toto pojetí dle mého názoru koresponduje s Dubnovou a Řezníkovou (2018), které do tzv. mezoúrovně v rámci členění sociální práce zahrnují hledisko organizace a jejího fungování ve smyslu flexibility poskytovaných služeb a reakci na změny v potřebách klientů. Rovněž sem začleňuji i fungování týmů a jejich spolupráci (in Urban et al., 2018). Matoušek (2013) jako součást tzv. střední úrovně sociální práce vnímá práci s rodinami a malými skupinami. Macek (2003) rovněž považuje mezosystém za síť mezi jednotlivými mikrosystémy. Analýza těchto vztahů pak může poukázat na problémy a rizika, která vznikají na hranicích těchto systémů i v rámci jejich vzájemné interakce. Nebezpečí představuje především situace, pokud jsou jednotlivé mikrosystémy navzájem opačně hodnotově orientované. Díky tomu se vytváří napětí, kdy se jedinec ocitá pod silným stresem a tlakem. Stejně problematická je i varianta, když se mezosystém dostává do konfliktu s makrosystémem.

Hurychová a Ptáčková (2022) doplňují, že je zapotřebí zjistit, jak v realitě fungují vazby v systémech. Zároveň není vždy lehké porozumět tomu, že největší problémy vznikají na hranicích systémů s jejich podsystémy, nicméně právě tam je nutné tyto nefungující aspekty podchytit a dospět k řešení.

Makrosystém je pak tvořen souborem přesvědčení, ideologií, médií i oficiální politikou (Macek, 2003). Do úrovně makrosystému pak v rámci mé práce zahrnuji i spolupráci výchovného zařízení s externími organizacemi a odbornými službami, legislativu, systémová opatření a obraz pracovníků výchovných zařízení z pohledu komunity i širší veřejnosti. Matoušek (2013) jako součást makroúrovně považuje aktivity pracovníků, které vedou k systémovým změnám, rovněž zvyšují povědomí o nabízených službách, provádějí úkony spojené s cílem podpory destigmatizace a hrají aktivní roli v rámci komunitního plánování.

„Profesionál dobře plní svůj úkol, pokud svým působením podporuje místní mezilidské a meziorganizační sítě a neúnavně vlévá vlastní zájem, radost a naději, aby zaangażoval pro účast na věci lidí, o které ve věci a jejím řešení jde. Zůstává profesionálem, ale i občanem, a navíc dostává jištění, které mu umožňuje se angažovat dlouhodobě a opakovaně a podporovat v angažovanosti druhé“ (Baštecká et al., 2013, str. 277).

Dubnová a Řezníková (2018) jako součást makroúrovně považují i propojenost systémů a vzájemnou prostupnost. Hovoří o provázanosti zdravotnictví a sociální péče. Dodávám, že v případě výchovných zařízení se k těmto sektorům přidává i resort školství, pod jehož dikci výchovná zařízení spadají.

1.3.3 Vztah jako základní předpoklad intervenčního procesu

Jak již bylo řečeno, dospívající, kteří se ocitají v ústavní péči, jsou vystaveni celé řadě problémů a obtíží. Vyskytuje se u nich zvýšené riziko potíží v oblasti duševního zdraví, konkrétně emočních, behaviorálních a sociálních problémů. Jejich zvýšená náchylnost k rozvoji těchto problémů může být způsobena souborem kumulativních rizikových faktorů, konkrétně nepříznivými, případně i traumatickými zkušenostmi, vytržením z rodinného prostředí a adaptací na nové podmínky ve výchovném zařízení. Zároveň vstup do výchovného zařízení může vytvořit příležitost k navázání stabilních a pozitivních vztahů s pracovníky těchto institucí (Calheiros et al., 2021; Swan et al., 2018).

Domnívám se, že společným pojítkem pomáhajícího profesionála bez ohledu na jeho konkrétní pracovní roli je vždy vztah, ať už je jeho klientem dítě nebo dospělý. Vztah pracovníka s klientem je vždy dle mého názoru určující kvalitou, která rozhoduje o tom, zda budou intervence pomáhajícího profesionála úspěšné, či nikoliv.

Tuto domněnku potvrzuje Magalhaes et al. (2023), které uvádějí, že rozvíjení kvalitních vztahů je zásadním faktorem efektivních intervencí v péči o mládež v rezidenčních zařízeních. Pozitivní vztahy s pracovníky výchovných zařízení zvyšují schopnost dospívajících vyrovnat se s předchozími nepříznivými zkušenostmi, podporují jejich adaptaci i psychické přizpůsobení a posiluje jejich osobnostní rozvoj.

Probstová a Pěč (2014) dodávají, že základním předpokladem dobrého výsledku práce je navázání kvalitního vztahu mezi pracovníkem a klientem. Jak autoři doplňují, existují předpoklady, že kvalita vztahu by mohla být významnější proměnnou než samotný použitý rehabilitační postup. U klientů s duševním onemocněním, kteří mohou být nedůvěřiví, pasivní či nemotivovaní, disponují ne tolik rozvinutými schopnostmi pro reflexi druhého člověka, nebo kteří nemají náhled na svou poruchu, či odmítají pomoc, může být pro pracovníka navázání důvěry o to komplikovanější.

Červenka (2014) k tomuto uvádí, že otázka důvěry je v tomto ohledu klíčová, protože na ní stojí i padá samotná intervence mezi pracovníkem a dítětem. Z pohledu pracovníků výchovného zařízení Červenka (2014) tento vztah nazývá vztahem intervenčním. Intervenční vztah je stejně jako každý jiný mezilidský vztah doprovázený citovým prožíváním všech zúčastněných, to znamená dětí i profesionálů, kteří se na tomto vztahu podílejí.

Pokud se budeme dívat optikou intervenčních cílů a role vztahu budeme vnímat jako prostředek k dosažení těchto cílů, je emoční zkušenost dítěte a její prožitková dimenze jedním z hlavních faktorů, v jejímž rámci se realizace intervenčního vztahu projevuje. Jako funkční příklad můžeme uvést pozitivní korektivní zkušenost, neboli vztahovou zkušenost, pomocí které dítě prožije pozitivní zážitek z důvěry s profesionálem. Tato zkušenost důvěry se pak může příznivě promítnout do vztahu dítěte se svým okolím, i k sobě samému v podobě důvěry

v sebe samého. Skutečnost, že dítě stojí někomu za pozornost, pozitivně působí na zvýšení jeho vlastní sebehodnoty.

„Dospívající potřebují někoho dospělého, s kým si mohou promluvit, kdo jim dodává sílu a pocit jistoty a díky komu cítí, že jsou důležití a že jim někdo naslouchá. Nemusí to být nutně rodič. Důležité je, aby ve světě dospělých existoval někdo, ke komu má dospívající dobrý vztah a kdo mu může sloužit jako pozitivní vzor.“ (Carr-Gregg, 2011, str. 29).

Vztah dítěte s výchovným profesionálem pomůže tedy dítěti pochopit a zažít, jak takový vztah vzniká, jak se mění a co je třeba udělat, aby takový vztah vydržel. Tuto zkušenost si pak mohou přenést do jiného prostředí (například z prostředí výchovného zařízení do svého přirozeného prostředí), stejně tak jim pomáhá budovat vztah vůči okolní společnosti.

Na druhé straně této pomyslné osy vztahu leží situace, kdy dítě zažívá nezáměr a role vztahu zde naopak působí jako potenciální bariéra intervence. Jak lze dovodit, v takovém případě dochází k negativnímu ovlivnění i v oblasti ostatních interpersonálních vztahů, stejně tak klesá i sebedůvěra (Červenka, 2014).

Pešová a Šamalík (2006) doplňují, že důležité je, aby dítě i dospívající cítili opravdový a nefalšovaný zájem. Pracovník nemusí být přímo terapeutem nebo diagnostikem, ale skutečný lidský zájem a ochota naslouchat je prvotním předpokladem jakéhokoliv budoucího vztahu a spolupráce.

Magalhaes et al. (2023) konceptualizovali kvalitu blízkých vztahů z pracovníků výchovných zařízení na pozitivní aspekty (náklonnost, spolehlivé spojení, intimitu, instrumentální pomoc, péči a obdiv) a na negativní aspekty (konflikty, kritiku a tresty). Kvalitní vztah jako takový v tomto kontextu zahrnuje poskytování emoční podpory, dostupnost a odpovídající reakce na specifické potřeby mladých lidí. Swan et al. (2018) v tomto ohledu hovoří o tom, že pokud dospívající vnímají pracovníky jako osoby, na které se mohou obrátit, posiluje to jejich pocit bezpečí.

Kopřiva (2013) k tomuto dodává, že děti přicházející do výchovných zařízení jsou vlivem nepodnětného rodinného prostředí často citově deprivované a potřebují příležitost pro navázání pozitivního vztahu a přijetí. Pomáhající profesionál pracující v tomto zařízení není tedy pouze tím, kdo přikazuje, usměrňuje a poučuje, ale také osobou, od které dítě očekává podporu, přijetí, pochopení, pocit jistoty a již zmiňovaný pocit bezpečí.

K bezpečí vztahu patří i akceptace některých odlišností klienta, jak v myšlení, tak v chování. Je však potřeba odlišit, které z těchto zvláštností více patří onemocnění a jsou tedy stěží ovlivnitelné, a na kterých lze naopak pracovat a pomocí jejich modelace zmírnit překážky, se kterými se klient v souvislosti se svou odlišností potýká (Probstová a Pěč, 2014). Červenka (2014) v této souvislosti hovoří o modelu tzv. informované intervence, jejíž podstatou je identifikace odlišností (bariér) na straně dítěte, kdy takové odlišnosti mohou dítěti působit problémy v jeho životní cestě. Výchovný profesionál by měl být schopen tyto odlišnosti identifikovat a následně pojmenovat z nich vyplývající individuální potřebu dítěte, jejíž naplněním by došlo k zmírnění nebo vymizení problémových důsledků, které přináší individuální odlišnosti. Pro dokončení této strategie pak logicky zbývá poslední krok, ve kterém pomáhající profesionál zacílí svou intervenční snahu jako odpověď na předcházející dva kroky.

Dospívající především v období pozdní adolescence, tedy věku od 15 do 20 let, plánují svou budoucnost a potřebují v této životní etapě vedle sebe někoho dospělého, kdo jim pomůže stanovit si reálné cíle a vymyslet, jak jich dosáhnout (Carr-Gregg, 2011). Výzkumy ukazují, že pokud je nablízku nějaký dospělý průvodce s kouzlem osobnosti, jsou dospívající v tomto ohledu úspěšnější. Harder et al. (2021) používá termín tzv. mentoringu, kdy pracovníci výchovných zařízení podporují dospívající v zodpovědnosti za vlastní pokrok a zdůrazňují, že změna je hlavně na nich. Mentoring se přizpůsobuje jedinečným potřebám a situaci mladého člověka. Pracovníci se vyhýbají přímým konfrontacím a používají nepřímý přístup, aby vytvořili „uvolněné prostředí“. Tato strategie se zaměřuje na vytváření prostředí, kde se adolescenti cítí respektováni a motivováni k osobnostnímu rozvoji.

Vágnerová a Lisá (2021) dodávají, že dospělí v okolí dospívajícího ztrácejí v tomto období své výsadní postavení, které do té doby měli.

Dospívající akceptuje autoritu, ale pouze tu, která mu něčím imponuje a může si jí vážit. Dospívající chtějí jako požadované a imponující vlastnosti u dospělých jednak stabilitu názoru, spolehlivost a jistotu neměnnosti. *„Bezodůvodná změna požadavků, názorů a hodnocení by narušovala kognitivní jistotu adolescentů, kteří pak nevědí, s čím mají počítat.“* (Vágnerová, Lisá, 2021, str. 422). Rovněž požadují stabilitu emocí a převahu pozitivního emočního ladění. Pracovník by neměl být náladový a nervózní, to v dospívajících vyvolává napětí, čímž vzrůstá riziko konfliktů. Dalšími oceňovanou vlastností u dospělých osob jsou spravedlnost. Jinými slovy u adolescentů, především těch mladších je silně vyvinutá potřeba dodržování řádu a pravidel ve smyslu rovnoprávnosti. Dospívající odmítají manipulaci se svou osobou. Dávají přednost hodnocení podle stejných kritérií. K tomu všemu u dospělého rovněž kvitují dobrou náladu a smysl pro humor (Vágnerová, Lisá, 2021).

K dalším požadavkům na osobu pomáhajícího pracovníka Probstová a Pěč (2014) přidávají, že pracovník by měl být ve vztahu s klientem na jedné straně poměrně autentický a otevřený, na straně druhé by si měl stále uvědomovat svou profesionální roli a úkol. To vylučuje svěřování se s vlastními osobními problémy, i když náznak určité životní zkušenosti může pomoci v překlenutí bariéry na počátku budování vztahu. Je tedy evidentní, že hranice mezi autentičností a profesionalitou je tenká a citlivá. Brown et al. (2018) považuje ze jeden z důvodů tohoto rozporu mezi vztahově orientovanou praxí a „objektivní“ a „emocionálně vzdálenou“ profesionalitou skutečnost, že pracovníci výchovných zařízení často čelí tzv. kultuře strachu. Ta se projevuje skrze byrokratické procesy, zaměřené především na řízení rizika a obavy z potenciálních právních sporů. Strach z „dotyku“ nebo z „emocionální intimity“ s dětmi je u pracovníků běžný, což ovlivňuje i kvalitu jejich vztahů. Kultura strachu pak omezuje i vlastní kreativitu a intuitivní praxi pracovníků, což vede k jejich „robotickému“ přístupu, kdy se více spoléhají na procedury než na vlastní úsudek.

Navíc křehkost této hranice komplikují některé prožitky a pocity pracovníků, zvláště těch, kteří jsou s klienty v dlouhodobé spolupráci. Můžeme se tak setkat s pocity frustrace, hněvu, nebo znudění nad tím, že jako pracovníci nevidíme u klienta žádný pokrok nebo pozitivní posun (Probstová a Pěč, 2014).

Baštecká et al. (2013) v této souvislosti hovoří o tzv. dlouhodobosti neúspěchu. Pokud se člověk a jeho situace se nelepší, pomáhající není odměňován. Dlouhodobost s sebou nese pro pomáhající profesionály velká rizika. *„Pracovník přestává vidět to, co viděl jako nově přichozí,*

začíná si „normalizovat“ realitu, případně se zanášet kaly- skepsí, bezvýchodností, nedůvěrou.“ (Baštecká et al., 2013, str. 277).

Z hlediska psychodynamického pojetí pak lze hovořit i o obranných mechanismech, kdy dochází k projektivní identifikaci neboli přenosu. Můžeme si jej představit jako proces, ve kterém klient „vysílá“ pracovníkovi pocity, které prožívá, pracovník je přijímá za své. Problém by nastal ve chvíli, kdy by pracovník tyto pocity netoleroval uvnitř svého nitra a „poslal“ je zpět klientovi. Jinou obdobou tohoto procesu je nadměrná angažovanost v práci s klientem a klient v této situaci „předává“ odpovědnost sám za sebe na pracovníka. Tyto procesy pak mohou tvořit podhoubí pro vznik syndromu vyhoření u pomáhajících pracovníků (Probstová a Pěč, 2014).

1.3.4 Specifické nároky na pracovníky výchovných zařízení

Pomáhající pracovníci v nelékařských oborech se snaží kombinovat znalosti z diagnostiky, zájem o prostředí a podmínky, v nichž člověk žije, a zároveň neopomenout pochopení dynamiky obtíží. To vše může v pracovníkovi vytvářet konflikt, který spočívá ve snaze zachovat si svou profesní identitu a zaměření na sociální fungování člověka s duševním onemocněním, ale stejně tak porozumět potřebám této specifické cílové skupiny (Probstová, Pěč, 2014). Timonen-Kallio (2018) tuto tezi rozvádí přímo v rámci výzkumu zaměřeného na pracovníky výchovných zařízení pro děti a dospívající a uvádí, že pokud se pracovníci těchto zařízení příliš opírají o úsudek jiných odborníků z oblasti psychiatrie nebo psychologie, má tato skutečnost vliv na jejich profesní identitu. V důsledku tohoto by jejich práce mohla být prováděna prostřednictvím diagnostického nebo léčebného modelu, který ale nemusí nutně odrážet běžnou každodennost a odbornost pedagogické výchovy, která je charakteristická pro pracovníka výchovného zařízení.

Abychom lépe poznali a pochopili potřeby, životní situaci a sociální fungování dospívajícího, je zapotřebí s ním umět adekvátně komunikovat. Adolescenti jsou ovšem specifickou skupinou, na což nelze v komunikaci s nimi zapomínat. Cimrmannová et al. (2013) et al. připomíná, že u mladších adolescentů nelze opomenout fakt, že jsou snadno manipulovatelní a ovlivnitelní z hlediska postojů. Některá jejich vyprávění mohou znít nevěrohodně a dospívající v tomto období se teprve učí vyjadřovat své emoce. Zvláště v krizových situacích je proto nutné, vyjadřovat mu důvěru. Zároveň je v tomto období běžné, že dospívající zkouší různé situace a tím si „testují“ dospělé, jak budou reagovat. Proto hrozí i případné podcenění rizikové situace a odmítnutí dítěte v krizové situaci. U starších adolescentů může být zavádějící, že i když dávají najevo svou samostatnost a snahu být dospělí, problém může nastat spíše v situaci, kdy dobře neodhadnou své dovednosti a kompetence. Jinými slovy problémem není vzájemné verbální porozumění, ale spíše tím, že působí, že „vše zvládnou“ a okolí má pak na ně nepřiměřené nároky.

Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že role nelékařského pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním je naprosto nezastupitelná. Na rozdíl od ostatních profesních skupin (psychiatri, sestry, psychologové) u nás chybí pre- i postgraduální vzdělávání a další specializační programy, které by pracovníkům z jiných než lékařských oblastí, nejen pomohly zvládat náročné úkoly, ale i přiznaly odpovídající status pro práci s touto cílovou skupinou. Pracovníci

výchovných zařízení sami hodnotí, že při práci s dětmi s psychiatrickou diagnózou často suplují psychiatrické léčebny a v případě dětí s duševním onemocněním a současně i problematickým chováním nahrazují i detenční zařízení. Pracovníci zařízení pak sami vnímají, že nemají potřebné vědomosti z oboru psychiatrie, jak s takovými dětmi pracovat a nemají ani potřebné zázemí (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023). Timonen-Kallio (2018) dodává, že vzhledem ke skutečnosti, kdy pracovníci výchovných zařízení mají různou profesní kvalifikaci a úroveň vzdělání a nemusí před nástupem absolvovat povinné vzdělávání se zaměřením na mezioborovou a meziprofesi spolupráci v systému péče o děti a dospívající, spoléhají se v rámci své práce častokrát na „zdravý rozum“, osobní zkušenosti a také na své kolegy, které vnímají jako zdroj znalostí.

Mnozí pracovníci mají k užívání psychiatrických diagnóz ambivalentní vztah, kdy na jedné straně stojí mnohdy přehnaný respekt, na straně druhé až skepse nebo odmítání. Přehnaný respekt plyne z pocitů nedostatečné kompetence nebo neznalosti ve srovnání s psychiatry nebo klinickými psychology (Probstová, Pěč, 2014). Je zajímavé, že pracovníci ve výchovných zařízeních sami vypovídají o určité nejasnosti při konceptualizaci své práce v rámci profesionálních intervencí, úkolů a postupů. To podněcuje k výkladu, kdy kvůli nesdílení odborných znalostí a postupů mezi personálem zařízení dochází k vytváření určitého napětí. To se projevuje tím, že při používání běžného diskurzu – tedy při hodnocení toho, co se děje v souvislosti s péčí a chováním dítěte – mohou být pracovníci v rámci mezioborové spolupráce s psychiatry nebo psychology vnímáni jako méně profesionální. Jinými slovy pracovníci svou práci vnímají jako obtížně definovatelnou a někdy i nepředvídatelnou, což často vyžaduje flexibilní a spontánní přístup. Hovoří o každodenní práci při přípravě a podpoře dospívajících, o denní rutině, nicméně specifikovat svůj profesionální úkol je pro ně náročné. V důsledku toho se pak obávají, že tato realita může způsobit, že při jednání s odborníky na poli psychiatrie a psychologie budou vypadat méně jistí ve své pozici. Pracovníci výchovných zařízení se také často cítí zklamáni odborníky v oblasti duševního zdraví, což jakoby odráželo nerovnováhu moci. (Timonen-Kallio, 2018).

Odmítání nebo skepse k užívání psychiatrických diagnóz pramení z úvah o tom, jak moc jsou vlastně diagnózy přesné a přínosné. Tedy, zda diagnóza člověka s duševním onemocněním nepřináší zároveň i zvýšenou míru stigmatizace (Probstová, Pěč, 2014). Někteří pracovníci výchovných zařízení snahu o specializovaný klinický přístup vnímají jako stigmatizující a v rozporu se sociálně-vzdělávacím modelem (Timonen-Kallio, 2018). Přičemž samotné ocitnutí se dítěte v ústavní péči je symbolickým výrazem četných selhání a dítě trvale poznamenává a stigmatizuje (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023). Pracovníci výchovných zařízení pak mohou zažívat určité dilema pracovní orientace, kdy na jednu stranu je po nich požadována profesionalizovanější „terapeutická rezidenční péče“, která do určité míry představuje odklon od modelu náhrady rodinného prostředí a vyjadřuje snahu o pozvednutí postavení pracovníků zařízení, a na druhé straně je po nich vyžadována tzv. rodičovská dovednost spojená se zvládáním každodenních úkonů v rámci běžné péče (Timonen-Kallio, 2018). Dle mého názoru toto dilema pracovníků nemusí pramenit pouze z vnějších požadavků, ale i z vnitřního nastavení každého z nich, tedy k jakému stylu vlastní práce se více přiklání a který je mu osobnostně bližší.

„Scheff (2013) uvažuje o třech přístupech, které jsou reakcí na diagnózu „duševní choroba“: labeling (nálepkování), enabling (povzbuzování) a normalization (normalizace). „Labeling je

ekvivalentem stigmatizace, která uděluje status ostudy (shameful status). Enabling uděluje hrdý status (pridefullstatus): „S tebou není nic v nepořádku.“ Normalizace zaujímá zlatou střední cestu: „Máš problém, ale to není ostuda“ (str.59, in Červenka, 2016).

V rámci výchovného působení na děti a mládež rozlišují Vojtová a Červenka (2011) dva typy intervenčních strategií. Popisují jako tzv. 3R strategii, která se vyznačuje represivními, restriktivními a resocializačními tendencemi, které jsou referenčními zájmy nebo potřebami společnosti. Ve výchovných zařízeních se uplatňovaly různé metody a režimová opatření, jejichž společným jmenovatelem byla restrikce a represe. Dodnes se v tomto smyslu hovoří o převýchově, resocializaci a reedukaci. Jedná se o historicky dlouhodobě užívaný způsob práce, který primárně řeší problém nevhodného chování. Tento přístup pak ale ve své krajní poloze vůbec nezohledňuje perspektivu jedince ani jeho osobní podíl na kvalitě svého života.

Na druhé straně pomyslné osy pak stojí tzv. 3P strategie, které lze charakterizovat jako aktivity směřující k posilování, podpoře a provázení. V tomto případě lze za referenční zájmy považovat zájmy a perspektivu osob, na které se intervence zaměřují (in Vojtová, V., Červenka, K., et al., 2014).

Vágnerová a Lisá (2021) toto shrnují následovně: *„Dospívající si váží jen skutečných kvalit a autentických projevů, shody chování a verbálních prohlášení. Zdůrazňování formální stránky, která nemá přijatelný obsah („Musíš mě poslouchat.“) vede k odporu a odmítnutí takových požadavků. Neúčelné ulpívání na formálním postavení bývá výrazem výchovné nejistoty, bezmoci, nedostatečné empatie, což dospívající obvykle nechápou“ (str. 413).*

Rozdílné výchovné styly pak ve výsledku působí problémy ve vztahu k dětem. Situaci nepomáhá ani fakt, že předávání „dobré praxe“ není písemně dokumentováno a k dalším pracovníkům se dostává ústní formou, což může být důvodem, proč dochází k nejednotnosti přístupu a chybí sjednocující výchovný styl. Ten pak je často výsledkem osobnostních předpokladů a osobní zkušenosti každého pracovníka. Za takové situace je pak velmi těžké předat dalším kolegům tzv. výchovné know-how (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

1.3.5 Profesionální a osobnostní kompetence u pracovníků výchovných zařízení

Z důvodu náročné sociálně rehabilitační práce je zapotřebí zaměřovat se na psychickou stabilitu pracovníků výchovných zařízení, další prohlubování jejich profesionality a rozvoj individuálně pojatého odborného přístupu takovým způsobem, aby dokázali zvládat i emočně vyhořelé situace. Měnění se struktura dětí a mladistvých ve výchovných zařízeních vede ke komplikovanějším vztahům a vzrůstajícímu počtu konfliktních situací. Pracovníci se téměř denně stávají spoluúčastníky nestandardních, často krizových situací, na které nebyli připraveni studiem ani odborným zaučením (Jedlička et al., 2015).

„Kritické situace musí často řešit intuitivně a úspěch jejich intervencí tak závisí nejen na specializovaných znalostech, ale i na osobní zkušenosti a schopnosti improvizovat.“ (Jedlička et al., 2015, str. 402).

Cimrmannová et al. (2013) potvrzuje, že vztahy ve školských zařízeních přináší zvláštní potenciál, který lze využít především při řešení krizových situací. Ovšem málokterý pedagog, asistent pedagoga nebo jiný pracovník absolvoval specializovaný výcvik krizové intervence.

Za účelem zvyšování profesionálních a osobnostních kompetencí především pedagogických pracovníků výchovných zařízení začalo již v 90. letech minulého století MŠMT systematicky podporovat psychoterapeutické sebezkušenostní výcviky. Smyslem těchto výcviků není vychovávat další psychoterapeuty, ale pomoci pracovníkům umět se vyznat v životní situaci klientů a předvídat jejich reakce na uplatněné výchovné metody. Stejně tak i zlepšit schopnosti pracovníků využívat zásad skupinové dynamiky ve výchově (Jedlička et al., 2015). Užitečnost sebezkušenostních výcviků vyzdvihuje i Probstová a Pěč (2014), kteří jejich kvality spatřují především v oblasti práce s přenosovými jevy a obrannými mechanismy v rámci vztahu pomáhajícího pracovníka a klienta. Absolvování výcviku doporučují ne nutně proto, aby pak pracovníci aplikovali psychoterapii, ale aby dokázali účinně pracovat a porozumět těmto jevům.

Pro pochopení vlastní vztahové problematiky se pak nejvíce osvědčují pravidelné supervize. Jedlička et al. (2015) je vnímá jako nadstavbu psychoterapeutických výcviků. Supervize může být podle něj zaměřena nejenom na výše uvedeno psychodynamiku ve vztahu pracovník-dítě, ale přináší i uvolnění tvořivého myšlení, stejně tak i na osvětlení nových perspektiv a přístupů v profesním přístupu. Zároveň dochází k procesu učení se na konkrétních a reálných situacích. Maroon (2012) přínosy supervize rozšiřuje o prvky administrativní a podpůrné. Domnívá se, že se jedná o výchovný proces, jehož základním cílem je pomoci pracovníkům, aby dosahovali dobrých výkonů odpovídajícím způsobem.

I když Jedlička et al. (2015) tvrdí, jak bylo výše uvedeno, že MŠMT podporuje supervize ve školských zařízeních, Cimrmannová et al. (2013) uvádí, že supervize není ve školských zařízeních obvyklá a psychicky náročné situace u pracovníků těchto institucí bývají vesměs jen laicky ošetřeny. Pracovníci pak prožívají nejistotu, zda krizovou situaci zvládnou správně.

Jedlička et al. (2015) uzavírá tím, že sebezkušenostní terapeutické výcviky a supervize jsou ve školských výchovných zařízeních o tolik důležitější oproti jiným školským institucím, protože poskytovaná nápravná a preventivně-výchovná činnost je tou nejnáročnější, kterou resort školství zajišťuje. Nikde jinde v celém sektoru se pracovníci nepotkávají s takovou koncentrací nemotivovaných klientů, jejichž psychika je natolik zraněná a jejich chování natolik nepředvídatelné. Chronická psychosociální zátěž se projevuje velkou fluktuací pracovníků, kteří nevidí ve svém pracovním počinání smysl, neboť mají pocit, že jejich úsilí je jen málokdy pozitivně zúročeno.

Ve výsledku v zařízeních setrvávají dva typy pracovníků. Na jedné straně jsou to osobnostně silní jedinci, kteří dokážou dospívající zaujmout, povzbudit a příznivě je nasměrovat. Na straně druhé, se jedná o pracovníky, kteří se vyznačují spíše flegmatičností a nepřipouštějí si, že by měli pracovat s větším nasazením. Nicméně plní si své povinnosti a lpí na dodržování režimových pravidel a zvyklostí. Jedni tedy přináší invenci a nadšení pro nové způsoby práce, zatímco ti druzí vytváří cennou kontinuitu pro fungování zařízení (Jedlička et al., 2015).

V pojednání o vztahu jako základní součásti práce s dospívajícími jsem hovořila o důvěře jako hlavním předpokladu kvality tohoto vztahu. Pokud bychom se ale podívali na to, jaké nároky, osobnostní předpoklady a kompetence klade budování důvěry na samotného pracovníka ve výchovném zařízení a jaké má vlastně možnosti pro budování kvalitního vztahu, je nutné říci, že i zde lze nalézt jak zdroje podpory, tak i bariéry.

Pokud má dítě nabyt trvalého vztahu k osobám, které o něj pečují i ke svému „novému domovu“, je důležité zajištění jednoty výchovných osob a jednoty místa (Langmeier, Matějček, 2023). Cimrmannová et al. (2013) definuje, že pracovník musí vytvořit prostor a atmosféru pro budování důvěry s dospívajícím. Jenže samotná podstata výchovného zařízení tomuto nepřispívá. Radimáková a Červenka (2014) uvádí, že výchovné zařízení nedokáže ani při nejlepším úsilí nahradit rodinu. Nemá k tomu potřebné možnosti ani formy. Langmeier a Matějček (2023) potvrzují, že např. vychovatelka v dětském domově nemá potřebné podmínky, aby dítěti plně nahradila matku. *„Dítě není její, do její péče přišlo a zase odejde, sama netvoří jeho osud, nemůže prožívat nejvyšší radost z jeho úspěchů ani nejhlubší úzkost nad jeho nezdary. Je vůči dítěti ve zcela zvláštním postavení.“* (str. 358). Radimáková a Červenka (2014) doplňují, že stále se jedná pouze o zařízení, která poskytují péči a syčení základních životních potřeb. Jenže každý člověk a dítě o to více touží nejvíce po blízké osobě, kterou nachází nejčastěji v rodině. Důsledkem této touhy pak může být přirozená antipatie vůči pracovníkům i zařízení jako takovému. Děti pak mohou odmítat i podporu těchto pracovníků, což může vést k o to většímu připoutání se k rodině a rodičovským vzorcům chování, i když tyto vzorce jsou často negativní. Stejnou tendenci k negativnímu vnímání zařízení a jeho pracovníků pak vidíme i na základě skutečnosti, kdy děti vnímají své umístění do zařízení jako „trest“ a pomáhající profesionály jako ty, kteří je „trestají“.

Dle Cimrmannové et al. (2013) by měl pracovník vyjadřovat pochopení bez jakéhokoliv hodnocení dospívajícího. Vhodnější je vždy hodnotit situaci, ne adolescenta. Rovněž být emoční podporou a pomoci dospívajícímu emoce zpracovávat, také věnovat pozornost slovníku dítěte, neobviňovat jej, oceňovat všechny možnosti, které již sám zkusil, neslibovat nejisté věci a pracovat s vlastními emocemi.

1.3.6 Faktory prostředí

Probstová a Pěč (2014) hovoří o tom, že pro pracovníka jsou důležité prostředí a podmínky, které klienta určují a ovlivňují. Stejně tak i vzájemné procesy, které v tomto prostředí probíhají.

Silné stránky ve vnějším prostředí lze považovat za takové faktory, které nabízí okolní prostředí a společnost a které lze použít jako zdroje pomoci a podpory. Mohou to být lidé z rodiny, komunity, přátelé nebo pomáhající pracovníci. Jde rovněž o materiální statky, jako peníze, bydlení, nebo materiální vybavení. Může se jednat i o hmotné věci, na kterých člověk lpí a dodávají mu pozitivní energii. Kromě toho lze najít velké množství zdrojů, které nabízí společnost, což jsou například různé spolky, kluby nebo komunitní centra. Specifickými formami zdrojů jsou kulturní, duchovní a náboženské zdroje (Hollander, Wilken, 2020).

Peter Warr (1987, 2002) identifikoval několik faktorů prostředí, které jsou zásadní pro to, aby v nich lidé mohli zdravě fungovat – možnost ovlivňovat prostředí; možnost využívat své dovednosti; přítomnost cílů, které slouží jako vodítka; rozmanitost aktivit; přehledné prostředí; dostupnost materiálních zdrojů pomoci; fyzické bezpečí; podporující lidé; sociální kontakt; oceňované společenské postavení (in Hollander, Wilken, 2020).

Organizační podmínky, pracovní prostředí a materiální zdroje

Maroon (2012) a Goering Smith (2017) definují organizační podmínky pracoviště na několika úrovních:

- ve vztahu ke spolupracovníkům
- ve vztahu k pracovní roli
- ve vztahu k problémům s vyhořením
- ve vztahu k rozvoji personálu

Ve vztahu ke spolupracovníkům hodnotí, že organizační změny by se vždy měly přizpůsobovat potřebám jednotlivých pracovníků a zohledňovat jejich individuální rozdíly. Zahraniční výzkumy potvrzují, že organizační kultura a klima ovlivňuje i kvalitu práce pracovníků ve výchovných zařízeních a rozvoj jejich pozitivních vztahů s dospívajícími v ústavní péči. Ideální pracovní prostředí by mělo zahrnovat podporu a spolupráci. Pracovníci, kteří vnímají konzistenci v týmových intervencích, v týmové spolupráci a podporu mezi odborníky (např. rady nebo emocionální podpora), stejně jako ti, co vnímají svou práci jako odměňující a s příležitostmi k růstu, prezentují vyšší angažovanost, čímž se zvyšuje i kvalita jejich práce (Steinlin et al., 2017, Swan et al., 2018, Calheiros et al. 2021, Magalhaes et al., 2024). Potřebu týmové spolupráce zdůrazňuje i Cimrmannová et al. (2013) a dodává, že fungující a podpůrný pracovní kolektiv, který si je vzájemnou oporou a společně řeší všechny krizové situace je důležitou organizační podmínkou.

Baštecka et al. (2013) dodává, že společenství-týmovost je jedním z východisek pomoci ve smyslu „společně to zvládneme“, a také zároveň jistou pojistkou, aby se člověk nedostal „do vleku“ tíživých událostí a pocitů.

„To, co rozhoduje, jsou funkční mezilidské sítě. Spojenectví lidí, kterým na daném člověku záleží a jsou dost silní na to, aby je neodradily jeho přetrvávající problémy a neradostné prožívání. Zajímají se a nevnímají člověka zápasícího s nezdarem jako chudáka, ale váží si ho, i když se mu nedaří, a jsou schopni vyjádřit, že i on jim něco dává, co je pro ně užitečné.“ (Baštecká et al., 2013, str. 276).

Hollander a Wilken (2020) potvrzují, že podporující lidé jsou jednou z podmínek příznivého prostředí. Přichází s pracovním nástrojem pro metodickou podporu pracovníků, který nazývají skupinové koučování. Jedná se o strukturovanou diskuzi o práci jednoho z členů pracovního týmu. Může proběhnout za účasti metodika, ale i bez něj. Cílem je poskytnutí metodické podpory, aby pracovník lépe porozuměl svému klientovi nebo způsobu své práce.

Cestou, jak dosáhnout pozitivního vztahu k vlastní pracovní roli může být i strategie, kdy se pracovníci mohou podílet na rozhodnutích instituce, pokud se dotýkají jejich práce a budoucnosti. Jinými slovy pracovníci měli mít určitou pravomoc při samostatném určování pracovních úkolů, což pozitivně přispívá k jejich pocitu sounáležitosti s danou organizací. Organizační klima s vysokou mírou osobního zapojení pracovníků je spojeno i s jejich větší schopností navazovat a udržovat kvalitní vztahy s dětmi a mladými lidmi, které mají v zařízení v péči (Maroon, 2012; Calheiros et al., 2021). Goering Smith (2017) doplňuje, že vyšší zapojení zaměstnanců v organizaci bylo spojeno s lepšími psychosociálními výsledky dětí. Například děti v organizacích s vyšším zapojením zaměstnanců vykazovaly lepší skóre v hodnocení psychického stavu (např. nižší skóre problémového chování).

Hollander a Wilken (2020) rovněž vnímají, že aspekt zapojení je jedním z faktorů příznivého prostředí. Pro každého jedince je důležité mít možnost o svém prostředí spolurozhodovat a uplatňovat v něm určitou míru kontroly. Tento aspekt je pak posilován zkušeností, pokud víme, že v daném prostředí vyslechnou náš názor a že jej ocení.

Brown et al. (2018) doplňuje, že nedostatečná podpora ze strany vedení organizace a přístup při řešení chyb ve smyslu individualizace odpovědnosti, jinými slovy: „ukázat na toho, kdo pochybil a chybu mu vyčítat“, vede v pracovním kolektivu k pocitům nedůvěry a izolace.

Souhrnné výzkumy (Bakker, Demerouti, 2017; Goering Smith et al., 2018; Calheiros et al. 2021; Magalhaes, 2024) potvrzují výše uvedené a ukazují, že efektivní organizační klima ve výchovných zařízeních, zahrnující organizační podporu a spolupráci, srozumitelné vymezení rolí a nízkou míru konfliktnosti rolí, stejně tak i přehlednou organizační strukturu, zvyšuje kvalitu jejich práce ve smyslu budování pozitivních vztahů s dospívajícími, o které se starají.

Naopak nedostatek podpory, nadměrné pracovní požadavky a nedostatečné uznání práce může vést k syndromu emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého pracovního uspokojení, který jinak nazýváme jako syndrom vyhoření. Dle Steinlin et al. (2017) jsou pracovníci v ústavní péči o děti vystaveni vysokému riziku vyhoření, a to především kvůli značným emocionálním nárokům této práce, a také i v důsledku častého kontaktu s traumatickými příběhy dětí, o které se starají. V souvislosti s tímto může docházet i k tzv. sekundární traumatizaci. Mezi ochranné faktory patří podpora péče o sebe, kdy by organizace měly implementovat programy pro fyzické a duševní zdraví svých pracovníků, stejně tak i prostor pro relaxaci, skupinové aktivity nebo pravidelné supervize. Dále je to zlepšení pracovních podmínek formou zavedení systémů uznání a odměn za kvalitní práci, rovněž i vzdělávání zaměřená na zvládání stresu, krizovou intervenci a posílení vztahové praxe pro podporu emocionální stability pracovníků. Studie zdůrazňuje nutnost systematických změn v pracovním prostředí s cílem podpořit duševní zdraví pracovníků výchovných zařízení.

Maroon (2012) jako zásadní vnímá i neustálý tlak na nadřízené orgány k omezení administrativní zátěže. Administrativní úkony by se měly omezovat zavedením menšího množství logických a reálných postupů, které přispějí jednak k úspoře času, ale zároveň přispějí k otevření komunikačních kanálů pro výměnu informací a poskytování zpětné vazby.

Mezi organizační podmínky vztahující se k rozvoji personálu řadí Langemeier a Matějček (2023) i výběr, odbornou přípravu a pracovní motivaci personálu v zařízeních. Rozhodující je rovněž počet a kvalita personálu. Vnímají, že každé další zlepšení bude vyžadovat rozšíření počtu pracovníků, aby došlo ke snížení počtu dětí na jednoho pracovníka. Swan et al. (2017) uvádí stejné závěry a dodává, že menší počet dětí na pracovníka usnadňuje budování vzájemných vztahů, čímž přispívá k zlepšení celkové kvality péče. Menší počet dětí a lepší poměr mezi dětmi a pracovníky zařízení podporuje i pozitivní sebeobraz dospívajících, což se promítá do jejich lepšího psychického přizpůsobení (Calheiros et al., 2021).

V dosavadním systému ústavní péče je velký důraz kladen především na výchovné programy, na vytváření vhodných návyků u dětí a na nácvik určitých dovedností. To ovšem vyžaduje náležité materiální vybavení a odbornou metodickou podporu personálu. Dá se tedy předpokládat, že další zlepšování v systému ústavní péče si bude nutně žádat vyšší a vyšší náklady (Langmeier, Matějček, 2023). Zmenšení velikosti rezidenčních zařízení je jedním klíčových bodů deinstitucionalizace systému péče o děti žijící mimo rodinu, nicméně tento proces s sebou nese právě vyšší finanční náklady na provoz. Menší zařízení vyžadují více zdrojů na zajištění personálu, prostor a materiální vybavení (Swan et al., 2018).

„S tím souvisí i otázka vnitřního vybavení zařízení, členění prostoru, podmínek volnému projevu dětí, k rozvíjení jejich individuálních schopností a zájmů, k volnému sdružování ve skupiny, ale i

k intimitě přátelských vztahů a k intimitě soukromí.“ (Langmeier, Matějček, 2023, str. 358). Autoři na tuto otázku odpovídají tím, že organizační opatření nevyřeší všechny problémy ústavní péče, nicméně některé problémové aspekty lze úspěšně řešit jen tehdy, pokud bude v trvalých zařízeních méně dětí, a to převážně staršího věku, a budou-li výchovná zařízení účelně diferencována.

Jako významnou podmínku příznivého prostředí Hollander a Wilken (2020) vnímají bezpečné pracovní prostředí. Mají tím na mysli přehlednost prostředí, přítomnost známých lidí nebo bezpečné pracovní podmínky. Přehlednost prostředí je zajišťována skrze jeho transparentnost a srozumitelnost. Chaotické prostředí není příznivé. K pocitu bezpečí přispívá jasně daný režim nebo jasná pravidla. Důležitá je rovněž i jistota, že člověk má stabilní práci.

Pracovníci výchovných zařízení se ovšem často dostávají do krizových situací, kdy jsou nuceni řešit nejenom bezpečnost dospívajících, ale i svou vlastní.

Některá zařízení, především výchovné ústavy, zavedla k zajištění bezpečnosti dětí i personálu tzv. pohotovostní tlačítka (např. v podobě hodinek), která slouží k přivolání dalšího pracovníka. A to v případě, kdy dojde k situaci, kterou pracovník vyhodnotí jako mimořádnou, kterou nebude schopen zvládnout sám (zdravotní potíže, raptý dospívajících). Tlačítko zároveň slouží i pro děti, které ví, že jím mohou přivolat pomoc i ony samotné. Některá zařízení mají pro zajištění bezpečnosti k dispozici také oddělené místnosti. Jejich použití je vnímáno jako krajní řešení mimořádné situace. Pro jejich použití platí přísná pravidla stanovená v zákoně (ZVÚOV) a jejich uplatnění nařizuje pouze ředitel/ka zařízení. Sami pracovníci se shodují na tom, že k cestou k zajištění vyšší bezpečnosti dětí i personálu nejsou pouze opatření nebo materiální vybavení, ale také navýšení počtu zaměstnanců za současného snížení počtu dětí na výchovné nebo rodinné skupině (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Tyto situace a zvyšující se specifické potřeby umístěných dětí zvyšují náročnost celé profese, a tato náročnost neustále stoupá. Současný trend k podpoře především pěstounské péče zvyšuje nejistotu, jaká bude podoba ústavní péče do budoucna, tím pádem prohlubuje u pracovníků i pocit nejistoty o stabilitě vlastního zaměstnání (Jedlička et al., 2015).

Spolupráce s externími organizacemi

Mimo ústavní pracovníky poskytují dětem podporu též spolupracující instituce. Pro komplexní výčet a přehledné porozumění slouží tabulka:

Spolupracující organizace	
Školská, sportovní a kulturní zařízení	MŠMT, PPP, SPC, základní a střední školy, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, dětské domovy se školou, univerzity, ZUŠ, sportovní instituce, kulturní střediska
Zdravotnická zařízení	léčebny, psychiatrické léčebny, psychiatrické ambulance, odborní lékaři, adiktolog, klinický psycholog, dětský psychiatr, okresní hygienická stanice
Právní instituce	Soudy, státní zastupitelství, Policie ČR, probační a mediační služba, zařízení pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody
Správní celky, úřady	Obecní, městské a krajské úřady, magistráty, OSPOD, úřad práce
Občanská sdružení, neziskové organizace	Domy na půli cesty, ubytovny, azylová zařízení, SAS pro rodiny s dětmi, K-centra, služby následné péče, nadační fondy
Jiné	Kancelář veřejného ochránce práv, krajský protidrogový koordinátor

Tabulka 2: Možné spolupracující organizace s DD a VÚ

Zdroj: vlastní zpracování dle Matochové, 2014, str. 118, in Vojtová, Červenka, et al., 2014

Pro potřeby této práce bude blíže specifikována pouze spolupráce s klíčovými institucemi, které se podílí na spolupráci s dospívajícími s duševním onemocněním. Jsou jimi orgán sociálně-právní ochrany dětí, odborníci v oblasti psychologie a psychiatrie, školy (v případě DD) a rodiny těchto dětí.

Spolupráce s OSPOD

Jednou z klíčových institucí, která s výchovnými zařízeními úzce spolupracuje je Orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) zastoupený sociálními pracovníky městských úřadů. Při umísťování dětí s psychiatrickou diagnózou či duševním onemocněním může docházet k situacím, kdy pracovník OSPOD při hledání volného místa v zařízení neposkytne úplné informace o dítěti, aby tím snížil pravděpodobnost, že zařízení dítě odmítne. Takový proces pak v praxi může vyústit v řadu nevhodných umístění dětí. Pokud se tak stane, tak dítě lze přemístit jen s obtížemi a celý proces trvá dlouhou dobu. Dříve děti procházely nejprve diagnostikou v rámci diagnostického ústavu, který rozhodoval o vhodném návazném umístění podle potřeb dítěte. Nyní jsou děti častěji umísťovány přímo do daného zařízení a to si samo skládá potřebné informace o dítěti jako mozaiku (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

V průběhu umístění dítěte pracovníci vnímají jako podstatnou bariéru spolupráce s OSPODy také nedostatečný jednotný přístup ve smyslu koordinace intervencí směrem k rodině a dospívajícímu, sladění očekávání všech účastníků procesu péče o dítě a vyjasnění zakázky umístění v ústavní péči. OSPOD je často jedinou institucí, který spolupracuje s rodinou po

umístění dospívajícího, nicméně pracovníci zařízení tuto spolupráci vnímají jako nedostatečnou, protože rodina není sanována, výchovné prostředí zůstává stejné a nejsou vidět žádné změny k lepšímu (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023b).

Dle Zákona o sociálně-právní ochraně dětí má OSPOD možnost svolat případovou konferenci za účelem efektivního řešení situace dítěte. Na tomto případovém setkání lze zmapovat současnou situaci a potřeby dospívajícího a sjednotit přístup všech institucí, rodiny a dalších aktérů (ZSPOD). Je otázkou, do jaké míry je tento případný zdroj podpory ze strany OSPOD využíván, případně ze strany výchovných zařízení navrhován.

Spolupráce s rodinou

Kromě spolupracujících organizací je nezbytné zmínit i kontakt dětí v zařízeních se svými rodinnými příslušníky. Ten se může odehrávat buď formou korespondence, telefonických kontaktů, nebo návštěv v zařízení (ZVÚOV). Samostatnou formou kontaktu je pobyt dítěte v rodině, tzv. dovolenka. Tuto formu kontaktu schvaluje ředitel zařízení na základě žádosti zákonného zástupce. K souhlasu je rovněž zapotřebí vyjádření příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí (ZSPOD).

Do sociálního kontextu každého člověka patří neodmyslitelně i jeho rodina, ve které vyrůstá. Ta na dítě působí, přináší mu různé sociální situace, které mají různé hodnoty. Tyto hodnoty mohou být dobré, méně dobré, závadné, a někdy i ohrožující. Rodina zprostředkovává dítěti model chování, který dítě odpozoruje, osvojuje a přijímá za své. Pokud je například divákem jednání, kdy násilím lze získat toho, o čem člověk usiluje, tento vzorec chování si odnáší i pro své budoucí jednání a může jej praktikovat nejen vůči rodičům, dalším osobám v rodině, v kolektivech, ale později i v rámci intimních a partnerských vztahů. Kromě násilí může být součástí odpozorovaného jednání přes vulgární výrazy, kouření, až po užívání alkoholu a drog. Patří sem i přístup k osobní hygieně a spoustu dalších věcí, které si dítě osvojuje odpozorovaným způsobem (Hurýchová, Ptáčková, 2022).

Důležitým aspektem pro nastavení optimální spolupráce s rodinou je i vzdálenost výchovného zařízení od místa bydliště rodiny. V některých případech je žádoucí, aby dítě mohlo s rodinou udržovat co nejčastější kontakt, jindy je naopak prospěšné, když je rodina daleko, aby bylo možné omezit nepříznivé výchovné působení rodičů. Zatím však převažuje spíše aspekt kapacitní, než výchovný (Langmeier, Matějček, 2023). Sami pracovníci zařízení ovšem spolupráci s rodinou hodnotí jako neúspěšnou, či spíše neefektivní. Umístěné děti očekávají, že jejich rodiče dělají vše proto, aby se mohli vrátit domů, ale realita bývá jiná. Nedaří se sanovat tyto rodiny, aktivizovat je a vytvářet podmínky pro návrat dítěte. Rodiny nejsou motivovány ke spolupráci se zařízení a není možné tuto spolupráci nijak rodičům nařídit. Rodina navíc často chápe zařízení jako nepřítele (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Kontakt zařízení s rodinami je důležitým terapeutickým nástrojem především v období přípravy propuštění dítěte ze zařízení. Ten je však ovlivněn místní vzdáleností, nejčastěji ovšem vlastnostmi rodičů a jejich postojem vůči zařízení. Další sledování propuštěného dítěte, jeho ochrana, pomoc a vedení příliš často chybějí nebo jsou nedostačující. Zde je zapotřebí aktivní spolupráce ze strany sociálních služeb (Langmeier, Matějček, 2023). Zároveň pracovníci výchovných zařízení vnímají nízkou účinnost v rámci spolupráce sociálních služeb s těmito rodinami, protože je na dobrovolné bázi. Často jsou domov nebo ústav ze strany rodiny

vnímány jako odlehčovací zařízení, což platí především u výchovně náročných dětí (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Dá se předpokládat, že pracovníkem zařízení, který by měl mít na starosti spolupráci s rodinami umístěných dětí, bude sociální pracovník. Skutečnost je však taková, že sociální pracovník výchovných zařízení vykonává spíše administrativní funkci, nikoliv přímou práci s rodinami dětí. Absence sociální práce v rodině ze strany sociálních pracovníků zařízení působí jako bariéra pro případný návrat dítěte domů. „Na práci s rodinami dětí nejsou v zařízení ani kapacity, ani zkušenosti....sociální práce tak hraje spíše doplňkovou roli a nezaměřuje se na působení v ohrožených rodinách“ (str. 12, Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Děti umístěné v zařízení se s rodiči setkávají formou návštěv nebo pobytů v rodině. Pracovníci zařízení se musí často potýkat se situacemi, kdy rodiče slíbí, že si dítě vezmou domů na pobyt, ale to pak opakovaně ruší. Dítě se ocitá v emoční frustraci doprovázené často projevy zklamání, smutku a hněvu. V těchto situacích jsou to právě pracovníci zařízení, kteří pomáhají dětem se s těmito zážitky vyrovnat. Díky těmto zkušenostem jsou rodiče často ze strany pracovníků hodnoceni jako nespolehliví. „Nesplněné sliby rodičů tak prohlubují traumatizaci dětí a mají zničující efekt na jejich motivaci“ (str. 14). „Děti vnímají nezáměr svých rodičů o ně a hledají důvody, proč se ocitly v ústavní péči, častěji v sobě samých a svém chování než u svých rodičů.“ (str. 17, Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Zařízení spolupracuje s rodiči také v oblasti zajištění souhlasu s různými druhy vyšetření, nejčastěji se jedná o zdravotnická zařízení nebo PPP. Souhlas rodiče je nutný též v případě hospitalizace dítěte v běžné nemocnici, psychiatrické léčebně nebo adiktologickém pracovišti. Rodič rovněž podepisuje přihlášku na střední školu nebo odborné učiliště (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Spolupráce s odborníky v oblasti psychologie a psychiatrie

Zařízení v souvislosti s běžným provozem řeší především potřebu zdravotní péče, a to pro dospívající s duševním onemocněním, neuro-vývojovými potížemi, závislostmi i závažnými výchovnými problémy. Zdravotní péči je tu myšlena medikace nebo ošetrovatelská péče. Jedná se o každodenní potřebu, kdy by v zařízení měl být přítomen zdravotní personál, a to minimálně zdravotní sestra. Potřebný je ovšem i psycholog i ambulantní psychiatr kvůli diagnostice a volbě vhodné medikace. Pro zajištění specifické a individuální podpory je kromě dostupnosti psychiatrické péče zmiňována i možnost krátkodobých hospitalizací (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023b).

Interdisciplinární spolupráce mezi výchovnými zařízeními a odborníky z řad psychologie a psychiatrie je klíčová, ale často čelí několika výzvám. V kapitole o specifických profesních nárocích na pracovníky výchovných zařízení jsem mluvila o komunikačních bariérách, kdy různé odborné terminologie mohou vést k nedorozuměním mezi jednotlivými profesemi. Rovněž se tu může objevovat překážka v podobě nevyváženosti a méněcennosti profesních rolí. Jedlička et al. (2015) zmiňuje i odlišné cíle a priority, kdy psychiatrie a psychologie se mohou zaměřovat především na klinické aspekty, zatímco pracovníci výchovných zařízení kladou důraz především na praktické a sociální otázky. Nedostatek času a zdrojů na obou stranách mohou bránit efektivní spolupráci v podobě společných setkání nebo intervencí.

Zmíněné překážky nejsou aktuální pouze pro výchovná zařízení v českém prostředí, ale dá se tvrdit, že mezioborová spolupráce mezi rezidenčními zařízeními v péči o děti a dospívající a profesionály z řad psychologie a psychiatrie jsou problémem, který řeší země napříč celou Evropou (Timonen-Kaliio, 2018).

Tato studie, která srovnávala mezioborovou spolupráci v 6 evropských zemích, ukazuje, že navzdory podpoře o integraci systému pobytové péče o děti a dospívající přetrvávají překážky pro vzájemnou spolupráci a koordinaci systému péče o děti a služeb na podporu duševního zdraví. Tyto překážky často souvisí s nepochopením vzájemných profesních rolí a úkolů, nedostatkem sdílených znalostí, způsobů komunikace a mocenskými vztahy v rámci odbornosti. Jako zdroje podpory může sloužit jednak vzdělávání pracovníků těchto systémů se zaměřením na interdisciplinární přístup, zavedení pravidelných schůzek a platformy pro sdílení informací, rovněž i za účelem sdílení příkladů „dobré praxe“ a výměny zkušeností. V neposlední řadě je tu legislativní podpora, která by měla podporovat spolupráci mezi profesionály z oblasti výchovných zařízení a z oblasti péče o duševní zdraví dětí a dospívajících.

Jak je vidět, tak studie specifikuje a rozvádí identické překážky a zdroje podpory, o kterých hovoří i české zdroje.

Spolupráce se školou

Výchovné ústavy mají zpravidla zřízenou školu v rámci svého zařízení, a to jak na v případě základní, tak i střední školy. Výjimečně navštěvují dospívající běžnou, veřejnou školu. V případě dětských domovů dochází děti a dospívající do spádové školy v blízkosti zařízení, a to jak na předškolním, základním, tak i středním stupni vzdělávání. Docházení do veřejných škol je však spojováno s několika problémy. Prvním z nich je nedostatek kapacit ve spádových školách. Druhým problémem je kumulace dětí z jednoho zařízení, které se zde potkávají. Důsledkem může být stigmatizace těchto dětí ze strany ostatních spolužáků i vyučujících. Školy někdy nebývají připraveny na specifické potřeby i přístup pro dospívající z výchovných zařízení, nemají porozumění pro jejich životní příběhy a často si s nimi nevědí rady.

Sami pracovníci vnímají jako problematickou přípravu dospívajících na výuku, kdy z důvodu počtu dětí, vysoké náročnosti nebo množství domácích úkolů, je pro pracovníka složité zajistit individuální přípravu každého dítěte nebo dospívajícího. Pracovník je zároveň vázán týdenním plánem aktivit, tudíž se školní příprava odehrává ve stanoveném čase a má skupinový ráz (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Nepříznivým faktorem je i nízká motivace dospívajících a jejich postoj ke vzdělávání obecně. Do zařízení přicházejí z rodinných poměrů, kde vzdělávání nebyl přikládán důležitý význam. V důsledku tohoto nemají děti potřebné základní znalosti a nejsou zvyklé na domácí přípravu.

Rozvoj nebo volnočasové vzdělávání mimo školy jsou rovněž plné bariér, protože skupinový ráz výchovy dospívajících nepodporuje individuální volnočasové zájmy. Děti z výchovných zařízení jsou často v rámci volnočasových klubů nebo jiných skupinových aktivit podceňovány, stigmatizovány a nezažívají pocit důvěry ve své schopnosti. Nežádá často se stává, že jsou vyloučeny trenérem nebo oddílovým vedoucím kvůli svým specifickým projevům chování (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023b).

1.3.7 Legislativa a systémové řešení

Stávající právní úprava vychází z doby, kdy základní myšlenkou ústavní péče bylo zajistit vhodné výchovné prostředí pro děti, které nemohou z určitých důvodů vyrůstat ve své rodině. Tedy, že tato zařízení poskytují péči dětem bez závažnějších výchovných problémů. Tyto děti jsou však v dnešní době umísťovány do pěstounské péče a v ústavní péči se ocitají děti s mimořádně náročnými potřebami, např. děti s duševním onemocněním a souvisejícími vážnými potížemi nebo děti se závažnými výchovnými problémy. Stávající právní úprava na tuto skutečnost nijak bohužel nereaguje (Jedlička et al., 2015; Pemová, Ptáček, 2022).

Tyto děti potřebují zvýšenou potřebu na individuální péči, nicméně personální zajištění a počty dětí na jednoho pracovníka tomuto neodpovídají. Důvodem je nejenom důraz na skupinovou organizaci práce s dětmi a dospívajícími, ale i počty a kvalifikace pracovníků. Velkou výzvou je tedy přístup k výběru, zajištění a rozvíjení kvalifikace pracovníků, a to především ve vazbě na zvyšující se nároky péče o děti (Jedlička et al., 2015; Pemová, Ptáček, 2022).

Problém nedostatečného personálního zajištění se pak násobí v souvislosti s nedostatkem externích odborníků, jako jsou adiktologové, pedopsychoiatrii nebo psychologové. Kapacita spádových ambulantních zařízení nedokáže uspokojit poptávku o spolupráci ze strany zařízení. Stávající právní úprava zároveň nedovoluje zařízením zaměstnat pracovníka z oboru zdravotnictví, takže pokud by zařízení chtělo vytvořit pracovní místo na pozici adiktologa nebo psychiatrické sestry, tak nemohou, protože legislativa jim toto neumožňuje (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023b).

Další bariérou je absence jednotného výkladu a metodických pokynů, jak je chápat a používat v rámci praxe vede k poskytování různé kvality péče napříč zařízeními. Zároveň je tato nejednotnost ve výkladu příčinou rozporupných vyjádření dozorujících orgánů (např. státní zastupitelství, česká školní inspekce, krajská hygienická stanice), kteří si příslušnou legislativu vykládají každý ze svého úhlu pohledu (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023b). Společně s absencí metodického vedení zmíněné okolnosti zvyšují nejistotu ve výkonu péče o děti a dospívající a vede k lpění na dodržování pravidel a řádu (Brown et al., 2018).

1.3.8 Mediální obraz výchovných zařízení

Média často zobrazují ústavní péči v kritickém a negativním světle, což ovlivňuje vnímání samotných pracovníků i veřejnosti. Mediální obraz výchovných zařízení je jednoznačně poznamenán kauzami, které se odehrály v minulosti a týkaly se zneužívání nebo nevhodného zacházení s dětmi. Tyto faktory i nadále ovlivňují pověst tohoto sektoru a přináší do praxe prvky strachu a nedůvěry (Brown et al., 2018).

V rámci českého prostředí Kňapová a Petrenko (2016) uvádějí, že mediální obraz se liší dle různých typů ústavní výchovy. V pozitivním kontextu se píše o dětských domovech, a u výchovných ústavů je podíl zhruba stejný na obě poloviny. Negativní vyznění je charakteristické pro články, jejichž hlavním tématem jsou různé sociálně patologické jevy a problémové chování, které se týkají ovšem převážně výchovných ústavů. Největší negativní konotaci pak mají informace týkající se bezpečnosti, ať už obyvatel v okolí zařízení nebo pracovníků. Dalšími negativně prezentovanými tématy jsou pak špatné fungování těchto zařízení nebo nedostatečná příprava dětí na život po opuštění ústavní výchovy.

Mediální obraz dětských domovů by se dal rozdělit na tu část, ve které zařízení hraje aktivní roli – oblast každodenního fungování domovů a příprava klientů na budoucí život - a pak je tu část, kde je domov spíše pasivním účastníkem. A to především v souvislosti s charitativní činností, kterou v jejich prospěch provozují různé subjekty, od firem až po studenty.

Zajímavé je, že v článcích je minimální zastoupení nezávislých zdrojů či zdrojů z výzkumů, ať už českých nebo zahraničních. Pracovníci zařízení ve svých výpovědích často čerpají ze svých osobních zkušeností z provozu vlastního zařízení. Hlavní zastoupení v rámci výpovědí mají pracovníci těchto zařízení. Malý prostor dostávají klienti těchto zařízení, prakticky se o nich mluví, ale není citován jejich pohled na věc. To může vytvářet dojem, že nejsou kompetentní k účasti na diskuzi, resp. že s nimi veřejnost nepočítá. Výjimky lze spatřit u bývalých klientů dětských domovů - většinou absolventů vysokých škol, nebo jinak úspěšných či společensky angažovaných. O výchovných zařízeních píšou nejčastěji regionální média, včetně regionálních příloh celostátních médií (Kňapová, Petrenko, 2016).

S tím, jak jsou výchovná zařízení prezentovaná v médiích a vnímaná ze strany veřejnosti souvisí i to, jak jsou vnímáni obyvatelé těchto zařízení, tedy dospívající. Veřejnost vnímá mládež v zařízeních a samotná zařízení různými způsoby, přičemž tyto představy často odrážejí stereotypní a zkreslené obrazy. Dospívající ve výchovných zařízeních jsou často vnímáni prostřednictvím negativních charakteristik - smutek, rebelie, osamělost, nízké sebevědomí a trauma. Tyto vlastnosti veřejnost spojuje s dospívajícími základě svých vlastních zkušeností nebo stereotypů, které jsou podporovány médii a společenskými předsudky. Negativní sociální obrazy u dospívajících pak mohou u nich vést k pocitům izolace, nízkého sebevědomí a sebestigmatizace. Takové sociální prezentace ovlivňují nejen jejich identitu, ale také jejich schopnost začlenit se do společnosti. Pozitivní vnímání zařízení může naopak přispívat k jejich lepšímu přijetí (Calheiros et al., 2015).

Negativní vnímání výchovných zařízení ze strany veřejnosti nebo mediální důraz na nedostatky, potíže či problémové chování dospívajících může být i jedním z důvodů nezájmu o práci v těchto zařízeních. Rovněž zde působí i nízká společenská prestiž ve srovnání s pedagogickými pracovníky v běžných školách (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023b).

2 Výzkumná část / Praktická část

Praktická část této diplomové práce se zaměřuje na analýzu zdrojů podpory a bariér, s nimiž se pracovníci výchovných zařízení setkávají při práci s dospívajícími s duševním onemocněním. Výchovná zařízení hrají klíčovou roli v rámci psychosociální rehabilitace u dospívajících, kteří se ocitli v ústavní péči a zároveň mají zkušenost s duševním onemocněním.

Pracovníci těchto institucí se často potýkají s řadou výzev, které ovlivňují jejich profesní výkon a osobní pohodu. Cílem této části je identifikovat ty faktory, které sami pracovníci považují za zdroje podpory pro efektivní vykonávání jejich práce s dospívajícími s duševním onemocněním, ale také ty, které naopak omezují jejich schopnost poskytovat kvalitní péči a podporu.

V rámci této analýzy budou využity kvalitativní metody sběru dat. Očekávám, že výsledky poskytnou cenné informace o tom, jaká specifika přináší práce výchovných profesionálů s dospívajícími s duševním onemocněním a jaké zdroje podpory a překážky, pracovníkům usnadňují nebo naopak komplikují jejich profesi. Tyto poznatky mohou sloužit jako podklad pro návrhy doporučení k realizaci intervencí, které by mohly přispět ke zlepšení pracovních podmínek a posílení efektivity výchovných procesů.

Tato praktická část tedy nejen navazuje na teoretický oddíl, ale také nabízí konkrétní a aktuální pohled na práci s dospívajícími s duševním onemocněním pohledem pracovníků výchovných zařízení. Přináší tedy nejenom „pohled zdola“, přímo od klíčových pracovníků, ale umožňuje získání cenných informací z praxe, což je klíčové pro další rozvoj a zlepšení v této důležité oblasti.

2.1 Cíl výzkumu/projektu

Cílem mé závěrečné diplomové práce je identifikovat zdroje podpory a bariéry odborné práce s dospívajícími s duševním onemocněním pohledem pracovníků zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy.

K formulaci symbolického cíle této práce vede situace, kdy výchovná zařízení hrají klíčovou roli v rámci psychosociální rehabilitace u dospívajících, kteří se ocitli v ústavní péči a zároveň mají zkušenost s duševním onemocněním. Nežádoucí je ovšem skutečnost, že máme málo informací o tom, s jakými výzvami se pracovníci při práci s dospívajícími s duševním onemocněním potýkají. Podle mého názoru není o tomto problému laická ani odborná veřejnost dostatečně informována.

Aplikačním cílem této práce je tedy přispění k vyšší informovanosti o této problematice. A to nejenom se zaměřením na okruh akademických čtenářů, ale i využitím pro organizace odpovědné za komunitní plánování, poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, zřizovatele školských institucí, či odborové organizace zasahující se o rozvoj výchovných zařízení a jejich pracovníků.

Poznávacím cílem této diplomové práce je zjistit, porozumět a pochopit, jaké konkrétní zdroje podpory a bariéry vnímají, prožívají a hodnotí samotní pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním.

Na základě těchto kroků jsem následně stanovila hlavní výzkumnou otázku.

Hlavní výzkumná otázka zní: **„Jaké zdroje podpory a bariéry vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?“**

Vzhledem k teoretickému vymezení v první části diplomové práce jsem hlavní výzkumnou otázku dále rozčlenila na dílčí výzkumné otázky, které se zaměřují na zdroje podpory a bariéry v jednotlivých oblastech práce pracovníků výchovných zařízení s dospívajícími s duševním onemocněním.

Dílčí výzkumné otázky:

- 1) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti komunikace vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 2) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti navázání a udržení vztahu vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 3) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti vlastní duševní stability vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 4) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti své organizace vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 5) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti administrativy vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 6) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti dostupnosti zdrojů (zaměstnanci, finance, materiální vybavení) vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 7) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti spolupráce s externími odborníky a institucemi vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 8) *Jaké zdroje podpory a bariéry vnímají pracovníci výchovných zařízení při spolupráci s rodinami dospívajících s duševním onemocněním?*
- 9) *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti legislativy a systémového řešení vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
- 10) *Jaké zdroje podpory a bariéry pracovníci reflektují v oblasti vnímání jejich profese ze strany komunity a širší veřejnosti?*
- 11) *Jaké jiné zdroje podpory a bariéry v oblasti práce s dospívajícími s duševním onemocněním, které nebyly v práci zahrnuty, vnímají pracovníci výchovných zařízení jako důležité?*

Na základě poznatků uvedených v teoretické části jsem provedla operacionalizaci dílčích výzkumných otázek. Výsledkem jsou otázky do rozhovoru s informanty (viz Příloha A: Scénář rozhovoru).

2.2 Metodika výzkumu

Vzhledem k formulaci hlavní výzkumné otázky i dílčích výzkumných otázek jsem za výzkumný přístup zvolila kvalitativní strategii. Jak uvádí Disman (2002), hlavním posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích. Strauss a Cobinová (1999) vymezují kvalitativní přístup následovně:

„Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně zachycují.“ (Strauss, Cobinová, 1999, str. 11).

Zvolená výzkumná strategie je tedy v souladu s mým výzkumným záměrem poznat a detailněji popsat zdroje podpory a bariéry u pracovníků výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním.

Mezi základní techniky používané v kvalitativním přístupu patří rozhovor (interview), pozorování a studium dokumentů (Disman, 2002). Pro účely mé diplomové práce se jako nejvhodnější technika jeví rozhovor. Miovský (2006) rozhovor charakterizuje jako interview, které je moderované a prováděné s určitým cílem a účelem výzkumné studie.

Zřejmě nejrozšířenějším modelem rozhovoru je jeho polostrukturovaná forma, která díky svým vlastnostem dokáže docílit určitého kompromisu mezi nestrukturovaným a plně strukturovaným rozhovorem. Dokáže tedy částečně řešit nevýhody obou těchto technik. Polostrukturovaný je užitečným pomocníkem pro získání kvalitnějších informací o informantovi, a také pomáhá lepšímu porozumění (Disman, 2002). Žižlavský (2003) hodnotí, že základní charakteristikou polostrukturovaného rozhovoru je vytvoření rámce, v rámci kterého mají informanti možnost vyjádřit své názory vlastními slovy. Další výhodou je, že výzkumní má při kladení otázek velkou flexibilitu. Tazatel má k dispozici výzkumné okruhy i samotné otázky, ale tato skladba není neměnná, tudíž může pružně reagovat na průběh rozhovoru a potřeby informanta. Výzkumní může také klást doplňující otázky, které pomáhají jít více do hloubky a třeba i odkrýt nová, nepředpokládaná témata (Miovský, 2006).

Mezi nevýhody polostrukturovaného rozhovoru řadíme velkou časovou náročnost při sběru i zpracování dat, a také možný vliv tazatele (Žižlavský, 2003).

Jednotkou zkoumání byli v rámci této diplomové práce pracovníci výchovných zařízení a jednotkou zjišťování pak konkrétní pracovníci v rámci několika vybraných zařízení. Každý z pracovníků může v rámci zařízení zastávat různou pracovní pozici. Předpokladem je ovšem práce s dospívajícími, tedy přirozeně nemůže jít o provozní nebo ryze administrativní pracovníky.

Jako techniku výběru informantů jsem zvolila kritériální výběr. Jedná se o záměrný výběr, co znamená, že do výzkumného vzorku zahrneme případy, které splňují předem daná kritéria (Žižlavský, 2003). Kritéria pro můj výzkum byla tedy následující: pracovník výchovného zařízení na pozici, kde má možnost pracovat s dospívajícími s duševním onemocněním a ochota účastnit se výzkumu.

Etika výzkumu je klíčovým aspektem každého výzkumného projektu, zejména v případě kvalitativního výzkumu, který se zaměřuje na porozumění lidskému chování, zkušenostem a sociálním jevům. Kvalitativní výzkumné strategie, jako jsou rozhovory, pozorování a analýza textů, vyžadují zvláštní pozornost k etickým otázkám, které se týkají ochrany účastníků, integrity výzkumu a důvěrnosti dat (Hendl, 2023).

Jedním z nejdůležitějších etických principů je respekt k osobě a ochrana účastníků výzkumu. To zahrnuje:

- Informovaný souhlas: Účastníci by měli být jasně informováni o cílech výzkumu, metodách sběru dat a možných rizicích. Je důležité, aby souhlas byl získán dobrovolně a bez nátlaku.
- Důvěrnost a anonymita: Kvalitativní výzkum často zahrnuje shromažďování citlivých informací. Výzkumníci by měli zajistit, že identita účastníků zůstane chráněna a že osobní údaje nebudou zveřejněny nebo zneužity.
- Možnost odstoupit: Účastníci by měli mít právo kdykoliv odstoupit z výzkumu bez jakýchkoliv negativních důsledků. To posiluje jejich autonomii a kontrolu nad vlastními informacemi.

Dalším důležitým aspektem etiky v kvalitativním výzkumu je integrita výzkumu samotného. To zahrnuje:

- Autenticita a pravdivost: Výzkumníci by měli usilovat o co nejpřesnější a nejautentičtější zachycení názorů a zkušeností účastníků. Manipulace s daty nebo zkreslování výsledků je neetické a může vést k falešným závěrům.
- Reflexivita: Výzkumníci by měli být vědomi svých vlastních předpokladů a perspektiv, které mohou ovlivnit interpretaci dat. Reflexivní přístup zahrnuje sebereflexi a otevřenost ke kritice.
- Transparentnost: Je důležité, aby výzkumníci transparentně sdíleli metodologii, postupy a případné konflikty zájmů, které by mohly ovlivnit výsledky výzkumu (Hendl, 2023).

Kontext výzkumu

Většina informantů byla oslovena na základě náhodného výběru, dva z informantů na základě individuálních kontaktů a jeden z informantů na základě metody „sněhové koule“, kdy kontakt předal jeden z účastníků výzkumu. Celkem proběhl individuální rozhovor s 11 pracovníky výchovných zařízení na různých pracovních pozicích. Do výzkumu byly zahrnuti pracovníci z celkem 6 výchovných zařízení, a to konkrétně 3 dětských domovů a 3 výchovných ústavů. Z důvodů zachování anonymity pracovníků neuvádím konkrétní názvy zařízení, ani polohopisnou lokalizaci. Charakteristiku výzkumné vzorku shrnuje tabulka č. 3.

Informanti	Pracovní pozice	Typ výchovného zařízení	Délka praxe
I 1	ředitelka	DD	15 let
I 2	vychovatel	VÚ	1,5 roku
I 3	zástupkyně ředitele, etopedka	DD	2 roky
I 4	psycholožka	VÚ	2 roky
I 5	sociální pracovnice	VÚ	13 let
I 6	vychovatelka	DD	4 roky
I 7	ředitel	VÚ a DDŠ	33 let
I 8	ředitelka	DD	25 let
I 9	vedoucí vychovatelka	DD	30 let
I 10	vedoucí vychovatelka	VÚ	10 let
I 11	etopedka	VÚ	0,5 roku

Tabulka 3: Charakteristika výzkumného vzorku

Rozhovory probíhaly na pracovišti jednotlivých pracovníků, vždy v soukromí, bez přítomnosti dalších osob. Každé dotazování bylo po získání informovaného souhlasu nahráno na diktafon a mobilní telefon, a poté doslovně přepsáno. Průměrná délka hovoru byla 60 minut s tím, že vlastní rozhovor byl o něco delší. Díky tomuto se mi podařilo s účastníky výzkumu navodit atmosféru důvěry a příznivější podmínky, což vedlo k otevřeným a spontánnějším výpovědím.

Za účelem analýzy získaných dat jsem použila dílčí kvalitativní metody. První z nich je metoda vytváření tzv. trsů, která umožňuje seskupování a konceptualizaci určitých výroků do skupin, a to podle různých faktorů. Skupiny trsů se pak vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi určitými jednotkami (Miovský, 2006). V souladu s touto metodou jsem ve výpovědích informantů hledala a seskupovala výroky, které jsem zařazovala do obecnějších kategorií podle opakujících se znaků. Další použitou dílčí kvalitativní metodou bylo vyhledávání a vyznačování vzájemných vztahů. Miovský (2006) uvádí, že je zapotřebí hledat nejenom vztahy, které dávají do souvislosti samotní účastníci výzkumu, ale je důležité nalézat vzájemné vztahy i na základě vnitřních a vnějších souvislostí.

2.3 Výsledky výzkumu a interpretace dat

V této části jsou prezentovány výsledky výzkumu a interpretace dat rozdělené podle jednotlivých zkoumaných oblastí v souladu se stanovenými dílčími výzkumnými otázkami.

2.3.1 Zdroje podpory a bariéry v oblasti komunikace

Výsledky výzkumu v oblasti komunikace pracovníků výchovných zařízení s dětmi s duševním onemocněním jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku.

Bariéry:

➤ **Emoční a fyzická únava**

Dlouhodobý tlak, nepřetržitý provoz a nedostatek odpočinku se ukazují jako výrazná bariéra ovlivňující schopnost pracovníků adekvátně reagovat.

„Ono to souvisí i s tou únavou, kdy jsme nepřetržitý provoz... a reakce vůči dětem mohou být někdy nepřiměřené.“ (I 7)

➤ **Absence prakticky využitelného školení**

Pracovníci kritizují formální školení nebo metodické brožury jako nepoužitelné pro adekvátní komunikaci, zvláště v krizových situacích. Upřednostňují zkušenost a intuici.

„Letáčky na komunikaci psal někdo, kdo sedí v kanceláři. To se vůbec do praxe nemůže propsat.“ (I2)

„Žádné zvláštní školení na tohle nemáme.“ (I6)

➤ **Nedostatečné pravomoci a institucionální omezení**

Zásadní překážkou je i nemožnost dítě fyzicky zadržet nebo účinněji chránit sebe nebo ostatní, tudíž jediným prostředkem je komunikace, která v krizové situaci často nestačí.

„Možná jasně vyhraněné pravomoce... možnost to dítě zadržet, zabezpečit.“ (I4)

„Nemáme žádné pravomoci...co mu chcete říct, když vás posílá někam a vy mu můžete maximálně zakázat vycházku.“ (I10)

➤ **Omezená kontinuita komunikace**

S některými dětmi s psychiatrickou diagnózou je těžké navazovat na předchozí rozhovory a terapeutickou práci, což komplikuje dlouhodobost a návaznost intervence.

„Oni si vůbec nepamatují, o čem jsme včera mluvili. Musí se s nimi pracovat po malinkých krocích.“ (I7)

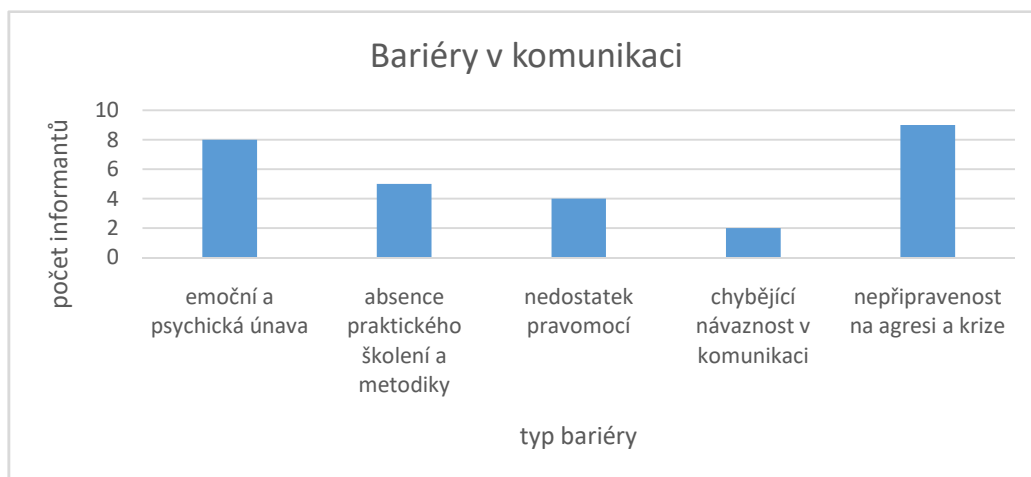
„Já vidím občas problém v tom, že když tady máme ty děti dohromady, ty s psychiatrickou diagnózou, který prostě jinak komunikují, mají jinou kapacitu a tak.“ (I4)

➤ Krizové situace a agresivní chování

Pracovníci čelí verbální i fyzické agresi, často bez dostatečné přípravy. Potřebují rychle a adekvátně reagovat.

„Dítě vezme první věc, co má po ruce... a vy ho musíte nějakým slovem přesvědčit.“ (I10)

„Musíte být na to připravená, že to může přijít kdykoliv a z ničeho nic.“ (I6)



Obrázek 2: Bariéry v komunikaci

Z výše uvedených výpovědí informantů vyplývá, že komunikace s dospívajícími s duševním onemocněním je podmíněna jak osobními, tak systémovými faktory. Tyto závěry odpovídají i poznatkům z teoretické části práce.

Pracovníci nejsou konfrontováni pouze s náročností samotného chování dětí, především při řešení krizových situací, ale také s vlastním psychickým i fyzickým vyčerpáním, institucionálními omezeními a často i nedostatečnou přípravou v podobě metodického vedení.

Jako nejvýraznější bariéra byla označena nepřipravenost na řešení krizových situací a s nimi často spojené agresivní chování dospívajících. Pracovníci zdůrazňují, že jim chybí praktické instrukce, které by je bezpečně provedly náročnou situací, a zároveň jim poskytly formální ochranu, že postupovali adekvátně. Tyto situace přináší pocity bezradnosti, které mohou vést k syndromu vyhoření (Steinlin et al., 2023) Teoretická školení, která pracovníci absolvují, nejsou vnímána jako použitelná v reálných situacích. V návaznosti na tyto skutečnosti hrají významnou roli systémové a legislativní limity v podobě absence jasně vymezených pravomocí, jak dítě v afektu zajistit nebo ochránit ostatní, což se propisuje i do komunikační nejistoty, jak v těchto situacích přiléhavě jednat.

Další pojmenovanou bariérou je dlouhodobá emoční a psychická únava. Práce v nepřetržitém provozu bez možnosti adekvátního odpočinku vede k tomu, že i jinak profesionální a empatický pracovník může reagovat nepřiměřeně.

Pracovníky pojmenovaná bariéra je rovněž ztráta kontinuity v komunikaci. Některé děti s duševním onemocněním si často nepamatují předchozí rozhovory nebo na ně nejsou schopny navazovat, což komplikuje dlouhodobější terapeutickou práci. V takové situaci je vhodné

respektovat odlišnosti a porozumět potřebám dospívajícího s duševním onemocněním (Probstová, Pěč, 2014; Timonen-Kallio, 2018).

Výraznou výzvou je také schopnost reagovat na náhlé, nečekané projevy agrese nebo sebepoškozování, kdy pracovníci vnímají, že u dospívajících s duševním onemocněním jsou tyto projevy časté. Pracovníci deklarují, že v těchto situacích se spoléhají především na vlastní intuici, neboť se často ocitají bez externí pomoci a bez jasného metodického postupu. Goering Smith (2017) uvádí, že nedostatek podpory, nadměrné zátěže vede ke snížení kvality poskytované péče a negativně ovlivňuje pracovní klima. Nepříznivé organizační klima pak negativně ovlivňuje schopnost pracovníků navazovat a udržovat kvalitní vztahy.

nástrojem jsou také konzultace s odborníky, především psychology, etopedy nebo terapeuty. Někteří pracovníci využívají i svou osobní životní zkušenost jako spojnicí ke komunikaci s dospívajícími. Tuto strategii zmiňuje i Probstová a Pěč (2014) jako jednu ze strategií budování důvěry k člověku s duševním onemocněním. Zároveň však musí pracovník zachovat profesionalitu.

Zdroje podpory:

➤ Týmová spolupráce a kolegiální podpora

Sdílení zkušeností mezi pracovníky a podpora v rámci týmu hrají klíčovou roli při zvládání náročných situací.

„V krizové situaci nám pomáhá, že jsme jako tým... řekneme si, co je potřeba, domluvíme se.“ (I11)

➤ Konzultace s odborníky

Konzultace slouží jako prevence syndromu vyhoření i jako podpora při práci s náročnými dětmi.

„Když toho je moc, jdou za psychology a etopedy... mají malé sezení, kde hledají cesty.“ (I7)

➤ Individuální přístup a respekt

Pracovníci uvádějí, že funguje osobní, klidný a empatický přístup více než formální autorita.

„Přistupuji s respektem k jejich příběhu... pak jsou schopní navázat spolupráci.“ (I3)

„Čím víc je druhá strana nervóznější, tím víc já jsem přívětivější, klidnější.“ (I2)

➤ Sdílení životních zkušeností

Někteří pracovníci využívají vlastní životní příběhy jako prostředek k navázání důvěry a přiblížení se dětem.

„Říkám jim – já jsem taky byla na úřadu práce... můžu jim takhle zprostředkovat tu zkušenost.“ (I4)

➤ Strukturální úpravy

Snížení počtu dětí ve skupině umožnilo hlubší komunikaci a individuální přístup.

„Máme pozitivní zpětnou vazbu... víc času si s dětmi popovídat.“ (I7)



Obrázek 3: Zdroje podpory v komunikaci

Informanty zmíněná týmová spolupráce je v odborné literatuře (Steinlin et al., 2017) považována za základní ochranný faktor proti vyhoření. Konzultace s odborníky a supervize, zmiňované ve výzkumu, reflektují doporučení uvedená v teoretické části práce (Probstová, Pěč, 2013) o nutnosti mezioborové spolupráce.

Empatický přístup pracovníků, založený na trpělivosti a respektu, odpovídá přístupům vývojové psychologie adolescence (Vágnerová a Lisá, 2021), která klade důraz na autenticitu a bezpečné vztahy. Sdílení vlastních zkušeností posiluje autenticitu vztahu s dítětem a má zvláštní význam u dětí s narušenou důvěrou k dospělým (Magalhaes et al., 2023).

Organizační změna v podobě snížení počtu dětí na skupinu, zmiňovaná jako přínosná, souzní s principy individuální péče v souvislosti se specifickými potřebami dětí v ústavní péči, jak je popsáno například u Jedličky et al. (2015) nebo Swan et al. (2018)

Odpověď na DVO č. 1 : *Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti komunikace vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dětmi s duševním onemocněním?*

Pracovníci výchovných zařízení nejvíce zápasí s krizovými situacemi, únavou a absencí praktických nástrojů. Současně však dokážou využívat silnou oporu v týmu, ve vztazích s kolegy a v osobním přístupu k dětem. I přes obtížné podmínky se snaží hledat vlastní strategie, které jim umožňují naplňovat komunikační potřeby dospívajících s duševním onemocněním co nejefektivněji.

2.3.2 Zdroje podpory a bariéry v oblasti navázání a udržení vztahu

Výsledky výzkumu v oblasti vztahu pracovníků výchovných zařízení s dětmi s duševním onemocněním jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací dle zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku.

Bariéry:

➤ **Nedůvěra dětí z minulých zkušeností**

Jednou ze zmiňovaných bariér je silná nedůvěra dětí, pramenící z předchozích negativních vztahových zkušeností s rodiči, pěstouny či pracovníky zařízení. Tento opakovaný vzorec „zklamání“ snižuje jejich ochotu navazovat nový důvěrný vztah.

„Některý ty děti už prostě nestojí o vztah, protože jak už toho zažily tolik... všichni do nich hučí, a oni už to berou jako lavinu...” (I10)

➤ **Kapacitní a organizační omezení**

Navázání vztahu často brání nedostatek času a personálu, a rovněž velký počet dětí na jednu rodinnou nebo výchovnou skupinu. Pracovníci musí plnit provozní povinnosti (úklid, dohled, administrace), což jim mnohdy neumožňuje vytvořit prostor pro hlubší práci s dětmi. Tato bariéra je vnímána jako nejvýraznější překážkou pro vztahovou práci.

„Když má být uklizeno, hotovo do školy, děcka najezený, vykoupaný, třeba nějaká tvořivá činnost, práce na zahradě... na vztah kolikrát není prostor.” (I2)

➤ **Nezájem nebo obranný postoj dítěte**

U některých dětí dochází ke zcela odmítavému postoji vůči navazování vztahu. Tato obranná strategie často souvisí s hlubokými traumatickými zkušenostmi a pocitem, že vztahy jsou nebezpečné.

„...že třeba jsou děcka, kterým je to fakt jedno, který potřebují hranice, potřebují vědět, kde jsou ty mantinely a žádný vztah k dospělým se jim opravdu navázat jako nechce.” (I 3)

„To navazování vztahu je hodně individuální, někdo chce hodně a někdo vůbec nechce...” (I11)

➤ **Chybějící kontinuita a nestabilita**

Děti přichází do zařízení často ve vyšším věku a s historií pobytů v jiných institucích. Krátkodobý pobyt a střídání pracovníků ztěžují budování dlouhodobého vztahu.

„Když přijde dítě ve 13, 14, 15 letech, je to hotovej člověk... a vy ho máte nějak motivovat, začleňovat.” (I10)

➤ **Tlak na výkon a administrativu**

Někteří pracovníci reflektují, že instituce klade důraz spíše na výkon a administrativu a splnění formálních povinností než na budování vztahů. Vychovatel má být primárně dohlížitel, nikoliv terapeutický průvodce.

„Začínám mít pocit, že vztah není žádoucí... my tady máme být ti, co budou prudit, a děti se pak jdou svěřit k terapeutovi.“ (I2)



Obrázek 4: Bariéry ve vztahové práci

Jednou z nejvýznamnějších překážek navazování vztahu je **nedůvěra dětí**, pramenící z jejich předchozích negativních zkušeností v rodinném nebo institucionálním prostředí. Tyto zkušenosti často vedou k obrannému postoji vůči dospělým, což se projevuje nezájmem nebo aktivním odmítáním vztahů. V teoretické části je tento jev označován jako **narušení vztahové vazby** (attachment), které se může promítat do neschopnosti dítěte důvěřovat a navazovat bezpečné vztahy (Říčan, Krejčířová et al., 2006, Vágnerová, Lisá, 2021)). Cimrmannová et al. (2013) doplňuje, že prezentovaná samostatnost a odtazitost dospívajících může být zavádějící a riziková ve chvílích, kdy dospívající neodhadnou své dovednosti nebo kompetence. Proto je důležité i přes deklarovaný nezáměr nebo nedůvěru jim být stále nablízku.

Další výraznou bariérou jsou **kapacitní a organizační limity**, především nedostatek času, vysoký počet dětí na skupině a tlak na plnění režimových a administrativních povinností. Pracovníci často nemají prostor věnovat se individuálně každému dítěti, a právě tento nedostatek času je vnímán jako hlavní překážka vztahové práce. Tato témata jsou v odborné literatuře reflektována jako systémové problémy, které podvazují možnost rozvíjet dlouhodobé, kvalitní vztahy (Magalhaes, 2023, Calheiros et al., 2021)).

Významnou roli hraje také **nestabilita vztahového rámce**, daná častým střídáním pracovníků, krátkodobostí pobytu dítěte a jeho pokročilým věkem při příchodu do zařízení. Tato proměnlivost komplikuje vznik důvěry a opory, které vyžadují čas a kontinuitu. V teoretické části tento jev zmiňují Langmeier a Matějček (2023), kdy pokud má dítě nabýt trvalého vztahu

k pečující osobě, je zásadní jednotka místa a výchovných osob. Tuto stabilita označuje Swan et al.(2018) jako klíčový faktor pro vznik tzv. korektivní zkušenosti – tedy bezpečného vztahu, který může napomoci zmírnit dopady předchozího traumatu. Především starší děti se těžko přizpůsobují životu ve výchovné zařízení a raději volí emoční neangažovanost (Langmeier, Matějček, 2023).

Další bariérou, která byla v datech zřetelně přítomná, je **institucionální důraz na výkon a kontrolu**, který podle některých pracovníků potlačuje vztahový rozměr jejich práce. Tento jev lze interpretovat jako střet dvou paradigmat – kontrolního a terapeutického – jejichž spojení je v prostředí výchovných zařízení často obtížné. Literatura upozorňuje, že nejasnost v profesní roli může vést k demotivaci pracovníků a snižovat jejich schopnost navazovat kvalitní vztahy (Timonen-Kallio, 2018).

Zdroje podpory:

➤ Individuální přístup a empatie

Klíčovou oporou je možnost přistupovat k dítěti individuálně, naslouchat mu, reagovat bezprostředně a respektovat jeho příběh. Pracovníci zdůrazňují důležitost a vnímavosti a emoční dostupnosti.

„Snažím se je respektovat... když něco potřebují, musíte reagovat hned teď.“ (I2)

„Pomáhá mi v tom, že naslouchám. To, co slyším, tak s tím pracuju.“ (I11)

➤ Terapeutické aktivity a činnosti

Rozhovory vedené mimo formální rámec – při sportu, procházkách, arteterapii nebo při venčení psů – umožňují navázání vztahu přirozeným způsobem. Tyto činnosti snižují stres, podporují důvěru a přinášejí prostor pro otevřenost.

„Ted' spíš jezdíme na sportovní aktivity, chodíme venčit psy. Děcka se při tom uvolní a víc se rozmluví.“ (I11)

➤ Stabilita a dlouhodobý kontakt

Možnost opakovaného kontaktu s jedním pracovníkem zvyšuje důvěru dítěte. Pracovníci vnímají, že důležitým faktorem je čas – vztah se buduje pozvolna a prostřednictvím opakovaných interakcí.

„Já si vytipuju ty konkrétní děti a domluví se na pravidelném kontaktu. Oni už jsou zvyklí.“ (I4)

„Máme s nima možnost pracovat hodinu až dvě, kdy se nám ji tady podaří udržet. Někdy den, kdy se zadaří, někdy dva dny, ale... Takže vlastně je to taková práce, hodně taková jako helikoptérová.“ (I 11)

➤ Přirozenost, otevřenost a humor

Pracovníci, kteří přistupují k dětem bez vynucované autority, s přirozeným a neformálním postojem, vnímají tento styl jako efektivní cestu k navázání vztahu.

„Snažím se je brát jako partnery... naladit se na jejich vlnu, občas říct i nějaký sprostý slovo...“ (I2)

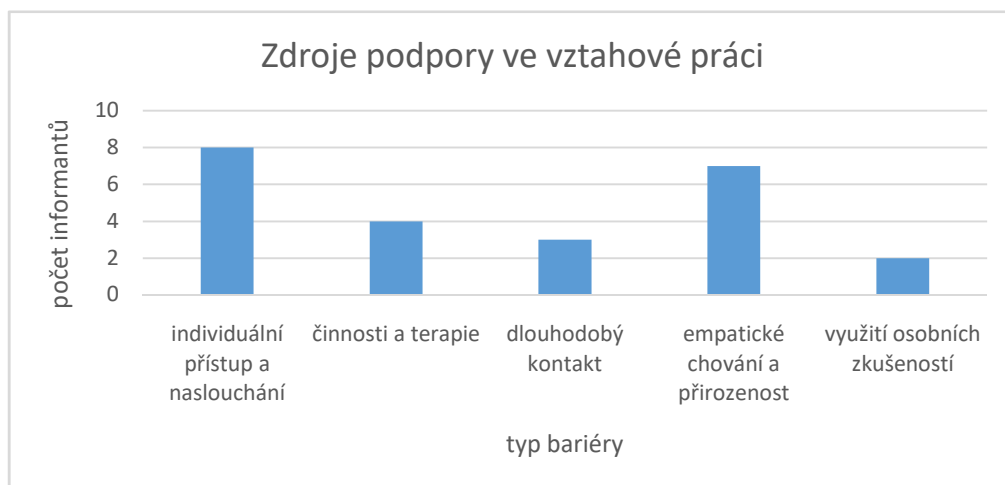
„A trochu musím říct, že to, že oni to ode mě nějakým způsobem vnímají, tak většinou jsou schopní a ochotní to nějakým způsobem navázat a spolupracovat.“ (I3)

➤ Využití osobních zkušeností a motivace

Někteří pracovníci využívají svou vlastní rodičovskou zkušenost nebo osobní historii k vytvoření vztahového rámce. Motivací pro ně není jen práce samotná, ale vnitřní potřeba smysluplného kontaktu.

„Mám podobně starý děti, takže se my k nim navazuje lépe, dokážu si představit, co potřebují“ (I2)

„Já chci, aby tady pracovali jenom lidi, co mají rádi děti. Pokud to někdo nemá, tak tady nemůže dělat.“ (I7)



Obrázek 5: Zdroje podpory ve vztahové práci

Přes uvedené bariéry pracovníci identifikovali i řadu přístupů a podmínek, které navazování vztahu podporují. Klíčovým prvkem byla **možnost individuálního přístupu a empatie**. Pracovníci, kteří se zaměřují na naslouchání, reagují bezprostředně a přistupují k dětem s respektem k jejich životnímu příběhu, vnímají tuto strategii jako nejúčinnější. V teoretické části je tento přístup opakovaně doporučován, zejména v kontextu práce s dětmi s traumatem a duševním onemocněním, kde je právě empatie jedním z pilířů léčebného vztahu (Carr-Gregg, 2011; Siegel, 2016).

Významnou roli hrají také **terapeuticky laděné, neformální aktivity**, které vytvářejí přirozené prostředí pro kontakt – např. sport, procházky, arteterapie nebo práce se zvířaty. Tyto činnosti snižují stres, podporují spontánnost a umožňují dětem vyjádřit se bez pocitu ohrožení. Význam

neformálních interakcí v budování vztahu je potvrzován i výzkumy z oblasti vztahové praxe (Magalhaes, 2023). Harder et al. (2021) hovoří o tzv. mentoringu, kdy se pracovníci vyhýbají přímým konfrontacím a používají nepřímá přístupy, aby vytvořili uvolněné prostředí.

Jako podpůrný faktor se ukázala i **stabilita kontaktu s konkrétním pracovníkem**, která zvyšuje důvěru a kontinuitu vztahu. V literatuře je stabilita označována jako podmínka pro vznik tzv. bezpečné vazby, která je nezbytná pro efektivní intervenci (Langmeier, Matějček, 2023, Vágnerová, Lisá, 2021).

Důležitým osobnostním faktorem je také **neformálnost, otevřenost a humor**, tedy schopnost navazovat vztah přirozeným, neautoritativním způsobem. Tento styl komunikace pracovníci vnímají jako účinný nástroj pro snižování obranných mechanismů dětí. Neformální, „partnerský“ styl komunikace je doporučován pro práci s adolescenty jako přístup podporující autonomii a zároveň důvěru (Carr-Gregg, 2011).

Specifickým, avšak hodnotným prvkem je také **využití osobních zkušeností a vnitřní motivace**. Někteří pracovníci uváděli, že jim v budování vztahu pomáhá rodičovská zkušenost či osobní identifikace s rolí vychovatele. Tento aspekt odpovídá širším konceptům profesní identity a motivace pracovníků v pomáhajících profesích (Probstová, Pěč, 2014).

Odpověď na DVO č. 2 : ***Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti navázání a udržení vztahu vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?***

Na základě výzkumných zjištění lze konstatovat, že navazování a udržení vztahu s dětmi s duševním onemocněním je pracovníky výchovných zařízení vnímáno jako velmi náročné, přičemž je ovlivněno jak faktory vnitřními (osobnostními a vztahovými), tak vnějšími (organizačními a institucionálními).

Schopnost navázat a udržet vztah s dospívajícími s duševním onemocněním je výrazně ovlivněna nejen strukturálními podmínkami zařízení, ale také osobním nastavením a přístupem pracovníků. Navzdory přítomným překážkám je budování vztahu možné, pokud jsou pro něj vytvořeny základní časové a vztahové podmínky a pokud pracovník disponuje potřebnou mírou empatie a stability.

2.3.3 Zdroje podpory a bariéry v oblasti vlastní duševní stability

Výsledky výzkumu v oblasti vlastní duševní stability pracovníků jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací dle zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku

Zdroje podpory:

➤ Smysluplnost a spiritualita

Smysluplnost práce s dětmi v obecné rovině vystupuje jako nejvýraznější zdroj podpory, kterou pracovníci vnímají jako svůj vnitřní motiv. Někteří pracovníci hovoří o vlastní spiritualitě, která jim pomáhá vyrovnat se s náročnou profesí a přináší osobní ukotvení.

„To já mám ty děti. Říkám si, že je tady těch několik dětí, který tu pomoc přijímají aktivně, tak to za to stojí, abychom to pořád znovu zkoušeli.“ (I10)

„Myslím si, že mi v tomhle pomáhá nějaká spiritualita. Myslím si, že kdybych tohle neměla, tak se v tom vůbec nevyznám, protože by mi to lidsky nedávalo smysl, jako o co se tady vůbec snažíme a o co se máme snažit. Takhle si to dokážu nějak poskládat, odevzdat jinam, s čím nehnu, a pracovat na tom, co jde.“ (I3)

➤ Volnočasové aktivity

Druhou nejčastěji zmiňovanou formou podpory byly volnočasové aktivity, které pomáhají pracovníkům obnovit duševní rovnováhu a snížit emoční napětí.

„Takže já když tady skončím a mám hlavu takhle, tak se jdu někam vyvětrat.“ (I5)

„Ráda čtu, mám rádadiadlo a kompenzuji to takovými volnými aktivitami.“ (I9)

➤ Sdílení s kolegy

Možnost sdílet profesní zážitky a s nimi spojené emoce používají pracovníci jako určitý účinný prostředek pro emoční zklidnění a získání psychické podpory.

„Já si říkám, že v tom nejsme sami. Vidím, že ty problémy, co řešíme my, řeší i ostatní zařízení.“ (I4)

➤ Oddělování pracovního a osobního života

Někteří pracovníci zdůrazňují, že se vědomě učí a dodržují rozdělení profesního a osobního života a stanovují si důsledně hranice, aby se jim tyto dvě oblasti neprolínaly.

„Důležité je, nechat ty starosti tady, nenosit je domů. Je těžké se to naučit, ale je to důležité se umět vyhranit.“ (I1)

„Musím si ten svůj život mimo domov zařídit. Nebo trošku jít tak, aby se mitoneprolínalo.“ (I10)

➤ Profesionální terapie

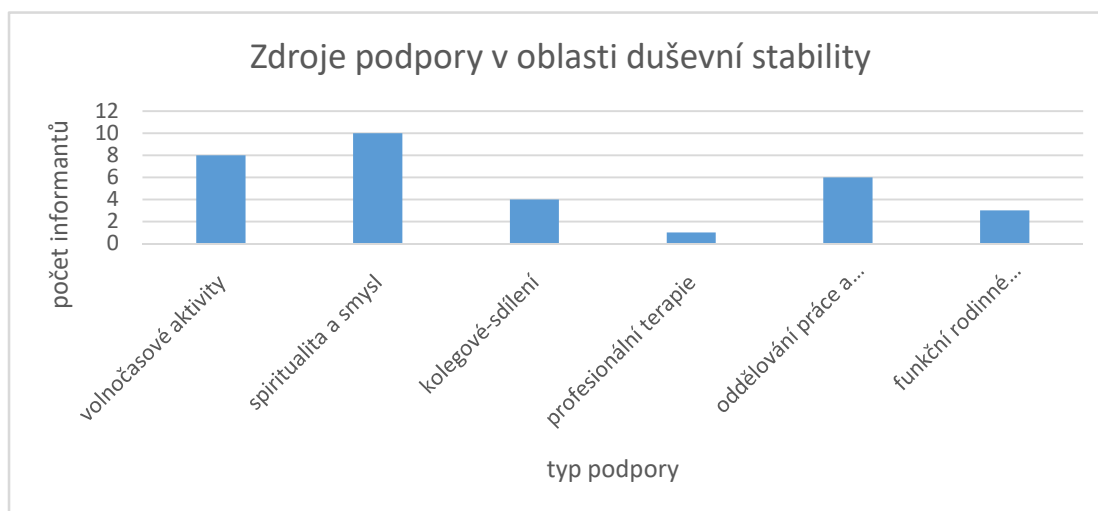
Jedna z pracovníků sděluje, že v rámci vlastní sebepečce navštěvuje pravidelně profesionální terapii, kde v případě potřeby řeší i profesní problémy.

„Chodím na svoje terapie, má vlastního pana terapeuta. A když bych tam potřebovala přinést nějakou pracovní věc, tak si to tam může přinést.“ (I4)

➤ Funkční rodinné zázemí

Někteří pracovníci uvádějí, že je pro ně velmi zásadní i stabilita a podpora ze strany vlastního rodinného zázemí, odkud čerpají síly pro řešení pracovních překážek.

„Bez tak skvělého manžela, co mám doma, bych to dělat nemohla.“ (18)



Obrázek 6: Zdroje podpory v oblasti duševní stability

Na druhé straně pracovníci identifikovali i konkrétní strategie a prvky prostředí, které jim napomáhají k udržení duševní rovnováhy. Jako jeden z nejsilnějších vnitřních zdrojů uvádějí **pocit smysluplnosti práce**, tedy přesvědčení, že i drobná pozitivní změna u klienta má hodnotu. Tento vnitřní motiv lze chápat jako klíčový ochranný faktor, který je v literatuře označován jako základ odolnosti pomáhajících profesí (Baštecká et al. 2013, Probstová, Pěč, 2014).

Významnou roli hraje rovněž **fungující týmová spolupráce** a možnost sdílení. Informanti opakovaně zmiňovali, že právě kolegové a týmová podpora jim pomáhají zvládat emočně náročné situace. Týmovost je odbornou literaturou označována jako pojistka proti emočnímu zahlcení a depersonalizaci (Baštecká et al., 2013; Steinlin et al., 2017), neboť vytváří prostředí vzájemné opory a snižuje pocit izolace.

Za podpůrné strategie pracovníci považují i **vlastní volnočasové aktivity**, ať už jde o sport, přírodu nebo kulturu. Tyto formy psychohygieny pomáhají odklonit pozornost od pracovních témat a slouží jako forma ventilace. V literatuře jsou označovány jako součást **prevence syndromu vyhoření** (Maroon, 2012) jedna z podmínek příznivého prostředí (Hollander, Wilken, 2020).

Někteří pracovníci zmiňují i **rodinné zázemí** jako důležitý stabilizační prvek, který poskytuje prostor pro sdílení a regeneraci. V tomto kontextu je patrné, že nejen pracovní podmínky, ale i mimopracovní opora hraje zásadní roli pro dlouhodobou udržitelnost výkonu profese.

Specifickým zdrojem podpory, i když méně častým, je **supervize a terapie**, které umožňují pracovníkům reflektovat své prožívání a situace v bezpečném prostoru. V teoretické části je tato forma podpory označována jako nezbytná součást profesionální praxe, která by měla být běžně dostupná (Jedlička et al., 2015, Cimrmannová et al., 2013).

Bariéry

➤ Emoční náročnost práce

Informanti často hovoří o pocitu vyčerpání, únavy, doznívání náročných situací i po skončení pracovní doby v souvislosti s emoční náročností profese

„A pak teda vypnout doma, to je hodně náročné, po těch dvou, třech dnech tady. Ten první den doma, vůbec člověk nefunguje doma v rodině. To prostě zpracováváte, když se tady stane nějaká závažná situace, tak to dojízdí ještě doma.“ (I6)

➤ Nedostatek odpočinku

Někteří pracovníci uvádějí, že se jim nedaří se po dobu volna dostatečně odreagovat a načerpat potřebné síly. Toto se projevuje v poruchách spánku a neschopnosti se emočně i myšlenkově odpojit od pracovního prostředí.

„Jako je to občas hodně těžký, kdy mě to v noci vzbudí a běží mi ten film, co se dělo. Je to těžký to vlastně vůbec zpracovat. Pak kvůli tomu nemůžu usnout.“ (I3)

„Už jsou unavení, ještě poslední roky, samozřejmě od toho covidu, se to motá brutální nemocností.“ (I7)

➤ Nepřetržitý provoz

Nepřetržitý provoz výchovného zařízení, dodatečné služby a nemožnost čerpat delší dovolenou zmiňují pracovníci jako důvod snížení své emoční i fyzické odolnosti a bariéru, která přispívá k náročnosti profese

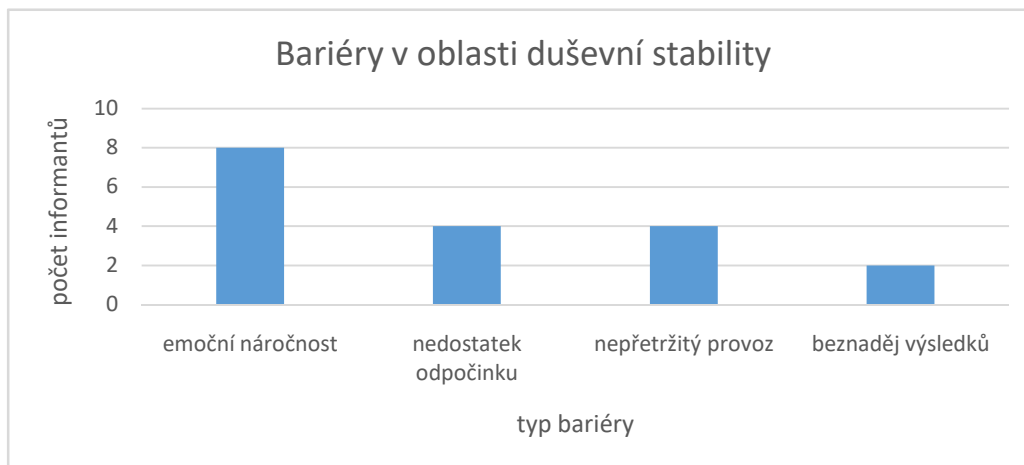
„Teď jsem třeba byla nemocná týden a byl to pro mě úplný detox. Což vy si v průběhu roku nemůžete vzít delší dovolenou, protože jsme nepřetržitý provoz, a pokud máte ve stavu děti, tak tady musíte být.“ (I6)

➤ Beznaděj z výsledků vlastního snažení

Jako překážku, která brání pozitivnímu náhledu na svou práci, se ve výpovědích informantů objevuje pocit beznaděje ve spojení s užitečností nebo smysluplností vlastního pracovního počínání.

„Někdy je to určitá beznaděj, ale pak se zase něco povede, takže se to střídá.“ (I11)

„Prostě to vidíme, že u mnohých až odsud vyjdou, tak se budou živit prostitucí nebo skončí ve vězení, protože tady už to prostě vidíme.“ (I2)



Obrázek 7: Bariéry v oblasti duševní stability

Výsledky výzkumu ukazují, že duševní pohoda pracovníků výchovných zařízení je vystavena dlouhodobému a systematickému zatížení, které vychází jak z nároků samotné cílové skupiny, tak z podmínek v rámci instituce. Informanti opakovaně upozorňovali na **emoční vyčerpání**, které je důsledkem každodenní práce s traumatizovanými a emočně nestabilními adolescenty. Tato zátěž se podle výpovědí často přenáší i do soukromého života a pracovníci mají problém s oddělením profesních a osobních emocí. V teoretické části se tato skutečnost propojuje s pojmem **sekundární traumatizace** a fenoménem přenosu emocí (Steinlin et al., 2017, Probstová a Pěč, 2014), kdy pomáhající pracovník nevědomě přebírá negativní emoce klienta.

Závažným faktorem je rovněž **dlouhodobé pracovní přetížení** a nedostatek odpočinku. Informanti zmiňují absenci prostoru pro regeneraci a chronickou únavu, což odpovídá rizikům syndromu vyhoření, jak je definuje Maroon (2012). Baštecká et al. (2013) upozorňuje na fenomén „dlouhodobosti neúspěchu“, kdy pracovníci ztrácejí smysl své práce, což bylo potvrzeno i ve výpovědích o pocitu marnosti z malých nebo žádných změn v životech klientů.

Problematickým faktorem se jeví také **nedostatek institucionální podpory**, především v oblasti supervize a krizové intervence. Jak upozorňuje Jedlička et al. (2015), supervize ve školských zařízeních není běžná, a tak pracovníci často zvládají zátěžové situace bez profesionální podpory. Tento stav umocňuje **vysoká míra odpovědnosti** za děti s komplexními psychiatrickými diagnózami, na které pracovníci nejsou dle vlastních slov dostatečně připraveni, což potvrzuje i Probstová a Pěč (2014) ve vztahu k nedostatku specifického vzdělání.

Odpověď na DVO č. 3 : ***Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti vlastní duševní pohody vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?***

Pracovníci výchovných zařízení identifikují řadu vnitřních i vnějších mechanismů, které jim pomáhají udržet si vlastní duševní stabilitu. Na straně podpor jsou nejčastěji zmiňovány volnočasové aktivity sloužící jako hlavní nástroj psychické i fyzické regenerace – příroda, sport, čas pro sebe. Dále je jako opora vnímána spiritualita a smysluplnost profese, možnost sdílení s kolegy a vědomé oddělování pracovního a osobního života. Ojediněle je zastoupeno i

využívání profesionální terapie. Na straně bariér pracovníci nejčastěji uvádějí velkou emoční náročnost, která zasahuje i do jejich soukromí. Významným stresorem je práce v nepřetržitém provozu, bez možnosti dlouhodobého odpočinku. Rovněž je jako bariéra zastoupen i pocit beznaděje při hodnocení smyslu a efektivity vlastní práce, kdy vklad pracovníků nemusí být úročen v budoucím fungování dospívajících, o které pečují. V některých případech pracovníci také reflektují potíže s emočním odtržením se od chodu zařízení a tyto potíže se pak nejčastěji projevují v podobě potíží se spánkem nebo emočním přetížením.

2.3.4 Zdroje podpory a bariéry v oblasti organizace

Výsledky výzkumu v oblasti organizace jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací dle zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku

Bariéry

➤ **Únava**

I na úrovni organizace je většinou pracovníků zmiňována únava, která se může podepisovat na kvalitě odváděné práce a s tím spojeného plnění profesních úkolů.

„A tam já vidím vždycky úplně největší kámen úrazu v okamžiku, kdy ta práce se navalí. A u nás bych řekl, že se to samozřejmě děje taky, když je problém, ale v 90%, možná ve 100% případů to není neobdobnost, ale je to únavou těch lidí prostě.“ (I7)

„Blbě je, že ti lidi jsou opravdu hrozně unavení, a v tom já vidím ten kámen úrazu, že ta práce se pak neodvádí v takové kvalitě, jak by měla.“ (I10)

➤ **Absence motivační strategie**

Kromě pracovníků na pozici sociálního pracovníka a psychologa je všemi pracovníky napříč zařízeními reflektována bezradnost v tom, jak děti i dospívající s duševním onemocněním motivovat k pohybové nebo tvůrčí aktivitě, práci na zahradě, školní přípravě nebo plnění povinností v rámci denního rozvrhu.

„Všichni bojujeme s tím, že ty děti nechtějí, že jsou nemotivovaný.“ (I10)

„Ale samozřejmě oni mnohdy spolupracovat nechtějí. Takže vy je ještě musíte nějak motivovat. Ale to je strašně těžký, motivujte patnáctiletého kluka k něčemu, co nechce.“ (I6)

„Myslím si, že v tom to máme těžké, jak je motivovat k nějaké činnosti nebo práci, když nic nechtějí, nic je nezajímá.“ (I9)

➤ **Nejednotnost týmu**

Nejednotnost týmu se objevuje jako překážka organizačního fungování u poloviny zkoumaných zařízení. Ve výpovědích se s touto bariérou potýkají řadoví i vedoucí pracovníci. Tato bariéra přináší nejednotnost výchovného přístupu pracovníků.

„No je prostě vnitřní řád, a abychom to všichni dodržovali a opírali se o to, aby ty děcka věděli, co přijde, vychovatelky si tu práci prosazují po svém, jenže to vede k tomu, že tu práci nedělají stejně, že ji dělají různě.“ (I3)

„Když jedna všechno dovolí a druhá to stejné zakáže, tak to nedělá dobrotu, protože ty děcka potřebují transparentnost, aby věděli, co bude, kdy bude, jak bude. A co bude, když to nebude. Takže možná nějakou spolupráci v týmu, ale je to komplikovaný.“ (I1)

„Tohle nám tady dělá takové rozbroje mezi kolegy, že každý to vidí jinak, jak by to dítě mělo fungovat.“ (I 10)

➤ **Absence kvalitního školení**

Absence školení odpovídajícího potřebám pracovníků výchovných zařízení se objevuje jako bariéry především při snahách vedoucích pracovníků zajistit podřízeným odborné vedení, jak jednat v krizových situacích.

„Ale to já se jim směji, protože to vůbec neodpovídá tomu, co my potřebujeme. Ti školitelé neví vůbec nic o naší práci, o výchovných zařízeních.“ (I7)

➤ **Absence kvalitní supervize**

U třech pracovníků zaznívala reflexe supervize, kterou hodnotí jako neúčinný nástroj, který jim neposkytuje adekvátní řešení sporů v kolektivu nebo nesoulad mezi názory vedení a pracovníků. Jako překážku hodnotí přítomnost vedoucího na supervizi a nemožnost otevřeně projevit svůj názor.

„No supervize máme, ale nejsem si jistá, jestli jsou tak ideální, jak bych si představovala, že mají probíhat. Třeba teď mi do toho vstoupila paní ředitelka a ta supervize se nesla v duchu, že si vzala slovo paní ředitelka a směřovalo to proti mně.“ (I3)

„Máme tady sice supervize, ale nemůžete tam říct žádný kritický názor, to je prostě špatně. Takže toto vnímám velice negativně a překvapilo mě to.“ (I6)

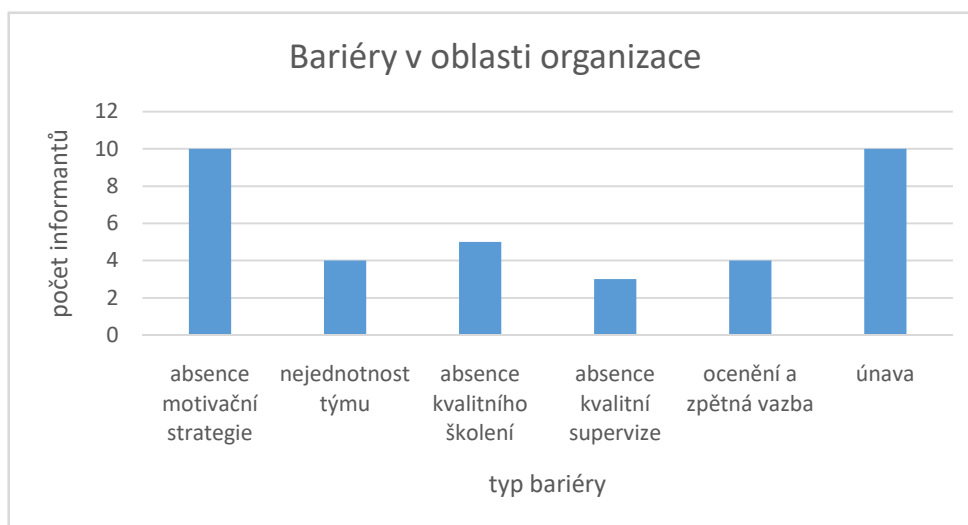
„Supervizi jsem měl, když jsem tady pracoval chvíli. Řekl jsem, co nefunguje a okřikla mě vedoucí, která tam ani nemá sedět, ať to neříkám.“ (I2)

➤ **Absence uznání ze strany vedení a zaměřování se na kritiku**

Především vychovatelé napříč všemi typy výchovných zařízení postrádají ocenění ze strany vedoucích pracovníků a potvrzení náročnosti profese. Tato bariéra v nich vyvolává pocity nespokojenosti a skepse.

„To se přiznám, že moc necítím jako nějakou podporu. To je věc, která mi tady trošičku chybí, myslím si, že každá z nás dělá, co může, co umí, ale že to ocenění ne vždycky přichází. Takovéto, jo fakt holky, vidím, že se snažíte, že je to třeba teď komplikovaný, ale někdy mi připadne, že se hledají jenom chyby a nehodnotí se to, co funguje.“ (I 6)

„Pořád mi tam chybí v tom přístupu vedení to vnímání toho vychovatele jako článku, kterýho by si mělo to vedení, to okolí trošku vážit a respektovat.“ (I9)



Obrázek 8: Bariéry v oblasti organizace

Z výsledků výzkumu je patrné, že pracovníci výchovných zařízení čelí řadě systémově podmíněných překážek, které negativně ovlivňují kvalitu jejich práce i duševní pohodu. Jednou z nejčastěji zmiňovaných překážek je **únava**, která souvisí s nepřetržitým provozem, vysokými nároky na přítomnost během prázdnin a s omezenými možnostmi plánování dovolené. V teoretické části je tento fenomén popisován jako důsledek strukturálního nastavení rezidenční péče, které často neumožňuje pracovníkům regeneraci a vede ke kumulativnímu stresu (Jedlička et al., 2015).

Významnou bariérou je rovněž **absence funkční motivační strategie**, přičemž pracovníci vyjadřují frustraci z neochoty dětí spolupracovat a z nedostatku nástrojů, jak tuto neochotu překonat. Tento problém poukazuje na mezeru v metodickém vedení pracovníků, zejména při práci s dětmi s psychiatrickou diagnózou. Jak upozorňuje Siegel (2016) právě v případě dětí s duševním onemocněním je motivace často narušena, a pracovníci potřebují specificky zaměřené školení a oporu, kterou však ve většině případů nedostávají.

Další bariérou, která se výrazně objevuje ve výpovědích, je **nejednotnost v týmu** – názorové rozpory, odlišný styl práce a nedodržování společných dohod znesnadňují jednotný přístup k dětem. V literatuře je tato nejednotnost označována jako rizikový faktor narušující jak vztahové klima zařízení, tak kvalitu intervence (Steinlin et al., 2017, Swan et al., 2018, Magalhaes et al., 2024)). Nejednotný tým rovněž komplikuje vytváření předvídatelného prostředí, které děti s duševním onemocněním potřebují.

K problematickým oblastem patří i **neúčinná supervize** – informanti vyjadřovali zklamání z jejího formálního pojetí, nízké důvěry a přítomnosti vedoucích osob, která omezuje otevřenost. Tato reflexe ukazuje na rozdíl mezi formálně zavedeným nástrojem a jeho reálnou funkčností, přičemž kvalitní supervize je v literatuře považována za jeden z klíčových ochranných faktorů pracovníků v pomáhajících profesích (Cimrmannová et al., 2013). Jedlička et. al. (2015) toto potvrzuje a doplňuje, že supervize je ve výchovných zařízeních o to důležitější, protože nikde

jinde se profesionál nepotkává s takovou koncentrací nemotivovaných klientů, jejichž psychika je zraněná a chování nepředvídatelné.

Významnou roli v prožívání frustrace hraje rovněž **absence ocenění a pozitivní zpětné vazby ze strany vedení**. Pracovníci popisují, že vnímání jejich role je často redukováno na výkon a chyby, bez uznání náročnosti a psychické zátěže jejich práce. Tato skutečnost přispívá ke snížení pracovní spokojenosti a pocitu profesního uznání, což literární zdroje označují jako prediktor syndromu vyhoření. Tyto poznatky korespondují s Brown et al. (2018), která uvádí, že nedostatečná podpora ze strany vedení a poukazování pouze na chyby ve smyslu individualizace odpovědnosti vede u pracovníků k pocitům nedůvěry a izolace.

Zdroje podpory

➤ Týmová spolupráce

Týmová spolupráce je nejčastěji reflektovaným organizačním aspektem, který vytváří podpůrné prostředí v celém zařízení. Nejčastěji o něm pracovníci hovoří v souvislosti se zvládáním krizových situací.

„...tak vždycky tam mám toho zkušenějšího kolegu a k němu dalšího adomluví si i dalšího, co je třeba dole, když uslyší, že se něco děje, aby si tam minimálně stoupnul...“ (I10)

„...že ten den tam mám třebaasistenta, etopeda, že neodejde domů člověk, kterému končí směna ve tři, ale bude tam do čtyř, i do pěti, když vidí, že by se něco stalo.“ (I4)

➤ Práce se skupinou

Práce se skupinou je často zmiňována jako podpůrný organizační nástroj, používaný zvláště u dětí s psychiatrickou diagnózou, aby skladba skupiny reflektovala aktuální potřeby dětí i dospívajících.

„Víme o tom dítěti, že ho tady máme, nebo že přijde, tak se snažíme upravit to tak, že máme skupiny dětí a řekneme si, tak ho dáme teďka tam, tam jsou ty děti klidnější, mírnější, tak přijde k nim.“ (I11)

➤ Podpora vzdělávání

Napříč pracovními pozicemi se v rozhovorech se jako zdroj podpory objevuje kladný přístup vedení k dalšímu vzdělávání pracovníků, a to i se zaměřením na dospívající s duševním onemocněním.

„Chci, aby ti pracovníci se v rámci vzdělávání účastnili těch pedopsychiatrických základů nebo problémů, nebo té psychopedie, aby věděli i co si můžou přečíst v té zprávě od psychiatra, co to znamená.“ (I7)

„Já jsem si teď třeba dodělávala kurz práce s traumatem. Vedení je nakloněný k dalšímu vzdělávání. Můžeme si vybrat téma taky.“ (I9)

➤ Odborná podpora

Jako zdroj podpory v oblasti organizace je zmiňována možnost odborné konzultace a podpory dostupné pro všechny děti i pracovníky výchovného zařízení.

„U těch psychiatrických dětí, my máme velkou výhodu, že jsme jako zařízení dobře saturovaní psychologicky a etopedicky. Mámě dvě psycholožky a dvě etopedky.“ (I7)

„Když si o těch dětech potřebujeme promluvit, jdeme za paní psycholožkou, co s ní spolupracujeme.“ (I8)

➤ Autonomie

Ze strany jedné z pracovníků zaznívá vlastní profesní autonomie jako podpůrný organizační nástroj, jak ovlivňovat práci v týmu.

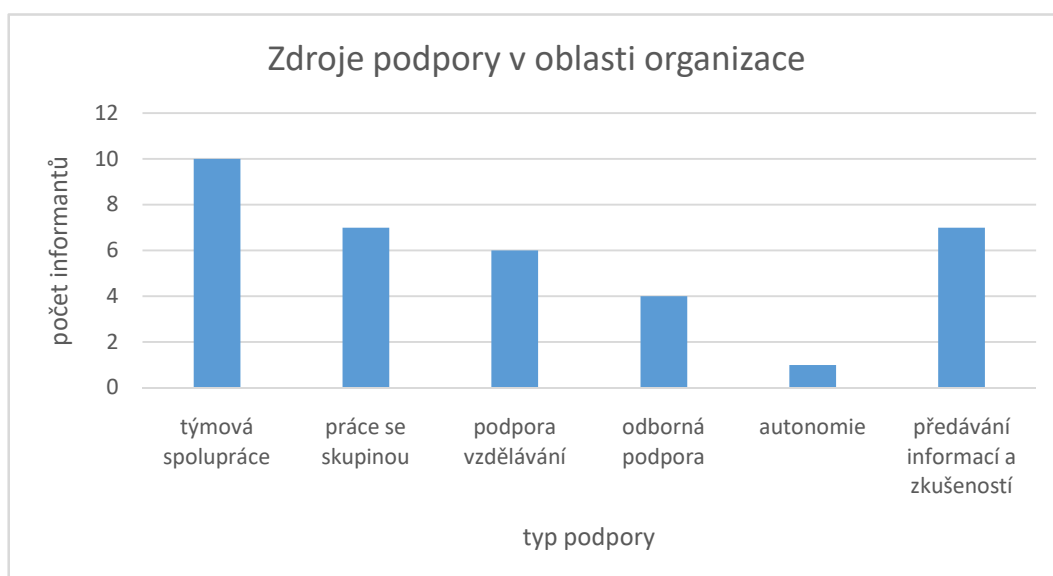
„Vlastně já z té své pozice, kdy mi jako psychologovi jde o nejlepší zájem dítěte, tak já vlastně můžu přijít za kýmkoliv a říct cokoliv, v tom mi to přijde jednodušší. A když ten člověk dlouhodobě nedodrží, na čem jsme se domluvili, tak si ho vezmu bokem a řeknu mu, že mi to vadí, a já si to z té své pozice můžu dovolit.“ (I4)

➤ Předávání informací a zkušeností

Předávání informací a zkušeností je považováno za podpůrnou organizační strategii, která umožňuje kontinuitu práce s dětmi a dospívajícími.

„Já mám nějakou metodiku od bývalé paní psycholožky, tak tu já používám. Je to něco, co fungovalo jí, a mě to taky funguje.“ (I4)

„Taky v týmu si předáváme informace o tom dítěti, co na něho působí, co potřebuje, co funguje, vykládáme si o tom. Předáváme si ty zkušenosti, co bylo předtím.“ (I11)



Obrázek 9: Zdroje podpory v oblasti organizace

Přestože pracovníci čelí mnoha překážkám, identifikovali i několik klíčových organizačních prvků, které jim práci usnadňují. Nejčastěji zmiňovaným prvkem je **týmová spolupráce**, která slouží jako opora při krizových situacích i každodenním zvládnání náročné klientely. V literatuře je soudržný tým označován za ochranný faktor, který přispívá k prevenci psychického přetížení (Steinlin et al., 2017).

Dalším pozitivně vnímaným prvkem je **podpora dalšího vzdělávání**, přičemž pracovníci oceňují možnost volby tématu a vstřícnost vedení. Tento přístup přispívá ke zvyšování profesní kompetence a je v souladu s doporučeními odborné literatury, která zdůrazňuje potřebu cíleného vzdělávání zaměřeného na specifika práce s dětmi s duševním onemocněním (Probstová, Pěč, 2014).

Práce se skupinou tu vystupuje do popředí jako organizační nástroj, který lze uplatnit, pokud je zapotřebí změnit skladbu dětí na skupině, aby nedocházelo ke konfliktům a byly zohledněny potřeby dospívajícího s duševním onemocněním i ostatních dětí. Pokud je to možné v rámci stávajícího počtu pracovníků, zařízení rovněž sníží počet dětí na skupině. Swan et al. (2017) uvádí, že menší počet dětí na pracovníka přispívá ke zlepšení kvality poskytované péče. Calheiros et al. (2022) doplňuje, že podporuje rovněž i pozitivní sebeobranu dospívajících a promítá se do jejich lepšího psychického přizpůsobení. Lze dovodit, že v souladu s těmito zjištěními vnímají pracovníci práci se skupinou jako jeden ze zdrojů podpory.

Podporu představuje také **dostupnost odborných pracovníků**, jako jsou psychologové, etopedi či terapeuti. Tam, kde je tato podpora dostupná, pracovníci popisují větší pocit jistoty při řešení náročných situací. Přítomnost odborníků v týmu umožňuje sdílení odpovědnosti, nabízí odborný pohled a podporuje profesní růst běžných vychovatelů.

Jako podpůrné bylo vnímáno i **předávání informací a zkušeností mezi pracovníky**, které posiluje kontinuitu výchovného působení a sjednocuje přístup.

Specifickým, ale významným prvkem je **profesní autonomie**, která pracovníkům umožňuje aktivně zasahovat do způsobu realizace péče. Pracovníci, kteří tuto autonomii využívají, popisují vyšší míru odpovědnosti i možnosti ovlivnit konkrétní kroky v péči o děti, což přispívá k jejich pracovní spokojenosti a angažovanosti, což koresponduje se závěry Goering-Smith (2017).

Odpověď na DVO č. 4: ***Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti organizace vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?***

Pracovníci vnímají organizační rámec výchovných zařízení jako významný faktor, který ovlivňuje kvalitu jejich práce i psychickou pohodu. Mezi nejčastěji uváděné bariéry patří únava způsobená nepřetržitým provozem a nedostatek nástrojů k motivaci dětí. Negativně hodnotí také nejednotnost v týmu, formální supervizi bez důvěry a absenci pozitivní zpětné vazby ze strany vedení.

Naopak jako zdroje podpory vnímají pracovníci fungující týmovou spoluprací, možnost dalšího vzdělávání, podporu odborníků v zařízení a sdílení informací mezi kolegy. Přínosná je i možnost určité profesní autonomie, která jim umožňuje přizpůsobit práci individuálním potřebám dětí.

2.3.5 Zdroje podpory a bariéry v oblasti administrativy

Výsledky výzkumu v oblasti administrativy jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací dle zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku

Zdroje podpory

➤ Elektronická evidence

Pracovníci oceňují výhody elektronické evidence pro vedení každodenních záznamů a úkonů, která jim usnadňuje přístup k údajům o dětech, historii, kontaktech i interním zprávám. Zmiňují přínos v oblasti přehlednosti i v úspoře času při dohledávání potřebných informací i kontrolně-ochranný prvek pracovníků při spolupráci s externími institucemi.

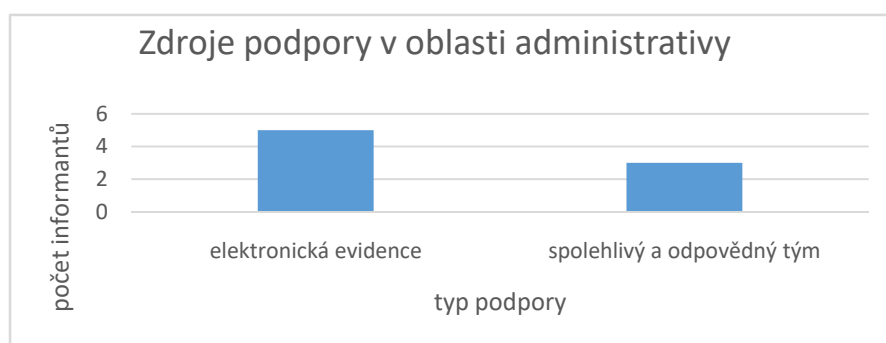
„Myslím si, že je to správně, že se to vede, protože všechno je podložený, je to dohledatelný. Podíváte se, co kdo dostal za léky, a tak.“ (I6)

„Pořád je to státní instituce, pořád jste pod dohledem nějakých soudů a ospodů a máte tady i toho rodiče, který se ptá a musíte to mít i vůči nim ošéfovaný, to nám určitě pomáhá.“ (I10)

➤ Spolehlivý a odpovědný tým

Především vedoucí pracovníci považují za významný zdroj podpory spolehlivý tým pracovníků, kteří zodpovědně plní své povinnosti v rámci zvládnání potřebné administrativy, a to především v oblasti kontrol a dodržování předpisů.

„Naštěstí teda mám pod sebou tým fakt skvělých lidí, bez kterých bych to snad ani nedělala. A je na ně stoprocentní spolehnutí, ať už se to týká hygieny kuchyně nebo školního stravování.“ (I8)



Obrázek 10: Zdroje podpory v oblasti administrativy

Na druhé straně pracovníci identifikovali i určité prvky, které jim administrativní činnost usnadňují. Jedním z nich je **elektronická evidence**, kterou většina pracovníků hodnotí jako přehlednou, užitečnou a časově úspornou. Tento nástroj umožňuje dohledatelnost údajů, jednotný přístup k informacím a také ochranu pracovníků v případě nutnosti obhajoby jejich postupů vůči kontrolním orgánům. Přestože někteří pracovníci evidenci vnímají jako nadměrnou, jiní ji považují za jeden z mála efektivních nástrojů organizační práce.

Dalším významným podpůrným prvkem je **spolehlivost a odpovědnost týmových kolegů**, zejména v rámci sdílení administrativních povinností a přípravy na kontroly. Vedoucí pracovníci pozitivně hodnotili, že se mohou na svůj tým spolehnout v plnění hygienických a provozních standardů. Tento aspekt odpovídá konceptu sdílené odpovědnosti a týmové residence, jak uvádí Baštecká et al. (2013), kdy týmovost je jedním z východisek podpory při zvládání obtížných situací.

Bariéry

➤ Administrativní přetížení

Pracovníci opakovaně uvádějí, že je zatěžuje množství dokumentace, které je nutné vést. Administrativa je často vnímána jako nadbytečná a omezující – zasahuje do času, který by jinak věnovali přímé práci s dětmi.

„To jsou samá hodnocení a plány, pořád jenom papíry.“ (I10)

„No administrativní zátěž, protože vy vedete spis, všechno v papírové, v elektronické podobě, takže je to zdvojené. Když jdou na vycházku, když mají zdravotní problém, všechno se musí napsat, vytisknout, založit.“ (I2)

➤ Právní překážky – nutnost souhlasů

Za výraznou překážku je považována povinnost zařízení získávat opakované písemné souhlasy rodičů pro úkony týkající se péče o dítě – např. pro vyšetření, změnu lékaře, hospitalizaci, přihlášení ke studiu.

„Ale na všechno potřebujete souhlas rodiny. Je to zvláštní, protože o ústavní péči rozhoduje soud, umisťuje dítě do zařízení, aby veškerý jeho další rozvoj a růst zajišťovalo to zařízení. Ale ten rodič tam není a musí podepisovat úkony, u kterých vůbec ani neví, nebude je dál řešit.“ (I1)

„A to je tisíc dalších věcí. Potřebuje ošetření u zubaře, že potřebujeme oči a tak dále, se vším by měli souhlasit rodiče. Takže vlastně, dá se říct, lékařská péče kompletně, celá, plus teda ještě vzdělávání další.“ (I9)

➤ Nadměrné kontroly

Zařízení čelí četným a často nesladěným kontrolám z různých institucí (OSPOD, Česká školní inspekce, hygiena, státní zástupce apod.). To způsobuje nejistotu a stres.

„Já jsem si říkala, že už se z toho snad zblázním, že dětské domovy jsou snad nejkontrolovatelnější instituce, protože k nám chodí vlastně státní zástupce minimálně dvakrát do roka, hygiena minimálně dvakrát, třikrát, minulej týden veterinární zpráva, potom česká

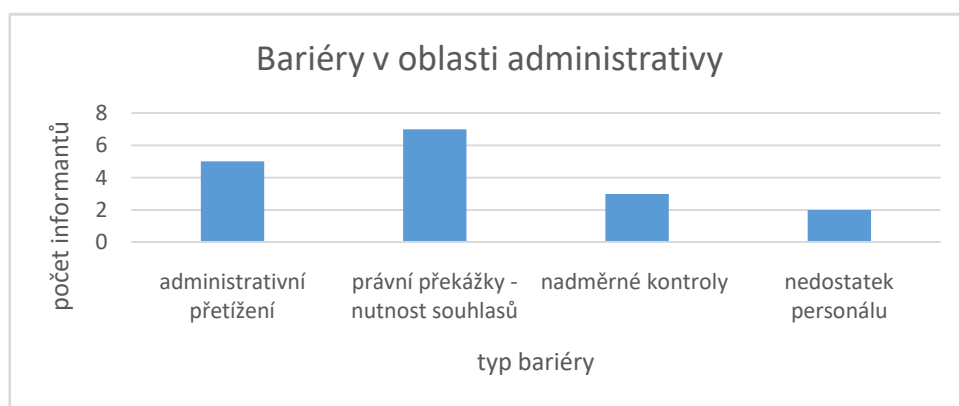
školní inspekce, ombudsman a já nevím, všechny tyhle ty hasiče, bezpečáky a tak dále, tak jako v těchto všech oblastech musíme dodržovat nějaké standardy a nějaké nastavené normy.“(I8)

➤ **Nedostatek personálu**

Dva vedoucí pracovníci zmiňovali potřebnost pracovníka, který by vyřizoval pouze administrativní agendu, kterou v současné době dělá především sociální pracovník zařízení.

„Každopádně bych brala jednoho administrativního pracovníka, už jenom na tu blbou datovou schránku.“ (I10)

„Tady by museli ještě přijmout jednoho pracovníka na tu administrativu, aby ten sociální pracovník mohl dělat více tu sociální práci.“ (I5)



Obrázek 11: Bariéry v oblasti administrativy

Pracovníci výchovných zařízení reflektují administrativní oblast jako významně zatěžující, a to zejména v kontextu péče o děti s duševním onemocněním. Jedním z nejčastěji zmiňovaných problémů je **nadměrné administrativní zatížení**, které pracovníci vnímají jako neefektivní a časově omezující.

Další významnou bariérou je **nutnost získávání opakovaných souhlasů zákonných zástupců**, i přesto, že děti jsou v ústavní péči. Tento formální požadavek je vnímán jako brzdicí faktor přístupu k lékařské péči i vzdělávání a je zvláště komplikovaný v případech, kdy rodiče se zařízením nespolupracují.

Závažnou zátěž přinášejí také **četné kontroly různých institucí**. Vedoucí pracovníci popisují, že zařízení čelí neustálým a často nekoordinovaným kontrolám ze strany inspekcí, státních zástupců, hygieny a dalších orgánů. Tento tlak vyvolává pocit permanentní kontroly, nejistoty a stresu, který narušuje každodenní chod zařízení.

Výše uvedená zjištění korespondují s teoretickým ukotvením dle Sociofaktor, Topinková, Topinka et al. (2023).

Kromě výše uvedeného se objevuje i problém **nedostatečného personálního zajištění administrativní agendy**. Administrativní úkoly jsou převážně přeneseny na sociální pracovníky, kteří pak nemají dostatečný prostor pro sociální intervence s rodinami nebo dětmi samotnými.

Odpověď na DVO č. 5: ***Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti administrativy vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?***

Pracovníci vnímají, že mezi nejčastěji zmiňované bariéry patří nadměrná administrativní zátěž, dvojí evidence, opakované získávání souhlasů rodičů, časté kontroly ze strany různých institucí a nedostatek pracovníků, kteří by se administrativě věnovali systematicky. Tyto faktory snižují čas i energii, které by mohly být věnovány přímé práci s dětmi.

Naopak mezi zdroje podpory pracovníci zařadili přehlednou elektronickou evidenci, která usnadňuje orientaci a zpětné dohledání informací, a dále spolehlivou týmovou spolupráci, která pomáhá při sdílení povinností a přípravě na kontroly. Přesto pracovníci vnímají potřebu zjednodušení administrativních procesů a posílení personálního zajištění.

2.3.6 Zdroje podpory a bariéry v oblasti dostupnosti zdrojů (finance, pracovníci, materiální vybavení)

Výsledky výzkumu v oblasti dostupnosti zdrojů jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací dle zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku

Zdroje podpory:

➤ **Externí finanční podpora**

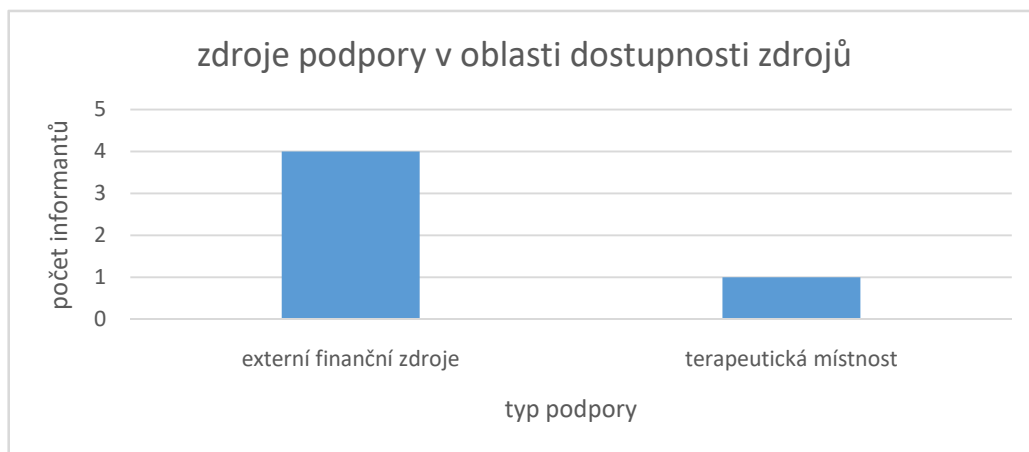
Pracovníci zařízení shodně reflektují, že externí zdroje financí v podobě nadací nebo neziskových jim umožňují nakupovat především vánoční dárky pro děti.

„Je to pro nás důležitý, tady ta materiální podpora těch organizací, protože některé věci bychom si nemohli dovolit, třeba ty dárky.“ (I3)

➤ **Terapeutická místnost**

Možnost využívat terapeutické zázemí je vnímána jako zdroj podpory především u pracovníků na pozici psychologa a etopeda.

„Já mám třeba takovou vlastní terapeutickou místnost, kterou sdílím s etopedem, kde mám všechno, co potřebuju a to mi hodně pomáhá v té mé práci. Hlavně tím, že je to jiné prostředí,



kdy ty děcka nejsou pořád na židli jak tady v kanceláři nebo ve škole.“ (14)

Obrázek 12: Zdroje podpory v oblasti dostupnosti zdrojů

Přes pracovníky vnímané bariéry se v rámci výzkumu ukázaly i určité formy podpory. Významným zdrojem jsou **externí finanční dary** (např. od nadací, neziskových organizací nebo fyzických dárců), které slouží především k nákupu dárků a drobných přání dětí. Tyto prostředky pomáhají pracovníkům naplnit emočně významné momenty v životě dětí (např. Vánoce), což zvyšuje jejich spokojenost a přispívá k pozitivní atmosféře v zařízení.

Dalším podpůrným prvkem je **možnost využívání terapeutických místností**, které jsou většinou dostupné ve výchovných ústavech. Tyto prostory poskytují klidné, bezpečné a vybavené prostředí pro práci s dětmi v náročnějších stavech. Odborní pracovníci (zejména psychologové a etopedi) oceňují, že tento prostor usnadňuje efektivní terapeutickou intervenci, odlišuje se od běžného režimu a umožňuje dítěti „vystoupit“ z institucionalizovaného prostředí.

Tato zjištění ukazují, že ačkoliv dostupnost zdrojů představuje významné limity pro výkon profese, existují i konkrétní způsoby, jak tuto situaci částečně kompenzovat. Uvedené podpory však většinou nejsou systémové, ale závisí na iniciativě zařízení nebo jednotlivců.

Bariéry:

➤ **Nedostatek odborného výchovného personálu a fluktuace**

Nedostatek hlavně výchovného personálu je zásadní bariérou na straně personálních zdrojů, který zmiňují všichni vedoucí pracovníci.

„...ale je tady většinou boj s vychovateli, takže víceméně sem přibíráme i vychovatele, kteří nemají vzdělání, buďto si ho dodělávají, ale třeba i během těch tří let, když tady teda tak dlouho vydrží. Takže je to složité i v tomhle směru.“ (I 1)

„Když ty lidi si můžou zvolit, tak prostě nejdou třeba dobrovolně pracovat dodětského domova a radši půjdou do školství jako do základní školy.“ (I9)

➤ **Nezájem absolventů o práci v zařízení**

Především vedoucí pracovníci vnímají pokračující negativní trend v podobě nezájmu o profesi pracovníka zařízení ze strany absolventů převážně pedagogických oborů. Tato bariéra umocňuje obecný nedostatek výchovného personálu v celém systému ústavní péče.

„Teď jsme nevzali absolventa posledních devět let, chodí sem na exkurze, na praxi, nabízím jim práci, ale oni nemají zájem (I7)

„Když se ptám těch speciálních pedagogů z vysokých škol, kdo z nich chce pracovat ve výchovném zařízení, tak nikdo.“ (I8)

➤ **Absence pracovníků – mužů v DD**

Pracovníci dětských domovů reflektují nepřítomnost mužské vztahové figury jako výrazný nedostatek, který neumožňuje dosáhnout genderově vyváženého personálního zastoupení.

„Já nedokážu děckám zprostředkovat takový to mužský vnímání. Chlapi nám tady jednoznačně chybí.“ (I6)

➤ **Neodpovídající finanční ohodnocení**

Překážka v podobě nedostatečného finančního ohodnocení zaznívá především z úst vedoucích pracovníků. Vnímají velký nepoměr mezi odměnou a náročností profese, stejně tak dávají mimo jiného výši platu do souvislosti s nezájmem o profesi pracovníka ve výchovném zařízení.

„Třeba zvláštní příplatek těch pracovníků se asi dvacet let nevalorizoval. Já když jsem nastupoval před 30 lety sem na místo, tak můj zvláštní příplatek tvořil zhruba dvacet procent platu. Což byl důležitý motivátor, dneska je to pět procent.“ (I7)

„Ta práce je velice těžká, přitom ti naši vychovatelé jsou placení pouze v desáté platové třídě, ale musí mít vysokou školu, speciální pedagogiku. Proč nejsou aspoň placení jako učitele, který když se vyžaduje stejný vzdělání, tak by měli být taky stejně ohodnoceni.“ (I10)

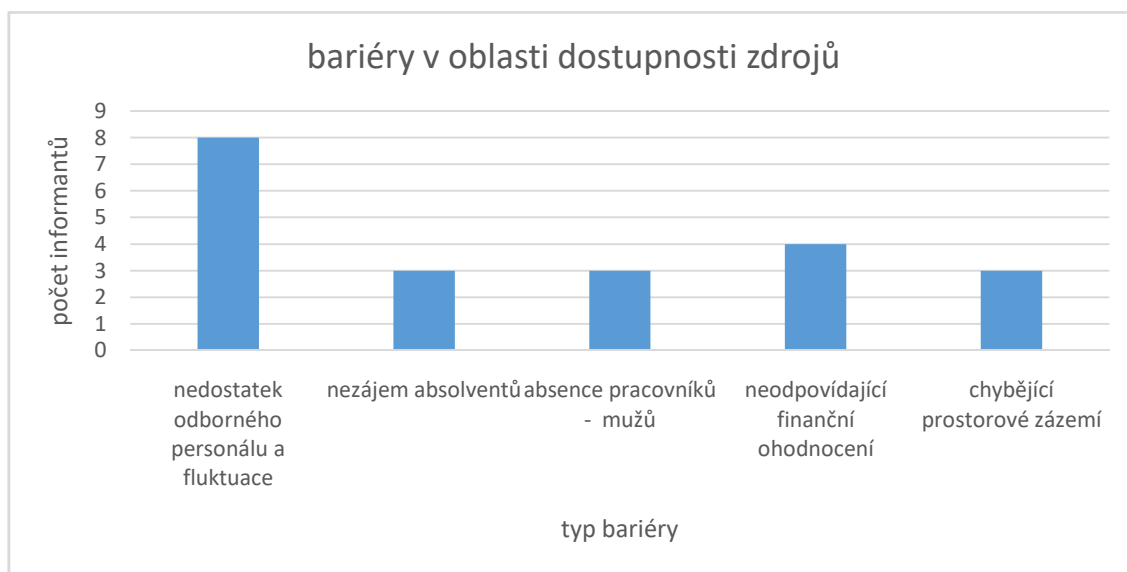
➤ **Chybějící prostorové zázemí**

Neschopnost zajistit dostatek soukromí a klidného zázemí v rámci ubytování dospívajících s duševním onemocněním je ze strany pracovníků vnímáno jak zdroj překážek. Ty pak mohou vyústit ve větší počet konfliktů mezi umístěnými dětmi. Rovněž zaznívá především od pracovníků výchovných ústavů bariéra v podobě nedostatečného prostorového vybavení pro dospívající v krizové situaci, kteří ohrožují sebe nebo ostatní, stejně tak vhodné hygienické zázemí ty, kteří přichází po útěku.

„...když by měli pokoje po jednom, maximálně po dvou, což mi tady nemáme. To kdyby mohli být sami na pokoji a měli to svoje, to zázemí, ten klid, tak by i pro tu moji práci to bylo lepší, protože těch konfliktů mezi dětmi by bylo méně, zvláště i u těch psychiatrických, kteří ten klid potřebují víc.“ (I6)

„Mě třeba moc mrzí, že my nemáme žádnou takovou tu místnost, kde by se to dítě, nechci říct vyloženě zavřelo, ale vlastně ano, protože...abychom věděli, že je to v klidu, že se mu nic nestane a že se nestane nic ani tomu okolí.“ (I10)

„Fakt mě štve, že nemáme místnost, která by odpovídala i hygienicky, protože ty děti po tom záchytu jsou opravdu mnohdy v hrozném stavu, a dát je na klasický pokoje mi přijde skoro nemožný. Abychom tady pak udrželi nějaký hygienický standard, abychom si sem nezatáhli nějaké štěnice, svrab a tak.“ (I2)



Obrázek 13: Bariéry v oblasti dostupnosti zdrojů

Z výsledků výzkumu vyplývá, že dostupnost zdrojů je jednou z nejzásadnějších oblastí, která výrazně ovlivňuje možnosti práce s dospívajícími s duševním onemocněním. Pracovníci dlouhodobě čelí **nedostatku kvalifikovaného výchovného personálu**, který je vnímán jako nejvýraznější překážka. Tato personální krize je navíc prohlubována **vysokou fluktuací zaměstnanců** a **nezájmem absolventů pedagogických oborů** o práci ve výchovných zařízeních. Nedostatek personálu se promítá nejen do přetížení stávajících pracovníků, ale i do oslabené kvality péče a omezené možnosti individuálního přístupu, který je pro práci s duševně zranitelnými dětmi zásadní.

Zjištěné bariéry potvrzují teoretická východiska, která upozorňují na strukturální nedostatečnost systému ústavní péče (Jedlička et al. 2015, Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023a).

Další bariérou je **absence mužských pracovníků**, která je vnímána především v dětských domovech. Jejich nepřítomnost ztěžuje nabídku mužské vztahové figury, která je důležitá zejména při formování identity dospívajících chlapců a při předávání genderově vyvážených vzorců chování. Tato absence je často spojována s **neodpovídajícím finančním ohodnocením**,

jež pracovníci označují jako demotivující a neadekvátní k náročnosti a odborným požadavkům profese.

V oblasti **materiálního vybavení** je jako překážka nejčastěji uváděn **nedostatek prostorového zázemí** – jak pro běžné ubytování, které neposkytuje potřebný klid a soukromí, tak pro krizové situace, kdy zařízení postrádají izolační nebo terapeutické místnosti. Zvláště u dětí po útěku, v atace nebo s hygienickými obtížemi je současné prostorové řešení vnímáno jako nedostačující a potenciálně rizikové jak pro dítě samotné, tak pro jeho okolí.

Jak uvádí Sociofaktor, Topinková a Topinka et al. (2023) některá zařízení mají pro zajištění bezpečnosti k dispozici oddělené místnosti a jejich používání je vnímáno jako krajní řešení mimořádné situace. Pro jejich použití platí přísná pravidla daná zákonem a nařizuje ho pouze ředitel zařízení.

Odpověď na DVO č. 6: ***Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti dostupnosti zdrojů vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?***

Pracovníci výchovných zařízení vnímají dostupnost zdrojů jako oblast, která zásadně ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Mezi nejvýznamnější **bariéry** patří nedostatek kvalifikovaného personálu, vysoká fluktuace zaměstnanců, chybějící mužské vzory a nízké finanční ohodnocení. Výrazné limity představuje také nedostatečné prostorové zázemí, zejména pro zvládání krizových situací a pro práci s dětmi vyžadujícími klid a odstup od skupiny.

Jako **zdroje podpory** jsou vnímány především externí finanční dary, které umožňují zajištění nadstandardních potřeb dětí, a dále dostupnost terapeutických místností, jež podporují klidné a bezpečné prostředí pro individuální práci. Tyto podpory však nejsou systémově zajištěny a jejich efektivita závisí na konkrétním zařízení či pracovníkovi.

Celkově se ukazuje, že oblast dostupnosti zdrojů zůstává jedním z klíčových slabých míst systému, a vyžaduje hlubší strukturální i materiální posílení.

2.3.7 Zdroje podpory a bariéry v oblasti spolupráce s externími odborníky a institucemi

Výsledky výzkumu v oblasti spolupráce s externími odborníky a institucemi jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací dle zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku

Zdroje podpory:

➤ Spolupráce s psychiatry a psychology (pravidelné konzultace, terapeutická doporučení)

Některá zařízení, kterým funguje nastavená spolupráce s externím psychologem nebo psychiatrem považují tuto skutečnost za zdroj podpory, který jim umožňuje získávat rady a doporučení, a rovněž se společně podílet na zajištění optimální odborné i výchovné péče.

„Řekl bych, že ta děvčata už si s tím psychiatrem vytvořili nějaký dobrý komunikační kanál a ten psychiatr už asi ví, jak se ptát, a ty holky ví, jak odpovídat.“ (I7)

„Takže vlastně paní doktorka mi to hned vždycky vysvětlovala, takže to dítě, který má nějaký způsob chování, a když se tak chová dlouhodobě, že si ho vlastně fixuje, takže jak s ním mám...“ (I9)

„Pomáhá mi nějaké doporučení od toho psychologa, že se máme, o co opřít.“ (I 6)

➤ Spolupráce s OSPOD

Některá zařízení vnímají spolupráci s OSPOD jako zdroj podpory především v oblasti spolupráce s rodinou dítěte, kde kladně hodnotí především případové konference, které jim umožňují kontakt s rodinou i nastavení potřebné práce s dospívajícím v rámci zařízení.

„Pomáhá nám, že ty věci, třeba doporučení od odborníků se pak projednají i na té případovce, že to jde oficiálně přes OSPOD, já to pak tady snadněji protlačím, abychom to dodržovali.“ (I8)

„OSPOD nám pomáhá hlavně při té spolupráci s tou rodinou, kdy je potřeba tam zajít, vyřešit něco. Nebo se potkat v rámci té případové konference, kde se vlastně i poznáme.“ (I11)

➤ Středisko výchovné péče, neziskové organizace

Středisko výchovné péče vnímají jako nástroj podpory především pracovníci dětských domovů, kterým zajišťuje odbornou pomoc psychologa nebo etopeda. Jako vítaný zdroj podpory zmiňují především pracovníci výchovných ústavů neziskové organizace, které se zaměřují na doprovázení dětí při odchodu za zařízení a zajišťují v ústavu i preventivní programy

„Takže jediné v SVP nám vychází vstříc. Tam mají k dispozici denně jak psychologa, tak etopeda, tak vždycky to trošičkupomůže.“ (I1)

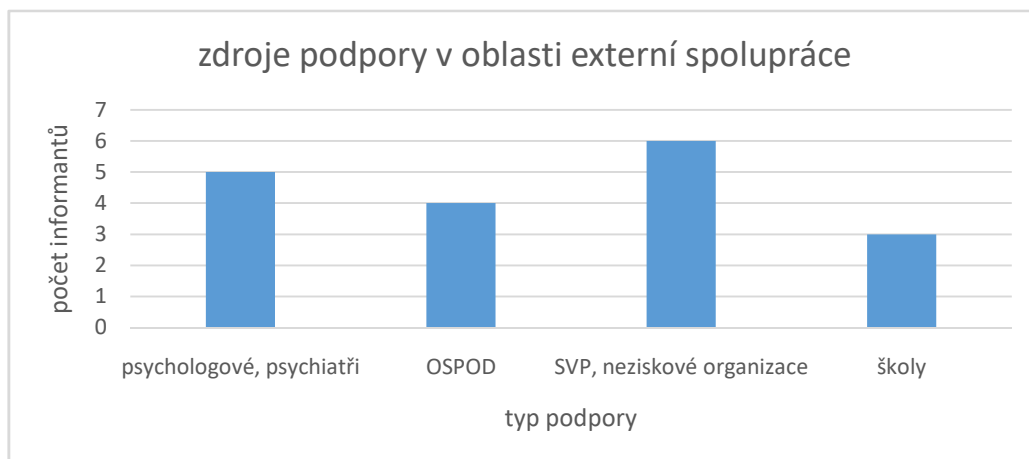
„Jo neziskovky nám pomáhají, dělají nám preventivní programy, doprovází děcka i po odchodu, třeba Patron, mě přijde hrozně fajn, že ty děcka mají, kde navázat, kde pokračovat a že to taky slyší od někoho jiného, než jenom od nás, že znají jiný pohled.“ (I4)

➤ Školy - individuální přístup, respektování doporučení poradny

Pracovníci dětských domovů uvádějí, že jako zdroj pomoci i podpory vnímají jednak individuální spolupráci s učiteli, ale také situaci, kdy škola respektuje doporučení k vzdělávání dětí s duševním onemocněním a aplikuje je do praxe.

„Nám třeba pomáhá, že škola akceptuje ty doporučení z poradny, že na to slyší, protože u spousty dětí se díky tomu zlepšil prospěch.“ (I 6)

„Když je něco potřeba individuálně, tak si nás škola zve, takže to se domluvíme, to nám pomáhá.“ (I 9)



Obrázek 14: Zdroje podpory v oblasti externí spolupráce

Výzkum odhaluje i několik významných zdrojů podpory. Tam, kde se daří navázat osobní a důvěryhodný vztah s externími odborníky (psychiatry, psychology), je spolupráce funkční, přínosná a přispívá k nastavení vhodných intervencí i medikace. Významnou roli zde hraje pravidelnost kontaktů a oboustranná otevřenost. Tato zjištění potvrzuje i Timonen-Kalio (2018), když uvádí, že zavedení pravidelných schůzek a komunikační platformy pro předávání informací je příkladem dobré praxe v koordinaci systému péče o duševní zdraví dětí.

Pozitivně je hodnocena i **spolupráce s OSPOD**, zejména ve fázi, kdy se prostřednictvím případových konferencí daří propojit zařízení, odborníky i rodinu dítěte. Tyto konference slouží jako platforma pro nastavení společné strategie a posilují legitimitu doporučených postupů.

Dále je jako podpůrný vnímán kontakt se **středisky výchovné péče a neziskovými organizacemi**, které přinášejí doplňkové terapeutické, preventivní a doprovázející služby. Jejich výhodou je často nezávislost na zařízení, což umožňuje jiné, doplňující působení na dospívající.

Spolupráci se školami vnímají pozitivně zejména pracovníci dětských domovů, pokud dochází k individuálním konzultacím a škole se daří respektovat doporučení odborníků. Tato forma spolupráce výrazně přispívá ke zlepšení školních výsledků a motivace dítěte ke vzdělávání.

Bariéry:

- **Nedostatek kapacit v psychiatrických zařízeních, odmítání hospitalizace, dlouhé čekací doby**

Jako nejčastěji zmiňovanou překážku, kterou vnímají všichni pracovníci napříč zařízeními je nedostatek kapacit v psychiatrických zařízeních, který se projevuje odmítáním dětí nebo dlouhými čekacími lhůtami.

„Anebo když vám ho odvezou, tak si pro něj druhý den jedete anebo ještě ten den, že už je zklidněný, tak si ho vemte domů. No ale oni si ho zklidní lékama.“ (I11)

„Ale teď máme druhého kluka, kde nám ho v jedné odmítli, ve druhé ho znají, a vzali by ho, ale teď jsou plní. Odpověď nemocnice je třeba na dva týdny a čekací doba 4-6 týdnů, když dobře.“ (I3)

„Oni v té psychiatrické nemocnici řeknou, tohle my tady neřešíme, to je výchovný problém. A že tam mají plné oddělení dětí. A my jim řekneme, ale vždyť ona je taky dítě.“ (I7)

➤ **Nedostatečná následná péče u závislých dospívajících**

Nedostatek následné péče se objevoval jako překážka u téměř všech pracovníků výchovných ústavů, a to především v souvislosti s dospívajícími se závislostí, kteří absolvují detoxifikační léčbu.

„Možná na detox by nám je ještě vzali, ale poté ta následné péče, tam už chtějí motivované děti. Tam se posílá motivační dopis, video, kdy se posuzuje motivovanost toho dítěte. My to jako můžeme chápat, ale v té chvíli to vysvětlujete tomu dítěti, který je v pubertálním věku, a je závislý.“ (I 2)

„Měli jsme děti mockrát na detoxu, ale když není ta návazná léčba, tak to nic neřeší, vrátí se sem a po chvíli je to stejný kolotoč. To dítě se vyčistí, dostane tu volbu, ale když pak není ta návazná léčba, taková ta silná v té komunitě, ta, tak to celé moc význam nemá.“ (I 10)

➤ **Věkové limity zařízení**

Především pracovníci výchovných ústavů vnímají věk jejich cílové skupiny za bariéru, která neumožňuje zajistit adekvátní psychiatrickou péči.

„My máme problém, protože ty děti už máme velký na dětský oddělení, ale na dospělé nám je ještě nevezmou. Takže občas udávají i ten věk, že je nevezmou, že jim rozhodí kolektiv. No a protože jsou dětské psychiatrie pořád plné, tak si prostě můžou vybírat.“ (I4)

„My tady máme i holky pod 15 let, za mě je to taková strašná bezmoc. Teď se teda jednou naposledy zadařilo, kdy sem přijela záchranka s jednou paní záchranářkou, kdy se jí podařilo vyjednat, i když ji nejdřív psychiatrická nemocnice odmítla, tak telefonovala tak dlouho, až nám ji odvezli.“ (I10)

➤ **Nejasná nebo zastaralá diagnostika, nedostatečné informace od OSPOD**

Někteří pracovníci považují za bariéru i situaci, kdy nemají potřebné aktuální informace o dítěti nebo dospívajícím, ať už v rámci zpráv odborníků nebo z OSPOD, který se zařízením komunikuje kvůli umístění dítěte.

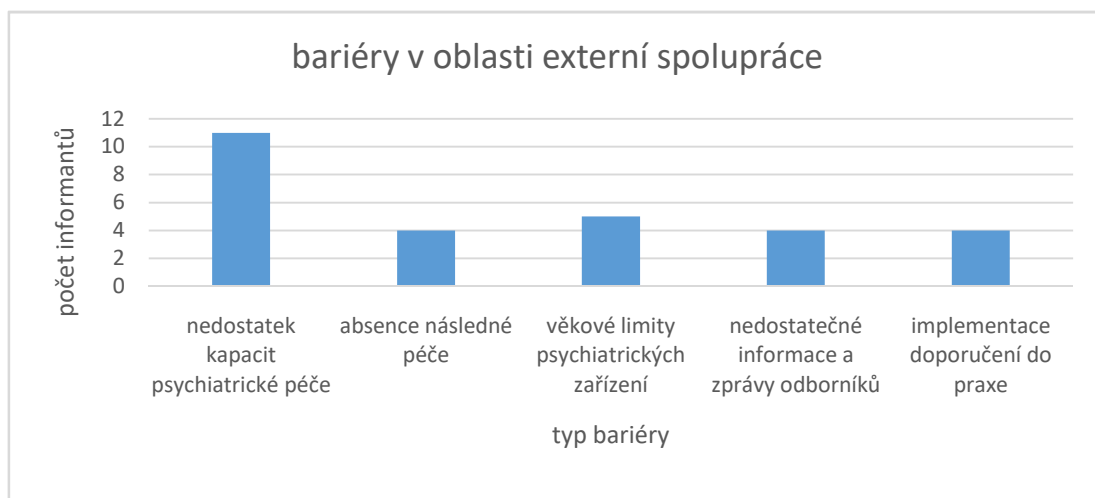
„Když to dítě má nějaké psychiatrické onemocnění, tak my často nevíme, přesně jaké, protože ty zprávy jsou kolikrát takové fádňí, v těch zprávách jsou často informace staršího data, ale to dítě se vyvíjí, takže kolikrát čekáme, až jak to dítě se tady začne projevovat a na základě toho, se pak snažíme něco dělat. Že vlastně my často jdeme taky do velkého neznáma.“ (I4)

„Takže nechci říct, že OSPOD vyloženě o tom dítěti lže, ale je my to jasné, potřebují jej umístit, je to náročné, tak neřeknou úplně všechno.“ (I7)

➤ **Slabá implementace doporučení od externích odborníků v denní praxi**

Především pracovníci dětských domovů hodnotí, že překážkou je pro ně častí i nemožnost aplikovat doporučení psychologů, terapeutů nebo jiných odborníků do běžné praxe a provozu dětského domova.

„Mě přijde, že to je taková další bolest těch našich zařízení, že nejsme schopni akceptovat ty doporučení, co nám dají ti ambulantní odborníci.“ (I3)



Obrázek 15: Bariéry v oblasti externí spolupráce

Spolupráce s odborníky a institucemi mimo výchovné zařízení je vnímána jako nezbytná součást efektivní péče o děti s duševním onemocněním. Výzkum však ukazuje, že tato spolupráce naráží na řadu výrazných bariér. Nejvýraznější z nich je **nedostatek kapacit v dětských psychiatrických zařízeních**, což se projevuje nejen dlouhými čekacími lhůtami, ale také odmítáním dětí kvůli věku nebo výchovným problémům. Tato situace u pracovníků vyvolává frustraci a pocit bezmoci, neboť bez potřebné zdravotnické podpory zůstávají se závažnými stavy dospívajících sami.

Další problematickou oblastí je **následná péče u dospívajících se závislostmi**. Přijímání do následných terapeutických programů je často podmíněno vysokou mírou motivace dítěte, která však u adolescentů s komplexními potížemi není reálně dosažitelná. Pracovníci tak vnímají, že systém nedokáže reagovat na reálné potřeby této specifické skupiny.

Významnou překážku představují také **neaktuální či neúplné informace od OSPOD nebo externích odborníků**, na jejichž základě je dítě do zařízení umisťováno. Absence přesné diagnostiky nebo znalosti aktuálního psychického stavu dítěte znesnadňuje nastavení vhodného přístupu a zvyšuje riziko chyb v péči.

Problémem je i **nízká aplikovatelnost odborných doporučení do každodenní praxe**, což zmiňují zejména pracovníci dětských domovů. Doporučení terapeutů nebo psychologů bývají někdy příliš obecná nebo nereflektují podmínky ústavního zařízení, čímž se jejich využitelnost oslabuje.

Timonen-Kallio (2018) v této souvislosti hovoří o tom, že pracovníci výchovných zařízení se často cítí zklamáni odborníky v oblasti duševního zdraví, což jakoby odráželo nerovnováhu moci

Výzkumná zjištění potvrzují poznatky odborné literatury, která poukazuje na nízkou provázanost mezi zdravotním, sociálním a školským sektorem (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023, Jedlička, 2015) Nejasné kompetence a odlišné přístupy mezi institucemi vedou k přerušení péče, ztrátě kontinuity a oslabení efektivity zásahů.

Odpověď na DVO č. 7: ***Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti spolupráce s externími odborníky a institucemi vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?***

Spolupráce s odborníky a institucemi mimo zařízení je považována za klíčovou, avšak v praxi naráží na řadu překážek. Mezi nejvýznamnější **bariéry** patří nedostatek kapacit v dětské psychiatrii, obtížný přístup do následné péče, nedostatečně sdílené informace o dětech a nízká použitelnost odborných doporučení v podmínkách výchovných zařízení. Důsledkem je narušení kontinuity péče a zvýšení zátěže pro pracovníky.

Naopak mezi **zdroje podpory** patří funkční osobní kontakty s psychiatry a psychology, spolupráce s OSPOD při případových konferencích, a činnost neziskových organizací či středisek výchovné péče. Pozitivní roli hraje také spolupráce se školami, pokud je postavena na individuálním přístupu a respektu k doporučením odborníků.

Z výzkumu vyplývá, že kvalita spolupráce je silně závislá na osobních vazbách a iniciativě jednotlivých aktérů, zatímco systémové ukotvení zůstává nedostatečné.

2.3.8 Zdroje podpory a bariéry v oblasti spolupráce s rodinami dospívajících s duševním onemocněním

Výsledky výzkumu v oblasti spolupráce s rodinami jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů a interpretací dle zjištěných výsledků. Podkapitola je zakončena odpovědí na dílčí výzkumnou otázku

Zdroje podpory:

➤ **Zájem a komunikace ze strany rodiny**

Jako klíčový zdroj podpory pracovníci vnímají zájem a komunikaci s rodiči dospívajícího s duševním onemocněním, a to jak v telefonické formě, tak i prostřednictvím pobytů dítěte v rodině.

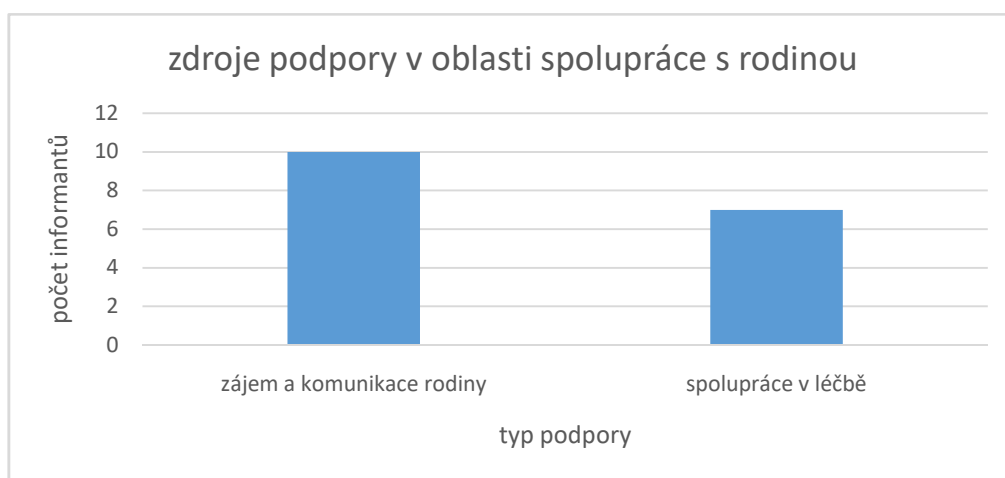
„Jako máme tady jednu maminku, která aspoň pravidelně volá, to tomu klukovi hodně pomáhá, a vlastně nám taky. Všichni ví, že má sama dělat co se sebou, že je na ulici, ale vždycky si to nějak zařídí a ozve se. Úplně pak vidím, jak se ten kluk pak rozsvítí.“ (I9)

➤ **Spolupráce na léčbě**

Ve chvíli, kdy pracovník výchovného zařízení pečuje o dospívajícího s duševním onemocněním, je nutná i spolupráce s rodinou směrem k efektivní léčbě. Pracovníci tuto spolupráci na léčbě považují za jeden ze zdrojů podpory, který příznivě ovlivňuje celý léčebný proces.

„Třeba u jedné holčiny jsem potřebovala medikaci, tak maminka spolupracovala a poslala. Těch, co se zajímají, jsou spíše jednotky. „ (I5)

„Ojediněle máme dobrou spolupráci, třeba u jedné slečny, co je teď v psychiatrické nemocnici, tak ta matka má zájem, aby se to řešilo, aby se vyléčila z té závislosti. Sice si ji na dovolenku nevezme, ale aspoň s námi spolupracuje, zavolá jí, podepíše léčbu.“ (I11)



Obrázek 16: Zdroje podpory v oblasti spolupráce s rodinou

Přestože pozitivní příklady spolupráce s rodinou jsou spíše ojedinělé, jejich dopad je výrazný. Pracovníci hodnotí jako velmi přínosné, pokud rodiče udržují **pravidelný kontakt s dítětem**, byť jen telefonicky. Taková komunikace podporuje emoční stabilitu dítěte a vytváří prostor pro důvěru mezi rodinou a zařízením. Význam má i **přítomnost na pobytech v rodině**, byť částečná nebo nepravidelná, a to i v případech, kdy rodiče sami čelí těžké životní situaci.

Za důležitou podporu je považována také **ochota rodiny podílet se na léčbě dítěte**, například poskytnutím léků, souhlasem s hospitalizací nebo komunikací s psychiatrem. Přestože se jedná o méně častý jev, jeho význam pro průběh léčby i budování důvěry je zásadní. Spolupráce na léčbě má pozitivní dopad na stabilizaci psychického stavu dítěte a zvyšuje šanci na jeho úspěšné začlenění po odchodu ze zařízení.

Výsledky tedy ukazují, že spolupráce s rodinou je jednou z nejvíce ambivalentních oblastí výchovné péče – pokud funguje, výrazně podporuje práci zařízení, pokud chybí, stává se jedním z nejvýraznějších limitů péče o dítě.

Bariéry:

➤ Nedostatek zájmu

Nedostatek zájmu rodičů, především v podobě neprobíhajících pobytů v rodině je nejčastěji skloňovanou překážkou ve spolupráci s rodinou.

„Ale to není jen u psychiatrických dětí, to je všeobecně, že ty rodiče naslibují, že si to dítě na tudovolenku vezmou, a pak prostě najednou zmizí ze světa, děcko tady natěšený, nervózní, u těch psychiatrických to bývá ještě víc.... že prostě jako už jo, jo, jo, už to tady musí být, a pak to tady není.“ (I 5)

Takže tohle to jako z mého úhlu pohledu je ten největší zádrhel u některých rodičů, který prostě fakt jenom jakoby, asi aby dítě v podstatě umlčeli, tak slíbí a pak se neděje nic. Vlastně, teď jak přemýšlím, tak vlastně to bylo u všech dětí, které právě byly nějakým způsobem psychiatrické, diagnostikované.“ (I 4).

„Aby měli větší zájem, aby třeba aspoň na ty Vánoce se vzali, na ty stěžejní, takový ty důležité Svátky. Protože když vám tady zůstane jedno dítě, tak je to smutné. Musím pracovat s tím jejich zklamáním, i když někdy ty děti už nemají ani to očekávání, prostě ví, jak to je.“ (I 6)

➤ Problémy s medikací

U duševně nemocných dospívajících bývá četným problémem nedodržování předepsané medikace nebo bagatelizace, či popírání duševních potíží dítěte ze strany rodiny. To pracovníkům komplikuje kontinuitu léčebného a výchovného procesu a musí následně řešit změny v chování dětí, které z toho plynou.

„Co se týká té medikace, tak řešíme problém, kdy rodiče nejsou schopni zajistit, zda děti ty léky berou pravidelně, což nám vytváří potíže v tom, že vlastně nedokážeme zajistit kontinuální hladinu těch léků, aby se třeba dalo i vyhodnotit, zda ta medikace je dostatečná nebo ne.“ (I 10)

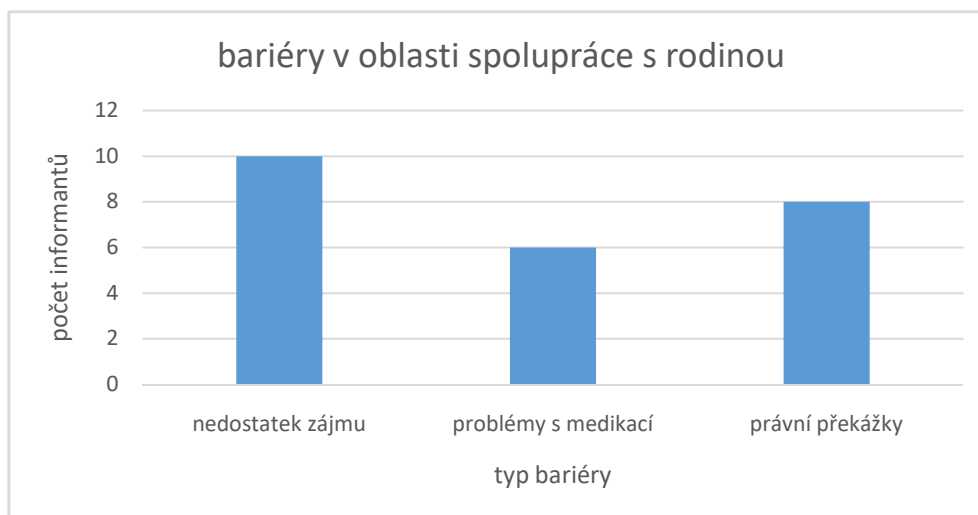
„Bohužel ty psychiatrické léky vlastně fungují jako droga, takže některé ty děti jsou schopny si tu medikaci našetřit, kdy jsou na delší dovolence, a pak si jich vezmou více naráz, takže pak ty projevy jsou o to divočejší.“ (I 7)

➤ Právní překážky

Druhou nejčastěji zmiňovanou překážkou ve spolupráci s rodinami je nutnost pracovníků obstarávat souhlasy rodičů se všemi zdravotními a vzdělávacími úkony. Tuto skutečnost komplikuje buď nespolupráce na straně rodičů, nebo nestabilní rodinné zázemí, kdy rodiče není možné zastihnout nebo dohledat.

„Kolikrát mi rodiče řekly, on se nikam učit nepůjde, on půjde napracák, takže nic nepodepíšou. (I 8)

„Ale na všechno potřebujete souhlas rodiny. Je to zvláštní, protože o ústavní péči rozhoduje soud, umisťuje dítě do zařízení, aby veškerý jeho další rozvoj a růst zajišťovalo to zařízení. Ale ten rodič tam není a musí podepisovat úkony, u kterých vůbec ani neví, nebude je dál řešit.“ (I 1)



Obrázek 17: Bariéry v oblasti spolupráce s rodinou

Z výpovědí pracovníků výchovných zařízení je zřejmé, že spolupráce s rodinou dospívajících s duševním onemocněním představuje jednu z nejproblematictějších oblastí. Nejčastěji zmiňovanou bariérou je **naprostý nedostatek zájmu rodičů**, který se projevuje jak v nepřítomnosti kontaktu, tak v nesplněných slibech ohledně návštěv nebo pobytů dítěte v rodině. Tato situace má silný emoční dopad nejen na děti, které opakovaně prožívají zklamání, ale i na pracovníky, kteří se následně snaží vyrovnávat ztrátu důvěry v rodinu. Ke stejným závěrům dospívá i Sociofaktor, Topinková, Topinka et al. (2023). Pokud je pracovník v takové chvíli dostupnou vztahovou osobou, může v souladu se závěry Swan et al. (2018) přinášet dítěti určitý pocit bezpečí, protože se na něj může v náročné chvíli obrátit. Jak uvádí Magalhaes et al. (2023) pobyt dospívajícího v ústavní péči je sám o sobě traumatickým zážitkem a opakované odmítání ze strany rodiny může tuto traumatizaci prohlubovat.

Další výraznou překážkou je **nespolupráce při léčbě**, především v oblasti medikace. Rodiče mnohdy léčbu bagatelizují, nepodporují její dodržování, případně vůbec nevědí, jaké léky dítě užívá. Tímto vzniká riziko přerušování léčby, neschopnosti vyhodnotit její účinnost a někdy i přímé ohrožení zdraví dítěte. Tyto problémy dále ztěžují výchovnou i terapeutickou práci zařízení.

Závažné komplikace způsobují rovněž **právní omezení v podobě nutnosti informovaného souhlasu rodičů**. Přestože jsou děti umístěny do ústavní péče na základě soudního rozhodnutí, řada zdravotních a vzdělávacích úkonů vyžaduje podpis zákonného zástupce. V případech, kdy je rodina nefunkční, nespolupracující nebo zcela nedosažitelná, dochází k výraznému časové prodlevě pro poskytnutí potřebné péče.

Zmiňované bariéry odpovídají závěrům teoretických východisek, která upozorňují na ambivalentní roli rodiny ve vztahu k výchovným zařízením – na jednu stranu je vnímána jako zásadní partner, na druhou stranu však často nenaplní ani základní požadavky spolupráce (Sociofaktor, Topinková, Topinka et al., 2023, Jedlička et al., 2015). Tato nerovnováha vede k přetížení systému a nárůstu frustrace u pracovníků.

Odpověď na DVO č. 8: **Jaké zdroje podpory a bariéry v oblasti spolupráce s rodinou vnímají pracovníci výchovných zařízení při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?**

Spolupráce s rodinou představuje jednu z nejobtížnějších oblastí péče. Mezi nejvýraznější **bariéry** patří nízký zájem rodičů o dítě, nespolupráce při léčbě, bagatelizace duševního onemocnění a komplikace spojené s právní nutností získávat jejich souhlasy i v případě ústavního umístění. Tyto faktory výrazně omezují efektivitu péče a zvyšují emoční zátěž pracovníků.

Naopak jako **zdroje podpory** pracovníci vnímají pravidelný kontakt rodičů s dítětem, zájem o jeho léčbu a ochotu spolupracovat na její realizaci. I omezená, ale stabilní přítomnost rodiny má pozitivní dopad na psychický stav dítěte a posiluje efektivitu spolupráce.

Výzkum tedy ukazuje, že role rodiny může být jak podpůrná, tak limitující – její význam je značný, ale míra spolupráce velmi proměnlivá a často mimo dosah zařízení.

2.3.9 Zdroje podpory a bariéry v systémové a legislativní oblasti

Výsledky výzkumu v systémové a legislativní oblasti u pracovníků výchovných zařízení při s dětmi s duševním onemocněním jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na oddíl bariér a oddíl zdrojů podpory. Každý z oddílů je doplněn grafickým vyjádřením četnosti identifikovaných bariér a zdrojů podpor dle počtu informantů. Podkapitola je zakončena komentářem ke zjištěným výsledkům.

Zdroje podpory

➤ **Plat jako motivace**

U tří pracovníků byla výše platového ohodnocení vnímána jako zdroj podpory na úrovni systému, především v souvislosti se srovnáním k dané lokalitě nebo resortnímu zařazení. Zbytek pracovníků sděloval, že v rámci systémové a legislativní oblasti nevnímá žádný zdroj podpory.

„Myslím si, že jedním z důvodů, proč lidi chtějí tuto práci dělat, je samozřejmě i dobrý plat, v porovnání s jinými sektory, třeba sociálním. Pro spoustu lidí tady je to hlavní motivace.“ (I 2)
„Vlastně v naší lokalitě i samotný plat. Není tady moc takových pracovních příležitostí. Na naší lokalitu si myslím, že ten plat těch vychovatelů není tak špatný nebo je docela zajímavý.“ (I 9)

Zdroje podpory v této oblasti byly zmiňovány jen okrajově. Za určitý pozitivní prvek označili někteří pracovníci **platové podmínky**, které v kontextu dané lokality hodnotili jako relativně motivující, zejména ve srovnání se sociální sférou. Tento aspekt však nevyvažuje celkovou systémovou zátěž a je vnímán spíše jako dílčí stabilizující faktor, než jako skutečná opora v oblasti systémového řešení.

Z důvodu pojmenovaného pouze jediného zdroje podpory není vytvořeno grafické zpracování.

Bariéry

➤ Přetížení systému

Přetížení systému je nejčastěji skloňovanou překážkou především mezi pracovníky dětských domovů, kteří ve snaze zajistit dospívajícímu odpovídající péči v jiném typu výchovného zařízení čekají i roky a do té doby musí s dítětem pracovat, aniž by měli potřebné odborné kapacity nebo nástroje.

„Přemístit to dítě je vlastně, dá se říct, úplně nad lidské možnosti. Protože všechny tady tyhle zařízení, léčebná zařízení, léčebné skupiny nebo ústavy, výchovný ústavy nebo i DDŠky neskutečně přeplněný a vlastně tam čekací doba, rok, dva roky, než se nám podaří. (I1)

„V loňském roce jsem přesouvala kluka dva roky, měla jsem zažádáno o místo, dokud se teda někde neuvolnilo, a pak jsme ho mohli teda přesunout.“ (I 8)

„Systém je na tom tak, že na jedno místo u nás v ústavu třeba čeká deset nebo patnáct lidí.“ (I17)

➤ Nedostatek nástrojů a pravomocí

Nedostatek nástrojů a pravomocí jako legislativní bariéra je většinou pracovníků zmiňován především v souvislosti s absencí legislativně ukotveného řešení krizových situací, absencí pravomoci ředitele zařízení rozhodnout o zdravotní nebo vzdělávací potřebě dospívajícího bez souhlasu rodiče.

„Školství nemá třeba vůbec zpracovanou jako metodiku na řešení krizových situací v případě napadení a podobně.“ (I 7)

„Když budeme mít dané nástroje, tak ty lidi, i když se stane nějaká nepříjemnost, že se třeba zlomí prst nebo tak, tak ví, že to dodrželi, že postupovali správně, že můžou být v klidu, když se pak bude něco řešit“ (I 4)

➤ Nedostatek specializovaných zařízení

Pracovníci jako překážku reflektují nemožnost umístit dospívajícího do specializovaného zařízení, které by adekvátněji zajišťovalo potřebnou péči, protože těchto zařízení je malé množství a kapacity dlouhodobě naplněné.

A chybí nám tady opravdu nějaký léčebný zařízení, dětský domov s léčebným režimem. To by bylo vyloženě pro psychiatrické děti, které už jsou těžší případy, které tady máme samozřejmě taky.“ (I 3)

„Problém je ten, že ta kapacita těch výchovně-léčebných zařízení je nedostatečná a čekací doba na ta zařízení je v řádech vyšších měsíců. Je velmi složité tam děti s psychiatrickou diagnózou poslat.“ (I7)

„Chybí víc tady zařízení tohoto typu. Takže nějakých jako specializovanějších, kde by byly schopní nějak jako líp se o ně postarat, když to řeknu takhle. No, co vím, tak jsou třeba dvě v republice.“ (I2)

➤ **Legislativa neodpovídající potřebám**

Většina pracovníků vnímá stávající legislativní ukotvení za neaktuální, neodpovídající současným potřebám umístěných dětí ani potřebám pracovníků. Jedná se především o oblasti stanoveného počtu dětí na skupině a odborné skladby personálu. Současná legislativa neumožňuje přijetí zdravotních pracovníků do běžných typů zařízení a nedovoluje rozšíření odborných pozic v dětských domovech.

„Každopádně, co si budeme prostě 109 z roku 2002 je strašně zastaralá. Je tam jako dost věcí, co je potřeba změnit.“ (I 11)

„Jak jsme pod MŠMT, tak tady nemůže být zdravotník. Ten by se tady určitě hodil. A ideálně psych. sestra. Ty nové děti, to už není jenom o výchovných problémech. Všechno se řeší za pochodu, protože tady není žádný expert v této problematice.“ (I 14)

„I systémově, ten počet těch dětí na jednoho vychovatele by měl být opravdu menší. Bylo by to jednodušší.“ (I 6)

„Jak rádi bychom přijali ten nový zákon, kdy mají být čtyři děti na skupině. Podle mě na výchovný ústav je ta představa, že má být osm dětí na skupině, úplně zcestná. (I 2)

„...tak už právě od personálního zajištění, kde za mě měl každý výchovný ústav ideálně aspoň sdíleného nějakého adiktologa. To je problém, který je tady jako na každodenní bázi.“ (I 10)

„No zákon to nedovoluje, ale my bychom potřebovali zdravotní personál jakýkoliv, ať už aspoň sestřičku, bychom prostě strašně uvítali.“ (I 11)

„Aby tady byly třeba opravdu ty psychologové a etopedi, aby ta práce s těmi dětmi byla celistvá. Taková určitá celistvost. Myslím si, že by si to ty zařízení, ty děti zasloužily.“ (I 8)

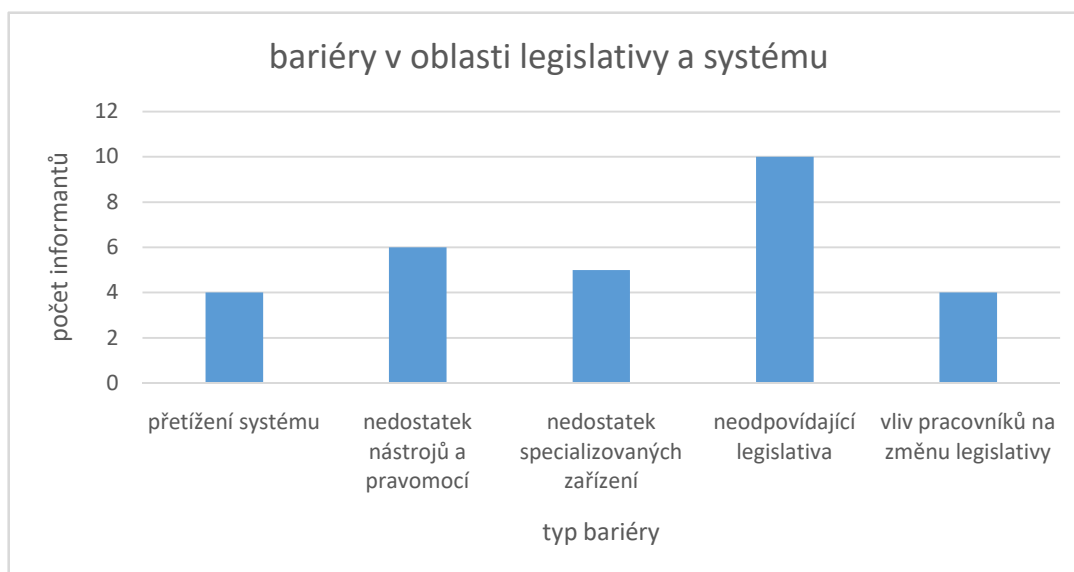
➤ **Vliv pracovníků na změnu legislativy**

Především vedoucí pracovníci vyjadřují rozhořčení i marnost nad tím, že nová legislativa vzniká, aniž by reflektovala potřeby výchovných zařízení a většina snah pracovníků o podílení na procesu tvorby zákonů není efektivní.

„Problém je ten, že můžeme vymyslet spoustu skvělých systémů, ale pokud je vytváříte od stolu, tak to v životě nebude fungovat. Prvně se to vymyslí, a pak se to teprve zkouší. To se přece musí jít nejdříve do těch zařízení a ptát se, jaká jsou pozitiva a negativa, a teprve na základě toho vytvořit projekt.“ (I 7)

„Mně přijde, že se furt slibují změny, furt se dělají nějaký kolečka těch odborníků. Na každý asociaci se dozvíme, že se bude něco měnit a že se zase máme všichni ozvat těm svým politikům a lobovat a lobovat, ale ve finále se tam stejně zase vždycky někdo prohodí na to ministerstvu a mně to přijde takový... už trošku beznadějný.“ (I 10)

„My jezdíme docela často do parlamentu připomínkovat různé zákony nebo se o nich bavíme, ale tam jsou hluší a slepí. Oni nás vůbec neposlouchají, nás, který jsme z praxe.“ (I 8)



Obrázek 18: Bariéry v oblasti legislativy a systému

Z výzkumu vyplývá, že oblast legislativního a systémového rámce představuje pro pracovníky výchovných zařízení jednu z nejvýraznějších překážek v jejich profesní realitě. Jako problematické je vnímáno **přetížení systému ústavní péče**, které znemožňuje adekvátní a včasné umísťování dětí do specializovaných zařízení. Čekací lhůty se pohybují v řádech měsíců až let, a mezitím zůstává odpovědnost za dítě na zařízeních, která pro práci s dětmi s duševním onemocněním nemají potřebné nástroje ani kapacity. Dle Timonen-Kallio (2018) pak dodává, že ve chvíli, kdy pracovník nemá potřebné kompetence, spoléhá se nejčastěji v řešení situace na předchozí osobní zkušenosti nebo své kolegy, kteří slouží jako zdroj znalostí. Znovu se tedy potvrzuje, že v situacích, které vytváří neřešitelné překážky, nalézají pracovníci dostupný zdroj podpory pouze skrze vlastní vnitřní strategii nebo týmovou soudržnost a podporu.

Významnou překážkou je i **nedostatek specializovaných zařízení**, zejména s léčebným režimem pro děti a dospívající s psychickými obtížemi. I tam, kde takové zařízení existuje, je přijetí podmíněno kombinací dalších diagnóz, např. mentálního postižení, což prakticky znemožňuje jejich využití pro řadu dětí.

Nejvíce byla zmiňována **neaktuálnost legislativy**, konkrétně Zákona č. 109/2002 Sb., který podle pracovníků nereflektuje současnou realitu zařízení ani nároky péče o psychicky nemocné děti. Bariéry se týkají jak **počtu dětí ve skupinách**, tak **omezené odborné skladby personálu** – zejména absence zdravotních pracovníků, psychologů, etopedů nebo adiktologů, které by zařízení vzhledem k potřebám cílové skupiny nezbytně potřebovala. Tato zjištění korespondují s poznatky Jedličky et al. (2015).

Velmi často se objevuje téma **nedostatku pravomocí a nástrojů**, zejména při řešení krizových situací. Tyto aspekty vytvářejí nepříznivou atmosféru v celé organizaci a zvyšují míru přetížení (Calheiros et al., 2021). Chybějící legislativní opora a metodické vedení činí pracovníky zranitelnými – nejen že neexistuje jednotný postup, ale zároveň nesou riziko osobní

odpovědnosti v případě komplikací. To umocňuje nejistotu a obavy při zvládání krizových stavů u dětí.

Závažnou bariérou je také **nutnost získávání souhlasu rodičů** pro zdravotní a vzdělávací úkony, přestože jsou děti v ústavní péči. V případech nefunkční rodiny dochází k faktickému zablokování přístupu k péči, což snižuje její efektivitu a ohrožuje zdraví dětí.

Jako zvlášť frustrující vnímají pracovníci **nemožnost ovlivňovat legislativní změny**. Nemohou tedy plnit úlohu kvalitního profesionála, který se angažuje a vlévá vlastní zájem do řešení systémových problémů (Baštecká et al., 2013). I ti, kteří se účastní odborných diskusí nebo připomínkových řízení, vyjadřují beznaděj nad tím, že jejich hlas není slyšen. Vznikající legislativa podle nich často postrádá kontakt s realitou praxe. Jak uvádí Hollander a Wilken (2020) není tedy pro vedoucí pracovníky snadné dosáhnout pozitivního vztahu k vlastní pracovní roli, neboť postrádají pravomoc na rozhodování o věcech, která se dotýkají jejich profesní budoucnosti.

Odpověď na DVO č. 10: Jaké zdroje podpory a bariéry pracovníci reflektují v systémové a legislativní oblasti?

Legislativní a systémový rámec je pracovníky vnímán jako jedna z nejvýraznějších překážek efektivní práce. Mezi nejvýznamnější **bariéry** patří přetížení systému ústavní péče, nedostatek specializovaných zařízení, neaktuální legislativa nereflektující současnou realitu, chybějící odborné profese v týmech a nedostatek pravomocí při řešení krizových situací. Za velmi problematickou je považována i nutnost získávat souhlasy rodičů, i v případech, kdy jsou zcela nefunkční.

Pracovníci zároveň vyjadřují bezmoc nad tím, že nejsou schopni ovlivnit podobu legislativních změn, a jejich zkušenosti z praxe nejsou brány v potaz. **Zdroje podpory** v této oblasti jsou velmi omezené – výjimečně byla zmíněna relativní stabilita platového ohodnocení, která však nevyvažuje rozsah systémových nedostatků.

Z výzkumu vyplývá potřeba zásadní strukturální reformy systému ústavní péče a jeho lepší propojení s odborným a zdravotnickým sektorem.

2.3.10 Zdroje podpory a bariéry v oblasti vnímání profese pracovníka výchovného zařízení ze strany komunity a veřejnosti

Zdroje podpory:

➤ Spolupráce s komunitou

Spolupráce s komunitou se jako zdroj podpory objevuje především ve formě účasti na místních trzích nebo v spolupráce s pobytovými službami pro seniory.

„Naše holky mají rády, jezdí do takové..., teda terapie jak pro ně, tak terapie pro ty babičky, kdy jezdíme do LDNky, kde s nima hrají hry společné, nebo pomáhají organizovat nějaké akce pro seniory.“ (I 11)

„Holky třeba tady zahodí kolem domu odpadky a tak. Pak ale jdeme, nasadí si rukavice a ty holky uklízí v okolí úplně všechny odpadky.“ (I 10)

➤ Účast na společenských akcích

Jako zdroj podpory je zmiňována účast výchovného zařízení na akcích jako jsou mikulášská nadílka nebo ples základní školy.

„Tak naše děcka mají každý rok vystoupení na plesu, kde mají takové tanečky, je to moc fajn.“ (I 1)

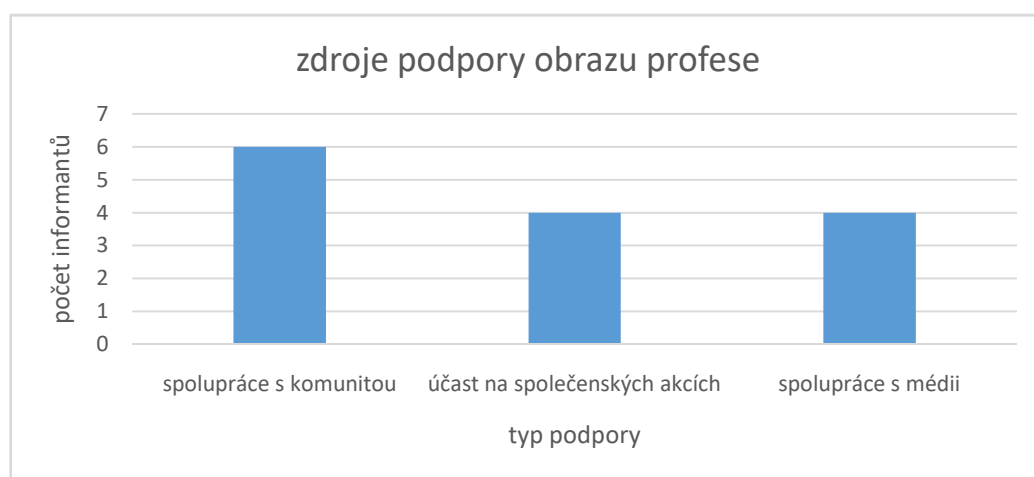
„Máme tady trhy, adventní nebo václavské, kde míváme stánek, kde prezentujeme výrobky dětí. Aby ostatní věděli, že i když ty děti jsou takové, jaký jsou, tak dokážou něco pěkného vytvořit.“ (I 5)

➤ Spolupráce s médii

Dva pracovníci rovněž kladně reflektují spolupráci s rozhlasovými médii, která přispívá k budování pozitivního obrazu zařízení, dětí i pracovníků.

„Ted' třeba jsem poskytoval několik rozhovorů do Českého rozhlasu, do radiožurnálu, a tady byl takovej mladej klučina, který opravdu mě jako udělal radost...on se tomu fakt jako věnoval snad půl roku a nastudoval si to jako.“ (I 7)

„Naše děcka třeba dělali rozhovor pro krajské rádio, kdy dostali dárky v rámci vánočního stromu splněných přání, kam lidé nosili dárky, co si děcka napsaly. Tak potom mluvili dorádia, jakože jak se jim to líbilo, jak byli spokojení. My si moc vážíme toho, že nás z rádia oslovili, abychom se účastnili, řekli jsme jim, že příště do toho půjdeme zase...“ (I 1)



Obrázek 19: Zdroje podpory v obrazu profese

Přes přetrvávající předsudky se objevují i pozitivní zkušenosti s veřejností. Pracovníci uvádějí jako významné **aktivní zapojení zařízení do života místní komunity**, například formou účasti na trzích, vystoupení dětí na kulturních akcích nebo zapojením do aktivit pro seniory. Tyto činnosti přispívají k bourání stereotypů a budování pozitivního obrazu zařízení jako místa, kde děti tvoří, pomáhají a projevují empatii.

Podporu pracovníci vnímají také ve **spolupráci s médii**, především pokud mají možnost prezentovat zařízení, svou práci a příběhy dětí objektivně. Zmínky o rozhovorech v rozhlasu nebo účast na charitativních projektech ukazují, že cílená komunikace s veřejností může přispět ke zlepšení povědomí a uznání významu jejich činnosti. V souladu se závěry Kňapové a Petrenka (2016) je pozitivní spolupráce s médii a kladný obraz zařízení uváděn především u pracovníků dětských domovů. Nicméně jeden z výchovných ústavů má rovněž dobrou zkušenost s objektivní rozhlasovou reportáží.

Za podpůrnou strategii lze rovněž považovat **reakci na negativní chování dětí vůči okolí prostřednictvím komunitní práce**, jako je společný úklid veřejných prostor. Tyto aktivity ukazují snahu o odpovědnost, integraci do komunity a reprezentaci zařízení v pozitivním světle.

Bariéry:

➤ **Nízká prestiž a nejistá budoucnost profese**

Pracovníci vnímají bariéru v podobě nedostatečného společenského ocenění své profese a mediálního obrazu, který posiluje nejistotu o budoucnosti profese

„Veřejnost profesi vychovatele podle mě vnímá jako podhodnocenou, jako že to stejně nemá cenu, že z těch dětí stejně nic nebude. To je hrozné.“ (I 6)

„I to samozřejmě je o tom mediálním obrazu...ale je to i o nějaké jistotě, že pokud se třeba vykládá pořád o tom, že se zařízení budou rušit, tak mladý člověk, který potřebuje vzít hypotéku, tak tu nebude v nějaké nejistotě, kdy opravdu se pořád mluví, že za rok, za dva, za tři, se ústavy zruší.“ (I 7)

„Tak to radši ten člověk půjde dělat raději na základní školu, kde má jistotu, že tu školu mu nikdo nezruší.“ (I 8)

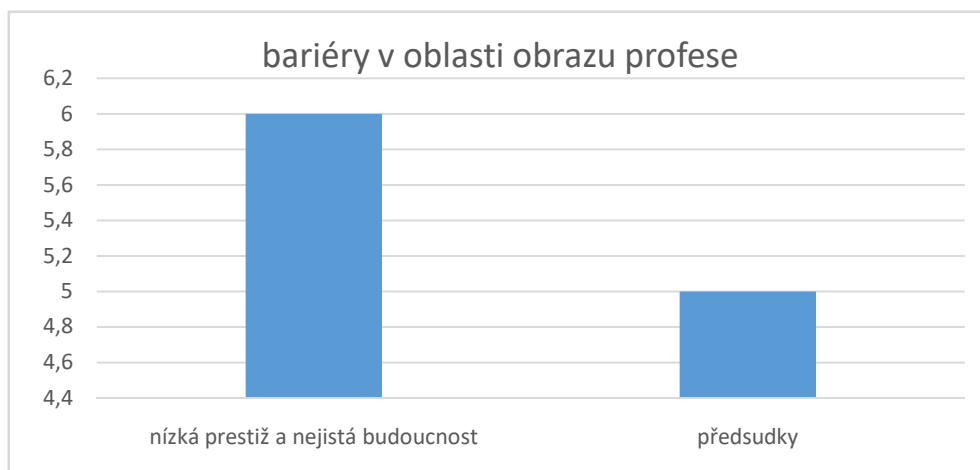
➤ **Předsudky**

Stereotypní představy o práci pracovníka výchovného zařízení jsou vnímány jako jedna z bariér, se kterou se pracovníci potýkají.

„Prostě nechtějí být ty naše děti, jenom ty problémový, ti smradi, jak je vnímá veřejnost, chtějí být taky ti šikovní, co něco umí, co umí rádi pomoci těm druhým, co dělají i ty správné věci.“ (I 11)

„Spousta lidí se diví, jak to dávám, jak s nima můžeš dělat, tak říkám, že můžu. Myslím si, že spousta lidí má obavy z těch dětí, co tady jsou. Třeba i rodina manžela se diví, že tady můžu pracovat, že se jako nebojím.“ (I 5)

„Já třeba když jsem to říkala na třídním srazu, kde pracuji, tak první otázky byly, jestli mám u sebe pepřák nebo něco, čím se můžu bránit.“ (I 4)



Obrázek 20: Bariéry v obrazu profese

Výsledky výzkumu ukazují, že pracovníci výchovných zařízení vnímají obraz své profese ve společnosti spíše negativně. Mezi nejčastěji zmiňované bariéry patří **nízká společenská prestiž** a s ní spojené **předsudečné vnímání jejich práce i dětí, které v zařízeních žijí**. Profese vychovatele je podle pracovníků často vnímána jako podřadná, málo odborná a nevýznamná. S tím souvisí i obavy veřejnosti – nejen z dětí samotných, ale i z pracovníků, kteří s nimi pracují. Stereotypy spojené s rizikovým chováním dětí a domnělou nebezpečností jejich chování negativně ovlivňují přístup okolí i mezilidské vztahy pracovníků mimo jejich profesi.

Významným problémem je také **nejistota ohledně budoucnosti zařízení**, která je přizívována opakovanými mediálními zprávami o plánovaném rušení výchovných ústavů. Tento diskurz má dopad nejen na pracovníky samotné, kteří ztrácejí pocit stability, ale i na potenciální uchazeče o zaměstnání, kteří se obávají do nejistého systému vstoupit. Výzkum tím potvrzuje, že mediální obraz má významný vliv na formování společenského pohledu na profesi i na její atraktivitu.

Zjištěné bariéry odpovídají teoretickým východiskům, která upozorňují na nízkou úroveň uznání profesí v pomáhajících profesích, zejména v oblasti institucionální péče, a na jejich dlouhodobou marginalizaci ze strany veřejnosti i politické reprezentace (Matoušek, Kroftová, 1998; Jedlička et al., 2015)

Odpověď na DVO č. 10: Jaké zdroje podpory a bariéry pracovníci reflektují v oblasti vnímání jejich profese ze strany komunity a veřejnosti?

Pracovníci výchovných zařízení vnímají své profesní postavení ve společnosti převážně negativně. Mezi nejvýraznější **bariéry** patří nízká společenská prestiž, předsudky vůči dětem v ústavní péči i samotným pracovníkům, a nejistota spojená s opakovanými debatami o zániku výchovných zařízení. Tyto faktory oslabují profesní identitu a snižují zájem o tuto oblast ze strany veřejnosti i potenciálních zaměstnanců.

Naopak **zdroje podpory** pracovníci spatřují v aktivním zapojení zařízení do života místní komunity, pozitivní prezentaci v médiích a komunitních aktivitách zaměřených na bourání

stereotypů. Tyto kroky přispívají ke zviditelnění významu jejich práce a k postupné změně postoje veřejnosti.

Výzkum potvrzuje, že způsob, jakým je profese prezentována navenek, významně ovlivňuje její společenské uznání i stabilitu do budoucna.

2.4 Diskuse

Výsledky této diplomové práce poukazují na závažnost a komplexitu výzev, kterým čelí pracovníci výchovných zařízení při péči o dospívající s duševním onemocněním. V jednotlivých výzkumných oblastech se opakovaně objevují témata, která nejsou pouze individuálními zkušenostmi jednotlivců, ale strukturálními projevy systémových nedostatků, jak potvrzuje i srovnání s odbornou domácí a zahraniční literaturou.

Výrazná míra psychického a fyzického přetížení pracovníků, spojená s emoční náročností péče o děti s duševním onemocněním, potvrzuje dlouhodobě diskutované riziko syndromu vyhoření v pomáhajících profesích (Baštecká et al., 2013; Probstová a Pěč, 2014). Pracovníci vnímají únavu nejen jako důsledek dlouhých směn a práce v nepřetržitém provozu, ale také jako důsledek nejasně definovaných kompetencí a absenci metodické podpory v krizových situacích. Tento nedostatek konkrétních postupů a doporučení vnímají jako velmi závažnou bariéru při ochraně bezpečí dítěte, kolegů i sebe samých. Přičemž dle Hollander a Wilken (2020) je právě bezpečné prostředí jednou ze základních podmínek příznivého prostředí.

Z mezinárodního pohledu upozorňují obdobně portugalské studie Magalhaes (2024) i Calheiros et al. (2021) na potřebu vytvoření konkrétních krizových plánů a důsledného metodického vedení personálu, přičemž švýcarská studie Steinlin et al. (2017) poukazuje na význam supervizní podpory a jasně stanovených rámců intervence jako ochranných faktorů syndromu vyhoření v každodenní praxi. Český systém se v tomto ohledu jeví jako poddimenzovaný a nevybavený nástroji, které by pracovníkům poskytly oporu, což potvrzuje i Cimrmannová et al. (2013), která uvádí, že supervize není ve školských zařízeních obvyklá.

Dále se ukázalo, že pracovníci jsou konfrontováni s výrazným personálním deficitem a nízkou atraktivitou profese, což souvisí s nízkým ohodnocením, předsudečným vnímáním ze strany veřejnosti a celkovou nejistotou ohledně budoucnosti ústavní péče. Právě nejistota je reflektována jako faktor zvyšující fluktuaci a nezáměr absolventů o vstup do oboru. Tento problém je umocňován i tím, že pojetí transformace péče (jak školské, tak psychiatrické) směřuje ke snižování kapacit ústavních zařízení a do budoucna klade důraz na ambulantní a komunitní formy péče. To však není v souladu s požadavky pracovníků na vznik specializovaných zařízení či doplnění týmů o odborníky typu adiktologa či psychologa, jak vyplývá z výzkumných závěrů.

Tato konfrontace mezi potřebami praxe a politickým směrem transformace vyvolává otázku, jak reálně zavádět změny, které by odpovídaly zákonnému požadavku na poskytování komplexní péče dle individuálních potřeb dítěte, jak stanoví sám zákon o ústavní výchově, když současná zařízení na to nemají personální ani odborné kapacity. V tomto směru lze mluvit o systémovém selhání, neboť právo není v souladu s realitou jeho výkonu.

Výzkum rovněž ukázal, že zvyšující se počet dětí s duševním onemocněním je spojován s nárůstem agresivního chování, což dále zvyšuje tlak na pracovníky. Tyto závěry potvrzuje i studie v českém prostředí (Sociofaktor, Topinková, Topinka, et al., 2023). Tato skutečnost ovlivňuje nejen volbu výchovných strategií, ale i emoční klima v celých skupinách. Zvládnutí

těchto situací bez adekvátních nástrojů a metodické opory vede k pocitům bezmoci a někdy i ke konfliktu mezi různými pedagogickými přístupy v rámci jednoho zařízení. Tyto pedagogické přístupy charakterizují Vojtová a Červenka (2014) jako 3P nebo 3R, tedy podpůrné nebo represivní. Oba jsou typické pro výchovná zařízení.

Jako významný ochranný faktor však vystupuje kvalita vztahů v pracovním kolektivu. Pracovníci se spoléhají na neformální podporu kolegů, vzájemnou výpomoc a ochotu setrvávat v zařízení i mimo službu v očekávání náročné situace. Týmová soudržnost se jeví jako jeden z nejdůležitějších stabilizačních prvků, který umožňuje zvládání krizí i dlouhodobého přetížení. Toto zjištění koresponduje rovněž se zahraničními výzkumy, které hovoří o tom, že pracovníci, kteří vnímají konzistenci v týmových intervencích i v týmové spolupráci vykazují vyšší kvalitu práce a jsou schopni lépe zvládat náročné situace (Steinlin et al., 2017, Swan et al., 2018, Calheiros et al. 2021, Magalhaes et al., 2024).

Pokud bychom se na celou oblast ústavní péče podívali optikou systémové teorie, jak je uvedeno v teoretické části této diplomové práce výzkumné potvrzují, že práce s dospívajícími s duševním onemocněním ve výchovných zařízeních probíhá v prostředí, které je třeba chápat jako složitý, otevřený a dynamický systém. Tento systém je tvořen mnoha vzájemně propojenými subsystémy – zejména subsystémem pracovníků, subsystémem dětí a dospívajících, institucionálním a legislativním rámcem, rodinou, a návaznými odbornými službami. Kvalita interakcí mezi těmito subsystémy zásadně ovlivňuje stabilitu celého systému péče.

Z hlediska systémové rovnováhy je patrné, že současné nastavení vykazuje řadu poruch ve funkční propojenosti. Jako nejvýraznější systémové chyby se jeví:

- přetíženost pracovníků (snížená kapacita subsystému personálu s přesahem do kvality práce - mikrosystému),
- absence metodického vedení (nefunkční vazby v rovině mezosystému mezi odborným zázemím a praxí),
- slabá meziresortní spolupráce (nedostatečné propojení subsystémů školství, zdravotnictví a sociální péče),
- neaktuální legislativa (systémový rámec nereagující na aktuální realitu),
- a zprostředkovaně i nízká prestiž a předsudečné vnímání profese (snížená podpora ze strany makrosystému – společnosti a veřejnosti).

V systému lze však identifikovat také regulační a stabilizační prvky, které napomáhají zachování funkčnosti navzdory výše uvedeným tlakům. Patří mezi ně:

- týmová soudržnost a schopnost pracovníků navazovat podpůrné vztahy (vnitřní koheze subsystému),
- vysoká míra profesní angažovanosti (vnitřní motivace jako autoregulační mechanismus),
- a aktivity směřující k posílení vazeb s komunitou a veřejností (externalizace systému směrem k okolí).

Z hlediska teorie systémů je možné říci, že současná struktura ústavní péče je vysoce závislá na adaptabilitě jednotlivých prvků systému, přičemž nedochází k dostatečné zpětné vazbě na úrovni nadřazených systémů (např. legislativa nereaguje na signály z praxe). Výsledkem je chronické přetížení určitých částí systému (personál, krizové situace), zatímco jiné zůstávají neaktivované nebo oslabují (mezioborová spolupráce, systémová podpora). Zajištění udržitelnosti a rovnováhy systému péče proto vyžaduje zásahy nikoli pouze v jedné složce, ale na úrovni celého systému.

Z hlediska výzkumného designu se ukázalo, že polostrukturované rozhovory poskytly hluboký vhled do praxe a byly vhodnou volbou pro zachycení zkušeností pracovníků. Mezi limity však patří skutečnost, že výzkum probíhal pouze v několika zařízeních a vzorek informantů nebyl početný, nelze tedy výstupy zobecnit na celou populaci pracovníků výchovných zařízení. V rámci limitů je zapotřebí zmínit i subjektivní rovina výpovědí a možný vliv tazatele. Přesto výzkum přinesl kvalitativně hodnotné poznatky, které lze využít jako podklad pro navazující studii širšího rozsahu, případně pro triangulaci s daty z jiných metod.

Do budoucna by bylo vhodné soustředit se na výzkum efektivity jednotlivých výchovných strategií u dětí s duševním onemocněním nebo sledovat dlouhodobě vliv supervize a podpůrných intervencí na pracovníky zařízení.

Závěrem lze říci, že diskuse nejen potvrzuje závažnost zjištěných problémů, ale zároveň ukazuje, že východiskem nemohou být dílčí řešení. Je třeba systémového pohledu, o kterém je hovořeno v teoretické části. Jedině systémové pojetí propojí potřeby pracovníků s reálnou implementací legislativních a mezirezortních změn – a to s respektem k tomu, co praxe sama a samotní pracovníci formulují jako funkční.

2.5 Návrhy a doporučení pro praxi

Jedním z prvních návrhů a doporučení pro praxi by se na první pohled mohla jevit úprava legislativy ve smyslu snížení počtu dětí na rodinné nebo výchovné skupině. Již v předchozím textu ale zaznělo, že záměr transformace ústavní péče procesně selhává na nedostatku odborných výchovných pracovníků, se kterým se většina zařízení potýká již dnes. Součástí této změny by měla být i úprava ve smyslu snížení počtu dětí na jedné skupině. Tímto způsobem by mohlo dojít ke snížení únavy a vyčerpání stávajících pracovníků a podpora individuální péče, která adekvátně reaguje na potřeby dětí i dospívajících.

Předtím ale, než by byl transformační proces spočívající v úpravě počtu dětí a pracovníků zahrnut do legislativních norem, je zapotřebí položit si otázku, jak adekvátně tuto změnu implementovat do reálných podmínek. Je evidentní, že pokud současně nedojde ke změnám, které by facilitovaly zájem uchazečů o práci ve výchovném zařízení, a rovněž podpořily stabilizaci současného personálu, a to všechno s důrazem na zachování odbornosti této profese, nemá samotná úprava legislativy moc šancí na to, aby mohla být podpůrným nástrojem. Jinými slovy, zákon se může změnit, ale při nedostatku pracovníků jej nebude možné uvést do praxe, protože snížení počtu dětí na skupině znamená větší množství těchto skupin, a to si nese požadavek na přijetí dalších pracovníků.

Výsledky výzkumu ukazují, že jedním z nejdůležitějších zdrojů je vzájemná pomoc v týmu, kolegiální a profesní sdílení. Proto se domnívám, že všechny strategie, které posilují soudržnost a optimální fungování týmu se jeví jako nezbytné. Z výzkumu vyplynulo, že tam, kde nebyla poskytována kvalitní supervize, docházelo i k rozporům v rámci týmu, vztahů s vedením a nespokojenosti pracovníků, která se projevovala i dalších oblastech práce. Poskytování pravidelné a kvalitní supervize by tedy mělo být běžnou součástí všech pracovních kolektivů v rámci výchovných zařízení a to v takových parametrech, aby poskytovala odpovídající podporu na úrovni jednotlivce i celého týmu.

Jako doporučení nejvíce slučitelné s reálnou praxí považuji oceňování pracovníků ze strany vedení, zaměřování se poskytování vyvážené zpětné vazby a podporu v náročných situacích. Při řešení náročných a krizových situací se jako bariéra projevuje absence potřebné metodiky, která by instruovala, jak v daných situacích postupovat. Jedním z možných doporučení pro praxi je pak strategie jednoho z pracovníků, který v této souvislosti oslovil unii zaměstnavatelů, aby byla tato problematika řešena nejenom na úrovni MŠMT, ale i z pohledu bezpečnosti práce. Je evidentní, že pokud budou pracovníci vytrvale hledat cesty, jak přenášet své požadavky na vyšší instituce napříč celou státní správou, jedině tak lze dosáhnout nějaké změny.

Otázkou zůstává, zda by navýšení finančního ohodnocení bylo dostatečně motivační, aby přineslo zájem nových pracovníků nebo zabránilo současné fluktuaci. Jako jednoznačná překážka zde totiž stojí náročnost profese a nutnost odborného vzdělání. Domnívám se, že určité odstupňované finanční ohodnocení v souvislosti jednak s délkou zaměstnání na pozici pracovníka výchovného zařízení, které by bylo finančně zvýhodněno oproti běžné školské agendě, by mohlo přinést určitý zdroj motivace. Zároveň by mělo být finančně podpořeno a ohodnoceno zvyšování odbornosti pracovníků, a to nejenom v rámci studia na vysoké škole, ale i s každým specializovanějším typem vzdělávání jako jsou sebezkušenostní výcviky nebo jiný typ dlouhodobého kurzu. Tímto by mohla být podpořeno zvyšování odbornosti stávajícího personálu, a zároveň by byla zohledněna proaktivita a úsilí jednotlivých pracovníků budovat

svou odbornost a zvyšovat specializaci. Tito by měli být finančně zvýhodněni oproti těm, kteří o další vzdělávání nejeví zájem. Podpora vedoucích a finanční dostupnost vzdělávání byla v rámci výzkumu zmiňována jako funkční, proto ji tedy vnímám za součást stávající praxe a neuvádím jako další doporučení.

Vyčerpání pracovníků a únava, která se ukazuje být napříč zařízeními jednou z největších překážek, je obtížně řešitelnou bariérou, kterou posiluje nepřetržitý směnný provoz zařízení a nemožnost čerpat delší dovolenou v individuálně zvoleném období roku. Jako jeden z možných návrhů do praxe vnímám v této oblasti podporu dobrovolných a neziskových organizací, které se zaměřují na pořádání preventivně-výchovných akcí a táborů. Tyto organizace by mohly zacílit své činnosti na děti a dospívající s duševním onemocněním z výchovných zařízení a nabídnout spolupráci formou prázdninových nebo víkendových pobytů. Tímto by se alespoň částečně mohl vytvořit prostor pro snížení počtu dětí v rámci celého výchovného zařízení, a tím možnost větší množství pracovníků čerpat dovolenou.

Závěr

Tato diplomová práce se zaměřila na zkoumání zdrojů podpory a bariér, které ovlivňují práci pracovníků výchovných zařízení s dospívajícími s duševním onemocněním. Hlavní výzkumná otázka směřovala k identifikaci toho, jaké faktory pracovníci vnímají jako podpůrné a které jako limitující ve svém každodenním výkonu profese při práci s dospívajícími s duševním onemocněním.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že mezi nejvýraznější bariéry patří emoční a fyzické přetížení pracovníků, absence metodického ukotvení pro práci v krizových situacích, nedostatek odborného personálu, slabé mezirezortní propojení a neaktuální legislativa. Významné komplikace způsobuje také složitá spolupráce s rodinami dospívajících, nedostatek návazných odborných služeb a nízké společenské i předsudečné vnímání profese.

Naopak mezi klíčové podpůrné faktory patří týmová spolupráce, vnitřní motivace pracovníků, pocit smysluplnosti práce, možnost sdílení a odborných konzultací, a v některých případech i pozitivní zkušenosti s komunitou a médií. Pracovníci rovněž využívají prostor ke vzdělávání, usilují o pozitivní reprezentaci zařízení a nacházejí způsoby, jak v systému ústavní péče, který přináší mnohá omezení, zachovávat kvalitu své práce s dospívajícími s duševním onemocněním.

Lze konstatovat, že práce výchovných profesionálů s dospívajícími s duševním onemocněním stojí na kombinaci odborné kompetence, osobní angažovanosti a schopnosti pohybovat se v prostředí, které není vždy nastaveno ve prospěch dítěte ani pracovníka. Zajištění udržitelnosti této profese vyžaduje systémové změny v oblasti legislativy, personálního zajištění, mezioborové spolupráce a institucionální podpory.

Zjištění odpovídají odborným poznatkům z domácí i zahraniční literatury a potvrzují závažnost výzev, kterým pracovníci čelí. Výzkum nepředpokládal stanovení hypotéz, ale opíral se o kvalitativní design, jehož cílem bylo hlubší porozumění zkušenostem pracovníků. Přínos této diplomové práce spočívá v komplexním zmapování zkušeností pracovníků napříč různými oblastmi systému péče a v jejich zasazení do širšího odborného rámce, přičemž důraz byl kladen na propojení teorie s praxí.

Výsledky práce jsou využitelné jako podklad pro další diskuzi o kvalitě a udržitelnosti výchovné péče v České republice, pro návrhy na systémové změny a pro přípravu vzdělávacích a podpůrných programů pro pracovníky zařízení. Práce zároveň ukazuje potřebu většího propojení mezirezortní spolupráce, posílení metodické podpory pracovníků a zajištění podmínek pro profesionální růst v této oblasti.

Do budoucna by bylo vhodné zaměřit se na longitudinální výzkumy sledující vývoj pracovních podmínek v čase, porovnat zkušenosti pracovníků napříč různými typy zařízení, nebo se věnovat specificky oblasti profesní identity především na pozici vychovatelů.

Závěrem lze konstatovat, že péče o dospívající s duševním onemocněním v ústavních podmínkách vyžaduje nejen odborné zázemí a metodickou podporu, ale také citlivý a lidský přístup, jehož hodnota se promítá do každodenní reality zařízení.

Seznam použitých zdrojů

- BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Psychosociální krizová spolupráce*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing. 2013. ISBN 978-80-247-4195-6
- BROWN, Teresa et al. *Residential child care workers and relationship based practice in a culture of fear*. Child and Family Social Work. Vol. 23, 657-665. [online]. 2018.[cit. 2025-03-21]. Dostupné z: https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/146955077/CFSW_FINAL_DRAFT_220218_KW.pdf
- CALHEIROS, Maria Manuela et al. *Social images of residential care: How children, youth and residential care institutions are portrayed?* Children and Youth Services Review, vol. 55. 159-169. [online]. 2015.[cit. 2025-03-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.06.004>
- CALHEIROS, Maria Manuela et al. *Youth in Residential Care: A Cross-Sectional Mediation Analysis of Youth's Perceptions of Their Social Images, Self-Representations, and Adjustment Outcomes*. Journal Frontiers in Psychology. vol. 12.[online]. 2021.[cit. 2025-03-18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.744088>
- CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. 1. vyd. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-262-0062-8
- CYRULNIK, Boris. *Když si dítě sáhne na život*. 1. vyd. Praha: Triton. 2020. ISBN 978-80-7553-788-1
- ČERMÁKOVÁ, Markéta et al. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD). Příručka pro dospělé*. 2020. [online] [cit. 2025-02-15] Dostupné z: [ADHD_prowebFIN.pdf](#)
- ČERVENKA, Karel. *Sud, který nemá dno? Potřeby dětí s poruchami emocí očima výchovných profesionálů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2016. ISBN 978-80-210-8138-3
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2002. ISBN 978-80-246-0139-7
- DUBNOVÁ Markéta a Vlasta ŘEZNÍKOVÁ. *Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2018. in URBAN, David et al. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 2018. ISBN 978-80-7422-637-3
- ERIKSON, Erik Homburger. *Identity and the Life Cycle*. Psychological issues, Monograph 1, 1969. in MACEK, Petr. *Adolescence*. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-747-7
- ERIKSON, Erik Homburger. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 1999. in KALINA, Kamil et al. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing. 2015. ISBN 978-80-247-9792-8
- FISHER, Helen. *The early bird catches the worm – the need for even earlier intervention and target prevention for mental illnesses*. The Journal for Child Psychology and Psychiatry. [online]. 2021. [cit. 2024-12-20]. Dostupné z: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.13407>

- GANDER, Tamara et al. *Predictive factors for changes in quality of life among children and adolescents in youth welfare institutions*. Soc. Psychiatry Epidemiology 54, 1575–1586. [online]. 2019 [cit. 2024-12-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01724-8>
- GOERING SMITH, Emily. *The impact of organizational culture and climate on outcomes in child welfare: A modified systematic review*. Humane Service Organizations: Management, Leadership and Governance. [online]. 2017 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/23303131.2017.136081>
- HAJNÝ, Martin. *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti*. 2015. in KALINA, Kamil et al. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2015. ISBN 978-80-247-9792-8
- HARDER, Annemiek et al. *Feeling Better: Experience and need of adolescent and professionals regarding their mentoring relationship in residential youth care*. Child and Youth Care Forum. Vol. 51. 613 – 631. [online]. 2021 [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09645-x>
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál. 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 5. vyd. Praha: Portál. 2023. ISBN 978-80-262-1968-2
- HOLLANDER, Dirk a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení. Podpůrný vztahový přístup. Praktická příručka modelu CARE*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020. ISBN 978-80-908458-5-5
- HRICOVÁ, Alena, David URBAN a Stanislav ONDRÁŠEK et al. *Sociální práce. Současné trendy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-5131-8
- JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita. Vývoj a úskalí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2008. ISBN 978-80-247-2284-9
- JEDLIČKA, Richard et al. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících. Prevence životních selhání a krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2015. ISBN 978-80-247-5447-5
- JOZEFIAK, Thomas, Nana KAYED a Tormod RIMEHAUG et al. *Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care*. European Child and Adolescent Psychiatry 25, 33–47. [online]. 2016 [cit. 2024-12-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
- KALINA, Kamil et al. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2015. ISBN 978-80-247-9792-8
- KŇAPOVÁ, Kateřina a Roman PETRENKO. *Analýza mediálního obrazu ústavní výchovy v českých médiích za roky 2010-2015*. Národní ústav pro vzdělávání. [online]. 2016. [cit. 2025-03-26]. Dostupné z: https://archivnuv.npi.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/Analýza_medialniho_obrazu_ustavni_vychovy.pdf
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 7. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. 5. vyd. Praha: Karolinum. 2023. ISBN 978-80-246-5661-8

MACEK, Petr. *Adolescence*. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-747-7

MAGALHAES, Eunice et al. *Youth-caregiver relationship quality in residential youth care: Professionals' perceptions and experiences*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(4), 822-845. [online]. 2023. [cit. 2025-02-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/02654075231215824>

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1362-4

MPSV. *Dávky péstounské péče a zaopatřovací příspěvky pro mladé dospělé*. [online]. [cit. 2024-12-19]. Dostupné z: <https://mpsv.cz/davky-pestounske-pece-a-zaopatrovaci-prispevky-pro-mlade-dospеле>

MPSV. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2024-12-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1>

MŠMT. *Novela zákona č. 109/2022 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. [online]. 2022 [cit. 2025-01-01]. Dostupné z: https://msmt.gov.cz/uploads/legislativa/109_2002_1.1.2025.pdf

MŠMT. Čtvrtletník pro přímo řízené organizace MŠMT. [online]. 2022. [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: [Ctvrtletnik_PRO_MSMT_1-2022.pdf](#), MŠMT ČR

MŠMT. *Zákon č. 561/2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. [online]. 2004 [cit. 2024-12-13]. Dostupné z: <https://msmt.gov.cz/dokumenty/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-ode-dne-1-1-2024>

NĚMEČKOVÁ, Klauďie. *Aktuální péče v oblasti duševního zdraví a mladistvých*. 2024. in HRICOVÁ Alena, David URBAN a Stanislav ONDRÁŠEK et al. *Sociální práce. Současné trendy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-5131-8

NÚDZ. Národní ústav pro duševní zdraví. *Národní monitoring duševního zdraví dětí*. [online]. 2023 [cit. 2025-01-20]. Dostupné z: [TZ-Narodni_monitoring_dusevniho_zdravi_deti-_40___vykazuje_znamky_stredni_az_tezke_deprese__30___uzkosti._Odbornici_pripravuji_preventivni_opatreni.pdf](#)

O'HARE, Kristien et al. *Out-of-home care characteristics associated with childhood educational underachievement, mental disorder, and police contacts in an Australian population sample*. *Child Abuse and Neglect*, Volume 139. [online]. 2023 [cit. 2024-12-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106120>

PACNEROVÁ, Helena et al. *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. 1. vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015. ISBN: 978-80-7481-138-8

- PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. 2018. in RIEGEL, Karel, Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století. Diagnostika v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. 2020. ISBN 978-80-262-1596-7
- PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Data o dětech. Sociálně-právní ochrana dětí v České republice v datech*. 1.vyd. Praha: GradaPublishing, 2022. ISBN 978-80-271-1338-5
- PEŠOVÁ Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2006. ISBN 80-247-1216-4
- PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál. 2014. ISBN 978-80-262-0731-3
- RADIMÁKOVÁ, Paulína a Karel ČERVENKA. *Pohled dětí z výchovných ústavů a nízkoprahových klubů na intervenční proces*. 2014, in VOJTOVÁ, Věra a Karel ČERVENKA et al. *Intervence pro inkluzi dětí s problémy/poruchami v chování*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7610-5.
- RIEGEL, Karel, Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století. Diagnostika v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. 2020. ISBN 978-80-262-1596-7
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: GradaPublishing. 2006. ISBN 978-80-247-1049-5
- SIEGEL Daniel. *Rozbroušený mozek. Dospívání, teenageři a jejich výchova*. 1. vyd. Praha: Triton. 2016. ISBN 978-80-7553-040-0
- SHEFF, Thomas. *Diagnosis as a part of a largesocialemotionalsystem*. Deviant behavior. (34) 12. 2013, in ČERVENKA, Karel. *Sud, který nemá dno? Potřeby dětí s poruchami emocí očima výchovných profesionálů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2016. ISBN 978-80-210-8138-3
- STEINLIN, Célia et al. (2017). *The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland*. Child & Youth Services, 38(2), 159-175 [online]. 2017 [cit. 2025-03-18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/0145935X.2017.1297225>
- STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Boskovice: Sdružení Podané ruce. 1999. ISBN 80-858-346-0
- SWAN, Maria et al. 'Who do I turn to if something really bad happens?' *Keyworking and relationship-based practice in residential child care*. Journal of Social Work Practice, 32(4), 447–461. [online]. 2018 [cit. 2025-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02650533.2018.1503161>
- THOMSON, Abigail et al. *Barriers and facilitators of community-based implementation of evidence-based interventions in the UK, for children and young people's mental health promotion, prevention and treatment: rapid scoping review*. [online]. 2023. [cit. 2025-03-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.531>
- TIMONEN-KALLIO, Eeva. *Interprofessional collaboration between residential child care and mental care practitioners: a cross country study in six European countries*. European Journal of Social Work.

Vol. 22 (6), 947-960, [online]. 2018. [cit. 2025-03-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441135>

URBAN, David et al. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 2018. ISBN 978-80-7422-637-3

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. 3. vyd. Praha: Karolinum. 2021. ISBN 978-80-246-4961-0

VOJTOVÁ, Věra a Karel ČERVENKA. *Umíme vnímat odlišné strategie dětí s poruchami chování*. Příspěvek ve sborníku z konference *Perspektivy práce s delikventní mládeží*, Brno: Ratolest Brno o.s., 2011, s. 133-143. ISBN 978-80-260-0137-9, in VOJTOVÁ, Věra a Karel ČERVENKA et al. *Intervence pro inkluzi dětí s problémy/poruchami v chování*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7610-5.

VOJTOVÁ, Věra a Karel ČERVENKA et al. *Intervence pro inkluzi dětí s problémy/poruchami v chování*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7610-5.

WARR Peter. *Work, Unemployment and MentalHealth*. 1987. in HOLLANDER, Dirk a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení. Podpůrný vztahový přístup. Praktická příručka modelu CARE*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020. ISBN: 978-80-908458-5-5

WARR Peter. *Psychology at work*. 2002. in HOLLANDER, Dirk a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení. Podpůrný vztahový přístup. Praktická příručka modelu CARE*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020. ISBN: 978-80-908458-5-5

ŽIŽLAVSKÝ Martin. *Metodologie pro sociální politiku a sociální práci*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2003. ISBN 802-103-110-7

Přílohy

Příloha A: Specifikace duševních onemocnění u dospívajících

➤ Deprese

U dětí a dospívajících rozlišujeme dva základní typy deprese: kognitivní a endogenní neboli inhibiční. Rozdíly mezi nimi nalézáme v symptomatice. Jak uvádí Říčan, Krejčířová et al. (2006) toto dělení se ale v diagnostických systémech postupně opouští, i když jeho užitečnost můžeme ocenit především pro posouzení hloubky emoční poruchy a přítomnost somatických příznaků.

Carr-Gregg (2011) pak rozděluje depresi na unipolární, kde u jedince přetrvává depresivní ladění, bez střídání s euforickou fází. Unipolární depresi pak dále můžeme členit na melancholickou neboli výše zmíněnou endogenní, která má biologické příčiny; reaktivní depresi, jež je nejběžnějším typem deprese a její vznik často souvisí se stresujícími událostmi v osobním životě a s typem osobnosti; a dystymii, což je chronická, lehčí forma deprese, která přetrvává i mnoho let. Druhým základním typem deprese je bipolární porucha, kde dochází ke střídání depresivních a manických epizod.

Volba vhodného terapeutického přístupu se řídí hlavně posouzením míry negativních vnějších vlivů či životních událostí, které předcházely vzniku deprese. U dětí a dospívajících to nejčastěji bývají ztráta blízké osoby, nebo jiné typy akutních či chronických traumatických zážitků. Vysoká incidence deprese (až 40%) se vyskytuje u dětí s poruchami učení, kdy je tento stav pravděpodobně reakcí na opakované školní selhávání a hyperkritické postoje okolí. Právě u těchto dětí nebývá včas rozpoznána, což je problematické, protože riziko suicidální aktivity je v tomto období velmi vysoké. Endogenní deprese je rovněž méně zachytávána, ale u psychotické formy může být doprovázena halucinacemi a bludy, pomocí kterých ji lze snáze zaznamenat. U dětí školního věku se objevují spíše halucinace, bludy bývají zachyceny především v době dospívání (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Ani pro zkušeného diagnostika nemusí být někdy lehké odlišit smutek, reaktivní depresi nebo depresivní epizodu, která nemá zjevnou příčinu.

U skupiny adolescentů je situace o to složitější, protože pro toto období je typická iritabilní nálada. Stejně tak ani úbytek váhy nemůže být sám o sobě diagnostickým vodítkem. Proto je nanejvýš důležité sbírat pro posouzení informace od dospělých lidí, se kterými přichází dospívající do kontaktu (Probstová, Pěč, 2014). Jedlička et al. (2015) rovněž hovoří o depresivní symptomatice ve spojitosti s prožívanou krizí jedince, v důsledku traumatické události. Deprese je součástí druhé fáze prožívání krize, tzv. kritické fáze, kdy dochází k ztrátě běžné kontroly a po nějakou dobu je oslabena i rozumová složka osobnosti. Bez potřebné odborné podpory je tato fáze doprovázena silným pocitem životního ohrožení a znehodnocení vlastního já. Dospívající může jednat formou násilného jednání namířeného buď vůči okolí, také i vůči sobě, nebo upadá do deprese, ztrácí zájem o školu, přátele, je lhostejný k vlastnímu vzhledu, uvažuje o smyslu života. V této chvíli se objevují i nepatrné signály tzv. volání o pomoc, které je ovšem obtížné identifikovat. Vágnerová a Lisá (2021) vysvětlují, že v období dospívání se zvyšuje sklon

k anhedonii, špatné náladě a depresivnímu ladění. Je to důsledkem citové lability a výkyvů emočního ladění, které mají příčinu v rozdílném dozrávání mozkových center, tedy nerovnováhou mezi zralejším emočním systémem a méně zralým regulačním systémem.

Jako určitá forma únikové reakce v souvislosti s depresí se může u dospívajících vyskytovat i promiskuitní sexuální chování, jímž se jedinec snaží zmírnit frustraci a hledá alespoň chvilkovou úlevu. „*Představa, že ve stavu duševních zmatků a depresí objeví dospívající při náhodné souloži spásnou lásku, která jej z problémů vysvobodí, je však spíše iluzorní.*“ (str. 178, Jedlička et al., 2015).

Doporučené postupy k léčbě deprese můžeme rozdělit na ty, které zajišťují odborníci – psychologické poradenství, kognitivně-behaviorální terapie, psychoterapie, případně medikace (antidepresiva), a na opatření režimová, která přispívají pro zlepšení a udržení stabilizovaného stavu. Mezi tato režimová opatření můžeme řadit vhodné stravovací návyky (strava bohatá na omega 3 a 6 nenasycené mastné kyseliny, vitamin D a tyrosin), dostatečný spánek, pravidelný spánkový režim, pohybová aktivita a praktikování meditačních nebo relaxačních technik. Ke stěžejním podpůrným prvkům patří komunikace. Pokud budeme o depresi mluvit jako o nemoci, zbavíme ji veškeré stigmatizace. Pokud budeme s dospívajícím mluvit o příznacích, jimiž jeho deprese začala, lépe pozná, když se dostaví recidiva. Důležité je, aby měli děti a mladiství možnost svěřit se někomu, ke komu mají důvěru, že je něco trápí. Rovněž je dobré, aby dospívající zůstal v kontaktu s odborníkem i nějakou dobu poté, co se jeho stav zlepší (Carr-Gregg, 2011, Siegel, 2016).

➤ Závislosti

Rozvoj závislosti a problematika s tím spojená často vzniká právě v období adolescence. Protitoxikomanická centra psychiatrických léčeben, detoxifikační jednotky a terapeutické komunity jsou naplněna mladými dospělými, u kterých je na základě studií zjištěno, že v 95% započali svou drogovou kariéru již před 18. rokem života. Problémy se zneužíváním návykových látek a alkoholu jsou po depresi druhou nejčastější příčinou duševních onemocnění ve věkové kategorii starších 15 let (Kalina et al., 2015).

Zvýšené uvolňování dopaminu vede k ovlivňování procesů v mozku adolescenta a dle výzkumů bohužel způsobuje i větší náchylnost k závislostem. Právě v tomto období je mozek nejcitlivější k vytvoření závislosti na návykových látkách. Všechny druhy chování a látek, které jsou návykové, přinášejí uvolňování dopaminu. Jakmile působení látky vyprchá, hladina tohoto neurotransmiteru prudce klesne, což je pro mladého jedince nepříjemné, proto se snaží, aby mohl tento zážitek co nejdříve zopakovat. (Siegel, 2016).

Siegel (2016) hovoří o tom, že existují 4 základní pudy k užívání návykových látek: experimentování, sociální kontakt, automedikace a závislost. Statistiky ukazují, že experiment s drogou je dnes standardním úkonem v době dospívání. Pro některé mladé lidi se stává užití drogy, i když opakovaně, jen zkouškou a v budoucnu zůstává na společensky přijatelné úrovni (Kalina et al., 2015).

U některých jedinců není užívání návykových látek pouhým experimentováním a součástí rituálních aktivit v rámci skupiny přátel, ale může se jednat o snahu navodit dočasně změněný duševní stav. Takové chování vedené snahou o prudké zvýšení hladiny dopaminu v těle vede

k dlouhodobým změnám v životě. Jedlička et al. (2015) dodává, že nadužívání psychoaktivních látek může být únikovou reakcí na traumatickou událost. Jedná se o určitý obranný mechanismus, kdy jedinec utíká před napětím, jindy je užívání návykových látek, alkoholu nebo léků prostředkem jak se jedinec pokouší překonat depresi, či jiné psychické obtíže. Nadužívání těchto látek jako řešení životních potíží je samozřejmě kontraproduktivní, protože ústí do závislosti, jež sama o sobě příznaky deprese a jiných duševních onemocnění zhoršuje. V okamžicích vynucené abstinence se pak přidávají i zesílené pocity úzkosti. Kalina et al. (2015) uvádí, že stejně jako u dospělých se i u dětí a dospívajících setkáváme při užívání návykových látek s duálními diagnózami a komorbiditami. Siegel (2016) tyto poznatky potvrzuje a uvádí, že užívání drog a alkoholu používají dospívající jako automedikaci u primárních psychických onemocnění. *„Například někdo, kdo má depresi, si může připadat tak na dně, že se chce „otupit“ častým pitím alkoholu nebo „vybudit“ užíváním amfetaminů. Lidé, kteří trpí mánii při maniodepresivní či bipolární nemoci, někdy užívají alkohol nebo barbituráty, aby se „zpomalili“. Schizofrenici mohou užívat alkohol pro uklidnění halucinací a bludů, které je děsí. U osob s poruchami pozornosti užívání stimulantů dočasně zvyšuje soustředění. A u lidí se sociální úzkostí pití alkoholu snižuje obavy ve společenských situacích, kdežto kouření marihuany může nechtěně způsobovat ještě větší paniku. (str. 222)*

Riegel, Kalina a Pěč (2020) výše uvedená stanoviska potvrzují a přehledně shrnují, že pro etiologii závislosti se obvykle popisují tři scénáře. Prvním je situace, kdy u jedince duševní potíže existovaly už dříve, i kdy mnohdy nebyly zaznamenány a léčeny, tudíž užívání návykové látky přináší úlevu a podporuje žádoucí modus prožívání. Ve druhém případě může dlouhodobé a intenzivní užívání návykové látky duševní poruchu vyvolat jako následek poškození ve smyslu neurotoxicity látky, případně nepříznivým vlivem okolností způsobených abúzem. Třetí scénář pak předpokládá, že psychická nemoc i užívání návykových látek jsou vyjádřením jedné a té samé příčiny, kterou je například traumatizace v dětství nebo vývojová porucha osobnosti.

Kalina et al. (2015) uvádí, že u dětí s psychiatrickou diagnózou a u dětí v ústavní péči je prevalence užívání návykových látek i několikanásobně zvýšená.

V rámci terapeutické nebo výchovné činnosti s dospívajícím, který užívá návykové látky lze nalézt několik komplikací. Je nutné se připravit na mnoho fabulací, zastírání, úhybných manévrů a emočně vypjatých situací, které dospívající používají. Obvyklou reakcí dospívajícího je odmítnutí podezření a to s bouřlivou emoční reakcí. Důležité je nejprve zhodnotit všechny varovné signály, o tom, že dospívající asi bere drogy. Empatické vedení, férový přístup a vyjadřování pochopení výrazně zvyšuje šanci, že dospívající bude otevřeně hovořit o svých potížích a potřebách. Pokud dospívající i přes tíhu důkazů stále zastává opoziční a rezistentní přístup, je legitimní provést test na drogy. Poskytované informace by měly být realistické, pravdivé a vědecky podložené, zaměřené na propagování střídmosti, pokud dochází k pokračování v užívání. Dospívající by měli pochopit sociální a právní důsledky užívání drog. Důraz by měl být kladen na jejich bezpečí a zodpovědnost, za které si odpovídají především oni sami. Nepomáhá zastrašování, ale spíše reálné cíle, pevné vedení a orientace na budoucnost (Kalina et al., 2015).

➤ Úzkostné poruchy

Úzkostná porucha je z psychologického hlediska každá úzkost, která nějakým způsobem narušuje u daného jedince jeho běžné sociální fungování a každodenní život. Úskalím tohoto stavu je skutečnost, že dlouho zůstává neodhalena. Carr-Gregg (2011) uvádí, že pouze 28% mladých lidí s tímto typem psychických problémů je poskytnuta odborná pomoc.

Jednotlivé úzkostné poruchy se projevují různým způsobem. V období adolescence se tito dospívající často vyhýbají sociálním kontaktům, a to s vrstevníky, někdy i s vlastní rodinou. To jim pak brání i v navazování partnerských vztahů. Pokud se onemocnění neléčí, mají tito dospívající i časté potíže ve škole.

Pešová a Šamalík (2006) i Vágnerová a Lisá (2021) toto potvrzují a doplňují, že osobnostní zvláštnosti jako úzkosti, které mohou přerůst až ve fobické poruchy, ovlivňují u dětí a dospívajících i jejich školní úspěšnost, protože tyto děti pak obtížně ve škole uplatňují svoje znalosti a dovednosti. Důležitou roli pro školní fungování pak hrají i opakované pobyty v léčebnách, dlouhodobé hospitalizace, snížená odolnost vůči zátěži a mnohdy snížené sebevědomí.

Neléčené poruchy úzkosti se často souběžně vyskytují i s jinými typy problémů jako jsou poruchy příjmu potravy, drogová či alkoholová závislost.

Jako psychické symptomy úzkostí můžeme uvést velký strach a obava z aktivit a situací, které ostatním lidem mohou připadat běžné, také se objevuje nesnesitelné napětí i katastrofické vzorce myšlení, kdy daný jedinec očekává, že se v příštím okamžiku stane něco hrozného. K častým tělesným projevům patří nevolnost, bolest na hrudi, potíže s dýcháním, bušení srdce, bezděčný třes nebo zvýšené pocení.

Úzkostné poruchy se nejčastěji léčí pomocí kognitivně behaviorální terapie (KBT), kterou vede příslušný odborník z řad psychologů nebo psychiatrů. Někdy je předepisována i medikace, ovšem výzkumy ukazují, že KBT je z dlouhodobého hlediska při léčbě účinnější než medikace. Medikace se většinou používá krátkodobě pro potlačení tělesných projevů onemocnění. V rámci KBT se využívá různých relaxačních metod, tělesného cvičení a techniky strukturovaného řešení problémů, kdy je jedinec postupně vystavován situacím, které jsou pro něj zdrojem úzkosti.

➤ Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, nebo také hyperkinetická porucha) neurovývojový syndrom s narušeným fungováním v těch částech mozku, které zodpovídají za zaměření a udržení pozornosti, plánování a předvídání. U dětí se projevuje především neustálým pohybem a netrpělivostí, nicméně v průběhu času dochází ke zmírnění těchto příznaků. Do dospělosti ovšem přetrvávají potíže spočívající v nepozornosti, impulzivním chování a pocitu vnitřního neklidu. ADHD je porucha vrozená, její příčiny jsou způsobeny dědičností. Zvažuje se i vliv poškození dítěte v průběhu těhotenství (např. vlivem užívání OPL nebo kouření matky) nebo porodu (nedostatek kyslíku). Lidé s ADHD nemají nižší inteligenci, většinou se jedná o jedince s průměrnou i nadprůměrnou inteligencí (Čermáková et al., 2020).

Děti a dospívající s poruchou pozornosti se často stávají předmětem nedorozumění. Bývají považováni za hloupé nebo líné, za nespolupracující nebo dělající naschvály. Přitom příčina jejich chování tkví v oslabení centrálního nervového systému. Díky těmto nezaviněným odlišnostem v chování se pak dostávají do morálního hodnocení okolí. Dospělí, kteří jsou součástí jejich výchovy, na ně často vyvíjejí neúměrný tlak, což u dětí i dospívajících často vede k obranným reakcím, a to neurotickým, psychosomatickým nebo na bázi poruch chování. Zvolený způsob obranné reakce koresponduje s osobnostním typem dospívajícího (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Charakteristiky chování u jedince s ADHD jsou často výraznou predispozicí pro užívání návykových látek nebo pro rizikové chování např. v dopravě či v oblasti sexuálních vztahů. Diagnostika poruchy není jednoduchá, protože fyzické i emoční příznaky ADHD mohou být zaměněny za jiné psychické onemocnění, někdy se s ním vyskytují společně. Konkrétně zde hovoříme o depresi, úzkosti, bipolární poruše nebo poruchách příjmu potravy (Carr-Gregg, 2011, Čermáková et al., 2020).

V rámci odborné pomoci je často doporučována psychoterapie, kdy nejlepší výsledky dosahuje kognitivně-behaviorální terapie. Léčba je v případě potřeby doplňována i medikací. Symptomy ADHD lze ve velké míře ovlivnit výchovou, a to ve smyslu úpravy pracovního prostředí, osvojením vhodných návyků nebo používáním pomůcek. Právě dospělí v okolním prostředí dítěte mohou být velmi nápomocni k tomu, aby dítě nebo dospívající s ADHD prospívali v běžném životě a dařilo se jim ve vztazích, studiu i budoucím zaměstnání (Čermáková et al., 2020).

➤ **Poruchy příjmu potravy**

Papežová (2018) popisuje poruchy příjmu potravy jako „nehomeostatické jídelní chování“. Dochází k němu v případě, kdy mozkové okruhy, které běžně řídí adaptivní a homeostatické chování, jsou nahrazeny okruhy patologickými, což způsobuje dysfunkce v systémech motivace, odměny a kognitivní kontroly. Důvody k tomuto „vykolejení“ nacházíme především v působení stresu nebo traumatizace. Jinými slovy mentální anorexii i bulimii obvykle předchází závažná životní událost. U obou onemocnění je často v anamnéze nacházen i stres vývojový. Právě období adolescence, kdy kromě náročných vývojových úkolů vstupují na scénu i hormonální změny, je vnímáno jako krizové období, kdy jedinec s oslabenou schopností zvládat stres, nedostatečně integrovaným Já, může zažívat pocity nejistoty, pochybností o sobě, ztráty kontroly a pocity chaosu, které není schopen zvládnout nějakou konstruktivní strategií (Hajný, 2015). Aktivita spojená s jídlem pak může sloužit jako určitá forma automedikace. Riegel, Kalina a Pěč (2020) pracují s myšlenkou propojení závislosti s poruchou osobnosti. Papežová (2018) upřesňuje, že se poruchy osobnosti vyskytují u poruch příjmu potravy až v 69% případů. Proces poruchy příjmu potravy, ať se jedná o mentální anorexii nebo bulimii může popsat jako strategii, kdy „vnější“ řeší to, co nefunguje „uvnitř“. Ve chvíli, kdy dospívající jedinec pocituje určité selhání, skutečné či vnitřní. Díky tomuto ho zaplavuje pocit neúspěchu, selhání, zlosti na sebe i na druhé nebo pocity prázdnoty. Tento stav se dále rozvíjí a prohlubuje. Pak se objevuje snaha najít něco, co funguje, co pomůže (jídlo, návyková látka, sebepoškozování). Při tomto hledání a toužení (bažení) dochází k odosobnění (depersonalizaci), které můžeme chápat jako

takové rozštěpení jedince na dvě poloviny – na toho, kdo činnost vykonává a na toho, kdo to pozoruje. Následně přichází pocit naplnění, uvolnění, klid, pocit celistvosti. Dochází k dočasnému řešení prostřednictvím externalizace. Tento stav je ovšem dočasný, účinky netrvají dlouho a celý kruh se opět opakuje. Tento závislostní proces je společný jak při poruchách příjmu potravy, tak i pro jiné typy závislostí (Riegel, Kalina a Pěč, 2020).

V rámci léčby je zásadní zajistit především lékařskou pomoc pro zajištění nezbytných fyziologických funkcí. Poruchy příjmu potravy způsobují závažné zdravotní komplikace (záněty trávicího traktu, vředy, nerovnováha elektrolytů), které mohou vyústit až zástavu srdce. V rámci komunikace se doporučuje jemné přesvědčování spíše než trestání. Důležité je, aby si dospívající uvědomil problém dříve než je situace opravdu vážná. Pečující osoby by měly být tolerantní, ale neústupné. Odborná léčba je pak zajišťována především lékaři z řad psychiatrie a dietologie, nezastupitelnou roli má rovněž psychoterapie, často dochází k hospitalizaci. I když používané metody vedou často k uspokojivým výsledkům, je zde značné riziko relapsu (Carr-Gregg, 2011). Říčan, Krejčířová et al. (2006) doplňují, že u adolescentů s poruchami příjmu potravy je nezbytná psychoterapeutická práce s celou rodinou, protože sami rodiče mohou proces uzdravy podpořit, ale i ztížit. Rodiče stejně jako dospívající musí vyřešit separačně-individuační problémy, které jsou vázány na adolescenci jako vývojovou fázi jedince i celé rodiny.

➤ **Porucha pohlavní identity**

Jak uvádí Janošová (2008) četnost výskytu poruch pohlavní identity u dospívajících je obtížně stanovitelná, protože evidence případů u dětí a dospívajících jsou v dikci specializovaných center. Lze říci, že v americké společnosti jsou počty dospívajících s poruchou identity větší, což lze vysvětlovat i více tolerantními postoji vůči genderové odlišnosti.

Poruchy pohlavní identity u dospívajících se mohou v mnohém podobat klinickému obrazu u dětí, nicméně je u nich složitější stanovit odpovídající diagnózu. Důvodem je skutečnost, kdy dospívající v důsledku hormonálních změn prožívá protichůdné pocity v oblasti vlastního prožívání a chaos při úsilí ujasnit si svou psychosexuální identitu. Další překážkou může být i tendence adolescentů potlačit odlišnou identitu. Zvláště v případech, kdy očekávají odmítavou stranu ze strany rodičů, kteří by se s touto situací obtížně vyrovnávali. Říčan a Janošová (2006) k tomuto doplňují, že základem budování sexuální identifikace je sociální a kognitivní učení, při kterém je chování usměrňováno svými důsledky na základě odměn a trestů. Jinými slovy upevňuje se takové chování, které je odměňováno.

Někdy bývají poruchy identity u adolescentů zjištěny až druhotně, kdy prvotní příčinou vyšetřená byla například sociální izolace nebo adaptační potíže v kolektivu (Janošová, 2008).

Jak už zaznělo i v předchozím textu, dospívání je bohužel vysoce rizikovým obdobím z hlediska suicidálního jednání. Janošová (2008) k tomuto doplňuje, že u poruch pohlavní identity toto riziko ještě vzrůstá a adolescenti z této skupiny jsou z hlediska sebevražedného jednání těmi nejohroženějšími. Důvodem je patrně narušené sebepojetí v oblasti psychosexuálního vývoje. Jinými slovy dospívající vnímá svou sebehodnotu v této oblasti podle toho, jak je přijatelný jako potenciální partner pro opačné pohlaví, a zda má potřebné schopnosti vytvořit fungující partnerství.

➤ **Poruchy chování**

Hurychová a Ptáčková (2022) charakterizují porucha chování jako „opakované a přetrvávající, agresivní, asociální nebo vzdorovité chování. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být mnohem závažnější než běžné zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle).“ (str. 171). V chování se objevují časté rvačky, krutost k lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, krádeže, opakované lži, záškoláctví, útoky z domova, nekázeň nebo silné výbuchy vzteku.

Při diagnostice se rovněž přihlíží k vazbě na prostředí, tedy má dítě přiměřené vazby na rodinu i mimo ni, nebo zda v podstatě jakékoliv hlubší vztahy a zejména i vztahy k vrstevníkům chybí. Příčin této poruchy můžeme nalézt několik. Může jít jednak o projev hledání náhradního uspokojení při ztrátě nebo opakované frustraci, výsledek emoční deprivace nebo důsledek v rámci disharmonického vývoje osobnosti, kdy dospívající nejsou schopni navázat jakékoliv citové vztahy k druhým lidem, neprožívají lásku ani pocity viny. Jednají impulzivně se silnými agresivními projevy, a to se zaměřením pouze na vlastní okamžité uspokojení, nikoliv proti konkrétním osobám (Koukolík, Drtilová, 2006). Jiným případem je porucha chování jako projev tzv. volání o pomoc, kdy se jedná o reakci na akutní tíživou situaci. Dospívající jedná jakoby v panice, důvod činu nezná a neumí vysvětlit. Často je takové jednání vázáno na specifický typ prostředí (např. při vystupňovaných konfliktech v rodině). Posledním typem je porucha chování jako projev jiné závažné psychické poruchy jako např. schizofrenie nebo deprese. I samotná rodina podmiňuje vznik poruch chování, a to v situacích, kdy sami rodiče jednají delikventně, překračují zákon a takové chování pak dospívající vnímá jako žádoucí normu. Jiným příkladem je dospívající s poruchou chování, který funguje jako tzv. obětní beránek v rodině. To znamená, že jeho potíže pomáhají udržovat rovnováhu rodinných vztahů. Lze jimi vysvětlit všechny problémy v rodině, aniž by docházelo k řešení skutečných chronických, a zároveň skrytých konfliktů, které by ohrožily sebeobraz ostatních členů rodiny (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Koukolík a Drtilová (2006) i Hurychová a Ptáčková (2022) dodávají, že poruchy chování jsou často doprovázeny poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Jako statisticky významná zde vystupuje i genetická predispozice. Tato porucha se vyskytuje častěji u chlapců, jež byli od dětství neklidní a obtížně zvládnutelní. Jejich projevy chování jsou často trestány, což jenom posiluje opoziční způsob chování a celkově prohlubuje nežádoucí projevy.

➤ **Sebepoškozování a suicidální jednání**

Sebepoškozování i suicidální jednání můžeme souhrnně označit jako autoagresivní chování. Tímto jednáním dochází k vážnému ohrožení zdraví a života dospívajícího, může způsobit vážné zdravotní komplikace, včetně trvalých následků. Suicidální jednání u dětí a dospívajících představuje závažný problém přesahující hranici pouhého medicínského náhledu (Koutek, Kocourková, 2020). Pod pojem suicidální chování lze zahrnout nejenom dokonaná suicidia, ale i pokus a projevy svědčící o suicidálních myšlenkách a záměrech (Říčan, Krejčířová et al., 2006; Koutek, Kocourková, 2020). U dětí do 15. roku věku je dokonaná sebevražda spíše vzácným jevem, ale v období adolescence toto riziko stoupá. Zatímco v dospělém věku je poměr dokonaných sebevražd a sebevražedných pokusů 1:20-30, v období adolescence je to 1:100. V rámci genderových odlišností výzkumy ukazují, že u dospívajících dívek je evidován vyšší počet suicidálních pokusů, zatímco u chlapců vyšší počet dokonaných sebevražd. Jedním

z vysvětlení může být skutečnost, kdy dívky častěji používají tzv. měkkých metod (předávkování léky), zatímco chlapci se uchylují k tzv. tvrdším způsobům, jako je oběšení nebo použité střelné zbraně. Obecně odhady hovoří o tom, že u dívek dochází k suicidálním pokusům stokrát častěji v porovnání s dokonanými sebevraždami (Říčan, Krejčířová et al., 2006; Koutek, Kocourková, 2020). S rizikem suicidálního jednání je spojená celá řada psychiatrických onemocnění jako je deprese, psychotická onemocnění nebo porucha příjmu potravy. Rovněž bývá zmiňována souvislost s hraniční poruchou osobnosti (Carr-Gregg, 2011; Cyrulnik, 2020).

Od suicidálního jednání je zapotřebí odlišit sebepoškozování. Rozdíl lze spatřit v tom, že u sebepoškozování není přítomen úmysl zemřít a nemá fatální důsledky. V poslední době se ovšem obě chování častěji prolínají. U obou skupin lze nalézt shodné charakteristiky, kdy jedinci prožívají beznaděj, bezmoc, jsou více agresivní a emočně nestabilní. Sebepoškozování se nejčastěji projevuje formou řezných poranění kůže za pomoci ostrého předmětu, nebo formou pálení cigaretou. Do tohoto jednání zahrnujeme i opakované předávkování léky bez suicidálního úmyslu. Nejčastějším motivem sebepoškozování je transformace emoční bolesti ve fyzickou bolest. Rovněž se zde objevuje určitá forma závislostního jednání, kdy se poškozování stává návykem, který vede ke snižování emočního napětí. Významnou roli hraje i nápodoba v rámci vrstevnických vztahů, rovněž i vliv sociálních médií a internetu obecně, kde se dospívající tématy sebevražd i sebepoškozování hodně zabývají (Koutek, Kocourková, 2020).

V rámci odborné pomoci suicidálního jednání i sebepoškozování se nejčastěji uplatňuje kombinace hospitalizace v psychiatrickém zařízení, s návazným zajištěním psychoterapeutické pomoci, medikace a práce s rodinou ve smyslu zajištění bezpečí a podpůrného prostředí (Cyrulnik, 2020).

Příloha B: Vlastnosti typické pro dospívání

➤ Vyhledávání všeho nového

Je sycena zvýšenou touhou po odměně, ke které dochází na základě zvýšeného vylučování neurotransmiteru dopaminu. Ten způsobuje, že dospívající tíhnou k vzrušujícím zážitkům a pocitům napětí. Výhodou je, že tato strategie vytváří nadšení do života, otevřenost ke změnám a touhu objevovat nové způsoby a budoucí výzvy brát jako napínavé dobrodružství. Nevýhodou vyhledávání nových zážitků je přílišné riskování a podceňování objektivní rizik a důsledků. Regulační systém se teprve postupně stabilizuje (Vágnerová, Lisá, 2021). Zvýšená produkce dopaminu rovněž v mozku dospívajícího způsobuje zvýšenou náchylnost ke vzniku závislostí (Siegel, 2016).

➤ Sociální zapojení

Zvyšuje kontakt s vrstevníky a pomáhá vytvářet přátelské svazky. Výhodou je, že touha po sociálním zapojení usnadňuje vytváření podpůrných vztahů. Ty jsou dle vědeckých výzkumů výrazným projektivním faktorem celkové duševní pohody, neboli well-beingu. Problém nastává ve chvíli, kdy adolescenti tráví čas obklopení pouze vrstevníky a jsou izolovaní od dospělých, nebo je striktně odmítají. Takoví dospívající mají zvýšené rizikové chování (Vágnerová, Lisá, 2021, Macek 2003).

➤ Zvýšená emoční intenzita

Emoční intenzita může přinášet životu dospívajících potřebnou energii a vitalitu. Nevýhodou je, když intenzivní emoce adolescenta ovládají natolik, že vedou k nechtěné reaktivitě, která mu přináší selhání v ostatních životních oblastech (Vágnerová a Lisá, 2021).

➤ Tvůrčí objevování

V důsledku rozvoje abstraktního a pojmového myšlení mají adolescenti schopnost zpochybňovat již zavedené postupy a přicházet s novými, neotřelými řešeními. Potíže ovšem nastávají ve chvíli, kdy hledání smyslu života může vést ke krizi identity a zranitelnosti vůči vrstevníkům (Carr-Gregg, 2011; Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Existuje několik základních teoretických přístupů, které se snaží vysvětlit období adolescence. Dá se říci, že prvním průkopníkem v této oblasti je G.S.Hall, někdy také nazývaný jako „otec adolescence“, který toto vývojové období vnímá jako nevyhnutelný a dramatický střet protikladných tendencí v člověku. Toto období považuje za přirozené a zasluhující respekt okolí, zvláště co se týká svébytné kultury a stylu života dospívajících (Macek, 2003).

Příloha C: Scénář k rozhovoru

- **Informovaný souhlas, zajištění anonymity, práce se získanými daty pouze pro studijní účely.**
- **Otázky k pracovnímu zařazení:** *Na jaké pozici v rámci výchovného zařízení pracujete? Jak dlouho na této pozici pracujete? Jak dlouho se pracovníně pohybujete v oblasti práce s dětmi a mládeží?*
- **Otázky k dospívajícím s duševním onemocněním:** *S jakým typem psychického onemocnění nebo poruchy u dospívajících se při své práci setkáváte? Můžete mi říci, jakou část z celkového počtu dětí ve Vašem zařízení tvoří dospívající s duševním onemocněním? Jak se podle Vás tento počet mění v průběhu času?*
- **Otázky týkající se bariér:**
 - 1) *Jaké největší výzvě čelíte při práci s dospívajícími s duševním onemocněním?*
 - 2) *Jaké organizační bariéry Vám brání ve Vaší práci s touto cílovou skupinou?*
 - 3) *Jaké systémové bariéry ovlivňují Vaši práci s touto cílovou skupinou?*
 - 4) *Jaké jsou pro Vás nejčastější překážky v komunikaci a navázání vztahu s dospívajícími s duševním onemocněním?*
 - 5) *Jaké jsou nejčastější překážky ve spolupráci s rodinami těchto dospívajících?*
 - 6) *Existují specifické situace nebo případy, které Vám připadají nebo připadaly obzvláště náročné? Pokud ano, jaké to jsou nebo byly?*
 - 7) *Jaké administrativní překážky ovlivňují Vaši práci?*
 - 8) *Jaké legislativní překážky ovlivňují Vaši práci?*
 - 9) *Jaké nedostatky v dostupnosti zdrojů (zaměstnanci, finance) pociťujete?*
 - 10) *Jaké překážky vnímáte v tom, jak je Vaše práce s dětmi s duševním onemocněním vnímána ze strany okolí (lidé v sousedství, zástupci obce, veřejnost obecně)? Jaké aktivity realizujete v reakci na tyto překážky?*
 - 11) *Jaká opatření nebo změny byste navrhl/a pro podporu Vaší práce s dětmi s duševním onemocněním?*
- **Otázky týkající se zdrojů podpory:**
 - 1) *Co Vám nejvíce pomáhá při své práci s dospívajícími s duševním onemocněním nebo poruchou? Jaké zdroje podpory vnímáte jako nejdůležitější? Jak Vám pomáhají?*
 - 2) *Jaké postupy nebo strategie používáte k práci s těmito dětmi?*
 - 3) *Jaké formy školení nebo vzdělávání, které jste absolvoval/a, Vám v této oblasti pomohly?*
Můžete blíže říci, jak a v čem Vám pomohly?
 - 4) *Jaké materiální zdroje (knihy, vybavení, technologie, pomůcky) využíváte pro práci s dospívajícími s duševním onemocněním? Jak Vám usnadňují Vaši práci?*
 - 5) *Jaká je role Vašeho týmu a kolegů v poskytování vzájemné podpory?*

- 6) *Jakým způsobem spolupracujete s externími odborníky a institucemi (lékaři, terapeuti a jiní odborníci, psychiatrické léčebny) při řešení problémů dospívajících s duševním onemocněním? V čem Vám tato spolupráce pomáhá?*
 - 7) *Existují nějaké programy nebo iniciativy, které Vám dodávají emocionální nebo psychickou podporu? Jak a v čem Vám případně pomáhají?*
 - 8) *Jaký vliv má na Vaši práci s dospívajícím s duševním onemocněním pozitivní spolupráce s rodinami těchto dětí?*
 - 9) *Co Vám pomáhá pro budování pozitivního obrazu Vaší práce na úrovni komunity i širší veřejnosti? Jaké aktivity nebo strategie Vám v této oblasti fungují?*
 - 10) *Jak se vyrovnáváte se stresem a vyhořením v důsledku náročné práce s dospívajícími?*
 - 11) *Co Vy osobně byste při práci s touto cílovou potřeboval/a?*
- **Otázka k uzavření:** *Napadá Vás něco důležitého z oblasti práce s dospívajícími s duševním onemocněním, co považujete za zásadní, a zároveň jsme o tom doposud nehovořili? Můžete mi o tom povědět více?*
- **Poděkování za účast ve výzkumu**

Příloha D: Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru

Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu diplomové práce Barbory Dvořákové s názvem „Specifika práce s dospívajícími s duševním onemocněním ve výchovných zařízeních.“

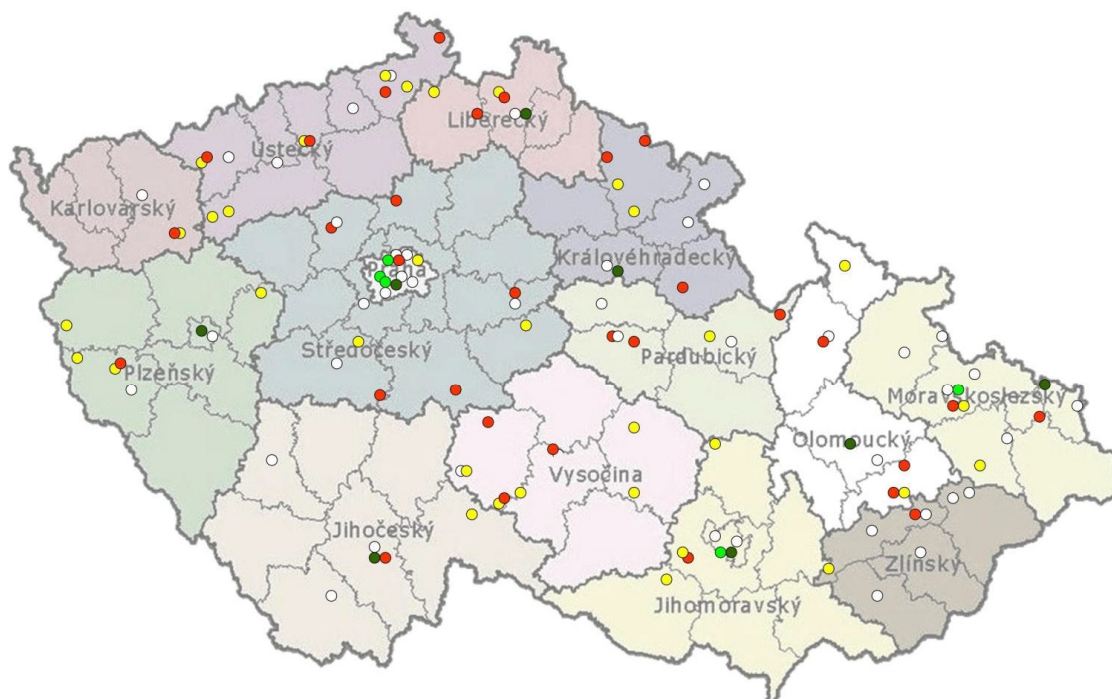
Dávám svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce. Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním do písemné podoby. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po ukončení výzkumu bude smazán. Rozhovor je anonymní, nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/mohla být identifikován/a. Jsem seznámen/a s tím, jaký bude mít rozhovor průběh. Kdykoliv během rozhovoru mohu odmítnout odpovědět na otázky, na které nechci odpovědět, případně odmítnout účast na výzkumu. Moje účast na rozhovoru je zcela dobrovolná.

Datum:

Podpis informanta:

Podpis výzkumníka

Příloha E: Mapa zařízení (VÚ, DDŠ, DÚ, SVP) v České republice v roce 2023



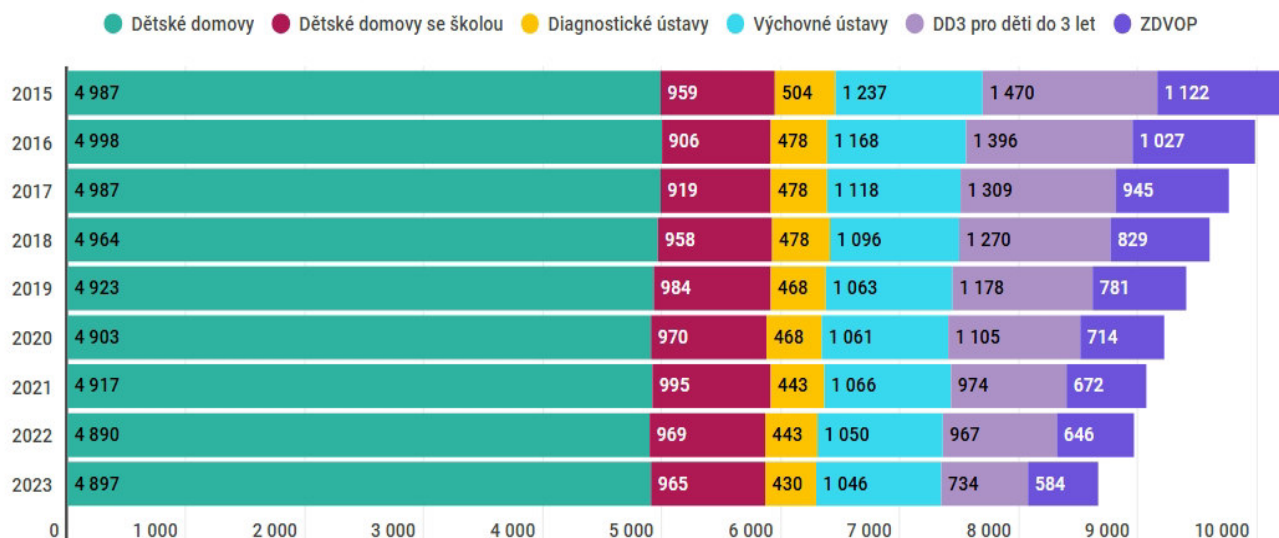
Zkratka	Název	
DDÚ	Dětský diagnostický ústav	8
DÚM	Diagnostický ústav pro mládež	5
DDŠ	Dětský domov se školou	30
VÚ	Výchovný ústav	28
SVP	Středisko výchovné péče	44

Pozn. autorky: Počet dětských domovů k roku 2019 byl 139 (MŠMT, 2019)

Příloha F: Statistická data z oblasti systému péče o ohrožené děti od MPSV, MŠMT a MZd

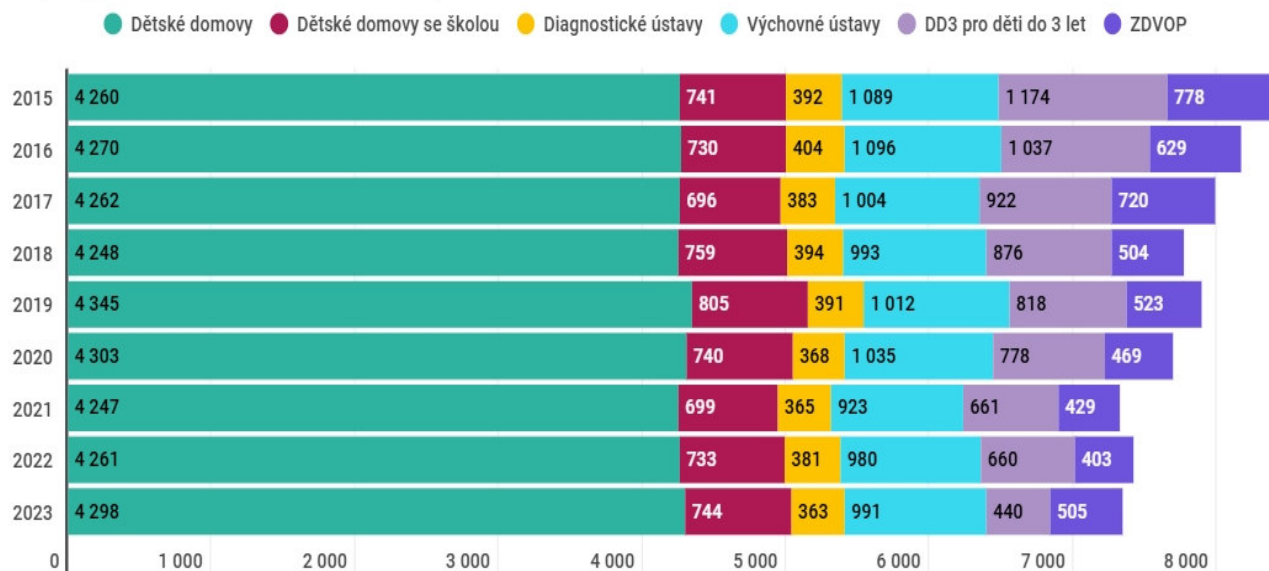
k 31. 12. 2023

Vývoj lůžkové kapacity v ústavní péči v ČR



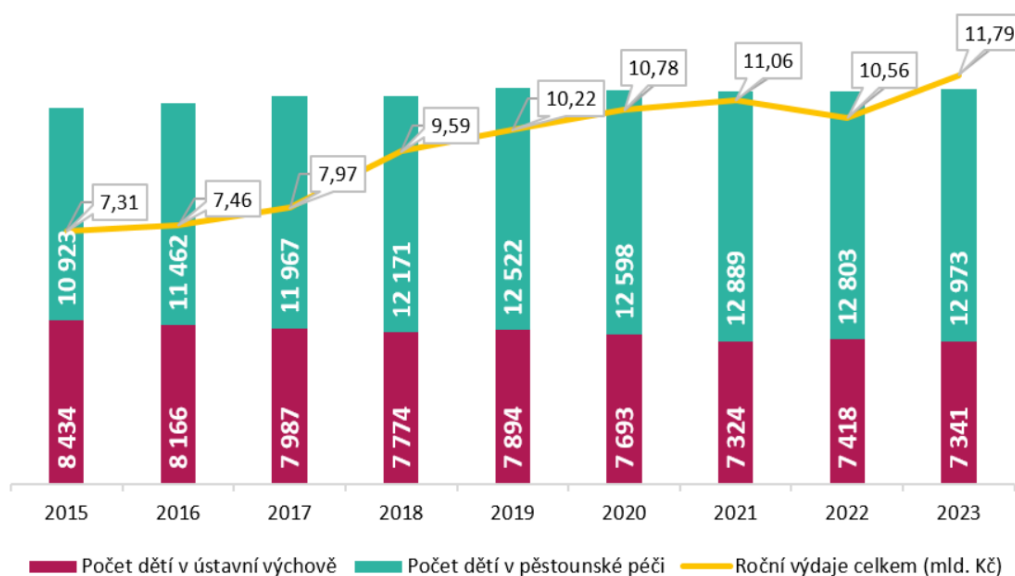
Celkový počet lůžek v zařízeních ústavní péče se ve sledovaném období snižuje. Koncem roku 2023 byl na úrovni 8 656 lůžek tj. cca 84,5 % roku 2015. Nejvíce kapacity ubylo v dětských domovech a dětských centrech určených pro děti do 3 let věku (DD3) a v zařízeních typu ZDVOP.

Vývoj počtu dětí v zařízeních ústavní péče v ČR



Celkový počet dětí v zařízeních ústavní péče se ve sledovaném období snižuje. Koncem roku 2023 byl na úrovni 7 341 dětí, tj. cca 87 % roku 2015.

Počet dětí v ústavní a pěstounské péči a související výdaje



Pozn.: Počty dětí jsou uvedeny za MPSV a MZd k 31. 12., za MŠMT k 31. 10. daného roku. Roční výdaje tvoří součet výdajů na pěstounskou péči, na provoz ústavních zařízení pro péči o děti a mládež a na příspěvek k zajištění výkonu agendy sociálně-právní ochrany dětí.

Zdroj: Interaktivní zobrazení dat – kontrolní akce č. 23/11, Národní kontrolní ústav, 2023
 Dostupné na: <https://www.nku.cz/scripts/detail.php?id=14313>