



Spolufinancováno
Evropskou unií

Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030

Červenec 2025

Obsah

1.	Úvod	1
1.1	Kontext a cíle analýzy	1
1.2	Základní terminologie a fakta	2
1.3	Metodologický postup	5
2.	Děti a mládí	10
2.1	Výzkum duševního zdraví žáků (11-19 let) v Libereckém kraji	10
2.2	Závěry a doporučení k systémovým opatřením.....	19
	Seznam literatury	21
	Seznam zkratk	24
	Seznam tabulek	26
	Seznam grafů.....	27
	Přílohy	28
	Příloha 1: Dotazníky WHO-5, PHQ-9 a GAD-7	28

1. Úvod

Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030 (dále také „Analýza“) jsou zpracovány jakou součástí projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“, registrační č. CZ.03.02.02/00/22_006/0001329.

Zpracovatelem analýzy je Ernst & Young, s.r.o. (dále také „EY“ či „Dodavatel“) na základě smlouvy uzavřené mezi EY a Libereckým krajem (dále také „Zadavatel“ či „Kraj“).

1.1 Kontext a cíle analýzy

Tato Analýza slouží jako podklad pro tvorbu **Krajského plánu péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030**. Analýza se vztahuje ke třem hlavním oblastem kopírujícím cílové skupiny, kterými jsou:

1. Děti a mladiství
2. Dospělí
3. Seniori.

U každé z těchto tří cílových skupin je zjišťován stav duševního zdraví a úroveň potřeb a poptávky po službách, které s duševním zdravím souvisí. Konkrétní témata vycházející pro každou cílovou skupinu a jejich řazení v Analýze jsou zobrazena v tabulce 1.

Tabulka 1: Kapitoly Analýzy

Kap. 1	Úvod	Kontext a cíle Analýzy a definice základních termínů.
Kap. 2	Děti a mladiství	Téma 1: Výzkum duševního zdraví žáků (11-19 let) v Libereckém kraji
Kap. 3	Dospělí	Téma 1: Analýza stavu duševního zdraví a potřeb dospělé populace v Libereckém kraji Téma 2: Projekce budoucích potřeb sociálních služeb a podpory duševního zdraví z perspektivy stárnutí a vývoje obyvatelstva Téma 3: Osoby již zasažené problémy v oblasti duševního zdraví Téma 4: Primárně pečující osoby s předškolními dětmi jako specificky ohrožená skupina
Kap. 4	Seniori	Téma 1: Kvalitativní analýza potřeb seniorů (65+) Téma 2: SWOT analýza služeb, které souvisí s duševním zdravím seniorů
	Seznam literatury a další seznamy	Kapitola obsahuje seznam literatury a dalších zdrojů využitých v rámci Analýzy, seznam zkratk, tabulek a grafů.
	Přílohy	Součástí příloh jsou plné verze využitých dotazníků.

1.2 Základní terminologie a fakta

Tato podkapitola vymezuje pojem duševního zdraví a přibližuje základní strukturu systému péče o duševní zdraví v České republice. Následně představuje rozsah veřejných výdajů do této oblasti na úrovni Libereckého kraje a představuje organizace podpořené z krajského rozpočtu či rozpočtu obcí v roce 2024.

Zjištění této Analýzy, týkající se stavu duševního zdraví populace, jejich potřeb a dostupnosti služeb souvisejících s duševním zdravím, slouží jako podpora při tvorbě strategie pro rozvoj sociálních služeb a sítě Kraje. Tento přístup odpovídá principům **tvorby politik založených na důkazech** (evidence-based policy making, EBPM), který využívá systematický sběr a analýzu dat pro tvorbu informovaných rozhodnutí ve veřejných politikách (Cairney, 2016). Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD, 2021) na základě diskusí s experty a stakeholdery stanovila rámec, podle kterého je možné hodnotit výkonnost a schopnost systému péče o duševní zdraví. Rámec obsahuje 6 hlavních principů, který by měl dobrý systém péče o duševní zdraví splňovat:

1. Je orientovaný na jednotlivce, který prožívá duševní onemocnění.
2. Má dostupné, vysoce kvalitní služby v oblasti duševního zdraví.
3. Uplatňuje integrovaný, mezioborový přístup k duševnímu zdraví.
4. Předchází duševním onemocněním, podporuje prevenci a duševní pohodu.
5. Má silné vedení a dobrou správu.
6. Je orientovaný na budoucnost a je inovativní.

Tato analýza je zpracována v souladu s uvedenými principy.

1.2.1 Vymezení pojmu duševní zdraví

Duševní zdraví, klíčové téma této Analýzy, lze podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2022) charakterizovat jako **stav duševní pohody, který umožňuje lidem zvládat stres běžného života, uvědomovat si své schopnosti, dobře se učit a pracovat a přispívat své komunitě**. V této definici je obsaženo několik klíčových principů duševního zdraví, například:

- ▶ Duševní zdraví není pouze absence duševních poruch.
- ▶ Duševní zdraví je komplexní škála prožívaná u každého člověka individuálně a různě.
- ▶ Duševní zdraví umožňuje člověku realizovat svůj potenciál.

Duševní zdraví je také základní lidské právo, integrální komponent celkového zdraví a důležitá společenská hodnota. Duševní zdraví je ovlivněno vnějšími faktory, jako je stav společnosti, ekonomiky nebo životního prostředí (OECD, 2021).

1.2.2 Systém péče o duševní zdraví v České republice

V České republice (ČR) je systém péče o duševní zdraví rozdělen na lůžkové a ambulantní služby. Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013 nabádá ke zlepšení koordinace jednotlivých složek péče a posílení služeb v přirozeném prostředí pacienta, například pomocí komunitní péče¹.

¹ [reforma-psychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie_reformy_psychiatrické_péče.pdf](https://reforma-psychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie_reformy_psychiatrick%C3%A9_p%C3%A9%C4%8D%C3%A9.pdf)



Lůžková psychiatrická péče

Lůžková péče je zajišťována především psychiatrickými léčebnami nebo nemocnicemi a psychiatrickými odděleními nemocnic. Počet lůžek **akutní psychiatrické péče** mezi lety 2010 a 2017 klesl na 1300 lůžek. Od roku 2018 jejich počet mírně narůstá a jeho podíl na celkovém lůžkovém fondu je více než 5 %. Tento trend souvisí také s transformací psychiatrických nemocnic a léčeben, které redukuje fond následné lůžkové péče a začínají poskytovat péči akutní. Důsledkem toho je postupný nárůst geografické dostupnosti akutní lůžkové péče v ČR. Počet lůžek **následné lůžkové péče** se snižuje, od roku 2010 dodnes klesl asi o 15 %. Následná péče je prováděna formou komunitní podpory a zdravotní péče, což je v souladu s reformou psychiatrické péče (Národní portál psychiatrické péče, 2021).



Ambulantní psychiatrická péče

Na území ČR funguje okolo 1 000 **ambulantních poskytovatelů psychiatrických zdravotních služeb**. Jejich dostupnost je regionálně velmi odlišná. Nejčastější diagnózy, kvůli kterým pacienti vyhledávají psychiatry, jsou neurotické, stresové a somatoformní poruchy (37,3 %) a organické duševní poruchy spolu s Alzheimerovou chorobou (14,7 %) (Národní portál psychiatrické péče, 2025).



Komunitní péče

Příkladem komunitní péče jsou **centra duševního zdraví (CDZ)**. Jsou zdravotně-sociální službou, která poskytuje péči lidem se závažným duševním onemocněním v jejich vlastním sociálním prostředí. Klíčovým konceptem u CDZ je case management, při kterém multidisciplinární tým poskytuje klientům terénní i ambulantní služby s cílem dosáhnout jejich soběstačnosti. CDZ působí regionálně se spádovým územím cca 100 tisíc obyvatel. Tým je složen z psychiatrických sester, sociálních pracovníků, pracovního konzultanta, psychiatra, psychologa a peer konzultanta, někde i adiktologa (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020; Psychoportál, 2025).



Neziskové organizace

Nestátní neziskové organizace (NNO) jsou důležitým aktérem v péči o duševní zdraví v ČR, doplňují státní a komerční sektor v oblastech, které nesou dostatečně pokryty tradičními institucemi. Jsou tak klíčovými partnery pro zajištění péče a pokroku v procesu reformy psychiatrické péče (Fokus ČR, 2025).

1.2.3 Příspěvky na péči o duševní zdraví v Libereckém kraji

Financování služeb péče o duševní zdraví z rozpočtů Kraje a obcí v Libereckém kraji se mezi roky 2022 a 2024 zvyšovalo, jak je uvedeno v Tabulce 2. V roce 2022 činila podpora 48,4 mil. Kč, což odpovídá 0,18 % souhrnných výdajů rozpočtů Kraje a obcí na území kraje. V roce 2023 podpora vzrostla na 50,7 mil. Kč, nicméně podíl na celkovém rozpočtu poklesl na 0,16 %, což ukazuje na nižší tempo růstu podpory oproti celkovému růstu výdajů. Pro rok 2024 dosáhla podpora výše 63,3 mil. Kč, ale finální údaj o výši celkových výdajů rozpočtu chybí. Tento vývoj naznačuje, že ačkoli finanční podpora absolutně roste, není její růst v poměru k rostoucím rozpočtům automatický. Zároveň lze pozorovat, že významnějším zdrojem financování je národní rozpočet společně s příspěvky z fondů Evropské unie (EU).

Tabulka 2: Příspěvky na péči o duševní zdraví v Libereckém kraji

Rok	Finanční podpora služeb péče o duševní zdraví z rozpočtů Kraje a obcí ²	Příspěvky z ministerstev a fondů EU	Výše výdajů rozpočtu Kraje a obcí ³	Podíl výdajů
2022	48 432 482 Kč	132 270 223 Kč	27 628 000 000 Kč	0,18 %
2023	50 707 885 Kč	177 224 377 Kč	31 611 000 000 Kč	0,16 %
2024	63 343 118 Kč	203 090 259 Kč	-	-

Zdroj: vlastní zpracování podkladů od Zadavatele a na základě Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2024) a Liberecký kraj (2024)

Tabulka 3 zachycuje subjekty, které v Libereckém kraji působí v oblasti péče o duševní zdraví a které obdržely finanční podporu z krajského či obecního rozpočtu, a nezohledňuje například: zdravotnická zařízení (psychiatrické ambulance, nemocnice), služby hrazené plně ze zdravotního pojištění, služby financované čistě z národních dotačních titulů, evropských fondů, nadací nebo soukromých zdrojů. Pro správné hodnocení potřeb a dopadů péče je vždy nutné zohledňovat také celostátní rámec a mezioborové přesahy.

Tabulka 3: Seznam organizací podpořených z krajského rozpočtu či rozpočtu obcí v roce 2024

Duševní onemocnění	Závislosti	Azylové domy	Mládež	Ostatní
FOKUS Liberec o.p.s.	ADVAITA, z. ú.	Návrat, o.p.s.	Maják NMPS, z.ú.	Centrum intervenčních a psychosociálních služeb LK, p.o.
FOKUS Semily, z. s.	Most k naději, z.s.	Charita Česká Lípa	Maják Hrádek z.ú.	Domov důchodců Sloup v Čechách, p.o.
FOKUS Turnov, z.s.	Lexus	Charita Liberec	Maják Plus, z.ú.	
Sdružení TULIPAN, z.s.		Naděje	Člověk v tísní, o.p.s.	
Rytmus Liberec		Sociální služby města České Lípy, p.o.	Rodina v centru, z.ú.	
		Charita Most	Diakonie ČCE	

Zdroj: vlastní zpracování podkladů od Zadavatele

² Zdroj: Liberecký kraj, 2024. *Finanční zdroje kraj*.

³ Zdroj: ČSÚ, 2024. *Statistická ročenka Libereckého kraje 2024*. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/statisticka-rocenka-libereckeho-kraje-2024>

1.3 Metodologický postup

Tato kapitola poskytuje systematický přehled využitých metod šetření a jejich přiřazení k jednotlivým kapitolám Analýzy, jež byly využity pro získání potřebných dat a informací. Tabulka níže poskytuje přehled metod šetření využitých v jednotlivých kapitolách. Metodologie využitá pro dílčí oblasti je dále zkonkretizovaná s ohledem na specifika a zaměření jednotlivých oblastí v relevantních podkapitolách Analýzy.

Tabulka 4: Matice metod použitých v Analýze

Legenda: ■ – metoda využitá pro vyhodnocení stavu dané cílové skupiny

		METODY ŠETŘENÍ							
		Desk research	Dotazníkové šetření				Rozhovory	Analýza sekundárních dat	SWOT analýza
			WHO-5	PHQ-9	GAD-7	EIU-5			
Děti a mladiství									
Dospělá populace	Primárně pečující osoby								
	Osoby již zasažené duševním onemocněním								
	Projekce budoucích potřeb								
	Analýza stavu péče o duševní zdraví dospělé populace v Libereckém kraji								
Senioři									

Zdroj: vlastní zpracování na základě Zadávací dokumentace

Desk research

Metoda desk research byla klíčovým krokem k pochopení současného stavu služeb a potřeb obyvatel a zároveň sloužila jako výchozí metoda pro teoreticko-metodologická východiska, na kterých jsme založili postup zpracování Analýzy. Využili jsme již existující analýzy, vědecké studie, akademické články a data, jako jsou statistické údaje o výskytu duševních onemocnění v Libereckém kraji nebo dostupnosti psychiatrické a psychologické péče, což nám umožnilo zmapovat, jaké služby jsou v Kraji k dispozici a kde se nacházejí největší mezery, bez nutnosti vlastních výzkumů, časově i finančně náročných.

Polostrukturované rozhovory

Další metodou, kterou jsme v Analýze využili, je metoda polostrukturovaných rozhovorů s cílovou skupinou, která nám umožnila hlubší porozumění výsledkům dotazníků a rozšíření o kvantitativní data a kontextové informace. Také nám umožnila hlouběji proniknout do tématu, než je tomu u čistě strukturovaných rozhovorů nebo dotazníků, protože poskytla prostor pro spontánní odpovědi a zkoumání souvislostí, které by uzavřenými otázkami zůstaly skryté. Díky

otevřeným otázkám mohli respondenti přinést nové podněty a témata, která výzkumník původně nepředpokládal, což udělalo z polostrukturovaných rozhovorů cenný nástroj pro explorativní výzkum.

Dotazníkové šetření

Pro mapování aktuálního stavu duševního zdraví v Libereckém kraji jsme využili vlastní dotazníkové šetření se čtyřmi standardizovanými škálami pro hodnocení různých aspektů duševního zdraví. Tuto metodu jsme zvolili pro monitoring stavu duševního zdraví u dětí a mladistvých a u dospělé populace. Jedná se o škály, které byly dříve využity v rámci Národního monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů realizovaným Národním ústavem duševního zdraví (NÚDZ, 2023) a v opakovaných šetřeních agentury Eurofound⁴ (2021; 2022).

Existence těchto analýz nám umožnila zasadit výsledky vlastního šetření do širšího kontextu. Škály byly původně vyvinuty pro dospělou populaci, následně došlo k jejich adaptaci i pro demografickou skupinu dětí a mladistvých. V řadě vědeckých studií, včetně studie NÚDZ, byla ověřena jejich validita pro měření charakteristik duševního zdraví u různých cílových skupin, včetně vhodnosti české jazykové mutace.

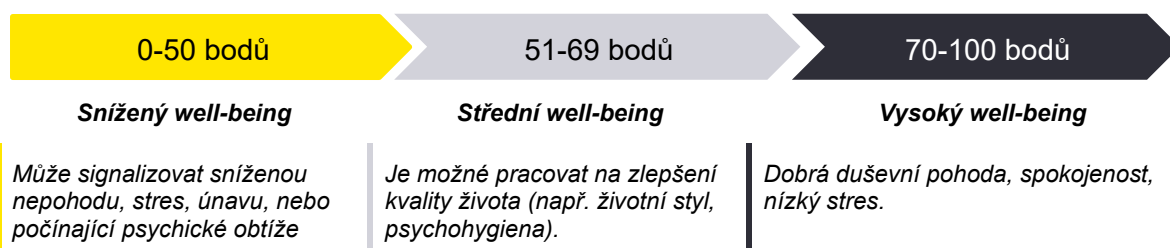
Konkrétní škály využívané v Analýze jsou (i) World Health Organisation Well-being Index (**WHO-5**), (ii) Patient Health Questionnaire (**PHQ-9**), (iii) Generalised Anxiety Questionnaire (**GAD-7**) a (iv) Excessive Internet Use (**EIU-5**). Tyto škály jsou jednoduché a vyplnění dotazníku není časově náročné, což podporuje jejich vhodnost pro mapování duševního zdraví populace (Johnson et al., 2019; Levis et al., 2019; Topp et al., 2015). Je však nutné zdůraznit, že se **nejedná o klinické diagnostické nástroje, ale screeningové dotazníky**, které slouží k **orientačnímu zhodnocení míry existujících symptomů**. Pro stanovení diagnózy je vždy nezbytné odborné posouzení psychiatrem nebo klinickým psychologem.

Všechny vybrané nástroje využívají sebe-hodnocení, tedy subjektivní hodnocení dotazovaných oblastí. Níže v textu uvádíme popis jednotlivých škál ve větším detailu. Konkrétní otázky každé škály jsou pak součástí Přílohy č. 1 této Analýzy, které byly doplněny o populační otázky uvedené v Příloze č. 3 této Analýzy.

WHO-5

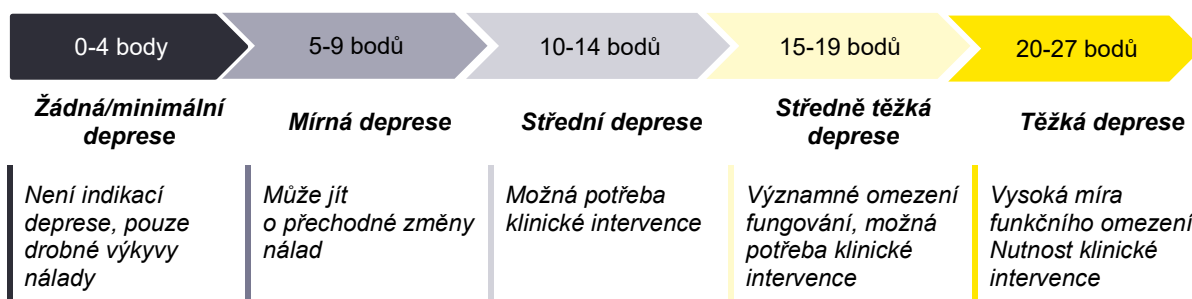
Škála WHO-5 **se zaměřuje na well-being, tedy emoční pohodu, a subjektivní psychickou pohodu** v posledních čtrnácti dnech. Formou pěti otázek je zjišťována nálada, pohoda nebo naplnění. Škála vznikla odvozením ze škály WHO-10 a WHO-28. Odpovědi na otázky jsou rozprostřeny na šestibodové Likertově škále od 0 (nikdy) do 5 (celou dobu). Konečné skóre pro výpočet stavu well-beingu vzniká vynásobením celkového skóre čtyřmi, kdy 0 znamená nejhorší a 100 nejlepší subjektivní well-being. Skóre menší než 50 je často používáno jako hranice pro identifikaci snížené pohody a potenciální deprese, přičemž skóre menší než 28 může indikovat závažnou depresi. WHO-5 se vyznačuje vysokou validitou a spolehlivostí v různých kulturních i klinických kontextech a je široce využívána jako screeningový nástroj i měřítko výsledků léčby (Kučera et al., 2023; Topp et al., 2015).

⁴ Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
Eurofound-ETF (2022), *Living, working and COVID-19 in the European Union and 10 EU neighbouring countries*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.



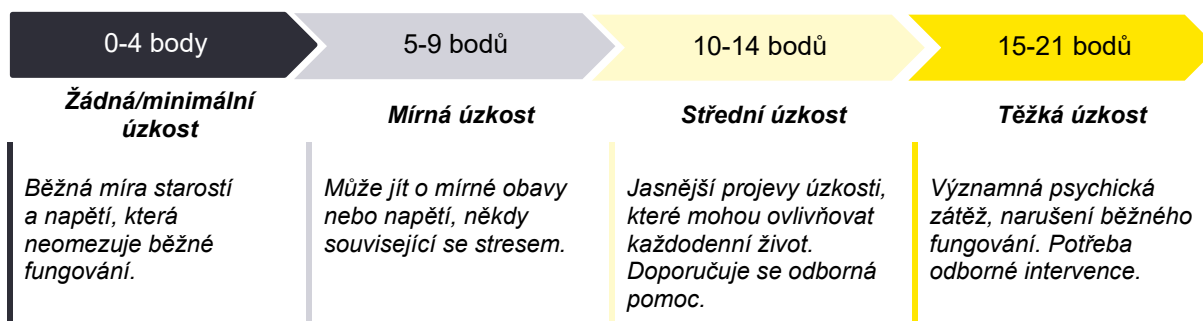
PHQ-9

Škála PHQ-9 **slouží k hodnocení závažnosti depresivních symptomů** v posledních dvou týdnech. Respondenti odpovídají na devět otázek na Likertově škále od 0 (vůbec ne) do 3 (téměř každý den). Celkové skóre je složeno ze součtu všech odpovědí a poté rozděleno do pěti pásem deprese: žádná nebo minimální deprese (1–4 bodů), mírná deprese (5–9 bodů), střední deprese (10–14 bodů), středně těžká deprese (15–19 bodů) a těžká deprese (20–27 bodů). Skóre ≥ 10 obvykle indikuje potřebu klinické intervence, přičemž vyšší skóre vyžaduje kombinaci psychoterapie, medikace nebo obojího (Kučera et al., 2023; Levis et al., 2019).



GAD-7

Škála GAD-7 je používána k **hodnocení příznaků úzkostných symptomů** během posledních dvou týdnů. Odpovědi jsou organizovány na Likertově škále od 0 (vůbec ne) do 3 (téměř každý den), respondenti odpovídají, nakolik se na ně vztahují specifické symptomy. Celkové skóre je součtem odpovědí. Výsledné skóre lze rozdělit do čtyř kategorií: žádná nebo minimální úzkost (0–4 bodů), mírná úzkost (5–9 bodů), střední úzkost (10–14 bodů) a těžká úzkost (15–21 bodů). Skóre ≥ 10 obvykle indikuje klinicky významnou úroveň úzkosti, která vyžaduje další diagnostické zhodnocení a případnou intervenci, jako je psychoterapie nebo farmakoterapie (Johnson et al., 2019; Kučera et al., 2023).

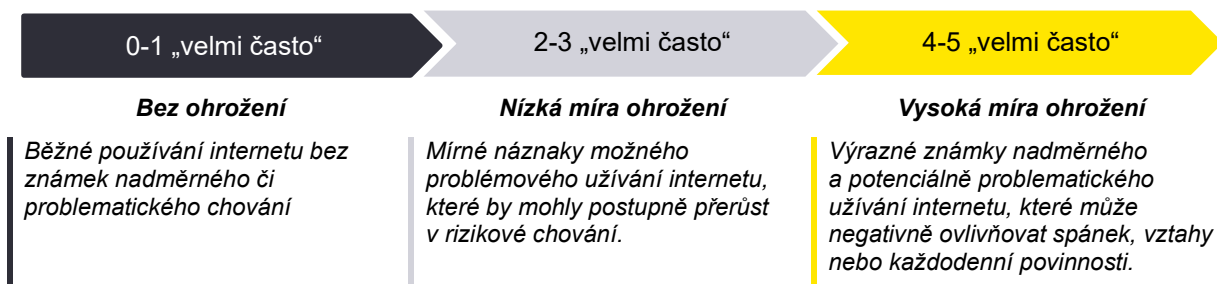


EUI-5

Škála excesivního užívání internetu (EIU-5) pomocí pěti položek **ověřuje nadměrné používání internetu**. Nadměrné užívání je v tomto případě chápáno jako takové používání

online aplikací, které s sebou nese riziko negativních důsledků, například narušení spánku, vztahů nebo školních povinností. Právě děti a dospívající jsou v této oblasti obzvláště ohroženou skupinou, protože tráví na internetu výrazně více času než předchozí generace a zároveň se u nich v této vývojové fázi snadno formují návyky (Škařupová et al., 2015).

Dotazník obsahuje pět výroků popisujících typické situace spojené s problematickým užíváním internetu. Respondenti pak mají uvést, zda a jak často se jim dané situace staly během posledního roku. Pro odpovědi mohou vybírat na čtyř položkové Likertově škále od „nikdy“ (0 bodů), „ne moc často“ (1 bod), „docela často“ (2 body) a „velmi často“ (3 body). Odpovědi jsou poté vyhodnoceny podle četnosti odpovědí „velmi často“. V případě, že respondent uvedl „velmi často“ u žádného nebo jednoho výroku, je klasifikován jako „bez ohrožení“, v případě 2-3 odpovědí „velmi často“ je s nízkou mírou ohrožení a více než 3 takové odpovědi jej zařadí do skupiny lidí s vysokou mírou ohrožení závislostí na internetu.



A photograph of a classroom with several children seated at wooden desks. In the foreground, a girl with dark hair, wearing a mustard-colored shirt with small white floral patterns, has her right arm raised high. To her left, another child is partially visible, wearing a light green shirt with dark spots. In the background, another child is visible, also with their arm raised. The room has light-colored walls and a whiteboard in the distance. A large yellow rectangular overlay is positioned on the left side of the image, containing the text 'Děti a mladiství' in bold black font.

Děti a mladiství

2. Děti a mladiství

NÚDZ v roce 2023 realizoval průlomovou studii duševního zdraví žáků devátých tříd v ČR. Výzkum přinesl unikátní data o stavu adolescentů v oblasti well-beingu i symptomatologie deprese a úzkosti. Výsledky ukazují znepokojivý obraz: více než 50 % žáků vykazuje nízký well-being, 30 % projevuje známky středně těžké až těžké úzkosti a 40 % vykazuje symptomy středně těžké až těžké deprese (Kučera et al., 2023). Nový výzkum Univerzity Palackého odhalil, že asi 16 % mladistvých a dětí v Česku se potýká se sebepoškozováním v takové míře, že by měli vyhledat odbornou pomoc. Celkově jde zhruba o 70 tisíc mladých lidí, většinou dívek (Švihel, 2025). Celosvětově mezi nejčastější duševní problémy u dospívajících patří úzkostné poruchy, které postihují 4,4 % dětí ve věku 10-14 let a 5,5 % adolescentů ve věku 15-19 let. Poruchy chování, jako je porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), se vyskytují u 2,9 % mladších dětí a 2,2 % starších dospívajících. Další závažné problémy zahrnují poruchy příjmu potravy a psychózu. Sebevražda je alarmujícím třetím nejčastějším důvodem úmrtí ve věkové skupině 15-29 let (World Health Organisation, 2024).



Duševní zdraví dětí a mladistvých je globální výzvou, protože **celosvětově trpí duševní poruchou přibližně jeden ze sedmi adolescentů ve věku 10–19 let** (World Health Organisation, 2024).

Asi polovina veškerých duševních onemocnění vypukne před 14. rokem věku života (Solmi et al., 2022), období dospívání je tak klíčové pro formování duševního zdraví. Fyzické, emocionální i sociální změny činí dospívající osoby zranitelnějšími vůči problémům s duševním zdravím. Děti a dospívající s duševními problémy často čelí stigmatizaci a diskriminaci, problémům s učením, sociálnímu vyloučení nebo problémům s fyzickým zdravím. Tyto faktory mohou mít dlouhodobý dopad na jejich celkovou životní perspektivu, protože duševní zdraví dětí a dospívajících je jedním z determinantů duševního zdraví v dospělosti. Proto je důležité dbát na preventivní opatření, zajistit rovný přístup k péči o duševní zdraví a poskytovat podporu sociálně-emočního učení v rodině i ve škole. Detekce příznaků a vhodná léčba jsou podmínkou pro zlepšení podmínek pro duševně nemocné děti a mladistvé, respektování jejich lidských práv a podporu prožití naplněného života. Včasná intervence, komplexní péče a dostupná podpora jsou významné pro včasné rozpoznání příznaků a zahájení léčby (McGorry & Mei, 2018).

2.1 Výzkum duševního zdraví žáků (11-19 let) v Libereckém kraji

Výzkum duševního zdraví žáků byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Metodologie se opírá o čtyři standardizované sebereportovací škály: WHO-5, PHQ-9, GAD-7 a EIU-5. Tyto nástroje neslouží ke klinické diagnostice duševních onemocnění, ale jedná se o screeningové dotazníky, které orientačně hodnotí míru existujících symptomů. Konkrétní otázky každé škály jsou součástí přílohy č. 1. Analýzy a postup jejich vyhodnocení je detailně popsán v kapitole 1.3.

Dotazníkové šetření bylo realizováno tak, aby splňovalo výzkumné standardy SIMAR s důrazem na dotazování dětí, mládeže a zranitelných osob.⁵ Respondenti byli oslovovaní

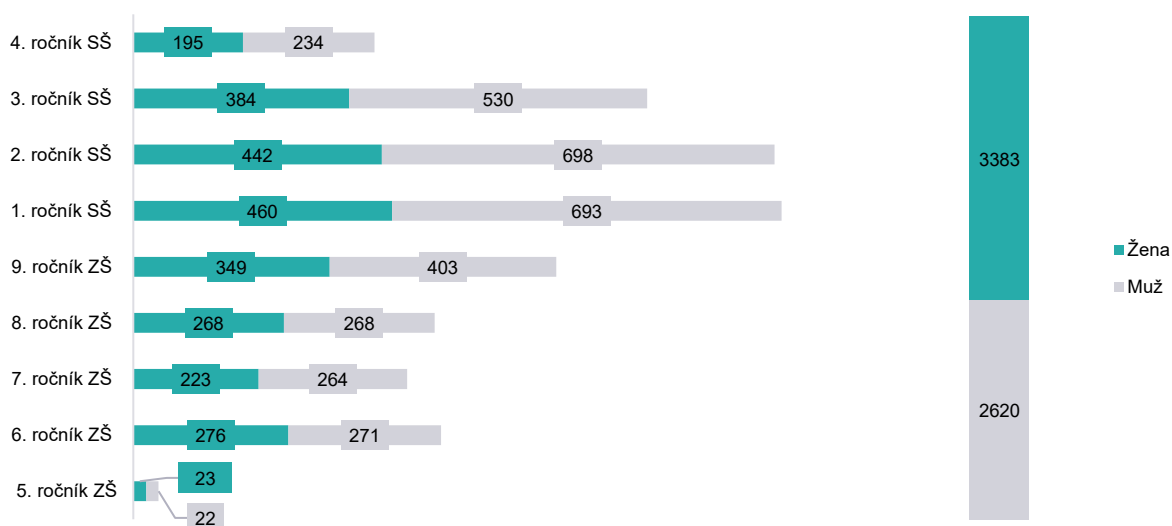
⁵ SIMAR. *Standard 09: Pravidla realizace výzkumných šetření s dětmi, mládeží a dalšími zranitelnými osobami.* (2021). Kniha standardů SIMAR. https://simar.cz/assets/media/files/standardy/Standard_09.pdf

nepřímo prostřednictvím škol v Kraji v úzké spolupráci se Zadavatelem a Odborem školství Libereckého kraje. Celkem se šetření zúčastnilo 58 škol. Pilotní sběr dat probíhal v termínu od 5. do 16. května 2025, primární sběr od 26.5.2025 do 30.6.2025 a dodatečný sběr dat na školách, které se nezapojily do primárního sběru dat od 1.9.2025 do 13.10.2025. Tento přístup umožnil efektivní sběr dat mezi nezletilými respondenty. Žáci mladší 15 let byli k šetření připuštěni pod podmínkou zajištění podpisu informovaného souhlasu s účastí v šetření jejich zákonným zástupcem. EY zajistilo podpůrné materiály a podporu při realizaci průzkumu, konkrétní způsob provedení šetření si určovaly školy individuálně. Díky sběru dat ve školách byl zajištěn reprezentativní vzorek kombinující odpovědi žáků spadajících do všech věkových a socio-ekonomických skupin. Každé oslovené škole byl zaslán individuální odkaz pro vyplnění dotazníku, čímž byly odpovědi respondentů doplněny o informaci, do jaké školy respondent chodí, a tedy do působnosti které obce s rozšířenou působností (ORP) tato vzdělávací instituce spadá.

Přes robustní počet respondentů šetření spoléhá na sebehodnocení, což může vést k podhodnocení nebo nadhodnocení symptomů duševního zdraví. Použité škály (WHO-5, PHQ-9, GAD-7 a EIU-5) nemusí plně zachytit komplexitu duševního zdraví. Tyto výsledky jsou platné pouze pro daný časový rámec a geografickou oblast, a jakékoli změny v sociálních, ekonomických nebo zdravotních podmínkách mohou ovlivnit jejich relevanci v budoucnu.

Celkový vzorek čítá **6 003** respondentů, kteří dotazník kompletně vyplnili a řádně odeslali. Nekompletní odpovědi nebyly do vyhodnocení zahrnuty. Ve vzorku respondentů převažuje ženské pohlaví, které s celkovým počtem 3 383 respondentů tvoří 56,35 % vzorku. Mužských respondentů je 2 620, tedy 43,65 %. Grafické zobrazení rozdělení respondentů dle věku a pohlaví je zobrazeno v Grafu 1.

Graf 1: Demografické ukazatele – skupina respondentů dětí a mladistvých

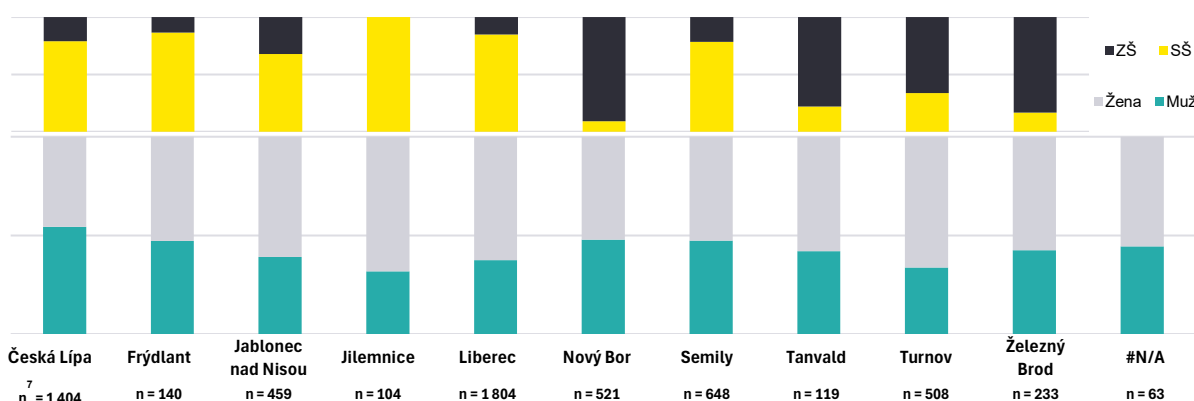


Zdroj: vlastní zpracování

Limitace výzkumu spočívá v náhodném výběru vzorku respondentů a účasti v dotazníkovém šetření na bázi dobrovolnosti jednotlivých škol a respondentů. Data na úrovni ORP jsou dále

zatížena možným zkreslením z důvodu, že se nejedná o ORP respondentů, ale jejich školy⁶. Dalším nedostatkem dat je nerovnoměrné rozložení respondentů dle věku napříč ORP. Z Tabulky 5 je patrné, že v ORP **Česká Lípa, Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Liberec, Semily a Jilemnice** je **převaha respondentů 1. až 4. ročníku středních škol (SŠ)**, zatímco v ORP **Nový Bor, Tanvald, Turnov a Železný Brod** převažují respondenti 5. až 9. ročníku základních škol (ZŠ). Rozložení dle pohlaví je také nerovnoměrné, ale výkyvy nejsou tak patrné jako v případě věku. Jedná se primárně o ORP Jablonec nad Nisou, Jilemnice, Liberec a Turnov, ve kterých je převaha respondentů ženského pohlaví patrnější než ve zbytku ORP. Česká Lípa jako jediný územní celek vykazuje převahu respondentů mužského pohlaví. 65 respondentů nebylo možné z důvodu technické chyby zařadit do jednoho z ORP.

Tabulka 5: Poměr respondentů dle pohlaví a věku v jednotlivých ORP jejich škol



Zdroj: vlastní zpracování

Celkové výsledky napříč pohlavími, ORP a ročníky jsou zobrazeny v Tabulce 6. Deskriptivní (popisné) statistiky k jednotlivým škálám jsou zobrazeny v Tabulce 7. Z monitoringu duševního zdraví dětí a mladistvých v Libereckém kraji vyplývá, že 55,6 % žáků vykazuje snížený well-being, tedy že jejich subjektivní vnímání vlastní duševní pohody poukazuje na to, že se mohou potýkat se zvýšeným stresem, únavou, nebo počínajícími psychickými obtížemi. Průměrné skóre této škály okolo 46 také naznačuje, že se velké množství žáků potýká se sníženým well-beingem.

Výsledky symptomatologie deprese naznačují, že s významnými depresivními symptomy, které mohou vést k vážnému narušení fungování, se potýká 7,1 % respondentů (těžká deprese dle škály PHQ-9), resp. 19,9 % respondentů (těžká a středně těžká deprese dle škály PHQ-9). Ohrožení úzkostnými symptomy čelí 12,79 % respondentů. Průměrné skóre škály PHQ-9, tedy 9,3 spadá na pomezí mírné a střední deprese, což naznačuje, že snížený well-being nutně nemusí vyvolávat depresivní symptomy, které si žádají neodkladnou odbornou intervenci. I u škály GAD-7 odpovídají průměrné hodnotě mírné symptomy úzkosti. Tyto výsledky lze tedy vnímat tak, že je zde prostor pro **preventivní opatření**, která by mohla

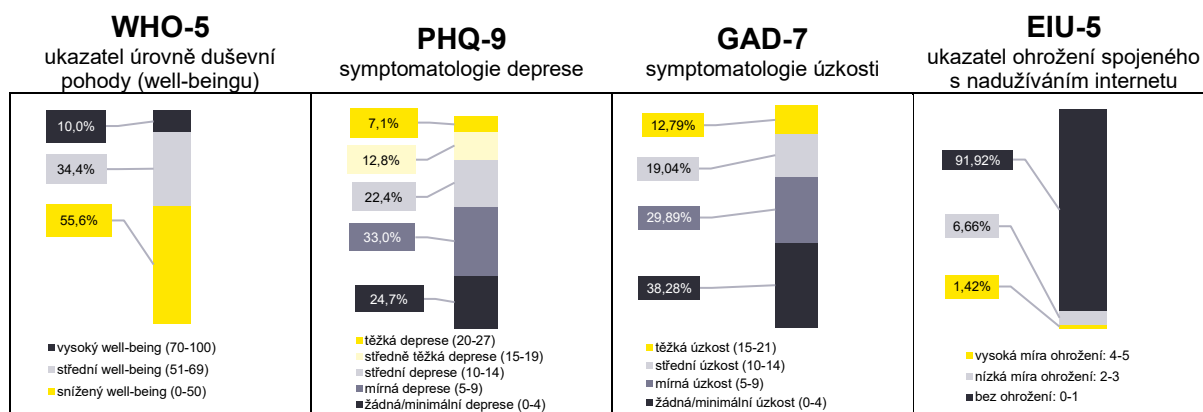
⁶ ORP bylo zpětně určeno prostřednictvím dat z individualizovaného odkazu, pomocí kterého byl dotazník zprostředkován respondentům jejich vzdělávací institucí.

⁷ n = počet odpovědí zařazených do analýzy dat (data očištěná o odpovědi s neuděleným souhlasem s účastí v dotazníkovém šetření, nevyplněným souhlasem zákonného zástupce s účastí v dotazníkovém šetření, a nedokončené odpovědi)

zamezit případnému rozvinutí depresivních a úzkostných symptomů u většího množství mladistvých, kteří se aktuálně potýkají se sníženou subjektivní duševní pohodou.

Ukazatel ohrožení spojeného s nadužíváním internetu poukazuje na velmi nízké množství ohrožených dětí a mladistvých v Libereckém kraji. Pouze 1,42 % respondentů čelí vysoké míře ohrožení a téměř 92 % dětí a mladistvých je bez ohrožení v kontextu využívání internetu. To naznačuje, že nelze jednoduše spojit nízkou duševní pohodu čistě pouze s nadužíváním internetového obsahu.

Tabulka 6: Agregované výsledky monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů v Libereckém kraji



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 7: Popisné statistiky agregovaných dat pro jednotlivé využití škály

	WHO-5 ukazatel úrovně duševní pohody (well-beingu)	PHQ-9 symptomatologie deprese	GAD-7 symptomatologie úzkosti	EIU-5 ukazatel ohrožení spojeného s užíváním internetu
Průměr	46,042	9,265	7,346	0,348
Směrodatná chyba (standard error) ⁸	0,249	0,077	0,071	0,011
Medián ⁹	48	8	6	0
Modus ¹⁰	60	7	3	0
Směrodatná odchylka (standard deviation) ¹¹	19,309	5,981	5,515	0,820
Rozpětí	100	27	21	5
Minimum	0	0	0	0
Maximum	100	27	21	5
Počet respondentů (n)	6 003	6 003	6 003	6 003

Zdroj: vlastní zpracování

⁸ kvantifikuje, jak moc se očekává, že se průměr souboru dat bude lišit od skutečného průměru populace

⁹ Hodnota, která dělí řadu vzestupně seřazených výsledků na dvě stejné početné poloviny

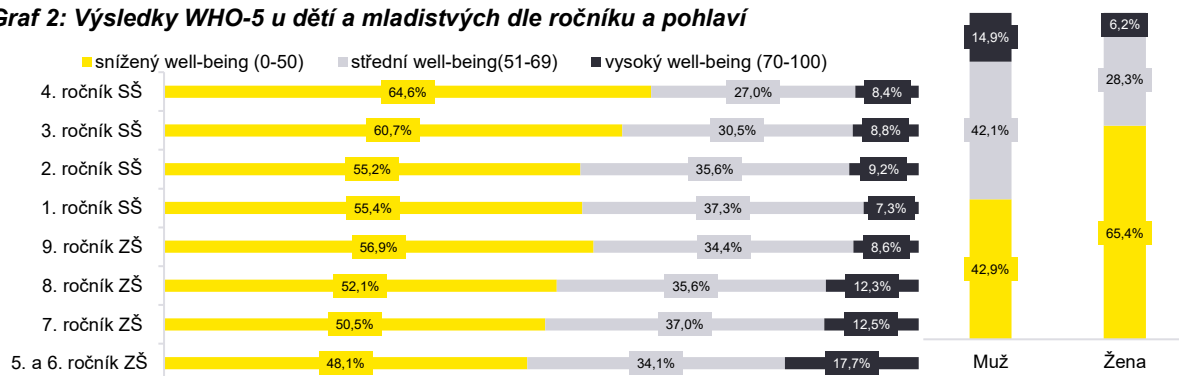
¹⁰ Nejčastěji uváděná hodnota

¹¹ Ukazuje, do jaké míry jsou body rozptýleny od průměru; (čím menší směrodatná odchylka, tím menší rozptyl, tím méně se hodnoty jednotlivých respondentů od sebe liší)

WHO-5

Výsledky pro úroveň well-beingu v Libereckém kraji u skupiny dětí a mladistvých dle věku naznačují vysoké rozdíly napříč věkovými skupinami. Jak je zjevné z Grafu 2, se sníženým well-beingem se v 5. a 6. ročníku ZŠ potýká přibližně 48,1 % žáků, ve 4. ročníku SŠ pozorujeme o 16,5 p.b. vyšší údaj. Lze tedy konstatovat, že s rostoucím věkem se u dětí a mladistvých snižuje subjektivní well-being. Lze v tomto případě také vyloučit, že by hlavní faktor v tomto případě bylo pohlaví, jelikož je množství žáků vykazujících snížený well-being vyšší v případě žáků 4. ročníku SŠ než v případě 1. a 2. ročníku ZŠ, přestože v posledních dvou zmíněných je vysoká převaha respondentů ženského pohlaví. Právě pohlaví respondentů je dle dat z dotazníkového šetření determinantem úrovně duševní pohody. Relativní množství chlapců, kteří vykazují snížený well-being oproti celkové populaci respondentů je menší než v případě děvčat, u vysokého well-beingu je to naopak.

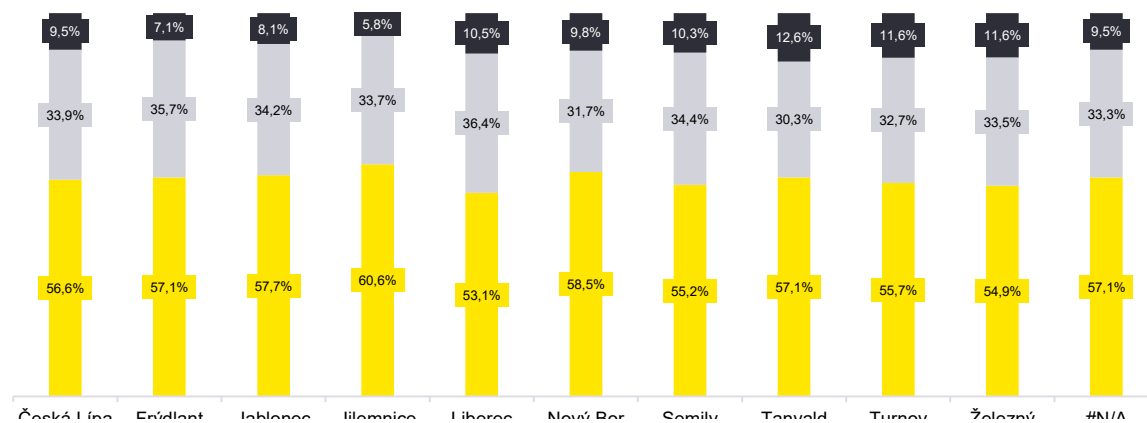
Graf 2: Výsledky WHO-5 u dětí a mladistvých dle ročníku a pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Oproti výše zmíněným faktorům, tedy věku a pohlaví, je rozdělení respondentů dle územní příslušnosti jejich školy spojené se spíše vyrovnanými výsledky. Jak je zobrazeno v Grafu 3, procentuální zastoupení žáků se sníženým well-beingem se pohybuje mezi 55,2 % (ORP Semily) a 60,6 % (ORP Jilemnice). Je zde mírně patrný jak vliv věku, tak vliv pohlaví (například na území ORP Jilemnice, kde byli respondenti složení převážně ze středoškolských studentů ženského pohlaví pozorujeme nejvyšší zastoupení žáků se sníženým well-beingem). U většiny území ORP však nelze jednoznačně na základě věku a pohlaví vysvětlit zvýšený počet žáků se sníženým well-beingem (například u ORP Nový Bor, ORP Frýdlant a ORP Tanvald).

Graf 3: Výsledky WHO-5 u dětí a mladistvých dle území ORP



Zdroj: vlastní zpracování

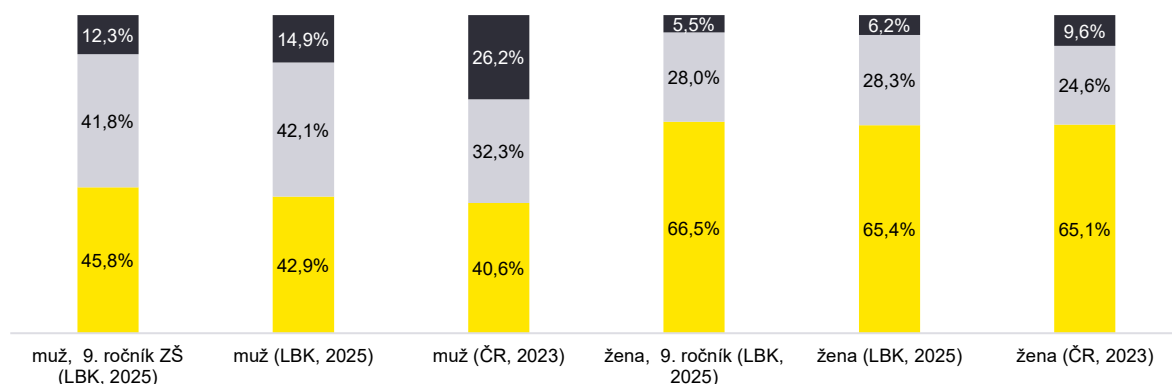
Graf 4 zobrazuje porovnání dat získaných z dotazníkového šetření s daty z roku 2023, která byla získána v rámci národního monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů v ČR (Kučera et al., 2023). V rámci sběru dat z roku 2023 byli osloveni žáci 9. tříd. S ohledem na výše uvedená zjištění, tedy, že úroveň duševní pohody je velmi odlišná napříč věkovými skupinami, v grafu X porovnáváme jak agregovaná data pro všechny věkové skupiny, tak data pro žáky 9. tříd ZŠ. Z Grafu 4 je patrné a možné porovnání výsledků dvou monitoringů stavu duševního zdraví dětí a mladistvých. U mužů lze největší rozdíly oproti roku 2023 pozorovat ve formě zmenšení poměru respondentů, kteří vykazují vysoký well-being. Zatímco v monitoringu na úrovni celé ČR v roce 2023 náleželo 26,2 % respondentů do skupiny s vysokým well-beingem, v roce 2025 ve stejné věkové kategorii (tj. žáci 9. tříd) do této skupiny spadá pouze 12,3 % respondentů. Napříč sledovanými věkovými skupinami se jedná o mírně lepší výsledek s 14,9 % respondenty s vysokým well-beingem. Skupina dívek, jak již bylo zmíněno, dle sebehodnocení, vykazuje výrazně vyšší výskyt nízkého well-beingu než u chlapců. Z národního monitoringu i dotazníkového šetření vyplývá, že mezi 65,1 % a 66,5 % dívek zažívá snížený well-being. Nelze tedy pozorovat výraznou změnu mezi lety 2023 a 2025. Podobně jako u chlapců, i u dívek pozorujeme snížení zastoupení vysokého well-beingu v populaci z 9,6 % na 5,5 % u žákyň 9. tříd. V Tabulce 8 níže jsou vysvětleny popisky Grafu 4.

Tabulka 8: Vysvětlující tabulka k údajům v grafu

1	muž/žena, 9. ročník ZŠ (LBK, 2025)	Jedná se o výsledky dotazníkového šetření v Libereckém kraji napříč respondenty 9. tříd všech ORP dle pohlaví
2	muž/žena (LBK, 2025)	Jedná se o výsledky dotazníkového šetření v Libereckém kraji napříč všemi respondenty dle pohlaví
3	muž/žena (ČR, 2023)	Jedná se o výsledky národního monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů v ČR z roku 2023 (Kučera et al., 2023)

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4: Porovnání výsledků WHO-5 s Národním monitoringem duševního zdraví dětí a adolescentů v ČR¹²



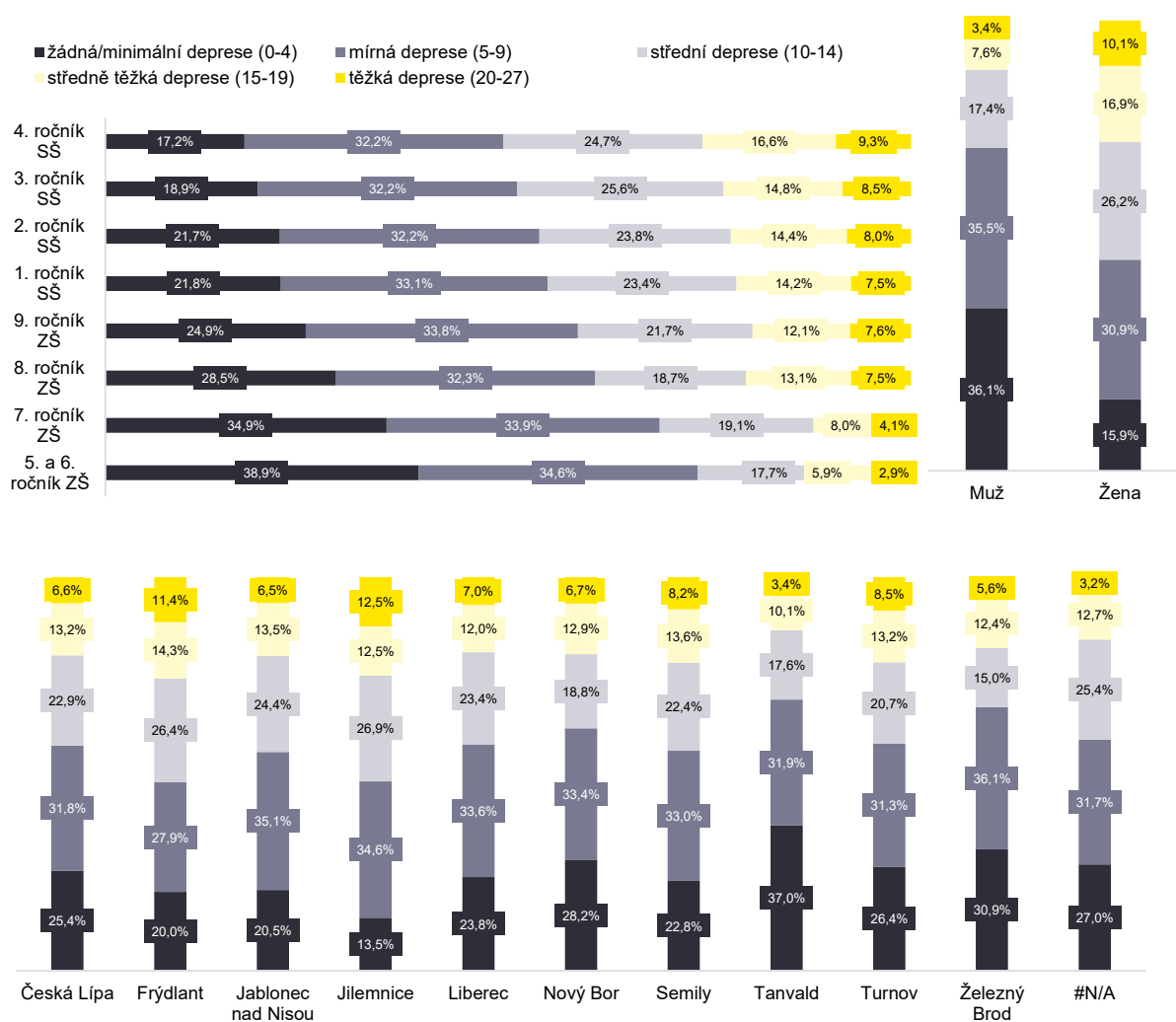
Zdroj: vlastní zpracování primárních dat z dotazníkového šetření a Kučera et al., 2023

¹² Národní ústav duševního zdraví (Pracovní skupina pro výzkum duševního zdraví dětí a adolescentů; DZDA) ve spolupráci s Českou školní inspekcí a expertní platformou projektu SUPREME-MH provedl pilotní národní monitoring duševního zdraví u žáků na základních školách v České republice. Sběr dat proběhl v květnu a červnu roku 2023 ve všech krajích u více jak 6 tisíc žáků 9. tříd.

PHQ-9

Graf 5 znázorňuje výsledky škály PHQ-9 u dětí a mladistvých podle ročníku, pohlaví a místní příslušnosti školy (ORP). Podobně jako u škály WHO-5 z dat vyplývá, že s rostoucím věkem narůstá podíl žáků se střední až těžkou depresí, a naopak klesá podíl žáků s mírnou depresí, přičemž dívky vykazují vyšší míru depresivních symptomů než chlapci. Rozdíly mezi dvěma pohlavími jsou zde ještě patrnější než u škály WHO-5. Regionální data ukazují, že na území některých ORP je výskyt závažnějších forem deprese vyšší, například se jedná o území ORP Jilemnice a ORP Frýdlant, kde více než 1/4 respondentů vykazuje těžkou nebo středně těžkou depresi, nebo ORP Semily, kde se jedná o 21,8 % respondentů, poslední ORP s více než 20% zastoupení jedinců se středně těžkou až těžkou depresí dle škály PHQ-9 je Turnov s 21,7 % respondentů spadajících do těchto dvou kategorií.

Graf 5: Výsledky PHQ-9 u dětí a mladistvých dle věku, pohlaví a území ORP

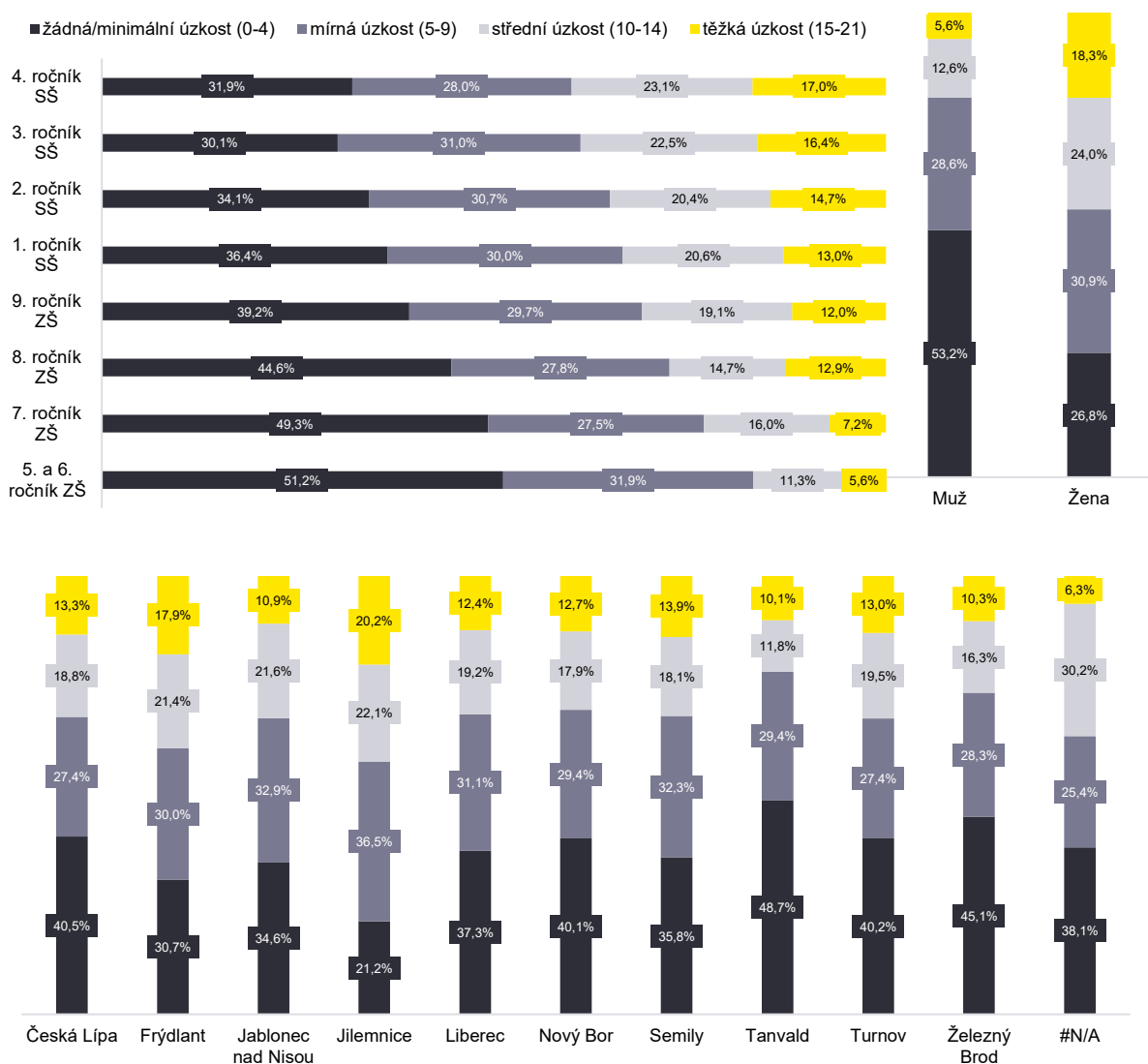


Zdroj: vlastní zpracování

GAD-7

Škála GAD-7 opět výsledky WHO-5 a PHQ-9 validuje. Graf 6 znázorňuje výsledky škály GAD-7 u dětí a mladistvých podle ročníku, pohlaví a místní příslušnosti školy (ORP). Z dat vyplývá, že s rostoucím věkem narůstá podíl žáků s těžkou úzkostí, přičemž dívky vykazují výrazně vyšší míru střední až těžké úzkosti a dvojnásobně nižší výskyt žádné nebo minimální úzkosti než chlapci. Regionální rozdíly ukazují, že opět v ORP Jilemnice a v ORP Frýdlant spadá nepoměrně více žáků do kategorie těžké úzkosti více než 20 (ORP Jilemnice), resp. téměř 18 % (ORP Frýdlant) respondentů spadá do kategorie střední až těžké úzkosti, zatímco v jiných oblastech, jako je ORP Tanvald, ORP Česká Lípa nebo ORP Jablonec nad Nisou, je oproti ostatním ORP vyšší podíl žáků s žádnou nebo pouze mírnou úzkostí. Tato zjištění podtrhují důležitost systematického sledování a podpory duševního zdraví ve školním prostředí, zejména v oblastech a skupinách s vyšším výskytem úzkostných symptomů.

Graf 6: Výsledky GAD-7 u dětí a mladistvých dle věku, pohlaví a území ORP

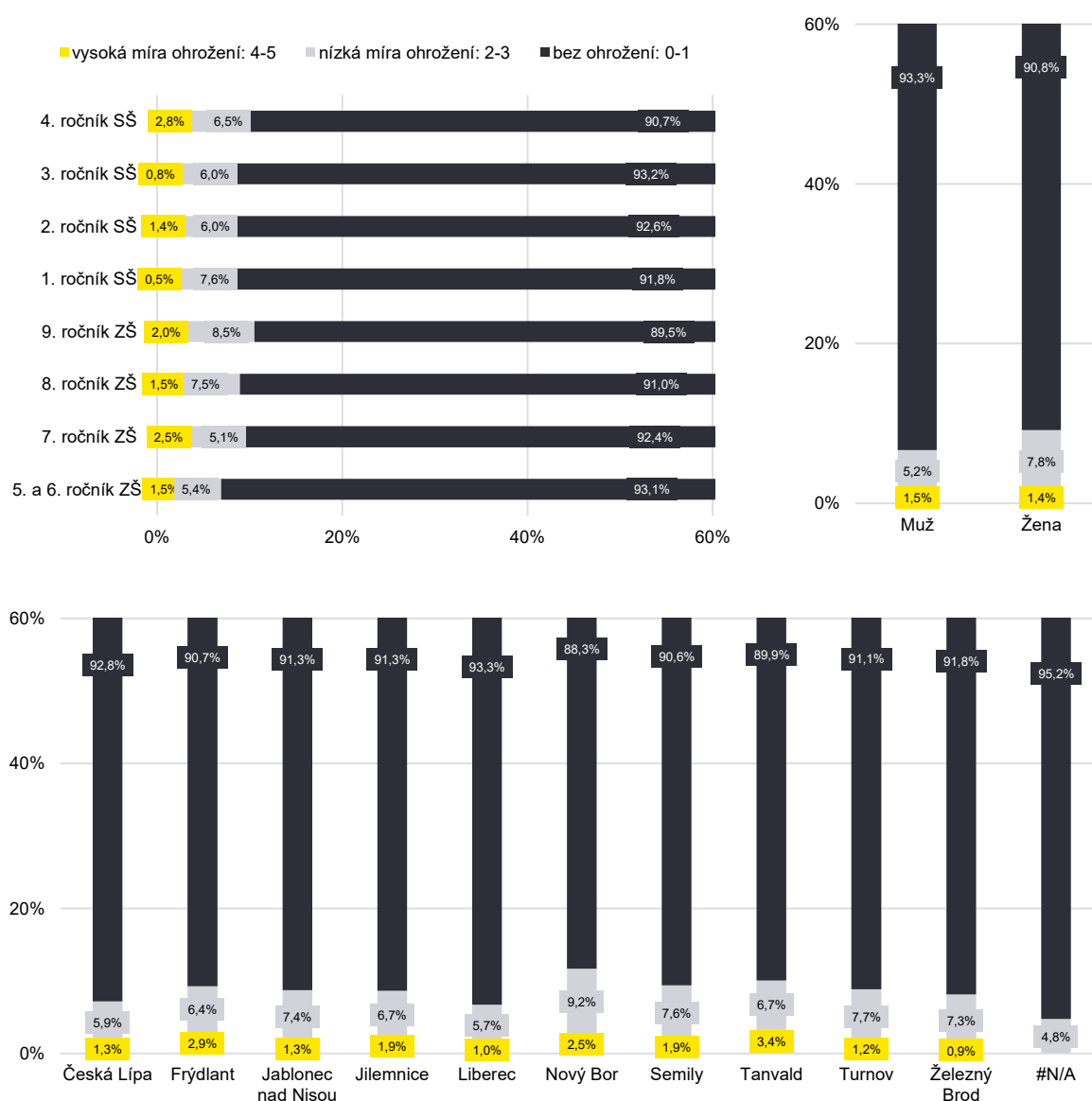


Zdroj: vlastní zpracování

EIU-5

V oblasti ohrožení z důvodu nadužívání internetu, lze z výsledků v Grafu 7 konstatovat, že děti a mladiství napříč věkovými skupinami, pohlavími a geografickými oblastmi spíše nejsou ohroženi ve vysoké míře nadužíváním internetu. Množství dívek i chlapců ve skupině vysoce ohrožených je 1,4, resp. 1,5 % populace, žáků s nízkou mírou ohrožení je více, jedná se o 7,8 % dívek a 5,2 % chlapců. Z toho vyplývá, že nižší míru well-beingu ani vyšší výskyt depresivních a úzkostných symptomů u dětí a dospívajících nelze jednoznačně spojovat s jejich intenzivním využíváním internetu. Je však také možné, že vzhledem k tomu, že se jedná o sebehodnocení, si sami respondenti případné negativní vlivy internetu neuvědomují nebo je nevnímají jako problematické.

Graf 7: Výsledky EIU-5 u dětí a mladistvých dle věku, pohlaví a území ORP



Zdroj: vlastní zpracování

2.2 Závěry a doporučení k systémovým opatřením

Výzkum duševního zdraví žáků v Libereckém kraji ukázal, že více než polovina respondentů (55,6 %) vykazuje snížený well-being, což může souviset se zvýšeným stresem, únavou nebo počínajícími psychickými obtížemi. Výsledky škál PHQ-9 a GAD-7 ukazují, že 19,9 % žáků se potýká se středně těžkou až těžkou depresí a 12,79 % čelí výrazným úzkostným symptomům. Dívky vykazují vyšší míru depresivních i úzkostných symptomů než chlapci, a to napříč všemi ročníky. S rostoucím věkem zároveň klesá subjektivní duševní pohoda, přičemž žáci 4. ročníků SŠ vykazují nejvyšší míru sníženého well-beingu.

Regionální rozdíly ukazují, že v některých ORP (např. Jilemnice, Frýdlant) je výskyt závažnějších forem deprese a úzkosti vyšší než v jiných oblastech. Naopak ohrožení spojené s nadužíváním internetu se ukázalo jako minimální – pouze 1,42 % respondentů spadá do rizikové skupiny. Výsledky tak naznačují, že nízký well-being nelze jednoduše vysvětlit nadměrným užíváním digitálních technologií. Výzkum potvrzuje potřebu systematické podpory duševního zdraví ve školním prostředí, zejména v prevenci a včasném zachytu symptomů u rizikových skupin.

Hlavní zjištění:

- ▶ Více než 55 % žáků vykazuje snížený well-being.
- ▶ Dívky mají vyšší míru depresivních a úzkostných symptomů než chlapci.
- ▶ Starší žáci (zejména 4. ročníky SŠ) vykazují nejvyšší výskyt těžké deprese a úzkosti.
- ▶ Regiony jako ORP Frýdlant vykazují vyšší míru závažných symptomů.
- ▶ Nadužívání internetu není hlavním faktorem sníženého well-beingu.

➡ Prevence a podpora well-beingu ve školách

Výzkum stavu duševního zdraví dětí a mladistvých ukázal, že problém je plošný (55 % má snížený well-being). V případě této věkové skupiny musí být hlavním místem pro prevenci a včasný záchyt škola.

- ▶ Kraj by mohl systémově financovat a podporovat zavádění programů na podporu duševního zdraví přímo do výuky (ideální prosazovat integraci do ŠVP)
- ▶ Kraj již spolupracuje s organizací Nevypust' duši na projektu *Duševní zdravověda*¹³. Systémovým krokem by bylo rozšíření a dlouhodobé financování podobných programů napříč středními školami v Kraji
- ▶ Kraj by mohl podporovat školení pro učitele, asistenty a metodiky prevence v oblasti péče o duševní zdraví. Cílem je, aby učitelé dokázali rozpoznat první příznaky, poskytnout základní psychologickou první pomoc a věděli, kam žáka odkázat.¹⁵
- ▶ Kraj by mohl podporovat (i finančně nad rámec státních normativů) kapacity školních psychologů a metodiků prevence a aktivně je propojovat do sítě návazných služeb.

¹³ NEVYPUSŤ DUŠI. *Naše aktivity podpořil Liberecký kraj*. In: Nevypust' duši [online]. 21. března 2025 [cit. 23. října 2025]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2025/03/21/nase-aktivity-podporil-liberecky-kraj/>

➔ Včasná intervence a destigmatizace

Cílem je zachytit problémy dříve, než přerostou do závažné deprese či úzkosti. Finančně a mediálně podporovat regionální akce a kampaně, které normalizují téma péče o duševní zdraví a informují mladé lidi, kam se obrátit pro pomoc.

- ▶ Podporovat platformu, která monitoruje síť služeb péče o duševní zdraví a udržuje rozcestník služeb s cílem nasměrovat instituce i jednotlivce k odpovídající péči (služby pro děti a rodiny mohou být takto monitorovány ve spolupráci s obcemi s rozšířenou působností (ORP)).
- ▶ Kraj by měl podpořit vznik nebo rozšíření služeb v lokalitách jako je ORP Frýdlant nebo ORP Jilemnice, například financováním mobilních terénních týmů, které mohou do škol či komunit dojíždět.

➔ Specializovaná a komunitní péče a nízkoprahové služby

Z výzkumu vyplývá pro 20 % žáků se středně těžkou až těžkou depresí (škála PHQ-9) je nutná odborná péče. Kapacity ambulantních psychiatrů jsou však celostátně i v kraji kriticky nedostatečné. Zároveň je klíčová dostupnost pomoci bez dlouhého čekání.

- ▶ Klíčovým systémovým krokem, je iniciace a spolufinancování vzniku Centra duševního zdraví pro děti a adolescenty (CDZ-D)¹⁴. Kraj může být iniciátorem, propojit místní aktéry (např. Krajskou nemocnici Liberec, FOKUS Liberec, který již provozuje CDZ pro dospělé) a spolufinancovat vznik tohoto centra s využitím národních a evropských dotací (IROP, OPZ+).
- ▶ Dalším krokem, který by mohl vést k odlehčení systému je zajistit dostatečnou kapacitu a kvalitu péče na dětském psychiatrickém oddělení v Krajské nemocnici Liberec a jeho propojení na nově vznikající komunitní služby.

Úkolem Libereckého kraje je nyní využít výsledky monitoringu jako argument pro zřízení multidisciplinární koordinační platformy a zajištění jejího dlouhodobého financování. Z důvodu provázanosti problematiky duševního zdraví na různé agendy musí probíhat spolupráce napříč všemi zainteresovanými stranami:¹⁵

- ▶ Odbor školství LK (koordinace prevence ve školách)
- ▶ Odbor zdravotnictví LK (koordinace vzniku CDZ-D a sítě specialistů)
- ▶ Odbor sociálních věcí LK (financování nízkoprahových a terénních služeb)
- ▶ Zástupci obcí s rozšířenou působností (zejména těch s horšími výsledky, jako Jilemnice a Frýdlant)
- ▶ Poskytovatelé služeb (KNL, ambulantní psychiatři, psychologové)
- ▶ Neziskové organizace (Nevypust' duši, FOKUS Liberec atd.)

¹⁴ NEVYPUST' DUŠI. *Odolné Česko* [online]. [srpen 2025] [cit. 23. října 2025]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2025/08/25/jak-vytvorit-odolne-cesko/>

¹⁵ TITLBACH, Filip (host). Děti naznačují, že jim v tomto světě není dobře. Polovina z nich se netěší do školy. Jak vytvořit psychicky odolné Česko? Hosté: Marie Hájek Salomonová a Barbora Pšenícová. In: Studio N [online podcast]. Deník N, 17. října 2025 [cit. 23. října 2025].

Seznam literatury

Cairney, P. (2016). *The Politics of Evidence-Based Policy Making*. Springer.

Český statistický úřad. (2023, listopad 30). *Projekce obyvatelstva České republiky—2023–2100*. Produkty. <https://csu.gov.cz/produkty/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100>

Český statistický úřad. (2025). *Školství v Libereckém kraji ve školním roce 2023/2024*. Liberecký kraj. <https://csu.gov.cz/lbk/skolstvi-v-libereckem-kraji-ve-skolnim-roce-20232024>

Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>

Evropská komise. (2023, červen 7). *A comprehensive approach to mental health—European Commission*. https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en

Fokus ČR. (2025). *O Fokusu*. <https://www.fokus-cr.cz/index.php/o-fokusu>

Goldman, M. L., Swartz, M. S., Norquist, G. S., Horvitz-Lennon, M., Balasuriya, L., Jorgensen, S., Greiner, M., Brinkley, A., Hayes, H., Isom, J., Dixon, L. B., & Druss, B. G. (2022). Building Bridges Between Evidence and Policy in Mental Health Services Research: Introducing the Policy Review Article Type. *Psychiatric Services*, 73(10), 1165–1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100428>

Gürel, E. (2017). SWOT ANALYSIS: A THEORETICAL REVIEW. *Journal of International Social Research*, 10, 994–1006. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>

Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. PORTÁL s. r. o.

Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Frontiers in Psychology*, 10, 1713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>

Kaufmann, J.-C. (2010). *Chápající rozhovor*. Sociologické nakladatelství (SLON).

Kučera, M., Pešout, O., & Kågström, A. (2023). *Metodika monitoringu DZDA*. <https://dzda.cz/wp-content/uploads/2024/05/Metodika-monitoringu-DZDA.pdf>

Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: Individual participant data meta-analysis. *BMJ*, 365, 11476. <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>

Magaldi, D., & Berler, M. (2020). Semi-structured Interviews. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 4825–4830). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_857

McGorry, P. D., & Mei, C. (2018). Early intervention in youth mental health: Progress and future directions. *Evidence Based Mental Health*, 21(4), 182–184. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020, březen 12). *O reformě psychiatrie | Reforma psychiatrie*. <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/o-reforme-psychiatrie>

Mudiyansele, S. B., Wanni Arachchige Dona, S., Angeles, M. R., Majmudar, I., Marembo, M., Tan, E. J., Price, A., Watts, J. J., Gold, L., & Abimanyi-Ochom, J. (2024). The impact of maternal health on child's health outcomes during the first five years of child's life in countries with health systems similar to Australia: A systematic review. *PLOS ONE*, 19(3), e0295295. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295295>

Národní portál psychiatrické péče. (2021). *Lůžková psychiatrická péče*. <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/luzkova-psychiatricka-pece/>

Národní portál psychiatrické péče. (2025). *Ambulantní psychiatrická péče*. <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/ambulantni-psychiatricka-pece/>

Národní ústav duševního zdraví. (2022, říjen 10). *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci*. NUDZ.cz. <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>

National Mental Health Intelligence Network. (2018, září 27). *Severe mental illness (SMI) and physical health inequalities: Briefing*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illness-smi-physical-health-inequalities/severe-mental-illness-and-physical-health-inequalities-briefing>

NEVYPUSTĚ DUŠI. *Naše aktivity podpořil Liberecký kraj*. In: Nevypust' duši [online]. 21. března 2025 [cit. 23. října 2025]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2025/03/21/nase-aktivity-podporil-liberecky-kraj/>

NEVYPUSTĚ DUŠI. *Odolné Česko* [online]. [srpen 2025] [cit. 23. října 2025]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2025/08/25/jak-vytvorit-odolne-cesko/>

OECD. (2021). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. OECD. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>

Psychoportál. (2025). *Centra duševního zdraví – Psychoportál*. <https://psychoportal.cz/centra-dusevniho-zdravi/>

Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, P. A., & Leal, I. (2022). Loneliness, ageism, and mental health: The buffering role of resilience in seniors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(1). <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339>

SIMAR (2021). *Standard 09: Pravidla realizace výzkumných šetření s dětmi, mládeží a dalšími zranitelnými osobami*. Kniha standardů SIMAR. https://simar.cz/assets/media/files/standardy/Standard_09.pdf

Smith, M. (2004). Parental mental health: Disruptions to parenting and outcomes for children. *Child & Family Social Work*, 9(1), 3–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

Škařupová, K., Ólafsson, K., & Blinka, L. (2015). Excessive Internet Use and its association with negative experiences: Quasi-validation of a short scale in 25 European countries. *Computers in Human Behavior*, 53, 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.06.047>

Švihel, P. (2025, únor 13). *Trhají si vlasy, koušou se. 70 tisíc teenagerů si ubližuje a přibývá jich—Seznam Zprávy*. <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-v-cesku-roste-vlna-sebeposkozovani-u-mladistvych-269755>

Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: One size does not fit all. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 17(1), 138–150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>

TITLBACH, Filip (host). Děti naznačují, že jim v tomto světě není dobře. Polovina z nich se netěší do školy. Jak vytvořit psychicky odolné Česko? Hosté Marie Hájek Salomonová a Barbora Pšenicová. In: *Studio N* [online podcast]. Deník N, 17. října 2025 [cit. 23. října 2025].

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>

Vaculíková, J., & Hanková, M. (2023). Loneliness and Mental Health in Response to Early and Late COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study of Czech Adults Aged 50 and Over. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 9, 23337214231174129. <https://doi.org/10.1177/23337214231174129>

WHO. (2022, červen 17). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO. (2023, říjen 20). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Lacko, S. E. (2021). Development of public stigma toward people with mental health problems in Czechia 2013–2019. *European Psychiatry*, 64(1), e52. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2226>

World Health Organisation. (2024, říjen 10). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Wooldridge, J. M. (2016). *Introductory econometrics: A modern approach* (6th ed.). South-Western Cengage Learning.

Seznam zkratek

Zkratka	Pojem
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder / porucha pozornosti s hyperaktivitou
Analýza	Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030
CDZ	Centrum duševního zdraví
CDZ-S	Centrum duševního zdraví pro seniory
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DPS	Dům s pečovatelskou službou
DS	Domov pro seniory
EBPM	Evidence-based policy making
EHR	Electronic Health Record / Elektronický zdravotní záznam
EIU	Extensive Internet Use / Nadměrné požívání internetu
EU	Evropská unie
EY, Dodavatel	Ernst & Young, s.r.o.
GAD	General Anxiety Questionnaire
GDPR	General Data Protection Regulation / Obecné Nařízení o Ochraně Osobních Údajů
HDP	Hrubý domácí produkt
IROP	Integrovaný regionální operační program
Kraj, Zadavatel	Liberecký kraj
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MŠ	Mateřská škola
MZd	Ministerstvo zdravotnictví
NNO	Nestátní neziskové organizace
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
NZRPS	Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development / Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OPZ+	Operační program Zaměstnanost +
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PHQ	Patient Health Questionnaire
QR kód	Quick response code
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SMI	Severe Mental Illness / Závažné duševní onemocnění

SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats/ Analýza silných a slabých stránek, vnějších příležitostí a hrozeb
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organisation / Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kapitoly Analýzy.....	1
Tabulka 2: Příspěvky na péči o duševní zdraví v Libereckém kraji.....	4
Tabulka 3: Seznam organizací podpořených z krajského rozpočtu či rozpočtu obcí v roce 2024	4
Tabulka 4: Matice metod použitých v Analýze	5
Tabulka 5: Poměr respondentů dle pohlaví a věku v jednotlivých ORP jejich škol.....	12
Tabulka 6: Agregované výsledky monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů v Libereckém kraji	13
Tabulka 7: Popisné statistiky agregovaných dat pro jednotlivé využití škály	13
Tabulka 8: Vysvětlující tabulka k údajům v grafu	15

Seznam grafů

Graf 1: Demografické ukazatele – skupina respondentů dětí a mladistvých	11
Graf 2: Výsledky WHO-5 u dětí a mladistvých dle ročníku a pohlaví	14
Graf 3: Výsledky WHO-5 u dětí a mladistvých dle území ORP	14
Graf 4: Porovnání výsledků WHO-5 s Národním monitoringem duševního zdraví dětí a adolescentů v ČR	15
Graf 5: Výsledky PHQ-9 u dětí a mladistvých dle věku, pohlaví a území ORP	16
Graf 6: Výsledky GAD-7 u dětí a mladistvých dle věku, pohlaví a území ORP	17
Graf 7: Výsledky EIU-5 u dětí a mladistvých dle věku, pohlaví a území ORP	18

Přílohy

Příloha 1: Dotazníky WHO-5, PHQ-9 a GAD-7

WHO-5

Pro každé z pěti tvrzení prosím vyberte odpověď, která se nejvíc blíží tomu, jak jste se cítil/a v posledních 2 týdnech. Příklad: Pokud jste byl/a v posledních 2 týdnech po více než 7 dní veselý/á a v dobré náladě, zaškrtněte čtvereček pod údajem Více než polovinu doby.

	5	4	3	2	1	0
	Celou dobu	Většinu doby	Více než polovinu doby	Méně než polovinu doby	Občas	Nikdy
Byl/a jsem veselý/á a v dobré náladě.						
Byl/a jsem klidný/á a uvolněný/á.						
Byl/a jsem aktivní a plný/á elánu.						
Probouzel/a jsem se svěží a odpočínutý/á.						
Můj každodenní život byl naplněn věcmi, které mě zajímají.						

PHQ-9

Jak často vás během posledních 2 týdnů trápily následující potíže?

	0	1	2	3
	Vůbec ne	Několik dní	Více než týden	Téměř každý den
Malý zájem nebo potěšení z věcí, které dělám.				
Pocit, že jsem na dně, pocit deprese nebo beznaděje.				
Potíže s usínáním, přerušovaným spánkem nebo naopak s příliš dlouhým spánkem.				
Pocity únavy a nedostatku energie.				
Malá chuť k jídlu, nebo naopak přejídání.				
Špatný pocit sám ze sebe – že se mi v životě nedaří, nebo že jsem zklamal/a sám/sama sebe nebo svou rodinu.				
Potíže se soustředěním, např. při čtení nebo sledování televize.				
Pohyboval/a jsem se nebo jsem mluvil/a tak pomalu, že si toho mohli druhí všimnout? Nebo naopak, byl/a jsem tak neklidný/á a pohyboval/a jsem se mnohem víc, než je obvyklé?				
Myšlenky, že by mi bylo lépe, kdybych nežil/a nebo si nějak ublížil/a.				

GAD-7

Jak často vás během posledních 2 týdnů trápily následující potíže?

	0	1	2	3
	Vůbec ne	Několik dní	Více než týden	Téměř každý den
Nervozita, úzkost nebo pocit, že jsem napjatý/á.				
Neschopnost zastavit nebo ovládnout své obavy.				
Přílišné starosti kvůli různým věcem.				
Potíže se uvolnit.				
Takový neklid, že těžko dokážu klidně sedět.				
Snadno se rozzlobím nebo jsem podrážděný/á.				
Strach, jako kdyby se mělo stát něco hrozného.				

EY | Building a better working world

EY přispívá k lepšímu fungování světa tím, že vytváří hodnotu pro klienty, zaměstnance, společnost i celou planetu a buduje důvěru na kapitálových trzích.

Týmy odborníků EY s využitím dat, umělé inteligence a pokročilých technologií pomáhají klientům s důvěrou a sebedůvěrou utvářet budoucnost a nacházet odpovědi na ty nejnaléhavější výzvy dneška a zítřka.

Díky detailní znalosti různých ekonomických odvětví, globálně propojené multidisciplinární síti a ekosystému nejrozličnějších partnerských organizací mohou týmy našich auditorů, konzultantů, daňových poradců i odborníků na strategické a transakční poradenství poskytovat komplexní služby ve více než 150 zemích a teritoriích.

All in to shape the future with confidence.

Název EY zahrnuje celosvětovou organizaci a může zahrnovat jednu či více členských firem Ernst & Young Global Limited, z nichž každá je samostatnou právnickou osobou. Ernst & Young Global Limited je britská společnost s ručením omezeným garancí, která neposkytuje služby klientům. Informace o tom, jak EY shromažďuje a používá osobní údaje, a o právech fyzických osob stanovených právními předpisy o ochraně osobních údajů jsou k dispozici na ey.com/privacy. Členské firmy EY neposkytují právní služby v zemích, kde to zákon neumožňuje. Podrobnější informace o naší organizaci najdete na našich webových stránkách ey.cz.

© 2025 Ernst & Young, s.r.o. | Ernst & Young Audit, s.r.o. |
E & Y Valuations s.r.o. | EY Law advokátní kancelář, s.r.o.
Všechna práva vyhrazena.

Tento materiál má pouze všeobecný informační charakter, na který není možné spoléhat jako na poskytnutí účetního, daňového, právního ani jiného odborného poradenství. V případě potřeby se prosím obraťte na svého konkrétního poradce.

ey.cz