

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Sociální práce v péči o duševní zdraví

**PŘEHLED SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY
S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V KRAJI
VYSOČINA**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Bára Sýkorová

Vedoucí práce: Mgr. Martina Černá, Ph.D.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Bára Sýkorová
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	Přehled sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina
Vedoucí práce:	Mgr. Martina Černá, Ph.D., MBA
Cíl práce:	Cílem práce je na základě dotazníkového šetření realizovaného mezi sociálními pracovníky, kteří nepracující s cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním, zjistit, jaké informace nejčastěji hledají ohledně dostupných služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina a na základě výsledků dotazníkového šetření zpracovat webové stránky obsahující potřebné informace.

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na přehled sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Teoretická část je složena ze dvou oddílů oddílu rozdělených na dílčí kapitoly. První zahrnuje popis chronických duševních onemocnění dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí. Jedná se o definování projevů daných onemocnění, jejich prevenci a léčbu. Druhý se zaměřuje na sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním.

Výzkumná část diplomové práce je realizována pomocí kvantitativního výzkumu, prostřednictvím dotazníkového šetření. Cílem diplomové práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit, jaké informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním nejčastěji vyhledávají sociální pracovníci, kteří s touto cílovou skupinou nepracují. Výsledky dotazníkového šetření slouží jako podklad pro vytvoření webových stránek obsahující dané informace.

Klíčová slova

chronické duševní onemocnění; Kraj Vysočina; léčba; prevence; sociální služby

Abstract

The Master's thesis focuses on an overview of social services for people with chronic mental illness in the Vysočina Region. The theoretical part consists of two sections divided into several parts. It includes a description of chronic mental illnesses according to the International Statistical Classification of Diseases. It defines symptoms of these conditions, as well as their prevention and treatment. The second part is about social services for people with chronic mental illness.

The research part of the thesis is carried out using quantitative research through a questionnaire survey. The thesis aims to determine what information about social services for people with chronic mental illness is most often sought by social workers who do not work with this target group. The outcome of the questionnaire survey will serve as the basis for creating a website containing this information.

Keywords

chronical mental illness; prevention; social services; treatment; Vysočina Region

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 užití 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 jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 20. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Martině Černé, Ph.D. za odborné vedení během celého procesu tvorby diplomové práce, za konzultace a ochotu, dále děkuji Mgr. Pavle Šlechtové za kontrolu abstraktu v anglickém jazyce. V neposlední řadě děkuji celé své rodině za podporu a pomoc během celého studia.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam tabulek.....	9
Seznam obrázků.....	10
Seznam zkratk.....	11
Úvod	12
I. Teoretická část.....	13
1 MKN-11	14
1.1 F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických.....	14
1.2 F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	18
1.3 F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.....	23
1.4 F30-F39 Afektivní poruchy	26
1.5 F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.....	27
1.6 F50-F59 Syndrom poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory 31	
1.7 F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	35
1.8 F70-F79 Mentální retardace	38
1.9 F80-F89 Poruchy psychického vývoje.....	39
1.10 F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání.....	41
1.11 F99 Neurčená duševní porucha	44
2 Sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina	45
2.1 Ambulantní sociální služby	45
2.2 Terénní sociální služby	46
2.3 Pobytové sociální služby	47
II. Praktická část.....	48
3 Výzkum	49
3.1 Cíl výzkumu	49
3.2 Metodika výzkumu.....	49
3.3 Výzkumný soubor.....	50
3.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	50
3.5 Vyhodnocení nasbíraných dat	50

4	Tvorba webových stránek.....	57
4.1	<i>Přípravná fáze.....</i>	57
4.2	<i>Finanční zajištění</i>	59
4.3	<i>Realizační fáze</i>	59
4.4	<i>Propagace webové stránky.....</i>	66
4.5	<i>Návštěvnost webové stránky.....</i>	72
5	Diskuse	74
6	Návrhy a doporučení pro praxi	78
	Závěr	79
	Seznam použitých zdrojů.....	81
	Přílohy.....	88

Seznam grafů

Graf 1: Otázka číslo 1	51
Graf 2: Otázka číslo 3	52
Graf 3: Otázka číslo 2	53
Graf 4: Otázka číslo 4	53
Graf 5: Otázka číslo 5	54
Graf 6: Otázka číslo 6	54
Graf 7: Otázka číslo 7	55

Seznam tabulek

Tabulka 1: Finanční náklady.....	59
----------------------------------	----

Seznam obrázků

Obrázek 1: Platforma pro tvorbu webových stránek – Webnode.....	61
Obrázek 2: Domovská stránka webové stránky.....	62
Obrázek 3: Rozcestník dle formy poskytování sociální služby.....	63
Obrázek 4: Rozcestník sociálních služeb.....	63
Obrázek 5: Sociální služby dle zvolené formy poskytování	64
Obrázek 6: Stránka věnovaná konkrétní sociální službě	65
Obrázek 7: Mapa zobrazující sociální zařízení	66
Obrázek 8: Propagační leták	68
Obrázek 9: Propagační leták na Sociálním odboru Krajského úřadu Kraje Vysočina	69
Obrázek 10: Propagační leták v Nemocnici Jihlava, p.o.	70
Obrázek 11: Propagační leták ve Zdravotnických potřebách Medimat s.r.o.	71
Obrázek 12: Počet návštěvníků na webové stránce od 13.2 do 13.3. 2026.....	72
Obrázek 13: Počet zobrazení sociálních služeb na webové stránce od 13.2. do 13.3. 2026	73

Seznam zkratk

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
CBD	Kanabidiol, nepsychoaktivní sloučenina získávaná z konopných rostlin
THC	Tetrahydrokanabinol, hlavní psychoaktivní látka v konopí
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
IT	Informační technologie

Úvod

V dnešní populaci je možné si všimnout nestálého nárůstu osob s chronickým duševním onemocněním a diagnóz, na který upozorňují nejen odborníci, ale je velmi často skloňován i laickou veřejností. Zisk diagnózy duševního onemocnění zasahuje všechny generace a prolíná se celým lidským životem. Vzhledem k uspěchané době, stresu, zvýšených nároků, zhoršenému životnímu stylu, ale také vývoji diagnostiky se nárůst osob s chronickým duševním onemocněním na území České republiky dlouhodobý a lze ho předpokládat i do budoucna.

Jelikož je toto téma více otevíráno a společnost si více uvědomuje jeho závažnost, vzniká mnoho sociálních služeb reagujících na vzrůst počtu osob s chronickým duševním onemocněním a také více osob s diagnózou duševního onemocnění pomoc vyhledávají. Jedním ze zdrojů informací jsou sociální pracovníci, kteří s danou cílovou skupinou pracují. S nárůstem cílové skupiny se ale s osobami s chronickým duševním onemocněním setkávají i sociální pracovníci pro které se nejedná o jejich primární cílovou skupinu, ale je nutné, aby na poptávku po těchto informacích reagovali.

Vzhledem k rostoucímu počtu služeb roste také počet informačních zdrojů, což může vyvolat nepřehlednost informací, zdlouhavé vyhledávání a frustraci.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodla o vytvoření webových stránek, které budou stavět na dotazníkovém šetření. Za cíl diplomové práce jsem zvolila na základě dotazníkového šetření realizovaného mezi sociálními pracovníky, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, zjistit, jaké informace nejčastěji hledají ohledně dostupných služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina a na základě výsledků dotazníkového šetření zpracovat webové stránky obsahující potřebné informace.

Zrealizovala jsem kvantitativní výzkum, který pomocí dotazníkového šetření zjišťoval, jaké informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním sociální pracovníci nepracující s touto cílovou skupinou vyhledávají a jaké informace by pro ně byly na jedné webové stránce užitečné. Tento výzkum byl realizován mezi sociálními pracovníky v Kraji Vysočina.

Na výsledcích dotazníkového šetření jsem založila webovou stránku, na které lze najít základní informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Tyto webové stránky slouží jako praktický rozcestník pro další vyhledávání a obsahují základní informace o sociálních službách, které sociální pracovníci označili za užitečné.

Webová stránka neslouží jako primární zdroj veškerých informací. Je to uživatelsky přívětivá cesta k rychlému zisku primárního přehledu.

I. Teoretická část

1 MKN-11

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů byla publikována Světovou zdravotnickou organizací. Kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, zdravotních problémů, poruch a dalších příznaků, situací či okolností. (11.revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2025)

MKN-11 je navržena polyhierarchicky – koncept je možné řadit do více hierarchických skupin podle logických vztahů. Umožňuje nejen klasifikaci onemocnění, ale také kódování projevů, příčin, vzácných onemocnění, míry závažnosti atd. Kódované položky jsou konkrétní jednotky onemocnění, které mají vlastní definici, popis a kritéria. (11.revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2025)

1.1 F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

1.1.1 Demence u Alzheimerovy nemoci

Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem

Zde hovoříme o demenci u Alzheimerovy nemoci začínající před 65. rokem života. Má relativně rychle zhoršující se průběh. (MKN-10, 2025)

Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem

Jedná se o demenci u Alzheimerovy nemoci, která se začíná projevovat po 65. roce života, obvykle v 70. letech a později. Hlavním příznakem je porucha paměti. (MKN-10, 2025)

Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu

Do této kategorie řadíme demence, které neodpovídají popisu ani kritériím onemocnění uvedených v předešlých dvou kategoriích. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.1.2 Vaskulární demence

Vaskulární demence s akutním nástupem

Vaskulární demence s akutním nástupem vzniká při větších mozkových infarktech v oblastech mozku, které jsou významné pro paměť. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Multiinfarktová demence

Multiinfarktová demence neboli MID je jedním z typů vaskulární demence. Vzniká následkem opakovaných cévních mozkových příhod, které postihují větší či menší části mozku. Ztráta mozkových funkcí je velmi individuální. Liší se v závislosti na tom, které části mozku tyto příhody postihnou. (Multiinfarktová demence, 2025)

Subkortikální vaskulární demence

U subkortikální vaskulární demence vznikají ohniska ischemického poškození hluboko v bílé hmotě mozkových hemisfér. Klinický obraz se zde může velmi podobat demenci Alzheimerova typu. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

Toto onemocnění se projevuje poruchou pozornosti a pracovní paměti, poruchami nálady. Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence. (Poruchy kognitivních funkcí, 2017)

1.1.3 Demence u jiných nemocí zařazených jinde

Demence u Pickovy choroby

Jedná se o progresivní typ demence, která se objevuje ve středním věku. Je charakterizována častými, pomalu progredujícími změnami charakteru následovaná poruchou intelektu, poruchou paměti a jazykových funkcí a apatií. (F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2025)

Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci

Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoc je nejčastější formou lidských prionových onemocnění. Priony jsou malé proteinové částice, které způsobují houbovitě změny mozkové tkáně. Toto onemocnění obvykle vede k rychle se zhoršující demenci. Nejprve se projevuje nespecifickými příznaky, jako je únava, nespavost a deprese. Poté dochází k prudkému zhoršení mentálních funkcí až do stadia těžké demence. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Demence u Huntingtonovy nemoci

Huntingtonova nemoc se řadí mezi vzácné genetické onemocnění s počátkem v produktivním věku, devastuje zdravotní stav nemocného jedince a zásadně snižuje kvalitu života. Mezi psychické příznaky patří demence, porucha soustředění a paměti, halucinace, úzkosti, přecitlivělost, poruchy nálady a apatie, agresivita. Do neurologických příznaků řadíme poruchu chůze, řeči a polykání, poruchu hybnosti a další. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Demence u Parkinsonovy nemoci

Parkinsonova nemoc je neurogenerativní onemocnění, postihující především mozkový kmen. Počátek onemocnění pozorujeme nejčastěji kolem 58.-60. roku života. Způsobuje především poruchy hybnosti. Mezi motorické příznaky patří třes, svalová ztuhlost a snížení hybnosti. Mohou se objevit také lehké poruchy kognitivních funkcí. Demence se v kombinaci s tímto onemocněním objevuje u 20-40 % nemocných, zejména v pokročilejších stádiích nemoci. Bývá lehkého až středního stupně. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Demence u onemocnění virem HIV

HIV demence se, ve většině případů, projevuje zapomětivostí, pomalostí, poruchou soustředění a potížemi při čtení. Běžná je také apatie, ve vzácných případech poté psychóza. Toto onemocnění často rychle progreduje k těžké globální demenci, mutismu a smrti. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.1.4 Neurčená demence

Zde řadíme onemocnění, které splňuje všeobecná kritéria diagnózy demence, avšak není možná identifikace některého ze specifických typů. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.1.5 Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami

Tak označujeme syndrom výrazného narušení recentní a dlouhodobé paměti, přičemž okamžité vybavování je zachováno. Je významně snížena schopnost naučit se novou látku, dochází k dezorientaci v čase. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.1.6 Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami

Jedná se o nespecifikovaný mozkový syndrom, charakterizovaný poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorické paměti, emocí a to současně. Deliriózní stav je dočasný a jeho intenzita kolísá a nejdelší doba trvání se pohybuje kolem 6 měsíců. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.1.7 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí

Organická halucinóza

Organická halucinóza je onemocnění vznikající následkem onemocnění somatického nebo onemocnění mozku. Projevuje se trvalou či přechodnou přítomností halucinací při neporušeném vědomí. K možným příčinám patří nádory, oboustranná slepota či hluchota, toxické vlivy atd. (Halucinóza, organická, 2025)

Organická katatonní porucha

Porucha snížené (stupor) či zvýšené (excitace) psychomotorické aktivity spojená s katatonními příznaky. Výkyvy psychomotoriky do extrémů se mohou střídat. (F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2025)

Organická porucha s bludy

Organická porucha s bludy je porucha, při které v klinickém obraze převažují perzistující nebo recidivující bludy, které mohou být doprovázeny halucinacemi. Také mohou být přítomny některé vlastnosti připomínající schizofrenii, jako například poruchy myšlení. (F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2025)

Organické poruchy nálady (afektivní)

Poruchy, které jsou charakterizované změnou nálady nebo afektu a jsou obvykle doprovázené změnou úrovně celkové aktivity dostavující se jako následek organické poruchy. (F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2025)

Organická úzkostná porucha

Jedná se o poruchu charakterizovanou základními rysy panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy nebo kombinací obou. Objevuje se v souvislosti s organickou poruchou. (MKN-10, 2025)

Organická disociativní porucha

Organická disociativní porucha je charakterizována částečnou nebo úplnou ztrátou integrace mezi pamětí uchovávající minulost, uvědomováním si identity a bezprostředních vjemů a

ovládáním tělesných pohybů, jako následek organické poruchy. (F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2025)

Organická emoční labilita (astenie)

Porucha charakterizována emoční inkontinencí nebo labilitou, únavou a řadou nepříjemných tělesných projevů, jako jsou například závratě a bolesti, které se objevují jako následek organické poruchy. (F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2025)

Lehká porucha poznávání

Jedná se o poruchu charakterizovanou poškozením paměti, potížemi s učením, sníženou schopností koncentrace, pocitem únavy. Tato porucha bývá spjata s širokým spektrem infekcí a somatických poruch jak mozkových, tak i systémových. (F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2025)

Jiné duševní poruchy způsobené poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí

Do této kategorie můžeme zařadit například abnormální změny nálada vyskytující se při léčbě steroidy či antidepresivy. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.1.8 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku

Organická porucha osobnosti

Porucha osobnosti vzniklá jako důsledek fyzického poškození mozku, ať už nádorem, úrazem, infekcí. Projevuje se změnou postojů, chování a vzorců myšlení. (Organická porucha osobnosti, 2025)

Postencefalitický syndrom

Postencefalitický syndrom je souhrn nespecifických příznaků vznikajících po prodělaném zánětu mozku s přítomností neurologických poruch funkcí jako je například obrna, hluchota, apraxie či afázie. (Postencefalitický s., 2025)

Postkomoční syndrom

Jako postkomoční syndrom označujeme soubor příznaků, které se mohou objevit po otřesu mozku. Objevuje se v různě těžkých formách. Postkomoční syndrom trvá týdny až měsíce po prožitém úrazu. Projevuje se bolestmi hlavy, depresemi, poruchami koncentrace či občasnými poruchami paměti. (Postkomoční syndrom, 2025)

Jiné organické poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku

Do této kategorie zařazujeme onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku vyvolávající různé poruchy kognitivních funkcí, emocí, osobnosti a chování, které nelze zařadit do předchozích kategorií. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.2 F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Do tohoto oddílu spadají ty psychoaktivní látky, které mají potenciál k vyvolávání fyzické závislosti a jsou v klasifikaci MKN-10 označovány konkrétními kódy:

- F10 – alkohol,
- F11 – opioidy,
- F12 – kanabinoidy,
- F13 – sedativa nebo hypnotika,
- F14 – kokain,
- F15 – jiná stimulancia včetně kofeinu,
- F16 – halucinogeny,
- F17 – tabák,
- F18 – organická rozpouštědla. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

1.2.1 Závislost

Závislost nebo také syndrom závislosti je takový soubor příznaků, kdy látka nebo činnost, na kterou se u daného člověka vytvořila závislost má mnohem větší význam, než hodnoty a činnosti, které byly důležité před vznikem závislosti. Jde o stav, kdy se závislý člověk nadměrně zabývá látkou či činnostmi, na kterých závislost vznikla, a jeho fyzické i psychické fungování je ovlivněno pravidelným přísunem dané látky či činnosti. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

U osob s rozvinutým syndromem závislosti se objevují různé fyzické, psychické i sociální obtíže. Vlivem nadměrného užívání návykové látky nebo nadměrného zabývání se návykovou činností dochází k fyzickému poškození organismu, k poruchám chování, vnímání a myšlení, k poruchám osobnosti, ke ztrátě sociálního kontaktu. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Závislost může vzniknout na určité třídě psychoaktivních látek, nebo na určité psychoaktivní látce. Za psychoaktivní látku označujeme takovou látku, která mění stav vědomí, zatím co za návykovou látku označujeme tu, která má farmakodynamický potenciál k vyvolání závislosti. Vyloučený není ani vznik závislosti na látkách, který závislostní potenciál nemají. Tento stav poté označujeme jako abúzus látek nevyvolávajících závislost. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

1.2.2 Látkové závislosti

Látkové závislosti jsou definované vznikem závislosti na určité psychoaktivní látce nebo na určité třídě psychoaktivních látek. Tato závislost může být fyzická či psychická. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Alkohol

Alkohol je látka vznikající procesem kvašení. Jde o přírodní látku, která je vysoce toxická.

Účinky alkoholu jsou závislé na mnoha faktorech. Patří mezi ně množství dávky, ale také další osobnostní, sociální a situační podmínky. Zatímco v nižších dávkách působí alkohol tlumivě, při

akutní intoxikace se objevuje zlepšení nálady, zvýšení sebevědomí, nárůst odvahy a přival energie. Poté přichází únava a spánek. Rozlišujeme 4 stádia intoxikace v závislosti na množství alkoholu v krvi: lehká opilost, střední opilost, těžká opilost a těžká intoxikace. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Užívání alkoholu má mnoho nežádoucích účinků, mezi které patří změny nálad, nevolnost, zvracení, svalové napětí, porucha vědomí. Dlouhodobá konzumace alkoholu může vést k akutní gastritidě, rakovině jater, sexuálním poruchám, epileptickým záchvatům, alkoholovým psychózám či k chorobám krvevorných orgánů. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Odvykací stav se u užívání alkoholu projevuje neklidem, svalovým třesem, pocením a úzkostmi, nevolností až zvracením, průjmem, depresivními stavy. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Opioidy a opiáty

Opioidy a opiáty tvoří skupinu látek, které jsou typické svým sedativním a euforickým účinkem.

Opiáty jsou návykové látky, které mají převážně tlumivý účinek. Nejznámější zástupci této skupiny jsou morfin, heroin a kodein, dále do této skupiny řadíme fentanyl, mathadon a braun. (Národní zdravotnický informační portál, 2023)

Po užití opiátů se dostavuje stav omámení, porucha koordinace, zúžení zornic a zpomalení reakcí. V případě užívání látek nitrožilně jsou typické viditelné vpichy na těle uživatele. Opiáty navozují stav apatie, snížení či odstranění fyzické bolesti, zpomalují činnost centrální nervové soustavy. (Národní zdravotnický informační portál, 2023)

Příznaky odvykacího stavu jsou odlišné od účinků opiátů. Projevuje se bolestmi břicha, průjmy, neklidem a nespavostí. (Národní zdravotnický informační portál, 2023)

Kanabinoidy

Kanabinoidy jsou drogy získávané z rostliny zvané konopí. V těch se nachází okolo 60 účinných látek, mezi nejznámější patří například THC (tetrahydrocannabinol), CBD (cannabidiol) či CBL (cannabycikol). Z hlediska účinku je stěžejní složení jednotlivé drogy.

Kanabiod THC je rozpustný v tucích, zvyšuje chuť k jídlu, působí proti nevolnostem a svalovým křečím a má psychoaktivní účinky. Naopak kanabiod CBD nemá psychoaktivní účinky, má sedativní efekt a zmírňuje záněty. Čím je větší množství THC v látce, tím má větší psychoaktivní účinky spojené s úzkostmi a depresí.

Mezi nežádoucí účinky kanabinoidů patří akutní zhoršení krátkodobé paměti a pozornosti, zpomalení reakční doby, pocit hladu, únava a apatie.

Odvykací stav se projevuje pocitem bažení, úzkostí, třesem rukou a bolestí svalů. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Stimulancia

Stimulancia můžeme nazývat také jako stimulační drogy. Jedná se o skupinu látek, které způsobují celkové nabuzení organismu, zvyšují fyzický i psychický vývoj. Tyto látky jsou v současné době velmi využívané ke snížení únavy a zvýšení celkové výkonnosti.

Akutní intoxikace se u stimulancií projevuje euforií, ústupem únavy, sníženou chutí k jídlu, zlepšeným sebehodnocením a ve vyšších dávkách mohou mít halucinogenní efekt.

Nežádoucí účinky jsou zejména tachykardie, sucho v ústech, bolesti na hrudi, paranoidní pocity, poruchy myšlení a výrazné úbytky na váze.

Naopak od akutní intoxikace se odvykací stav váže s pocity únavy, podrážděnosti, poruchami spánku a úzkostmi. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Halucinogeny

Halucinogeny jsou přírodní či syntetické látky, vyvolávající změnu vnímání, a to nejčastěji formou halucinací. Halucinogeny jsou různého původu – živočišného, rostlinného a syntetického. (Halucinogenní látky: co to je? 2023)

Halucinogeny se nejčastěji užívají perorálně a jejich účinky jsou velmi individuální. Záleží na typu a množství užití látky, ale také na osobnosti a aktuálním psychickým rozpoložením uživatele. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Akutní intoxikace se nejčastěji projevuje sluchovými a vizuálními halucinacemi a iluzemi. Nepravé halucinogeny mění vnímání času, vyvolávají dobrou náladu a pocit osvobození. (Halucinogenní látky: co to je? 2023)

Nežádoucí účinky jsou panika, úzkost, pocení, nevolnost až zvracení, depresivní stavy a poškození jater. Na většině látek ze skupiny halucinogenů se nevytváří fyzická závislost, ale významným rizikem je smrtelné předávkování. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Tabák

Označení tabák nese rostlina, jejíž psychoaktivní složkou alkaloid nikotin. Tento alkaloid je ve vyšší dávce smrtelně jedovatý, rychle se na něm rozvíjí závislost a stoupá jeho tolerance.

Nejčastější forma užívání tabáku je inhalací v podobě kouření dýmky či doutníku, kdy se nikotin vstřebává v dutině ústní, nebo cigaret, které umožňuje vstřebávání do organismu přes sliznici v plicích. Dále se tabák užívá intranazálně či perorálně.

K nežádoucím účinkům řadíme poškození nejen dýchacích cest ale i trávicího traktu, sexuální poruchy a poruchy soustředění a spánkové obtíže. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Organická rozpouštědla

Nejen organická rozpouštědla, ale také lepidla a plynné látky jako rajský plyn se nejčastěji užívají inhalací pro své psychoaktivní účinky. Bezprostředně po užití těchto látek se dostávají bolesti hlavy, nevolnost a zvracení, které přecházejí do pocitu euforie, stavu beztlíže a k halucinacím.

Negativní účinky se v tomto případě dostávají ve formě krvácení z nosních dírek, kašle, poruchy srdečního rytmu, křečí a podráždění sliznice. Při pravidelném, dlouhodobém užívání dochází k rozvoji psychické závislosti a ke vzniku tolerance. Může se objevit poleptání sliznic dýchacích cest, poškození jater a mozku, poruchy vědomí a je zde vysoké riziko smrtelného předávkování. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

1.2.3 Nelátkové závislosti

Nelátkové závislosti můžeme nazvat jako závislosti behaviorální či závislosti na procesech. Jde o takovou podobu závislosti, která se nevytvořila na určité látce či skupině látek, ale na určité činnosti a faktorech s ní spojené.

Mechanismus nelátkové závislosti spočívá na principu okamžitého uspokojení, které má tendenci se opakovat i přes případné negativní následky. Tím se vytváří vzorec chování, typický podléháním okamžitému impulzu a ztrátou kontroly. Z neurobiologického hlediska můžeme nelátkovou závislost považovat za nemoc systému odměn v mozku. Ten za normálních okolností reaguje na přirozené zdroje odměny sloužící k přežití organismu. (*Nelátkové závislosti: co to je?*)

Nelátkové závislosti lze diagnostikovat na základě přítomnosti šesti komponentů:

- význačnost – určitá aktivita má v životě jedince nejvyšší prioritu,
- změna nálady – v důsledku zahájení určité aktivity,
- tolerance – prodlužování doby, po kterou se člověk dané aktivitě věnuje,
- abstinenční příznaky – výbušné až agresivní reakce, úzkost a sklíčenost,
- mezilidský nebo vnitřní konflikt,
- relaps – opakování vzorců chování se kterými mnohdy sám člověk nesouhlasí.

V léčbě nelátkové závislosti se uplatňuje zejména individuální nebo skupinová terapie. Do ní by měl být zapojen nejen člověk vykazující známky nelátkové závislosti, ale také jeho rodina a blízké osoby. (*Nelátkové závislosti: co to je?*)

1.2.4 Poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek

Odlišujeme různé stavy, které jsou způsobené jedním užitím, nebo dlouhodobým užíváním psychoaktivních látek. Liší se nejen průběhem a podobou jednotlivých symptomů, ale také nároky na léčbu a okolnostmi vzniku. Každá porucha může být vyvolána jakoukoliv psychoaktivní látkou, avšak některé poruchy jsou pravděpodobněji spojeny s užíváním určitých konkrétních látek. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je dočasný a ve většině případů krátkodobý stav následující po užití návykové látky. Užití psychoaktivní látky vyvolává typické změny v chování, prožívání a fyziologických funkcí, které jsou různé v závislosti na konkrétní užití látce. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Škodlivé užívání

Škodlivé užívání látky definujeme jako takovou podobu užívání, které prokazatelně poškozuje zdraví uživatele délkou, množstvím užívané látky, způsobem užívání a dalšími sociálními okolnostmi. Uživatel může být psychoaktivní látkou poškozen fyzicky, psychicky a také sociálně. Z diagnostického hlediska by poškození mělo trvat alespoň měsíc a mělo by se v průběhu roku opakovat. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití psychoaktivní látky. Zahrnuje silné přání užít tuto látku, poškozené sebeovládání při jejím užívání, neustávající užívání látky navzdory škodlivým následkům, prioritu v užívání dané látky před ostatními aktivitami, zvýšenou toleranci pro psychoaktivní látku a v některých případech somatický odvykací stav. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Odvykací stav

Za odvykací stav považujeme specifický soubor psychických a somatických příznaků, ke kterým dochází při úplném vysazení psychoaktivní látky, nebo při snížení množství látky u uživatelů, kteří byli zvyklí užívat látku ve vysokém množství a dlouhodobě. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Nástup a průběh odvykacího stavu mají časové ohraničení a váží se ke konkrétnímu typu psychoaktivní látky a k množství, které bylo užito bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. (F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, 2023)

Odvykací stav s deliriem

Odvykací stav může být doplněn deliriem. K tomuto stavu dochází po úplném nebo částečném vysazení psychoaktivní látky u uživatelů se silnou závislostí. Delirium je stav život ohrožující, vyznačující se zastřeným vědomím a zmateností. Mohou se u něj vyskytovat halucinace a iluze, nespavost a výrazný třes. (F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, 2023)

Psychotická porucha

Psychotická porucha je souborem psychotických fenoménů, které se objevují během požití psychoaktivních látek nebo po něm. Tyto fenomény nelze zahrnout pouze do akutní intoxikace a nejsou součástí odvykacího stavu. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Tato porucha je charakterizována halucinacemi (nejčastěji sluchovými), percepčními zkomoleními, bludy (typické jsou bludy paranoidní povahy), psychomotorickými poruchami (vzrušení či stupor), intenzivní strach či extáze. (F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, 2023)

Délka trvání se pohybuje v rozmezí od 48 hodin do přibližně jednoho měsíce. Nejdéle by měla vymizet do šesti měsíců od jejího začátku, pokud není podporována dalším užíváním návykových látek. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

Reziduální poruchy

Za reziduální poruchy označujeme takové poruchy, jejichž vznik je způsoben užitím psychoaktivní látky, ale přetrvávají a nedochází k uzdravení, nebo které se objevují oddáleně po ukončení užívání dané látky.

Do těchto poruch řadíme:

- psychotické reminiscence,
- poruchy osobnosti nebo chování způsobené užíváním návykových látek,
- reziduální poruchu nálady,
- demence způsobená užíváním návykové látky,
- jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí,
- psychotickou poruchu s pozdním začátkem. (KŘÍŽOVÁ Ivana,2021)

1.3 F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

1.3.1 Schizofrenie

Schizofrenii můžeme definovat jako duševní onemocnění, které je charakteristické zásadní poruchou myšlení, vnímání, oploštěnou či neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Patří do psychotických onemocnění a je jedním z nejzávažnějších duševních onemocnění. (Češková, 2007)

Na vznik a rozvoj schizofrenie u jedince mají vliv různé vnitřní i vnější rizikové faktory. Tyto faktory mohou být spojeny se zvýšenou vulnerabilitou pro schizofrenní onemocnění. Rizikové faktory mimo jiné zahrnují:

- onemocnění spojená s vážnou dysfunkcí centrální nervové soustavy,
- dysfunkce centrální nervové soustavy způsobená substancemi (amfetaminová psychóza),
- genetická predispozice,
- komplikace při porodu a životní události,
- vnější faktory (abúzus návykových látek, stres). (Češková, 2007)

Schizofrenii můžeme vnímat jako kombinaci dispozice (vlohy) a spouštěče, který tuto vlohu aktivuje. Mezi dispozice patří například zděděné vlastnosti nervové soustavy a tyto dispozice nemůže jedinec ovlivnit. Spouštěčem bývá nejčastěji nezvládaný stres – dlouhodobý či intenzivní krátkodobý. Prevence vzniku schizofrenie spočívá především v učení se zvládat stresové situace. (Schizofrenie, 2025)

Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejčastějším typem schizofrenie a je snadno diagnostikovatelná. Při paranoidní schizofrenii se často objevují paranoidní bludy doprovázené halucinacemi – nejčastěji sluchovými (hlasy, které jedinci vyhrožují, nebo mu dávají příkazy). Také se objevují poruchy nálady, vůle a řeči. (Schizofrenie, 2025)

Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie se převážně projevuje v dospívání a v mladé dospělosti. Má podobné projevy jako puberta, akorát ve větší intenzitě. Charakteristické je nepředvídatelné a nezodpovědné chování, emoce a verbální projev nejsou v souladu a často si odporují. Bludy a halucinace jsou v této formě schizofrenie proměnlivé a nestálé. (Schizofrenie, 2025)

Katatonní schizofrenie

U katatonní schizofrenie jsou hlavními projevy poruchy motoriky. Tyto poruchy se vyskytují ve smyslu zvýšené motorické aktivity, grimasování a manýrování, které může být v mnoha případech bezcílné, nebo naopak ve smyslu stuporu, který nazýváme neproduktivní formy katatonní schizofrenie. (Češková, 2007)

Nediferencovaná schizofrenie

Nediferencovaná schizofrenie neodpovídá s danou přesností ani jednomu z výše uvedených typů schizofrenie. Zahrnuje symptomy více forem schizofrenie a nelze určit, které z nich jsou výrazně v popředí. (Češková, 2007)

Postschizofrenní deprese

Postschizofrenní deprese představuje depresivní ataku, která může být krátkodobá či dlouhodobá, a která vzniká po odeznění schizofrenní psychózy. Toto onemocnění je spojeno se zvýšeným rizikem sebevraždy. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je charakteristicky doprovázena atakami a zhoršujícími se negativními příznaky, jako je pasivita, emoční otupělost, oslabení vůle a zpomalené psychomotorické tempo. Jedinec s touto formou schizofrenie se často vyhýbá společnosti a uzavírá se do sociální izolace. (Schizofrenie – příčina, příznaky a léčba, 2020)

Schizophrenia simplex

Simplexní forma schizofrenie je charakterizována postupným stažením a redukcí volní složky, oploštěním emotivní stránky. Příznaky se rozvíjejí pomalu a postupně, ale progresivně. (Češková, 2007)

U simplexní formy schizofrenie chybí bludy a halucinace, a tak tento stav není zřejmě psychotický, jako u jiných forem schizofrenie. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.3.2 Schizotypální porucha

Schizotypální porucha představuje dlouhodobý stav s výkyvy, trvající alespoň 2 roky. Může připomínat schizofrenii, chybí však typické příznaky. (Schizotypní porucha, 2015)

Mezi příznaky schizotypální poruchy patří:

- nepřiměřené nebo omezené emoční reakce,
- sociální izolace,
- paranoidní bludy, somatosensorické iluze,
- vágní, metaforické a stereotypní myšlení,
- občasné, přechodné jakoby psychotické epizody... (Schizotypní porucha, 2015)

1.3.3 Poruchy s trvalými bludy

Porucha s bludy

Porucha s bludy je charakterizována rozvojem bludů, a to jednoho nebo více vzájemně souvisejících, které mohou přetrvávat celý život. Obsah bludů je různý a záleží na individualitě jedince. (Porucha s bludy, 2025)

1.3.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Akutní polymorfni psychotická porucha bez schizofrenních symptomů

Pro tuto poruchu jsou charakteristické velmi rychlé a náhlé změny příznaků nejen ze dne na den, ale také v rámci jednoho dne či hodiny. U jedince se setkáváme s bouřlivou emotivitou, bouřlivostí, popleteností či změnou pohyblivosti. Objevují se také halucinace a bludy, které se často mění nejen z hlediska času, ale také z hlediska intenzity. (Akutní a přechodné psychotické poruchy, 2015)

Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie

Jedná se o poruchu s polymorfním a nestabilním klinickým obrazem. I přes svou nestabilitu jsou přítomny symptomy typické pro schizofrenii, a to téměř po celou dobu trvání této poruchy. (F20-F29 – Schizofrenie ,poruchy schizotypální a poruchy s bludy, 2023)

Akutní polymorfní psychotická porucha podobná schizofrenii

Akutní polymorfní psychotická porucha podobná schizofrenii je porucha, jejíž psychotické symptomy jsou stabilní a opravňující k diagnóze schizofrenie, nicméně trvají méně než jeden měsíc. (Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii, 2025)

Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy

Do této skupiny řadíme jakékoliv jiné akutní psychotické poruchy, které nelze klasifikovat pod jinými poruchami. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.3.5 Indukovaná porucha s bludy

Indukovaná porucha s bludy je velmi vzácnou poruchou, při které dochází k jejímu sdílení mezi dvěma osobami s těsnými emočními vztahy. Pouze jeden z páru opravdu trpí pravou psychotickou poruchou. V druhé osobě jsou bludy pouze indikovány a ve většině případů mizí oddělením druhé osoby. Psychotické onemocnění dominantního člena je většinou schizofrenní, ale není tomu tak ve všech případech. Téměř vždy mají dotyčné osoby až nezvykle blízký vztah a jsou od ostatních lidí izolovány jazykově, kulturou či místně. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.3.6 Schizoafektivní poruchy

Schizoafektivní porucha, manický typ

Schizoafektivní porucha v manickém typu je charakteristická výraznými schizofrenními i manickými symptomy. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Objevuje se zvýšené sebevědomí, přehnanými myšlenkami, ale i podrážděností, která může být doprovázena agresivním chováním. Dochází ke zvýšení energie, ztrátě společenských zábran. Schizoafektivní porucha manického typu má velmi prudký, akutní začátek. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Schizoafektivní porucha, depresivní typ

Schizoafektivní porucha v depresivním typu je taková porucha, kde se výrazně vyskytují oba druhy symptomů – schizofrenní a depresivní. (Schizoafektivní porucha, depresivní typ, 2025)

Depresivní složka mívá několik typických znaků, jako jsou odchylky v chování, insomnie, ztráta energie a chuti k jídlu, úbytek hmotnosti a sebevražedné myšlenky. Naproti schizofrenní příznaky spočívají v přesvědčení, že je jedinec sledován, slyší ponižující hlasy. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Schizoafektivní porucha, smíšený typ

Do této skupiny řadíme poruchy, u kterých se společně vyskytují schizofrenní příznaky se smíšenou bipolární afektivní poruchou. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.3.7 Jiné neorganické psychotické poruchy

Do této skupiny řadíme psychotické poruchy, které nesplňují kritéria výše uvedených skupin. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.4 F30-F39 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy nebo poruchy nálady se vyznačují výkyvy nálady směrech k euforii či depresi. Může se jednat o jednorázovou nebo opakující se epizodu. Poruchy nálady mohou vzniknout v reakci na jednorázový či krátkodobý stresový podnět, ale také v souvislosti s dlouhodobou stresovou situací. (Novák a Lásková, 2016)

1.4.1 Manická fáze

Manická fáze se vyznačuje nepřiměřeně dobrou náladou a zvýšenou fyzickou aktivitou. Pro člověka v této fázi je vše snadné a nic pro něj není nedosažitelné. Člověk neztrácí čas, realizuje své nápady a aktivity bez ohledu na druhé a nedokáže se smířit a přijmout přerušení jeho aktivit. Pokud je ale v aktivitách podporován, působí velmi společensky a lehce navazuje sociální vztahy. (Bipolární porucha, 2016)

1.4.2 Depresivní fáze

Depresivní nálada představuje chorobný a v mnoha případech dlouhodobý pokles sebevědomí a sebedůvěry, který je doprovázený pocity beznaděje, sklíčeností, naučenou bezmocností a úbytkem osobních zájmů, cílů a snah. Veškeré pozitivní vlivy jsou v depresivní fázi vnímány jako přechodné a nedostatečné. Dochází ke snížení pracovního výkonu, objevují se sebevražedné myšlenky, nechut k jídlu. (Novák a Lásková, 2016)

Lehká depresivní fáze

Příznaky deprese se objevují ve velmi nízké intenzitě. Osoba v této fázi deprese žije běžným životem, který je pro ni ale více energeticky náročný.

Střední depresivní fáze

V této fázi deprese jsou více zastoupené pocity smutku a objevují se také somatické obtíže.

Těžká depresivní fáze

Těžká depresivní fáze je vyhraněná a výrazná forma deprese. Je typická silnými pocity únavy, vyhledáváním samoty, pocitem beznaděje a bezmocnosti. (Novák a Lásková, 2016)

1.4.3 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní poruchu lze charakterizovat jako závažné duševní onemocnění, kdy dochází k periodickým změnám nálady, vitality a psychických funkcí. Tyto změny přicházejí v cyklech, které můžeme rozdělit na čtyři druhy rozdělené dle typu a intenzity příznaků. Jedná se o období hypomanické, které představuje období nejméně intenzivní, manické, depresivní a smíšené. (Bipolární porucha, 2016)

Bipolární afektivní porucha je vázána na geny a predispozice k ní tak lze dědit. Riziko vzniku onemocnění se zvyšuje s užším příbuzenským vztahem. Mezi další rizikové faktory vzniku patří například silné prožívání emocí, jako je strach, děs a smutek, fyzické a psychické vyčerpání nebo roční období. (Bipolární porucha, 2016)

Hypomanické období je typické prožíváním velmi dobré nálady, vysokou dávkou energie, zvýšenou psychickou i fyzickou aktivitou. (Bipolární porucha, 2016)

Manická fáze je obdobím nepřiměřeně dobré nálady a extrémně zvýšenou aktivitou. Člověk se cítí být nepřemožitelný, vše kolem něj se mu zdá jednoduché a snadné. Nechce ztrácet čas a nerespektuje názory jiných lidí. Pokud je ve svých činnostech přerušen, může reagovat podrážděně. V manické fázi chybí racionální myšlení. (Bipolární porucha, 2016)

Druhou stranou manické fáze je fáze deprese. Tento stav je charakteristický poklesem nálady a snížením energie. Člověk v této fázi působí smutně, vyčerpaně, uzavírá se před společností, ztrácí zájem a iniciativu. (Bipolární porucha, 2016)

1.4.4 Periodická depresivní porucha

Periodická neboli rekurentní depresivní poruchou nazýváme stav, kdy se opakuje více depresivních epizod, které mohou mít lehký, středně těžký a těžký průběh. (Deprese: formy a průběh, 2022)

1.4.5 Perzistentní afektivní poruchy

Za perzistentní afektivní poruchy označujeme přetrvávající poruchy nálady, které trvají několik let. Řadíme sem dystymii a cyklotymii.

Dystymie je chronická depresivní nálada trvající alespoň dva roky. Její příznaky nejsou příliš intenzivní. Cyklotymie je alespoň dva roky trvající nestabilita nálady s lehkými manickými a depresivními fázemi. Mezi nimi se mohou vyskytovat fáze s „normální“ náladou. (Deprese: formy a průběh, 2022)

1.5 F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

1.5.1 Fobické úzkostné poruchy

Agorafobie

Agorafobie představuje definovaný soubor fobií, do kterého patří strach z opuštění domova, vstupu do obchodů, zástupu lidí a veřejných prostranství, osamocené cestování v autobusu, vlaku či letadle. Mnoha jedinců s agorafobií mají tendenci vyhýbat se fobickým situacím, a proto prožívají méně úzkostných epizod. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Sociální fobie

Tato fobická úzkostná porucha je charakterizována pocitem strachu a úzkosti ve společenských situacích, které způsobují danému jedinci značné potíže a zhoršují jeho schopnost sociálního fungování. (Sociální fobie, 2025)

Projevuje se nadměrným červenáním, pocením, třesem a bušením srdce, nevolností. Může se objevit koktání či zrychlená řeč. (Sociální fobie, 2025)

Specifické (izolované) fobie

Do této skupiny řadíme fobie omezené na vysoce zvláštní situace, jako je blízkost určitého druhu zvířete, tmy, výšky, uzavřeného prostoru, konzumace určitého jídla, pohled na krev. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

1.5.2 Jiné anxiózní poruchy

Panická porucha (epizodické záchvatová úzkost)

Základním projevem panické poruchy jsou ataky těžké úzkosti, které nejsou omezeny na zvláštní situaci, a proto jsou nepředvídatelné. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Generalizovaná úzkostná porucha

Tato forma úzkosti se projevuje duševními i tělesnými potížemi. Jedná se o třes, závratě, bušení srdce, snížená schopnost soustředění, nervozita a poruchy spánku. Úzkost pociťuje jedinec téměř nepřetržitě a není jasné z čeho má vlastně strach. (Úzkostné poruchy: diagnóza, 2025)

Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Příznaky úzkosti se mísí s příznaky deprese, ale žádný z příznaků nepřevládá natolik aby mohla být diagnostikována úzkostná či depresivní porucha. (Úzkostné poruchy: diagnóza, 2025)

Jiné smíšené úzkostné poruchy

Sem řadíme úzkosti, u kterých není žádný příznak natolik výrazný, aby mohla být určena samostatná diagnóza. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

1.5.3 Obsedantně-nutková porucha

Hlavním rysem těchto poruch jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkové činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, popudy, představy, které neustále vstupují do mysli jedince ve stejné formě. Jedinec je považuje za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní. Nutkové činy nebo rituály jsou opakované a stereotypní. Nemusí být příjemné ani užitečné. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

1.5.4 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

Akutní stresová reakce

Jedná se o přechodnou poruchu, rozvíjející se u jedince bez jakékoliv zjevné duševní poruchy, a to v reakci na výjimečný fyzický a duševní stres. Obvykle trvá několik hodin nebo dnů. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha se rozvíjí po mimořádné ohrožující situaci, kdy byl jedinec v reálném či domnělém ohrožení života. V důsledku toho vzniká trauma. Jedná se o trvalejší

dopad stresové situace vedoucí k dlouhodobému pocitu ohrožení a ztráty bezpečí. Může se rozvinout po jednorázové události či po dlouhodobé traumatizaci. (Posttraumatická stresová porucha (PTSD), 2025)

Poruchy přizpůsobení

Do poruch přizpůsobení řadíme stavy subjektivních obtíží a emoční poruchy. Často zasahují do sociální oblastí jedince. Začínají v období adaptace na výraznou změnu životní situace. Mezi příznaky patří depresivní nálada, úzkost, strach. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

1.5.5 Disociativní (konverzní) poruchy

Disociativní amnézie

Hlavním rysem je ztráta vzpomínek, obvykle na důležité a nedávné události. Amnézie je obvykle soustředěna na závažné traumatické události. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Disociativní fuga

Disociativní fuga obsahuje veškeré rysy disociativní amnézie v kombinaci s účelným cestováním za hranice běžného denního života. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Disociativní stupor

Disociativní stupor se diagnostikuje na základě výrazného snížení či vymizení volných pohybů a normální odpovědi na zevní podněty, jako je světlo, hluk, dotyk. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Trans a posedlost

Jedná se o poruchy, u kterých je typická dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného uvědomování si okolí. Patří sem takové trans stavy, které jsou mimovolní a nechtěné. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Disociativní motorické poruchy

Mezi nejběžnější varianty patří ztráta schopnosti pohybovat celou končetinou, končetinami, nebo jejími částmi. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Disociativní záchvaty

Jedná se o svalové záchvaty napodobující záchvaty epileptické. Rozdíl je v nebezpečí úrazu a inkontinenci, které jsou u disociativního záchvatu velmi zřídka. Vědomí jedince je při záchvatu zachováno. (MKN-10, 2025)

Disociativní anestezie a ztráta citlivosti

Jedinec vnímá necitlivé oblasti kůže, které mají často jasné hranice. Ztráta citlivosti může být spojena s pocitem mravenčení. Vzácně může docházet ke ztrátě vidění či sluchu. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

1.5.6 Somatoformní poruchy

Somatizační porucha

Somatizační porucha se vyznačuje dlouhotrvajícími tělesnými příznaky, jako je bolest břicha, nevolnost, průjem, bolesti na hrudi a bolesti končetin. Pro tyto příznaky nelze najít organickou příčinu, nebo jedinec trpí onemocněním, pro které nejsou tyto příznaky typické. (Somatoformní poruchy: co to je? 2025)

Nediferencovaná somatoformní porucha

Jedná se o mnohočetné, přetrvávající a variabilní somatoformní obtíže, u kterých není úplný a typický klinický obraz somatizační poruchy. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

Hypochondrická porucha

Vyznačuje se trvalým úzkostným sebezpozorováním a strachem z onemocnění. Jedinec si chybně vykládá i nepatrné tělesné příznaky a je přesvědčen o jejich závažnosti. (Somatoformní poruchy: co to je? 2025)

Somatoformní vegetativní dysfunkce

Jedná se o přítomnost příznaků, které jako by byly vyvolány tělesnou poruchou orgánu, která nelze kontrolovat vůlí (srdce, trávení). Jedinec je přesvědčený, že trpí onemocněním konkrétního orgánu či orgánové soustavy. (Somatoformní poruchy: co to je? 2025)

Perzistující somatoformní porucha

U perzistující somatoformní poruchy jedince sužují chronické, silné bolesti bez zjevné příčiny. Původcem bolesti bývá psychická a sociální zátěž. (Somatoformní poruchy: co to je? 2025)

Jiné somatoformní poruchy

Jiné poruchy funkce, chování a pocitů, nezpůsobeny somatickou nemocí a nezprostředkovány vegetativním nervstvem, které jsou ohraničeny na určitý systém nebo část těla a jsou úzce spojeny se stresovými problémy. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

1.5.7 Jiné neurotické poruchy

Neurastenie

Neurastenie je pojem označující duševní únavu a vyčerpání po relativně malé tělesné námaze. Vyskytují se dva typy, které se překrývají. (Neurastenie, 2025)

První typ se vyznačuje únavou po duševním úsilí, zejména spojenou s poklesem výkonnosti. U druhého typu se vyskytují pocity tělesné slabosti a vyčerpání i po minimální námaze. Objevují se svalové bolesti a neschopnost relaxovat. (Neurastenie, 2025)

Depersonalizace a derealizace

Jedná se o velmi vzácnou poruchu, kdy si jedinec myslí, že jeho duševní aktivita, tělo a okolí se změnilo ve své kvalitě, nejsou skutečné a automatické. Jedná se o ztrátu emocí a odcizení se od vlastního těla a mysli. (F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, 2025)

1.6 F50-F59 Syndrom poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

1.6.1 Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Mentální anorexie je psychická porucha charakterizovaná úmyslným a vědomým snižováním tělesné hmotnosti odmítáním jídla. Averse k jídlu je projevem nespokojenosti s tělesnou hmotností a tělesnými proporcemi. Oslabení chuti k jídlu se poté dostavuje jako důsledek dlouhodobého hladovění. (Pugnerová a Kvintová, 2016)

Pro rozpoznání přítomnosti mentální anorexie byla vytvořena řada diagnostických kritérií:

- tělesná hmotnost je o 15% nižší, než odpovídá normě pro danou věkovou skupinu, výšku, tělesný typ,
- jedinec má silnou obavu z přírůstků váhy,
- dochází ke zkreslenému vnímání tělesných proporcí,
- u žen dochází ke ztrátě menstruace alespoň ve třech cyklech za sebou jdoucích, pokud to není způsobené jinými faktory. (Pugnerová a Kvintová, 2016)

Na vznik mentální anorexie mají vliv biologické, psychologické i sociální faktory. Postihuje převážně dívky ze střední a vyšší socioekonomické vrstvy ve věku od 12 do 25 let. (Pugnerová a Kvintová, 2016)

Mentální anorexie se často vyskytuje s mentální bulimií. (Pugnerová a Kvintová, 2016)

Atypická mentální anorexie

Atypická mentální anorexie označuje takové poruchy, které splňují některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz neopravňuje k této diagnóze. Nejčastěji se objevuje výrazný váhový úbytek a změny v chování, ale chybí další příznaky, jako je strach z příbytku tělesné hmotnosti. (Mentální anorexie, 2023)

Mentální bulimie

Mentální bulimii lze charakterizovat jako posedlost sledováním tělesné hmotnosti a posedlost jídlom s opakovanými záchvaty přejídání, po kterých následuje kompenzační chování (úmyslné vyvolání zvracení či nepřiměřená fyzická aktivita). (Pugnerová a Kvintová, 2016)

Bulimie je považována za emocionální poruchu, která se v mnoha případech objevuje spolu s dalším duševním onemocněním, jako je deprese či obsedantně-kompulzivní porucha. Souvisí s jídlom a obavami z tloušťnutí, ale jedná se o určitou strategii zvládnání stresu a emocionální zátěže... (Pugnerová a Kvintová, 2016)

Mentální bulimie není lehkou odhalitelná ani pro členy rodiny jedince, který tímto onemocněním trpí, protože u něj nedochází k rychlému úbytku váhy a absenci příjmu potravy. (American psychiatric association, 2023)

Atypická mentální bulimie

Termín atypická mentální bulimie se používá u pacientů, kteří vykazují klinický obraz mentální bulimie, ale chybí u nich jeden či více klíčových rysů. Jedná se například o typické období

přejídání následované zvracením, avšak má pacient normální nebo nadměrnou váhu. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Přejídání spojené s psychologickými poruchami

Přejídání spojené s psychologickými poruchami, jiným názvem psychogenní přejídání se vyznačuje záchvaty přejídání bez kompenzačních opatření, která by zvládla zvrátit důsledky přejídání – zvracení, půst, fyzická aktivita. Začátek a konec psychogenního přejídání nelze přesně stanovit. (Záchvatovité přejídání (psychogenní přejídání): co to je? 2025)

Jedním z následků je nadváha až obezita, která ovlivňuje fungování organismu a narušuje sociální život jedince. (Záchvatovité přejídání (psychogenní přejídání): co to je? 2025)

Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

Mimo vyprovokovaného zvracení u mentální bulimie může nastat opakované zvracení, které představuje jeden z několika tělesných symptomů v těhotenství či jiné stresové situaci, kdy k nevolnosti a zvracení přispívají emoční faktory. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.6.2 Neorganické poruchy spánku

Neorganická nespavost

Neorganická nespavost je definována jako porucha nočního spánku, tedy neschopnost spánek navodit, anebo ho udržet. Může se vyskytovat jako samostatné onemocnění, nebo se za ní může skrývat onemocnění jiné, jako je onemocnění psychiatrické, kardiovaskulární či neurologické. Má-li se nespavost považovat za onemocnění, musí trvat alespoň 3 měsíce a musí se objevovat periodicky. (Pretl a Smolík, 2025)

Při neorganické nespavosti se vyskytují základní symptomy:

- obtíže s usínáním,
- obtíže s udržením spánku (časté probouzení se),
- objevující se psychosomatické příznaky,
- zvýšená náchylnost k chybám či nehodám. (Pretl a Smolík, 2025)

Neorganická hypersomnie

Neorganickou hypersomnií lze definovat jako stav nadměrného spaní ve dne a opakujících se spánkových záchvatů, které nelze připsat nedostatku spánku, nebo jako prodloužený přechod k plnému bdění po probuzení. (MKN-10, 2025)

Pro diagnostiku jsou důležité tyto rysy:

- nadměrná ospalost ve dne neodpovídající adekvátnímu množství spánku,
- záchvaty spánku objevující se denně více než jeden měsíc,
- nepřítomnost neurologické či somatické poruchy. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Neorganická porucha cyklu bdění a spánku

Poruchu cyklu bdění a spánku můžeme definovat jako nedostatek synchronizace mezi cyklem spánku a bděním jedince trpícím touto poruchou a cyklem požadovaným pro dané okolí. To má

za následek problém jedince s nespavostí či naopak s nadměrnou spavostí. (F50-F59 – Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, 2025)

Somnambulismus

Somnambulismus neboli náměsíčnost je stav, při kterém jedinec během spánku chodí a bez jakékoliv kontroly vykonává různé činnosti jako je například konzumace potravy, aniž by si tuto činnost po probuzení pamatoval. (Somnambulismus, 2025)

Epizody náměsíčnosti mohou trvat několik sekund až půl hodiny, přitom většina z nich končí do 10 minut. Pokud se jedinec během epizody probudí, může být zmatený a dezorientovaný. (Náměsíčnost (somnambulismus) – příčiny, příznaky, léčba, 2022)

Mezi nejčastější příčiny somnambulismu patří:

- genetika a rodinná anamnéza,
- spánková deprivace,
- poranění mozku,
- alkohol a stres. (Náměsíčnost (somnambulismus) – příčiny, příznaky, léčba, 2022)

Spánkové děsy

Spánkové děsy se projevují náhlým probuzením s extrémní úzkostí a panikou. Objevit se může také výkřik. Jedinci, který spánkový děs zažívá se zvýší tep a tvorba potu. Po probuzení bývá dezorientovaný, nepoznává osoby, nereaguje a nemluví srozumitelně. Děti si děsy často nepamatují, naopak dospělí lidé mohou mít na sen vzpomínku. (Co je parasomnie a jak se léčí, 2025)

Noční můry

Ač spánkový děs a noční můra vyvolají v mnoha lidech podobnou představu, liší se ve fázi spánku, ve které je prožíváme. Noční děs probíhá v NREM spánku, zatím co noční můra v REM spánku. Proto si noční můru přesně pamatujeme. Po probuzení z noční můry je jedinec dezorientovaný a rychle bdělý. U dospělých se noční můry objevují i jako příznak deprese, bipolární poruchy či posttraumatické stresové poruchy. (Co je parasomnie a jak se léčí, 2025)

1.6.3 Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí

Nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti

Nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti je základním problémem. Nevylučuje sexuální uspokojení či vzrušení, ale znamená, že daný jedinec pravděpodobně sexuální aktivitu neinicuje. Problematictější je tato porucha u mužů, protože může způsobit neshody v partnerském životě.

Odpor k sexualitě a nedostatek požitku ze sexuality

Při této poruše vyvolává představa sexuálního aktu takové obavy a úzkosti, že se jedinec sexuálnímu životu zcela vyhýbá či se nedostavuje dostatečné sexuální uspokojení. (F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, 2025)

Selhání genitální odpovědi

Tato porucha se vyskytuje u mužů i u žen. U mužů se jedná o potíže se vznikem či udržením erekce, u žen se projevuje vaginální suchostí či nedostatečnou schopností lubrikace. (MKN-10, 2025)

Poruchy orgasmu

Při této poruše se organismus vůbec nevyskytuje, nebo je značně opožděný. Tato porucha může být situační (stává se tak jen ve specifických situacích), či neměnná. Častěji se vyskytuje u žen. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Předčasná ejakulace

Neschopnost dostatečného ovládní ejakulace, která přichází velmi brzy. Může být psychologickým důsledkem organického poškození, jako je neschopnost erekce či bolesti. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Neorganický vaginismus

Jedná se o spasmus svalů pánevního dna obklopující pohlavní orgány ženy, který způsobuje uzavření přístupu do orgánu. (MKN-10, 2025)

Neorganická dyspareunie

Dyspareunie neboli bolest během soulože, se vyskytuje u žen i mužů a může být způsobena lokální patologií (v tomto případě musí být zařazena pod patologický stav). (F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, 2025)

Nadměrné sexuální nutkání

Nadměrné sexuální nutkání či nadměrný sexuální pud se nejčastěji vyskytuje v rané dospělosti či v druhé polovině lidského života. Může se jednat o primární poruchu, nebo sekundární například při afektivní poruše. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.6.4 Duševní poruchy a poruchy chování související s šestinedělním nezařazené jinde

Do této kategorie spadají duševní poruchy v souvislosti s šestinedělním, které nesplňují kritéria pro zařazení jinam. Řadíme sem postnatální a poporodní depresi. (F50-F59 – Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, 2025)

1.6.5 Psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami zařazenými jinde

Tato kategorie slouží k zaznamenání přítomnosti vlivů psychologických a vlivů chování, které sehrály důležitou úlohu v etiologii somatických onemocnění. Vzniklé duševní poruchy mají často lehkou intenzitu a jsou dlouhodobé. Patří sem:

- astma,
- dermatitid,
- žaludeční vřed,
- syndrom dráždivého tračníku,
- ulcerózní kolitida,
- kopřivka. (F50-F59 – Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, 2025)

1.6.6 Abúzus látek nezpůsobující závislost

Zde můžeme hovořit o široké škále léčiv, běžně užívaných látek, přírodních přípravků, a tři důležité skupiny:

- psychotropní látky nevyvolávající závislost (antidepresiva),
- projímadla,
- analgetika prodávaná bez lékařského předpisu (paracetamol).

Tyto látky bývají často dlouhodobě nadužívány, což může vést ke komplikacím zdravotního stavu. Ač má pacient určitou motivaci k užívání těchto léků, nevyvine se závislost, ani odvykací příznaky. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.7 F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

1.7.1 Specifické poruchy osobnosti

Paranoidní porucha osobnosti

Paranoidní porucha osobnosti je charakterizována:

- nedůvěřivostí a žárlivostí,
- urážlivostí, vztahovačností,
- citlivostí na překračování jistých hranic,
- zvýšenou potřebou samostatnosti,
- sklonem k zdůrazňování důležitosti vlastní osoby,
- zabýváním se nepodloženými teoriemi vysvětlujícími události ve světě. (Paranoidní porucha osobnosti, 2025)

Jedinci potýkající se s paranoidní poruchou osobnosti jsou velmi vztahovační a mají dojem, že jim neustále někdo škodí, každou událost vztahují na sebe. Jejich přesvědčení však neodráží realitu, ale jsou nevyvratitelná. (Poruchy osobnosti, 2021)

Schizoidní porucha osobnosti

Schizoidní porucha osobnosti je charakterizována emočním chladem, odstupem a citovou oploštělostí. Jedinec s tímto onemocněním vyjadřuje zjevnou lhostejnost ke chvále i kritice, má nedostatek blízkých přátel a důvěrných vztahů a ani po nich netouží. Také se při tomto onemocnění objevuje značná necitlivost pro společenské normy. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Disociální porucha osobnosti

Disociální poruchu osobnosti může také nazvat jako antisociální poruchu osobnosti. Mezi její časté znaky patří:

- ignorace sociálních a společenských pravidel,
- absence pocitu viny,
- sklony k násilí,
- lhostejnost a necitlivost k druhým lidem,
- šarmantní působení na cizí lidi,

- páchání trestných činů.

Disociální porucha osobnosti se velmi často vyskytuje zároveň se závislostí na alkoholu nebo jiných návykových látkách. (Disociální porucha osobnosti, 2025)

Emočně nestabilní porucha osobnosti

Emočně nestabilní porucha osobnosti je poruchou osobnosti, u které je výrazná tendence jednat impulzivně bez uvážení následků spolu s emocionální nestálostí. Jsou specifikovány dvě varianty této poruchy osobnosti, obě se projevují především impulzivitou a absencí sebekontroly. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

První variantou je hraniční typ. Jedinec trpící touto variantou onemocnění trpí poruchou sebepojetí, má sklon k intenzivním, ale nestabilním vztahům. Při situaci, která se mu nelíbí opakovaně vyhrožuje sebepoškozováním a také ho může skutečně aplikovat. Má přetrvávající pocity prázdnoty a nenaplnění. (Emočně nestabilní porucha osobnosti (hraniční typ), 2025)

Druhou variantou je typ impulzivní. Pro tuto variantu je typický sklon k nečekanému jednání, nepromyšlení následků. Jedinec zde také tíhne k hádkám či konfliktům, zvláště pokud se cítí omezován ve svém impulzivním chování. Má sklon k nezvladatelným výbuchům vzteku a k projevům násilí. (Emočně nestabilní porucha osobnosti (impulzivní typ), 2025)

Histriónská porucha osobnosti

Histriónská porucha osobnosti je výrazná živou mimikou a prudkými gesty. Jedinec na sebe poutá pozornost druhých pomocí teatrálních pohybů, zdůrazňuje hněv a do svého chování vtahuje i jiné osoby. Při konfliktu často křičí, rozbíjí předměty, trhá své oblečení a projevuje další znaky demonstrativního projevu agrese. (Kopecká, 2015)

Při jednání s jinou osobou jedinec často polemizuje o daných informacích, smlouvá, odbočuje od daného tématu. (Kopecká, 2015)

Anankastická porucha osobnosti

Mezi projevy anankastické poruchy osobnosti patří pocit osobní nejistoty a pochyby, nadměrná svědomitost, zaměstnávání se detaily, kontrola, tvrdohlavost a opatrnost. Mohou se objevit vtíravé a neúmyslné myšlenky či podněty. (F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých, 2023)

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

Anxiózní porucha osobnosti je charakterizována pocitem napětí, nejistoty, obavy a podřízeností. Vyskytuje se zde trvalá potřeba být milován a přijímán, výrazná přecitlivělost na odmítnutí a kritiku spojenou s vlastní osobou. (F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých, 2023)

Závislá porucha osobnosti

Závislá porucha osobnosti se projevuje pronikavou závislostí na druhé osobě. Jedinci bez jiné osoby nemohou udělat žádné životní rozhodnutí, mají obavu z opuštěnosti. Objevují se zde pocity bezmocnosti, pasivní vyhovění přání jiných lidí. Jedinec s tímto onemocněním často přenáší odpovědnost na druhé. (F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých, 2023)

1.7.2 Smíšené a jiné poruchy osobnosti

Tato skupina zařítuje takové poruchy osobnosti, které nevykazují specifické symptomy, které by umožnily jejich zařazení do jiných definovaných skupin. Často nesou rysy několika poruch bez převažujícího souboru symptomů charakterizující jinou definovanou poruchu osobnosti. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.7.3 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku

Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti

Přetrvávající změna osobnosti může nastat po prožití extrémní stresové situace. Tento stres je přítomný v takové míře, že do odpovědi organismu ve velké míře nezasahují osobnostní rysy a individuální zranitelnost člověka. Jedná se o zážitek koncentračního tábora, mučení, přírodní katastrofy, dlouhodobé vystavení se situaci ohrožující život. Tomuto onemocnění může předcházet posttraumatická stresová porucha – v tom případě může přetrvávající změnu osobnosti považovat za její následek. Změna osobnosti je přetrvávající, musí trvat alespoň 2 roky. Vede ke zhoršení interpersonálních vztahů a funkcí ve společnosti i v zaměstnání. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění

V tomto případě lze změnu osobnosti přičíst traumatickému zážitku z prodělané těžké psychiatrické nemoci. Změny osobnosti se projevují po klinickém uzdravení z duševní poruchy. V rámci změny osobnosti dochází k pasivitě, redukcí zájmů, zhoršení v sociálních aktivitách a narušenými postoji vůči jiným lidem. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.7.4 Nutkavé a impulzivní poruchy

Patologické hráčství

Nejčastějšími zdroji patologického hráčství jsou hazardní a nehazardní automaty, kasina, sportovní sázky a karetní hry. Stejně jako u závislosti na alkoholu, způsobuje závislost na hazardu vážné problémy danému jedinci i jeho okolí. (Kopecká, 2015)

Závislost na hazardu má tři fáze: fázi výher, fázi vyhrávání a fázi zoufalství.

Fáze výher je charakteristická občasnou hrou a častějšími výhrami. Postupně v této fázi dochází k častějšímu hraní a zvyšování sázek, vzniká fantazie o šancích na velké výhry. (Kopecká, 2015)

Ve fázi vyhrávání již mluvíme o vzniku závislosti. Hráč myslí hlavně na hraní a se hrou nedokáže přestat. Začíná si legálně půjčovat peníze, své hraní skrývá a začíná být bezohledný vůči svému zaměstnání, rodině a později i ke splácení dluhu. (Kopecká, 2015)

Fáze zoufalství přináší poškozenou pověst hráče, který se odcizil od rodiny i od přátel. Finanční problémy hráč řeší pácháním trestných činů. (Kopecká, 2015)

Patologické zakládání požárů (pyromanie)

Patologickým zakládáním požárů označujeme chování, které je charakterizováno mnohočetnými činy či pokusy o zakládání požárů majetku nebo jiných objektů, a to bez zjevného motivu.

Objevuje se přetrvávající zabývání se předměty okolo požárů a hoření. Toto chování je často motivováno pocitem stoupajícího napětí před samotným aktem a intenzivním vzrušením po jeho provedení. (F63.1 – Patologické zakládání požárů (pyromanie), 2025)

Patologické kradení (kleptomanie)

Patologické kradení spočívá v nutkavé potřebě krást věci, které jedinec nepotřebuje a které pro něj nemají žádnou hodnotu. Základem kleptomanie není danou věc vlastnit, ale potřeba vykonat proces krádeže. Četnost krádeží záleží na osobnostních rysech a na aktuální situaci jedince – například prožívání stresové situace může vést k výraznějšímu nutkání a častějším krádežím. (Kopecká, 2015)

Trichotillomanie

Trichotillomanií označujeme neurotické vytrhávání vlasů, v některých případech i jiného ochlupení. Následkem bývají viditelné lysiny. Často se objevuje či zhoršuje při stresové zátěži, při klidu může až plně vymizet. Jedinci s trichotillomanií trpí nízkým sebevědomím, podceňují se a mají problémy v komunikaci a navazování nových kontaktů. (Trichotillomanie, 2025)

Jiné návykové a impulzivní poruchy

Tato kategorie zaštiťuje jiné druhy stále opakovaného maladaptivního chování. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.8 F70-F79 Mentální retardace

Mentální retardace představuje stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, charakterizovaným zvláště porušením dovedností. To se projevuje během vývojového období a postihuje všechny složky inteligence, jako jsou poznávací, motorické, řečové a sociální schopnosti. (F70-F79 – Mentální retardace, 2025)

Stupeň mentální retardace se měří standardizovanými testy inteligence. Intelektuální schopnosti i sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času. Mentální retardace může být diagnostikována ve 4 stupních: lehká, střední, těžká a hluboká. (F70-F79 – Mentální retardace, 2025)

Lehká mentální retardace

U lehké mentální retardace se IQ pohybuje mezi 50 až 69, což odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let. Stav vede primárně k obtížím při školní výuce. (F70-F79 – Mentální retardace, 2025)

Střední mentální retardace

V tomto případě dosahuje hodnota IQ 35 až 49, což odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let. Výsledkem je viditelné vývojové opožďení v dětství. Mnoha jedinců může dosáhnout jisté nezávislosti a soběstačnosti, přiměřené komunikace i školních dovedností. V dospělosti je potřeba jedince podporovat jak v práci, tak i v sociálním začlenění. (F70-F79 – Mentální retardace, 2025)

Těžká mentální retardace

Zde IQ dosahuje hodnot 20 až 34. To odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Jedinci vyžadují trvalou podporu ve všech oblastech života. (F70-F79 – Mentální retardace, 2025)

Hluboká mentální retardace

U hluboké mentální retardace dosahuje IQ nejvýše hodnoty 20, což odráží mentální věk pod 3 roky. Tento stav způsobuje nesamostatnost a potřebu neustálé pomoci při komunikaci, pohybu, stravování a hygienické péči. (F70-F79 – Mentální retardace, 2025)

1.9 F80-F89 Poruchy psychického vývoje

1.9.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

Specifická porucha artikulace řeči

Jedná se o nedokonalou výslovnost řeči, která neodpovídá běžné úrovni v daném věku dítěte. Nejedná se o problém se zvládnutím jazyka, protože to je na optimální úrovni. (Specifická porucha artikulace řeči, 2025)

Expresivní porucha řeči

Porucha, při které je schopnost dítěte užívat expresivně mluvenou řeč zřetelně pod úrovní jeho mentálního věku. Jazykové chápání je v normě. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

Receptivní porucha řeči

Receptivní porucha řeči je vývojová porucha, při které je chápání řeči dítětem pod úrovní jeho mentálního věku. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

Získaná afázie s epilepsií (Landauův – Kleffnerův syndrom)

Porucha, při které dítě, které doposud činilo normální pokroky ve vývoji řeči ztrácí receptivní i expresivní dovednosti jazyka, přičemž všeobecná inteligence je zachována. Nástup poruchy je spojen s epileptickými záchvaty. Nejčastěji se projevuje mezi třetím a sedmým rokem života, ke ztrátě dovedností dochází během dní až týdnů. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

1.9.2 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

Specifická porucha čtení

Porucha postihuje základní oblasti čtenářského výkonu, konkrétně rychlost, správnost, techniku čtení a porozumění čtenému textu. Dítě luští písmenka, hláskuje, domýšlí si slova, může zaměňovat zvukově blízká písmenka. (Specifická (vývojové) poruchy učení, 2025)

Specifická porucha psaní a výslovnosti

Tato porucha je charakterizována výrazným poškozením dovednosti psát, bez přítomnosti poruchy čtení. Dle je porušena schopnost orální výslovnosti. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

Specifická porucha počítání

Jedná se o poruchu matematických schopností, postihující manipulaci s čísly, číselné operace, geometrii. Dítě má obtíže s osvojováním si matematických pojmů, chápáním matematických operací. (Specifická (vývojové) poruchy učení, 2025)

Směšená porucha školních dovedností

Do této skupiny řadíme poruchy, u kterých je výrazně postiženo jak počítání, tak i čtení a psaní. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

1.9.3 Specifická vývojová porucha motorických funkcí

Jedná se o poruchu, jejíž hlavním rysem je vážné poškození vývoje motorické koordinace. To není vysvětlitelné mentální retardací, ani vrozeným či neurologickým onemocněním. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

1.9.4 Smíšené specifické vývojové poruchy

Zde se jedná o kategorii pro poruchy, které obsahují směs specifických vývojových poruch řeči, jazyka, školních dovedností a motorických funkcí, z nichž žádná nepřevažuje natolik, aby zastoupila hlavní diagnózu. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

1.9.5 Pervazivní vývojové poruchy

Dětský autismus

U dětského autismu dochází k narušení fungování dítěte ve třech hlavních oblastech, a to v oblasti sociálních dovedností, komunikaci a představitosti. Dítě není schopné navazovat vztahy s ostatními lidmi, nechápe principy sociálního fungování. Objevuje se u něj chybná či omezená artikulace, není schopno hrát fantazijní hry, nezahájí a neudrží konverzaci. (Autismus, 2025)

Atypický autismus

U jedinců s atypickým autismem nedochází k úplnému narušení již zmíněných třech oblastí a porucha bývá diagnostikována v pozdějším věku. Často bývá zaměněn s vývojovou dysfázií či s ADHD. (Atypický autismus, 2025)

Rettův syndrom

Rettův syndrom je vzácná neurologická porucha postihující šedou hmotu mozkovou v raném dětském věku. Vede k tělesnému a mentálnímu postižení a vyskytuje se téměř výhradně u dívek. V prvním stádiu dochází k celkovému opoždění vývoje a špatnou koordinaci pohybu. V posledním stádiu dochází ke skolióze, ztuhlosti a spasticitě. (Rettův syndrom, 2025)

Jiná dětská dezintegrační porucha

Jedná se o typ pervazivní vývojové poruchy charakterizovanou procesem, v rámci, kterého po období zcela normálního vývoje následuje ztráta získaných dovedností. Je doprovázena ztrátou zájmu o okolí a porušenou sociální integrací. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tato porucha popisuje děti s těžkou mentální retardací, jejichž hlavní problém je hyperaktivita, poruchy pozornosti a stereotypní chování. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

Aspergerův syndrom

Porucha projevující se narušením sociálních dovedností, stereotypní oblastí zájmů a aktivit. Od autismu se liší tím, že nedochází k opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopností. (F80-F89 Poruchy psychického vývoje, 2025)

1.10 F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

1.10.1 Hyperkinetické poruchy

Hyperkinetické poruchy jsou charakterizované časným nástupem, obvykle v prvních 5 letech života. Projevuje se nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, tendencí přebíhat od jedné činnosti k druhé spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou nadměrnou aktivitou. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

Hyperkinetické děti jsou v mnoha případech neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům. Často se dostávají do konfliktů a bezmyšlenkovitě porušují pravidla, což může vést k jejich sociální izolaci. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

Řadíme sem Poruchu aktivity a pozornosti, Hyperkinetickou poruchu chování a Hyperkinetickou poruchu NS. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

1.10.2 Poruchy chování

Porucha chování vázaná na vztahy k rodině

Tato porucha se projevuje disociativním nebo agresivním chováním, které je soustředěno na domov a vazby s členy domácnosti a rodiny. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

Nesocializovaná porucha chování

Tento typ poruchy chování je charakterizován kombinací disociálního či agresivního chování s výrazným narušením sociálních vztahů dítěte k okolí. To vede k izolaci dítěte, neoblíbě v kolektivu a absenci trvalých vztahů k vrstevníkům. Dítě může mít sklony k páčání přestupků, šikaně, hrubosti a nespolupráci. (Poruchy chování, 2025)

Socializovaná porucha chování

Socializovaná porucha chování se, stejně jako předchozí porucha chování, vyznačuje kombinací disociálního nebo agresivního chování, ale u dítěte dobře zapojeného do skupiny vrstevníků. Zde je přítomnost trvalého přátelství a důvěrných sociálních vztahů. Dítě se může i nemusí pohybovat v delikventních skupinách, jeho chování bývá přáteli tolerováno. (Poruchy chování, 2025)

Opoziční vzdorovité chování

Tato porucha chování se vyskytuje u dětí ve věku do 10 let. Jedná se o negativistické, vzdorovité, rušivé a provokativní chování, které neodpovídá standardům chování dítěte v tomto věku a stejného sociokulturního zázemí. Děti y touto poruchou se vzpírají požadavkům dospělých, mají nízkou frustrační toleranci. (Poruchy chování, 2025)

Porucha chování NS

Do této kategorie řadíme poruchy, jejichž typ není konkrétně specifikován. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

1.10.3 Smíšené poruchy chování a emocí

Depresivní porucha chování

Depresivní porucha chování kombinuje poruchy chování s trvale výraznou depresí. Objevují se symptomy jako nadměrný smutek, nedostatek zájmu a radosti z běžné činnosti, pocity beznaděje a viny. Současně se může vyskytovat také porucha chuti k jídlu či porucha spánku. (MKN-10)

Jiné smíšené poruchy chování a emocí

Tato kategorie vyžaduje kombinaci poruch chování s trvalými a výraznými emočními symptomy, jako je úzkost, obsese nebo kompulze. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

1.10.4 Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství

Separáčnická úzkostná porucha v dětství

O separáčnickou úzkostnou poruchu se může jednat v případě, kdy dítě projevuje velké známky strachu a úzkosti při odloučení od osob jemu blízkých, ať už je toto odloučení reálné či nikoliv. Dítě je vysoce vystresované a má pocit, že se jeho blízké osoby již nevrátí. Je důležité tuto poruchu odborně řešit již v dětském věku, protože může nést následky do budoucna. (Separáčnická úzkost, 2020)

Fobická anxiózní porucha v dětství

Tato porucha se vztahuje na dětské strachy, které jsou projevem dané vývojové fáze a za normálních okolností se vyskytují u většiny dětí, ale v tomto případě se vyskytují v abnormální míře. Při této poruše nejsou tyto strachy součástí normálního psychosociálního vývoje. (MKN-10, 2025)

Sociální anxiózní porucha v dětství

Jedná se o strach z cizích lidí a z nepochopení sociálních situací, nebo úzkost v nových situacích. Objevuje se v nízkém věku dítěte a je doprovázena sociálním selháním. (MKN-10, 2025)

Porucha sourozenecké rivality

U většiny dětí lze pozorovat určitou míru emoční poruchy objevující se bezprostředně po narození sourozence. Pokud se intenzita či délka trvání vymyká statistikám lze hovořit o diagnostikované poruše. (MKN-10, 2025)

Jiné dětské emoční poruchy

Do této kategorie řadíme například nadměrnou úzkostnou poruchu či poruchu identity. (MKN-10, 2025)

1.10.5 Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání

Elektivní mutismus

Elektivní mutismus je v současné době jediná diagnostikovaná forma mutismu. Termín mutismus představuje útlum řeči, oněmění, způsobené následkem traumatické události, šokem,

stresem a vyčerpáním. Tato porucha postihuje nejčastěji děti se slabší nervovou soustavou, děti se sklony k emocionální labilitě a děti s projevy ADHD. Na vznik mutismu mají vliv nejen vrozené dispozice s výchova dítěte, ale také rodinné vztahy, sociální vazby a prožitá traumata. Můžeme říct, že čím má dítě silnější sklony k labilitě, tím slabší traumatická událost stačí k vyvolání takové stresové reakci organismu, která zablokuje řečové funkce. Dítě může přestat mluvit náhle nebo postupně. Nejčastěji se tato porucha objevuje při nástupu do mateřské nebo základní školy, ale může k ní dojít i v pubertě či dospělosti. Je tedy často doprovázen sociální izolací. (Pugnerová a Kvintová, 2016)

Reaktivní porucha přichylnosti dětí

Tato porucha se objevuje v prvních 5 letech života dítěte. Je charakterizována přetrvávajícími abnormalitami v dětském vzorci sociálních vztahů, které jsou sdruženy s emočními poruchami reaktivními na změny zevního prostředí (například bázlivost, agrese). Tento syndrom se může rozvinout jako výsledek nedostatečného zájmu rodičů či zneužívání dítěte. (MKN-10, 2025)

Porucha desinhibovaných vztahů u dětí

Jedná se o typ abnormální sociální funkce začínající v prvních 5 letech života s tendencí přetrvávat i přes zřetelné změny v okolí. Projevuje se špatně modulovanými vztahy mezi dětmi dané věkové skupiny a nediferencovaně přátelským chováním. (MKN-10, 2025)

1.10.6 Tiky

Přechodná tiková porucha

Přechodná tiková porucha se projevuje prostým pohybovým či zvukovým projevem a během jednoho roku spontánně přechází. Ve školním věku trpí touto poruchou až 28 % dětí. (Není třeba léčit motorické tiky, 2017)

Chronické motorické nebo vokální tiky

Chronické motorické nebo vokální tiky začínají v dětském věku nebo v dospělosti. Vyznačují se jediným pohybovým či zvukovým tikem, který je neměnný a má nízkou intenzitu. (Není třeba léčit motorické tiky, 2017)

Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (Tourettův syndrom)

Tourettův syndrom představuje nejkompexnější tikovou poruchu. Představuje kombinaci několik motorických a zvukových tiků s poruchami chování. Příznaky se objevují v dětství, v období puberty kumulují a později mají tendenci se zmírňovat. U některých jedinců přetrvávají tiky v lehké formě i v dospělosti, některým vymizí úplně a v některých případech je nutno léčit tuto poruchu farmakologickou léčbou. (Není třeba léčit motorické tiky, 2017)

1.10.7 Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

Neorganická enuréza

Neorganická enuréza představuje únik moči v nevhodných momentech či na nevhodných místech. Může se tak dít záměrně či mimovolně. Dítě je přitom somaticky v pořádku, nemá potíže s močovým měchýřem či ledvinami. Může se vyskytovat izolovaně či s kombinací s poruchami chování. (Neorganická enuréza, 2025)

Neorganická enkopréza

Neorganická enkopréza označuje vyprazdňování stolice v nevhodných momentech nebo na nevhodných místech, a to úmyslně či mimovolně. Jedinec je somaticky v pořádku, nemá potíže se střevy či s konečníkem. (Neorganická enkopréza, 2025)

Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku

Do této kategorie řadíme symptom ruminace, který se objevuje v útlém kojeneckém věku, ale ve věku batolecím. Ruminace se často objevuje u dětí s mentální retardací. Dochází k vyzvracení potravy bez předchozích viditelných příznaků nevolnosti. (Koutek a Kocourková, 2024)

Obyčejně sem také řadíme odmítání stravy a nadměrná vybíravost v jídle za nepřítomnosti organického onemocnění. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

Pika kojenců a dětí

Pika kojenců a dětí představuje trvalou konzumaci látek neurčených k jídlu, jako je zemina, laky, bary. Může se objevovat jako symptom některého duševního onemocnění (například autismu), nebo jako samostatné psychopatologické chování. (MKN-10, 2025)

Stereotypní pohybové poruchy

Jedná se o volní, opakované, stereotypní, nefunkční a často rytmické pohyby, které nejsou součástí známého neurologického nebo psychiatrického stavu. Mezi pohyby patří pohupování tělem, potřásání hlavou, kroucení vlasů. Můžou se také objevit pohyby se sebepoškozujícím charakterem, jako například opakované úderý do hlavy, plácání do tváří, kousání rtů, rukou, nebo jiných částí těla. Veškeré pohyby se ve většině případů vyskytují u dětí s mentální retardací. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

Koktavost

Jedná se o řeč charakterizovanou častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, nebo častými pauzami narušujícími rytmický tok řeči. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

Brebtavost

Brebtavost představuje značně zrychlenou řeč s přestávkami, bez opakování a váhání. Její rychlost vede často k nesrozumitelnosti. Řeč je nerytmická, slova se překrývají a dochází k chybnému vyjadřování. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

Jiné určené poruchy chování a emocí, s nástupem vyskytující se obvykle v dětství a dospívání

Do této kategorie spadá například kousání nehtů, cucání palce či nadměrná masturbace. (F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání, 2025)

1.11 F99 Neurčená duševní porucha

Do této kategorie řadíme veškerá duševní onemocnění, u kterých nelze použít některý z výše popsaných kódů F00-F98. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize, 2000)

2 Sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina

V Kraji Vysočina se nachází značné množství sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Tyto služby dělíme na pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové sociální služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb, jedná se například o chráněné bydlení. Ambulantní sociální služby jsou takové, za kterými klient dochází, nebo je doprovázen. Terénní sociální služby jsou klientům poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí, nejčastěji se jedná o místo jejich trvalého bydliště. (Typologie sociálních služeb, 2026)

V Kraji Vysočina existuje celkem 57 sociálních služeb, které poskytují pomoc a podporu osobám s chronickým duševním onemocněním. Tyto služby jsou poskytovány ambulantně, v terénní či pobytové formě. (Registr poskytovatelů služeb, 2026)

2.1 Ambulantní sociální služby

Kraj Vysočina nabízí 21 ambulantních sociálních služeb pro cílovou skupinu osoby s chronickým duševním onemocněním. (Registr poskytovatelů služeb, 2026)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Tato sociální služba zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, poskytuje sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou službou určenou pro osoby se sníženou soběstačností, které z tohoto důvodu nejsou umístitelné na volném či chráněném trhu práce. Cílem je podpora pracovních návyků. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví poskytují služby osobám s duševním onemocněním, poruchou chování, osobám s rizikem rozvoje duševního onemocnění a jejich blízkým osobám. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je poskytována ve formě ambulantní, terénní i pobytové. Cílem poskytování služby je zvýšení nezávislosti klienta. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou sociální službou určenou pro osoby se sníženou soběstačností. Poskytují pomoc při zvládnání péče o vlastní osobu, poskytují stravu, pomoc při hygieně či aktivizační činnosti. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Služby následné péče

Služby následné péče jsou ambulantní službou pro osoby s chronickým duševním onemocněním či pro osoby se závislostí na návykových látkách, které absolvovali lůžkovou zdravotní péči, ambulantní péči, či abstinují. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba v ambulantní formě poskytuje pomoc a podporu osobám se sníženou soběstačností v zařízení sociálních služeb. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

2.2 Terénní sociální služby

Terénních sociálních služeb funguje v Kraji Vysočina pro danou cílovou skupinu 19. (Registr poskytovatelů služeb, 2026)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Tato sociální služba je mimo ambulantní formy poskytována také ve formě terénní. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví poskytují služby také v terénní formě. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace podporuje rozvoj specifických dovedností osob s cílem dosažení soběstačnosti a nezávislosti. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je sociální služba poskytovaná osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje pomoc se zajištěním chodu domácnosti či výchovné a vzdělávací činnosti. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba v terénní formě poskytuje pomoc a podporu osobám se sníženou soběstačností v domácnosti osob. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na individuální potřeby jednotlivých cílových skupin. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Osobní asistence

Osobní asistence poskytuje pomoc osobám se sníženou soběstačností. Služba je poskytována v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, ve kterých daná osoba potřebuje pomoc a podporu. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

2.3 Pobytové sociální služby

Pobytové sociální služby jsou v Kraji Vysočina zastoupené nejvíce. Jejich celkový počet je 34. (Registr poskytovatelů služeb, 2026)

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou sociální službou pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění či závislosti na návykové látce. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Odlehčovací služby

Odlehčovací služba poskytuje ubytování osobám se sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem této sociální služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Služby následné péče

Služby následné péče mohou být poskytovány i ve formě pobytové. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení poskytuje pomoc a podporu jiné fyzické osoby osobám se sníženou soběstačností. Má formu skupinového, případně individuálního bydlení. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace představuje soubor činností, které směřují k dosažení samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti osob prostřednictvím rozvoje jejich specifických schopností a dovedností. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

Terapeutické komunity

Tato služba poskytuje pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo pro osoby s chronickým duševním onemocněním, se zájmem o začlenění do běžného života. (Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, 2026)

II. Praktická část

3 Výzkum

Výzkum, nebo výzkumná část diplomové práce se zaměřuje na sběr dat, která poskytnou přehled informací, které nejčastěji vyhledávají sociální pracovníci nepracující s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním o službách pro tuto cílovou skupinu v Kraji Vysočina. Na základě těchto informací byly vytvořeny webové stránky jako přehled sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu této diplomové práce je na základě dotazníkového šetření realizovaného mezi sociálními pracovníky, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním, zjistit, jaké informace nejčastěji hledají ohledně dostupných služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina a na základě výsledků dotazníkového šetření zpracovat webové stránky obsahující potřebné informace.

Pro diplomovou práci byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky:

HVO1: Kde sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, nejčastěji vyhledávají informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina?

HVO2: Jaké informace o službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina by sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, ocenili na jedné webové stránce?

3.2 Metodika výzkumu

K realizaci diplomové práce byla použita odborná literatura a vlastní zkušenosti a znalosti. Ke zhotovení výzkumu byl použit kvantitativní výzkum – dotazníkové šetření. Získaná data byla zpracována v programu Excel, verze 16.104.1.

Kvantitativní výzkum využívá výběry, experimenty a sběr dat pomocí testů, dotazníků či pozorování. Získaná data se vyhodnocují měřením, poté analýzou statickými metodami. Cílem je objevovat, popisovat a případně ověřovat pravdivost našich prvotních domněnek a představ. (Hendl, 2023)

Měření prostřednictvím kvantitativního výzkumu musí být validní – měřit skutečně to, co má, spolehlivá – jestliže budeme vícekrát měřit jednu a tu samou nezměněnou věc, dojdeme ke stejnému výsledku. Posledním požadavkem je verifikace, tedy možnost získat podpůrné argumenty pro zhodnocení platnosti teorie. (Hendl, 2023)

Kvantitativně zaměřený výzkum můžeme rozdělit na experimentální a neexperimentální.

Základní charakteristikou experimentu je, že výzkumník úmyslně přivodí změnu situace, okolností a sleduje změny na straně pozorovaných jedinců. Je žádoucí, aby byl experiment před samotným sběrem dat velmi pečlivě naplánovaný a připravený. Cílem je zamezení skutečnosti, že budou závěry ovlivněny „rušivými“ faktory. (Hendl, 2023)

Při neexperimentálním výzkumu výzkumník nezpůsobuje změnu situace ani podmínek či okolností. (Hendl, 2023)

3.3 Výzkumný soubor

Dotazníkové šetření probíhalo v časovém období prosinec 2025 až leden 2026. Veškeré dotazníky byly zaslány v elektronické podobě, byly vytvořeny v prostředí platformy Google Forms. Dotazníky byly rozeslány mezi sociální pracovníky nemocnic, obcí a sociálních služeb, jejichž cílovou skupinou nejsou osoby s chronickým duševním onemocněním, v Kraji Vysočina.

Dotazníkové šetření zjišťovalo, jaké informace o dostupných sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina nejčastěji hledají sociální pracovníci, kteří s touho cílovou skupinou nepracují. Dále dotazníkové šetření zjišťovalo, kde tyto informace nejčastěji hledají a zda se jim aktuální zdroje zdají dostupné a přehledné.

Dotazník se skládal ze 7 otázek, z nichž 4 otázky umožňovali výběr pouze jedné odpovědi, u 3 otázek bylo možné zvolit odpovědi více či dopsat odpověď vlastní. Dvě otázky obsahovaly slovní škálu se stupnicí velmi – spíše – vůbec.

3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumného vzorku byli zahrnuti sociální a zdravotně sociální pracovníci zaměstnaní v organizacích, jejichž primární cílovou skupinou nejsou osoby s chronickým duševním onemocněním, ale kteří se s touto skupinou v rámci výkonu povolání mají možnost setkat. Další kritérium pro výběr výzkumného vzorku bylo geografické omezení – výzkum probíhal v Kraji Vysočina. Byly osloveni sociální a zdravotně sociální pracovníci na základě dobrých vztahů, prostřednictvím vedoucích pracovníků a s pomocí pracovníků sociálního odboru Krajského úřadu Kraje Vysočina.

Celkem se podařilo získat vyplněné dotazníky od 74 sociálních pracovníků z Kraje Vysočina, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním.

3.5 Vyhodnocení nasbíraných dat

V této podkapitole se věnuji vyhodnocení jednotlivých otázek, které se v dotazníku nacházely. Otázky se zaměřovaly na získání informací o tom, jak často se vybraný výzkumný vzorek setkává v rámci své profese s osobami s chronickým duševním onemocněním, jaké informace o dostupných sociálních službách pro tuto cílovou skupinu v Kraji Vysočina vyhledává a zda by z jeho pohledu bylo užitečné mít přehled vybraných informací na jedné webové stránce.

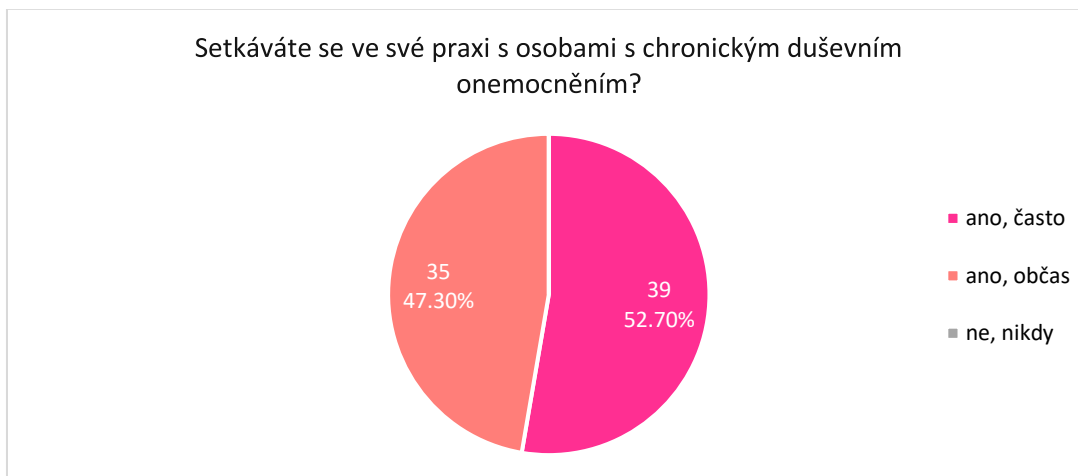
3.5.1 HVO1: Kde sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, nejčastěji vyhledávají informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina?

K první výzkumné otázce se v dotazníku vázaly otázky číslo 1 a 3. Cílem bylo zjistit, zda se sociální pracovníci z výzkumného vzorku setkávají v rámci své profese s osobami s chronickým duševním

onemocněním a jak často, a kde nejčastěji vyhledávají informace o dostupných sociálních službách pro tuto cílovou skupinu v Kraji Vysočina. V otázce číslo 1 bylo možné zvolit jednu odpověď, v otázce číslo 3 bylo možné zvolit více odpovědí, případně odpověď „jiné“, která dala respondentům možnost dopsat svou odpověď.

Otázka číslo 1: Setkáváte se ve své praxi s osobami s chronickým duševním onemocněním?

Tato otázka obsahovala odpovědi, z nich mohli respondenti zvolit právě jednu možnost. Odpověď „ano, často“ zvolilo 39 ze 74 respondentů, tedy 52,7 %. Odpověď „ano, občas“ zaškrtnulo 35 respondentů, tedy 47,3 % a odpověď „ne, nikdy“ nezvolil žádný z respondentů. Rozložení odpovědí lze vidět na přiloženém grafu.



Graf 1: Otázka číslo 1

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

Otázka číslo 3: Kde nejčastěji vyhledáváte informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina?

Otázka číslo 3 sloužila ke zjištění informace o tom, kde osoby z výzkumného vzorku nejčastěji vyhledávají informace o dostupných sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Systém odpovědí umožňoval vybrat více variant, či po zaškrtnutí políčka „jiné“ dopsat odpověď, která v možnostech uvedená nebyla.

Respondenti vybírali mezi možnostmi: internetové stránky konkrétní sociální služby, Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV, kolegové či odborníci z praxe, sociální sítě a informační letáky. Nejvíce, 70 respondentů, zvolilo možnost internetových stránek sociálních služeb, což tvořilo 94,6 % odpovědí na tuto otázku. Jako druhý nejčastější zdroj informací volí respondenti Registr poskytovatelů sociálních služeb. Četnost volby jednotlivých odpovědí lze vidět na grafickém znázornění.



Graf 2: Otázka číslo 3

Zdroj: vlastní zpracování 2026

Shrnutí HVO 1: Kde sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, nejčastěji vyhledávají informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina?

Do výzkumného vzorku byly zahrnuti sociální pracovníci z Kraje Vysočina, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním. Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že je s lidmi s chronickým duševním onemocněním se v rámci své profese setkává často 39 ze 74 respondentů, což tvoří 52,7 %. Pouze občas se s touto cílovou skupinou setkává 35 respondentů, což tvoří 47,3 %. Žádný z respondentů neuvádí, že by se v rámci profese s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním nikdy nesetkal.

Otázka zaměřená na zisk informací, kde respondenti nejčastěji vyhledávají informace o dostupných sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina, byla tvořena formou zaškrtování jedné či více odpovědí, případně dopsáním odpovědi vlastní. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů (70 respondentů, což je 94,6 %) vyhledává tyto informace na webových stránkách jednotlivých sociálních služeb. Druhý nejvyužívanější zdroj informací je dle odpovědí respondentů Registr poskytovatelů sociálních služeb, který zvolilo 39 respondentů, tedy 52,7 %. Naopak nejméně využívanou formou zisku informací jsou sociální sítě. Tuto možnost jako zdroj informací využívá 5 respondentů, což tvoří 6,8 % z celkového počtu odpovědí.

3.5.2 HVO2: Jaké informace o službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina by sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, ocenili na jedné webové stránce?

K druhé výzkumné otázce se řadí otázky v dotazníku s číslem 2, 4, 5, 6 a 7. Cílem těchto otázek je zjistit, jaké informace sociální pracovníci o službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním nejčastěji vyhledávají, jak hodnotí dostupnost a přehlednost daných informací, zda by dle jejich názoru bylo užitečné mít přehled informací na jedné webové stránce a jaké konkrétní informace by na takových webových stránkách ocenili.

Otázka číslo 2: Jaké typy informací o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním vyhledáváte nejčastěji?

Dotazníková otázka číslo dva zjišťovala, jaké typy informací o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním respondenti vyhledávají nejčastěji. Na výběr měli z možností: typ sociální služby (chráněné bydlení, denní stacionář, ...), cílová skupina, umístění konkrétního zařízení, poskytované činnosti, ceník, formulář žádosti o poskytování sociální služby či možnost „jiné“, v rámci, které mohli dopsat svou odpověď.

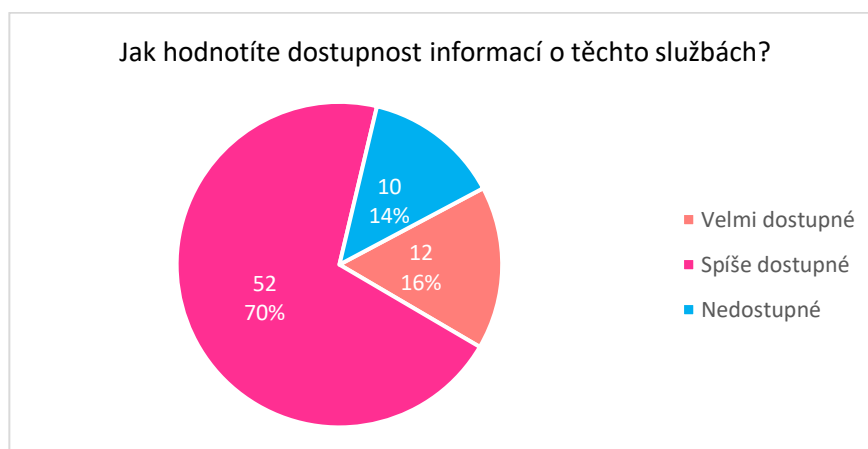


Graf 3: Otázka číslo 2

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

Otázka číslo 4: Jak hodnotíte dostupnost informací o těchto službách?

Tato otázka umožňovala volbu právě jedné odpovědi na škále velmi dostupné, spíše dostupné a nedostupné. Odpověď „velmi dostupné“ zvolilo 12 respondentů, což tvoří 16,2 % z celkového počtu odpovědí, odpověď „spíše dostupné“ zaškrtnulo 52 respondentů, což je 70,3 % z celkového počtu odpovědí a jako „nedostupné“ vnímá dostupnost těchto informací 10 respondentů, tedy 13,5 %.

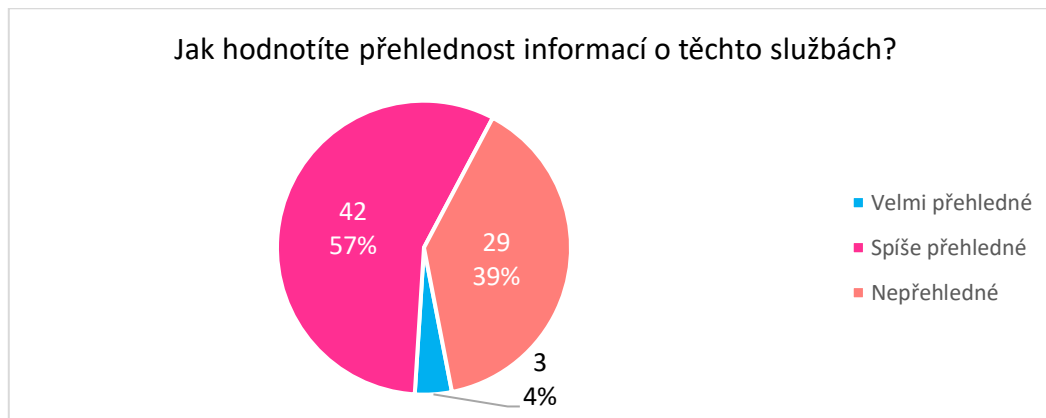


Graf 4: Otázka číslo 4

Zdroj: vlastní zpracování 2026

Otázka číslo 5: Jak hodnotíte přehlednost informací o těchto službách?

Otázka číslo 5 také obsahovala odpovědi formou stupnice „velmi přehledné“, „spíše přehledné“ a „nepřehledné“. Za velmi přehledné považují informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina 3 respondenti (4,1%), za spíše přehledné je považuje 42 respondentů (56,8%) a za nepřehledné 29 respondentů (39,2%). Rozložení jednotlivých odpovědí znázorňuje koláčový graf.



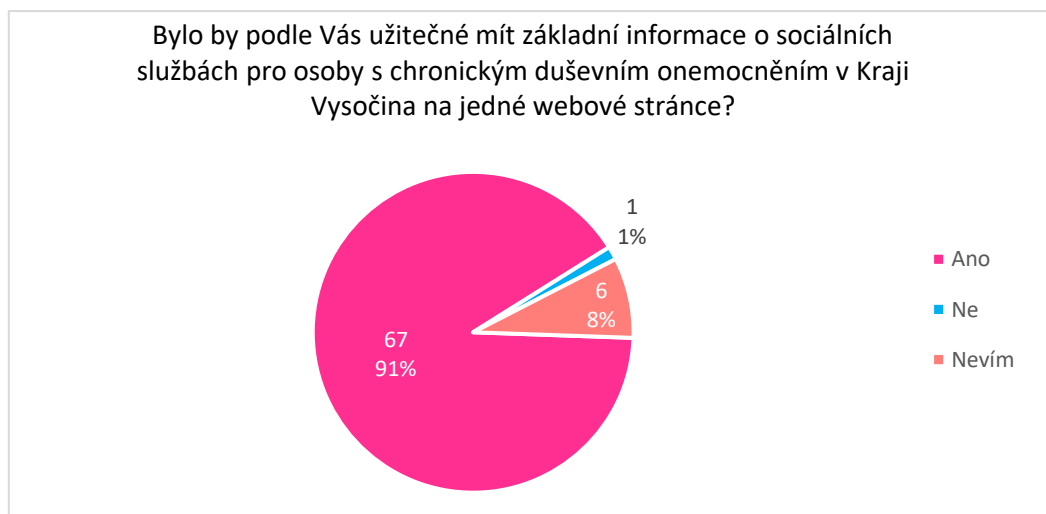
Graf 5: Otázka číslo 5

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

Otázka číslo 6: Bylo by podle Vás užitečné mít základní informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina na jedné webové stránce?

Na tuto otázku jeden respondent odpověděl slovem „ne“, což tvoří 1,4% odpovědí. Slovem „nevím“ odpovědělo 6 respondentů, tedy 8,1%. Zbylých 67 respondentů zvolilo odpověď „ano“, což tvoří 90,5% ze všech odpovědí.

Otázka číslo 6 tvořila nosný bod pro tvorbu webových stránek, jelikož jsou navrženy tak, aby byly pro sociální pracovníky užitečné. Zjistit, zda by o tento zdroj informací měli sociální pracovníci nepracující s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním zájem bylo velmi podstatné.



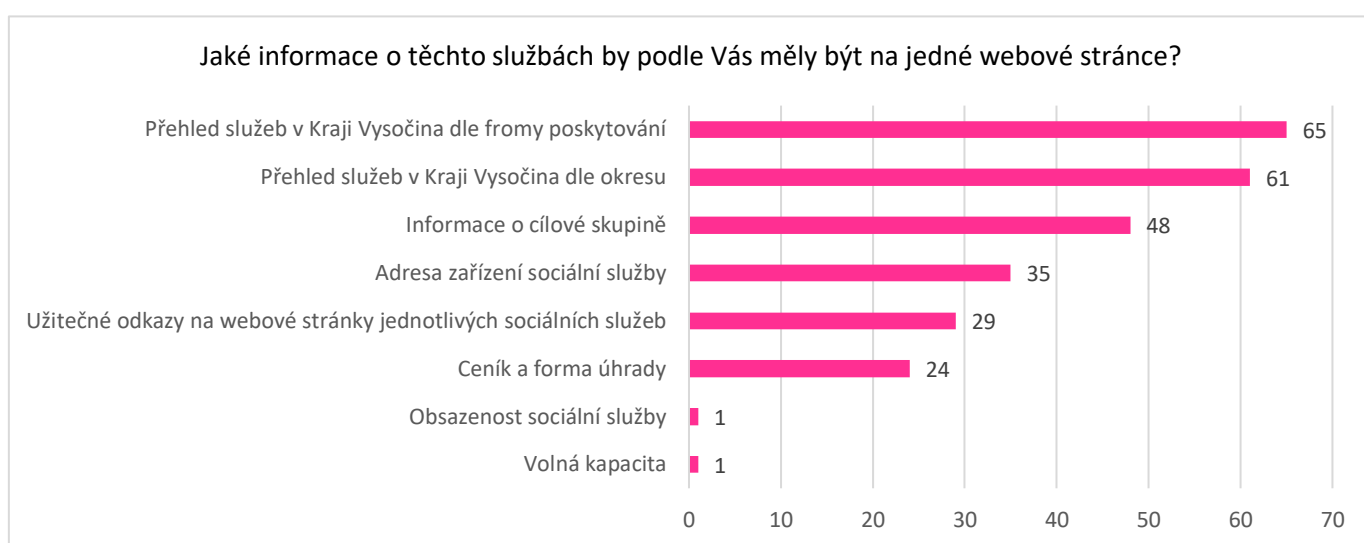
Graf 6: Otázka číslo 6

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 7: Jaké informace o těchto službách by podle Vás měly být na jedné webové stránce?

U této otázky vybírali respondenti jednu či více možností z nabídky uvedených informací, nebo mohli zvolit možnost „jiné“. Nejvíce, tedy 65 respondentů zvolilo možnost „přehled těchto služeb v Kraji Vysočina dle formy poskytování“. Druhé největší zastoupení měla možnost „přehled těchto služeb v Kraji Vysočina dle okresu“, kterou zvolilo 61 respondentů. Třetí, nejčastěji volená možnost byla „informace o cílové skupině“, kterou zaškrtnulo 48 respondentů. Dva respondenti zvolili možnost dopsání vlastní odpovědi, které představovaly volnou kapacitu a obsazenost sociální služby.

Tato otázka byla pro tvorbu mých webových stránek klíčová, jelikož jsem se je snažila tvořit na základě požadavků sociálních pracovníků nepracujících s osobami s chronickým onemocněním tak, aby pro ně byly užitečné a reálně využitelné.



Graf 7: Otázka číslo 7

Zdroj: vlastní zpracování 2026

Přehled odpovědí a četnost jejich zvolení ukazuje přiložený graf.

Shrnutí HVO 2: Jaké informace o službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina by sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, ocenili na jedné webové stránce?

Z části dotazníkového šetření, vztahující se k hlavní výzkumné otázce číslo 2 vyplývá, že respondenti nejčastěji vyhledávají typ sociální služby a informace o cílové skupině. Více než polovina respondentů uvádí, že jim informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina přijdou spíše dostupné. Za spíše přehledné je hodnotí 42 respondentů, 3 respondenti je vnímají jako velmi přehledné a 29 respondentů jako nepřehledné.

V návaznosti na tyto otázky odpovídali respondenti, zda by podle nich bylo užitečné mít přehled základních informací o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina na jedné webové stránce. Většina, tedy 90,5 % respondentů uvádí, že by tento přehled pro ně užitečný byl. Malá část respondentů, 8,1 %, zvolila odpověď „nevím“ a pouze 1 respondent uvádí, že by tento přehled pro něj užitečný nebyl.

Na webové stránce by respondenti nejvíce ocenili přehled sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina dělený dle okresu a formy poskytování. Třetí nejvíce zastoupená možnost jsou informace o cílové skupině. Více než 20 respondentů také uvedlo ceník, odkazy na webové stránky jednotlivých sociálních služeb a adresu zařízení sociální služby.

Tyto získané informace byly následně využité při tvorbě webových stránek tak, aby obsahovaly informace, které si sociální pracovníci v rámci dotazníkového šetření zvolily za užitečné a které by na nově vzniklé webové stránce ocenili.

4 Tvorba webových stránek

Webové stránky byly utvořeny na základě dat, které jsem měla možnost získat dotazníkovým šetřením. Stránky jsou formátovány a obsahově naplněny tak, aby v rámci možností co nejvíce zrcadlili požadavky sociálních pracovníků z Kraje Vysočina, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním.

4.1 Přípravná fáze

Před zahájením samotné tvorby webových stránek bylo potřeba zajistit více složek, které vedly k úspěšné realizaci celé tvorby.

V první fázi příprav na tvorbu webových stránek jsem realizovala kvantitativní výzkum – dotazníkové šetření. Dotazníky byly určeny sociálním pracovníkům v Kraji Vysočina, nepracujícím s osobami s chronickým duševním onemocněním. Získávala jsem data o tom, kde tito sociální pracovníci nejčastěji vyhledávají informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina, jaké informace potřebují nejčastěji, zda by ocenili uspořádání základních informací na jedné webové stránce a jaké konkrétní informace by se na nich měly nacházet.

Dále jsem se věnovala výběru vhodné platformy pro tvorbu webových stránek. Jelikož jsem již z realizace bakalářské práce měla zkušenost s online platformou Webnode, rozhodla jsem se k jejímu opětovnému použití. Tato platforma nabízí bezplatné naprogramování webových stránek, které nabízí spoustu možností úprav, nastavení odkazů či propojení jednotlivých stránek a zároveň je uživatelsky přívětivá pro člověka, který nemá schopnosti pro tvorbu webových stránek na profesionální úrovni.

Po získání potřebného množství dat a zvolení platformy pro tvorbu webových stránek jsem si vytvořila časový harmonogram, který byl reálný a který mi umožnil dokončit webové stránky v požadovaném termínu.

4.1.1 Důvod tvorby webových stránek

V dnešní digitální době se můžeme na internetu setkat se spoustou zdrojů informací. Ať už se jedná o oficiální webové stránky, články či registry, každá z nich nabízí velké množství informací, ve kterých může být náročné se zorientovat či v krátké časové dotaci najít základní informace. Z tohoto důvodu jsem si zvolila vytvoření webových stránek, které nabídnou základní přehled informací o službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Tyto webové stránky přináší přehled dostupných služeb, základní informace a lze se skrz ně jednoduše dostat na oficiální webové stránky dané organizace.

Webové stránky jsou koncipovány jednoduše, intuitivně a k vyhledání konkrétní informace není třeba zvýšené schopnosti práce s počítačem. Primárním cílem tvorby webových stránek byla možnost vyhledání základních informací na jednom místě a během krátkého času. V případě zaujetí danou sociální službou je možné navštívit jejich webové stránky, či se přes vložené odkazy dostat přímo k ceníku, žádosti o poskytování sociální služby či zjistit adresu. Stránky představují možnost zisku rychlých základních informací a přehledu, kam směřovat. Slouží jako rozcestník pro další, detailnější vyhledávání. Naopak webové stránky neposkytují zisk všech informací o

dané sociální službě. Vzhledem k možnosti dostat se na webové stránky dané organizace přes vložené odkazy budou informace o sociálních službách stále aktuální.

4.1.2 Cílová skupina

Mnou vytvořené stránky jsou určeny pro osoby s chronickým duševním onemocněním, jejich rodiny a blízké, pro širokou veřejnost i pro odborníky. Jelikož osob s chronickým duševním onemocněním přibývá a informace o sociálních službách pro tuto cílovou skupinu jsou velmi podstatné nejen pro potencionální klienty, ale i pro sociální pracovníky, kteří s touto cílovou skupinou přímo nepracují, zvolila jsem jejich zapojení do tvorby webových stránek. Vytvořila jsem dotazníkové šetření určené pro sociální pracovníky, kteří s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním přímo nepracují. Rozhodla jsem se tak z toho důvodu, že jsou tito pracovníci často prvním kontaktem pro osoby s chronickým duševním onemocněním a mají možnost je nasměřovat na odborníky či sociální služby. Webové stránky obsahují takové informace, které si sociální pracovníci v rámci dotazníkového šetření zvolili, které jsou z jejich pohledu užitečné a které by na jedné webové stránce ocenili.

Zorientování se na webových stránkách je velmi jednoduché, a proto jsou vhodné i pro začátečníky v práci na počítači, pro osoby, které nejsou zvyklé vyhledávat informace na internetu a pro starší ročníky, jež s prací na počítači začínají.

Webové stránky jsou vhodné také pro odborníky, kteří se prací s osobami s chronickým duševním onemocněním přímo věnují – webové stránky mohou být využity jako přehled informací předávaný klientům, kteří mohou stránky navštívit a k jednotlivým informacím o sociálních službách se vracet.

4.1.3 Propagace

V rámci přípravné fáze jsem se zamýšlela nad otázkou propagace webových stránek. Rozhodla jsem se pro aktivní propagaci webových stránek, jelikož jejich navštívení „náhodně“ není příliš pravděpodobné.

Dnešní doba nabízí spoustu možností propagace, jedná se například o placenou reklamu na internetu či na sociálních sítích, rádiového rozhlasu a tak dále. Vzhledem k finančním možnostem jsem se rozhodla o vytvoření letáčku, který obsahuje odkaz na webové stránky a nabízí základní informace o tom, co se na stránkách dá najít. Informační letáky pro mě představovali nejjednodušší a finančně nenáročnou možnost.

Informační leták jsem distribuovala v rámci krajského města Kraje Vysočina – v Jihlavě. Jihlavu jsem zvolila z toho důvodu, že zde celý život žiji, toto město znám a mám možnost umístit letáky na různé lokace. Roznos informačních letáků jsem zajistila sama.

Dále jsem odkaz na webové stránky poskytla přátelům a blízkým, kteří povědomí o nich předávají dál a sociálním pracovníkům, kteří jsou mými bývalými spolužáky či se kterými se scházím v rámci své profese.

4.2 Finanční zajištění

Neopomenutelnou stránkou každé tvorby je také finanční stránka. Tvorbu dotazníků a jejich distribuci jsem si zajišťovala sama. Jelikož jsem dotazníkové šetření netiskla, ale rozesílala jsem jejich online verzi, kvantitativní výzkum nepotřeboval žádné finanční prostředky.

Webové stránky jsem tvořila na bezplatné online platformě Webnode a na celé tvorbě jsem se podílela sama. Kromě časových nákladů nebylo potřeba zajišťovat vznik webových stránek jinými prostředky.

Informační letáky jsem si tvořila sama, avšak jejich distribuce byla potřeba finančně zajistit. Položka, která drobné finanční náklady představovala byl tisk informačních letáků. Bylo vytištěno 50 informačních letáků ve velikosti A5, jejichž tisk (započítána je cena papíru a barevného toneru do tiskárny) vyšel na 480 Kč.

Veškeré finanční náklady potřebné na tvorbu webových stránek, tisk a distribuci propagačních letáků byly uhrazeny z vlastních zdrojů.

Finanční náklady zobrazuje přiložená tabulka.

Tabulka 1: Finanční náklady

Tvorba a distribuce dotazníků	0 Kč
Tvorba webových stránek	0 Kč
Papír na informační letáky – 50 kusů velikosti A4	20 Kč
Barevný toner do tiskárny	450 Kč

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

4.3 Realizační fáze

4.3.1 Tvorba webových stránek

Při zvažování tématu mé diplomové práce pro mě bylo stěžejní, aby její cíl a výsledek byl reálně využitelný, dostupný a užitečný. Po delším přemýšlení jsem se rozhodla zaměřit se na cílovou skupinu osoby s chronickým duševním onemocněním a vytvořit stručný přehled základních informací o sociálních službách pro tuto cílovou skupinu v Kraji Vysočina. Aby byl celý koncept tvorby webových stránek ještě praktičtější, informace obsažené na webových stránkách jsou vybrány na základě dotazníkového šetření prováděného mezi sociálními pracovníky, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním.

Prvním krokem tvorby webových stránek bylo vybrání platformy, která poskytuje možnost naprogramování vlastních stránek. Zvažovala jsem takové platformy, které jsou jednoduché, finančně nenáročné a na kterých lze vytvořit kvalitní webové stránky bez rozšířených IT znalostí. Na internetu lze najít spoustu platforem které toto nabízejí, a proto bylo nutné každou platformu vyzkoušet a zjistit, jaké bude mé tvorbě vyhovovat nejvíce, a která i v neplacené verzi poskytne možnost podrobnějších úprav. Jelikož jsem již v rámci bakalářské práce webové stránky tvořila, rozhodla jsem se znovu využít platformu Webnode. Tato platforma poskytuje bezplatné vytvoření webových stránek, které lze programovat a upravovat dle přání zhotovitele. Zároveň

také poskytuje placené verze, takže je vhodná i pro osoby tvořící webové stránky na vyšší, profesionální úrovni. V rámci platformy Webnode si lze vybrat šablonu dle typu vytvářených stránek. Do vybrané šablony jsem poté vkládala text, upravovala jsem si design, rozložení stránek a programovala jsem způsob prohlížení webových stránek. Platforma je poskytována v anglickém jazyce, což pro mě nebyla překážka a nebylo tedy nutné hledat české poskytovatele platforem pro tvorbu webových stránek. Jednou z výhod také je, že i v neplacené verzi nabízí Webnode zachování webových stránek na dobu neurčitou.

Po zvolení platformy a šablony pro tvorbu webových stránek přišel čas na promyšlení názvu. Jelikož jsem se snažila o takový název, který by byl jednoduchý, snadno zapamatovatelný a který by odpovídal obsahu webových stránek, zvolila jsem název duševní zdraví – Vysočina.

Dalším krokem bylo promyšlení celkového designu webových stránek. Nejprve jsem volila font písma. Kritérium bylo, aby byl text jednoduchý, dobře čitelný a zároveň výrazný. Barevnou škálu pro webové stránky jsem zvolila ve fialových tónech. Záměrem bylo, aby zvolená barevná paleta působila klidně, pozitivně a aby nijak nerušila čtení textu. Pro webové stránky jsem také zvolila logo, které je viditelné na hlavní stránce ihned po vyhledání internetové adresy webové stránky. Toto logo se skládá z listu, který v psychologii může symbolizovat růst, proměnu či propojení s okolím.

Na spodní liště webových stránek jsem poté uvedla rok vytvoření, který také představuje rok, ke kterému jsou webové stránky aktuální.

Webové stránky obsahují 6 hlavních oddílů, které jsou viditelné ihned po otevření stránek. Jedná se o stránku Home, okres Jihlava, okres Havlíčkův Brod, okres Třebíč, okres Pelhřimov a okres Žďár nad Sázavou.

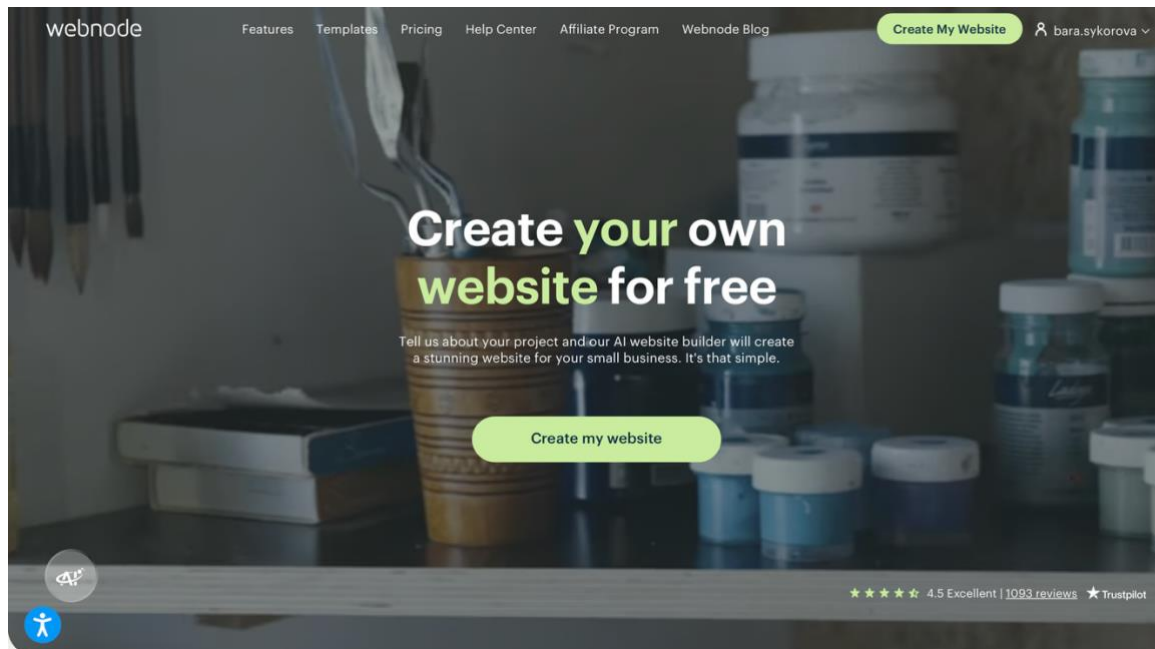
Obsah webových stránek je rozdělený dle okresu a formy poskytování sociální služby.

Každé sociální službě jsem věnovala samostatnou stránku, na které je uvedený název služby, informace o cílové skupině, poskytované služby, adresa, odkaz na webové stránky, odkaz na ceník a na formulář žádosti o poskytování služby. U každé sociální služby je přiložená také mapa její lokace.

Jedním z posledních kroků, ale ne méně důležitým, bylo upravení webových stránek tak, aby bylo možné je bez výrazného omezení prohlížet i na tabletu či mobilním telefonu. K tomuto kroku jsem se rozhodla z toho důvodu, že v dnešní době je hledání informací a čtení na mobilním telefonu velmi rozšířené. Protože jsem chtěla, aby mé webové stránky byly dostupné komukoliv, bylo klíčové, aby zobrazení na mobilním telefonu fungovalo ve stejné kvalitě, jako na počítači. Tato úprava poskytuje možnost vracet se k informacím z webových stránek kdykoliv – jediné co je potřeba je internetové připojení.

Webové stránky jsou veřejné, bezplatné a díky zvolení platformy Webnode budou k dispozici neustále bez časového omezení. To mi také umožní aktualizovat jejich obsah i po ukončení mého vysokoškolského studia a přidávat případně nově vzniklé sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina.

Jelikož jsem webové stránky tvořila bez odborného IT vzdělání, jejich princip je jednoduchý, přehledný a neobsahuje profesionální funkce. Na druhou stranu může tento fakt přinášet výhodu, jelikož vyhledání informací na webové stránce je intuitivní, není zdlouhavé a pro návštěvníka by nemělo být náročné se na ní v krátké době zorientovat a dostat se k žadoucím informacím.



Obrázek 1: Platforma pro tvorbu webových stránek – Webnode

Zdroj: Webnode, 2026

4.3.2 Rozložení webových stránek

Webové stránky se skládají z 6 hlavních oddílů, které jsou viditelné ihned po vyhledání adresy webové stránky. První stránkou, na kterou se návštěvník dostane po vyhledání stránek je hlavní stránka nazvaná Home. Na horní liště této stránky se nacházejí názvy okresů v Kraji Vysočina, tedy okres Jihlava, okres Pelhřimov, okres Havlíčkův Brod, okres Žďár nad Sázavou a okres Třebíč. Na tyto oddíly je možné je z hlavní stránky dostat. Tato lišta je na hlavní stránce připnuta, a tedy i po projetí do nižších částí obsahu hlavní stránky zůstane lišta stále viditelná a funkční. Tento krok opět zrychlí a zjednoduší vyhledávání jednotlivých služeb na webové stránce.

Pod lištou se nachází logo webových stránek – list. Logo jsem zvolila z toho důvodu, že dodá celým stránkám celistvost. Význam listu se dá vnímat také jako obnovu či změnu. Pod logem se nachází název webových stránek.

Nejvýraznějším prvkem webové stránky je panel ve fialových odstínech, který se line po celé šířce stránky. V tomto panelu se nachází text „Sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním“, což na první pohled sděluje, co lze na webových stránkách najít a co je jejich obsahem.

Pod tímto panelem je napsaný stručný popis toho, co lze na webových stránkách najít, pro koho jsou určeny. Popis jsem vložila proto, aby bylo na první pohled jasné, co lze od webových stránek očekávat a aby návštěvník ihned věděl, zda na webových stránkách najde to, co potřebuje.

Další částí domácí stránky jsou barevná políčka. První, největší, obsahuje drobný návod, jak na webových stránkách vyhledávat a jak se na nich pohybovat, aby orientace na nich byla co nejrychlejší. Další tři drobná barevná políčka. Ty popisují formy poskytování sociálních služeb – ambulantní, terénní a pobytové. V políčkách se nachází popis těchto služeb. Vysvětlení jsem vložila proto, že jsou webové stránky určené také pro laickou veřejnost, která nemusí mít tyto termíny zažité. Zároveň jsou podle formy poskytování rozdělené sociální služby na mých webových stránkách, a proto je základní orientace v těchto termínech důležitá.

Poslední částí hlavní stránky je odkaz na portál Vysočina pečuje, který poskytne detailnější vyhledávání nejen informací o sociálních službách v Kraji Vysočina, ale také o sociálních dávkách, přednáškách, vzdělávacích kurzech a volnočasových aktivitách. Tento odkaz jsem vložila jako možnost zisku dalšího zdroje informací.



Obrázek 2: Domovská stránka webové stránky

Zdroj: dusevnizdravi-vysocina, 2026

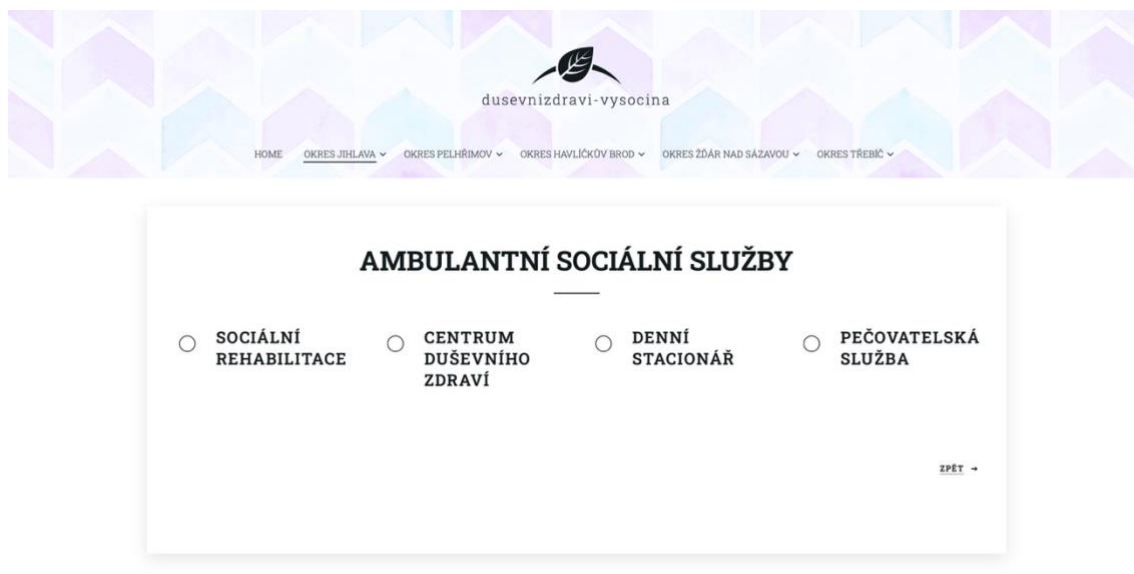
Dalších 5 oddílů na webových stránkách je věnováno jednotlivým okresům v Kraji Vysočina. Na jednotlivé okresy se lze dostat kliknutím na něj na liště domovské stránky. Po vybrání příslušného okresu, ve kterém návštěvník webové stránky hledá sociální službu, se zobrazí stránka s dalším rozcestníkem. Tentokrát jsou sociální služby rozdělené formy poskytování na ambulantní, terénní a pobytové. Z této stránky je poté možnost se dostat na jednotlivé sociální služby dle formy poskytování. U každé formy poskytování je znovu stručný popis, co tyto služby nabízí. Tento krok jsem zvolila z toho důvodu, že jsou stránky určené i pro laickou veřejnost, u jejichž členů nemusí být tyto pojmy známé. Ač jsou jednotlivé formy poskytování sociálních služeb popsány již na domovské stránce, počítala jsem s variantou, že si část návštěvníků webové stránky popis nemusí přečíst, anebo si rozdíly ve formách poskytování nemusí zapamatovat. Pro přispění k lehkému a časově nenáročnému vyhledávání jsem tedy přidala popis i do rozcestníků na úrovni okresů. Z každého dalšího rozcestníku se dá vždy vrátit na předchozí stránku či na stránku domovskou.



Obrázek 3: Rozcestník dle formy poskytování sociální služby

Zdroj: dusevnizdravi-vysocina, 2026

Po zvolení příslušného okresu a formy poskytování sociální služby se návštěvník dostane na konkrétní služby v daném okresu odpovídající zvolené formě poskytování.



Obrázek 4: Rozcestník sociálních služeb

Zdroj: dusevnizdravi-vysocina, 2026

Po vybrání sociální služby se již zobrazí konkrétní poskytovatelé dané sociální služby v okrese, ze kterých lze při hledání konkrétní sociální služby vybírat.



Obrázek 5: Sociální služby dle zvolené formy poskytování

Zdroj: dusevnizdravi-vysocina, 2026

Každé sociální službě jsem věnovala samostatnou stránku. Informace obsažené na jednotlivých stránkách odpovídají informacím, které dle dotazníkového šetření jsou užitečné pro sociální pracovníky nepracující s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním.

U každé sociální služby lze na prvním místě najít popis cílové skupiny. Tuto informaci jsem zapsala jako první, jelikož mi přijde stěžejní a nejdůležitější. Na základě toho se návštěvník webové stránky, hledající konkrétní sociální službu, dozví, zda spadá do cílové skupiny sociální služby, zda je pro něj užitečné vyhledávat si další, podrobnější informace, nebo zda má zvolit jinou sociální službu.

Následující informací, kterou lze po cílové skupině najít u každého poskytovatele sociální služby jsou poskytované služby. Jedná se o výčet jednotlivých aktivit a služeb, které klientovi daná sociální služba může nabídnout, co může klient využít a co očekávat. Tento krok jsem zvolila jako příležitost bližšího představení sociální služby. Potencionální klient má možnost si o sociální službě udělat konkrétnější představu a zjistit, zda odpovídá jeho potřebám a je schopna nabídnout to, co by v jeho aktuální situaci nejvíce potřeboval a ocenil.

Další v pořadí jsou odkazy na jednotlivé části webových stránek konkrétních sociálních služeb. Jako první jsem vložila odkaz na ceník. Tento krok umožňuje rychlý zisk podstatných informací o ceně za poskytování služby a ulehčí potencionálnímu klientovi orientaci na jednotlivých webových stránkách sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že ceník je vložen do mých webových stránek jako odkaz a není staticky vepsaný, bude neustále aktuální a jeho obsah se bude měnit v závislosti na změně cen jednotlivých sociálních služeb. Dále se u každé sociální služby nachází odkaz na webové stránky. To slouží nejen jako odkázání na zdroj vložených dat, ale také jako další a stěžejní zdroj informací o sociální službě. Vzhledem k tomu, že mé webové stránky jsou koncipovány jako rozcestník informací určený jako odrazový bod k dalšímu hledání, je vhodné přeměřovat se po prvotním výběru sociální služby na její oficiální webové stránky a dohledat si více detailních informací. Za odkazem na webové stránky sociálních služeb se nachází také odkaz na formulář žádosti o poskytování sociální služby. Ten jsem vložila z toho důvodu, že každá sociální služba má své webové stránky naprogramované jinak, a tedy mají každé stránky odlišný

způsob vyhledávání. Uvedení odkazu na formulář žádosti na mé webové stránky zjednoduší a zrychlí vyhledání stěžejního dokumentu pro zájemce o danou sociální službu.



Obrázek 6: Stránka věnovaná konkrétní sociální službě

Zdroj: dusevnizdravi-vysocina, 2026

V neposlední řadě jsem u každé sociální služby uvedla adresu zařízení. Včasné odhalení adresy totiž může, dle mého názoru, výrazně ovlivnit vyhledání dalších informací o sociální službě a může mít zásadní vliv na procesu rozhodování, zda o poskytování sociální služby požádat. Pro lepší představu o tom, kde město či obec, ve které se sociální zařízení nachází, jsem zvolila přidání mapy, která lokaci ukáže v grafickém zpracování. Vzhledem k tomu, že jsou mé webové stránky tvořeny s cílem možnosti rychlého zisku základních informací a chtěla jsem, aby byly jednoduché a přehledné, zvolila jsem přidání mapy tak, aby byla interaktivní. Mapu lze oddalovat a přibližovat dle potřeby, lze se přes ní přenést na webovou stránku Google mapy, která umožní zobrazení mapy ve větším měřítku. Aby mělo vložení mapy i větší přidanou hodnotu, rozhodla jsem se přidat funkci propojení s navigací. Pomocí jednoho tlačítka je možné přenést polohu sociálního zařízení do principu navigace a zjistit, kudy je cesta k němu nejdostupnější a jak dlouho od zadané výchozí pozice trvá. Dle mého názoru je v dnešní době tato možnost velkým benefitem, jelikož lze polohu sociálního zařízení přenést do mobilní navigace jedním kliknutím, a to opět šetří čas i energii potencionálního klienta.

instagramový profil, na které jsem vložila odkaz na vytvořené webové stránky a lehký popis toho, co na nich lze najít a za jakým účelem vznikly. Tato forma propagace je opět jednoduchá, bez finančních požadavků může mít určité dosahy. V rámci způsobů propagace, které jsem zvolila, jsou sociální sítě také spíše doplňujícím prvkem. Sdílení odkazu na sociálních sítích jsem zvolila z toho důvodu, že má možnost se k němu dostat více lidí, například i mý bývalí spolužáci, kteří momentálně v sociálních službách pracují. Tento odkaz může využít kdokoli z mých přátel na sociálních sítích, jelikož často nevíme, s čím se lidé potýkají a jaké problémy řeší. Rozšíření odkazu na sociálních sítích tedy umožňuje anonymní zisk informací pro osoby, které znám, ale u kterých nevím, zda se s chronickým duševním onemocněním nepotýkají sami či tuto situaci neřeší v rodině či v okruhu blízkých osob. V neposlední řadě je to informovaný okruh osob, který může informaci o existenci webových stránek šířit dále a tím se opět rozšíří okruh osob, které o webových stránkách ví a mohou je doporučit dále, takzvanou metodou sněhové koule.

Jako stěžejní způsob propagace mých webových stránek jsem zvolila tvorbu propagačních letáčků. Tento způsob je podobně nenáročný jako ty předchozí, ale má potenciál dostat se k většímu počtu lidí i mimo mé okolí.

Propagační letáčky jsem tvořila svépomocí a vytiskla jsem 50 kusů. Finanční náklady na tvorbu a tisk letáčků tvořily částku 20 Kč za papíry a 450 Kč za barevný toner potřebný do tiskárny. Celkové finanční náklady byly 470 Kč a byly uhrazeny z vlastních prostředků. Časové náklady na tvorbu a tisk tvořily necelých 60 minut.

Při tvorbě informačního letáčku jsem se v první řadě zamýšlela nad velikostí. Cílem bylo, aby byl letáček dobře čitelný a zároveň, aby nebyl příliš velký. Zvolila jsem tedy velikost letáku A4, jelikož jsou přehledné, výrazné a zároveň mají velikost, která se vejde do menšího batohu, tašku, či se dá pohodlně složit do kapsy a odnést. Druhým krokem bylo promyšlení designu propagačních letáčků tak, aby navazovaly na webové stránky a byly s nimi vizuálně propojeny. Zvolila jsem tedy stejné pozadí, jako lze vidět na webových stránkách. Dle mého názoru stejný vzor a barevná paleta webové stránky s informačním letákem hezky sjednotí a celkový výsledek poté působí jednotně. Výhoda také je, že při zařazení mnou vytvořeného informačního letáčku mezi ostatní letáky v místech distribuce, může barevné pozadí vyčnívat a může tak kolemjdoucí osoby zaujmout a lépe si ho všimnout. V neposlední řadě jsou jemné fialové tóny uklidňující barvou, která k tématu duševního onemocnění přirozeně ladí.

Nejvýraznějším prvkem na informačním letáčku je název, který koresponduje s názvem webové stránky, tedy Sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Název je zároveň největším textovým prvkem a je viditelný na první pohled. Pod názvem se nachází tlustší čára. Ty jsou na informačním letáčku celkem dvě a oddělují od sebe jednotlivé části letáčku, z nichž je každá zaměřená na něco lehce odlišného. Mezi první a druhou dělicí čarou, ve středu informačního letáčku, se nachází informace, že letáček pojednává o webových stránkách, že webové stránky obsahují informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním a upřesňuje se zde, že se jedná o sociální služby pro danou cílovou skupinu v Kraji Vysočina. Pod druhou dělicí čarou a zároveň v posledním oddílu letáčku se nachází odkaz na webové stránky. Ten je zde vypsán ručně formou adresy, která se jednoduše opíše do vyhledávače. Přidaná hodnota letáčku se nachází ve vytvořeném a přiloženém QR kódu, který po naskenování do mobilního telefonu či tabletu návštěvníka automaticky přesměruje na webovou stránku. Tento QR kód nemá omezenou dobu platnosti, a tudíž bude aktuální i za

několik měsíců či let a zároveň se přes něj návštěvníci vždy dostanou na aktuální verzi webových stránek. Pro přiložení QR kódu jsem se rozhodla z toho důvodu, že spoustu lidí v dnešní době odradí zdlouhavější zadávání názvu webové stránky do vyhledávače. Naskenování QR kódu je tedy rychlá a pohodlná cesta, jak se na webové stránky dostat. Zároveň QR kód kombinuji s vypsaným odkazem, jelikož zahrnuji variantu toho, že ne každý má mobilní telefon umožňující sken kódů, skenovat neumí či nechce, anebo rád hledá informace na počítači, který skenování QR kódů neumožňuje.

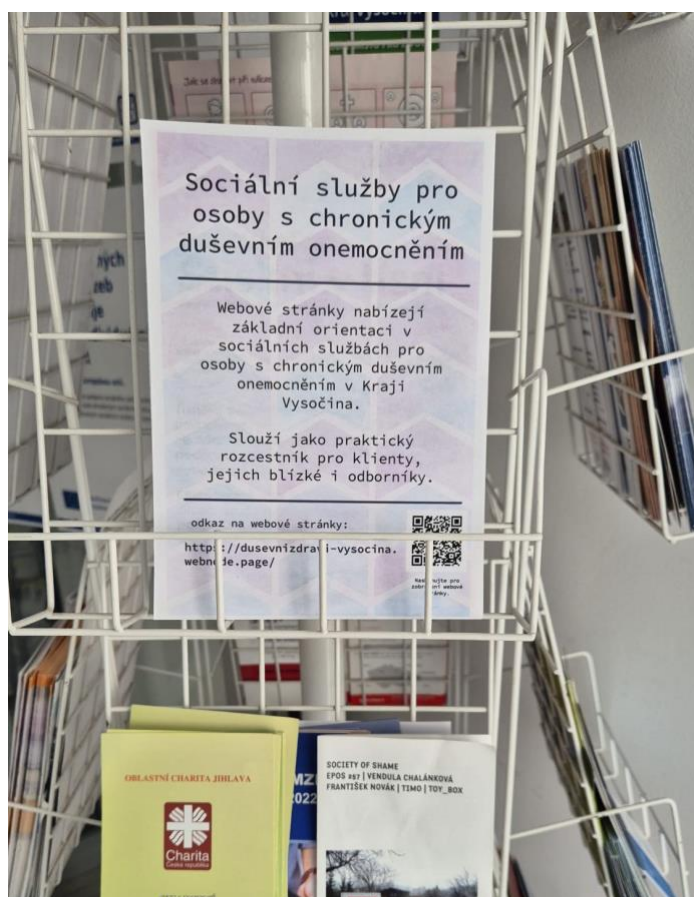


Obrázek 8: Propagační leták

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

Po vytvoření a vytisknutí letáků jsem zvažovala podobu distribuce a místa, na které letáčku umístit, aby měly smysl a byly v souladu s cílem distribuce a cílovou skupinou, kterou má letáček oslovit. Cílovou skupinou jsou sociální pracovníci nepracující s osobami s chronickým duševním onemocněním, ale také osoby potýkající se s chronickým duševním onemocněním u sebe či ve svém okolí, laická veřejnost i odborníci. Jako hlavní okruh lokace jsem zvolila krajské město Kraje Vysočina – Jihlavu, a to z toho důvodu, že v tomto městě žiji, znám ho a měla jsem vytipovaná místa, kde by propagace webových stránek mohla splnit svůj účel. Jelikož jsem rozmístění letáčků zamýšlela tak, aby pokryla různé skupiny lidí na různých místech, rozhodla jsem se je rozmístit na 4 lokace, které v různých stupních oslovují osoby v sociální a zdravotní sféře. Zároveň jsou veškerá místa situována okolo centra Jihlavy a jsou tedy dostupná pro všechny skupiny obyvatelstva a také se na nich velké množství osob sdružuje či na ně dochází. Distribuce probíhala v březnu roku 2026 a zajišťovala jsem jí sama, po předchozí domluvě s vedoucími na jednotlivých místech, jelikož se nejedná o místa veřejná.

Prvním zvoleným místem je sociální odbor krajského úřadu Kraje Vysočina. Toto místo jsem zvolila z toho důvodu, že má na sebe navázané spoustu sociálních pracovníků nejen v sociálních službách, ale také na obcích. Sociální odbor Kraje Vysočina mi připadá jako strategické místo pro další rozšiřování povědomí o webových stránkách, jelikož komunikuje s vedením sociálních služeb a pracovníci sociálního odboru mají dosah po celém Kraji Vysočina. Na sociálním odboru krajského úřadu Kraje Vysočina jsem letáček vylepila na vchod do kanceláří, kde je na první pohled vidět a není těžké si ho všimnout. Dále jsem vložila další zásobu informačních letáčků do stojánku na letáčky, kde si mohou lidé letáček vzít a odnést, případně nakopírovat či předat osobě, která dané informace vyhledává. Dále jsem pracovníkům sociálního odboru přeposlala odkaz na webové stránky a informační letáček v online podobě, aby pro ně byla jednoduchá případná distribuce dalším pracovníkům.



Obrázek 9: Propagační leták na Sociálním odboru Krajského úřadu Kraje Vysočina

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

Druhým místem je Nemocnice Jihlava, situovaná nedaleko od Krajského úřadu Kraje Vysočina, a tedy i nedaleko od centra města. Zde jsem zvolila umístění informačního letáčku u kanceláře zdravotně sociálních pracovníků. Toto místo mi pro distribuci letáčků a šíření povědomí o existenci webových stránkách přijde velmi užitečné, jelikož spojuje odborné pracovníky, rodiny, které se s duševním onemocněním mohou potýkat a laickou veřejnost. Webové stránky zde mohou poskytnout podporu jednotlivcům hledajícím základní informace ohledně sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina, kteří vnímají duševní onemocnění u sebe, u svých rodin, či blízkých a také zdravotně sociálním pracovníkům, kteří mohou využít webové stránky jako další zdroj informací. Dále budou informační letáčky sloužit

ke zjednodušení předávání informací při sociálních poradenství a jako další možnost, kam se mohou jednotlivci či rodiny obracet za účelem získání daných informací. Jelikož zdravotně sociální pracovníci Nemocnice Jihlava spolupracují s dalšími zdravotnickými zařízeními, sociálními službami a úřady, bude mít informační letáček potenciál rozšířit se na další lokace a širšímu okruhu sociálních pracovníků. V neposlední řadě se zde vyskytuje mnoho praktikantů studujících sociální obory v různých stupních, a tak se informace o webové stránce rozšíří i mezi studenty a jejich okolí.



Obrázek 10: Propagační leták v Nemocnici Jihlava, p. o.

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

Třetím místem, které jsem zvolila, je ortopedická ambulance MUDr. Sýkory. Toto místo jsem zvolila hned ze dvou důvodů. Prvním zásadním důvodem je, že se na tomto místě koncentruje a setkává spousta lidí, kteří by mohli informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v našem kraji potřebovat, vyhledávat a, nebo jen při čekání shlédnou letáčky, a tímto způsobem může opět docházet k šíření informací o webových stránkách. Dále se v ortopedické ambulanci střídají pacienti různého věku, což přispívá k rozšíření informací mezi jednotlivými generacemi. Druhým důvodem ke zvolení této lokace je, že jsem ortopedickou ambulanci využila již při propagaci své první webové stránky tvořené v rámci bakalářské práce, která se zaměřovala na sociální služby pro seniory. S umístěním informačních letáčků právě na toto místo mám velmi dobré zkušenosti, jelikož se velmi rychle rozebíraly a já tak uskutečnila několik dodávek dalších letáčků. Proto si tedy myslím, že má místo dobrý potenciál k šíření informací a že tu jsou lidé zvyklí si informační letáky prohlížet.

Čtvrtá a poslední lokace se nachází blíže centra Jihlavy, nedaleko zastávky veřejné dopravy a denně se v ní nachází spousta lidí. Jedná se Zdravotnické potřeby Medimat s.r.o., které nabízejí

celou škálu zdravotnických pomůcek. Do prodejny dochází nejen osoby před či po hospitalizaci, operačním zákroku nebo při vlastních zdravotních potížích, ale také maminky dětí, rodinní příslušníci osoby, u které se chronické onemocnění vyskytuje či jiné pečující osoby. Toto chronické onemocnění se netýká pouze fyzického stavu, ale i toho duševního. Prodejna zdravotnických pomůcek nabízí kompenzační pomůcky či jiný zdravotnický materiál, a proto mi přišlo umístění informačního letáku na toto místo jako skvělá příležitost nabídnout zákazníkům i sociální stránku pomoci, kterou mohou využít a poskytnout pracovním prodejny další možnost, jak poradit. Po domluvě s vedoucí prodejny zdravotnických potřeb jsem umístila informační leták mezi jiné letáky, které v prodejně nabízí a které využívají.



Obrázek 11: Propagační leták ve Zdravotnických potřebách Medimat s.r.o.

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

V případě odbytu informačních letáček jsem připravena navýšit původně zamýšlený počet výtisků a letáky pravidelně doplňovat či přemýšlet nad dalšími místy, kde by byly informační letáčky smysluplně využity.

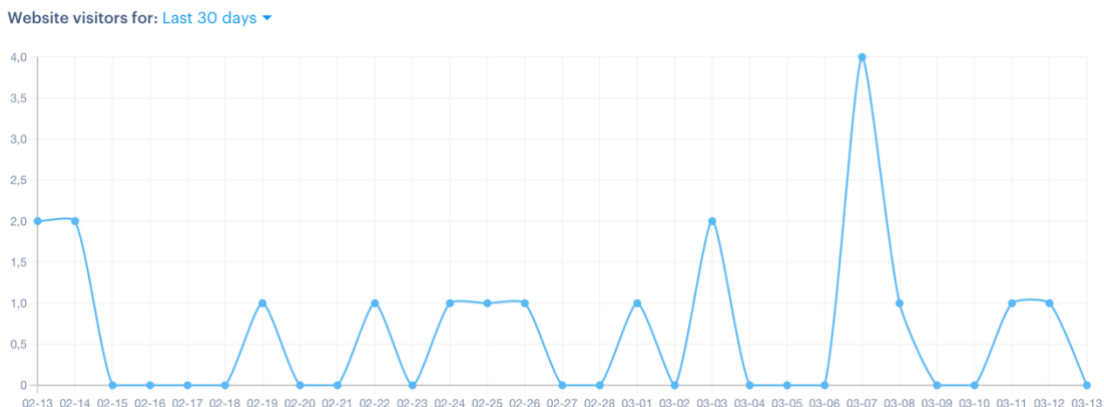
4.5 Návštěvnost webové stránky

Platforma Webnode nenabízí pouze tvorbu webových stránek a funkce programování, ale také nabízí možnost sledování návštěvnosti webových stránek v čase a tvorbu statistik. Jelikož jsou webové stránky vzniklé nově a jejich propagace se postupně dává do procesu, nelze očekávat prudký nárůst návštěvníků webových stránek. Na dosavadní počet návštěvníků má vliv také způsob propagace. Papírové letáčky či šíření povědomí na základě vlastního doporučení je vždy pomalejší, než například placená reklama či zaplacení internetovým vyhledávačem, aby webovou stránku zobrazovali přednostně.

Jelikož tato webová stránka vznikla v rámci diplomové práce a její účel není nahradit oficiální webové stránky poskytovatelů sociálních služeb, ale doplnit možné zdroje a sloužit jako podpůrný nástroj a odrazový můstek, je každé zobrazení stránky, které někomu pomůže přínosem a pomalý a postupný nárůst návštěvníků není, dle mého názoru, nedostatkem.

V rámci statistiky zpracované platformou Webnode můžeme vidět, jak počet zobrazení webových stránek, tak i počet zobrazení jednotlivých služeb na webových stránkách v jednotlivé dny.

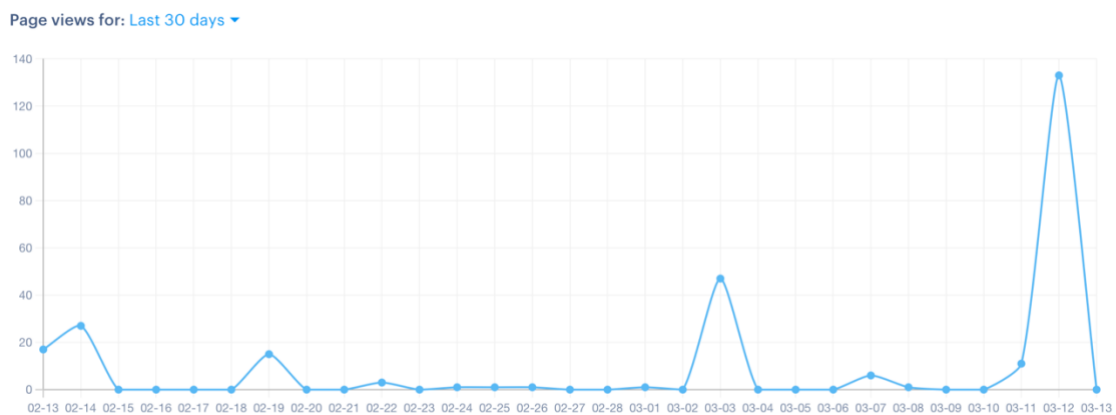
Nejvíce návštěvníků navštívilo webové stránky 11.2. V tento den byla tvorba webových stránek z mé strany téměř ukončována a začala jsem povědomí o ní šířit mezi rodinu a přátelé. Webovou stránku ten den navštívilo 12 lidí. Na začátku března 2026 došlo k roznášení letáčků a zahájení širší propagace, a tedy další významnější nárůst návštěvníků je v prvním březnovém týdnu. Průměrně za posledních 30 dní navštěvuje stránku okolo 1,14 návštěvníků denně.



Obrázek 12: Počet návštěvníků na webové stránce od 13.2 do 13.3. 2026

Zdroj: dusevnizdravi-vysocina, 2026

Pokud se zaměříme na počet zobrazení jednotlivých sociálních služeb, ze statistiky vyplývá, že nejvíce služeb bylo návštěvníky zobrazeno dne 12.2., a to 133.



Obrázek 13: Počet zobrazení sociálních služeb na webové stránce od 13.2. do 13.3. 2026

Zdroj: dusevnizdravi-vysocina, 2026

Lze předpokládat, že do budoucna bude počet návštěvnosti a zobrazení jednotlivých sociálních služeb ovlivněn procesem propagace, který je v aktuální době na začátku.

5 Diskuse

V této kapitole bych se ráda věnovala interpretaci výsledků praktické části diplomové práce a limitům výzkumu i tvorby webových stránek.

Kvantitativní výzkum

Kvantitativním výzkum probíhal v období od prosince 2025 do ledna 2026 pomocí dotazníkového šetření. Skupina respondentů byla definována jako sociální pracovníci v Kraji Vysočina, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina nejčastěji vyhledávají. Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejčastěji vyhledávané informace jsou: typ služby, nabízené činnosti, cílová skupina, adresa zařízení a formulář žádosti o poskytování sociální služby.

Dále jsem se v dotazníkovém šetření zajímala o to, jaké informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina by sociální pracovníci na jedné webové stránce ocenili – jaké by pro ně byly užitečné. Tato otázka ukazuje, že nejvíce by sociální pracovníci na webové stránce ocenili rozdělení daných sociálních služeb dle okresu a dle formy poskytování, definování cílové skupiny, adresu zařízení sociální služby, odkazy na webové stránky sociálních služeb a ceník.

Data zjištěná v dotazníkovém šetření sloužila jako podklad pro tvorbu webové stránky, které obsahují vybrané informace. Webová stránka je tedy vytvořena na míru podle sociálních pracovníků Kraje Vysočina nepracujících s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, aby byla praktická a reálně využitelná.

Vyhodnocení dotazníků bylo provedeno v programu Microsoft Excel.

Limity kvantitativního výzkumu

Limit výzkumu spočívá volbou a složením výzkumného vzorku, jelikož nelze získat odpovědi na dotazníkové šetření od všech sociálních pracovníků z Kraje Vysočina. I přes to, že jsem se snažila oslovit co největší okruh sociálních pracovníků, podařilo se mi získat zpět 74 odpovědí. Jsem si vědoma také toho, že nebyly přesně vyvážené pracovní zařazení sociálních pracovníků – nejvíce oslovených sociálních pracovníků bylo z obcí či městských úřadů, naopak sociální pracovníci nemocnic netvoří tak rozsáhlou skupinu. Z tohoto důvodu se domnívám, že změna poměru „skupin“ sociálních pracovníků by mohlo výsledky ve větší či menší míře ovlivnit.

Druhý limit vidím v použití výzkumné metody dotazníkového šetření. Ač by kvalitativní výzkum s takto velkým vzorkem respondentů nebylo možné z mé strany realizovat, má dotazníkové šetření svůj limit. Jelikož dotazníkové šetření probíhalo anonymně, ne každý respondent mohl odpovídat pravdivě a mohl dotazník vyplnit pouze pro formu. Dalším limitem je, že se nepodařilo získat odpovědi od všech oslovených sociálních pracovníků. Další fakt, který mohl ovlivnit celkové výsledky bylo rozložení odpovědí v otázkách dotazníku. Odpovědi byly koncipovány formou zaškrtnutí jedné či více možností. Ač u každé odpovědi bylo možné využít položku „jiné“ a dopsat odpověď vlastní, jen malé procento respondentů tuto možnost využilo.

Tvorba webových stránek

Na základě informací, zjištěných v dotazníkovém šetření byly vytvořeny webové stránky obsahující žádané informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Webové stránky byly realizovány v časovém období od konce ledna 2026 do konce února 2026 a pro jejich zhotovení byla použita platforma Webnode, která umožňuje bezplatnou tvorbu webových stránek s neomezenou dobou dostupnosti. Webové stránky slouží jako základní přehled informací o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním a jako rozcestník pro další vyhledávání. Veškeré informace, které lze na webových stránkách nalézt zvolili respondenti dotazníkového šetření za užitečné a žádoucí. Webové stránky jsou vytvořeny jednoduše, přehledně, orientace na nic je intuitivní a jsou uživatelsky přívětivé pro veškeré generace návštěvníků.

Jednotlivé sociální služby jsou rozděleny dle okresu a formy poskytování, což dělá jejich vyhledávání jednoduché a časově nenáročné. Veškeré pojmy – konkrétně formy poskytování sociálních služeb, jsou na webové stránce vysvětleny a tím i zpřístupněny laické veřejnosti. Jejich design byl navržen tak, aby působil klidným dojmem a korespondoval s tématem duševního zdraví.

Limity webových stránek

Prvním limitem, který provází všechny webové stránky je internetové připojení. Bez internetu není možné zobrazit obsah webových stránek, a tudíž je pro možnost zisku informací touto cestou nepostradatelný. Zobrazení vytvořených webových stránek ve verzi bez připojení internetu není možné, jelikož zvolená platforma toto nastavení v neplacené ani placené verzi nenabízí.

Na první limit navazují druhým, který s ním souvisí. Jedná se o fakt, že webové stránky jsou internetovou platformou, a i přes jednoduchost vyhledávání na webové stránce je potřeba základní znalost práce na počítači či telefonu, schopnost si stránku vyhledat a umět s ní alespoň v základní míře pracovat. I když pro spoustu osob a generací příjemnější papírová forma zdroje informací, pro tvorbu elektrického zdroje jsem se rozhodla z toho důvodu, že webové stránky jsou jedním z nejrozšířenějších způsobů sdílení informací a je možné je udržovat aktuální. Webové stránky jsou navrženy tak, aby byly jednoduché, intuitivní a k vyhledávání informací nebylo třeba mnoho úsilí, ale i přes tento fakt nemusí být jejich rozložení ideální pro všechny návštěvníky.

Třetím limitem webových stránek je jejich jazyk. Veškeré informace jsou psané v českém jazyku, a tudíž nejsou určeny pro osoby jiné národnosti, kteří česky nehovoří. Už několik let v české republice pokračuje nárůst cizinců a lze předpokládat, že se v dalších letech tento trend výrazněji nezmění. Národnostní skupiny se ale potýkají se stejnými problémy a nacházejí se ve stejných situacích, jako občané České republiky, a proto bude potřeba v budoucnu zajistit více cizojazyčných zdrojů a pokrýt i tyto cílové skupiny obyvatelstva. Z tohoto důvodu toto vnímám jako výrazný limit mých webových stránek, které nelze do jiných jazyků automaticky překládat. Ač jsem se nad touto možností zamýšlela, platforma Webnode automatické překlady nenabízí, a to ani v placené verzi. Pokud by v budoucnu nastala aktualizace platformy a tato možnost by do nabídky byla zařazena, volila bych překlad do anglického jazyka, jelikož je univerzální a nejvíce využívaný, dále také překlad do jazyka ukrajinského či vietnamského, jelikož vnímám velké zastoupení těchto národností v České republice. Zařazení této funkce by webové stránky zpřístupnilo více lidem.

Dalším limitem webových stránek je psaná forma informací. Veškeré informace jsou v psané formě a je tedy nutné si je přečíst. Z toho důvodu není možné jejich předání lidem nevidomým, nebo se zrakovou vadou znemožňující vnímání textu na počítači. K rozšíření okruhu osob, které mohou z webových stránek informace by tedy bylo vhodné naprogramovat funkci předčítání, která by usnadnila předání informací lidem se zrakovými vadami. Podobně jako automatický překlad je funkce předčítání programově náročná a většina dostupných platforem pro tvorbu jednoduchých webových stránek ji nenabízí. Pro přidání této funkce by tedy bylo nezbytné obrátit se na odborníka. Také by bylo nejspíše potřeba zapojení profesionálních programů, které by předčítání zajistily v co největší kvalitě, aby bylo reálně využitelné a spolehlivé. Jelikož koncept webových stránek bylo jednoduché předání základních informací a celé vznikaly tak, abych každou jejich část mohla udělat svépomocí, na odborníka jsem se neobracela. Jejich primární účel byl splněn i bez profesionálních úprav.

Pátým limitem je aktualizace webových stránek. Jelikož se jejich obsah nemění v závislosti na změny na webových stránkách organizací, bude nutné provádět aktualizace ručně v pravidelných časových intervalech. Tato činnost připadá mně, jakožto tvůrci webových stránek s přístupem k jejich úpravám.

Limit webových stránek přináší také jeho zaměření. První zaměření je na cílovou skupinu, která je velmi specifická, a tudíž webové stránky nenaplnují potřeby širšího obyvatelstva. Z mého pohledu může být tento limit zároveň i předností, jelikož webové stránky doplňují a rozšiřují dosavadní zdroje. Tento limit by se eliminoval obsažením do webových stránek všech dostupných sociálních služeb v Kraji Vysočina pro veškeré cílové skupiny, čímž by ale webové stránky ztratili zaměření, jednoduchost a přehlednost.

Druhým limitním zaměřením je regionální omezení, jelikož webové stránky obsahují sociální služby pro specifikovanou cílovou skupinu pouze na území Kraje Vysočina, a proto není přenositelný do jiných částí České republiky. Zaměření na Kraj Vysočina jsem si vybrala z toho důvodu, že zde celý život žiji a je mi tento kraj blízký. Zahrnutí do webových stránek území celé České republiky by bylo nejen náročné na zhotovení, jelikož by webová stránka obsahovala velké množství dat, které by zvolená platforma nemusela pojmout, ale také by došlo k nepřehlednosti webových stránek a zdlouhavému vyhledávání, což neodpovídá účelu tvorby webových stránek.

Dalším limitem i rizikem je ten, že webové stránky nemusí být plně využíván a může mezi dalšími zdroji informací zaniknout. I s tímto rizikem jsem se rozhodla webové stránky vytvořit, jelikož nejsou profesionálně tvořené, a tedy i myšlenka, že usnadní vyhledávání několika lidem, má dle mého názoru smysl.

Poslední limit, který u webových stránek vnímám je hojná existence jiných, podobných webových stránek zaměřujících se na obdobnou či stejnou problematiku. Pro tvorbu vlastních webových stránek jsem se rozhodla z toho důvodu, jelikož se, na rozdíl od jiných stránek, zaměřují výhradně na sociální služby pro danou cílovou skupinu v Kraji Vysočina. Jejich přidanou hodnotou je, že vznikly na základě dotazníkového šetření realizovaného mezi sociálními pracovníky a informace, které respondenti zvolili za užitečné, se na webové stránce nachází. Celý koncept webových stránek je jednoduchý, intuitivní, nevyžaduje vyhledávání pomocí filtrů a v krátkém čase předávají základní informace, které slouží jako podklad pro další a více detailní vyhledávání.

Tvorba informačních letáků

V rámci propagace vytvořených webových stránek byly vytvořeny propagační informační letáky, které shrnovali obsah webových stránek a odkazovaly na ně. Propagační letáky byly designově sladěny s webovými stránkami, a tak tvoří sjednocený celek. Nachází se na nich stručný popis toho, co na webových stránkách lze najít, a k čemu jsou určeny. Pro zjednodušení vyhledávání a úspore času byl vytvořen QR kód vložený do letáku, který po naskenování automaticky zobrazí webovou stránku.

Bylo vytištěno 50 kusů informačních letáčků ve velikosti A4, která je dobře čitelná a zároveň praktická v případě vložení letáku do tašky či složení do kapsy. Informační letáčky jsem roznesla na čtyři lokace v rámci krajského města Kraje Vysočina – Jihlavy. Jedná se o Nemocnici Jihlava (konkrétně kancelář zdravotně sociálních pracovníků), sociální odbor Krajského úřadu Kraje Vysočina, ortopedická ambulance MUDr. Sýkory a Zdravotnické potřeby Medimat s.r.o., kde jsou letáčky k dispozici a k další distribuci.

Limity informačních letáků

Primárním limitem informačních letáků je jazyk, ve kterém jsou zhotoveny, což se váže na již zmíněný limit webových stránek. Jelikož jsou informační letáky psané v češtině, jsou těžko přístupné veřejnosti, která českým jazykem nemluví. V návaznosti na tento limit webových stránek by bylo vhodné, v případě naprogramování webových stránek s možností překladu do jiného jazyka, přiložit k informačnímu letáku také stručný překlad v jiném jazyce. Konkrétní jazyky by byly vhodné použít stejné jako ty, které by zobrazovala webová stránka.

Druhým limitem je nutnost doplňování propagačních letáčků na lokacích v reakci na jejich úbytek. Tuto činnost zabezpečím sama.

6 Návrhy a doporučení pro praxi

Výstupem praktické části diplomové práce bylo dotazníkové šetření zaměřené na sociální pracovníky v Kraji Vysočina, kteří nepracují s osobou s chronickým duševním onemocněním. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké informace nejčastěji vyhledávají o dostupných sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina a na tomto základě jsem vytvořila webové stránky, které tyto informace obsahují.

Na webových stránkách lze nalézt základní informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním a slouží jako primární rozcestník pro další vyhledávání.

Jelikož jsou webové stránky vytvořeny podle preferencí sociálních pracovníků, mohou sloužit jako opora při výkonu praxe, jelikož na nich lze najít dostupné služby v daných okresech Kraje Vysočina a nabízejí podklad informací, které může sociální pracovník klientovi či pacientovi nabídnout.

Dále je dle mého názoru přínosné poskytnout odkaz webových stránek klientům, jelikož jim přinese základní přehled informací, může pro ně sloužit jako primární zdroj a rozcestník k dalšímu vyhledávání. V neposlední řadě mohou webové stránky sloužit jako dostupné shrnutí toho, co sociální pracovník s klientem probírá, jelikož se k základním informacím může klient vrátit i po schůzce s odborníkem.

Vyhledávání informací na webových stránkách může ušetřit čas a energii odborníkům v praxi, jejich klientům, ale také široké veřejnosti.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo na základě dotazníkového šetření realizovaného mezi sociálními pracovníky, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, zjistit, jaké informace nejčastěji hledají ohledně dostupných služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina a na základě výsledků dotazníkového šetření zpracovat webové stránky obsahující potřebné informace.

První částí diplomové práce byla teoretická část. Zde se věnuji popisu chronických duševních onemocnění rozdělených dle MKN 11. U každého duševního onemocnění popisují průběh onemocnění, prevenci, léčbu či možné faktory, které mohou mít na vznik či rozvoj onemocnění vliv.

Druhá část diplomové práce obsahuje praktickou část. V první polovině praktické části se věnuji kvantitativnímu výzkumu. Ten byl realizován v období prosinec 2025 až leden 2026 prostřednictvím dotazníkového šetření. Do skupiny respondentů byly zvoleni sociální pracovníci z Kraje Vysočina, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním. Celkem se podařilo získat 74 odpovědí. Dotazníkové šetření obsahovalo 7 otázek v rámci kterých respondenti mohli vybrat jednu či více odpovědí, nebo využít možnost „jiné“ pro dopsání vlastní odpovědi.

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky, na které se v průběhu vyhodnocování dotazníkového šetření podařilo odpovědět.

HVO1: Kde sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, nejčastěji vyhledávají informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejčastějším zdrojem informací o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina jsou pro respondenty internetové stránky poskytovatelů, které zvolilo 70 respondentů. Druhým nejčastějším zdrojem informací je, dle volby respondentů, Registr poskytovatelů sociálních služeb, pro který hlasovalo 39 respondentů. Naopak nejméně respondentů zvolilo sociální sítě jakožto možnost vyhledávání informací. Tuto možnost označilo pouze 5 respondentů.

HVO2: Jaké informace o službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina by sociální pracovníci, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním, ocenili na jedné webové stránce?

K druhé hlavní výzkumné otázce se v dotazníkovém šetření přímo vázala otázka číslo 7, v rámci které, měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí, či přidat vlastní. Z nasbíraných dat vyplynulo, že by sociální pracovníci nepracující s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním na jedné webové stránce ocenili rozdělení sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu dle okresu a formy poskytování. Pro rozdělení dle formy poskytování hlasovalo 65 respondentů a pro rozdělení služeb dle okresu hlasovalo 61 respondentů. Další výrazně volenou možností byla informace o cílové skupině konkrétní sociální služby, kterou zvolilo 48 respondentů. Dále 35 respondentů zvolilo za užitečné mít na webové stránce k dispozici adresu zařízení sociální služby, 29 respondentů také zvolilo možnost odkaz na webové stránky sociální

služby. Pro ceník hlasovalo 24 respondentů. Naopak nejméně zastoupené možnosti byly obsazenost sociální služby spolu s volnou kapacitou, pro které hlasoval pouze jeden respondent.

Na základě dat zjištěných v rámci dotazníkového šetření byly vytvořeny webové stránky, na kterých lze najít přehled sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Webové stránky slouží jako primární zdroj základních informací a rozcestník k dalšímu vyhledávání. Sociální služby jsou rozděleny dle okresu a formy poskytování a obsahují veškeré informace, které si respondenti dotazníkového šetření zvolili za užitečné a které by dle výzkumu na webové stránce ocenili. Webové stránky jsou jednoduché, intuitivní a hledání konkrétní informace je časově nenáročné.

Zamyslela jsem se také nad propagací webových stránek. Do této kapitoly jsem zahrnula několik zvolených způsobů propagace a více se věnovala procesu tvorby propagačního letáku. Zvolila jsem místa vhodná pro distribuci letáku a na tyto místa jsem se umístila.

V závěru diplomové práce jsem se věnovala limitům dotazníkového šetření, samotných webových stránek a propagačního materiálu. Popsala jsem, z jakého důvodu k daným limitům došlo a jaké by mohlo být řešení.

Webové stránky přinášejí rozšíření již existujících zdrojů informací, poskytují podporu při vyhledávání sociálních služeb pro laickou veřejnost, klienty i odborníky, jelikož byly vytvořeny na základě požadavků sociálních pracovníků. Cíl diplomové práce byl splněn.

Seznam použitých zdrojů

11. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2025. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>. [cit. 2025-11-02].
- Akutní a přechodné psychotické poruchy*. Online. U psychiatra. 2015. Dostupné z: <https://www.upsychiatra.cz/akutni-a-prechodne-psychoticke-poruchy/>. [cit. 2025-11-05].
- Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii*. Online. Mediately. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F20-F29&classificationCode=F23.2#active>. [cit. 2025-11-05].
- American psychiatric association*. Online. What are eating disorders? 2023, 2025. Dostupné z: https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders#section_2. [cit. 2025-09-28].
- Atypický autismus*. Online. Naděje pro autismus. 2025. Dostupné z: <https://nadejeproautismus.cz/projekty/pas/atypicky-autismus/>. [cit. 2025-11-28].
- Autismus*. Online. ADDP. 2025. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>. [cit. 2025-11-28].
- Bipolární porucha*. Online. Vipfarm. 2016. Dostupné z: <https://vipfarm.cz/bipolarni-porucha>. [cit. 2025-09-28].
- CDZ Jihlava*. Online. CDZ Jihlava. 2026. Dostupné z: <https://dusevnizdravi-vysocina.webnode.page/cdz-ji/>. [cit. 2026-03-03].
- Centrum duševního zdraví*. Online. Fokus Vysočina. 2026. Dostupné z: <https://www.fokusvysocina.cz/centrum-dusevniho-zdravi>. [cit. 2026-03-12].
- Co je parasomnie a jak se léčí*. Online. Pro spánek. 2025. Dostupné z: <https://www.prospanek.cz/blog/poruchy-spanku-cast-4-parasomnie/>. [cit. 2025-11-05].
- ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. 2. vydání. Praha: Jessenius Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1.
- Denní centrum Barevný svět*. Online. Denní centrum Barevný svět. 2026. Dostupné z: <https://www.barevny-svet.eu/denni-stacionar/>. [cit. 2026-03-12].
- Deprese: formy a průběh*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2022. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/682-deprese-formy-a-prubeh>. [cit. 2025-09-17].
- Disociální porucha osobnosti*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/504>. [cit. 2025-10-06].
- Domov důchodců Proseč u Pošné*. Online. Domov důchodců Proseč u Pošné. 2026. Dostupné z: <https://www.ddprosecposna.cz/o-nas-1/>. [cit. 2026-03-12].
- Domov Nové Syrovice*. Online. Domov Nové Syrovice. 2026. Dostupné z: <https://www.domov-vez.cz/domov-nove-syrovice/hlavni-strana>. [cit. 2026-03-12].

Domov pro seniory Havlíčkův Brod. Online. Domov pro seniory Havlíčkův Brod. 2026. Dostupné z: <https://www.ddhb.cz/>. [cit. 2026-03-12].

Domov pro seniory Mitrov. Online. Domov pro seniory Mitrov. 2026. Dostupné z: <https://www.domovmitrov.cz/>. [cit. 2026-03-12].

Domov pro seniory Pelhřimov. Online. Domov pro seniory Pelhřimov. 2026. Dostupné z: <https://www.dpsp.cz/>. [cit. 2026-03-12].

Domov pro seniory Velké Meziříčí. Online. Domov pro seniory Velké Meziříčí. 2026. Dostupné z: <https://www.domovvm.cz/>. [cit. 2026-03-12].

Domov se zvláštním režimem v Myslivořicích. Online. Diakonie ČCE. 2026. Dostupné z: <https://domovmysliborice.cz/sluzba-oj/domov-se-zvlastnim-rezimem-v-mysliboricich/>. [cit. 2026-03-12].

Domov ve Věži. Online. Domov ve Věži. 2026. Dostupné z: <https://www.domov-vez.cz/domov-ve-vezi/hlavni-strana>. [cit. 2026-03-12].

Dům sociálních služeb Pacov. Online. Dům sociálních služeb Pacov. 2026. Dostupné z: <https://www.dssp.cz/>. [cit. 2026-03-12].

Duševní zdraví – Vysočina. Online. Webnode. 2026. Dostupné z: <https://dusevnizdravi-vysocina.cms.webnode.page>. [cit. 2026-03-07].

Emočně nestabilní porucha osobnosti (hraniční typ). Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/501>. [cit. 2025-10-06].

Emočně nestabilní porucha osobnosti (impulzivní typ). Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/500>. [cit. 2025-10-06].

F00-F09-Organické duševní poruchy včetně symptomatických. Online. UZIS. 2025. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>. [cit. 2025-11-27].

F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Online. MKN10-2025. 2023, 1.1.2025. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>. [cit. 2025-08-09].

F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Online. Uzis. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F23>. [cit. 2025-11-05].

F40-F48-Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Online. Uzis. 2025. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F40-F48>. [cit. 2025-11-28].

F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Online. Uzis. 2025. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F51>. [cit. 2025-11-05].

F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Online. Uzis. 2025. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50-F59>. [cit. 2025-11-27].

F63.1 – Patologické zakládání požárů (pyromanie). Online. Číselník diagnóz MKN-10. 2025. Dostupné z: <http://www.ciselnikdiagnoz.cz/mkn-10/f63-1-patologicke-zakladani-pozaru-pyromanie/>. [cit. 2025-10-08].

- F70-F79 – Mentální retardace*. Online. Uzis. 2025. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>. [cit. 2025-11-28].
- F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání*. Online. Uzis. 2025. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F94>. [cit. 2025-11-28].
- Fokus Vysočina*. Online. Fokus Vysočina. 2026. Dostupné z: <https://www.fokusvysocina.cz/komunitni-tym>. [cit. 2026-03-12].
- Geriatrické centrum Počátky*. Online. Geriatrické centrum Počátky. 2026. Dostupné z: <https://www.ldn-pocatky.cz/cz/luzkova-cast/domov-se-zvlastnim-rezimem#content>. [cit. 2026-03-12].
- Halucinogenní látky: co to je?* Online. Národní zdravotnický informační portál. 2023. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/303-halucinogenni-latky-zakladni-informace>. [cit. 2025-08-27].
- Halucinóza, organická*. Online. Velký lékařský slovník. 2025. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/halucinoza-organicka>. [cit. 2025-11-05].
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.
- Integrované centrum sociálních služeb Jihlava*. Online. Integrované centrum sociálních služeb Jihlava. 2026. Dostupné z: <https://www.icss.cz/denni-stacionar>. [cit. 2026-03-03].
- Senevida*. Online. Senevida. 2026. Dostupné z: <https://www.senevida.cz/>. [cit. 2026-03-03].
- JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Sestra. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- Kolping.cz*. Online. Kolpingovo dílo České republiky. 2026. Dostupné z: <https://www.kolping.cz/o-nas/>. [cit. 2026-03-12].
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. Eating disorders in childhood and adolescence. Online. *Česko-slovenská pediatrie*. 2024, roč. 79, č. 3, s. 167-172. ISSN 0069-2328. Dostupné z: <https://doi.org/10.55095/cspediatrie2024/020>. [cit. 2025-12-01].
- KŘÍŽOVÁ, Ivana. *Závislosti: pro psychologické obory*. Psyché. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1754-3.
- Mentální anorexie*. Online. ÚZIS ČR. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/?term=mentální%20anorexie&limit=10&page=1&sort=2>. [cit. 2025-09-28].
- Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. [Praha]: [Psychiatrické centrum], [2000]. ISBN 80-85121-44-1.
- F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých*. Online. MKN-10. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F60-F69>. [cit. 2025-10-06].
- MKN-10*. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F50-F59&classificationCode=F51.1>. [cit. 2025-10-18].

- MKN-10*. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F00-F09&classificationCode=F00.2*#active. [cit. 2025-11-27].
- MKN-10*. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F90-F98&classificationCode=F93.8#active>. [cit. 2025-11-27].
- MKN-10*. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F90-F98&classificationCode=F94.1#active>. [cit. 2025-11-28].
- MKN-10*. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F90-F98&classificationCode=F94.2#active>. [cit. 2025-11-28].
- MKN-10*. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F90-F98&classificationCode=F98.3>. [cit. 2025-11-28].
- MKN-10*. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F90-F98&classificationCode=F92.0>. [cit. 2025-11-28].
- Multiinfarktová demence*. Online. Nzip.cz. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4404>. [cit. 2025-11-05].
- Náměsíčnost (somnambulismus) – příčiny, příznaky, léčba*. Online. ISpánek. 2022. Dostupné z: <https://ispanek.cz/namesicnost-somnambulismus/>. [cit. 2025-10-22].
- Národní zdravotnický informační portál. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245-opiaty>. [cit. 10. 8. 2025].
- Nelátkové závislosti: co to je?* Online. Národní zdravotnický informační portál. 2021. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/321-nelatkove-zavislosti-zakladni-informace>. [cit. 2025-09-03].
- Není třeba léčit motorické tiky*. Online. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2017. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/archiv-cisel/2017-1-4>. [cit. 2025-11-28].
- Neorganická enkopréza*. Online. Psychoweb. 2025. Dostupné z: <https://www.psychoweb.cz/slovník/neorganicka-enureza-co-to-je-vyznam-podle-slovníku/>. [cit. 2025-11-28].
- Neorganická enuréza*. Online. Psychoweb. 2025. Dostupné z: <https://www.psychoweb.cz/slovník/neorganicka-enureza-co-to-je-vyznam-podle-slovníku/>. [cit. 2025-11-28].
- Neurastenie*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/6808>. [cit. 2025-11-28].
- NOVÁK, Tomáš a LÁSKOVÁ, Hana. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5851-0.
- Oblastní charita Brno*. Online. Naše služby. 2026. Dostupné z: https://brno.charita.cz/nase-sluzby/?_gl=1*m05rqx*_gcl_au*MTMxNTczOTYwOS4xNzY4Mjk4NDkz*_ga*MzMzMjAzNjcuMTc0MDQ3MTI3NQ..*_ga_YE2V4PYNPP*cZ3NzZmZMDM4MDc3JGcxJHJHxNzcZmZAzODEyJG01NSRsMCRoMA.... [cit. 2026-03-12].

Oblastní charita Žďár nad Sázavou. Online. Oblastní charita Žďár nad Sázavou. 2026. Dostupné z: <https://zdar.charita.cz/nase-sluzby/klubv9/>. [cit. 2026-03-12].

Organická porucha osobnosti. Online. Psychoweb. 2025. Dostupné z: <https://www.psychoweb.cz/slovník/organicka-porucha-osobnosti-co-to-je-vyznam-podle-slovníku/>. [cit. 2025-11-27].

Paranoidní porucha osobnosti. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/497>. [cit. 2025-10-06].

Portimo. Online. Portimo. 2026. Dostupné z: <https://www.portimo.cz/o-nas>. [cit. 2026-03-12].

Porucha s bludy. Online. Mediatelly. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F20-F29&classificationCode=F22.0>. [cit. 2025-11-05].

Poruchy chování. Online. Studentům pedagogiky. 2025. Dostupné z: <https://pedagogika.skolni.eu/specialni-pedagogika/etopedie/poruchy-chovani-emoci/>. [cit. 2025-11-28].

Poruchy kognitivních funkcí. Online. Pro lékaře. 2017. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/poruchy-kognitivnich-funkci-18/poruchy-kognitivnich-funkci-14>. [cit. 2025-11-27].

Poruchy osobnosti. Online. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. 2021. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/poruchy-osobnosti>. [cit. 2025-10-06].

Postencefalitický s. Online. Velký lékařský syndrom. 2025. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/postencefaliticky>. [cit. 2025-11-27].

Postkomoční syndrom. Online. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. 2017. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/postkomocni-syndrom>. [cit. 2025-11-27].

Posttraumatická stresová porucha (PTSD). Online. Psychedelická klinika. 2025. Dostupné z: <https://www.psyon.cz/posttraumaticka-stresova-porucha-ptsd/>. [cit. 2025-11-28].

PRETL, Martin a SMOLÍK, Petr. *Nespavost: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/44/nespavost-2021.pdf>. [cit. 2025-10-15].

PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje*. Grada Publishing a.s, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

Registr poskytovatelů služeb. Online. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2026. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>. [cit. 2026-04-08].

Rettův syndrom. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4949>. [cit. 2025-11-28].

Senior Home Telč s.r.o. Online. Senevida. 2026. Dostupné z: <https://senior-home.cz/telc/>. [cit. 2026-03-03].

Separáční úzkost. Online. Tymosia. 2020. Dostupné z: <https://tymosia.cz/co-vas-trapi/separacni-uzkost>. [cit. 2025-11-27].

- Schizoafektivní porucha, depresivní typ*. Online. Mediately. 2025. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/icd?chapterCode=F00-F99&setCode=F20-F29&classificationCode=F25.2#active>. [cit. 2025-11-05].
- Schizofrenie – příčina, příznaky a léčba. Online. Euc. 2020, 2022. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/schizofrenie-pricina-priznaky-a-lecba/>. [cit. 2025-11-02].
- Schizofrenie*. Online. Psychoweb. 2025. Dostupné z: <https://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/prevence-schizofrenie>. [cit. 2025-10-28].
- Schizotypní porucha*. Online. U psychiatra. 2015. Dostupné z: <https://www.upsychiatra.cz/schizotypni-porucha/>. [cit. 2025-11-02].
- Sociální centrum KV*. Online. Sociální centrum KV. 2026. Dostupné z: <https://www.sockv.cz/>. [cit. 2026-03-03].
- Sociální fobie*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/442>. [cit. 2025-11-28].
- Sociální služby města Havlíčkova Brodu*. Online. Srdce na dlani. 2026. Dostupné z: <https://www.ssmhb.cz/o-nas/>. [cit. 2026-03-12].
- Sociální služby města Žďár nad Sázavou*. Online. Sociální služby města Žďár nad Sázavou. 2026. Dostupné z: <https://www.socsluzbyzdar.cz/odlehcovaci-sluzby>. [cit. 2026-03-12].
- SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *Norma*. Online. Sociologická encyklopedie. 2020. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Norma>. [cit. 2025-09-28].
- Somatoformní poruchy: co to je?* Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/714-psychosomatika-poruchy-a-onemocneni>. [cit. 2025-11-28].
- Somnambulismus*. Online. Velký lékařský slovník. 2025. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/somnambulismus>. [cit. 2025-10-22].
- Specifická (vývojové) poruchy učení*. Online. Pedagogicko-psychologická poradna, Nový Jičín, příspěvková organizace. 2025. Dostupné z: <https://www.pppnj.cz/pro-rodice-a-klienty/specificke-vyvojove-poruchy-uceni/>. [cit. 2025-11-28].
- Specifická porucha artikulace řeči*. Online. Psychoweb. 2025. Dostupné z: <https://www.psychoweb.cz/slovník/specificka-porucha-artikulace-rci-co-to-je-vyznam-podle-slovníku/>. [cit. 2025-11-28].
- Trichotillomanie*. Online. Velký lékařský slovník. 2025. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/trichotillomanie-zkr-ttm-2>. [cit. 2025-10-08].
- Typologie sociálních služeb*. Online. Kraj Vysočina. 2026. Dostupné z: <https://kr-vysocina.cz/typologie%2Dsocialnich%2Dsluzeb/ms-122186/p1=122186>. [cit. 2026-04-08].
- Úzkostné poruchy: diagnóza*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/718-uzkostne-poruchy-diagnoza>. [cit. 2025-11-28].

Vida. Online. Vida centra. 2026. Dostupné z: <https://www.vidacr.cz/vida-centra/>. [cit. 2026-03-12].

VOR Jihlava, z.ú. Online. VOR Jihlava, z.ú. 2026. Dostupné z: <https://www.vorjihlava.cz/>. [cit. 2026-03-03].

Webnode. Online. Webnode. 2026. Dostupné z: <https://www.webnode.com>. [cit. 2026-03-07].

Záchvatovité přejídání (psychogenní přejídání): co to je? Online. Národní zdravotnický informační portál. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/706-zachvatovite-prejidani-zakladni-informace>. [cit. 2025-10-15].

Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách. Online. Zákony pro lidi. 2026. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>. [cit. 2026-04-08].

Přílohy

Příloha A – Dotazníkové šetření

Dotazník byl určen pro sociální pracovníky a pracovnice v Kraji Vysočina, kteří nepracují s cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním.

*Vážené respondentky, vážení respondenti,
jmenuji se Bára Sýkorová a jsem studentkou 2. ročníků magisterského studijního programu Sociální práce v péči o duševní zdraví na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě.*

Ráda bych Vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který se týká sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Výsledky tohoto dotazníkového šetření mi poskytnou podklad pro vytvoření webových stránek s přehledem základních informací o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina.

Dotazník je zcela anonymní, dobrovolný a slouží k účelům diplomové práce. Jeho vyplnění zabere pouze pár minut.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. *Setkáváte se ve své praxi s osobami s chronickým duševním onemocněním?*
 - a) Ano, často
 - b) Ano, občas
 - c) Ne, nikdy

2. *Jaké typy informací o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním vyhledáváte nejčastěji?*
 - a) Typ sociální služby (chránění bydlení, denní a týdenní stacionáře, ...)
 - b) Cílová skupina
 - c) Umístění konkrétního zařízení sociální služby
 - d) Poskytované činnosti
 - e) Ceník
 - f) Formulář žádosti o poskytování sociální služby
 - g) Jiné...

3. *Kde nejčastěji vyhledáváte informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina?*
 - a) Internetové stránky poskytovatelů sociálních služeb
 - b) Registr poskytovatelů sociálních služeb (MPSV)
 - c) Kolegové/odborníci z praxe
 - d) Sociální sítě
 - e) Papírové informační letáky

4. *Jak hodnotíte dostupnost informací o těchto službách?*
 - a) Velmi dostupné
 - b) Spíše dostupné
 - c) Nedostupné

5. *Jak hodnotíte přehlednost informací o těchto službách?*
 - a) Velmi přehledné
 - b) Spíše přehledné
 - c) Nepřehledné

6. *Bylo by podle Vás užitečné mít základní informace o sociálních službách pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Kraji Vysočina na jedné webové stránce?*
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

7. *Jaké informace o těchto službách by podle Vás měly být na jedné webové stránce?*
 - a) Přehled služeb v Kraji Vysočina dle okresu
 - b) Přehled služeb v Kraji Vysočina dle formy poskytování
 - c) Informace o cílové skupině
 - d) Ceník

- e) Užitečné odkazy na webové stránky jednotlivých služeb
- f) Adresa sociálního zařízení
- g) Jiné...