

2018

ROČNÍK 9

ČÍSLO 2

# LOGOS POLYTECHNIKOS

**V Š P**

**J**

Vysoká škola  
polytechnická  
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

připravili jsme pro Vás další číslo časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS. Věříme, že v něm opět naleznete články, pro které stojí za to jej otevřít. Doufáme, že Vám přinesou zajímavé a užitečné informace z oblasti zdravotní a sociální problematiky, která se čím dále více dotýká každého z nás a jejíž důležitost pro zachování kvality života v soudobé společnosti je nesporná. Proto si zaslouží více pozornosti a respektu na úrovni fungování jedince, na úrovni vědeckého bádání a zejména na úrovni moci zákonodárné i výkonné.

**Mgr. Markéta Dubnová, PhD.**  
vedoucí Katedry sociální práce  
Vysoká škola polytechnická Jihlava

# OBSAH / CONTENTS

---

6

## **ALZHEIMEROVA CHOROBA V RODINĚ**

ALZHEIMER'S DISEASE IN THE FAMILY

PhDr. Zdeněk Čermák, Mgr. Barbora Faltová, Bc. Iva Bartošová

14

## **PERCEPTION OF PARANOID COMMUNICATION FROM THE STUDENTS' PERSPECTIVE**

PARANOIDNÍ KOMUNIKACE V PERCEPCI STUDENTŮ

Mgr. Martina Černá, Ph.D.

21

## **VÝŽIVA DĚTÍ S CYSTICKOU FIBRÓZOU POHLEDEM RODIČŮ**

NUTRITION OF CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS FROM PARENTS' VIEW

Mgr. Zuzana Červenková, Bc. Romana Koutská, doc. Ing. Libor Červenka, Ph.D.

31

## **SROVNÁNÍ PÉČE O ŽENU PŘI FYZIOLOGICKÉM PORODU Z POHLEDU PORODNÍCH ASISTENTEK V ČESKÉ REPUBLICE A V BELGII**

THE CARE FOR A WOMAN IN PHYSIOLOGICAL DELIVERY – COMPARATIVE STUDY OF MIDWIFE'S WORK IN CZECH REPUBLIC AND IN BELGIUM

Mgr. Marie Dočekalová

47

## **SOCIÁLNÍ OPORA U PEČUJÍCÍCH O NEMOCNÉ S LEVOSTRANNOU MECHANICKOU SRDEČNÍ PODPOROU**

SOCIAL SUPPORT IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

57

## **HODNOCENÍ KŮŽE A KOŽNÍ INTEGRITY U NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ**

SKIN EVALUATION AND SKIN INTEGRITY IN NEWBORNS AND INFANTS

PhDr. Kristina Janoušková, PhDr. Lucie Sikorová PhD.

68

## **TRÉNING SVALOV PANVOVÉHO DNA PRI INKONTINENCII MOČU U ŽIEN V OBDOBÍ KLIMAKTÉRIA**

THE TRAINING OF THE PELVIC FLOOR MUSCLES FOR URINARY INCONTINENCE DURING THE CLIMACTERIUM

Mgr. Marina Kolarová

75

## **VYUŽÍVANIE HODNOTIACEHO NÁSTROJA MENOPAUSE RATING SCALE V PUBLIKÁCIÁCH EVIDOVANÝCH V DATABÁZACH WEB OF SCIENCE A SCOPUS**

USING OF ASSESSMENT TOOL MENOPAUSE RATING SCALE IN PUBLICATIONS REGISTERED IN WEB OF SCIENCE AND SCOPUS DATABASES

Mgr. Anna Králová, doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD., doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD. MPH.

84

## **DEZINFEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI V RÁMCI PRAXE ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH**

DISINFECTION OF MEDICAL DEVICES IN NURSING PRACTICE AS PART OF EVIDENCE – BASED PRACTICE

Mgr. Martin Krause, DiS., Mgr. František Dolák, Ph.D.

# OBSAH / CONTENTS

---

95

## **FAKTORY KVALITY POSKYTOVÁNÍ STOMATOLOGICKÉ PÉČE V PRIVÁTNÍ STOMATOLOGICKÉ PRAXI Z POHLEDU PACIENTA**

QUALITY FACTORS OF DENTAL CARE SERVICE PROVIDED BY PRIVATE DENTAL PRACTICE FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW

MUDr. Josef Kunkela, doc. RNDr. Lenka Komárková, Ph.D.

112

## **PROMĚNY VNÍMÁNÍ OSOBNÍCH VZTAHŮ V SOCIÁLNÍ SÍTI FACEBOOK**

THE CHANGES IN THE PERCEPTION OF PERSONAL RELATIONSHIPS IN THE FACEBOOK SOCIAL NETWORK

PhDr. Lenka Mynaříková, Ph.D.

127

## **PÉČE JAKO POODSTOUPENÍ**

THE CARE AS A STEPPING ASIDE

PhDr. Petr Nesvadba, CSc.

143

## **DIAGNÓZA EXHIBICIONISMUS**

DIAGNOSIS EXHIBITIONISM

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

150

## **SADISMUS JAKO SPOLEČENSKY NEBEZPEČNÁ SEXUÁLNÍ DEVIACE**

SADISM AS A SOCIALLY DANGEROUS SEXUAL DEVIATION

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

159

## **MODEL ŽIVOTNÍCH AKTIVIT S PRAKTICKOU APLIKACÍ ZHODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU**

THE MODEL OF LIFE ACTIVITIES WITH PRACTICAL APPLICATION OF THE ASSESSMENT OF THE HEALTH CONDITION OF THE PATIENT WITH CROHN'S DISEASE

Mgr. Hana Ochtinská, Mgr. Veronika Knoblochová

173

## **PREHĽAD VYBRANÝCH PRIESKUMNÝCH ÚDAJOV O ZNEUŽÍVANÍ PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTKO U DETÍ A MLÁDEŽE V EURÓPSKOM PRIESTORE**

OVERVIEW OF SELECTED SURVEY DATA ON THE ABUSE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN THE EUROPEAN AREA

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.

184

## **PARTICIPACE DÍTĚTE NA ROZHODOVÁNÍ A JEJÍ LIMITY V SOUČASNÉ PRAXI SOCIÁLNÍ PRÁCE**

CHILD PARTICIPATION IN DECISION MAKING AND ITS LIMITS IN CURRENT PRACTICE OF SOCIAL WORK

Mgr. Karolína Šilarová, Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

# OBSAH / CONTENTS

---

197

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VYBRANÝCH MINORITNÍCH SKUPIN  
V PARDUBICKÉM KRAJI DLE MODELU KULTURNÍCH KOMPETENCÍ**

SPECIFICS OF NURSING CARE OF SELECTED MINORITY GROUPS IN THE PARDUBICE  
REGION BY MODEL OF CULTURAL COMPETENCIES

Mgr. Zuzana Škorničková, Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

213

**EXHIBICIONISMUS V PERCEPCI ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI**

EXHIBITIONISM IN THE PERCEPTION OF THE GENERAL PUBLIC

PhDr. Jana Novotná, Ph.D., Mgr. Hana Vojáčková, Ph.D.

225

**POSTOJ VŠEOBECNÝCH SESTER K CELOŽIVOTNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

THE ATTITUDE OF GENERAL NURSES TO LIFELONG LEARNING

Bc. Roman Holešinský, Mgr. Petra Vršecká

236

**PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V SYSTÉMU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ  
V SOUČASNOSTI**

THE WORKS OF SOCIAL WORKER IN CHILD PROTECTION SYSTEMS NOWADAY

Mgr. Petr Fabián, Ph.D.

250

**VYUŽITÍ BIOLOGICKÉHO KRYTÍ XE-DERMA V LOKÁLNÍ LÉČBĚ U BÉRCOVÝCH VŘEDŮ**

THE USAGE OF BIOLOGICAL TEMPORARY SKIN COVER XE-DERMA IN LOCAL LEG ULCERS  
TREATMENT

PhDr. Adéla Holubová, doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

259

**TEORIE A METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE S PARAFILNÍMI  
OSOBYMI**

THEORY AND METHODS OF SOCIAL WORK IN THE CONTEXT OF SOCIAL WORK WITH  
PARAPHILIC PERSONS

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

271

**EKONOMICKÉ A SOCIÁLNÍ POSTOJE STUDENTŮ VYSOKÝCH ŠKOL  
V JIHOMORAVSKÉM KRAJI K IMIGRAČNÍ POLITICE A INTEGRACI IMIGRANTŮ**

ECONOMIC AND SOCIAL ATTITUDES OF UNIVERSITY STUDENTS IN THE SOUTH  
MORAVIAN REGION TOWARDS IMMIGRATION POLICY AND INTEGRATION OF MIGRANTS

doc. Ing. Milan Palát, Ph.D.

284

**VYUŽÍVÁNÍ DÁVEK V HMOTNÉ NOUZI ZE STRANY OSOB ŽIJÍCÍCH V SOCIÁLNĚ  
VYLOUČENÝCH LOKALITÁCH**

USE OF BENEFITS IN MATERIAL NEED BY PEOPLE LIVING IN SOCIALLY EXCLUDED  
LOCALITIES

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

# ALZHEIMEROVA CHOROBA V RODINĚ

ZDENĚK ČERMÁK  
BARBORA FALTOVÁ  
UNIVERZITA PARDUBICE

IVA BARTOŠOVÁ  
UNIVERZITA PARDUBICE  
OBLASTNÍ NEMOCNICE KOLÍN A.S.

## ABSTRAKT

Alzheimerova choroba je jednou z nejzávažnějších chorob postihujících kognitivní funkce seniorů. O jejich příznacích dnes již víme mnoho. Stále se nám však nedaří zcela zjistit její příčinu a také způsob léčby, který by ji dokázal vyléčit. Medicínské obory však v těchto směrech postupují stále kupředu. Jakoby upozaděni však zůstává sociální rozměr tohoto onemocnění a zejména jeho rodinný kontext. Jak rodinní příslušníci, osoby s Alzheimerovou chorobou, prožívají změněné chování nemocného? Jaké důvody vedly rodinné příslušníky k umístění blízkého do zařízení rezidenční péče? Jaké byly pocity rodinných příslušníků po umístění blízkého do zařízení rezidenční péče? Právě to jsou výzkumné otázky, na které jsme pokoušeli odpovědět prostřednictvím analýzy polostrukturovaných rozhovorů. Výsledkem pak je retrospektivní případová studie rodiny, která byla nucena umístit svého příbuzného do domova se zvláštním režimem. V rámci případové studie komparujeme emoční prožívání příbuzných seniora a snažíme se poukázat na rozdíly a shody v emočním vnímání této situace u jednotlivých členů rodiny.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

Alzheimerova choroba, rodina, senior

## ÚVOD

*„Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence. (Jiráček, 2009)“* Tato definice představuje medicínský rámec vymezení onemocnění, které je v současné době tzv. největší metlou lidstva. Alzheimerova choroba však není jen závažnou neurodegenerativní diagnózou, ale také významnou sociální změnou v životě postiženého seniora i celé jeho rodiny (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). Senior, který onemocní touto chorobou totiž často významně změní profil svého chování. Odhalit tuto nemoc v časném stádiu je velmi nesnadné, protože většina nemocných si odmítá připustit pravdu o tom, že zapomíná, má špatnou až depresivní náladu, pocity neklidu až apatie (Glennner a kol., 2012). Rodina se do přímého kontaktu s podezřením na to, že se s jejich příbuzným „něco“ děje dostává nejčastěji až v situaci, kdy se objeví podezřívavé až agresivní chování, problémy s pojmenováním, spánková inverze, noční bloudění apod. (Regnault, 2011). Bohužel v této situaci je často již pozdě na efektivní nastavení terapie i režimových opatření a rodina se ocitá v roli pečovatele, který musí zajišťovat péči o seniora a především celodenní dohled nad seniorem pokud má tendence u úniku (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008). S přibývajícími příznaky onemocnění je rodina často tlačena k rozhodnutí o tom, zda umístit seniora do rezidenčního zařízení nebo o něj i nadále pečovat doma, popř. co je pro ni vlastně ještě snesitelné a co už ne. Právě tato volba je pro řadu rodin velmi bolestná, často provázena pocity viny a selhání z neschopnosti zajistit péči o příbuzného (Tošnerová in Mlýnková, 2011). Právě tuto situaci jsme se rozhodli v rámci našeho průzkumu na příkladu jedné rodiny zkoumat.

## METODIKA

Jako průzkumný design byl vybrán kvalitativní průzkum. Informanti, tedy účastníci výzkumu, byli vybráni tak, že museli splňovat kritérium jedné rodiny, která pečovala o seniora s Alzheimerovou chorobou a následně se rozhodla pro rezidenční formu péče. Výzkumu se zúčastnila paní E. dcera seniora s demencí, pan S. syn seniora, a vnučky slečna K. a slečna T. Na začátku šetření jsme si stanovili průzkumný cíl: Zjistit, popsat a porovnat prožívání rodinných příslušníků osob s Alzheimerovou chorobou ve vztahu k této nemoci. V rámci výzkumu jsme se pokoušeli zodpovědět tyto průzkumné otázky: Průzkumná otázka č. 1: Jak rodinní příslušníci osoby s Alzheimerovou chorobou prožívali změněné chování nemocného, a jak se prožívání jednotlivých členů rodiny lišilo či shodovalo? Průzkumná otázka č. 2.: Jaké důvody vedly rodinné příslušníky k umístění blízkého do zařízení rezidenční péče? Průzkumná otázka č. 3: Jaké byly emoce rodinných příslušníků po umístění blízkého do zařízení rezidenční péče? Výzkumným nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor, který se skládal ze 14 otevřených otázek. Data z rozhovoru byla doslovně přepsána a následně analyzována vybranými postupy ze zakotvené teorie

(otevřeným kódováním a kategorizací). Zkoumanou rodinou byla rodina, která se pět let starala o seniora s demencí v domácím prostředí.

## VÝSLEDKY VÝZKUMU A DISKUZE

Hlavním výsledkem průzkumu je fakt, že prožívání celé situace kolem příbuzného s Alzheimerovou chorobou má velmi ambivalentní charakter a pocit jakési nejistoty v tom, co je a není vlastně vhodné cítit. Tento fakt se nejvíce projevoval v situaci, kdy se musela rodina rozhodnout, zda dát dědečka do instituce nebo nikoliv, na což více poukážeme v následujícím vyhodnocení výzkumných otázek (volně dle Bartošová, Čermák, 2017).

Průzkumná otázka č. 1: Jak rodinní příslušníci, osoby s Alzheimerovou chorobou, prožívali změněné chování nemocného, a jak se prožívání jednotlivých členů rodiny lišilo či shodovalo?

Každý z vybraných informantů prožíval změny v chování příbuzného odlišně. Společným jmenovatelem prožívání však bylo to, že se jednalo o negativní prožitky spojené s nečekanou změnou a ztrátou obvyklého charakteru chování dědečka.

Rozdílnost je zřejmá například v tom, že pro každého člena rodiny byla nejhůře přijatelnou změnou v chování změna jiná, přestože všechny měly jeden společný zdroj, kterým bylo paranodní a zmatené chování dědečka. Pro slečnu T. to byla ztráta důvěry jejího dědečka, která se projevovala podezřívavým a nedůvěřivým chováním. Pro pana S. to bylo neoprávněné obviňování z věcí, které neudělal. Pro paní E. změněné chování vůči ní, a především vůči jejímu manželovi, proti kterému směřoval pan K. odpor. Pro slečnu K. to pak byla protivnost až agresivita jejího dědečka.

Příkladem jedné ze změn, se kterou se musela vypořádat celá rodina, byla agresivita blízkého. Právě na této změně chování lze ukázat podobnosti i shody v jejím prožívání. Dle Holmerové, Jarolímové, Novákové (2008, s. 38) by se blízcí měli vyvarovat pocitu dotčenosti či uraženosti, a to z důvodu, že agresivita je projevem zmatenosti a úzkosti. V prožívání rodinných příslušníků je patrné, že míra, kterou brali agresivitu dědečka za osobní útok na svou osobu, se u příbuzných velice lišila. Všichni se sice shodovali na tom, že ví, že agresivita je projevem nemoci, avšak například paní E. měla často velmi negativní pocity zmaru spojené s tím, že ač sebevíce snažila, vždy jí bylo odpovědí pouze agresivní chování otce.. Nejlépe se na agresivní projevy dědečka adaptovaly vnučky, pravděpodobně proto, že se o dědečka nemuseli celodenně starat.

Dalším příkladem změny v chování nemocného bylo neoprávněné obviňování svých blízkých z různých aktivit, které měly být vedeny proti osobě nemocného. Přestože by se dle Holmerové, Jarolímové a Novákové (2008, s. 56), neměli blízcí nechat ovládnout



pocity dotčenosti či uraženosti. Informanti uváděli, že s nemocným leckdy prostě nebylo v vydržení, a tak se negativním pocitům a rozčilení nemohli ubránit, a to i přes veškerou snahu si chování dědečka ospravedlňovat.

Změnou, o které se zmínil pouze jeden člen rodiny, byl problém s dorozumíváním. Dle Callone a kol. (2008, s. 79) způsobují komunikační potíže obsahující problémy s pojmenováním, vybavením slov ale i setřelou řečí, pocit frustrace nemocnému i pečujícím osobám. Slečna K. tento problém v rozhovoru zmínila, protože dědečkovi již nedokázala rozumět, přestože s ním dříve komunikovala často. Z jejích slov bylo zřejmé, že dřívější běžná komunikace jí chyběla, a také že vnímá konečnost tohoto stavu – tedy že jejich komunikace se již zpět nevrátí..

Průzkumná otázka č. 2.: Jaké důvody vedly rodinné příslušníky k umístění blízkého do zařízení rezidenční péče?

Pro péči rodinnými příslušníky existují tři podmínky: chtít, umět a moci pečovat.(Příbyl, 2015, s. 15).

Podmínku chtít pečovat, tedy mít dobrou vůli, hledat řešení a možnosti v určitých situacích za přispění všech členů rodiny (Příbyl, 2015, s. 15), rodina bezpochyby splnila. Rodině nechyběla dobrá vůle, hledáním řešení strávila opravdu spoustu času a všichni členové rodiny vynaložili obrovské množství energie na to, aby péče v domácím prostředí nějakým způsobem fungovala a jejich blízký nemusel do zařízení rezidenční péče.

Podmínka umět pečovat, tedy vědět, jak pomoci (Příbyl, 2015, s. 15), byla taktéž, v rámci možností naplněna. Rodina se snažila nejrůznějšími způsoby nastudovat, jak blízkému pomoci v situacích, které mohou nastat.

Třetí podmínka, moci pečovat, již byla pro rodinu podmínkou nenaplnitelnou. Moci pečovat totiž znamená mít podmínky fyzické, psychické, sociální, bytové, finanční a časové (Příbyl, 2015, s. 15).. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, vznikají bariéry, které mohou poskytování péče znesnadnit či dokonce znemožnit. Mezi tyto bariéry patří nevhodné bydlení, pracovní vytíženost pečujících osob, vytíženost vlastní rodinou, vzdálená místa bydliště a vyčerpanost pečujících osob (Mlýnková, 2011, s. 63). Některé z těchto bariér se u zkoumané rodiny objevily, chyběly především podmínky časové, psychické a fyzické. Z psychických bariér šlo například o strach o zdraví a život nemocného a jeho okolí, o neustálé napětí pečujících. Z fyzických podmínek například o nedostatek spánku především u paní E., a to díky spánkové inverzi jejího tatínka, dále pak o zdravotní problémy paní E, které souvisely s psychickou zátěží. Časovou bariérou byla pracovní vytíženost zetě a dcery pana K. a vytíženost školními povinnostmi, se kterou se potýkaly vnučky pana K. Všechny tyto zmíněné bariéry, a mnoho dalších, byly zároveň důvody,

proč se rodina rozhodla ukončit péči v domácím prostředí a umístit svého blízkého do zařízení rezidenční péče.

Jones (in Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007, s. 26) uvádí, že problémy s chováním a náladou, bývají hlavní příčinou umístění nemocného do zařízení institucionální péče. U zkoumané rodiny se v důvodech vedoucích k umístění blízkého do zařízení se jich objevilo několik a to například: poruchy chování (zmatenost, agrese apod.), podezřívavé jednání atd. Nejvýznamnější však byla spánková inverze nemocného. Z rozhovoru vyplynulo, že spánková inverze a s ní spojené komplikace (především noční bloudění a útoky) dovršily rozhodnutí rodiny k tomu, aby vybrala pro seniora vhodné zařízení.

Z celkového hlediska lze tedy říci, že hlavním důvodem, pro který se rozhodla rodina umístit senior do instituce byla její sebereflexe v tom, že sami na péči již nestačí. Obzvláště paní E. byla velmi psychicky a fyzicky vyčerpaná, a přesto byla jedinou informantkou výzkumu, která si nebyla touto volbou jistá a chtěla dále pokračovat v péči o seniora v domácím prostředí.

Průzkumná otázka č. 3: Jaké byly emoce rodinných příslušníků po umístění blízkého do zařízení rezidenční péče?

Emoce jednotlivých příslušníků rodiny spojené s rozhodnutím dát dědečka do ústavního zařízení se v rámci šetření ukázaly ve větší míře ve shodě. Na nejobecnější rovině by se dalo říci, že emoce rodiny se nesly na vlně ambivalence – někde na pomezí pocitu viny a úlevy.

U paní E. se v souvislosti s pocity po umístění do zařízení objevují kódy: vysvobození, nepřesvědčenost, pochyby, nejistota v pocitech, boj s vlastním svědomím, spokojenost, nejsem na to sama. U pana S. to jsou kódy: přesvědčenost o správnosti řešení, úleva, absence negativních emocí, převládající pozitivní emoce, nejsme na to sami, vysvobození. U slečny T. je možné vidět kódy: přesvědčenost o správnosti řešení, absence negativních emocí spokojenost, radost, nejistý dojem z prostředí, přijetí prostředí, pýcha, dobrý pocit. Kódy vyskytující se u slečny K. jsou: nenesení odpovědnosti, přesvědčenost o správnosti řešení, dobrý pocit, spokojenost a radost. Za všemi těmito kódy se skrývá jejich důvod, vysvětlení.

Holmerová (2008, s. 76) uvádí, že po umístění do zařízení by se blízcí neměli cítit provinile, protože doposud blízkému poskytli čas a péči v takové míře, jak jen to bylo možné, a že je třeba si uvědomit, že toto řešení není sobeckostí ze strany pečujícího, nýbrž zájmem obou stran. Zeť i obě vnučky pana K. na věc pohlíželi tak, jak autorka doporučuje. Berou toto řešení jako to nejlepší, co pro svého blízkého mohli udělat, vědí, že i nadále mu věnovali spoustu svého času, a tak vinu nepocítovali. Žena pana K. však s pocity viny bojovala, jelikož nebyla přesvědčena o správnosti řešení, pro které se rozhodli. Měla pochyby, zda

přeci jen neměla udělat něco jiného. Bojovala se svým svědomím, kladla si otázky typu, zda to může svému rodiči udělat, zda se to má, je-li to dobře a je-li to správné? Výčitky svědomí ji klidnou nenechaly, ačkoli v průběhu rozhovoru uvedla, že ví, že výčitky nejsou na místě. „*Já vím, že pak by asi člověk neměl mít v týhle situaci pak výčitky, protože se říká, že se může zvládnout jen to, na co si člověk troufne a prostě si nevyčítat, ale co s tím uděláš, když ty výčitky máš, že jo.*“

Holmerová (2008, s. 76) dále uvádí, že po umístění do zařízení také přichází jistá úleva, protože na pečujících najednou neleží tak obrovské břemeno, jako doposud. Tuto úlevu od neustálého strachu o rodinu i samostného nemocného pocítila celá rodina. Obě vnučky pana K. se také zmínily o úlevě, avšak ne o úlevě své, nýbrž o úlevě, kterou zpozorovaly u své maminky. Obě pocítily, že po umístění dědečka do zařízení, se jejich mamince ulevilo právě z toho důvodu, že péče neležela jen na ní. I dle našeho názoru je pocit úlevy po tak náročné dlouhodobé péči na místě, a není třeba se za něj stydět.

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo dosáhnout výzkumného cíle, který jsme si stanovili v následujícím znění: „Zjistit, popsat a porovnat prožívání rodinných příslušníků osob s Alzheimerovou chorobou ve vztahu k této nemoci.“ V rámci dosažení toho cíle jsme se pokoušeli odpovědět na to, jakým způsobem prožívali příbuzní demenci u svého příbuzného. V rámci této oblasti se ukázalo, že pro rodinu bylo nejtěžší, smířit se a pochopit zmatené a paranoidní chování dědečka jeho agresivní výstupy. V rámci důvodů, které vedly k umístění senior do instituce se pak ukázala jako nejzávažnější spánková inverze. Obrácený spánkový rytmus nakonec donutil rodinu, vyhledat zařízení, do kterého dědečka internovali. Institucionalizace dědečka v rodině vyvolávala ambivalentní emoce, ve kterých se mísila úleva a pocit viny, který nejvíce svíral paní. K. Zásadní přitom zůstává, že péče o seniora s demencí v této rodině byla plna nejistoty a dvojnásobných emocí, kdy pro rodinu nebylo snadné „vědět“, co vlastně mají cítit.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BARTOŠOVÁ, Iva. Alzheimerova choroba v rodině [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/2xkmui/>>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Čermák.
- [2] GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
- [3] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině* [online]. Opravené vydání. Praha: Pfizer, 2008 [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: [http://www.vzpominkovi.cz/data/files/alzheimerova-nemoc-v-rodine\\_update.pdf](http://www.vzpominkovi.cz/data/files/alzheimerova-nemoc-v-rodine_update.pdf)
- [4] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [5] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [6] PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [7] REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
- [8] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 2. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9505-2.

# ALZHEIMER'S DISEASE IN THE FAMILY



## ABSTRACT

Alzheimer's disease is one of the gravest cost of diseases affecting cognitive function of the elderly. We already know many about their symptoms today. However, we are still not able to determine its cause, also the methods of treatment, which could cure this disease. In these directions, medical fields are still moving forward. In the background remains the social dimension of this disease and particularly its family context. As family members with the persons with Alzheimer's disease, do they experience the changed behavior of the sick person? How do the experiencing among each member of the family differ or agree? What reasons do the family members lead to locate their close into facilities of residential care? What were the family members' feelings after a location of their close relatives to a facility of residential care? These are the research questions that we attempted to answer through the analysis of semi-structured interviews. The result then is a retrospective case study of the family forcing to place its relative into a home with special regime. In the context of case study, we compare emotional experience of the relatives of the elderly person and we try to point out the differences and conformity in the emotional perception of this situation among family members.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Zdeněk Čermák  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: zdenek.cermak@upce.cz

Mgr. Barbora Faltová  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: barbora.faltova@upce.cz

Bc. Iva Bartošová  
Oblastní nemocnice Kolín a.s.  
Žižkova 146  
280 02 Kolín 3  
e-mail: iva.bartosova@  
nemocnicekolin.cz

## KEYWORDS:

Alzheimer's disease, family, elderly

# PERCEPTION OF PARANOID COMMUNICATION FROM THE STUDENTS' PERSPECTIVE

MARTINA ČERNÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA

## ABSTRAKT

This contribution is focused on one communication disorder – paranoid communication from the perspective of students. Students from the College of Polytechnics in Jihlava, the Czech Republic and the University of Applied Sciences in Groningen, the Netherlands, studied during the International Week (IW) of Social Work in Psychiatry, a case study of one man, who suffers with several mental illnesses. One topic of this study was paranoid communication. The contribution shows students' perception of paranoid communication obtained by means of a focus group at the beginning of the International Week and at the end of the one-week-long program. Within the framework of this program the students acquired not only theoretical information, but also visited a psychiatric clinic and organisations for people with several mental illnesses, they also had discussions with people with several mental disorders. The students made a list of recommendations on how to converse with people with this communication disorder.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

case study, focus group, international week, paranoid communication

## INTRODUCTION

International Weeks are short-term exchange mobility programs. Universities and colleges organise a week of student activities and invite students from their partner schools. Students are divided into international groups and work on one case. Students have to cooperate, speak in English and solve a problem in an international context; they also encourage one another to apply for long-term exchange mobility, e.g. the Erasmus+ program. The topic of each IW must be authentic and practically oriented. An important part of the program is excursions to organisations, companies and institutions. The number of people with several mental illnesses has increased rapidly in recent years. As a consequence of this, the costs of healthcare have also increased. The subject of mental health is an important issue for doctors, nurses, policymakers and also for social workers.

## COLLEGE OF POLYTECHNICS IN JIHLAVA AND INTERNATIONAL WEEKS

The College of Polytechnics in Jihlava (CPJ) is a public college of a non-university type, offering its students education in 8 bachelors and 2 master study practically oriented programmes. At the end of the academic year of 2016/2017 there were more than 2000 students at the CPJ. The narrow interconnection with the application field is a priority. The CPJ has more than 40 partner universities and colleges abroad. (Štěrbová, et al, 2015) the CPJ is a member of the International Business Week (IBW) network, which was formed in the year 2000. As a member of this network the CPJ organises an IBW every two years. These IBW are particularly for students of economics and management. The study programs focusing on assisting professions were established later, for example, the Clinical Social Work program has been taught since the academic year of 2013/2014. The first International Week, which was not involved within the framework of the IBW network, was held in May 2017. Its topic was Social Work in Psychiatry. Students of the study program Clinical Social Work and General Nursing took part. Students of the CPJ cooperated with students from the University of Applied Sciences in Groningen, the Netherlands. The cooperating organisations were the Havlíčkův Brod Psychiatric Hospital, FOKUS Vysočina and VOR Vysočina. Students had to make suggestions on the subject of how to help one man with several mental illnesses. There were a lot of issues and specific problems in the case study. This contribution focuses on students' knowledge and their perception of paranoid communication at the beginning and at the end of the IW.

## PARANOID COMMUNICATION

Paranoid communication is one of the communication disorders. These disorders affect the ability to comprehend, detect speech and language and to communicate effectively. Other disorders are for example hypochondriac, depressive or narcissistic communication (Röhr, 2016). The main signs of paranoid communication are: Speaking about disused stimulus, a whiney tone of voice and sarcasm, anxiety, fear, delusion, false

accusations, persecution complex, conspiracy theories and irrationality. It is important to mention, that almost every sign of paranoid psychosis is actually necessary to a degree for a healthy psyche and success in society. But a superabundant level can be a sign of paranoid personality disorder (Praško, 2012). People with paranoid personality disorder do not trust others, they need self-sufficiency, autonomy and control over their environment. They are rigid, critical of others, unable to cooperate and cannot accept criticism (Miller, 2009). They are inflexible in social situations. They are not able to resolve conflicts in fact they are more likely to cause conflicts. There is a tendency toward aggressiveness.

## METHODS

At the beginning of the IW we were working with students by means of a focus group. Focus groups, also called focused interviews or group depth interviews, comprise interactive groups of people with common characteristics. The aim of the moderator is to acquire information about the focused topic. The moderator makes notes or records. The focus group can help to understand how and why people hold their beliefs, to know how people think and feel and to provide an insight into opinions. The focus group provides us with information at the group level, not at the individual level (Krueger, 1988), (Švaříček, Šedřová, 2007).

Our focus group was established on May 2, 2017. There were 15 students (7 Czech students, 8 Dutch students). The moderator recorded the interviews. The common characteristics: Students of assisting professions (social work or general nursing, interest in mental health).

Students' perception of paranoid communication: The group knew the definition of paranoid communication. As causes of paranoid communication the following were mentioned: Genetics, drugs, stress, excessive demands. The group was able to describe the main signs, but not to state definite examples. The recommendations on how to communicate with these people were very short and generalised, e.g. respect them, listen to them.

During the whole week the students focused on the topic of people with several mental disorders. They visited the Havlíčkův Brod Psychiatric Hospital and sheltered houses, which are provided by the non-profit organisation FOKUS Vysočina and became acquainted with the social impacts felt by people with several mental illnesses. Paranoid communication is the cause of many of these social impacts. The non-profit organisation VOR Vysočina organised a discussion for students with one man with several mental illnesses.



At the end of the week students presented their ideas about solving the situation, which was described in the case study and we again established a focus group with the topic of paranoid communication. It comprised the same students and the same moderator.

Students' perception of paranoid communication: The group was able to state definite examples of paranoid communication, to describe paraverbal and nonverbal communication. For example, at the beginning of the IW they said: *The person is scared*. At the end of the week they said: *The person is scared, his eyes are enlarged, his hands and voice are trembling and his speech is not continuous*. The group was able to distinguish which signs of paranoid communication are normal, which are common and which are superabundant.

The group made a list of recommendations about how to communicate with people with paranoid communication disorder:

Speak to these people the same way you would like to be spoken to.

Respect them. These people are human beings; they have their own rights, requirements, interests and will, so respect them. This means to call them by their name and to take time to speak with them. Take care with attempts at humour, it may be seen as disrespectful by them.

- Don't speak too much.
- Don't speak fast.
- Don't choose difficult conversation topics.
- Don't shout.
- Use short sentences.
- Use easy words.
- Provide feedback.
- Make sure that the person has understood you.
- Be optimistic and well disposed.

## DISCUSSION

Paranoid communication is one of the communication disorders. The main signs of this disorder are described herein. However, not only knowledge of these signs, but also recognition of their superabundant level is important for communication with people. Contact and actual communication with these people can help to understand and to respect their way of communication. For this reason, learning with peer lecturers, with people with their own experience with several mental illnesses, started in the academic year of 2016/2017 at the CPJ. Feedback was processed and outputs evaluated. The results show that these types of lectures were beneficial for students and hopefully

will continue to be. Communication of each person with a communication disorder is specific. In spite of this it is possible to formulate common principles. The students made a list of recommendations on how to communicate with these people. Their list could be used in common communication. This list is comparable with other guidance books, e.g. Bowers et al (2009).

## CONCLUSION

The aim of this contribution was to describe paranoid communication from the perception of students of social work and general nursing. The aim has been fulfilled. There is a short explanation of paranoid communication at the beginning of this article. The contribution describes the perception of paranoid communication at the beginning of the International Week of Social Work in Psychiatry and at the end of this week, after several activities related to this topic and after contact with people with several mental illnesses. By means of a focus group it was ascertained that at the end of the week the group of students had a better understanding of the topic and was able to connect theoretical knowledge and practical examples. The group made a list of recommendations on how to communicate with people with paranoid communication disorder. This list can also be used in everyday life.

## REFERENCES

- [1] BOWERS, L. et al. *Talking with acutely psychotic people*. London: City University, 2009.
- [2] CHALUPOVÁ, M. and PROKOP, M. (2014) *International Business Week – Impact on Student Mobility*. In *Efficiency and Responsibility in Education (ERIE) 2014*. HOUŠKA, Milan. Praha: ČZU. 2014. s. 241-247.
- [3] KRUEGER, R. A. 1988. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- [4] LAURENCE, M. *Jak zvládat a řídit problémové zaměstnance*. Praha: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2904-6.
- [5] PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2012. EAN 9788026203186.
- [6] RÖHR, H., P. A. *Narcismus – vnitřní žalář*. Praha, Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1080-1.
- [7] ŠTĚRBOVÁ, A., BÍLKOVSKÁ, J. and CHALUPOVÁ, I. (2015) *Internacionalizace vzdělávání na Vysoké škole polytechnické Jihlava 2014 – 2015, Strategie udržitelnosti a rozvoje*, Information System CPJ. [16 January, 2016].
- [8] ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN ISBN 978-80-7367-313-0.

### **Acknowledgement**

This research was supported by the College of Polytechnics, Jihlava, Czech under Grant no. 1170/4/171 Cooperation deepening with sphere of application in order to innovation of profiled subjects.

# PARANOIDNÍ KOMUNIKACE V PERCEPCI STUDENTŮ



## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Martina Černá, Ph.D.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: martina.cerna@vspj.cz

## ABSTRACT

Tento příspěvek je zaměřen na jednu z poruch komunikace – paranoidní komunikaci v percepci studentů. Studenti Vysoké školy polytechnické Jihlava, Česká republika a studenti Univerzity of Applied Sciences, Groningen, Holandsko řešili během mezinárodního týdne Sociální práce v psychiatrii případovou studii muže, který trpí vážným duševním onemocněním. Jedním z bodů této studie byla paranoidní komunikace. Příspěvek ukazuje percepci paranoidní komunikace získanou pomocí focus group na začátku mezinárodního týdne a na konci týdenního programu, v rámci kterého studenti získali nejenom teoretické informace, ale také navštívili psychiatrickou kliniku a organizace, které pracují s lidmi s duševním onemocněním a diskutovali s nimi. Studenti sepsali rady, jak komunikovat s lidmi s touto komunikační poruchou.

## KEYWORDS:

focus group, mezinárodní týden,  
paranoidní komunikace, případová  
studie

# VÝŽIVA DĚTÍ S CYSTICKOU FIBRÓZOU POHLEDEM RODIČŮ

ZUZANA ČERVENKOVÁ  
ROMANA KOUTSKÁ  
LIBOR ČERVENKA  
UNIVERZITA PARDUBICE



## ABSTRAKT

Cystická fibróza je jedním z nejčastějších dědičných onemocnění. Důležitou a nezaopomenutelnou roli v péči o dítě s cystickou fibrózou hraje nejen tým odborníků v ambulantní a hospitalizační péči, ale i rodiče. V nemocnici fakultního typu bylo provedeno šetření, které mělo kvalitativní design. Byly provedeny rozhovory s rodiči dětí navštěvujících základní nebo střední školu, které byly zaměřeny na informace o dietě, potíže se zvládnutím přípravy vysokokalorické stravy, stravování ve škole a finanční problematiku s přípravou stravy spojenou. Rodiče dětí s cystickou fibrózou jsou o dietě, kterou mají jejich děti dodržovat, adekvátně poučeni. Byla odhalena nedostatečná spolupráce rodičů a nutričního terapeuta v ambulantní péči. V oblasti problematiky přípravy stravy byla zjištěna velká časová i finanční náročnost. Významnou pomocí pro rodiče je Klub cystické fibrózy a nadace Dobrý anděl. Výsledky jsou využívány v ambulanci pro cystickou fibrózu ke zlepšení péče o nemocné.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

cystická fibróza, dítě, rozhovor, výživa

## ÚVOD

**N**emoc slanych dětí, jak je laicky nazývána cystická fibróza, je jedním z nejčastějších dědičných onemocnění (Vávrová, 2006, s. 15). Cystická fibróza je autozomálně recesivně dědičné onemocnění žláz se zevní sekrecí. Dochází k defektnímu transportu iontů a zvyšuje se viskozitu sekretů exokrinních žláz (Vokurka a Hugo, 2008, s. 73,74). Ke čtyřem základním projevům patří chronické zhoršující se onemocnění dýchacích cest a plic, nedostatečná zevní sekrece pankreatu se steatoreou a neprospíváním, vysoká koncentrace elektrolytů v potu a porucha reprodukce u mužů (Kubáčková, 2014, s. 43). Díky výzkumnému úsilí a novým léčebným postupům lze příznivě ovlivnit průběh nemoci. Zatímco ještě po 2. světové válce umírala většina dětí s cystickou fibrózou v kojeneckém věku, přežívá dnes 50 % nemocných do 4. dekády života. Pro pacienty s cystickou fibrózou je velmi důležitá výživa. Výživový stav významně ovlivňuje prognózu a kvalitu života těchto pacientů (Vávrová, 2006, s. 15, 351). Hustý hlen, který se nachází v pankreatu pacientů s cystickou fibrózou, omezuje nebo znemožňuje sekreci trávicích enzymů nezbytných pro trávení potravy. Neléčení pacienti proto často trpí podvýživou. Děti s cystickou fibrózou potřebují o 40–50 % více energie než zdraví vrstevníci. Proto by měli být dítě a jeho rodiče od začátku poučeni a motivováni ke konzumaci vysokokalorické stravy, která je pestrá a obsahuje alespoň 40 % tuků (Vávrová a Bartošová, 2009, s. 137).

Z výše uvedeného vyplývá, že důležitou a nezaměnitelnou roli v péči o dítě s cystickou fibrózou hraje nejen tým odborníků v ambulantní i hospitalizační péči, ale i rodiče. Odborníci svými znalostmi pomáhají rodičům správně pečovat o nemocné dítě a pozitivně reagovat na jeho potřeby. Mají-li rodiče správné informace a podaří-li se navázat spolupráce zdravotníků s rodinou, mohou být dosaženy požadované výsledky a spokojenost může být na obou stranách.

### **Cíle práce:**

1. Zjistit informovanost rodičů o nutnosti vysokokalorické stravy u dětí s cystickou fibrózou.
2. Zjistit problémy rodičů spojené s výběrem a přípravou vysokokalorické stravy u dětí.

## METODIKA

**V** nejmenované nemocnici fakulního typu bylo od prosince 2015 do března 2016 provedeno šetření, které mělo kvalitativní design. Kvantitativní metodologie byla zvolena, protože je vhodná k podrobnějšímu a hloubkovému zkoumání problému. Na rozdíl od kvantitativního přístupu je to metoda velmi pružná, která může reagovat na změny sbíraných dat i v průběhu výzkumu. Jde o přístup holistický a umožňuje individuální přístup výzkumníka s ohledem na rozdíly mezi jednotlivými pacienty a jejich rodiči. Hendl (2008, s. 52) uvádí, že hlavním úkolem kvalitativního výzkumu je objasnit, jak se lidé v dané situaci a prostředí chovají, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce.

Šetření probíhalo pomocí nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce. Konkrétní otázky byly k rozhovoru připraveny na základě teoretických východisek z odborné literatury, na základě informací získaných po konzultaci s odborníky na danou problematiku a dále také na základě vlastní dlouholeté zkušenosti jedné z autorek při práci s rodiči i jejich dětmi, které trpí cystickou fibrózou.

Před započítáním rozhovorů byla pro výběr respondentů stanovena následující kritéria: **1.** respondent bude rodič nebo jiná dospělá osoba pečující o dítě s cystickou fibrózou, **2.** tato osoba musí být zároveň osobou, která se v běžném životě podílí na zajištění stravy nemocnému dítěti, **3.** dítě respondenta navštěvuje základní nebo střední školu (pro objasnění problematiky stravování dětí s cystickou fibrózou ve škole), **4.** ochota respondenta vést rozhovor a nahrávat rozhovor na diktafon. Rozhovory byly vedeny se sedmi matkami, které pečují o své dítě s cystickou fibrózou. Jedna matka měla v péči dvě děti s cystickou fibrózou, dvojčata. Rozhovory se tedy týkaly péče o osm dětí. Anamnestické údaje dětí respondentů, období objevení se prvních známek nemoci, konkretizace prvních známek nemoci a období diagnostiky nemoci shrnuje tabulka č 1. Z důvodu zachování anonymity, byla jména dětí respondentů změněna. Před nahráváním rozhovoru byli respondenti seznámeni s problematikou šetření a byli ujisti o anonymitě. V úvodu každého rozhovoru byl nahrán souhlas respondenta s nahráváním. Tři rozhovory probíhaly za hospitalizace dětí na lůžkovém oddělení, čtyři byly uskutečněny na ambulanci při pravidelné kontrole. Všechny rozhovory probíhaly v soukromí, v klidné místnosti za přítomnosti dětí.

Doslovné přepisy rozhovorů byly podrobeny kvalitativní obsahové analýze. Na základě analýzy dat byly vytvořeny **4 kategorie**: **1.** anamnestické údaje, **2.** informovanost rodičů, **3.** problematika přípravy stravy, **4.** finanční zátěž rodiny, které byly dále členěny do podkategorií.

**Tabulka 1:** Anamnestické údaje

Smyslená jména dětí s CF	Věk v letech	Ročník a typ školy	První známky nemoci	První příznak nemoci	Diagnostika CF
Aneta	16	2. SŠ	5. den	dechové obtíže, průjem	4. měsíc
Betyna	18	4. SŠ	3. měsíc	neprospívání, steatorea	3. měsíc
Karolína	14	8. ZŠ	po narození	mekoniový ileus	4. týden
Renata	8	3. ZŠ	po narození	mekoniový ileus	1. týden
Jaroslav	17	2. SŠ	5. měsíc	zánět plic	amnio
Pavel	11	5. ZŠ	2. den	ileus	2. měsíc
Mirek	11	4. ZŠ	5. den	dechové obtíže	4. týden
Vilém	11	4. ZŠ	5. den	dechové obtíže	4. týden

CF = cystická fibróza, ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, amnio = CF byla dítěti diagnostikována z aminocentézy

## VÝSLEDKY A DISKUSE

Vzhledem k obsáhlosti zjištěných informací, jsou zde uvedeny pouze některé výsledky. Kompletní výsledky jsou k dispozici u korespondenční autorky. Výpovědi respondentů jsou uvedeny kurzívou.

V kategorii „**Informovanost rodičů**“ bylo hlavním úkolem zjistit, zda matky umí sdělit, jakou jejich dítě musí dodržovat dietu, kým byly o dietě po stanovení diagnózy poučeny a zda byly tyto informace pro ně srozumitelné. Dále byla zjišťována spolupráce rodiny s nutričním terapeutem, jestli jim byl poskytnut dostatek informačních materiálů, kde ještě čerpají potřebné informace a co by jim v této problematice nejvíce pomohlo. Šest respondentek bylo poprvé o dietě pro jejich děti poučeno lékařem a sestrou společně. Jedna respondentka uvedla poučení pouze lékařem. Dvě matky se se svými dětmi zúčastnily edukačního pobytu ve FN Motol.

Všechny matky uměly popsat dietu, kterou musí jejich dítě dodržovat. Maminka Renaty říká: „*Musíme mít vysokokalorickou stravu, hodně tuků, bílkovin, mléčných výrobků, přidávám ji do jídla smetanu a majonézu, dbáme, aby byla strava pestrá, přidáváme ovoce a zeleninu, víc jídla solím, měla by jíst často, nejmíň šestkrát denně*“.



K prvním získaným informacím matka Pavla říká: „*První informace byly asi dostatečné, ale já byla vyděšená a zmatená a stejně jsem si spoustu informací a zkušeností musela vyhledat na internetu*“. Také matka Jára přiznává: „*Myslím, že byly dostatečné, ale byly to dlouhé hovory, abych všemu porozuměla*“. Respondentky říkaly, že si v případě problému vždy volaly do poradny pro cystickou fibrózu a tam jim bylo lékařem nebo sestrou vše objasněno. Respondentky říkaly, že nebyly edukovány nutričním terapeutem a dopodrobna s nimi nikdo diety nerozebíral. Informační materiál k problematice stravy dostalo v ambulanci pět matek. Dvě matky starších dětí odpověděly: „*Tenkrát moc informačního materiálu nebylo, spíš nám bylo všechno vysvětlováno ústně*“. Dvě byly vybaveny materiálem z FN Motol, kde byly na týdenním edukačním pobytu..

Při následných ambulantních kontrolách se maminky nikdy nesetkaly s nutričním terapeutem, ani jim tato možnost nebyla nabídnuta. Všechny maminky si tuto péči pochvalují při hospitalizacích svých dětí. Maminka Karolíny odpovídá: „*Nutriční vybírá stravu s dcerou jen při hospitalizacích, to je dobrý, vybere si, co jí chutná, při běžných kontrolách u pana doktora jsem se s nutriční nesetkala*“. Maminka dvojčat na otázku spolupráce s nutričním terapeutem také říká: „*Nespolupracuji, setkáváme se jen při hospitalizacích, ty ale naštěstí nejsou časté*“. Maminka Renaty se shoduje: „*Při běžných kontrolách ne, jen při hospitalizacích,...když se s ní při návštěvě dcery potkám, vybíráme jídlo společně*“. Další informace o stravování svých dětí získávají respondentky na internetu obecně, od rodičů stejně nemocných dětí a odborníků na internetových stránkách Klubu cystické fibrózy, na diskusním portálu cystické fibrózy nebo na sociálních sítích. Maminka dvojčat informace téměř neshání a říká: „*Vždycky jsme si poradili sami*“.

Z rozhovorů s matkami v oblasti informovanosti vzešel požadavek na spolupráci s nutričním terapeutem i při ambulantních kontrolách dětí. S nutriční terapeutkou byla po konzultaci s vedoucím lékařem centra cystické fibrózy a vedoucí sestrou pro výživu domluvena spolupráce při ambulantních kontrolách těchto dětí. Podařilo se navázat spolupráci nutriční poradny na základě podnětu tohoto šetření i pro dětské pacienty s cystickou fibrózou. V ambulanci pro cystickou fibrózu jsou rodičům o této možnosti poskytovány informace pomocí letáčku, kde je i telefonický kontakt s možností individuální konzultace s nutriční terapeutkou.

V kategorii „**Problematika přípravy stravy**“ bylo zjišťováno, jaký čas denně věnují rodiče k zajištění vysokokalorické stravy u svých dětí, zda se u nich vyskytlo období odmítání stravy a jak probíhá stravování dětí s cystickou fibrózou během školního dne. Časová náročnost přípravy stravy pro nemocné dítě je dle matek značná. Matky se shodují, že věnují jídlu svých nemocných dětí velkou část dne, ale uznávají, že čím jsou děti starší, tím je čas kolem přípravy stravy kratší. Maminka Betyny říká: „*Dřív to bylo časově náročné, nyní už jí prakticky všechno i ovoce a zeleninu, ovoce vůbec nechtěla*“. Maminka šestnáctileté Anetky odpovídá: „*Hodně času, i když teď už míň, protože se snažím zapojit Anetku,*

*spolu vybereme potraviny, spolu vaříme, nebo už něco zvládne sama*". Problematickým obdobím u dětí s cystickou fibrózou je období odmítání stravy. Tato otázka vyvolala u většiny matek úsměv a káravý pohled na své dítě. „*Ano tím obdobím jsme si prošli.*“ nebo „*Ano, tím si procházíme.*“ byla častá odpověď.

Stravování ve školní jídelně je další změnou, která nastává s nástupem školní docházky. Rodiče pak nemají stravování zcela pod kontrolou. Jen tři matky uvedly, že se jejich dítě stravuje ve školní jídelně. Ostatní děti na oběd chodí domů, nebo k babičce. Všechny děti si nosí do školy jednu nebo dvě bohaté svačiny s ovocem a sladkostmi. Dvě maminky řekly, že si děti ještě dokupují různé pamlsky v automatu. Matky uvádějí, že se snaží, aby děti jedly minimálně šestkrát denně. Postoj školy a učitelů ke stravovací problematice dětí s cystickou fibrózou matky hodnotily kladně. Ve škole dětem vycházejí vstříc hlavně v první třídě, kdy podle matek, paní učitelka kontroluje hygienu a brání pankreatických enzymů před jídlem. Ve školách musí rodiče o nemoci informovat a předkládají buď zprávu od lékaře, nebo připravený letáček pro učitele od Klubu cystické fibrózy. Maminka Renaty říká: „*Dostali jsme od klubu brožuru pro učitelku do školy, je moc pěkně udělaná a četli ji tam všichni, i uklízečky*“. Učitelé musí vědět, že nemoc není nakažlivá, že dítě občas kašle a může kašlem i rušit vyučování, že musí užívat pankreatické enzymy před jídly, že svačiny má objemnější a dítě se jich nemůže vzdát (Vávrová a Bartošová, 2009, s. 108). Všechny matky říkají, že učí své děti samostatnosti a dohled učitelů od druhé třídy nebyl potřeba. Špatné zkušenosti má pouze maminka sedmnáctiletého Járy a jeho dnes už dospělé sestry také s cystickou fibrózou. Chodili do školy, kde dle matky byly problémy se spolužáky a nevstřícností školy cokoliv řešit. Matka při vzpomínce na toto období skoro pláče a říká: „*Spolupráce s nimi byla špatná, byly tam velké problémy, které musel řešit až psycholog. Musela jsem to řešit vyhledáním jiné školy, soukromé, a tam to bylo úplně jiné, vycházeli nám ve všem vstříc a děti se tam dodnes rádi vrací*“.

Problematika internátního ubytování se týkala tří dětí, které navštěvují střední školu. Odpovědi matek byly jednoznačné: „*Ne, to by nešlo*“. Matka Anetky říká: „*Do školy to má 20 kilometrů, ale vozí ji starší bratr autem, aby nemusela na internát, to by nešlo, stále potřebuje kontrolu*“. Járova maminka uvádí: „*Internát, to by nešlo, výběr školy byl limitovaný nemocí a dojížděním, takže i když chtěli na jinou školu, museli si vybrat školu, která byla dostupná dojížděním*“. Matka čtrnáctileté Karolíny, která teprve bude vybírat střední školu, odpovídá: „*Chtěla na internát, ale to by nešlo, musím jí stále všechno připomínat, léky a tak, i když tolik let už to ví*“. Výběr budoucího povolání by měl být řešen zcela individuálně a v poradně, kde bylo šetření uskutečněno, probíhají konzultace o výběru povolání za přítomnosti dítěte, rodičů a lékaře.

Péče o dítě obnáší nejen přípravu kaloricky bohaté stravy, ale i inhalace, rehabilitace, podávání léků. Maminky se na diskusním portálu vyjadřují, že začátky jsou kruté, ale postupně se zavedením stálého denního režimu a s pomocí rodiny se dá vše zvládnout.

Stejný je také názor Martynkové a Sikorové (2012), které píší, že rodina s dítětem s cystickou fibrózou má život složitější než ostatní rodiny. Důvodem je zejména časová náročnost léčby.

V kategorii „**Finanční zátěž rodiny**“ byla objasňována v otázkách dostupnosti potravin, finanční náročnosti při nákupu potravin, členství v Klubu cystické fibrózy a využívání nějaké finanční pomoci. Pouze jedna matka uvedla, že má finančně dobré rodinné zázemí a nemusí vyhledávat finanční podporu. Šest matek uvádí velkou finanční zátěž spojenou s nákupem potravin a uvádí velké výdaje na léky, vitamíny a doplňky stravy. Maminka jedenáctiletých dvojčat odpovídá: „*To určitě, jídlo nás stojí neskutečný peníze..., neumím si představit být svobodná matka, nevím, kde bych na to jídlo brala peníze. Další položkou jsou léky, vitamíny, Fresubiny, vše je bráno jako doplněk stravy a vše se platí a my to máme dvakrát*“. Maminka Karolínky si pochvaluje: „*Nám pomáhá Dobrý Anděl, jsme si dávali žádost a máme peníze na jídlo, vitamíny*“. Čtyři matky jsou členy Klubu cystické fibrózy, dvě říkají, že nejsou, ale chtějí se tam přihlásit, protože slyšely o zajímavých členských výhodách. Mezi ně patří osmnáctiletá Betyнка, jejíž maminka říká: „*Až teď se při pobytu v nemocnici dozvěděla o možnosti získat malý inhalátor na cesty od Klubu cystické fibrózy, tak si tam sama volala a chce se zaregistrovat a využít nějakých výhod*“. Dvě maminky využívají příspěvky od nadace Dobrý Anděl. Maminka Anetky odpovídá: „*Ptala jsem se na sociálce, ale na stravu od nich nemáme nárok, dostala jsem ale příspěvek od nadace Dobrý Anděl, jsem za to velice vděčná*“.

V případě finančních potíží souvisejících s přípravou stravy je velikou pomocí sociální pracovník, který je součástí multidisciplinárního týmu všech center cystické fibrózy. Také Klub cystické fibrózy je organizací, která má dobře fungující sociální poradenství. Rodiče zde mohou diskutovat o příspěvcích a upomínají se navzájem k podání žádosti o finanční podporu. Klub svým členům po podání žádosti vyplácí roční příspěvek na léčbu, poskytuje finanční pomoc na inhalační pomůcky a v akutních případech může člen klubu požádat o mimořádnou finanční pomoc. Dotazované matky v našem šetření jsou s Klubem nemocných CF spokojené a určitě by registraci doporučily všem nemocným s cystickou fibrózou. Také Martynková a Sikorová (2012) uvádějí ve své studii, že rodiče chválí perfektní podporu členů Klubu. Nejde jen o pomoc finanční, ale o výměnu zkušeností mezi členy, pořádání různých akcí, zveřejňování aktuálních novinek v oblasti léčby a vydávání časopisu Zpravodaj.

V dnešní době je cílem většiny dietologů snižování hmotnosti lidí a nastavení zdravé životosprávy. Nemoc cystická fibróza však nutí rodiče zabývat se opačným problémem a to, jak své dítě „vykrmit“. U tohoto onemocnění je výživa dětí velmi zásadní a odráží se na jejich celkovém zdravotním stavu. Proto je nutné, aby rodiče dětí s cystickou fibrózou byli podrobně seznámeni s problematikou výživy a aby tato oblast nebyla podceňována. Měli bychom rodiče brát jako součást týmu, přistupovat k nim trpělivě, empaticky a nezapomínat, že to jsou laici a milující rodiče nemocného dítěte.

Autoři jsou si vědomi toho, že šetření proběhlo pouze v jedné nemocnici a s malým počtem respondentů, takže nelze problémy zde popsané ani výsledky zobecňovat na všechny rodiče dětí s cystickou fibrózou. Cílem bylo provést šetření v jedné konkrétní ambulanci pro cystickou fibrózu jedné nemocnice a zajistit pro rodiče konkrétní pomoc. Oslovené matky byly potěšeny možností účastnit se šetření, zájmem o jejich nemocné dítě i jejich vlastní problémy s tím spojené. Rodiče citlivě vnímají a oceňují zájem odborníků, kteří naslouchají jim a jejich dítěti. Problémy rodičů spojené s výživou dětí v mladším školním věku, starším školním věku a adolescentů, které byly přiblíženy v této práci, jsou nemalé. Přínosné by bylo jistě i nastínit problematiku vysokokalorické výživy batolecího a předškolního věku dětí.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku výživy dětí s cystickou fibrózou a najít slabiny a nedostatky, zjistit co rodičům chybí a co pro ně mohou udělat odborníci. Bylo zjištěno, že jsou rodiče dětí s cystickou fibrózou o dietě, kterou mají jejich děti dodržovat adekvátně poučeni. Informace získávali od lékařů, sester, nutričních terapeutů, v rámci edukačních pobytů a na internetu, především na stránkách Klubu cystické fibrózy. První informace byly dostatečné, ale respondentky si vše nezapamatovaly a musely se k nim opakovaně vracet v podobě letáků, telefonátů do ambulance nebo vyhledáním na internetu. Naše šetření odhalilo nedostatečnou spolupráci rodičů a nutričního terapeuta v ambulantní péči. Rodiče chválí práci nutričního terapeuta při hospitalizaci svých dětí, ale ambulantní poradna nutričního terapeuta jim chybí. Některé matky vyslovily přání o radu nutričního terapeuta v sestavování jídelníčku a pomoc při tvorbě speciálních vysokokalorických receptů. Na základě tohoto zjištění byla v zařízení, kde šetření probíhalo, zajištěna spolupráce s nutriční terapeutkou. V oblasti problematiky přípravy stravy byla zjištěna velká časová i finanční náročnost. Důležitá je spolupráce celé rodiny nemocného dítěte a významná je i spolupráce se školou, kterou dítě navštěvuje. Významnou pomocí pro rodiče je Klub cystické fibrózy a nadace Dobrý anděl. Poskytují rodičům cenné rady, zkušenosti, novinky v léčbě a hlavně finanční podporu. Výsledky **šetření** jsou využívány v ambulanci pro cystickou fibrózu ke zlepšení péče o nemocné, na Fakultě zdravotnických studií i na Fakultě chemicko-technologické k přiblížení problematiky onemocnění souvisejících se zaživacím traktem a výživou.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [2] KUBÁČKOVÁ, Kateřina. *Vzácná onemocnění: v kostce*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 301 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3149-3.
- [3] MARTYNKOVÁ, Anna a Lucie SIKOROVÁ. Život dítěte s cystickou fibrózou očima dětské sestry a rodičů. *Pediatric pro praxi*. 2012, roč 13, č. 2, s. 131-133. ISSN 1213-0494.
- [4] VÁVROVÁ, Věra a Jana BARTOŠOVÁ. *Cystická fibróza: příručka pro nemocné a jejich rodiče*. 2., dopl. vyd. Praha: Professional Publishing, 2009, 165 s., ISBN 978-80-7431-000-3.
- [5] VÁVROVÁ, Věra. *Cystická fibróza*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 516 s., ISBN 80-247-0531-1.
- [6] VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 518 s., ISBN 978-80-7345-159-2.

# NUTRITION OF CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS FROM PARENTS' VIEW



## ABSTRACT

Cystic fibrosis is one of the most frequent hereditary disease. The important role in the care of a child with cystic fibrosis is not only on the health-care professionals but also on parents. A qualitative-design survey was conducted in university hospital. Interviews with parents of children attending primary and secondary schools were carried out. The questions were devised in order to obtain information about high-caloric diet, difficulty of its preparation at home and in school catering, and financial cost as well. The results showed that parents of children with cystic fibrosis have proper knowledge about preparation of meal with specific needs. However, insufficient cooperation between parents and nutrition therapists in outpatient care was revealed. The preparation of meal for children with cystic fibrosis was found to be time-consuming and financially demanding. Dobrý anděl foundation and Klub cystické fibrózy represent a significant help for parents. The results of this research are used in outpatient care unit for cystic fibrosis to improve the quality of health care.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Červenková  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: zuzana.cervenkova@upce.cz

Bc. Romana Koutská  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: koutrom@seznam.cz

doc. Ing. Libor Červenka, Ph.D.  
Univerzita Pardubice  
Fakulta chemicko-technologická  
Studentská 573  
532 10 Pardubice  
e-mail: libor.cervenka@upce.cz

## KEYWORDS:

cystic fibrosis, child, interview, nutrition

# **SROVNÁNÍ PÉČE O ŽENU PŘI FYZIOLOGICKÉM PORODU Z POHLEDU PORODNÍCH ASISTENTEK V ČESKÉ REPUBLICI A V BELGII**

MARIE DOČEKALOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Článek porovnává dva systémy ošetrovatelské péče o ženu během fyziologického porodu z pohledu aktivit porodní asistentky. Cílem bylo srovnat systém péče v České republice a v Belgii prostřednictvím porodnice Nemocnice Jihlava a vlámské porodnice AZ Nikolaas. Kdy předpokladem je, že vzhledem k tomu, že obě země jsou členy Evropské unie, očekáváme obdobnou náplň práce porodních asistentek a jejich kompetencí. Zaměřila jsem se na porovnání aktivit během první, druhé a třetí doby porodní a období poporodního, probíhajícího ještě během hospitalizace ženy v porodnici. Na závěr jsou zhodnoceny zavedené ošetrovatelské postupy obou zemí, provádění intervencí během porodu, jejich výhody a nevýhody.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

porodní asistentka, porod, péče, bolest, klyzma, epiziotomie, kardiokotograf



## ÚVOD

Během mé profesní kariéry mi byla nabídnuta možnost zúčastnit se tříměsíční zahraniční pracovní stáže v Belgii ve městě Sint-Niklaas v jedné ze dvou místních porodnic. Systém péče o rodičky mě v Belgii překvapil a zaujal, je zde celá řada zásadních rozdílů, o které je jistě zajímavé se podělit. Spoustu odlišností najdeme jak v péči o rodičku a novorozence, tak také v celkovém chodu porodního oddělení. Porodní asistentky vykonávají 8-hodinové směny, zajišťují komplexní péči o rodičku a také o jejího novorozence, věnují se kojení. Na poporodním pokoji mají ženy možnost neomezených návštěv ihned po porodu až do pozdních večerních hodin a pro zajímavost je na pokojích povoleno neomezené množství řezaných květin a vcelku také neomezená konzumace alkoholu. Celé je to tam takové „veselé“. Oproti tomuto přátelskému a jistě lidskému přístupu se však setkáváme v Belgii (a nejenom v Sint-Niklaas, jak mi porodní asistentky sdělily) s porody vedenými lékařem pouze v gynekologické poloze, častými episiotomiemi a s co nejrychlejším porodem placenty. Všechno má tedy svá pozitiva i negativa, svá pro a proti, a je jistě vhodné zamyslet se nad tím, který se dvou jmenovaných systémů je pro rodičku bezpečnější, a zda jsou v obou zemích zachovány podmínky přirozeného porodu.

## HISTORIE PROFESE PORODNÍCH ASISTENTEK V ČESKÉ REPUBLICE

Porodní asistentky (dříve porodní báby, babičky) u nás byly známé již od 14. století. Pomoc, kterou těhotným ženám poskytovaly, byla primitivní, založená na zkušenostech předávaných po pokolení. Každá nová budoucí porodní bába od zkušené porodní báby získávala po dobu 4 let zkušenosti. Po této době mohla samostatně vykonávat své povolání. Pro lékaře nebylo porodnictví dostatečně důstojné, proto se tímto oborem nezabývali. Po založení Karlovy Univerzity roku 1348 probíhaly pro porodní báby pouze teoretické přednášky o porodu. První česky psanou učebnici pro porodní báby s názvem *Zpráva a nauczienie ženam tiehotnym a babam pupkorzeznyim netoliko prospessna, ale také potrebnna* vydal v roce 1519 lékař Nicolaus Claudjan. Další učebnici sepsal v roce 1577 Matouš Wokenberger. Jmenovala se *Růžová zahrádka plodných žen*. Obě učebnice byly založeny spíše na mystikách a pověrách. Roku 1753 vydala Marie Terezie nový zdravotní generální řád pro české království, který se zabýval právě postavením porodních bab. Obsahovat pravidla, kterými se porodní babičky musely řídit. Musely skládat přísnou zkoušku, nosily odznak, zavazovaly se k čestnému jednání, zakazovalo se předčasné vypuzení plodu a podávání léků šestinedělce i novorozenci. První studijní řád pro porodní báby byl stanoven v roce 1804. Na základě řádu se musely zúčastňovat porodnického kurzu na univerzitě nebo lyceu a alespoň dva měsíce se musely věnovat vyučování praktickému v porodnici. Ve 20. století docházelo postupně k zavedení systému prenatální péče, budují se nemocnice a porodnice. Porod se přesouvá z domácích podmínek do porodnic. V 60. letech je porodní asistentka přejmenována na *ženskou sestru*. V roce 1992 se obor přejmenovává zpět na porodní asistentku (Kafková, 1992).



## HISTORIE PROFESY PORODNÍCH ASISTENTEK V BELGII

Zpočátku se porodní asistentky vzdělávaly zásadně individuálně, byly bez odborného vzdělání. I když na území dnešní Belgie během 13. století vznikaly univerzity, ženám byly tyto instituce zakázány. Postupně však došlo k začlenění porodních asistentek do medicínské obce. Od 15. století musely uchazečky na tuto profesi projít učením ukončeným zkouškou. Některé porodní asistentky potom pracovaly oficiálně ve službách některých měst (např. Gent nebo Brugy). Ty potom dostávaly od města mzdu. Daly se rozeznat také podle typického oblečení, kterým byly červené šaty. Na oděvu měla také napsáno, jak se jmenuje, a v jakém okrese smí provádět svoji profesi. Profese se nadále rozvíjela, vznikaly spolky a organizace (Rosadoc, ©2008).

## VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK V ČESKÉ REPUBLICĚ

Vzdělávání je tříleté, vysokoškolské, po jejímž zakončení absolventka získává titul Bakalář (Bc.). Systém výuky je nastavený v celé zemi jednotlivě, přesto si výukový program školy upravují podle svého. Po zakončení studia mají absolventky schopnost nést zodpovědnost za péči o ženu s fyziologickým těhotenstvím a porodem, podílí se také na péči o ženy s patologickým těhotenstvím a porodem. Zakončení studia probíhá absolvováním státní závěrečné zkoušky a obhajobou bakalářské práce.

## VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK V BELGII

Odborné vzdělávání je tříleté. Po dokončení studia získá absolvent titul „Bakalář porodnictví“. Obsah studia je značně obdobný studiu u nás. Hlavní rozdíl je v tom, že v Belgii se studenti první dva roky studia striktně věnují pouze fyziologii těhotenství a porodu a až třetí závěrečný rok se zabývají patologiemi těhotenství a porodu. Během vzdělávání také probíhá úzká spolupráce se soukromými porodními asistentkami, které zajišťují péči o těhotnou ženu, v době porodu a v době poporodní.

## PŘÍJEM NA PORODNÍ SÁL K PORODU (ČESKÁ REPUBLIKA)

Důvody k přijetí těhotné ženy na porodní sál:

- nástup děložní činnosti (pravidelné i nepravidelné kontrakce)
- odtok plodové vody
- krvácení
- odeslána k přijetí ošetřujícím lékařem, nebo přichází rovnou sama s jiným typem obtíží
- příjem k indukci porodu nebo plánovanému císařskému řezu

Rodičku přijímá sloužící lékař na základě potřebných vyšetření, po vaginálním vyšetření a kardiokotografickém záznamu (CTG). Často je také provedeno příjmové UTZ vyšetření k ověření polohy a biometrie plodu.

Dále se při příjmu změřením fyziologické funkce, biochemicky se vyšetří moč klientky, pokud není dosud změřeno, pomocí pelvimetru se změří pánevní rozměry. V případě podezření na odtok plodové vody provedeme průkaz odtoku pomocí Temešvaryho činidla (Roztočil, 1998, str. 25).

Kromě příjmu lékařem, je klientka také dotazována a přijímána porodní asistentkou. Doplňují se informace o anamnéze a zdravotním stavu před porodem. Následně je vypsán porodopis. Klientka je zpravidla převlečena do ústavního prádla (noční košile) a uložena na volný pokoj.

## PŘÍJEM NA PORODNÍ SÁL K PORODU (BELGIE)

Důvody k přijetí těhotné ženy na porodní sál:

- pravidelné neustávající bolestivé děložní kontrakce
- odtok plodové vody
- krvácení jasně červenou krví
- odeslána na doporučení gynekologa (indukce porodu, plánovaný císařský řez)

Ženu si po příchodu na porodní sál ihned přebírá porodní asistentka. Zjišťuje důvody příchodu, připravuje potřebnou dokumentaci a napojí ženu na kardiokotograf. Porodní asistentka zhodnotí děložní činnost, srdeční ozvy plodu, vyšetří ženu vaginálně a rozhodne se, zda ženu přijme, či zda ji odešle ještě domů. V případě přijetí porodní asistentka sepíše dokumentaci a již během příjmu je zaznamenáno do dokumentace, zda bude žena po porodu dítě kojit či zda bude novorozenec na umělé výživě. Současně již během příjmu si žena určí na jakém poporodním pokoji bude chtít být uložena po porodu. Vybrat si může z jednolůžkového nadstandardního a standardního pokoje, který si však musí hradit sama, nebo může být uložena na dvoulůžkový pokoj, který hradí zdravotní pojišťovna. Dvoulůžkové pokoje byly využívány většinou rodičkami z národnostních menšin, většinou marokánského nebo kosovského původu, nebo zde byly po porodu uloženy ženy z nižších sociálních vrstev. Klientka po příjmu většinou zůstává ve svém oblečení, kromě kalhot.

## PRVNÍ DOBA PORODNÍ A AKTIVITY PORODNÍ ASISTENTKY V ČESKÉ REPUBLICE

- uloží klientku na porodní box (pokoj), kde žena stráví většinou první, druhou i třetí dobu porodní
- sledování a kontrola chování rodičky, kontrola správného dýchání, ovlivnění bolesti a podpora psychiky
- monitoring srdečních ozev (příjmový CTG záznam 20-30 minut, dále CTG po odtoku plodové vody, a dále 2-3 hodinové intervaly během první doby porodní). Navíc poslech srdečních ozev plodu každých 15 minut pomocí přenosného fetálního monitoru (UDOP) nebo UZ sondou kardiokografu.
- pravidelná kontrola délky, síly a frekvence děložních kontrakcí
- vaginální vyšetření – po 1-2 hodinách, navíc vždy po odtoku plodové vody a na konci první doby porodní
- sledování odtoku plodové vody – hodnocení zbarvení a množství
- podávání tekutin a stravy, pití se neomezuje, podává se čaj
- dohlíží na dostatečné vyprázdnění močového měchýře
- nabízí klientce podání klyzmatu k vyprázdnění střev, uvolnění a prohřátí měkkých porodních cest, nemělo by se provádět rutinně
- holení – většinou se rutinně neprovádí
- léky podávané porodní asistentkou jsou vždy na základě ordinace lékaře (nejčastěji prostaglandiny, analgetika, uterotonika)
- pomáhá klientce se zaujímáním vhodných úlevových poloh, nabízí nefarmakologické metody tlumení bolesti
- vede dokumentaci (porodní křivku) a stanovuje ošetrovatelskou diagnózu (Roztočil, 2001, str.135)

## PRVNÍ DOBA PORODNÍ A AKTIVITY PORODNÍ ASISTENTKY V BELGII

- uloží klientku na pokoj pro první dobu porodní, seznámí ji s vybavením pokoje, klientka zůstává ve svém pohodlném civilním oblečení
- celkové sledování rodičky, pomáhá se zvládáním bolesti
- monitoring srdečních ozev (30-minutový záznam CTG po přijetí), po odtoku plodové vody, po aplikaci epidurální analgezie zůstává žena napojena na CTG již permanentně až do porodu. Jinak se CTG natáčí každé 3 hodiny během první doby porodní, navíc pravidelný poslech srdečních ozev plodu při každé návštěvě rodičky na pokoji.
- kontrola děložních kontrakcí
- vaginální vyšetření – každou hodinu, dále po odtoku plodové vody, vyšetření se provádí pomocí jedné jednorázové a sterilně balené rukavice
- dbá na časté vyprazdňování močového měchýře
- sledování odtoku plodové vody, pokud nedojde ke spontánnímu odtoku, přistupuje porodní asistentka rutinně k amniotomii (umělé protržení vaku blan), při nálezů 3 a více cm na děložní brance.

- asistence anesteziologovi při zavedení epidurální analgezie – uvede klientku do správné polohy, připraví pomůcky a léky, během výkonu asistuje lékaři
- podávání stravy a tekutin – neomezeno, k pití se doporučuje a podává z chladicí nádoby pitná voda
- klyzma je po natočení příjmového CTG podáno zpravidla všem klientkám v podobě 200ml mini klystýru (Yal)
- holení provádí u všech rodiček až ve druhé době porodní, v místě eventuální mediolaterální episiotomie
- medikace je podávána na základě ordinace lékaře
- pomáhá klientce s nefarmakologickými metodami tlumení bolestí
- vede dokumentaci a stanovuje ošetřovatelské diagnózy

## POROVNÁNÍ AKTIVIT BĚHEM PRVNÍ DOBY PORODNÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ A BELGII

V náplni práce porodních asistentek obou zmiňovaných zemí není patrný výraznější rozdíl. Rozdíly však spatřuji ve způsobu provedení určitých intervencí. U tolik diskutovaného očištného klyzmatu jsem se při své stáži v Belgii v podstatě nesetkala s rodičkou, která by ho neabsolvovala. V Belgii je za tímto účelem ve všech případech využíváno mikroklyzma (Yal), které oproti nálevu teplou vodou podávaném v České republice má za úkol pouze odstranit stolici ze střev, kdežto výhodou teplé vody je navíc ještě prohřátí a zrelaxování porodních cest.

Dále, vzhledem k jinému systému lékařské péče o rodičky než je tomu u nás, jsem zaznamenala výraznou samostatnost belgických porodních asistentek při užívání medikace. V podstatě se jedná o to, že každá rodička v porodnici AZ NIKOLAAS má svého konkrétního gynekologa-porodníka, ke kterému dochází během těhotenství, a který je následně téměř vždy také přítomen porodu. Je tedy jedno, který lékař zrovna aktuálně slouží, ale na tom, která žena zrovna rodí. Porodníci musí být neustále na telefonu a v dosahu i mimo službu a k porodům vlastně dojíždějí přímo z domu poté, co je telefonicky zkontaktuje porodní asistentka, která přijme danou rodičku. Tím často docházelo například k situacím, kdy se porodní asistentka po telefonu domlouvala s lékařem třeba o zahájení ocytocinové terapie. Ten po telefonu pouze rozhodl o zahájení terapie a porodní asistentka se pak již podle daných schémat sama rozhodovala o dávkách oxytocinu aplikovaných ženě. Obdobně to platilo i při domluvě po telefonu pro zahájení preindukce či indukce. Porodní asistentka také sama rozhodovala, kolikrát bude prostaglandiny ženě aplikovat.

Pro rutinní vaginální vyšetření jsou v Belgii používány vysterilizované jednorázové rukavice, v balení vždy po jednom kuse, oproti tomu v České republice používáme nesterilní jednorázové rukavice. K dirupci vaku blan je v Belgii využíván výhradně plastový jednorázový disruptor oproti většinou využívanému kovovému v České republice, který se následně sterilizuje.

## DRUHÁ DOBA PORODNÍ A VEDENÍ FYZIOLOGICKÉHO PORODU PORODNÍ ASISTENTOU V ČESKÉ REPUBLICE

- na závěr první doby porodní připraví porodní asistentka k porodu porodní box (lůžko, zajistí teplo kvůli novorozenci, vhodné osvětlení), připraví pomůcky k porodu (sterilní pomůcky-peány, nůžky, rouška na chránění hráze, podložka pod rodičku, tampony, sterilní rukavice; nesterilní pomůcky-desinfekce, zkumavky, Methylergometrin připravený natažený do stříkačky, podává se většinou intravenózně)
- porodní asistentka se spolu s rodičkou snaží o zvolení té nejvhodnější polohy k porodu, polohu lze samozřejmě měnit, klientka je poučována o správné technice dýchání, tlačení, po zániku branky porodní asistentka kontroluje ozvy plodu po každé kontrakci, těsně před porodem kontroluje vyprázdnění močového měchýře u rodičky, dle zvyklostí oddělení kontaktuje k porodu porodníka a pediatra
- vedení porodu: porodní asistentka podloží rodičku sterilní podložkou, odezinfikuje rodidla, provede kontrolní vaginální vyšetření, v případě potřeby nebo hrozící ruptury provede mediolaterální episiotomii, při správné technice rukou porodní asistentka levou rukou chrání labie a ve flexi přidržuje hlavičku, pravá ruka chrání se sterilní rouškou hráz, po porodu horního a dolního ramínka, kdy porodní asistentka znovu chrání hráz, je novorozenec vyzvednut v ose pochvy na břicho matky, je zabalen suchou rouškou, poté porodní asistentka zapeánuje pupeční šňůru a pupečnick přestřihne buď ona nebo přítomný otec dítěte, podle potřeby provede odběr pupečnickové krve, po ošetření novorozence je proveden první pokus o přiložení miminka k prsu

## DRUHÁ DOBA PORODNÍ A ASISTENCE PORODNÍ ASISTENTKY LÉKAŘI V BELGII

- porodní asistentka připraví k porodu sterilní a nesterilní pomůcky (sterilní balík s tampony a rouškami k chránění hráze, k němu se přidávají sterilní nástroje – nůžky a peány, dále ještě sterilní rukavice pro lékaře, připraví také vyhřátý pult pro ošetření a omytí novorozence
- rodička je až do zániku branky na pokoji pro první dobu porodní, po zániku branky převezve porodní asistentka rodičku na porodní sál, je doprovázena partnerem, který s sebou nese připravené oblečení pro miminko a dále čisté civilní oblečení pro partnerku, které si obleče po porodu, oblečení novorozence se před porodem nahřívá na topení nebo na pultě pro ošetření miminka
- po převozu na porodní sál, kdy je žena většinou převezena vleže na lůžku, je přesunuta na porodnické nastavitelné křeslo, po každé kontrakci se monitorují ozvy plodu pomocí CTG, dále u křesla stojí nerezový lavor s teplou vodou a desinfekcí na omývání rodidel během porodu, každá rodička je dále oholena v místě eventuální mediolaterální episiotomie a navíc je vycévkována kvůli bránění prostupu plodu plným močovým měchýřem

- porodní asistentka klientku dále edukuje ve správném dýchání a tlačení, dle situace provede několik zkušebních zatlačení s rodičkou sama a poté telefonicky informuje porodníka, do jehož péče rodička spadá (v případě, že má tento daný lékař zrovna volno, informuje ho dříve, aby stihl včas dojet k porodu do porodnice)
- každé ženě porodní asistentka nabízí rodičce, zda pomocí speciálně nastaveného zrcadla chce sledovat prořezávání hlavičky dítěte rodidly
- jakmile dorazí k porodu lékař, porodní asistentka již pouze sleduje srdeční ozvy plodu po každé kontrakci, komunikuje s rodičkou, pomáhá se správným způsobem dýchání a tlačení, vlastní porod provede lékař, ihned po porodu dítě položí matce na břicho, porodní asistentka dítě zakryje a mírně osuší, lékař zapečňuje pupečník a odstříhne on nebo přítomný otec dítěte, provedou se eventuální odběry z pupečníku
- bezprostředně po porodu aplikuje porodní asistentka ženě intramuskulárně uterotinikum Methergin a pokusí se s matkou o první přiložení dítěte k prsu

## POROVNÁNÍ AKTIVIT BĚHEM DRUHÉ DOBY PORODNÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ A BELGII

Zásadní rozdíl v provedení druhé doby porodní je v tom, že v České republice vedou fyziologický porod porodní asistentky, samozřejmě s tím, že lékař je vždy k dispozici pro případ vzniklých komplikací. V Belgii však druhou dobu porodní provádí lékař, kdy lékař skutečně velice často dobíhal na poslední minuty porodu, rychle navlékl sterilní rukavice a dokončoval porod ve fázi již prořezávající se hlavičky. Porodní asistentka sama rodila vlastně jen tehdy, pokud v jeden moment rodilo více žen a lékař se nemohl věnovat všem rodičkám, nebo tehdy, když porodník prostě nestihl po zavolání přijet včas do porodnice. Mně samotné se zde několikrát stalo, že jsem musela pomocí roušky přidržovat rodící se hlavičku, než dorazil lékař. Díky takto nastavenému systému péče se však potom rodička naprosto zbytečně vystavovala stresu a porod se brzdil s tím, aby byl lékař přítomen při narození dítěte. Podstatou tohoto jednání jsem brzy zjistila z rozhovorů s porodními asistentkami – lékaři mají za každý odvedený porod značné příplatky ke své mzdě. V tomto bodu vidím značný nedostatek belgického porodnictví, i když mám zkušenost jen v jedné belgické porodnici. Ale systém příplatků funguje celostátně, proto předpokládám, s tímto postupem pozdržení porodu bychom se setkali i jinde. Upřednostňují se zde výhody plynoucí pro porodníky před přirozeně probíhajícím porodem.

V České republice oproti tomu vidíme řadu výhod nejen pro rodičky, ale i pro porodní asistentky. Rodičky nemusí rodit pouze v gynekologické poloze, neprovádí se rutinní cévkování a holení. To jsou dle mého názoru záležitosti, které jsou prováděny právě z důvodu toho, že porod provádí lékař. Také velice často byla využívána epidurální analgezie, téměř u každé druhé ženy, v souvislosti s tím zde byly u porodu velice často prováděny episiotomie. Pro porodníka je potom totiž snadné jednoduše stříhnout, aniž by musel využít nějaké další anestetikum k opichu hráze.

## TŘETÍ DOBA PORODNÍ A JEJÍ PRŮBĚH V ČESKÉ REPUBLICĚ

- podání uterotonik – jedná se o aktivní vedení třetí doby porodní, po porodu dítěte se aplikuje intravenózně uterotonikum Methylergometrin, aplikuje pověřená porodní asistentka nebo porodník
- odběr krve z pupečnicku – po přestřižení pupečnicku se u rodiček s Rh negativním faktorem a krevní skupinou 0 provádí odběr pupečnickové krve do předem připravených zkumavek, krev se vyšetřuje kromě krevní skupiny dítěte na syfilis a na bilirubin
- porod placenty – při pozitivních známkách odloučenosti placenty se porodní asistentka pokusí o její porod, požádá rodičku o zatlačení a mírným tahem pravé ruky za pupečník a tlakem za fundus levou rukou usměřňuje porod placenty
- kontrola celistvosti placenty – placenta a její celistvost musí být vždy zkontrolována lékařem, kdy porodní asistentka placentu očistí tampony od sraženin a placentu si natáhne na ruce, lékař poté zkontroluje jak plochu fetální s úponem pupečnicku a plodové blány, tak mateřskou plochu a její kotyledony
- kontrola porodního poranění – porodní asistentka po porodu asistuje lékaři při vyhledání a ošetření porodního poranění
- po ošetření porodního poranění omyje porodní asistentka rodičku rodu, podá jí čisté vložky a uloží ji do pohodlné polohy na zádech, následně se pokusí o první přiložení novorozence k prsu (většinou do půl hodiny po porodu, max. do 1 hodiny), pravidelně po porodu porodní asistentka kontroluje ženu fundus děložní a intenzitu krvácení, pití se podává bez omezení (většinou teplý sladký čaj), strava dle zvyklostí oddělení (nejčastěji za 2 hodiny po porodu)
- překlad rodičky na oddělení šestinedělí – zhruba po dvou hodinách je žena po porodu překládána na poporodní oddělení, před vlastním vstáváním rodičky za porodnického lůžka porodní asistentka změří fyziologické funkce, zkontroluje fundus děložní a poporodní krvácení, poté ženu pomalu vertikalizuje, nejprve se žena posadí na lůžku, prodýchává, pokud nejeví známky mdloby, pokračuje s vertikalizací a přesune se do sprchy. Zde by se žena po porodu měla pokusit poprvé vymočit, dostane čisté vložky, převlékne se do čisté košile a se sbalenými věcmi a dokumentací je předána spolu s novorozencem na oddělení šestinedělí.
- ošetření novorozence po porodu – v České republice provádí ošetření novorozence novorozenecká (dětská) sestra nebo právě porodní asistentka, ošetření probíhá přímo na předeřhátém pultu přímo na porodním boxu, novorozence osuší, otre, zasvorkuje pupečnick, odstříhne nadbytečný pupečnick a pahýl poté desinfikuje, novorozenec je zpravidla ihned vážen a měřen, značení novorozence probíhá podle zvyklostí jednotlivých oddělení (plastový náramek se jménem a příjmením, datem a časem narození, označením pohlaví a číslem porodu). Je provedena kredeizace (vykapání očí) jako prevence gonokokové infekce, dále je novorozenci podán vitamín K (perorálně nebo intramuskulárně). Poté je provedeno první přiložení dítěte k prsu. Asi po dvou hodinách je novorozenec na porodním sále poprvé vykoupán a po zabalení svezem s matkou na oddělení šestinedělí.



## TŘETÍ DOBA PORODNÍ A JEJÍ PRŮBĚH V BELGII

- podání uterotonik – porodní asistentka aplikuje ženě po porodu dítěte do svalu uterotonikum
- odběr krve z pupečníku – u žen s krevní skupinou 0 a žen s negativním Rh faktorem je po porodu odebrána krev na vyšetření titru protilátek a krevní skupiny dítěte, odběr provádí lékař
- porod placenty provádí lékař (porodní asistentka pouze v případě zaneprázdněnosti lékaře), lékař po přestřížení pupečníku nejprve odpeánuje pupečník vedoucí k placentě a ponechá pupeční pahýl vykrvácet, mělo by tak dojít k rychlejšímu odloučení placenty, poté je klasicky porozena placenta a překontrolována její celistvost
- kontrola porodních poranění – lékař kontroluje pouze za pomoci světla zevní rodidla, nekontroluje se za pomoci gynekologických zrcadel, v případě ruptury nebo episiotomie zašije poranění, pochva a čípek se nekontroluje
- po revizi porodního poranění očistí porodní asistentka zevní rodidla ženy rouškami namáčenými do dezinfekčního roztoku, podá ženě čisté vložky a síťované kalhotky, z důvodu často využívané epidurální analgezie také ihned odstraní ze zad epidurální katetr, poté ženě pomůže stále na porodním křesle převleknout do čistého oblečení a přesune rodičku na postel, na které je žena s dítětem v náručí převezena na poporodní pokoj, kde většinou dochází k prvnímu přiložení dítěte k prsu
- kontrola krvácení a děložního fundu probíhá potom až na poporodním pokoji, ženě je nabídnut dostatek tekutin, dostává nepřetržitě konvice s čajem a vodou, stravu dostává dle zvyklostí na oddělení, po svezení klientky na poporodní oddělení uklidí porodní asistentka porodní sál, pro další porod připraví všechny pomůcky a doplní také veškerou dokumentaci týkající se proběhlého porodu
- ošetření novorozence po porodu provádí porodní asistentka přímo na porodním sále, zasvorkuje pupečník, zbytek pupečníku odstříhne a desinfikuje, pupečník se nijak sterilně nebalí, potom novorozence zváží a dle potřeby (větší znečištění smolkou nebo krví) okoupe ve vaně. Po osušení aplikuje do stehna intramuskulárně vitamin K a na nožku připevní plastový náramek s celým jménem dítěte a číslem poporodního pokoje. Až po úplném oblečení dítěte porodní asistentka změří obvod hlavy a délku novorozence a vykape oči desinfekčním roztokem (kredeizace). Dítě je poté předáno otci nebo matce, pokud je již připravena na převoz na poporodní pokoj. Veškerá vyšetření pediatrem probíhají až na poporodním pokoji. Zhruba za 2 hodiny po porodu, kdy již je žena převezena na lůžku na poporodní pokoj, dojde za pomoci porodní asistentky k prvnímu pokusu o vymočení. Pokud si žena přeje kojit, začne se porodní asistentka s matkou intenzivně věnovat kojení.



## POROVNÁNÍ AKTIVIT VE TŘETÍ DOBĚ PORODNÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ A V BELGII

**A**si k té nejzajímavější věci, se kterou jsem se na porodním sále během své stáže v Belgii setkala, patří metoda vykrvácení pupečníku před porodem placenty. Můžeme namítat, že při této metodě hrozí riziko velkého krvácení, ale problém s výraznější krevní ztrátou jsem skutečně za celou dobu u žádné rodičky nezaznamenala. Důvodem k volbě této metody je dle slov tamních lékařů zmenšení objemu placenty po odtoku krve. Ta je potom lépe a rychleji poroditelná. V našich porodnicích je oproti tomu zvykem citlivě vyčkávat na známky odloučenosti placenty. Poté se porodní asistentka pokouší placentu porodit. Lékař v Belgii však ihned po vykrvácení pupečníku, tedy poté, co přestane odtékat krev, přistupuje k porodu placenty, pokud to jen trochu jde. Pomocí tlaku na fundus a tahem za pupečník se snaží placentu porodit co nejrychleji.

## POPORODNÍ OBDOBÍ A NÁPLŇ PRÁCE PORODNÍ ASISTENTKY V ČESKÉ REPUBLICĚ

**V**yužíván je systém rooming in, dítě je po porodu umístováno na pokoj vedle matky. Zpravidla se jedná o dvou a třílůžkové pokoje se společným sociálním zařízením nebo pokoje nadstandardní s vlastním sociálním zařízením. Porodní asistentka na oddělení šestinedělí pečuje o ženu po porodu. Sleduje zavinování dělohy, odchod očištěk, pravidelně se monitorují fyziologické funkce. Porodní asistentka kontroluje porodní poranění a zjišťuje možné problémy klientky s močením a se stolicí. Napomáhá ženě s kojením, doporučuje vhodné polohy při kojení, péči o prsa a bradavky. Frekvence a délka kojení by měla být naprosto přizpůsobena potřebám dítěte. Interval je však doporučován přes den zhruba 2-3 hodiny, v noci 4-hodinové intervaly.

## POPORODNÍ OBDOBÍ A NÁPLŇ PRÁCE PORODNÍ ASISTNETKY V BELGII

**V** Belgii je také využíván systém rooming in. Pokoje jsou jednolůžkové standardní a nadstandardní. Vybaveny jsou vlastním sociálním zařízením a velkým boxem na koupání a ošetřování novorozence. Dále jsou k dispozici pokoje dvoulůžkové se sociálním zařízením, které jsou využívány převážně pro rodičky ze sociálně slabších vrstev nebo národnostních menšin. Péči o ženu po porodu a zároveň o novorozence provádí pouze porodní asistentka. Funkce novorozenecké sestry zde není. Ošetření ženy po porodu probíhá 3x denně. Vždy je zkontrolována výška děložního fundu, krvácení, porodní poranění, změřeny fyziologické funkce. Na závěr vždy provede porodní asistentka tzv. „vulvaspoeling“ – oplach vulvy teplou vodou s desinfekčním roztokem, kdy je klientka na lůžku vleže na podložní míse s pokrčenými koleny a porodní asistentka polévá roditelku roztokem z nerezové konvice. Porodní asistentka také první den po porodu ukazuje matce koupel novorozence. Další den koupe sama matka za dozoru porodní asistentky. Kojí se podle potřeb dítěte. Přes den max. po 3 hodinách, v noci po 4 hodinách. Porodní asistentka provádí u novorozence 4. nebo 5. den po porodu screeningový odběr krve z paty, velmi často se odběr provádí během kojení.

Zásadním rozdílem v péči o ženu po porodu na oddělení šestinedělí je fakt, že v Belgii porodní asistentka zajišťuje péči jak o matku, tak o dítě. Péče o ženu a její dítě je tedy naprosto komplexní. Porodní asistentka monitoruje poporodní stav ženy, dále se věnuje celkové péči o novorozence, včetně odběrů a základních vyšetření, a zabývá se správnou technikou kojení, během prvního dne po porodu je dokonce porodní asistentka přítomna u ženy během každého pokusu o přiložení dítěte k prsu. V České republice zajišťují péči o novorozence a kojení dětské (novorozenecké) sestry.

### DISKUZE

Při porovnání aktivit porodní asistentky během fyziologického porodu se setkáváme se zásadním rozdílem hned po příchodu ženy do porodnice. V České republice tráví žena na porodním boxu celou dobu porodu až po překlad asi dvě hodiny na poporodní oddělení. V Belgii je žena po příjmu umístěna na pokoj pro první dobu porodní, kde tráví rodičky čas do zániku branky, a poté je na lůžku převezena na porodní sál, kde je přesunuta na porodnické křeslo. Jsem přesvědčena, že je pro rodičky jistě komfortnější trávit celou dobu porodu na jedné místnosti, bez dalšího přesouvání, navíc v momentě, kdy je pro ženu porod již velmi bolestivý a zatěžující. Navíc v belgické porodnici mají ženy během druhé doby porodní možnost родit pouze v gynekologickém křesle a to navíc v téměř horizontální poloze, s nohama v opěrkách. Tato poloha je jistě výhodná pro lékaře, který dokončuje porod a má tak nejlepší přístup k roditelům ženy a hlavičce plodu, je to však nevyhovující poloha z pohledu ženy. Ve vertikální poloze je efektivnější tlačení vlivem gravitace, dochází k menšímu porodnímu poranění a pro ženy je také značně stresující nemožnost zaujmout jiné úlevové polohy.

Pokud se ještě vrátím k vedení porodu lékařem porodníkem, vidím zde také souvislost s vyšším výskytem episiotomií než v České republice, kde sice máme porodnici, kde je 60% výskyt episiotomií, oproti tomu máme také porodnici s pouze 13% výskytem episiotomií, podle ÚZIS je průměrně episiotomie využita v asi 40 % případů, kdy celkově počet episiotomií každý rok klesá. Doporučená maximální míra episiotomií ku vaginálním porodům podle WHO je 10 %. K nástřihu hráze v belgické porodnici přistupují lékaři v necelých 60 % porodů. Podle statističky Markéty Pavlíkové se dá vysledovat, že nízkou míru episiotomií mají státy, kde je zajištěna silná péče porodních asistentek, naopak v zemích s vyšším podílem lékařů porodníků v primární péči jsou nástřihy prováděny častěji. Jedná se tedy spíše o otázku tradice.

Další významnou součástí porodu v Belgii je využití epidurální analgezie, která je u prvorodiček využívána v 70 % všech vaginálních porodů. Následně jsem z rozhovorů s porodními asistentkami a rodičkami zjistila, že ženám je možnost využití epidurální analgezie přímo doporučována jejich gynekology v prenatální porodně, jsou to právě ti

lékaři, kteří následně vlastní porod vedou. Rodičky v podstatě dostávají radu, že jakmile budou mít pocit, že je pro ně porodní bolest nevladatelná, okamžitě ať si o tento výkon zažádají. Následně jsem se setkávala s úsměvnými situacemi, kdy si porodní asistentky téměř gratulovaly, když se jim podařilo dovést ženu do druhé doby porodní bez epidurálu. Místní porodní asistentky totiž mají na přehnané využívání epidurální analgezie svůj odlišný názor. Prakticky ale mezi ženy, které rodily bez analgezie, patřily rodičky převážně tureckého a marokánského původu. Hojné lékařské doporučení epidurální analgezie dle mého názoru vyplývá z toho, že samotný porod vede právě tento porodník, pro kterého je velmi výhodné родit ženu klidnou, spolupracující, dobře komunikující a nezmitající se v bolestech. Ženy však často s epidurálem nedokázaly správně odhadnout nástup kontrakcí, tlačení tak bylo méně efektivní a o něco delší než u žen bez analgezie. Dle mého názoru v tomto případě lékaři bohužel kladou vlastní zájmy nad zájmy a bezpečnost rodičky. V České republice se ženám paušálně tato možnost přímo nenabízí, i když ženy mají možnost epidurální analgezie využít. Klade se důraz na přirozený průběh porodu a k podobné analgezie se přistupuje například při porodu velkého plodu nebo při vyčerpání ostatních možností tlumení bolesti.

K bezpečnému průběhu porodu také nepřispívá rutinní holení a cévkování na porodnickém křesle. V belgické porodnici je před tlačáním ve druhé době porodní vycévkována každá rodička. Tomu se dá předejít dotazováním rodičky v pravidelných intervalech během první doby porodní, zda se byla vymočit, zda nemá problémy s močením. Cévkováním při vstoupilé hlavičce hrozí větší riziko poranění a infekce močových cest z důvodu utlačované močové trubice a močového měchýře. U každé rodičky se také provádí holenní, i když „jen“ v oblasti eventuální mediolaterální episiotomie. Takto oholená pokožka však může být vstupní bránou infekce. Dle WHO by rutinní používání holení či klyzmatu nemělo být používáno vůbec.

Připomenu ještě metodu vykrvácení placenty, kdy lékař v Belgii po zapeánování a odstřižení pupečníku uvolní peán a nechá volně vytékat krev z pupečníku, potažmo z placenty. Smyslem toho kroku má být zmenšení objemu placenty, která je potom lépe poroditelná. Další zajímavostí je fakt, že kontrola porodních poranění probíhá bez porodnických zrcadel, jako je tomu v České republice. Porodník zkontroluje zevní rodidla, především potom hráz, kdy pochva a čípek se nekontroluje. Zaznamenala jsem však následně u žen na poporodním oddělení častější a silnější krvácení, než je tomu u žen v české porodnici, kdy se porodní cesty zrevidují pomocí porodnických zrcadel a ošetří se také možná poranění pochvy či čípku. Pokud tedy na závěr chceme mluvit o přirozeném porodu, přibližuje se mu více český model porodu, kdy není rutinně prováděna episiotomie, holení, ženy nejsou paušálně cévkované a využívá se více alternativních metod k tišení porodních bolestí.

Velkou výhodou belgického porodnictví však nacházím v poporodní péči, kdy jako nejvýznamnější fakt vidím to, že matka není po fyziologickém porodu od svého dítěte nikdy ani na chvíli oddělena. Po porodu jsou matka s dítětem v náručí převezeni na

poporodní pokoj, kde teprve probíhají veškerá vyšetření fyziologického novorozence, buďto v matčině náručí nebo na přebalovacím pultu. Velmi pozitivně hodnotím také komplexní péči porodních asistentek o matku a dítě. Je s velkou výhodou, kdy se porodní asistentka stará o rodičku a zároveň jejího novorozence, možné ošetrovatelské problémy spolu úzce souvisí a mohou na sebe navazovat, navíc tak vzniká mnohem bližší vztah důvěry mezi rodičkou a porodní asistentkou.

## ZÁVĚR

Při srovnání péče o ženu během fyziologického porodu v České republice a v Belgii vycházím z nastavených postupů belgické porodnice v nemocnici AZ Nikolaas a porodnice v Nemocnici Jihlava se zaměřením na prvky takzvaného přirozeného porodu z pohledu aktivit porodních asistentek. Nejvýraznějším rozdílem je skutečnost, že závěr druhé doby porodní vede v belgické porodnici lékař, kdežto v české porodnici vede porod porodní asistentka. V Belgii je také více prováděna episiotomie, rutinně se cévku a holí, více je rodičkami využívána epidurální analgezie. Při porodu placenty nechává lékař povolením peánu vykrvácet placentu k jejímu rychlejšímu porození. Vzhledem k tomu, že v České republice vedou fyziologické porody porodní asistentky, je zde méně těchto zmíněných intervencí a porod je tak z pohledu rodičky bezpečnější, jsou zde více plněny prvky přirozeného porodu, kdežto v belgickém modelu se o přirozeném porodu nedá mluvit vůbec. Oproti tomu má pro změnu více výhod belgická poporodní péče, kdy se porodní asistentka stará o matku i dítě společně, zná problémy obou, což je samozřejmě nejen z ošetrovatelského pohledu velkou výhodou. Funkce novorozenecké sestry zde neexistuje, porodní asistentky zde pracují i na novorozeneckých intenzivních jednotkách a mají tak perfektní znalosti v péči o novorozence fyziologického i patologického. Ideální by bylo sjednotit výhody vedení porodu v české porodnici a belgickým poporodním systémem. Výhodné by to bylo nejen pro matku a dítě, ale jistě také pro samotné porodní asistentky.


## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství*. Brno. IDVPZ, 1992. ISBN 80-7013-123-3.
- [2] ROZTOČIL, A., aj. *Porodnictví*. Brno. IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-339-2.
- [3] ROZTOČIL, A., aj. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. Brno. IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-255-8.
- [4] WHO, *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*, Ženeva, 2011.
- [5] <http://www.rosadoc.be/site/nieuw/pdf/factsheets/nr45.pdf>

# THE CARE FOR A WOMAN IN PHYSIOLOGICAL DELIVERY – COMPARATIVE STUDY OF MIDWIFE’S WORK IN CZECH REPUBLIC AND IN BELGIUM

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Marie Dočekalová  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: marie.newman@seznam.cz



## ABSTRACT

This work deals with the nursing care system for a woman in physiological delivery. The objective of my work is to compare Belgian and Czech care system for a woman with special attention to the security of the delivery and to satisfy conditions of the natural labour. My work compares procedures of care in two maternity hospitals, AZ Nikolaas in Sint-Niklaas, Belgium and maternity Jihlava hospital. The work focuses on the midwife's work contents of both countries. The theoretical part describes history, education and competences of midwives, the practical part describes midwife's activities during delivery and particular procedures, interventions during labour, advantages and disadvantages.

## KEYWORDS:

midwife, delivery, care, pain, clysm, episiotomie, cardiotocograph

# SOCIÁLNÍ OPORA U PEČUJÍCÍCH O NEMOCNÉ S LEVOSTRANNOU MECHANICKOU SRDEČNÍ PODPOROU

JANA HALUZÍKOVÁ  
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

## ABSTRAKT

Cílem práce bylo na základě analýzy české i zahraniční odborné literatury a odborných periodik, získat relevantní ucelený přehled o poskytování sociální opory u pečujících o nemocné s mechanickou levostrannou srdeční podporou. Metodika: kritériem výběru byly studie týkající se sociální opory u pečujících o nemocné s mechanickou srdeční podporou. Data byla získána z licencované profesionální databáze EBSCO, ProQuest, Google Scholar. Publikace byly vyhledávány v angličtině, češtině a slovenštině. Pro vyhledávání byly použity řetězce klíčových pojmů s Booleovskými operátory (AND). Byla vyhledávána akademická periodika – plné texty v recenzovaných časopisech. Celkem bylo nalezeno 330 studií. Pro obsahovou analýzu bylo způsobilých jen šest studií, které se konkrétně týkaly sociální podpory u pečujících o nemocné s mechanickou levostrannou srdeční podporou.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

sociální opora, rodina, chronické srdeční selhání, mechanická levostranná srdeční podpora

## ÚVOD

Chronické srdeční selhání se vyskytuje v evropských zemích u 1-2% populace. Nárůst onemocnění je zaznamenán u nemocných vyššího věku. Cílem léčby je ovlivnit výskyt a progresi srdečního selhání a snížení úmrtnosti (Špinar, Špinarová, 2015). Současná léčba je zaměřena na zlepšení kvality života, zvýšení tolerance zátěže, snížení mortality a prodloužení života nemocnému. Mnoho nemocných kromě tohoto onemocnění má řadu přidružených chorob, které ovlivňují kvalitu života. V časně fázi srdečního selhání je indikována farmakologická a nefarmakologická léčba včetně dodržování diety a režimových opatření. V této fázi významnou úlohu sehrává lékař a sestra, kteří edukují nemocného a jeho rodinu o problematice srdečního selhání a doporučených režimových opatřeních. Nefarmakologická léčba zahrnuje srdeční resynchronizační léčbu, implantabilní kardiovertery-defibrilátory, levostranné mechanické srdeční podpory, které jsou mostem k transplantaci srdce (LVAD) (Vítovec, Kabelka, 2015).

Horváth, a kol. (2015), Říha a kol. (2011) uvádějí LVAD jako další standardní léčebný postup, pro nemocné, kteří se nacházejí v terminálním stadiu srdečního selhání. Jedná se o zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory.

Chronické srdeční selhání je onemocnění, kdy dochází k postupnému zhoršování stavu, střídají se období s akutními exacerbacemi a obdobími stability. Nemocní jsou fyzicky limitováni, kvalita života je snížena. Léčba je trvalá, kdy se kombinuje léčba farmakologická a nefarmakologická. Jednou z posledních možností je napojení nemocného na LVAD.

U nemocných s LVAD se klade důraz na selfmonitoring a selfmanagement, kde očekáváme podporu pacienta a jeho okolí v péči o sama sebe. Intervence jsou zaměřené na edukaci nemocného a jeho rodiny, plánování individuální diety, manipulace s přístrojem. V sebepéči o nemocného je důležité striktně dodržovat léčebný režim, složitou kombinovanou farmakologickou léčbu, seznámit se s principy přístrojové léčby, poznat příznaky zhoršujícího se zdravotního stavu, umět se správně a včas rozhodnout.

Gonçalvesová (2015) uvádí, že nemocní mají bohužel problém s rozpoznáním příznaků zhoršujícího se zdravotního stavu. Neumí posoudit závažnost příznaků, ke kterým řadíme noční dušnost, nárůst hmotnosti, otoky kotníků, zhoršení tolerance námahy. Uvedené příznaky musí umět vyhodnotit nejen nemocný, ale i jeho nejbližší rodina nebo ti, kteří o něj pečují. Efektivně vedená edukace nemocného a rodiny zlepšují adherenci k léčbě.

Mechanické srdeční podpory jsou v současné době jednou z nejdynamičtějších oblastí moderní kardiologie a kardiochirurgie. Jsou implantovány nemocným před transplantací srdce anebo jsou implantovány nemocným, kteří jsou v terminálním stadiu srdečního selhání. (Gonçalvesová, Hulman, Netuka, 2015).



Nemocní s implantabilní dlouhodobou LVAD jsou propuštěni do domácího ošetření. Důležitá je edukace nemocných a rodinných příslušníků k zajištění převazu perkutánního kabelu, technického managementu, užívání léků a antikoagulantů a dodržování dalších režimových opatření.

Srdeční selhání je závažné onemocnění, které ovlivňuje nejen zdravotní stav, emoce a jednání nemocného. Významnou úlohu sehrává osobnost nemocného a reakce jeho nejbližšího okolí. Při srdečním selhání se uplatňují psychologické faktory, které mají vliv na kvalitu života, adherenci k léčbě. Důležitá je sociální podpora a sociální status.

Sociální opora v širším slova smyslu znamená pomoc, která je poskytována druhými lidmi, člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje (Křivohlavý, 2002). Sociální opora je obecně definována s ohledem na existenci osob, kterým jedinec věří, na které se může spolehnout a kteří v něm vyvolávají pocit, že o něho stojí a váží si ho (Kožený, Tišanská). Rodina plní svou sociální funkci, odrážejí se v ní všechny situace spojené s péčí o zdraví a také s péčí v nemoci např. sdělení závažné diagnózy a její přijetí, diagnostika a léčba nemoci, období remise a exacerbace nemoci. U pečujících jsou dopady na funkční a zdravotní stav mnohem výraznější, protože jejich role je spojená s převzetím určité zodpovědnosti, které prožívání uvedených situací umocňuje. Postupně dochází v rodině ke změnám rolí, rodinných zvyklostí, trávení volného času. Velikost těchto změn je podmíněna závažností onemocnění, její délkou, průběhem a prognózou. Záleží na kulturních a společenských zvycích v rodině a na způsobu zvládnutí zátěže. Příbuzní, kteří pečují o rodinného příslušníka, jsou v pozici pečujících zdrojem pomoci a opory. Z dlouhodobého hlediska budou postupně potřebovat pomoc a oporu a neobejdou se bez pomoci sociálních kontaktů a vazeb.

Pečující mívají sklon zanedbávat své vlastní tělesné, duševní a duchovní potřeby, mnohdy se odbývají, kladou na sebe zvýšené nároky zvládnout péči sám, nezatěžovat ostatní. Péče o nemocného v domácím prostředí může trvat několik týdnů, měsíců až let, kdy hrozí vyčerpání celé rodiny jak po stránce fyzické, také emocionální.

Významnou úlohu zde mohou sehrát zdravotníci, kteří by měli být schopni pomoci radou. Kde vyhledat odborníky v oblasti psychologie, sociální práce, ergoterapie, fyzioterapie dalších pomáhajících profesí.

Cílem práce byla analýza české i zahraniční odborné literatury a odborných periodik získat relevantní ucelený přehled o studiích se zaměřením na sociální oporu u pečujících o nemocné s mechanickou levostrannou srdeční podporou.

## METODA

Kritériem výběru byly studie týkající se sociální opory pečujících o nemocné (dospělé) s mechanickou levostrannou srdeční podporou.

## ZDROJE

Rešerše byla provedená z internetových vyhledávačů Google Scholar a mezinárodní databázi EBSCO, ProQuest.

Pro samotné vyhledávání nebylo omezené datum. Byla vyhledávána akademická periodika – plné texty v recenzovaných časopisech. Publikace byly vyhledávány v angličtině, češtině a slovenštině. Pro vyhledávání byly použity řetězce klíčových pojmů s Booleovskými operátory (AND), (OR) pro vyhledávání v databázích EBSCO, ProQuest a Scholar Google. Byla použita klíčová slova „*sociální opora, rodina, chronické srdeční selhání, levostranná mechanická srdeční podpora*“. Stejná kritéria vyhledávání byly stejná pro každou databázi. Pro analýzu článků, byla provedena kvantitativní obsahová analýza.

## ANALÝZA VÝBĚR STUDIE A ÚDAJE

Celkem bylo nalezeno 330 studií ve vybraných databázích. Duplikáty byly odstraněny. Při analýze českých a zahraničních zdrojů byly nalezeny minimální poznatky a informace k sociální opoře pečujících o nemocné s levostrannou mechanickou srdeční podporou.

## VÝSLEDKY

Byly dohledány zahraniční studie, které proběhly formou kvalitativního výzkumu. Z dohledaných studií nebylo možné zpracovat metaanalýzu, protože jsou rozdíly v použitých nástrojích měření sociální opory. Významné jsou rozdíly ve vzorcích respondentů a také ve způsobu prezentování výsledků. Z použitých nástrojů byla zvolena metoda rozhovoru. Jedním z nástrojů výzkumného šetření byla použita interpretační fenomenologie, jde o osobní pohled účastníků na určité životní období. Cílem této metody je využít životních zkušeností jednotlivců (respondentů). Zpracováním rozhovoru se snažíme pochopit životní zkušenosti a zážitky s chorobou. Tuto metodu formou polostrukturovaného rozhovoru použil Casida, který oslovil tři manželské páry. Marcuccilli, Casida, Bakas a Pagani použili metodu van Manen's a respondenti odpovídali na dané otázky formou rozhovoru. Odpovědi byly nahrávány, poté přepsány, reflektovány, poté konsensuálně validizovány. Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit, jak pečující přijali a integrovali péči po implantaci LVAD u svého příbuzného, dále zjišťovali, jak nemocní vnímají pečujícího příbuzného. Před zahájením průzkumu provedl u oslovených respondentů test Mini-Cog, který je nástrojem pro screening kognitivních

funkcí. Oslovil devět primárně pečujících osob. Do průzkumného šetření zařadil sedm pečujících. V průběhu rozhovoru bylo respondentům položeno šest otázek, jejichž cílem bylo zjistit adaptaci na novou životní roli, změnu životního stylu, emoce. Respondenti pozitivně hodnotili péči, přizpůsobili se novým životním povinnostem. Uváděli, že jsou vděční za to, že jsou více času se svými blízkými a péči přijali jako součást svého života. Mnohem více vnímají odpovědnost, pocity strachu, bezmoci ze smrti blízkého. Nemocní se nové životní situaci přizpůsobili, naučili se pečovat pod vedením profesionálů o kabele, po získání zkušeností, tyto kroky považují za součást rutiny. Klíčovým prvkem je rodina v péči o nemocného s LVAD. Nároky, které jsou kladeny na náročnou ošetrovatelskou péči, mohou vést u pečujícího k fyzickým, emočním, sociálním a finančním problémům, kterou často vedou ke stresu a zdravotním problémům.

Casida (2016) vybral tři manželské páry, kritériem bylo, že nemocný je napojen na LAVD, pečující osoba žila s nemocným před napojením, v průběhu a minimálně šest měsíců po napojení na LAVD.

Kann realizoval polostrukturovaný rozhovor, focus group. Průzkumné šetření realizoval v letech 2004-2007. Oslovil třináct primárně pečujících u devíti nemocných s LVAD. Spečujícími byly vedeny rozhovory, které byly nahrávány, přepsány a následně analyzovány. V průběhu rozhovoru se zaměřil na sledování čtyř témat. První oblast byla zaměřena na zvládání úzkosti, počáteční fázi šoku, druhá oblast na ztrátu milující osoby, ztrátu života, nezávislosti a svobody, třetí oblast se týkala fyzické zátěže, síly a zodpovědnosti na danou situaci a čtvrtá oblast byla zaměřena na přijetí a akceptaci skutečnosti, empatii a míru sociální podpory.

## DISKUZE

Výsledky všech uvedených studií společně uvádějí, že pečující o nemocné s LVAD jsou ve stresu a novou roli přijali. V současné době nejsou generické dotazníky pro sledování nemocných s chronickým srdečním selháním (Luttik a kol. 2007). Vliv sociální opory souvisí s pohlavím partnera, kdy ženy potřebují více sociální opory než muži. Pečující osoby uvádějí, že se jim nedostává dostatečné opory z vlastní rodiny. Někteří z nich uvádějí, že péče o jejich příbuzného je výlučně jejich pravomocí.

Se zátěží pečovatele souvisí pohlaví a věk (Luttik a kol. 2007). Tito autoři zkoumali jaké nároky jsou kladeny na pečující. Vytvořili domény v denním programu, které měly subškály. Z jejich šetření vyplývá, že pečující musí své aktivity plánovat, mnohdy dochází k jejich přerušení, uvádějí nedostatek podpory rodiny, někteří uvádějí, že pociťují, jak péče o jejich příbuzného je výslovně jejich pravomocí. Popisují postupnou ztrátu fyzické síly.

V rámci ošetrovatelské péče jsou nejvíce fyzicky zatíženi při osobní hygieně a oblékání. Vnímají nedostatek emocionální podpory, „praktické podpory“, pečující neustále kontrolují agregáty, akumulátory LVAD, dbají na bezpečnost nemocných. V případech „osobního volna“ se vrací dřív ze svých aktivit a to vše má vliv na jejich duševní zdraví. Nedostatek podpory rodiny byl spojen s pohlavím partnera. Ženy potřebují větší sociální podporu jak muži. Hodnocení vztahu, záleží na délce srdečního selhání a přidružených onemocnění.

Ošetrovatelská péče o nemocné na mechanické podpoře je poskytována pomocí neformálních pečovatelů, kteří jsou významným zdrojem pro zdravotní systém. Poskytují podporu v domácím prostředí, jsou důležití při podpoře nemocných v komplexní lékařské péči a sebepéči nemocného.

Výzkumy ukázaly, že příbuzní mají pozitivní vliv na kvalitu života. Toto vede k menšímu počtu hospitalizací. Pečující osoby mají pocit, že se jim nedostává adekvátní podpory a uznání zdravotníků. Různé studie ukazují na to, že jsou pečující ohroženi vyčerpáním a zhoršením zdravotního stavu.

Kvalitativní výzkumy byly realizovány formou rozhovoru. Výzkumníci zjišťovali zkušenosti a potřeby pečujících v péči o vlastní osobu. Pečující musí překonat mnoho překážek, jsou na ně kladeny velké požadavky a nedostávají emocionální podporu. Ze strany zdravotnických pracovníků jim není věnována dostatečná pozornost nejen v oblasti informovanosti, vnější podpory a nejsou respektovány jejich vlastní osobní potřeby. Průzkumy potvrdily potřebu zvýšené informovanosti o léčbě ze strany zdravotníků. Důležité je, aby si zdravotníci uvědomili, že je potřeba apelovat na pečující osoby, zapojit je aktivně do péče a nespolehat se na to, že budou aktivní sami.

Casida (2015) ve svém průzkumném šetření vycházel z informací, které získal formou polostrukturovaného rozhovoru. Doporučuje, že budoucí studie by měly být zaměřeny na oblast manželských párů, partnerů stejného pohlaví, srovnat mezi sebou jednotlivé věkové skupiny, zaměstnání, příjmy, postoje ostatních členů rodiny. Vhodné je využít konkrétní časové osy nebo se zaměřit na jednotlivá vývojová období.

Zmapoval životní etapy a zkušeností manželů, kdy jeden z nich byl napojen na LVAD a druhý plnil roli pečující osoby. Pečovatelé prožívali v jednotlivých fázích vývoje silné emoce, které by jinak zůstaly zdravotníkům utajeny. Ošetřující personál by se měl zaměřit na stanovení individuálního plánu péče, edukace nemocných a rodinných příslušníků. Dále se zaměřit na individuální vyhodnocení plánu péče.

V rozhovorech pečující popisovali tlaky, které byly na ně kladeny a postupem času se zmírnily. Pečující popsali, jak se vypořádali s prvotním šokem a zátěží (Kann, 2010). Znalost potřeb pečujících umožní zdravotníkům poskytnout vhodné intervence. Marcellini a kol. (2014) uvádějí, že obavy a stres jsou u pečujících trvalé, přesto jsou schopni se přizpůsobit nové situaci.

Nemocní s LVAD nevnímají pečujícího jako břemeno a přijali jej jako součást života. Je potřeba zaměřit se na emocionální a fyzické zdraví a adaptaci pečovatele. Soustředit se na intervence zaměřené na podporu nemocného jak zvládat onemocnění a jeho management. Z uvedených studií vyplývá, že nemocní s LVAD svou pozornost soustředili na transplantaci srdce.

Z realizovaných průzkumných šetřeních vyplývá především obava pečujících o bezpečnost u svého příbuzného. Z dohledaných zdrojů je zřejmé, že doposud nebyla provedena žádná dvojitá randomizovaná studie, která by byla zaměřena na význam sociální opory u pečujících o nemocné s LVAD.

## ZÁVĚR

Chronické srdeční selhání je onemocnění se vzestupnou tendencí, přináší medicínské a socioekonomické problémy. Levostranné mechanické srdeční podpory představují v současnosti účinnou terapii v léčbě chronického srdečního selhání. Jde o velký pokrok v léčbě tohoto onemocnění, které výrazně zlepšuje kvalitu života nemocného. Jediným, avšak zásadním problémem je připojení nemocného k energetickým akumulátorům prostřednictvím kabelu. Ten je vyveden přes kůži a s tím souvisí neustále nošení externího příslušenství, což nemocného omezuje a limituje ve vykonávání různých činností např. koupání, plavání v bazénu apod.

Poskytování péče nemocným s LVAD ovlivňuje, životy pečujících, kteří uvádějí postupnou vyčerpanost a změny zdravotního stavu. Rodinní příslušníci se cítí více zatíženi a uvádějí sníženou socioekonomickou situaci, nemají žádnou pomoc od ostatních. I přes tyto negativní dopady na jejich vlastní život, se cítí v této roli pozitivně.

Zdravotnický tým by se měl zaměřit na minimalizování dopadů pro pečující a snížit tak negativní dopady na zdraví. Podpora by měla nastat bezprostředně po hospitalizaci příbuzného, kterého budou ošetřovat. Poskytnutí sociální opory může vést ke zmírnění jejich negativních pocitů.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CASIDA, J. 2015. The Lived Experience of spouses of patients with a left ventricular assist device before heart transplantation. *American Journal of Critical Care*. [online]. 2005, 14, No 2, s.145-151. [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://www.ajcc.aacnjournals.org>
- [2] CICOLINI, G., CERRATI, F., PELLE, C., D., SIMONETTI, V. 2016 The experience of Family Caregivers of Patients With a Left Ventricular Assist Device: An Integrative Review. *Progress in Transplantation*. 2016, vol. 26 (2), s. 135-148.
- [3] GONÇALVESOVÁ, E. a kol. 2015. Organizácia starostlivosti o pacientov s chronickým srdcovým zlyháváním. In *Zlyhávanie srdca*. 2. přepracované a rozš. vyd. Bratislava: ProLitera, s. 203 -206. ISBN 978-80-89668-03-8.
- [4] GONÇALVESOVÁ, E., HULMAN, M., NETUKA 2015. *Mechanické podporné systémy*. In GONÇALVESOVÁ, E. *Zlyhávanie srdca*. 2. přepracované a rozš. vyd. Bratislava: ProLitera, s. 338-348. ISBN 978-80-89668-03-8.
- [5] HORVÁTH, V. et al. 2015. Minimally invasive implantation of left ventricular assist device heart Warw. *Cor et Vasa*. [online]. 57 (2015) e70-e74. [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865015000223>.
- [6] KANAN, A., YOUNG, Q., R., SARAH, C., MACKAY, M. 2010. Emotional Experiences of Caregivers of Patients with a Ventricular Assist Device. *Progress in Transplantation*. 2010, vol. 20, No. 2, s. 142-147. ISSN 1600-6143.
- [7] KOŽENÝ, J., TIŠANSKÁ, L. 1999. Dotazník sociální opory-MOS: vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*. 1999, roč. 43, č. 2, s. 106-118. ISSN 0009-062X.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
- [9] LUTTIK, M., L., JAARSMA, T., VEEGER, N., TIJSSSEN, J., SANDERMAN, R., VELDHUISEN, D., J. 2007. Caregiver burden in partners of Heart Failure patients; limited influence of disease severity. *European Journal of Heart failure*. [online]. 2007, 9, s. 695-701. [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://www.Elsevier.com/locate/ejheart>
- [10] MARCUCCILI, L., CASIDA, J. 2011. From insiders' perspectives: adjusting to caregiving for patients with left ventricular assist devices. *Progress in Transplantation*. 2011, vol. 21, No 2, s. 137-143. ISSN 1600-6143.
- [11] MARCUCCILI, L., BAKAS, T., PAGANI, F. 2014. Family caregivers' inside perspectives: caring for an adult with a left ventricular assist device as a destination therapy. *Progress in Transplantation*. [online]. 2014, vol. 24, No, 24 p. 332-340. [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://Doi: http://dx.doi.org/10.7182/p2014684>.
- [12] NETUKA, I. 2015. *Mechanické srdeční podpory v léčbě terminálního srdečního selhání*. In Táborský, M. a kol. *Novinky v kardiologii*. 1. vyd. 2015. s. 249 - 257. Praha: Mladá fronta 2015. ISBN 978-80-204-3712-9.

- [13] NÔTOVÁ, P. 2015. Psychologické aspekty. In GONÇALVESOVÁ, E. *Zlyhávanie srdca*. 2. přepracované a rozš. vyd. Bratislava: ProLitera, s. 543 - 547. ISBN 978-80-89668-03-8.
- [14] ŘÍHA a kol. 2011. Péče o pacienty po implantaci mechanických srdečních podpor. *Cor et Vasa*. 2011, 53, č. 1-2. s. 94-98. ISSN 0010-8650.
- [15] SOUKUPOVÁ, T. 2006. I pečující potřebují pomoc. *Psychologie dnes*. 2006, 12, č. 9. s. 26-28. ISSN 1212-9607.
- [16] ŠPINAR, J., ŠPINAROVÁ, L. (2015). Chronické srdeční selhání. In. TÁBORSKÝ, M. a kol. *Novinky v kardiologii 2015*. 1. vyd. s. 212-229. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3712-9.
- [17] VÍTOVEC, J., KABELKA, L. 2015. Paliativní péče a chronické srdeční selhání. In GONÇALVESOVÁ, E. et al. *Zlyhávanie srdca*. 2. přepracované a rozš. vyd. Bratislava: ProLitera, s. 373 - 389. ISBN 978-80-89668-03-8.

# SOCIAL SUPPORT IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.  
Slezská univerzita v Opavě  
Fakulta veřejných politik v Opavě  
Ústav ošetřovatelství  
Bezručovo nám. 14  
746 01 Opava  
e-mail: Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz

## ABSTRACT

The objective of the present paper was to analyse relevant Czech and foreign literature and periodicals in the field to provide a compact review of social support in caregivers who take care of patients with left ventricular cardiac assist device. Methods: eligible for the review were studies of social support in caregivers of left ventricular assist device patients. Data were collected from licensed professional databases – EBSCO, Google Scholar. Search was performed for publications in English, Czech and Slovak. Keywords with Boolean operators (AND) were used for search purposes. Academic periodicals with reviewed full-text articles were identified (a total of 330 studies). Sex studies concerning social support in carers of patients with left ventricular assist device were eligible for content analysis.

**Příspěvek vznikl  
v rámci projektu IGS SU 31/2016**

## KEYWORDS:

social support, family, chronic heart failure, left ventricular assist device



# HODNOCENÍ KŮŽE A KOŽNÍ INTEGRITY U NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ

KRISTINA JANOUŠKOVÁ  
LUCIE SIKOROVÁ  
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA

## ABSTRAKT

Nejčastějším problémem novorozeneckého a kojeneckého věku jsou opruzeniny. Vyskytují se minimálně u 50% kojenců nosících pleny. Jednotný návod, jak dětskou kůži ošetřovat a chránit před poškozením dosud neexistuje. V současné době také nejsou na poli českého ošetřovatelství k dispozici žádné validní nástroje, které by mapovaly rizika poškození kůže u kojenců, a tím včas odhalily počínající problém. Proto je cílem této studie poskytnout přehled hodnotících nástrojů, které se týkají kůže a kožní integrity u novorozenců a kojenců. Pro vyhledání relevantních informací byly využity elektronické databáze EBSCOhost, Pubmed, Google, Google scholar, National Center for Biotechnology Information. Do přehledové studie bylo následně zařazeno 7 hodnotících nástrojů. Tyto nástroje lze využít pro efektivnější ošetřovatelskou péči a cílenou edukaci matek kojenců.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

hodnotící nástroje, škála, hodnocení, riziko, kůže, opruzenina, plenková dermatitida, plenky, novorozenec, kojeneček, pediatrie

## ÚVOD

**K**ůže je největším tělesným orgánem a patří mezi nejdůležitější orgány vůbec. Kůže dospělého člověka má několik funkcí jako je funkce ochranná, metabolická, regulační, imunologická, smyslová a estetická. Kůže novorozenců a kojenců však nemá všechny tyto funkce dokonale rozvinuty a postupně si je buduje. Mimo jiné je dětská kůže až o 40% tenčí než u dospělého, je náchylnější ke kožním infekcím a snadno reaguje na různé podněty (Polášková, 2005, s. 84-87). Nejčastějším problémem novorozeneckého a kojeneckého věku jsou opruzeniny. Vyskytují se minimálně u 50% kojenců nosících pleny. Ať už jsou u kojenců používány jednorázové či látkové pleny, vlhčené ubrousky či čistá voda, ochranné a hojivé prostředky, alespoň jednou se plenková dermatitida u kojenců objeví (Čapková, 2010, s. 130 -134). Výzkum provedený ve Spojeném království v roce 2007 uvádí, že ze sledovaného souboru (n = 532), trpělo plenkovou dermatitidou 16% jedinců, 48% jedinců se s plenkovou dermatitidou nikdy nesetkalo. Také potvrzuje 4 nezávislé faktory spojené s plenkovou dermatitidou a to věk, absence ochranných krémů, průjem a změny použitých plenek (Adalat, 2008, 483-488).

Lidská kůže nebyla postavena tak, aby vydržela dlouhodobý kontakt s plenou, která obsahuje moč a stolicí. Kůže je v místě kontaktu s močí a stolicí vystavena vyšší vlhkosti, změně pH, maceraci. Obranná schopnost kůže může být snížena i mýdly a velkým množstvím kosmetických přípravků (Polášková, 2005, s. 84-87). Při péči o kůži je proto třeba brát zřetel na používané kosmetické přípravky, v kterých se mohou vyskytovat alergeny, jako jsou sulfáty, barviva, chemické konzervační látky, aromatické látky, emulgátory a mnoho dalších (Macháčková, 2009, s. 19-22). Levanderův výzkum z roku 2013 však ukazuje shodnost výsledků kvality kůže při používání vlhčených ubrousků oproti čisté vodě. Tato randomizovaná kontrolovaná studie byla provedena u 280 novorozenců. Novorozenci byli rozděleni na dvě skupiny: u poloviny novorozenců byla využita na ošetření kůže čistá voda, u druhé poloviny vlhčené ubrousky. Po 4 týdnech probíhalo hlášení matkou či porodní asistentkou a provedena kontrola kůže novorozenců. Paradoxně se plenková dermatitida objevovala ve větší míře u kojenců, kterým byla plenková oblast ošetřována jen pomocí čisté vody (Levander, 2013, 203-213). Croizer také poukazuje na to, že využití sprchových gelů u novorozenců a kojenců snižuje pH pokožky. PH pokožky se však dle výsledků studií do 1 týdne od používání vrátí do normálu (Croizer, 2010).

## CÍL

**C**ílem přehledové studie bylo pomocí vyhledaných relevantních dat z licencovaných a volně dostupných elektronických databází poskytnout přehled hodnotících nástrojů, které se týkají hodnocení kůže a kožní integrity u novorozenců a kojenců. V případě uzavřených zdrojů byly materiály zajištěny od Národní knihovny či NCO NZO.

## METODIKA

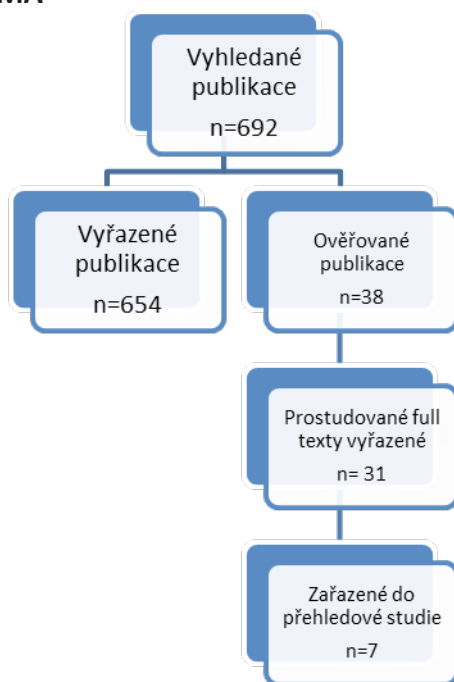
Práce má charakter přehledové studie. Pro vyhledání relevantních informací, které se věnují dané problematice, byly použity zahraniční elektronické databáze EBSCOhost, Pubmed, Google, Google scholar, National Center for Biotechnology Information. Výzkumné studie musely být publikovány v období roku 1990 do 2017. Pro vyhledávání potřebných informací byla využita tato klíčová slova: assessment tools, scale, assess, risk, skin, diaper rash, diaper dermatitis, newborn, infant, pediatrics. Podmínky pro zařazení studie do analýzy:

- práce založené na empirickém výzkumu
- práce založené na kvantitativním/smíšeném přístupu
- práce, v nichž jsou přesně popsány použité postupy
- práce, v nichž je přesně popsán zkoumaný soubor osob

## VÝSLEDKY

De klíčových slov bylo v databázi nalezeno 692 studií. Po prostudování abstraktů bylo z naší analýzy vyřazeno 654 souborů. Publikace, které se podle abstraktu zdály relevantní ( $n = 38$ ), byly vyhledány v plném znění a prostudovány. Kvůli nesplnění stanovených kritérií bylo vyřazeno 31 souborů. Do přehledové studie bylo tedy zařazeno 7 souborů.

### Graf vyhledávání dle PRISMA



V roce 1992 byla modifikovaná hodnotící škála Waterlow, na které se podílela Waterlowá spolu s Forshawovou. Hodnotící škála byla vytvořena pro děti od narození po 16. rok života, protože bylo zjištěno, že Waterlow škála pro dospělé je nedostatečný hodnotící nástroj, zejména pro děti nízkého věku. Waterlow škála pro dospělé je tvořena 10 doménami: stavba těla, typ kůže, věk a pohlaví, rizika, kontinence, neurologické poruchy, pohyblivost, chuť k jídlu, operace a medikace. Do jednotlivých domén byl přidán novorozenec, opruzená kůže, zvláštní rizika dle typu dětského oddělení. Tato škála byla využita u 302 dětí od narození do 16- ti let a zjišťovala výskyt kožních poškození. U 43 dětí byla provedena široká škála preventivních opatření. Upravená škála Waterlow se zdá být jako vhodný hodnotící nástroj společně s příjmovou dokumentací a plánem péče. Sestra zvládne identifikovat rizikové faktory a následně využít preventivních opatření ke zmírnění vzniku poškození kůže (Waterlow, 1997, 21-24).

Dalším nástrojem k posuzování kůže je Dětská škála pro hodnocení rizika poškození kůže, tzv. Bedi Scale byla vytvořena v roce 1993 týmem pracovníků v Londýnské nemocnici. Tým pracovníků v čele s Bedi se zabýval hodnocením a léčbou poškozené kůže u dětských pacientů. Za tímto účelem byly vypracovány standardy péče o dekubity a rány a také Dětská škála pro hodnocení rizika poškození kůže vycházejí ze škály Waterlow. Tato škála hodnotí 11 domén, do kterých jsou zařazeny hmotnost, věk, typ kůže, zvláštní rizika, kontinence, mobilita, celková vyšetření, neurologické problémy, medikace, chuť k jídlu a chirurgické zákroky či traumata. K jednotlivým doménám jsou přiřazeny body od 0 – 8 bodů. Celkem lze získat 72 bodů s tím, že nad 10 bodů vzniká riziko poškození kůže, nad 20 bodů velmi vysoké riziko poškození kůže. Tento výzkum probíhal u 11-ti dětí dětské intenzivní péče převážně kardiologických pacientů od 5. dní do 15 ti let věku s délkou pobytu mezi 7 -14 dní, bez výskytu komplikací. V první fázi docházelo k hodnocení Bedi scale, dále byl dle bodového pásma připraven plán péče, podle kterého vybrané sestry pracovaly dle vypracovaných standardů péče a následně byla hodnocena kvalita péče. Těto přístup se ukázal jako účinný a vhodný k eliminaci rizikových faktorů. V Londýnské nemocnici probíhá každých 6 měsíců audit, kdy dva vybraní pracovníci hodnotí účinnost těchto metod (Bedi, 1993,112 -120).

Hodnotící nástroj Braden Q posuzuje riziko vzniku dekubitů a rozpadu pokožky u hospitalizovaných pediatrických pacientů. Tento hodnotící nástroj byl modifikován Quigleyovou a Curleyovou podle škály Bradenové pro dospělé pacienty. Braden Q byl hodnocen ve dvou národních studiích, zaměřujících se na dětské dekubity a výskyt rozpadu kůže. Hodnotící nástroj měří sedm kategorií: smyslové vnímání, vlhkost, aktivitu, pohyblivost, výživu, tření a tkáňovou perfuzi s hodnotami od 1 (největší riziko) až 4 body. Celkové skóre se pohybuje od 7 do 28 bodů. Čím nižší skóre, tím vyšší riziko poškození kůže. Pro ujednocení výsledků bylo navrženo, aby děti se skóre nižším než 23 bodů, byly považovány za rizikové (Curley, 2003, 22-33). Starkid Skin Scale je založena na Braden Q, ale je v jednodušším formátu. Byla využita u 347 hospitalizovaných pediatrických pacientů v intenzivní péči ve věku 0 až 12 měsíců. V této studii byly zjištěny dekubity častěji u těch,

u kterých probíhala mechanické ventilaci a měli nízký průměrný arteriální tlak. Autoři Braden Q škály také potvrzují, že lze použít nástroj Starkid Skin Scale u novorozenců, dokud nebude vyvinut nástroj pro posouzení rizika novorozeneckých dekubitů. Doporučují používat Starkid Skin Scale pro děti od 3 týdnů do 8 let (McLane, 2004, 168-178).

Další hodnotící nástroj Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS) byl testován u 32 novorozenců a bylo zjištěno, že má omezenou spolehlivost a hodnoty. Nebyly publikovány žádné další studie týkající se používání tohoto nástroje u větší populace (Huffines, 1997, 103-114).

Neonatal Skin Condition Score (NSCS) byl vyvinutý pro projekt AWHONN / NANN a slouží k vyhodnocení stavu kůže u novorozenců a kojenců, od předčasně narozených dětí po děti donošené. NSCS hodnotí suchost kůže, erytém a defekt nebo poruchu kůže. Každá doména může získat 1 až 3 body. Celkové skóre se pohybuje mezi 3 až 9 body. Čím nižší skóre, tím lepší výsledek. Tento nástroj byl původně vyvinut k vyhodnocení celkového stavu kůže na vzorku 2 820 kojenců v rámci Evidence Based Practice. NSCS je spolehlivý a umí posoudit stav kůže i napříč rasovými skupinami. Spolehlivost byla hodnocena na 16. místech s 475 hodnoceními a může být začleněn do protokolů o péči o kůži, které určují u kojence nadměrnou suchost, erytém potenciálně související s infekcí nebo podráždění a rozpad pokožky. Platnost byla potvrzena analýzou vztahu NSCS s porodní hmotností, počtem pozorování a prevalencí infekce. U menších kojenců byla šestkrát vyšší pravděpodobnost erytému ( $\chi^2$ , (6) = 109,55,  $p < .0001$ ). Dále také zvýšená pravděpodobnost infekce (poměr pravděpodobnosti = 2,25,  $p < 0,0001$ ) u kojenců s vyšším kožním skóre (Lund, 2004, , 320–327).

Nejnovější škála Scoring System for Diaper Dermatitis Scale vytvořil Buckley v roce 2016 a hodnotí závažnost nekomplikované plenkové dermatitidy. Škála je vytvořena v rámci randomizované studie u kojenců do 1 roku. Hodnotí 4 domény: závažnost erytému a podráždění, rozsah opruzenin, papuly a pustuly, otevřenost kůže. Typ a rozsah poškození se hodnotí podle přiložených fotografií (Buckley, 2016, 632-639).

## Přehledová tabulka hodnotících nástrojů

Nástroj	Autor škály/rok	Cíl a metodika	Výzkumný vzorek	Položky a domény
<b>Scale Waterlow</b>	Waterlow Forshalow  1992	Zjišťuje incidenci výskytu kožních poškození	302 dětí od narození do 16 let	Klasická Waterlow škála (stavba těla, typ kůže, věk a pohlaví, rizika, kontinence, neurologické poruchy, pohyblivost, chuť k jídlu, operace a medikace) byla doplněna o věkové kategorie, opruzeniny a zvláštní rizika
<b>Pediatric risk assessment chart</b>	Bedi  1993	Vypracování standardů kvality péče, následné vyplnění škály a tím minimalizování rizika poškození kůže u dětí v nemocničním prostředí se zaměřením na kardiologické onemocnění	11 dětí lůžkového oddělení a 7 dětí intenzivní péče po operaci srdce od věku 5. dní do 15 let	11 oblastí, do kterých jsou zařazeny hmotnost, věk, typ kůže, zvláštní rizika, kontinence, mobilita, celková vyšetření, neurologické problémy, medikace, chuť k jídlu a chirurgické zákroky či traumata
<b>Braden Q</b>	Quigley Curley  1996	Zjištění rizika poškození kůže u dětí hospitalizovaných na akutních dětských odděleních	325 dětských pacientů	7 kategorií jako je pohyblivost, aktivita, vlhkost, smyslové vnímání, smýkání, výživa a tkáňová perfuze či oxygenace
<b>Starkid Skin scale</b>	Curley McLane  2003	Zjištění rizika poškození kůže u dětí v intenzivní péči	347 dětských pacientů od 0-12 měsíců	Škála Bradenové rozšířena o zhodnocení celkového fyzického stavu s ohledem na gestační věk
<b>Neonatal Skin Risk Assessment Scale NSRAS</b>	Huffines Logsdon  1997	Zhodnocení stavu kůže s ohledem na kritické faktory poškození kůže	Využita na 32 novorozencích s nízkou spolehlivostí, takže v dalších výzkumech už nebyla využívána	V 6 oblastech hodnotí gestační věk, vědomí, pohyblivost, aktivitu, výživu a vlhkost

<b>Neonatal Skin Condition Score</b>  <b>NSCS</b>	Lund Osborne  2004	Zhodnocení kožní kondice u novorozenců a kojenců	Využita na 2820 kojencích a je vhodná pro hodnocení jakékoliv dětské pokožky bez rozdílu věku	Ve třech oblastech je hodnocena suchost kůže, začervení a poškození kůže
<b>Scoring System for Diaper Dermatitis Scale</b>	Buckley  2016	Hodnocení závažnosti plenkové dermatitidy	Vytvořena a validována v rámci randomizované studie u kojenců do 1 roku	Hodnotí 4 domény: závažnost erytému a podráždění, rozsah opruzenin, papuly a pustuly, otevřenost kůže

## DISKUSE

**N**a téma opruzenin a plenkové dermatitidy není k dispozici dostatek výzkumů založených na důkazech. Většina studií se zabývá spíše závažnějšími dekubity než tímto problémem, který alespoň jednou za život postihne každého novorozence a kojence. Opruzeniny jsou běžným dětským problémem a mají mnoho rizikových faktorů. Důležitá je však jejich prevence. V rámci naší přehledové studie jsme našli 7 studií týkajících se opruzenin. Ve většině případů však hlavním problémem řešení byly právě zmiňované dekubity. Jako vhodný hodnotící nástroj věnovaný primárně opruzeninám a plenkové dermatitidě sledujeme Scoring System for Diaper Dermatitis Scale. Buckley ho společně s týmem pracovníků Filipínské všeobecné nemocnice vytvořil právě z důvodu nedostatku hodnotících nástrojů v oblasti poškození dětské pokožky. V rámci randomizované studie probíhal sběr dat na 97 odděleních. Každý hodnotitel měl k dispozici fotografie podle stupňů závažnosti plenkové dermatitidy společně s hodnotící škálou. Reliabilita ve výzkumu byla velmi dobrá mezi hodnotiteli obeznámenými s měřením (ICC = 0,949,  $p < 0,001$ ), u neinformovaných hodnotitelů pak (ICC = 0,850,  $p < 0,001$ ). Po 2 týdnech byl proveden re-test ( $j = 0,603$ ,  $p < 0,001$ ). Cronbach pro vnitřní konzistenci je 0,702. Dle výsledků této studie je tato nově vyvinutá škála snadno použitelná, spolehlivá a účinná při detekci závažnosti plenkové dermatitidy (Buckley, 2016, 632-639).

Další vhodný hodnotící nástroj Neonatal Skin Condition Score (NSCS) je uveden například v Klinických doporučených postupech v Austrálii, Evidence Based Clinical Practice Guideline ve Spojených státech a Kanadě. Lund a Osborne prováděli výzkum po celých Spojených státech v 51 nemocnicích, se 11 468 systematickými hodnoceními. Autoři uvádějí zlepšení kvality kůže a nižší skóre tam, kde byla prováděna edukace a vhodná preventivní opatření ( $F = 6.69$ ,  $p < .0001$ ), oproti kojencům před edukací a provedením preventivních opatření ( $F = 104,53$ ,  $p < .0001$ ) (Lund, Osborne, 2000, 41-51).

Scoring Systém for Diaper Dermatitis Scale i Neonatal Skin Condition Score jsou rychlé a jednoduché hodnotící nástroje, které v pár krocích zhodnotí kvalitu kůže. Tyto hodnotící nástroje jsou vhodné i do komunitního prostředí či primární péče, kdy zdravotník může ihned po zjištění problému začít s efektivní edukací a vhodnými preventivními opatřeními.

## ZÁVĚR

**K**aždé dítě je jedinečné a vyžaduje individuální přístup. Péče o dítě zahrnuje také péči o kůži, která se může lišit s ohledem na kulturu, tradice, doporučení zdravotníků či reklamu. I výsledky zahraničních výzkumů jsou mnohdy v rozporu s informacemi z českých literárních zdrojů a rodičům mohou být prezentovány odlišně. Proto neexistuje jednotný návod, jak dětskou kůži ošetřovat a chránit před poškozením. Efekt prováděných intervencí je ale možné sledovat prostřednictvím vhodných posuzovacích nástrojů. U dospělých pacientů existuje řada hodnotících nástrojů, zabývajících se kožní problematikou. Některé byly i modifikovány pro dětského pacienta. Hodnotící nástroje lze využít pro efektivnější ošetrovatelskou praxi a cílenou edukaci matek kojenců. V České republice ale v současné době nejsou k dispozici žádné validní nástroje, které by mapovaly rizika poškození kůže u novorozenců a kojenců, a tím včas odhalily počínající problém.



## POUŽITÉ ZDROJE:

- [1] ADALAT, S. et al. Diaper Dermatitis-Frequency and Contributory Factors in Hospital Attending Children. *Pediatric Dermatology*, 2007, 24, 5, 483 - 488. [cit. 1.12.2017]. ISSN 1525-1470. Dostupné z: [10.1111/j.1525-1470.2007.00499.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2007.00499.x).
- [2] BEDI A. A tool to fill the gap. Developing a wound risk assessment chart for children. *Prof Nurse* 1993;9:112-20.
- [3] BUCKLEY, B. et al. A New Scale for Assessing the Severity of Uncomplicated Diaper Dermatitis in Infants:Development and Vaalidation. 2016. *Pediatric Dermatology*, 33, 632-639. ISSN 1525-1470.
- [4] CROIZER, K. Effective skin-care regimes for term newborn infants: a structured literature review. *Evidence Based Midwifery*, 2010, 11. [cit. 2.12.2017]. ISSN 1479-4489. Dostupné z: <https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/effective-skin-care-regimes-for-term-newborn>.
- [5] CURLEY, M. A. Q., RAZMUS, I. S., ROBERTS, K. E. et al. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients. *Nursing Research*, 2003, 52, 22–33. [cit. 8.12.2017]. ISSN 1538-9847. Dostupné z: <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:59c0dab4-7407-4f30-82c1-e4a463d30a9e/ASSET1>.
- [6] ČAPKOVÁ, Š. Plenková dermatitida. *Dermatologia pre prax*, 2010, 4, 130-134. ISSN 1337-1746.
- [7] HARRIS, A. H., COKER, K. L., SMITH, C. G et al. Case report of a pressure ulcer in an infant receiving extracorporeal life support: The use of a novel mattress surface for pressure reduction. *Advances in Neonatal Care*. 2003, 3, 220–229. ISSN 1536-0903.
- [8] HOLBROOK, K. A. A histological comparison of infant and adult skin. In H. I. Maibach & E. K. Boisits (Eds.), *Neonatal skin: Structure and function*. 1982, 3–31. New York: Marcel Dekker, Inc.
- [9] HUFFINES B., & LOGSDON, M. C. The neonatal skin risk assessment scale for predicting skin breakdown in neonates. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1997, 20, 103–114. ISSN 0097-9805.
- [10] LAVENDER, T. et al. Randomized, Controlled Trial Evaluating a Baby Wash Product on Skin Barrier Function in Healthy, Term Neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2013,42. [cit. 16.12.2017]. ISSN1552-6909. Dostupné z : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1552-6909.12015/full>
- [11] LUND, C. H., & OSBORNE, J. W. Validity and reliability of the Neonatal Skin Condition Score. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2004, 33, 320–327. [cit. 14.12.2017]. ISSN 1552-6909. Dostupné z: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34177-0/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34177-0/pdf).
- [12] LUND, C. H., OSBORNE, J. W., KULLER, J. M. et al. Neonatal skin care: Clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2001, 30, 41-51. ISSN 1552-6909. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01520.x/pdf>.

- [13] LUND C. and al. Neonatal Skin Care Third Edition: Evidence-Based Clinical Practice Guideline, 3rd Edition. Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nurses, 2015. ISBN 978-1-938299-03-2.
- [14] MCLANE, K. M., BOOKOUT, K., MCCORD, S. et al. The 2003 National Pediatric Pressure Ulcer and Skin Breakdown Prevalence Survey. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2003, 31, 168–178. ISSN, 1528-3976.
- [15] MACHÁČKOVÁ, K.: Specifika péče o pokožku v dětském věku. *Dermatologie pro praxi*, 2009, 3(1), 19-22. ISSN 1803-5280.
- [16] NOONAN, C., QUIGLEY, S., & CURLEY, M. A. Q. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*. 2011, 26, 566–575. ISSN 1552-6909. Dostupné z: [http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/jpn\\_bq.pdf](http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/jpn_bq.pdf).
- [17] NOONAN, C., QUIGLEY, S., & CURLEY, M. A. Q. Skin integrity in hospitalized infants and children: A prevalence survey. *Journal of Pediatric Nursing*. 2006, 21, 445-453. ISSN 1552-6909. Dostupé z: [http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/jpn\\_-\\_skin\\_survey.pdf](http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/jpn_-_skin_survey.pdf).
- [18] POLÁŠKOVÁ, S. Péče o kůži novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*, 2005, 2, 84-87. ISSN 1803-5264.
- [19] SUDDABY, E. C., BARNETT, S., & FACTEAU, L. Skin breakdown in acute care pediatrics. *Pediatric Nursing*. 2005, 31, 132–148. ISSN 0097-9805. Dostupné z: <http://www.arabmedmag.com/issue-15-09-2005/dermatology/main03.htm.htm>.
- [20] QUIGLEY, S.; CURLEY, M. AQ. Skin integrity in the pediatric population: preventing and managing pressure ulcers. *Journal of the society of pediatric nurses*, 1996, 1.1: 7-18. ISSN 1744-6155. Dostupné z: [http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/jspn-\\_skin\\_integrity.pdf](http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/jspn-_skin_integrity.pdf).
- [21] WATERLOW, J. A. Pressure sore risk assessment in children. *Paediatric nursing*, 1997, 9.6: 21-24. ISSN 0097-9805.

# SKIN EVALUATION AND SKIN INTEGRITY IN NEWBORNS AND INFANTS



## ABSTRACT

The most common problem by newborns and infants age are Intertrigo. They appear at least by 50% infants wearing the diaper. Uniform guidance how to treat about baby skin and prevent against damage does not exist yet. Nowadays are not any valid tools in Czech Republic, which would map risks and damage of skin by infants reveal starting problem. The aim of this study is provide overview of evaluating tools which are related to skin and skin integrity by newborns and infants. For relevant information were used electronic database EBSCOhost, Pubmed, Google, Google scholar, National Center for Biotechnology Information. Into an overview study was classified 7 evaluating tools. These tools can be used for more effective nursing care and targeted education of infant mothers.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Kristina Janoušková  
Ostravská univerzita  
Lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství a porodní  
asistence  
Syllabova 19  
703 00 Ostrava - Zábřeh  
e-mail: [kjanousk@kos.zcu.cz](mailto:kjanousk@kos.zcu.cz)

PhDr. Lucie Sikorová PhD.  
Ostravská univerzita  
Lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství a porodní  
asistence  
Syllabova 19  
703 00 Ostrava - Zábřeh  
e-mail: [lucie.sikorova@osu.cz](mailto:lucie.sikorova@osu.cz)

## KEYWORDS:

assessment tools, scale, assess, risk,  
skin, diaper rash, diaper dermatitis,  
newborn, infant, pediatrics

# TRÉNING SVALOV PANVOVÉHO DNA PRI INKONTINENCII MOČU U ŽIEN V OBDOBÍ KLIMAKTÉRIA

MARINA KOLAROVÁ  
KATOLÍCKA UNIVERZITA  
V RUŽOMBERKU



## ABSTRAKT

Klimaktérium je obdobím života ženy ktoré je charakterizované radou fyzických a psychických zmien. Niektoré z nich sa dajú úspešne ovplyvňovať pohybovou aktivitou a cieľným cvičením. Medzi príznaky klimaktéria, ktoré sa dajú ovplyvniť pohybom a cvičením, patrí inkontinencia. Výskyt inkontinencie sa v období klimaktéria odhaduje na 5 – 6%. Ako hlavná príčina inkontinencie moču v období klimaktéria sa uvádza znižovanie hladiny ženských pohlavných hormónov, čo spôsobuje insuficienciu a atrofiu svalov panvového dna. V príspevku uvádzame metodiky, ktoré sa využívajú na cieľné posilňovanie svalov panvového dna, čo prispieva k jeho posilneniu, k úprave funkčných porúch tejto oblasti a následne aj k liečbe nedobrovoľného úniku moču. V príspevku popisujeme Kegelove cvičenia, metódu Cantienicu a cvičebnú zostavu “Lúčky”. V závere sa venujeme behaviorálnym postupom, ktoré významne dopĺňajú pohybovú liečbu inkontinencie v klimaktériu.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

inkontinencia, klimaktérium, panvové  
dno, posilňovanie, izometrická  
kontrakcia

## ÚVOD

Inkontinencia moču je jedna z viacerých ťažkostí ktoré postihujú ženy v klimaktériu. Podľa definície Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (ICS – International Continence Society z roku 2008) sa za inkontinenciu moču označuje akýkoľvek nedobrovoľný únik moču. Je to príznak ktorý poukazuje na viac alebo menej komplexné poruchy dolných močových ciest (Marenčák, 2011). Nastáva vtedy, keď tlak v mechúry (vypudzovacia sila) prevyší tlak v uretre (uzatváracia sila) (Romančík, 2009). V období klimaktéria neschopnosť udržania moču nastáva ako dôsledok oslabenia a atrofie svalov panvového dna. Tento proces atrofizácie vzniká z dôvodu znižujúcej sa hladiny estrogénu. Pokles ženských hormónov spôsobuje degeneráciu a úbytok buniek vystielajúcich močové cesty a znižuje svalový tonusu močového traktu. Toto všetko vedie k inkontinencii moču (Urbanová a kol., 2010). Nedobrovoľný únik moču nepredstavuje len zdravotnícky problém postihnutého jednotlivca, ale je zároveň problém ekonomický a sociálny, a negatívne ovplyvňuje aj jeho okolie (rodinu, ošetrojúci personál a pod.) (Marenčák, 2011; Simočková, 2005).

## PREVALENCIA INKONTINENCIE MOČU

Podľa Švihru a kol. (2001) prevalencia močovej inkontinencie u žien na Slovensku starších ako 18 rokov dosahuje 25%. Existuje postupný nárast prevalence počas dospelosti až do veku 50 rokov, keď prevalencia dosahuje 30%, potom nasleduje stabilizácia alebo mierny pokles až do veku 70, keď začína zase narastať (Romančík, 2009). Ďurišová (2004) tiež popisuje priamy vzťah medzi inkontinenciou moču a vekom. Uvádza dva vrcholy: prvý v piatom desaťročí (vo veku 45 – 50 rokov) a druhý v ôsmom desaťročí života. Podľa Ďurišovej (2004) inkontinencia u žien vo veku 20-45 dosahuje 8% a nad 65 rokov 14%. Väčšina ženskej populácie trpí stresovou inkontinenciou (Pilka a kol., 2012). Romančík (2009) udáva výskyt inkontinencie nasledovne: 50% stresová inkontinencia, 14% urgentná, 32% zmiešaná a 14% iná. Podľa Ďurišovej (2004) stresová inkontinencia postihuje 42-45% ženskej populácie, urgentná 6-21% žien a zmiešaný typ inkontinencie sa vyskytuje u 24-40% žien. Simočková (2012) popisuje prevalenciu inkontinencie moču u 5 – 6% žien a jej výskyt sa podľa Simočkovej pribúdajúcim veku zvyšuje. Kopáčiková, Javorka, Moravčíková (2017) sledovali ženy v období klimaktéria a uvádzajú výskyt inkontinencie moču u 5,13 % sledovaných žien.

## TECHNIKY NA POSILŇOVANIE SVALOV PANVOVÉHO DNA

Liečba inkontinencie je zložitý proces ktorý si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu odborníkov z lekárskeho i nelekárskeho odboru. Pre úspešnosť si vyžaduje aj aktívny prístup pacientky. Tento aktívny prístup je žiadaný preto, že bez ohľadu na to o aký typ inkontinencie ide, významnou zložkou v prevencii a v liečbe inkontinencie moču sú: dostatok pohybu, špeciálne cvičenie panvového dna a zmena životosprávy.

V nasledovnej časti sú popísané techniky ktoré sa využívajú na posilňovanie svalov panvového dna.

**Tréning svalov panvového dna** je definovaný ako opakovaná selektívna vôľová kontrakcia alebo relaxácia určitých svalov panvového dna. Ide o vedomé používanie správneho svalstva a vylúčenie nechcenej kontrakcie svalových skupín (Hagovská, 2014). Úspech závisí od schopnosti pacientky urobiť správnu vôľovú kontrakciu (stiahnutie) týchto svalov. Pri tomto cvičení sa mení svalové napätie cvičiaceho svalu bez zmeny jeho dĺžky a slúži na posilňovanie (Osacká, 2007). Princíp izometrie spočíva v maximálnom stiahnutí svalu, výdrže v trvaní 6 – 8 sekúnd a následnej relaxácii. Vykonáva sa v doprovode s dýchaním. Odporúčaný počet kontraktí pri tréningu svalov panvového dna je 20 a dĺžka cvičenia je stanovená na 15 – 20 minút. Túto schému treba opakovať 3 krát denne, 3 až 4 krát týždenne (Hagovská, 2014; Marenčák, 2011). Panvové dno sa posilňuje v ľahu, v sede, v kľaku a v stoji (Hagovská, 2014).

**Kegelove cvičenia** predstavujú systém cvičení zameraných na posilnenie svalstva panvového dna. Tréning svalov panvového dna sa rozdeľuje do troch fáz (Kegel, 1948):

I. fáza - uvedomenie si svalov panvového dna, identifikácia m. pubococcygeus palpačne, priložením ruky na spodné brucho. Pacient rukou kontroluje relaxáciu svalov brušnej steny pri súčasnej kontraktii svalov panvového dna. Relaxované musia byť aj gluteálne svaly.

II. fáza spočíva v získaní istoty pri aktivácii požadovaných svalov, zvyšovaní sily a koordinácie. Odporúča sa začať s počtom 20 krát denne. Ide o dva typy kontraktí aplikovaných do bežných denných činností. Dlhé kontraktie by mali trvať 10 sekúnd. Tieto kontraktie Kegel odporúča nacvičovať pri aktivitách ako sú napr. nákupy, prechádzky a pod. Krátke kontraktie s výdržou 1 – 2 sekundy odporúča zaradiť pri kašľaní, kýchaní, behu, tanci a pod. Pacientka musí zvládnuť oba typy kontraktí.

III. fáza je fáza regeneračná. V tejto fáze tréningu sú pohyby vykonávané s menšou námahou, svaly sú menej únavné a sú pevnejšie. Zároveň sa zvyšuje frekvencia cvičenia na 3 krát denne (Hagovská, 2014).

**Metóda Cantienica** je založené na posilňovaní všetkých troch vrstiev svalov panvového dna, no najmä m. levator ani. Ako dôležitý prvok využíva dýchanie. Metodika vychádza z poznatkov, že správne dýchanie ochraňuje a podopiera orgány dutiny brušnej, zabraňuje poklesu orgánom panvy a pomáha pri liečbe už diagnostikovaného poklesu. Pri cvičení sa správnym dýchaním uvoľňuje tlak na m. levator ani zhora, kým zdola sa m. levator ani, ako aj ostatné svaly panvového dna, posilňujú (Cantieni, 2007). Znížením tlaku zhora a izometrickým posilňovaním svalov panvového dna zdola sa vytvárajú podmienky na prevenciu a liečbu úniku moču. Pri cvičení sa v oblasti panvy realizujú mikropohyby, ktoré

majú odozvu na celý pohybový systém. Súčasne sa s panvovým dnom posilňuje aj chrbtové, brušné a medzirebrové svalstvo, ďalej svaly hrudníka a ramena, čím sa vytvárajú ideálne podmienky na správne postavenie panvy, chrbtice, hrudného koša a končatín. Nastáva centralizácia kĺbov celého tela a podpora fyziologickej postúry prostredníctvom týchto špecifických cielených cvičení a dýchania (Cantieni, 2007; Hagovská, 2014). Cvičenia sa vykonávajú v sede, v ľahu na chrbte a v ľahu na bruchu. Pri každom sa izometricky aktivujú svaly panvového dna. Počet opakovaní, v závislosti od konkrétneho cviku, je medzi 10 až 15 opakovaní na začiatku a zvyšuje sa na 25 až 30.

**Zostava „Lúčky“**, ktorej autorkou je Elena Ďurišová, je zameraná na cielené posilňovanie svalov panvového dna. Ako uvádza autorka tejto metodiky, posilňovanie svalstva panvového dna pôsobí preventívne a liečebne pri ťažkostiach spojených s inkontinenciou. Pravidelné a cielené precvičovanie udrží panvové dno pevné, dostatočne nosné a citlivé až do staršieho veku. Pri precvičovaní panvového dna autorka odporúča zameranie sa na uvedomelé sťahy príslušných svalov a na stupňujúce sa napätie jednotlivých cvičení. Podstatou je, aby si pacientka uvedomila ktorý sval je zodpovedný za udržanie moču. Preto odporúča v začiatkovej fáze cvičenia prerušovať prúd moču na toalete a tak zistiť ktorý sval treba cítiť. Až po uvedomení si svalu odporúča nacvičovať kompletnú zostavu „Lúčky“, ktorá pozostáva z 13 cvičení. Celá zostava sa realizuje v ľahu na chrbte, pričom kontrakciu svalov panvového dna odporúča vykonať pri výdychu. Pre pozitívny efekt cvičenia a na ovplyvnenie inkontinencie, zostavu „Lúčky“ treba cvičiť denne, minimálne 10 minút. Len každodenným tréningom sa môže získať kontrola nad panvovým dnom a únik moču úspešne ovplyvniť (Ďurišová, 2004).

**Behaviorálne postupy** predstavujú nefarmakologickú liečbu inkontinencie. Zahŕňajú kroky smerujúce k úprave životosprávy, nakoľko rozličné faktory životného štýlu sa môžu spolupodieľať na patogeneze a následnej manifestácii inkontinencie (Romančík, 2009). Do behaviorálnych postupov patrí: zníženie telesnej hmotnosti, obmedzenie / vylúčenie fajčenia a kofeínu, pravidelný a veku primeraný pohyb, úprava príjmu tekutín, vhodné stravovanie, pravidelné močenie, ochrana zdravia pred infekciami močových ciest, fitoterapia a pod. (Urbanová 2010; Hagovská, 2014; Romančík 2009; Ďurišová 2004). Informácie zahrnuté do behaviorálnych postupov by mali byť súčasťou edukácie žien s inkontinenciou moču.

## ZÁVER

Inkontinencia moču môže postihnúť ženu v každom období života, no jej zvýšená prevalencia sa popisuje najmä v období klimaktéria. Správnym a cieleným cvičením sa na tento, pre ženu nepríjemný príznak klimaktéria, dá úspešne pôsobiť. Slúžia na to techniky na posilnenie svalov panvového dna uvedené v texte. Objektívne preukázateľná účinnosť posilňovania svalov panvového dna, na zníženie inkontinencie moču, je udávaná v rozmedzí 60 – 75% (Bo, 2001). Preto by precvičovanie týchto svalov malo byť súčasťou životosprávy žien v klimaktériu.

Človek v boji za svoje zdravie nie je bezmocný. V rukách má minimálne 50% ktoré môže ovplyvniť aktívnym prístupom k životu (Bendíková, 2012).

Článok bol spracovaný v rámci projektu KEGA č. 029KU-4/2016 s názvom: „Empirická štúdia vplyvu klimaktéria na zdravie žien.“



## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BENDÍKOVÁ, E. 2012. *Oslabený oporný a pohybový systém žien a jeho úprava pohybovým programom*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. ISBN: 978-80-8141-019-2.
- [2] BO, K. 2001. Pelvic floor muscle exercises. In: Coros, J., Schick, E. *The urinary sphincter*. New York: Marcel Dekker.
- [3] CANTIENI, B. 2007. *Cviční po porodu : Metoda CANTIENICA pro pevnú postavu a posílnení pánevního dna*. Brno : Computer press. ISBN: 978-80-251-1465-0.
- [4] ĎURIŠOVÁ, E. 2004. *Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza)*. Košice : TypoPress. ISBN: 978-80-89089-74-1.
- [5] HAGOVSÁ, M. 2014. *Fyzioterapia inkontinencie moču*. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šaárika v Košiciach. 978-80-8152-1331.
- [6] KEGEL, A. 1948. Progressive resistance exercises in the functional restoration of the perineal muscle. In: *AJG*. Roč. 56, č. 1. s. 238. ISSN: 0002-9270.
- [7] KOPÁČIKOVÁ, M., JAVORKA, K., MORAUČÍKOVÁ, E. 2017. Pilotná štúdia v ženskej populácii Slovenska: Metabolický estrogén deficitný syndróm. In. *Zdravotnícke štúdie*. Roč. 9, č. 2, s. 3 – 6. ISSN: 1337-723X.
- [8] MARENČÁK, Jozef, 2011. *Inkontinencia moču*. Skalica : Elizabeth. ISBN: 978-80-970567-1-1.
- [9] OSACKÁ, P. 2007. *Techniky a postupy v ošetrovatel'stve*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav Ošetrovatel'stva. ISBN: 978-80-88866-48-0.
- [10] PILKA, R., PROHCÁZKA, M., a kol. 2012. *Gynekologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3019-5.
- [11] ROMANČÍK, M. 2009. *Inkontinencia moču u žien – jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. Bratislava : Herba. ISBN: 978-80-89171-61-3.
- [12] SIMOČKOVÁ, V. 2005. Urologické problémy v klimaktériu. In. *Sestra*. Roč. 4, č. 10, s. 45. ISSN 1335-9444.
- [13] SIMOČKOVÁ, V. 2012. Starostlivosť o ženu v klimaktériu a postmenopauze. In. *Sestra*. Roč. 11, č. 9-10, s. 43-44. ISSN 1335-9444.
- [14] ŠVIHRA, J., a kol., 2001. Prevalancia ženskej inkontinencie v Slovenskej republike. In: *Urológia* Roč. 7, č. 2, s. 32 – 37. ISSN: 1336-7579.
- [15] URBANOVÁ, E., a kol., 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. Martin : Osveta. 978-80-806334-3-1.

# THE TRAINING OF THE PELVIC FLOOR MUSCLES FOR URINARY INCONTINENCE DURING THE CLIMACTERIUM



## ABSTRACT

Climacterium is a part of woman's life which is characterized by a number of physical and psychological changes. Some of them can be successfully treated by physical activities and exercises. One of the symptoms of climacteric, which can be successfully treated by movement and exercise, is incontinence. The incidence of urinary incontinence during the climacterium is estimated at 5-6%. The main cause of urinary incontinence during the climacteric period is the decrease in the level of female hormones, which causes the insufficiency and atrophy of pelvic floor muscles. In the paper we present the methods which can be used for the strengthening of the pelvis floor muscle. In the paper we describe the Kegel exercises, the Cantienic method and the „Lúčky“ exercises. At the end, we deal with behavioural procedures that significantly affect the treatment of incontinence in the menopause.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Marina Kolarová  
doktorand  
Katolícka univerzita v Ružomberku  
Fakulta zdravotníctva  
Katedra fyzioterapie  
Nám. A. Hlinku 60  
034 01 Ružomberok  
Slovenská republika  
e-mail: kolarovam@gmail.com

## KEYWORDS:

climacterium, incontinence, pelvis  
floor muscles, strengthening, isometric  
contraction

# VYUŽÍVANIE HODNOTIACEHO NÁSTROJA MENOPAUSE RATING SCALE V PUBLIKÁCIÁCH EVIDOVANÝCH V DATABÁZACH WEB OF SCIENCE A SCOPUS

ANNA KRÁLOVÁ  
KATOLÍCKA UNIVERZITA  
V RUŽOMBERKU  
ÚSTREDNÁ VOJENSKÁ  
NEMOCNICA SNP RUŽOMBEROK -  
FAKULTNÁ NEMOCNICA

MÁRIA KOPÁČIKOVÁ  
VLADIMÍR LITVA  
KATOLÍCKA UNIVERZITA  
V RUŽOMBERKU

## ABSTRAKT

Klimaktérium je prirodzenou a neoddeliteľnou súčasťou života ženy po dosiahnutí určitého veku života. Na zhodnotenie ťažkostí a symptómov prejavujúcich sa v období klimaktéria a menopauzy je potrebné mať relevantný a dobre hodnotiteľný nástroj. Menopause Rating Scale je jedným z najpoužívanejších nástrojov v publikáciách excerpovaných v databázach Web of Science a Scopus. Najvplyvnejšími autormi využívajúci tento nástroj sú Chedraui P., Perez - Lopéz F. a Blumel JE.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

klimaktérium, symptómy v menopauze, kvalita života, dotazník, Menopause Rating Scale

## ÚVOD

**K**limaktérium je prirodzený stav v živote ženy, ktorý môže byť sprevádzaný množstvom nepríjemných prejavov a zdravotnými problémami. Na klimaktérium nepozierame ako na chorobu (podobne ako na tehotnosť), ale ako na úplne fyziologický stav daný ontogenetickým vývojom (Hofmanová, L. 2005). Klimaktérium je proces, ktorý zahŕňa celú ženu, vrátane jej fyzickej, mentálnej, emocionálnej a duchovnej stránky (King, T.L. a kol. 2013). Nie všetky somatické a psychické zmeny sú dôsledkom klimaktéria. Takže obdobie blížiaceho sa klimaktéria zvyčajne nemá samé o sebe žiadne priame zdravotné dôsledky, ale môže byť vhodným časom na premýšľanie o tom, ako zostať zdravý, alebo ako si udržať svoje zdravie v neskoršom veku (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2016). Pre zhodnotenie miery ťažkostí v období klimektéria a menopauzy a ich ovplyvnenia terapiou je nevyhnutne potrebné mať zrozumiteľný a pokiaľ možno i číselne hodnotiteľný dotazník, ktorý umožní štatistické spracovanie (Fait, T. 2008).

V priebehu posledných desaťročí bolo vypracovaných viacero dotazníkov zaoberajúcich sa klimaktériom a menopauzou. Nie všetky sú rovnako využiteľné a používané. Rozhodli sme sa zamerať na využiteľnosť dotazníka s názvom Menopause Rating Scale (ďalej len MRS), ktorého hodnotenie po vyplnení vyplýva z jednoduchého postupu. MRS je formálne overená stupnica podľa požiadaviek na nástroje kvality života. Pôvodne bol vytvorený v Nemeckom jazyku v reakcii na nedostatok štandardizovaných stupníc na meranie závažnosti symptómov starnutia a ich vplyvu na HRQoL na začiatku 90. rokov (Heinemann, K. a kol. 2004). Následne boli vykonané preklady na základe medzinárodných metodických odporúčaní pre jazykovú a kultúrnu adaptáciu nástrojov HRQoL. Prvý preklad bol vykonaný z nemeckej pôvodnej stupnice do angličtiny (UK a USA). Anglická verzia bola použitá ako zdrojový jazyk pre preklady do francúzskeho, španielskeho, švédskeho, portugalského, tureckého a indonézskeho jazyka. Cronbachova alfa koeficient konzistencie sa pohybuje v rozmedzí od 0,6 do 0,9 v jednotlivých krajinách. (Heinemann, L. a kol. 2003).

Bodovanie je jednoduché: skóre sa zvyšuje postupne s rastúcou závažnosťou subjektívne vnímaných sťažností v každej z 11 položiek pričom je závažnosť vyjadrená v hodnotách bodov 0 až 4 pri každej položke. Pri vyplňaní týchto 5 možných políčok "závažnosti" pre každú z položiek poskytuje respondent svoje osobné vnímanie. Celkové skóre MRS sa pohybuje medzi 0 (asymptomatické) a 44 (najvyšší stupeň sťažností). Hodnotia sa nasledovné domény symptómov:

- Doména psychologické symptómy: 0 až 16 bodov (4 príznaky: depresivnosť, podráždenosť, úzkosť, vyčerpanosť)
- Doména somato-vegetačných symptómov: 0 až 16 bodov (4 príznaky: potenie, srdcové ťažkosti, poruchy spánku, sťažnosti kĺbov a svalov)

- Doména urogenitálnych symptómov: 0 až 12 bodov (3 príznaky: sexuálne problémy, močové ťažkosti, suchosť vagíny).
- Zložené skóre pre každý z rozmerov pod-stupnice je založené na zaradení skóre položiek príslušných rozmerov. Zložené celkové skóre je súčet rozmerov. Tieto tri dimenzie, ich zodpovedajúce otázky a hodnotenie sú tu podrobne a zhrnuté.

Znenie dotazníka je v slovenčine nasledovné:

Ktorý z nasledujúcich symptómov sa v súčasnosti vzťahuje na vás? Označte príslušné políčko pre každý symptóm. Pri symptómoch, ktoré neplatia, označte „žiadny“.

**Tabuľka 1:** Hodnotiace skóre dotazníka MRS

	žiadny	mierny	stredný	závažný	veľmi závažný
Skóre	0	1	2	3	4

Symptómy:

1. Návaly tepla, potenie (epizódy potenia)
2. Nevoľnosť srdca (neobvyklé búšenie srdca, vynechávanie, rýchly tep, stiesnenosť)
3. Problémy so spánkom (ťažkosti so zaspávaním, ťažkosti so spaním, predčasné prebúdzenie)
4. Depresívna nálada (pocit byť dole, smútok, na hranici slz, nedostatok sebaovládania, výkyvy nálady)
5. Podráždenosť (pocit nervozity, vnútorné napätie, pocit agresivity)
6. Úzkosť (vnútorný nepokoj, pocit paniky)
7. Fyzické a psychické vyčerpanie (všeobecné zníženie vo výkonnosti, znížená pamäť, zníženie koncentrácia, zabúdanie)
8. Sexuálne problémy (zmena sexuálnej túžby, sexuálnej aktivity a uspokojenia)
9. Problémy s močovým mechúrom (ťažkosti pri močení, zvýšená potreba močenia, inkontinencia)
10. Suchosť vagíny (pocit sucha alebo pálenia pri chôdzi, ťažkosti so sexuálnym stykom)
11. Bolesť a problémy kĺbov a svalov (bolesť kĺbov, reumatoidné sťažnosti).

## METODOLÓGIA

Vzhľadom na skutočnosť, že sa jedná o prehľadový článok sme zvolili len jednoduchú analýzu najznámejších publikačných databáz Web of Science a Scopus.

Výsledky sme vyhodnotili do tabuliek v absolútnych číslach a percentách. Zamerali sme sa na informácie ohľadom výskytu publikácií v databázach čo do množstva, identifikáciu najčastejšie publikovaných autorov s využitím dotazníka Menopause Rating Scale, krajín, v ktorých bola publikácia vydaná, typu publikácie, jazyka publikácie a oblasti výskumu,

do ktorej bola publikácia zaradená. V prvých troch ukazovateľoch sme vyhľadali desať najlepších výsledkov v období posledných 15 rokov. V ostatných ukazovateľoch sme vychádzali z triedenia databáz. Len v poslednom ukazovateli – oblasti výskumu sme neporovnávali obe databázy, ale použili len databázu Web of Science vzhľadom na rozdielne delenie databáz čo do podrobnosti.

## VÝSLEDKY

**N**aším skúmaním sme zistili, že dotazník MRS sa v databáze Web of Science vyskytuje 613 krát a v databáze Scopus 1029 krát. Podrobnejšie informácie sú uvedené v Tabuľke 2.

**Tabuľka 2:** Počet výstupov s referenciou k MRS v databázach Web of Science a Scopus za posledných 10 rokov (Databázy WoS, Scopus, 2018)

Rok publikovania	Počet výstupov WoS	% z 613 WoS	Počet výstupov Scopus	% z 1029 Scopus
2017	57	9.299 %	56	5.442 %
2016	44	7.178 %	49	4.762 %
2015	47	7.667 %	70	6.803 %
2014	51	8.320 %	91	8.844 %
2013	46	7.504 %	83	8.066 %
2012	39	6.362 %	79	7.677 %
2011	37	6.036 %	83	8.066 %
2010	40	6.525 %	63	6.122 %
2009	29	4.731 %	53	5.151 %
2008	26	4.241 %	53	5.151 %

Rozdielnosť databáz spočíva v tom, že Scopus zahŕňa väčšie množstvo periodík vzhľadom na dĺžku existencie samotnej databázy, ale aj pokrytia jednotlivých vedných odborov. Z výsledkov tabuľky vyplýva, že dotazník MRS je veľmi aktuálny pre použitie merania kvality života v klimaktériu a menopauze preto, lebo ukazovatele za posledných päť rokov sú vysoké.

Najčastejšími autormi, ktorí využívajú tento hodnotiaci nástroj pri svojich výskumoch a vo svojich publikáciách sú Chedruapi P. a Perez Lopéz FR. Tento ukazovateľ poukazuje

aj na vplyv jednotlivých autorov v oblasti zdravotnej starostlivosti o ženu v období klimaktéria a menopauzy. Má to vplyv aj na ich citovanosť. Chedraui P. dosiahol Hirschov index (*h*-index) 27 s priemernou citovanosťou 160,27 za rok a celkovým počtom citácií v databáze Web of Science 2 364 do konca roku 2017. Podrobnejšie informácie sú uvedené v Tabuľke 3. Druhý v poradí Perez - Lopéz F. dosiahol *h*-index 22 s priemernou citovanosťou 101,84 za rok a celkovým počtom citácií v databáze Web of Science 1 876 do konca roku 2017. Tretí Blumel JE má *h*-index 17 s priemernou citovanosťou 28,68 za rok a celkovým počtom citácií v databáze Web of Science 1 055 do konca roku 2017.

**Tabuľka 3:** Autori s najväčším počtom publikácií s referenciou k MRS v databázach Web of Science a Scopus (Databázy WoS, Scopus, 2018)

Autor	Počet výstupov WoS	% z 613 WoS	Počet výstupov Scopus	% z 1029 Scopus
CHEDRAUI P	46	7.504 %	45	4.373 %
PEREZ-LOPÉZ FR	24	3.915 %	27	2.624 %
BLUMEL JE	20	3.263 %	13	1.263 %
OJEDA E	17	2.773 %	13	1.263 %
CALLE A	16	2.610 %	14	1.361 %
MONTERROSA A	16	2.610 %	14	1.361 %
ESPINOZA MT	14	2.284 %	12	1.166 %
FLORES D	14	2.284 %	13	1.263 %
LIMA S	14	2.284 %	12	1.166 %
MOSTAJO D	14	2.284 %	12	1.166 %

Počet výstupov v jednotlivých krajinách je rozdielny. Vplyv na tento ukazovateľ má rozvinutosť a podpora vedy v danej spoločnosti ako aj akútnosť riešenia problémov spojených s klimaktériom a menopauzou. Spoločnosť svojím záujmom o kvalitu života svojich občanov prejavuje svoj vzťah k hodnotám. To sa nedá bez kvalitného posúdenia stavu v populácii. Podrobnejšie informácie sú uvedené v Tabuľke 4.

**Tabuľka 4:** Krajiny s najväčším počtom publikácií s referenciou k MRS v databázach Web of Science a Scopus (Databázy WoS, Scopus, 2018)

Krajina	Počet výstupov WoS	% z 613 WoS	Počet výstupov Scopus	% z 1029 Scopus
USA	124	20.228 %	243	23.615 %
AUSTRÁLIA	49	7.993 %	47	4.568 %
NEMECKO	48	7.830 %	71	6.700 %
EQUÁDOR	45	7.341 %	41	3.984 %
TALIANSKO	45	7.341 %	62	6.025 %
VEĽKÁ BRITÁNIA	39	6.362 %	69	6.706 %
ŠPANIELSKO	35	5.710 %	58	5.637 %
TURECKO	35	5.710 %	45	4.373 %
ČÍNA	30	4.894 %	44	4.276 %
JUŽNÁ KÓREA	27	4.405 %	36	3.499 %

Viac ako 90 percent publikácií tvoria vedecké a odborné články. Kvalitatívne sú hodnotené vo vedeckom svete vyššie ako konferenčné príspevky. Neznamená to, že vedecké príspevky z konferencií excerpované do databáz obsahujú metodologické chyby, alebo nekvalitný obsah. Skôr sa jedná o výšku impact factoru jednotlivých periodík, ktoré v hodnotení výstupov v súčasnom hodnotení vedy zohráva dôležitú úlohu. Viac informácií je uvedených v Tabuľke 5.

**Tabuľka 5:** Typ publikácií s referenciou k MRS v databázach Web of Science a Scopus (Databázy WoS, Scopus, 2018)

Typ výstupu	Počet výstupov WoS	% z 613 WoS	Počet výstupov Scopus	% z 1029 Scopus
ČLÁNOK	579	94.454 %	929	90.282 %
KONFERENCEŇNÝ PRÍSPEVOK	27	4.405 %	59	5.734 %
RECENZIA	18	2.936 %	16	1.555 %

Vo vedeckom svete je už celé posledné storočie dominancia anglického jazyka. Aj v našom prípade sa jedná o výsledky pohybujúce sa okolo 90 %. Žiaden iný jazyk neprekročil hranicu 3 %. Nepredpokladáme zmenu do budúcnosti.



**Tabuľka 6:** Jazyk publikácií s referenciou k MRS v databázach Web of Science a Scopus (Databázy WoS, Scopus, 2018)

Jazyk	Počet výstupov WoS	% z 613 WoS	Počet výstupov Scopus	% z 1029 Scopus
ANGLICKÝ JAZYK	576	93.964 %	923	89.699 %
NEMECKÝ JAZYK	9	1.468 %	27	2.624 %
ŠPANIELSKY JAZYK	9	1.468 %	30	2.915 %
PORTUGALSKÝ JAZYK	6	0.979 %	15	1.458 %
POĽSKÝ JAZYK	5	0.816 %	12	1.166 %
TALIANSKY JAZYK	2	0.326 %	2	0.194 %
RUSKÝ JAZYK	2	0.326 %	2	0.194 %
TURECKÝ JAZYK	2	0.326 %	9	0.875 %

V nasledujúcej Tabuľke 7 sú uvedené oblasti výskumu, v ktorých publikovali svoje výstupy jednotliví autori. Tabuľka referuje o využiteľnosti dotazníka MRS v rámci jednotlivých vedných oblastí.

**Tabuľka 7:** Oblasť výskumu publikácií s referenciou k MRS v databázach Web of Science a Scopus (Databázy WoS, 2018)

Oblasť výskumu	Počet výstupov WoS	% z 613 WoS
GYNEKOLÓGIA A PORODNÍCTVO	323	52.692 %
GERIATRIA A GERONTOLÓGIA	91	14.845 %
PSYCHIATRIA	60	9.788 %
INTERNÁ MEDICÍNA	59	9.625 %
VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO	42	6.852 %
NEUROLÓGIA	35	5.710 %
ENDOCRINOLÓGIA A METABOLIZMUS	32	5.220 %
FARNAKOLÓGIA	30	4.894 %
PSYCHOLÓGIA	25	4.078 %
ONKOLÓGIA	22	3.589 %

## ZÁVER

Výsledky našej prehľadovej štúdie potvrdzujú dôležitosť dotazníka Menopause Rating Scale (MRS) v oblasti hodnotenia kvality života žien v období klimaktéria a menopauzy. Takýto relevantný hodnotiaci nástroj pomáha nielen diagnostikovať problémy, ale aj určiť následný postup ich riešenia. Prechod do klimaktéria a menopauzy neznamená ukončenie doterajšieho spôsobu života i keď je sprevádzané nepríjemnými – obťažujúcimi symptómami. Tie sa dajú čiastočne eliminovať a pokračovať v kvalitnom prežívaní svojho života. Dôležitý je okrem samotnej zdravotnej starostlivosti aj prístup samotnej ženy. Je vhodné, aby ju v tomto období sprevádzali kvalifikovaní profesionáli, pôrodné asistentky (Repková, A. 2014). Štúdia bola vypracovaná v rámci projektu KEGA č. 029KU-4/2016 s názvom Empirická štúdia vplyvu klimaktéria na zdravie žien.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Databáza Scopus. 2018. [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: <https://www.scopus.com/>
- [2] Databáza Web of Science. 2018. [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: <https://apps.webofknowledge.com/>
- [3] Fait, T. 2008. Možnosti objektivizace akutního klimakterického syndromu. In: *Praktická gynekologie*. Praha : Ambit Media. 2008, č. 12, s. 230-235.
- [4] Heinemann, K., Reubig, A., Potthoff, P., a kol. 2004. The menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. In: *Health Qual. Life Outcomes*, 2004; 2: 45. [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC516787/>
- [5] Heinemann, L. AJ., Potthoff, P., Schneider, H. PG. 2003. International version of the Menopause Rating Scale (MRS). In: *Health Qual. Life Outcomes*, 2003; 1: 28 [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC183844/>
- [6] Hofmannová, L. 2005. Klimakterium. In: *Sestra*. Praha, Strategie. 2005, č. 4, s. 54.
- [7] Institute for Quality and Efficiency in Health Care. 2016. Wellbeing during menopause. [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072494/>
- [8] King, T.L. a kol. 2013. *Varney's Midwifery*. 5. vyd. Burlington : Jones & Bartlett Publishers, 2013. p. 1200. ISBN-13: 978-1284025415
- [9] Repková, A. 2014. Manažment v pôrodnej asistencii. In FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Manažment vo vybraných zdravotníckych odboroch*. Brno : Tribun EU, 2014. s. 71-99. ISBN: 978-80-263-0766-2

# USING OF ASSESSMENT TOOL MENOPAUSE RATING SCALE IN PUBLICATIONS REGISTERED IN WEB OF SCIENCE AND SCOPUS DATABASES



## ABSTRACT

Climacterium and Menopause are natural and integral part of a woman's life after reaching a certain age of life. To evaluate the difficulties and symptoms that occur during climacteric and menopause, it is necessary to have a relevant and well-evaluable tool. Menopause Rating Scale is one of the most used tools in publications excerpted in the Web of Science and Scopus databases. The most pious authors using this tool are Chedraui P., Perez - Lopez F. and Blumel JE.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Anna Králová  
Katolícká univerzita v Ružomberku  
Fakulta zdravotníctva  
Nám. A. Hlinku 48  
034 01 Ružomberok

Ústredná vojenská nemocnica SNP  
Ružomberok - FN  
ul. gen. Miloša Vesela 21  
03426 Ružomberok  
e-mail: anna.kralova88@gmail.com

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.  
Katolícká univerzita v Ružomberku  
Fakulta zdravotníctva  
Nám. A. Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
e-mail: maria.kopacikova@ku.sk

doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD. MPH.  
Katolícká univerzita v Ružomberku  
Fakulta zdravotníctva  
Nám. A. Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
e-mail: vladimir.littva@ku.sk

## KEYWORDS:

climacterium, menopause, symptoms  
in menopause, quality of life,  
questionnaire, Menopause Rating Scale

# DEZINFEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI V RÁMCI PRAXE ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH

## ABSTRAKT

Infekce spojené se zdravotní péčí jsou stále aktuální problematikou ve většině zdravotnických zařízení na národní i mezinárodní úrovni. Zdravotnické prostředky určené k opakovanému použití se mohou podílet na přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí. Účinnou prevencí v této oblasti je provádění jejich dezinfekce a vyhledávání nových alternativních metod v prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí. Všeobecné sestry představují významnou součást při poskytování bezpečné zdravotní péče. Přehledový článek se zabývá zmapováním aktuálních doporučení a zjištěním klinicky relevantních míst v oblasti provádění dezinfekce zdravotnických prostředků. Kvalitativním přehledem byly získány relevantní informace s využitím metody review a syntéza. Ze získaných informací z českých a zahraničních zdrojů, včetně legislativních zdrojů, vyplývá řada oblastí, které je nezbytné dodržovat při provádění dezinfekce opakovaně používaných zdravotnických prostředků.

MARTIN KRAUSE  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FRANTIŠEK DOLÁK  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH



## KLÍČOVÁ SLOVA:

dezinfekce, Demingův cyklus,  
infekce spojené se zdravotní péčí,  
ošetřovatelství, prevence, zdravotnický  
prostředek

## ÚVOD

Infekce spojené se zdravotní péčí patří mezi časté nežádoucí události při poskytování zdravotních služeb (Jindrák et al., 2014). Všeobecné sestry a další nelékařští zdravotničtí pracovníci v klinické praxi používají různé zdravotnické prostředky a pomůcky, které jsou určeny k opakovanému použití (Šrámová et al., 2013). Dekontaminace opakovaně používaných zdravotnických prostředků je důležitou součástí prevence infekcí spojených se zdravotní péčí. Při jejich nedodržení může nastat přenos a následný vznik nežádoucí události, tedy infekce spojené se zdravotní péčí (Melicherčíková, 2015). Mikroorganismy mohou být přeneseny z pacienta na pacienta prostřednictvím kontaminovaných a opakovaně používaných zdravotnických prostředků a zařízení (Gonzalez et al., 2015). V posledních letech se významně zvýšila incidence infekcí spojených se zdravotní péčí. Hlavním důvodem je nadužívání antibiotik a následně vznik bakteriální rezistence, včetně vzestupu rezistence vůči léčivům (Khan, et al. 2015). K nárůstu infekcí spojených se zdravotní péčí dochází na celém světě. Přenos se může uskutečnit přímým kontaktem či nepřímo prostřednictvím kontaminovaných předmětů (Yang et al., 2017). Šrámová et al. (2013) shodně uvádí, že se zdravotnické prostředky, které jsou určeny k opakovanému použití, mohou účastnit na nepřímém přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí. Mikroorganismy mohou na kontaminovaných předmětech a plochách perzistovat od několika dní do několika měsíců a mohou být přenášeny mezi pacienty a zdravotnickým personálem (Bruins et al., 2013). Odborné instituce, včetně World Health Organization, pravidelně vydávají nejnovější doporučení, kterými by se poskytovatelé zdravotních služeb měli řídit.

Infekce spojené se zdravotní péčí jsou v legislativě České republiky nejaktuálněji definovány v zákoně č. 267/2015 Sb. jako „*nemoc nebo patologický stav vzniklý v souvislosti s přítomností původce infekce nebo jeho produktů ve spojitosti s pobytem nebo výkonem prováděnými osobou poskytující péči ve zdravotnickém zařízení, v týdenním stacionáři, domově pro osoby se zdravotním postižením, domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem, v příslušné inkubační době*“ (Česko, 2015, s. 3264). Uvedená definice vychází z Doporučení Rady Evropské unie ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů (Rada Evropské unie, 2009).

## MATERIÁL A METODY

Cílem přehledového článku je vytvoření přehledu o současných doporučeních v provádění dezinfekce opakovaně používaných zdravotnických prostředků používaných v klinické praxi. Článek se dále zaměřuje na zjištění klinicky relevantních míst v oblasti provádění dezinfekce zdravotnických prostředků. K vytvoření článku byla použita metoda review a syntéza. Relevantní informace byly získány kvalitativním přehledem o dané problematice a byly vyhledány z relevantních českých a zahraničních

zdrojů. Při zpracování byly použity zejména monografie, legislativní normy, odborná periodika a mezinárodní doporučení. Klíčová slova byla zvolena decontamination, healthcare associated infections, nursing, prevention s využitím booleovských operátorů. Zdroje byly vyhledávány od září 2017 do února 2018 s využitím databází EBSCOhost, MEDSCAPE, PubMed a ScienceDirect. Aktuální legislativa byla vyhledávána v aplikaci Sbírký zákonů Ministerstva vnitra České republiky a portálu Evropské unie, dále byly využity odborné instituce zabývající se prevencí infekcí spojených se zdravotní péčí.

## VÝSLEDKY A DISKUZE

### DEZINFEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ S APLIKACÍ NA DEMINGŮV CYKLUS

Přeče o zdravotnické prostředky představuje každodenní činnost nejen všeobecných sester a proces dekontaminace vyžaduje dodržovat určitý postup (Wilson a Nayaka, 2016). Jednou variantou řízení procesu je využití tzv. Demingova cyklu, jehož autorem je Edwards Deming (Škrála a Škrlová, 2008). Tento cyklus se skládá z několika na sebe navazujících fází, a to Plan, Do, Check a Act, neboli PDCA (WHO, 2016). Jedná se o logický cyklus, který je především využíván ke zvýšení účinnosti určitého procesu (Sangpikul, 2017). Uplatňuje se zejména v oblasti řízení kvality. PDCA lze také aplikovat např. i na efektivně zavedený rámec pro zlepšení způsobu zaměřujícího se na kontinuální vzdělávání a utváření znalostí (Jones et al., 2010). S aplikací na vzdělávání Plan znamená plánovat kurz nebo lekci, Do znamená naučit lekci, přidělit práci či provádět činnosti, Check znamená zhodnotit výsledek učení a Act znamená zlepšení (Xuegao, 2013). Vzhledem k tomuto je možné, aby byl také efektivním rámcem pro realizaci dekontaminace.

### PLAN/PLÁNUJ

Provádět dezinfekci používaných zdravotnických prostředků všeobecnými sestrami umožňuje vyhláška č. 391/2017 Sb., kdy v § 4 odst. 1 písm. p) uvádí, že všeobecná sestra může „přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci“ (Česko, 2017, s. 4368). V první fázi je nezbytné si určit, o jaký typ zdravotnického prostředku se jedná (European Commission, 2010). K tomuto lze využít tzv. **Spauldingovu klasifikaci**, kterou publikoval Spaulding a Emnos (1958), a stále je aktuální, jak uvádí McDonnell a Burke (2011) či WHO (2016). Pomocí této klasifikace se zhodnocuje riziko spojené s používáním zdravotnických prostředků určených k opakovanému použití dle míry jejich invazivity. Spauldingova klasifikace zdravotnické prostředky rozděluje do několika skupin, a to na zdravotnické prostředky kritické, semikritické a nekritické (McDonnell a Burke, 2011). Tato klasifikace také slouží k určení, jaký dekontaminační postup zvolit (Hedlová, 2014). WHO (2016) přímo k tomu uvádí, že systém se používá ke kategorizaci opakovaného použití zdravotnického prostředku podle jeho následného použití a úrovně reprocessingu potřebnému k zajištění jeho následného bezpečného použití. Kritické zdravotnické prostředky zahrnují takové

prostředky, kterými se porušuje kůže nebo sliznice či pomocí kterých se vstupuje do sterilních tělesných dutin. Příkladem mohou být chirurgické nástroje, implantáty či protézy, dále rigidní endoskopy, injekční stříkačky nebo injekční jehly. Tyto prostředky by se měly sterilizovat. Další skupinu tvoří semikritické zdravotnické prostředky, které přichází do kontaktu se sliznicemi či tělesnými tekutinami. Příkladem mohou být dýchací přístroje, neinvazivní flexibilní endoskopy, močové lahve či podložní mísy. Tyto prostředky by se měly dezinfikovat pomocí chemických dezinfekčních prostředků s vyšším spektrem účinnosti. Poslední skupinou jsou nekritické zdravotnické prostředky, které přichází do kontaktu s neporušenou kůží pacienta. Příkladem mohou být tonometry či fonendoskopy. Tyto zdravotnické prostředky by se měly dezinfikovat (WHO, 2016). Některé výzkumy uvádí, že i nekritické zdravotnické prostředky mají značný vliv na problematiku přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí zejména při jejich bakteriální kontaminaci. Jedná se například o pláště, psací potřeby, brýle a jiné předměty či povrchy (Yang et al., 2017).

V dalším kroku je nezbytné zvolit adekvátní dezinfekční prostředek s ohledem na jeho spektrum účinnosti a obsah chemických látek (Melicherčíková, 2015). Rutala a Weber (2016) uvádí, že v současnou dobu nebyl do praxe zaveden žádný ideální produkt k dezinfekci předmětů a ploch při poskytování zdravotní péče. Nicméně existuje celá řada dezinfekčních prostředků, které mají nejrůznější složení a vlastnosti. Melicherčíková (2015) je rozděluje celkem do 11 skupin, tedy na hydroxidy a jiné alkálie, kyseliny a některé jejich soli, oxidační prostředky, halogeny, sloučeniny těžkých kovů, alkoholy a étery, aldehydy, cyklické sloučeniny, tenzidy včetně detergentů, kombinované sloučeniny a nové látky. V praxi se při dezinfekci předmětů a ploch velmi často používají alkoholové dezinfekční prostředky, ale je nutné si uvědomit, že alkohol neprochází do organických částí, a proto by se měl používat pouze u fyzicky vyčištěných pevných povrchů či zařízení. Další nevýhodou použití alkoholu je skutečnost, že alkohol nemá sporicidní účinnost, a proto by se neměl používat při podezření na výskyt či při samotném výskytu *Clostridium difficile* (WHO, 2016). Chemické dezinfekční prostředky mohou být rozděleny podle úrovně na dezinfekční prostředky nižší a vyšší úrovně. Dezinfekční prostředky nižší úrovně zahrnují 70% alkohol, chlorhexidin, jodofor a chlornan sodný. Tyto prostředky usmrcují vegetativní bakterie a obalené viry. Neobalené viry, prvoky, cysty, mykobakterie a bakteriální endospory jsou odolnější. Dezinfekční prostředky vyšší úrovně zahrnují aldehydy, peroxid vodíku, chlordioxid a kyselinu peroctovou. Tyto prostředky usmrcují všechny vegetativní bakterie, viry a houby. Vzhledem k dlouhé expozici mohou také usmrtit bakteriální spóry (Wilson a Nayaka, 2016).

Dále je nutné zvolit vhodný dezinfekční prostředek, kdy ideální dezinfekční prostředek by měl splňovat několik kritérií. Dezinfekční prostředek by měl mít široké spektrum mikrobiální účinnosti (včetně splňování nároků na odstranění patogenů), krátkou dobu expozice, dobré čistící vlastnosti, měl by zůstat dostatečně dlouhou dobu vlhký, aby bylo zabezpečeno usmrcení mikroorganismů, měl by být snadně použitelný, ekonomicky přijatelný, netoxický, nehořlavý, rozpustný ve vodě, stabilní v koncentrátu při jeho ředění,



kompatibilní s povrchy a vybavením používaným v běžné praxi. Dále by neměl zatěžovat životní prostředí, vyvolávat alergické reakce, měla by přetrvávat antimikrobiální účinnost na vydezinfikovaném předmětu a návod k použití by měl být stručný a srozumitelný (Rutala a Weber, 2016). Důležitým krokem je také ředění dezinfekčních roztoků, které může probíhat pomocí různých dávkovacích zařízení či se může dezinfekční prostředek přesně odměřit či zvážit. Při ředění dezinfekce je důležité nejprve napustit nádobu vodou a následně přidat dezinfekční prostředek (Melicherčíková, 2015). Důležité je vzít v úvahu, že dezinfekční prostředky a detergenty jsou účinné pouze při konkrétním ředění, to znamená, že silnější koncentrace nutně neznamená zvýšenou účinnost. Pro efektivní dezinfekci je nezbytné, aby dezinfekční roztoky byly připraveny v doporučené koncentraci stanovené výrobcem (WHO, 2016). Měly by se tedy zejména připravovat v doporučených koncentracích a expozičních (Melicherčíková, 2015). K dosažení optimální koncentrace je nutné zajistit příslušný objem koncentráту, kdy dezinfekční prostředek musí být přidán do daného objemu vody při dosažení určité teploty. K tomuto lze využít vzorec, a to (potřebná koncentrace x požadované množství v ml) / dodávaná či výchozí koncentrace dezinfekčního prostředku. Veškeré chemické dezinfekční prostředky musí být jasně označeny a použity do data expirace. Dále by měly být uskladněny ve vhodném obalu. K chemickým dezinfekčním roztokům nesmějí být přidávány ani čisticí prostředky, pokud nejsou kompatibilní a návod výrobce nedeclaruje jinak (WHO, 2016).

## DO/DĚLEJ

**R**ealizace vlastní dezinfekce opět vyžaduje dodržování určitých zásad. Při používání chemických prostředků je nutné postupovat dle návodu výrobce (Smítková a Stasková, 2015). Dle platné legislativy České republiky by se dezinfekční roztoky měly připravovat pro každou směnu čerstvé. V případě zatížení dezinfekčního roztoku biologickým materiálem by se měl dezinfekční roztok vyměnit. Pokud jsou dezinfekční prostředky určeny k vyššímu stupni dezinfekce či dvoustupňové dezinfekci, mohou se používat i na více dní, ale i zde je důležité postupovat v souladu s návodem výrobce (Česko, 2012). Dezinfekce by se měla provádět ve dvou etapách, tedy nejprve provést mechanickou očistu a následně vlastní dezinfekci (Melicherčíková, 2015). V případě, že předměty a plochy jsou kontaminovány biologickým materiálem, měla by se provést jejich okamžitá dekontaminace dezinfekčním roztokem s virucidní účinností a následně mechanická očista (Česko, 2012). Opakovaně použitelné zdravotnické prostředky musí být důkladně vyčištěny před dezinfekcí. Čištění je důležitým krokem při dekontaminaci zdravotnických prostředků. Nedostatečné čištění může zabránit efektivitě dezinfekčního procesu. Čištěním se také zabraňuje vzniku biofilmu na zdravotnických prostředcích či jiných předmětech a plochách. Zbytky organických a anorganických částí zabraňují přímému kontaktu s dezinfekčními prostředky a jsou pro proces následně neúčinné. Při čištění je důležité jednotlivé části zdravotnického prostředku rozebrat, aby mohly být čištěny jednotlivé povrchy. Předměty by měly být při čištění zcela ponořeny do dezinfekčního roztoku, aby se při čištění minimalizovala tvorba aerosolu. V případě použití kartáčů by se měly volit kartáče měkké (nylonové), aby se



zabránilo poškození povrchu zdravotnického prostředku. Důležité je kartáč následně odezinfikovat a důkladně jej vysušit (WHO, 2016).

Dezinfekce se provádí pomocí omytí, ponoření, postřiku, teplého či studeného aerosolu, dezinfekční pěny, plynování či fumigace. V případě, že se dezinfikovaný předmět musí ponořit, je důležité jej ponořit celý bez přítomnosti bublin. Dále se může dezinfekční prostředek aplikovat prostřednictvím otření předmětu či plochy. Ovšem zde je opět důležité dodržet stanovenou dobu expozice a postupovat dle návodu výrobce (Melicherčíková, 2015). Klinicky relevantním místem při dezinfekci nemocničních ploch a předmětů ručním otíráním je zejména lidský faktor, kdy efektivita otření je v reálném čase velmi variabilní (Doll et al., 2015). V klinické praxi se velmi často používají k otření různé dezinfekční ubrousky apod. Další klinicky relevantní oblastí je při těchto činnostech dodržení času stírání, tlaku vyvíjeného při stírání, počtu stírání či jejich použití na více plochách najednou. Pokud se uvedené zásady nedodrží, opět může nastat přenos infekcí spojených se zdravotní péčí (Sattar et al., 2015). Například v Irsku nedoporučují v praxi vůbec používat dezinfekční utěrky (Lemass et al., 2013). Aby se zabránilo vzniku rezistence, je důležité dezinfekční prostředky pravidelně střídat (Abdallah et al., 2015). Legislativa přesnou dobu střídání dezinfekčních prostředků nestanovuje (Česko, 2012). Při provádění dezinfekce je dále důležité používat osobní ochranné pracovní prostředky, které zahrnují používání rukavic, obličejového štítu, pokrývky hlavy, zástěry či pláště, obuvi a další. Použité dezinfekční prostředky a roztoky musí být likvidovány v souladu s doporučením výrobců a místních standardů (WHO, 2016).

## CHECK/KONTROLUJ

Další fází Demingova cyklu je tzv. kontrolování. Při aplikaci tohoto cyklu na realizaci dezinfekce se jedná o kontrolování účinnosti provedení dekontaminace. Platná legislativa České republiky uvádí, že ke kontrole dezinfekce lze použít chemických a mikrobiologických metod. Chemickými metodami se kvalitativně a kvantitativně stanovují aktivní látky a jejich obsah v dezinfekčních roztocích. Mikrobiálními metodami se zjišťuje účinnost dezinfekčních roztoků či mikrobiální kontaminace vydezinfikovaných povrchů, např. pomocí stěrů, otisků, oplachů apod. (Česko, 2012). WHO (2016) uvádí, že účinnost chemické dezinfekce je často nejistá a obtížně kontrolovatelná či standardizovatelná a z tohoto důvodu k tomuto doplňuje, že dezinfekce teplem je vhodnější než chemické metody.

## ACT/JEDNEJ

Důležitou součástí v provádění dezinfekce zdravotnických prostředků je také zajištění pravidelného školení zdravotnických pracovníků v této oblasti. Zdravotničtí pracovníci, včetně všeobecných sester, by měli být seznámeni s používáním zdravotnických prostředků, používanými chemikáliemi, nástroji, s používáním kartáčů při čištění,

a také by měli znát způsob čištění a jakým způsobem vhodně provádět dekontaminaci konkrétního předmětu či plochy. Důležitost sebou přináší i školení zaměřené na pravidelné proškolení zaměstnanců v oblasti relevantních bezpečnostních opatření, kdy zaměstnavatel má povinnost zaměstnance o tomto informovat (WHO, 2016). Podstatným faktorem v prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí je podpora vedení organizace i v oblasti propojení sester pro kontrolu infekcí s celým zdravotnickým týmem (Peter et al., 2018). Kontinuální vzdělávání je významnou součástí efektivity programu prevence infekcí spojených se zdravotní péčí. Školení napomáhá zaměstnancům v rozvoji v této problematice a k uvědomění si důležitosti rozpoznání chyb a jejich následné minimalizaci (WHO, 2016). Nedílnou součástí Demingova cyklu je vyhledávání alternativních metod, kdy jednou z oblastí mohou být nanomateriály s antimikrobiálními vlastnostmi. Nanomateriály jsou stále častěji využívány v různých oborech, včetně zdravotnictví (Dolez, 2015). V současnosti mohou mít nejen bakteriostatickou a baktericidní účinnost. Existují nejrůznější povrchové úpravy předmětů a ploch s využitím nanovrstvy, která obsahuje různé organicko-anorganické části zajišťující antimikrobiální účinnost (Gonçalves et al., 2018). Organickou část může tvořit organický polymer (polymethylmethakrylát) a anorganickou část např. stříbro, měď, zinek a další. Touto vrstvou je zajištěna zejména baktericidní účinnost (Šlamborová et al., 2015).

## ZÁVĚR

**D**ezinfekce zdravotnických prostředků určených k opakovanému použití je důležitou součástí prevence infekcí spojených se zdravotní péčí. Mikroorganismy mohou na neživých předmětech a plochách perzistovat různě dlouhou dobu a při neprovedení jejich dezinfekce je možný přenos těchto mikroorganismů na předměty či plochy, ale i na pacienty a zdravotnický personál. Všeobecná sestra zaujímá zásadní roli v dekontaminaci zdravotnických prostředků. Zvýšenou pozornost je nutné věnovat nekritickým zdravotnickým prostředkům, které se podílejí na přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí. Všeobecná sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci by měli postupovat dle aktuálních národních a mezinárodních doporučení. Provedení dezinfekce vyžaduje dodržovat určitý postup. K tomu může sloužit také Demingův cyklus, který zahrnuje důležité oblasti realizace dezinfekce, včetně vyhledání nových metod, kdy cílem všech opatření je minimalizace výskytu infekcí spojených se zdravotní péčí. V současné době je rovněž důležité zajistit bezpečné poskytování zdravotních služeb požadovaných nejen legislativou, ale i dalšími institucemi zabývajícími se kvalitou zdravotní péče, a tím minimalizovat veškeré následky, které s sebou infekce spojené se zdravotní péčí přináší.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABDALLAH, Marwan et al. 2015. Impact of Growth Temperature and Surface Type on The Resistance of *Pseudomonas Aeruginosa* and *Staphylococcus aureus* Biofilms to Disinfectants. *International Journal of Food Microbiology*. 214(2), 38–47. DOI 10.1016/j.ijfoodmicro.2015.07.022
- [2] BRUINS, Marjan et al. 2013. Otitis externa following aural irrigation linked to instruments contaminated with *Pseudomonas aeruginosa*. *Journal of Hospital Infection*. 84(3), 222–226. DOI 10.1016/j.jhin.2013.04.010.
- [3] ČESKO, 2012. Vyhláška č. 306 ze dne 24. září 2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 109, s. 3954–3984. ISSN 1211-1244.
- [4] ČESKO. 2015. Zákon č. 267 ze dne 14. října 2015, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 108, s. 3260–3303. ISSN 1211-1244.
- [5] ČESKO. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 29. listopadu, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 137, s. 4360–4375.
- [6] DOLEZ, Patricia, ed. 2015. *Nanoengineering: Global Approaches to Health and Safety Issues*. Amsterdam: Elsevier. ISBN 978-0-444-62747-6.
- [7] DOLL, Michelle et al. 2015. Touchless Technologies for Decontamination in the Hospital: a Review of Hydrogen Peroxide and UV Devices. *Current Infectious Disease Reports*. 17(9), 498. DOI 10.1007/s11908-015-0498-1.
- [8] EUROPEAN COMMISSION. 2010. *Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks: SCENIHR*. Brusel: European Commission. ISBN 978-92-79-12729-8.
- [9] GONÇALVES, Lidiane P. et al. 2018. Self-sterilizing ormosils surfaces based on photo-synthesized silver nanoparticles. *Colloids and Surfaces B: Biointerfaces*. 164(1), 144–154. DOI 10.1016/j.colsurfb.2017.12.016
- [10] GONZALEZ, Elizabeth et al. 2015. Ability of cleaning-disinfecting wipes to remove bacteria from medical device surfaces. *American Journal of Infection Control*. 43(12), 1331–1335. DOI 10.1016/j.ajic.2015.07.024
- [11] HASSAN, A., AHMAD A. a R. MEHBOOB. 2015. Nosocomial infections and their control strategies. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 5(7), 509–514. DOI 10.1016/j.apjtb.2015.05.001
- [12] HEDLOVÁ, Dana. 2014. Základní hygienické požadavky na provoz nemocnice a provozní řád. In: JINDRÁK, Vlastimil et al. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2815-8.

- [13] JINDRÁK, Vlastimil et al. 2014. Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2815-8.
- [14] JONES, E., M. PÄRAST a S. ADAMS. 2010. A framework for effective Six Sigma implementation. *Total Quality Management a Business Excellence*. 21(4), 415–424. DOI 10.1080/14783361003606720
- [15] KHAN, H. A., A. AHMAD a R. MEHBOOB. 2015. Nosocomial infections and their control strategies. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 5(7), 509–514. DOI 10.1016/j.apjtb.2015.05.001
- [16] LEMASS, Helen et al. 2013. Infection Prevention and Control for Primary Care in Ireland: A Guide for General Practice [online pdf]. Health Protection Surveillance Centre, [cit. 2017-12-12]. Dostupné z: <http://1url.cz/8tLaW>
- [17] McDONNELL, Gerald a Peter BURKE. 2011. Disinfection: Is It Time to Reconsider Spaulding? *Journal of Hospital Infection*. 78(3), 163–170. ISSN 0195-6701.
- [18] MELICHERČÍKOVÁ, Věra. 2015. Sterilizace a dezinfekce. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7493-139-1.
- [19] PETER, Daniel et al. 2018 Strategies to promote infection prevention and control in acute care hospitals with the help of infection control link nurses: A systematic literature review. *American Journal of Infection Control*. 46(2), 207–216. DOI 10.1016/j.ajic.2017.07.031
- [20] RADA EVROPSKÉ UNIE. 2009. Úřední věstník C 151 Rady Evropské unie ze dne 9. června 2009, o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. In: Úřední věstník Evropské unie. Svazek 52, s. C 151/1-C 151/6. ISSN 1725-5163.
- [21] RUTALA, William a David WEBER. 2016. Monitoring and improving the effectiveness of surface cleaning and disinfection. *American Journal of Infection Control*. 44(5), 69–76. DOI 10.1016/j.ajic.2015.10.039
- [22] SANGPIKUL, Aswin. 2017. Implementing academic service learning and the PDCA cycle in a marketing course: Contributions to three beneficiaries. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport & Tourism Education*. 21, 83–87. DOI 10.1016/j.jhlste.2017.08.007
- [23] SATTAR, Syed et al. 2015. Disinfectant Wipes Are Appropriate to Control Microbial Bioburden from Surfaces: Use of a New ASTM Standard Test Protocol to Demonstrate Efficacy. *Journal of Hospital Infection*. 91(4), 319–325. DOI 10.1016/j.jhin.2015.08.026
- [24] SMÍTKOVÁ, Šárka a Věra STASKOVÁ. 2015. Dekontaminace pomůcek v ošetrovatelské praxi. *Florence*. 11(10), 16–18. ISSN 1801-464X.
- [25] SPAULDING, Earle a Ellen EMMOS. 1958. Chemical Disinfection. *The American Journal of Nursing*. 58(9), 1238–1242. ISSN 0002-936X.
- [26] ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

- [27] ŠLAMBOROVÁ, Irena et al. 2013. New Type of Protective Hybrid and Nanocomposite Hybrid Coatings Containing Silver and Copper with an Excellent Antibacterial Effect Especially Against MRSA. *Materials Science and Engineering: C*. 33(1), 265–273. ISSN 0928-4931.
- [28] ŠRÁMOVÁ, Helena et al. 2013. *Nozokomiální nákazy*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-286-5.
- [29] WHO. 2016. *Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154985-1.
- [30] WILSON, Anthony a Sandeep NAYAKA. 2016. Disinfection, sterilization and disposables. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 17(10), 475–479. DOI 10.1016/j.mpaic.2016.07.002
- [31] XUEGAO, Zhang. 2013. The research and exploration about teaching reform based on the new three centers: PDCA management cycle method for reference. In: *Proceedings of the Conference on Education Technology and Information System*. Sanya, China: Curran Associates. ISBN 978-1-62993-975-9.
- [32] YANG, Dongye et al. 2017. Flashlight contamination and effectiveness of two disinfectants in a stomatology hospital. *International Journal of Nursing Sciences*. 4(2), 169–172. DOI 10.1016/j.ijnss.2017.03.008

# DISINFECTION OF MEDICAL DEVICES IN NURSING PRACTICE AS PART OF EVIDENCE – BASED PRACTICE



## ABSTRACT

Healthcare-associated infections are still current issues in most health care facilities at national and international level. Medical devices intended for reuse may be participated in the transmission of healthcare-associated infections. Effective prevention in this domain is to perform their disinfection and to search for new alternative methods in the prevention of healthcare-associated infections. General nurses are an important part of providing safe health care. The overview article deals with the mapping of current recommendations and the finding of clinically relevant sites in the field of disinfection of medical devices. With the qualitative overview has been obtained relevant information with use of the review and synthesis method. The information obtained from Czech and foreign sources, including legislative sources, reveals many areas that need to be complied during disinfection of repeatedly used medical devices.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Martin Krause, DiS.  
Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství a neodkladné  
péče  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice

Technická univerzita v Liberci  
Fakulta zdravotnických studií  
Studentská 2  
461 17 Liberec  
e-mail: martin.krause@tul.cz

Mgr. František Dolák, Ph.D.  
Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství a neodkladné  
péče  
J. Boreckého 1167/27  
370 11 České Budějovice  
e-mail: FDolak@zsf.jcu.cz

## KEYWORDS:

disinfection, Deming cycle, healthcare-associated infections, medical device, nursing, prevention

# FAKTORY KVALITY POSKYTOVÁNÍ STOMATOLOGICKÉ PÉČE V PRIVÁTNÍ STOMATOLOGICKÉ PRAXI Z POHLEDU PACIENTA

JOSEF KUNKELA  
LENKA KOMÁRKOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ  
V PRAZE



## ABSTRAKT

Studie se zabývá problematikou poskytování služeb v privátním stomatologickém zařízení s cílem posouzení vlivu rozhodujících faktorů kvality. Práce je zaměřena na posouzení hodnoty poskytované stomatologické péče z pohledu pacienta. Důraz byl kladen na tyto faktory kvality: přístup recepce kliniky, přístup lékařského personálu, čekací doba na ošetření, čekací doba v čekárně, vstřícnost při řešení akutního problému, bezbolestnost zákroku, funkčnost a trvanlivost zákroku, celkové prostředí kliniky, za účelem tvorby přidané hodnoty pro pacienta, jako jednoho z pilířů loajality. Pro získání názorů na kvalitu poskytovaných služeb byl proveden průzkum mezi pacienty soukromé stomatologické kliniky, včetně statistického vyhodnocení a potvrzení výzkumných otázek. Výsledky vyhodnocení ukazují, že za nejdůležitější faktory kvality pacienti považují: funkčnost a trvanlivost zákroku, vstřícnost při řešení aktuálního problému, přístup lékařského personálu a bezbolestnost zákroku. Zajímavým zjištěním je i to, že cena za poskytnutou péči vyšla až na 5. - 6. místě. Práce ukazuje,

že získávání zpětné vazby pacientů na kvalitu poskytování stomatologické péče se jeví jako velmi prospěšné pro další rozvoj zdravotnického zařízení a zajištění maximální loajality pacientů.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

kvalita, cena, spokojenost, zdravotní péče, stomatologie



## ÚVOD A SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ

**D**le statistických měření odborné úrovně poskytované péče českého zdravotnictví Českým statistickým úřadem, Světovou zdravotnickou bankou a Světovou zdravotnickou organizací (WHO Mortality Database), kde nejzákladnějším porovnávaným údajem je mortalita jednotlivých onemocnění, si stojíme v porovnání s ostatními státy světa více než dobře. Zdravotnictví je ale třeba chápat komplexně a nelze porovnávat pouze počet přeživších, ale také v jakém psychickém a fyzickém stavu se po léčbě nacházejí a jak velká újma v jejich životě nastala. Podobné je to i s porovnáním odborné úrovně poskytované péče a její dostupnosti, oproti kvalitě poskytované lékařské služby jako celku, kde je možné nalézt velké rezervy. Stomatologie je jeden z mála lékařských oborů, kde mortalita není zásadním ukazatelem úspěšnosti léčby, natož kvality poskytované péče. O to lépe je možné hodnotit celkovou kvalitu služeb poskytované péče v tomto oboru i její jednotlivé charakteristické rysy. Kvalita jednotlivých stomatologických zákroků je ze strany ošetřujících definována lege-artis pracovními postupy, provozními standardy kvality, hodnotovým řetězcem, specifikovanou přidanou hodnotou, nebo efektivitou každého zákroku.

Kvalitou stomatologické péče, jako jednoho z klíčových faktorů hodnocení služeb, se čeští autoři zabývají relativně málo. Uvedeným tématem se částečně zabývají např. dvě kvalifikační práce. První z nich je diplomová práce Filandrové (2010), která se pokusila zpracovat a vyhodnotit podnikatelský záměr z oblasti zubního lékařství. Podnikatelský záměr byl zpracován pro vznikající zubní praxi společnosti Endivia Dent, jež vytvořila moderní zubní kliniku v centru Českých Budějovic. Druhou je bakalářská práce Plucarové (2014), v níž se autorka zabývá jednotlivými kroky, kterými musí absolvent stomatologie projít při zahájení soukromé praxe. Konkrétně zde provádí rozbor minutové kalkulace stomatologické ordinace, blíže vysvětluje způsob stanovení ceníku stomatologických výkonů a představuje jednotlivé formy financování výkonů. Zevrubněji se danou problematikou zabývá Kotyza (2015) ve své knize *Marketing ve stomatologii*, v níž detailně diskutuje uplatňování marketingových přístupů s hlavním cílem zhodnotit možnosti jejich využití v praxi stomatologických ordinací, včetně využitelnosti segmentace pacientů, s vyhodnocením současné role marketingu a marketingových nástrojů aplikovatelných v provozování stomatologické činnosti u zubních lékařů a jejich pacientů. Kotyza (2015) poskytuje i praktická doporučení pro aplikaci marketingového přístupu v praxi.

Na rozdíl od českého prostředí, v zahraniční literatuře publikované výsledky týkající se řízení a kontroly kvality ve stomatologii jsou pochopitelně četnější. Významným přínosem je série tří článků autorů Campbell a Tickle (2013a, 2013b) a Tickle a Campbell (2013) zkoumajících kvalitu primární dentální péče. První práce (Campbell a Tickle, 2013a) se pokouší definovat, co se vlastně kvalitou ve stomatologii rozumí. Autoři práce konstatují, že v akademické literatuře existuje malá shoda o tom, co kvalita v dentální péči skutečně znamená, a že bez skutečného pochopení tohoto konceptu je obtížné kvalitu systematicky



měřit a zlepšovat. Kvalita zdravotní péče ve stomatologii bude znamenat různé věci pro zubní lékaře, politiky a pacienty, ale rámec by mohl být modelován podle definic z jiných odvětví zdravotní péče se zaměřením na přístup, rovnost a celkovou zkušenost v oblasti zdravotní péče. Ve druhém článku (Tickle a Campbell, 2013) je zvažován způsob měření kvality ve stomatologii. Autoři zdůrazňují, že pokud nebudou existovat validní a spolehlivé nástroje pro měření kvality, kvalita se nikdy nezlepší. Pokud mají být nástroje pro měření kvality použity, musí být přijatelné pro pacienty, stejně tak jako pro vytížené stomatologické praxe z hlediska praktičnosti a nákladů. Závěrečný článek série (Campbell a Tickle, 2013b) je zaměřen na zlepšení kvality. To se podle autorů liší od zajištění kvality (které má retrospektivní podstatu) v tom, že se pokouší využít cyklus hodnocení kvality a zaměřuje se na organizaci nebo systém produkce ve stomatologii jako celku. V práci je diskutována koncepce zlepšení kvality na základě vědeckých důkazů z jiných zdravotnických oblastí. Tato koncepce je pak vztažena ke kontextu primární dentální péče a ke způsobu, jakým se stomatologie v současnosti zaměřuje na zlepšení kvality. Práce obsahuje rovněž doporučení pro strategii zvyšování kvality, založenou na systému dentální péče, a identifikuje pravděpodobné bariéry a naopak facilitátory tohoto přístupu.

Výzkumu efektivnosti programu managementu kvality v praxi dentální péče se věnují Goetz a kol. (2014). Ve své práci vycházejí z premisy, že strukturovaný management kvality je důležitým aspektem pro zlepšení výsledků zubní péče u pacientů, chybí však spolehlivé důkazy o validitě účinků. Jejich cílem bylo proto prozkoumat efektivnost programu managementu kvality v primární péči o zubní péči v Německu. Provedli průzkumnou studii s rámcem zkoumání „před a po“. V rámci této studie bylo do intervenční skupiny vybráno 45 dentálních praxí, které dvakrát ukončily akreditační schéma *European Practice Assessment* (EPA). Průměrný interval mezi hodnocením před a po byl 36 měsíců. Srovnávací skupina sestávala z 56 zubních praxí, které prošly prvním hodnocením současně s následným (post) hodnocením v intervenční skupině. Ty dentální praxe, které implementovaly program managementu kvality, měly lepší organizační kvalitu než srovnávací skupina. To může odrážet jak zlepšení intervenční skupiny, tak účinek selekce těch zubních praxí, které se dobrovolně přihlásily do prvního kola EPA hodnocení praxí.

Praktickým problémům při zakládání soukromé zubní praxe se věnují Bhat a Bhumika (2011). Vycházejí z předpokladu, že čerství absolventi stomatologie mají velmi málo znalostí o podnikání získaných při svém vzdělávání, přičemž se ovšem často zubní lékaři stávají poměrně brzy po absolvování studia majiteli privátních praxí. Článek se proto zaměřuje na marketing dentálních praxí s cílem pomoci stomatologům vytvořit potřebnou marketingovou kampaň. Úlohou leadershipu ve stomatologii ve Spojeném království se zabývá Willcocks (2016). Nabízí pohled na jednotlivé aspekty role leadershipu pro zubní lékaře. Otázkami plateb za výkony se zabývají Voinea-Griffin a kol. (2010). Diskutují systém „Pay for performance“ (tj. „Platba za výkon“), tedy motivační systém, který byl přijat v řadě medicinských oborů. Autoři diskutují, zda zavedení tohoto systému může mít za následek významné a trvalé změny v chování poskytovatele a v kvalitě péče.

Argumentují, že k tomu je potřeba, aby platby za výkon odrážely skutečnou kvalitu péče. Proto zvolili přístup orientovaný na kvalitu a zkoumají ty faktory, které by mohly ovlivnit přijetí systému zubní profesí. Identifikovali trh zubního pojištění, postavení profese zubního lékaře, organizaci dentální péče a zapojení stomatologických pacientů jako strukturální faktory, které ovlivňují způsob, jakým se stomatologická péče praktikuje a jak se za ní zaplatí.

Gârdan a Gârdan (2015) ve své práci navrhuje provést mezi spotřebiteli dentální zdravotní péče deskriptivní typ výzkumu s cílem identifikovat hlavní motivace koupě, případně nekoupě dentální služby. Studie chování spotřebitelů v oblasti zdravotní péče se stává nutností v souvislosti s transformacemi, kterými prošel zdravotní systém v Rumunsku v průběhu minulých let. Jejich výzkum ukazuje faktory, které ovlivňují proces nákupu, a je zde vyvolána otázka týkající se účinnosti vzdělávání v oblasti zubního zdraví rumunských spotřebitelů. Měřením kvality služeb dentální kliniky se zabývají i Bahadori a kol. (2015). Vycházejí z premisy, že měření kvality služeb dentální kliniky je prvním a nejdůležitějším faktorem při zlepšování péče. Poskytovaná kvalita hraje důležitou roli při spokojenosti pacienta. Cílem jejich práce bylo identifikovat faktory ovlivňující kvalitu dentální péče z pohledu pacientů, přičemž vycházeli z dotazníkového šetření. Dotazník pro účely studie byl navržen dle modelu Parasuraman a Zeithaml kvality služeb (Zeithaml, Parasuraman a Berry, 1990) a skládal se ze dvou částí. Konkrétně z demografických charakteristik pacientů a dále ze 30 položek pro měření pěti rozměrů kvality služby. Na základě výsledků šetření uvádějí, že tento model je vhodný pro měření kvality ve stomatologických službách.

Na management dentálních praxí se zaměřuje Raftu (2016), který uvádí, že úspěch ve stomatologii závisí jednak na managementu klinických aspektů, ale stejně tak na efektivním managementu dentální praxe. Spokojenost pacientů je ovlivněna faktory souvisejícími s komunikací mezi lékařem a pacientem, technickým vybavením a prostředím poskytovaným dentální praxí.

Otázkám důležitosti efektivní komunikace mezi pacientem a stomatologem se ve své práci rovněž věnují Timofe a Albu (2016). Konstatují, že dentální péče je založena obvykle na tradičním vztahu mezi lékařem a pacientem. Ve své studii si dali za cíl analyzovat postoje a znalosti pacientů, týkající se dentální péče, a dále posoudit úroveň komunikace mezi pacienty a jejich zubními lékaři. Zjištění uvedené studie je, že identifikace zdravotní gramotnosti pacientů v oblasti zubních služeb vede k lepší komunikaci mezi zubním lékařem a pacientem, což je nezbytné pro zavedení systému řízení kvality ve stomatologii. Efektivní komunikace rovněž vede k vysoké míře zapojení pacienta.

## CÍL STUDIE A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

S přihlédnutím k výše popsanému stavu poznání v oblasti zkoumání kvality péče ve stomatologii jsme se rozhodli zabývat jednotlivými faktory kvality stomatologického ošetření a hodnotit je z pohledu pacienta. Slovo pacient, ve vztahu k jeho chování a pohnutkám, je velmi široký pojem. Vzhledem ke stupni dentální gramotnosti populace, nebo přesněji dentálního IQ populace, rozlišujeme zájemce o stomatologickou péči do 4 kategorií, viz obrázek 1.



**Obrázek 1:** Dentální IQ

Stále mnoho lidí nechápe význam orálního zdraví vzhledem k celkovému zdraví, natož z estetického hlediska. Bolest, a tudíž potřeba ošetření, posílá vyhýbače ošetření na pohotovost, edukativní činnost v oblasti významu orálního zdraví dělá z váhačů pacienty – zákazníky ordinací. Tato studie se zaměřuje hlavně na skupinu pacientů – zákazníků konkrétní privátní praxe, nikoliv na pravidelné návštěvníky pohotovostí, kteří mají jiná hodnotící kritéria poskytované stomatologické péče.

Cílem studie je zjistit vnímanou důležitost faktorů kvality ambulantní zdravotní péče ve stomatologii, resp. identifikovat faktory kvality, se kterými jsou pacienti v rámci zdravotní péče v oblasti stomatologie nejméně spokojeni, a to i s ohledem na diagnózu pacienta. Konkrétně je cílem zodpovědět následující výzkumné otázky:

*VO1: Které faktory kvality poskytování stomatologické péče jsou vnímány pacienty jako nejdůležitější a jak si stojí ve srovnání s cenou?*

*VO2: Se kterými faktory kvality poskytované stomatologické péče jsou pacienti nejméně spokojeni a jak si stojí ve srovnání s cenou?*

*VO3: Liší se vnímání důležitosti faktorů kvality stomatologické péče s ohledem na diagnózu pacienta?*

*VO4: Liší se spokojenost s faktory kvality poskytované stomatologické péče s ohledem na diagnózu pacienta?*

## DATA A METODY

Studie vycházela z dotazníkového šetření, které proběhlo mezi pacienty starších 15 let ve zdravotnickém zařízení KUNKELA Clinic s celkovým počtem 4 013 pacientů v období 9/2014–1/2015. Osloveno bylo 383 pacientů. Celkem dotazník, který byl distribuován v papírové formě, vyplnilo 364 respondentů. Návratnost dotazníků tedy činila 95 %. Do studie bylo nakonec zahrnuto 362 respondentů (168 mužů a 194 žen), kteří měli všechny sledované položky v dotazníku vyplněné.

Vzhledem k tomu, že nejčastějšími onemocněními dutiny ústní je zubní kaz (**diagnóza č. 1**) a zánět dásní (**diagnóza č. 2**). Přesněji do diagnózy č. 1 patří diagnóza K 089 - onemocnění tvrdých zubních tkání velkého rozsahu a diagnóza K 021 – onemocnění tvrdých zubních tkání malého rozsahu. Diagnóza č. 2 zahrnuje diagnózu Z 012 – onemocnění parodontu malého rozsahu a diagnózu K 045 – onemocnění parodontu velkého rozsahu). Pacienty jsme rozdělili do dvou skupin podle základních diagnóz. Počty respondentů vzhledem k diagnóze, pohlaví a věku sumarizuje tabulka 1, ze které vyplývá, že 319 respondentů (156 mužů a 163 žen) mělo diagnózu č. 1 a 43 respondentů (12 mužů a 31 žen) diagnózu č. 2.

**Tabulka 1:** Počty respondentů vzhledem k diagnóze, pohlaví a věku: Absolutní (relativní) četnosti

věk	Diagnóza č. 1		Diagnóza č. 2	
	muži	ženy	muži	ženy
16 až 25 let	10 (2,8 %)	23 (6,4 %)	4 (1,1 %)	4 (1,1 %)
26 až 40 let	46 (12,7 %)	57 (15,7 %)	2 (0,6 %)	8 (2,2 %)
41 až 60 let	72 (19,9 %)	75 (20,7 %)	5 (1,4 %)	17 (4,7 %)
61 a více let	28 (7,7 %)	8 (2,2 %)	1 (0,3 %)	2 (0,6 %)
Celkem	156 (43, 1%)	163 (45,0 %)	12 (3,3 %)	31 (8,6 %)

Vnímaná důležitost kvality poskytované zdravotní péče i spokojenost s kvalitou této péče byla vyjadřována pomocí pětistupňové ordinální škály, kde hodnocení 1 znamenalo nejmenší důležitost/spokojenost a hodnocení 5 největší důležitost/spokojenost. Jak u vnímané důležitosti, tak u spokojenosti bylo hodnoceno následujících osm faktorů kvality:

*Recepce* – přístup recepce kliniky;  
*Personál* – přístup lékařského personálu;  
*Objednání* – čekací doba na ošetření (od objednání);  
*Čekání* – čekací doba v čekárně;  
*Vstřícnost* – vstřícnost při řešení akutního problému;  
*Bezbolestnost* – bezbolestnost zákroku;  
*Funkčnost* – funkčnost a trvanlivost zákroku;  
*Prostředí* – celkové prostředí kliniky.

Obdobným způsobem byla vyhodnocena i cena za poskytnutou péči (označena ve výsledcích jako *Cena*).

Data z dotazníkového šetření byla zpracována ve statistickém software R (R Core Team, 2018). První dvě výzkumné otázky (VO1, VO2) byly zodpovězeny pomocí popisné statistiky. Porovnání vnímané důležitosti faktorů kvality zdravotní péče (VO3), resp. spokojenosti pacientů s těmito faktory (VO4) vzhledem k diagnóze bylo provedeno pomocí *vícenásobné ordinální regrese*, kdy do modelu vstupovaly kromě diagnózy i pohlaví a věk pacienta jako možné matující proměnné. Porovnání odpovědí mezi skupinami pacientů s diagnózou č. 1 a č. 2 bylo tedy provedeno *s adjustací vůči pohlaví a věku pacienta*. Statistická významnost byla posuzována na 5% hladině významnosti.

## VÝSLEDKY A DISKUZE

**P**oměrné zastoupení jednotlivých odpovědí znázorňují skládané sloupcové grafy na obrázku 2. Na základě těchto výsledků lze označit za nejdůležitější faktory kvality: funkčnost a trvanlivost zákroku (*Funkčnost*), vstřícnost při řešení aktuálního problému (*Vstřícnost*), přístup lékařského personálu (*Personál*) a bezbolestnost zákroku (*Bezbolestnost*). Průměrné hodnocení u těchto čtyř faktorů přesáhlo 4,5 bodu, viz tabulka 2. Toto pořadí vychází stejně i v rámci diagnóz. Za pozornost stojí, že cena za poskytnutou péči vyšla (společně s celkovým prostředím kliniky) až na 5. – 6. místě, což je velmi důležitý ukazatel z hlediska možností nastavení úrovně a kvality poskytovaných služeb.

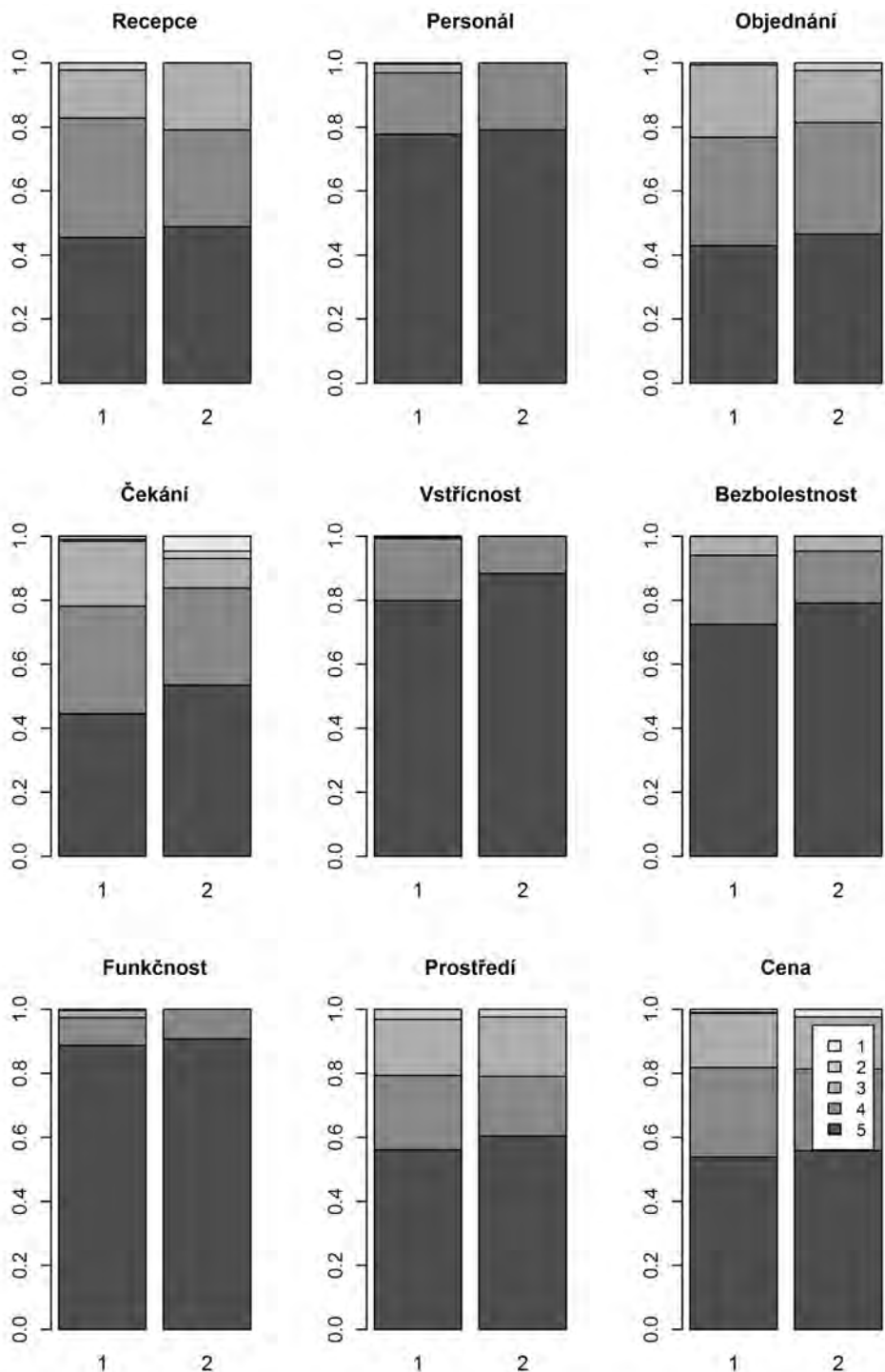
**Tabulka 2:** Bodové hodnocení pro DŮLEŽITOST: Průměry a směrodatné odchylky s ohledem i bez ohledu na typ diagnózy

Faktor kvality	Diagnóza č. 1		Diagnóza č. 2		Celkem	
	průměr	s. odch.	průměr	s. odch.	průměr	s. odch.
Recepce	4,26	0,79	4,28	0,80	<b>4,26</b>	<b>0,79</b>
Personál	4,74	0,52	4,79	0,41	<b>4,75</b>	<b>0,51</b>
Objednání	4,19	0,80	4,26	0,82	<b>4,20</b>	<b>0,80</b>
Čekání	4,20	0,85	4,26	1,05	<b>4,21</b>	<b>0,87</b>
Vstřícnost	4,79	0,46	4,88	0,32	<b>4,80</b>	<b>0,45</b>
Bezbolestnost	4,66	0,59	4,74	0,54	<b>4,67</b>	<b>0,58</b>
Funkčnost	4,86	0,45	4,91	0,29	<b>4,86</b>	<b>0,44</b>
Prostředí	4,32	0,87	4,37	0,87	<b>4,33</b>	<b>0,87</b>
Cena	4,34	0,83	4,33	0,92	<b>4,33</b>	<b>0,84</b>

Tabulka 3 a obrázek 3 dávají představu o spokojenosti respondentů s jednotlivými faktory kvality, resp. cenou. Nejvíce jsou dle průměrných hodnot spokojeni s celkovým prostředím a s přístupem recepce kliniky (4,82, resp. 4,81) a naopak nejméně jsou spokojeni s čekací dobou jak v čekárně, tak i na ošetření od objednání (3,50, resp. 3,58). Cena byla vyhodnocena jako třetí v pořadí, se kterou jsou pacienti nejméně spokojeni (3,79). Průměrná spokojenost se čtyřmi faktory kvality, které byly označeny respondenty za nejdůležitější, se pohybovala v rozmezí 4,60 až 4,74, resp. 4,59 až 4,81 v případě diagnózy č. 1.

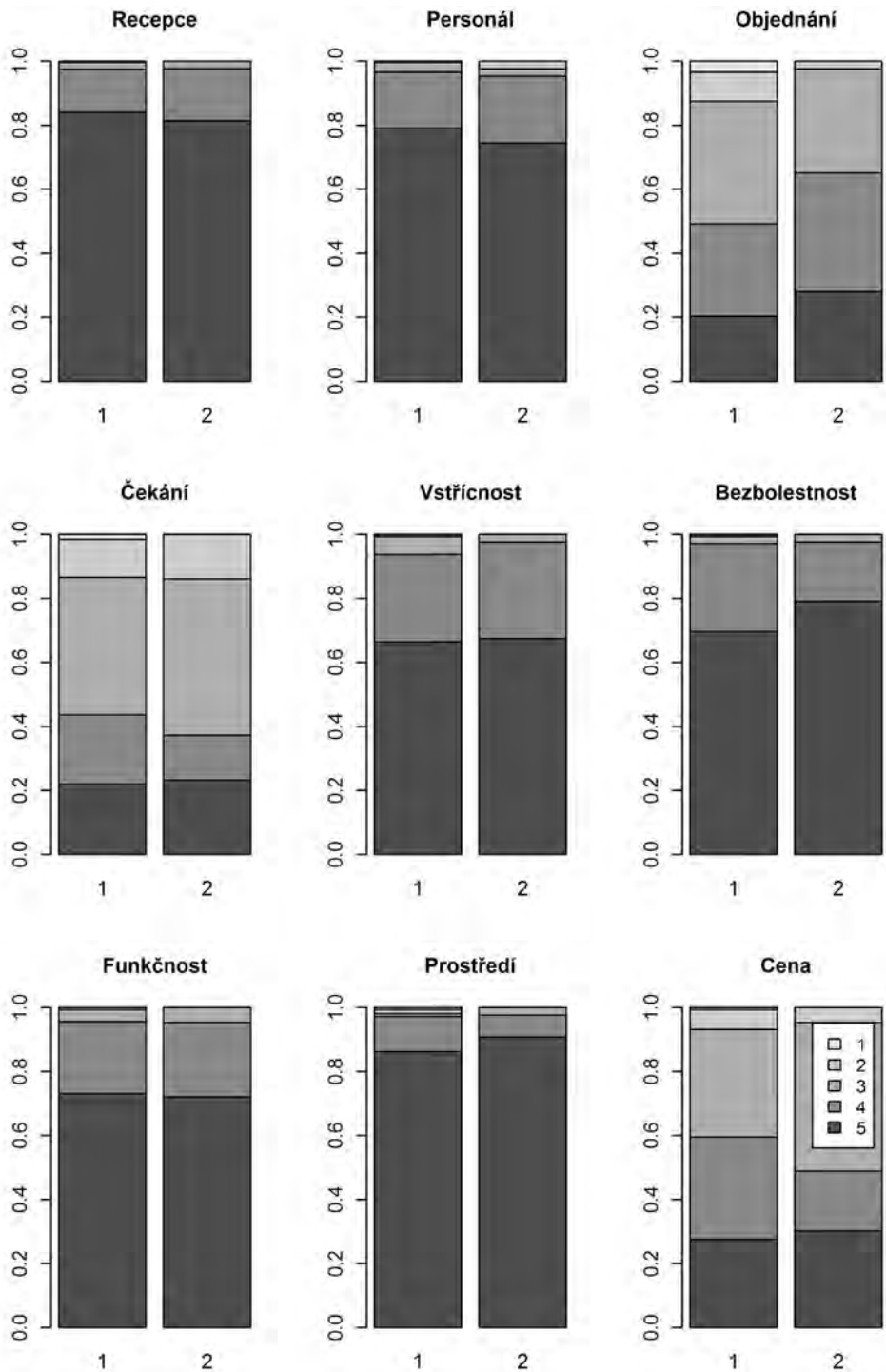
**Tabulka 3:** Bodové hodnocení pro SPOKOJENOST: Průměry a směrodatné odchylky s ohledem i bez ohledu na typ diagnózy

Faktor kvality	Diagnóza č. 1		Diagnóza č. 2		Celkem	
	průměr	s. odch.	průměr	s. odch.	průměr	s. odch.
Recepce	4,81	0,49	4,79	0,47	<b>4,81</b>	<b>0,48</b>
Personál	4,75	0,54	4,67	0,64	<b>4,74</b>	<b>0,55</b>
Objednání	3,54	1,02	3,91	0,84	<b>3,58</b>	<b>1,01</b>
Čekání	3,50	1,01	3,47	1,01	<b>3,50</b>	<b>1,01</b>
Vstřícnost	4,59	0,66	4,65	0,53	<b>4,60</b>	<b>0,64</b>
Bezbolestnost	4,66	0,59	4,77	0,48	<b>4,67</b>	<b>0,58</b>
Funkčnost	4,67	0,61	4,67	0,57	<b>4,67</b>	<b>0,60</b>
Prostředí	4,81	0,57	4,88	0,39	<b>4,82</b>	<b>0,55</b>
Cena	3,80	0,94	3,74	0,95	<b>3,79</b>	<b>0,94</b>



**Obrázek 2:** Rozdělení hodnocení respondentů pro DŮLEŽITOST u jednotlivých faktorů kvality a ceny vzhledem k jejich diagnóze (na ose *x* je číslo diagnózy, na ose *y* proporce)





**Obrázek 3:** Rozdělení hodnocení respondentů pro SPOKOJENOST u jednotlivých faktorů kvality a ceny vzhledem k jejich diagnóze (na ose  $x$  je číslo diagnózy, na ose  $y$  proporce)



Pro zodpovězení výzkumných otázek VO3 a VO4 byly konkrétně použity vícenásobné modely ordinální regrese s kumulativními logity a proporcionálními šancemi. Pro každý faktor kvality zdravotní péče byla vnímaná důležitost, resp. spokojenost v modelu ordinální odezvou a diagnóza, pohlaví a věk byly prediktory. Prediktor diagnóza, resp. pohlaví vstupoval do modelu pomocí jedné umělé 0–1 proměnné a prediktor věk pomocí tří umělých 0–1 proměnných. Referenční kategorií u diagnózy byla diagnóza č. 1, u pohlaví muž a u věku nejmladší věková kategorie 16 až 25 let. Obdobně se postupovalo i v případě vnímání důležitosti ceny a spokojenosti s cenou za poskytnutou zdravotní péči.

Výsledky ordinální regrese pro vnímanou důležitost faktorů kvality zdravotní péče a ceny poskytuje tabulka 4. V případě diagnózy a pohlaví jsou k dispozici bodové i intervalové odhady poměru šancí mezi diagnózami, resp. pohlavími. Efekt věku byl posuzován pomocí testu založeného na poměru věrohodností modelu se všemi efekty a podmodelem bez věku, resp. tří umělých proměnných zastupujících věk. Z tabulky 4 vyplývá, že největší rozdíl ve vnímané důležitosti mezi pacienty s různými diagnózami (s adjustací vzhledem k pohlaví a věku) je u vstřícnosti při řešení aktuálního problému (*Vstřícnost*), kde šance je odhadována o 91 % vyšší u pacientů s diagnózou č. 2 oproti diagnóze č. 1. Nicméně, tento výsledek není na 5% hladině významnosti statisticky významný ( $p = 0,196$ ). Důležitost jednotlivých faktorů kvality ani ceny nevnímají muži a ženy statisticky významně odlišně a neprokázal se ani vliv věku pacienta.

**Tabulka 4:** Výsledky vícenásobných ordinálních regresí pro DŮLEŽITOST: Bodové odhady poměru šancí (OR) a 95% intervaly spolehlivosti pro OR (95% CI) vzhledem k diagnóze a pohlaví; p-hodnoty významnosti jednotlivých efektů (diagnóza, pohlaví, resp. věk) adjustované vůči vlivu zbylých dvou efektů.

Faktor kvality	Diagnóza			Pohlaví			Věk
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	p
Recepce	0,99	(0,54; 1,82)	0,972	1,31	(0,88; 1,96)	0,186	0,568
Personál	1,02	(0,46; 2,28)	0,952	1,35	(0,81; 2,25)	0,251	0,531
Objednání	1,21	(0,66; 2,22)	0,533	1,06	(0,72; 1,58)	0,758	0,411
Čekání	1,44	(0,78; 2,67)	0,249	0,81	(0,54; 1,21)	0,298	0,599
Vstřícnost	1,91	(0,72; 5,12)	0,196	1,17	(0,68; 2,01)	0,562	0,566
Bezbolestnost	1,41	(0,65; 3,07)	0,391	1,10	(0,68; 1,77)	0,693	0,903
Funkčnost	1,18	(0,39; 3,59)	0,770	1,04	(0,53; 2,07)	0,902	0,445
Prostředí	1,17	(0,62; 2,21)	0,628	0,95	(0,63; 1,43)	0,804	0,785
Cena	1,06	(0,57; 1,98)	0,853	0,94	(0,63; 1,42)	0,777	0,812

Obdobně tabulka 5 prezentuje výsledky ordinální regrese pro spokojenost se zdravotní péčí a cenou za poskytnutou péči. Z tabulky 5 vyplývá, že největší rozdíl ve spokojenosti mezi pacienty s různými diagnózami (s adjustací vzhledem k pohlaví a věku) je u čekací doby na ošetření od objednání (*Objednání*). Odhad šance na větší spokojenost je zde téměř dvojnásobný u pacientů s diagnózou č. 2 oproti diagnóze č. 1. Tento výsledek je jako jediný vzhledem k diagnóze statisticky významný ( $p = 0,024$ ). Navíc faktor *Objednání* byl identifikován jako druhý v pořadí, se kterým jsou pacienti nejméně spokojeni (viz tabulka 3). Pomocí ordinální regrese se dále prokázal statisticky významný vliv pohlaví u spokojenosti s přístupem recepce kliniky (*Recepce*) a lékařského personálu (*Personál*), kdy ženy jsou výrazně spokojenější než muži. Připomeňme, že faktor kvality *Personál* byl vnímán pacienty jako třetí nejdůležitější (viz průměry v tabulce 2). Vliv věku na spokojenost se ani u jednoho z uvažovaných faktorů kvality, ani ceny neukázal jako statisticky významný.

**Tabulka 5:** Výsledky vícenásobných ordinálních regresí pro SPOKOJENOST: Bodové odhady poměru šancí (OR) a 95% intervaly spolehlivosti pro OR (95% CI) vzhledem k diagnóze a pohlaví; p-hodnoty významnosti jednotlivých efektů (diagnóza, pohlaví, resp. věk) adjustované vůči vlivu zbylých dvou efektů.

Faktor kvality	Diagnóza			Pohlaví			Věk
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	p
Recepce	0,84	(0,36; 1,97)	0,683	<b>1,90</b>	<b>(1,06; 3,40)</b>	<b>0,031</b>	0,133
Personál	0,66	(0,31; 1,40)	0,279	<b>2,01</b>	<b>(1,19; 3,39)</b>	<b>0,009</b>	0,452
Objednání	<b>1,97</b>	<b>(1,09; 3,56)</b>	<b>0,024</b>	1,07	(0,73; 1,58)	0,726	0,136
Čekání	0,94	(0,52; 1,71)	0,845	0,79	(0,54; 1,17)	0,245	0,848
Vstřícnost	1,14	(0,57; 2,27)	0,714	1,14	(0,73; 1,78)	0,569	0,263
Bezbolestnost	1,66	(0,76; 3,63)	0,200	0,88	(0,55; 1,40)	0,586	0,721
Funkčnost	0,92	(0,45; 1,89)	0,816	0,93	(0,58; 1,51)	0,771	0,279
Prostředí	1,51	(0,51; 4,52)	0,459	0,92	(0,49; 1,74)	0,802	0,181
Cena	0,85	(0,47; 1,53)	0,591	1,26	(0,85; 1,86)	0,243	0,448

## ZÁVĚR

Cílem studie je pomoci pacientům k lepším službám při návštěvě zubní ordinace a podpora stomatologů k větší efektivitě a zisku díky lepší komunikaci, poznání pacientova chování a priorit. Z důvodů lepší orientace v pacientových potřebách, pochopení jeho hodnot v oblasti stomatologie a poskytovaných služeb byl vytvořen a pacientům předán k vyplnění dotazník, na jehož základě jsme zodpověděli stanovené výzkumné otázky. Forma dotazníku je jedna z možností získání zpětné vazby a zjištění slabých míst poskytování péče, což je základním krokem k jejich nápravě.

Přínosy studie je možné rozdělit na teoretické a praktické. První část výsledků týkajících se vnímané důležitosti jsou obecněji přenositelné i do dalších privátních zdravotnických zařízení. Zjištění, že cena není vnímána pacienty mezi třemi nejdůležitějšími faktory a v žebříčku nespokojenosti stojí na třetím místě, může být částečně uspokojujivým výsledkem, protože v zemích východní Evropy bývá hlavním post-transformačním efektem ve zdravotnictví nespokojenost s cenou za ošetření (viz např. Gârdan a Gârdan, 2015). Druhá část výsledků představuje praktické poznatky, které budou sloužit ke zlepšení služeb konkrétní stomatologické kliniky. Závěry výsledků hodnocení dotazníku ve vybraném zdravotnickém zařízení poukazují na vysokou pacientovu zainteresovanost na hodnotě poskytovaných služeb a upozorňuje na nedostatky poskytovatele, které je zapotřebí odstranit.

Jako nejvíce kritický se jevil nedostatek v dlouhém čekání na termín ošetření, a i na samotný stomatologický zákrok v čekárně. Najít řešení na požadavek obdržení kratších termínů ošetření není často jednoduchý. V první řadě je třeba odlišit závažnost ošetření související s akutním stavem od požadavku pacienta, který snese odklad. V případě neodkladného ošetření je zapotřebí pro tyto pacienty zablokovat v kalendáři místo každý pracovní den, a to nejlépe okamžitě ráno, hlavně v případě dnů následujících pro dnech státních svátků. Další rezervaci místa pro pacienty s bolestí je vhodné plánovat po obědě, kdy je možné nabídnout termín léčby pacientům, kteří se dovolali s tímto požadavkem dopoledne. Termíny pro stavy, které snesou odklad, je velmi složité kvalifikovat na ještě akceptovatelné a již neakceptovatelné, proto bude vycházet vždy ze subjektivních pocitů pacienta. Pohled na tuto problematiku je navíc komplikován počtem stomatologů v jednotlivých oblastech, a i dobrou nebo špatnou odbornou pověstí (goodwill) jednotlivých zubních lékařů. Analýzou a prognózou vývoje počtu a demografické struktury stomatologů v České republice se zabýval Hanáček (2017) s poukazem o nadbytku stomatologů ve velkých městech a nedostatku na malých městech a vesnicích. Problematika doby čekání pacienta na zákrok v čekárně je plně v kompetenci zubního lékaře a jeho dentálního týmu. Vždy záleží nejenom na zkušenosti zubního lékaře správně odhadnout optimální dobu zákroku, který poskytuje, a tím si na tento výkon rezervovat dostatečný časový prostor, ale také na schopnosti pověřené osoby (nejčastěji zdravotní sestry nebo recepční), která pacienta

objednává, aby lékařem doporučené časy během procesu objednávání dodržovala a nenechala se ovlivnit tlakem žádostí o termín.

Zpětná vazba na poskytované služby může být výborným nástrojem na jejich zlepšení. Vždy bude ovšem záležet na tom, jaký postoj každý jednotlivý odpovědný pracovník zdravotnického zařízení k získaným informacím zaujme, jakou sjedná, nebo nesjedná nápravu. Všeobecně, získávání zpětné vazby pacientů na kvalitu poskytování stomatologické péče vidíme jako velmi prospěšnou pro další rozvoj zdravotnického zařízení a zajištění maximální loajality pacientů. Rozhodli jsme se pro další pokračování ve zkoumání hodnot pacienta ve vztahu ke stomatologickým službám tím, že poskytneme dotazník dalším stomatologickým zařízením, a na základě sběru dat z celé České republiky provést komplexní šetření, které bude časově velmi náročné, ale výsledky budou jistě zajímavé a užitečné.

### **Poděkování**

Článek vznikl za podpory projektu Interní grantové soutěže Vysoké školy ekonomické v Praze IG F6/78/2017.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAHADORI, Mohammadkarim., RAADABADI, Mehdi, RAVANGARD, Ramin, BALDACCHINO, Donia. Factors affecting dental service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2015, roč. 28, č. 7, s. 678–689. ISSN: 0952-6862.
- [2] BHAT, Padma K., BHUMIKA, Kamal Badiyani. Dental Marketing: What Works, What Doesn't and What Can't. *International Journal of Contemporary Dentistry*. 2011, roč. 2, č. 3, s. 33–37. ISSN: 2229-3493.
- [3] CAMPBELL, Stephen, TICKLE, Martin. What is quality primary dental care?. *British Dental Journal*. 2013a, roč. 215, č. 3, s. 135–139. ISSN 1476-5373.
- [4] CAMPBELL, Stephen, TICKLE, Martin. How do we improve quality in primary dental care?. *British Dental Journal*. 2013b, roč. 215, č. 5, s. 239–243. ISSN: 1476-5373.
- [5] FILANDROVÁ, Simona. *Zubní lékařství jako podnikatelská aktivita*. Jindřichův Hradec, 2010. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta managementu.
- [6] GÂRDAN, Iuliana Petronela, GÂRDAN, Daniel Adrian. Research on the motivations for buying and non-buying dental health services. *Review of Economic Studies and Research Virgil Madgearu*. 2015, roč. 8, č. 1, s. 67–90. ISSN: 2069-0606.
- [7] GOETZ, Katja, CAMPBELL, Stephen M., BROGE, Björn, BRODOWSKI, Marc, WENSING, Michel, SZECSENYI, Joachim. Effectiveness of a quality management program in dental care practices. *BMC Oral Health*. 2014, roč. 14, č. 41, s. 1–7. ISSN: 1472-6831.
- [8] HANÁČEK, Jonáš. *Analýza a prognóza vývoje počtu a demografické struktury stomatologů v České republice*. Praha, 2017. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta.
- [9] KOTYZA, Otakar. *Marketing ve stomatologii*. Otakar Kotyza, 2015. 217 s. ISBN: 978-80-2608-585-0
- [10] NAIDU, Aditi. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2009, roč. 22, č. 4, s. 366–381. ISSN: 0952-6862.
- [11] PLUCAROVÁ, Iveta, *Ekonomika privátní zubní praxe*. Praha, 2014. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta financí a účetnictví.
- [12] RAFTU, Gheorghe. Dental Practice Management. *Ovidius University Annals, Series Economic Sciences*. 2016, roč. 16, č. 2, s. 388–392. ISSN: 2393-3127.
- [13] R CORE TEAM. *R: A language and environment for statistical computing*. [online]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2018. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z <http://www.R-project.org/>.
- [14] ŘÍHA, Milan, LENČOVÁ, Erika, BROUKAL, Zdeněk. Kvalita zdravotní péče v České republice v kontextu Evropské unie. *Czech Stomatology & Practical Dentistry/Česká stomatologie a praktické zubní lékařství*. 2013, roč. 113, č. 1, s. 15–19. ISSN: 1213-0613.

- [15] TICKLE, Martin, CAMPBELL, Stephen. How do we measure quality in primary dental care?. *British Dental Journal*. 2013, roč. 215, č. 4, s. 183–187. ISSN: 1476-5373.
- [16] TIMOFE, Mara Paula, ALBU, Silviu. Quality management in dental care: patients' perspectives on communication. a qualitative study. *Clujul Medical*. 2016, roč. 89, č. 2, s. 287–292. ISSN: 1222-2119.
- [17] VOINEA-GRIFFIN, Andreea, FELLOWS, Jeffrey L., RINDAL, Donald B., BARASCH, Andrei, GILBERT, Gregg H., SAFFORD, Monika M. Pay for performance: will dentistry follow?. *BMC Oral Health*. 2010, roč. 10, č. 9, s. 1–8. ISSN: 1472-6831.
- [18] WILLCOCKS, Sthephen George. Exploring leadership in the context of dentistry in the UK. *Leadership in Health Services*. 2016, roč. 29, č. 2, s. 201–216. ISSN: 1751-1879.
- [19] ZEITHAML, Valarie A., PARASURAMAN, Anathanarayanan, BERRY, Leonard L. *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. The Free Press, 1990. ISBN: 0029357012

# QUALITY FACTORS OF DENTAL CARE SERVICE PROVIDED BY PRIVATE DENTAL PRACTICE FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW



## ABSTRACT

The study deals with the issue of providing services in a private dental clinic in order to assess the influence of decisive quality factors. The work is focused on the assessment of the value of provided dental care from the patient point of view. Emphasis was placed on the following quality factors: communication level of the clinic's reception, communication level of the dental staff, waiting time for appointment, waiting time in the waiting room, helpfulness in solving the acute problem, painlessness of the procedure, functionality and durability of the procedure, cost for the care provided, the purpose of creating added value for the patient as one of the pillars of loyalty. In order to gain insights on the quality of the services provided, a survey was carried out among patients of the private dental clinic, including statistical evaluation and confirmation of research questions. The results of the evaluation show that the most important quality factors are considered

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

MUDr. Josef Kunkela  
Vysoká škola ekonomická v Praze  
Fakulta managementu  
Jarošovská 1117/II  
377 01 Jindřichův Hradec  
e-mail: josef@kunkela.com

doc. RNDr. Lenka Komárková, Ph.D.  
Vysoká škola ekonomická v Praze  
Fakulta managementu  
Jarošovská 1117/II  
377 01 Jindřichův Hradec  
e-mail: komarkol@fm.vse.cz

by patients as: the functionality and durability of the treatment procedure, the helpfulness of solving the current problem, the access of the dental staff and the painlessness of the procedure. An interesting finding is that the price for the provided care came up to 5th or 6th place. The work shows that gaining patients' feedback on the quality of dental care provision appears to be very beneficial for the further development of the dental clinic facility and ensuring maximum patient loyalty.

## KEYWORDS:

quality, price, satisfaction, healthcare, dentist

# PROMĚNY VNÍMÁNÍ OSOBNÍCH VZTAHŮ V SOCIÁLNÍ SÍTI FACEBOOK

## ABSTRAKT

Komunikace od svých počátků prošla řadou změn, v současné době její proměny nejvíce reflektují specifika komunikace v sociálních médiích, primárně pak na sociálních sítích, jako jsou Facebook, Twitter, Snapchat, Instagram či LinkedIn. Ať už se jedná o krátké, fragmentované zprávy na Twitteru nebo obrázková sdělení na Instagramu, on-line komunikace ovlivňuje a formuje také naše sebepojetí, identitu a osobní a profesní vztahy, mění podobu jejich navazování, průběhu i ukončování. Předložená studie shrnuje současné poznatky o vlivu sociální sítě Facebook na proměny vnímání i prožívání osobních vztahů přátelství a lásky, věnuje se pozitivním i negativním efektům, které s sebou užívání Facebooku za účelem rozvoje sociálního kapitálu přináší a představuje osobnostní proměnné, které mohou dále ovlivňovat sociální interakce uživatelů v prostředí Facebooku. Popsán je vliv počtu přátel, pozitivní nebo negativní valence příspěvků, množství komentářů nebo fotografií a tzv. selfies na well-being, osamělost nebo úzkost uživatele, spokojenost ve vztazích, žárlivost nebo vznik konfliktů. Uvedeny jsou souvislosti mezi on-line přátelskými a romantickými vztahy a jejich off-line podobou.

LENKA MYNAŘÍKOVÁ  
ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ  
V PRAZE



## KLÍČOVÁ SLOVA:

Facebook, sociální síť, sociální média, osobní vztahy, přátelství, láska, rozvod



## SOCIÁLNÍ MÉDIA A SOCIÁLNÍ SÍŤ

Nástup sociálních médií, jako jsou blogy, mikroblogy, weby pro sdílení obsahu nebo diskusní fóra, s sebou přinesl nové typy sociální interakce, využívající moderní technologie a rychle reagující na aktuální trendy. Umožňují lidem setkávat se v komunitách, jejichž utvoření by bez on-line prostoru bylo obtížné nebo nemožné, k čemuž odkazuje i Weberův (2007) termín *sociální web*, tedy on-line prostor, ve kterém mohou lidé se společnými zájmy shromažďovat a sdílet myšlenky, komentáře a názory. Uživatelé pak sdílený obsah dále šíří, díky čemuž síťová komunikace dalece přesahuje komunikaci interpersonální nebo masovou, hranice mezi odesílatelem a příjemcem informace se rozostřuje a dochází k přerodu komunikace one-to-one nebo one-to-many do komunikace typu many-to-many. Síla síťové komunikace, pokud jde o oslovení co nejširšího spektra uživatelů a ovlivňování jejich chování nebo názorů stojí mimo jiné i na této de-anonymizaci davu a umožnění vzájemných interakcí. Informace o tom, jaké věci sdílejí naše síťové sociální vazby, ovlivňuje i naše chování v prostředí internetu. *Sociální filtrování* typu push (tj. předkládání obsahu, který nám doporučují přátelé) a pull (tj. prostřednictvím informací, které jsou součástí utvořeného uživatelského profilu) v prostředí Web 2.0, které nás bez nutnosti většího úsilí efektivně zbavuje informačního odpadu (Shihová, 2010), o který nemáme zájem, pak ještě více zdůrazňuje význam síťových vazeb pro formování naší identity, názorů a postojů. Naše osobní identita, její on-line podoba, vztahy a sociální média jsou od sebe tedy neoddělitelné. Nejpatrnější je toto propojení na sociálních sítích, které svojí povahou stojí zcela na interakci mezi lidmi, na komunitě uživatelů a institucí, kteří jsou propojeni vazbami a jejich klíčovým elementem je zpětná vazba od publika například formou komentářů, přidávání nového obsahu nebo editování originálního textu. Dokonce i první význam pojmu sociální síť, jak jej použil Barnes v roce 1954, odkazoval ke vzájemným vazbám vznikajícím mezi lidmi (Fadul, & Estoque, 2010). Uživatelé, kteří na sítích vystupují pod reálnou nebo modifikovanou identitou, mezi sebou interagují, sdílí informace ve formě textů či multimediálního obsahu jako jsou fotky, audio nebo video nahrávky. Sociální síť je tedy množina sociálních subjektů, jedinců nebo organizací, propojená směnnými vztahy, jako je přátelství, nepřátelství, láska, příbuzenské nebo sexuální vztahy, společná víra či prestiž (Fadul, & Estoque, 2010; Petrusek, & Vodáková, 1996). Protože sociální sítě jsou na těchto vazbách založeny, utváření nových a udržování současných vazeb podporují řadou různých metod, jako je doporučování možných přátel, podporování vazeb pomocí sdílení obsahů nebo označování obsahu tlačítky jako „líbí se“ apod. Podoba vztahů na sociálních sítích nese některé shodné rysy se vztahy mimo tyto sítě, současně ale sítě přinášejí do vztahů nové aspekty, proměňují jejich význam a představují zcela novou podobu navazování, udržování nebo ukončování vztahů. Sociální život na sítích je nastaven „na míru“ uživateli a jeho potřebám, nabízí mu nový způsob získávání přátel založený na sebevyjádření, řízení a modifikování vlastního image a snadnosti přístupu k širokému spektru informací. Nabízejí tzv. *nonymous prostředí*, ve kterém se protíná on-line a off-line svět a který je typický výraznou asynchronitou. Uživatel může zvažovat, co chce říct svému sociálnímu okruhu

a jednou uveřejněné myšlenky může libovolně editovat. Díky tomu nabízejí sociální sítě větší komfort i pro stydlivé nebo úzkostné uživatele, podporují výměnu názorů a diskuse i o citlivých tématech, na druhou stranu s sebou nesou i rizika vyplývající z povahy těchto sítí, jako je například kyberšikana.

## SPECIFIKA SOCIÁLNÍ INTERAKCE NA FACEBOOKU

Sociální síť Facebook, vytvořená původně pro Harvardskou univerzitu, se rychle rozšířila na další vysoké školy, do nadnárodních společností a poté získala celosvětovou popularitu – do dnešní doby Facebook využívá přibližně 1,5 miliardy uživatelů ze 118 států. Když ve 30. letech 20. století maďarský spisovatel Karinthy publikoval povídku „Řetěz“, ve které se zabýval fenoménem zmenšování světa prostřednictvím neustále se rozšiřující sítě společenských vztahů, v níž jakékoliv dvě bytosti na Zemi mohou být navzájem propojeny prostřednictvím nanejvýš pěti známostí, pravděpodobně netušil, že k podobným závěrům později dospějí i vědecké studie. Koncept šesti stupňů separace předpokládá, že každý člověk je spojený s každým dalším člověkem prostřednictvím řetězce šesti sobě navzájem známých lidí. Travers a Milgram při experimentu z roku 1967 týkajícím se fenoménu tzv. *malého světa* napsali velké množství dopisů a rozdali je svým známým, aby se je pokusili předat dál svým známým tak, aby byly doručeny jeho příteli v Bostonu. Průměrný počet „předání“ mezi známými jeho známých byl pouhých šest. Při průzkumu na Facebookové populaci v roce 2008 se vědci dostali k průměru 5,28 skoků, v roce 2011 se vzdálenost zmenšila na 4,74, což odpovídá 3,74 stupňům separace (Backstrom, Boldi, Rosa, Ugander, & Vigna, 2011). Tento trend lze přičíst narůstající propojenosti i změnám v chování lidí na Facebooku. Facebook představuje pro uživatele atraktivní prostředí, které zjednodušilo řadu sociálních interakcí. Jedním kliknutím lze vyjádřit emoce nebo sdílet osobní informace prostřednictvím statusů, získat příležitost k obdržení pozitivní zpětné vazby a posílení náklonnosti svých přátel a tím saturovat potřebu sebevyjádření, socializace, pobavit se (Pempek et al., 2009). Komentování příspěvků přátel je spojeno spíše s relaxační konverzací, sociálními interakcemi a vyhledáváním společnosti, chatování s konkrétní osobou je spojeno se sociální interakcí i potřebou sdílet osobnější informace (Smock et al., 2011). Častěji se s ním setkáme v rámci udržování kontaktu s přáteli z off-line světa (Pempek et al., 2009; Subrahmanyam, Reich, Waechter, & Espinoza, 2008). Publikování statusů a dalšího obsahu představuje možnost strategické sebe prezentace uživatele, která podle výzkumů vede k vyššímu sebehodnocení (AliAlassiri, Muda, & Bin Ghazali, 2014). U uživatelů s vyšší úrovní sebemonitorování je tato forma prezentace častěji spojena s určitou modifikací skutečnosti za účelem posílení sociálního statusu nebo oblíbenosti (Ong, 2012). Facebook jako sociální síť založená na získávání a udržování přátelství facilite u svých uživatelů i negativní emoce, až 42 % uživatelů pociťuje žárlivost, pokud jejich příspěvky nezískají tolik pozornosti jako příspěvky jejich přátel (Kasperky Lab, 2017).

Ve výzkumu týkajícím se sociálních sítí a Facebooku především patří mezi nejvýraznější oblasti psychická závislost na sociálních sítích, otázka nahrazování off-line komunikace její on-line variantou a proměny vnímání společnosti a osobních, především partnerských vztahů. Kraut et al. (1998) ukázali, že při častějším používání internetu dochází k narůstání pocitu osamělosti a depresivity. Během dvou let od prvního přihlášení k internetu klesl pocit štěstí a sociálního propojení uživatelů v přímé úměře k času, který na internetu strávili. Podle marketingového výzkumu agentury Mediakix (2016) stráví průměrný uživatel během života na sociálních sítích 5 let a 4 měsíce, při rozložení na den se jedná o 40 minut na síti Youtube, 35 minut na Facebooku, 25 minut na Snapchatu, 15 minut na Instagramu a 1 minuta na Twitteru. Otázka, zda sociální sítě, mezi nimi i Facebook, povedou k osamělosti a depresivitě, jak naznačuje výzkumu Krauta et al. (1998), je zdánlivě v rozporu s cílem Facebooku, který byl navržen se záměrem propojit lidi na celé planetě a umožnit jim vzájemně sdílet informace. Současně byl ale navržen také tak, aby uživatele bavil, aby jej rádi používali a zůstali u něj co nejdéle, tedy aby v jejich životě zabíral výrazný časový prostor na úkor off-line interakcí. Meshi, Morawetz a Heekren (2013) prokázali, že aktivita na Facebooku povzbuzuje činnost *nucleus accumbens*, části mozku, která je zodpovědná za pocit odměny, smích, ale také závislost, agrese a strach. Výsledkem opakovaného zážitku uspokojení a odměňování při užívání Facebooku je ztráta zábrán a zvýšené sebeodhalení a dále behaviorální a psychické symptomy závislosti, jako pocit prázdnoty, nervozita, narušení vztahů k okolí (Ryan, Chester, Reece, & Xenos, 2014). Burke, Marlow a Lento (2010) tvrdí, že existují rozdíly mezi aktivními uživateli Facebooku, tedy těmi, kteří vytvářejí obsah, a pasivními uživateli, kteří tento obsah pouze konzumují. U aktivních uživatelů Facebook zvyšuje pocit sounáležitosti, protože díky aktivitě na sociální síti spolu uživatelé častěji komunikují a dochází ke snížení pocitu osamělosti. U pasivních uživatelů má používání Facebooku méně pozitivních efektů než používání aktivní, dochází ke zvýšení pocitu osamělosti a Facebook se u nich stává nástrojem kompenzace tohoto pocitu. Čím osaměleji se cítí, tím více času na Facebooku tráví a tím dále osamělost prohlubují. Zapojení do sítě Facebook čistě kvůli naplnění potřeby sounáležitosti, kterou nedokážeme uspokojit v off-line prostředí, tedy používání Facebooku jako kompenzačního mechanismu, může vést k dalšímu odpoutání od reálného světa a ke snížení celkové úrovně well-being. Metaanalýza (Seabrook, Kern, & Rickard, 2016) poukázala na skutečnost, že užívání Facebooku jako formy kompenzace v případě sociální či emocionální osamělosti, je predikováno osobnostním rysem stydlivosti a nízkou mírou vnímané sociální opory. Osamělost je tedy snižována aktivním zapojením a vzájemným poskytováním sociální a emoční podpory. Facebook může být také nástrojem snižování pocitu osamělosti u určitých skupin uživatelů. Podle sociálně kompenzační hypotézy z komunikace v on-line prostředí nejvíce těží sociálně úzkostní, stydliví a špatně sociálně integrovaní jedinci (Kraut et al., 2002). Podle této hypotézy nesmělé osoby stráví na Facebooku výrazně více času než osoby, které nesmělostí netrpí a také se v on-line prostředí stávají méně nesmělými, lépe zvládají odmítnutí a jsou více sociálně obratní než při komunikaci tváří v tvář (Chak & Leung, 2004; Young, Griffin-Shelley, Cooper, O'mara, & Buchanan, 2000). Introvertní uživatelé Facebooku mohou komunikovat bez potíží a

diskomfortu, který by zažívali v off-line konverzacích a také pro úzkostné osoby může být Facebook prostředím, které vnímají jako bezpečnější (Fernandez, Levinson, & Rodebaugh, 2012; Sheldon, 2008; Murphy & Tasker, 2011). Aby došlo k pozitivnímu efektu, uživatel musí být motivován ke komunikaci v on-line prostředí. U úzkostných nebo nesmělých uživatelů, kteří nechtějí komunikovat v interakcích typu tvář v tvář, nedochází k častější komunikaci v on-line prostředí a on-line interakce nejsou těmito uživateli vnímány jako příjemnější (Selfhout, Branje, Delsing, terBogt, & Meeus, 2009; Sheldon, 2008). Prostředí Facebooku může být výhodné i pro uživatele, kteří jsou ve svém přirozeném sociálním okruhu neúspěšní v navazování vztahů a získávání popularity. Tito uživatelé si na sociálních sítích často utvářejí alternativní identitu, které může být on-line sociálními vazbami vnímána pozitivněji a facilituje tak navazování nových kontaktů, vstupování do sociálních interakcí a získávání on-line sociálních odměn v podobě reakcí na příspěvky, komentářů či "like-ů". Redukovaná neverbální komunikace, v níž jsou vizuální, auditivní či kontextová vodítka modifikována nebo zcela chybí, a asynchronní povaha síťové komunikace umožňují strategickou sebe prezentaci těchto uživatelů a snižují jejich obavy z negativní zpětné vazby, kterou mohou od okolí zažívat v běžném životě. Pokud se jejich strategie ukáže jako neúspěšná, může se odrážet v depresivní symptomatologii uživatele, ve sníženém sebehodnocení až ztrátě pocitu vlastní hodnoty. Podle sociometrické teorie se naše sebehodnocení odvíjí právě od toho, jak vyhodnocujeme náznaky ohledně vlastní akceptace a ocenění ze sociálního prostředí. Absence "like-ů", komentářů nebo naopak přítomnost negativních komentářů snižuje vnímanou sociální hodnotu uživatele. Depresivní symptomatologie se může nejen prohlubovat, ale může ovlivňovat i další uživatele (Fowler, & Christakis, 2008). Při snížení počtu pozitivních příspěvků na Facebooku přátelé uživatele také píšou méně pozitivních příspěvků a jak prokázal eticky sporný experiment, který provedli Kramer, Guillory a Hancock (2014), na Facebooku lidé automaticky napodobují a synchronizují emoční prožitky, emoce jedince nebo skupiny se přesouvají na další uživatele a dále se šíří. Emoční stavy se na sociální síti přenášejí skrze emoční nákazu, bez jakéhokoli osobního kontaktu a za absence neverbálních projevů, které si s emocemi běžně spojujeme. Emoční nákaza platí i v opačném směru a lze takto šířit i pozitivní emoce. Pozitivně laděné statusy na Facebooku přímo ovlivňují náladu autora příspěvku a zvyšují jeho sebehodnocení, negativní status má efekt opačný, pokud ale uživatel vnímá dostatek sociální opory, může i negativní status vést ke snížení úzkosti a pocitů depresivity a sdílení negativních emocí uživateli přináší úlevu (Seabrook, Kern, & Rickard, 2016). Efekt emočního statusu na autora nezávisí na reakcích on-line přátel na tento status.

Kritici sítě Facebook vyjadřují obavu za ztrátu sociálních vztahů tak, jak je známe a dále z toho, že mladší generace budou negativně ovlivněny preferováním on-line komunikačních kanálů, které jsou ochuzeny o prvky interpersonální komunikace jako je oční kontakt, haptika, gesta či mimika. K vysvětlení vztahu mezi off-line a on-line komunikací se postupně vytvořily tři hypotézy. Podle *vytěšňovací hypotézy* (Nie, Hillygus, & Erbring, 2002; Valkenburgová, & Peter, 2011) komunikace přes sociální sítě nahrazuje

část komunikace, která by jinak probíhala tváří v tvář. Větší množství času strávené na internetu by podle této hypotézy přímo korelovalo s menším množstvím času stráveným s rodinou a s přáteli. Vytěsňovací hypotézu zastávají primárně studie z počátku století, kdy sociální sítě nebyly natolik rozvinuté a současně i počet uživatelů byl výrazně nižší. *Stimulační hypotéza* (Reich, Subrahmanyam, & Espinoza, 2012; Shklovski, Kraut, & Rainie, 2004) naopak tvrdí, že používání internetu a sociálních sítí zvyšuje množství sociálních interakcí, rozšiřuje sociální okruh osob a zvyšuje blízkost k přátelům a členům rodiny díky tomu, že nástroje sociálních sítí umožňují udržovat sociální vztahy a vytvářet nové. On-line komunikace není omezena časovými a prostorovými bariérami a může tak probíhat prakticky kdykoliv a odkudkoliv. Díky tomu sociální sítě podporují rozvíjení vztahů skrze přidávání vlastního obsahu a sledování oznámení, fotografií a dalšího obsahu svých přátel. Současně umožňují udržet přátelství a vztahy s rodinou a přáteli i na velkou vzdálenost a ve stejnou dobu se zapojit do nových sociálních kruhů, což uživatelé v novém prostředí usnadní i rozšíření jeho off-line sociálního prostředí. Podle Valkenburgové a Petera (2007) platí, že zahájení vztahu a komunikace v off-line prostředí častěji zvyšuje míru on-line komunikace než naopak, a dále že on-line komunikace zpětně počet setkání tváří v tvář nesnižuje, ale naopak podporuje další. Podle stimulační hypotézy tedy on-line komunikace zvyšuje čas strávený off-line interakcemi s přáteli. Třetí hypotéza vychází z toho, že vztah on-line a off-line komunikace závisí na osobnostních proměnných uživatelů sociálních sítí. Podle této hypotézy, nazývané *bohatší bohatnou*, má u sociálně zdatnějších a extrovertnějších osoba u osob se širším sociálním okruhem on-line komunikace pozitivní vliv na osobní vztahy a frekvenci komunikace v off-line prostředí (Bryant, Sanders-Jackson, & Smallwood, 2006; GROSSOVÁ et al., 2002; Kraut et al., 2002).

## FACEBOOK A JEHO VLIV NA UTVÁŘENÍ A UDRŽOVÁNÍ PŘÁTELSKÝCH VZTAHŮ

Sociální síť Facebook svými funkcemi pomáhá naplnit základní potřebu sounáležitosti, která je ve všech obdobích života důležitá pro udržení well-being a celkovou životní pohodu. Součástí potřeby sounáležitosti je trs různých sociálních potřeb, jako je potřeba afiliace, tedy navazování vztahů, potřeba náležet do společenství blízkých osob nebo potřeba sociální opory. Facebook může tuto potřebu naplňovat dokonce i v kritických obdobích, jako je například přestěhování do jiného města/země nebo plnění pracovních závazků na úkor osobního života a s nimi spojená sociální izolace, protože umožňuje udržovat kontakt na dálku pomocí statusů, reakcí na ně nebo zpráv. Uživatel tak může udržovat vztahy s přáteli, které zná z předchozích období, udržovat si přehled o jejich životě nebo je informovat o změnách ve vlastním životě. Jedním statusem může zacílit na celou svoji síť sociálních vazeb. Uživatel si tak díky Facebooku může udržet nebo utvářet vlastní autonomii, pomocí statusů reflektovat své úspěchy a prokazovat kompetentnost a dále si udržovat vědomí spřízněnosti s blízkými, podobně smýšlejícími lidmi.



Přátelství dvou uživatelů je základní jednotkou Facebooku a síť samozřejmě umožňuje navázat i zcela nové vztahy. Toto on-line přátelství může být zcela nezávislé na reálném přátelství nebo se může jednat o lidi, kteří se nejprve potkali off-line. Možná je také opačná varianta, kdy původně latentní on-line vztahy přejdou nejprve ve slabou vazbu mezi uživateli, posléze v on-line přátelství, a nakonec i v přátelství udržované off-line. Facebook tedy nabízí možnost udržovat a rozvíjet sociální kapitál uživatele v několika různých podobách (Hawkins, & Maurer, 2010). Kromě udržování vztahů s přáteli z minulosti (udržovací sociální kapitál) a rozvíjení kvalitních a blízkých vztahů s rodinou nebo partnery (spojovací sociální kapitál) nabízí především možnost setkávání lidí z různých prostředí, kteří by se v off-line prostředí obtížně setkali (přemostovací sociální kapitál). Tato třetí podoba sociálního kapitálu s sebou přináší nejvýraznější rozšíření sociálních vazeb, ale současně jsou tyto vztahy také povrchnější. Rozšíření sociální sítě je pro některé uživatele otázkou prestiže nebo potvrzením vlastních kompetencí, oblíbenosti, oceňováním společností. Nejčastěji se počet přátel pohybuje v řádu stovek, například v USA je podle serveru Statista průměrný počet přátel na uživatele 649. Lee, Moore, Park a Park (2012) tvrdí, že tendence k akumulování on-line přátel je typická pro uživatele s nízkým sebehodnocením, kteří se výrazně zaměřují na způsob, jakým je vidí druzí. Příliš mnoho přátel na Facebooku může paradoxně snižovat sociální atraktivitu uživatele vlivem snížení jeho kredibility (Tong, Van Der Heide, Langwek, & Walther, 2008). Sociální atraktivita přitom plní na Facebooku důležitou úlohu v navazování nových kontaktů – sociálně atraktivní lidé jsou zde hodnoceni pozitivněji, jsou častěji vyhledávaní dalšími uživateli, uživatelé se jim spíše svěřují a častěji přispívají na jejich profil. Sociální atraktivitu uživatele mohou snižovat i příliš intimní a/nebo negativně laděné příspěvky, pokud se s nimi čtenáři těchto příspěvků neztotožňují (Yang, & Brown, 2016). Kromě výše popsaného přesunu emocí dochází na Facebooku i k přesunu vnímané atraktivity na spřátelené uživatele. Uživatelé jsou hodnoceni jako atraktivnější, pokud na jejich profil přispívají atraktivní lidé. Snížení sociální atraktivity může vést k odmítání nebo ukončování přátelství ze strany jiných uživatelů. Facebook nabízí oproti off-line prostředí zcela odlišný způsob ukončení přátelství – kromě toho, že lze existující sociální vazbu ukončit jedním kliknutím, lze také uživatele ve své síti pouze skrýt jako alternativní způsob ignorování konkrétního uživatele, který off-line prostředí nenabízí.

Otázka významu velikosti sociální sítě na životní spokojenost byla objektem řady výzkumů. Například ve studiích, které provedli Lonngvist and Itkonen (2014) a Lonngvist a Deters (2016), autoři zjistili, že větší životní spokojenost u uživatelů Facebooku s vyšším počtem přátel vysvětluje osobnostní rys extravertze. Extrovertnější uživatelé v této norské studii tedy byli spokojenější, ale souvislost s počtem on-line přátel se neprokázala. Zhu et al. (2013) zjistili, že případný efekt velikosti sociální sítě na životní spokojenost je dán spíše vnímanou sociální oporou, kterou by nám přátelé v případě potřeby poskytli než skutečně počtem těchto přátel. Rozsah sociální sítě tedy přispívá ke spokojenosti a štěstí, pokud tato síť nabízí sociální oporu. Platí spíše, že menší počet on-line přátel souvisí s vyšší vnímanou sociální oporou, protože vztahy mohou být v případě menšího

počtu vzájemně propojených uživatelů hlubší a intimnější. U většího počtu on-line přátel je naopak větší prostor pro řízení svého image a zvyšování popularity, což je jednou z nejčastějších motivací používání Facebooku. Zatímco uživatelé s vysokým sebevědomím a existující off-line popularitou používají tuto sociální síť k udržení popularity, uživatelé s nízkým sebevědomím a existující off-line popularitou používají Facebook k jejímu zvýšení (Hu, Kim, Siwek, & Wilder, 2017). Tito uživatelé bývají na Facebooku aktivnější, což jim umožňuje rozšiřovat jejich spojovací a přemostující sociální kapitál. Pasivní uživatelé oproti nim soustředí pozornost ne na utváření obsahu a událostí, ale na sledování událostí, jichž se neúčastní. Toto sociální srovnávání v nich prohlubuje nespokojenost a negativní emoce.

## POZITIVNÍ A NEGATIVNÍ EFEKT FACEBOOKU NA ROMANTICKÉ VZTAHY

**K**romě utváření a udržování přátelských vztahů plní Facebook důležitou úlohu také v oblasti vztahů partnerských. Sociální média v tomto ohledu podporují nové metody interpersonálních interakcí, které oproti off-line interakcím nejsou ani přímé, ani reciproční. Umožňují svým uživatelům flirtovat a při navázání partnerského vztahu udržovat osobní komunikaci, hrají ale významnou roli i v procesu získávání informací o objektu zájmu, který je v on-line podobě méně ohrožující než v situaci tváří v tvář. Facebook nabízí nový pohled na fázi namlouvání, kdy uživatel nemusí druhou osobu žádat o telefonní číslo nebo jiný kontakt, ale stačí zadat jméno a dotyčnou osobu si na sociální síti vyhledat. Fox, Warber a Mackstaller (2013) popisují fáze navazování vztahů v současném světě následovně: dva lidé se nejprve potkají v reálném světě, poté si jeden druhého vyhledá na Facebooku a požádá o přátelství. Následuje fáze chatování, která může vést k výměně telefonních čísel a domluvě osobní schůzky. Tento způsob je méně zatěžující, protože odmítnutí přes sociální síť vnímáme jako méně ohrožující než odmítnutí osobní. On-line komunikace a prohlížení profilu druhé osoby umožňuje také daného uživatele lépe poznat, zjistit společné zájmy a vyhnout se případnému pozdějšímu zklamání. On-line seznamování v tomto ohledu představuje i riziko, protože profily nemusí obsahovat pouze pravdivé informace, naopak některé studie (Caspi & Gorski, 2006; Ellison, Heino, & Gibbs, 2006; Hancock, Toma, & Ellison, 2007) dokládají existenci lživých profilů, založených za účelem navazování kontaktů (tzv. catfishing). Dále Facebook neposkytuje nutně všechna kontextuální vodítka a informace zde uvedené si uživatel může vykládat mylně. V neposlední řadě sociální síť poskytuje uživatelům také informace, ke kterým by se bez nich nedostali, což může v důsledku vést k vyšší četnosti negativních vztahových pocitů, jako je žárlivost.

Pokud spolu dva uživatelé naváží vztah, po určité době mohou tento vztah na sociální síti zveřejnit a dát přátelům vědět, že jsou zadaní. Tucker (2014) a Lane, Piercy a Carr (2016) dokládají, že uživatelé Facebook považují za nástroj potvrzení oficiálnosti vztahu a že páry, které svůj vztah zveřejňují, jsou si ve vztahu jistější, jsou spokojenější, vnímání výrazněji závazek, do vztahu více investují a také nacházejí méně vhodných alternativ

k současnému vztahu. Oproti tomu Emery, Musie, Dix a Le (2014) a Faruggia (2013) zjistili, že respondenti jejich výzkumu zveřejňovali na Facebooku vztah v situaci, kdy si byli nejistí pocity svého partnera. Jejich výzkum ukazuje souvislost mezi zveřejňováním vztahu na Facebooku a typem attachmentu. Uživatelé s vyhýbavým typem vztahové vazby zveřejňují svůj vztah méně ochotně a méně často než uživatelé úzkostní. Lidé s úzkostným typem vazby celkově více využívají sociální sítě pro navazování a udržování vztahů, zatímco u osob s vyhýbavým stylem patří mezi preferovaný způsob komunikace, vyjma komunikace tváří v tvář, psaní e-mailů (Gillath, Karantzas, & Selcuk, 2017).

Dalším výzkumným problémem je, zda on-line zveřejnění reflektuje off-line vývoj vztahu, tj. zda postupné zvyšování závazku a snižování počtu vnímaných alternativ vede uživatele ke zveřejnění vztahu, což by vysvětlovala *teorie ospravedlnění* (Walther, & Parks, 2002). On-line oznámení vztahu je v tomto ohledu logickým krokem ve fázi, kdy si mohou ostatní tento fakt ověřit v off-line prostředí. Jiným vysvětlením je, že zveřejnění vztahu vede k těmto pozitivním efektům v off-line podobě vztahu v souladu s *efektem eskalace závazku* (Cialdini, 2006). Podle této teorie vědomí, že naši volbu lze obtížně vzít zpátky, vede k posílení závazku a spokojenosti s naším rozhodnutím. Kleinberg a Backstrom (2013) analyzovali facebookové profily uživatelů, kteří na nich v příspěvcích označili svého partnera a pomocí nich vytvořili algoritmus, který podle sítě vztahů, které má uživatel s ostatními uživateli, dokáže s 60% úspěšností určit, s kým uživatel Facebooku udržuje intimní vztah. Partner zde představuje spojnicí mezi dvěma skupinami facebookových přátel. Při narušení facebookové vazby u těchto uživatelů bylo podle Backstroma a Kleinberga (2014) přibližně o 50 % pravděpodobnější, že dojde k rozchodu.

Obecně lze vnímat Facebook jako pozitivní nástroj udržování vztahů, pokud slouží k soukromé komunikaci a zveřejňování oficiálních vztahových informací, negativně pak vztahy ovlivňuje v případě jeho využívání ke kontrole partnera. Sociální okolí partnerů se na Facebooku stává výrazně viditelnějším, než by tomu bylo v off-line kontextu, partner má k dispozici informace o účasti druhého na událostech, o počtu komentářů nebo "like-ů" u příspěvků a fotografií nebo o kontaktu s bývalými partnery, což může povzbuzovat pocity žárlivosti, vést ke snížení sebeúcty nebo k pochybnostem o vztahu. Žárlivost a konflikty ve vztahu povzbuzují i tzv. selfies, které mohou vytvářet rozpor mezi on-line personou uživatele a jeho reálnou osobností tak, jak ji zná partner a dále mohou podněcovat žárlivost pomocí komentářů u těchto fotografií (Ridgway, & Clayton, 2016). Zde se objevuje další negativum sociálních sítí, které snižují náklady na hledání partnera a usnadňují opuštění současného vztahu, hledání alternativ je dostupnější a flirtování s jinými uživateli je v on-line světě zdánlivě bezpečnější. Virtuální realita vede uživatele ke ztrátě zábrán, falešnému pocitu anonymity a celkové disinhibici, což může vést k chování výrazně odlišnému od toho, kterého by byli schopni v off-line prostředí. Studie, kterou provedli Valenzuela, Halpern a Katz (2014), prokázala, že užívání sociálních sítí negativně koreluje s kvalitou a šťastným manželstvím a pozitivně koreluje s problémy ve vztahu a s úvahami o rozvodu a dále že s rozšiřováním počtu uživatelů Facebooku



narůstá rozvodovost. Důvodem je nedostatek osobní pozornosti na úkor času tráveného na sociálních sítích a zvýšený tlak a hádky kvůli tomuto času, žárlivost a nedůvěra způsobené existencí nebo obavami z existence soukromé komunikace s dalšími uživateli a také kontrola soukromých zpráv partnera bez jeho vědomí. Důkazy o nevěře získané z Facebooku se stále častěji objevují v rozvodových řízeních a existují i stránky nabízející rady, jak přistihnout partnera při nevěře (viz [FacebookCheating.com](http://FacebookCheating.com)). Facebook se negativně uplatňuje i ve fázi ukončení vztahu, kdy jedinci, kteří po rozchodu vyhledávají informace o bývalém partnerovi, prožívají větší emoční bolest, toužení po partnerovi, vyšší míru stresu a celkově se déle zotavují (Marshall, 2012). Na druhou stranu Facebook nabízí pomoc rozvádějícím se uživatelům, uživatelům po rozvodu, nebo těm, nespokojeným v manželství, kteří zde mohou nalézt sociální oporu v podobě emoční podpory, pocitu sounáležitosti, povzbuzení a také konkrétní nástroje pomoci od svých přátel nebo od facebookových skupin. Tato podpora může nahradit ztracenou sociální oporu od partnera.

## ZÁVĚR

Tato studie se zaměřila na představení základních konceptů souvisejících s vlivem sociální sítě Facebook a potažmo i dalších sociálních sítí na podobu osobních vztahů v současné společnosti. Sociální sítě díky své mohutné expanzi v posledních letech zasahují do našeho života v profesní i osobní rovině a umožňují nejen udržovat si přehled o přátelích a rodině a informovat tyto uživatele sítí o svém životě, ale současně přinášejí i nové možnosti získávání přátel a romantických partnerů. Spolu s tím proměňují naše vnímání toho, co znamená přátelství, závazek nebo ukončování přátelství a rozchod. Zatímco v off-line prostředí je třeba do utvoření přátelství investovat určité zdroje, Facebook představuje koncept přátelství dosažitelný a odstranitelný jedním kliknutím. V oblasti romantických vztahů Facebook nabízí nástroj k namlouvání, získávání informací a prohlubování závazku a intimity, na druhou stranu mohou ale ty stejné nástroje vést k negativním efektům jako je žárlivost, interpersonální konflikty, nespokojenost ve vztahu a jeho případné ukončení. Svým uspořádáním je Facebook místem k získávání partnera, ale také místem, které nabízí snadnější přístup k atraktivním alternativám a tím usnadňuje ukončení vztahu. Dosavadní studie naznačují, že pozitivní i negativní efekt Facebooku na osobní vztahy souvisí s osobnostními proměnnými uživatelů jako je introverze a extroverze, narcistní rysy osobnosti, typ attachmentu a další faktory. Studie v českém prostředí se zatím v širší míře neobjevují a vzhledem k možné existenci interkulturních rozdílů by byly zajímavým příspěvkem k tomuto tématu.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] AliAlassiri, A., Muda, M.B., & Bin Ghazali, R. (2014). Strategic Self-Presentation on Social Networking Sites. *New Media and Mass Communication*, 32, 44 - 53
- [2] Backstrom, L., & Kleinberg, J. (2014). Romantic partnerships and the dispersion of social ties: a network analysis of relationship status on facebook. In: *Proceedings of the 17th ACM conference on Computer supported cooperative work & social computing* (831-841). New York, NY: ACM.
- [3] Backstrom, L., Boldi, P., Rosa, M., Ugander, J., & Vigna, S. (2012). Four Degrees of Separation. *ARXIV*. [on-line]. Dostupné z: <https://arxiv.org/pdf/1111.4570.pdf>
- [4] Caspi A, & Gorsky P (2006). On-line deception: prevalence, motivation, and emotion. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 9(1), 54-59
- [5] Chak, K., & Leung, L. (2004). Shyness and locus of control as predictors of internet addiction and internet use. *Cyberpsychology & behavior*, 7(5), 559-570.
- [6] Cialdini, R. B. (2006). *Influence: The Psychology of Persuasion*. New York: Harper Business.
- [7] Ellison, N., Heino, R., & Gibbs, J. (2006). Managing Impressions On-line: Self-Presentation Processes in the On-line Dating Environment. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 11 (2), 415-441
- [8] Emery, L.F., Muise, A., Dix, E.L., & Le, B. (2014). Can You Tell That I'm in a Relationship? Attachment and Relationship Visibility on Facebook. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(11), 1466 – 1479
- [9] Fadul, J.A., & Estoque, R.S. (2010). *A Textbook for an Introductory Course in Sociology*. Lulu.com.
- [10] Faruggia, R. (2013). Facebook and relationships: A study of how social media use is affecting long-term relationships. [on-line]. Dostupné z: <http://scholarworks.rit.edu/theses58>
- [11] Fernandez, K. C., Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2012). Profiling: Predicting social anxiety from Facebook profiles. *Social Psychological and Personality Science*, 3, 706–713
- [12] Fowler, J.H., & Christakis, N.A. (2008) Dynamic spread of happiness in a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *Biomedical Journal*, 337, 2338
- [13] Fox, J., Warber, K. M., & Makstaller, D. C. (2013). The role of Facebook in romantic relationship development: An exploration of Knapp's relational stage model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30, 770-792
- [14] Gillath, O, Karantzas, G.C., & Selcuk, E. (2017). A Net of Friends: Investigating Friendship by Integrating Attachment Theory and Social Network Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(11), 1546 – 1565

- [15] Hancock, J. T., Toma, C., & Ellison, N. (2007) The truth about lying in on-line dating profiles. In: *Proceedings of the ACM Conference on Human Factors in Computing Systems* (1-4). New York, NY: ACM.
- [16] Hu, X., Kim, A., Siwek, N., & Wilder, D. (2017). The Facebook Paradox: Effects of Facebooking on Individuals' Social Relationships and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 8, 87.
- [17] Kaspersky Lab. (2017). Study Shows How Social Media Threatens Real Life Communication. [on-line]. Dostupné z: [https://usa.kaspersky.com/about/press-releases/2017\\_kaspersky-lab-study-shows-how-social-media-threatens-real-life-communication](https://usa.kaspersky.com/about/press-releases/2017_kaspersky-lab-study-shows-how-social-media-threatens-real-life-communication)
- [18] Kleinberg, J., & Backstrom, L. (2013). Romantic Partnerships and the Dispersion of Social Ties: A Network Analysis of Relationship Status on Facebook. [on-line]. Dostupné z: <http://arxiv.org/pdf/1310.6753v1.pdf>
- [19] Kramer, A.D.I., Guillory, J.E., & Hancock, J.T. (2014). Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *PNAS*, 111(24), 8788-8790.
- [20] Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J. N., Helgeson, V., & Crawford, A. M. (2002). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, 58, 49–74.
- [21] Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychology*, 53(9):1017-31
- [22] Lane, B.L., Piercy, C.W., & Carr, C.T. (2016). Making it Facebook official: The warranting value of on-line relationship status disclosures on relational characteristics, *Computers in Human Behavior*, 56, 1-8
- [23] Lönnqvist, J.-E., & große Deters, F. (2016). Facebook friends, subjective well-being, social support, and personality. *Computers in Human Behavior*, 55/A, 113-120
- [24] Lönnqvist, J.-E., & Itkonen, J. (2014). It's all About Extraversion: Why Facebook Friend Count Doesn't Count towards Well-Being. *Journal of Research in Personality*, 53, 64-67
- [25] Marshall, T. C. (2012). Facebook Surveillance of Former Romantic Partners: Associations with PostBreakup Recovery and Personal Growth. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(10), 521–526
- [26] MediaKix. (2016). How much time is spent on social media. [on-line]. Dostupné z: [http://mediakix.com/2016/12/how-much-time-is-spent-on-social-media-lifetime/#gs.TDvM\\_Ts](http://mediakix.com/2016/12/how-much-time-is-spent-on-social-media-lifetime/#gs.TDvM_Ts)
- [27] Meshi, D., Morawetz, C., & Heekeren, H.R. (2013) Nucleus accumbens response to gains in reputation for the self relative to gains for others predicts social media use. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 439

- [28] Murphy, E. C., & Tasker T. E. (2011). Lost in a crowded room: A correlation study of Facebook and social anxiety. *Interface: The Journal of Education, Community and Values*, 11, 89-94
- [29] Ong, P.-E. (2012). The Effects of Self-Monitoring on the Facebook User Experience. [on-line]. Dostupné z: [http://scholarworks.sjsu.edu/etd\\_theses/4206](http://scholarworks.sjsu.edu/etd_theses/4206)
- [30] Pempek, T. A., Yermolayeva, Y. A., & Calvert, S. L. (2009). College students' social networking experiences on Facebook. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(3), 227-238.
- [31] Petrušek, M., & Vodáková, A. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- [32] Ridgway, J.L., & Clayton, R.B. (2016). Instagram Unfiltered: Exploring Associations of Body Image Satisfaction, Instagram #Selfie Posting, and Negative Romantic Relationship Outcomes. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(1), 2-7
- [33] Ryan, T., Chester, A., Reece, J., & Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 133-148
- [34] Seabrook, E. M., Kern, M. L., & Rickard, N. S. (2016). Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 3(4), e50. <http://doi.org/10.2196/mental.5842>
- [35] Seabrook, E. M., Kern, M. L., & Rickard, N. S. (2016). Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 3(4), 50.
- [36] Selfhout, M.H.W., Branje, S.J.T., Delsing, M., ter Bogt, T.F.M., & Meeus, W.H.J. (2009). Different types of Internet use, depression, and social anxiety: The role of perceived friendship quality. *Journal of Adolescence*, 32, 819-833
- [37] Sheldon, P. (2008). The relationship between unwillingness-to-communicate and students' Facebook use. *Journal of Media Psychology*, 20, 67-75
- [38] Shih, C. (2010). *Vydělejte na Facebooku*. Brno: Computer Press.
- [39] Shklovski, I., Kraut, R., & Rainie, L. (2004). The Internet and social participation: Contrasting cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10(1).
- [40] Stritzke, W. G., Nguyen, A., & Durkin, K. (2004). Shyness and computer-mediated communication: A self-presentational theory perspective. *Media Psychology*, 6(1), 1-22
- [41] Subrahmanyam, K., Reich, S. M., Waechter, N., & Espinoza, G. (2008). On-line and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(6), 420-433
- [42] Tong, S. T., Van Der Heide, B., Langwek, L. & Walther, J. B. (2008). Too much of a good thing? The relationship between number of friends and interpersonal impressions on Facebook. *Journal of Computer-Mediated Communications*, 12, 531-549
- [43] Travers, J., & Milgram, S. (1969). An Experimental Study of the Small World Problem. *Sociometry*, 32(4), 425-443

- [44] Tucker, J. (2014). It's complicated: the role of Facebook in romantic relationships concerning relational certainty, attachment and self-esteem. [on-line].  
Dostupné z: [http://pdxscholar.library.pdx.edu/open\\_access\\_etds60](http://pdxscholar.library.pdx.edu/open_access_etds60)
- [45] Valenzuela, S., Halpern, D., & Katz, J.E. (2014). Social network sites, marriage well-being and divorce: Survey and state-level evidence from the United States. *Computers in Human Behavior*, 36, 94-101
- [46] Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). On-line communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 121-127
- [47] Valkenburg, P., & Peter, J. (2007). On-line communication and adolescent well-being: Testing the stimulation versus the displacement hypothesis. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4), 1169-1182
- [48] Walther, J. B., & Parks, M. R. (2002). Cues filtered out, cues filtered in: Computer-mediated communication and relationships. In M. L. Knapp & J. A. Daly (Eds.), *Handbook of interpersonal communication* (529–563). Thousand Oaks, CA: Sage.
- [49] Weber, L. (2007). *Marketing to the social web: how digital customer communities build your business*. London: Willey and Sons Ltd.
- [50] Yang, C.C., & Brown, B.B. (2016). On-line Self-Presentation on Facebook and Self Development During the College Transition. *Journal of Youth Adolescence*, 45(2), 402-416
- [51] Young, K. S., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'mara, J., & Buchanan, J. (2000). On-line infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 59-74.
- [52] Zhu, X., Woo, S. E., Porter, C., & Brzezinski, M. (2013). Pathways to happiness: from personality to social networks and perceived support. *Social Networks*, 35, 382-393

# THE CHANGES IN THE PERCEPTION OF PERSONAL RELATIONSHIPS IN THE FACEBOOK SOCIAL NETWORK



## ABSTRACT

Communication since its very beginning experienced many changes, currently reflected mostly in the specifics of communication in the social media, especially social networks as Facebook, Twitter, Snapchat, Instagram, or LinkedIn. Whether it is a short, fragmented Twitter message, or an Instagram's picture message, on-line communication affects and shapes our self-concept, identity, and both personal and professional relationships, it changes their establishment, course and ending. The presented study sums up the current knowledge on the effect of the Facebook social network on the changes in perceiving and experiencing personal relationships of friendship and love, it describes both positive and negative effects, that come along with using the Facebook for improving the social capital, and it presents the personal variables, that may further affect social interactions of Facebook users. The study describes the effect of the number

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Lenka Mynaříková, Ph.D.  
České vysoké učení technické v Praze  
Masarykův ústav vyšších studií  
Oddělení pedagogických a  
psychologických studií  
Kolejní 2a  
Praha 160 00  
e-mail: lenka.mynarikova@cvut.cz

of friends, of positive or negative posts, of the number of comments or photos and selfies on the well-being, loneliness or anxiety of Facebook users, on their relationship satisfaction, jealousy or on the emergence of conflicts. The link between the on-line friendship and romantic relationship and their off-line version is presented.

## KEYWORDS:

Facebook, social network, social media, personal relationships, friendship, love, divorce

# PÉČE JAKO POODSTOUPENÍ

PETR NESVADBA  
POLICEJNÍ AKADEMIE ČESKÉ  
REPUBLIKY V PRAZE

## ABSTRAKT

Text je příspěvkem k eticko-filosofickému tázání po předpokladech péče o druhého. V první části poukazuje autor k starořeckému ideálu zdrženlivosti; zdůrazňuje jeho rozměr gnoseologický i mravní. Konzistentním výrazem této tendence je starořecké „aidós“, chápáné jako poodstoupení, ostych, úcta k něčemu (někomu). Nástup novověké moderny charakterizuje autor jako nástup instrumentálního pojetí, jehož výrazem je nezdrženlivý, „panský“ přístup ke světu, přírodě i člověku samému a všudypřítomná obscenita (ve smyslu odkrývání „toho, co má být za scénou“). Autor si všímá důrazu soudobého západního myšlení na svobodu a autonomii jedince, ale upozorňuje na nebezpečí jeho absolutizace; soudí, že lidé jsou si rovni v důstojnosti a nikoli v autonomii, a poukazuje na esenciální rysy lidství, jimiž jsou křehkost, zranitelnost, závislost a smrtelnost. Péči (a s ní spjaté pomáhající profese) chápe pak jako most, spojující článek mezi těmito atributy lidství a lidskou odpovědností („péče je odpověď na lidskou zranitelnost.“). V návaznosti na uvedený koncept péče přihlašuje se autor k eticko-filosofické koncepci Emmanuela Lévinase, zdůrazňujícího prioritu „Druhého“ a jeho netotalizovatelné „přijetí“.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

důstojnost, etika, péče, pomáhající profese, poodstoupení, zdrženlivost



## ÚVOD

**K**lasik evropského politického myšlení Max Weber napsal kdysi stať „Politika jako povolání“. Za klíčový předpoklad přijetí a úspěšného výkonu úlohy profesionálního politika v ní označil „správnou míru odstupu“. Jistě – z prvního pohledu je vše jasné: udržuje-li si politik občany (voliče) na příliš dlouhou „distanci“, přestane s nimi dříve či později komunikovat, ztratí povědomí jejich skutečných potřeb a zájmů a nemůže jim tudíž odpovědně sloužit, zatímco ztráta distance je opačným extrémem, jehož následkem je povětšinou nekritický přístup k voličským hlasům a populismus. Můžeme přímo říci, že jde o **problém vytyčení hranice**.<sup>1</sup> Je však problém pouze v **extenzivní rovině**, v oné „míře rozestupu“? Nebo má také (a možná především) **intenzivní rovinu**? A co v tom případě onen „odstup“ znamená „dovnitř“, „do hloubky“?

## ZDRŽENLIVOST JAKO CTNOST

**T**ento problém vyvstal ve větší své ostrosti již v kontextu starořeckého filosofického myšlení. Když Aristotelés ve svých „Metafyzikách“ určoval jako „kořeny filosofování“ údiv a pochybnost<sup>2</sup>, měl na mysli skutečnost, že teprve ve chvíli, kdy člověk podstoupí od jevové podoby světa, prolomí „samozřejmost“ nesamozřejmého a zproblematizuje ji, teprve v této „mezí situaci“ se vydává na cestu poznávání pravdy a nikoli na cestu obhajoby svého (nutně partikulárního) subjektivního názoru. Pouze člověk zdrženlivý směřuje tedy ke skutečnému vědění (tj. usiluje o postžení obecných souvislostí, podstaty, nikoli jen individuální, vnější tvářnosti), kdežto člověk nezdrženlivý je smýkán pouhým míněním (tj. znalostí jevových stránek věcí, jejich nahodile individuální podoby). V „Etice Nikomachově“ posunul Aristotelés toto zjištění i do roviny mravní; čteme tam, že „nezdrženlivý člověk bývá přemáhán rozkošemi, ježto má nikoli vědění, nýbrž pouze mínění.“<sup>3</sup>

Podle mého soudu je důležité, že Aristotelovi zjevně nešlo o moralistní poukazování na to, že člověk by neměl „přehánět“ tu „pravou míru“ v čemkoli, co činí; šlo mu o něco hlubšího a ve svém dosahu závažnějšího: o to, abychom si uvědomili, že ani zdaleka není zjevné, ba samozřejmé, co je „ta pravá míra“ – neboli: co je pravda (věcí, světa, druhých lidí)! V řeckém pojmu „alétheia“ je poukaz k tomu, že to, co činí věc věcí, to podstatné, to určující, se rádo ukrývá, nezjevuje se jen tak, bezprostředně, není to samozřejmé (tedy zřejmé hned ze sebe samého). Proto tento pojem překládáme jako „neskrytost“, z čehož vyplývá (přínejmenším) dvojí:

- věci (situace, lidi, prostě fenomény) je třeba nechat, aby „se otvíraly“, aby nás oslovovaly, aby na nás „volaly“ svými poukazy,
- k tomu je nezbytné zachovávat k nim právě ono „podstoupení“ neboli zdrženlivost.

1 Srv. v poslední době např. Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 2013, s. 73 - 91

2 Aristotelés: Metafyzika. Praha: Nákladem České akademie věd a umění 1927, s. 5

3 Aristotelés: Etika Nikomachova. Praha: Jan Laichter 1937, s. 149



Naznačené Aristotelovo myšlenkové dědictví poněkud významově posunul antický řecký skepticismus. Jak konstatuje Ivo Tretera, skeptikové „na rozdíl od stoiků a epikurejců nenacházeli jakéhokoli uspokojivého kritéria, abychom v našich soudech, týkajících se povahy vnější skutečnosti, mohli rozhodovat o pravdě či nepravdě.“<sup>4</sup> V klasické podobě zformuloval toto východisko Pyrrhón, který z této zásadní pochybnosti o schopnosti lidského poznání dobrat se objektivní pravdy vyvodil normativní závěr, že člověk může tedy vypovídat pouze o svých subjektivních duševních stavech a nikoli o světě samém. Na tomto rezignujícím konstatování pak založil principiální požadavek, aby se filosof zdržel generálních soudů o světě jako takovém („epoché“). „Epoché“ není ovšem popřením existence světa, nýbrž jeho „uzávorkováním“ – a v tomto smyslu tedy nástrojem odkrývání stále původnějších vrstev zkušenosti. Je jakýmsi vědomým „zdržením se“, odstupem od bezprostřední věčné situace i od naší subjektivní „psychologické situace“ – čímž se (na rozdíl od Aristotelova přesvědčení) nedává věcem prostor, aby se mohly hlouběji „ukazovat“, nýbrž člověku, aby mohl formulovat svá opatrná subjektivní mínění a lépe se orientovat v jevovém světě své zkušenosti. Provždy platný odkaz skeptického náhledu na svět je ovšem zřejmý: vskutku moudrý, „vědoucí“ člověk si tedy nikdy jist, disponuje-li pravdou a smí-li tedy (na jejím základě) disponovat i se světem!

Není náhodou, že právě z tohoto hodnotového zázemí mohl vzejít křesťanský mravní ideál zdrženlivosti, vyrovnanosti a klidného hlásání evangelia bez ohledu na jakákoli protivenství a nástrahy světa. I křesťanské myšlení je od samotného počátku skeptické k lidským možnostem odkrýt pravdu; plnost bytí nabízí člověku víra. Jan M. Lochman dobře upozorňuje na principiální rozdíl řeckého „alétheia“ („pravda“ jakožto „neskrytost“) a hebrejského „emet“ („pravda“ jakožto „věrnost“).<sup>5</sup> Křesťanské „vlité“ ctnosti – víra, naděje, láska – jsou pojímány již v samotné pavlovské teologii jako klíčové „opěrné pilíře“ pro „poodstoupení“ křesťana od tohoto světa; nikoli však za cílem popření či znehodnocení profánního na úkor sakrálního, nýbrž naopak – jako předpoklady pro otevření se a hlubší porozumění tomu, co a proč se v tomto světě děje, neboť se to děje v určitém teleologickém plánu. Jak napsal Dietrich Bonhoeffer ve svých „Listech z vězení“, právě víra, naděje a láska umožňují křesťanu zůstat a plně žít uprostřed tohoto světa se všemi jeho problémy a nástrahami, ale přece poodstoupit od jeho naléhavé bezprostřednosti tam, odkud lze odkrýt jeho hlubší dimenze a smysl.<sup>6</sup>

„POZNEJ A OVLÁDNI“!

**N**ovověká **moderna** nastoupila svoji vítěznou pouť západní civilizací ve jménu ideálu exaktnosti, s touhou po uchopení a ovládnutí světa. Tedy s tím, co předznamenal Francis Bacon svým heslem „Vědění je moc“ a co bývá označováno jako „instrumentální“ přístup moderního člověka ke světu, rostlinám, zvířatům, druhým lidem a – ve svém důsledku – pak i k sobě samému. Takovému pojetí, jak konstatuje Erazim

4 Tretera, I.: Nástin dějin evropského myšlení. Praha – Litomyšl: Paseka 1999, s. 121 (zvýraznil I. T.)

5 Lochman, J. M.: Krédo. Základy ekumenické dogmatiky. Praha: Kalich 1996, s. 29

6 Srv. Bonhoeffer, D.: Na cestě k svobodě. Praha: Vyšehrad 1990, s. 255

Kohák, ospravedlňuje **manipulativní koncept**, v němž „svět není než shluk prostorových předmětů, surovin pro lidské cíle, jemuž člověk může libovolně vtisknout svůj smysl a svá přání. Na nic nemusí brát ohled: svět nemá vlastní hodnotu, dobro, či smysl: to jsou jen subjektivní lidské představy. Není ničeho, co by stálo v cestě bezohlednému plnění světa. Jenže rub tohoto pojetí je, že se člověk nemůže na žádný řád světa spolehnout. Dostává se do postavení ohrožení nesmyslným světem: nejen může, nýbrž musí světu vtisknout svůj řád. A ten řád nemá žádného oprávnění.“<sup>7</sup>

Současný západní svět a jeho racionalitu můžeme označit jako nikoli rozumějící, nýbrž **instrumentální**, a v jistém smyslu dokonce i jako **obscénní**, neboť je ovládán mechanismem nestoudného odkrývání. Nic nezůstává být takové, jaké to je „samo o sobě“, nic není možné „nechat být“; vše se stává potravou pro lačné zraky. Postoj dychtivého poznávání zákonitostí univerza, stržení dogmatických zábran vědeckého poznání i uměleckého zobrazení ke světu, jenž se zdál být tak úlevný v epoše renesance a nastupujícího novověku, vymkl se postupem času zpod kontroly a dospěl od renesanční pitvy, nesmělého to krůčku k „zmocnění se“ těla, až k dnešní investigativní žurnalistice, všudypřítomným tajným službám a sociálním sítím.

Již není úniku z „pavučiny“, v níž se pohybujeme; instrumentální rozum západní civilizace neúnavně „zprůhledňuje“, cokoli existuje, aby se toho zmocnil, stále méně se zabýváje **legitimitou** svého počínání.

Již slyším čtenářův nesouhlasný názor, poukazující na - mnou zmiňovaný“ - pojem „alétheia“, jímž přece již antičtí myslitelé upozorňovali na smysluplnost „odkrývání skrytého“! Ano, ovšem naznačený směr starořeckého filosofického myšlení je třeba chápat v celistvosti všech poukazů, jimiž jsou:

- poukaz k předpokladu, že svět má svůj vlastní řád, zákonitost svého pohybu („logos“), jehož zrcadlem musí být řád naší mysli, naší reflexe světa,
- současně k předpokladu, že tento řád je možné našimi (být omezenými) prostředky odkrýt, („alétheia“),
- a k důsledku, že naše „zacházení se světem“ („techné“) musí odkrýtý řád světa respektovat a být s ním v souladu!

Zdrženlivost, chápaná v kontextu anticko-křesťanského myšlení, znamenala tedy v první řadě **pokoru při „zacházení“ se světem**. A od tohoto ideálu se novověké západní myšlení dramaticky odvrátilo. Současný člověk, doménou jehož vztahu k věcem je „obstarávání“, zacházení, manipulace, a nikoli rozumění a péče, nerozpoznává podstatné poukazy jsoucího – tím ovšem nerozpoznává ani sám sebe jakožto svobodnou a též odpovědnou lidskou bytost! Heidegger varuje před opojeností jsoucnou a zapomináním na bytí jako celek poukazů: „Čím více se ve svém shonu obracíme ke jsoucnu, tím méně je necháváme,

---

7 Kohák, E.: Život v pravdě a moderní skepse. Praha: Nákladem 3. LF UK 1990, s. 23

aby se jako takové vymykalo, tím více se od Něho odvracíme. Tím jistěji se však sami tlačíme na veřejný povrch svého pobytu.“<sup>8</sup>

## PÉČE JAKO ODPOVĚDNOST

**J**ak to vše, co bylo doposud vysloveno, souvisí s **péčí**? Vydeme-li z předpokladu, že vše, čím jsme obklopeni, na nás „volá“ svými poukazy, „oslovuje“ nás a vybízí k hledání smyslu, pak odpovědností člověka je, těmto poukazům naslouchat a co nejvíce je i (ve své praktické činnosti) vyslyšet. „**Mít odpovědnost**“ neznamená nic více (ale také nic méně), než „**umět dát odpověď**“. A na co? Je to svět, lidé, situace, profese, ale vůbec sám způsob mého „pobývání ve světě“, jež mne nepřetržitě oslovují svými **výzvami a nároky**, jež mne v každé sekundě povolávají k takovým **rozhodnutím**, která jsou jim adekvátní a která jsou jich hodna.

Ano, **péče je - primárně - zcela specifickým způsobem „pobývání ve světě“**. A jak výstižně podotýká Martin Heidegger, pobyt je „jsoucno, jemuž jde v jeho bytí o toto bytí samo“.<sup>9</sup> **K samotné povaze „pobytu“ bytostně náleží tedy rozumět své vlastní „vrženosti“ i svému vlastnímu „seberozvrhování“**. V tom tkví – podle Heideggera – dvojí smysl onoho „cura“ („péče“): je vždy výkonem svobody v odemčenosti svých možností, ale současně je i odkázána na „obstarávaný“ svět...<sup>10</sup> Vzhledem k tomu, že „starost“ je ontologickou charakteristiku „pobytu“ jako takového, dostává se nám tu signálu, že „péče“ je vysoce zvláštním „exemplářem svého druhu“ – totiž existenciálně-antropologickou charakteristikou samotné smysluplnosti našeho lidství, která znamená **bytostnou angažovanost ve světě skrze kultivaci našich vztahů k němu, k druhým lidem – a konec konců i k nám samým!**

**V kultuře Západu je - coby dědictví osvícenských myšlenek - nejvyšší hodnotou individua autonomie**. Je to výsledek bouřlivého procesu sekularizace, utváření tržní ekonomiky a občanské společnosti. Autonomie byla vyzdvížena jako etický, politický a ekonomický ideál, který „zkypřil“ půdu pro vzrůstající sebevědomí moderního člověka. Je-li každý jedinec principiálně svobodným, tvořivým a nezávislým subjektem, pak platí, že lidé jsou na sobě navzájem nezávislí! „**Být nezávislým**“ začalo být bráno jako nezpochybnitelný předpoklad pro plnohodnotný život jedince i individua, pro jejich svobodný rozvoj a seberealizaci..

Vynikající norští autoři Henriksen a Vetlesen však nedávno upozornili, že se stále zřetelněji ukazuje **neudržitelnost etických pozic, absolutizujících substanciální autonomii člověka**, být s nimi „mává“ řada představitelů zejména soudobého neoliberalismu. Názor, privilegující lidskou autonomii, vychází z konceptu izolovaného člověka – suveréna,

8 Heidegger, M.: Co je metafyzika? Praha: Oikúmené 1993, s. 57

9 Heidegger, M.: Bytí a čas. Praha: Oikúmené 1996, s. 220

10 Heidegger, M.: Bytí a čas. Praha: Oikúmené 1996, s. 228

na základě vlastního (rozumového) uvážení teprve sekundárně vstupujícího do vztahů ke světu a k druhým; jak pozorné studium starořeckých, křesťanských a osvícenských kořenů západní kultury, tak pozorné studium současných společenských procesů nám říkají něco jiného: **všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti!** Ta musí být něčím absolutním a nedotknutelným! „Zatímco důstojnost je udělena všem stejně, je schopnost autonomie je rozdělena nestejně...“<sup>11</sup> Jinak řečeno, ztráta nebo nepřítomnost faktické autonomie nesmí znamenat minimalizaci, ztrátu či snad dokonce úplnou nepřítomnost důstojnosti. Tento fakt by si měli denně připomínat všichni pracovníci takových profesí, v nichž přicházejí do styku s druhými lidmi jako klienty, a v první řadě pracovníci pomáhajících profesí.

„**Důstojnost**“ je odvozena od „**dostát něčemu**“ (svému slovu, své funkci, své pověsti, vzdělání, věku apod.), „**dostačovat něčemu**“ (ve smyslu: být k něčemu kompetentní), **stačit, být s to**. Zdá se, že **lidskou důstojnost** lze interpretovat fundamentálně **ve dvou rovinách**:

1. Jakožto projev něčeho, co má každý člověk jaksi **automaticky** (už tím, že existuje). Můžeme hovořit o „vnitřní důstojnosti“, případně o důstojnosti „inherentní“. V tomto smyslu je důstojnost tedy **dána** každému lidskému jedinci již od narození (jaksi „**a priori**“) a nezávisí ani na kvalitě jeho osobnosti, ani na kvalitě jeho skutků, ani na kvalitě společenských poměrů, v nichž se nachází.
2. Jakožto projev něčeho, co si musí člověk nějak **zasloužit** („vnější důstojnost“, „atribuovaná“ důstojnost) – a závisí tedy na konkrétním výkonu každého jedince. V tomto smyslu tedy důstojnost není **dána**, nýbrž **vzniká**, je „**a posteriori**“, a existuje množství kritérií, podle nichž lze určitým jedincům důstojnost připsat a jiným nikoli.

Pro utváření „budovy“ evropského humanismu se stala „zakládajícím kamenem“ samozřejmě rovina první. Ta chápe pojem lidské důstojnosti jako **morální i právní kategorií**, která zdůrazňuje **svébytnou hodnotu člověka** (byť v posledních letech je veden obšírný diskurs rovněž na téma svébytné hodnoty zvířat a rostlin) a na základě toho nárokuje i jistá (nezadatelná a nezcizitelná) **lidská práva**. Touto hodnotou či významem (a z nich vyplývajícími právy) disponuje člověk jak obecně, jako příslušník lidského rodu, tak individuálně, tedy jako neopakovatelná osobnost, a nabízí ji, předkládá jakožto legitimizaci nároku „být přijat“. Pojem lidské důstojnosti bývá chápán jako základ pro to, abychom k člověku měli **úctu**, a to nejen abstraktně, nýbrž konkrétně - v osobě druhého člověka i v osobě své.

Henriksen a Vetlesen soudí, že **esenciálními rysy lidské bytosti** se (s největší pravděpodobností) ukazuje být něco zcela jiného, než si namlouvá západní racionalita posledních staletí, a sice: **křehkost, zranitelnost, závislost, smrtelnost**. Tyto substanciální

---

11 Henriksen, J. - O. – Vetlesen, A. J.: Blízké a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi. Sdružení Podané ruce Brno a Nakladatelství Albert Boskovice 2000, s. 27

rysy lidství přitom - podle nich - „nejsou výsledkem naší vlastní volby, takže je vlastně nikdy nemůžeme ani volbou odmítnout. Naopak: naše volby a hodnocení se odehrávají ve světě naší zranitelnosti a závislosti, jež jsme dostali do vínku“.<sup>12</sup> Na všechny výše uvedené existenciální rysy lidského „pobývání ve světě“ se zaměřuje **péče** (jak o sebe sama, tj. o lidství ve své vlastní osobě, tak o druhého člověka). Péče je spojovacím článkem mezi závislostí (zranitelností) a odpovědností. „Péče je odpověď na lidskou zranitelnost“.<sup>13</sup>

V tomto smyslu pokládám za principiálně závažné připomenutí Martina Bubera, že člověk neexistuje v plném slova smyslu „o sobě“ – tedy v podobě absolutně autonomního, soběstačného subjektu, který stojí sám „proti světu“, jak jej vykonstruoval René Descartes. Není tomu tak, že člověk „vede dialog se světem“; naopak, člověk vždy již nějak **je** v dialogu se světem - jde ovšem o to, jak! Svět pro něho totiž může vystupovat buď jako neosobní „Ono“, jež je pouhým nástrojem uspokojování mých zájmů, nebo jako osobní „Ty“, s nímž jsem ve vztahu a snažím se mu porozumět... Buber zdůrazňuje: „Kdo říká ‘ty’, nemá žádné ‘něco’, nemá nic. Ale ocitá se ve vztahu.“<sup>14</sup> Nejdůležitější je však jeho poznatek, že „Já“ z dvojice „Já-Ty“ je jiné, než jaké je „já“ z dvojice „Já-Ono“! Zásadní rozdíl mezi „Oním“ a „Ty“ je totiž v tom, že „**Ty**“ **nikdy nemůžeme učinit věcí**, nikdy s ním nelze jen tak „zacházet“! „Člověk, jemuž říkám ‘ty’, není předmětem mé zkušenosti. Ocítám se však ve vztahu k němu...“<sup>15</sup>

**Každý z nás tedy má (v jisté míře) odpovědnost za druhého, která vyplývá z naší i jeho závislosti a zranitelnosti;** tato odpovědnost k nám „přichází“ jaksi nezvána, často způsobuje výrazné komplikace v našich volbách, často ji i zapíráme, ale nikdy se jí nemůžeme zbavit. Odpovědnost je rozměrem našeho pobývání ve světě, který na nás denně naléhá, oslovuje nás. Emmanuel Lévinas to to vyostřuje až tak, že „jakmile druhý na mne pohlédne, jsem za něj odpovědný, a dokonce ani nemusím odpovědnost za něj *vzít na sebe*; ta odpovědnost *mi připadne*.“<sup>16</sup> Jinak řečeno: jakožto autonomní jedinci máme nepochybně prostor pro jednání svévolné, ba libovolné (ve smyslu přesného překladu onoho „autos“ a „nomos“), avšak jakožto lidé, bytostně zakotvení ve vztazích k druhým, na takové jednání v žádném případě nemáme právo.

---

12 Henriksen, J. - O. – Vetlesen, A. J.: Blízké a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi. Sdružení Podané ruce Brno a Nakladatelství Albert Boskovice 2000, s. 21

13 Henriksen, J. - O. – Vetlesen, A. J.: Blízké a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi. Sdružení Podané ruce Brno a Nakladatelství Albert Boskovice 2000, s. 23

14 Buber, M.: Já a Ty. Praha: Votobia 1996, s. 8

15 Buber, M.: Já a Ty. Praha: Votobia 1996, s. 11

16 Lévinas, E.: Etika a nekonečno. Praha: Oikúmené 1994, s. 182 (zvýraznil E. L.)

## SMYSL ODPOVĚDNÉHO POODSTOUPENÍ

**J**e proto nutno se ptát: **k jakému „volání“ odkazuje „péče“? Čím nás „oslovuje“? K jaké „odpovědi“ nás vybízí?? Dovolují si tvrdit, že na prvním místě nás péče vybízí právě k poodstoupení, zdrženlivosti.** Jak tomu rozumět právě v případě péče, jež se zdá vybízet k bezpodmínečnému přijetí druhého, k obejmutí, ba k sebevydanosti světu?

Dovolím si připomenout čtenáři Maxe Webera z úvodu tohoto zamyšlení; jsem přesvědčen, že jeho zásada „správné míry odstupu“ platí plně pro jakoukoli službu ve veřejném prostoru – pro policistu, učitele, lékaře, kněze, pečovatelku apod.

Odpovědné poodstoupení znamená **problematizaci**. Nechápat danou situaci, člověka či věc jako „samozřejmou“, tedy uzavřenou, nýbrž rozumět jí v její **otevřenosti**, „**nesamozřejmosti**“. Kdo poodstupuje, dává najevo, že **se jaksí necítí být plně „kompetentní“**; že musí teprve vše patřičně „rozvážit“ a teprve poté konat (nebo také nekonat). Poodstoupení je poctivé, neboť dává najevo, že dotyčný **ví o své předpokladovosti**; ví, že – jako u každého – jeho rozumění světu je nutně předsudečné. Myslím, že je smysluplné, hovořit i o jisté míře **skepse**, který ovšem chápu nikoli jako rezignaci, nýbrž – řečeno s Wilhelmem Weischedelem – jako „otevřenou skepsi“, jako **tázání, vyplývající ze zkušenosti radikální nejistoty**.<sup>17</sup>

Odpovědné poodstoupení znamená **kritickou reflexi**. V našich dobách nechvalně proslulý pojem „kritiky“ je přitom odvozen od slovesa „krinein“, které znamená „rozlišování“, „posuzování“. Výrazem „**techné kritiké**“ se v době antického Řecka rozuměla velmi specifická duševní činnost, totiž činnost diferencující a v závislosti na tom i posuzující, hodnotící, oceňující. Ale což není právě tato činnost jedním z nejvýraznějších atributů tvořivého lidského myšlení? Neznamená vůbec samo „myšlení“ především kritický – tj. rozlišující – přístup ke světu, věcem, lidem, životním situacím i k sobě samému? Ano, „být kritický“ vskutku v první řadě znamená mít odstup, nechápat věci zjednodušeně, nýbrž naopak – v jejich vnitřní složitosti, v souvislostech, vztazích, s maximálním porozuměním jejich předpokladům a důsledkům! Nezdrženlivé chování a jednání vyplývá z povrchního souzení, ze zpupného přesvědčení, že svět (a tedy i věci, zvířata a lidé v něm) jsou náš „majetek“, že již známe pravdu o nich a v důsledku toho s nimi můžeme zacházet (disponovat) dle libosti. Je tedy **nekritické**.

Odpovědné poodstoupení znamená **stud (ostych)**. Ten může sehrávat klíčovou roli proto, protože ve svém nejhlubším smyslu je bytostnou dispozicí člověka **mít někoho (něco) v úctě, ostýchat se před ním, čili poodstoupit od něho, sklonit se před jeho vahou**.<sup>18</sup> Zdeněk Kratochvíl upozorňuje, že tento (prapůvodní) význam starořeckého „aidós“ si již uvědomujeme jen velmi matně a zjednodušeně. Přitom právě stud je tím

17 Weischedel, W.: Skeptická etika. Praha: Oikúmené 1999, s. 29

18 Srv. Kratochvíl, Z.: Výchova, zřejmost, vědomí. Praha: Herrmann a synové 1995, s. 83



nejpřirozenějším korektivem „samozřejmosti“, s níž často soudíme druhé, s níž jednáme ve světě a v mezilidských vztazích. „Právě *aidós* je tou lidskou schopností, která sama zdržuje a zabraňuje, aniž by k tomu musela dostávat příkazy nebo návody. ... Ostych nás pozdrží a můžeme si rozvážit, zda to je vhodné, zda to stojí za to.“<sup>19</sup> **Zdrženlivost** vskutku znamená neustále doprovázející **pocit jisté nepatřičnosti**, kdykoli člověk manipuluje s nějakým jsoucnem, kdykoli narušuje přirozený běh jeho života, kdykoli nějak zasahuje.

Odpovědné podstoupení znamená **chvění**. „Neochvějní“ jsou pouze ti, kteří „již vědí“. Jsou „vlastníky Pravdy“. Vědí, o koho, proč a jak pečovat, ale také o koho, proč a jak nepečovat. A mají pro to „neochvějně“ argumenty. Podstupují-li, vím, že hledání legitimacy je obtížný, ba dramatický proces. Sören Kierkegaard to pěkně vystihl ve svých existenciálních analýzách „abrahámovského paradoxu“ v knize, kterou – nikoli náhodou – nazval právě „Bázeň a chvění“: „Abrahám se mediovat nedá a můžeme to vyjádřit i takto: Abrahám nemůže mluvit. Jakmile promluví, vyjadřuji se obecně, a nemluví-li, zas mi nikdo není s to porozumět. ... Proto Abrahám vzbuzuje můj obdiv a přitom mne děsí.“<sup>20</sup> Ano, podstoupení je vlastně projevem nejhlubšího **znejistění**, ba úzkosti!

Odpovědné podstoupení znamená **hledání přesahu**, a to v řadě rozměrů: ode „mne“ k „tomu druhému“, od „nás“ k „vám“, ale také od toho, co „jest“, k tomu, co „býti má“ apod. Znamená neustálé kladení a řešení dilemat, vyplývajících z **autonomie** mne jakožto pečujícího, i toho druhého jakožto objektu mé péče, ale současně i z faktu naší **vzájemné závislosti**.

Odpovědné podstoupení nemá deterministický, nýbrž **událostní charakter**. Nemá tedy být založeno jen na utváření předpokladů k identifikaci a interpretaci situací, kterým již **a priori „nějak rozumí“**, která pro něho již předem „mají smysl“, tj. vyvstávají v jeho horizontovém vidění a prožívání světa. V událostním chápání jde vždy o čin, který nemůže být jen tak nějakým opakováním předchozího algoritmu, činem, který si mohu napláňovat a poté i „mít pod kontrolou“. Takový čin by totiž - podle Jacquese Derridy - postrádal překvapení a proto by ho nebylo možné považovat za událostní. „Dokud mohu vytvářet a určovat nějakou událost performativním aktem zaručeným - jako každý performativní akt - konvencemi, legitimními fikcemi a jistým ‚jako by‘, neřekl bych bezpochyby, že se nic neděje nebo nenastává, nýbrž že to, co nastává, přichází, nebo to, co se mně stává, zůstává ještě kontrolovatelné a programovatelné v horizontu anticipace či rozvinutí toho, co je již možné. Je to řád moci, řád ‚já mohu‘, jsem schopen. Žádné překvapení, tudíž žádná událost v silném smyslu“ (3). Činnost, o níž hovoří Derrida jako o „událostní“, je tedy vždy spojena s vpádem „nemožného“, tedy oné nebezpečné modality „snad“; není plytkým „přislíbením budoucího“, nýbrž spíše příchodem neočekávaného...<sup>21</sup>

---

19 Kratochvíl, Z.: Výchova, zřejmost, vědomí. Praha: Herrmann a synové 1995, s. 84 – 85 (kurzíva Z. K.)

20 Kierkegaard, S.: Bázeň a chvění. Nemoc k smrti. Praha: Nakladatelství Svoboda – Libertas 1993, s. 52

21 Srv. Derrida, J.: Budoucnost profese aneb Universita bez podmínky (co by v budoucnu mohlo nastat díky „humanitním studiím“). In: Filosofický časopis 2001/6

Zmíněné aspekty formuluje - podle mého soudu - velice sympaticky Tomáš Halík ve svých analýzách fenoménu víry – v knize, opět nesoucí „signální“ název „Co je bez chvění, není pevné“. Píše: „Má víra není neochvějná, chvěje se stále: nikoliv však dvojakostí mého srdce nebo šimráním klasických pochybností novověké racionality. Chvěje se úctou před Tajemstvím, chvěje se studem před velkými slovy, bez nichž se zároveň nemohu obejít. Chvěje se nechutí k formalismu a chladné profesionalitě lidí se zaťatým srdcem a mozkiem, chvěje se strachem z nebezpečnosti ´majitelů pravdy´. Chvěje se při pomyšlení na vlastní slabosti a nehodnost ve vztahu k tomu, čím jsem byl osloven a obdarován.“<sup>22</sup> A položme si otázku: není víra vlastně též druhem péče? Nenáleží výrazivo, jež Tomáš Halík adresuje **víře**, v plné míře směle též **péči**??

CO JE „ETIKA“?

(ÚVAHA NAD ETICKÝM ASPEKTEM PŘÍPRAVY K POMÁHAJÍCÍ PROFESI)

**Z** předchozích úvah – doufejme – vyplynulo, že **etikou v pomáhajících profesích** rozumím **takový způsob „profesionálního pobývání ve světě“, který respektuje hledání hodnotových a normativních přesahů a poukazů, skrze něž nás existence klienta „volá k odpovědnosti“**. Zcela zcestné je - podle mého soudu - pojetí, které etiku vymezuje jako „doplňek“ či „přívěsek“ tzv. odbornosti, je zužující a zcestné; etika je vnitřním rozměrem „odbornosti“ samé – nebo, jinak řečeno, etika je způsobem, jímž je nutno péči pojímat, chápat a uskutečňovat! V této souvislosti je zřejmá i zcestnost zařazování „etické přípravy“ jako jednoho z předmětů v rámci „odborné přípravy“ v pečovatelských profesích...

Takovéto východisko ovšem přímo **vylučuje pojetí etiky jako hotového, jednou provždy daného instrumentária etických „pravd“ a receptů na „jedině správné chování a jednání“, nýbrž zakládá ji jakožto soustavnou kultivaci morálního myšlení, jako systematické rozvíjení kritické reflexe světa, druhých lidí i sebe sama**. Logicky dovozeno to pak znamená, oč by nám mělo jít v etické přípravě: **nikoli o to, naučit uchazeče daným otázkám a hotovým odpovědím na ně, nýbrž vzbudit v něm potřebu klást morální otázky**, a to sobě, druhým lidem, společnosti, a inspirovat tak vznik a utváření jakéhosi řádu jeho vnitřní (a pak samozřejmě i vnější) odpovědnosti!

Zdá se mi, že - z hlediska etického - není naším cílem, formovat u uchazečů postoj „vědoucího“ (toho, kdo je „vybaven“ znalostmi, jakousi „kuchařkou“ hotových „receptů“), ale právě naopak: **postoj „nevědoucího“**, tj. nehotového, plného otázek, ale chtějícího porozumět a konat! Takovýto postoj není přitom v žádném případě postojem pasívním; naopak, je to aktivní připravenost na základě problematizující aktivní angažovanosti v situaci.

---

22 Halík, T.: Co je bez chvění, není pevné. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2002, s. 13



Etický postoj není „vylovení“ kodifikovaného algoritmu chování a jednání z příručky; to možná (do jisté míry) jde např. při ohledávání místa činu, při definování skutkových podstat trestných činů apod., ale **v etice jde o rozevření prostoru odpovědnosti za lidskou stránku věci**. Cožpak má být naším ideálem absolvent, který se bude v prvé řadě ptát, jak „se“ zachovat s ohledem na nějaký - přesně definovaný - kodex ctností? Co když právě „**etická nehotovost**“ je tou pravou ctností?? Onen (tak častý a každému z nás až příliš známý) odkaz k neosobnímu „**se**“ je totiž nesmírně zrádný a nebezpečný; člověk se jím zříká sebe sama jakožto „**osoby**“, jakožto autentického jedince, a „rozplývá“ svoji identitu v pohodlné, ale neodpovědné a amorfní „průměrnosti“. Gabriel Marcel oprávněně zdůrazňuje, že jediné „osobě je vlastní něčemu č e l i t. Z tohoto hlediska můžeme říci, že vůdčí ctností osoby je odvaha – zatímco ono se zdá se spíše místem všech úniků a útěků.“<sup>23</sup>

V žádném případě není proto správné, redukovat výuku **etiky** na pouhou **deontologii**. Tento pojem má nepochybně svoji legitimní platnost, nicméně chápán odtrženě od aspektu **axiologického** (tedy od hlubšího hodnotového zakotvení a zdůvodnění policejní profese) snadno „sklouzne“ k takovému pojetí, které chápe policejní etiku jako pouhý apel nadřazených na určitou vnější podobu chování a jednání podřízených.

Určujícím „styčným bodem“, kde se setkává „etičnost“ s „odborností“ ve všech druzích pomáhajících profesích, je - podle mého soudu - **problematika legality a legitimacy**. Právě etika, chápána jako hledání a budování smyslu, jako „budování mostů“, jako problematizace „samozřejmého“ je jedinou flexibilní **hrází proti redukcí legitimacy na legalitu**, což má nezanedbatelný význam i v demokratickém právním státě. Pomáhající, který nemá vytvořeno (resp. sám si nevytváří) to, co bychom mohli nazvat „řádem vnitřní odpovědnosti“, bude navyklý poměřovat své chování a jednání povytce skupinovými normami („řádem vnější odpovědnosti“) – a bude tudíž nikoli **osobností**, nýbrž manipulovatelným **prvkem systému!**

Připomeňme Václava Bělohradského, jenž často ve svých textech upozorňuje na skutečnost, že nejnebezpečnějším „prototypem“ 20. století byl právě „člověk **bez skrupulí**“. Takový člověk je schopen úplně všeho, je to člověk, který si neklade otázky, neřeší morální dilemata, neproblematizuje, nepodstupuje tíživé a trýznivé hledání legitimacy svých každodenních rozhodnutí. „Člověk bez skrupulí může být definován tím, že odvozuje své vědomí od svých úkolů: ne vědomí jako úkol, ale úkol jako vědomí. Člověk bez skrupulí se zcela soustřeďuje na službu úkolu. Odsunuje do neskutečnosti to, co přesahuje vědomí úkolu, v čem se vědomí prosazuje jako něco neredukovatelného na úkoly a cíle.“<sup>24</sup> Člověk bez skrupulí byl a vždy bude nejvhodnějším „materiálem“ pro totalitní ideologie všech druhů a podob...

23 Marcel, G.: Přítomnost a nesmrtelnost. Praha: Mladá fronta 1998, s. 55

24 Bělohradský, V.: Přirozený svět jako politický problém. Praha: Čs. spisovatel 1991, s. 130 - 131

## ZDRŽENLIVOST JAKO UZNÁNÍ SVRCHOVANOSTI DRUHÉHO

**P**ožadavek **odpovědnosti** je - jak bylo zdůrazněno výše - vždy požadavkem lidského sebeomezení, stanovení **hranice** - mezi Mnou a Tebou, Námi a Vámi, mezi individuálním a společenským. Odpovědnost je **způsob, jímž do svého „světa“ zahrneme (nebo také nezahrneme) „toho druhého“** a zohledníme (nebo také nezohledníme) jeho potřeby. Každá hranice jakožto dělicí a diferencující „čára“ ustavuje tedy **dvojí situovanost**:

- tím, že odděluje, **dává oddělenému identitu**, legitimuje je jakožto specificky vymezené celky (to, co je „uvnitř“, a to, co je „vně“),
- ale současně s tím uvádí oddělené (tedy: „vnitřní“ a „vnější“) **do vzájemného vztahu, ba do vzájemné závislosti**, neboť jedno není myslitelné bez druhého.

Ve „Sloveh a věcech“ Foucault upozorňuje, že každý člověk vnímá, myslí a označuje svět jedinečně a pouze prostřednictvím socio-kulturních kódů určitého **epistemického pole**, tzn., že vždycky existuje určitý způsob bytí věcí a řádu, který je člení: „Hledat smysl znamená objevit to, co se podobá.“<sup>25</sup> „Naše dějiny“ jsou tedy v zásadní míře vždy jen „**dějiny Stejného**“! V tomto okamžiku nastává největší (a možná neřešitelný) problém „jinakosti“! Pohybuje-li se naše myšlení (a jinak se ani pohybovat nemůže!) vždy v rámci vytčených protikladů, **nelze myslet radikální jinakost**, neboť – jak to vystihuje Miroslav Petříček - „způsob, jímž myslíme hranici, nám nedovoluje chápat vnějšek jinak než jako relativní k vnitřku.“<sup>26</sup>

Problém hranic je tedy problémem toho, co uzavírá i otvírá zároveň, co umožňuje, ale současně i limituje, co je pozitivní i negativní, co stvrzuje obsažené v jeho „takovosti“, ale současně i vybízí k otázce, k problematizaci, ke svému překročení! Cokoli, co „je dáno“ jako dělicí čára (předpis, zákon, norma), je vnitřní i vnější v jednom a tom samém, neboť je to jak přítomnost vědomého, tak i nepřítomnost tušeného.

Stále častěji v této souvislosti rozvažují nad etickým konceptem **Emmanuela Lévinase**. Tento myslitel zásadně odmítá respektovat naznačenou tradici západní racionality jakožto „totalizace“, „zestejňování“ a manipulace světem. Ve své „etice dialogu“ vyhlašuje ambiciózní koncept obnovení metafyziky - nikoli však jako návratu k již překonaným evropským filosofickým systémům, nýbrž jako **metafyziku „radikální jinakosti“**. Táže se, zda existuje vůbec něco, čeho se člověk nemůže – ať o to jakkoli usiluje – zmocnit, osvojit si to, vnutit tomu své hodnoty a cíle, zkrátka manipulovat s tím. Něco, co naopak bude muset pokorně přijmout, sklonit se před tím, respektovat to. Lévinasova odpověď je zdánlivě prostá: tím, co se nám v naší životní situovanosti nejpřesvědčivěji vyjevuje

25 Foucault, M.: Slova a věci. Brno: Computer Press, a. s. 2007, s. 29

26 Petříček, M.: Předmluva, která nechce být návodem ke čtení. In: Derrida, J.: Texty k dekonstrukci. Praha: Bratislava: Archa 1993, s. 21-22

jako zásadně netotalizovatelné, je **tvář druhého člověka!** „... způsob, jak se představuje Jiný a překračuje ideu Jiného ve mně, nazýváme tvář“, píše Lévinas.<sup>27</sup>

Novou podobu transcendence chápe tedy Lévinas nikoli jako „hledání Boha“ ve smyslu antropomorfní modly (objektu k uctívání), ani jako heideggerovské „hledání bytí“, nýbrž jako **převzetí odpovědnosti za Druhého**, skrze což mé chování, má mluva i mé činy poukazují k nekonečnému nároku dobra, pravdy a spravedlnosti. Transcendence v tomto pojetí neruší vzdálenost mezi Mnou a Jiným, nepřivlastňuje si jej; naplňuje vztah, „aniž by se tento vztah stal implantací do Jiného a splýváním s ním, aniž by narušoval samu totožnost Stejného, jeho ipseitu, aniž by umlčoval *apologii*, aniž by se tento vztah stal apostasí a extasí.“<sup>28</sup>

Etika se tedy - podle Lévinase - uskutečňuje tím způsobem, že **uznávám svrchovanost Druhého**. „Přítomnost Druhého je toto zpochybnění mého šťastného vlastnění světa.“<sup>29</sup> Etický vztah mezi Mnou a Druhým není tím typem vztahu, kdy se totožnost obou sjednocuje do nějakého „vyššího“ celku; „ten Druhý“ je vždy průlomem „jinakosti“ do mého vždy přítomného „totalizujícího nároku“, je tím, co mne znepokojuje, zneklidňuje v mých „jistotách“, je tím, co zásadním způsobem problematizuje můj pocit oprávněnosti v „zacházení se světem“. Neomezené ambice na „ovládnutí věcí“ a „vládnutí věcmi“ (ale i druhými lidmi) tu náhle narážejí na „tvář“ jako na výzvu, úkol. „Ten Druhý“ je neustálá problematizace, výzva, úkol, permanentní zpochybnění mé sebejistoty.

V této souvislosti operuje Lévinas často s pojmem „stud“. Toto slůvko, které rovněž takřka vymizelo z veřejného etického diskursu, ale – bohužel – často i z mravního prožívání a hodnocení, mu slouží jako význačný **atribut „mezní situace“, v níž dochází k etické transcendenci**. Říká: „Tento způsob měření se dokonalostí nekonečna není tedy nějaká teoretická úvaha. Uskutečňuje se jako stud...“<sup>30</sup> Stud lze tedy chápat spíše jako existenciální otřes sebejistoty, jako prožitek dotyku s věčností a tedy i nicoty pomíjivého. Stud je průvodcem metafyziky.

Na první pohled se Lévinasův etický projekt jeví jako jednostrannost, před níž je třeba varovat, neboť se zdá stranit absolutnímu zrušení hranice mezi mnou a „Druhým“. Napovídají tomu pojmy „svrchovanost Druhého“, „přijetí Druhého“ apod. Nemyslím si však, že tomu tak je. Právě tak by bylo totiž možné, obvinít Lévinase z nastolení absolutní distance mezi mnou a „Druhým“; stačí uvést jeho pojmy „respekt k Druhému jakožto cizímu“, „uznávání exteriority Druhého“ apod. Podle mého soudu Lévinas naopak nesmírně citlivě vystihl to (takřka) nevystihnutelné: abych mohl „Druhého“ **přijmout (v péči) jakožto „takového“**, musím jej napřed **opustit jakožto „nějakého“!**

27 Lévinas, E.: Totalita a nekonečno. Praha: Oikúmené 1997, s. 35

28 Lévinas, E.: Totalita a nekonečno. Praha: Oikúmené 1997, s. 27 (zvýraznil E. L.)

29 Lévinas, E.: Totalita a nekonečno. Praha: Oikúmené 1997, s. 60

30 Lévinas, E.: Totalita a nekonečno. Praha: Oikúmené 1997, s. 68

Jak výstižně shrnuje Lévinasovo směřování Ivan Blecha, jeho cílem je pokusit se „najít sami v sobě nějakou ‘zkušenost cizího’ , jiného, neuchopitelného“<sup>31</sup>, a k tomu je primárně zapotřebí pokory a zdrženlivosti. Až příliš jsme si zvykli – v kontextu moderní instrumentality – žít, myslet a konat synchronně, vše převádět na svoji zkušenost, mít vše k dispozici. Je nanejvýš zapotřebí „vpádu diachronie“, suspenze Ega z „trůnu“, které si samo vybudovalo – a tím vpádem je právě zjevení se „toho Druhého“. Lévinasovský koncept etiky je koncept absolutního nároku: etika v něm nemá reciproční povahu, neboť „tvář Druhého“ mne volá k absolutní odpovědnosti, je mimo veškerý nahlédnutelný a tematizovatelný kontext – a přesto existuje! „Tvář ukazuje mou svobodu jako provinilou a teprve odtud mohu vystoupit ze svého egoismu vlády a neomezeného vlastnění k zodpovědnosti.“<sup>32</sup>

## ZÁVĚR

**S**hrneme-li alespoň ve stručnosti předchozí zamyšlení, lze snad říci, že zdrženlivost znamená v prvé řadě **pokoru při „zacházení“ se světem**. Ano, mám na mysli to, co tak úžasně vyjádřil již před tisíciletími Lao-c’ ve svém slavném příměru o světě jako posvátné nádobě, kterou člověk rozbíjí, chce-li se jí zmocnit.<sup>33</sup> Jistě, v dnešním světě nelze nejednat, nevstupovat do vztahů, nehodnotit. O to však nejde. Jde o respektování dvou etických rovin našeho jednání:

- mít již předem respekt k tomu, jak věci jsou, pokoru před řádem jejich existování, vědět, že tomuto řádu nikdy beze zbytku neporozumím, byť jsem nucen si naň učinit „hotový“ názor a zcela konkrétním způsobem doň vstoupit,
- pokud možno „jednat bez zasahování“, tj. zdržet se absolutizace jednoho – a ještě k tomu utilitárností situace diktovaného – poukazu, aspektu, souvislosti, ale naopak: nalézat, ke kterým souvislostem věci samy poukazují. Chápat věci „zevnitř“ a nikoli „zvenčí“, v jejich poukazech k celku světa a nikoli vytrženě.

Největší tragédií západní civilizace je, že **jsme se zaměřili na „obstarávání“**, na instrumentální zacházení se světem (mnohdy však i s druhými lidmi!), na účelovou manipulaci s věcmi, a **přestáváme se tázat**. Bez zdrženlivosti však nemůže být **probuzení k otázce**, které je v evropské tradici chápáno jako východisko „**péče o duši**“, „**areté**“. Právě ono sókratovské „vědění o nevědění“ je jedním z – možná „poněkud“ pozapomenutých – kořenů naší evropské kultury. Řečeno Patočkovými slovy: „A tak je počátkem nového, tj. mravního života, vynořování naší bytosti jako vpravdě jsoucí, nerozrušené vnitřní sklerózou, toto omezení: poznání sebe je na prvním místě, tato skromnost nevědění o posledním podstatném.“<sup>34</sup>

31 Blecha, I.: Proměny fenomenologie. Praha: Triton 2007, s. 348

32 Petříček, M.: Úvod do současné filosofie. Praha: Nakladatelství Herrmann a synové 1997, s. 162 (kurzíva M. P.)

33 Srv. Lao-c’: O tao a ctnosti. Praha: Odeon 1971, s. 77

34 Patočka, J.: Sókratés. Praha: SPN 1990, s. 117

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Aristotelés: Metafysika. Praha: Nákladem České akademie věd a umění 1927
- [2] Aristotelés: Etika Nikomachova. Praha: Jan Laichter 1937
- [3] Bělohradský, V.: Přirozený svět jako politický problém. Praha: Čs. spisovatel 1991
- [4] Blecha, I.: Proměny fenomenologie. Praha: Triton 2007
- [5] Bonhoeffer, D.: Na cestě k svobodě. Praha: Vyšehrad 1990
- [6] Buber, M.: Já a Ty. Praha: Votobia 1996
- [7] Derrida, J.: Budoucnost profese aneb Universita bez podmínky (co by v budoucnu mohlo nastat díky „humanitním studiím“). In: Filosofický časopis 2001/6
- [8] Foucault, M.: Slova a věci. Brno: Computer Press, a. s. 2007
- [9] Halík, T.: Co je bez chvění, není pevné. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2002
- [10] Heidegger, M.: Co je metafyzika? Praha: Oikúmené 1993
- [11] Heidegger, M.: Bytí a čas. Praha: Oikúmené 1996
- [12] Henriksen, J. - O. – Vetlesen, A. J.: Blízké a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi Sdružení Podané ruce Brno a Nakladatelství Albert Boskovice 2000
- [13] Kierkegaard, S.: Bázeň a chvění. Nemoc k smrti. Praha: Nakladatelství Svoboda – Libertas 1993
- [14] Kohák, E.: Život v pravdě a moderní skepse. Praha: Nákladem 3. LF UK 1990
- [15] Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 2013
- [16] Kratochvíl, Z.: Výchova, zřejmost, vědomí. Praha: Herrmann a synové 1995
- [17] Lao-c’ : O tao a ctnosti. Praha: Odeon 1971
- [18] Lévinas, E.: Etika a nekonečno. Praha: Oikúmené 1994
- [19] Lévinas, E.: Totalita a nekonečno. Praha: Oikúmené 1997
- [20] Marcel, G.: Přítomnost a nesmrtelnost. Praha: Mladá fronta 1998
- [21] Lochman, J. M.: Krédo. Základy ekumenické dogmatiky. Praha: Kalich 1996
- [22] Patočka, J.: Sókratés. Praha: SPN 1990
- [23] Petříček, M.: Předmluva, která nechce být návodem ke čtení. In: Derrida, J.: Texty k dekonstrukci. Praha: Archa 1993
- [24] Petříček, M.: Úvod do současné filosofie. Praha: Nakladatelství Herrmann a synové 1997
- [25] Tretera, I.: Nástin dějin evropského myšlení. Praha – Litomyšl: Paseka 1999
- [26] Weischedel, W.: Skeptická etika. Praha: Oikúmené 1999

# THE CARE AS A STEPPING ASIDE



## ABSTRACT

The text is a contribution to the ethical-philosophical questioning of the assumption of care for the other. In the first part, the author points to the ancient Greek ideal of restraint; emphasizes its gnoseological and moral dimension. A conservative expression of this tendency is the ancient Greek "aidós", understood as an step aside, shame, respect for something (someone). The emergence of contemporary modernity is characterized by the author as the onset of an instrumental conception, whose expression is an unstoppable, "manly" approach to the world, to nature and to man and omnipresent obscenity (in the sense of revealing "what is to be behind the scene"). The author notes the emphasis of contemporary Western thought on the freedom and autonomy of an individual, but points to the danger of its absolutisation; he believes that people are equal in dignity and not in autonomy, and points to the essential features of humanity, such as fragility, vulnerability, addiction and mortality. He understands then the care (and related assisting professions) as a bridge connecting these attributes of humanity and human responsibility ("care is the answer to human vulnerability."). In addition to

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Petr Nesvadba, CSc.  
Policejní akademie České republiky  
v Praze  
Katedra společenských věd  
Fakulta bezpečnostního  
managementu  
Lhotecká 559/7  
143 00 Praha  
e-mail: nesvad@seznam.cz

this concept of care, the author enrolls to the ethno-philosophical conception of Emmanuel Lévinas, emphasizing the "second" priority and its nontotalized "acceptance"

## KEYWORDS:

dignity, ethics, care, helping professions, stepping aside, restraint

# DIAGNÓZA EXHIBICIONISMUS

JANA NOVOTNÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Exhibicionismus je dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10 zařazen do kapitoly V. mezi Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), oddíl Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–F69) a položku Poruchy sexuální preference (F65). Tato porucha sexuální preference (neboli sexuální deviace či parafilie) spočívá v expozici genitálu, jež je realizována na veřejnosti před anonymními ženskými objekty. Na základě tohoto jednání dochází u jedince k sexuálnímu vzrušení, které bývá často následně doplněno o masturbaci, ač to nemusí být pravidlem. Toto počínání je zatíženo vysokou specifickou recidivitou. Exhibicionismus patří mezi nejčastěji se vyskytující poruchy sexuální preference. Druhá část příspěvku je koncipována jako kazuistika klienta s diagnózou exhibicionismu, který má soudně nařízenou ústavní sexuologickou léčbu. Tato léčba byla klientovi nařízena v souvislosti s dlouhodobě opakujícími se exhibicemi na veřejnosti.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

exhibicionismus, parafilie, Mezinárodní klasifikace nemocí, expozice genitálu



## EXHIBICIONISMUS

Lidská sexualita má mnoho podob. Společnost, v níž jedinec žije, do značné míry stanovuje kritéria normy sexuálního chování. Tato norma je ovlivněna kulturními normami, morálkou společnosti, náboženstvím, typem společnosti a očekáváním jejích členů. (Bhugra, Popelyuk, McMullen, 2010)

Z pohledu naší společnosti je exhibicionismus považován za odchylku od normy společensky přijímaného sexuálního chování. Tyto kvalitativní odchylky sexuálně motivačního systému se nazývají parafilie. (Weiss, 2010)

Exhibicionismus je definován jako recidivující nebo přetrvávající tendence vystavovat genitál před neznámými osobami (především opačného pohlaví) nebo osobami na veřejných místech bez výzvy nebo záměru intimního kontaktu. Sexuální vzrušení se obvykle, ale ne vždy, dostavuje v době expozice a tento čin je obvykle následován masturbací. (WHO, 2017) Pokud v rámci exhibice dojde k reakci oběti jako je šok, odpor, strach či ohromení, většinou dochází k vystupňování vzrušení expozéra. K expozici genitálu si tito jedinci vybírají zpravidla odlehlejší místa, jako jsou parky, zahrady apod. (Krueger et al, 2017; Šrámková, 2015)

Tato porucha patří mezi sexuální deviace s nejvyšší incidencí, neboť expozéři cítí ke svým exhibicím většinou velmi silné puzení. Jedná se tedy o poruchu s vysokou specifickou recidivitou. (Weiss, 2010; Pavlovský et al, 2012)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10 je exhibicionismus zařazen do kapitoly V. mezi Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), oddíl Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–F69) a položku Poruchy sexuální preference (F65). (WHO, 2017)

Sexualita jedinců trpících exhibicionismem jeví známky výrazné nevyzrálosti. Jejich heterosexuální vývoj je výrazně zpomalen, rovněž pohlavní aktivita těchto jedinců bývá spíše nižší. (Pavlovský et al, 2012)

Exhibicionismus se primárně týká heterosexuálních mužů, jež se exhibují před ženami nebo dospívajícími dívkami. Někteří z nich tuto exhibici používají jako jediný způsob realizace vlastní sexuality, jiní mimo exhibici žijí i v běžném partnerském soužití. U této skupiny jedinců z pravidla v období vzniku problémů v partnerském vztahu dochází ke stupňování nutkání k exhibicím na veřejnosti. Většina exhibicionistů toto nutkání ovládá jen velmi obtížně. (Krueger et al, 2017)



Osobu exhibicionisty lze obecně charakterizovat jako jedince introvertního, úzkostného, s neurotickými osobnostními rysy a vysokou diskrepancí mezi reálným a idealizovaným sebeobrazem, což je u těchto osob projevem nedostatečné sebeakceptace. Jedná se většinou o osobnosti spíše sociálně nejisté. (Weiss, 2010; Pavlovský et al, 2012) Podle Weisse (2008) velká část exhibicionistů pochází z rodin s narušenými vztahy a s problematickou identifikační figurou otce.

Ze studie Granta (2005) zaměřené na muže trpící exhibicionismem vyplývá, že tato porucha sexuální preference bývá často spojena i s dalšími komorbitami a to ve více než 90 %. Nejčastěji se jedná o depresivní poruchy, ve 40 % jde také o poruchy osobnosti apod. Zajímavým zjištěním byl rovněž výrazný výskyt suicidálních myšlenek, které uvádělo více než polovina respondentů této studie.

Studie Baderové a kolektivu (2007) zaměřená na problematiku exhibicionismu v percepci páchání sexuální delikvence zase uvádí, že čtvrtina zkoumaných jedinců uváděla ve své anamnéze v minulosti zneužívání některé z návykových látek. Autorka rovněž potvrzuje fakt, že exhibicionisté ve své činnosti často recidivují, v této studii se jednalo o 30 % osob opakovaně zadržených v souvislosti s veřejným obnažováním. Weiss (2008) uvádí, že míra latence kriminality těchto parafiliků je vysoká, neboť je oznamováno asi 17 % z celkového počtu exhibic.

Příčinou expozice genitálu na veřejnosti však nemusí být vždy jen diagnóza exhibicionismu, může se jednat také symptomatologické expozice genitálu u osob trpících organickými poruchami, osob s mentální retardací či jinými duševními onemocněními např. schizofrenií. Nezřídka se rovněž jedná i o osoby intoxikované návykovými psychotropními látkami, nejčastěji pervitinem. (Pavlovský et al, 2012)

Diagnóza exhibicionismu bývá také často spojena i s dalšími sexuálními deviacemi, mezi ty nejvýznamnější patří voyeurismus, tušérství, frotérství a patologická sexuální agresivita.

Pokud se exhibující jedinec snaží k oběti přibližovat, verbálně nebo fyzicky ji kontaktovat, popřípadě se snaží u své oběti vzbudit úlek či strach, je pravděpodobné, že se nejedná o pravého exhibicionistu nýbrž spíše o patologického sexuálního agresora či sadistu, jež volí expozici genitálu jako náhradní, méně nebezpečnou aktivitu. V těchto případech vždy hrozí riziko eskalace agrese při opakování deliktů. (Weiss, 2008)

## KAZUISTIKA

Případ se týká 22letého muže s diagnózou exhibicionismu v kombinaci s patologickou sexuální agresivitou. Tento klient byl již od útlého dětství vychováván jen matkou, svého otce nikdy nepoznal. Jeho dětství provázely významné výchovné problémy, které se projevovaly jak v domácím prostředí tak i v tom školním. Matka při výchově používala častých fyzických trestů, z důvodu eskalace výchovných problémů byl tento klient přechodně umístěn do dětského domova se školou. Od svých třinácti let pravidelně užívá marihuanu. Klient má ještě další tři sourozence. Žádný ze sourozenců nevykazuje závažnějších problémů.

Z důvodu neprospívání na základní škole byl klient přeložen do speciální školy. Po dokončení základní školní docházky se přihlásil na úřad práce.

Svou první lásku prožíval ve dvanácti letech se stejně starou kamarádkou své sestřenice. Hned na první schůzce došlo k polibkům a dotekům. Tento vztah pokračoval asi 6 měsíců, když do této doby dívka nepodlehla jeho žádostem o styk, tento vztah ukončil. Následovalo velké množství různě intenzivních známostí.

V erotických fantaziích klienta se objevují dospělé ženy primárně při realizaci orálních praktik či anální styk se ženou, která křičí bolestí při čemž je současně intenzivně bita po hýždích.

V současné době s rodinou sdílí domácnost i nový přítel matky. Tento matčin partner na klienta dohlíží a on z něj má respekt. V průběhu svého života klient neměl žádné zaměstnání, stal se občasným uživatelem tvrdých drog a pachatelem drobné kriminality, za níž byl opakovaně odsouzen. Sexuální delikvenci začal páchat jen krátce před svým dalším zadržením a nařízením ochranné sexuologické léčby.

Opakovaně se v období dospívání obnažoval před náhodnými dívkami. Následně v souvislosti s frustrací vyplývající z nedostatku sexuálních příležitostí si před domem vyhlédl mladou ženu bydlící ve stejném domě jako on. Tuto ženu pronásledoval až do výtahu. Když se výtah rozjel, klient se obnažil a začal masturbovat až do vyvrcholení. Ejakulátem potřísnil ženu, která začala křičet. V tomto okamžiku zastavil klient výtah a utekl. Manžel postižené ženy vše nahlásil na Policii ČR a ta pachatele zadržela. Na základě podrobného sexuologického vyšetření byla potvrzena diagnóza exhibicionismu a současně také patologická sexuální agresivita. V současné době je klient stále hospitalizován na sexuologickém oddělení psychiatrického zařízení.

## ZÁVĚR

**E**xhibicionismus je diagnózou, která může mít významný dopad na kvalitu života jedince. Bohužel většinou tito jedinci vyhledávají pomoc až v okamžiku, kdy již začali páchat sexuální delikvenci a byli zadrženi Policií ČR a sexuologická léčba jim byla nařízena soudně. Jen mizivé procento jedinců trpících exhibicionismem vyhledá pomoc dobrovolně na základě vlastního rozhodnutí.

Jedná se tedy jak o zdravotní, tak i psychologický a sociální problém. Z pohledu zdravotního je exhibicionismus zařazen dle Mezinárodní klasifikace nemoci a přidružených zdravotních problémů - 10 do kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování. Spadá tedy do gesce oboru psychiatrie.

Tato diagnóza má však i zásadní psychologické a sociální konsekvence, které mají významný dopad na kvalitu života tohoto jedince. V percepci sociální práce může jít o závažný sociální problém. Dle Nové (2017) lze sociální problém definovat jako společenský stav nebo společenskou situaci, který vyrůstá z rozporů mezi životní situací jedince ve společnosti a společenskými podmínkami lidské existence. Právě rozdíl mezi potřebami těchto jedinců a normami společnosti vede často tyto jedince k životu na hraně zákona. Tento způsob života následně může vést k narušení rodinných a partnerských vztahů, pracovní kariéry či rozvoji dalších různě závažných psychických problémů.

Na léčbě osob s diagnózou exhibicionismu se podílí celý multidisciplinární tým. Mimo lékařů specializovaných na oblast sexuologie jde také o ošetrovatelský personál, psychology a sociální pracovníky, kteří mohou významným způsobem pomoci s různými aspekty života s touto diagnózou.

Tento příspěvek vznikl na základě podpory interního grantu Vysoké školy polytechnické Jihlava č. 1170/4/1713.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BADER, M. S. SCHOENEMAN-MORRIS, A. K. SCALORA, J. M. CASADY, T. K. *Exhibitionism: Findings From a Midwestern Police Contact Sample*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2007, 52(3), 270-279 p. ISSN 0306624X.
- [2] BHUGRA, D. POPELYUK, D. MCMULLEN, I. *Paraphilias Across Cultures: Contexts and Controversies*. The Journal of Sex Research, 2010, 47(2-3), 242-256 p. ISSN 0022-4499.
- [3] GRANT, J. E. *Clinical Characteristics and Psychiatric Comorbidity in Males With Exhibitionism*. The Journal of Clinical Psychiatry, 2005, 66(11), 1367-1371 p. ISSN 0160-6689.
- [4] KRUEGER, R. B. REED, G. M. FIRST, M. B. MARAIS, A. KISMODI, E. BRIKEN, P. *Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11)*. Archives of Sexual Behavior. 2017, 46(5), 1529-1545 p. ISSN 0004-0002.
- [5] NOVÁ, M. 2016. Sociální práce a nové sociální problémy. In MÁTEL, A. - PAVELKOVÁ, J. - JANECHOVÁ, L. (eds.). Aktuální trendy sociální práce. Recenzovaný sborník z mezinárodní vědecké konference. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 2016. ISBN 978-80-906146-8-0.
- [6] PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 98-247-4332-5.
- [7] ŠRÁMKOVÁ, T. *Sexuologie pro zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.
- [8] WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.
- [9] WEISS, P. et al. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492 8.
- [10] WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí*, [online]. 10. Revize aktualizovaná verze k 1.4.2014, Geneva, World Health Organization, 2008, 874 s. ISBN 92 4 154649 2 (svazek 1), 92 4 154653 0 (svazek 2), 92 4 154654 9 (svazek 3), [cit. 2017-08-15] Dostupné: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>

# DIAGNOSIS EXHIBITIONISM



## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.  
Vysoký škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 1556/16  
586 01 Jihlava  
e-mail: jana.novotnai@vspj.cz

## ABSTRACT

According to the International Classification of Diseases and Associated Health Problems – 10, exhibitionism is enlisted in Chapter V. among Mental and Behavioral Disorders (F00-F99), section Personality and Behaviour Disorders in Adults (F60-F69) and article Sexual Preference Disorders (F65). This disorder of sexual preference (or sexual deviation or paraphilia) is based on the exposure of the genital that is realized in public in front of anonymous female objects. As a result of this behavior, sexual arousal occurs in the individual, often followed by masturbation, although this is not necessarily the rule. This behaviour is a subject of high specific recidivism. Exhibitionism is one of the most common sexual preferences. The second part of the paper is conceived as a case study of a client with a diagnosis of exhibitionism who has a court-ordered constitutional sexological treatment. This treatment was ordered to the client in connection with repeated exhibitions in public.

## KEYWORDS:

exhibitionism, paraphilia, international classification of diseases, genital exposure

# SADISMUS JAKO SPOLEČENSKY NEBEZPEČNÁ SEXUÁLNÍ DEVIACE

JANA NOVOTNÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Sadismus je jednou z nejnebezpečnějších sexuálních deviací. Jedná se tedy o poruchu sexuální preference, při níž je centrem erotického zájmu agrese a hostilita k sexuálnímu objektu. Se sadistickými osobami je možné se setkat v rámci péče poskytované na sexuologických odděleních psychiatrických zařízení. Sociální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, jež se na práci s těmito klienty podílí. Příspěvek prezentuje kazuistiku sadistického klienta.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

sadismus, parafilie, společnost, sexuální násilí

## ÚVOD

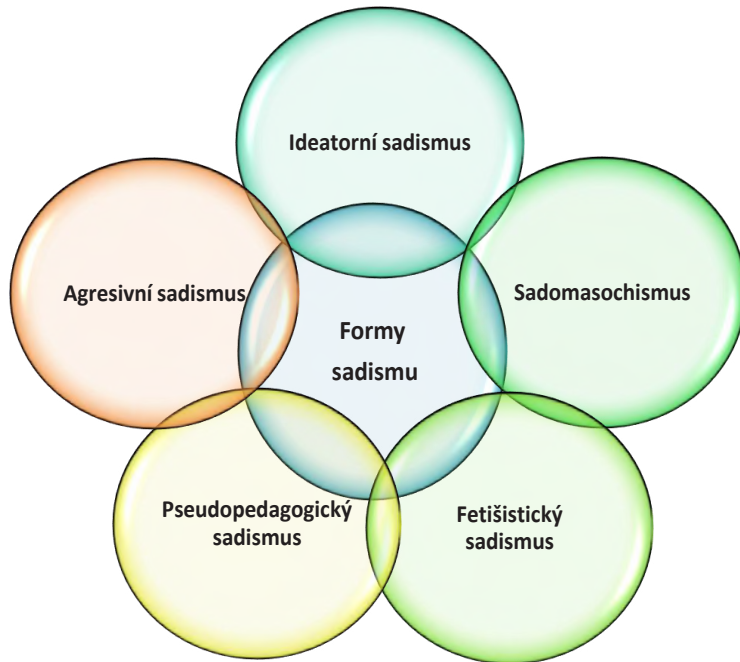
Sexuální deviace jsou tématem často společensky tabuizovaným a to především v oblasti deviací přinášejících společenské riziko. Za jednu z nejnebezpečnějších deviací je bezesporu možné zařadit sadismus.

Charakteristickým rysem sadismu je agrese a hostilita k sexuálním objektům. Sadista dosahuje sexuálního vzrušení při absolutní nadvládě nad obětí, jejím týráním jak fyzickým tak i psychickým. (Šrámková, 2015)

Zavedení pojmu sadismus se připisuje německému sexuologovi a psychoanalytikovi Richardu von Krafft-Ebingovi, který jej poprvé uvedl v roce 1886 ve svém díle *Psychopathia Sexualis*. Tento pojem odvodil od jména markýze de Sade, který byl autorem erotických románů se sexuálně-sadistickým podtextem. (Laws, O'Donohue, 2008)

Skutečná prevalence sadismu v naší společnosti není známa. K podchycení těchto jedinců dochází spíše náhodně nebo v souvislosti s pácháním sexuální delikvence. (Fedoroff, 2008) Kovář (et al, 2008) uvádí, že sexuální motivace je patrná u 2,6 až 6 % spáchaných vražd. Přičemž výskyt sexuálně deviantních jedinců činí asi 13 % a to především sadistů a patologických sexuálních agresorů.

**Obrázek 1:** Formy sadismu



(Pavlovský et al, 2012; Weiss, 2008)

## HLAVNÍ FORMY SADISMU

### A) IDEATORNÍ SADISMUS

Projevem ideatorního neboli fantazijního sadismu jsou především svérázná literární nebo umělecká díla vykazující sexuální sadistické motivy. Tento typ sadistů zůstává pouze v oblasti představ, které žádným způsobem nerealizují, z tohoto důvodu je nebezpečnost těchto jedinců pro okolí minimální. (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015)

### B) SADOWASOCHISMUS

U sadismu je vzrušení dosahováno dominancí, totální kontrolou objektu. Sadista je vzrušován fyzickým i duševním utrpením své oběti a pocitem, že má oběť plně ve své moci. Naopak u masochismu je vzrušení dosahováno totálním odevzdáním se partnerovi nebo vlastním utrpením či ponížením. (Weiss, 2010)

Sadismus a masochismus se často vyskytují společně, pak se hovoří o sadomasochismu, jedinec je v tomto případě schopen přijímat obě role. Sadomasochistické aktivity se nejčastěji vyskytují ve formě partnerského sadomasochismu, kde jsou potřeby partnerů komplementární, odehrávají se za vzájemného souhlasu a bez pocitů viny a studu. (Weiss, 2008)

S prvky sadomasochistické sexuality se v současné době můžeme setkat čím dál častěji i v rámci tzv. normální sexuality. Toto potvrzuje výzkum Holvoetové (2017) zkoumající zájem široké veřejnosti o praktiky BDSM (zkratka pro bondage, disciplínu, submisivitu a dominanci), které patří do sféry sadomasochistické sexuality. Z jejich zjištění vyplývá, že více než 46 % respondentů již v minulosti vyzkoušelo některou ze BDSM praktik, 22 % dotázaných potvrdilo fantazie obsahující tyto praktiky a více než 12 % respondentů uvedlo opakované používání těchto praktik. (Holvoet, et al., 2017)

### C) PSEUDOPEDAGOGICKÝ SADISMUS

Je variantou sadismu, která spočívá v tendenci dominovat nad objektem nadměrným samoučelným důrazem na poslušnost a disciplínu směřující k absolutní podřízenosti a závislosti objektu. (Pavlovský et al, 2012)

Pseudopedagogický sadista používá spíše mírného nebo symbolického násilí. Toto násilí může mít podobu psychického nátlaku, tělesných trestů, ale může se jednat i o dlouhodobé trýznění a to jak ve formě psychické tak i fyzické. Doménou těchto sadistů jsou partnerské vztahy či výchova dětí a mládeže, ale je možné se s rysy tohoto chování setkat i na pracovištích ve vztahu k podřízeným. (Turčan, Pokorný, Fait, 2012)



## D) FETIŠISTICKÝ SADISMUS

V rámci fetišistického sadismu je objekt jako celek v pozadí a erotická fascinace se týká jen rekvizit, které nějakým způsobem souvisí s násilím. Tato sexuální preference může mít stejně jako i ostatní deviace podobu pouze fantazijní. Realizace těchto potřeb je možná i v rámci partnerských sexuálních aktivit. Z tohoto důvodu se tito jedinci dostanou pachateli sexuální delikvence jen zřídka. (Weiss, 2010)

## E) AGRESIVNÍ SADISMUS

Agresivní sadisté jsou jedinci, kteří pro dosažení sexuálního vzrušení potřebují objekt svého zájmu před stykem, během něho či místo něj učinit nehybným. Do této kategorie patří i většina sexuálních vrahů. Pro tyto jedince je prioritní možnost s oběťmi libovolně manipulovat. Někteří z nich po činu odnímají některé části těla oběti nebo poškozují genitál apod. (Weiss, 2008)

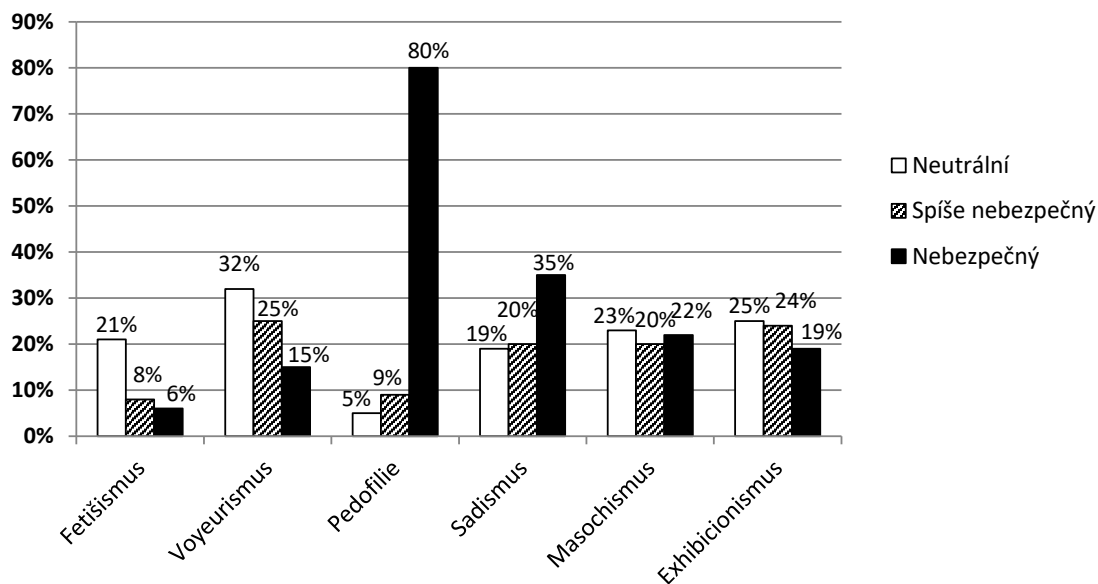
V anamnéze těchto jedinců je možné velmi často najít i jiné deviantní aktivity jako je exhibicionismus, voyérství, fetišismus, extrémní krutost ke zvířatům či zakládání požárů v dětství. (Kovář et al, 2008)

Nebezpečnou skupinou agresivních sadistů jsou tzv. žiletkáři a saliromani. Žiletkáři jsou jedinci u nich je sexuálního vzrušení dosahováno na základě rozřezávání oblečení neznámých žen žiletkou nebo jiným ostrým předmětem. U saliromanů dochází k sexuálnímu vzrušení na základě potřísnění anonymního objektu kyselinou. S tímto jednáním je možné se často setkat například v dopravních prostředcích. (Šrámková, 2015)

## SADISMUS Z POHLEDU VEŘEJNOSTI

Společnost nahlíží na rizikovost jednotlivých sexuálních deviací rozdílným způsobem, což je možné sledovat na grafu 1.

**Graf 1:** Hodnocení nebezpečnosti jednotlivých parafilií v percepci veřejnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 prezentuje výsledky kvantitativní studie postojů veřejnosti k jednotlivým sexuálním deviacím realizované na vzorku 2017 osob. Graf ukazuje sekci negativní části hodnocení respondentů. Z pohledu veřejnosti je za nejnebezpečnější parafilii jednoznačně považována pedofilie, tedy sexuální preference objektů prepubertálního věku. Za extrémně nebezpečnou ji považuje 80 % respondentů. Kdežto sadismus považuje za extrémně nebezpečný pouze 35 % dotázaných.

## SADISMUS V PERCEPCI SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální pracovník se s osobami sadistickými může setkat v různých sférách svého působení. Z jednoho pohledu, neboť se jedná o poruchu sexuální preference, která ve významném podílu není vůbec odhalena, může se s takovýmto jedincem sociální pracovník setkat téměř kdekoli.

Z pohledu druhého může sociální pracovník pracovat s osobami s již prokázanou diagnózou sadismu. Jsou to nejčastěji osoby sadistické, které již spáchaly nějaký sexuální delikt, a tedy byli diagnostikováni případně i léčeni. S touto skupinou sadistů se sociální pracovník může setkat primárně při práci ve vězeňství, na probační a mediační službě, v poradnách a v psychiatrických zařízeních.

V rámci institucionální péče o tyto jedince je z pohledu sociální práce základem participace na efektivní resocializaci a podpora minimalizace rizika recidivy. Jedná se tedy jak o problém sociální, tak i o problém zdravotní a psychologický. (Nová, 2017; Matoušek, Kříšťan, 2013)

## KAZUISTIKA

**T**ato kazuistika se zaměřuje na případ 40letého muže, který trpí poruchou sexuální preference ve smyslu sadismu. Tento jedinec byl v roce 2012 zadržen poté, co s nožem v ruce ohrožoval 2 prostitutky. Při svém zadržení se následně přiznal k tomu, že toto není jeho první delikt, kterého se ve svém životě dopustil.

V roce 1996 se dopustil vraždy 41leté ženy. Tato oběť byla učitelkou anglického jazyka žijící v sousedství bytu, kde pachatel v té době pobýval se svými rodiči. Jeho rodiče a oběť spolu měli velmi přátelský vztah. Na základě tohoto přátelství dala oběť rodičům pachatele do úschovy klíč od svého bytu, pro případ potřeby. Tohoto využil pachatel a nechal si od bytu sousedky udělat náhradní klíč pro své potřeby. Vždy v době výkonu zaměstnání oběti její byt svévolně navštěvoval a četl si tam erotické časopisy či sledoval televizi.

Ve své výpovědi pachatel uváděl, že inkriminovaného dne přišla sousedka dříve z práce a přistihla jej u prohlížení erotického časopisu. V souvislosti s obavou z prozrazení na oběť zaútočil nožem a zabil ji. Z vyšetřování této vraždy však následně vyplynulo, že oběť byla svázaná, napadena kuchyňským nožem a také škrccena páskem od svetru.

Při sexuologickém vyšetření tento pachatel vypovídal o erotických fantaziích zaměřených na krev a nože. Rovněž uváděl vlastní obavu o svou současnou partnerku, neboť se u něj opakovaly představy jejího ubodání nožem. Následně byl tomuto pachateli diagnostikován sadismus s nutností sexuologické léčby z důvodu vysoké míry nebezpečnosti pro společnost.

Ze závěrů soudních znalců vyplývá, že u tohoto sadistického jedince je jen nízká možnost resocializace, nutnost sexuologické léčby a vysoká společenská nebezpečnost. Následně byl tento pachatel odsouzen k 13 letům vězení a ochranné sexuologické léčbě.

## ZÁVĚR

Sadismus patří mezi společensky nejnebezpečnější poruchy sexuální preference. Právě sadisté se často stávají pachateli závažných sexuálně motivovaných trestných činů. Přesto všechny formy sadismu rozhodně společensky nebezpečnými nejsou.

Jak uvádí Fedoroff (2008), pro efektivnější pomoc těmto jedincům a zvýšení ochrany společnosti před jejich možnými činy je nejen hlubší porozumění mechanismům sexuálně motivovaného jednání těchto jedinců, ale také rozvoj účinnější léčby, vytváření strategií prevence škodlivého sexuálně motivovaného chování a podpora zdravého způsobu života, který umožní kvalitní život těmto jedincům.

Tento příspěvek vznikl na základě podpory interního grantu Vysoké školy polytechnické Jihlava č. 1170/4/1713.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] FEDOROFF, J. Sadism, Sodomasochism, Sex, and Violence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2008, 53(10), 637-646 p. ISSN 07067437.
- [2] HOLVOET, L. HUYS, W. COPPENS, V. SEEUWS, J. GOETHALS, K. MORRENS, M. FIFTY Shades of Belgian Gray: The Prevalence of BDSM-Related Fantasies and Activities in the General Population. *The Journal of Sexual Medicine*, 2017, 14(9), 1152-1159 p. ISSN 1743-6109.
- [3] HOSÁK, L. HRDLIČKA, M. LIBIGER. J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [4] KOVÁŘ, P. et al. *Sexuální agrese*. 1. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf, 2008, 292 s. ISBN 978-80-7345-161-5.
- [5] LAWS, R. O'DONOHUE, W. T. *Sexual deviance: theory, assessment, and treatment*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2008. ISBN 1593856059.
- [6] MATOUŠEK, O. KŘIŠŤAN, A. ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, ISBN 978-80-262-0366-7.
- [7] NOVÁ, M. 2016. Sociální práce a nové sociální problémy. In MÁTEL, A. - PAVELKOVÁ, J. - JANECHOVÁ, L. (eds.). *Aktuální trendy sociální práce*. Recenzovaný sborník z mezinárodní vědecké konference. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 2016. ISBN 978-80-906146-8-0.
- [8] PAVLOVSKÝ, P. a kolektiv. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 98-247-4332-5.
- [9] ŠRÁMKOVÁ, T. *Sexuologie pro zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.
- [10] WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.
- [11] WEISS, P. et al. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492 8.

# SADISM AS A SOCIALLY DANGEROUS SEXUAL DEVIATION

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.  
Vysoký škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 1556/16  
586 01 Jihlava  
e-mail: jana.novotnai@vspj.cz

## ABSTRACT

Sadism is one of the most dangerous sexual deviations. It is a disorder of sexual preference when aggression and hostility to a sexual object are the aim of the erotic interest. It is possible to meet sadistic persons within the care provided by sexological departments of psychiatric facilities. A social worker is an integral part of a multidisciplinary team involved in working with these clients. The paper presents the case of a sadistic client.

## KEYWORDS:

sadism, paraphilia, society, sexual violence

# MODEL ŽIVOTNÍCH AKTIVIT S PRAKTICKOU APLIKACÍ ZHODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA S CROHNOVOU CHOROUBOU

HANA OCHTINSKÁ  
UNIVERZITA PARDUBICE

VERONIKA KNOBLOCHOVÁ  
FN HRADEC KRÁLOVÉ

## ABSTRAKT

Úvod: Model životních aktivit nám napomáhá zjistit potřeby, popřípadě problémy nemocného. Jádrem tohoto modelu jsou životní aktivity, které člověk realizuje během dne. Sestra se zaměřuje na intervence dle schopností nemocného v jednotlivých životních aktivitách a tak pomáhá pacientovi ke zvýšení nezávislosti.

Cíl: Předkládaný příspěvek se snaží charakterizovat model životních aktivit s praktickou aplikací zhodnocení zdravotního stavu pacienta s Crohnovou chorobou.

Metodika: Jedná se o přehledový článek. Informace byly získány z českých a zahraničních odborných publikací, z článků odborných periodik. Pro vyhledávání byla použita klíčová slova: model životních aktivit, Nancy Roper, ošetrovatelská péče.

Závěr: Z analýzy vyplývá, že ošetrovatelský model nám pomáhá zjistit potřeby nebo problémy nemocného a pomocí navrhovaných postupů tak zvýšit kvalitu života nemocných.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

model životních aktivit, Nancy Roper, ošetrovatelské péče

## ÚVOD

**M**odel životních aktivit je dílem britských sester Nancy Roper, Winifred Logan, Alison Tierney. Společný teoretický model vycházející ze životních aktivit, autorky publikovaly v roce 1983. Později byl dále rozpracován a sepsán v knize „A model for nursing based on a model living“.

## CÍL

**P**ředkládaný příspěvek se snaží charakterizovat model životních aktivit s praktickou aplikací zhodnocení zdravotního stavu pacienta s Crohnovou chorobou.

## METODIKA

**J**edná se o přehledový článek. Informace byly vyhledány v databázích Medline, Ebscohost, Cinahl, Google Scholar a v českých odborných knižních publikacích. Datum publikování bylo zvoleno od roku 1998 po současnost. Pro vyhledávání byla použita klíčová slova: model životních aktivit, Nancy Roper, ošetrovatelská péče. Celkem bylo zahrnuto 11 zahraničních a českých zdrojů. Další zdroje informací tvořily odborné knihy. Z vybraných odborných publikací a článku odborných periodik byly použity výsledky, které se týkají charakteristiky modelu životních aktivit. Článek je také doplněn praktickou aplikací zhodnocení zdravotního stavu pacienta dle modelu životních aktivit. Ke zpracování zhodnocení zdravotního stavu jsme vybrali pacienta s nově diagnostikovanou Crohnovou chorobou, který byl hospitalizován na chirurgickém oddělení.

## AUTORKY MODELU ŽIVOTNÍCH AKTIVIT

**N**ancy Roper (1918 – 2004) své prvotní vzdělání získala na Leeds General Infirmary, pracovala jako vedoucí lektorka na Cumberland Infirmary School of Nursing, Scottish Home a Health Department. Nancy Roper měla hluboký zájem o ošetrovatelství, veškeré její práce jsou důkazem, že její ošetrovatelský rámec je použitelný na národní a mezinárodní úrovni (Scott et al., 2004).

Winifred Logan studovala na Leeds General Infirmary, přednášela a vyučovala ošetrovatelství na Univerzitě v Edinburgu a ve Scottish Home a později se stala vedoucí katedry Ošetrovatelství a zdravotních věd v Glasgow College of Technology. Ve své profesní dráze se věnovala i povolání sestry v Scottish Home a Health Department.



Alison Tierney své pregraduální a postgraduální vzdělání v sociálních vědách a v ošetrovatelství získala na Univerzitě v Edinburgu. Zde později přednášela a stala se vedoucí ošetrovatelského výzkumu (Pavlíková, 2006).

## VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU

**N**ancy Roper získala mnoho zkušeností během své praxe. Všímalá si, že v průběhu zaučování sester v praxi, se musí každá sestra přesouvat na různá oddělení, aby byla znalá v problematice péče o specificky nemocné z různých úhlů pohledu. Nancy Roper měla však pocit, že na jednotlivých pracovištích se sestry setkají více s podobnostmi než rozdíly (Dopson, 2004).

Později se zapsala ke studiu na Edinburskou Univerzitu a zaměřila se na otázku: „Co je ošetrovatelství“. Její výzkum ukázal, že společný základ ošetrovatelské péče o nemocné tvoří jejich každodenní životní činnosti. Toto zjištění posléze vyvrcholilo vznikem prvního organizovaného rámce pro ošetrovatelské znalosti a vznikem přístupu k řešení problémů individuální péče o nemocné (Scott et al., 2004).

První verze jejího ošetrovatelského modelu obsahovala šestnáct každodenních životních činností, které byly členěny na aktivity důležité pro zachování lidského života a aktivity zvyšující kvalitu lidského života. Takto svůj model poprvé prezentovala v roce 1976. Později Nancy Roper ve spolupráci s dalšími autorkami ho zredukovala na dvanáct oblastí (Pavlíková, 2006).

## OBSAH MODELU ŽIVOTNÍCH AKTIVIT

**N**ancy Roper, Winifred Logan, Alison Tierney se domnívaly, že každý člověk vykonává nějaké životní aktivity během dne (udržení bezpečného prostředí, komunikace, dýchání, jídlo a pití, vylučování, osobní hygiena a oblékání, kontrola tělesné teploty, pohyb, práce a hry, projevy sexuality, spánek a umírání) (Tierney, 1998). Tyto aktivity jsou projevem lidských potřeb, manifestující se určitým typem chování (Archalousová, 2003). Pro členění lidských potřeb tento model vychází z práce Abrahama Maslowa, který zformuloval základní stupnici potřeb hierarchicky podle důležitosti od nejnáléhavějších po méně naléhavé potřeby. Maslow dále uvádí, že potřeby motivují veškeré jednání jednotlivce a jednotliví lidé se liší podle toho, jakým způsobem potřeby a aktivity realizují. Obecně lze říci, že potřeba je něco, co je pro organismus nezbytné, užitečné (Šamánková, 2011).

Vedle základních životních aktivit jsou v modelu zdůrazněny aktivity, které slouží k podpoře a obnově zdraví. Tyto aktivity zachycují chování zaměřené na prevenci událostí, protože by mohly narušit nebo poškodit zdraví, dále aktivity posilující chování a aktivity zaměřené na získávání vědomostí, praktických dovedností (Beh, 2012).

Člověk je zde vnímán jako osobnost, který má právo na kvalitní život, na rozvoj jeho sil, schopností, vědomostí, dovedností, dále jako osoba, na kterou může působit řada faktorů, které ho omezují. Předpokládá se, že se každý jedinec v průběhu svého života ocitá ve stále měnících se situacích a vše je ovlivněno různými faktory (např.: věk, zdravotní stav, zkušenost, životní prostředí, politické, ekonomické problémy,...). Jedinec je zapojený do životních aktivit prostřednictvím napětí prožívající ve svém životě a to ovlivňuje jeho schopnost závislosti/nezávislosti. Nejlépe, jak porozumět lidem, je důležité porozumět aktivitám, které vykonávají (Slezáková, 2010).

Nelékařský zdravotnický pracovník nahlíží na jedince jako na holistickou (celistvou) bytost a při realizaci svých činností má vycházet z měřitelných a pozorovatelných jevů, ne z intuice a náhody. Snahou sestry je pomoc nemocnému získat nebo zachovat zdraví, popřípadě navrátit co nejvyšší možnou nezávislost v životních aktivitách a zároveň umožnit posilující postupy na podporu uzdravení a nezávislosti (Heally, Timmins, 2003). Jestliže je jedinec závislý, sestra mu buď asistuje nebo vykonává činnosti za něho. Přitom ho povzbuzuje, navrhuje možné postupy k zachování samostatnosti a nezávislosti. Při těchto činnostech pracuje sestra sama nebo společně s jinými členy zdravotnického týmu, popřípadě pracuje závisle podle ordinace lékaře (Vlášková, 2012).

Velmi dobře lze s modelem pracovat formou ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je definován jako série plánovaných činností, které vedou k dosažení předem vytýčeného cíle. Je jakýmsi standardem ošetřovatelské péče a základním kamenem vyspělého ošetřovatelství ovlivňující kvalitu péče (Plevová, 2011).

Nejprve sestra zjišťuje potřeby, popřípadě problémy nemocného a ve spolu-práci s ním zvažuje aktivity denního života, porovnává aktivity realizované v minulosti se změnami chování vyvolané v současné době, např. nemocí. Pomocí tohoto postupu sestra identifikuje aktuální a potenciální problémy, které budou vyžadovat intervenci sestry (Beh, 2012).

Ke všem zjištěným problémům můžeme přiřadit konkrétní ošetřovatelské diagnózy z NANDA taxonomie II. Dále lze zde použít NIC a NOC klasifikaci. NANDA taxonomie je založena na struktuře třinácti diagnostických domén, které vycházejí z funkčních vzorců zdraví sepsaných Marjory Gordonovou (podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita, odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání, tolerance zátěže, životní principy, bezpečnost a ochrana, komfort, růst a vývoj). V NOC klasifikaci jsou seskupeny přes úroveň domén, tříd přesně definované, abecedně seřazené a číselným kódem označené ošetřovatelské výsledky, které dále obsahují soubor indikátorů a optimální hodnotící škálu pro zhodnocení dosaženého stavu nemocného. V NIC klasifikaci se nacházejí ošetřovatelské intervence, které navazují na diagnostické konstatování a ošetřovatelské výsledky a které jsou vhodné ke sledování efektivnosti ošetřovatelské péče (Tothová a kol, 2014).

Používáním těchto standardizovaných terminologií se nám nabízí několik výhod, jako

např.: zlepšení sběru dat za účelem hodnocení výsledků ošetrovatelské péče, zlepšení péče o nemocného, zlepšení komunikace mezi sestrami a statními členy interdisciplinárního týmu, zvýšení viditelnosti ošetrovatelských intervencí, zdůraznění dodržování standardů péče a napomáhání k hodnocení ošetrovatelských kompetencí (Mastiliaková, 2014).

Například pro aktivitu jídlo a pití vycházející ze základních životních aktivit dle Roperové, lze z NANDA taxonomie II. nejčastěji použít z domény: Výživa a metabolismus diagnózu Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu, s kódem 00002; Nadváha, s kódem 00233, Obezita, s kódem 00232 Snížený objem tekutin, s kódem 00027, Zvýšený objem tekutin, s kódem 00026, Snaha zlepšit výživu, s kódem 00163, Riziko nadváhy, s kódem 00234, ale i další ošetrovatelské diagnózy (NANDA International, 2015). Určující znaky u konkrétních diagnóz jsou voleny dle pozorovatelných a měřitelných projevů, ne z intuice a náhody. Při dalším rozpracování např. diagnózy Nadváha 00233, určujícím znakem bude BMI vyšší jak 25 a souvisejícím faktorem budou nepravdivé stravovací návyky, energetický výdej je nižší než příjem. K tomu je dále možné zvolit ošetrovatelské intervence - Poradenství v oblasti výživy 5246 s jednotlivými aktivitami, např. zajistit terapeutický vztah založený na důvěře a respektu, určit pacientům příjem potravy a stravovací návyky, stanovit reálné krátkodobé a dlouhodobé cíle pro změnu nutričního stavu. Očekávaným ošetrovatelským výsledkem bude dosažení nutričního stavu jídla a pitného režimu s přidělenými indikátory (Marečková, 2006; Moorhead, 2008; Bulechek, 2008).

Po zhodnocení stavu klienta a určení aktuálních a potenciálních problémů, sestra stanovuje ve spolupráci s nemocným ošetrovatelské cíle. Tyto cíle jsou vybírány podle klientovy závislosti nebo nezávislosti v denních aktivitách a s ohledem na působící vnitřní a vnější faktory. Sestra veškeré činnosti plánuje a dokumentuje tak, aby byla zajištěna návaznost v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče všemi členy ošetrovatelského týmu a bylo u klienta dosaženo zvýšení kvality lidského života (Cardwell et al., 2011).

Ve fázi realizace se sestra zaměřuje na činnosti podle schopností klienta v jednotlivých životních aktivitách. V některých oblastech sestra sama, společně s ostatními členy týmu, nebo podle ordinace lékaře mu asistuje, nebo v jiných aktivitách vykonává za něj. Při tom klienta povzbuzuje a doporučuje nevhodnější postupy, jak si zachovat nezávislost a jak předcházet zhoršení stavu (Heally, Timmins, 2003).

V závěrečném hodnocení výsledků ošetrovatelské péče je porovnáván skutečný stav pacientova chování s tím, co bylo naplánováno. Pokud nebylo dosaženo naplánovaného cíle, musí sestra společně s klientem znovu vše přehodnotit a navrhnout nové intervence ke splnění očekávaného cíle (Plevová, 2011).

## PRAKTICKÁ APLIKACE ZHODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU DLE MODELU ŽIVOTNÍCH AKTIVIT

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění, které může postihnout kteroukoli část gastrointestinálního traktu. Nejčastějším umístěním je terminální ileum a cékum (Bureš a kol. 2014). Onemocnění je nejčastěji diagnostikováno v reprodukčním období života jedince, ale není výjimkou nález onemocnění v dětském věku (Koželuhová a kol. 2016). U nemocných trpících touto chorobou je významně ovlivněna kvalita života v biopsychosociálním pohledu.

Ke zpracování zhodnocení zdravotního stavu byl vybrán pacient s nově diagnostikovanou Crohnovou chorobou. Třiatvacetiletý pacient byl odeslán svým praktickým lékařem na chirurgickou ambulanci pro opakující se bolesti břicha trvajících 5 dní, lokalizované pod pupkem, nezvracel, nauseu neměl. Stolicí měl pravidelnou, řídkou, naposledy v den přijetí. Větry odcházely bez obtíží.

Bylo provedeno fyzikální vyšetření (pohled, poklep, poslech, pohmat, per rektum), laboratorní vyšetření krve a ultrazvuk břicha. Dle zjištěných výsledků mu byla doporučena hospitalizace s podezřením na akutní zánět apendixu a nutností laparoskopické operace.

V průběhu operace bylo zjištěno podezření na Crohnovu chorobu, proto byla provedena ileocekální resekce. Během operace byl odebrán vzorek tkáně na histologické vyšetření, které posléze tuto diagnózu potvrdilo.

### 1) UDRŽOVÁNÍ BEZPEČNÉHO PROSTŘEDÍ

*Subjektivně: pacient uvádí, že dříve nepocítoval žádné problémy ani nebezpečí. V současné době sděluje obavy spojené s nově diagnostikovaným onemocněním. Žije s rodiči v rodinném domě a pracuje jako výpočetní technik.*

*Objektivně: po celou dobu hospitalizace byl pacient klidný a spolupracoval. Zajímal se o své onemocnění, ale projevoval známky nejistoty ohledně budoucnosti spojené s nově diagnostikovaným onemocněním.*

Potřeba jistoty a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby. V hierarchii potřeb dle A. H. Maslowa je zařazena na druhé místo a zasahuje do oblasti psychiky člověka. Pokud se jedinec cítí v nebezpečí, stává se tato potřeba prioritou. Pacient s Crohnovou chorobou mívá nepříjemné pocity, nejistotu, strach a obavy, například jak bude zvládat léčbu, své studium, zaměstnání nebo pobyt v nemocnici (Trachtová, 2013). Nelékařský zdravotnický pracovník by měl podávat dle svých kompetencí dostatečné množství informací souvisejících s onemocněním, měl by být pacientovi nablízku, ale také musí

nechat pacientovi dostatečné množství soukromí. Má být pro pacienta, ale i pro jeho blízké oporou (Kapounová, 2007).

## 2) KOMUNIKACE S OKOLÍM

*Subjektivně: pacient sděluje, že mu nedělá problém s někým komunikovat.*

*Objektivně: pacient komunikuje bez větších problémů, rozhovor však sám nezačíná. Pacient je hodnocen jako introvert, mluví klidně, tiše. Během hospitalizace se pacient zajímal o své onemocnění.*

Komunikace se zařazuje mezi základní předpoklad ke spolupráci a k uspokojování potřeb pacienta (Kapounová, 2007). Při komunikaci s pacientem v době nemoci volíme jasné a běžně používané obraty a je vhodné si ověřovat, zda nám nemocný porozuměl. Také zřetelné a správně načasované sdělení je vhodné. Pro sdělování informací je zapotřebí čas, klid, soukromí a hovor přizpůsobíme reakcím nemocného. Důležité je nechat čas na dotazy nemocnému. Další dovedností komunikace je naslouchání. Nasloucháme ušima, očima a srdcem. Během verbální komunikace nesmíme zapomínat ani na komunikaci neverbální (Venglářová, Mahrová, 2002).

## 3) DÝCHÁNÍ

*Subjektivně: pacient sděluje, že nemá žádné potíže s dýcháním.*

*Objektivně: bez dušnosti, dýchání čisté, bez patologických jevů. Počet dechů je fyziologický, 18 dechů/minutu. První den po operaci byla saturace kyslíku v rozmezí 89-92%, zajištěna kyslíková terapie 2l/minutu kyslíkovými brýlemi. Druhý den po operaci je již pacient bez kyslíku, saturace kyslíkem 95-97%. Při vertikalizaci a následně mobilizaci nebyl pacient dušný.*

Dýchání patří mezi základní fyziologické funkce, zajišťuje příjem kyslíku a výdej oxidu uhličitého. Na dýchání jsou závislé další vitální funkce. Při nedostatečném dýchání, dušnosti jsme ohroženi na životě a dostavuje se úzkost a strach ze smrti. Existuje i opačná situace, kdy při prožívání strachu a úzkosti může člověk hyperventilovat (Trachtová, 2013; Kapounová, 2007).

## 4) JÍDLO A PITÍ

*Subjektivně: pacient udává, že není vybíravý v jídle, jí téměř vše. Má rád maso, sladká jídla a mléčné výrobky. Nekouří, alkohol pije jen výjimečně. V době před hospitalizací se stravoval méně pro občasné bolesti břicha. Není si vědom nějakého konkrétního jídla, které by mu způsobily jeho obtíže.*

*Objektivně: gastrointestinální trakt byl zatěžován postupně. Zpočátku pil pacient pouze čaj, dále mu byla podávána dieta tekutá, později kašovitá. Od osmého dne měl bezsezbytkovou stravu.*

Příjem potravy je fyziologickou potřebou. Podílí se na zdravotním stavu a průběhu onemocnění. U Crohnovy choroby se především věnujeme výživě, jelikož u mnoha jedinců je zvýšené riziko podvýživy a malnutrice. Ve stádiu relapsu se pacientům podává tzv. bezsezbytková dieta, při které se vyloučí nerozpustná vláknina. Ve stádiu remise striktní omezení potravin není nutné (Šachlová, 2011). Je nutné hodnotit nutriční stav, sledovat hmotnost nemocného a nesmíme opomenout ani na hodnocení výživové anamnézy: informace o stravovacích návycích pacienta, příjmu tekutin, užívaných lécích (Trachtová, 2013).

## 5) VYLUČOVÁNÍ

*Subjektivně: pacient sděluje, že s vyprazdňováním moče a stolice nemá potíže. Stolice byla pravidelná, spíše řidší. Po operaci se vyprazdňoval od 3. dne.*

*Objektivně: pacient je plně kontinentní. Po operaci se spontánně vymočil. Peristaltika byla u pacienta zachycena již první pooperační den. Stolica byla od 3. dne kašovitá, hnědé barvy a bez příměsí.*

Vyprazdňování moče a stolice patří mezi základní fyziologické potřeby člověka a její uspokojování je velice individuální. K vykonávání těchto potřeb je důležité zajistit soukromí a respektovat stud pacienta při vykonávání potřeby, především u ležících pacientů. Z nerespektování intimity může vyplynout narušení sebeúcty a sebekoncepcie pacienta. Při ošetřování pacienta s Crohnovou chorobou se zajímáme o způsob, četnost vyprazdňování, bolestivost břicha a stav kůže v okolí genitálů (Trachtová, 2013).

## 6) OSOBNÍ HYGIENA A OBLÉKÁNÍ

*Subjektivně: pacient uvádí, že hygienu a oblékání zvládal doma sám bez pomoci druhých. Po operaci potřeboval dopomoc.*

*Objektivně: pacient je čistý a upravený. První dva dny v nemocnici vykonával hygienu vsedě na lůžku. Následující dny prováděl hygienu v koupelně s dopomocí. Od čtvrtého dne zcela sám.*

Hygienická péče přispívá k podpoře a ochraně zdraví. Hygienou udržujeme osobní čistotu. Uspokojování hygienické péče je individuální a je ovlivněna biologickými, psychickými, sociálními a kulturními faktory. Neupravenost a zanedbanost zevnějšku nás může upozornit na nepohodu člověka a může svědčit i o narušené sebekoncepci (Trachtová, 2013).

## 7) KONTROLA TĚLESNÉ TEPLoty

*Subjektivně: v den přijetí pacient pociťoval zvýšenou teplotou a byl opocení.*

*Objektivně: v den přijetí byla naměřena tělesná teplota 38,0 °C facies febrilis – červené tváře, opocení. Pacientovi byla aplikována antibiotika (Amoksiklav 1,2 gramů po 8 hodinách), jejichž aplikace byla ukončena sedmý pooperační den. V pooperačním období měl pacient dva dny subfebrilie, další dny byla tělesná teplota ve fyziologickém rozmezí.*

V mezimozku je uložené centrum, které ovlivňuje tělesnou teplotu. Zvýšená tělesná teplota je objektivním příznakem onemocnění. Změny tělesné teploty mohou nastat vlivem patologických procesů v těle a působením faktorů, které ovlivňují tělesnou teplotu. Při dlouhodobě zvýšené tělesné teplotě je zapotřebí dodat dostatečné množství tekutin. (Mikšová, 2006).

## 8) POHYB

*Subjektivně: pacient udává, že ve volném čase jezdí se svojí přítelkyní nebo kamarády na výlety. Dále také rád jezdí na kole a v zimě bruslí nebo lyžuje.*

*Objektivně: první dny po operaci unavený, čas trávil více na lůžku, pouze opouštěl lůžko na hygienu a stravování.*

Pohyb je biologická potřeba a má pro organismus mnoho významů – například zlepšuje zdravotní stav a chrání před nemocemi. Žádná lidská činnost a vykonávání aktivit denního života se neobejde bez pohybu. Pokud dojde k poruše pohyblivosti, dochází v různé míře k omezení soběstačnosti, např. v oblasti hygieny, oblékání, stravování a vyprazdňování. Pro zhodnocení hybnosti a soběstačnosti používáme u pacientů objektivní a subjektivní metody vyšetření a různé škály (Trachtová, 2013).

## 9) PRÁCE A HRY

*Subjektivně: pacient sděluje, že si našel zaměstnání jako výpočetní technik. Věnuje se tomu již dva roky. Tato práce ho baví. Občas pociťuje stres. Žije s rodiči v rodinném domě na okraji města. Svým rodičům pomáhá s prací okolo domu.*

*Objektivně: pacient zpočátku hospitalizace unavený, nejevil zájem o žádné aktivity. Až později se věnoval četbě knih.*



Při nemoci a především v době hospitalizace není člověk schopen se plně věnovat volnočasovým aktivitám, zájmům. Může se stát do určité míry závislý na pomoci personálu (Křivohlavý, 2002). Největší měrou se zdravotníci starají u pacienta s Crohnovou chorobou o potřeby biologické, psychické, sociální a ostatní potřeby bývají odsunuty do pozadí.

## 10) PROJEVY SEXUALITY

*Subjektivně: pacient sděluje, že má přítelkyni jeden rok, je spokojený. Více se nechce vyjadřovat.*

*Objektivně: pacient odpověděl na otázku, zda má přítelkyni a potom se podíval po pokoji a řekl, že více o této problematice nechce mluvit.*

Sexuální potřeby patří mezi fyziologické potřeby. Uspokojení těchto potřeb ovlivňuje kvalitu života. (Křivohlavý, 2001).

## 11) SPÁNEK

*Subjektivně: pacient říká, že nemívá se spánkem problém. Doma usíná po ulehnutí na lůžko, během noci se nebudí. Za hospitalizace v prvních dnech měl potíže se spánkem. Rušila ho práce sester na oddělení.*

*Objektivně: v prvních dnech byl pacient unavený, pospával i přes den. Za noc se několikrát vzbudil.*

Spánek a odpočinek jsou důležité k udržení tělesného a psychického zdraví. Dostatečný a kvalitní spánek má ochranný a regenerační význam a je obranným mechanismem proti vyčerpání organismu (Trachtová, 2013). Míra spánku v době aktivity Crohnovy choroby se vlivem únavy zvyšuje (Vörösová, 2011).

## 12) UMÍRÁNÍ

*Subjektivně: pacient sděluje, že ve svém věku na umírání nemyslí a není žádného vyznání. Objektivně: nelze hodnotit.*

*S prvním nádechem život začíná, s posledním nádechem život končí. Smrt ale patří k životu, je jeho nedílnou součástí. V době umírání dochází k rekapitulaci dosavadního života (Křivohlavý, 2002).*



## DISKUZE A ZÁVĚR

**M**odel je nějaká představa, náčrt, popis zkoumaného jevu, který pomáhá lidem chápat, napodobovat děj, který model reprezentuje. Vědní disciplíny, tedy i ošetrovatelství, se zabývají určitými jevy. Každý z modelů v ošetrovatelství popisuje tzv. metaparadigma - předmět zkoumání (Mastiliaková, 2002). Jak uvádí Archalousová (2003), pohled na tyto prvky může být rozdílný podle toho, která autorka jej charakterizuje. Odrážejí se v něm teoretické a praktické zkušenosti autorek. Modely by měly pomoci těm, kteří se snaží pochopit, zkoumat nebo teoreticky přemýšlet a jsou užitečné pro praxi, vzdělávání a výzkum. Pavlíková (2006) ve své knize také uvádí, že modely nám ukazují cestu, jak dosáhnout stanoveného ošetrovatelského cíle a pomáhají nám snadněji plánovat a vyhodnocovat ošetrovatelskou péči. Proto jsou ošetrovatelské modely používány ve spojitosti s ošetrovatelským procesem, mezinárodním standardem pro ošetrovatelskou praxi.

Model Nancy Roper je zařazován mezi posilující modely a je používán v řadě zdravotnických zařízení, především ve Velké Británii. Tento ošetrovatelský model nám napomáhá zhodnotit kvalitu života pacientů, určit jejich problémy a nelékařští zdravotničtí pracovníci dále navrhují postupy, jak předejít zhoršení zdravotního stavu, aby si klient zachoval, popřípadě nabyl samostatnost, nezávislost. Orientují se pomocí aktivit, které klient vykonává (Timmins, O'Shea, 2004). Autorka tohoto modelu také uvádí, že je žádoucí model přizpůsobit nejen pacientovi, ale i podmínkám daného pracoviště (Mc Caugherty, 1998).

Tento článek byl podpořen projektem SGS Univerzity Pardubice č. SGS\_2018\_009 s názvem Podpora studentů doktorského studia Fakulty zdravotnických studií.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: Nucleus 2003.* 99 s. ISBN: 80-86225-33-X.
- [2] BEH Hui Peng. Application of Roper, Logan and Tierney model on the management of iron deficiency anaemia for an elderly patient. [online]. *Singapore Nursing Journal.* 2012, No. 2, s. 25-31 [cit. 2017-08-1].
- [3] BULECHEK, Gloria M. *Nursing Interventions Classification (NIC).* 5.vyd. St. Louis: Mosby, 938 s. 2008. 978-0-323-05340-2.
- [4] BUREŠ, J., J. HORÁČEK a J. MALÝ et al. *Vnitřní lékařství.* 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 1215 s. 2014. ISBN 978-80-7492-145-2.

- [5] CARDWELL, P et al. Is care planning still relevant in the 21st century? [online]. *British Journal of Nursing*. 2011, No. 21(1), s. 1378-1382 [cit. 2017-03-14].
- [6] HEALLY, Patricia a Fiona TIMMINS. Using the Roper model in neonatal transport. [online]. *Brithish Journal of nursing*. 2003, No. 13 (12), s. 792-798 [cit. 2017-03-19].
- [7] HOLUBOVÁ, A., H. NOVOTNÁ a J. MAREČKOVÁ et al. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 272 s. 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.
- [8] IGLESIAS M. et al. Psychological impact of Crohn s disease on patients in remission: anxiety and depression risks. [online]. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009. No. 101 (4): s. 249–257 [cit. 2017-03-20].
- [9] INTERNATIONAL NANDA. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada, T. Heather Herdman, 464 s. 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.
- [10] KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd., Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [11] KOHOUT, Pavel et al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf, 264 s. 2004. ISBN 80-7345-023-2.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd., Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd., Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [14] MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. díl. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
- [15] MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014.192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- [16] MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA - International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta., 80 s., 2006.
- [17] MC CAUGHERTY, David. The Roper nursing model as an educational and research tool. [online]. *British Journal of Nursing*. 1998, No. 9 (20), s. 455-459 [cit. 2017-03-14].
- [18] MIKŠOVÁ, Zdeňka., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- [19] MOORHEAD, Sue. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4.vyd. St. Louis: Mosby, 912 s. 2008. 978-0-323-05408-9.
- [20] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN: 80 – 247 – 1211 – 3.
- [21] PFEIFEROVÁ Martina. *Tři otázky pro PhDr. Martinu Pfeiferovou, předsedkyni Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty* [online]. Kongresový list. roč. 2013, č. 4. (Lékařské listy plus, č. 8), IV příl. [cit. 2017-03-01].
- [22] PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. a II*. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

- [23] SLEZÁKOVÁ, ZUZANA. *Uplatňovanie modelu Nancy Roperovej v ošetrovateľskej starostlivosti u neurologických pacientov*. [online]. 2010, Roč.7, č. 4-5. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.ošetrovatelsky.herba.sk/4-5-2010/uplatnovanie-modelu-nancy-roperovej-v-ošetrovateľskej-starostlivosti-u-neurologických-pacientov>.
- [24] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. 284s., 226-236 s. ISBN 80-247-1148-6.
- [25] ŠACHLOVÁ, Milana. *Jak volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?* Interní medicína pro praxi. [online]. 2011. 13(10) 403-405. [cit.2017-06-24]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>.
- [26] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovateľském procesy*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223 - 7.
- [27] TIERNEY, Alison, J. Nursing models: extract or extinct? [online]. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, No. 28(1), s. 77-85 [cit. 2017-03-18].
- [28] TIMMISNS, Fiona a O'SHEA Joan. The Roper-Logan-Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in education. [online]. *Nurse Education in Practice*. 2004, No. 4, s. 159-167 [cit. 2017-03-18].
- [29] TOMÁŠKOVÁ, Danuše. *Ošetrovateľská péče u nemocného s Crohnovou chorobou*. [online]. Plzeň, 2011 [cit. 2017-03-10]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Šárka Ševčíková.
- [30] TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. 2.vyd. Praha: Triton, 225 s. 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
- [31] TRACHTOVÁ, Eva. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesy*. Brno: NCO NZO, 2013. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [32] VALETOVÁ, Drahomíra a Rastislav VALETA. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. 1.vyd. Martin: Osvěta, 200 s. 2013. ISBN 978-80-8063-383-7.
- [33] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2002. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
- [34] VLÁŠKOVÁ, Dana. *Model životních aktivit v praxi u pacientů s Alzheimerovou chorobou*. [online]. 2012, roč. 8, č. 2. s. 12-16. [cit. 2017-03-10]. ISSN: 1801-464X. Dostupné z: <https://issuu.com/ambitmedia/docs/02-2012/14>.
- [35] VÖRÖSOVÁ, Gabriela a kol. *Ošetrovateľský proces v interním ošetrovateľstve*. 1.vyd. Martin: Osvěta. 240 s. 2011. ISBN 978-80-8063-358-5.

# THE MODEL OF LIFE ACTIVITIES WITH PRACTICAL APPLICATION OF THE ASSESSMENT OF THE HEALTH CONDITION OF THE PATIENT WITH CROHN'S DISEASE

## ABSTRACT

**Introduction:** The model of life activities helps us to identify the needs or problems of the patient. At the heart of this model are the life activities that one realizes during the day. The nurse focuses on interventions according to the patient's abilities in individual life activities and thus helps the patient to increase their independence.

**Objective:** This paper attempts to analyze the model of life activities with the practical application of the assessment of the health condition of the patient with Crohn's disease.

**Methodology:** This is an overview article. Information was obtained from Czech and foreign professional publications, from articles of professional periodicals. The keywords were used for the search: model of life activities, Nancy Roper, nursing care.

**Conclusion:** The analysis shows that the nursing model helps us to identify the needs or problems of the patient and to improve the quality of life of patients by means of proposed procedures.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Hana Ochtinská  
Univerzita Pardubice  
Katedra ošetrovatelství  
Fakulta zdravotnických studií  
Studentská 95  
532 10 Pardubice 2  
e-mail: hana.ochtinska@upce.cz

Mgr. Veronika Knoblochová  
FN Hradec Králové  
II. interní gastroenterologická klinika  
Sokolská 581  
500 05 Hradec Králové  
e-mail: veronika.knoblochova@fnhk.cz



## KEYWORDS:

model of life activities, Nancy Roper;  
nursing care

# PREHĽAD VYBRANÝCH PRIESKUMNÝCH ÚDAJOV O ZNEUŽÍVANÍ PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTOK U DETÍ A MLÁDEŽE V EURÓPSKOM PRIESTORE

ĽUBA PAVELOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Zneužívanie psychoaktívnych látok deťmi a mládežou je skúmané z viacerých aspektov a tieto výsledky sú kľúčovým východiskom pre preventívne opatrenia vlád jednotlivých krajín. Príspevok prináša prehľad vybraných monitorovacích dát o zneužívaní psychoaktívnych látok v Európe a ich analýzu zvlášť z aspektu tohto rizikového správania detí a mládeže.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

psychoaktívne látky, deti a mládež,  
zneužívanie psychoaktívnych látok

## ÚVOD

Po roku 1989 sme zaznamenali na Slovensku i v Českej republike extrémny nárast problémov, spojených s výrobou, pašovaním a užívaním psychoaktívnych látok a tiež s ich obchodovaním. Príčiny môžeme vidieť v otvorení hraníc, voľnom pohybe ľudí a tovaru, liberalizácii spoločnosti, oslabení sociálnej kontroly, hodnôt a výrazné sociálne neistoty. Ponuka, dostupnosť a dopyt psychoaktívnych látok, otvorili nové možnosti predovšetkým pre dospievajúcu mládež a deti a je dôležité sledovať zmeny, ktoré vyššie popísané procesy prinášajú. Európsky trh s novými psychoaktívnymi látkami (NPL) rastie rýchlosťou, ktorú etablovaná zákonná kontrola (klasických drog) nestíha. Viaceré krajiny preto zaviedli nové legislatívne opatrenia voči tomuto fenoménu, odvíjajúce sa jednak z platných právnych predpisov, ktoré súvisia so spotrebiteľmi, ochranou zdravia, liekmi (a medicínskymi produktmi) alebo zaviedli nové inovatívne legislatívne opatrenia. Pričom tiež Európsky súdny dvor (EÚ) v roku 2014 konštatoval, že ak *látky nevykazujú benefity pre ľudské zdravie, nie sú medicínskymi produktmi*, takže regulácia, resp. kontrola NPL nemôže vychádzať a opierať sa o tieto zákony. V zmysle tejto konvencie sú signatárske štáty povinné zaistiť trestné sankcie s cieľom odradiť a potrestať neoprávnený obchod s regulovanými látkami (EMCDDA a EUROJUST 2016).

V Európskom kontexte je možné tiež sledovať snahu monitorovať prichádzajúce zmeny v zneužívaní psychoaktívnych látok a predkladať preventívne aj intervenčné riešenia. Protidrogová politika nie je jednoduchou záležitosťou pre žiadnu krajinu. V Slovenskej republike to nie je inak.

V roku 2013 bola prijatá v poradí piata Národná protidrogová stratégia Slovenskej republiky na obdobie 2013-2020 (ďalej len NPDS) a participujúce ministerstvá pripravili svoje Akčné plány na prvé obdobie NPDS (do roku 2016). Rada vlády Slovenskej republiky pre protidrogovú politiku má v dvojročných intervaloch podávať vláde SR súhrnnú informáciu o realizácii protidrogovej politiky štátu v súlade s Národnou protidrogovou stratégiou.

Podľa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) so sídlom v Lisabone rozoznávame týchto päť štandardizovaných kľúčových epidemio-logických indikátorov, ktoré sledujeme aj v našej krajine:

- prieskumy vo všeobecnej populácii,
- problémové užívanie drog,
- dopyt po liečbe,
- úmrtia súvisiace s drogami,
- infekčné ochorenia súvisiace s drogami.

Kým posledné tri indikátory vieme nájsť v štatistikách, prvé dva zisťujeme ďalšími sondami, analýzami, štúdiami. Jednou z veľmi dôležitých a nespochybniteľných metód je analýza odpadových vôd, ktorá presne vypovedá o množstve psychotrópných látok v tej, ktorej lokalite Slovenska a tým ukazuje na spotrebu psychotrópných látok. Takéto analýzy sa robili na Slovensku zatiaľ tri. Prvá v roku 2013 sa týkala 9 lokalít (1,1 milióna obyvateľov SR), kde analýzy potvrdili prvenstvo Bratislavy voči ostatným lokalitám. Najvyšší podiel medzi nelegálnymi látkami obsadili metabolity metamfetamínu, nasledované THC-COOH, amfetamíny a kokaín. V najvyšších koncentráciách (z 26 analyzovaných látok) bol v odpadových vodách analyzovaných lokalít nájdený tramadol. V štúdiu v roku 2014 sa analyzovali vzorky zo 16 miest Slovenska (17 čističiek odpadových vôd) od júla do novembra – vrátane piatich letných festivalov. Išlo o pokrytie približne 1,6 milióna obyvateľov Slovenska. Namerané výsledky potvrdili, že metamfetamín (pervitín) je na Slovensku dominujúcou drogou a z hľadiska koncentrácie látok v odpadovej vode bol po liečive tramadol druhou najkoncentrovanejšou látkou. V poradí tretí monitoring v roku 2015 sledoval výskyt a spotrebu 43 vybraných psychotrópných látok (ilegálnych a legálnych drog, rizikových látok, psychotrópných liečiv a ich metabolitov) v odpadových vodách z 13 miest Slovenska zbieraných na 15 komunálnych čističiarňach odpadových vôd. Týmto spôsobom boli od mája po december 2015 monitorované odpadové vody od približne 1,5 milióna obyvateľov na Slovensku. V štúdiu bol realizovaný aj monitoring piatich významných hudobných festivalov (rekreačné prostredia) a monitoring týchto podujatí pokrýval približne 65 000 účastníkov festivalov. Namerané výsledky podobne ako v správe za rok 2013 a 2014 potvrdzujú skutočnosť, že dominujúcou drogou na Slovensku je metamfetamín (pervitín). Z hľadiska koncentrácie látky v odpadovej vode bol spolu s liečivom tramadol najkoncentrovanejšou látkou (NMCD, Stav, 2016). Toto je podľa nás dôležitá cesta, ako získať validne informácie a nespoliehať sa iba na informácie od užívateľov psychotrópných látok. Posledné publikované správy súčasných dní varujú výsledkom z porovnania analýz odpadových vôd v Európe (60 miest), v ktorom sa mestom s najvyššou spotrebou drog stala Bratislava a za ňou Piešťany. Zo záveru štúdie vyplýva, že európskym „hniezdom metamfetamínu“ je Slovensko a v tesnom zástupe za nami stojí Česko. Výskyt metamfetamínu na Slovensku je podmienený tunajšou dlhoročnou históriou výroby drogy. Stimulant sa úspešne šíri aj v Nemecku a Fínsku. Okrem Bratislavy, Českých Budějovic a Piešťan je táto droga veľmi obľúbená aj v Drážďanoch. Pri tomto poznaní je namieste otázka, ako sme naozaj na tom s užívaním psychotrópných látok na Slovensku a akú validitu majú všetky predkladané štatistiky? Napriek tomu ich považujeme za dôležitú súčasť monitoringu drogovej scény, nepodliehame však ilúzii a predpokladáme, že zneužívanie psychotrópných látok na Slovensku je ďaleko vyššie.

Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) v Bratislave spolupracuje v oblasti drog a drogovej závislosti s **Európskym monitorovacím centrom pre drogy a drogovú závislosť (ďalej EMCDDA)** prostredníctvom **Národného monitorovacieho centra drog na Ministerstve zdravotníctva SR**, a to zberom a spracovaním dát pre indikátor Dopyt po liečbe (Treatment Demand Indicator, TDI). Hlásenie poskytuje informácie o druhoch



užívaných látok, o spôsoboch ich užívania a o rizikových faktoroch užívania, o veku, pohlaví, sociálnej a ekonomickej aktivite užívateľov, o štátnej príslušnosti užívateľov, o ich bydlisku, v prípade cudzincov o krajine, z ktorej pochádzajú, o tom, koľko liečení užívateľov drog bolo hlásených z ambulantnej a ústavnej starostlivosti, ako aj základné informácie o druhoch poskytovateľov tejto špecializovanej zdravotníckej starostlivosti (NMCD, Stav, 2016). Tento indikátor sleduje iba tých užívateľov, ktorí sú pod tlakom ochotní nastúpiť liečbu a nič nehovorí o skutočnom počte osôb, ktoré by liečbu potrebovali. Zároveň by bolo vhodné, aby u týchto pacientov bola sledovaná aj efektívnosť poskytovaných intervencií, čo by mohlo byť ukazovateľom pre tvorbu obsahu účinných intervenčných stratégií a podpore efektívnych programov krátkodobej, strednodobej a dlhodobej liečby. Tieto by mali kopírovať trendy vo vývoji drogovej scény na Slovensku, ktoré sú podľa Šteliara (2009): široká škála nových látok, agresívny marketing produktov, využívanie internetu na šírenie, užívanie viacerých drog súčasne a pod. a ktoré sa ani dnes veľmi nelíšia od trendov z roku 2009. EMCDA v Európskej správe o drogách 2016 uvádza, že pretrváva vysoká ponuka nových psychoaktívnych látok, návrat MDMA (extázy), nárast zneužívania syntetických opioidov alebo metamfetamínu (pervitín), nárast počtu úmrtí v dôsledku predávkovania a lokálne epidémie HIV v súvislosti s injekčným užívaním stimulancií. Z národnej správy o Stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2015 vyplýva, že medzi stimulantmi zohráva na Slovensku metamfetamín (pervitín) kľúčovú úlohu pokiaľ ide o liečbu, následnú starostlivosť a znižovanie dôsledkov užívania drog. Údaje, zbierané pre indikátor TDI, ukázali opakovane najvyšší podiel pacientov (43 %) liečených v roku 2014 pre závislosť od stimulantov (z nich 98 % pre pervitín). Obdobne užívanie pervitínu tvorí najvyšší podiel medzi nelegálnymi látkami, ktoré boli dôvodom vyhľadania služieb resocializácie (30 %) a napokon nízkoprahové organizácie, zamerané na znižovanie následkov užívania drog a ochranu verejného zdravia, reportovali do prieskumov NMCD najvyšší počet užívateľov pervitínu – 71 % v roku 2014 (NMCD, Stav, 2016).



## ZNEUŽÍVANIE PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTOK U DETÍ A MLÁDEŽE – VYBRANÉ MONITOROVACIE A PRIESKUMNÉ ZISTENIA

**A**ni všetky v predchádzajúcom texte uvádzané opatrenia nezastavili rizikové správanie detí a mládeže, za ktoré považujeme aj zneužívanie psychoaktívnych látok.

Do oblasti rizikového správania adolescentov môžeme zaradiť (Durkin, 1995, Schulenberg, Maggs, Hurrelman, 1997, In Macek, 2003):

- predelikventné správanie a páchanie trestnej činnosti,
- agresiu, násilie, šikanu a týranie (vrátane rasovej neznášanlivosti a diskriminácie
- niektorých skupín),
- užívanie drog (vrátane alkoholu a fajčenia),
- sexuálne rizikové správanie (vrátane predčasného materstva a rodičovstva),
- poruchy príjmu potravy,
- samovražedné pokusy a dokonané samovraždy.

Podľa Moravcovej, Podanej, Buriánka (2015) pod rizikové správanie spadajú tie aktivity, ktorých vykonávaním deti zákon priamo neporušujú. Ide napr. o pitie alkoholu, fajčení marihuany alebo záškoláctvo. Niektoré z nich dokonca punc rizikovosti v dospelosti strácajú (napr. ak sa drží konzumácia alkoholu kultúrne akceptovaných foriem a miery). Mnohé zahraničné štúdie uvádzajú práve alkohol, mäkké drogy a zlé výsledky v škole alebo záškoláctvo ako formy rizikového správania mládeže.

Zneužívanie psychoaktívnych látok je jednou z foriem rizikového správania, ktoré môže viesť k delikvencii. V období detstva a dospievania ide o zvlášť nebezpečné vzájomné prepojenie s dôsledkami ťažko vyčísliteľnými v ďalšom období života jedincov. Otázka, či užívanie drog vedie k delikventnému správaniu, alebo delikventné správanie vedie k užívaniu návykových látok nie je doposiaľ uzavretá. Na jednej strane je jasné, že získať návykové látky je nákladnou záležitosťou, čo vedie užívateľov, napr. ku krádežiam, na druhej strane je tiež pravdou, že užívanie a zneužívanie návykových látok je neoddeliteľnou súčasťou kriminálnej subkultúry a kriminálneho spôsobu života.

Špecifické potreby detí a mládeže vyžadujú veľmi citlivé prístupy preventívne aj intervenčné. Dôraz na preventívne opatrenia je stále veľmi aktuálny. Ak na rôznych fórach tvrdíme, že preventívne aktivity protidrogových politík nie sú dostatočne účinné, mali by sme pripustiť aj zlyhávanie ďalších faktorov, ktoré by ju mali podporovať. Dôsledky nie vhodne realizovanej protidrogovej politiky sa odrážajú v rôznych oblastiach života užívateľov, aj v štatistike ich úmrtí, čo vnímame ako najťažší dôsledok. Aj keď štatistiky ukazujú, že investície do prevencie sa oplatia, pretože odhadom jedno investované euro ušetrí ďalších sedem eur, potrebovali by sme komplexné analýzy jednotlivých epidemiologických indikátorov, ktoré by viedli ku komplexným stratégiám riešení

súčasného stavu v zneužívaní psychoaktívnych látok, z pohľadu našej práce hlavne u detí a mládeže. Informácie o skutočnom stave zneužívania psychoaktívnych látok v našej spoločnosti získavame sledovaním rôznych epidemiologických indikátorov a z nášho pohľadu nie sú dostatočné. Odhady expertov, tiež výskumné zistenia, popisujú súčasnú situáciu, môžeme ich však spochybnit' neustále sa meniacou drogovou scénou s novými a novými psychoaktívnymi látkami.

Vývoj zneužívania psychoaktívnych látok deťmi a mládežou by sme mali obzvlášť sledovať vzhľadom k výrazným negatívnym dôsledkom takehoto správania. Na Slovensku sú uskutočňované pravidelné monitorinky v odstupe štyroch rokov, ktoré podávajú ucelený prehľad problémov v najohrozenejšej skupine populácie, t.j. medzi deťmi základných škôl a stredných škôl. Ide o výskumy ESPAD a TAD.

Podľa EMCDDA (Užívanie, 2016) je hlavným cieľom Európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách (ďalej ESPAD) na základe zberu porovnateľných údajov zistiť situáciu v užívaní psychoaktívnych látok medzi školákmi vo veku 15-16 rokov a monitoring trendov v rámci jednotlivých krajín ako aj medzi krajinami. Od roku 1995 sa uskutočnilo šesť vln tohto prieskumu v štvorročných intervaloch. Cieľová populácia ESPAD-u je definovaná ako školská populácia vo veku 16 rokov (dosiahnutých v kalendárnom roku prieskumu) a prítomná v triede v deň prieskumu. Žiaci/študenti navštevujú bežný typ školy; prieskum sa neuskutočňuje v špeciálnych školách, resp. triedach pre deti s problémami a s poruchami učenia, prípadne vážnymi somatickými poškodeniami. Dotazníky vypĺňajú študenti sami, anonymne, v triedach metódou PaP (paper and pencil), a to takmer všade s výnimkou Lotyšska, Lichtenštajnska, Holandska, kde bol dotazník dostupný na webe. Všetky výberové súbory boli reprezentatívne okrem Belgicka (iba Flámsko) a Cypru (iba školy v oblasti kontrolovanej vládou) a Moldavska (bez regiónu Transnistria). Veľkosť vzorky variovala od 316 respondentov v Lichtenštajnsku po 11 822 v Poľsku.

Vždy jeden rok pred ESPAD-om sa v 4-ročných odstupoch od 1994 do 2014 konali celonárodné školské prieskumy o tabaku, alkohole a drogách u žiakov druhého stupňa základných škôl TAD1 – (skratka TAD znamená dotazník „Tabak, Alkohol, Drogy“) a študentov prvých až štvrtých ročníkov stredných škôl (TAD2). Výsledky v TAD2 sú porovnateľné s ESPAD od roku 2002; a v TAD1 od roku 2006 (prehľady výsledkov – pozri tab. 1 a grafy 1 a 2). Výsledky analýz týchto troch prieskumov TAD od roku 1994 do 2002 a troch prieskumov ESPAD od roku 1995 do roku 2003 boli publikované aj v osobitnej monografii (Nociar 2004).

ESPAD 2015 je založený na údajoch od 96 043 respondentov z 35 krajín (Albánsko, Rakúsko, Belgicko (Flámsko), Bulharsko, Chorvátsko, Cyprus, Česká republika, Čierna Hora, Dánsko, Estónsko, Faerské ostrovy, Fínsko, Francúzsko, Gruzínsko, Grécko, Holandsko, Island, Írsko, Litva, Lotyšsko, Lichtenštajnsko, Macedónsko, Maďarsko, Moldavsko, Malta, Monako, Nórsko, Poľsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Švédsko,

Ukrajina). Podľa prieskumov na Slovensku si stále udržuje prvenstvo medzi nelegálnymi drogami vo všeobecnej populácii a najmä v mladších vekových skupinách marihuana. Rozšírenosť marihuany je vysoká najmä v mladších vekových skupinách, ale v ostatných rokoch je stabilizovaná.

Medzinárodný školský prieskum HBSC – Health Behaviour of School Aged Children – je zameraný v širšom kontexte na zdravie a zdravý životný štýl. Na Slovensku sa realizoval dvakrát – posledný v období 2013/2014. Účastníkmi prieskumu boli žiaci vo veku 11-13-15 rokov, pričom skupina 15-ročných žiakov (N=1549) odpovedala aj na otázky vo vzťahu k užívaniu/ experimentovaniu s marihuanou niekedy v živote a počas ostatných 12 mesiacov. Podľa najnovšieho prieskumu 14% z 15-ročných dievčat a 20% chlapcov v rovnakom veku vyskúšalo konope v živote. Ako sa uvádza v správe, zmeny oproti predchádzajúcej vlne prieskumu (HBSC 2009/2010) nastali len u dievčat, kde sa zvýšilo percento z 3 % na 5,2 % v úrovni aspoň raz za posledných 30 dní (LMP) užil/a kanabis (NMCD. Stav, 2016).

V prvej úrovni výskytu sa sleduje individuálna alebo opakovaná skúsenosť s drogou za celé obdobie života, odbornejšie sa táto premenná nazýva prevalencia (výskyt) za život (v angličtine Life Time Prevalence, v skratke LTP). Číselný údaj je pri LTP vždy najvyšší (a mediálne najpríťažlivejší...) a má väčší význam pri mladých ľuďoch, než pri starších, ktorí mohli marihuanu niekedy v živote naozaj len vyskúšať a po dvadsiatich rokoch na tento zážitok spomínať. Druhou premennou je výskyt užívania v ostatných 12 mesiacoch. Táto úroveň sa alternatívne podľa anglického termínu Last Year Prevalence (LYP) nazýva výskyt v ostatnom roku – termín však môže byť zavádzajúci, keďže obsahuje aj možnosť kalendárneho roku. Presnejšia je potom formulácia otázky na užívanie marihuany v uplynulých 12 mesiacoch. Napokon tretia premenná (LMP) zisťuje užívanie v uplynulých 30 dňoch, resp. podľa pôvodného anglického termínu Last Month Prevalence v ostatnom mesiaci. Od roku 2010, resp. 2011 po období kontinuálneho rastu nastáva stabilizácia užívania marihuany vo všeobecnej populácii, a to aj v mladších vekových skupinách. Hoci trend plynulého nárastu užívania marihuany sa podľa údajov z dostupných prieskumov vo všeobecnej a školskej populácii od roku 2010/2011 zastavil a stabilizoval, v najmladších vekových skupinách, špecifických skupinách/prostrediach je výskyt užívania stále veľmi vysoký.

Medzinárodný prieskum EUROBAROMETER pod názvom “Mladí ľudia a drogy” sa realizoval na Slovensku ako členskej krajine EÚ v roku 2011 a v roku 2014; slovenskú vzorku tvorili mladí ľudia vo veku 15-24 rokov v počte 500 respondentov. Zistené údaje v dvoch vlnách prieskumu EUROBAROMETER sú takmer identické (NMCD, Stav, 2016).

Identické prieskumy, ktoré sa robili v Českej republike, prinášajú tieto výsledky. České deti a dospelávajúci patria vo vzťahu k alkoholu a drogám v európskom i svetovom meradle k naohrozenejším (Hibbell, 2011, Nešpor, 2013). To so sebou nesie veľké riziká:

- vyššie riziko úmyselného a neúmyselného poranenia vrátane samovrážd, násilných konfliktov a šikanovania,
- otravy alkoholom nastávajú i po relatívne malých dávkach,
- u dospelávajúcich sa závislosť vytvára rýchlejšie a má často dramatickejšie prejavy,
- zneužívanie alkoholu súvisí s častejším zneužívaním iných drog,
- existuje tu i vyššie riziko sexuálne prenosných ochorení a nechceného otehotnenia,
- poškodenie vyvíjajúcich sa sietí mozgových buniek. Proces dospelovania pokračuje v mozgu ešte i po 20.roku. Zraniteľnosť dospelávajúcich „neurotickým stresom“ je preto väčšie. To sa prejavuje menšími sociálnymi schopnosťami, nižšou prispôsobivosťou a horším školským prospechom,
- z vývojového hľadiska dochádza často k bludnému kruhu, dospelávajúci zneužíva alkohol, zlyháva v sociálnych rolách a dostáva sa do rizikovej spoločnosti. To vedie k ďalšiemu zneužívaniu alkoholu z množením rizikových faktorov v mnohých oblastiach života.

V posledných rokoch sa zvyšuje dostupnosť ilegálnych drog, pričom najrozšírenejšie sú látky z konope. Vo výskume, ktorý vykonali Nešpor a Csémy (1999), uviedlo skúsenosť s marihuanou 34 % chlapcov a 38 % dievčat vo veku 14-19 rokov. Sejčová (2002) uvádza, že mladí ľudia začínajú experimentovať s drogami najčastejšie vo veku 14 až 16 rokov. „Najčastejšie miesta, kde sa drogy vyskytujú, sú diskotéky, kluby, bary, technopárty. Drogy sa však objavujú i v školách. Rad výskumov potvrdzuje, že skúsenosti s marihuanou majú už žiaci základných škôl, na stredných školách sa objavujú i ostatné drogy, najmä na stredných odborných učilištiach.“ (Kraus, Hroncová, 2007, str. 148). Miovský a Urbánek (2002) vo svojej práci uvádzajú, že väčšina stredoškôľakov má skúsenosť s nelegálnymi drogami a stredoškôľáci, ktorí drogu neužili, sa postupne stávajú minoritnou skupinou. Z uvedeného vyplýva, že drogy medzi dospelávajúcimi nie sú ojedinelým prípadom, preto rôzne programy na prevenciu drogových závislostí majú svoje opodstatnenie.

## ZÁVER

Vybrané monitorovacie a prieskumné data (ktoré i napriek subjektívnosti respondentov majú výpovednú hodnotu ), poukazujú na tieto trendy pri zneužívaní psychoaktívnych látok u detí a mládeže:

- zneužívanie legálnych psychoaktívnych látok deťmi a mládežou i napriek preventívnym opatreniam,
- znižovanie veku prvého užitia alkoholu,
- spôsob pitia smerujúci k excesívnemu pitiu (5+ drinkov v priebehu jedného konzumu)
- užívanie nelegálnych psychoaktívnych látok s vysokým výskytom užívania marihuany.

Vzhľadom k tomu považujeme za nanajvýš dôležité sústrediť pozornosť na prostredie, v ktorom detí a mládež vyrastajú a monitorovať najbližšie okolie (rodina, rovesníci, komunita) detí a mládeže z aspektu rizikových i protektívnych faktorov zneužívania psychoaktívnych látok.


## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] EMCDDA. Trendy a vývojové zmeny. *Evropská zpráva o drogách 2015*. [Elektronická verzia]. Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií EÚ. 86 s. ISBN 978-92-9168-783-1.
- [2] EMCDDA a EUROJUST. *New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions*. [Elektronická verzia]. Lisabon, 2016, 30 pg. ISBN: 978-92-9168-939-2.
- [3] EMCDDA *Skúma novú dynamiku a rozmery európskeho drogového problému* [online]. [cit. 2016-11-22]. Dostupné na: [http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=drogova\\_situacia\\_v\\_e\\_1](http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=drogova_situacia_v_e_1)
- [4] EMCDDA. *Užívanie psychoaktívnych látok u 16 ročných študentov v Európe* [online]. ESPAD. [cit. 2016-12-22]. Dostupné na: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1303>
- [5] HIBELL, B. et al. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. *The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs*, Stockholm, Modintryckoffset AB, 2012
- [6] MACEK, P. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-17178-747-7.
- [7] MIOVSKÝ, M., URBÁNEK, T. Tabák, alkohol a nelegálni drogy medzi stredoškoolákmi. *Československá psychológia*, 2002, 46 (2), 165-177.
- [8] MORAVCOVÁ, E., PODANÁ, Z., BURIÁNEK, J. *Delikvencia mládeže. Trendy a súvislosti*. Praha: TRITON, 2015, 232 s. ISBN 978-80-7387-860-3.
- [9] NĚMEC, J. Deti a mládež v závažných životných situáciách. *Sociálna prevencia*, 2016, 11 (1), 7-8.
- [10] NEŠPOR, K., CSEMY, L. *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu*. Praha: Sportpropag, 1999, 23 s.
- [11] NEŠPOR, K. Závislost na konopných drogách: léčba a svépomoc. [online]. Odborné práce a dokumenty. [cit. 2016-12-20]. Dostupné na: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- [12] NEŠPOR, K. Užívanie psychoaktívnych látok u detí a dospievajúcich. [online]. *Sociálna prevencia*, 2013. [cit. 2016-10-20]. Dostupné na: <http://www.nocka.sk/socialna-prevencia/bulletin/specifika-zneuzivania-psychoaktivnych-latok-a-vznik-zavislosti-u-deti-zien-a-ludi-vyssieho-veku>.
- [13] NMCD. *Stav drogovej problematiky na Slovensku*. [online]. Súhrn Výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2015. [cit. 2016-11-20]. Dostupné na: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1274>.
- [14] NOCIAR, A. *Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za rok 2015 – Záverečná správa*. Bratislava: VÚDPaP, 2015, 77 s.
- [15] SEJČOVÁ, Ľ. *Deti, mládež a delikvencia*. Bratislava: Album, 2002, 290 s. ISBN 80-968667-2-9.
- [16] ŠTELIAR, I. *Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike*. Národná správa pre EMCDDA. Úrad vlády SR, 2009, 160 s. ISBN 978-80-8106-025-0.

# OVERVIEW OF SELECTED SURVEY DATA ON THE ABUSE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN THE EUROPEAN AREA

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: luba.pavelova@vspj.cz



## ABSTRACT

The abuse of psychoactive substances by children and adolescents is examined from various aspects and these results are a key starting point for the preventive measures of governments in individual countries. The paper provides an overview of selected monitoring data on the abuse of psychoactive substances in the European area and their analysis, separately on the aspect of this risky behavior in children and youth.

## KEYWORDS:

psychoactive substances, children and youth, abuse of psychoactive substances

# PARTICIPACE DÍTĚTE NA ROZHODOVÁNÍ A JEJÍ LIMITY V SOUČASNÉ PRAXI SOCIÁLNÍ PRÁCE

KAROLÍNA ŠILAROVÁ  
ADÉLA MICHKOVÁ  
UNIVERZITA PARDUBICE

## ABSTRAKT

Zapojení dítěte do rozhodování o věcech, které se jej týkají, je jedním ze základních práv dítěte formulovaných v Úmluvě o právech dítěte, současně je nezbytným předpokladem k naplňování práv dalších. Se zapojením, tj. participací dítěte, pak úzce souvisí informovanost dítěte o všem, co může být pro jeho rozhodování podstatné. Respekt k právu dítěte na participaci na úrovni rodiny, školy, komunity a společnosti se zvyšuje a na mezinárodní i národní úrovni je dlouhodobě podporován řadou legislativních a koncepčních kroků. Praktická realizace však naráží na řadu překážek jak v podobě individuálních limitů jednotlivých aktérů systému, tak v podobě limitů systémových či společenských. Příspěvek shrnuje základní premisy, z nichž princip participace dětí vychází, a diskutuje limity, s nimiž se sociální pracovníci v sociálně-právní ochraně dětí každodenně potýkají. Patří mezi ně mj. pocit nedostatečné kompetentnosti, ambivalentní postoje či systémem nastavené provozní překážky.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

participace, informovanost,  
sociálně-právní ochrana dětí



## ÚVOD

Zapojení dítěte do rozhodování o věcech, které se jej týkají, je jedním ze základních práv dítěte formulovaných v Úmluvě o právech dítěte (1991), současně je nezbytným předpokladem k naplňování práv dalších. Respekt k názoru dítěte je v Úmluvě o právech dítěte zakotven ve čl. 12. Ten obsahuje závazek zajistit dítěti možnost svobodně vyjadřovat své názory ve všech věcech, které se jej dotýkají, a věnovat těmto názorům patřičnou pozornost. Zájem dítěte tak, dle Úmluvy o právech dítěte, nezbytně předpokládá vůli vyslyšet nezávislou formulaci vlastního názoru dítěte v kontextu jeho identity (osobnost, národnost, kulturní příslušnost, náboženství apod.). Dítě by mělo být vyslyšeno v každém soudním nebo správním řízení, které se jej dotýká. Článek 13 pak definuje právo dítěte na svobodu projevu v jakékoliv podobě.

Respekt k právu dítěte na participaci na úrovni rodiny, školy, komunity a společnosti se zvyšuje a na mezinárodní i národní úrovni je dlouhodobě podporován řadou legislativních a koncepčních kroků. Praktická realizace však naráží na řadu překážek jak v podobě individuálních limitů jednotlivých aktérů systému, tak v podobě limitů systémových či společenských.

## PARTICIPACE DÍTĚTE

Participovat znamená podílet se na něčem, účastnit se něčeho spolu s ostatními. Participace je založená na dialogu, vzájemném naslouchání a ovlivňování. Dítě může participovat v různých částech rozhodovacího procesu, který se ho přímo dotýká. Jedná se o projev demokratizace vztahů mezi dospělými a dětmi. Shier (Shier 2001) rozlišuje několik úrovní participace dětí :

- Základní, první, úroveň předpokládá, že je dětem nasloucháno, tj. že sociální pracovníci pracují takovým způsobem (v takovém systému), jehož součástí je prostor pro vyjádření dítěte.
- Druhá úroveň: děti jsou aktivně podporovány, aby svůj názor vyjadřovaly. Zde se jeví jako klíčová v našem kontextu otázka, zda máme jako sociální pracovníci potřebné znalosti, dovednosti a nástroje, kterými dítěti zprostředkujeme adekvátní porozumění situaci a umožníme mu jeho vlastním způsobem vyjádřit jeho pohled.
- Třetí úroveň: názory dětí jsou brány v úvahu a zohledňovány při rozhodování. K této rovině se vztahují otázky na to, jakou vážnost přikládáme názoru dítěte i otázky po účinných systémových opatřeních, která zohledňování názoru dítěte podporují a vyhodnocují.
- Čtvrtá úroveň: děti jsou zapojovány do rozhodovacího procesu, stávají se jeho aktéry.
- Nejvyšší, pátá, úroveň: moc a odpovědnost související s rozhodováním je s dětmi přiměřeně sdílena.

Shier vychází ze starší škály Harta (1992, 2013), v níž jsou zahrnuty také tři formy neparticipativní účasti dětí na událostech, které se jich týkají. Lze je velmi dobře aplikovat i na oblast sociální práce v kontextu našeho systému sociálně-právní ochrany dětí:

- Manipulace (manipulation). Dítě je přítomno jako objekt rozhodování, rozhodnutí pasivně přijímá. Dospělí v jeho vyjadřování, chování či slovech vidí jen to, co vidět chtějí, a neposkytují mu informace o tom, jaký vliv bude mít jeho názor na rozhodování. Dítě procesu ani důvodům vedoucím k rozhodnutí nerozumí. Příkladem mohou být zprávy odůvodňující rozhodování (např. v otázce svěření dítěte do péče), v nichž jsou zdůrazněny ty součásti sdělení dítěte, které nahrávají zvolenému řešení a naopak upozadovány či zcela vynechány ty části sdělení, v nichž dítě vyjadřuje jinou potřebu (např. “A.B. uvádí, že matka pravidelně konzumuje alkohol i během dne, péči o mladší sourozence A.B. často nezvládá a A.B. péči zajišťuje místo ní. Přesto A.B. opakovaně odmítá možnost svěření do péče prarodičů a nástup na střední odborné učiliště s možností ubytování na internátu.”)
- Dekorace (decoration), kulisa. Dítě je nějaké události přítomno, ale není faktickým účastníkem rozhodovacího procesu. Příkladem může být dobrým úmyslem vedená snaha zapojit dítě do případové konference. Dítě je poblíž, v prostředí, které vychází vstříc jeho potřebám (např. adhoc vytvořená herna) a ve “vhodnou” chvíli je přizváno k vyjádření svého názoru, který účastníci setkání často již předem znají díky předchozím profesionálně vedeným kontaktům někoho z nich s dítětem (sociálního pracovníka či psychologa). Konečné rozhodnutí není účastí dítěte nijak ovlivněno.
- Tokenismus (tokenism), formální participace. Děti jsou zdánlivě účastníky rozhodovacího procesu a jejich zapojování je i formálně dokumentováno, tomu však neodpovídá reálný (ne)zájem ostatních aktérů brát názor dítěte v potaz. Toto lze sledovat např. jedná-li se o dítě s problémovým chováním, dítě emočně nevyrovnané či dítě s komunikačními obtížemi.

Myšlenka participace staví na přesvědčení o tom, že dítě má potenciál podílet se na rozhodování v otázkách a na řešení problémů, které se jej týkají, a že pouze touto cestu můžeme dojít k naplnění nejlepšího zájmu dítěte.

## PARTICIPACE DÍTĚTE V ŠIRŠÍM KONTEXTU

**P**odle World Vision International (2017) je participace dětí smysluplná, bezpečná a klíčová strategická priorita pro zajištění trvalého blahobytu dětí a vytvoření demokratických společností s informovanými a angažovanými občany. Pokud se podle nich děti naučí sdělovat své názory, přebírat odpovědnost a činit rozhodnutí, rozvíjejí tím pocit sounáležitosti, spravedlnosti, odpovědnosti a solidarity. Participace zde odráží zejména vyjadřování názorů na záležitosti týkající se dětí, svobodu projevu, myšlení, sdružování a přístupu k informacím. To všechno při respektování role a odpovědnosti

rodičů či dalších autorit. Z tohoto pohledu je možné vnímat participaci a kladení důrazu na participaci za součást výchovy k občanství napříč společností.

V ČR je jednou z hlavních součástí koncepce začleňování ohrožených rodin systém sociálně-právní ochrany dětí vycházející z mezioborové spolupráce. Jeho úkolem je hájit zájmy dětí jakožto nejzranitelnějšího článku rodinného systému, více či méně závislého (v návaznosti na věk a další faktory) na rodičích a dalších osobách v rodině.

Výbor pro práva dítěte, který je orgánem Rady vlády pro lidská práva, se v roce 2009 vyjádřil k nutnosti změny v respektu práv dětí dotýkajících se každodenní kultury vzájemné mezilidské komunikace. Ochrana rodinného prostředí, udržování vztahů v kruhu rodinném a v širším sociálním prostředí významně ovlivňuje vývoj dítěte. Na prvním místě je výchova a péče o dítě, a také zajištění, aby bylo dítě v bezpečí. Při jednání s dítětem je potřeba zohlednit jeho zranitelnost v kontextu zdravotního či mentálního znevýhodnění. Výbor pro práva dítěte konstatuje, že současná společnost čelí několika problémovým oblastem v respektu práv dětí. V oblasti participace jde především o nedostatečnou úctu vůči dětem a nedostatečný respekt vůči jejich právům a o absenci institutu Ochránce práv dětí, dále pak vysoký počet dětí umístěných do institucionální péče (chybí podmínky k naplňování všech jejich práv), deprivace základních potřeb dětí žijících v sociálně vyloučených komunitách.

Vláda ČR pak 13. července 2009 schválila koncepci Národního akčního plánu k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 – 2011. Participace byla prezentována jako jedna ze zásad tohoto plánu.

Na výše uvedené pak navazuje Národní strategie ochrany práv dětí “Právo na dětství” schválená Vládou ČR v r. 2012. Tento základní strategický dokument reformy systému péče o ohrožené děti si stanovil za cíl „vytvořit takový systém, který zajistí důslednou ochranu všech práv každého dítěte ..., to vše za participace dítěte na rozhodovacích procesech, které se ho bezprostředně dotýkají“. Participace dítěte se stala průřezovou prioritou této strategie.

Národní strategie ochrany práv dětí a s ní související aktivity (vč. novelizace zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí však prosazují změny v prostředí, které není mnohdy na tyto změny připraveno. Komplikujícím faktorem je skutečnost, že péče o ohrožené děti je zahrnuta v agendě tří resortů – MPSV, MZ a MŠMT, což provedení změny znesnadňuje, k právům dětí není přistupováno jednotně, systém mnohdy není efektivní a hospodárný. V oblasti soudnictví je agenda sociálně-právní ochrany dětí poddimenzovaná, což se odráží na nepřiměřené délce soudního řízení. Prodlužování a protahování soudních řízení není ničím novým ani výjimečným. Nejčastějším příkladem v této oblasti je rozvod rodičů. Soudy často nemohou rozhodnout bez znaleckých posudků, které například posuzují psychické dopady na dítě u různých variant budoucího soužití.

OSPOD v roli kolizního opatrovníka však má v ruce nástroje, kterými se může pokusit soudní řízení urychlit a zmenšit tak možné psychické dopady na dítě, které se pohybuje v nejistotě. (Veřejný ochránce práv, 2017)

Pro efektivní zavádění opatření, která umožní kvalitní výkon agendy sociálně-právní ochrany dětí vč. podpory participace dětí, je klíčové nastavení podpůrných systémů na úrovni samosprávy, obcí s rozšířenou působností a krajských úřadů.

## NÁHLED DO PARTICIPACE DĚTÍ V PRAXI

**S**amotná participace dětí není v praxi ochrany práv dětí samozřejmá. Informování ohrožených dětí o jejich právech a jejich zapojování v jakékoliv podobě je dlouhodobě diskutovaným tématem. Zainteresovaní dospělí, zejména rodiče nebo členové širší rodiny, často nemají představu o tom, jak by participace měla vypadat. Účinná spolupráce dospělých je však v procesu participace dítěte nezbytná.

Zahraniční studie zabývající se faktory ovlivňujícími participaci dětí (Kriz and Roundtree-Swain 2017; Pert et al. 2017) označují překážky, které brání zapojení dítěte do rozhodování a současně předkládají závěry a doporučení, které jsou dle našeho názoru přenositelné i do praxe sociálně-právní ochrany dětí v České republice. Zmíněné studie ukazují, že míra zapojení ohroženého dítěte do rozhodování je závislá na dovednosti dítěte se prosadit, tedy jasně, důrazně a konzistentně vyjadřovat svůj názor. Děti, kterým tato dovednost chybí, jsou v oblasti zapojování do rozhodování znevýhodněny. Součástí systému sociálně-právní ochrany dětí by tak měla být i ucelená koncepce rozvoje této dovednosti u dětí.

Dalším významným faktorem je dostatečná informovanost dítěte o všech okolnostech, které mohou být pro jeho rozhodování významné. Dostupnost potřebných informací ve srozumitelné podobě je předpokladem pro vytvoření názoru, dítě je však v této oblasti téměř zcela závislé na pečujících dospělých a pomáhajících profesionálech. Ti však mnohdy informace dítěti nezprostředkují v potřebném rozsahu či potřebnou formou.

Z hlediska ochrany práv dětí je významné zjištění, že prokazatelně méně jsou zohledňovány názory dětí v situaci, kdy je názor dítěte v rozporu s přesvědčením sociálního pracovníka (o nejlepším zájmu dítěte). Další překážkou v zapojení dětí do rozhodování je pak nálepkování: získá-li dítě nálepkou problémového či emočně labilního, pravděpodobnost, že bude jeho názor brán v potaz, se snižuje.

Studie rovněž poukazují na skutečnost, že zapojování dětí do rozhodování je v mnoha ohledech naplňováno pouze formálně. Jako významné se nám jeví 3 aspekty:

1) Faktické chování sociálních pracovníků často neodpovídá formálním požadavkům na neutralitu a aktivní podporu participace dětí.

2) Účast na rozhodování o věcech, které se dítěte týkají (případové konference, plánování další péče atd.), vnímá dítě často jako nutnost, nerozumí smyslu ani průběhu a necítí se být reálným účastníkem, což úzce souvisí s třetím bodem. Tomu napomáhají i případně předchozí zkušenosti, že jeho názor nebyl respektován.

3) Děti jsou v rámci systému sociálně-právní ochrany zapojovány jen do některých dílčích částí procesu (např. účast na případové konferenci, konzultace), ale celá řada rozhodnutí je činěna zcela mimo jejich obzor, děti se toho neúčastní a je automaticky předpokládáno, že to budou akceptovat. Příkladem může být plánování případové konference, kde veškeré její parametry včetně místa konání a pozvaných účastníků plánuje sociální pracovník bez zapojení dítěte, čímž ztrácí angažovanost dítěte v procesu i jeho důvěru v to, že se vůbec zapojit může. Dítě se cítí být objektem, nikoliv subjektem rozhodování.

Nespokojenost dětí s tím, nakolik (ne)mají možnost zapojit se do rozhodovacího procesu, roste se zvyšujícím se věkem: menší děti to berou jako přirozené, adolescenti už očekávají dospělé partnerské jednání.

V českých podmínkách lze participaci s jistým nadhledem označit za “příliš odvážnou novinku” a ačkoliv dokumenty hlásají něco jiného, v každodenní práci sociálních pracovníků a úředníků zapojování dítěte do rozhodování k prioritám nepatří. Sledovaných a ohrožených dětí a rodin je velký počet, úředníků a sociálních pracovníků je málo. S dětmi často nemá kdo o jejich právech nebo názorech mluvit. A když je čas i personální zdroje, nemusí být pracovníci nutně vybaveni potřebnými zkušenostmi a kompetencemi. Zapojení dítěte do procesu sociálně-právní ochrany

Předpokladem participace je informovanost. Informovanost dítěte by se měla týkat celého procesu rozhodování od dění z minulosti, přes aktuální situaci až po dění do budoucnosti. Dítěti by měly být podávány informace o něm samotném i o jeho nejbližší rodině a rodinné situaci. O procesu, ve kterém se nachází, a o jeho průběžných i finálních důsledcích. Dítě by mělo být obeznámeno s možností vyhledat pomoc nebo si stěžovat na neadekvátní postupy.

Hlavním zprostředkovatelem informací při rozhodování v oblasti sociálně-právní ochrany dětí je sociální pracovník. Jeho úkolem je získat vhodnou formou informace potřebné k vyhodnocení situace ohroženého dítěte a k navržení vhodných kroků směřujících k pomoci dítěti. Současně je však jeho stejně významným úkolem dítěti (i rodině) informace poskytovat. Klient (jak dospělý, tak i dětský), který nemá dostatek srozumitelně podaných informací, se nemůže dobře rozhodnout.

Podpora participace dítěte a doprovázení dítěte v procesu rozhodování by mělo být vždy v gesci jednoho konkrétního pracovníka (tzv. klíčového pracovníka). Ten by měl dítě nejen připravovat např. na účast na setkáních, kde dochází k rozhodování (např. případové

konference, mediace, soudní řízení aj.) , ale umožnit mu zapojit se do celého procesu rozhodování. Dítě by mělo mít také možnost v kterémkoliv okamžiku účast na zapojení se odmítnout.

Ohroženým dětem v procesu sociálně-právní ochrany napomáhá participace rozvíjet jejich sebepojetí a sebejistotu, kompetence k aktivnímu řešení své vlastní situace a důvěru ve svět kolem sebe.

Participace dítěte je aktuálně ukotvena v následujících právních dokumentech: v Úmluvě o právech dítěte, občanském zákoníku, v zákoně o sociálně-právní ochraně dětí a v zákoně o zvláštních řízeních soudních. Zmíněné dokumenty však nezajišťují úspěšnost procesu participace, nezbytný je aktivní přístup zainteresovaných osob, jejich motivace, dovednosti a především přesvědčení o tom, že participace dítěte na rozhodování je při naplňování jeho nejlepšího zájmu zcela klíčová.

Řešení rodinných problematik v rámci multidisciplinární spolupráce zaměřené na podporu vlastní odpovědnosti aktérů podílejících se na rodinných vztazích, zejména rodičů, se jeví jaké neúčinnější forma kooperace. Zejména mediace a rodinné konference, jsou jedny z přístupů řešící krizemi zatížené vztahy. Nejčastěji se jedná o neschopnost komunikace a neschopnost empatie k pocitům a prožitkům druhých lidí. Nastavení vhodných komunikačních dovedností, a také schopnost naslouchat druhým je přitom funkčním předpokladem perspektivního umění řešit problematiku situace života. Při opakujících se krizových situacích napomáhají tyto dovednosti najít přijatelné konstruktivní řešení. Každý dospělý a potažmo i dítě je pro řešení své životní situace tím více motivován, čím více je schopen ji ovlivnit. Lidé se v konfliktních rodinných situacích více identifikují s takovými řešeními, na nichž se aktivně podílejí. Participace dětí umožňuje lépe reflektovat skutečné jádro problému a poskytnutím prostoru vznikají řešení, která jsou rychlejší a efektivnější. Názor dítěte zjednodušuje dokazování a umožňuje nenařizovat znalecké posudky, což nakonec vede ke zkrácení soudního řízení. Výsledkem pro sociální pracovníky a soudce je pak reflexe nejlepšího zájmu dítěte.

## VÝZNAM EDUKACE VE VĚCI PARTICIPAČNÍCH PRÁV DĚTÍ

**P**odpora participace dětí na rozhodování je v praxi sociální práce limitována dle našich zkušeností dvěma okolnostmi. První z nich je obava z práce s dětmi, která zahrnuje strach ze samotného kontaktu zejména s mladšími dětmi a ze správného vyhodnocení informací, které z kontaktu s dítětem vzejdou. Druhá okolnost zahrnuje absenci přesvědčení o správnosti principu, že nejlepší a pro všechny aktéry je nejpřínosnější takové řešení krizových situací, které se odvíjí právě od dětí a jejich potřeb a postojů, nikoliv naopak.

Edukace se má primárně zaměřovat na rodiče, ale i na další osoby ze širšího vztahového prostředí dítěte. Rodiče jsou nejdůležitější aktéři, jejichž ochota a spolupráce je primárním a existenciálním klíčem úspěchu při řešení složité životní situace, ve které se dítě ocitlo. Bez spolupracujících rodičů se žádná krizová situace kupředu nepohne.

Současně je rodina prostředím, které dětem poskytuje zázemí pro nápodobu modelů chování a směřuje ke stejným modelům chování. Jestliže se dítě naučí určitým vzorcům chování, bude je samo používat v dospělosti jako součást výchovného modelu. Edukace rodičů v této oblasti (jako součást celku sociální práce s rodinou) je tak investicí do budoucí rodičovské generace. Některé provedené studie (např. Kelly and Salmon 2014) ukazují, že schopnost pečujících vcítit se do prožívání a psychického rozpoložení dítěte souvisí s kognitivním i společenským vývojem dítěte.

Práci s dospělými členy rodiny je třeba propojit s edukací dětí. Zde však je stále více nápomocná škola. Téma participace dětí na rozhodování obecně je součástí rámcových vzdělávacích programů základních i středních škol, děti mají také stále více reálných možností zapojovat se do rozhodování, což současně rozvíjí výše zmíněnou dovednost prosadit se a konzistentně vyjadřovat svůj názor. Pro děti ze sociálně znevýhodňujícího prostředí, které vyrůstají se zkušeností diskriminace a nerovného přístupu, pro děti z rodin s patologickými modely chování a pro celou řadu dětí dalších je však tato obecná podpora jejich práv a participace v rámci školního vzdělávání nedostatečná.

Při práci s ohroženou rodinou a dítětem by edukátoři v této oblasti měli být sociální pracovníci, kteří rodinu a dítě v procesu rozhodování doprovázejí.

Chování dětí, s nimiž se v rámci sociálně-právní ochrany dětí setkáváme, je ovlivněno řadou faktorů, včetně předchozích zkušeností se špatným zacházením, odloučením od rodičů a umístěním do náhradní rodinné či institucionální péče. Tyto faktory znesnadňují interpretaci chování dítěte jak pečujícím dospělým, tak zainteresovaným profesionálům. Chování dítěte může být významným (a někdy jediným) zdrojem informací o potřebách dítěte, proto porozumění tomuto chování je předpokladem pro citlivou a na potřeby dítěte zaměřenou péči.

Na místě je větší vzdělávací podpora sociálních pracovníků a dostupnost využitelných nástrojů a technik. Inspirací může být řada materiálů zahraničních, které lze (někdy s dílčími úpravami) použít i v našich podmínkách. Tyto materiály jsou často volně dostupné a využitelné (např. *Child Protection: consultation with children toolkit*, *'Animal talk' activity* nebo *Say it your own way*).

Podstatným elementem, který také ovlivňuje edukaci směřující k podpoře participace dětí, je sdílení dobré praxe a předávání ostatních informací týkající se participace.



Je třeba zmínit, že souběžně s výše uvedenou cílenou edukací by měla probíhat také osvěta v oblasti práv a participace dětí obecně na úrovni celospolečenské.

## HODNOCENÍ NAPLŇOVÁNÍ PARTICIPAČNÍCH PRÁV DĚTÍ

**R**ada Evropy vydala v r. 2012 doporučení týkající se participace dětí a dospívajících do 18 let a pro hodnocení naplňování jeho cílů vytvořila hodnotící nástroj (Child Participation Assessment Tool 2016). Nástroj obsahuje ve 3 oblastech (Ochrana práva na participaci, Podpora informovanosti o právu na participaci a Vytváření prostoru pro participaci) celkem deset specifických a měřitelných indikátorů, na základě nichž je možné hodnotit pokrok v oblasti participace dětí. Současně je zde formulováno devět základních požadavků pro efektivní a etickou participaci. Tyto požadavky lze využít nejen při hodnocení a nejen na systémové úrovni, ale také při plánování spolupráce s dítětem prakticky v jakékoliv oblasti.

- **Participace je transparentní a dítě je informované**

Děti musí být informovány o svých právech na participaci v přátelském a bezpečném prostředí. Účast dětí má jasný záměr s vědomím toho, že právě ony mají velký vliv na rozhodování. Role a odpovědnost zúčastněných stran jsou jasné a dobře pochopitelné. Děti souhlasí s cíli spojenými s jejich účastí.

- **Participace je dobrovolná**

Děti musí mít možnost si svobodně zvolit, zda se chtějí zúčastnit a musí být také informovány o možnosti kdykoliv odvolat svou účast. Děti nesmějí být nuceny k participaci nebo k vyjádřování svých názorů.

- **Participace je respektující**

S dětmi je zacházeno s respektem a úctou. Děti mají mít možnost svobodně vyjádřit své pocity a názory. Zainteresovaní odborníci by měli respektovat a snažit se porozumět životu dítěte v jedinečném v kontextu jeho rodiny, školy, kultury. Proces musí být založen na principech demokracie a antidiskriminace.

- **Participace je pro dítě významná**

Způsob zapojení dítěte odpovídá jeho znalostem, zkušenostem a schopnostem. Dítě se zapojuje do rozhodování v otázkách, které jsou pro něj významné.

- **Participace je pro dítě přívětivá**

Přístup by měl být vhodně používán tak, aby děti byly dobře připraveny na participaci a aby byly schopny se smysluplně zapojit. Přístupy a metody zapojení dětí by měly být přizpůsobovány věku a schopnostem konkrétního dítěte.



- **Participace je inkluzivní**

Participace je dostupná i pro děti ohrožené diskriminací. Participace aktivně působí proti diskriminačním stereotypním vzorcům.

- **Participace je podpořena cílenou přípravou dospělých**

Zainteresovaní odborníci musí mít znalosti a schopnosti podporovat smysluplnou participaci dětí. To předpokládá jednak vzdělávání a výcviky v této oblasti, jednak průběžnou podporu během vlastní praxe.

- **Bezpečí a citlivost k rizikům**

Zainteresovaní odborníci musí přijmout veškerá opatření k minimalizaci rizik spojených s participací dítěte (zneužití, vydírání). Strategie ochrany dětí jsou plánovány a realizovány specificky dle konkrétní situace konkrétního dítěte.

- **Participace je pro dítě srozumitelná**

V procesu participace má dítě dostávat zpětnou vazbu a informaci o tom, jak jsou jeho sdělení interpretována a využita, a jak ovlivňují výsledek rozhodování.

## ZÁVĚR

**P**articipační práva dětí a zapojování dětí do rozhodování je oblast, v níž se nám v sociálně-právní ochraně dětí zatím ne zcela daří. Narážíme zde na limity systémové, kompetenční i postojevé. Přesto lze sledovat jednoznačně pozitivní trend postupného prosazování participačního přístupu do praxe. Participace dětí je stále výrazněji podporována na úrovni legislativní a koncepční, zatím však v České republice chybí výraznější podpora v oblasti metodické a vzdělávací, stejně tak nemáme efektivní kontrolní mechanismy pro zachycení případů, kdy jsou participační práva dítěte porušována.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HART, R. Children's Participation: From Tokenism to Citizenship. UNICEF: Florence, 1992.
- [2] JÍLEK, D., ČECHOVÁ I. et al. Aktuální otázky ochrany práv dětí. Informování dětí o jejich právech. 1. Brno: Česko-britská, 2017. ISBN 978-80-905598-3-7.
- [3] KELLY, W., SALMON K. Helping foster parents understand the foster child's perspective: A relational learning framework for foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Oct 2014, 19(4), 535-547.
- [4] KRIZ, K., ROUNDTREE-SWAIN D. "We are merchandise on a conveyer belt": How young adults in the public child protection system perceive their participation in decisions about their care. *Children and Youth Services Review*, Jul 2017, 78, 32-40.
- [5] NOSÁL, I., ČECHOVÁ, I. Participace a nové přístupy k práci s ohroženými dětmi a rodinami: studie inspirované zkušenostmi ze Švýcarska: sub-projekt PF 134 Inovace služeb a metod práce s ohroženými dětmi a rodinami: nové přístupy a příklady dobré praxe ze Švýcarska. Brno: Česko-britská, 2014. ISBN 978-80-905598-1-3.
- [6] PERT, H., DIAZ, C., THOMAS, N. Children's participation in LAC reviews: a study in one English local authority. *Child & Family Social Work*, Feb 2017, 22, 1-10.
- [7] SHIER, H. Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligations. *Children and Society*, 2001. s. 107-117.
- [8] STIBOROVA, E. 'Animal talk' activity [online]. *Socialworkerstoolbox.com*, 2017 [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <http://www.socialworkerstoolbox.com/wp-content/uploads/2017/09/Animal-talk-activity.pdf>
- [9] Deklarace Výboru pro práva dítěte RVLP ČR přijatá u příležitosti 50. výročí přijetí Deklarace o právech dítěte a 20. výročí přijetí Úmluvy o právech dítěte [online]. Vláda ČR, Výbor pro práva dítěte, 2009 [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Deklarace-Vyboru-pro-prava-ditete\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Deklarace-Vyboru-pro-prava-ditete_1.pdf)
- [10] Child Participation [online]. World Vision International, 2012 [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <http://www.wvi.org/child-participation>
- [11] Child Participation Assessment Tool [online]. Council of Europe, 2017 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/children/child-participation-assessment-tool>
- [12] Child Protection: consultation with children toolkit [online]. Leeds City Council [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: [http://leedschildcare.proceduresonline.com/pdfs/ch\\_prot\\_consult.pdf](http://leedschildcare.proceduresonline.com/pdfs/ch_prot_consult.pdf)
- [13] Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 [online]. Vláda ČR, 2009 [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/7440/NAP.pdf>
- [14] Národní strategie ochrany práv dětí: Právo na dětství [online]. Vláda ČR, 2012 [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/14309/NSOPD.pdf>

- [15] Orgány sociálně-právní ochrany dětí se učí v zájmu nezletilých urychlit soudní řízení [online]. Kancelář veřejného ochránce práv, 2017 [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2017/organy-socialne-pravni-ochrany-deti-se-uci-v-zajmu-nezletilych-urychlit-soudni-rizeni/>
- [16] Recommendation CM/Rec(2012)2 of the Committee of Ministers to member States on the participation of children and young people under the age of 18. Council of Europe, 2012 [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805cb0ca](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805cb0ca)
- [17] Say it your own way [online]. Barnardo's, 2006 [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: [https://www.cafcass.gov.uk/media/293013///intranet4cafcass/DavWWWRoot/ce/policy\\_team/Shared%20Documents/EIP%20tools/DfES%20resources%20to%20work%20with%20children.pdf](https://www.cafcass.gov.uk/media/293013///intranet4cafcass/DavWWWRoot/ce/policy_team/Shared%20Documents/EIP%20tools/DfES%20resources%20to%20work%20with%20children.pdf)
- [18] Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. Sbírka zákonů České a Slovenské Federativní republiky, částka 22. 1991.

# CHILD PARTICIPATION IN DECISION MAKING AND ITS LIMITS IN CURRENT PRACTICE OF SOCIAL WORK



## ABSTRACT

Involvement of a child in decision-making on matters concerning it is one of the fundamental rights of the child formulated in the Convention on the Rights of the Child, and at the same time it is a prerequisite for the fulfillment of the rights of others. Engagement, ie the child's participation, is closely related to the child's awareness of everything that may be essential for his decision-making. Respect for the right of the child to participate at family, school, community and society level is increasing and, at international and national levels, it has long been supported by a number of legislative and conceptual steps. The practical realization, however, encounters a number of obstacles, both in the form of individual limits of individual actors of the system and in the form of systemic or social limits. The paper summarizes the basic premises from which the principle of child participation is based and discusses the limits that social workers face in the social and legal protection of children every day. Among them are insufficient competencies, ambivalent attitudes or system set operating obstacles.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Karolína Šilarová  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra porodní asistence a zdravotně  
sociální práce  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: karolina.silarova@upce.cz

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra porodní asistence a zdravotně  
sociální práce  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: adela.michkova@upce.cz

## KEYWORDS:

participation, awareness, social and  
legal protection of children

# SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VYBRANÝCH MINORITNÍCH SKUPIN V PARDUBICKÉM KRAJI DLE MODELU KULTURNÍCH KOMPETENCÍ

## ABSTRAKT

**Cíl:** Zjistit kulturní specifika u příslušníků vybraných minoritních skupin - Romové, Vietnamci, a vyznavači islámu.

**Východiska:** Existují nástroje, které mohou péči o klienty odlišných minoritních skupin usnadnit, a to multikulturní/transkulturní ošetřovatelské modely či ošetřovatelské dokumentace.

**Metodika:** Byly provedeny polostrukturované rozhovory, které probíhaly ve zdravotnických zařízeních Pardubického kraje v období červenec 2016 až květen 2017 během hospitalizace dotazovaných. Respondenty byli i příslušníci minoritních skupin, kteří byli ze zdravotnického zařízení propuštěni a byli do jednoho měsíce po dimisi. Výzkumného šetření se zúčastnili za romskou minoritu 2 muži a 3 ženy, v minoritě vyznávající islám byli 2 muži a 2 ženy a 3 vietnamské ženy. Otázky do polostrukturovaného rozhovoru byly sestaveny na základě obsahu jednotlivých domén Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella. Rozhovory byly nahrávány, dále byla provedena transkripce jednotlivých záznamů. Text byl kódován metodou tužka-papír.

ZUZANA ŠKORNIČKOVÁ  
MARKÉTA MORAVCOVÁ  
UNIVERZITA PARDUBICE

**Výsledky:** V tomto sdělení prezentujeme pouze výsledky ve vybraných doménách Modelu kulturních kompetencí dle Purnella, které mohou mít vliv na vzájemnou interakci nelékařského zdravotnického pracovníka a klienta jiné minority. Jedná se o domény: Přehled/dědictví/topografie, Role a organizace v rodině, Výživa, Těhotenství. Na základě zjištěných specifik a oblastí péče, jsme navrhly ošetřovatelskou dokumentaci. Hlavní kategorie, obsažené v ošetřovatelské dokumentaci, jsou: komunikace, role a organizace v rodině, rizikové chování, výživa, spiritualita, praktiky zdravotní péče a poskytovatelé zdravotní péče. Ošetřovatelská dokumentace je nyní ověřována v praxi.

**Závěr:** Nelékařský zdravotnický personál by se měl řídit základními principy a akceptovat reálné požadavky klientů z minoritních skupin v souvislosti s poskytováním péče. V době, kdy je neustále na zdravotníky vyvíjen obrovský tlak na úroveň jejich znalostí a dovedností, může být pomocí např. ošetřovatelská dokumentace ke zjištění specifik u příslušníků minorit v České republice.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

kulturní kompetence, minoritní skupiny, multikulturní ošetřovatelství, Purnell

## ÚVOD

Vyhledávání a uspokojování potřeb nemocných patří mezi hlavní pilíře moderního ošetrovatelství. Kvalitní ošetrovatelská péče by měla být zajištěna všem lidem bez ohledu na jejich původ, barvu pleti, náboženské vyznání atd. To znamená všem, kteří patří k jakékoliv minoritní skupině (Tóthová, 2015, s. 15). V současnosti, kdy se zvyšuje počet migrujících osob (v roce 2015 žilo legálně v České republice téměř 470 000 cizinců), se v České republice setkáváme i s nárůstem klientů zdravotnických zařízení, kteří jsou příslušníky různých etnik, různého náboženského vyznání než majoritní společnost (český statistický úřad, 2016).

K adekvátnímu přizpůsobení poskytované péče v rámci multikulturního/transkulturního ošetrovatelství existují ošetrovatelské modely, které se této problematice věnují a které usnadňují plánování a realizaci péče o klienty z různého kulturního prostředí. Jak uvádí Tóthová (2015), mezi takové modely patří například Model kulturních kompetencí Purnella, Model pro rozvíjení kulturní kompetence autorů Papadopoulos, Tilki a Taylor. Sagar (2012) ve své publikaci hovoří o Modelu vycházejícího slunce Leininger, Modelu rozvoje kulturní způsobilosti autorky Campinghy-Bacote, Modelu kulturně ohleduplné a upravené péče autorek Giger a Davidhizar.

Autorky se ve svém sdělení zaměřují na vybrané minority a jejich specifika, která mohou souviset s poskytovanou zdravotnickou péčí. Tyto minoritní skupiny jsou v České republice čteně zastoupeny. Jedná se o příslušníky Romské národnostní menšiny. K romské národnosti se na základě vlastního vyjádření přihlásilo při sčítání lidu v roce 2011 pět tisíc osob, což činilo téměř 0,1 % populace (Český statistický úřad, 2011). Další skupinou respondentů byli příslušníci vietnamské minority (k 31. 12. 2016 se k vietnamské národnosti hlásilo 58716 lidí) a vyznavači islámu (Český statistický úřad, 2016). Muslimská minorita je kulturně odlišná od majoritní společnosti v České republice a její velikost v zemích Evropy v současnosti stále roste. Jak již bylo uvedeno, tyto vybrané skupiny obyvatel jsou kulturně odlišné a v rámci poskytování péče ve zdravotnických zařízeních vyvstává potřeba znalosti těchto specifik.

## VYBRANÉ MINORITNÍ SKUPINY

### VIETNAMCI

Ačkoli stěžejní část Vietnamců žije v České republice více než 10 let, jedná se o poměrně izolovanou komunitu (Brouček, 2003). Během minulých padesáti let se motivy a důvody migrace Vietnamců měnily, od nedobrovolného uprchlictví z politických důvodů po současné trendy za účelem sloučení rodiny a v neposlední řadě dosažení ekonomických nebo studijních cílů (Freidingerová, 2014, s. 24). Český statistický úřad (dále „ČSÚ“)

uvádí, že na území České republiky žilo k 30. 03. 2017 celkem 58 716 občanů Vietnamské socialistické republiky. Po Slovácích a Ukrajincích tak Vietnamci představují třetí největší národnostní skupinu v ČR (Český statistický úřad, 2017). Pokud jde o ovládnutí češtiny, setkáváme se s mnoha Vietnamci, kteří češtinu neovládají, jsou převážně monolingvní. Zároveň typickým rysem vietnamské komunity je její izolovanost a uzavřenost a tím pádem velmi omezené styky s českou společností, ve které by se mohli český jazyk učit přirozenou cestou (Barešová, 2010, s. 10). To může být problém právě při hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních, kdy špatně pochopená verbální či neverbální komunikace může způsobit problémy.

Kutnohorská (2013) uvádí, že při komunikaci se Vietnamci mohou častěji usmívat. Většinou se ale nejedná o vyjádření sympatií, ale spíše o výraz neporozumění či omluvy nebo se úsměvem snaží zmírnit nepříjemnou situaci. Dotyk či pohlazení je brán jako výraz důvěry, není přípustné, aby se muž dotýkal cizí ženy. Hlazení dětí po vlasech je výsadou rodičů (Ivanová, 2005, s. 196).

Ve Vietnamu je preferovaná patriarchální struktura rodiny a výchově a vzdělání dětí se přikládá velký význam. Rodiče a prarodiče se ctí, poslouchají se a děti se učí být tiché, slušné a poctivé. V rodině se dodržují tradice a zvyky a důležité je pro ně stolování. U jídla se vždy sejde celá rodina a probírají se pracovní záležitosti, úspěchy, vzdělání, apod. Chutná-li Vietnamcům jídlo, hostiteli to dávají najevo zašpiněným ubrusem a tím, že v misce nechají ještě zbytek jídla.

Jsou-li Vietnamci hospitalizováni, je velmi důležité jim výkony a vyšetření jasně a stručně vysvětlit a zpětnou vazbou si ověřit, že všemu porozuměli. Sdělení diagnózy by mělo být nejdříve probráno s hlavou rodiny, která se může rozhodnout chránit nemocného před špatnými zprávami a tím ho co nejméně zatěžovat. Vietnamské ženy bývají zpravidla velmi stydlivé, a proto by měla být důsledně dodržována intimita a soukromí. Zvracení, krvácení a problémy s vylučováním neradi oznamují, raději tiše trpí a léky odmítají. Během velké bolesti, jako je například porod, se příliš navenek neprojevují a porod zvládají v tichosti. Vietnamci se často obrací k přírodní medicíně, ale mají respekt i vůči lékařským autoritám a jejich doporučení dodržují (Ivanová, 2005, s. 197)

## ROMOVÉ

**R**omové – „Cikáni, nepřizpůsobiví a sociálně vyloučení,“ jak jsou mnoha lidmi označováni, patří mezi nejkritizovanější a zároveň mezi nejohroženější skupiny obyvatelstva (Davidová, Uherek, 2014, s. 15). Jedním z charakteristických rysů romství, které jsou nejméně akceptovatelné majoritou, je tendence opovrhovat ostatními skupinami Romů, na které je pohlíženo jako na nečisté, ale také považovat osoby jiného než romského původu (gádže) za podřadné osoby (Bittnerová, Moravcová, 2013, s. 82). Jakoubek (2008) tvrdí, že aby byl Rom Romem, nestačí jen, aby se jako Rom narodil, musí se také jako

Rom chovat. Dodržování pravidel sociální organizace zahrnuje respektování příslušnosti k rodové linii a plnění závazků, které z ní vyplývají, plnění rolí příslušejících k věku a pohlaví, dodržování svatebních zvyků.

Většina dnes žijících Romů na území České republiky přišla ze Slovenska v letech 1945-1993. V první migrační vlně, brzy po skončení války, to byli mladí muži, kteří si zde našli práci a poté se vrátili pro své rodiny na Slovensko, odkud znovu přišli s celými osadami. Druhá migrační vlna spadá do období 50. a 60. let 20. století, kdy byly organizovány náborové akce na stavby a do těžkého průmyslu. Tito Romové se zde usadili s rodinami. Většinou se jednalo o mladé muže, tudíž si často nedokonalě osvojili svůj jazyk a tradice a zároveň se zde tak dobře neasimilovali, aby je majoritní společnost považovala za vlastní. V průběhu dalších let docházelo ke snahám o trvalé usídlení Romů, o jejich maximální začlenění do majoritní společnosti. Tyto snahy z řady příčin většinou selhávaly a nesly sebou i negativní společenské jevy (Šišková, 2001).

Výraznou etnickou charakteristikou Romů je řeč. Tak jako čeština, má i romský jazyk své dialekty. Romština má asi 36 hlavních dialektů a 100 dialektů menších, přesto se Romové mezi sebou domluví nejen v Evropě, ale i po celém světě (Davidová a kol., 2010). V komunikaci jsou hluční, projevují se gesty a mají velmi dobře vyvinutý smysl pro poznání člověka pohledem a intuicí. Jejich schopnost empatie je při jednání s druhými obvykle na vyšší úrovni než v naší kultuře (Ivanová, 2005, s. 183).

Druhou nejvyšší hodnotou je pro Roma rodina, která je svým uspořádáním patriarchální. Romské rodiny jsou početnější než české a často spolu jednu domácnost sdílí více generací. V současné době dochází ke zmenšování velikostí domácností, avšak jednotliví příbuzní bydlí ve své blízkosti, často se navštěvují (Davidová a kol., 2010). V tradiční romské rodině mají ženy na starost chod domácnosti a výchovu dětí. Muž je hlava rodiny, rozhoduje a nese za rodinu odpovědnost (Ivanová, 2005, s. 184). Těhotenství a narození dítěte je v romské rodině významná událost. Těhotná žena by měla dodržovat určitá pravidla. Na jedné straně je v mnoha věcech omežována, na druhé straně jí blízcí ve stravování vycházejí vstříc (Šišková, 2001, s. 150).

Jsou-li Romové hospitalizováni, většinou si přejí, aby s nimi byla rodina. To může ve zdravotnických zařízeních způsobovat problémy. Romové bývají nedůvěřiví vůči personálu. Je nezbytné zjistit, s kterým rodinným příslušníkem komunikovat, jelikož nemocný konzultuje průběh nemoci a diagnózu s rodinou. Romové špatně snášejí bolest, což zpravidla dávají najevo hlasitými výroky až křikem (Kutnohorská, 2013, s. 63).



Islám je dle Lhořana (2011, s. 11) „náboženský systém tvořený různými myšlenkovými a ideologickými proudy, s velice bohatou strukturou a mnohdy i méně přehlednou než v případě křesťanství či judaismu.“

Islám je monoteistické náboženství založené na učení proroka Muhammada a slovo „islám“ znamená odevzdání se Alláhu (Ostřanský, 2014, s. 20). Islám je, po křesťanství, druhé nejrozšířenější náboženství ve světě, muslimové převažují ve třiceti až čtyřiceti zemích, od Atlantského k Tichému oceánu, v pásu jdoucím ze severní Afriky do střední Asie a dále na jih do severních částí indického subkontinentu (Janda, 2010).

Počet muslimů v Evropě se odhaduje na 40 milionů, vyjma Turecka, a v České republice žije přibližně 50 000 muslimů.

Snaha učinit islám celistvým způsobem života vede muslimy k tomu, že se řídí tím, co je dovoleno a co je zakázáno. Vztáhneme-li toto na pobyt jedince ve zdravotnickém zařízení, týká se to například stravy. Muslimové mohou jíst většinu potravin, avšak zakázané je vepřové maso, krev, alkoholické nápoje a zdechliny (Denny, 1999, s. 17-23). Stolování představuje společenskou událost, kdy se u jídla setkává celá rodina. Pokud je rodinný člen hospitalizován, přejí si ostatní jíst společně s ním a vařit mu.

Pro muslimy je velmi důležité modlení. Modlit by se měl muslim pětkrát denně a mělo by mu předcházet rituální omývání, které má jasně stanovená pravidla. Modlitby mohou být zproštěni nemocní lidé, menstruuující ženy, rodičky a ženy v šestinedělí. Muslimům stačí k modlení korán a modlitební kobereček. Zdravotníci by se měli snažit respektovat čas modlení, pokud to nenarušuje chod oddělení či léčbu (Kutnohorská, 2013, s. 101).

U muslimů se můžeme během rozhovoru dotknout komunikačních tabu. Týká se to intimní problematiky, fyziologických funkcí, těhotenství a rodinného stavu. Je-li to možné, měla by s ženou hovořit lékařka. Pokud je lékař muž, komunikace s klientkou probíhá v přítomnosti manžela či jiného klientčina příbuzného (Kutnohorská, 2013, s. 110).

Specifika těchto minorit se mohou odrážet na komunikaci, průběhu poskytované péče. Pro zdravotníky je důležitá znalost těchto specifík a připravenost využít svých znalostí a zkušeností při poskytování kulturně kompetentní péče. Jak již bylo uvedeno, k usnadnění tohoto někdy nelehkého úkolu mohou pomoci ošetřovatelské modely zaměřující se na multikulturní/transkulturní problematiku. Důležitou součástí správně poskytované péče je i využití zdravotnické dokumentace, která nám pomáhá zmapovat a správně zaznamenat všechna specifika, která je nutné při poskytování péče u daného klienta znát.

## METODIKA

Cílem šetření bylo zjistit kulturní specifika u příslušníků vybraných minoritních skupin.

### DESIGN VÝZKUMU

Pro naše šetření jsme zvolily kvalitativní přístup, konkrétně polostrukturované rozhovory. Rozhovory v našem výzkumném šetření probíhaly ve zdravotnických zařízeních během hospitalizace dotazovaných. Dále byli respondenty příslušníci minoritních skupin, kteří byli ze zdravotnického zařízení propuštěni a byli do jednoho měsíce po dimisi. U této skupiny probíhaly rozhovory v předem vybraném neutrálním prostředí. Cílem výběru tohoto místa bylo, aby se dotazovaní cítili co nejlépe.

Otázky do polostrukturovaného rozhovoru byly sestaveny na základě obsahu jednotlivých dimenzí Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella (Purnell, 2005, s. 15). Tento model se skládá z 12 oblastí, které obsahují dílčí podoblasti. Pro naše výzkumné šetření byly vytvořeny dva téměř shodné soubory otázek. Jeden typ pro ženy a druhý pro muže. Otázky pro ženy byly rozděleny do 12 kategorií totožných s doménami v Modelu kulturních kompetencí (přehled/dědictví, komunikace, role a organizace v rodině, problematika pracovních sil, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství, rituály smrti, spiritualita, praktiky zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče). Celkem bylo připraveno 119 otázek, které byly během provádění rozhovorů rozšiřovány a navazovaly na ně doplňující otázky dle vývoje rozhovoru. Otázky pro muže byly rozděleny do 11 kategorií. Kategorie byly taktéž shodné s doménami Modelu kulturních kompetencí, ale byla zde vynechána kategorie „těhotenství.“ Otázek bylo připraveno 93 a v průběhu dotazování byly rozšiřovány dle vývoje rozhovoru.

Rozhovory byly po získání souhlasu od dotazovaných s pořizováním audiozáznamu nahrávány. Dále byla provedena doslovná transkripce jednotlivých záznamů. Nahrávky byly pro zachování autenticity ponechány v hovorové podobě, odstraněna byla slova, která tvořila „slovní vatu.“ Další fází prací s daty bylo otevřené kódování metodou „tužka – papír.“ Pro interpretaci dat byly použity i přímé citace respondentů (viz kapitola Výsledky a diskuze).

### SOUBOR

V tomto sdělení prezentujeme výsledky sondáže, které se účastnilo 12 respondentů. Respondenty byli klienti hospitalizovaní v období červenec 2016 až květen 2017 na vybraných odděleních lůžkových zařízení nemocnic Pardubického kraje. Druhou skupinou respondentů byli příslušníci daných minoritních skupin mající zkušenost se zdravotnickou péčí v České republice ne starší než 1 měsíc. Respondenti jsou ženy i muži starší osmnáct let.

Výzkumného šetření se zúčastnilo doposud 12 respondentů, z toho 8 žen a 4 muži. Za romskou minoritu se šetření zúčastnili 2 muži a 3 ženy, minoritu vyznávající islám zatupovali 2 muži a 2 ženy a vietnamskou minoritu 3 ženy a 0 mužů. V Tabulce 1 jsou zobrazeny základní informace o respondentech.

Respondenti byli osloveni po předchozím získání souhlasu s výzkumným šetřením v daných zdravotnických zařízeních. Jednotlivým účastníkům výzkumu byl vysvětlen účel a cíl šetření a získán informovaný souhlas s účastí a s nahráváním rozhovorů na diktafon. Respondenti byli poučeni, že mohou kdykoli spolupráci přerušit či ukončit bez jakéhokoliv vlivu na další průběh hospitalizace či následné léčby

## VÝSLEDKY A DISKUSE

V rámci širší studie se věnujeme obsáhlé problematice související s poskytováním zdravotnické péče vybraným minoritám v České republice. Vzhledem k obsáhlosti problematiky minoritních skupin i Modelu kulturních kompetencí, uvádíme v tomto sdělení pouze výsledky ve vybraných doménách Modelu kulturních kompetencí dle Purnella, které mohou mít vliv na vzájemnou interakci nelékařského zdravotnického pracovníka a klienta jiné minority ve zdravotnickém zařízení. Zaměřily jsme se tedy na domény: Přehled/dědictví/topografie, Role a organizace v rodině a Těhotenství.

### DOMÉNA PŘEHLED/DĚICTVÍ/TOPOGRAFIE

Dle Purnella (2005) doména zahrnuje pojmy, které souvisí s místem původu a současným bydlištěm a jejich vlivem na zdraví, ekonomiku, politiku, důvody pro stěhování, úroveň vzdělávání a zaměstnání.

V naší zemi se za Romy považují především Romové slovenští - servike Roma a maďarští – ungrike Roma, kteří do Čech a na Slovensko přišli zejména po 2. světové válce. Další skupinu tvoří Cikáni čeští a moravští, kteří přežili období holocaustu. Specifickou skupinou jsou Romové olaští – vlachike Roma. Ti se vyznačují odlišností a vlastním vědomím o odlišnosti od ostatních Romů. Dodnes si udržují svůj jazyk, vnitřní společenskou strukturu i hodnotový systém a s ostatními Romy se nestýkají (Davidová a kol., 2010, s. 35). Romové žijí přítomností a budoucnost se jim zdá vzdálená. Jedno romské přísloví praví: „lepší vajíčko dnes, než slepice zítra.“ Z této hodnoty vychází i fakt, že si mnoho Romů neváží vzdělání, jelikož výsledky mohou uplatnit až za několik let, což je pro ně příliš vzdálené a „nepotřebné“ (Šišková, 2001, s. 154). Toto se potvrdilo i v našem šetření, jelikož všichni naši romští respondenti mají základní vzdělání, tři z nich jsou čeští Romové a 2 slovenští.

Příslušníci vietnamské minority se do České republiky přestěhovali zejména za lepšími pracovními a tím i životními podmínkami. Respondentka V1 se do České republiky přestěhovala spolu s manželem a sestrou. Děti se přistěhovaly až o rok později. *„Děti jsme nechali rodičům, museli jsme zařídit nejprve práci a bydlení.“* Na otázku, proč se do České republiky přestěhovali, odpověděla: *„Hledali jsme lepší podmínky pro náš život. Tady je všechno lepší než doma ve Vietnamu a chtěli jsme dál lepší budoucnost dětem. Doma by neměly takové možnosti, jako tady.“* Snaha najít lepší životní podmínky nejen pro sebe, ale i pro svou rodinu je jedním ze základních motivů příslušníků vietnamského etnika při příchodu do České republiky a států střední Evropy (Freidingerová, 2014, s. 80). Respondentka V3 přijela do České republiky jako dítě spolu s rodiči a sourozenci. *„Rodiče zde hledali lepší životní podmínky pro nás a lepší práci.“* Poslední respondentka V2 se v České republice narodila. S příbuznými ve Vietnamu udržují kontakty, ale přiznává se, že vietnamština ji dělá problémy. Vietnamské etnikum je od české společnosti z pohledu zvyků, kultury a tradic velmi odlišné. Příslušníci zejména druhé či třetí generace se mohou v majoritní společnosti cítit zmateni. Na jedné straně rodina je drží ve vietnamských tradicích, na druhé straně tlak české společnosti a přirozené začleňování do české společnosti, českých škol, je „nutí“ přizpůsobit se českým tradicím. Mnoho dětí vietnamských rodičů hovoří lépe česky než vietnamsky. Vietnamci jsou svojí povahou velmi pečliví, pracovití, ambiciózní. Šišková (2001) uvádí, že Vietnamci by měli více prezentovat svoji kulturu a národní tradice i široké veřejnosti, jinak často majoritní společnost podléhá názoru, že to jsou obchodníci a prodavači na tržnicích a ve večerkách.

Respondenti, kteří vyznávají islám, jsou v našem případě 2 ženy a 2 muži. Ženy jsou z Iráku, jeden muž ze Sýrie a jeden z Egypta. Důvod přestěhovat se do České republiky je v případě respondenta M1 ze Sýrie válečná situace v jeho zemi původu. *„My teď v Sýrii máme velmi špatnou situaci. Když jsem se sem stěhoval, tak jsem tu nikoho neznal, ale pak jsem se pomalu seznamoval a teď někoho znám. Rodiče žijí ve Švédsku, ale do Sýrie občas jezdím za příbuznými.“* Respondentka z Iráku M4 na otázku, z jakého důvodu se sem stěhovala, uvedla: *„Babička je Češka. A ona sem přišla za mamkou. Ony se dlouho neviděly. Ona žila nějakých 40 let v Iráku a ona sem přijela za mamkou a já se sestrami a bratrem jsme přijeli s ní. A jel i náš táta.“* Na otázku, zda se rodiče narodili v České republice, uvedla: *„Ne, v Iráku. Babička byla v Čechách, ale moji mamku porodila v Iráku, protože můj děda je z Iráku.“* Respondent M2 původem z Egypta v České republice studoval a pak zde zůstal, našel si práci a založil rodinu. Respondentka M3 přišla ze Sýrie do Čech s rodiči. U muslimské minority příčin, které vedou k rozhodnutí emigrovat do jiného státu, je celá řada. Záleží na tom, z jakého prostředí muslimové pochází, jaká je politická, kulturní situace v jejich původní zemi. V současnosti je jedním z hlavních důvodů únik před válkou, politickými změnami ohrožujícími svobodu člověka. V médiích se dnes a denně setkáváme s temnými konturami islámské hrozby, a proto téma islám bývá novináři a reportéry nastíněno převážně negativně (Ostřanský, 2014, s. 68). Islámská komunita v České republice je složena z imigrantů první a druhé generace. Jen výjimečně jde o ženy, které konvertovaly k islámu nebo konvertující muži. Oba muži, M1 a M2 měli

potřebu vyjádřit svůj negativní názor na islámský stát, aniž by byli dotazováni. Vyjadřuje to poukázání na to, že nelze všechny muslimy, žijící ať už v České republice, či jiném státě, primárně považovat za příznivce Islámského státu. Výpověď respondenta M2 zní: „*Chci jen říct, že samozřejmě každý může toto náboženství chápat jinak. Já a naše rodina se neřadíme mezi radikální. Korán je jen jeden, ale záleží na každém, jak ho pochopí, jak si ho vysvětlí a postaví se k němu. Je to stejné jako těhotenství. Těhotenství je jen jedno, ale záleží na každé ženě, jak se k tomuto stavu postaví. Jestli bude spíš pro alternativní praktiky nebo bude dodržovat striktně nařízení a to, co se dočte.*“ M1 říká: Víím, že lidé v Česku nemají rádi muslimské lidi. Protože obvykle to ztotožňují s Islámským státem, který je špatný. To ale není islám, to je sto jiných lidí, to není islám a já tyto lidi nemám rád, moje žena je nemá ráda, nemáme rádi lidi, kteří zabíjí, a nemám rád krev. *Toto stoprocentně není islám. Islám říká, že lidé by se měli navzájem respektovat, mít se rádi, a lidé by měli být v míru. Co vidíme v televizi o islámském státu, to není islám, když řezají lidem hlavy, když zabíjí lidi. Já jsem muslim, moje žena, naše dítě a my nemáme rádi a nesouhlasíme s Islámským státem. My máme rádi různé lidi, kteří jsou například Židé, Křesťané, nemáme problém s nikým.*

## DOMÉNA ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ

Romská rodina má pro komunitu Romů obrovský význam. Traduje se, že by mohla být vzorem pro všechny národy, zejména svou soudržností, interpersonálními vztahy a pevnými vazbami mezi jednotlivými členy. Hovoří-li Romové o rodině, mají mnohdy na mysli i širší rodinu, do které spadají prarodiče, strýcové, bratrance a sestřenice (Kaleja, Knejp, 2009, s. 47). Rozšířená rodina umožňuje například udržovat praxi nízkého sňatkového věku a brzkých prvních těhotenství, neboť rodiče a blízcí příbuzní pomáhají i dospívajícím dětem, které založily vlastní rodinu (Davidová a kol., 2010, s. 33). V dnešní době mírně klesá trend pospolného soužití. Tradiční romská řemesla přestala hrát v rodině hlavní roli a Romové se živí jinou prací mimo rodinu. S tím souvisí i postupné stěhování mladších generací do vlastních domácností. Respondent R1 na otázku, kolik členů žije v jeho domácnosti, uvedl: „*Nás víc sourozenců, jsme tři bráchové a jedna sestra, ale potom jakoby když už jsem byl dospělý, když mi bylo asi 15 nebo 16, tak už se všichni rozešli z baráku, protože už jsou starý, já jsem nejmladší ze sourozenců, takže všichni si jakoby našli ženu, děti si udělali, takže už žijou sami. Vlastně od těch šestnácti jsem už pak bydlel sám s mámou a s tátou a táta pak odešel a zůstal jsem jenom s mámou.* Respondentka R5 uvedla: „*Nás doma žije víc. Já s manželem a dvěma dětmi, manželovi rodiče a bracha a ségra. Jsem ráda, aspoň nejsem na děti sama.*“ Brzké těhotenství je v romských rodinách poměrně typické. Plodností a rozením si dívka či žena získává společenskou prestiž (Kaleja, Knejp, 2009, s. 49). V našem výzkumném vzorku, má respondentka R3 dvě děti, respondentka R4 čtyři děti a respondentka R5 dvě děti. Respondentka R4 k otázce na počet dětí uvádí: „*Nemít děti je velké neštěstí, romská rodina tím hodně trpí a manžel může tuto ženu opustit. Pamatuju si, že kdysi byly nabídky, že když se Romka nechá sterilizovat, dostane peníze. Je to ubohé.*“

Zeptáme-li se jakéhokoliv zdravotníka na zkušenosti s hospitalizací romského občana, většina nám řekne, že se bojí, že se na oddělení ukáže velmi početná skupina Romů a dělají hluk. Pro pacienty majoritní společnosti toto není typické, a co není typické, je často pokládáno za špatné. Důležité je zjistit, kdo je hlava rodiny, s kým můžeme komunikovat a komu předávat informace. Zpravidla tento člen rodiny je celou rodinou uznáván a rodina ho poslouchá. Pokud tedy získáme jeho důvěru, můžeme se spolehnout na to, že průběh hospitalizace bude kladný a nastavená pravidla se budou dodržovat.

Ve Vietnamu je preferovaná patriarchální struktura rodiny, ve které se respektuje prvorozenectví a prvorozený syn dědí majetek. Ve vietnamské rodině má muž vždy hlavní postavení. Tato tradice se ctí, i když mají ženy a muži stejná práva. Důležité organizační otázky probírají spolu například u večeře, kde celá rodina tráví i více jak hodinu denně pohromadě (Ivanová, 2005, s. 178). Oslovené ženy nerespektují soužití muže a ženy bez manželského svazku. Pokud muž a žena nejsou manželé, nemohou tvořit rodinu. K této otázce konkrétně Respondentka V1 odpověděla: *„Během mého mládí nebylo možné soužití muže a ženy bez svatby. Pokud k tomu došlo, považovali to ostatní členové rodiny za zesměšnění celé rodiny. Pokud svobodná žena otěhotněla, rodina jí sehnala jiný dům za městem a tam ji bez pomoci vyhnala.“* Pokud by mi přišla dcera domů těhotná, musela by se hned vdát za otce dítěte. Nesmířila bych se s tím, že je má dcera svobodnou matkou. Navíc by se na ni zbylí členové rodiny dívali s opovržením. Považovali by ji za lehkou ženu.“ Naopak nejmladší respondentka V2 uvedla, že má přítele, se kterým žije již 6 měsíců ve společné domácnosti, a rodiče toto soužití respektují. Je velmi pravděpodobné, že děti, které zde vyrůstají, nejsou nuceny striktně dodržovat pravidla, která by platila, pokud by žily ve Vietnamu.

U respondentů muslimů na otázku, zda žije více generací v jedné domácnosti, respondent M1 odpověděl: *„Tady v Čechách ne, ale v Sýrii jsme bydleli pohromadě s rodiči a prarodiči. Tam je běžné, že spolu žije více generací nebo širší rodina. Je tam i velmi běžné, že se každý den několikrát denně navštěvují sousedé, mají spolu často velmi blízký vztah. Když jsem bydlel v Sýrii a měl jsem nějaký problém, věděl jsem, že se můžu spolehnout na sousedy, kteří mi stoprocentně pomohou.“* Velmi podobnou odpověď uvedla i respondentka M4: *„Tady bydlím jen s rodiči a sourozenci, ale jako v Iráku to jo, tam bydlí pohromadě širší rodina, je to zvykem.“*

Muslimské manželství může být polygamní, kdy muž může mít až čtyři manželky za předpokladu, že je dokáže všechny stejně zabezpečit. Sňatek se uzavírá podpisem smlouvy mezi ženichem a zákonným zástupcem nevěsty, jímž je zpravidla otec. Manželství smí být uzavřeno, pokud mezi manželi není příbuzenský vztah (Ostřanský, 2014, s. 55). Muslimové věří, že muž a žena mají mít rozdílné postavení a s tím související práva a povinnosti vycházející z rozdílných psychických i fyziologických daností. V mnoha ohledech jsou muslimky jak v teoretické, tak v praktické rovině omezovány, avšak jindy jsou některá nařízení, například zákaz řízení automobilu či ženská obřízka nebo vraždy



ze cti odsuzovány i samotnými muslimy (Ostřanský, 2014, s. 66). Respondentka M3, na otázku, zda je předem dané, kdo si koho vezme, odpověděla: „*V minulosti to tak bylo dané, že bylo domluvené, kdo si koho vezme, ale teď už ne. I když pravda je, že v některých rodinách v Iráku jsou hodně přísní a tam se musí ženy vdát za toho, koho jim určí rodiče, i když nemusely ženicha nikdy předtím vidět.*“ Na otázku, zda vydrží spolu tento pár celý život, odpověděla: „*Někteří musí, ale jsou i případy, že se mohli rozvést, ojedinele. Třeba moje sestřenka v Iráku se rozvedla, protože manželka vůbec nemilovala.*“

Tato pravidla ohledně domluvených sňatků jsou často vnímána majoritní společností negativně, jedná se o odlišný přístup k instituci manželství. Stejně tak polygamní manželství je záležitostí, která pro majoritní společnost je při nejmenším tématem k diskuzi. V našich podmínkách je bigamie (polygamie) postavena mimo zákon a s příchodem tohoto společenského jevu s minoritou akceptující polygamní soužití vznikají logicky komplikované situace, které se projevují v běžném životě, při poskytování zdravotní péče. Postavení muslimek v rodině i ve společnosti se odvíjí nejen od zásad islámského práva, ale je výrazně podmíněno lokálními faktory, zejména kulturně a sociálně. Reálná situace se tak liší stát od státu, ale i v rámci jedné země (Ostřanský, 2014, s. 123).

Na rozdíl od majoritní společnosti lze zkonstatovat, že oslovení respondenti ze všech zkoumaných minorit kladou větší důraz na zvyky své kultury, je více zdůrazněna vedoucí role muže v hierarchii rodiny. U každé ze sledovaných minorit je kladen důraz na mírně rozdílné aspekty partnerského, resp. rodinného soužití, zůstává však faktem, že ve všech minoritních skupinách převažovaly odpovědi, že hlavní slovo v rodině má muž, jehož úkolem je i vydělávat peníze, zatímco ženy by se měly starat o domácnost a vychovávat děti. Dále je také typické, že spolu žije více generací pohromadě a prarodiče mají právo zasahovat do výchovy dětí.

## DOMÉNA TĚHOTENSTVÍ

Vietnamci věnují velkou pozornost těhotným ženám. Velmi často užívají posilující bylinky během gravidity. Namáhavá činnost je pro těhotnou ženu zcela nemyslitelná, obzvláště v třetím trimestru těhotenství. Vietnamské ženy upřednostňují často lékaře ženského pohlaví. Velmi se bojí gynekologických prohlídek během těhotenství, zejména pak vaginálního vyšetření. Vietnamské ženy upřednostňují vaginální porod před císařským řezem. Pokud ženu doprovází na porodní sál muž, je vhodné pozdravit nejprve jej, jako projev úcty. Rodičky v průběhu porodu trpí tichem a v soukromí. Vietnamské ženy vnímají projev bolesti jako zotuzení ženy. Bolest berou jako přirozenou součást porodu. V šestinedělí ženy dodržují přísný klidový režim. Důležitý je hlavně spánek a odpočinek. Ženy omezují chůzi na minimum z důvodu správného zavinutí dělohy. Vietnamské ženy by se neměly po porodu koupat, preferují teplou a velmi rychlou sprchu. Ruce si nesmí mít ve studené vodě, chtějí tak předejít nachlazení. Pohlazení novorozence po hlavičce je projevem neúcty. Vietnamci věří, že hlava je posvátná, proto je vhodné se této oblasti zcela

vyhnout. Vietnamky začínají s kojením až třetí den po porodu, protože považují kolostrum za nečisté (Tóthová, 2010, s. 61-80). Naše respondentky si váží úrovně zdravotní péče, které se jim dostává. Respondentka V3 uvedla: „*U nás doma mi nebyla poskytnutá taková zdravotní péče, jako v České republice.*“ Respondentka V1 na otázku, zda by měla žena dodržovat nějaká omezení, uvedla: „*Po porodu žena nesmí jíst ryby, krevety, tučné maso.*“ Respondentka V3 dodává: „*Žena po porodu si nesmí mýt ruce ve studené vodě.*“ V poporodním období si ženy dopřávají pouze rychlou a velmi teplou sprchu a dodržují přísný klidový režim. Během šestinedělí nesmí chodit ven, a pokud se vydají na krátkou procházku, musí být teple oblečené a mít šátek přes hlavu. Nejmladší respondentka V2 se nevyjádřila, jelikož těhotná ještě nebyla.

V arabském světě platí všeobecná zásada, že je nutné vyhovět chuťovým přáním těhotné ženy, aby nedošlo k nežádoucím změnám plodu. Má-li gravidní žena chuť na určitý pokrm a tohoto pokrmu se jí nedostane, objeví se jeho podoba na těle dítěte buď ve formě odlišné kožní tkáně, nebo jako mnohotvárný výrůstek. Všichni členové rodiny berou splnění přání a požadavků budoucí rodičky za svůj čestný úkol. Ženě, která prožívá své první těhotenství, věnuje rodina jejího manžela veškerou péči. Především tchyně dbá na to, aby byla její snacha v dobrém zdravotním stavu. Zvláštní význam připisuje rodina výživě těhotné ženy, neboť jí záleží na zdraví budoucí rodičky a na správném růstu plodu. V jídelníčku ženy v pokročilém stadiu těhotenství nesmí v žádném případě chybět čerstvé mléko, vejce, drůbež a maso. Narodí-li se dítě ženského pohlaví, nekonají se žádné oslavy. Pohlaví novorozence bývá v tomto případě dokonce zatajováno. Rozdílný přístup k dítěti mužského a ženského pohlaví vyplývá z pevně vžitých představ o tom, že syn je symbolem rodiny a nositelem jejího jména. Je hlavním dědicem rodinného majetku, ochráncem rodinné cti a strážcem dobré pověsti. V neposlední řadě představuje záruku pokračování rodu (Šišková, 2001, s. 166). Respondentka M4 na otázku, zda se provádí nějaké rituály po narození dítěte, odpověděla: „*Když je dítěti 40 dní, tak se po něm stříkají speciální voňavky. A hlavně, když se ženě narodí první dítě, tak mu všichni dávají peníze, kupují mu dárky, oblečení.*“ Respondent M1, který má již dvě děti, odpověděl: „*Po porodu obou dcer jsem byl nesmírně šťastný. Nevadilo mi, že to je dcera. Po porodu jsem jim šeptal do ucha speciální modlitbu.*“

V komunitě Romů si muž vybírá pro partnerství obvykle vždy poctivou dívku. Panenství má vysokou váhu pro společenské postavení ženy jak v rodině manžela, tak v celé komunitě (Kaleja, Knejp, 2009, s. 77). Muž určuje počet dětí a žena jeho přání akceptuje. Jedno romské přísloví praví: „*Když se děťátko narodí, je v celém příbuzenstvu velká radost. Kluk nebo holka – to je jedno. Ale když je to kluk, je to lepší.*“ Synové znamenali sílu a moc rodu, mocenskou pozici v osadě. Ženy vedly domácnost a rozhodovaly doma (Hübschmannová, 1999, s. 37). Dvě respondenty R3 a R5 jsou na mateřské dovolené. R4 nepracuje, je v domácnosti a pomáhá s výchovou vnoučat. Manžel je finančně zajištěn. Oba mužští respondenti jsou svobodní.



Jak již bylo uvedeno, respondenti odpovídali na otázky vytvořené dle dvanácti domén Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella (Purnell, 2005, s. 13). Z jejich odpovědí byly definovány kategorie, které mají vliv na poskytování a přijímání péče ve zdravotnických zařízeních, resp. v tomto sdělení se zaměříme na čtyři základní kategorie. Na základě zjištěných specifik a oblastí péče, ve kterých se tato specifika mohou v průběhu hospitalizace projevit, jsme navrhly ošetřovatelskou dokumentaci pro klienty z odlišných minoritních skupin, která by měla napomoci nelékařskému zdravotnickému personálu v péči o tyto klienty. Hlavní kategorie, obsažené v ošetřovatelské dokumentaci, jsou: komunikace, role a organizace v rodině, rizikové chování, výživa, spiritualita, praktiky zdravotní péče a poskytovatelé zdravotní péče. Ošetřovatelská dokumentace je nyní ověřována v praxi, kdy se zaměříme v první řadě na zpětnou vazbu od zdravotníků, kteří ji při své práci využívají ke zjištění specifik, která u konkrétního klienta mohou ovlivňovat poskytovanou péči.

## ZÁVĚR

Autorky v tomto sdělení seznamují s dílčími zjištěními širší studie zaměřené na poskytování kulturně kompetentní péče. Není jednoduché, mnohdy ani reálné, pro všechny zdravotníky mít ucelené informace o charakteristikách jednotlivých minoritních skupin žijících na území České republiky. Avšak v současné době je víc než pravděpodobné, že tito klienti budou hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních a je základním etickým principem, aby zdravotnický pracovník věděl, jak k těmto klientům s respektem a úctou přistupovat. Každý z nás by se měl řídit základními principy a akceptovat reálné požadavky klientů z minoritních skupin v souvislosti s poskytováním péče. V době, kdy je neustále na zdravotníky vyvíjen obrovský tlak na úroveň jejich znalostí a dovedností, může být pomocí např. ošetřovatelské dokumentace ke zjištění specifik u příslušníků minorit v České republice. K poskytování kulturně kompetentní péče nám mohou pomoci již zmíněné ošetřovatelské modely a zároveň ošetřovatelská dokumentace, která z jednoho z modelů, Purnellova Modelu kulturních kompetencí, vychází.

Lze tedy zkonstatovat, že požadavek na úplnou znalost zdravotníků o specifikách všech minorit v České republice je nereálný. Každý zdravotnický pracovník však musí být schopen ve své každodenní práci zjistit od všech klientů jejich specifika ovlivňující poskytovanou péči. Domníváme se, že u klientů náležejících k minoritě žijící na území České republiky k tomu napomůže námi vytvořená dokumentace, která vychází z již ověřeného Purnellova Modelu kulturních kompetencí a na základě výše prezentovaných zjištěných specifik od respondentů z některých vybraných minorit v České republice.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Bittnerová D, Moravcová M. 2013. *Etnické komunity. Romové*. Praha: FHS UK, 2013.
- [2] Brouček S. 2003. *Aktuální problémy adaptace vietnamského etnika v ČR*. Praha: Etnologický ústav AV ČR, 2003.
- [3] Český statistický úřad. *Cizinci podle státního občanství k 31. 12. - územní srovnání*; 2016. [online] 2016. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ01&f=TABULKA&z=T&katalog=31032&evo=v57516\\_!\\_VUZEMI97-100-nezj\\_1&c=v23~2\\_\\_RP2016MP12DP31](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ01&f=TABULKA&z=T&katalog=31032&evo=v57516_!_VUZEMI97-100-nezj_1&c=v23~2__RP2016MP12DP31)
- [4] Český statistický úřad. *Data-počet cizinců*; 2017. [online]. 2017. [cit. 2017-08-01]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R02\\_201703.pdf/bc2cc9e3-b2b7-4632-8728-f098a24437f6?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R02_201703.pdf/bc2cc9e3-b2b7-4632-8728-f098a24437f6?version=1.0)
- [5] Český statistický úřad. *Národní struktura obyvatel*; 2011. [online] 2011. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/narodnostni-struktura-obyvatel-2011-aqkd3cosup>
- [6] Davidová E a kol. 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 2010.
- [7] Davidová E, Uherek Z. 2014. *Romové v československé a české společnosti v letech 1945-2012, národnostní struktura, specifika romské rodiny a migrací*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2014.
- [8] Denny FM. 1999. *Islám a muslimská obec*. Praha: Prostor, 1999.
- [9] Freidingerová T. 2014. *Vietnamci v česku a ve světě. Migrační a adaptační tendence*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy Praha, 2014.
- [10] Hübschmannová M. 1999. *Romové v České republice*. Praha: Socioklub, 1999.
- [11] Ivanová K, Špirudová L, Kutnohorská J. 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005.
- [12] Jakoubek M a kol. 2008. *Cikáni a etnicita*. Praha: Triton, 2008.
- [13] Janda R. 2010. *Islám náboženství, historie a budoucnost*. Brno: Jota, 2010.
- [14] Kaleja M, Knejp J. 2009. *Mluvme o Romech. Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009.
- [15] Kutnohorská J. 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013.
- [16] Lhoťan L a Česko-muslimský institut. 2011. *Islám a islamismus v České republice*. V Pstruží: Lukáš Lhoťan, 2011.
- [17] Ostřanský B. 2014. *Atlas muslimských strašáků aneb vybrané kapitoly z mediálního islámu*. Praha: Academia, 2014.
- [18] Purnell LD, Paulanka BJ. 2005. *Guide to culturally competent health care*. Philadelphia: F. A. Davis, 2005.
- [19] Sagar, PL. 2012. *Transcultural Nursing Theory and Models: application in nursing education, practice, and administration*. New York: Springer Publishing company, 2012.
- [20] Šišková T. 2001. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001.

[21] Šišková T. 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu. Multikulturní výchova v praxi.*  
Praha: Portál, 2008.

# SPECIFICS OF NURSING CARE OF SELECTED MINORITY GROUPS IN THE PARDUBICE REGION BY MODEL OF CULTURAL COMPETENCIES

## ABSTRACT

**Aim** To find out the cultural specifics of members of selected minority groups - Roma, Vietnamese, and Islamic confessors.

**Background** There are tools that can facilitate the care of clients of different minority groups, namely multicultural / transcultural nursing models or nursing documentation.

**Methodology** Semi-structured interviews took place in the health care facilities of the Pardubice Region between July 2016 and May 2017 during the hospitalization of the respondents. Respondents were also members of minority groups who were released from the medical facility and were within one month of dimision. The survey was attended by 2 men and 3 women for the Roma minority; in the Islamic minority there were 2 men and 2 women and 3 Vietnamese women. Questions to the semi-structured interview were made on the basis of the content of the various domains of Larry D. Purnell's Cultural Competence Model. The conversations were recorded, and the transcripts of the individual records were then made. The text was encoded with the pencil-paper method.

**Results** In this release, we only present results in selected domains of the Purnell Cultural Competence Model, which may affect the interaction of a non-medical health worker and a client of another minority. These are

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Škorníčková  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph. D.  
Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice  
e-mail: marketa.moravcova@upce.cz

domains: Overview / heritage / topography, Role and family organization, Nutrition, Pregnancy. Based on the identified specifics and areas of care, we have proposed nursing documentation. The main categories included in the nursing documentation are: communication, role and family organization, risky behavior, nutrition, spirituality, health care practices, and health care providers. Nursing documentation is now verified in practice.

**Conclusion** Non-medical medical personnel should follow basic principles and accept the real needs of minority group clients to provide care. At a time when immense pressure on the level of their knowledge and skills is being put on medical care, nursing documentation can be used to determine the specifics of minority members in the Czech Republic.

## KEYWORDS:

cultural competence, minority groups, multicultural nursing, Purnell

# EXHIBICIONISMUS V PERCEPCI ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI

JANA NOVOTNÁ  
HANA VOJÁČKOVÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Exhibicionismus je jednou ze sexuálních deviací (neboli parafilíí). Při této sexuální deviaci se subjekt vzrušuje a ukájí tím, že před objektem obnažuje svůj genitál. Problematika exhibicionismu se týká téměř výhradně mužů. Je to pochopitelné, protože již u zvířat má penis značný signalizační význam. V typických případech exhibicionista obtěžuje svou nahotou dospělé ženy a nesnaží se při svém počínání o sblížení s objektem. Tento příspěvek se zaměřuje na názory a postoje veřejnosti ve vztahu k exhibicionismu. Předkládaná data byla získána na základě kvantitativního šetření realizovaného pod záštitou interního grantu VŠPJ. Obecně lze říci, že pohled společnosti na sexuální deviace je neutrální. Ve srovnání s ostatními sexuálními deviacemi je pohled na exhibicionismus společensky liberálnější. Realizovaný kvantitativní výzkum byl primárně zaměřen na postoje a názory veřejnosti v kontextu jednotlivých typů sexuálních deviací včetně exhibicionismu. Technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

exhibicionismus, názory, veřejnost, parafilie

## ÚVOD

Příspěvek se zabývá sexuální deviací, konkrétně exhibicionismem. Pohled široké veřejnosti na parafilii zjištěnou pomocí dotazníkového šetření. Co je to vůbec exhibicionismus? Definici a odborný popis parafilie exhibicionismu popisuje samostatná část příspěvku, kde jsme se zaměřily na definici podle Světové zdravotnické organizace a odborných publikací zaměřených nejenom na sexuální deviace. V části výsledky výzkumného šetření shrnujeme získaná data o exhibicionismu z dotazníkového šetření získaná pomocí Interních grantů Vysoké školy polytechnické Jihlava.

## DEFINICE A POPIS PARAFILIE

Termín parafilie, dříve známý pod pojmem sexuální deviace, byl poprvé použit v roce 1980. Řadíme sem široké skupiny sexuálních poruch. Dodnes máme platné definice, podle kterých pak byla parafilie určena. Kritéria, která vyžadovala, aby se u jedince vyskytovaly opakované sexuální fantazie, sexuální potřeby nebo sexuální chování, které by zahrnovaly:

1. Nehumánní objekty.
2. Utrpení nebo ponížení sebe nebo partnera.
3. Děti nebo jiné nesouhlasící osoby.

Parafilie jsou také charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé nebo bizarní. (Weiss, 2002)

Sexuální deviace (parafilie) považujeme za kvalitativní odchylku struktury sexuálního motivačního systému. Vnější projev sexuálních deviací zahrnují širokou škálu aktivit od neškodného a spíše jen společensky obtížného chování (exhibice) až po nejbezpečnější trestní činy proti lidské důstojnosti, zdraví či životu obětí. Rozlišujeme parafilie na deviace v aktivitě a deviace v objektu. (Weiss, 2010)

### DEVIACE V AKTIVITĚ

Jedná se o poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Můžeme zde zařadit voyerismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologickou sexuální agresivitu, agresivní sadismus, sadomasochismus a jiné. (Weiss, 2010)

### DEVIACE V OBJEKTU

Jako deviace v objektu označujeme kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy, tedy tím, na jaký objekt je orientovaná sexuální touha. Patří sem především pedofilie, fetišismus a transvestitismus. (Weiss, 2010)

## DEFINICE EXHIBICIONISMU

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (dále již jen MKN-10) jsou sexuální deviace nebo-li parafilie zahrnuty pod kódem F65 (Poruchy sexuální preference) do sekce „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“. Parafilie jsou podle této klasifikace charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní. (Weiss, 2010) Exhibicionismus je pod kódem F65.2 a má je popsán následovně:

*„Recidivující nebo přetrvávající tendence ukazovat genitál cizím lidem (obvykle opačného pohlaví) nebo lidem na veřejných místech bez výzvy nebo záměru intimního kontaktu. Sexuální vzrušení se obvykle, ale ne vždy, dostavuje v době expozice a tento čin je obvykle následován masturbací.“ (WHO, 2015)*

## EXHIBICIONISMUS

Termín exhibicionismus pochází z latinského exhibere, což znamená vystavovat. Je to sexuální deviace charakterizovaná opakovaným ukazováním genitálu, případně spojená s masturbací před cizími ženami (či dívkami), které v daný moment nejsou připravené akceptovat sexuální aktivitu. Typický exhibicionista nemá tendence agresivní a neatakuje dětské objekty. Pravý exhibicionista bývá bázlivý a nesmělý muž, který s objekty svých exhibicí nekomunikuje, nenavazuje žádný kontakt a udržuje od nich určitou vzdálenost. Jak je tedy možné z původu termínu odvodit, exhibicionismus není žádnou moderní záležitostí posledních let nebo módní trend současné doby. Exhibicionismus má v lidské existenci dlouhou historii. (Janáčková, 2016, Mlčochová, 2014; Měchýřová, 2012) První doložená zmínka o veřejném obnažování pochází od antického řeckého historika Herodota z dob pátého století před naším letopočtem. Ještě starší je příběh krále Kandaula (též známého pod jménem Myrsilos) ze Sardy nacházející se v dnešním Turecku. Podle tohoto příběhu měl přinutit svého osobního strážce Gýgése pozorovat jeho manželku nahou pro svoje sexuální uspokojení. Dodnes se vystavování nahé partnerky ostatním nazývá kandalismus. (Janáčková, 2016)

Dnes rozlišujeme dva základní typy exhibicionismu:

1) Přehnané nebo nevhodné upozorňování na své přednosti a myšlenky. Takoví lidé ve vyhraněných případech narcisticky využijí každé příležitosti, aby strhli veškerou pozornost na sebe. Rádi se „předvádí“ a mají neustálou touhu dokázat ostatním, že jsou lepší než oni. Velmi rádi zveličují své dobré vlastnosti nebo skutky a na druhou stranu zase zamlčují ty ne zcela výstavní exempláře. (Janáčková, 2016)

2) Obnažování intimních partií, které si s tímto pojmem spojuje většina lidí. Tento typ má mnoho podob podle toho, jakou část svého těla dotyčný odhaluje, jaké potřeby ho k tomu

vedou a jakou očekává reakci na svůj čin. I přes tyto odlišnosti mají všechny projevy tohoto druhu exhibicionismu společnou svoji podstatu. A to nezákonné a problémové chování. V právní terminologii se mluví o těchto případech jako o „neslušném obnažování“ (Janáčková, 2016; Měchýřová, 2012)

I když exhibicionismus může vyznít jako závažný problém, který se s lidskou kulturou táhne od úplných počátků, není tomu tak. Exhibicionismus je problém pouze tehdy, když při jeho provozování dochází k trestné činnosti. Což ani zdaleka nejsou všechny případy. Exhibicionisté zpravidla nemají potřebu svými potřebami zatěžovat ostatní, takže většina aktů exhibicionismu probíhá v soukromí dané osoby. (Janáčková, 2016; Měchýřová, 2012) Uvidíme, jestli tato myšlenka se potvrdí i šetřením, které autorky provedly.

Příčina této poruchy není známa. Může se jednat o vrozenou poruchu, či poruchu sexuální komunikace obvykle kombinace obojího. Léčba: terapie je obtížná, jsou časté recidivy (návraty), Uplatňuje se psychoterapie. Cílem je naučit jedince žít s jeho deviací bez negativních sociálních následků. V těžkých případech hormonální útlum (antiandrogeny), neuroleptika, antidepresiva. (Mlčochová, 2014)

Většina našich i zahraničních sexuologů uvádí, že mezi exhibicionisty mívají největší zastoupení mladí muži, především ve věku třetího decenia (Zvěřina a spol., 1985).

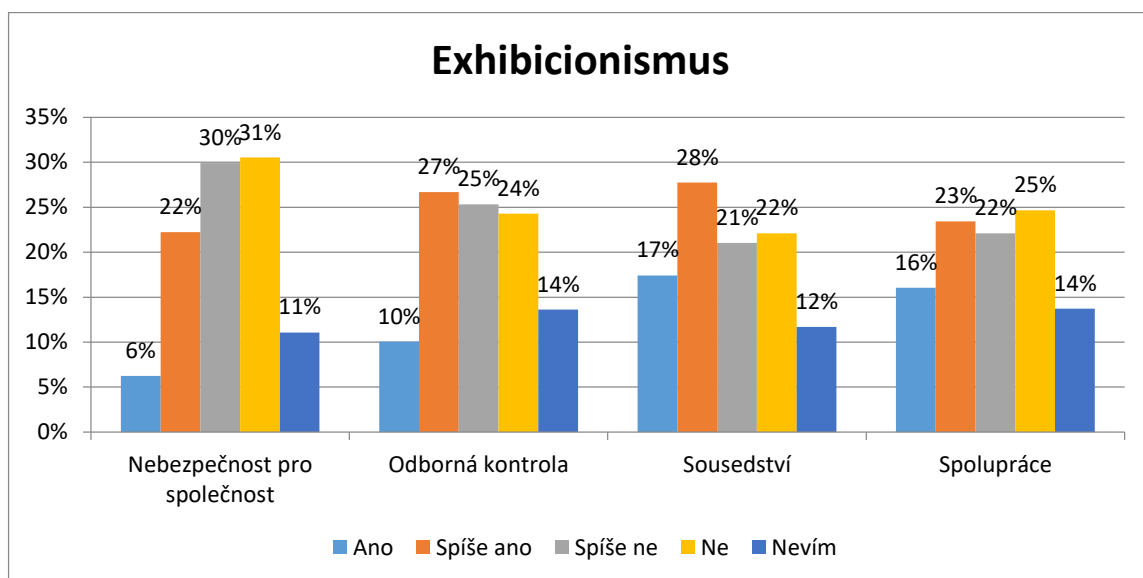
## VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

**P**od záštitou interních grantů Vysoké školy polytechnické v Jihlavě č. 1200/4/61355 a číslo 1200/4/1611 byl realizován kvantitativní výzkum. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Toto dotazníkové šetření bylo zaměřeno na sexuální deviace v percepci široké veřejnosti. Šetření probíhalo ve fyzické i elektronické podobě v několika etapách v měsících března 2015 až června 2016. Data pro kvalitativní výzkum byla získána pomocí anonymního dotazníku, který je tvořen uzavřenými, polootevřenými a otevřenými otázkami. Počet respondentů činil 3332, z toho 69 % tvořily ženy. Z celkového počtu respondentů tvořili zhruba 39 % lidé, kteří se s exhibicí osobně setkali. Podíl lidí z měst činil 74 %, co se týká věkové skupiny, nejvíce respondentů byli mladí lidé ve věkové skupině do 20 a 30 let (dohromady zhruba 72 %).

Celkové názory všech respondentů je možno vidět na obrázku 1.



**Obrázek 1:** Celkový pohled veřejnosti na Exhibicionismus



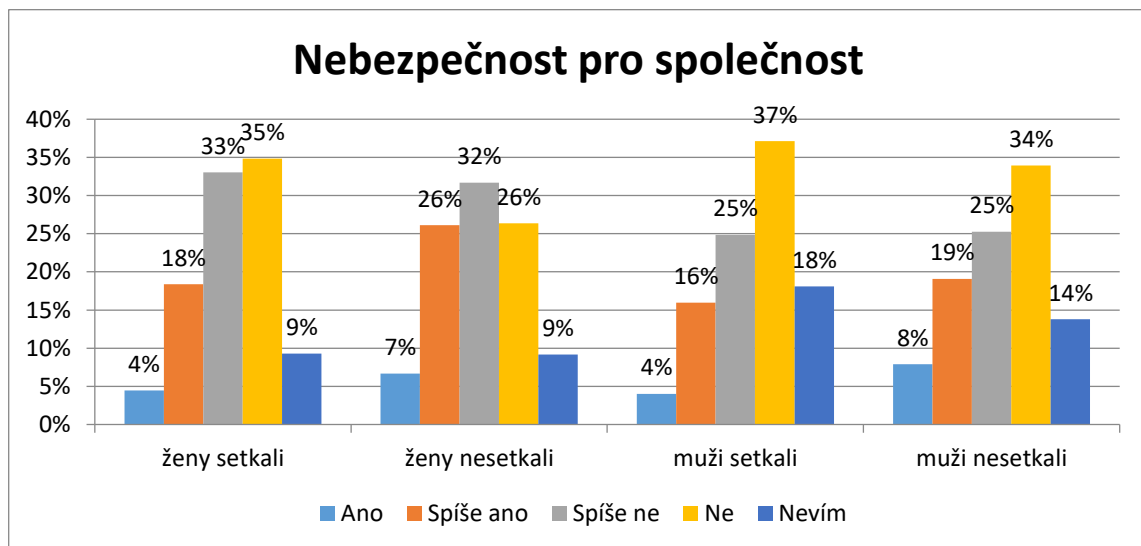
Zdroj: vlastní šetření

Exhibicionismus je u široké veřejnosti vnímána a hodnocena středně. 61 % respondentů odpovědělo, že Exhibicionismus není nebo spíše není pro společnost nebezpečný. Podíváme-li se na tuto podotázku z úhlu genderového rozdělení, bydliště a věku, tak zjistíme, že výsledky pro genderové rozdělení a bydliště se shodují s celkovými výsledky v rozmezí jednoho procenta, což je malá odchylka. U věkové kategorie se s přibývajícím věkem snižuje tolerance. Respondenti z vyšších věkových kategorií a to v 50 % berou deviaci jako nebezpečnou pro společnost.

V otázce odborné kontroly si široká veřejnost v 37 % myslí, že by exhibicionisté měli být pod odbornou kontrolou. Toto tvrzení více zastávají ženy a lidé z menších městských lokalit a vesnic. I zde s přibývajícím věkem klesá tolerance k dané deviaci. Z grafu je vidět, že v otázce sousedství respondenti by nechtěli mít za souseda exhibicionistu a jsou nejvíce kritičtí ze všech čtyř otázek. 47 % respondentům by nevadilo nebo spíše nevadilo spolupracovat s exhibicionistou.

Podrobné výsledky z dělení respondentů na pohlaví a kontaktu s osobou se sexuální deviací exhibicionismus vidíte na obrázku 2.

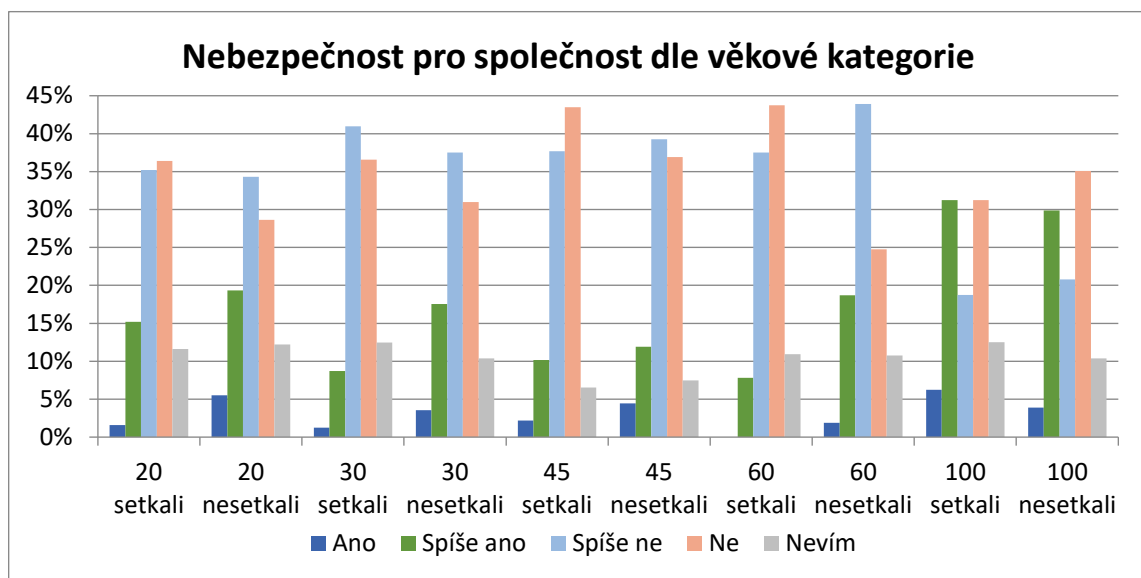
**Obrázek 2:** Pohled nebezpečnosti pro společnost z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící exhibicionismem



Zdroj: vlastní šetření

Z obrázku je vidět, že respondenti, kteří se s osobou trpící exhibicionismem setkali, jsou tolerantnější vůči respondentům, kteří se s danou osobou nesetkali a nezáleží na pohlaví. Z věkového rozložení je na obrázku 3 vidět, že docházíme ke stejnému závěru a že nejtolerantnější je střední věková kategorie.

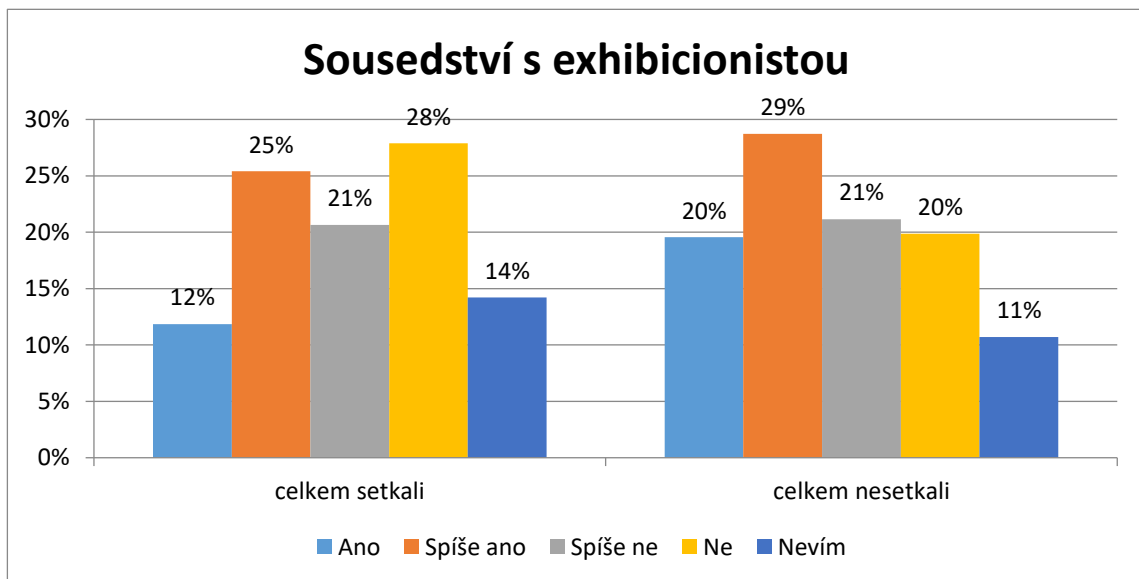
**Obrázek 3:** Pohled nebezpečnosti pro společnost z pohledů věku a kontaktu s osobou trpící exhibicionismem



Zdroj: vlastní šetření

Ve zjišťování výsledků jsme se zaměřili, jak veřejnost vnímá sousedství s exhibicionistou. Celkové výsledky osob, které se s trpící osobou setkali a nesetkali, jsou vidět na Obrázku 4.

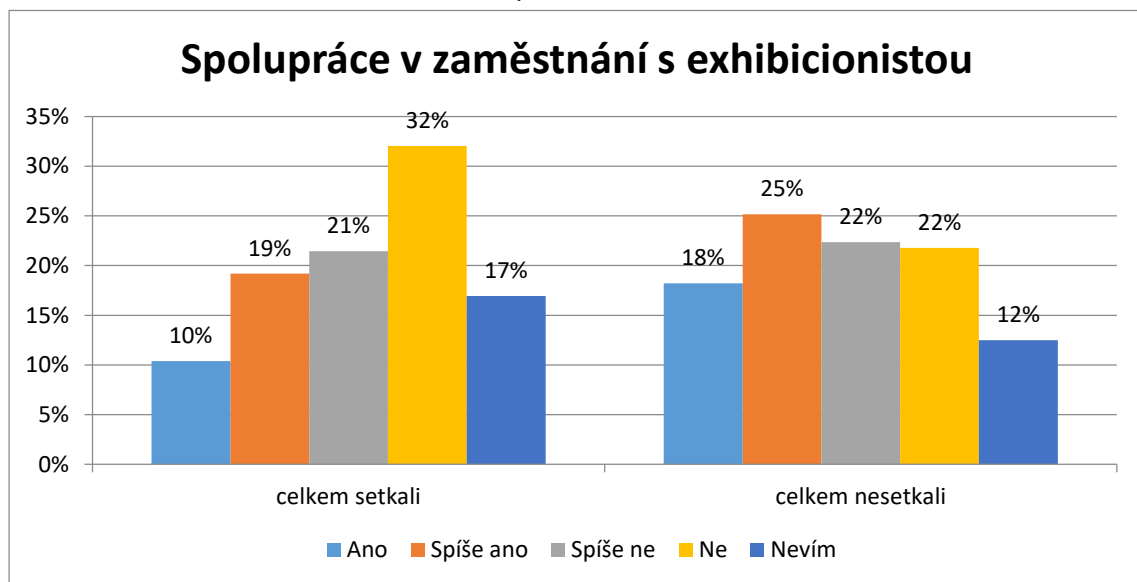
**Obrázek 4:** Sousedství s exhibicionistou z celkového pohledu kontaktu s osobou trpící exhibicionismem



Zdroj: vlastní šetření

Je vidět, že respondenti, kteří se s osobou trpící námi zjišťovanou sexuální deviací setkali, jsou tolerantnější a nevidilo by jim mít za souseda exhibicionistu. U spolupráce v zaměstnání jsou výsledky ještě více pro exhibicionisty příznivější. Celkové výsledky, jsou vidět na Obrázku 5.

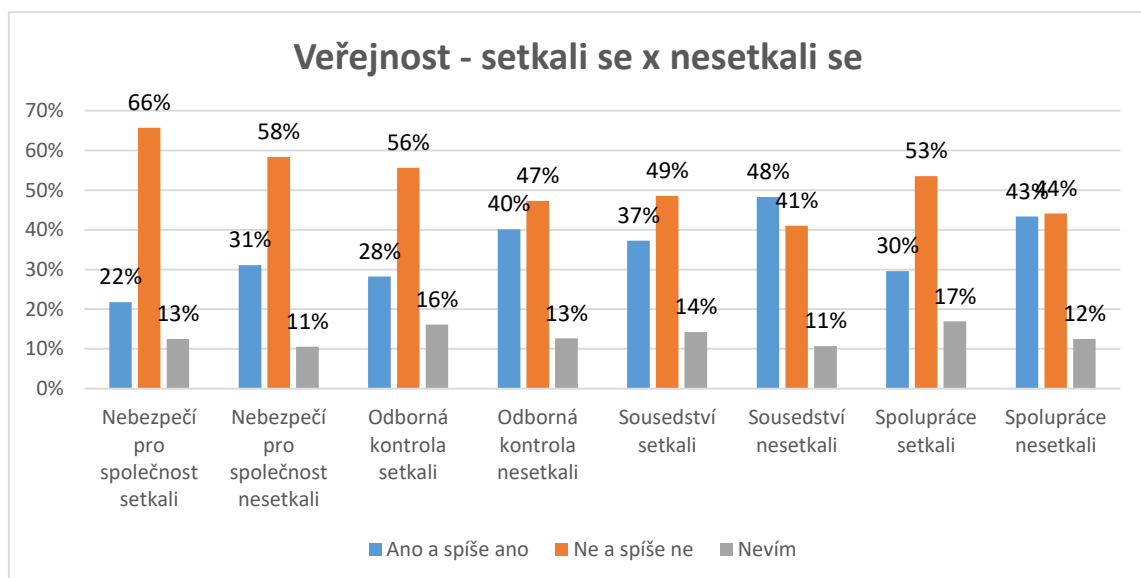
**Obrázek 5:** Spolupráce v zaměstnání s exhibicionistou z celkového pohledu kontaktu s osobou trpící exhibicionismem



Zdroj: vlastní šetření

Porovnání všech výsledků respondentů na jednotlivé otázky z upraveného hodnocení, kde jsme sloučili odpovědi Ano a Spíše ano do jedné odpovědi a odpovědi Ne a Spíše Ne do druhé odpovědi. Třetí odpověď jsme nechali možnost Nevím. Tyto upravené výsledky je možno vidět na Obrázku 6. Ti co se s exhibicionisty nesetkali, mají větší problém sousedit i spolupracovat s takovými osobami.

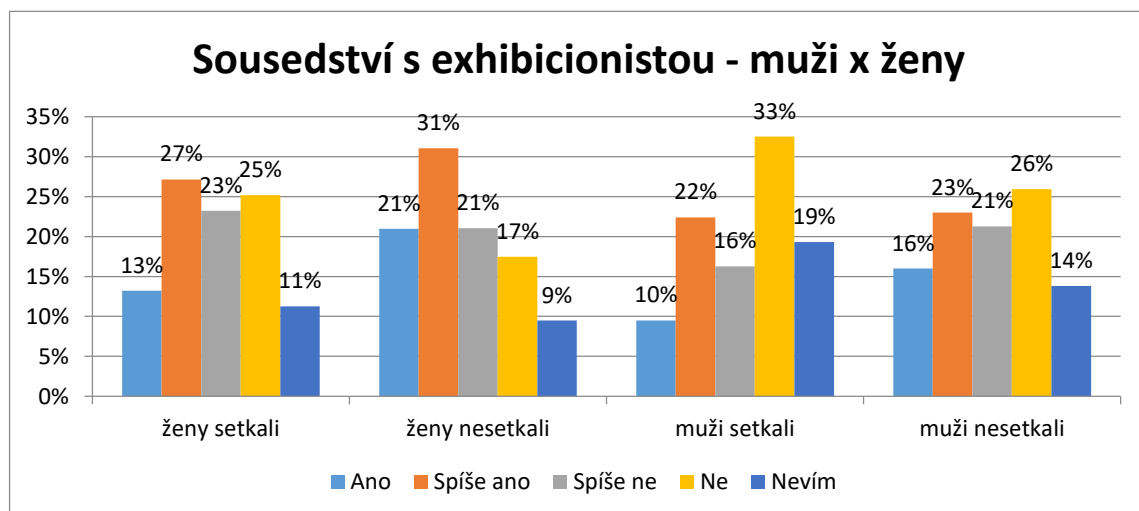
**Obrázek 6:** Pohled veřejnosti v kontextu kontaktu s osobou trpící exhibicionismem



Zdroj: vlastní šetření

V následující části jsme se zaměřili na dvě otázky a to jestli by respondentům vadilo spolupracovat v zaměstnání nebo sousedit s osobou trpící exhibicionismem z pohledu genderové problematiky. Výsledky jsou vidět na obrázcích 7 a 8.

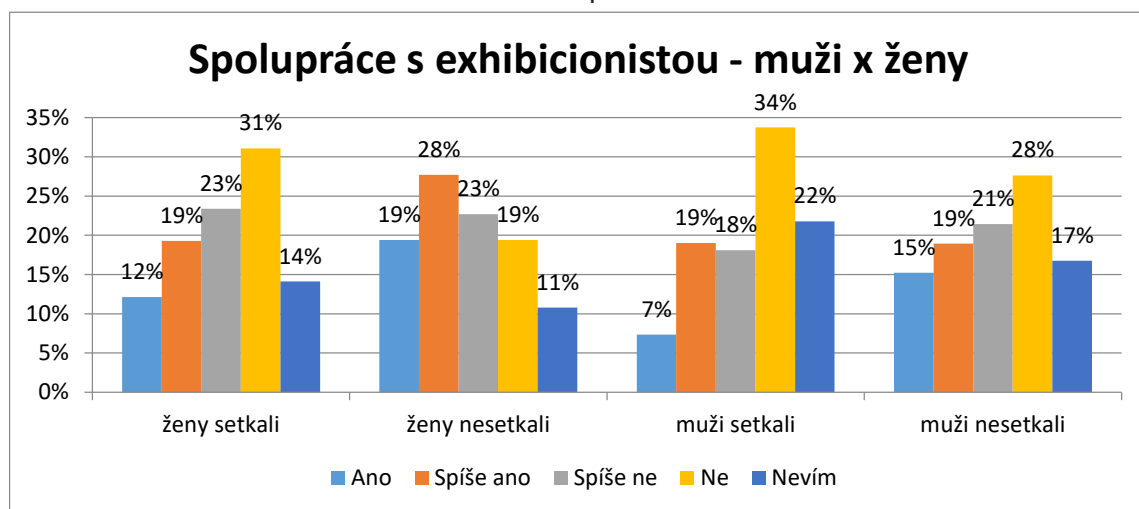
**Obrázek 7:** Sousedství s exhibicionistou z genderového pohledu a kontaktu s osobou trpící exhibicionismem



Zdroj: vlastní šetření

Nejvíce 33 % odpověděli respondenti muži, kteří se s osobou trpící exhibicionismem setkali. Těmto respondentům nevadí sousedství s exhibicionistou. Za to 31 % respondentek žen, které se nesetkali s osobou trpící exhibicionismem, spíše vadí mít exhibicionistu v sousedství svého bydliště. Dále je z grafu vidět, že pohlaví nemá vliv na názor pohlaví.

**Obrázek 8:** Spolupráce v zaměstnání s exhibicionistou z genderového pohledu a kontaktu s osobou trpící exhibicionismem

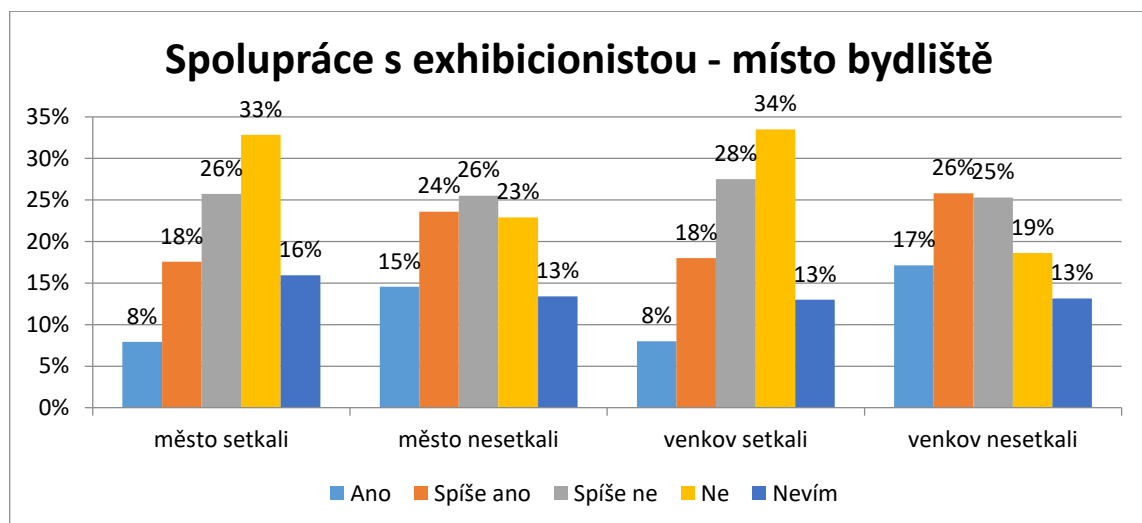


Zdroj: vlastní šetření

Prohlédneme-li výsledky tak respondenti nejvíce a to 33 % resp. 34 % u druhého grafu odpověděli Ne. Jednalo se o muže, kteří se setkali s osobou trpící exhibicionismem. U žen to tak jednoznačné nebylo. U žen byla převaha odpovědi Spíše ano v kategorii žen, které se s osobou trpící exhibicionismem nesetkali. Zde by se dalo říci, že ženy mají větší předsudky než muži.

Poslední graf na Obrázku 9 ukazuje odpovědi respondentů z pohledu bydliště.

**Obrázek 9:** Spolupráce s exhibicionistou z pohledu místa bydliště a kontaktu s osobou trpící exhibicionismem



Zdroj: vlastní šetření

Je vidět, že respondentům z venkova nebo malých měst do tří tisíc obyvatel, kteří se nesetkali s osobou trpící exhibicionismem, by ve 43 % vadilo nebo spíše vadilo s takovou osobou spolupracovat. Naproti tomu těm co se s osobou trpící danou sexuální deviací setkali, by to vadilo nebo spíše vadilo jen v 26 %, a to shodně jak ve velkých městech na menších městech či vesnicích.

## ZÁVĚR

**S**exuální deviace exhibicionismus není pro společnost tak nebezpečná jako jiné sexuální deviace. Dále je z dotazníkového šetření vidět, že jedinci, kteří se se sexuální deviací exhibicionismus ve svém životě nikdy nesetkali, mají přísnější názory na tuto parafilii, než jedinci kteří se již u někoho s exhibicionismem setkali. Větší informovanost veřejnosti o parafilii exhibicionismus by přispěla k lepšímu vnímání ve společnosti a odbourání falešných mýtů. Daný příspěvek popisuje výsledky u třetí sexuální deviace, kterou respondenti v dotazníkovém šetření posuzovali. Ve všech těchto třech případech vycházejí výsledky příznivější pro respondenty, kteří již mají určité zkušenosti s osobami trpícími posuzovanou parafilii. Což vede k jednoznačnému závěru, že je potřeba zvětšení informovanosti veřejnosti.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí*, [online].10. Revize aktualizovaná verze k 1.4.2014, Geneva, World Health Organization, 2008, 874 s. ISBN 92 4 154649 2 (svazek 1), 92 4 154653 0 (svazek 2), 92 4 154654 9 (svazek 3), [cit. 2017-10-05] Dostupné: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>
- [2] WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [3] Zvěřina, J., Bártová, D. a Novotná, V. *Některé charakteristiky souboru 288 expozérů genitálu*. Československá kriminalistika. 1985, 18, stránky 258 - 261.
- [4] Janáčková, Zuzana. *O psychologii CZ* [online] 2016 [cit. 2017-10-05]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/65-exhibicionismus-aneb-predvadeni-na-vsechny-zpusoby/>
- [5] Mlčochová, Eva *Příznaky a projevy* [online] 2012 – 2014 [cit. 2017-10-05]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/exhibicionismus-priznaky-projevy-symptomy>
- [6] Měchýřová, P. *Predikční kritéria recidivity u pacientů s nařízenou ochrannou ústavní sexuologickou léčbou*. [online] 2012 [cit. 2017-10-05]. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/43271/DPTX\\_2011\\_1\\_11210\\_0\\_126082\\_0\\_90871.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/43271/DPTX_2011_1_11210_0_126082_0_90871.pdf?sequence=1)

# EXHIBITIONISM IN THE PERCEPTION OF THE GENERAL PUBLIC



## ABSTRACT

Exhibitionism is one of the sexual deviations (or paraffilias). With this sexual deviation, the subject excites and shows off by exposing his genitals in front of the object. The issue of exhibitionism concerns almost exclusively men. This is understandable because the penis has a considerable signaling effect already in animals. Typically, the exhibitor harasses the nakedness of an adult woman and does not try to get along with the subject. This paper focuses on the views and attitudes of the public towards exhibitionism. The submitted data were obtained on the basis of a quantitative survey carried out under the auspices of an internal grant from VŠPJ. Generally speaking, society's view of sexual deviance is neutral. Compared to other sexual deviations, the view of exhibitionism is socially more liberal. The quantitative research carried out was primarily focused on attitudes and opinions of the public in the context of individual types of sexual deviations, including exhibitionism. The technique of data collection was a questionnaire survey.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 1556/16  
586 01 Jihlava  
e-mail: jana.novotnai@vspj.cz

Mgr. Hana Vojáčková, Ph.D.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra technických studií  
Tolstého 1556/16  
586 01 Jihlava  
e-mail: hana.vojackova@vspj.cz

## KEYWORDS:

exhibitionism, opinions, public, paraphilias



# POSTOJ VŠEOBECNÝCH SESTER K CELOŽIVOTNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

ROMAN HOLEŠINSKÝ  
ORTHOPÄDISCHES SPITAL  
SPEISING GMBH

PETRA VRŠECKÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA

## ABSTRAKT

Tento příspěvek se zabývá problematikou významu celoživotního vzdělávání všeobecných sester. Jeho cílem je zjistit stanovisko všeobecných sester k celoživotnímu vzdělávání. Je zde nastíněna jak historie ošetřovatelství, tak samotná historie vzdělávání v ošetřovatelství, ale i současný vzdělávací systém všeobecných sester a celoživotní vzdělávání v souvislosti s účinnými právními předpisy. V druhé části prezentujeme výsledky výzkumu, který byl uskutečněn prostřednictvím dotazníkového šetření.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

vzdělávání, celoživotní vzdělávání,  
všeobecná sestra, ošetřovatelství

## ÚVOD

Celoživotní vzdělávání je v poslední době velmi diskutovanou oblastí u všech profesí. Dá se konstatovat, že je reakcí na znalostní požadavky společnosti v současnosti. V České republice je jeho rozvoj zaznamenán od konce 90. let.

Sestry, ošetřovatelky, pečovatelky provází celou historii lidstva. Rozvoj ošetřovatelství jako takového podpořila ve velké míře církev, při jejích řádech zakládala první špitály. Také války v průběhu dějin vyvolaly zvýšený zájem po této profesi. Řada významných osobností se zasadila o podporu a rozmach tohoto odvětví – např. Florence Nightingalová, Alice Masaryková, Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.

Pomineme-li vzdělávání sester, které probíhalo v církevních řádech, organizované začalo fungovat až koncem 18. století. Od té doby nastalo mnoho změn a v současnosti v souladu s koncepcí ošetřovatelství je nastaven několika stupňový vzdělávací systém zdravotnických pracovníků– střední, vyšší odborný, vysokoškolský a vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání.

## HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ

Ošetřovatelství v sobě zahrnuje moudrost, lásku a pomoc. Aby mohlo naplňovat tyto hodnoty, musí se intenzivně pracovat na jeho podstatě. Nositelé této profese by měli být vzdělaní, emočně a sociálně zralí a pozitivně orientováni v péči o druhé. Ve slovnících českého jazyka je pojem ošetřovatelství definován jako odborná péče o nemocné (Farkašová, 2006). Zmiňovaná odbornost je právě důležitým kritériem pro výkon profese všeobecné sestry. Kompetence, které získá při studiu ošetřovatelství, které ji následně opravňují vykonávat tuto profesi, je potřeba pořád zdokonalovat a přizpůsobovat aktuálním nárokům neustále se vyvíjícímu nelékařskému zdravotnickému oboru. Ošetřovatelství jako profese prošlo třemi historickými vývojovými liniemi. První linii představovalo neprofesionální ošetřovatelství, které vycházelo ze starého tradičního systému – péče v rodině, tzv. laická pomoc na způsob ošetřování, člověk se ošetřuje sám. Druhá linie byla spojena s charitou, tzv. morální, humánní pomocí trpícímu člověku ve složité životní situaci. Za tu byla považována nemoc. Charitativní ošetřovatelství mělo náboženské kořeny. Poslední linii představuje profesionální ošetřovatelství, které je spojeno s vývojem medicíny (Plevová a kol., 2011).

Za nejstarší ošetřovatelství jsou považováni benediktini, jejichž řád byl založen v roce 529. V novodobější historii, tj. v roce 1889, byla založena Česká kongregace sv. Zdislavy. Až do Krymské války (1853 – 1856) mnohem více vojáků zemřelo z důvodu špatných hygienických podmínek než válečným nepřítelem. Ze zástupců významnějších vojenských neboli rytířských řádů lze uvést Vojenský a špitální řád. Sv. Lazara Jeruzalémského a Suverénní maltéžský rytířský řád (Kutnohorská, 2010).

## NOVODOBÉ VZDĚLÁVÁNÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ

Vzdělávání jako obecný pojem lze definovat jako „proces uvědomělého a cílevědomého zprostředkování a aktivního utváření a osvojování soustavy vědeckých a technických vědomostí, intelektuálních a praktických dovedností a lidských zkušeností, utváření morálních rysů a osobitých zájmů a postojů“ (Palán, 2002, s. 11).  
Vzdělávání přispívá k utváření osobnosti, individualizaci společenského vědomí, je důležitým prvkem socializace. Na vzdělávání jako takové se může pohlížet dvojitým způsobem a to jako na vzdělávání, jako činnost lektora, tak jako na činnost účastníka vzdělávacího procesu (Palán, 2002). Vzdělávání má vliv na osobnostní rozvoj člověka, který je nositelem znalostí, které uchovává, zdokonaluje a prakticky uplatňuje (Prusáková, 2005).

Dle Podrazilové (2016) současný systém vzdělávání v oboru Všeobecná sestra nabízí vzdělávání kvalifikační, specializační a celoživotní. I když toto dělení vymezuje tři samostatné posloupné vzdělávací úrovně, specializační vzdělávání je tzv. formou celoživotního vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k povolání zdravotnického pracovníka, tj. na kvalifikační vzdělávání.

## KVALIFIKAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY

### VYŠŠÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY

V ČR vznikly vyšší zdravotnické školy v roce 1996 a studium na nich je určeno absolventům středních škol. Nabízeno je studium, které zajišťuje kvalifikaci v různých oborech – např. Diplomovaná všeobecná sestra. Všeobecně se zde klade důraz na získávání praktických dovedností. Po absolvování této formy studia mají absolventi posílenou pravomoc o rozhodovací složku a odpovědnost za provedené výkony. Vyšší odborná škola se podobá vysoké škole, avšak studium je ukončeno absolutoriem a uděleným titulem diplomovaný specialista se zkratkou DiS. (Kutnohorská 2010).

### VYSOKOŠKOLSKÉ STUDIUM

Počátky vysokoškolského vzdělávání v oboru ošetřovatelství lze zaznamenat již v roce 1960 na Karlově univerzitě v Praze a probíhalo formou studia při zaměstnání. O dvacet let později (1980) už studium probíhalo řádnou, pregraduální formou. V současnosti jsou dvě formy studia a to bakalářské a navazující magisterské. Bakalářské studium je na bázi medicínských a ošetřovatelských předmětů. Navazující magisterské studium směřuje k určité specializaci (Kutnohorská 2010, Plevová a kol. 2011).

## BAKALÁŘSKÉ STUDIUM

**B**akalářské studium je koncipováno jako tříleté a absolvent získává titul Bc. Ve studijním programu Ošetřovatelství se nabízí řada oborů – např. všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapie aj. V roce 1992 bylo na některých lékařských fakultách v ČR otevřeno bakalářské studium ošetřovatelství. O studium tohoto oboru je velký zájem, protože hlavně sestry z praxe cítí potřebu své znalosti dále prohlubovat a rozšiřovat (Kutnohorská, 2010).

## NAVAZUJÍCÍ MAGISTERSKÉ STUDIUM

**T**ato forma studia je na 2 roky, absolvent získává úplné vysokoškolské vzdělání a současně je to forma specializačního studia (Kutnohorská, 2010).

## CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

**C**eloživotní vzdělávání je obecně vzato jako reakce na požadavky znalostní společnosti v současnosti. Ta po svých členech neustále požaduje nové znalosti a dovednosti. Celoživotní učení představuje veškeré účelné formalizované i neformalizované činnosti související s učením a ty přináší zdokonalení znalostí, dovedností a odborných předpokladů. Jedinec celoživotním učením zvyšuje svůj kapitál ve společnosti a to jak na úrovni ekonomické, tak i sociální a přispívá k seberealizaci (Veteška, 2010)

Celoživotní vzdělávání představuje nepřetržitý proces, jehož kontinuita se dá vyjádřit v rámci lidského bytí vyjádřit tzv. „od kolébky do hrobu“. Celoživotní vzdělávání má tendenci zvýraznit a podtrhnout post školy a alternativní formy učení a tím i ovlivňovat myšlení, politiku a praxi (Aspin, 2007). Dle Vetešky (2010) člověk by se měl naučit učit a vytvořit si k učení pozitivní postoj již od útlého mládí (Veteška, 2010).

Celoživotní vzdělávání je založeno na procesu učení se novému a jeho následném propojení s dosavadními znalostmi. Taktéž může být celoživotní učení pojato jako učení se životem (Alheit, 2009).

Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotní pracovníky. Dle ustanovení § 53 zákona č. 96/2004 Sb., je celoživotní vzděláváním vymezeno jako „*průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky v zájmu zachování bezpečného a účinného výkonu příslušného povolání.* (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, 2018).

## FORMY CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Ustanovení § 54 zákona č. 96/2004 Sb., vymezuje formy celoživotního vzdělávání:

- Specializační vzdělávání
- Certifikované kurzy
- Inovační kurzy
- Odborné stáže
- Účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích
- Publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost
- e-learningový kurz
- Samostatné studium odborné literatury
- Studium navazujících studijních programů (Zákon, č. 96/2004 Sb)

Specializační vzdělávání, certifikované a inovační kurzy, odborné stáže, účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích, se považují za prohlubování kvalifikace podle zvláštního předpisu – zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce (Zákon, č. 96/2004, Sb. a jeho pozdější novelizace v roce 2017).

Celoživotní vzdělávání je uskutečňováno akreditovanými zařízeními, případně u některých forem poskytovateli zdravotnických služeb, nebo jiné fyzické nebo právnické osoby, včetně právnických osob v působnosti jiných resortů než Ministerstva zdravotnictví ČR (Šustek, 2016).

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl proveden prostřednictvím kvantitativního šetření. Za výzkumnou techniku byl zvolen dotazník, ten je nejrozšířenější technikou sloužící k získávání informací v sociologii. Dle Dismana (2011) se dotazník považuje za vysoce efektivní techniku, která může postihnout velký počet jedinců při relativně malých nákladech. V porovnání s rozhovorem nemusí dotazovaní odpovídat ihned a mají dostatek času na rozmyšlení (Disman, 2011).

Dotazník byl určen pro všeobecné sestry pracující v nemocnici, na lůžkových odděleních a v ambulantní sféře. Za zdravotnické zařízení byla zvolena Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace. Celkem bylo distribuováno 111 dotazníků a to jak v lůžkovém, tak i v ambulantním traktu nemocnice. Návratnost dotazníků se pohybovala okolo 94 % (tj. 104 správně vyplněných dotazníků). Respondenti byli v úvodu dotazníku obeznámeni se skutečností, že dotazník je zcela anonymní a že získané údaje poslouží pouze pro potřeby této práce.

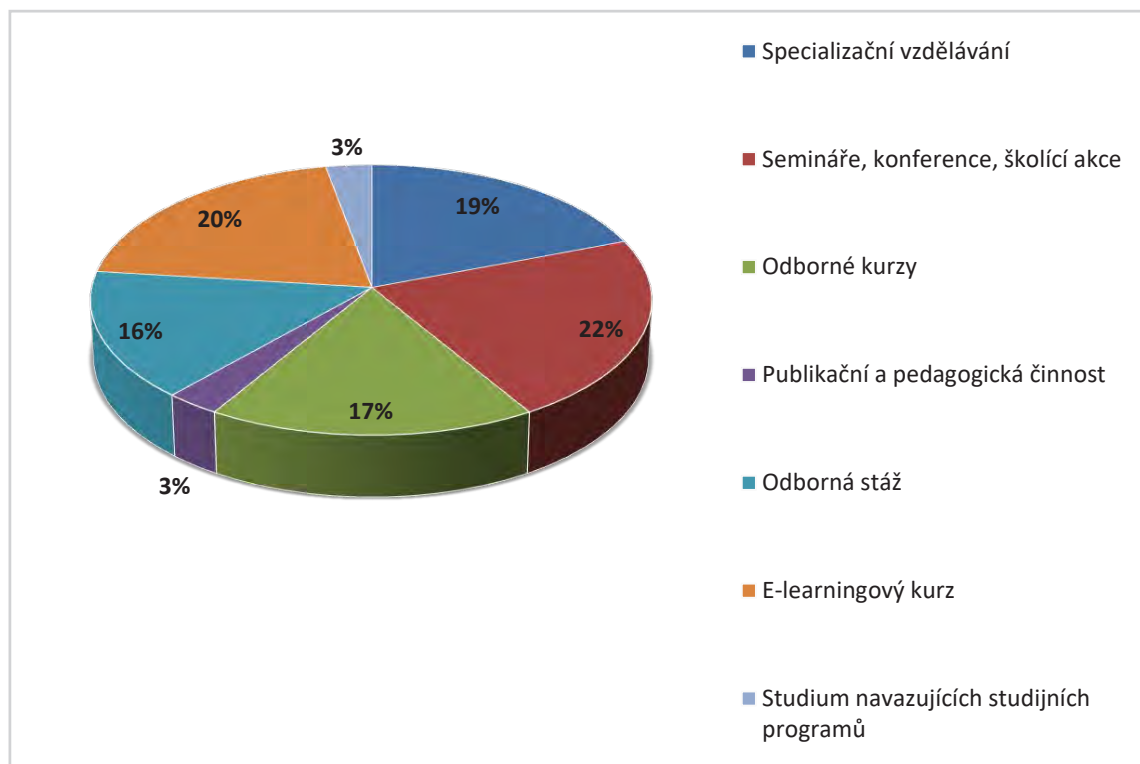
Pro zpracování dotazníků byl využit program Microsoft Office Excel 2010 a Microsoft Word 2010. Zjištěné informace zpracovány do grafů, které prezentují výsledky uskutečněného výzkumu.

## PREZENTACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ

V této části předkládáme nejzajímavější výsledky výzkumu.

### PREFERENCE FOREM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Kterou formu celoživotního vzdělávání byste upřednostnil(a)?

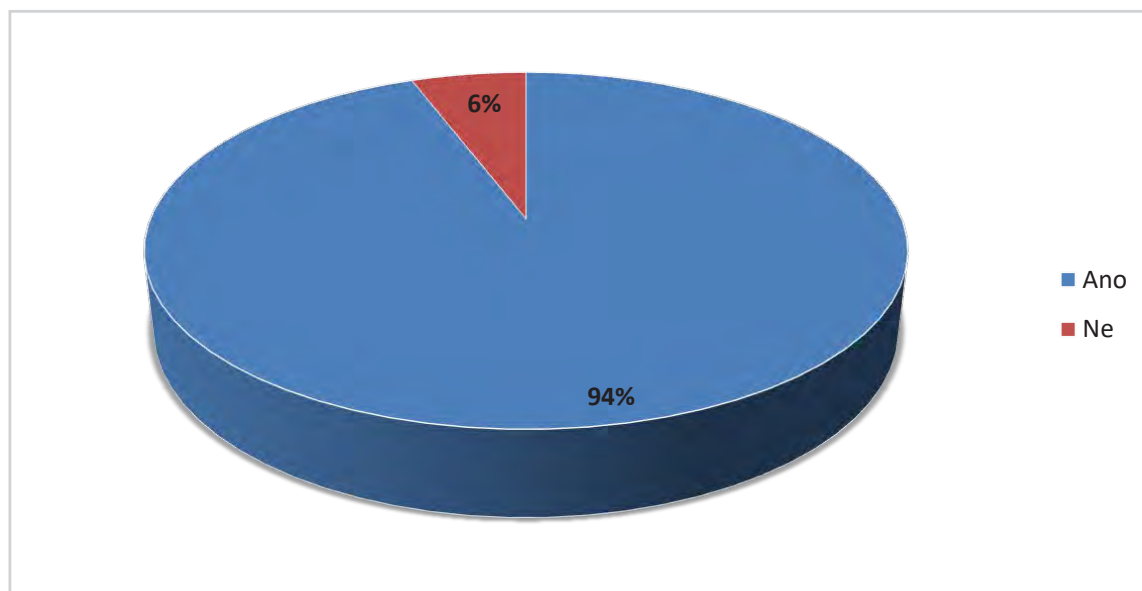


**Graf 1:** Preference forem celoživotního vzdělávání

Respondentů byl nabízen výčet forem celoživotního vzdělávání v souvislosti se zákonem č. 96/2004, Sb. a jeho novelizací v roce 2017. Nabízeno bylo sedm možností, jak je výše uvedeno v grafickém znázornění. Největší preference byla zaznamenána u 22 % (tj. 23 respondentů) u možnosti semináře, konference, školící akce. 20 % (tj. 21 respondentů) označilo formu e-learningový kurz. 19% (tj. 20 respondentů) uvedlo specializační vzdělávání. 17 % (tj. 18 respondentů) odpovědělo, že preferují odborné kurzy. Odpověď odborná stáž zvolilo 16 % (tj. 16 respondentů). Ve stejném procentním zastoupení 3 % (tj. 3 respondenti) měla volba publikační a pedagogické činnosti a studium navazujících studijních programů.

## DISTRIBUCE NABYTÝCH INFORMACÍ ZE VZDĚLÁVACÍCH AKCÍ V OŠETŘOVATELSKÉM TÝMU

Předáváte si informace získané na vzdělávacích akcích, mezi ostatní členy ošetřovatelského týmu?

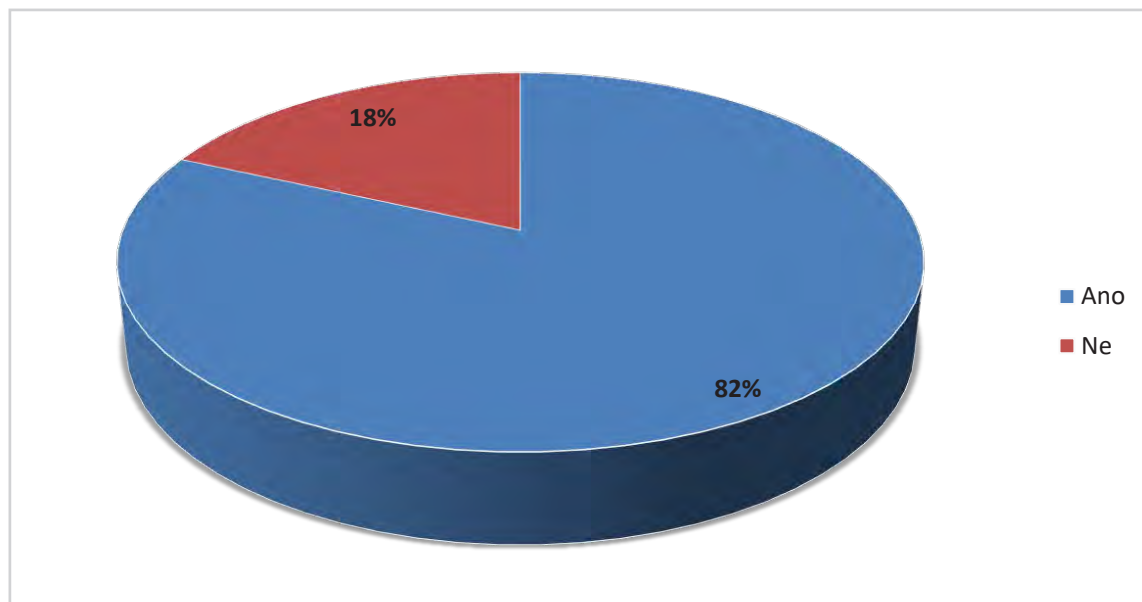


**Graf 2:** Předávání informací ze vzdělávacích akcí v ošetřovatelském týmu

Z výše uvedeného grafického znázornění je patrné, zda si respondenti informace získané na vzdělávacích akcích mezi sebou respondenti předávají. 94 % (tj. 98 respondentů) uvedlo, že distribuce nově nabytých znalostí v rámci ošetřovatelského týmu je zavedena. 6 % (tj. 6 respondentů) uvedlo, že nově nefunguje součinnost mezi kolegy v této oblasti.

## PODPORA ZAMĚSTNAVATELE V SOUVISLOSTI SE ZVYŠOVÁNÍM KOMPETENCÍ V CELOŽIVOTNÍM VZDĚLÁVÁNÍ

Umožňuje Vám zaměstnavatel prohlubovat nebo zvyšovat své vzdělání?

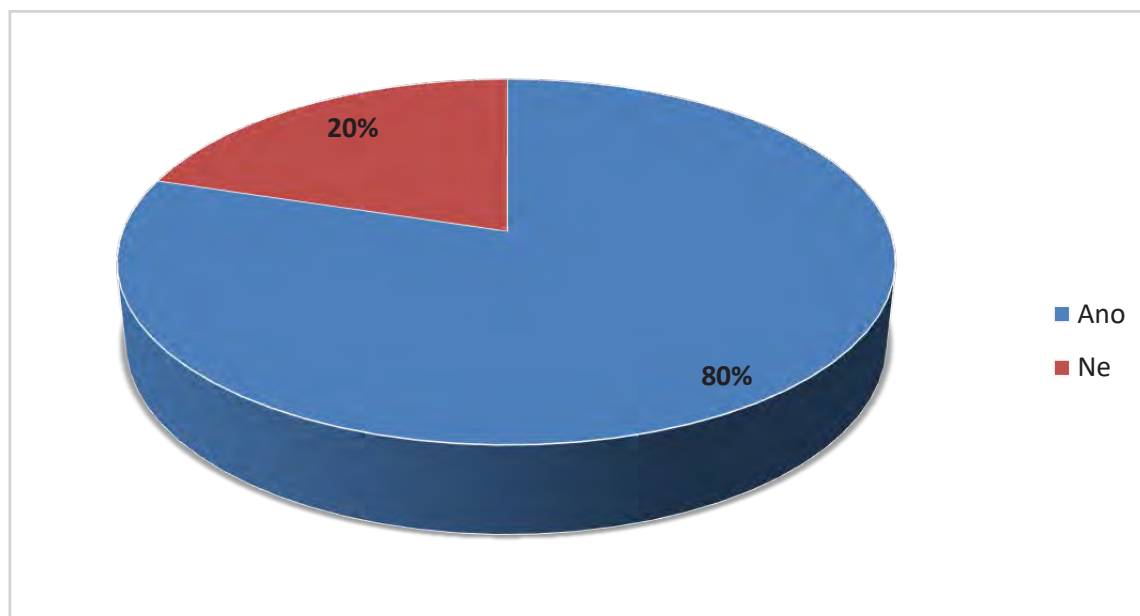


**Graf 3:** Podpora zaměstnavatele v rámci zvyšování a prohlubování vzdělávání respondentů

Při zkoumání, zda zaměstnavatel umožňuje všeobecným sestřím prohlubovat, nebo zvyšovat své vzdělání ze 104 respondentů, uvedlo 82% (tj. 85 respondentů) odpověď ano a zbývajících 18% (tj. 19 respondentů) uvedlo, že ne. Z výše uvedeného výsledku je zřejmé, že podpora zaměstnavatele v rámci zvyšování a prohlubování vzdělávání respondentů převládá. Nicméně v 18 % byl vysloven nesouhlas, což poukazuje i na určité rezervy, které by měl zaměstnavatel napravit.



Souhlasíte s nutností celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví?



**Graf 4:** Celoživotní vzdělávání jako nutnost v praxi respondentů

Z celkového počtu respondentů (tj. 104 osob) považuje 80% (tj. 83 respondentů) celoživotní vzdělávání ve své praxi za nutné. 20% (tj. 21 respondentů) se vyjádřilo, že nepřikládá takovou váhu potřebě se celoživotně vzdělávat. Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že celoživotní vzdělávání je nezbytná součást praxe všeobecných sester.

### ZÁVĚR

Z výsledků šetření lze konstatovat, že převážná část všeobecných sester souhlasí s nutností celoživotního vzdělávání. Informace o vzdělávání získává téměř rovnoměrně z dvou úrovní a to z pracovního prostředí a osobních aktivit. Nejvíce oblíbenou formou celoživotního vzdělávání jsou tzv. pasivní formy (účast na seminářích, konferencích, školících akcích a také e-learningový kurz). Všeobecné sestry spatřují u svého zaměstnavatele podporu při prohlubování a zvyšování vzdělání, avšak ocenily by více prostoru pro vzdělávání v pracovní době. Dle názoru sester je největším benefitem, který přináší vysokoškolské vzdělání finanční odhodnocení. Dále se sestry neztotožňují s tvrzením, že více vzdělaná sestra automaticky poskytuje kvalitnější ošetrovatelskou péči. Dle jejich tvrzení, jde o individuální přístup každé sestry. Nabyté znalosti z celoživotního vzdělávání ne vždy mohou sestry aplikovat v praxi, což může vést k demotivaci pro budoucí vzdělávání. Obecně lze však konstatovat, že všeobecné sestry mají pozitivní přístup k celoživotnímu vzdělávání, za přínosné pro praxi ho označilo 86 % dotázaných.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ASPIN, David. N. *Philosophical Perspectives on Lifelong Learning: Lifelong Learning Book Series – Svazek 11*. 1. Springer, Netherlands: Springer Science & Business Media, 2007. 334 s. ISBN 978-1-4020-6192-9.
- [2] ALHEIT, Peter. *Lebenslanges Lernen und erziehungswissenschaftliche Biographieforschung: Konzepte und Forschung im europäischen Diskurs*. 1. Netherlands: Springer-Verlag, 2009. 248 s. ISBN 978-3-531-15600-2.
- [3] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vydání. Praha: Karolinum, 2011. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
- [4] FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- [5] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetřovatelství*. 1. Vydání. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- [6] PALÁN, Zdeněk. *Základy andragogiky*. 1. Vydání. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. 199 s. ISBN 80-86723-03-8.
- [7] PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [8] PODRAZILOVÁ, Petra, KRAUSE Martin, ĎURÁČOVÁ Lenka a KUČEROVÁ Tereza. *Teorie ošetřovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2016. 136 s. ISBN 978-80-7494-297-6
- [9] PRUSÁKOVÁ, Viera, *Základy andragogiky*, 1. Vydání. Bratislava: Gerlach Print, 2005, 120 s., ISBN 80-89142-05-02
- [10] 2016. ISBN 978-80-7552-321-1.
- [11] VETEŠKA, Jaroslav. *Kompetence ve vzdělávání dospělých: pedagogické, andragogické a sociální aspekty*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 200 s. ISBN 978-80-86723-98-3.
- [12] Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. *Zákony pro lidi* [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- [13]

# THE ATTITUDE OF GENERAL NURSES TO LIFELONG LEARNING



## ABSTRACT

This paper deals with the issue of the importance of lifelong learning for nurses. Its aim is to find out the position of nurses on lifelong learning. It's outlined here both the history of nursing and the history of education in nursing, as well as the current nursing education system and lifelong learning in the context of effective legislation. In the second part we present the results of the research carried out through a questionnaire survey.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Roman Holešinský  
Orthopädisches Spital Speising  
Wien AustriAbteilung für  
Wirbelsäulenchirurgie-Station C2  
Orthopädisches Spital Speising GmbH  
Ein Unternehmen der Vinzenz Gruppe  
Speisinger Straße 109  
(Linie 60, Station Riedelgasse)  
1130 Wiens  
e-mail: holesakr@gmail.com

Mgr. Petra Vršecká  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra zdravotnických studií  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: petra.vrsecka@vspj.cz

## KEYWORDS:

education, lifelong learning, general  
nursing

# PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V SYSTÉMU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ V SOUČASNOSTI

PETR FABIÁN  
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ



## ABSTRAKT

Předkládaný příspěvek nabízí pohled na současná dilemata sociální práce v rámci sociálně právní ochrany. Popisuje tři základní paradigmaty sociálně právní ochrany v dnešním světě a nabízí sociálním pracovníkům jiný pohled na systém pomoci, které ve svém důsledku jsou anti-opresivní a více terapeutické.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

syndrom CAN, sociálně právní ochrana dětí, narrativní přístup, dětské potřeby

## ÚVOD

**P**ředkládaný příspěvek se zabývá problematikou práce sociálního pracovníka v systému sociálně-právní ochrany (dále jen SPOD) po novele příslušných zákonných norem v roce 2013 a 2014.

Nechceme se však omezit jen na problematiku České republiky, ale chceme se zabývat tímto problémem v širším kontextu, a to z pohledu paradigmat SPOD ve světě, české historie a především nastíněním dopadů doporučených postupů na dítě a rodinu. Tento dopad budeme formulovat na dilematech, před které je sociální pracovník nově postaven. Především však v těchto dilematech jsou sociální pracovníci doprovázejících organizací – tzv. klíčový sociální pracovník.

Budeme se rovněž zabývat novými nástroji pro výkon SPOD, a to z pohledu sociálního pracovníka, jejich dopadem na rodiny dětí, pěstounské rodiny a v konečné fázi jejich dopadem na děti a naplňování jejich potřeb.

V závěrečné části se pokusím načrtnout možná východiska a principy vhodných změn, které jsou spjaty s případovými konferencemi a jejich způsobu vedení.

## RODINA JAKO VZOR SPOD

**H**istoricky a intuitivně se snaží společnost hledat pomoc v rodinné formě. Společnost si ale uvědomovala, že ne každá rodina je vhodná pro pomoc dítěti. V tomto období (druhá polovina XVIII. století) se rozvíjejí opatrovny – obdoba dnešních jeslí a dětských skupin. Důvodem vzniku opatroven byl fakt, že u velmi chudých rodin museli brzy chodit do práce i matky po porodu. Cílem opatrovny bylo poskytnout dítěti z chudých poměrů podnětnou výchovu (Červinková-Riegrová, 1887). V letech po sametové revoluci (1989) jsme rušili jeselskou péči s tím, že dítě potřebuje v raném dětství péči jedné osoby a Česká republika má tu možnost umožnit rodičům pečovat o své dítě do 4 let věku. Dnešním důvodem k obnově jeslí a dětských skupin je společenský tlak na budování kariéry u matek, kterému rodičovství a dítě překáží. Tento posun je zajímavým sociálním konstruktem, kde rodičovství a naplněné dětství je postaveno do opozice ke kariéře rodičů. Pozitivem tohoto konstruktu je, že vyvíjí společenský tlak na zapojení mužů do péče o děti v batolecím věku.

Dalším významným milníkem rodinné formy pomoci dítěti v ohrožení jsou studie Bovolbyho a tria českých autorů – Matějček, Langmeier, Dunovský. Všichni tito autoři se shodují na tom, že dítě potřebuje ve svém raném dětství jednu pečující osobu, která je plně soustředěna na jeho potřeby. Dětské potřeby definoval Matějček s Langmeierem:

- Potřeba stimulace
- Potřeba smysluplného světa
- Potřeba lásky – citového bezpečí
- Potřeba identity, najít si místo ve společnosti
- Potřeba životní perspektivy, otevřené budoucnosti

Všechny tyto potřeby dokážeme saturovat především ve funkční rodině. Rodina se jeví z dlouhodobého hlediska jako zásadní pro naplňování dětských potřeb, je však podmíněna svou funkčností a vyvážeností vztahu mezi všemi členy rodiny.

## RODINA A JEJÍ ZMĚNY Z POHLEDU DÍTĚTE

V současné době je rodina křehká ve své podstatě, je postavena na vztazích a zároveň prochází vnitřní změnou, která je způsobena změnou rolí všech členů rodiny. Z pohledu forem soužití (Možný, 2006) a z pohledu dítěte můžeme vnímat rodinu v těchto základních konstelacích:

Před 50 lety:

- Biologičtí rodiče – sezdání
- Biologický rodič a druhý partner – zpravidla sezdání
- Biologický rodič – vdovec nebo rodič samoživitel
- Adoptované dítě u sezdaneho páru
- Dítě v pěstounské péči u sezdaneho páru

Současnost:

- Biologičtí rodiče – sezdání
- Biologičtí rodiče – nesezdání
- Biologický rodič s dalším partnerem – sezdání
- Biologický rodič s dalším partnerem – nesezdání
- Rodič samoživitel
- Registrovaní partneři stejného pohlaví, kdy jeden je biologickým rodičem
- Dítě v osvojení sezdáním párem
- Osvojení nesezdáním párem
- Osvojení jedním z registrovaných partnerů
- Mít rodiče jednou sezdané je dnes spíše výjimkou než pravidlem

Nízká sňatečnost a vysoká rozvodovost je známkou křehkosti základních vztahů rodin včetně její sociální funkce – bezpečí pro dítě a místo otevřené budoucnosti. Statisticky se rodí 50% dětí nesezdaným ženám. Ze statistik nevyčteme, zda se jedná o ženy s partnerem či nikoliv. Tento stav vypovídá o nedůvěře k rodinným závazkům.

Převážná většina legislativních změn v ČR je veřejně deklarována jako přiblížení způsobu péče o děti v ohrožení rodinnému způsobu pomoci. Nabízí se otázky: co myslíme onou rodinou formou pomoci, jaké praktické změny nastaly a co to přineslo dětem, sociálním pracovníkům i pěstounům. Zde je vhodné podotknout, že změnou vychovávající osoby v primární rodině, se okruh osob zasahujících do výchovy rozrůstá o další skupinu prarodičů a případných sourozenců.

## PARADIGMATA SPOD

**T**vorba paradigmat SPOD je dána svým historickým kontextem, mírou vnímání dětských či rodinných potřeb, finanční problematikou (kolik je ochotna každá společnost uvolnit financí na systémy SPOD), sociálním vnímáním a podobně. Velký význam pro tvorbu paradigmatu SPOD má všeobecné vnímání rodiny jako instituce, ale i pohled na cíl a způsob sociální práce s dětmi v ohrožení.

**Tabulka 1:** přehled modelů SPOD uváděný Gilbertem (2011, s. 255):

	Zaměření na dítě CHILD FOCUS	Zaměření na podporu rodiny FAMILY SERVICE	Zaměření na ochranu dítěte CHILD PROTECTION
Směr intervence	Sledování individuálních potřeb dítěte v současnosti z perspektivy pro budoucnost.	Asistence pro rodinu. Udržet dítě co nejdéle v rodině.	Rodiče jsou vnímáni jako osoby lhostejné a týrající dítě. Ochrana dítěte i proti rodině.
Role státu v systému	Paternalistický – stát přepokládá rodičovské role, ale hledá pro dítě rodinu – pěstounskou, příbuzenskou, adoptivní.	Rodičovská podpora	Sankce, stát je hlídač pro bezpečí dětí.
Okruh problému	Rozvoj dětí	Sociálně / psychologický	Individuální / moralistický
Způsob intervence	Včasná intervence a regulace / nutnost posouzení.	Terapeutická	Legislativní / vyšetřující
Cíl intervence	Podpora „blahobytu“ cestou sociálních investic.	Partnerství / sociální podpora	Ochrana / snižování poškození
Vztah stát – rodič	Substituční / partnerství	Partnerství	Odporující
Práva rodičů	Dětská práva / rodičovské povinnosti	Rodičovská práva a rodinný život podporovány profesionálními sociálními pracovníky.	Dětská / rodičovská práva, vymáhána právní cestou.



Z historického pohledu je prvotní paradigma child protection – ochrana dítěte. Tento model se plně zastával i v ČR do roku 2013, kdy došlo k velké novele zákona č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, vyhlášky č. 472/2012 Sb., o standardech kvality v systému SPOD. K 1. lednu 2014 začal platit zákon č. 89/2012 Sb., tzv. Nový občanský zákoník, který zrušil Zákon o rodině.

Tyto legislativní úpravy změnilly paradigma SPOD v rámci českého sociálního systému na model family service – služba rodině. Jedná se o model zastoupený v mnohých státech světa, pro českou cestu byly inspirací modely Velké Británie a Norska.

Třetím modelem je model child fokus, který funguje v Dánsku. Tento model se zaměřuje na ochranu dětských práv a vymáhání rodičovských povinností, které z těchto práv pramení. V další části příspěvku se budeme zabývat praktickým dopadem změn na český systém SPOD. Jako metodu sociální práce použijeme kritickou metodu, pro lepší názornost budeme využívat data ze všech tří paradigmat a v některých případech i přímá znění zákonných norem českého právního řádu.

## ZMĚNY V ČESKÉM SYSTÉMU

**N**aším cílem je především zmapovat změny v českém systému SPOD, včetně jejich dopadu na praxi v životě dětí v ohrožení a práci sociálního pracovníka. Rovněž se budeme zabývat (byť jen okrajově) novými formami pomoci.

### ZMĚNA CÍLE

Zásadní změnou je změna §5 zákona č. 359/1999 Sb. Tento paragraf definoval cíl pomoci. V již zmiňované novele, která začala platit k 1. 1. 2013 došlo k zásadnímu obratu. Pozornost sociálně-právní ochrany se nesoustřeďuje pouze na ochranu dítěte a jeho potřeb, předním hlediskem se stává *zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu a péči. Přitom se přihlíží i k širšímu sociálnímu prostředí dítěte.*

Jasně definovaný cíl SPOD najdeme teprve v zákoně o ústavní výchově č. 109/2002 Sb. v §1/odst.1.: *„...S dítětem musí být zacházeno v zájmu plného a harmonického rozvoje jeho osobnosti s ohledem na potřeby osoby jeho věku.“*

Z této legislativy jasně pramení úkol pro sociálního pracovníka – chránit biologickou rodinu a docílit co nejdélšího pobytu dítěte u svých rodičů. Nejde o naplňování jeho potřeb, ale o ochranu rodiny dítěte.

Český stát přebírá model family service – model, který se opouští i v zemích, které jsou nám vzorem pro reformu SPOD – Velká Británie, Norsko.

## RODIČOVSKÉ KOMPETENCE A SOCIOEKONOMICKÁ SITUACE RODINY

Systémová změna má ještě další důsledky. Před novelou zákona a v souvislosti s Novým občanským zákoníkem, byla dovednost být „dost dobrým rodičem“ osobnostní charakteristikou. Matějček o tomto píše v souvislosti s biologickým a psychologickým rodičovstvím. Nedostatečnost v naplňování dětských potřeb byla vnímána jako něco, co je možné změnit, cílem byla potřeba chránit dítě především před rodičovskou neschopností či nedostatečností. V současné právní úpravě je nedostatečnost v rodičovských kompetencích vnímána jako důsledek špatné socioekonomické situace rodiny. Prvním úkolem sociálního pracovníka tak je zkoumat a dokládat soudu, zda nedostatečnost v rodičovských kompetencích – a následné neuspokojování dětských potřeb – není jen důsledkem špatné ekonomické situace rodiny (Bechyňová 2012). Tento postoj je v přímém rozporu se studií Schramma a kol. (Schramm, Futris, Bradley 2013), kde výsledkem je poznání, že vřelost vztahů mezi rodiči a dětmi mírní dopady chudoby rodiny na děti, prakticky je anuluje. Naopak rodičovská nedostatečnost dopady chudoby na vývoj dětí násobí.

Pro sociálního pracovníka OSPOD vzniká nový úkol – umožnit dítěti přežít v nevyhovujících podmínkách, případně zajistit sociální služby rodině. Tento stav je možné vnímat neutrálně, problémem je ale fakt, že neexistují specializované sociální služby zaměřené na rozvoj rodičovských kompetencí. Zároveň platí zkušenost, že rodiče z těchto rodin žádný problém nevnímají, vždyť oni přece měli takové dětství a vyrostli. Například Polská právní úprava zavádí nově tzv. asistenta rodinný – jehož povinností je doprovázet biologickou rodinu pro rozvoj rodičovských kompetencí (Arczewska, 2017).

### FORMA POMOCI

Před zmíněnou novelou zákona byla preferována forma pomoci v institucionální síti (přednost tedy měla ústavní forma pomoci před rodinnou). Ústavní péče byla tvořena kojeneckými ústavami (dnes dětská centra), dětskými domovy, klokánky – jiná forma pomoci v akutní fázi neexistovala. Dnes je jednoznačně preferována rodinná forma pomoci, která dostala nové nástroje.

Změny paradigmatu ve svém důsledku s sebou přináší nové formy pomoci dětem v ohrožení – především se jedná o pěstounskou péči na přechodnou dobu. Jedná se o formu krizové pomoci v pěstounské péči maximálně na dobu jednoho roku. Volit formu pomoci institucionálního krizového centra – tzv. zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – je možné jen v případech, kdy sociální pracovník prokazatelně dokáže, že vyčerpал všechny prostředky pomoci, které by umožnily dítěti zůstat doma s rodiči.

Následně může být dítě umístěno v pěstounské péči nebo institucionálním zařízením. Vždy však platí, že cílem je návrat dítěte zpět do jeho původní rodiny, a to bez ohledu na to, zda

původní rodina pracuje na změně svých rodičovských vzorců, či nikoliv. Soud musí každé 3 roky hodnotit, zda setrvávají důvody pobytu dítěte mimo biologickou rodinu. Podnět k tomuto hodnocení musí dávat sociální pracovník orgánu SPOD.

Model child fokus staví institucionální a rodinné formy pomoci na roveň. Sociální pracovník vybírá formu pomoci podle potřeb dítěte, zároveň bere v potaz potřeby rodiny a nutnost rodičů vykonávat a učit se rodičovským povinnostem. Může dítě na přechodnou dobu umístit i k osobě nepřibuzné, která neprošla pěstounskou přípravou, ale která dítěti poskytuje bezpečí a možnost rozvoje. V tomto paradigmatu je důraz na rodičovské povinnosti, ze kterých plynou rodičovská práva (český systém je v tomto nastavení přesně opačný).

## NOVÉ SLUŽBY A POVINNOSTI

**V** rámci změny systému jsou zavedeny nové služby a povinnosti účastníků systému SPOD. Především se stala pěstounská péče zaměstnáním. Pěstouni dostávají dávky pěstounské péče, které však pro bankovní domy nejsou příjmem ve smyslu platu.

*Případové konference* – Jedná se o základní nástroj k hledání pomoci dítěti, které žije v nevyhovujících rodinných podmínkách, nebo které je již v náhradní rodinné či ústavní péči. Smyslem případové konference je hledání pomoci dítěti a rodině. Povinnost svolávat případovou konferenci má sociální pracovník příslušného magistrátu, který má však většinu informací o dítěti a rodině zprostředkovaných – nepracuje s rodinou ani s dítětem. *Individuální plán ochrany dítěte* – je výsledkem případových konferencí. Jeho úkolem je nastavit způsob pomoci rodině a proces SPO dítěte. Tento plán by se neměl omezovat jen na ochranu dítěte, ale měl by svým principu hledat cesty k motivaci rodičů ke změně a pomoci tuto změnu uskutečnit.

*Práce s rodinou dítěte* – Soud může na žádost magistrátu obce přikázat rodičům návštěvu rodinného mediátora nebo návštěvu rodinných terapií. Za práci s rodinou odpovídá opět sociální pracovník magistrátu, ale spolupráce rodiny je dobrovolná. V případě sociálního vyloučení mohou s rodinou pracovat sociální služby – sociálně aktivizační služby.

*Doprovázení pěstounských rodin* – Jedná se o novou službu v rámci českého modelu. Každá pěstounská rodina musí mít podepsanou dohodu s doprovázející organizací, která má zákonem stanoveny povinnosti sledující pomoc při výkonu pěstounské péče. Mezi tyto služby patří sledování kvality výkonu pěstounské péče, vzdělávání pěstounů a povinnost zprostředkovávat kontakt s biologickou rodinou. K dalším službám patří zajištění hlídání pěstounských dětí na dobu 14 dnů, pokud se pěstouni rozhodnou jet na dovolenou se svými vlastními dětmi nebo sami, dále poradenství s výchovou a případné psychologické služby. Na tyto služby dostává organizace na každou doprovázenou rodinu 42 500 Kč ze státního rozpočtu.

Všechny tyto změny dávají prostor pro několik dilemat, která jsou úzce spjata s pomocí dítěti.

## DILEMATA SOUČASNÉHO SYSTÉMU

Předkládaná dilemata vznikla jako vedlejší produkt studie, která byla zaměřena na problematiku implementace standardů kvality do systému SPOD.

1. Pomáhat rodině v situaci s dítětem doma, nebo přechodně umístit dítě mimo domov.

Sociální pracovník stojí před zásadním dilematem jakou formu a za jakých podmínek pomáhat rodině změnit „nevhodné“ rodinné vzorce.

Dilema je složitější v tom, že nikdo z rodičů se neprosil o pomoc a změnu, ta přišla z vnějšku – sociální práce jako prodloužená ruka policie.

Rodiče nechtějí něco měnit, jen opakují svou historii, kterou sami prožili.

Pokud se už shodnou na spolupráci, pak:

Forma pomoci rodičům **bez přítomnosti dítěte v rodině** nabízí lepší prostor a více energie rodičů ke změnám. Rodiče nemusí mít na starost běžný režim rodiny – úkoly, svačiny, oblečení. Mají větší prostor na prožitek změny. Sociální pracovník musí více komunikovat se soudy, aby své kroky zdůvodnil a přesvědčil soud a krajský úřad o vhodnosti svého rozhodnutí. Zároveň riskuje, že si rodiče zvyknou na pohodlnější život a nebudou mít potřebu mít dítě/děti zpět doma – vždyť stát se postará.

V případě volby pomoci **s dítětem doma** rodiče nesou plnou tíhu běžného provozu domácnosti a zbývá jim minimum sil a energie na změny a jejich uvedení do chodu domácnosti. Pomoc sociálních služeb začnou vnímat jako povinnost státu a jejich dosavadní způsob života se může ještě více upevnit.

2. Kdo je pro dítě rodičem?

Pro Matějčka i v zahraničních studiích je optimálním výsledkem stav, kdy dítě najde v pěstounské péči svůj domov i v dospělosti.

Z pohledu dítěte v náhradní péči je situace však jiná. Doprovázející organizace má povinnost zprostředkovávat kontakt dítěte s biologickou rodinou. Tento model je kopírován z britského práva – Children Act 1989, ale současná britská úprava – Children Act 2002 již upozorňuje na to, že tyto kontakty mají být umožněny v případě, že biologičtí rodiče spolupracují na změnách svého způsobu rodinného života.

Zákon vyvyšuje biologické rodičovství nade vše, psychologie upřednostňuje a zdůrazňuje psychologické rodičovství – Matějček.

Z pohledu systému se však v současném pojetí SPOD jedná o model porozvodové péče o dítě. Dítě se nachází v několika rodinných modelech a rodinných konstelacích, které mohou být i protichůdné. Sociální pracovník má jen minimální možnosti tyto rozpory korigovat nebo usměrňovat. Je zajímavostí, že polský model tento stav řeší tak, že sociální pracovník doprovázející organizace pracuje s rodinou i s dítětem. Má možnost omezit nebo zakázat kontakty s rodinou a dítětem, pokud to dítěti nepomáhá v rozvoji.

V případě porozvodových manipulací s dítětem můžeme velmi rychle sjednávat nápravu. V modelu SPOD, kdy je dítě v pěstounské péči, chráníme zákonem případné konfliktní setkávání, kde dítě může prožívat napětí z protichůdných rodičovských a rodinných vzorců.

### 3. Kde má dítě domov?

Dilema domova je úzce spjato s předcházejícím dilematem. Vychází z všeobecného přesvědčení, že dítě potřebuje pro zdárný rozvoj v osobnost domov, zároveň však zákon nařizuje, že dítě i pěstouni mají být stále připraveni na návrat dítěte do původní biologické rodiny.

Ze zkušenosti víme, že děti v pěstounské péči velmi rychle nazývají pěstouny otcem a matkou. Tento postoj je hledáním bezpečí a vazby. Pokud vezmeme dítěti možnost budování vazby a sžití se s domovem (kterým je pěstounská rodina), vezmeme mu motivaci k vnitřnímu rozvoji. Možná se bude pak projevovat jako dítě s poruchou chování. Zároveň platí, že pokud dítě zůstane v pěstounské péči až do dospělosti, s velkou pravděpodobností vezmeme biologickým rodičům motivaci ke změnám.

### 4. Je rodinná forma pomoci posláním nebo zaměstnáním?

Zákonné změny z roku 2013 vytvořily z pěstounské péče zaměstnání. Odměny za výkon pěstounské péče odpovídají průměrnému příjmu v ČR, v některých situacích nadprůměrnému. Požadavky na vzdělání nejsou vysoké.

Pokud bude pěstoun vnímat své pěstounství jako práci pak:

- dítě bude mít těžkosti v přijetí péče,
- dítě se může cítit jako pracovní nástroj,
- v dospělosti se dítětem nemusí (nemají) pěstouni dále zabývat.
- Pokud pěstoun bude ke své práci přistupovat jako k posláním:
- bude přijímat všechny děti jako vlastní,
- i v dospělosti se bude o dítě/mladého dospělého zajímat,
- dítě může prožívat přijetí a úctu,

v jistém slova smyslu bude otevřené pole dialogu pro pěstouny a biologické rodiče. (Škoviera 2014)

## ZHODNOCENÍ

Současné moderní trendy v SPOD, které jsou nasměřovány na biologickou rodinu, nás přivádějí k situacím, jež jsme se snažili popsat. Představená dilemata jsou jen částečným výčtem složitých situací, v nichž se mohou ocitnout rodiče, dítě, pěstouni a především sociální pracovníci OSPOD a sociální pracovníci doprovázejících organizací.

V mnohých bodech a jejich praktickém užití se změna českého systému vydala cestou kopírování disfunkční porozvodové péče o děti. Především tuto situaci posiluje fakt, že k měření kvality – standardy SPOD – jsou převzaty z modelů komerční sféry. Na mnohých příkladech je patrné, že se vytratila důvěra v profesní dovednosti sociálních pracovníků – jakoby návrat k totalitnímu způsobu řízení mas.

Na druhé straně je potřeba si přiznat, že v současném světě se nám vytratil obsah pojmu rodina. V rámci politické korektnosti máme duhové rodiny, rodiny na půl cesty (každý z partnerů žije samostatně a dítě mezi rodiči pendluje), patchwork family a mnoho dalších variant. Samozřejmě přiznávám dospělým svobodnou volbu vzájemného soužití, ale apeluji, že naše svoboda výběru končí tam, kde začínají dětské potřeby, potřeby k rozvoji v osobnost.

## UTOPIE NEBO ŘEŠENÍ

Pro závěrečné hledání cest jsem pojal jako východisko filozofii paradigmatu – child fokus s využitím stávajících nástrojů SPOD. Cílem kritické rekonstrukce bylo hledat netradiční cestu, která se může vyhnout načrtnutým dilematům a přitom může splnit požadavky – dítě v centru dění – child fokus, jeho potřeby pro naplněný život – ať už si pod tím představíte, co chcete.

Giddens (2003) upozorňuje ve své teorii reflexivního já na demokratizace rodiny, na potřebu budování rodiny na hodnotách překračujících konzumní způsob života. Tyto způsoby a hodnoty - teorie reflexivního já - jsou směřovány k tomu, aby mladé generace dokázaly rozlišovat mezi kvalitou a kvantitou života.

Pro hledání cest v systému SPOD a naplnění těchto cílů, vyhnutí se vzniku navržených dilemat a s nimi spojených rizik se jeví případové konference jako ideální nástroj změny.

Případové konference jsou ve svém principu definovány jako nástroje k hledání optimálního řešení pro konkrétní situaci dítěte. Pokud tedy využijeme tento prostor pro nedirektivní a podpůrné pojetí sociální práce (Fook 2002), nabízí se cesta narativního přístupu jako cesty změny v rodičovských dovednostech.

## DIREKTIVNÍ PŘÍSTUP PŘÍPADOVÉ KONFERENCE

**V** tomto způsobu přístupu, jsou účastníci případových konferencí ti, kteří mají recept na změnu v rodině, která je centrem konference. Tento přístup je založen na sociální kontrole. Sociální kontrola může být v některých případech pomocná (viz. Český systém zdravotnictví v segmentu lůžkové péče). Účastníci z řad pomáhajících pracovníků – na rozdíl od rodičů – zpravidla mají definovány okruhy, kde původní rodina selhává. Rovněž vědí co, a jak mají rodiče změnit, aby dítě mohlo v rodině zůstat, a taky mají k dispozici zásobních sociálních a terapeutických služeb pro dotyčnou rodinu. Jsou v pozici brouka Pytlíka, který dokáže pomoci i přes nesouhlas. Zpravidla nám unikne detail, že výsledek – ohrožená rodina – je trans-generační přenos vlastního prožitku dětství a výchovy.

## NARRATIVNÍ PŘÍSTUP

**T**ento přístup předpokládá, že jediným nástrojem pro pomoc je vlastní zkušenost klienta. Rodiče často nepotřebují pomoc sociálních služeb, ale potřebují jiný pohled na své rodičovství, na jeho naplnění a někdy i na změnu prožitku svého dětství.

Rodiče vypravující svůj dětský příběh mohou v rámci dialogického srovnání s potřebami vlastních dětí sledovat a léčit své nenaplněné potřeby. Především však nemusí docházet k dalšímu trans-generačnímu přenosu, ale může dojít k porozumění rodičovství, a tím i ke změně jejich rodičovství. Pro sociální pracovníky se jedná o model sociální pomoci – důvěra ve schopnosti klienta.

## VÝZVA PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI

**N**a nás jako sociálních pracovnících je úkol dokázat hledat tvůrčí cesty k řešení, přistupovat ke své práci nově, opouštět zaběhané modely. Můžeme tímto způsobem pracovat s aktuálními možnostmi rodiny bez nutnosti direktivního přístupu. Je možné, že nebudeme opěvováni organizacemi poskytujícími sociální služby a nebudeme mít podporu pěstounských rodin – v některých případech jim vezmeme klienty, ale na druhou stranu se staneme těmi, kteří doprovází rodiny a děti. Sociální práce dostává nové výzvy a nové možnosti rozvoje, které mohou vznikat na nejnižších patrech sociální práce, a můžeme opustit na principy direktivních přístupů z MPSV a dalších ministerstev.

Rovněž je vhodné si uvědomit, že SPOD v novém pojetí a ve svých přístupech, nám může pomoci v hledání nových přístupů v porozvodové péči o děti a rodiny, ale tento pohled by již byl na jinou kapitolu.



## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ARCZEWSKA, M. 2017. *Dobro dziecka jako podmiot troski społecznej*. 1. Vyd. Kraków, 2017, 528s. ISBN 978-83-7688-462-2
- [2] BECHYŇOVÁ, V. 2012. *Případové konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 158 s. ISBN 978-80-262-0181-6.
- [3] EDITED BY MARY EDNA HELFER, RUTH, S. 1997. *The battered child - 5th ed. rev. and expanded*. 5th ed. rev. and exp. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1997. ISBN 9780226326238.
- [4] FINKELMAN, B. 1995. *Child abuse: a multidisciplinary survey*. New York: Garland Pub., 1995, 10 v. ISBN 081531822710-.
- [5] FOOK, J. 2002. *Social work: critical theory and practice*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 2002. vii, 179 p. ISBN 07-619-7251-X.
- [6] LENDEROVÁ, M. - RÝDL, K. 2006. *Radostné dětství?: dítě v Čechách devatenáctého století*. 1. vyd. Praha: Paseka, 2006, 376 s. ISBN 80-718-5647-9.
- [7] MATĚJČEK, Z. 1994. *Co děti nejvíc potřebují: Eseje z dětské psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994, 108 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-006-5.
- [8] SECKÝ, R. 1926. *Sirotčinec nebo rodina?*, Praha: státní nakladatelství, 1926.
- [9] ŠKOVIERA, A. 2006. *Desať dilem náhradnej výchovy*. Bratislava: Nová Práca, 2006, 96 s. ISBN 8088929814.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] ČERVINKOVÁ-RIEGROVÁ, M. 1887. *Ochrana chudé a opuštěné mládeže: rozhledy po lidumilství v Evropě*. [online]. [cit. 2014.05.20]. Praha 1887, Dostupné na: <http://kramerius.nkp.cz/kramerius/handle/ABA001/10014603>
- [2] HORST, H., JOANKNECHT, L., PAQEE, R. *Příručka pro koordinátory rodinné skupinové konference*. 2010. [online]. [cit. 2015.12.12]. Dostupné na: [http://www.praponadetstvi.cz/files/files/Rodinne-konference\\_prirucka-pro-koordinatory.pdf](http://www.praponadetstvi.cz/files/files/Rodinne-konference_prirucka-pro-koordinatory.pdf).

## PRÁVNÍ NORMY

- [1] Občanský zákoník - č. 89/2012 Sb., dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
- [2] Vyhláška MPSV 473/2012 sb., §6, dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-473#p6>
- [3] Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí, dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>



# THE WORKS OF SOCIAL WORKER IN CHILD PROTECTION SYSTEMS NOWADAY



## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petr Fabián, Ph.D.  
Slezská univerzita v Opavě  
Fakulta veřejných politik  
Ústav veřejné správy a regionální  
politiky  
Bezručovo náměstí 14  
746 01 Opava – předměstí  
e-mail: petr.fabian@fvp.slu.cz

## ABSTRACT

Presented article offers view on nowadays dilemmas of social work within child protection. It describes three major paradigms of child protection in today's world and shows the social workers different views on the system of help that, in the end, are antiopressive and more therapeutic.

## KEYWORDS:

CAN syndrome, child protection,  
narrative approach, children's needs

# VYUŽITÍ BIOLOGICKÉHO KRYTÍ XE-DERMA V LOKÁLNÍ LÉČBĚ U BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

ADÉLA HOLUBOVÁ  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
NEMOCNICE TÁBOR, A.S.

ANDREA POKORNÁ  
MASARYKOVA UNIVERZITA

## ABSTRAKT

Bércový vřed (lat. *ulcus cruris*) je ztráta kožní substance zasahující různě hluboko do podkožních tkání. Jedná se o nehojící se ránu, která přesahuje dobu hojení více jak 6 týdnů. Častěji jsou postiženy ženy, a to 3:1 (žena:muž). Léčba je zdlouhavá a je věnována pozornost hledání nových léčebných postupů. Je-den z nich s využití bezbuněčného sterilního biologického krytu vyrobeného z prasečí kůže je prezentován v rámci našeho příspěvku, přičemž je věnována pozornost doporučené aplikaci.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

bércový vřed, Xe-Derma, bezbuněčný kryt

## ÚVOD

**B**ércový vřed je chronickým a dlouhodobým onemocněním, které často vede k recidivě. Jeho léčba vyžaduje nejen aktivní přístup a spolupráci nemocného, ale také multioborovou spolupráci. Bércový vřed lze definovat jako chronický defekt kůže. Nejčastější příčinou bércového vředu je chronická žilní nedostatečnost, kdy v dolních končetinách dojde k poruše mechanismu žilního návratu. Bércový vřed je typickou známkou pokročilých stádií chronické žilní insuficience. Ulcerace venózního původu jsou způsobené stázou krve, která vede ke zvýšenému žilnímu tlaku a poškození chlopní žilního systému dolních končetin. Stoupající tlak v žilním systému zvyšuje žilní hypertenzi, která brání reabsorpci tekutin z kapilár a postupně vede ke vzniku edému.

Hojení ran je dynamický proces zahrnující interakci mezi buňkami, extracelulární matrix (ECM) a růstovými faktory, vedoucí k obnově tkáně. ECM hraje důležitou roli v regeneraci tkání a je důležitou složkou dermis. Skládá se z proteoglykanů, kyseliny hyaluronové, kolagenu, fibronektinu a elastinu. Zajišťuje strukturální podporu pro buňky. Některé složky ECM se vážou na růstové faktory, s nimiž vytváří zásobník aktivních molekul, které lze rychle mobilizovat po poranění a stimulovat tak buněčnou proliferaci a migraci.

Produkty tkáňového inženýrství mohou být celulární (obsahují živé buňky) nebo acelulární (biologicky inertní). Acelulární mohou být zvířecího nebo lidského původu (během výroby se z materiálu odstraní buňky nebo syntetické či kompozitní, kdy materiál již buňky od začátku neobsahuje).

Xe-Derma je bezbuněčný sterilní biologický kryt vyrobený z prasečí kůže. Po odstranění všech buněk zůstává původní matrix tvořená sítí kolagenních a elastických vláken. Přirozená 3D struktura kolagenních a elastických vláken podporuje migraci buněk do rány, jejich proliferaci, diferenciaci a vytvoření kvalitní, mnohvrstevné, stratifikované neoepidermis. Originální technologie výroby zajišťuje biomechanické vlastnosti podobné lidské kůži. Xe-Derma je registrovaná v rámci Evropské Unie (CE certifikace).

## INDIKACE

**X**e-Dermu lze aplikovat nejen na bércové vředy, ale i na akutní rány jako například popáleniny 2a/2b stupně (krytí odběrových ploch) a dále na popáleniny 3. stupně, jako krytí meshovaných autotransplantátů či dočasné krytí nekrektomovaných ploch před transplantací. Dále ji lze využít na defekty vyžadující re-epitelizaci jako například velké pooperační rány, fasciotomie a rozsáhlé odřenyiny. V neposlední řadě se využívá na neepitelizující chronické rány s granulující čistou spodinou.

Tabulka č. 1 – Výběr vhodné rány a vyřazovací kritéria pro užití krytí Xe-Derma

Strategie výběru vhodné nehojící se rány	Vyřazovací kritéria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fáze granulace</li> <li>• Fáze epitelizace</li> <li>• Minimum fibrinových povlaků</li> <li>• Minimální serózní sekrece</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navalité okraje rány</li> <li>• Střední a vyšší sekrece</li> <li>• Větší množství fibrinových povlaků</li> <li>• Ostrý či nasládlý foetor vulneris</li> <li>• Znamky zánětu</li> <li>• Vlhká nekróza</li> </ul>

## PÉČE O RÁNU PŘED APLIKACÍ KRYTÍ XE-DERMA

- Obklad obkladovým roztokem minimálně na 15 minut
- Debridement defektu (při krvácení – vyčkat na zastavení)
- Ošetření okolí defektu (odstranění krust, šupin...)
- Obklad obkladovým roztokem minimálně na 15 minut
- Dezinfekce kůže - okolí defektu (antiseptický roztok bez jódu)

Tabulka č. 2: Příprava pomůcek k aplikaci krytí Xe-Derma

Příprava nesterilních pomůcek	Příprava sterilních pomůcek (obr. č. 1)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dezinfekce kůže - okolí defektu (antiseptický roztok bez jódu)</li> <li>• Obvazy</li> <li>• Tubifast</li> <li>• Kompresivní elastická obinadla (na jeden bérce dle velikosti končetiny min. 2 obinadla)</li> <li>• Fixační materiál - náplast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aqua pro injekcioně</li> <li>• Xe-derma</li> <li>• Mastný tyl</li> <li>• Čtverce</li> <li>• Pinzeta</li> <li>• Nůžky</li> <li>• Perforovaná rouška</li> <li>• Rukavice</li> <li>• Čepelka + nástavec na skalpel (jednorázový skalpel)</li> </ul>



**Obrázek č. 1:** Sterilní pomůcky nutné k aplikaci krytí Xe-Derma

## POSTUP APLIKACE BIOLOGICKÉHO KRYTÍ XE-DERMA

- Za aseptických podmínek zvlhčete potřebný rozměr Xe-Dermy za pomoci Aqua pro injekce (rozměr Xe-Dermy by měl být vždy větší minimálně o 1 cm než samotný defekt)
- Po zvlhčení Xe-Dermy proveďte meshování (obr. č. 2)
- Po přiložení krytu odstraňte vzduchové bubliny, které mohou vzniknout při samotném přiložení Xe-Dermy
- Přiložte mastný tyl ve dvojité vrstvě (obr. č. 3)
- Přiložte zvlhčené (Aqua pro injekce) sterilní čtverce ve dvojité vrstvě (obr. č. 4)
- Přiložte suché sterilní čtverce (obr. č. 5)
- Zafixujte čtverce obinadlem (obr. č. 6)
- Přiložte tubifast (obr. č. 7)
- Proveďte kompresivní terapii – „trvalou“ – pacient má bandáže 3 dny ve dne i v noci – při dobré toleranci, minimálně 2 krátkotažná obinadla na jeden bérec (obr. č. 8)



**Obrázek č. 2:** Meshování Xe-Dermy



**Obrázek č. 3:** Přiložení mastného tylu ve dvojité vrstvě



**Obrázek č. 4** Přiložení zvlhčených sterilních čtverců ve dvojité vrstvě



**Obrázek č. 5:** Přiložení suchých sterilních čtverců ve dvojité vrstvě



**Obrázek č. 6:** Fixace čtverců za pomoci obinadla



**Obrázek č. 7:** Přiložení tubifastu (bavlněného návleku)



**Obrázek č. 8:** Přiložení kompresivních obinadel

## POSTUP PO APLIKACI XE-DERMY (UDRŽOVACÍ OBDOBÍ)

- Minimalizujte výměnu krytí (nepřevazujte a ponechte defekt v klidu alespoň 3 dny)
- V případě dislokace Xe-Dermy odstraňte zbytky matrixu a aplikujte nový
- Odstraňte okraje Xe-Dermy, které při hojení vyschnou a nadzvednou se (nejčastěji za okrajem defektu)
- Zajistěte adekvátní kompresivní terapii (viz výše)

## KOMPLIKACE PŘI APLIKACI XE-DERMY

Níže uvedené kroky jsou doporučované u následujících komplikací:

**Tabulka č. 3:** Postup v případě komplikace při aplikaci Xe-Dermy

Komplikace	Příznaky	Postup
Infekce	Purulentní sekrece Ostrý či nasládlý foetor vulneris Hyperemie Navalité okraje Bolestivost Zarudnutí v okolí defektu Otok	Odstraňte acelulární matrix, zajistěte kontrolu a hodnocení infekční zátěže (bioburden), po odeznění infekce – vymizení příznaků lokální infekce aplikujte nový matrix
Odloučený nebo dislokovaný matrix	Úplná či částečná non-adherence krytí Xe-derma	Odstraňte matrix, zjistěte příčinu selhání a naneste nový matrix



## ZÁVĚR

V České republice se předpokládá, že bérčovými vředy aktuálně trpí více než 3 % obyvatel starších 18 let. V reálných číslech tato procenta znamenají, že bérčovým vředem je postiženo kolem 150 000 dospělých obyvatel v ČR. Rozsah ulcerace bývá rozdílný, od drobných ulcerací až po semicirkulární či cirkulární plochy zasahující celý bércec. V léčbě defektů je zapotřebí nejen dobrá znalost lokálních přípravků vlhkého/fázového hojení ran, ale také kvalitní kompresivní terapie pomocí elastických obinadel (krátkotažných obinadel v minimálním počtu dvě obinadla na jednu končetinu – dle rozměru lýtky). V neposlední řadě je významná i efektivní spolupráce pacienta a jeho rodiny co se týče dodržování léčebného režimu, pravidelné převazy v domácím prostředí a součinnost s pracovištěm, v němž je realizována léčba. Lokální léčba za pomoci biologického krytí Xe-Derma se dle dosavadních zkušeností jeví jako úspěšná v případě dodržení kritérií k výběru vhodného defektu/rány a dodržení doporučených postupů při péči (zejména po přiložení matrixu). Aplikace Xe-Derma je pacienta hodnocena také s ohledem na snížení bolestivosti. Odborné zdroje uvádějí také antibakteriální účinky, což můžeme potvrdit s ohledem na snížený výskyt infekčních komplikací u námi ošetřených pacientů.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HARDING, K., KIRSNER, R., LEE, D. at all. *International consensus. Acellular matrices for the treatment of wounds. An expert working group review*. London: Wounds International, 2010.
- [2] HERMANS, M: Porcine xenografts vs. (cryopreserved) allografts in the management of partial thickness burns: Is there a clinical difference? *Burns*, 2014. 40 (3), 408-415.
- [3] POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, A. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. 192 s. ISBN: 978-80-247-3371-5.

# THE USAGE OF BIOLOGICAL TEMPORARY SKIN COVER XE-DERMA IN LOCAL LEG ULCERS TREATMENT



## ABSTRACT

Leg ulcer (in latin *ulcus cruris*) is a loss of skin substance that extends deeply into subcutaneous tissues. This is a non-healing wound is typical with prolonged healing time for more than 6 weeks. Women are more likely to be affected, 3 : 1 (female : male). Treatment is lengthy and attention is paid to finding new treatments. One of the new treatment approaches is using acellular sterile biological cover (arteficial pig skin) which is presented in our article. Special attention is given to the recommended application and procedure description.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Adéla Holubová  
Nemocnice Tábor, a.s.  
Ambulance hojení ran  
Kpt. Jaroše 2000  
390 03 Tábor  
e-mail: hojeniran@nemta.cz

doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.  
Masarykova univerzita  
Lékařská fakulta  
Katedra ošetřovatelství  
Kamenice 3  
625 00 Brno  
e-mail: apokorna@med.muni.cz

## KEYWORDS:

leg ulcer, Xe-Derma, acellular dermis

# TEORIE A METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE S PARAFILNÍMI OSOBAMI

JANA NOVOTNÁ  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Parafilie (sexuální deviace) patří mezi poruchy, jež zasahují do mnoha sfér života jedince. Při práci s těmito osobami hraje významnou roli i sociální práce, která se podílí nemalým dílem na pomoci těmto jedincům. Teorie sociální práce jsou jedním z hlavních zdrojů identit sociálních pracovníků, jako takové jsou v praxi široce využívány. Tento příspěvek pojednává o možnostech využití teorií a metod sociální práce při práci s cílovou skupinou parafilních osob.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

teorie sociální práce, metody sociální práce, sociální práce, parafilie

## ÚVOD

**P**roblematika sociální práce s parafrilními osobami dosud v České republice nebyla popsána. Jedná o velmi specifickou oblast, která se dostává do centra pozornosti jak laické, tak i odborné veřejnosti spíše jen zřídka. Tento příspěvek se snaží sumarizovat používané metody a teorie sociální práce používané v praxi při práci s touto cílovou skupinou a toto spektrum rovněž rozšířit o další možné přístupy.

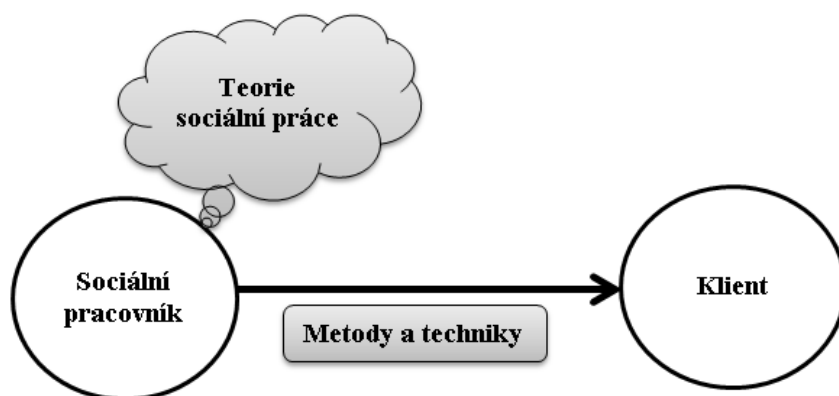
Sociální práce je oborem, který se zabývá pomocí osobám v tíživé situaci. K čemuž využívá široké spektrum metod a přístupů, kterými podporuje u těchto jedinců sociální změnu, řešení interpersonálních konfliktů, podporu při empowermentu (zmocňování) a zrovnoprávňování s cílem zlepšit kvalitu jejich života. K tomuto dochází za využití teorií lidského chování a sociálních systémů.

Sociální práce zasahuje zejména tam, kde se jedinci integrují do společenského prostředí. Všechny činnosti sociální práce jsou založeny na základních principech, kterými je uznávání a ochrana lidských a sociálních práv každého jedince. (Smutek, 2006)

Sociální práce disponuje rozsáhlou škálou metod, které se využívají při práci s různorodou klientelou k řešení vzniklých sociálních problémových situací. Je třeba zdůraznit, že při práci s klientem se vytváří vztah, který má být založen především na oboustranné úctě a respektu. (Lešková, Lojan, 2016)

Metody a teorie v rámci tohoto oboru využívané mají tedy často široké spektrum využití v praxi. Vždy zde hraje významnou roli osoba klienta, jeho problém, ale také aspekty související s osobou sociálního pracovníka.

**Schéma 1:** Teorie a metody sociální práce z pohledu sociálního pracovníka



(Mátel, Shavel, et al., 2014)

## 1. PARAFILIE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE

**Z**a parafilii neboli sexuální deviace je možné považovat chování, které porušuje sexuální normy. Ze sexuologického hlediska lze za normální považovat takové konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, a jež nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození. (Uzel, 2006; Weiss, 2010)

Parafilie je možné rozdělit do dvou velkých skupin a to na deviace v aktivitě a deviace v objektu. Deviace v aktivitě jsou charakterizovány jako poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Mezi hlavní představitele těchto poruch patří voyerismus, exhibicionismus, trotérismus, tušérství, agresivní sadismus, patologická sexuální agresivita, sadomasochismus apod. Deviace v objektu jsou definovány jako kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením sexuální touhy, tedy na jaký objekt je orientována sexuální apetence. Mezi hlavní zástupce tohoto typu deviací patří pedofilie, fetišismus a transvestitismus apod. (Weiss, 2008)

Vnější projevy sexuálních deviací zahrnují pestrou škálu aktivit od neškodného a spíše jen společensky obtížného chování (exhibice, cross-dressing) až po nejnebezpečnější trestné činy proti lidské důstojnosti, zdraví či životu obětí. Společensky nebezpečné sexuální deviace se mohou projevit jako sexuální delikt. (Uzel, 2006; Weiss, 2008)

Obecně tedy sociální práce pomáhá jedincům, kteří mají široké spektrum problémů a nacházejí se v různě závažných životních situacích. V běžné praxi se sociální pracovník vědomě dostane do kontaktu s osobami parafilními jen zřídka. Tento fakt souvisí do značné míry s tím, že incidence těchto poruch ve společnosti není dosud dostatečně zmapována. Předpokládá se, že většina parafilních osob není nikde podchycena. Jedná se tedy o poruchu, jež z tohoto pohledu podléhá velké míře latence. Sociální pracovník se nejčastěji dostává do kontaktu se skupinou parafilních jedinců, která spáchala sexuální delikt. S těmito klienty je možné se setkat v rámci sociální práce například ve vězeňství, probační mediální službě a sexuologických odděleních psychiatrických zařízení.

Z kvalitativního výzkumu zaměřeného na život parafilních osob, vyplynulo, že hlavní náročné životní situace, jimž musí ve svém životě parafilní jedinec čelit je možné rozdělit do tří velkých skupin a to na náročné životní situace související s rodinou a partnerskými vztahy, dále náročné životní situace související se společenským prostředím a v neposlední řadě související s osobními problémy.

Mezi nejvýznamnější náročné životní situace souvisejícími s rodinou se řadí závažné narušení rodinných vztahů, odloučení od rodiny, rozpad rodiny, stigmatizace rodiny a narušení partnerské sexuality.

Náročné situace vycházející ze společenského prostředí souvisí primárně s problematikou zaměstnanosti, společenské stigmatizace jedince, osamocení, narušení vztahů v různých sociálních skupinách, jichž je jedinec členem, apod.

Do sekce osobních problémů je možné zařadit vnitřní konflikty, frustraci, úzkost, strach, výčitky apod. (Novotná, 2017)

Hlavním cílem sociální práce s těmito osobami je efektivní resocializace, minimalizace rizika recidivy těchto jedinců při zachování co nejvyšší kvality jejich života.

## 2. METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE V KONTEXTU JEDINCŮ S PARAFILÍ

V rámci sociální práce je využíváno široké spektrum metod a technik. Metodu sociální práce je možné definovat jako souhrn logických kroků, které sociální pracovník vykonává. Levická (2002) uvádí **dva hlavní přístupy v definování metod sociální práce**:

1. Přístup zaměřený na definování metody sociální práce na základě jejich vnějších atributů.
2. Přístup zaměřený na popis a analýzu jednotlivých dílčích kroků sociálního pracovníka, jež jsou charakteristické pro konkrétní profesionální chování.

Z metod sociální práce patří mezi nejpoužívanější při práci s parafilními jedinci sociální práce s jednotlivcem a skupinová sociální práce. Tyto dvě základní metody sociální práce by bylo možné rozšířit ještě o sociální práci s rodinou, která by v širším kontextu mohla být uplatňována.

### 2.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S JEDNOTLIVCEM

Sociální práce s jednotlivcem patří mezi nejstarší a nejpropracovanější metody sociální práce. Ve skutečnosti se nejedná o jednu metodu, ale o komplex metod, jež jsou zaměřené na práci sociálního pracovníka s jedním klientem. Jejich vlastní podoba je velmi různorodá, vždy závisí na modelu či přístupu, který daný sociální pracovník v případě klienta uplatňuje. (Levická, 2002)

Tato metoda sociální práce se zabývá řešením problémů, které klienta spoutávají a tak omezují jeho schopnost využít svého vnitřního i vnějšího potenciálu. Nejčastěji mohou klientovi problémy vyplývat z prostředí, mezilidských vztahů nebo z oblasti intrapsychické. (Matoušek et al, 2013 a) V teoretické rovině se sociální práce s jednotlivcem zaměřuje primárně na otázky životního cyklu, vlivu rodiny na úspěšnou socializaci jedince, na problematiku chování a možnosti jeho nápravy. (Levická, 2002)

Dle Matouška a kolektivu (2013 b) lze **fáze případové sociální práce** rozdělit takto:

1. hodnocení potřeb klienta, prostředí a interakce mezi klientem a prostředím,
2. plánování služby,
3. poskytování služby,
4. průběžné hodnocení služby a případnou nápravou plánu,
5. závěrečné hodnocení případu.

V percepci praxe jsou očekávání sociální práce směřována k otázkám maximalizace úspěšného řešení individuálních sociálních problémů. (Levická, 2002) V rámci sociální práce s osobami parafilními je tato metoda sociální práce nejčastěji využívanou metodou, neboť sociálnímu pracovníkovi umožňuje intenzivně se zaměřit na aktuální problémy při zachování individuálního přístupu ke každému klientovi. Významným faktorem je i v mnohých ohledech její nízká náročnost (prostorová, technická apod.).

Budayová (2017) poukazuje na stigma, předsudky a nesprávný názor rozšířený mezi veřejností. Právě parafilní jedinci jsou velmi často stigmatizováni. Odborníci pracující s člověkem s jakýmkoliv sociálním problémem musí brát zřetel na riziko primární, ale i sekundární stigmatizace, ke které může dojít i v souvislosti s činností samotného sociálního pracovníka.

## 2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SKUPINOU

Skupinová sociální práce je metodou v rámci níž se skupina osob sdílejících stejné zájmy nebo problémy pravidelně setkává a věnuje se aktivitám směřujícím k dosažení stanovených cílů za podpory sociálního pracovníka.

Cílem skupinové sociální práce je zlepšení kvality života všech členů skupiny a podpora jejich individuálních potřeb. (Mátel, Hardy, Bachyncová Giertlová, 2015)

Sociální pracovník ve skupině může působit v roli facilitátora, terapeuta, konzultanta nebo jako zdroj skupinové aktivity. Velkým přínosem skupinové sociální práce oproti individuální sociální práci je skupinová dynamika, která je významným faktorem skupinové aktivizace. (Matoušek et al., 2013 a)

Při práci s parafilními jedinci se nejvíce používá skupinová terapie, jež je intervenční strategií zaměřenou na pomoc jednotlivcům s duševními problémy nebo problémy se sociální adaptací. Profesionál je zde expertem, jenž si po celou dobu uchovává centrální pozici v pomáhajícím procesu. (Mahrová, Venglářová, 2008)

## 2.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU

V rámci rodinné sociální práce se vychází z předpokladu, že to, co ovlivňuje jednoho člena rodiny, se přenáší i na ostatní členy. Z tohoto pohledu je vnímána celá rodina jako klient sociální práce. (Mátel, Hardy, Bachyncová Giertliová, 2015)

Přestože v klasickém pojetí sociální práce s rodinou je pozornost kladena primárně na ochranu dětí v rodině. V případě parafilních jedinců by se jednalo o zaměření spíše na interpersonální konflikty, poruchy komunikace v rodině, pomoc v souvislosti se stigmatizací rodiny apod.

Především v případě, že se parafilní klient dopustil sexuální delikvence, za níž je nebo byl stíhán, má tato trestná činnost dopady na celou rodinu. Je-li pachatelem člen rodiny, sekundárně jsou vždy postiženi i ostatní členové této rodiny a to jak psychicky, tak i sociálně. (Jedlička, 2004)

Sociální práce s rodinou vyžaduje cílené zaměření na všechny členy rodinného systému, kteří se podílí na odstranění poruch v rodině. Tak, aby mohlo dojít k harmonizaci celého systému rodiny. (Cintulová, Beňo, 2013)

Z tohoto důvodu má sociální práce s rodinou u této cílové skupiny zcela jistě opodstatnění. Problémem realizace této metody v praxi mohou být silně narušené vztahy s rodinou nebo nezájem klienta na této metodě participovat.

## 3. TEORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE V KONTEXTU JEDINCŮ S PARAFILÍ

**T**eorie sociální práce se do praxe aplikují prostřednictvím metod sociální práce. Teorie pomáhá sociálnímu pracovníkovi predikovat nebo popsat jistý fenomén, což umožňuje hlubší porozumění různorodým situacím, problémům, chování a zkušenostem a metoda sociální práce jej instruuje, jak má správně postupovat v rámci daného fenoménu. (Mátel, Shavel, et al., 2014)

Níže uvedené teorie vychází z již v praxi používaných teorií sociální práce při práci s těmito osobami především v oblasti psychiatrické péče, kde je systém práce s těmito osobami nejvíce propracován. Dále byl tento přehled rozšířen o teoretické přístupy, které by bylo možné při sociální práci s těmito osobami rovněž využít, přičemž autorka vychází z výsledků realizované kvalitativní studie zaměřené na život jedinců s parafilii.



## **Teorie vhodné pro uplatnění v rámci sociální práce s parafilními osobami:**

### **A) REALITNÍ TERAPIE**

**V** Glasserově pojetí realistické terapie jde o vytvoření odpovědnosti vůči lidem a obecně vůči realitě, která je popírána. Terapeut zde má pozici tlumočnicka požadavku reality, podporuje konstruktivní způsoby uspokojování dvou základních potřeb a to potřeby při přijetí nejbližším člověkem a potřeby společenského uplatnění.

Cílem je vést klienty k tomu, aby jednali realisticky, zodpovědně a aby byli schopni hodnotit své chování jako správné nebo nesprávné v souladu s platnými normami společnosti. (Matoušek, et al., 2013 b)

Tento přístup je možné využít u parafilních jedinců všude tam, kde se setkáváme s klientem, který porušuje nebo porušil některé ze společenských norem. Sociální pracovník na základě tohoto přístupu umožňuje klientovi přijmout odpovědnost za své činy a vyvarovat se dalšímu porušení společenských norem, které by opět vedly k možným sankcím. Tento přístup je tedy primárně vhodný všude tam, kde sociální pracovník pracuje se sexuálními delikventy (např. vězeňství, sexuologická oddělení psychiatrických zařízení apod.).

### **B) KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TEORIE**

**K**ognitivně-behaviorální teorie se zaměřuje na objektivně měřitelné projevy chování. Terapie jsou relativně krátkodobé a zaměřují se na přítomné problémy. Jedná se o přístup spíše direktivní.

Cílem tohoto přístupu je především změnit chování klienta, které mu brání v úspěšném samostatném psychosociálním fungování a umožnit klientovi kvalifikovanou volbu a orientaci v problému. (Payne, 2014; Mátel, Shavel, et al., 2014)

Kognitivně-behaviorální teorie našla v sociální práci široké uplatnění v mnoha oblastech. V rámci sociální práce s parafilními jedinci může být vhodným prostředkem podporujícím resocializaci jedince. Pod vedením sociálního pracovníka získává klient možnost přehodnotit a změnit modely chování, které mu v jeho životě často dlouhodobě činily závažné problémy a nahradit je vhodnějšími modely chování a to vše v bezpečném prostředí za podpory sociálního pracovníka. Uplatnění tohoto přístupu je vhodné všude tam, kde je možná dlouhodobější intenzivní práce s klientem.

## C) SYSTÉMOVÝ KONCEPT

V rámci systému se sociální práce zabývá interakcí mezi vzájemným působením lidí a jejich prostředím. Klienti jsou součástí systému a řešení jejich problémů je možné jen v rámci tohoto systému.

Mezi hlavní cíle tohoto přístupu patří: zvýšení schopnosti lidí vyřešit a překonávat problémy, zapojit jedince do systémů, které jim poskytnou prostředky, služby a příležitosti v řešení situace. Dále podporovat a zlepšovat působení těchto systémů a v neposlední řadě také přispět k rozvoji zlepšování sociální politiky. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Tento přístup je vhodné použít u parafilních jedinců všude tam, kde je třeba u jedince podpořit rozvoj vlastní odpovědnosti a pomoci mu v pochopení důležitosti systémů, které může při řešení svých problémů využít. Důležité je odstranit velmi častý pocit těchto klientů, že jsou na své problémy úplně sami. Sociální pracovník by měl klientovy pomoci najít systémy podpory a podpořit je ve snaze o zapojení se do nich. Tento přístup je vhodný jak pro institucionální, tak i pro ambulantní služby, které klient využívá (např. poradny). V rámci tohoto přístupu je možné řešit široké spektrum klientových problémů, jako jsou například finanční obtíže, dluhy, nezaměstnanost apod.

## D) PŘÍSTUP ORIENTOVANÝ NA ÚKOLY

Základním východiskem přístupu je vytvořit systematický rámec pro zvládnání různých praktických problémů v klientově životě. Cílem tohoto přístupu je poskytnout strukturovaný rámec, který jedincům odpoví na otázku: Jak zvládnout různé praktické problémy? (Navrátil, 2001)

Tento přístup je opět vhodný k aplikaci při řešení širokého spektra klientových problémů. Parafilní jedinci se potýkají s pestrými škálami problémů, která vždy souvisí se způsobem života daného klienta. Sociální pracovník může na základě tohoto přístupu vést klienta k postupnému řešení vzniklých problémů, které na sebe velmi často navzájem navazují. Podpora, kterou klient získává, vede ke zvýšení sebejistoty klienta a zvýšení jeho motivace postupně zvládat další své problémy. Tento přístup je vhodný tam, kde klient řeší různé praktické problémy jako např. oblast bydlení, zaměstnanosti, řešení osobních závazků klienta apod.

## E) ANTIOPRESIVNÍ PŘÍSTUP

Jedná se o postup užívaný v sociální práci, jenž reaguje na systémové znevýhodňování určitých skupin. Navrhuje řešení těchto situací a prosazuje aktivní účast těch, kterých se věc týká. Jeho využití je možné i při případové práci.

Za základní východisko antiopresivního přístupu se považuje schopnost vnímat diskriminaci a opresi jako základní charakteristiku životní situace, s níž se klienti potýkají. (Thomson, 1997; Matoušek, Kříšťan, 2013)

Parafilní jedinci se ve svém životě s diskriminací a opresí velmi často setkávají. Tato skutečnost, následně často vede ke snížené kvalitě života těchto klientů. Sociální pracovník by měl být citlivý a dobře identifikovat opresi nebo diskriminaci, které je klient vystaven. Tento přístup by při využití v praxi měl vést k zplnomocňování parafilních osob a tím jim umožnit zvýšení kvality jejich života.

#### F) PŘÍSTUP ORIENTOVANÝ NA KLIENTA

**T**ento přístup je orientován na klienta jako jednotlivce, s důrazem na jeho hodnotu a přisuzování účelnosti a racionality podstatě lidské bytosti. Hlavním cílem je, aby klient získal odpovědnost za svůj život. (Navrátil, 2001)

Tento přístup může pomoci parafilním jedincům v přijetí a pochopení sama sebe. Prostřednictvím tohoto přístupu mohou klienti získat nebo zvýšit svou sebedůvěru a sebeúctu. Tento rozvoj jim následně umožní lepší zvládnání náročných životních situací, jimž jsou ve svém životě vystaveni. Tento přístup je vhodný na aplikaci v rámci institucionální péče i při poskytování ambulantních služeb.

#### G) PARTICIPATIVNÍ PŘÍSTUP

**V** rámci tohoto přístupu sociální pracovník podporuje své klienty při nacházení a formulování jejich vlastních potřeb a požadavků či při hledání zdrojů, které jim pomáhají řešit jejich nepříznivou životní situaci. (Matoušek, Kříšťan, 2013) Cílem přístupu je zapojení a zvýšení aktivity klientů při řešení svých problémů.

V rámci mikroúrovně praxe sociální práce lze participativní přístup uplatnit jako způsob práce, který je založen na spolupráci odborníka a neodborníka (klienta). Sociální pracovník pracuje společně s klientem. Tato spolupráce je zplnomocňující interakcí mezi sociálním pracovníkem a klientem, v níž je klient považován za toho, kdo je schopen nalézt řešení své situace, a za toho, kdo je odborníkem na řešení své životní situace.

Na makroúrovni lze participativní přístupy v sociální práci využít v rámci výzkumů zplnomocňujících sociální aktéry k vyjádření jejich názorů a potřeb, které mohou sloužit k podkladovým analýzám pro tvorbu koncepce sociálních politik, a to nejen na lokální úrovni. (Bjelončíková, et al, 2016)

Tento přístup umožňuje parafilním klientům aktivně se zapojit do rozhodování i řešení svých problémů. Tento fakt vede k rozvoji klientovy sebedůvěry a k větší motivaci svou situaci zvládnout.

Všechny výše uvedené teorie je možné při sociální práci s parafilními jedinci využít. Tento výčet není jistě konečný, jeho účelem je sloužit jako námět na další zamyšlení nad tímto tématem. V praxi vždy záleží na individuálním posouzení klienta, jeho problému a situace, v níž se aktuálně klient nachází, ale také cíle, jehož má být touto cestou dosaženo.

## ZÁVĚR

Sociální práce má široké spektrum metod a teorií, které v praxi používá. Rozhodnutí o volbě metody či teorie je vždy na konkrétním sociálním pracovníkovi. Při své volbě by měl sociální pracovník vždy primárně akcentovat individualitu klienta a jeho potřeby. To platí u všech klientů, kteří participují se sociálním pracovníkem. U jedinců trpících parafilii toto platí dvojnásob. Tito jedinci často řeší široké spektrum sociálních problémů od těch intrapersonálních, přes interpersonální problémy až po nezaměstnanost, dluhy apod.

Práce sociálního pracovníka s těmito klienty je velmi náročnou a dlouhodobou. Mezi hlavní metody sociální práce s parafilními jedinci je možné zařadit sociální práci s jednotlivcem, skupinou a rodinou.

V oblasti teorií sociální práce se nachází rozsáhlá škála možností. Mezi hlavní z nich, jež mohou najít uplatnění v praxi při práci s osobami parafilními, patří realitní terapie, kognitivně-behaviorální teorie, systémový koncept, přístup orientovaný na úkoly, antiopresivní přístup, přístup orientovaný na klienta a participativní přístup.

Realitní terapie a kognitivně behaviorální terapie mohou najít své místo všude tam, kde parafilní klient porušuje normy společnosti a potřebuje naučit těmto normám přizpůsobit. Jedná se tedy nejčastěji o sexuální delikvenci, ale také o chování, které vybočuje ze společensky akceptovaných modelů chování a působí tedy klientovy následně obtíže.

Systémový koncept, participativní přístup, přístup orientovaný na úkoly a na klienta najde své uplatnění v případech, kdy klient potřebuje získat podporu a sebedůvěru při aktivním se zapojení do řešení praktických problémů svého života jako je hledání zaměstnání, řešení bytové otázky, dluhů apod.

Volba metod a teorií sociální práce je vždy v gesci sociálního pracovníka, který se rozhoduje na základě individuálních potřeb svého klienta.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BJELONČIKOVÁ, M. GLUMBÍKOVÁ, K. GOJOVÁ, A. GOJOVÁ, V. *Participativní přístupy v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta sociálních studií, 2016. s. 99. ISBN 978-80-7464-851-9.
- [2] BUDAYOVÁ, Z. Proces arteterapie a jej vplyv na dieťa s rodičom so psychickým ochorením. *Štúdie so špeciálnej pedagogiky*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2017, 6 (2): s. 87-101. ISSN 2585-7363.
- [3] CINTULOVÁ, L., BEŇO, P. Zmeny rodinného vnímania v spoločnosti = the changes od family perception in the society. In: *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť*. Prešov: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča, 2013. s. 34-43. ISBN 978-80-89464-23-4.
- [4] JEDLIČKA, R. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 8073120380.
- [5] LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava: VeV s.r.o., 2002. ISBN 9788089074389.
- [6] MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [7] MÁTEL, A. HARDY, BACHYNCOVÁ GIERTLIOVÁ, *Teórie a metódy sociálnej práce II*. 1. vyd. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2015. ISBN 978-80-971445-7-9.
- [8] MÁTEL, A. SHAVEL, M. et al., *Teória a metódy sociálnej práce I.2.* vyd. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2014. ISBN 9788097144524.
- [9] MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013 a). ISBN 978-80-262-0213-4.
- [10] MATOUŠEK, O. KŘIŠŤAN, A. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013 b). ISBN 978-80-262-0366-7.
- [11] NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- [12] NOVOTNÁ, J. Parafílie a jejich zdravotně-sociální aspekty. *Logos Polytechnikos*. 2017, 8, 2, s. 129-136. ISSN 1804-3682.
- [13] PAYNE, M. *Modern Social Work Theory*. 4. ed. New York: Oxford Univerzity press, 2014. ISBN 98765432.
- [14] SMUTEK, M. *Model řešení problému v sociální práci - systémový pohled*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-596-7.
- [15] THOMPSON, N. *Anti-discriminatory practice*. London: Macmillan, 1997, 183 s. Practical social work. ISBN 03-336-9369-8.
- [16] UZEL, R. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-69-5.
- [17] WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7178-634-9.
- [18] WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

# THEORY AND METHODS OF SOCIAL WORK IN THE CONTEXT OF SOCIAL WORK WITH PARAPHILIC PERSONS

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: jana.novotnai@vspj.cz



## ABSTRACT

Paraphilias (sexual deviations) are included among the disorders that affect many spheres of an individual's life. Social work also plays a major role in working with these people, which contributes a lot to helping these individuals. The theory of social work is one of the main sources of the identity of social workers, and is widely used in practice. This post is about the possibilities of using theories and methods of social work when working with the target group of paraphilic persons.

## KEYWORDS:

theory of social work, methods of social work, social work, paraphilias

# EKONOMICKÉ A SOCIÁLNÍ POSTOJE STUDENTŮ VYSOKÝCH ŠKOL V JIHMORAVSKÉM KRAJI K IMIGRAČNÍ POLITICE A INTEGRACI IMIGRANTŮ

MILAN PALÁT  
SOUKROMÁ VYSOKÁ ŠKOLA  
EKONOMICKÁ ZNOJMO



## ABSTRAKT

Imigrační politika a integrace imigrantů s podporou veřejnosti patří mezi základní předpoklady úspěšného řízení migračních toků. Cílem článku je identifikace postojů vysokoškolských studentů ekonomických oborů v Jihomoravském kraji k imigrační politice a k integraci imigrantů, včetně uprchlíků s využitím vlastního dotazníkového šetření. Jen pětina respondentů je přesvědčena, že česká vláda dělá dobrou imigrační politiku v souladu s potřebami země a čtyři pětiny dotazovaných míní, že tato politika by měla být více konzultována s veřejností. Z reakcí dotazovaných ohledně imigrační politiky je zřejmé, že je třeba hledat také společná evropská řešení, ačkoli jejich podpora je v různých oblastech velmi rozdílná. Mezi respondenty panují vysoké obavy o integraci uprchlíků v České republice, kterou tři čtvrtiny z nich považují v současné době za obtížnou. Nadpoloviční většina dotazovaných vnímá imigranty jako cizí element ve společnosti, s jejichž hodnotami a názory není schopna se identifikovat a vznáší

požadavky na vysoký stupeň asimilace imigrantů, kterou zjednodušeně vidí jako jedno z východisek z dané situace.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

imigrace, integrace, imigrační politika, postoje, student

## ÚVOD

**G**lobální ekonomická krize a poté i tzv. krize migrační vedla k vyostření postojů vůči imigrantům. Zvyšující se počet cizinců v České republice klade vysoké požadavky na jejich integraci. Integrace je ovšem dvousměrným procesem a kromě samotných imigrantů je důležité poznávat i postoje veřejnosti a jejich příčiny, protože bez aktivní participace společnosti na integraci cizinců budou tyto snahy neúspěšné. Studie publikované v současné literatuře napovídají, že exkluze a předsudky se začnou projevat, když jsou kolektivní zájmy většinové společnosti (v oblasti ekonomické, kulturní, náboženské aj.) v ohrožení, viz Ceobanu, Escandell (2010). Ovšem existuje jen velmi málo dostupných informací o postojích veřejnosti k imigrantům obecně, ale i přímo k uprchlíkům, o vnímaných hrozbách, o přetrvávajících či nově budovaných předsudcích, a to především mezi mladými lidmi. Proto je v tomto článku zaměřena pozornost právě na postoje studentů vysokých škol a je hodnocen postoj k integraci imigrantů a pohled na směřování imigrační politiky České republiky v rámci Evropské unie.

Cílem článku je identifikace postojů vysokoškolských studentů ekonomických oborů v Jihomoravském kraji k imigrační politice a k integraci imigrantů, včetně uprchlíků. Nejprve jsou zjišťovány postoje k imigrační politice České republiky a Evropské unie. Dále je provedeno dotazování ohledně počtu příchozích imigrantů do České republiky. Následuje zjišťování postojů k uprchlíkům a závěrečná část se zaměřuje na postoje k otázce integrace migrantů v České republice. Prostor je věnován nejen postojům studentů a jejich měření, ale i odhalování existujících předsudků a stereotypů. Již v předchozím příspěvku Palát (2016) identifikuje postoje studentů vysokých škol k imigraci a imigrantům s jejich ekonomickými, sociálními, kulturními a dalšími konotacemi, provádí vyhodnocení individuálního vnímání soužití s různými skupinami osob ve společnosti a vnějších projevů rasismu vůči imigrantům a zaměřuje se také na rozdílné postoje studentů k imigrantům z různých zemí z pohledu potenciálních hrozeb a klíšé i stávajícího počtu imigrantů v České republice. Tento článek jistým způsobem navazuje na výše zmíněný příspěvek a rozšiřuje poznatky o postojích studentů o další témata.

Pro zjištění postojů studentů bylo využito dotazníkového šetření. To proběhlo v roce 2016, a to dvěma formami: fyzické vyplnění tištěného dotazníku a také možnost vyplnění elektronické verze dotazníku uveřejněné online. Díky druhé možnosti se počet respondentů výrazně rozšířil a navíc tím byly odbourány časové náklady na elektronizaci dat, která byla nezbytná pro evaluaci ručně vyplněných dotazníků. Cílovou skupinou dotazníkového šetření byli studenti vysokoškolských oborů ekonomického zaměření. Zúčastnili se ho studenti celkem čtyř veřejných a soukromých vysokých škol v Jihomoravském kraji. Podmínkou zařazení do průzkumu bylo aktivní studium v některém z bakalářských nebo magisterských oborů ekonomického zaměření. Dotazování bylo anonymní, pouze v závěru byli respondenti požádáni o základní demografické údaje ohledně svého věku, pohlaví, vzdělání, občanství, etnicity, a pokud je



to relevantní, tak také svého příchodu do České republiky. Z šetření byly vyřazeny neúplně vyplněné papírové dotazníky. U dotazníků dostupných online byla úplnost zajištěna již elektronickou kontrolou vyplnění otázek, bez níž nebylo možné formulář úspěšně odeslat. Teoretická východiska pro výzkum postojů k imigraci

Empirické průzkumy se staly důležitými pro celou společnost a pomáhají poznávat a zkoumat otázky soužití etnických menšin, kriminality či dalších sociálních patologických jevů již od 30. let 20. století ve Spojených státech a později i v dalších zemích světa. Dnešní témata zahrnují aktuální otázky integrace migrantů, imigrační politiky a postojů veřejnosti k těmto tématům. Směr nazývaný empirismus byl založen na zkušenostech získaných bádáním a především sociálními průzkumy a čerpá již ze staršího směru, kterým byl neopozitivizmus. Prováděné průzkumy byly často dále podporovány snahami získat fakta na základě ověření v praxi, ale také pokusy o odpoutání se od teorie, viz např. Havlík, 1997. To by ovšem nemělo vést k přeceňování empirického materiálu bez respektování dosaženého stupně poznání. Na druhé straně je ale také třeba zdůraznit, že teorie se vytváří procesem poznávání a jeho ověřování v praxi. Získaná zkušenost z konkrétního praktického jednání či postojů lidí pak obohacuje a buduje žádoucí vazbu mezi empirií a teorií. Teorie tedy poté může hrát roli explanační, případně i predikční.

Postoje mladých lidí k imigraci a imigrantům se utvářejí postupně na základě výchovy, vzdělání, osobní zkušenosti i veškerých dalších dostupných informací. Nové přístupy ve výzkumu postojů k imigrantům identifikuje např. Zarate, Quezada,(2012). Výzkum předsudků zahrnuje otázky, které reflektují tzv. realistické a symbolické hrozby vnímané respondenty s ohledem na imigranty, které lze poté dát do souvislostí s otázkami nesnášenlivosti s jinými skupinami ve společnosti, viz např. Schweitzer et al. (2005). Realistické hrozby útočí na blahobyt většinové společnosti. Příkladem takové realistické hrozby je např. tvrzení, že „imigranti získávají ze státního rozpočtu více, než do něj přispívají“ nebo že „imigranti berou pracovní místa rodilým pracovníkům“. Takové obavy často nabývají na intenzitě v době hospodářského propadu, kdy mohou být imigranti, vzhledem k omezeným zdrojům v ekonomice, vnímáni jako hrozba, což se projevuje např. na trhu práce nebo v sociální oblasti, viz Murray et al. (2012).

Symbolické hrozby se týkají vnímaných rozdílů v hodnotách, morálce či identitě většinové společnosti a imigrantů, které nastávají např. v důsledku kulturních či náboženských odlišností. Konkrétním příkladem vnímaných symbolických hrozeb je např. tvrzení, že „imigrace podkopává českou kulturu“. V dosavadním výzkumu předsudků doposud dominují hrozby realistické (Pereira et al., 2010, Mayda, 2006). Je ovšem důležité v průzkumech mnohem více reflektovat i otázky postavené na symbolických hrozbách, což zdůrazňuje např. Ceobanu, Escandell (2010) nebo Stephan et al. (1999), neboť oba typy otázek postavené na zmíněných kategoriích pomáhají komplexně pochopit vnímané hrozby. V neposlední řadě je při šetření postojů k imigrantům vhodné zohlednit též otázku

meziskupinové nesnášenlivosti vyjádřenou např. znepokojením respondenta z kontaktu s jinými skupinami osob. Další pohled zrcadlí postoje ovlivněné předsudky v hodnotící a emocionální rovině kontaktu s imigranty, včetně předsudků rasových. Jeden z možných indikátorů postojů v této oblasti představuje veřejné pronášení rasistických poznámek, které ponižují jiné lidi tím, že se zaměřují na jejich kulturní anebo „rasové“ rozdíly (Gendall et al., 2007). Zpravidla je z takových poznámek cítit víra v podřadnost jiných osob, která bývá podložena různými negativními stereotypy. Pokud by respondenti zahrnutí v šetření ohledně předsudků mohli mít tendenci předkládat spíše společensky žádoucí odpovědi, než přiznat určitý všeobecně neakceptovatelný postoj (např. v otázce rasismu), může být účelnější otázky nasměrovat ne přímo na postoje samotného respondenta, ale na postoje běžné v jeho blízkém okolí. Co se týče členění otázek v dotazníkovém šetření pro zjišťování postojů respondentů k imigraci, mají v nich být reflektovány všechny zásadní kategorie obvyklé v obdobných studiích, viz např. Stephan et al. (1999), Schweitzer et al. (2005), Murray et al. (2012), Palát (2016) apod. Vhodné je volit takovou strukturu otázek, které nejprve směřují na fakta o imigraci cíleně promíšená s různými klišé, dále na osobní zkušenost soužití s imigranty, postoje k počtu imigrantů a rozdíly ve vnímání imigrantů z různých zemí původu.

## VÝSLEDKY

Cílovou skupinou dotazníkového šetření, které proběhlo v roce 2016, byli studenti vysokoškolských oborů ekonomického zaměření z celkem čtyř veřejných a soukromých vysokých škol v Jihomoravském kraji. Po vyřazení neúplných dotazníků dosáhl finální počet respondentů počtu 401 osob, z toho 247 žen a 154 mužů. 95,5 % dotazovaných osob bylo ve věku 19–30 let. Co se týče etnické příslušnosti, 373 respondentů se identifikovalo jako Češi (93 %), 8 jako Moravané (2 %), dále se dotazování zúčastnilo 14 Slováků (3,5 %), 3 Ukrajinci (0,75 %). 2 Poláci (0,5 %) a jeden Rus (0,25 %). Některé osoby uvedly etnickou příslušnost dvojí: českou i slovenskou (4 osoby) a českou a vietnamskou (1 osoba). Výsledky dotazníkového šetření jsou rozděleny do oddílů s důrazem na hlavní témata výzkumu. Nejprve jsou řešeny postoje k imigrační politice České republiky a Evropské unie, dále je provedeno dotazování ohledně počtu příchozích imigrantů do České republiky a následuje zjišťování postojů k uprchlíkům. Poslední část se zaměřuje na postoje k otázce integrace migrantů v České republice obecně.

V Tab. 1 byly zjišťovány postoje studentů k imigrační politice České republiky a Evropské unie. Otázky jsou často položeny více způsoby, kdy jejich formulace vyznívá pozitivně či negativně, včetně různých klišé. Toto střídání udržuje vyšší pozornost respondentů a zabraňuje zkratkovitému čtení a odpovídání na otázky. Jen přibližně pětina respondentů je přesvědčena, že česká vláda dělá dobrou imigrační politiku v souladu s potřebami země. Přibližně 83 % respondentů oproti tomu míní, že imigrační politika by měla být více konzultována s veřejností. Přes 59 % respondentů

nesouhlasí s imigrační politikou umožňující přivést imigrantům své rodinné příslušníky do České republiky, tedy např. s politikou slučování rodin. Více než 53 % respondentů nesouhlasí s rozvojem politik na podporu multikulturalismu. S dlouhodobější pomocí novým imigrantům (po dobu pěti let) nesouhlasí přibližně 65 % respondentů a přes 58 % dotazovaných studentů je přesvědčeno, že vláda by měla podporovat repatriaci imigrantů zpět do jejich zemí. V otázce repatriací se pravděpodobně velmi výrazně projevila i neznalost daného typu politiky či samotného termínu, a na otázku odpovědělo „nevím“ přes 31 % respondentů.

Z reakcí dotazovaných ohledně imigrační politiky je také zřejmé, že je třeba hledat i společná evropská řešení, ačkoli jejich podpora je v různých oblastech velmi rozdílná. Potřebnost společné kontroly hranic v rámci Evropské unie uvádí 91,3 % z nich. Společnou azylovou politiku ale již podporuje jen necelá polovina respondentů (48,4 %) a několikrát prosazované přerozdělování uprchlíků v rámci celé Evropské unie s využitím systému kvót podporuje jen přibližně čtvrtina respondentů. Z reakcí respondentů v části dotazníkového šetření, které probíhalo fyzicky v papírové formě lze usuzovat, že u těchto dvou otázek se v odpovědích velmi prolínají postoje k imigrantům obecně s postoji k uprchlíkům, což je ovšem situace, se kterou se často setkáváme nejen v této skupině respondentů a je důsledkem mediální převahy informací o uprchlících oproti jiným formám mezinárodní migrace. Toto zaměňování významu pojmů uprchlík a imigrant je zcela zřejmé i z odpovědí na otázku týkající se zdraví migrantů a je možné, že se projevuje i v otázce ohledně žádoucího počtu nově příchozích imigrantů do České republiky. Téměř 90 % respondentů se přiklání k názoru, že všichni imigranti by před povolením k pobytu v České republice měli být testováni na tuberkulózu a žloutenku. A to paradoxně přesto, že většina migrantů do České republiky přichází z vyspělých zemí a nejedná se o uprchlíky. U imigrantů nemocných HIV/AIDS je více než 55 procent respondentů přesvědčeno, že by takovým imigrantům neměl být povolen v České republice pobyt. Je tedy zřejmé, že i tato problematika pro dotazované představuje velmi citlivé téma.

**Tab. 1:** Postoje studentů k imigrační politice České republiky a Evropské unie (v % z celkového počtu respondentů)

<b>IMIGRAČNÍ POLITIKA</b>	<b>Souhlasím</b>	<b>Nesouhlasím</b>	<b>Nevím</b>
Česká vláda dělá dobrou imigrační politiku v souladu s potřebami země.	19,7	57,4	22,9
Imigrační politika by měla být více konzultována s veřejností.	83,1	11,7	5,2
Žadatelům o azyl, kteří trpěli politickým útlakem v jejich vlastní zemi, by mělo být umožněno zůstat na území České republiky.	44,6	32,2	23,2
Vláda by měla být odpovědná za pomoc novým imigrantům po dobu přibližně pěti let po jejich příjezdu.	19	65,1	15,9
Imigrantům by mělo být umožněno, aby přivedli své rodinné příslušníky do ČR.	18,2	59,6	22,2
Vláda by měla rozvíjet politiky na podporu multikulturalismu.	27,2	53,4	19,4
EU potřebuje společnou azylovou politiku.	48,4	34,4	17,2
Uprchlíci by měli být přerozděleni v rámci celé EU s využitím systému kvót.	24,2	59,1	16,7
V rámci EU je potřebná společná kontrola hranic.	91,3	4,2	4,5
Vláda by měla podporovat repatriaci imigrantů zpět do jejich zemí.	58,4	9,7	31,9
Všichni imigranti by před povolením k pobytu v České republice měli být testováni na tuberkulózu a žloutenku.	89,6	4,2	6,2
Žádným imigrantům s HIV/AIDS by neměl být povolen pobyt v České republice.	55,6	27,7	16,7

Zdroj: vlastní zpracování

V Tab. 2 je uveden názor respondentů ohledně počtu nově příchozích imigrantů. Přibližně dvě třetiny dotazovaných si myslí, že by se počet imigrantů přicházejících do České republiky měl snížit, a to i přesto, že data ohledně imigrace či podílu cizinců na populaci jsou v porovnání s vyspělými zeměmi Západní Evropy doposud velmi nízká a Česká republika se vyhnula i obrovská uprchlická vlna v minulých dvou letech.

**Tab. 2:** Hodnocení počtu příchozích imigrantů do České republiky (v % z celkového počtu respondentů)

	Výrazně zvýšit	Mírně zvýšit	Zůstat stejný	Mírně snížit	Výrazně snížit	Nevím
<b>Počet imigrantů přicházejících do České republiky by se měl:</b>	0,5	7,2	19	20,7	44,1	8,5

Zdroj: vlastní zpracování

V Tab. 3 jsou prezentovány postoje studentů k uprchlíkům. S tvrzením, že žadatelům o azyl, kteří trpěli politickým útlakem v jejich vlastní zemi, by mělo být umožněno zůstat na území České republiky, souhlasí více než 44 % respondentů, viz. Tab 1. To je poměrně překvapivé, protože další odpovědi v Tab. 3 již nevyznívají tak příznivě. Pomoc uprchlíkům považuje za etický závazek České republiky pouze 36,2 % respondentů. Předchozí integraci uprchlíků považovalo za bezproblémovou jen 28,4 % dotazovaných. Naopak 74,6 % respondentů tvrdí, že je současná integrace uprchlíků v České republice obtížná. Necelých 80 % respondentů vnímá uprchlíky jako značné ohrožení bezpečnosti, vč. terorismu. Téměř 59 % se domnívá, že většina uprchlíků v České republice hledá pouze vysoké sociální dávky a vyšší mzdy. Přes 48 % je přesvědčeno, že uprchlíci představují vyšší zátěž pro sociální systém než ekonomičtí migranti.

I z hlediska individuálního soužití jsou respondenti znepokojeni mnohem více uprchlíky než ekonomickými imigranty (Palát, 2016). Zároveň mají respondenti obavy z nedostatečných kapacit pro žadatele pro azyl a spojených vysokých nákladů pro český stát (42,6 %). Celá čtvrtina respondentů zcela odmítá, aby bylo uprchlíkům umožněno v České republice vůbec setrvat, přibližně 61 % dotazovaných souhlasí s dočasným setrváním a jen 8,5 % souhlasí s jejich trvalým setrváním. Postoje k uprchlíkům jsou v současnosti ovlivněny velmi negativním mediálním obrazem nezvládnuté uprchlické krize v Evropě i nedostatečnou informovaností o problematice migrace a azylu obecně, kdy tato témata nebyla většinou součástí vzdělávání na českých středních ani vysokých školách. To se postupně mění,

a proto bude zajímavé sledovat změny v těchto postojích v dalších letech případně je i porovnávat s postoji v jiných zemích.

**Tab. 3:** Postoje studentů k uprchlíkům (v % z celkového počtu respondentů)

<b>Uprchlíci</b>	<b>Souhlasím</b>	<b>Nesouhlasím</b>	<b>Nevím</b>
Pomoc uprchlíkům je etickým závazkem České republiky.	36,2	49,9	13,9
Dostupné zdroje a kapacity pro žadatele o azyl jsou nízké.	42,6	24,5	32,9
Uprchlíci představují vyšší zátěž pro sociální systém než ekonomičtí migranti.	48,4	23,2	28,4
Většina uprchlíků zde hledá pouze vysoké sociální dávky a vyšší mzdy.	58,4	23,9	17,7
Předchozí integrace uprchlíků v České republice byla bezproblémová.	28,4	26,9	44,7
Současná integrace uprchlíků v České republice je obtížná.	74,6	10,2	15,2
Uprchlíci představují značné ohrožení bezpečnosti, vč. terorismu.	79,8	13	7,2

	<b>Trvale</b>	<b>Dočasně</b>	<b>Nikdy</b>	<b>Nevím</b>
<b>Uprchlíkům by mělo být umožněno v České republice setrvat</b>	8,5	61,1	25,2	5,2

Zdroj: vlastní zpracování

Z odpovědí na řadu otázek je fakticky zřejmé, že informovanost respondentů je v řadě oblastí značně omezená. Například více než 44 % respondentů nedokáže zhodnotit, jaká byla integrace uprchlíků v České republice v předchozích letech. To může být dáno i tím, že migrace v minulosti v České republice nepatřila mezi mediálně příliš sledovaná témata a informovanost se zlepšuje až v posledních několika letech. Na současnou situaci ohledně integrace uprchlíků v České republice tak nemá jasný názor již jen 15,2 % respondentů.

V Tab. 4 jsou uvedeny postoje studentů k otázce integrace migrantů. Drtivá většina respondentů (96,3 %) je přesvědčena, že imigranti by se měli co nejdříve po svém příchodu naučit přizpůsobit se pravidlům a normám společnosti. Velmi vysokou podporu u respondentů mělo tvrzení, že imigranti by měli přijímat místní způsoby chování (84,3 %). Celých 81 % respondentů dokonce požaduje plné přizpůsobení nově příchozích imigrantů. Integrace migrantů je ovšem obousměrný proces, na kterém se podílejí jak imigranti, tak i lidé již žijící v cílové zemi. Tvrzení, že rodilí obyvatelé si musejí zvyknout na stále více multikulturní společnost, respondenty rozděluje na dvě podobně početné skupiny, kdy nesouhlas byl zaznamenán u 47,4 % a souhlas u 44,1 % respondentů.

**Tab. 4:** Postoje studentů k otázce integrace migrantů (v % z celkového počtu respondentů)

<b>Integrace imigrantů</b>	<b>Souhlasím</b>	<b>Nesouhlasím</b>	<b>Nevím</b>
Imigranti by se měli co nejdříve po svém příchodu naučit přizpůsobit se pravidlům a normám společnosti.	96,3	3	0,7
Rodilí obyvatelé si musejí zvyknout na stále více multikulturní společnost.	44,1	47,4	8,5
Imigranti by neměli přijímat místní způsoby chování.	13,2	84,3	2,5
Imigranti by se měli plně přizpůsobit většinové společnosti.	81	13,5	5,5

<b>Hodnoty a názory imigrantů, pokud jde o:</b>			
práci, jsou v podstatě velmi podobné rodilým obyvatelům.	16,4	57,9	25,7
morální a náboženské otázky, jsou neslučitelné s rodilými obyvateli.	61,3	23,2	15,5
rodinné otázky, jsou v podstatě velmi podobné rodilým obyvatelům.	19,4	57,9	22,7
sociální vztahy, nejsou slučitelné s rodilými obyvateli.	50,4	30,2	19,4

Zdroj: vlastní zpracování



Druhá část Tab. 4 se věnuje vnímání odlišností v hodnotách a názorech migrantů oslovenými respondenty. Většina respondentů považuje hodnoty a názory imigrantů za velmi odlišné v porovnání s rodilými obyvateli. Nejvýrazněji jsou tyto rozdíly vnímány v morálních a náboženských otázkách (61,3 %), dále v otázkách pracovních a rodinných (shodně 57,9 %) a také v oblasti sociálních vztahů (50,4 %). Z výsledků je zřejmé, že nadpoloviční většina respondentů vnímá migranty jako cizí element ve společnosti, s jejichž hodnotami a názory není schopna se identifikovat, a tak vznáší požadavky na asimilaci imigrantů, kterou zjednodušeně vidí jako jedno z možných východisek z dané situace.

## ZÁVĚR

Cílem článku byla identifikace postojů vysokoškolských studentů ekonomických oborů v Jihomoravském kraji k imigrační politice a k integraci imigrantů, včetně uprchlíků s využitím vlastního dotazníkového šetření. Nejprve byly zjišťovány postoje studentů k imigrační politice České republiky a Evropské unie. Jen přibližně pětina respondentů je přesvědčena, že česká vláda dělá dobrou imigrační politiku v souladu s potřebami země a čtyři pětiny dotazovaných míní, že tato politika by měla být více konzultována s veřejností. Více než polovina respondentů nesouhlasí s rozvojem politik na podporu multikulturalismu a ještě vyšší procento dotazovaných je dokonce přesvědčeno, že vláda by měla podporovat repatriaci imigrantů zpět do jejich zemí. Z reakcí dotazovaných ohledně imigrační politiky je také zřejmé, že je třeba hledat i společná evropská řešení, ačkoli jejich podpora je v různých oblastech velmi rozdílná. Potřebnost společné kontroly hranic v rámci Evropské unie uvádí drtivá většina z nich. Společnou azylovou politiku ale již podporuje jen necelá polovina respondentů a opakovaně prosazované přerozdělování uprchlíků v rámci Evropské unie s využitím systému kvót podporuje jen přibližně čtvrtina dotazovaných. Z reakcí respondentů lze usuzovat, že v řadě otázek se v odpovědích velmi prolínají postoje k imigrantům obecně s postoji k uprchlíkům, což je ovšem situace, se kterou se často setkáváme nejen v této skupině respondentů a je důsledkem mediální převahy informací o uprchlících oproti jiným formám mezinárodní migrace. Zaměňování významu pojmů uprchlík a imigrant je zřejmé z odpovědí na řadu otázek a je možné, že se projevuje i v otázce ohledně počtu nově příchozích imigrantů do České republiky.

Přibližně dvě třetiny dotazovaných si myslí, že by se počet imigrantů přicházejících do České republiky měl snížit, a to i přesto, že data ohledně migrace či podílu cizinců na populaci jsou v porovnání s vyspělými zeměmi Západní Evropy doposud velmi nízká a České republice se vyhnula i obrovská uprchlická vlna v minulých dvou letech. Devět z deseti respondentů se přiklání k názoru, že všichni imigranti by před povolením k pobytu v České republice měli být testováni na tuberkulózu a žloutenku. A to přesto, že většina migrantů do České republiky přichází z vyspělých zemí s nízkým výskytem těchto chorob a nejedná se o uprchlíky. U imigrantů nemocných HIV/AIDS je více než polovina



respondentů přesvědčena, že by takovým osobám neměl být povolen v České republice pobyt. Je tedy zřejmé, že i problematika zdraví pro dotazované představuje velmi citlivé téma.

Dále bylo provedeno zjišťování postojů přímo k uprchlíkům. Přes 44 % respondentů souhlasí s tvrzením, že žadatelům o azyl, kteří trpěli politickým útlakem v jejich vlastní zemi, by mělo být umožněno zůstat na území České republiky. Ale zároveň panují vysoké obavy o současnou integraci uprchlíků v České republice, kterou tři čtvrtiny respondentů považují za obtížnou. Čtyři pětiny respondentů vnímají uprchlíky dokonce jako značné ohrožení bezpečnosti, včetně rizik terorismu. I z hlediska práce a individuálního soužití jsou respondenti znepokojeni mnohem více uprchlíky než ekonomickými imigranty. Zároveň mají obavy z nedostatečných kapacit pro žadatele pro azyl a spojených vysokých nákladů pro český stát. S trvalým setrváním uprchlíků na území České republiky souhlasí jen 8,5 % dotazovaných.

Postoje k uprchlíkům jsou v současnosti velmi ovlivněny negativním mediálním obrazem „uprchlické krize“ v Evropě i nedostatečnou informovaností o problematice migrace a azylu obecně, kdy tato témata nebyla většinou součástí vzdělávání na českých středních ani vysokých školách. To se postupně mění, a proto bude zajímavé sledovat změny v těchto postojích v dalších letech případně je i porovnávat s postoji v jiných zemích. Z odpovědí na řadu otázek je zřejmé, že informovanost respondentů je v řadě oblastí značně omezená. Například více než 44 % respondentů nedokáže zhodnotit, jaká byla integrace uprchlíků v České republice v předchozích letech. To může být dáno i tím, že migrace v minulosti v České republice nepatřila mezi mediálně příliš sledovaná témata a informovanost v této oblasti se zlepšuje až v posledních několika letech. Na současnou situaci ohledně integrace uprchlíků v České republice nemá jasný názor již jen přibližně 15 % dotazovaných.

Další část článku se věnovala postojům respondentů k integraci migrantů v České republice obecně. Drtivá většina respondentů je přesvědčena, že imigranti by se měli co nejdříve po svém příchodu naučit přizpůsobit pravidlům a normám společnosti. Velmi vysokou podporu u respondentů mělo tvrzení, že imigranti by měli přijímat místní způsoby chování a čtyři pětiny respondentů dokonce požadují plné přizpůsobení nově příchozích imigrantů. Většina respondentů tak považuje hodnoty a názory imigrantů za velmi odlišné v porovnání s rodilými obyvateli. Nejvýrazněji jsou tyto rozdíly vnímány v morálních a náboženských otázkách, dále v otázkách pracovních a rodinných a též v oblasti sociálních vztahů.

Exkluze a předsudky se obecně začínají projevovat, pokud se kolektivní zájmy většinové společnosti v oblasti ekonomické, kulturní, sociální, náboženské a jiné, dostávají do jistého pocítovaného ohrožení. Z výsledků je zřejmé, že nadpoloviční většina respondentů vnímá migranty jako naprosto cizí element ve společnosti, s jejichž hodnotami a názory není

schopna se identifikovat. Proto vznáší požadavky na vysoký stupeň asimilace imigrantů, kterou zjednodušeně vidí jako jedno z východisek z dané situace. V souvislosti s imigrací zde rezonuje převážně téma uprchlíků, ačkoli samotná imigrace představuje téma mnohonásobně obsáhlejší. Výsledky poukazují také na fakt, že zjišťované postoje mladých lidí se nyní utvářejí převážně na základě zkratkovitých informací z médií. To s sebou nese značné výzvy nejen pro vytváření vyváženého obrazu dané problematiky v médiích i jinde, ale i esenciální nezbytnost komplexně podpořit informovanost ve společnosti a zajistit adekvátní vzdělávání v této oblasti na všech úrovních vzdělávacího systému.

### **Prohlášení**

Výsledky uvedené v článku jsou součástí řešení VGS 2018K01 Analýza vztahů a vazeb mezi podniky, zákazníky, veřejnou správou a občany.

### **POUŽITÉ ZDROJE**

- [1] Ceobanu, A. M., Escandell, X. (2010). Comparative analyses of public attitudes toward immigrants and immigration using multinational survey data: A review of theories and research. *Annual Review of Sociology*, 36, 309–328. ISSN 0360-0572.
- [2] Gendall, P. et al. (2007). *The Attitudes of New Zealanders to Immigrants and Immigration: 2003 and 2006*. New Settlers Programme. ISBN 0-9582511-8-5.
- [3] Havlík, R. *Úvod do sociologie*. Praha : Karolinum, 1997. 113 s. ISBN 80-7184-139-0.
- [4] Mayda, A. M. (2006). Who is against immigration? A cross-country investigation of individual attitudes toward immigrants. *The Review of Economics and Statistics*, 88, 510–530. ISSN 0034-6535.
- [5] Murray, K. E. et al. (2012). Attitudes Toward Unauthorized Immigrants, Authorized Immigrants, and Refugees. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 19 (3), 332–341. ISSN 1099-9809.
- [6] Palát, M. (2016). Postoje studentů vysokých škol v Jihomoravském kraji k imigrantům. In XIX. mezinárodní kolokvium o regionálních vědách. Sborník příspěvků. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2016, s. 923-930. ISBN 978-80-210-8273-1.
- [7] Pereira, C. et al. (2010). From prejudice to discrimination: The legitimizing of perceived threat in discrimination against immigrants. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1231–1250. ISSN 1099-0992.
- [8] Schweitzer, R. et al. (2005). Attitudes toward refugees: The dark side of prejudice in Australia. *Australian Journal of Psychology*, 57, 170–179. ISSN 0004-9530.
- [9] Stephan, W. G. et al. (1999). Prejudice towards immigrants. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2221–2237. ISSN 1559-1816.
- [10] Zarate, M. A., Quezada, S. A. (2012). Future Directions in Research Regarding Attitudes Toward Immigrants. *Analyses of Social Issues and Public Policy*. 12(1), 160-166. ISSN 1530-2415.

# ECONOMIC AND SOCIAL ATTITUDES OF UNIVERSITY STUDENTS IN THE SOUTH MORAVIAN REGION TOWARDS IMMIGRATION POLICY AND INTEGRATION OF MIGRANTS

## ABSTRACT

Immigration policy and immigrant integration with public support are among the basic prerequisites for a successful managing of migration flows. This paper aims to identify attitudes of university students of economic degree courses in the South Moravian region towards immigration policies and integration of immigrants, including refugees and using own survey. Only a fifth of respondents are convinced that the Czech government is doing a good immigration policy in line with the needs of the country, and four-fifths of respondents say that this policy should be more closely consulted with the public. From the responses of respondents regarding immigration policy it is obvious that it is necessary to search also for common European solutions, though their support in different areas varies significantly. Among the respondents, there are great concerns about the integration of refugees in the Czech Republic and three-quarters of them consider current integration to be difficult.

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. Ing. Milan Palát, Ph.D.  
Soukromá vysoká škola ekonomická  
Znojmo  
Loucká 21  
669 02 Znojmo  
e-mail: palat.milan@svse.cz



An absolute majority of respondents perceive immigrants as a foreign element in the society, they are not able to identify themselves with their values and beliefs and raise demands for a high level of assimilation of immigrants that they simply see as one of the ways out of this situation.

## KEYWORDS:

immigration, integration, immigration policy, attitudes, student

# VYUŽÍVÁNÍ DÁVEK V HMOTNÉ NOUZI ZE STRANY OSOB ŽIJÍCÍCH V SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝCH LOKALITÁCH

DAVID URBAN  
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ  
JIHLAVA



## ABSTRAKT

Předložený článek prezentuje výsledky vlastní výzkumné sondy, jejímž cílem bylo na základě polostrukturovaných, kvalitativních rozhovorů popsat zkušenosti obyvatel žijících v sociálně vyloučených lokalitách s Úřadem práce ČR, specificky pak s ohledem na dávky v hmotné nouzi. Autor článku popisuje, s jakými obtížemi se oslovení respondenti při vyřizování dávek potýkají, případně co hodnotí na daném systému pozitivně. Respondenti se rekrutovali z řad obyvatel sociálně vyloučených lokalit (pro identifikaci těchto lokalit byla použita Mapa sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit v ČR, přičemž dalším kritériem byla etnická příslušnost respondenta; respondent musel kladně zodpovědět otázku, zda se považuje za Roma).

V rámci získaných rozhovorů bylo identifikováno a popsáno celkem pět obtíží, se kterými se oslovení respondenti setkávají (kategorie: Obtížná dostupnost na Úřad práce ČR, Špatná orientace v možnostech nabízené pomoci, Nerovné podmínky v dostupnosti pomoci v hmotné nouzi, Problematika administrativního vyřízení dávek, Nedůvěra v pracovníky a negativní hodnocení kontrol a sankcí), a také dvě pozitivní situace (Ochotný přístup ze strany úředníků/úřednic, Účelná pomoc). Výsledky jsou dále v textu prezentovány formou komentářů, doplněných o přímé výpovědi respondentů.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

sociální politika, sociální vyloučení,  
sociálně vyloučené lokality, dávky  
v hmotné nouzi

## ÚVOD A TEORETICKÉ VYMEZENÍ

Systém pomoci v hmotné nouzi upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů a další právní předpisy, zejména zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi. Jedná se o formu pomoci osobám s nedostatečnými příjmy, motivující tyto osoby k aktivní snaze zajistit si prostředky k uspokojení životních potřeb, za předpokladu, že každá osoba, která pracuje, se musí mít lépe než ta, která nepracuje, popřípadě se práci vyhýbá (Ministerstvo práce a sociálních věcí, [www.mpsv.cz/cs/5](http://www.mpsv.cz/cs/5)). Je jedním z opatření, kterými Česká republika bojuje proti sociálnímu vyloučení a patří mezi dávky, kterými se řeší pomoc v hmotné nouzi; řadíme sem příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádnou okamžitou pomoc (Ministerstvo práce a sociálních věcí, [www.mpsv.cz/cs/5](http://www.mpsv.cz/cs/5)).

Při pohledu do veřejných diskuzí na téma využívání/zneužívání dávek pomoci v hmotné nouzi se setkáváme s celou řadou námětů a zkušeností diskutujících nad tímto tématem. U dávek pomoci v hmotné nouzi je problémem skutečnost, že dávky nejsou občas využívány k účelu, na který jsou poskytovány a neslouží tak pouze k úhradě nezbytných základních potřeb (potraviny, hygienické potřeby, oblečení) a úhradě nákladů spojených s bydlením, ale občané z nich pořizují např. i alkohol a cigarety nebo získané finanční prostředky utrácí v hernách apod. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11677/priloha.pdf>). Ve výše citovaném textu je dále uvedeno, že u dávek mimořádné okamžité pomoci je v praxi obtížně uhlídat, zda osoba prostředky skutečně využila k účelu, na který byla dávky poskytnuta; případně pak u dávek pomoci v hmotné nouzi obecně platí, že vyčíslený případný přeplatek na tyto dávky získá úřad zpět jen velice obtížně vzhledem k tomu, že přeplatek často není z čeho strhávat (Ministerstvo práce a sociálních věcí, <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11677/priloha.pdf>).

V odborných diskurzích je pak diskutován a prezentován i další pohled na celou situaci - na pracovníky Úřadu práce, kdy např. Hiekischová (2015) popisuje nesnadnou úlohu a bezmoc pracovníků u agendy hmotné nouze na Úřadu práce když uvádí, že v praxi dochází ke kombinování přístupů, kdy tlak na pracovníka z vedení organizace na dodržování organizačních, legislativních, ekonomických či politických priorit a zároveň snaha o osobní přístup respektující individualitu klienta způsobují tlaky a dilemata pracovníka – ten pak řeší, jakým způsobem s klientem pracovat, zda zaujmout jednostranný, či symetrický přístup ke klientovi, zda pracovat s klienty dle jasně daných a stanovených postupů, nebo řešit jeho problémy individuálně a specificky, atd. (Hiekischová, 2015). Tyto a další situace pak mohou ovlivňovat skutečný, případně klienty pocíťovaný přístup ze strany sociálního pracovníka.

Ve svém článku jsem se však na celou otázku podívat ale jiným pohledem, tedy pohledem žadatelů o dávky v hmotné nouzi, přičemž jsem se zaměřil na zkušenosti osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách. Specificky mě zajímala zkušenost romské cílové skupiny žijící v těchto lokalitách. Výběr této cílové skupiny byl záměrný, jednak jsem měl k těmto respondentům díky předchozím terénním výzkumům snazší přístup. Dále také během předešlých výzkumů jsem měl možnost postřehnout několik připomínek vztahujících se právě k tématu zkušeností s Úřadem práce a s dávkami v hmotné nouzi.

Dalším podnětem pro tuto sondu byla ta skutečnost, že makroúroveň sociální opory, do které bychom dle Křivohlavého (2009) mohli řadit širší komunitu, stát a instituce, tedy např. i Úřad práce, byla ve výzkumu Kajanové, Urbana (2011) vnímána ze strany dotazovaných romských klientů negativně. Ti uváděli, v souladu i s výsledky této sondy, kladné vnímání mikro, případně i mezóúrovně (užší a širší rodina, romská komunita), oproti negativnímu postoji vůči státním institucím.

S ohledem na tyto výše popisované skutečnosti jsem se rozhodl na dané téma zrealizovat vlastní výzkumné šetření (sondu do dané problematiky), které si určitě neklade ambice výsledky generalizovat (což s ohledem na množství posbíraných rozhovorů není ani možné), nabízí ale výsledky a informace, které by mohly sloužit jako předstupeň pro další výzkumné šetření.

## METODIKA SBĚRU A VYHODNOCENÍ DAT

V rámci realizované sondy byli osloveni obyvatelé žijící v sociálně vyloučených lokalitách, přičemž pro identifikování sociálně vyloučené lokality byla použita Mapa sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit v ČR. V rámci dostupnosti byli osloveni obyvatelé žijící v sociálně vyloučených lokalitách v Jihočeském kraji (Písek, České Budějovice, Větřní) – jednak byli pro tazatele místně a časově dostupní a jednak zde má tazatel a autor článku kontakty na respondenty díky již dříve realizovaným výzkumným šetřením. Tato skutečnost (již dříve navázaná vzájemná důvěra) mohla pozitivně ovlivnit validitu získaných informací.

Mezi respondenty se zařadily ty osoby, které se hlásí k romské cílové skupině (kladně odpověděli na otázku, zda se považují za Romy). Celkem byly rozhovory realizovány se 14 respondenty, přičemž kontakt na prvního respondenta vycházel z osobní známosti respondenta ze strany tazatele. Další respondenti se již rekrutovali z řad doporučení ze strany osloveného respondenta. Rozhovory byly ukončeny ve chvíli, kdy se výpovědi začaly významně opakovat.

Sběr dat probíhal kvalitativní metodou, formou polořízených rozhovorů, kdy respondenti byli vyzváni k tomu, aby popsali své osobní zkušenosti a postoj k Úřadu práce a k dávkám v hmotné nouzi – s jakými pozitivy a negativy se setkávají.

Rozhovory byly zaznamenávány formou terénních poznámek, ze kterých vznikly níže prezentované kategorie, doplněné o vlastní komentář a přímé výpovědi respondentů. Respondenti udávali jak pozitivní, tak i negativní zkušenosti, proto jsou popisované kategorie rozděleny právě do těchto dvou oblastí.

## NEGATIVNÍ SITUACE VE VYUŽÍVÁNÍ DÁVEK V HMOTNÉ NOUZI

### OBTÍŽNÁ DOSTUPNOST NA ÚŘAD PRÁCE ČR

Některí respondenti uváděli, že je pro ně obtížné se na Úřad práce dostat a vůbec si o dané dávky zažádat. Důvodů špatné dostupnosti pak respondenti uváděli několik, buďto a) zdravotní komplikace: „*Já na ty nohy nemůžu prostě. Než bych se tam dostala, je to pro mě daleko. A hlavně těch lidí tam co vždycky je, čeká se dlouho.*“ Dalším důvodem nečerpání těchto dávek byla b) rezignace a nedůvěra, že by jim vůbec byla nějaká dávka přiznána: „*Já se už ani nesnažím, nemá to cenu. Stejně by v tom byl nějaký problém, něco, proč by mi ty dávky nedali. Tak to tam radši ani nepolezu.*“ Dalším uváděným důvodem byl c) nedostatek času a špatná dostupnost: „*Já tam nepojedu. Než bych si zaplatila ten lístek a stála tam. Je to daleko a já na to nemám kdy. Musím se tu o ty děti postarat.*“ Ve všech shora uvedených případech však v dalším rozhovoru respondenti uváděli značné finanční komplikace a z rozhovoru bylo patrné, že by jim jakákoliv finanční pomoc přišla vhod.

### ŠPATNÁ ORIENTACE V MOŽNOSTECH NABÍZENÉ POMOCI

Respondenti si v mnoha případech také stěžovali na to, že se příliš neorientují v tom, jaká veškerá pomoc je jim dostupná, na co vše by měli nárok. Jednak uváděli neochotu úředníků jim k tomuto podat bližší informace: „*Já když jsem se jí tam na to ptala, tak mi k tomu nic neřekla. Nebyla vůbec ochotná. Teda něco povídala, ale vůbec jsem tomu nerozuměla, tak jsem šla pryč.*“ Nejčastějším zdrojem potřebných informací jsou pak nestátní neziskové organizace, se kterými jsou respondenti v kontaktu (nejčastěji nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, která spolupracují v rámci terénního programu s celou rodinou), případně dalším zdrojem informací jsou jiné rodiny a respondenti, kteří si dané dávky již vyřídili: „*Hodně nám pomohli tady v tom klubu, ty pracovnice sociální co k nám chodí. Ty nám řekly, kam máme zajít a na co máme nárok. Bez nich bychom ty peníze neměli.*“, případně další výpověď: „*Poradila mi moje ségra, jako ta mi to všechno vysvětlila a pak tam se mnou i zašla a bylo to. Ale před tím jsem nevěděla, co a jak a ani tam mi moc neporadili.*“

### PROBLEMATIKA ADMINISTRATIVNÍHO VYŘÍZENÍ DÁVEK

V celé řadě případů respondenti negativně hodnotili problémovou situaci v administrativním vyřízení – především s ohledem na dobu, po kterou musí na pomoc čekat, a dále množství dokumentů a podkladů, které musí dodat – z jejich pohledu



je pomoc příliš pomalá a administrativně náročná: „*Jako trvá to. Já jsem si žádala, ale těch věcí, co se muselo dodat, běhala jsem po celém městě, to bylo tenhle papír a támhle další papír. A když jsem to jako dodala, tak jsem myslela, že to bude pak už hned. Ale to trvalo strašně dlouho.*“

V některých případech respondenti uváděli, že jim byla dávka zamítnuta kvůli tomu, že nesplňovali některý z administrativních požadavků, potřebných pro její získání - např. absence smlouvy, nedostupnost některých dokladů/podkladů, aj.: „*No já jsem na tom prostě špatně, i bych díky tomu minimu na tu dávku měla, ale prostě nemám tady na to bydlení ten správný papír, který mi k tomu bytu dát nechtějí, jako k tomu nájmu, a bez toho zase nedostanu tu dávku, tak je to takhle prostě pořád dokola.*“

## NEROVNÉ PODMÍNKY V DOSTUPNOSTI POMOCI V HMOTNÉ NOUZI

Respondenti upozorňovali na nerovné podmínky (v rámci vlastního subjektivního hodnocení situace) v získávání pomoci v hmotné nouzi. Dle jejich vyjádření se stává, že jeden žadatel, spadající pod jednoho pracovníka / pracovníci Úřadu práce pomoc v hmotné nouzi obdrží a jiný žadatel (ve stejné situaci), spadající v rámci daného Úřadu pod jiného pracovníka / pracovníci pomoc neobdrží, případně ve zcela odlišné výši plnění. Situace je obdobná, i pokud různí respondenti spadají pod odlišné Úřady práce (podle místní příslušnosti): „*No já tomu nerozumím, jako jsme na tom obě na chlup stejně jo. Jako finančně, počte dětí, vším. Ona jde ke své pracovníci a ta jí dá pěknou pračku. A mě ta moje, která sedí hned vedle, dá pračku mnohem horší. A když jí to říkám, tak prej prostě ne, že pro mě tahle.*“ Případně také další výpověď vztahující se k rozdílnému přístupu na odlišných Úřadech práce: „*Jako tady moc tu moc u nás dávat lidem nechtějí, máme prostě asi smůlu no. Jo ségra bydlí ve vedlejším městě a pro hmotku si jezdí do (název obce byl odstraněn – pozn. autora), a tam jako všechno v pohodě, bez problému jim to daj.*“

## NEDŮVĚRA V PRACOVNÍKY A NEGATIVNÍ HODNOCENÍ KONTROL A SANKCÍ

V některých případech se respondenti setkali s nedůvěrou ze strany pracovníků Úřadu práce a negativně hodnotili následně kontroly, které přičítali své etnické příslušnosti. Často uváděli, že věci mají v pořádku, a i přesto jsou kontrolováni, nebo musejí dokládat další dokumenty: „*No na mě jsou tam zasedlí, jak když něco chci, hned to dlouho trvá, hned musím nosit další papíry, které jiní nemusejí. A těch kontrol co jsem tu už měla. Přišla se kouknout i na tu novou pračku, jestli jsem jí jako neprodala, nebo co si myslela. No prostě mi nevěří.*“ Jako důvod častých kontrol uváděli právě etnickou příslušnost: „*No je to kvůli tomu, že jsem jako Cigán, protože jinak by nám dali pokoj. Ale takhle se nám prostě nevěří.*“



## POZITIVNÍ SITUACE VE VYUŽÍVÁNÍ DÁVEK V HMOTNÉ NOUZI

Pozitivního hodnocení bylo v porovnání s tím negativním podstatně méně, nicméně z výpovědí lze identifikovat a níže popsát dvě pozitivní situace.

### OCHOTNÝ PŘÍSTUP ZE STRANY ÚŘEDNÍKŮ/ÚŘEDNIC

Řada respondentů kladně hodnotila přístup pracovníků/pracovnic - dle vyjádření jim pracovníci/pracovnice podávají pochopitelné informace a v případě potřeby jsou ochotni jim poradit s vyplněním formulářů. Zde je určitý kontrast oproti výše zmiňovaným negativům, v rámci kterých byla jmenována právě neochota zaměstnanců Úřadu práce. K tomu samotní respondenti udávali, že vše záleží na osobnosti pracovníka/pracovnice. „Ta naše pracovnice je úplně zlatá, když něco potřebuju, tak mi se vším pomůže, poradí. Posledně tam se mnou seděla a ten formulář mi celý pomohla vyplnit.“ „No ono to záleží dost na lidech, když se tý pracovníci prostě nechce, tak vám nepomůže. Zním takový případy.“

### ÚČELNÁ POMOC

Do této kategorie byly zařazeny výpovědi respondentů, které se vztahovaly ke kladnému hodnocení pomoci v hmotné nouzi – tedy k efektivitě pomoci. Oslovení respondenti uváděli, že jim pomoc přišla vhod, v tu pravou chvíli: „*Já jsem na tom byla špatně, bála jsem se, že nebudeme mít kde bydlet, neměla jsem na nájem. A tak mi poradili v poradně, že bych si o ty dávky mohla zažádat. Nevěřila jsem, že mi vůbec něco dají, ale vyšlo to, přispívaj mi tady na ten nájem, takže tu můžu s holkou bydlet.*“ Případně také další vyjádření: „*No dali mi peníze na tu pračku. To je jako dobrý, já bych bez toho na ní těžko našetřila. A pořád jsem musela do té doby prát v ruce, tohle je dobrý, přišlo to v dobrej čas*“

## DISKUZE A ZÁVĚR

Z prezentovaných oblastí vyplývá, že negativní zkušenosti převažují nad těmi pozitivními (co do počtu), nicméně je také potřeba konstatovat, že se jedná pouze o subjektivní pohled oslovených respondentů a že pro ucelenou představu by bylo jistě potřeba rozšířit respondenty ideálně o samotné pracovníky úřadu práce a nechat je reflektovat zmiňovaná negativa. Za společný jmenovatel negativního hodnocení lze také do jisté míry považovat špatnou dostupnost informací, případně ne příliš srozumitelně podávané informace pro oslovené respondenty (oslovené klienty) – to se může podílet na výše uváděné „špatné orientaci v možnostech nabízené pomoci, v problematice administrativního vyřízení dávek a ve vnímání nerovného přístupu ze strany pracovníků ke klientům, což může vést k následné nedůvěře. Z výpovědí respondentů také vyplývalo, že je pro ně důležitá vlastní rodinná, případně komunitní sociální síť, díky které mají možnost získávat informace o pomoci v hmotné nouzi od svých blízkých a příbuzných, kteří již měli/mají zkušenost ve vyřizování svých žádostí (tato mikroúroveň sociální opory je kladně zmiňována i v jiných realizovaných šetření, např. Kajanová, Urban (2011)). Tato situace do značné míry saturuje absenci informací, která je, z vyjádření oslovených respondentů, znatelná ze strany některých pracovníků Úřadu práce.

A kromě výše uvedeného získávání informací se pozitivně v podávání informací jeví také neziskové organizace, které s klientem často primárně řeší jinou obtížnou (sociální) situaci, kdy za účelem (vy)řešení této problémové situace je klientům zprostředkována pomoc a komunikace právě s Úřadem práce. Tyto neziskové organizace; velmi často se může jednat např. o nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, která pracují jak s dětmi, tak ale i s jejich rodinami – velmi často, jak uvádí např. Urban (2009), tato nízkoprahová zařízení pro děti a mládež pracují s několikátou generací rodin (tzn. rodiče dětí navštěvující dané nízkoprahové zařízení, do něho docházeli před lety také v roli klientů), díky čemuž je navázána již důvěra jak v danou organizaci, tak často i k osobě sociálního pracovníka. Právě tato důvěra je především při práci s danou cílovou skupinou velmi důležitá. Urban (2015) uvádí, že pro budování důvěry mezi sociálním pracovníkem a klientem je důležitá právě délka, po kterou se pracovník s klientem znají, případně také, pokud (v rámci fluktuace zaměstnanců) klient obdrží doporučení na nového pracovníka od toho předchozího. A právě díky těmto výše uvedeným skutečnostem je pozice nestátních neziskových informací v porovnání s Úřadem práce (který je často ze strany klientů vnímán spíše represivně) výhodnější – NNO jsou kladněji hodnoceny v oblasti „pomáhání“ oproti Úřadům práce.

## POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Hiekischová, M. Sociální práce na úřadech práce – od stresu k bezmoci? Sociální práce/Sociálna práca. 5/2015. s. 79-88.
- [2] Kajanová, A., Urban, D. Subjective perception of the social support by the socially excluded Roma people. Journal of nursing, social studies and public health. Vol. 2, No. 1-2, 2011, s. 73-80.
- [3] Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [4] Mapa sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit v ČR [https://www.esfcr.cz/mapa/int\\_CR.html](https://www.esfcr.cz/mapa/int_CR.html)
- [5] Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zneužívání dávek. Dávky pomoci v hmotné nouzi. [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11677/priloha.pdf>>.
- [6] Ministerstvo práce a sociálních věcí. <https://www.mpsv.cz/cs/5>
- [7] Urban, D. Motivační faktory v práci salesiánů s romskou mládeží. Disertační práce. 2009. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: M. Kaplánek.
- [8] Urban, D. Sociální práce s romskými rodinami. Praha: NLN, 2015. 108 s. ISBN 978-80-7422-457-7.
- [9] Vyhláška č. 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi
- [10] Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
- [11] Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů
- [12] Use of benefits in material need by people living in socially excluded localities

# USE OF BENEFITS IN MATERIAL NEED BY PEOPLE LIVING IN SOCIALLY EXCLUDED LOCALITIES

## KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Katedra sociální práce  
Tolstého 16  
586 01 Jihlava  
e-mail: david.urban@vspj.cz

## ABSTRACT

The presented article presents the results of the own research probe, the aim of which was to describe the experience of the inhabitants living in socially excluded localities with the Labor Office of the Czech Republic on the basis of semi-structured qualitative interviews, specifically with regard to benefits in material need. The author of the paper describes the difficulties encountered by respondents in dealing with bills, or what they evaluate positively on the system. Respondents were recruited from the population of socially excluded localities (the map of the socially excluded or social exclusion of endangered Roma localities in the Czech Republic was used to identify these sites, the other criterion being the ethnicity of the respondent, the respondent had to positively answer the question of whether he is considered Roma).

Within the framework of the interviews, five difficulties encountered by the respondents were identified and described (category: Difficult accessibility at the Czech Labor Office, Poor orientation in the possibilities offered, Unfair conditions in the availability of assistance in material need, Problems of administration of benefits, Mistrust in workers and negative reviews of controls and sanctions), as well as two positive situations (Appropriate Approach by Officials / Officials, Effective Assistance). The results are presented in the text in the form of comments, supplemented by direct statements of respondents.

## KEYWORDS:

social policy, social exclusion, socially excluded localities, benefits in material need



# LOGOS POLYTECHNIKOS

---

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických.

Časopis vychází 4x ročně

Náklad 40 výtisků

**Šéfredaktor:** doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

**Odpovědný redaktor čísla:**

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

**Editor:** Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

**Technické zpracování:** Lukáš Mikula

**Web editor:** Mgr. Alena Šetková

**Redakční rada:**

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)

prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc. (Univerzita Palackého v Olomouci)

doc. RNDr. Helena Brožová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc. (Vysoké učení technické v Brně)

Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)

Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)

prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc. (Masarykova univerzita)

Mgr. Petr Chládek, Ph.D. (Vysoká škola technická a ekonomická a Českých Budějovicích)

prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D. (Univerzita Palackého v Olomouci)

prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Ján Pavlík (Vysoká škola ekonomická v Praze)

doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. Ing. Jan Váchal, CSc. (Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích)

doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

**Pokyny pro autory** a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na  
<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

**Zasílání příspěvků**

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky na adrese [logos@vspj.cz](mailto:logos@vspj.cz)

**Adresa redakce:**

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

**Distribuce:** časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.  
V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: červen 2018

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

**ISSN 1804-3682 (PRINT)**

**ISSN 2464-7551 (ONLINE)**

Registrace **MK ČR E 19390**

## RECENZENTI ČÍSLO 2/2018

PhDr. Petra Doucková (Nemocnice Jihlava)

Mgr. Kateřina Pokorná (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Andrea Letková (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)

Mgr. Jana Číhalová (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)

Mgr. Petra Chymová, DiS. (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. David Rezníčenko, MHA (Nemocnice Havlíčkův Brod)

PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D. (Masarykova univerzita)

PhDr. Monika Punová, Ph.D. (Masarykova univerzita)

doc. Ing. Iva Brabcová, PhD. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Mgr. Andrea Ganswohlová (Nemocnice Jihlava)

PhDr. Jana Pružinská, Ph.D. (Univerzita Komenského)

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)