

2020

ROČNÍK 11

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

připravili jsme pro Vás další vydání LOGOS POLYTECHNIKOS. Věříme, že v něm opět naleznete články, které Vás zaujmou a přinesou Vám užitečné informace. Zdravotní péče i sociální práce se významně dotýká každého z nás a jejich úroveň je jedním z faktorů, které přímo ovlivňují kvalitu našeho života. Uznání a respekt zaslouží všichni, kdo se této problematice věnují na úrovni praktické činnosti či vědeckého bádání.

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

OBSAH / CONTENTS

5

SPOLUPRÁCE MEZI ZÁKLADNÍ ŠKOLOU A OSPOD Z POHLEDU UČITELŮ A SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

COLLABORATION BETWEEN PRIMARY SCHOOL AND OSPOD

Kristýna Pížová, Monika Punová

20

HOMELESS PEOPLE AND THEIR SOCIAL INCLUSION

BEZDOMOVCI A JEJICH SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ

Jana Novotná, Jiří Tůma

27

POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SENIORŮM

PROVIDING SOCIAL SERVICES TO SENIORS

Slavomír Laca, Lenka Šeflová, Jiří Tůma

40

INTEGRAČNÍ PROCES U CIZINCŮ V ČESKÉ REPUBLICE A VE FINSKU

INTEGRATION PROCESS OF FOREIGNERS IN THE CZECH REPUBLIC AND FINLAND

Monika Nová

55

INFORMOVANOST O NOVÝCH NÁBOŽENSKÝCH HNUTÍCH A SOCIÁLNĚ PORADENSKÁ ČINNOST U STŘEDOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ

AWARENESS OF NEW RELIGIOUS MOVEMENTS AND SOCIAL COUNSELING ACTIVITIES
FOR HIGH SCHOOL STUDENTS

Jiří Tůma, Jaroslav Pátý, Monika Nová, Slavomír Laca

65

TYOLOGIES OF PROSTITUTION POLICY MODELS: A REVIEW OF THE LITERATURE

TYPOLÓGIE MODELOV POLITIKY PROSTITÚCIE: PREHĽAD LITERATÚRY

Victor Otieno Okech, Monika Mačkinová

75

SYNDROM VYHOŘENÍ A JEHO PREVENCE U SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ORGÁNU SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ

BURNOUT SYNDROME AND ITS PREVENTION IN SOCIAL WORKERS OF THE AUTHORITY
FOR SOCIAL AND LEGAL PROTECTION OF CHILDREN

Michal Bouda, David Urban

90

NÁČRT VÝVOJA ZÁVISLOSTI, JEJ DŮSLEDKOV A NÁPRAVY SOCIÁLNÝCH ŠKŮD U ZÁVISLÝCH KLIENTOV V PROCESÉ ZMENY

OUTLINE OF THE DEVELOPMENT OF ADDICTION, ITS CONSEQUENCES
AND THE CORRECTION OF SOCIAL DAMAGE IN DEPENDENT CLIENTS IN THE PROCESS
OF CHANGE

Petra Balážiová

102

NÁČRT MOTIVÁCIE A RIEŠENIA KRÍZOVÝCH SITUÁCIÍ V PROCESÉ ZMENY SVOJHO SPRÁVANIA U ZÁVISLÝCH KLIENTOV

OUTLINE OF MOTIVATION AND SOLUTION OF CRISIS SITUATIONS IN THE PROCESS
OF CHANGING THEIR BEHAVIOR IN DEPENDENT CLIENT

Ľuba Pavelová, Milan Tomka

OBSAH / CONTENTS

111

DOPAD OPATŘENÍ PRIJATÝCH V SPOJITOSTI S COVID-19 NA ŽIVOT ŠTUDENTOV ZDRAVOTNÍCKÝCH ODBOROV

IMPACT OF MEASURES TAKEN IN CONNECTION WITH COVID-19 ON THE LIVES OF MEDICAL STUDENTS

Mária Šupínová, Elena Janiczeková

118

SPECIFIKA POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S VYZNÁNÍM ISLÁMU

SPECIFICS OF NURSING CARE FOR MUSLIM PATIENTS

Aneta Brendlová, Martin Krause

125

POHLED DĚTÍ UMÍSTĚNÝCH V ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC NA PŘEMÍSTĚNÍ DO DĚTSKÉHO DOMOVA

HOW CHILDREN PLACED IN FACILITIES FOR CHILDREN REQUIRING IMMEDIATE HELP VIEW MOVING INTO A CHILDREN 'S HOME

Monika Punová, Kateřina Vojtěchová

142

PÉČE O LIDI S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU Z PERSPEKTIVY RODINNÝCH PEČUJÍCÍCH

CARE OF PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILY CARERS

Martina Šprynarová, Jana Gabrielová

158

INTERCULTURAL ASPECTS OF JUVENILES IN PRISONS

INTERKULTURNÍ ASPEKTY MLADISTVÝCH VE VĚZNICÍCH

Jiří Tůma, Jana Novotná, Jiří Hartman

165

ZKUŠENOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER S EVIDENCE BASED NURSING

THE EXPERIENCE OF NURSES WITH EVIDENCE BASED NURSING

Michaela Rosůlková, Martin Krause

173

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ NÁROČNOST PÉČE O POLYTRAUMATIZOVANÉHO PACIENTA NA URGENTNÍM PŘÍJMU

FACTORS AFFECTING THE DIFFICULTY OF CARING FOR A POLYTRAUMATIZED PATIENT ON EMERGENCY DEPARTMENT

Jan Sládek, Pavlína Rabasová

188

MOC V SUPERVÍZNOM VZŤAHU

POWER IN A SUPERVISORY RELATIONSHIP

Milan Tomka, Luba Pavelová

202

HODNOCENÍ STAVU VĚDOMÍ U PACIENTŮ V INTENZIVNÍ PÉČI TESTEM CAM-ICU

ASSESSMENT OF THE STATE OF CONSCIOUSNESS IN PATIENTS IN INTENSIVE CARE BY MEANS OF A CAM-ICU TEST

Haluzíková Jana, Halatová Michaela

SPOLUPRÁCE MEZI ZÁKLADNÍ ŠKOLOU A OSPOD Z POHLEDU UČITELŮ A SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

KRISTÝNA PÍŽOVÁ
ZÁKLADNÍ ŠKOLA BRNO

MONIKA PUNOVÁ
MASARYKOVA UNIVERZITA

ABSTRAKT

Empirická stať se zaměřuje na spolupráci mezi OSPOD a základní školou a jejím cílem je odpovědět hlavní výzkumnou otázkou „Jak pedagogové základních škol a pracovníci OSPOD vnímají vzájemnou spolupráci?“ Toto vnímání je nahlíženo skrze prototypy a stereotypy participantů. Výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů se 4 pedagogy ZŠ a 5 pracovníky OSPOD. Ukázalo se, že pedagogové tápou při naplňování výchovné role u dětí, které mají problémy v sociální oblasti, což se mj. projevuje v tom, že nenavazují spolupráci s OSPOD a neznají jeho roli při řešení obtížné situace dítěte. Pracovníci OSPOD vnímali spolupráci jako uspokojivou a zdůrazňovali stesk nad nízkou prestiží své profese oproti učitelům. Ukázalo se, že zástupci obou profesí by uvítali prohloubení spolupráce, což podporuje myšlenku etablování školní sociální práce do českého prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA:

pedagog, základní škola, OSPOD,
sociální pracovník, spolupráce, vnímání

ÚVOD

S proměnou společenského klimatu dochází i ke změnám ve funkci školy. Učitelé čelí důsledkům narůstajících sociálně patologických jevů ve školách, prohlubující se sociální nerovnosti ve třídách, narůstá počet dětí ze sociálně vyloučeného a kulturně odlišného prostředí (Havlíková, 2019, Matulayová, 2013). Řada jejich žáků pochází z rodin, které neposkytují svým dětem láskyplné prostředí pro plnohodnotný rozvoj jejich well-beingu (Navrátilová, 2018). Pedagog tak musí čelit tomu, že jeho žáci přichází se svými někdy více, jindy méně radostnými osudy (Punová, 2013). S těmito změnami se dostává do popředí vedle vzdělávací rovněž výchovná, socializační funkce školy. V rámci naplňování této role je v některých případech nezbytné navázat spolupráci s Orgánem sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). A právě na vnímání vzájemné spolupráce mezi OSPOD a základními školami se zaměřuje tato stať. V rámci intervencí do životní situace ohroženého dítěte je pro sociální pracovníky OSPOD velmi důležité komplexní posouzení jeho životní situace (Navrátil a kol., 2014, Navrátilová, 2017). Základní škola je důležitou součástí života dětí a rodin a často může být cenným zdrojem informací pro pracovníky OSPOD. Naopak OSPOD může škole pomáhat v řešení případů, jenž není schopna řešit vlastními silami a může fungovat jako jakási podpora pro školu a její pracovníky, kteří se tak v případě potřeby mají kam obrátit. Spolupráce mezi orgánem sociálně-právní ochrany dětí a základními školami bývá v řešení mnoha případů klíčová.

Cílem této empirické stati je nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku „*Jak pedagogové základních škol a pracovníci OSPOD vnímají vzájemnou spolupráci?*“ V první části objasňujeme základní pojmy, jež jsou významně spjaté s tématem práce i následnou interpretací dat. Další část se zabývá popisem metodiky užití ve výzkumu. Nastiňuje výzkumnou strategii, techniku sběru dat a další důležité aspekty výzkumu. Rovněž je v ní stanoven cíl práce a dílčí výzkumné otázky. Třetí část je věnována analýze a následné interpretaci získaných dat. V závěru zodpovídáme hlavní výzkumnou otázku a zamýšlíme se nad možnými doporučeními pro praxi. Jedním z nich je otázka možného etablování školní sociální práce do českého prostředí.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Sociálně-právní ochrana dětí (SPOD) spočívá v záměrném působení, které má za cíl ochraňovat práva a zájmy dítěte a rovněž zabezpečit jejich dodržování. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (2013) SPOD představuje zajištění práva dítěte na život, jeho příznivý vývoj, na rodičovskou péči a život v rodině, na identitu dítěte, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, na vzdělání, zaměstnání, zahrnuje také ochranu dítěte před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním. V současnosti se projevuje snaha zejména o zajištění či nalezení dítěti vhodného, bezpečného a trvalého prostředí, ve kterém se bude vycházet vstříc jeho individuálním potřebám a bude zajištěn jeho správný vývoj ve všech oblastech. Jak upozorňují Pemová, Ptáček (2012), současnou SPOD lze charakterizovat jako centrálně

garantovanou, ale lokálně provozovanou. Konkrétně to znamená, že je garantovaná státem prostřednictvím státní správy, nicméně přímo realizovaná konkrétními sociálními pracovníky na místní úrovni, tedy že je působnost přenesená ze státní správy na samosprávu.

V České republice je sociálně-právní ochrana dětí zajišťována orgány sociálně-právní ochrany dětí a realizuje se prostřednictvím **oddělení sociálně-právní ochrany dětí**, tzv. OSPOD. Orgány SPOD provádějí vyhodnocování konkrétních situací rodin a potřeb dětí, aktivně vyhledávají a sledují ohrožené děti. Nejvíce povinností v sociálně-právní ochraně dítěte zákon ukládá obecním úřadům s rozšířenou působností. Podle MPSV (2013) mají možnost bezprostředně sledovat ochranu práv dítěte a včas činit potřebná opatření. Rovněž je výhodou, že mají často dobrou znalost problému a místních podmínek. Taktéž mají nejbližší ke státnímu systému SPOD, kdy je na ně tzv. přenesená působnost, což znamená, že *„funkce státu je přenesena na příslušný místní úřad.“* (Matoušek, Pazlarová, 2016, s. 35).

Samotná činnost pracovníka OSPOD je dělena především na preventivní a poradenskou činnost, kdy se jedná o sledování nepříznivých vlivů na děti, rozpoznávání jejich příčin a činění opatření k omezení působení zmíněných vlivů. Mezi další povinnosti řadíme pravidelné vyhodnocování situace dítěte a jeho rodiny a na to navazující pomoc, která by měla odpovídat druhu a rozsahu opatření nezbytných k ochraně dítěte. Pracovník OSPOD tedy pracuje s ohroženými dětmi, jejich rodinami a dalšími subjekty (jako je např. škola, zařízení ústavní výchovy apod.) a ve spolupráci s dalšími odborníky se snaží najít ideální řešení jejich situace. V rámci této spolupráce platí povinnost zachování mlčenlivosti, která je určena zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Obecně by se vzhledem k povaze klientů OSPOD mělo při sdělování informací a údajů postupovat vždy velmi citlivě a *„nakládat se získanými osobními údaji klientů pouze v rozsahu, který pro výkon sociálně-právní ochrany nezbytně nutný.“* (Matoušek, 2017, s. 111)

Náplň práce pracovníků OSPOD se liší v závislosti na oblast zaměření, kterou se daný pracovník zabývá. Jak upozorňuje Matoušek (2016), lze je rozlišit na pracovníky péče o děti a na pracovníky sociální prevence, tzv. kurátory. Pracovníci péče o děti se zaměřují na přímou práci s rodinou, kdy se snaží zejména o setrvání dítěte v původní rodině, pokud to situace umožňuje, a podporuje rodinu tak, aby se zlepšily podmínky pro dítě. Hlavní náplní práce kurátora pro děti a mládež je péče o děti a mládí, jež se dopustily porušení právních předpisů či mají vážné poruchy chování. Klientem OSPOD je vždy a výhradně dítě do 18. roku života. Avšak i přes tento fakt je nezbytné a zásadní pracovat vždy s celou rodinou tak, aby bylo možné pochopit jejich situaci a dosáhnout změny. Dítě i další členové rodiny mají určitá práva či povinnosti ve vztahu k OSPOD, které jsou upraveny zákonem č. 359/1999 o sociálně-právní ochraně dětí.

Metodické doporučení MPSV č. 9/2009 k sociální práci s ohroženou rodinou uvádí, že kontakt mezi rodinou a OSPOD nejčastěji iniciují instituce, mezi něž řadí hlavně soud, školu, místní úřad či policii, a to zvláště ve fázích neúnosné rodinné krize nebo je-li porucha u nějakého člena rodiny natolik neúnosná, že to vzbuzuje pozornost okolí. Klienti OSPOD se mnohdy nacházejí ve velmi těžkých situacích. I proto je práce s ohroženými rodinami pro pracovníka velmi náročná a je k tomu zapotřebí mnoho specifických dovedností a schopností. V rámci naplňování této role je pro ně nezbytné spolupracovat s dalšími institucemi a aktéry (jako jsou např. lékaři, psychologové, sociální pracovníci nízkoprahových zařízení, vedoucí skautu – viz Růžičková, Punová, 2018). Velmi důležitou roli v této souvislosti sehrává škola a učitelé. Ještě předtím, než si jejich spolupráci nastíníme, se stručně zabýváme školou a rolemi jejích pracovníků.

Současné výchovně vzdělávací pojetí školy není jen o předávání vědomostí, ale také o socializaci, osobnostním a morálním vývoji dětí. Dle Punové (2013) z různých empirických studií vychází, že za určitých okolností může škola nahradit to, co dětem není schopna zajistit rodina. I když základní škola bývá spojována především s výchovně-vzdělávacím procesem, tvoří zároveň mimo rodinu nejdůležitější článek socializačního procesu. Přestože se škola mění z instituce vzdělávací na instituci široce socializační, stále často pojmá děti omezeně, a to pouze ve vztahu k učebním výkonům a ve vztahu k dodržování či porušování školního řádu. (Jedlička, 2015). Koťa (2011) přímo uvádí, že škola je jednou z typických společenských institucí a slouží k uspokojování socializačních potřeb společnosti a jejích členů. Doba se rychle vyvíjí a pro pracovníky je náročné čelit novodobým výzvám.

Pedagogická profese je zařazena mezi pomáhající, protože se snaží pomáhat žákům v jejich významném životním období tím, že je provází, učí je správné socializaci, potřebným znalostem a dovednostem, aby se z nich mohli stát úspěšní a zralí jedinci. Pedagog se tak řadí mezi základní činitele výchovně-vzdělávacího procesu v rámci školy. Přechodem do školy každé dítě ztrácí výlučné postavení, které do té doby mělo v rodině a musí se přizpůsobovat novému životnímu rytmu. Škola se k němu staví jako k jednomu z mnoha dětí a žádá, aby se přizpůsobilo. Ze strany pedagoga je dítě posuzováno na základě svého výkonu v předmětech i za chování. Z toho v prvních letech odvozuje svoji hodnotu, později i z toho, jak je vnímáno ostatními spolužáky. Vyšší riziko sociálního selhání hrozí obecně u dětí, kteří ve škole špatně prospívají. (Matoušek, Matoušková, 2011; Punová, 2012, 2013, 2015).

Škola či přímo pedagog sehrává často velmi podstatnou roli v situacích, kdy selhává rodina dítěte. Avšak vztah školy s rodinou bývá často složitý až problematický. Ne vždy jsou rodiče ochotni se školou spolupracovat, mají-li například rozdílné hodnotové preference a vzorce rodinného fungování. Zástupci školy (ať už se jedná o třídního učitele, výchovného poradce, školního metodika prevence, speciálního pedagoga, školního psychologa, či školního sociálního pracovníka), ovšem musí

přihlížet nejen k postojům rodičů, ale především k individuálním potřebám a zájmům dítěte. Možností, které má pedagog v různých rizikových situacích často opakovaných, ve kterých si nedokáže poradit vlastními silami, existuje více, avšak v nelepšící se situaci se nabízí využití školského poradenského a preventivně výchovného systému a v případě, že se problém nedaří řešit v prostředí školy, je možné učinit oznámení na OSPOD. Mezi konkrétní oblasti a situace, ve kterých se škola může na OSPOD obracet, může patřit zejména záškoláctví, nevhodné chování ve škole a agresivita, šikana (i kyberšikana), užívání návykových látek, krádeže, vandalismus a další protiprávní jednání a zanedbávání, zneužívání a týrání (syndrom CAN).

Jak upozorňují Večerka, Štěchová (2015), v regionech, kde dochází k rozvinuté spolupráci mezi školou a OSPOD, se dostávají pozitivní výsledky. Existuje více podob, kdy OSPOD iniciuje spolupráci se školou. Obecně spolupracují převážně v případech oznamování skutečnosti o žácích, kterými by se měla zabývat sociálně-právní ochrana (SPO), poskytování potřebných informací při výkonu SPO, přizvání pedagogického pracovníka školy na případové konference a informování škol, zda byl či nebyl shledán důvod pro zařazení dítěte do SPOD. Nejčastěji se pak jedná o informační charakter spolupráce, kdy pracovník OSPOD požaduje po škole potřebné informace o žákovi. Obecně vzato by spolupráce se školou měla být neodmyslitelným článkem v souboru kroků, které OSPOD činí. Sdílení informací a společných postupů může být v některých situacích klíčové pro řešení problémů dítěte. A právě na tuto spolupráci byl zaměřen náš výzkum, který zkoumal, jak výše představené subjekty tuto spolupráci vnímají.

Pojem **vnímání** neboli percepce jsme zvolily záměrně, protože patří mezi základní poznávací procesy. Jak uvádí Vágnerová (2004), každý člověk je neustále v kontaktu s dalšími lidmi. Tito lidé na něj nějak působí a on sám jejich projevy vnímá a interpretuje a naopak on sám je ostatními lidmi nějak vnímán a je k němu zaujímán nějaký postoj. Během života si jedinec vytváří různá schémata, podle nichž sleduje a interpretuje okolní prostředí, zejména jiné lidi, skupiny, sociální instituce a další. Tato skutečnost mu ulehčuje složitý proces sociální percepce, nicméně současně vede k jeho zkreslení. Tyto schémata nazýváme schémata kognitivními. Kognitivní schémata považuje Oravcová (2004) za funkční složku poznávacího systému člověka. Dle ní velmi silně ovlivňují naše vidění lidí, situací a událostí. Výzkum i teorie sociální percepce vycházejí zejména z orientace na kognitivní schémata. Schémata tvoří zejména dvě složky - **prototypy a stereotypy**. Při vytváření dojmu o jiné osobě často vycházíme z tzv. prototypů schématu. Prototypem je označována, řekněme, ideální podoba nějakého jevu. Jedná se o možnost, která se jeví jako nejreprezentativnější. Stereotyp je chápán jakožto hluboce zakořeněná představa o nějakém jevu, která je následně bez objektivních příčin zobecněna na všechny případy. Na základě zmíněných stereotypů si vytváříme charakteristiky daných jevů, na které se zaměřujeme a máme tendence nebrat v potaz žádné jiné. Právě prototypy a stereotypy poskytly základní metodický rámec při koncipování výzkumu, který představujeme v následující části.

METODIKA

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky: „*Jak pedagogové základních škol a pracovníci OSPOD vnímají vzájemnou spolupráci?*“ byla využita kvalitativní strategie, která nám umožnila induktivní vhléd do problematiky. Výzkum byl realizován technikou polostrukturovaného rozhovoru. Dle Hendla (2016) se jedná o střední cestu, jež se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou, ale též pružností celého procesu získávání informací. Jednotkou zkoumání bylo vnímání spolupráce mezi OSPOD a základními školami vybranými pracovníky OSPOD a pedagogy základních škol. Jednotkou zjišťování byli vybraní pracovníci OSPOD a vybraní pedagogové základních škol. Pro výběr konverzačních partnerů byla použita metoda záměrného výběru. Kritériem výběru byla zkušenost se vzájemnou spoluprací. Data byla získána pomocí 9 rozhovorů, v zastoupení 5 pracovníků OSPOD a 4 pedagogů základních škol. Analýza získaných dat byla uskutečněna pomocí otevřeného kódování, které je součástí metody zakotvené teorie. Výzkum proběhl v roce 2019.

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky sloužily dílčí výzkumné otázky, které vycházely z konceptu vnímání. Dle Nakonečného (2009) vycházejí výzkum i teorie sociální percepce zejména z orientace na kognitivní schémata, jež jsou produktem organizace sociální percepce a jež umožňují jedinci orientaci v sociální prostředí. Již v teoretické části byly určeny dvě hlavní složky, které schémata obsahují a které byly následně použity pro stanovení dílčích výzkumných otázek – prototypy a stereotypy. Dílčí výzkumné otázky byly tedy stanoveny následovně:

DVO 1: Jaké prototypy uplatňují pedagogové základních škol při usuzování o vzájemné spolupráci?

DVO 2: Jaké prototypy uplatňují pracovníci OSPOD při usuzování o vzájemné spolupráci?

DVO 3: Jaké stereotypy uplatňují pedagogové základních škol při usuzování o vzájemné spolupráci?

DVO 4: Jaké stereotypy uplatňují pracovníci OSPOD při usuzování o vzájemné spolupráci?

V následující části přinášíme výsledky výzkumu, které strukturujeme dle těchto DVO. V závěru pak zodpovídáme hlavní výzkumnou otázku a zamýšlíme se nad možnými doporučeními pro praxi.

VÝSLEDKY

PROTOTYPY PEDAGOGŮ O SPOLUPRÁCI S OSPOD

Nejprve jsme se zaměřily na to, jak by z pohledu pedagogů základních škol měla vypadat ideální spolupráce s pracovníky OSPOD a co dle nich danou spoluprací podporuje a rozvíjí.

Ideální představa spolupráce dle většiny konverzantek staví na pocitu podpory, tedy že se mají konverzantky kam obrátit a následné pomoci, která zahrnuje jak pomoc rodině, tak i škole. Vzájemný vztah mezi pracovníky OSPOD a pedagogy by měl být stavěn na bázi partnerství - *„Prostě jsme jako kdyby dva partneři, kteří pomáhají té rodině se někam dostat...“* (P4), v němž jsou všichni na stejné úrovni. Učitelé se shodovali, že čím častější je spolupráce, tím užší partnerství. Velmi významný vliv na vzájemný vztah má osobní kontakt, který vede ke vstřícnosti mezi danými pracovníky, jak o tom hovořila učitelka P1: *„snaží se si urvat na nás tu chvíli a třeba sem fakt i osobně přijít, máme tady paní kurátorku, která fakt, i když šlo jen o to to probrat jako ústně, mohli jsme to po telefonu, tak fakt přišla a probrala to tady s námi...“*. Vedle osobního kontaktu následně funguje velmi dobře i komunikace přes e-maily a telefony, jež jsou pro pracovníky rovněž nejrychlejším a nejjednodušším způsobem komunikace. Rozvíjení spolupráce napomáhají vzájemná setkávání, které konverzantky vítají a které pomáhají získávat kvalitnější povědomí o možnostech a činnosti OSPOD a předchází vzniku možných nedorozumění mezi pracovníky. Dlužno podotknout, že spolupráci s OSPOD nejsou všichni konverzační partneři nakloněni. Učitelka P2 ji považuje z hlediska své činnosti za zátěž: *„...je to jako spousta práce navíc...“*.

Prototypem vedení školy je vedení, které se stará a zajímá se o to, co se na škole děje, pravidelně se informuje, má přehled a neváhá v případě potřeby pomoci. Za ideální stav považují buď dobře fungující a vzájemně propojené školské poradenské pracoviště, které se danou problematikou na škole zabývá, nebo zavedení pozice pracovníka, v jehož kompetenci by bylo právě řešení těchto i dalších situací, jak o tom hovořila učitelka P1: *„Prostě bude člověk, který bude toto zaštiťovat, bude se o to starat, bude se starat o tu komunikaci, já nevím, tady s tím OSPOD, s poradnami, se vším, jo, což vlastně já teďka dělám k učení všechno.“* Důležité je, aby škola vždy využila svých prostředků, které jsou v její kompetenci při řešení případů, a v případě, že tyto kroky nezaberou, měl by být navázán kontakt s pracovníkem OSPOD.

Některé učitelky poukázaly na nevyhovující nastavení systému ve vztahu ke komunikaci s rodiči a do budoucna by jim vyhovovalo, kdyby měly jak škola, tak OSPOD větší kompetence. Zároveň by měl být systém lépe nastaven v záležitostech týkajících se žáků s různými psychickými obtížemi (zmíněny byly různé fobie ze školy, deprese apod.), které se objevují na školách stále častěji. Lze si to ilustrovat na příkladu deprese a s tím související vysoké absence, kdy škola musí s danou situací nějak naložit, ale neví jak, a není to ani v kompetenci OSPOD, aby tuto problematiku daného dítěte řešil: *„oni (OSPOD) vlastně taky neměli možnost, jak to řešit, já to chápu, oni taky nemají jako, ten systém fakt není nastaven na tohle hraniční dítě... je to prostě na té hranici a co s tím?“* (P2) *„...některé věci jako oni nám nepomůžou úplně řešit... nevíme, jak se k tomu postavit, protože když to dítě nechodí, prakticky jako nechodí do školy...“* (P1). V čem se výpovědi konverzantek shodovaly, byla skutečnost, že český vzdělávací systém není nastaven na práci se žáky s psychickými poruchami.

Otázka prototypů byla zkoumána i u pracovníků OSPOD, včetně možností rozvoje vzájemné spolupráce. Jak se ukázalo ve výpovědích pracovníků, tato spolupráce se školami má pro ně naprosto zásadní význam. Výstižně jej charakterizoval pracovník PO1: „*My nemůžeme bez nich fungovat, že jo. Jako oni bez nás jako můžou, u většiny žáků asi i fungují.*“ Pro pracovníky OSPOD je klíčová role učitelů v získávání informací o klientech, které by se jim jiným způsobem nepodařilo získat. Oceňují možnost získávat od školy objektivní informace v situacích, kdy jim často klienti poskytují informace zkreslené. Zároveň je pro ně i důležité spolupracovat se školou na způsobu, jak daným klientům nejlépe pomoci a vzájemně se doplňovat, aby daná pomoc byla systematická a smysluplná.

Pro pracovníky je rovněž důležitá kvalita vzájemných vztahů: „*Protože bez toho to nepůjde, když já jim tam budu třeba z té nadřazené pozice něco přikazovat a žádat o něco, tak je akorát můžu otrávit, že jo, lepší se prostě domluvit.*“ (PO4) „*...ale zároveň si myslím, že jsme i partáci jo, pozor, protože my bez té školy bysme prostě nemohli nic.*“ (PO1). I když vnímají, že jsou v pozici nadřazeného orgánu, je pro ně důležité fungovat se školou na bázi partnerství a dohromady tak spolupracovat na společném cíli.

Za naprosto klíčový považují osobní kontakt se spolupracujícím pracovníkem školy. Tím, že se poznají osobně, mezi nimi vzniká vztah a pouto, které má mnoho výhod: „*Lepší je prostě face to face si s někým sednout... pro mě není moc, ehm, nějaký to vyloženě mailování nebo takhle, to může zafungovat asi až potom, po tý osobní schůzce...*“ (PO5). Význam pro ně má rovněž vytyčení konkrétního pracovníka na škole, který se věnuje sociálním záležitostem žáků a pracovníci OSPOD s ním tak mohou navázat zmíněný vztah a dále už spolupracovat na případech přímo s ním: „*Hrozně se mi to líbí s jednou školou, že oni když mají něco, co si myslí, že by se nás mohlo týkat, tak třeba ta jejich psychologka školní zavolá, třeba se tak jako poinformujeme prostě, jakej je obvyklej postup v tom případě.*“ (PO5)

V zájmu dobrých vztahů se školami a rovněž v zájmu poskytování ucelené a kvalitní intervence považují pracovníci OSPOD za důležité sdělovat si objektivní informace: „*Aby ty informace se prostě předávaly, tak jak doopravdy jsou.*“ (PO2). Také PO3 oceňuje ze strany školy otevřený přístup: který spočívá v tom, že pedagog „*třeba se nebojí napsat i nějaký takový informace, nepřijemný pro tu rodinu, což mě se líbí.*“ Z hlediska své pozice však musejí vždy posuzovat, které informace škole poskytnou a které již nikoliv: „*Nesdělujeme jakoby až přes příliš informací té škole zpět, přeci jenom musíme dodržovat nějaké, jako anonymitu...*“ (PO1). „*Pokud potřebuju fakt jako spolupracovat, tak té učitelce musím nějak trochu nastítnit tu situaci, ale ona se ani nemůže ptát nějak a já jí nesmím ani sdělovat nějaký jako podrobnosti.*“ (PO4)

Všichni konverzační partneři se shodují, že je pro ně naprosto zásadní, aby se škola snažila řešit dané situace v rámci školy po vlastní linii v rámci svých kompetencí a nepřenášela zodpovědnost na pracovníky OSPOD, bez toho aniž by sama nejprve podnikla nějaké kroky. Zároveň by však neměla nechat dojít situace příliš daleko a měla by kontaktovat OSPOD zavčas. Konverzační partner PO5 chápe, že je pro školy velice těžké odhadnout míru: „*Některá škola vás otravuje jako úplně, prostě s nějakou jako Pepička tam trochu víc chybí. A některý zas chtějí jako prostě si to všechno vyřešit sami, vyřešit sami a pak zase, pak zase se to dozvíme jako dost pozdě.*“

STEREOTYPY PEDAGOGŮ VŮČI SPOLUPRÁCI S OSPOD

Otázky zaměřené na stereotypy pedagogů, tedy na jejich představy týkající se vzájemné spolupráce s pracovníky OSPOD, ukázaly řadu poznatků. Zatímco někteří učitelé mají obecnou představu, že pedagogové by měli předně děti vzdělávat a následně i trochu vychovávat, jiní se domnívají, že role pedagoga je pouze vzdělávací, jak o tom svědčí výrok učitele P3: „*Pro mě jako pedagoga je na prvním místě vzdělání...*“. Řada z nich si přeje, aby mohli především učit a vše ostatní, například výchovná složka by mohla tvořit jen nezbytnou část jejich práce. Uvědomují si, že výchova k této profesi nepochybně patří, nicméně někteří mají pocit, že v současné době se ta hranice toho, co by pedagogové dělat měli a co dělají, posouvá více k výchovné části a k věcem s tím spojených, což nepovažují za správné: „*asi musím říct a bohužel, na základě mých zkušeností hodně výchovnou teda...*“ (PO1) „*Což mě zrovna teď říkala teda ta paní výchovná poradkyně, my přestáváme učit a prostě administrativa a řešíme problémy, stížnosti a takovýchle věci no.*“ (PO3). V důsledku zvyšujícího se akcentu na výchovnou roli učitelům nezbývá dostatek času na samotné vzdělávání, jak o tom hovořil např. pedagog P2: „*My musíme nějaký kroky udělat, je to naše povinnost, pokud je nějaký problém, ale jako asi si myslím, že každý učitel by byl nejradši, kdyby nemusel nic, kdyby neměl ve třídě dítě, které musí řešit jako s OSPODEM.*“ (P2). Mezi konverzanty z řad pedagogů stále převládá představa, že učitelé by chtěli a současně i měli hlavně učit a vše další už berou jako něco, co je nad rámec jejich profese. Problém spatřují někteří z nich v tom, že tyto změny přináší mnoho povinností navíc, na které nemají dostatek času a jsou přetížení.

Dále se ukázalo zřejmě nedostatečné povědomí o organizaci OSPOD jako takové a s tím i na související stereotypy, které se mohou objevovat ve společnosti, v našem případě u pedagogů či rodičů. Z výpovědí bylo patrné, že neexistuje jednotný pohled na činnost OSPOD a to ani jak ze strany pedagogů, ani ze strany rodičů. Někteří učitelé více akcentovali represivní složku OSPOD, zatímco jiní vidí OSPOD v souvislosti s pomocí. P3 vnímá OSPOD zejména jako pomoc a oporu, avšak také zmiňuje, že působí i na rodiče ve smyslu určité obavy z toho, že se OSPOD zapojí do řešení situace: „*...tak jako ten OSPOD už je, ehm, věc, který, ehm, se dokážou ty lidi zaleknout.*“. O represivní roli OSPOD hovořila i učitelka P2, podle které OSPOD na rodinu „*... může víc zatlačit a škola jakoby nemá ty páky, takže*

proto, že jo, se na ten OSPOD obracíme, když je něco takhle závažnějšího...“ (P2). I přesto, že mezi dotazovanými pedagogy neexistuje určitá jednota ve vnímání OSPOD, někteří z nich nepovažují za důležité nějak více toto povědomí rozšiřovat a současný stav považují za uspokojující.

STEREOTYPY PRACOVNÍKŮ OSPOD VŮČI SPOLUPRÁCI S PEDAGOGY

Posledním tématem našeho výzkumu bylo zkoumání stereotypů pracovníků OSPOD vůči spolupráci s učiteli. Základní zjištění v této oblasti bylo, že všichni pracovníci OSPOD se shodli na určitém nedostatečném povědomí pedagogů o fungování OSPOD i o roli sociálního pracovníka v rámci systému SPOD: *„Tak já nevím, tak tam je hrozně moc jako mýtů okolo té profese toho sociálního pracovníka na tom úřadě... prostě my jsme jako ta zlá sociálka... přitom já tolik jako možností a těch nástrojů jako pro tu práci nemám.“ (PO5). Dle výpovědí pracovníků panují mezi pedagogy určité stereotypní představy o tom, co má tato instituce za možnosti a kompetence. To souvisí s určitým přehazováním odpovědnosti ze strany pedagogů na pracovníky OSPOD: *„Já si myslím, že spousta škol si jako myslí, že přijdeme a vyřešíme to mávnutím kouzelného proutku. Mně asi jako vadí mi trochu, jakoby fakt ten přístup té školy, nebo některých škol, že prostě všechno zachráníme, to jako mě úplně irituje tady tohle to... protože to dítě třeba zlobí dva, tři roky, oni už to nevydrží, tak to nahlásí na OSPOD nebo i je to dlouhodobá spolupráce a myslí si, že my tam přijdeme, úplně k němu pohovoříme a to dítě se zlepší...“ (PO1).**

Od faktu, že dle konverzačních partnerů nemají pedagogové o jejich činnosti dostatek informací, se odvíjí i určitá neochota ke spolupráci z jejich strany. Někteří z nich rovněž zmiňovali obavy pedagogů, ať už v souvislosti s reakcí rodiny na danou situaci (*„Tak jestli mají strach, že ty rodiče by potom se jim nějak mstili nebo já nevím, co v tom je, nechápu.“ - PO4*), či obavy související s reputací školy (*„Protože oni se bojí, že jako tu svoji školu, jako reputaci tý školy poškodí“ - PO5*).

Část konverzačních partnerů v této souvislosti vnímá rozdíly mezi tzv. segregovanými a výběrovými školami. Výběrové školy popisovali jako školy, které mají dobré umístění v dobré lokalitě a tím pádem i méně případů, s kterými se musejí zabývat. Školy segregované naopak popisují vysloveně jako školy „romské“: *„...je hrozně velké rozdíly, když jsou prostě ty děti v, ehm, jakoby řekněme na nějakých romských školách, bohužel to tak je, ty školy jsou tady segregované, to tak je“ (PO1). Hlavní rozdíl spatřují v tom, že se segregovanými školami spolupracují mnohem častěji a s jejich pracovníky se dobře znají: *„...tak tady by mohla být skoro potrubní pošta (smích) a mohli bychom spolu jako prostě hrozně komunikovat a už prostě ví, co já můžu, nemůžu...“ (PO5). Se segregovanými školami navazují spolupráci častěji a i proto jsou jejich vzájemné vztahy pevnější a bližší. Přístup pracovníků na segregovaných školách se jim líbí, protože dle nich dokáží mnohem lépe pochopit některé situace a umí s nimi díky větším zkušenostem lépe pracovat. Rovněž si dle konverzantů dokáží tyto školy mnoho věcí vyřešit samy, což souvisí například s tím, že**

tyto školy mívají svého vlastního sociální pedagoga, který se přímo zaměřuje na danou problematiku.

Poslední kategorie je věnována jevům, které byly zmíněny u menšího počtu konverzantů, či byly zmíněny u více z nich, ale vyjádřili se k nim pouze okrajově. Někteří zmiňují, že pedagogové si mohou na rozdíl od sociálních pracovníků u některých problémových žáků poměrně snadno vytvořit předsudky, protože jeho chování je pro ně často obtěžující a vyčerpávající: *„Možná to může být třeba zase dobrý, že třeba nemám někdy takový předsudky a nezaškatulkuju si ho tak, jak si ho zaškatulkuje ta škola už třeba po nějakých těch problémech.“* (PO2). Část konverzantů považuje některé školy za „drbárnu“ (PO5), kde si musí dávat pozor při sdělování informací. Takže je třeba trochu uvažovat, jaké informace sdělovat a jaké třeba nikoliv: *„...ehm, drby jsou všude.“* (PO1). Další konverzanti (PO3 a PO4) v souvislosti s pedagogy mluvili o náročnosti této profese. Dle nich to učitelé nemají jednoduché, avšak také jim přijde, že si pedagogové pořád na něco stěžují, přitom mají prázdniny a podobné výhody: *„...že si neustále stěžují, že mají málo peněz a nemyslím si, že je to pravda zrovna a, ehm, další samozřejmě, ty výhody, jak se říká, že mají prázdniny a tak dál, na druhou stranu to, že je to určitě těžká práce.“* (PO4).

Pracovník PO5 popisuje určitou lítost nad tím, jak je vnímána sociální práce ve společnosti. Přijde mu, že obecně všechny pomáhající profese mají ve společnosti nízkou prestiž, ale přesto se mu zdá, že pedagogové jsou na takovém pomyslném piedestalu ze všech pomáhajících profesí a jemu to přijde škoda: *„že jako, ehm, je ten piedestal těch učitelů a my jsme tam jako někde dole, jo, prostě někdy, takže mi to přijde jako někdy škoda.“* (PO5).

ZÁVĚR

Za pozitivní považujeme zjištění, že všichni konverzační partneři i z řad pracovníků OSPOD považují spolupráci mezi OSPOD a školami za velmi významnou, v některých situacích za naprosto klíčovou. Z pohledu pracovníků OSPOD tkví největší význam spolupráce v získávání cenných a rovněž objektivních informací a současně i ve vzájemné pomoci při řešení situace rodiny či dítěte. Sociální pracovníci i učitelé mají s danou spoluprací pozitivní i negativní zkušenosti, nicméně se shodují, že těch negativních je opravdu málo a jedná se spíše o výjimky.

Mezi hlavní faktory, jež pozitivně ovlivňují spolupráci, řadí shodně vzájemný vztah, komunikaci a společná setkávání. Ideálně by měli fungovat na bázi partnerství v rovnocenném vztahu, což někdy i odpovídá skutečnosti. Někteří pracovníci OSPOD vnímají i svoji nadřazenou pozici vůči škole (vyplývající z platné legislativy), avšak uvádějí, že kdyby ve vzájemném vztahu nefungovali jako partneři, nefungovala by ani spolupráce. Klíčový aspekt působící pozitivně na vzájemný vztah je osobní kontakt a s ním spojená vstřícnost. Mezi další pozitivně působící faktory spolupráce zahrnují

možnost pracovat s konkrétním pracovníkem, který má v kompetenci řešení těchto situací. Přínosné je také vzájemně si sdělovat potřebné informace v rámci zpětné vazby i přesto, že zmíněné nepatří k povinnostem OSPOD. Vždy však jen ty informace, které škole náleží. Za efektivní konverzanti považují vzájemné setkávání na různých úrovních, jež pomáhá navazovat užší spolupráci a rozšiřovat povědomí o činnosti a kompetencích OSPOD, aby se snížila možná nedorozumění mezi pracovníky. Všichni konverzanti považují za potřebné, aby škola řešila různé situace v rámci svých kompetencí a teprve, když se ani tak situace nelepší, je vhodné se obracet na OSPOD. Všichni sociální pracovníci se shodli, že někdy školy přenášejí své povinnosti na ně, nebo naopak hlásí situaci až příliš pozdě. Zmíněné může souviset s tím, že pracovníci OSPOD se domnívají, že školy někdy nemají dostatečné povědomí o jejich činnosti.

Obecně však lze konstatovat, že všichni konverzační partneři mají se vzájemnou spoluprací převážně dobré zkušenosti, kdy několik z nich uvedlo, že mají pocit, že se daná spolupráce zlepšuje a rozvíjí. Takže jejich ideální představa o spolupráci se ve většině případů nelišila od jejich zkušenosti. Výpovědi pedagožek i pracovníků OSPOD se v mnoha bodech prolínaly a ani se nijak zásadně nelišili zejména v oblasti prototypů. Z toho lze usuzovat, že pracovníci OSPOD i pedagožky mají velmi podobnou představu o ideální spolupráci.

Stereotypy u pracovníků OSPOD byly výraznější než u pedagogů, což, jak již bylo zmíněno, přisuzujeme skutečnosti, že pracovníci OSPOD mají mnohem větší zkušenosti se spoluprací se školami a obecně je povědomí o pedagogické profesi ve společnosti více rozšířeno, zatímco pedagogové zřejmě uvažují o pracovnících OSPOD především na základě svých zkušeností.

Na základě našich empirických zjištění doporučujeme v zájmu komplexní a efektivní spolupráce mezi školami a OSPOD především rozšiřovat povědomí o fungování a roli OSPOD mezi pedagogy, protože se jeví jako nedostatečné. Pracovníci OSPOD by měli dbát na zvyšování povědomí škol o dané problematice. Na základě výsledků výzkumu se v této souvislosti jeví jako vhodné zavedení pravidelného multidisciplinárního setkávání, kde by docházelo k objasňování základních otázek, a byly by navazovány bližší vzájemné vztahy, jež jsou nositeli dobré spolupráce. Právě osobní kontakt akcentovali pracovníci obou disciplín jako velmi důležitý pro rozvoj dobré spolupráce.

Empirická data přinesla také zjištění, že s rostoucími požadavky vyplývajícími z výchovné role školy učitelé vnímají potřebu pracovníka, který by se věnoval výhradně sociální problematice žáků a jejich rodin ve školním prostředí, aby se mohli věnovat především své vzdělávací roli. Domníváme se, že právě v této oblasti výzkum přinesl cenný impulz. Zatímco v některých státech má školní sociální práce tradici (např. v USA 100 let, Německo a Rakousko téměř 50 let, Lichtenštejnsko 10 let), u nás je její zapojení do škol v začátcích. Jak vyplynulo z rozsáhlého výzkumu Havlíkové mezi 1743 řediteli základních

škol, v současné době působí školní sociální pracovník přibližně ve 40 ZŠ, což odpovídá 1 % (Havlíková, 2018, 2019). Jak autorka dále uvádí, pro zavedení školní sociální práce svědčí řada aspektů, které souvisí s charakterem školní sociální práce. Tato profese totiž může disponovat nástroji pro řešení obtížných životních situací ohrožených dětí. Učitelé a další pedagogický personál by tak měli více prostoru pro naplňování své vzdělávací role. O tom, že tuto situaci by učitelé uvítali, svědčí i výsledky našeho výzkumu. Na druhou stranu dle Havlíkové (2019) existují i překážky pro zavedení školního sociálního pracovníka. Ty jsou dány jednak nízkou informovaností škol o této tématice a související neochotou začlenit sociální práci do portfolia jejich činností. Druhý aspekt souvisí s nízkou etablovaností disciplíny školní sociální práce v profesi sociální práce jako takové. Navzdory těmto překážkám se nicméně domníváme, že má smysl hledat cesty, jak učitelům jejich nelehkou vzdělávací roli usnadnit třeba prostřednictvím zavedení školní sociální práce.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HAVLÍK, R., KOŤA, J. 2011. *Sociologie výchovy a školy*. Vyd. 3. Praha: Portál.
- [2] HAVLÍKOVÁ, J. 2018. *Sociální práce ve školách a školských poradenských zařízeních: analýza současného stavu v ČR*. Praha: VÚPSV, v. v. i.
- [3] HAVLÍKOVÁ, J. 2019. České základní školy v měnící se společnosti: nazrála již doba na zavedení školní sociální práce? *Sociální práce/Sociální práce*, 19(5), 121-137.
- [4] HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- [5] JEDLIČKA, R. 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada.
- [6] JÍLEK, D. 2013. *Cesty ke škole respektující a naplňující práva dítěte: sub-projekt PF 098: Práva dítěte ve školské praxi*. Brno, Boskovice: Česko-britská o.p.s.
- [7] MATOUŠEK, O., MATOUŠKOVÁ, A. 2011. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál.
- [8] MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. 2016. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Karolinum.
- [9] MATOUŠEK, O. 2017. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál.
- [10] NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- [11] MATULAYOVÁ, T. 2013. Reflexe: Subjekty konstruují objekty. *Sociální práce/Sociální práce*, 13(2), 14-16.
- [12] NAVRÁTIL, P., PUNOVÁ, M., BAJER, P., NAVRÁTILOVÁ, J. 2014. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*. Brno: MUNI PRESS.
- [13] NAVRÁTILOVÁ, J. 2017. Podpora rodiny s dětmi v evidenci OSPOD. In P. Navrátil, *Pojetí případové sociální práce (casework a casemanagement)* (s. 18 – 23). Praha: MPSV, Sešit sociální práce.

- [14] NAVRÁTILOVÁ, J. 2019. Využití capability přístupu při posouzení dětského well-beingu. *Sociální práce/Sociálna práca*, 18(6), 65-77.
- [15] ORAVCOVÁ, J. 2004. *Sociálna psychológia*. Zvolen: Univerzita Mateja Bela.
- [16] PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada.
- [17] PUNOVÁ, M. 2012. Resilience v sociální práci s rizikovou mládeží. *Sociální práce/Sociálna práca*, 12(2), 90-103.
- [18] PUNOVÁ, M. 2013. Podpora resilience ve vzdělávání. *Studia paedagogica*, 18(2-3), 109-124.
- [19] PUNOVÁ, M. 2015. Práce s mládeží v době nejisté. *Sociální pedagogika*, 3(1), 70-84.
- [20] RŮŽIČKOVÁ, J., PUNOVÁ, M. 2018. Doprovázení členů skautu v obtížných životních situacích. *Sociální práce/Sociálna práca*, 18(2), 85-101.
- [21] VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.
- [22] VEČERKA, K., ŠTĚCHOVÁ, M. 2015. *Preventivní praxe po novelizaci zákona o sociálně-právní ochraně dětí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- [23] MPSV. 2009. *Metodický pokyn MPSV č. 9/2009 k sociální práci s ohroženou rodinou*. [online]. Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7273/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-9.pdf
- [24] MPSV. 2013. *Legislativa a systém sociálně-právní ochrany* Praha: MPSV.
- [25] *Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů*. (1999). Praha: Tiskárna Ministerstva práce a sociálních věcí.

COLLABORATION BETWEEN PRIMARY SCHOOL AND OSPOD



ABSTRACT

The empirical essay focuses on cooperation between OSPOD and primary school and aims to answer the main research question “How do primary school teachers and OSPOD staff perceive mutual cooperation?” This perception is viewed through the prototypes and stereotypes of the participants. The research was carried out through semi-structured interviews with 4 primary school teachers and 5 OSPOD social workers. It has been shown that teachers are groping in fulfilling the educational role of children with social problems, which is reflected in the fact that they often do not establish cooperation with OSPOD and do not know its role in solving the difficult situation of the child. OSPOD workers perceived cooperation as satisfactory and stressed the lack of prestige of their profession over teachers. It showed that representatives of both professions would welcome deepening cooperation, which supports the idea of establishing school social work in the Czech environment.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Kristýna Pířová
Základní škola Brno
Laštůvkova 920/77
635 00 Brno
e-mail: Kristyna-Pizova@seznam.cz

PhDr. Monika Punová, Ph.D.
Masarykova Univerzita
Fakulta sociálních studií
Katedra sociální politiky a sociální
práce
Joštova 10
602 00 Brno
e-mail: punova@apps.fss.muni.cz

KEYWORDS:

pedagogue, primary school, OSPOD,
social worker, cooperation, perception

HOMELESS PEOPLE AND THEIR SOCIAL INCLUSION

JANA NOVOTNÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

JIŘÍ TŮMA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

ABSTRACT

The aim of the research was to examine the process of social inclusion of homeless people in Prague and the characteristics of the policy of social inclusion in relation to the homeless. The project 2018-2019 used the method of research of applied empirical quantitative research. The result of quantitative research was an extensive, not very detailed description of the selected issue (250 people: 50 women and 200 men) with the possibility of generalizing the results for the whole population. Czech Republic - homeless in the territory of the capital city of Prague and a targeted selection was used. Five centers of social services in Prague were used to carry out the research. The size of the workplaces was sufficient for the realization of the scope of the research file.

KEYWORDS:

Homeless, Social Work, Social Inclusion

INTRODUCTION

The research project deals with the problem of homelessness and the possibilities of social services. Of the total number of 4,000 homeless people in the capital city of Prague, a sample of respondents with a total of 250 questionnaires reached the rate of 6.3% of the total number of homeless people in the capital city of Prague. Taking into account the inclusion of groups of homeless people in the quantitative research using the services of field social workers, hostels and asylums, it was necessary to take into account the lower total number of the whole group of homeless people in Prague (Masaryk, Mackinova, 2015).

MATERIAL A METHODS

The research was conducted in the winter months 2018-2019 using a questionnaire survey. The evaluation was performed using a statistical quadratic test of the 95% confidence test, and the dependence was verified by the Pearson contingency coefficient. Quantitative research is a type of sociological methodology that focuses on an area-based exploration of the social phenomenon in the population and towards the description (Arndt, Tarp, 2017). Applied research has been determined with regard to the solution of concrete practical issues, and empirical research is also given by interconnection with practice and work with specific knowledge. The main independent variables in the research were the socio-demographic data of the respondents, the types of used social services, the evaluation of the existing services in Prague, the attitudes of the respondents to the solution of homelessness, the basic method of collecting the data so as to obtain a subjective The questionnaire was used in closed, semi-closed and open questionnaire questions and there were 30 questions in total. The sociodemographic indicators of the respondent, the use of social services, as well as opinions on the use of these services, which they evaluated in most cases The number of men and women predominated among the homeless (a total of 250 respondents: 200 men and 50 women), as evidenced by pre-research (Hradecky, 2012). The Chi quadrate (hereafter) the Independence Test, which tested the zero hypothesis: against an alternative hypothesis:. In the course of the statistical evaluation of the questionnaire survey, methods used for descriptive data analysis were used. In the case of a more detailed analysis of the pivot tables by correspondence analysis, graphs were used to illustrate the obtained line or column scores for the resulting dimension (Matousek et al., 2017). The numerical calculations performed were tested in the statistical packet SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Numerical evaluation and obtaining of results was used for SPSS statistical software (Fejtkova, 2017). Alternatively was used statistical programming environment R 3.0.1. MS Excel 2010 was used to adjust the input data. (Rist et al., 2016).

On the basis of the objective, the following research questions were identified, on which the authors sought the answer:

1. Do social services help reintegrate into society?
2. Is the capacity of the provided social services sufficient?

The hypotheses for the research project were as follows:

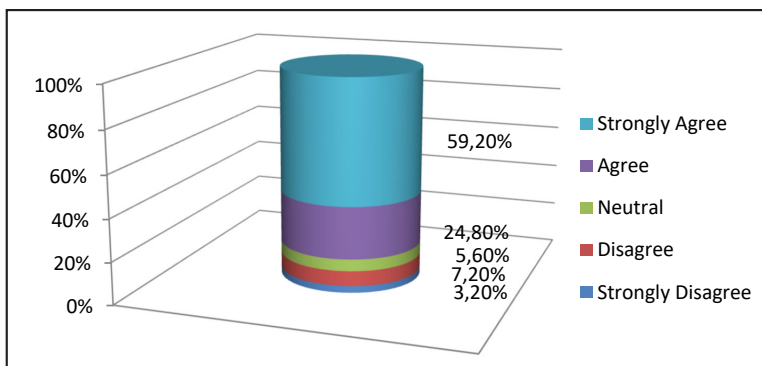
H1: The lower the individual will have the education, the higher the probability will happen person without shelter.

H2: The unfavorable social environment is more common cause of homelessness than an unfavorable state of health.

H3: Unaccompanied minors use the social services provided most often in during the winter months than during the summer.

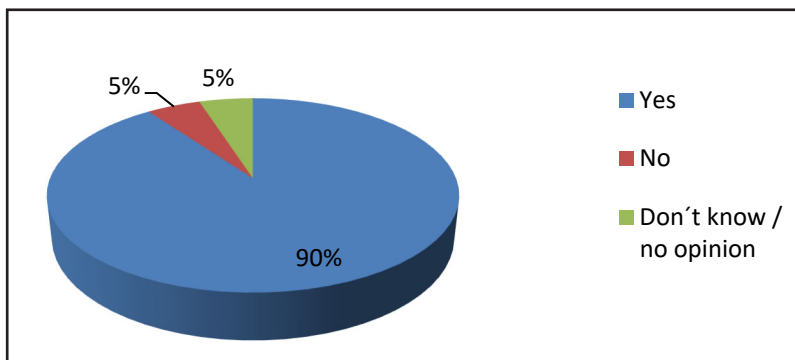
RESULTS

Graph 1: Do social services help to reintegrate into societ



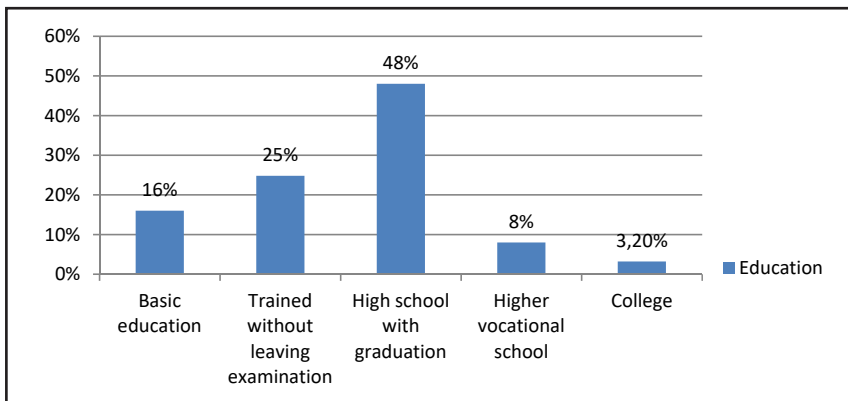
It was found that, overall, 84% of the social service helps homeless people to reintegrate into society (Graph 1).

Graph 2: Is the capacity of the social services provided sufficient?



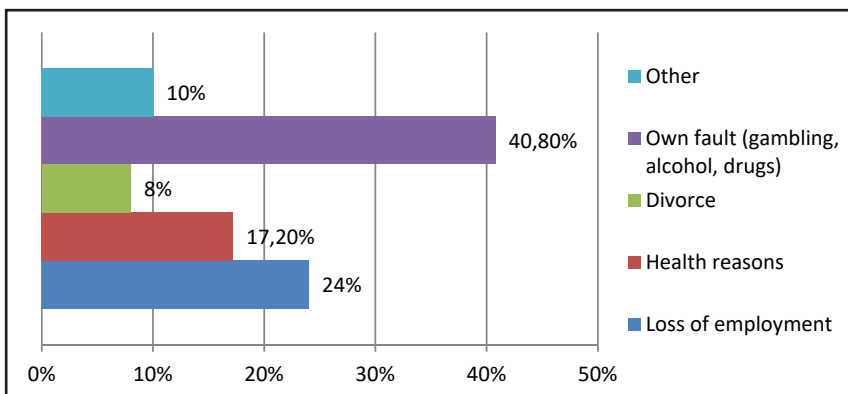
It was found that the social services capacity satisfies 90 %, which is satisfactory due to the high prevalence of homeless people in the capital city of Prague (Graph 2).

Graph 3: H1 The lower the individual will have the education, the higher the probability will happen person without shelter.



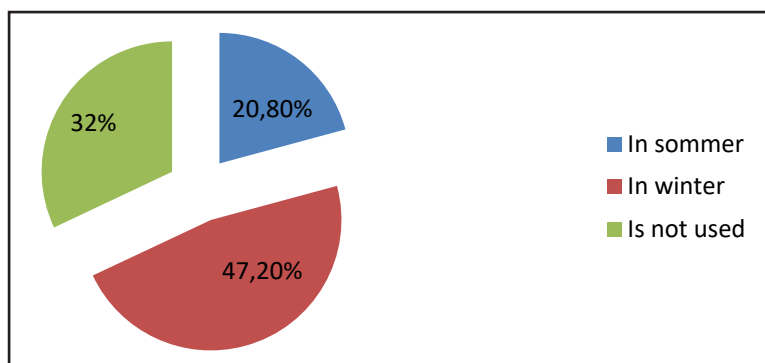
As Graph 3 shows, the lower the individual will have, the higher the probability of becoming a homeless person. This hypothesis has been confirmed when the most vulnerable group is a high-school graduate. On the other hand, the least represented group is university graduates.

Graph 4: H2 The unfavorable social environment is more common cause of homelessness than an unfavorable state of health.



As illustrated in Graph 4, the unfavorable social environment is more common cause of homelessness than an unfavorable state of health. This hypothesis has been confirmed when the most frequent reason for homelessness is the use of alcohol, drugs or gambling.

Graph 5: H3 Persons without shelter use the social services provided most often induring the winter months than during the summer.



Unaccompanied minors use the networks of social services provided on the territory of the capital city most frequently in the winter months than in the summer. This hypothesis was confirmed when the most social services are used by 47.20% of respondents, as shown in Graph 5.

DISCUSSION

According to the City of Prague Concept, the capacity of the services is insufficient, but the respondents are satisfied with the capacity. Higher health care for the homeless is needed, as the health of homeless people is mostly poor due to their way of life. According to the Concept, psychiatric illnesses are well above the national average for this population. According to the Concept, housing could be resolved, as they want to increase the number of low-threshold day centers and a proposal to build social apartments. To confirm or refute hypotheses it is necessary to compare the basic points of the current conceptual material with the results of the researched research. The main interconnection points between „Comprehensive Material for the Conception of Homeless Work in the Czech Republic for the Period to 2020“ and research that can be compared to each other. Social services provide outpatient, residential services and streetwork to homeless people. This research investigated whether social assistance services are sufficient, the views and attitudes of homeless people to these services.

CONCLUSION

This research introduces the possibilities of social services, their offer and possible supplement or extension of these services. Social services represent a clear and legally-based offer to address the social exclusion of homeless people. The question remains how consistently this offer saturates the real needs of the intended person. Social service providers must offer their services primarily in the context of current social policy (see the specific definition of services under the Social Services

Act 108/2006). On the one hand, users of social services do not expect effective assistance as their problem is on the part of the public commitment of providers and on the other hand there is a problem with providers because they do not have support in the valid legislation in the Czech Republic. Loss of home is often the culmination of a man's difficult life situation and a direct reaction to the failure to manage this situation or a certain stage of his life. The issue of homelessness is interdisciplinary and requires the involvement of more areas. It will be necessary for other disciplines to be involved in this issue.

REFERENCES

- [1] ARNDT, CH., TARP, F. 2017. *Measuring poverty and wellbeing in developing countries*. New York: Oxford University. 347 p. ISBN 978-0-19-874480-1.
- [2] HRADECKY, I. et al. 2012. *Comprehensive Material for the Concept of Working with Homeless People in the Czech Republic for the Period to 2020* „. 25 p.
- [3] FEJTKOVA, O. et al. 2017. *Poverty, charity and social welfare in Central Europe in the 19th and 20th centuries*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars. 449 p. ISBN 978-1-4438-4497-0.
- [4] MASARYK, V., MACKINOVA, M. 2015. Homeless in health care facility in the Slovak Republic. In: *International Scientific Conference - Social and Health Services for the Integration of Socially and Healthily Disadvantaged*. Pribram: University of Health and Social Work sv. Elisabeth. p. 150. ISBN 978-80-905973-9-6.
- [5] MATOUSEK, O. et al. 2017. *Child traumatized in close relationships*. Prague: Portál. 208 p. ISBN 978-80-262-1242-3.
- [6] RIST, R. C. et al. 2016. *Poverty, inequality and evaluation*. Washington: World Bank Group. 313 p. ISBN 978-1-4648-0703-9.

BEZDOMOVCI A JEJICH SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ



ABSTRACT

Cílem výzkumu bylo zkoumání procesu sociálního začleňování bezdomovců v Praze a charakteristiky politiky sociálního začleňování ve vztahu k bezdomovcům. V projektu 2018-2019 byla využita metoda výzkumu aplikovaného empirického kvantitativního výzkumu. Výsledkem kvantitativního výzkumu byl rozsáhlý, ne příliš detailní popis vybrané problematiky na souboru (250 osob: 50 žen a 200 mužů) s možností zobecnění výsledků na celou populaci. Charakteristikou výběrového souboru byla cílová skupina pro tento výzkum- zkoumaný vzorek u dospělých osob v České republice – bezdomovci na území hlavního města Prahy a byl použit cílený výběr. Pro realizaci výzkumu bylo využito pět center sociálních služeb v Praze. Velikost pracovišť dostačovala pro realizaci rozsahu výzkumného souboru.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 1556/16
586 01 Jihlava
e-mail: jananovotna8@seznam.cz

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnická a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Praha
Katedra sociální práce
Roháčova 1305/66
130 00 Praha 3 - Žižkov
e-mail: jirituma@centrum.cz

KEYWORDS:

bezdomovec, sociální práce, sociální začleňování

POSKYTOVANÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SENIORŮM



ABSTRAKT

Předkládaná výzkumná studie se zabývá problematikou kvality poskytování sociálních služeb seniorům v Plzeňském kraji, konkrétně pak v rámci šesti středisek Centra pečovatelské a ošetřovatelských služeb Města Touškov.

Cíl: Hlavním cílem celého výzkumného šetření bylo zjistit, zdali jsou klienti Centra pečovatelských a ošetřovatelských služeb Města Touškov spokojeni s poskytovanou kvalitou.

Vzorek a nastavení: výzkumný vzorek tvořilo 314 klientů, kterým se poskytuje pečovatelská služba na Plzeňsku, a to konkrétně Města Touškov. Dotazování byli informováni o postupu vyplňování dotazníku a jeho účelu.

Statistická analýza: ke srovnání dotazovaných respondentů v rámci pohlaví byla použita statistická metoda chi-kvadrátovým testem nezávislosti kritérií jednotlivých výzkumných hypotéz.

Výsledky: ohledně poskytovaných služeb většina dotazovaných považuje nejen cenu služeb CPOS MT v porovnání s jejich kvalitou za přijatelnou 172 (55,3 % respondentů) nebo spíše přijatelnou 107 (34,4 % respondentů).

SLAVOMÍR LACA
PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA
PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

LENKA ŠEFLOVÁ
CENTRUM PEČOVATELSKÝCH
A OŠETŘOVATELSKÝCH SLUŽEB
MĚSTO TOUŠKOV

JIŘÍ TŮMA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

Vysokou cenu vůči kvalitě vidí 4 respondenti (1,3 %), což je v porovnání s celkem zanedbatelné. Z výsledků je patrné a zřejmé, že respondenti dokáží ohodnotit jednotlivé poskytované služby, které jsou jim poskytovány. Dále jsme chi-kvadrát testem zmapovali a prokázali statistickou souvislost mezi dotazovanými a jejich znalostmi v rámci zkoumaného problému.

KLÍČOVÁ SLOVA:

stáří, senior, sociální služba, kvalita sociálních služeb, pečovatelská služba

ÚVOD

Výzkum se zabývá problematikou kvality poskytování sociálních služeb seniorům v Plzeňském kraji, konkrétně pak v rámci šesti středisek Centra pečovatelských a ošetřovatelských služeb Města Touškov (dale jen CPOS MT). Senioři jako významná součást naší společnosti potřebují pomoc a samozřejmě péči. Pomáhat můžeme skrz sociální práci. Sociální práce se seniory je řazena mezi odborné disciplíny, při nichž je člověku poskytována péče na základě specifických metod s profesionálním základem. Jednotlivá specifika sociální práce vycházejí hned z několika společenských věd, především z psychologie, sociologie a pedagogiky (Laca, 2011; Okech, Mačkinová, 2017). V sociální práci se seniory dochází ke kontinuitě mezi sociální a zdravotní oblastí. Často se stává, že zhoršující se zdravotní stav vyvolává potřebu po zavedení sociální služby, např. pečovatelské služby. V mnoha případech je tudíž ošetřovatelská péče poskytována souběžně se službou pečovatelskou, jak to uvádí autorka Janečková (in Matoušek, 2010, s. 164), a to je i důležité v naší předkladané studii.

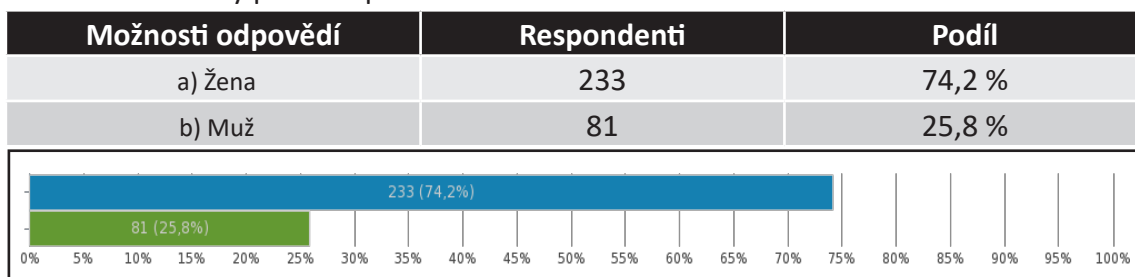
METODIKA

Výzkumné šetření je věnované seniorům a pečovatelským službám, které mají své místo v sociálních službách v České republice. Zvolili jsme výzkumnou metodu dotazníku vzhledem k poměrně vysokému počtu respondentů a zachování anonymity. Zvolili jsme si kvantitativní výzkum, protože je pro výzkumy humanitního zaměření vhodný pro široký výběr respondentů. Respondenta chápeme jako člověka, tedy jako sjednocenou bytost, která dovede řídit sama sebe, je odpovědná za své jednání (Kutnohorská, 2011). Tudíž je odpovědná za své výpovědi v dotazování. Cílem celého výzkumného šetření bylo zjistit, zdali jsou klienti Centra pečovatelských a ošetřovatelských služeb Města Touškov spokojeni s kvalitou a dále byly zvoleny tři dílčí cíle, kdy bylo zjišťováno, jaká je dostupnost pečovatelské služby a zdali jsou o těchto sociálních službách dostatečně a srozumitelně klienti informováni. Při analýze a interpretaci sesbíraných dat jsme nejdříve využili matematické třídění prvního stupně, následně jsme statisticky ověřovali výzkumné hypotézy. K potvrzení nebo vyvrácení jednotlivých hypotéz byl použit Pearsonův chí – kvadrát test. Chí – kvadrát test je jedna z metod statistiky, která umožňuje ověřit, zda má náhodná veličina určité předem dané rozdělení pravděpodobnosti. Tento test je základním a nejpoužívanějším testem nezávislosti v kontingenční tabulce, jak uvádíme v příspěvku. Zkoumání je založeno na myšlence porovnání pozorované četnosti a četnosti očekávané. Kontingenční tabulka se ve statistice využívá k názornému a přehlednému zobrazení vztahu dvou znaků (Ferjenčík 2000, s. 237). Pozorované četnosti představují data získaná od dotazovaných respondentů, očekávaná četnost je získána výpočtem následujícího vzorce:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Chí-kvadrát test dobré shody je založen na posouzení rozdílu mezi skutečnými (pozorovanými) četnostmi výskytu hodnot ve výběrovém souboru a očekávanými četnostmi, odpovídajícími příslušnému předpokládanému rozdělení pravděpodobností. Při výpočtu χ^2 testu dobré shody vycházíme z předpokladu, že platí nulová hypotéza a jestliže je vypočítaný χ^2 menší než 0,05, pak nulovou hypotézu zamítáme, a to proto, že rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi byl způsobem náhodnými činiteli Hendl (2004, s. 56). Dotazníkové šetření bylo provedeno u klientů pečovatelské služby, kterou poskytuje v regionu Plzeňska Centrum pečovatelských a ošetrovatelských služeb Město Touškov na základě registrace sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. K vyplnění dotazníku bylo vyzváno celkem 314 osob (tabulka 1). Sledovanými charakteristikami respondentů bylo pohlaví, věk a typ respondenta (stávající klient, bývalý klient, rodinný příslušník či osoba blízká klientovi).

Tabulka 1: Celkový podíl respondentů



Zdroj: vlastní

n=314

Jak je z následující tabulky 2 patrné z celkového počtu, 314 respondentů patří do dvou hlavních věkových kategorií, které jim byly v dotazníkovém šetření nabídnuty. Jsou jimi věková kategorie od 65 let do 80 let a věková kategorie 81 let a více, přičemž do jedné se přihlásilo 151 respondentů a 144 respondentů je starších 81 let. Celkem 295 osob je ve věku nad 65 let, tedy v hranici odchodu do starobního důchodu a také v hranici, kterou Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje za stáří. V mladší věkové hranici od 27 let do 64 let se do šetření přihlásilo asi 6 % osob, přesněji 19 respondentů. Děti a mladí lidé do 26 let se do šetření nezapojili. Výsledky z této identifikační otázky poukazují na fakt, že hlavní cílovou skupinou, které je poskytována pečovatelská služba prostřednictvím CPOS MT, jsou senioři.

Tabulka 2: Věk respondentů

Možnosti odpovědí	Respondenti	Procenta
a) Méně než 13 let	0	0
b) 14 až 26 let	0	0
c) 27 až 64 let	19	6,1 %
d) 65 až 80 let	151	48,1 %
e) 81 let a více	144	45,9 %

Zdroj: vlastní

n=314

VÝSLEDKY

HYPOTÉZA 1

Hypotéza H_{1o}: Mezi názory žen a mužů **je spokojenost** s poskytováním sociální služby zaměstnanci Centra pečovatelských a ošetrovatelských služeb Města Touškov.

Hypotéza H_{1A}: Mezi názory žen a mužů **není spokojenost** s poskytováním sociální služby zaměstnanci Centra pečovatelských a ošetrovatelských služeb Města Touškov.

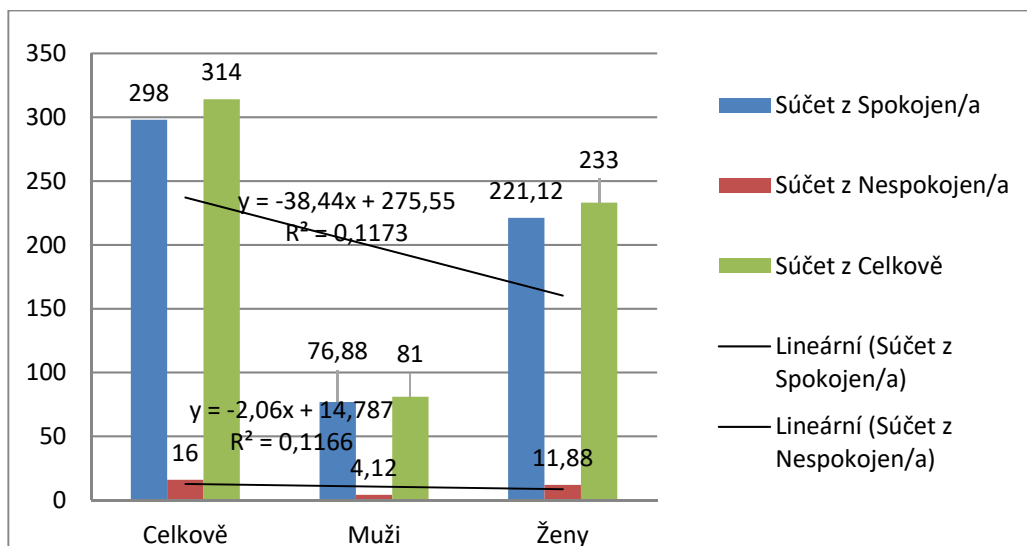
Kontingenční tabulka 1 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu

Očekávaná četnost	Spokojen/a	Nespokojen/a	Celkově
Ženy	221,12	11,88	233
Muži	76,88	4,12	81
Celkově	298	16	314

Signifikace chí-kvadrát testu: **G = 1.203**Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 1.203** > $\alpha \cdot \cdot \circ$ Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df} = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků **nezamítáme**.

Zdroj: vlastní

Kontingenční graf 1 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro hypotézu 1



Zdroj: vlastní

Z výsledku šetření vyplývá, že z 314 respondentů dotazníkového šetření je 298 spokojeno s poskytováním sociálních služeb zaměstnanci CPOS MT, přičemž jen 16 participantů není spokojených poskytováním sociálních služeb zaměstnanci CPOS MT. Tyto odpovědi byly následně ověřeny Chí-kvadrát testem, který vyšel **1,22**. Na základě tohoto výsledku byla zamítnuta alternativní hypotéza H1 a **byla přijata nulová hypotéza H0** – Mezi názory žen a mužů je spokojenost s poskytováním sociální služby zaměstnanci Centra pečovatelských a ošetřovatelských služeb Města Touškova. Na základě výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu jsme dospěli k následujícím závěrům, které jsou prezentovány v kontingenční tabulce a grafu. Lze tedy konstatovat, že pozorovaná četnost ukázala, že celkem 223 žen a 75 mužů je spokojeno s poskytováním sociální služby zaměstnanci CSPO MT. Opačný názor, nespokojenost, zastávalo 10 žen a 6 mužů. Při následném výpočtu chí – kvadrátu byl jeho výsledek stanoven na 1,22. Hodnota signifikace 1,22 znamená, že nulovou hypotézu nelze zamítnout. V grafu jsme taktéž znázornili výpočet lineárního součtu spokojenosti a nespokojenosti klientu CPOS MT.

HYPOTÉZA 2

Hypotéza H2₀: Mezi názory žen a mužů je situace, že v případě nespokojnosti s kvalitou a způsobem poskytované služby vědí, na koho se obrátit.

Hypotéza H2_A: Mezi názory žen a mužů je situace, že v případě nespokojnosti s kvalitou a způsobem poskytované služby nevědí, na koho se obrátit.

Kontingenční tabulka 2 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro hypotézu 2

Očekávaná četnost	Spokojen/a	Nespokojen/a	Celkově
Ženy	218,9	14,1	233
Muži	76,1	4,9	81
Celkově	295	19	314
			Signifikace chí-kvadrát testu: $G = 4.920$

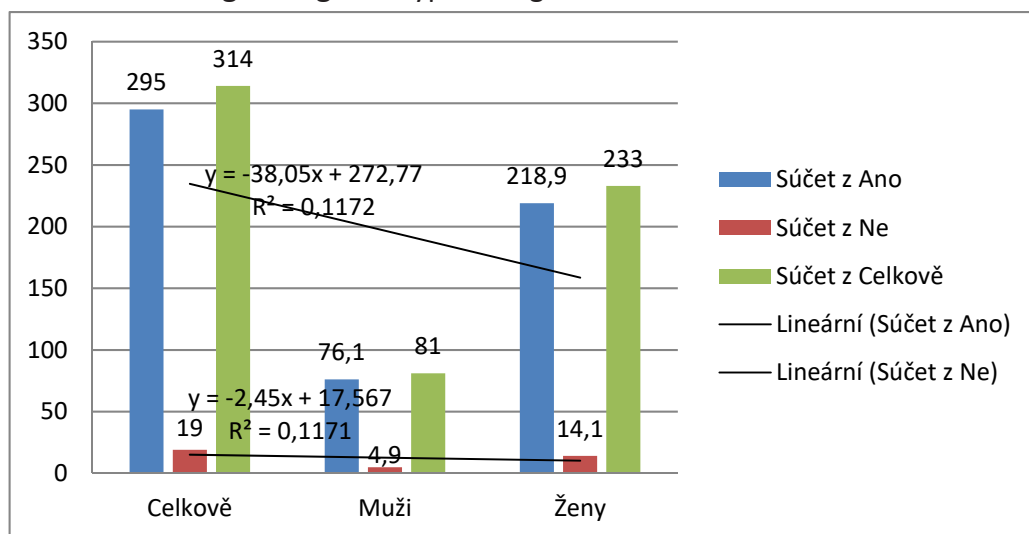
Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: $G = 4.920 > \alpha \cdot \cdot \cdot$

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df} = 3.841$

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků **nezamítáme**.

Zdroj: vlastní

Kontingenční graf 2 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu 2



Zdroj: vlastní

Z výsledku šetření vyplývá, že z 314 respondentů dotazníkového šetření, 295 respondentů v případě nespokojnosti s kvalitou a způsobem poskytované služby ví, na koho se obrátit, přičemž jen 19 respondentů nevědělo na koho se obrátit. Tyto odpovědi byly následně ověřeny Chí-kvadrát testem, který vyšel 4,92. Na základě tohoto výsledku byla **přijata nulová hypotéza H_0** a zamítnuta alternativní hypotéza. H_A – Mezi názory žen a mužů je situace, že v případě nespokojnosti s kvalitou a způsobem poskytované služby nevědí, na koho se obrátit. Na základě výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu jsme dospěli k následujícím závěrům, které prezentujeme v kontingenční tabulce a grafu. Lze tedy konstatovat, že pozorovaná četnost ukázala, že celkem 223 žen a 72 mužů v případě nespokojnosti s kvalitou a způsobem poskytované služby ví, na koho uživatelé vědí, na koho se obrátit. Opačně, tedy že nevědí, na koho se obrátit,

se vyjádřilo 10 žen a 9 mužů. Při následném výpočtu chí – kvadrátu byl jeho výsledek stanoven na 4,92. Hodnota signifikace 4,92 znamená, že nulovou hypotézu nelze zamítnout. V grafu jsme taktéž znázornili výpočet lineárního součtu, zda uživatelé vědí či nevědí na koho se obrátit v případě nespokojenosti s kvalitou a způsobem poskytované služby.

HYPOTÉZA 3

Hypotéza H_{3₀}: Mezi názory žen a mužů na využívání a přínosu služeb pečovatelskou službou je signifikantní rozdíl.

Hypotéza H_{3_A}: Mezi názory žen a mužů na využívání a přínosu služeb pečovatelskou službou není signifikantní rozdíl.

Kontingenční tabulka 3 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro hypotézu 3

Očekávaná četnost	Spokojen/a	Nespokojen/a	Celkově
Ženy	192,93	40,07	233
Muži	67,07	13,93	81
Celkově	260	54	314

Signifikace chí-kvadrát testu: G = 0.101

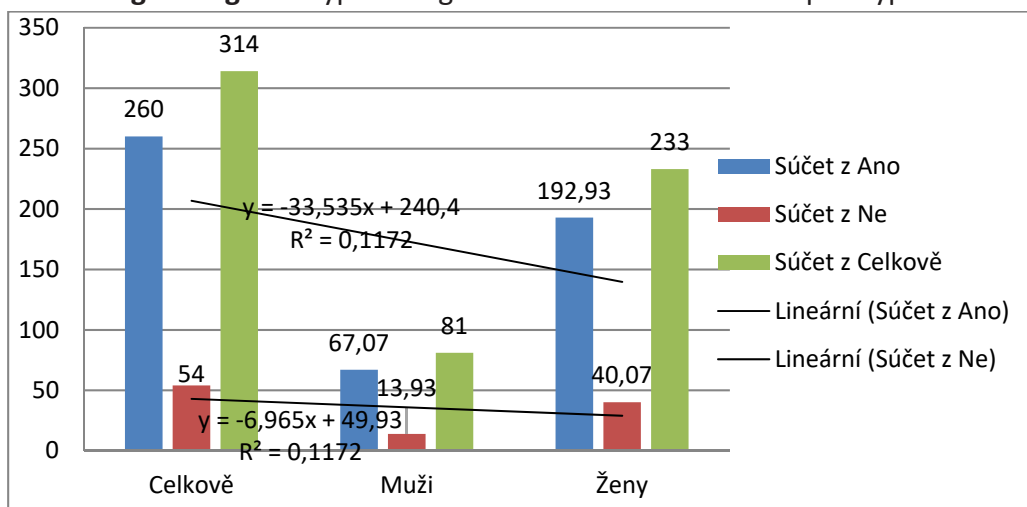
Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 0.101** > α , . 0

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df} = 3.841$

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků **nezamítáme**.

Zdroj: vlastní

Kontingenční graf 3 výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu pro hypotézu 3



Zdroj: vlastní

Z výsledku šetření vyplývá, že z 314 respondentů dotazníkového šetření je 260 respondentů, kteří uvedli, že mezi názory žen a mužů na využívání a přínos služeb pečovatelskou službou je signifikantní rozdíl, přičemž jen 54 respondentů uvedlo, že mezi názory žen a mužů na využívání a přínos služeb pečovatelskou službou není signifikantní rozdíl. Tyto odpovědi byly následně ověřeny Chí-kvadrát testem, který vyšel 0,101. Na základě tohoto výsledku byla zamítnuta alternativní hypotéza H3 a *přijata nulová hypotéza H0* – Mezi názory žen a mužů na využívání a přínos služeb pečovatelskou službou je signifikantní rozdíl. Na základě výpočtu signifikance Chí-kvadrát testu jsme dospěli k následujícím závěrům, které prezentujeme v kontingenční tabulce a grafu. Lze tedy konstatovat, že pozorovaná četnost ukázala, že celkem 192 žen a 68 mužů uvedlo odpověď na zjišťovanou hypotézu: Mezi názory žen a mužů na využívání a přínos služeb pečovatelskou službou je signifikantní rozdíl. Opačně, tedy není signifikantní rozdíl, se vyjádřilo 41 žen a 13 mužů. Při následném výpočtu chí – kvadrátu byl jeho výsledek stanoven na 0,13. Hodnota signifikace 0,101 znamená, že nulovou hypotézu nelze zamítnout. V grafu jsme taktéž znázornili výpočet lineárního součtu, zda je či není signifikantní rozdíl mezi názory žen a mužů na využívání a přínos služeb pečovatelskou službou CPOS MT.

DISKUSE

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda-li jsou klienti Centra pečovatelských a ošetrovatelských služeb Města Touškov spokojeni s kvalitou, dále pak s dostupností pečovatelské služby a zdali jsou o této sociální službě dostatečně a srozumitelně informováni. Abychom naplnili tento záměr, stanovili jsme si výzkumné hypotézy (nulovou a alternativní hypotézu). V rámci metodologie zvoleného kvantitativního výzkumného šetření byl představen výzkumný vzorek respondentů v celkovém počtu 314 percipientů, dotazníková metoda sběru dat a statistické vyhodnocení těchto dat testem dobré shody, Chí-kvadrát testem, kdy jsme mohli jednu ze stanovených hypotéz vyloučit a potvrdit tak hypotézu druhou. V prvním stanoveném vedlejším výzkumném cíli se zjišťovalo, zdali je signifikantní rozdíl mezi muži a ženami ve spokojenosti s poskytováním sociální služby zaměstnanci Centra pečovatelských a ošetrovatelských služeb Města Touškov. Na základě odpovědí respondentů ověřených Chí-kvadrát testem, byla přijata alternativní hypotéza H₁₀- Mezi názory žen a mužů je spokojenost s poskytováním sociální služby zaměstnanci Centra pečovatelských a ošetrovatelských služeb Města Touškova. Z výsledku tedy vyplývá, že uživatelé uvedené sociální služby v Plzeňském kraji jsou spokojeni s poskytováním sociální služby. Spokojenost vyjádřilo 298 respondentů. Výsledky šetření jsou relevantní, protože byl zajištěn dostatečně vysoký vzorek 314 respondentů. Je zřejmé, že zkoumaná pečovatelská služba poskytuje péči v odpovídající kvalitě a odborným personálem, který poskytuje péči dle Standardů kvality zákona o sociálních službách. Dodržuje základní principy, zásady a naplňuje poslání služby s návazností na cíle, vize a firemní kulturu, což potvrdilo 242 respondentů (77,8 %). Toto tvrzení se opírá o fakt, který uvádí

Matoušek (2008), že sociální pracovník je při své práci konfrontován s komplexními problémy klientů a jeho postoj i emoce nemohou být neutrální. Jeho role je ve schopnosti vcítit se do situace klienta, vnímat i to, co je v rámci řešeného problému skryté, a kdy je nutná podpora klienta v následných řešeních. Podle Varvažovské a Jarkovské (2018) je subjektivním měřítkem kvality poskytování sociální služby spokojenost klienta, který ovšem prostřednictvím své zpětné vazby vyjadřuje personálu svoji vděčnost. Této otázce se věnuje Malík, Holasová (2014), kteří uvádějí, že v subjektivní rovině se jedná o pohled uživatele a kvalita není jednoznačně definována. Nabízí definici služby jako naplnění potřeb příjemců, při přiměřených nákladech, dobrou dostupností a definováním nabídky. Autoři Laca a Kolarčíková (2015, s. 370) uvádí, že pravidla a normy chování a vystupování sociálního pracovníka současně ukazují na humánní přístupy, jako jsou různé humanistické, náboženské, demokratické ideály a filosofie, z kterých je nutno vycházet. Shrnuje je do morálních principů: „Respektovat a akceptovat každého člověka jako jedinečnou hodnotu a umožnit každému člověku právo na seberealizaci do takové míry, aby nezasahoval do tohoto práva a jiných hodnot“. V druhém stanoveném vedlejším výzkumném cíli bylo zjišťováno v případě nespokojenosti s kvalitou a způsobem poskytované služby, zda vědí nebo nevědí, na koho se obrátit. Na základě odpovědí respondentů ověřených Chí-kvadrát testem byla přijata alternativní hypotéza H_{2A} . Mezi názory žen a mužů je situace, že v případě nespokojenosti s kvalitou a způsobem poskytované služby nevědí, na koho se obrátit. Z výsledku vyplývá, že 295 respondentů ví, na koho se obrátit. I v tomto případě považujeme zjištěný výsledek za relevantní, což potvrzuje i výsledek šetření, kde se respondenti vyjadřovali, které vlastnosti se pojí k CPOS MT: spolehlivost (78,5 %), vřídlost (66,6 %), profesionálnost (62,1 %). Testovaná pečovatelská služba bezpochyby poskytuje dostatečnou informovanost o službě. Zároveň poskytuje péči dle svých základních činností v požadované kvalitě vyplývajících ze standardů kvality. Tvrzení také potvrzuje zjišťovaná otázka: Jak jste/byl(a) spokojena se službou/službami, které využíváte? Největší počet respondentů označilo spokojenost se základním úkonem – Pomoc při zajištění chodu domácnosti (např.: úklid, nákup, pochůzky, praní prádla) 238 (76,5 %), Poskytnutí stravy (např.: dovoz oběda, pomoc s přípravou a podáním stravy) 209 (67,2 %), Sociální poradenství (např.: sociální dávky, příspěvky na péči) 140 (45,0 %), Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např.: doprovod k lékaři, na úřad) 105 (33,8 %). Autorka Novotná (2014) uvádí, že sociální pracovníci v rámci plnění úkolů své pracovní náplně zastávají celou řadu sociálních rolí, od pečovatele a poskytovatele (zprostředkovatele) služeb, přes cvičitele sociální adaptace, poradce, terapeuta, manažera, personalistu, administrátora až po činitele sociálních změn. Výčet těchto sociálních pozic tak jasně ilustruje pestrost práce sociálních pracovníků, kteří jsou hlavními zprostředkovateli nabízených sociálních služeb klientům nejrůznějšího věku, zdravotního či psychosociálního omezení, klientů, kteří psychosociální podporu a pomoc potřebují. Výstižně také uvádí Mühlpachr et al. (2004), že sociální pracovník je také činitelem sociálních změn, angažuje se při řešení nejrůznějších problémů, přebírá na sebe analytika sociálních problémů, mobilizuje vůli komunity anebo i skupinového advokáta. V případě potřeby povzbuzuje sociální iniciativu (Novotná, 2014).

Autor Matoušek (2003) poukazuje na fakt, že hlavní je smysl komunikační dovednosti sociálního pracovníka, jenž je nezbytný a přímo přítomný v každé etapě sociální práce. Je základním prostředkem k navázání vztahu s klientem a tím vzniká počátek řešení klientova problému (Okech et al, 2019). Autor Laca (2015), ke kvalitě poskytovaných služeb uvádí, že formulace etického kodexu profese má vícero významů a důvodů. Sociální pracovníky provází etickou praxí, ale také pomáhá řešit morální dilemata. Zásadní ochranu autor vidí v ochraně klientů a členů společnosti, před zneužíváním nebo týráním. S tím souvisí daná kritéria a podklad pro posouzení stížností pro hodnocení sociální praxe z hlediska hodnot. V třetím stanoveném vedlejším výzkumném cíli jsme zjišťovali, zdali využívání služeb pečovatelské služby je či není pro respondenty přínosné. Na základě odpovědí respondentů ověřených Chí-kvadrát testem byla přijata alternativní hypotéza H_{3_0} . Mezi názory žen a mužů na využívání a přínos služeb pečovatelskou službou je signifikantní rozdíl. Můžeme tedy konstatovat, že pozorovaná četnost ukázala, že celkem 192 žen a 68 mužů, celkem 260 respondentů uvedlo, že vnímají přínosné poskytování péče CPS MT. K zjištěným výsledkům přispívá i výsledek dalších zjišťovaných otázek v rámci dotazníkového šetření. Například: Doporučil/a byste naši organizaci svým známým? Jedna z otázek zjišťující celkové hodnocení organizace respondenty. Převážná většina dotazovaných by CPOS MT určitě doporučila svým známým - 240 respondentů (77,2 %) a 57 (18,3 %) pak pravděpodobně. Pouze jeden klient by službu pravděpodobně nedoporučil a jeden klient určitě nedoporučil. Také v tomto zjišťovaném cíli lze výsledek považovat za relevantní.

ZÁVĚR

Celý příspěvek se zabývá způsobem péče o seniory v rámci pečovatelských služeb. V České republice se předpokládá, že zhruba 80 % rodin se postará o svého příbuzného v seniorském věku a zajistí mu péči, kdy se stane nesamostatným. Jsou to především příbuzní a přátelé (Janečková in Matoušek, 2013). Záměrem těchto služeb je především pomoci takovýmto lidem zajistit jejich soběstačnost, a to jak fyzickou, tak i psychickou a sociální, dále pak umožnit jim zapojit se co možná nejvíce do běžného způsobu života a zachovat co nejvíce dosažených schopností a kompetencí. Jen v případě, že tohoto nelze dosáhnout, přichází pomoc prostřednictvím pobytové sociální služby, která má povinnost zajistit především důstojné prostředí a zacházení (Okech, Mačkinová, 2020). Toto tvrzení zastává i autorka Nová, která na základě zrealizovaných výzkumů uvádí, že rodiny preferují pobyt svých seniorů doma před institucionální péčí. „Pro rodiny je služba dostupná finančně a je hodnocena v kvalitní formě poskytovatelů. Poukážeme na témata paliativní péče a degenerativních onemocnění, které bylo vyhodnoceno rodinnými příslušníky za skutečnost, kterou by nezvládli“ (Nová, 2018, s.105).

Právě do této skupiny patří i řada sociálních služeb pro seniory – pečovatelská služba, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (Janečková, Čiberová, Mach, 2016). Součástí sociální pomoci, jak uvádí (Matoušek, 2008), která tvoří jeden ze tří pilířů

systému sociálního zabezpečení v ČR, jsou i služby pro staré a nemocné občany. Sociální služby jsou v ČR od roku 2006 definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Matoušek (2008). Podle Matouška (2010) k odchodu do rezidenčního (pobytového) zařízení rozhodují především z ekonomických a rodinných důvodů, kde mají k dispozici služby. Často jsou i donuceni radikální změnou svého zdravotního stavu, kdy jejich přirozené prostředí není připraveno kompenzovat funkční ztráty. Typy rezidenční péče, které může senior využívat a to, v případě, že má zachovanou částečnou soběstačnost: Domy s pečovatelskou službou – nabízejí byty uživatelům do pronájmu, ale jedná se o byty zvláštního určení, v nichž jsou poskytovány i sociální. Z uvedených prokázaných výsledků vyplývá, že Centrum pečovatelských a ošetrovatelských služeb naplňuje dle teoretického východiska požadovanou kvalitu poskytované pečovatelské služby. Uplatňuje zásady a principy sociální práce, prostřednictvím metod sociální práce.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] FERJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
- [2] HENDL, J. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.
- [3] HOLASOVÁ, A., MALÍK, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
- [4] JANEČKOVÁ, E., ČIBEROVÁ, H., MACH, P. 2016. *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb: řešení základních problémů poskytování sociálních služeb, vzory používaných formulářů, náležitosti smlouvy*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7554-009-6.
- [5] KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [6] LACA, S., KOLLARČÍKOVÁ, J. 2015. *Starostlivost o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Praha: PVŠPSS. ISBN 978-80-904748-9-5.
- [7] LACA, S. 2015. *Social care as a phenomenon of seniors' quality of life*. Praha: PVŠPSS. ISBN 978-80-904748-7-1.
- [8] LACA, P. 2011. Syndróm vyhorenia u ľudí pracujúcich v oblasti opatrovateľskej starostlivosti. In: *Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bardejov: VŠZaSP s. 188-198. ISBN 978-80-8132-016-3.
- [9] MATOUŠEK, O. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [10] MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

- [11] MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [12] MUHLPACHR, P. 2004. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-86633-62-4.
- [13] [13] NOVÁ, M. 2018. Mezigenerační solidarita. In: *Nová sociálna edukácia človeka VII. Recenzovaný zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. s. 105 – 110. ISBN 978-80-555-2126-8.
- [14] NOVOTNÁ, J. 2004. *Teorie sociální práce: skripta*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. ISBN 978-80-87035-96-2.
- [15] OKECH, V. O., MAČKINOVÁ, M. 2020. Effects of Home Environment on Children's Development: A comparative study. In: *Clinical social work and health intervention*. 11(1). s. 41-47. DOI: 10.22359/cswhi_11_1_01.
- [16] OKECH, V. et al. 2019. Language impairment: a review of the efficacy of non-verbal communication in working with patients who have dementia. In: *CBU International Conference Proceedings*, vol 7. s. 548-551. DOI: 10.12955/cbup.v7.1416.
- [17] OKECH, V. O., MAČKINOVÁ, M. 2017. A Comparative Literature Review on Contributions of Social workers in Kenya and Slovakia to Palliative Care Multidisciplinary Team Review. In: *Clinical Social Work and Health Intervention*. 8(4). s. 75–78. DOI: 10.22359/cswhi_8_4_09.
- [18] VARVAŽOVSKÁ, P., JARKOVSKÁ, M. 2018. Vnímání sociálních služeb z pohledu jejich uživatelů a poskytovatelů ve vybraném regionu České republiky. In: *Kontakt*, 2. s. 187 – 194. ISSN 1212-4117.

PROVIDING SOCIAL SERVICES TO SENIORS



ABSTRACT

This research study deals with the issue of the quality of providing social services to seniors in the Pilsen region, specifically within the six centers of the Center of Nursing and Nursing Services City of Touškov.

Objective: The main aim of the whole research was to find out whether the clients of the Center of Nursing and Nursing Services of Touškov are satisfied with the provided quality.

Sample and settings: the research sample consisted of 314 clients, who are providing nursing services in the Pilsen region, specifically the Town of Touškov. The interviewees were informed about the process of completing the questionnaire and its purpose.

Statistical analysis: a statistical method was used to compare the respondents - respondents within the sexes by the chi-square test of independence of the criteria of individual research hypotheses.

Results: As regards the services provided, most respondents consider not only the price of CPOS MT services compared to their quality as acceptable 172 (55.3% of respondents) or rather acceptable 107

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Hekrova 805
149 00 Praha 11-Háje
e-mail: laca@pvsp.cz

Bc. Lenka Šeflová
Centrum pečovatelských a ošetrovatelských služeb Město Touškov
Partyzánská 519
330 33 Město Touškov
e-mail: ps@pecovatelskaslužba.cz

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnická a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Praha
Katedra sociální práce
Roháčova 1305/66
130 00 Praha 3 - Žižkov
e-mail: jirituma@centrum.cz

(34.4% of respondents). High price against quality is seen by 4 respondents (1.3%), which is negligible compared to the total. From the results it is evident and obvious that respondents know to evaluate the individual services provided to them. We also mapped the chi-square test and showed a statistical link between the interviewees and their knowledge within the examined problem.

KEYWORDS:

old age, senior, social service, quality of social services, nursing service

INTEGRAČNÍ PROCES U CIZINCŮ V ČESKÉ REPUBLICCE A VE FINSKU

MONIKA NOVÁ
UNIVERZITA KARLOVA



ABSTRAKT

Autor příspěvku zmapoval a následně komparuje finský proces integrace cizinců.

V příspěvku představuje finské projekty na podporu integrace a to ve formě možných příkladů dobré praxe. Vychází z tvrzení, že s porovnáním s Finskem, máme jako Česká republika, přibližně stejné procento cizinců žijících na našich územích a podobnou migrační historii, kdy obě země zažívaly velký odliv svých obyvatel zejména v 19. století. V příspěvku autor poukazuje i na integrační proces v České republice a Finsku a následně i na úskalí tohoto procesu v obou zmiňovaných státech.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Česká republika, Finsko, integrace,
migrace, organizace

ÚVOD

Úspěch integrace v Evropě závisí na jednotlivých členských politikách EU, které mají společnou evropskou integrační politiku. Cíle integrace v Evropě jsou stejné, ale cesty k nim se mohou lišit. Zmapováním procesu integrace imigrantů z pohledu sociální práce ve Finsku a především poznání integračních zařízení, chci následně v tomto textu představit vhodné příklady z praxe. Porovnám jednotlivé procesy integrace v České republice a ve Finsku a nacházím rozdíly.

Pokud bych však měla tyto dvě země porovnat, jsou si v obecném vymezení tématu migrace velmi podobné. Mají podobnou migrační historii, kdy obě země zažívaly velký odliv svých obyvatel zejména v 19. století, ať už příčiny pro odchod byly jakékoliv. Stejně tak obě země nemají dlouhou integrační historii. S Finskem máme ovšem také podobné i to, že máme přibližně stejné procento cizinců žijících na našich územích (Mačkinová, Okech, 2019). Proto se domnívám, že Finsko bylo vhodnou volbou pro komparaci. Zajímalo mě, zda se můžeme v rámci integraci a projektů takto zaměřených inspirovat i v České republice.

Integrační proces se může v jednotlivých evropských zemích lišit, ovšem Evropská unie nastavuje obecný rámec, který je závazný pro všechny její členy. Konkrétní integrační strategii si na druhou stranu vytváří jednotlivé země samostatně, proces integrace je tedy plně v jejich kompetencích.

INTEGRACE V ČESKÉ REPUBLICE

Integraci cizinců má v České republice v gesci Ministerstvo vnitra (MV ČR), i přesto, že v minulosti bylo pověřeno její koordinací a realizací Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV ČR), ovšem v roce 2008 byla tato kompetence navrácena zpět Ministerstvu vnitra ČR (Leontiyeva, 2011).

Nejdůležitějším dokumentem upravující integraci v rámci ČR je zřejmě Koncepce integrace cizinců na území České republiky, která je zčásti inspirována unijním dokumentem Common Basic Principles for Immigrant Integration Policy in the EU (Leontiyeva, 2011). Koncepce integrace cizinců na území ČR je průběžně upravována. Poslední aktualizace proběhla v roce 2016. Obsahem aktualizované verze tohoto dokumentu je analýza aktuální situace v oblasti integrace cizinců, definování postupu ČR v oblasti integrace a konkrétní aktuální opatření, která jsou navrhována resorty odpovídající za úspěšnou integraci cizince do společnosti. Cílová skupina integrace je v koncepci definována jako cizinci ze třetích zemích, kteří na území ČR pobývají legálně a kteří nejsou žadateli o mezinárodní ochranu (Koncepce integrace cizinců, 2016).

„Integrační politika směřuje k podpoře soběstačnosti cizinců, tak aby byli schopni plnohodnotně se zapojit do života společnosti, řešit svou individuální životní situaci samostatně, bez závislosti na jiných subjektech. Je žádoucí, aby cizinci byli schopni důstojného života v České republice a sami sebe dokázali vnímat jako součást této společnosti“ (Konceptce integrace cizinců, 2016). V návaznosti na citaci je cílem integrační politiky ČR to, aby cizinci znali svá práva a povinnosti, orientovali se v novém prostředí, ovládali český jazyk a byli schopni mu rozumět, byli samostatní po ekonomické a sociální stránce a nakonec, aby měli dostatek informací a věděli, kde je naleznou. Integrační politika zároveň klade důraz na to, aby byla majoritní společnosti otevřená k cizincům, protože integrace je obousměrný proces a odpovědnost za ni nesou cizinci i majoritní společnost (Konceptce integrace cizinců, 2016).

Konceptce integrace cizinců specifikuje cílovou skupinu poněkud široce. Hlavním úsilím je integrovat cizince, kteří na území chtějí pobývat dlouhodobě nebo trvale, počítá se s jedním a více roky. V ČR obecně platí, že občané EU mají stejný rozsah práv jako čeští občané. Integrační opatření proto nejsou primárně zaměřena na ně. Azylantů naopak spadají do zvláštní kategorie integračního programu, která je realizována zákonem o azylu (Leontiyeva, 2011; Okech, 2018).

Pro držitele mezinárodní ochrany jsou zřízena integrační azylová střediska (IAS), která spravuje Správa uprchlických zařízení MV ČR. Cizinec pak může využít možnosti a ubytovat se ve středisku na přechodnou dobu. Česká republika držitelům mezinárodní ochrany poskytuje asistenci v integraci formou tzv. státního integračního programu, který slouží k ulehčení počáteční fáze v nové zemi. Program je koncipován formou poskytování integračních služeb, které se zaměřují na pět klíčových oblastí – sociální a zdravotní sféru, bydlení, zaměstnání a vzdělávání (www.mvcr.cz).

S cizincem je vypracován individuální integrační plán, který je zpracováván buď v integračním azylovém středisku nebo v místě jeho aktuálního bydliště, a to bezprostředně po udělení mezinárodní ochrany. Individuální plán stanovuje cíle, které se týkají především výše zmíněných pěti oblastí a v průběhu jeho plnění může být měněn a aktualizován, aby bylo dosaženo co nejefektivnějšího využití služeb. Na tvorbě individuálního integračního plánu spolupracuje, držitel mezinárodní ochrany společně s pracovníkem IAS nebo se sociálním pracovníkem z jiných zainteresovaných organizací. Integrační služby může cizinec využívat po dobu maximálně jednoho roku od vypracování individuálního plánu (www.mvcr.cz).

Další nezbytnou součástí integrace do české společnosti je i ovládnutí českého jazyka. Imigrant má nárok na bezplatný jazykový kurz v rozsahu 400 hodin výuky a za jeho realizaci zodpovídá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Kurz je zakončen zkouškou (www.mvcr.cz).

Na celkové integrace se nepodílí jen samotná ministerstva, stěžejní je taktéž role obcí a měst věnující se začleňování klientů na lokální úrovni a role neziskových organizací (www.mvcr.cz). Klíčovou roli mají i Centra na podporu integrace cizinců, která jsou realizována Správou uprchlických zařízení Ministerstva vnitra a v ČR fungují od roku 2009 (www.integracnicentra.cz).

Integrační služby jsou dále podporovány různými kurzy a informačními materiály. Příkladem je např. adaptačně-integrační kurz Vítejte v ČR nebo instruktážní film Jak na to? Oba jsou realizovány nevládní neziskovou organizací Slovo 21, kde příchozí získávají základní informace o ČR a o fungování české společnosti (www.slovo21.cz). ČR se věnuje také inkluzivním opatřením, kdy je předškolní vzdělávání od pěti let věku dítěte povinné i pro cizince. Děti tak mohou lépe obstát ve studiu na základních školách, protože se díky inkluzivnímu opatření zdokonalují ve znalostech češtiny. Česká republika dále nabízí bezplatnou přípravu k začlenění do základního vzdělávání (Koldinská a kol., 2016).

ÚSKALÍ INTEGRACE V ČR

Integrace je dlouhý a komplexní proces, který není vždy lehký realizovat, a proto se při něm může naskytnout mnoho překážek. Česká republika v tomto směru není výjimkou. Až 38 % cizinců uvádí, že zaznamenalo projevy xenofobie (Koncepce integrace cizinců, 2016). Někteří cizinci poukazují především na stigma provázané s pracovním trhem. Často nemohou najít stabilní, legální, méně vyčerpávající a více naplňující zaměstnání, a proto mnoho z nich pracuje jako neodborná pracovní síla. Projevy xenofobie, ale nikdy nevyústily do zásadnějších projevů agrese (Koncepce integrace cizinců, 2016).

V posledních letech také probíhá diskuze, zda je vhodnější, aby žáci-cizinci, kteří neumí česky, byli zařazeni ihned do výuky ve třídě. Nabízí se otázka, zda jim nejprve poskytnout intenzivní kurz češtiny. Překvapující zjištění je, že mnoho dětí druhé generace cizinců má problém se školní docházkou. Jen 10 047 dětí plní školní docházku z celkových 16 819 s trvalým pobytem v ČR (Koncepce integrace cizinců, 2016). Některé integrační služby poskytují jazykové kurzy, které ulehčují dětem cizinců zařazení do příslušného ročníku základní školy (Šulfová, 2014).

Přes výše zmíněná úskalí platí ČR a její proces integrace za příkladnou. Mnohé státy EU jako Rakousko, Polsko, Estonsko či Lotyšsko se českou integrační politikou inspirovalo (Koncepce integrace cizinců, 2016).

INTEGRACE VE FINSKU

Finsko, stejně jako Česká republika, nemá dlouhou zkušenost s imigrací a integrační politikou. Do 80. let 20. století bylo Finsko především zemí emigrace, kdy finští občané odcházeli nejčastěji do sousedního Švédska nebo do USA, a to hlavně

z ekonomických důvodů. Zlom nastal až po konci studené války, díky němuž Finsko mohlo vstoupit do EU a tím se zároveň otevřít globálnímu trhu. Tím, že Finsko začalo bohatnout, stalo se atraktivní destinací pro imigranty (Martikainen a kol., 2012). Když se v 90. letech 20. století rozpadl Sovětský svaz, přijala finská vláda nejen ruské a estonské migranty, ale i utečence z Jugoslávie, kde tehdy zuřila válka. Rok 1991 byl pro finskou integrační politiku zátěžový také proto, že se do Finska začali přesouvat lidé ze Somálska a dalších zemí východní Afriky (Berhanu, 2017).

V současnosti je Finsko velmi heterogenní, pokud jde o cizince. Můžeme se zde setkat se zahraničními studenty a pracovníky, uprchlíky nebo lidmi, kteří imigrovali do Finska z důvodu sňatku nebo sjednocení rodiny (Martikainen a kol., 2012).

Finsko v oblasti integrace aplikuje model severského sociálního státu, který je společný i pro ostatní země severu. Tento model klade velký důraz na zaměstnanost cizinců, který považuje za klíčový v úspěšné integraci. Prioritou je tedy zaměstnat každého cizince, který má věk, schopnosti a dovednosti na to, aby mohl pracovat, a tím předcházet potenciální sociální exkluzi (Martikainen a kol., 2012).

To, že zaměstnanost cizinců považují ve Finsku za záležitost vysoké priority, může být zřejmé i z toho, že za správu a koordinaci integrace je zodpovědné Ministerstvo ekonomických záležitostí a zaměstnanosti (www.tem.fi). Implementace konkrétních kroků je však už záležitostí regionálních a místních autorit. Jde zejména o regionální centra zabývající se zaměstnaností a ekonomickým rozvojem. Tato centra společně se zaměstnaneckými úřady, která dle mého názoru můžeme považovat za obdobu našich úřadů práce, jsou zodpovědná za poskytování služeb v pracovní sféře (Martikainen a kol., 2012).

Nejvýznamnějším právním dokumentem, který ve Finsku vymezuje problematiku integrace se nazývá The Act of the Integration of Immigrants and Reception of Asylum Seekers, který byl přijat v roce 1999 a prosazuje integraci, rovnost a svobodu volby imigranta skrze mechanismy, které mu pomáhají získat základní znalosti a dovednosti, aby dokázal ve společnosti samostatně fungovat (Martikainen a kol., 2012). Mezi další nástroj integrační politiky patří dokument Integrační program 2016-2019. Ten si klade za cíl zlepšení integračního procesu a jeho zrychlení. Jedním z jeho bodů je umožnění úspěšného interkulturního dialogu skrze umění, kulturu a sport. Díky tomu by cizinec neměl mít pocity nechtěnosti a vyloučenosti (Berhanu, 2017).

Součástí integrace ve Finsku jsou služby, které zajišťují zvládnutí jazyka, nalezení práce nebo školy a vytváření kontaktů uvnitř finské společnosti. Nedílným obsahem těchto služeb je vstupní posudek, integrační plán a integrační trénink. Úřad pro zaměstnanost společně se samostatnými správními jednotkami zajišťují poradce pro imigraci, které cizincům pomáhají překonávat úskalí integrace (www.julkaisut.valtioneuvosto.fi).

Účelem vstupního posudku je navrhnout služby, které podpoří jedince v integraci. Tento posudek tedy shromažďuje informace o dosaženém vzdělání, pracovních zkušenostech či jazykových znalostech každého imigranta (www.julkaisut.valtioneuvosto.fi). Po vypracování vstupního posudku následuje vytvoření takzvaného integračního plánu. Integrační plán je připravován vždy, když je cizinec nezaměstnaný a hledá práci, přijímá finanční podporu nebo je mladší osmnácti let a nemá ve Finsku opatrovníka. Tento plán je zacílen tak, aby účinně napomáhal integraci. Cíle, které může obsahovat, jsou například ovládnutí finštiny nebo zvýšení pracovních dovedností (www.julkaisut.valtioneuvosto.fi). Individuální integrační plán může ale také cílit na obecné vzdělávání. Základní a střední školy by měly zaručit poskytování výuky v jazyce imigranta, pokud je po ní dostačující poptávka (Martikainen a kol., 2012). Integrační plán je připravován buď se zaměstnancem Úřadu pro zaměstnanost a ekonomický rozvoj nebo se sociálním pracovníkem a musí být vypracován do tří let po obdržení prvního povolení k pobytu. Běžná doba trvání plnění integračního plánu jsou tři roky, v některých případech může být tato lhůta prodloužena až na pět let. Během této doby může imigrant pobírat podporu v nezaměstnanosti (www.julkaisut.valtioneuvosto.fi).

Po vypracování integračního plánu, přichází na řadu integrační trénink, který je organizován zejména jednotlivými samosprávnými celky společně s úřadem pro nezaměstnanost (www.julkaisut.valtioneuvosto.fi). Tento plán ovšem není povinný a využívají jej spíše klienti, kteří by mohli mít s integrací větší problémy než zbytek imigrantů (www.infofinland.cz). Žadatel o integrační trénink je zařazen do čekací listiny. Pokud se pro něj uvolní místo, zahájí studijní program, který trvá přibližně jeden rok. Během tohoto roku se klient učí finsky a v některých oblastech i švédsky, protože švédština je taktéž oficiálním jazykem Finska (www.te-palvelut.fi). Pokud je imigrant rodič, je mu během výuky jazyka nabídnut program, který se o jeho potomka v případě nutnosti v době výuky stará. To platí i pro případ, že jsou ve Finsku oba rodiče-cizinci. Tím je zajištěno, že opravdu oba dospělí projdou jazykovou výukou (Martikainen a kol., 2012).

Cizinec se během tohoto tréninku dovídá i o finské kultuře a společnosti a vylepšuje své schopnosti a dovednosti, které mu usnadní najít práci. Program běžně trvá pět dní v týdnu v rozsahu sedmi hodin denně. Součástí je také uvedení do finského pracovního života, kdy si klient vyzkouší pracovat v některých z finských pracovišť. Celý trénink je zadarmo a existuje možnost pobírat podporu v nezaměstnanosti (www.te-palvelut.fi).

Finská obdoba našeho Úřadu práce - TE-palvelut - poskytuje služby, které pomáhají zvýšit profesní dovednosti. Klient má tedy větší šanci získat zaměstnání a seznámit se s pracovním životem ve Finsku. Jak jsem již zmínila výše, součástí integračního tréninku je také možnost vyzkoušet si práci na konkrétním finském pracovišti. To napomáhá imigrantovi v tom, že si může vyzkoušet jaká profese či zaměstnání mu vyhovuje, a kterým by se chtěl v budoucnu živit. TE-palvelut poskytuje také možnost zvýšení dosavadní kvalifikace různými vzdělávacími kurzy. Tyto kurzy jsou však výhradně poskytovány ve finštině (www.te-palvelut.fi).

Prvkem, který také napomáhá úspěšnějšímu získání zaměstnání, a tím lepší integraci do společnosti, je částečné hrazení výdajů zaměstnavateli, jež vznikají nábořem cizince na určitou pracovní pozici. Pro cizince to znamená, že může získat pozici, kterou by za normálních okolností nedostal například z důvodu nedostatečné kvalifikace. Zaměstnavatel této osoby může dosáhnout na pokrytí výdajů v rozsahu třiceti až padesáti procent. Ovšem podmínkou pro získání této finanční náhrady je to, že na pozici přijme cizince, který je registrován v TE-palvelut. Nutno připomenout, že tento benefit se netýká jen zaměstnavatelů, kteří chtějí zaměstnat cizince, ale i všech finských občanů, kteří mají problém najít práci právě z důvodu nízké kvalifikace či například z důvodu zdravotních obtíží (www.te-palvelut.fi). Obdobný systém funguje i v ČR, kdy zaměstnavatel poskytující práci sociálně znevýhodněným může od státu získat řadu výhod jako například slevy na daních nebo státní dotace (www.agapo.cz).

Další nástroj integrace, který se objevuje převážně v západní a severní Evropě z důvodu jeho delší historie, je dobrovolnictví. V tomto kontextu ovšem není na mysli dobrovolnictví majoritní společnosti, ale dobrovolnictví samotných přistěhovalců. Tento trend zatím není ve Finsku zcela běžný, dobré zkušenosti s touto praxí má ale Velká Británie nebo Kanada a Finsko se od těchto států teprve učí. Studie ukazují, že dobrovolnictví je určitým znakem sociální a ekonomické integrace, není to tedy jen altruistická pohnutka, ale i důležitý nástroj pro začlenění do společnosti. Že je ve Finsku potenciál pro rozvíjení této praxe, svědčí i procento všech dobrovolníků, které se pohybuje kolem 40 % (Berhanu, 2017). V ČR je to pro srovnání přibližně 29 % (Hruška a kol., 2018). Toto číslo také představuje velmi dobrý potenciál pro případné rozšíření dobrovolnických aktivit i mezi migranty v České republice.

Pro imigranty může být zpočátku dobrovolnictví zvláštní a neatraktivní, protože se v mnoha případech přesídlili do jiného státu právě kvůli zlepšení své ekonomické situace, a často si neuvědomují, že skrze dobrovolnictví mohou zvýšit svůj sociální kapitál, tedy dovednosti, znalosti a kompetence, které mohou později uplatnit na trhu práce. Dobrovolníci si vytváří vztahy s pracovníky, klienty a dalšími dobrovolníky. Díky tomu mohou také procvičovat své jazykové dovednosti a znalosti, vyzkoušet si týmovou práci nebo poznávat kulturu svého nového domova. V neposlední řadě jim angažovanost v dobrovolné sféře může přinést i získávání pracovních referencí, které budoucí zaměstnavatelé oceňují. Proto mezi dobrovolníky nalezneme i mnoho mladých lidí z majoritní společnosti, kteří dobrovolnictvím získávají praxi (Berhanu, 2017).

Finské organizace zabývající se imigrací a integrací se tedy pomalu začínají orientovat na aktivity podporující tuto praxi. Fungují jako prostředníci informací, které zajistí imigrantovi angažovat se jako dobrovolník v některé z dalších organizací zaměřených na sport a kulturu či v náboženských spolcích. Tuto praxi ulehčuje i to, že žadatelé o azyl mají právo po třech měsících od podání žádosti provádět placenou práci nebo dobrovolnictví. Průkopníky těchto aktivit ve Finsku jsou například finský Červený kříž nebo Helsinský institut diakonie (Berhanu, 2017).

Fínové si pomalu začínají uvědomovat, že imigrace a úspěšná integrace pro ně může být řešením nepříznivé demografické situace. Finská populace se nachází na předních evropských příčkách, jako jedna z nejrychleji stárnoucích populací. Ve Finsku se zároveň rodí málo dětí a situace se tak, rok od roku výrazně demograficky proměňuje. Severské státy včetně Finska jsou proslulé svým štědrým sociálním systémem, proto se může stát, že na tento systém nebude kde vzít peníze, pokud se situace nezmění (www.euro.cz). Finská vláda se od roku 2005 intenzivně věnuje tomuto problému a navrhla opatření, která budou vést k aktivní imigrantské politice, která má bojovat proti obávanému zkrácení pracovní síly z důvodu stárnutí populace (Martikainen a kol., 2012). Navzdory opatřením, která se finská vláda zavázala zavést, jsou imigranti často vyčleňováni z většinové společnosti tím, že obtížněji hledají práci nebo jsou ze zaměstnání propouštěni mezi prvními, když nastane stagnace či pokles ekonomiky (Martikainen a kol., 2012). Ředitelka oddělení pro migraci z finského ministerstva pro ekonomické záležitosti a zaměstnanost Sonja Hämäläineová tvrdí, že uprchlíkovi trvá najít adekvátní práci, která mu vyhovuje přibližně sedm až osm let. Nezaměstnanost uprchlíků je zároveň přibližně 2,5krát vyšší, než je tomu u rodilých Finů.

PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE - VYBRANÉ ORGANIZACE A PROJEKTY PODPORUJÍCÍ INTEGRACI CIZINCŮ VE FINSKU

Představuji jaké projekty a organizace působí ve Finsku a mohou poskytnout příklad dobré praxe. Ve Finsku stejně jako v Česku funguje několik mezinárodních organizací, které se zabývají imigrací, uprchlictvím a následnou integrací. Patří mezi ně například Caritas, v ČR Charita České republiky (www.caritas.org) nebo IOM – Mezinárodní organizace pro migraci (www.iom.int). Jelikož je jejich činnost obdobná v obou zemích, vynechám jejich popis příkladu dobré praxe a představím jiné finské vybrané projekty či organizace, které se částečně nebo zcela liší.

KOTO TORI

Koto tori je multifunkční nízkoprahové zařízení působící ve městě Tampere, které slouží k poradenství imigrantům v počáteční fázi integrace. Toto nízkoprahové zařízení je ve Finsku zatím ojedinělé a město Tampere bylo pro Koto tori vybráno díky svému kulturně rozmanitému obyvatelstvu. Téměř 20 % lidí žijících v Tampere jsou totiž cizinci.

Cílem tohoto zařízení je prevence a poskytnutí podpory cizincům v rámci lokální komunitní sociální práce. Koto tori se snaží vidět klienta jako osobu, která je schopna rozhodovat o svém vlastním životě. Nově přicházející cizinci mohou jednoduše do zařízení přijít ve čtvrti, kde bydlí bez jakékoliv předcházející domluvy. Tím je zařízení z podstaty své myšlenky velmi lehce dostupné.

Poskytovateli poradenství jsou sociální pracovníci, kteří jsou k dispozici dvakrát týdně. Základem poradenství je multidisciplinární kooperace a sdílení znalostí. V potaz jsou brány znalosti a zkušenosti každého zúčastněného, které jsou taktéž považovány za rovné. Nikdo není zvýhodňován či diskriminován. Klientovi je dáváno najevo, že jeho schopnosti a dovednosti jsou cenné a užitečné. Důraz je taktéž kladen na vzájemnost a sounáležitost.

V rámci Koto tori jsou také vytvářeny skupiny, které se vyznačují tím, že samy rozhodují o jejich náplni. Příkladem mohou být jazykové či zájmové skupiny.

K dispozici jsou nejen sociální pracovníci, ale samozřejmě i překladatelé, kteří u poradenství asistují, pokud si zatím cizinec neosvojil základy finštiny. Důležitou složkou jsou taktéž dobrovolníci a komunitní poradci, kteří se mohou stát z řad bývalých klientů. Díky tomu, že klienti mohou interagovat s různorodou složkou obyvatel, budují a rozšiřují si svou sociální síť, která jim mimo jiné pomáhá se zlepšováním finštiny nebo se zvyšováním možností na získání zaměstnání. Další nezbytnou složkou nízkoprahového zařízení jsou odborníci z řad zdravotnických a vzdělávacích center, pracovníci úřadu práce či místní knihovny. Návštěvníci zařízení tak mohou dostat podporu nebo pomoc při překladu nezbytných dokumentů, interpretaci důležitých věcí, zařizování schůzek, prosazování rodinného setkání, vyplněním formulářů či zaplacením složenek. Cizinec může do zařízení přijít s jakýmkoliv problémem, a pokud to bude v moci sociálního pracovníka, bude mu poskytnuta pomoc či bude přeposlán na jiné odborné pracoviště. Klienti sem ale mohou jen přijít trávit svůj volný čas a setkávat se s ostatními, jelikož je součástí zařízení také kavárna. Aktuální cílovou skupinou jsou azylanti a uprchlíci přijatí na základě kvót nebo další imigranti, kteří nemohou najít práci.

Nízkoprahové zařízení Koto tori si od své činnosti definuje několik efektivních dopadů. Prvním z nich je předcházení problémů, jelikož poskytuje pomoc lokálně a v různých jazycích. Za konkrétní úspěch zařízení pokládá prevenci bezdomovectví, protože lidé vědí, na koho se včas obrátit, když mají problémy s hledáním ubytování. Dalším pozitivním efektem je síťování a podporování obousměrné integrace díky široké variabilitě zúčastněných.

MULTIKULTURNÍ ŽENSKÁ ASOCIACE MONIKA

Organizací pomáhající výhradně ženám - imigrantkám. Své poslání definuje jako zabezpečení rovného a bezpečného života ženám z imigrantského prostředí žijících ve Finsku. Podporuje jejich inkluzi a předchází násilí na nich páchaném. Tato asociace je tvořena mnoha členskými organizacemi, které pomáhají ženám z různých koutů světa (www.monikanaiset.fi; Okech, Mačkinová, 2020).

Multikulturní ženská asociace MONIKA disponuje krizovým centrem, které poskytuje nízkoprahovou krizovou pomoc, psychosociální podporu a také podpůrné bydlení. Organizace dále nabízí - jako jediná ve Finsku - krizovou asistenci a bezpečné anonymní přístřeší pro oběti domácího násilí z celého Finska. Integrační centrum pak podporuje integraci a zaměstnanost cizinek skrze poradenství, skupinové aktivity a mentoring (www.monikanaiset.fi).

Náplní integračního centra jsou zejména týdenní programové aktivity, které se zaměřují na rozšíření počítačových dovedností či podporu při hledání zaměstnání a zvyšování vzdělávání. Klientky zde mají také možnost poznat jiné ženy. Aktivity jsou dále zaměřené na zdokonalování finštiny nebo angličtiny. Integrační centrum také nabízí různé sportovní aktivity, exkurze, peer skupiny zaměřené na různá témata apod. (www.monikanaiset.fi). Jako zajímavost bych vyzdvihla provozování online peer podpůrné skupiny, do které se mohou zapojit ženy z celého Finska neohledně na jeho velikost a lokalitu. Účast je anonymní a nikdo z členů skupiny se nedozví pozadí daného účastníka. Klientky zde mohou sdílet své zkušenosti s násilím, vzájemně se podporovat a nalézat řešení. Diskuze je řízena pracovníkem krizového centra. Tyto online skupiny jsou pořádány v různých jazycích v závislosti na poptávce cílové skupiny (www.monikanaiset.fi).

PUNKALOIDUN PROJEKT

Punkaloidun je malé město se 3000 obyvateli, které leží nedaleko hlavního města Helsinky. Specifické je tím, že jako jedno z finských maloměst se rozhodlo přijmout 200 uprchlíků, kteří do Finska přišli při nedávné migrační krizi 2014-2017. Tím je Punkaloidun také jedno z mála měst reagující na úbytek obyvatelstva, se kterým se Finsko potýká. Každoroční počet úmrtí převyšuje počet narozených, a tím město postupně přichází nejen o svoje obyvatele, ale i o pracovní sílu (www.nordiclabourjournal.org).

Město je součástí programu EU LEADER, který podporuje strategie a alokaci zdrojů k rozvoji agrikulturních oblastí po celé Evropské unii (www.enrd.ec.europa.eu). Část tohoto programu je zaměřena i na integraci uprchlíků skrze projekty Imigranti na venkov nebo Imigranti a každodenní život na venkově (www.nordiclabourjournal.org). Při aplikaci tohoto programu dochází k tzv. win-win situaci, kdy jsou zpomalovány nebo eliminovány negativní demografické problémy a cizinci mají zároveň zajištěn důstojný život. Prostřednictvím alokace pracujících uprchlíků do zemědělských oblastí se rozšiřují pracovní místa, a tím se i tyto oblasti ekonomicky rozvíjí (www.enrd.ec.europa.eu).

Celý projekt řídí integrační koordinátorka, jejíž náplní práce je řešení všedních záležitostí, kterým cizinci čelí. Klíčovým elementem je zároveň pomoci nově příchozím v přístupu ke službám, které potřebují. Jedná se především o vzdělání, zdravotní péči či podporu při hledání zaměstnání. Je také jakýmsi mostem mezi migranty a starousedlíky. Tyto dvě skupiny lidí se spojují skrze různé kluby a aktivity, díky kterým se lépe poznávají. Kulturní

bariéry tak bourají například při společném sběru borůvek, rybaření či na vánočním večírku (www.enrd.ec.europa.eu).

Koordinátoři také zprostředkovávají první kontakt mezi cizincem a zaměstnavatelem. K němu dochází během zkušební fáze. Prostřednictvím této zkušební fáze si mohou imigranti zlepšit jazykové dovednosti, rozvinout pracovní schopnosti a zjistit, zda jsou na pracovní místo vhodné uchazeči (www.enrd.ec.europa.eu). Integrovaný model aplikovaný v malém finském městě je úspěšný, svědčí tomu i řada ocenění, která získává. Finsko navíc plánuje rozšířit tento projekt i do dalších agrárních oblastí (www.enrd.ec.europa.eu).

STARTUP REFUGEES

Tato organizace vznikla z myšlenky, že uprchlíci nejsou jen finanční a sociální zátěží, ale především přílivem nových mozků, které mohou finské společnosti nabídnout svůj talent a obohatit ji novými dovednostmi (www.finland.fi).

Startup Refugees vytváří síť několikaset členů, mezi které mimo jiné patří firmy, neziskové organizace a univerzity, které pomáhají nově příchozím v začátcích jejich podnikání a se vstupem na finský pracovní trh. Tato organizace dosud dokázala zajistit přes 4000 pracovních a vzdělávacích možností a podpořila více než 60 podniků řízených uprchlíky. Tím vytvořila neziskovou dobrovolnou síť a nízkonákladový model pro rychlé zaměstnávání a podnikání uprchlíků (www.startuprefugees.com).

Celý projekt je založen na tom, že uprchlík vyplní formulář a na tomto základě se sestaví jeho profil, který se následně skombinuje s nabídkami členů programu. Jedná se o firmy, univerzity atd. (www.finland.fi). Uprchlíci se nejvíce podílí na chodu nebo zakládání mikro podniků – holičství, pekařství či mateřských školek (www.startuprefugees.com).

Idea celého projektu je podpořena také tím, že profit nemají jen uprchlíci, ale i finská společnost, protože cizinci odvádějí díky práci daně a nejsou závislí na sociálních dávkách a službách. Stávají se součástí společnosti (www.startuprefugees.com).

DISKUZE

Finsko se v poslední době vydává v této oblasti jinou cestou například tím, že přijmulo uprchlíky na základě kvót. Česká republika toto opatření odmítla. Domníváme se proto, že finská společnost je cizincům více otevřená, možná i více informovaná než ta česká. Proto se naskytá otázka, zda lze aplikovat stejné postupy nebo nápady jako ve Finsku. Finsko má také velmi štědrý sociální systém, prostřednictvím kterého může integraci dobře financovat. Při srovnání českých a finských výdajů na integraci jsem došla k neuvěřitelnému rozdílu. Zatímco ČR financuje integraci ze státního rozpočtu ve výši cca 54 milionů korun, ve Finsku je tato částka mnohonásobně vyšší. Finská vláda do integrace investuje 250 milionů eur.

Konstatuji, že Finsko má důmyslněji propracovaný integrační plán cizinců. Například uvedený projekt Punkalaidun může představovat ukázkou toho, jak důležité je, když stát ví, co dělá. Uprchlíci byli záměrně rozvrstveni na venkov, kde je úbytek obyvatelstva nejcitelnější, a kde chyběla nutná pracovní síla. Stát tedy nejen že nabídl cizincům ekonomickou soběstačnost prostřednictvím získané práce, která je pro úspěšnou integraci jedním ze stěžejních bodů, ale dokázal vyřešit i problém demografický. Dále tento projekt efektivně přispěl, že tyto dvě skupiny lidí se tzv. dali dohromady přes sousedské, přátelské vztahy. Koordinátorka tohoto projektu v rozhovoru uvedla, že v průběhu začleňování nedocházelo k výraznému nenávistnému jednání vůči cizincům. Cizinci jsou daleko lépe přijímáni místními obyvateli tam, kde jsou opravdu potřeba a tam, kde mohou použít své schopnosti a dovednosti k tomu, aby se dařilo lépe nejen jim, ale i celé komunitě. Místní, rodilí obyvatelé si tak jejich přítomnosti cení, protože jsou pro ně cizinci přínosem. Cizinci si následně váží toho, že jsou považováni za rovné s ostatními a mohou prožívat plnohodnotný život v nové zemi.

Příkladem z praxe je umění reagovat na adekvátně rychle ve formě inovací. Příkladem je zmiňované město Punkalaidun, které dokázalo zareagovat na demografické problémy příchodem pracovních sil z jiných zemí, a tím vyřešit nejen své obtíže. Na nově vzniklý problém dokázalo reagovat aplikací nového úspěšného modelu.

Dalším příkladem je zmiňovaný projekt, s názvem Startup Refugees. Právě na tomto příkladu lze ukázat, jak realizátoři tohoto projektu přesně zmapovali dostupné zdroje. Prostřednictvím mapování vytvořili jedinečný projekt na podporu integrace cizinců. Zapojením rozličných aktérů do projektu od univerzit po soukromé firmy byli realizátoři schopni vytvořit síť poskytovatelů zaměstnání nebo vzdělání pro uprchlíky. Prostřednictvím projektu jsou jeho tvůrci schopni podchytit i různé talenty z různých odvětví, protože jsou s uprchlíky sestavovány jejich osobnostní profily.

Obecně konstatuji, že Helsinská vláda se zavázala inovovat v oblasti podpory zaměstnanosti a podnikání cizinců. Existují tedy i další projekty, které fungují na obdobné bázi jako Startup Refugees. Finsko do těchto projektů vkládá budoucnost integrace cizinců, která má být založena na komplexním přístupu a spolupráci všech složek společnosti.

Inovativní je zavádění aktivit i na vysokých školách. Těmto studentům z řad příchozích cizinců je zprostředkován kontakt s finskými firmami skrze pracovní stáže a psaní diplomových prací. Tím dojde k rozvoji jejich dovedností. Samotné vysoké školy by pak samy měly organizovat intenzivní kurzy finštiny a švédštiny pro své zahraniční studenty a žadatele o azyl.

ZÁVĚR

Otázka rovnosti hraje v celém integračním procesu podstatnou roli. Lidé jsou si formálně rovni téměř po celém světě. V tomto kontextu máme ovšem na mysli rovnost v každodenním životě, kdy není cizincovo postavení v nové společnosti zpochybnováno majoritou. Příkladem dáváme i známější město Turku, kde žije početně velké množství lidí z jiných částí Evropy nebo světa. Právě tímto důrazem na rovnost mezi všemi se získává pocit, že právě přístup majority hraje podstatnou roli při integraci. Je to jeden z nejdůležitějších faktorů, který pomáhá předcházet frustraci nově příchozích, a právě prostřednictvím tohoto přístupu dochází ke snižování negativních projevů spojených s integrací.

V české koncepci integrace cizinců je navrženo opatření, které výslovně hovoří o tom klást důraz na zpracování a distribuování přehledů migračních aktualit, aby bylo budováno povědomí o situaci a nových trendech v oblasti integrace a migrace.

V sociální práci je nutná koordinace a spolupráce nejen na lokální úrovni, ale také na té mezinárodní. Je nezbytné, aby byla zajištěna informovanost organizací intervenujících v sociální, zdravotně-sociální, integračním sektoru ve formě příkladů dobré praxe ze zahraničí, prostřednictvím kterých se mohou inspirovat ve své vlastní činnosti a inovovat služby, efektivní přístupy k cílové skupině příchozích cizinců.

Důraz na vzájemnou výměnu informací a příkladů, mezi jednotlivými evropskými státy, uvádí i Evropská unie. Evropské integrační sítě, byla vytvořena za účelem sdílení znalostí a osvědčených praktik oblastí migrace a integrace. Domnívám se, že v oblasti informovanosti pracovníků o dobrých příkladech ze zahraničí by měla Česká republika zhodnotit aktuální situaci a implementovat řešení pro zlepšení.

Prostor pro zlepšení se ovšem nachází ve více sférách integrace. Integrace v České republice je z velké části podpořena projekty nevládních neziskových organizací, které se ale musí spoléhat i na finanční zdroje od státu. Tím, že je sociální sektor nedostatečně finančně dotovaný, nezbyvají mnohdy peníze na inovace, které jsou v jiných zemích, třeba jako ve Finsku, běžné. Zde se otevírá prostor ve formě kulatých stolů a dalších debat v souvislosti zapojení i jiných aktérů např. soukromých podnikatelů, firem, církví do integrace, která bude integrací koordinovanou a efektivní a vyhodnotitelnou.

Příspěvek s názvem „Integrační proces u cizinců v České republice a ve Finsku“ a výzkum byl vypracován v rámci projektu Právní a společenské aspekty migrace a problémy postavení menšin - Progres Q05.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BERHANU, Y. B. 2017. Volunteering among immigrants. In: *Kansalaisareena ry, Citizen Forum Publication*. roč. 4. ISSN 2489-5792.
- [2] *Info Finland*. 2020. [online]. [cit. 15.4.2020]. Available from: <https://www.infofinland.fi/en/living-in-finland/as-an-immigrant-in-finland/integration-into-finland>.
- [3] *Integrační centrum Praha*. 2020. [online]. [cit. 15.4.2020]. Available from: <https://icpraha.com/kdo-jsme/>.
- [4] *International Organization for Migration*. 2020. [online]. [cit. 30.3.2020]. Available from: <https://eea.iom.int/our-country-offices>.
- [5] LEONTIYEVA, Y. 2011. Imigranti v ČR – Žádání a nechtění. Současné migrační a integrační politiky v ČR. In: *Institucionální podmínky sociální integrace cizinců v ČR I*. Brno: Barrister & Principal. 184 s. ISBN 978-80-87474-19-8.
- [6] ŠTEFKO, M. 2016. *Sociální integrace cizinců*. Praha: Auditorium. ISBN 978-80-87284-60-5.
- [7] MAČKINOVÁ, M., OKECH, V. O. 2019. Obchodovanie s ľuďmi a migracia. In: *Die wirtschaftliche Entwick lungeuropäischer Regionen in der Ausbildungs – und Arbeitsmarktpolitik - Übergänge und Strategien* 9. Pécs: Maps Consulting. s. 7-2. ISBN 978-615-00-5084-3.
- [8] MARTIKAINEN, T., VALTONEN, K., WAHLBECK, Ö. 2012. The Social Integration of Immigrants in Finland. In: *International Perspectives: Integration and Inclusion*. Montreal and Kingston: Queen's Policy Studies Series, McGill-Queen's University Press. ISBN 978-15-53-395133.
- [9] MIDLOCHOVÁ, A. 2019. *Integrace cizinců v ČR a ve Finsku z pohledu sociální práce*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta. 2019.
- [10] OKECH, V. O., MAČKINOVÁ, M. Effects of Home Environment on Children's Development: A comparative study. In: *Clinical social work and heal thintervention*. 11(1), s. 41-47. DOI: 10.22359/cswhi_11_1_01.
- [11] OKECH, V. O. 2018. A Literature Review on the Challenges of Social Reintegration of Offenders. In: *Ratownictwo Opieka I Pomoc W Kontekscie problemow zlyciowych Obob Wykluczonych Spoolecznie*. Krawkow: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego. ISBN 978-83-94759-4-6.
- [12] ŠUĽOVÁ, M. 2014. Typy azylových zariadení v Slovenskej republike. In: *Acta theologica et religionistica: internetový časopis doktorandov Gréckokatolíckej teologickej fakulty Prešovskej univerzity*. Prešov: Prešovská univerzita, roč. 3, č. 2. s. 38-43. ISSN 1338-7251.

INTEGRATION PROCESS OF FOREIGNERS IN THE CZECH REPUBLIC AND FINLAND

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Monika Nová, Ph.D
Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta
Katedra Psychosociálních věd a etiky
Pacovská 350/4
140 21 Praha 4
e-mail: Monika.nova@htf.cuni.cz

ABSTRACT

The authors first mapped the Finnish process of integrating foreigners and then made the process a subject of a comparative study. Some Finnish projects aimed at facilitating the process are introduced and presented as examples of good practice. The paper presupposes that the percentage of foreigners living in the Czech Republic can be well compared with the relevant number encountered in Finland. Moreover, both the countries have a history of large-scale emigration experienced in the 19th century. Having explored the integration processes in Finland and the Czech Republic, the authors highlighted also certain pitfalls facing the countries.

KEYWORDS:

Czech Republic, Finland, integration, migration, organization

INFORMOVANOST O NOVÝCH NÁBOŽENSKÝCH HNUTÍCH A SOCIÁLNĚ PORADENSKÁ ČINNOST U STŘEDOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ

JIŘÍ TŮMA
JAROSLAV PÁTÝ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNĚJ PRÁCE SV. ALŽBETY

MONIKA NOVÁ
UNIVERZITA KARLOVA

SLAVOMÍR LACA
PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA
PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

ABSTRAKT

Jsou zde upřesněny důvody vstupu do těchto společenství a specifikovány rizikové skupiny, které jsou ohrožené manipulací. V dalších kapitolách teoretické části je zmíněna poradenská činnost jako jedna z metod sociální práce. Kapitoly se také zabývají vysvětlením pojmů víra, náboženství a sekta. Poradenství zde zahrnuje oblast laickou, prestižní, odbornou, sociální a pastorační. Cílem výzkumné části je za pomoci kvantitativního výzkumu a dotazníkového šetření zjistit, jak středoškolští studenti v Karlovarském kraji vnímají nová náboženská hnutí. Výzkum probíhal v průběhu roku 2019. Výběrový soubor činil celkem 443 respondentů. K ověření verifikace či falsifikace předem stanovených hypotéz bylo použito statistického balíčku vyhodnocení v chi-kvadrát testu s 95%, kdy je na ($\alpha = 0,05$) spolehlivostí. Dále byl použit Cramerův kontingenční koeficient. Úkolem výzkumných otázek bylo zjistit, zda si studenti myslí, že jim jsou poskytovány dostatečné informace, zda ví, na koho se v případě nouze obrátit, nebo kde hledat poradenskou pomoc.

KLÍČOVÁ SLOVA:

náboženství, sekta, církve, poradenství, víra, nová náboženská hnutí, pomoc, poradenství

ÚVOD

Moderní varianta sociálního poradenství v oblasti „sekt a sektářství“ od odborníků, kteří se touto problematikou zabývali v České republice, dali po počátečních nezdarech (spíše negativních zkušenostech) s výstupovým poradenstvím přednost jinému typu poradenství, a to takovému, který byl zaměřen na skutečné potřeby klientů a respektoval jejich náboženskou svobodu. Tím, že nesouhlasili s koncepcí výstupového poradenství, protože v něm „cítili nádech“ deprogramování a ani s používanými metodami v poskytování pouze takových informací, které měly jediný cíl, a to zdiskreditovat danou náboženskou skupinu, přimět tak dotyčného k odchodu, ztratil tento typ poradenství jednu skupinu klientů, či blízké člena náboženské skupiny, kteří přicházejí s jasným cílem, a to „dostat“ jejich blízkého ze sekty za každou cenu (Agral, 1999). Zvolená metoda – tedy pracovat s tím, kdo o pomoc požádá, přivádí k poradcům, ale novou skupinu klientů. Jsou to lidé, kteří již náboženskou skupinu opustili, nebo uvažují o odchodu a přichází se poradit, nebo hledají informace, jaké by to pro ně mohlo mít opuštění skupiny důsledky. Důležitým faktorem je také to, že tento typ poradenství by měl být poskytován zcela zdarma, aby si poradce mohl zachovat co největší nestrannost. To jednak eliminuje pocit závaznosti těm, kteří si službu objednali a zaplatili za ni a také domnění některých klientů, že když si za poradenství zaplatí, musí dopadnout přesně podle jejich představ (Vojtíšek, 2005, s. 25-32). Cílem tohoto poradenství tedy není to, aby člen jakékoli náboženské skupiny, kterou (např. jeho rodiče) považují za sektu, danou skupinu opustil, ale „pomoci klientovi zvládnout situaci, která v jeho životě nastala v důsledku toho, že se on sám nebo někdo jemu blízký připojil do náboženské společnosti, anebo náboženskou společnost opustil.“ (Vojtíšek, 2005, s. 32).

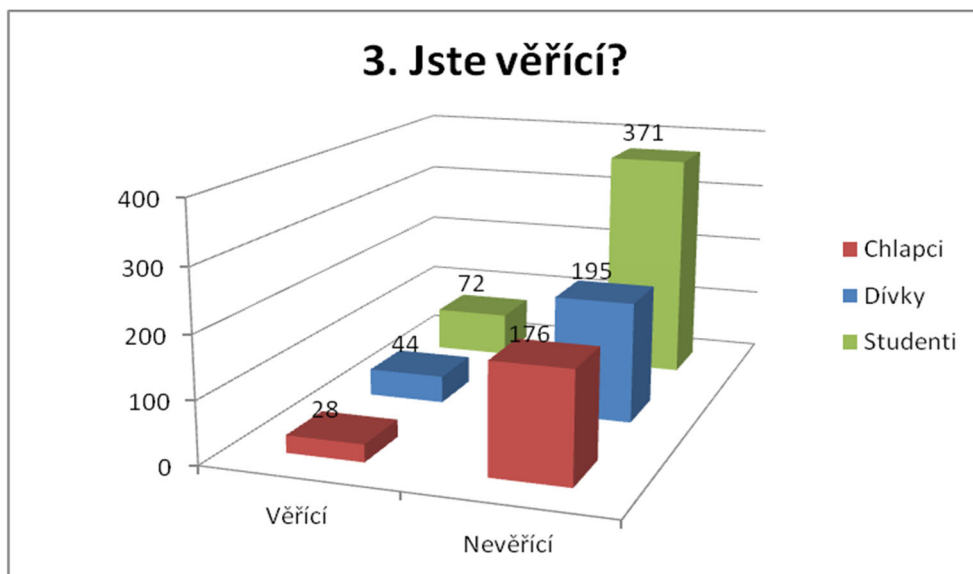
METODOLOGIE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je informovanost středoškolských studentů o nových náboženských hnutích a poradenství v Karlovarském kraji. Dotazníkové šetření bylo provedeno u 443 studentů, z toho 239 dívek a 204 chlapců na středních školách v Karlovarském kraji v roce 2019. Při výzkumu bylo využito dotazníku (dotazování), a to v písemné podobě, který měl 30 otázek. Východiskem pro kvantitativní výzkum se staly výchozí hypotézy a výzkumné otázky. „Vzorem kvantitativního přístupu k výzkumu v sociálních vědách jsou metody přírodních věd. Předpokládá se, že lidské chování můžeme do jisté míry měřit a předpovídat. Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných“ (Hendl, 2005, s. 46). Nevýhodou kvantitativního výzkumu může být to, že „kategorie a teorie použité výzkumníkem nemusejí odpovídat lokálním zvláštnostem.“ (Hendl, 2005, s. 49).

Ve výzkumu se vycházelo z obecně pojatého problému a byly zformulovány hypotézy s cílem potvrdit či vyvrátit pravdivost těchto hypotéz. Na tomto základě se sestavil dotazník, který byl předložen určitému počtu náhodně vybraných respondentů na středních školách v Karlovarském kraji. V úvodu dotazníku byl zjišťován věk respondentů, následně pohlaví a jsou-li studenti věřící – nevěřící. Otázky byly rozděleny podle formy na uzavřené, polouzavřené a otevřené (volné). K ověření dvou hypotéz a tří výzkumných otázek bylo využito statistického vyhodnocení chi-kvadrát testu ($\alpha = 0,05$), tedy s 95% spolehlivostí. U otevřených otázek bylo využito tzv. kódování. Závislost dvou slovních proměnných na míru těsnosti byla ověřena pomocí Cramerova kontingenčního koeficientu. Vzorek byl reprezentativní, byl dotazován velký počet studentů v Karlovarském kraji s náhodným výběrem.

VÝSLEDKY

Graf 1: Jste věřící?

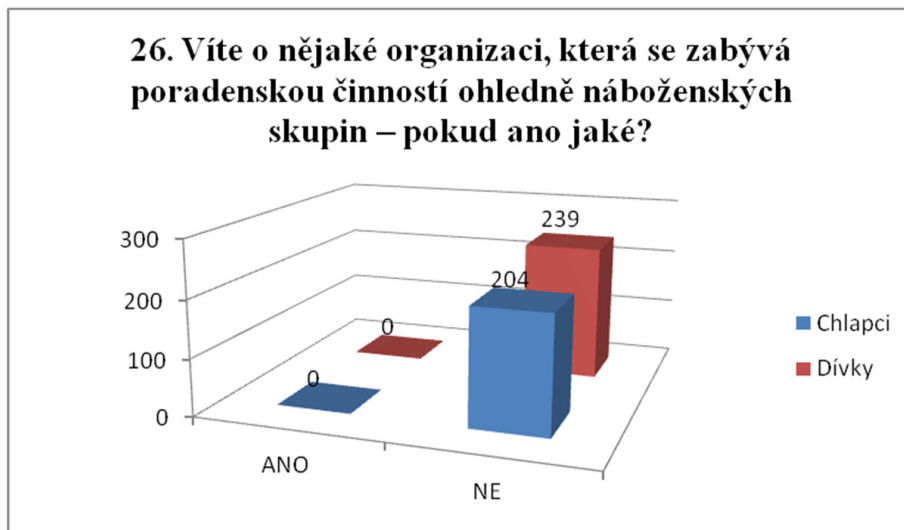


Zdroj: vlastní

n=443

Na dotazníkovou otázku č. 3, zda jsou studenti věřící či nikoli (viz graf 1), odpovědělo z celkového počtu 443 studentů 371 (84 %) záporně (z toho 176 chlapců 47 % a 195 dívek 53 %). Svou víru potvrdilo celkem 72 studentů 16 % (28 chlapců 39 % a 44 dívek 61 %).

Graf 2: Víte o nějaké organizaci, která se zabývá poradenskou činností ohledně náboženských skupin – pokud ano jaké?

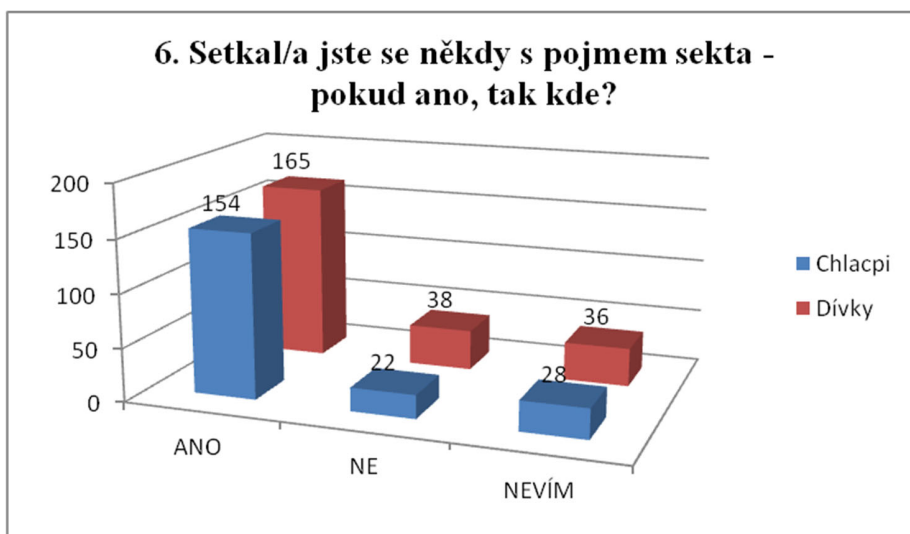


Zdroj: vlastní

n=443

Odpovědi na dotazníkovou otázku č. 26 byly jednoznačné (viz graf 2). 100 % chlapců (204) a dívek (239) neví o žádné organizaci, která se poradenskou činností ohledně náboženských skupin zabývá, což je alarmující, neboť mládež neví na koho se v případě výskytu negativních jevů obrátit o pomoc. O současné generaci vypovídá tato odpověď 19 leté dívky: „Ne nevím, ale určitě se to dá zjistit na internetu“.

Graf 3: Setkal/a jste se někdy s pojmem sekta - pokud ano, tak kde?



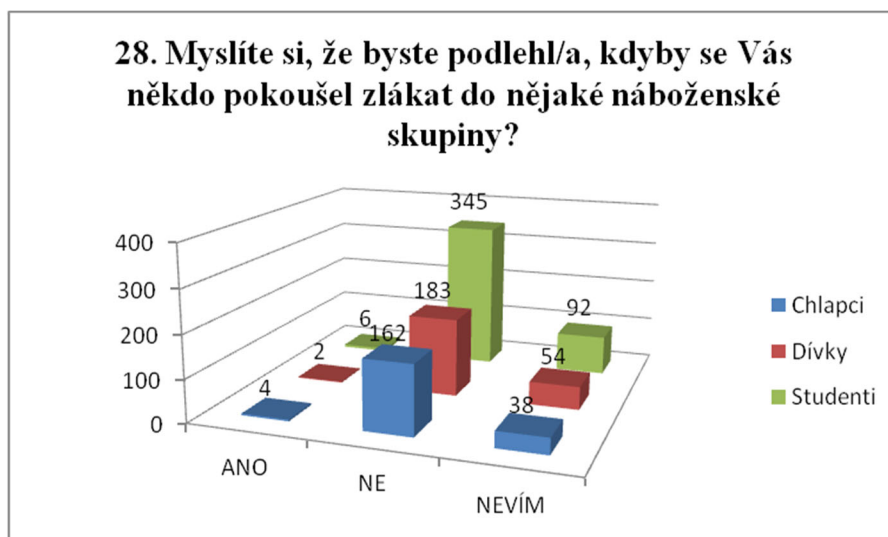
Zdroj: vlastní

n=443

S pojmem sekta, na který se dotazovala otázka č. 6, se setkala 154 chlapců (75 %). 22 chlapců (11 %) se podle odpovědí s tímto pojmem neseťkalo vůbec a 28 chlapců (14 %) odpovědělo, že neví. U dívek bylo rozložení téměř podobné. 165 (69 %) se s pojmem již setkala, 36 (15 %) uvedlo, že neví a 38 (16 %) dívek uvedlo, že se s pojmem nikdy neseťkalo (viz graf 3).

Z odpovědí na otázku (v některých případech bylo uvedeno více možností), kde se studenti s pojmem sekta setkali, je zřejmé, že obě skupiny na toto označení nejvíce narazily ve škole (57 chlapců, 37 dívek), poté shodně uvedli televizi (50 chlapců, 34 dívek). Chlapci dále uváděli internet (37), média (13), knihy (9) – stejný počet chlapců uvedl, že se s tímto pojmem setkal na ulici a 3 chlapci se s označením sekta setkali při rozhovorech s kamarády. 6 chlapců uvedlo, že se označením sekta setkalo ve spojení s „Jehovisty“. Dívky dále uvedly, že se s pojmem setkaly venku – na ulici (31), internetu (28), 9 x se stalo, že u nich členové náboženských skupin zazvonili doma, stejný počet dívek uvedl knihy, 6 dívek uvedlo noviny, nebo rodiče, 4 média a kamarády. 3 dívky uvedly, že se s označením sekta setkaly ve spojení s „Anonimous“, na internetu nebo při vyplňování našeho dotazníku.

Graf 4: Myslíte si, že byste podlehl/a, kdyby se Vás někdo pokoušel zlákat do nějaké náboženské skupiny?



Zdroj: vlastní

n=443

Na dotazníkovou otázku č. 28, zda si studenti myslí, že by podlehli, kdyby se je někdo pokoušel zlákat do nějaké náboženské sekty, odpověděly obě skupiny téměř shodně. Někteří k vyznačené variantě NE doplňovali slova jako „nikdy“ apod. Někteří svou odpověď zvýraznili podtržením, orámováním, či několikanásobným zakroužkováním NE. Více jak $\frac{3}{4}$ studentů z 345, což bylo 78 % (162 chlapců 47 %

a 183 dívek 53 %) si bylo jisto, že by se zlákat nenechali. 92 studentů, což bylo 21 % (38 chlapců 41 % a 54 dívek 59 %) nevědělo a 6 studentů 1 % (4 chlapci 67 % a 2 dívky 33 %) si myslí, že by se „zlákat“ nechalo (viz graf 4).

DISKUSE

Dotazníkového šetření se zúčastnilo dostatečné množství respondentů, zhruba ve stejném počtu studenti i studentky. Zastoupeni byli středoškoláci karlovarských středních škol. Odpovědi chlapců i dívek se v otázce č. 3, 4 (Jste věřící?) shodovaly v tom, že většina mladých není věřící. Přesto v „něco“ věří. Nedovedou to identifikovat, nedovedou se ztotožnit s nějakým typem náboženství. Ti, kteří se označili za věřící, se většinou identifikovali jako křesťané. V otázkách č. 5 – 9 týkajících se pojmů Nové náboženské hnutí a sekta respondenti odpovídali na otázky kdy, kde a zda vůbec se s těmito pojmy setkali. S pojmem Nové náboženské hnutí se většinou nesetkali nebo si toho nejsou vědomi. Domníváme se, že si tento pojem každý vysvětloval jinak. Uváděli jako zdroj informace chlapci média a dívky spíše školu. Oproti tomu pojem sekta je zjevně pro respondenty jasnější a srozumitelnější. Většina jich uvedla, že se s tímto pojmem setkala – chlapci ve škole, médiích a dívky také. Pojem sekta, na rozdíl od předchozího pojmu, používají i v běžné komunikaci. Nové náboženské hnutí dívky i chlapci popisovali jako novou náboženskou skupinu, novou víru nebo druh náboženství. Oproti tomu slovo sekta popisují většinou jako zvláštní, vydělené, společenstvo lidí někdy až s pejorativním nádechem. Na tento pohled mohou mít vliv mediálně známé kauzy, o kterých se pak na veřejnosti hodně diskutuje. V souvislosti se sektami se v odpovědích objevovaly pojmy fanaticismus, zlo, odloučení od rodiny, agresivita, zbavení majetku, manipulace, nesvoboda, apod. Chlapci negativní pojmenování používají důrazněji, jsou ve svých úsudcích radikálnější, dívky oproti chlapcům záporné pocity vyjadřují diplomatictěji. Na tyto otázky navazovala otázka č. 29, kde respondenti charakterizovali konkrétní náboženské skupiny a církve v ČR. Z této otázky je patrné, že studenti nemají o náboženských skupinách a církvích příliš přehled. Téměř všechny byly alespoň třikrát označeny jako sekty (Tůma, Holonič, 2019b). Desátá otázka mapovala znalost studentů náboženských skupin u nás a ve světě. Celkově mají lepší povědomost o náboženských skupinách spíše dívky. Nejčastěji uváděli jehovisty, křesťanství, buddhismus (dívky), hinduismus, židovství (Štampach, 1994). Ostatní skupiny označovali spíš okrajově. V otázce, zda byli studenti osloveni nějakou náboženskou skupinou, odpovídaly pozitivně spíše dívky. Domníváme se, že to může být proto, že dívky v tomto vývojovém stádiu jsou více komunikativní, mívají problém s asertivitou, jsou více empatické. Důvod vzniku nových náboženských skupin uvádějí studenti z mnoha rozličných důvodů. Od vyjádření nespokojenosti, potřeby změn, svazující model tradičních náboženství, jejichž požadavky jsou pro mladé nespílnitelné až k nadějím vyjadřování svého názoru, atd. V otázce atraktivnosti nových náboženství zmiňovali jako důležité vyjadřování moderních názorů, metod, větší toleranci. Zajímavé byly odpovědi na otázky č. 14 a 16, které se ptají na to, o jakou skupinu lidí mají nové náboženské skupiny zájem a které věkové

skupiny jsou nejsnáze ovlivnitelné. Studenti se shodovali v tom, že největší zájem je o mladé lidi. Jako důvod uvádějí, že mohou působit jako cílová skupina, která je lépe ovlivnitelná, manipulovatelná, důvěřivá (Langmajer, Krejčířová, 2011). Věkově starší lidé prý nenabývají takovou atraktivitu, protože mají vlastní názor nebo nejsou příliš bohatí. S touto odpovědí korelovala i otázka č. 16 – v jakém věku jsou lidé ovlivnitelní. Zde většina respondentů uvádí skupinu dospívajících (Vágnerová, 2014). Jako důvody uvádějí naivitu, ovlivnitelnost, důvěřivost, absenci životních zkušeností. Dívky dále zmiňovaly fakt, že ve stáří mají lidé potřebu očistit se od svých hříchů a nebýt sami. Dost úzce s tímto souvisí i otázka č. 17, kde respondenti uvádějí další důvody vstupu do náboženských skupin. Dívky i chlapci se shodují, že na prvním místě je potřeba někam patřit a být součástí nějaké společné myšlenky, víry a smyslu života. V patnácté otázce se opět shodují dívky i hoši v tom, že by poznali členy náboženské skupiny ve svém okolí podle toho, že se budou jinak chovat, oblékat a vyjadřovat, protože povedou jiný styl života. V otázkách č. 18 – 21 a 27, které se týkají bezpečí, vlivu náboženských skupin na společnost a možnostem, jak se takovým skupinám ubránit a zda jedince ovlivňují, se opět skupina studentů shoduje v tom, že některé náboženské skupiny jsou pro jednotlivce a společnost nebezpečné. Větší nebezpečí spatřují dívky. Často nebezpečí vnímají z oblasti terorismu, ohrožování okolí, lákání peněz a manipulací. Obranu studenti vidí hlavně v ignoraci problému, osobní odolnosti proti vlivu těchto skupin, vyhýbání se kontaktu s takovými lidmi (Matoušek, 2008). Celkově mají pocit, že se jim bránit dovedou, což potvrzují i odpovědi na otázku č. 28, v níž všichni studenti kategoricky popírají možnost podlehnutí, kdyby se je někdo pokoušel lákat do nějaké skupiny. Vliv NNH na společnost vnímají studenti jako negativní. Radikálnější pohled mají dívky. Chlapci více připouští možnost, že náboženské skupiny mohou mít i pozitivní vliv. Otázky č. 22 – 26 se zabývají tématem NNH ve školním prostředí a možnostmi poradenství. Studenti v nich vyjadřují souhlas s tím, že informace ve škole získali, ovšem všichni vyjádřili potřebu větší časové dotace a detailnějšího seznámení s touto problematikou. Pouze minimum respondentů uvádí, že informace nemají žádné. Poradenský systém sice existuje, neznají však žádnou konkrétní organizaci, která se zabývá touto činností. Přesto má větší část studentů pocit, že má dostatek informací o možném nebezpečí (Okech, Mačkinová, 2020). V takovém případě by se v první řadě obrátili na policii (chlapci) nebo na své příbuzné (dívky). Shodně by uvítali více informací nejen od školy, ale také od odborníků (chlapci), dívky upřednostňují televizi. Lze se tedy právem domnívat, že mladí studenti se o tuto problematiku zajímají, ale postrádají možnost si o ní promluvit s kompetentními a informovanými lidmi, kteří mají aktuální informace z tohoto prostředí. Otázka č. 30 požadovala otevřené odpovědi, které by charakterizovaly vztah studentů k náboženským skupinám. Více jak třetina hochů i dívek má vztah k náboženství záporný a přibližně stejné množství studentů uvádí vůči této problematice neutrální a žádný postoj (Schneiderová, 2008). Malé procento respondentů NNH respektuje. Z konkrétních odpovědí je patrné, že jsou studenti citliví zejména na omezování osobní svobody, ale také se vyznačují vysokou mírou tolerance k právu na vlastní víru. Toto tvrzení dokazuje například odpověď jednoho ze studentů, který uvádí, že náboženské skupiny neodsuzuje, naopak je respektuje. Tvrdí, že jejich členové mají pro co žít a v co věřit. Zajímalo by ho však, jak konkrétní náboženské skupiny fungují doopravdy, ale jejich

součástí by se stát nechtěl. Hypotéza H 1 – Domníváme se, že když v ČR existuje systém poradenství, budou studenti dostatečně informováni o rizicích spojených s náboženskými skupinami (Tůma, Holonič, 2019a). Z dotazníkového šetření vyplývá (konkrétně z otázek č. 24 – 26), že studenti nemají ucelené informace o konkrétní poradenské síti. Z výuky ve škole mají povědomost o tom, že by pomoc mohli vyhledat u Policie ČR a psychologů. Nikdo z respondentů neznal ani jedno konkrétní státní či nestátní poradenské zařízení, které se cíleně zabývá touto problematikou. O rizicích NNH jsou informováni hlavně z médií. Hypotéza H 1 se nepotvrdila. Hypotéza H 2 – Domníváme se, že dívky více vnímají chování některých náboženských skupin za nebezpečné, než chlapci. Z otázek č. 18 – 21 a 27 vyplývá, že dívky jsou radikálnější v pohledu na nebezpečí nových náboženských skupin. Hypotéza H 2 se potvrdila.

ZÁVĚR

Víra není jen černobílé vidění světa, je to velice složitý a proměnlivý proces. S vírou se člověk nerodí, ale nachází k ní cestu až během života a může zažít naplnění nebo naopak zklamání. To vše je závislé na tom, v jakém okamžiku života se s vírou setkáme, kdo nám ji předkládá a v jaké životní situaci se nacházíme. Nositeli víry a její předkladateli jsou právě nejčastěji církve a různé náboženské organizace. Vždy má velký vliv negativní či pozitivní zkušenost jedince. Můžeme si přečíst mnoho knih, ale hodnotit budeme vždy subjektivně. Je to záležitost neměřitelná a velmi intimní pro každého z nás. Vztah k víře je podobný jako vztah k umění. Každý člověk má při vnímání uměleckého díla jiné niterné pocity a prožívání. Někomu nic neřekne a pro jiného je to silný zážitek. Každý člověk je rozmanitá bytost ovlivněná svou minulostí, výchovou a prostředím. A protože se jedná o tak citlivou oblast lidského bytí, je zde určité riziko nebezpečí manipulace a zneužití. Všechny církve a náboženská hnutí mohou nějakým způsobem naplňovat potřeby některých lidí. Každý si může najít to své, ale pokud nemáme dobré informace, nemáme takovou svobodu volby. Jsme ohroženi tím, že organizace si vybere nás a nebude při tom usilovat zrovna o náš prospěch. Za stěžejní cíl této práce jsme si tedy stanovili mapování a zdůraznění velké potřeby správné informovanosti mladých lidí o církvích a náboženských hnutích. V poradenské činnosti je důležitá diskuse, proto se nabízí zařazení tohoto tématu do jednorázových preventivních aktivit, tematicky zaměřených projektových dnů, předmětů jako výchova k občanství, základy společenských věd, dějepis i komparace a besedy s jinými erudovanými odborníky v dané problematice.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABGRAL, J. M. 1999. *Mechanismus sekt*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7184-744-7.
- [2] HENDL, J. 2005. *Kvantitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [3] LANGMAJER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2011. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1284-9.
- [4] MATOUŠEK, O. a kol. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
- [5] OKECH, V. O., MAČKINOVÁ, M. 2020. Effects of Home Environment on Children's Development: A comparative study. In: *Clinical social work and heal thintervention*. 11(1), p. 41-47. doi:10.22359/cswghi_11_1_01.
- [6] SCHNEIDEROVÁ, A. 2008. *Základy poradenství*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-523-2.
- [7] ŠTAMPACH, O. I. 1994. *Sekty a nová náboženská hutí – naděje a rizika*. Praha: Oliva. ISBN 80-901634-6-7.
- [8] TŮMA, J., HOLONIČ, J. 2019a. *Netradiční náboženství a pomoc sociálně rizikovým skupinám*. Trebišov: Merci. ISBN 978-80-972564-1-8.
- [9] TŮMA, J., HOLONIČ, J. 2019b. *Vnímání netradičních náboženství v sociální oblasti*. Trebišov: Merci. ISBN 978-80-972564-2-5.
- [10] ŠTAMPACH, O. I. 1992. *Malý přehled náboženství*. Tišnov: Sursum.
- [11] VÁGNEROVÁ, M. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [12] VOJTÍŠEK, Z. 2005. *Pastorační poradenství v oblasti sekt a sektářství*. Brno: L. Marek. ISBN 80-86263-69-X.

AWARENESS OF NEW RELIGIOUS MOVEMENTS AND SOCIAL COUNSELING ACTIVITIES FOR HIGH SCHOOL STUDENTS

ABSTRACT

The reasons why people join these communities as well as risk groups that are in danger of being manipulated are specified there too. Counselling is mentioned as one of the methods of social work in the following chapters of the theoretical part. The chapters also deal with the explanation of the terms such as faith, religion and sect. Counselling encompasses the following areas: amateur, professional, social as well as pastoral. Based on quantitative research and questionnaire survey, the aim of the research part is to ascertain how high school students perceive new religious movements in the Karlovy Vary Region. The research was conducted during 2019. The sample comprised a total of 443 respondents. To verify the verification or falsification of predetermined hypotheses, a statistical packet evaluation was used in the chi-square test with 95% where it is at ($\alpha = 0.05$) reliability. Furthermore, Cramer's contingency coefficient. The goal of the questionnaire was to determine if students thought they were provided with sufficient information, whether they knew who to contact in case of emergency, or where to seek guidance.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Praha
Katedra sociální práce
Roháčova 1305/66
130 00 Praha 3 - Žižkov
e-mail: jirituma@centrum.cz

Mgr. Jaroslav Pátý
Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Praha
Katedra sociální práce
Roháčova 1305/66
130 00 Praha 3 - Žižkov
e-mail: j.paty@seznam.cz

PhDr. Monika Nová, Ph.D.
Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta
Katedra Psychosociálních věd a etiky
Pacovská 350/4
140 21 Praha 4
e-mail: Monika.nova@htf.cuni.cz

doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Hekrova 805
149 00 Praha 11-Háje
e-mail: laca@pvsp.cz

KEYWORDS:

religion, sect, church, counseling, faith, newreligiousmovements, help, counseling

TYOLOGIES OF PROSTITUTION POLICY MODELS: A REVIEW OF THE LITERATURE

VICTOR OTIENO OKECH
MONIKA MAČKINOVÁ
UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVĚ

ABSTRACT

Preventing or controlling prostitution and the entire sex industry has been of great challenge not only to communities affected by it but to policymakers and practitioners as well. The challenge of managing it can be attributed to differing perspectives people have on prostitution. There are some who view it from a moralist point of view, others view it from work and oppression perspectives. The aim of writing this article was to review literature on policy models that are normally used in preventing and controlling prostitution. We obtained most of data from the Springer online database using the key words, Prostitution AND Legalization AND decriminalization.

Our findings from the literature, showed there are two types of prostitution policy models: Criminalization and Decriminalization policy models. Throughout the literature we also found other models such as legalization, regulation, repressive, restrictive, and integrative etc. After thoroughly examining them, we found out that authors of these other models were discussing the same concepts outlined by criminalization and decriminalization models but using different terminologies. This was because each of these scholars were using terminologies inclined to

their fields of expertise. In this study, we took a binary approach in classifying these policy models as either criminalization or decriminalization policy approaches.

We concluded that these two policy models addressed the three perspectives people have on prostitution. We also observed that these two policy models have their origin in feminist and religious movements. For instance, radical feminist and moralist advocate for criminalization while liberal feminist advocate for decriminalization of prostitution.

KEYWORDS:

prostitution, sex industry,
criminalization, decriminalization

INTRODUCTION

Controlling and preventing prostitution continue to be a challenge not only to members of communities affected by it but to policymakers and practitioners as well. Prostitution has been associated with the spread of sexually transmitted diseases, rise of criminal gangs and criminal activities, and depreciation of values of properties and community standards. Community members do feel offended when sexual acts are consummated in the public or when they are mistaken as potential buyers or sellers of sex (Weitzer, Boels, 2015). These and many more challenges have led to the search of better ways of preventing and controlling prostitution.

Various policy models have been experimented in trying to control and prevent prostitution. Some policy models were aimed at eradicating prostitution at its source, some disrupting the prostitution process while other at protecting the vulnerable. Outcomes of these experimentations have had mixed and inconclusive results. Our aim for this article was to review literature on policy models that are normally used in preventing and controlling prostitution and the sex industry. We will start by defining terms most often used in prostitution and sex industry, followed by outlining perspectives that people have on prostitution and finally compare various policy models.

Prostitution as is often considered, is one of the oldest professions in the world. It is a profession that specializes in exchanging sexual services in return for substances of value. These substances may range from money, holidays, jewelleries, job promotions to disclosure of some secrets held by some individuals. Prostitution entails activities such as erotic dances, penetrative sex, public display of love and affection and pornography including erotic stories/novels. Places for procuring prostitution also varies, there are some that are procured on the streets, others in closed buildings such as brothels, and in some situations over the phone and internet as in the case of escort prostitution. Escort prostitution is one of the unique types of prostitutions that not only offer sex in return for money but also as well emotional services such public display of love and affection. Escort sex workers tend to spend more time with their clients that may run into several days or weeks compared to other types of prostitutes. During time they spend with their clients, escort prostitutes can play social roles such as new 'catch' boyfriend or girlfriend. They do these to help fill social voids their clients may be experiencing. This mostly happen to people who have experienced divorce/separation to those who work abroad far away from their families and who may be required to attend some social events such as ball parties with their partners.

Prostitution evokes various emotional, political, and economic tendencies among various groups of people. There are some who view it as an immoral and sinful act, others as a form of work and other as a form of gender-based oppression.

PERSPECTIVES ON PROSTITUTION AND THE SEX INDUSTRY

MORALIST PERSPECTIVE

This perspective is normally advanced by religious institutions such as the Church. Religious institutions regard sex as a solemn act that should only be used for purpose of bringing forth life through procreation and not for any other purpose. They advocate that sex should only be consummated within the institution of marriage. Engaging in sexual activities for purpose of entertainment or outside the institution of marriage is regarded by religious institution as sinful. It is even immoral to issue or receive money in exchange for sex. The church considers sex workers as 'fallen' men and women. They consider the entire sex industry as a form of moral decadence that stains the fabric of the society. They advocate for abolition of prostitution and sex industry in its entirety (Weitzer, 2006; Gurd, O'Brien, 2013).

WORK PERSPECTIVE

This perspective recognizes prostitution as a form of work. Just like manual labourers and professionals who trade their muscle power and skills in the labour market, sex workers trade their sexual services as well. Sex workers do not see themselves as selling their bodies but rather providing the much-needed sexual services. These services may range from erotic dances, pornographic acts, escort services to actual penetrative sex. Liberal feminists are the one who champion this perspective where they hold freedom as an important value in the society. According to them, members of the society should not be coerced in determining the courses of their lives (Tuma, Ondrusova, 2018). Regarding sex work, liberal feminist, advocate that members of the society should not be coerced in deciding what they should do with their bodies. External control over one's body amount to violating their freedom of self-determination. Thus, champions of this perspectives want decision of engaging in sex work be left to individuals and not the State. Author Nová (2016) comments on practical examples from Africa. „Non-professional healthcare popular among Zimbabwean prostitutes trying to put a moral face on their job is provided by herbal doctors and medicine men, who part-time double also as psychologists and pastors. This conclusion is supported by the results of a relevant qualitative research undertaken in the form of a guided interview with the women.“ (Nová, 2016, p. 235)

OPPRESSION PERSPECTIVE

This perspective maintains that prostitution is a form of oppression, especially on the female gender. As a form of oppression, victims of prostitution may end up being excluded from participating in social activities. They may also have difficulties in having access to proper healthcare due to stigma that is normally attached to prostitution.

Prostitution also leads to exploitation of its victims. At the fore front of exploiting prostitutes are not only buyers of sex but those who facilitate prostitution such as the pimps and brothel owners. In most cases pimps and brothel owners rip a lot more than what prostitutes get from acts of prostitution. Prostitution as a form of oppression does not end there, it also makes its victims to lose power to determine their own future. Prostitution literally takes away time its victims could have used in engaging in self-improvement activities such as going to school. This is because most people enter prostitution at a prime age one should be in school. Without vocational skills, prostitutes may not be able to secure stable jobs and thus consequently end up being powerless in most spheres of their lives. Prostitution has also been associated with various forms of violence, where its victims have been subjected to both psychological and bodily harms such as rape, posttraumatic stress disorders and murder (Busch et al., 2002).

This perspective is normally advanced by feminists, especially radical feminists. They trace root of oppression from societal structure that puts male gender at the top of the societal structure. From this societal arrangement, there are two streams of feminism that tries to explain how women end up being oppressed. One stream holds that, oppression develops through objectification of women's body as instruments of pleasure. The second stream espoused by the radical feminists who perceive prostitution as a form of oppression by men over women. They believe that it is through dominance, exploitation, and violence that men are able to take control of women's sexuality. Women who attempts to deviate from this control attract upon themselves social sanctions such as stigma and ostracization (Comte, 2014).

PROSTITUTION POLICY MODELS

Throughout the history, various models of policy have been experimented in trying to address prostitutions. Though these policy experiments have had varied results, there several striking challenges that have dogged them all. These challenges have always been on where to delineate the boundary between gender inequality and personal freedom on sexuality. It is argued that prostitution is an institution that is fraught with inequality where women are seen as servants of men's desire. It is the inequality in accessing work and income that pushes women to prostitution so that they can meet their needs. On the other hand, there are a group of liberal feminists who counter this argument by saying that all people should have freedom in determining their sexuality (Benoit et al., 2019). This challenge is even compounded further by difficulties of whether to recognize prostitution as a form of work or a form of exploitation (Coy et al., 2019). In addition, there is a mixed reaction on the courses of actions that should be taken in addressing prostitution. There are some who want it to be completely abolished while others want it to be put under State regulation. Based on these challenges, various experts have contributed immensely on this subject bringing along with them various terminologies they use in their fields of

studies. Because of this semantic difference, there are currently around 2 to 4 models for analysing prostitution. In our discussion we will take a binary approach where we will classify these models into only two categories: Criminalization and Decriminalization policy models.

Prostitution policy models are normally designed with intentions of either reducing or controlling the number of people joining or participating in prostitution. This is because eliminating prostitution is something that is not within realm of reality. Policy models may also be designed to reduce the amount of exposure to harm by outlawing some forms of prostitution that are considered too risky. Policy models work through mechanisms of controlling demand and supply of sex services. Criminalization is the valve used in controlling demand and supply. Based on criminalization, there are two models of policies that may be developed in controlling prostitution and sex industry (Gurd, O'Brien, 2013).

CRIMINALIZATION MODEL

Criminalization is a policy model that has its roots in abolition philosophy. It is mostly advanced by moralists and radical feminists who want prostitution and sex industry to be made illegal. They see prostitution and sex industry as a form of moral decadence and a form of oppression especially on women whom they consider as vulnerable (Novotná, Tůma, Krejčová, 2017). They also do not believe that one can join prostitution out of their own volition. Instead they argue that external forces that have their origin in societal structure are the one that pushes them in engaging in prostitution. The inequalities that are embedded in societal structures are the one that breeds prostitution. According to them, these inequalities give men upper hand at the expense of women. Due to this imbalance relationship (i.e. dominant and subordinate) between the two genders, women end up being oppressed. Through prostitution, women end up being subjected to various forms of oppression such as exploitation, marginalization, powerlessness, violence, and cultural imperialism (Tuma, Malinakova, 2013).

Radical feminist and moralist champions for outlawing of prostitution and the sex industry as a sure way of bringing back morality and eliminating oppression. In addition, they see both acts of buying and selling sex to be a public nuisance. Thus, by criminalizing prostitution potential harm is eliminated from the path of the prostitutes. They thus prefer the State to severely punish all the parties involved in prostitution and sex industry (Vicente, 2016; Post et al. 2019; Comte, 2014).

Though this model has been touted as an effective way of eliminating public nuisance and safeguarding dignity and worth of every person, it has its own share of challenges. These challenges have their roots in law enforcement mechanism. In most countries where prostitution has been criminalized, enforcement of this model is normally exclusively left to the police and municipal police. This gives them a wider latitude of deciding who

to or not to arrest. This wide latitude may result in harassment and brutalities which may make prostitutes operate secretly without attracting attention of the law enforcers. Prostitution that is done clandestinely results in more harm than intended benefits of criminalization. It literally pushes prostitutes to the margins of the society because they will be afraid of reporting any form of violence or seek healthcare services. As observed by (Shannon et al., 2016), prostitution that is practiced covertly lead to rapid spread of infectious diseases.

DECRIMINALIZATION OF PROSTITUTION

Decriminalization refers to the legislative act or process of legalizing an illegal act (Garner, 2009). In the context of prostitution, it refers to the process of amending or repealing Statutes for purpose of making prostitution legal. In decriminalizing prostitution, the State technically removes it from its list of offences that would otherwise attract fines and jail terms sentences. Decriminalization are of two types: partial and full decriminalization. In partial decriminalization, the State lifts off criminal responsibilities from either the seller of sex, buyers of sex or facilitators of prostitution such as pimps and brothel owners. In Nordic countries are some of the countries that have adopted partial decriminalization. In these countries acts of selling sex has been legalized but acts of buying sex have been illegalized. Thus, a prostitute may not face prosecution but his/her clients may be subjected to a criminal trials (Kingston, Thomas, 2019). In full decriminalization, the State lifts off criminal responsibilities from all parties involved in prostitution i.e. sellers, buyers, and facilitators.

The theory behind decriminalization is normally anchored on principles of liberalism and equality. According to Post et al. (2019) liberalism refers to the process of promoting liberty, freedoms of choice and government neutrality on matters of personal morality. Liberals see no wrong in prostitution but rather the circumstances under which it takes place. These circumstances range from work conditions that border slavery, marginalization, and stigmatization. They see these circumstances as external to prostitution and thus by changing or addressing them harm can be prevented (Vicente, 2016).

At the heart of decriminalization are regulations. They are the formal rules and guidelines (informal) that govern how laws are to be implemented. They stipulate how certain behaviours or acts are to be carried out. Agencies for regulating prostitution also vary from one country/state/region to another. In some countries, the central government takes the lead role of regulating prostitution while in others it is delegated to municipal or county governments. To achieve its goal of controlling and protecting players involved in prostitution, the regulating authority in most countries impose tax on the parties involved in the prostitution business. In some situations, parties involved, may be required to make mandatory contributions to the social insurance, obtain work licenses, work from specific locations (i.e. zoning), and attend mandatory medical examinations.

The regulating authority may also set eligibility criteria for prostitution and sex work based on factors such as age, immigration status, mode of recruitment i.e. voluntary or forced, health status etc. In almost all countries, minors, trafficked persons, sick individuals are usually excluded from sex work. The regulating authority may also set minimum standards and conditions for premises for sex work such as brothels (Post et al., 2019; Outshoorn, 2012; Kopinec, 2013; Weitzer, 1999; Villacampa, 2017). They may also determine how solicitation of sex services may be realized, whether through mass media or word of mouth. Rigidity of regulation also varies from one country to another. There are some countries that have tightly regulated prostitution while others have not (Villacampa, 2017). In addition, some countries have tightened the noose on the street prostitution and relaxed it for brothel and escort prostitution. It all depends on the objective the State has on prostitution. Is it to prevent or get as many from prostitution?

CHALLENGES OF CRIMINALIZING AND DECRIMINALIZING PROSTITUTION

Criminalizing or partial legalizing prostitution may result in some unwanted or unforeseen effects. According to Kingston, Thomas, (2019) partial legalization of prostitution such as criminalization of sex buyer reduces negotiation power for safer sex by prostitutes. Prostitutes may not want to send away their clients by put too much demands on their clients who have risked jail term sentences and hefty fines. In addition, according to commentaries by Abel, (2019) decriminalization does not address social inequality that have their origins in societal structures. This is because policies on decriminalization addresses only outcomes of sexual activities while ignoring social redistribution. In addition, the language also used in designed partial criminalization excludes male and transgender prostitutes as victims of prostitution (Pitcher, 2019).

CONCLUSION

We concluded that these two policies address the three perspectives people have on prostitution. The two policy models are criminalization and decriminalization models. We also observed that these two policy models have their origin from feminist and religious movements. For instance, radical feminist and moralist advocate for criminalization while liberal feminist advocate for decriminalization of prostitution.

REFERENCES

- [1] ABEL, G. 2019. The Problem with Sex Work Policies. In: *Archives of Sexual Behavior*. 48(7). p. 1925–1929. DOI: 10.1007/s10508-018-1366-5.
- [2] BENOIT, et al. 2019. The Prostitution Problem”: Claims, Evidence, and Policy Outcomes. In: *Archives of Sexual Behavior*. 48(7). p. 1905–1923. DOI: 10.1007/s10508-018-1276-6.
- [3] BUSCH, N. B. et al. 2002. Male Customers of Prostituted Women: Exploring Perceptions of Entitlement to Power and Control and Implications for Violent Behavior Toward Women. In: *Violence Against Women*. 8(9). p. 1093-1112. DOI: 10.1177/107780102401101755.
- [4] COMTE, J. 2014. Decriminalization of Sex Work: Feminist Discourses in Light of Research. In *Sexuality & Culture*. 18(1). p. 196–217. DOI: 10.1007/s12119-013-9174-5.
- [5] COY, M., SMILEY, C., TYLER, M. 2019. Challenging the “Prostitution Problem”: Dissenting Voices, Sex Buyers, and the Myth of Neutrality in Prostitution Research. In: *Archives of Sexual Behavior*. 7. p. 1931–1935. DOI: 10.1007/s10508-018-1381-6.
- [6] GARNER, A. B. 2009. *Black’s Law Dictionary*. St. Paul: West, a Thomson business.
- [7] GURD, A., O’BRIEN, E. 2013. Californian ‘John Schools’ and the Social Construction of Prostitution. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 10(2). p. 149–158. DOI: 10.1007/s13178-013-0117-6.
- [8] HUISMAN, W., KLEEMANS, R. E. 2014. The challenges of fighting sex trafficking in the legalized prostitution market of the Netherlands. In: *Crime, Law and Social Change*. 61(2). p. 215–228. DOI: 10.1007/s10611-013-9512-4.
- [9] KINGSTON, S., THOMAS, T. 2019. No model in practice: a ‘Nordic model’ to respond to prostitution? In: *Crime, Law and Social Change*. 71(4). p. 423–439. DOI: 10.1007/s10611-018-9795-6.
- [10] KOPINEC, P. 2013. *Analýza aspektov ochrany utečeneckých detí na*. Zielona Góra: Oficyna wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego. [cit. 27.6.2013]. Dostupné z: http://www.iibnp.uz.zgora.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=513.
- [11] NOVÁ, M. 2016. Prostitution in Zimbabwe - Social and health care aspects. In: *Social Pathology I. Recenzovaný zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Warsaw: WMU Publishing house. p. 213 – 221. ISBN 95-97 978-83-7520-206-9.
- [12] NOVOTNÁ, J., TŮMA, J., KREJČOVÁ, A. Sociální aspekty života s patologickou sexuální agresivitou. In: *Logos polytechnikos*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, č. 2, roč. 8., s. 164-173. ISSN 1804-3682.
- [13] OUTSHOORN, J. 2012. Policy Change in Prostitution in the Netherlands: from Legalization to Strict Control. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 9(3), p. 233–243. DOI: 10.1007/s13178-012-0088-Z.

- [14] PITCHER, J. 2019. Intimate Labour and the State: Contrasting Policy Discourses with the Working Experiences of Indoor Sex Workers. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 16(2), p. 138–150. DOI: 10.1007/s13178-018-0323-3.
- [15] POST, C., BROUWER, G. J., VOLLS, M. 2019. Regulation of Prostitution in the Netherlands: Liberal Dream or Growing Repression? *European Journal on Criminal Policy and Research*. 25(2), p. 99–118. DOI: 10.1007/s10610-018-9371-8.
- [16] SHANNON, K. S. et al. 2016. Condoms and sexual health education as evidence: impact of criminalization of in-call venues and managers on migrant sex workers access to HIV/STI prevention in a Canadian setting. In: *BMC International Health and Human Rights*. 16 (30), p. 1-10. DOI: 10.1186/s12914-016-0104-0.
- [17] TUMA, J., ONDRUSOVA, Z. 2018. Assisting families at risk of poverty in the context of social services. In: *Clinical Social Work and health intervention*. Austria: Vienna, no. 2, vol. 9. p. 101-105. ISSN 2222-386X.
- [18] TUMA, J., MALINAKOVA, L. 2013. The Importance of the social services in the social family policy in Czech Republic. In: *Clinical Social Work and health intervention*. Austria: Vienna, no.2, vol.4. p. 95-99. ISSN 2222-386X.
- [19] VICENTE, A. 2016. Prostitution and the Ideal State. A Defense of a Policy of Vigilance. In: *Ethical Theory and Moral Practice*. 2. p. 475–487. DOI: 10.1007/s10677-015-9645-X.
- [20] VILLACAMPA, C. 2017. Municipal ordinances and street prostitution in Spain. *European Journal on Criminal Policy and Research*. 23(1). p. 41–57. DOI: 10.1007/s10610-016-9313-2.
- [21] WEITZER, R. 1999. Prostitution control in America: Rethinking public policy. In: *Crime, Law & Social Change*. 32(1). p. 83–102. DOI: 10.1023/A:1008305200324.
- [22] WEITZER, R. 2006. Moral crusade against prostitution. In: *Society*, 43(3), p. 33–38. DOI: 10.1007/BF02687593.
- [23] WEITZER, R., BOELS, D. 2015. Ghent’s Red-Light District in Comparative Perspective. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 12(3). p. 248–260. DOI: 10.1007/s13178-015-0181-1.

TYPOLÓGIE MODELOV POLITIKY PROSTITÚCIE: PREHĽAD LITERATÚRY



ABSTRAKT

Prevenca alebo kontrola prostitúcie a celého sexuálneho priemyslu bola veľkou výzvou nielen pre komunity, ktorých sa to týka, ale aj pre tvorcov politiky a odborníkov z praxe. Výzva na jej zvládnutie sa dá pripísať rôznym perspektívam, ktoré majú ľudia na prostitúciu. Niektorí to vidia z morálneho hľadiska, iní z pohľadu práce a útlaku. Cieľom tohto článku bolo prehodnotiť literatúru o modeloch politiky, ktoré sa bežne používajú pri prevencii a kontrole prostitúcie. Väčšinu údajov sme získali z online databázy Springer pomocou kľúčových slov, prostitúcie a legalizácie a dekriminalizácie. Naše zistenia z literatúry ukázali, že existujú dva typy modelov politiky prostitúcie: modely politiky kriminalizácie a dekriminalizácie. V celej literatúre sme našli aj ďalšie modely, ako sú legalizácia, regulácia, represívne, reštriktívne a integračné atď. Po ich dôkladnom preskúmaní sme zistili, že autori týchto ďalších modelov diskutovali o rovnakých koncepciách naznačených modelmi kriminalizácie a dekriminalizácie, ale používali rôzne terminológie. Dôvodom bolo, že každý z týchto vedcov používal terminológie inklinujúce k ich odbornosti. V tejto štúdii sme pri klasifikácii týchto modelov politiky ako prístup k kriminalizácii

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Victor Otieno Okech, PhD
Univerzita Komenského v Bratislavě
Pedagogická fakulta
Katedra Sociální práce
Šoltésovej 4
811 08 Bratislava,
Slovenská republika
e-mail: oekch1@uniba.sk

prof. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislavě
Pedagogická fakulta
Katedra Sociální práce
Šoltésovej 4
811 08 Bratislava,
Slovenská republika
e-mail: monika.mackinova@gmail.com

alebo dekriminalizácii využili binárny prístup. Dospeli sme k záveru, že tieto dva modely politik sa zaoberali tromi perspektívami ľudí v oblasti prostitúcie. Tiež sme zistili, že tieto dva modely politik majú svoj pôvod vo feministických a náboženských hnutiach. Napríklad radikálny feministický a moralistický obhajca kriminalizácie, zatiaľ čo liberálny feministický obhajca dekriminalizácie prostitúcie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

prostitúcia, sexuálny priemysel,
kriminalizácia, dekriminalizácia

SYNDROM VYHOŘENÍ A JEHO PREVENCE U SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ORGÁNU SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ

MICHAL BOUDA
ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ
SLUŽBA KRAJE VYSOČINA, P.O.

DAVID URBAN
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

V předloženém článku se autoři zaměřují na syndrom vyhoření a jeho prevenci u sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Sociální pracovníci při práci s rodinou a dětmi přicházejí do kontaktu s celou řadou obtížných životních situací a řeší velké množství náročných případů – rodina týrající, zanedbávající dítě, rodiny v rozvodu, závislost na návykových látkách u rodičů, případně i u mladistvých, atd. V první části článku autoři prezentují základní teoretická východiska vztahující se k tématu sociální práce na oddělení sociálně právní ochrany dětí, poukazují na ty nejnáročnější situace, se kterými se pracovníci na této pozici mohou setkávat. Dále prezentují výsledky z výzkumného šetření. To bylo zaměřeno na pracovnice orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakou mají oslovené pracovnice představu o syndromu vyhoření a jaké preventivní techniky proti vyhoření využívají.

KLÍČOVÁ SLOVA:

syndrom vyhoření, prevence,
sociálně-právní ochrana dětí, sociální
práce

ÚVOD

Sociální práce je svým zaměřením velmi náročná práce s lidmi. Na základě výzkumu o syndromu vyhoření je prokázán nárůst vzniku vyhoření u sociálních pracovníků vystavených takovému tlaku, který je spojen s požadavky na péči a s mírou utrpení. Tato odpovědnost a rozhodování následně způsobují dlouhodobý stres. Tento tlak v případě neadekvátního řešení vede k tělesnému a fyzickému vyčerpání (Maroon, 2012).

V rámci našeho článku, který vychází z bakalářské práce s názvem „Syndrom vyhoření a jeho prevence u sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí“ (autor práce: Michal Bouda, DiS.) se zaměříme, jak už samotný název práce napovídá, na otázku syndromu vyhoření u pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále také OSPOD). Povinnosti OSPODu definuje zákon č. 359/1999 Sb. a tím jsou dány úkoly sociálním pracovníkům. Mezi tyto úkoly patří monitoring a eliminace negativních vlivů na děti, poradenství a pomoc rodinám, funkce opatrovníka a poručníka dětí, sanace rodiny. Dále spolupráce a komunikace se soudy, zajišťování náhradní rodinné péče a sociální prevence (Matoušek, Pazlarová, 2016). Sociální pomoc dítěti je nutná v případech, kdy se rodina ocitá v socioekonomických problémech. Nedostatečná péče o dítě pak vyžaduje obecné nástroje ochrany dítěte. Ty jsou v podobě dávek státní sociální podpory, sociální politiky a prevence. K trvalé ochraně dítěte slouží specifické nástroje. Jedná se především o komplexní programy včetně terapeutických přístupů. U ohrožených dětí se využívá multidisciplinární spolupráce (Pemová, Ptáček, 2012). Z důvodu charakteristiky práce se sociální pracovník velmi často dostává do situací, které jsou pro něj náročné. Matoušek, Pazlarová (2016) na základě výzkumu uvádějí ty nejnáročnější: šetření v rodinách, kde je ohrožené dítě a následné rozhodnutí o odebrání dítěte; poskytování pomoci dítěti, které uteklo z výchovného zařízení; komunikace s nespolupracujícími rodiči v rozvodovém řízení; řešení situace u dětí, kdy jsou jejich rodiče závislí na návykových látkách nebo duševně nemocní; noční výjezdy pro ohrožené děti; bezmoc v situacích při jednání se sociálně vyloučenými lidmi; vyřizování nadměrné administrativy. S ohledem na tyto situace může být ohrožení pracovníka syndromem vyhoření opravdu aktuálním tématem a velkým rizikem.

Pro předcházení syndromu vyhoření slouží řada technik a faktorů, které mohou výrazným způsobem ovlivnit a podpořit sociálního pracovníka. Dobrá pracovní atmosféra a podniková kultura je výrazným prvkem prevence (Prieß, 2015), stejně jako i harmonizace vztahů na pracovišti, pochvala a respekt vůči pracovníkům ze strany nadřízeného jsou kladně působícím faktorem proti syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012). Jako největší přínos je hodnocena vzájemná opora mezi sociálními pracovníky – peer-support (Kebza, Šolcová, 2003). Důležitost opory potvrzuje i Křivohlavý (2012, s. 123) když uvádí, že lidé, kteří mají ve svém životě silnou sociální oporu, mají relativně nejméně příznaků psychického vyhoření.

Jedním účinným způsobem prevence syndromu vyhoření je i supervize, která slouží jako podpůrný mechanismus zaměstnancům při vykonávání náročných profesích (Vávrová, 2012). Supervizor svým pohledem poskytuje podporu a doporučení (Venglářová, 2013). V případě vytvoření důvěrného prostředí supervizorem, pak prostřednictvím vzájemného předávání zkušeností, ale i těžkostí a problémů, vede supervize ke zpětné vazbě pro všechny zúčastněné a následně pomáhá pracovníkům při hledání možných řešení situací. Umožňuje získat nadhled na složité situace. Pokud se podaří supervidovat pracovníka, který prožívá druhou fázi syndromu vyhoření – stagnaci, je velká pravděpodobnost znovu namotivování takového člověka. Supervize je tedy velmi účinným nástrojem prevence syndromu vyhoření. (Vávrová, 2012)

METODIKA VLASTNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro získání dat bylo osloveno vybrané oddělení sociálně-právní ochrany dětí, výběr byl dán dostupností, kdy na daném oddělení autor vykonával svou odbornou (studentskou) praxi. Jednalo se o kvalitativní výzkum, data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů; rozhovory byly vedeny celkem s deseti sociálními pracovníci (ve výpovědích označeny jako SPA1 až SPA10). Schéma rozhovoru zahrnovalo tři okruhy: 1) Co si představí oslovení sociální pracovníci pod pojmem syndrom vyhoření; 2) Jakým způsobem se brání syndromu vyhoření a 3) Co dělá z jejich pohledu proti syndromu vyhoření zaměstnavatel.

VÝSLEDKY

1) CO SI PŘEDSTAVÍ OSLOVENÍ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI POD POJMEM SYNDROM VYHOŘENÍ

V úvodu výzkumu je zjišťováno, jakým způsobem vnímají sociální pracovníci pojem syndrom vyhoření, co k němu vede a zda se někdy cítily vyhořelé.

Z výzkumu vyplývá, že participantky vnímají projevy syndromu vyhoření jako **nechuť a nezáměr** o práci s klienty. Hlavní příčiny spatřují v únavě a celkovém vyčerpání. „*Psychické vyčerpání, nezáměr, nechut už pracovat v profesi, nehledání nových metod, nepřijímání názorů, zkušeností, už nezáměr celkově k té práci, tu práci dělat*“ (SPA9).

Dalším dopadem syndromu vyhoření byla uváděna **ztráta motivace** k práci s klienty. „*Tak asi situaci, kdy člověk už ztratí motivaci pracovat, chuť se věnovat nějakým dalším případům, práce ho nebaví, odráží se to ve všech dalších rovinách.*“ (SPA7). Fatální dopad je **ztráta smyslu života**. Z důvodu ztráty motivace v souvislosti se syndromem vyhoření, dochází k negativním projevům vůči klientům. „*Ke klientům si vytvořím nějaký odpor, jsem negativistická, neumím se do nich vcítit, Je v jednání strohost. Nic mi to nepřináší, chodím jenom do práce s odporem. Už ráno vím, že se mi tam nechce. Den mi neutíká, zdá se mi, že bude zase hrozný den. Tak si představuji syndrom vyhoření*“ (SPA4).

Příčiny vzniku vyhoření přisuzují sociální pracovnice tomu, když začínají mít pocit, že se práce s klientem neposouvá, že jejich vynaložené úsilí nemá žádný výsledek. „*Anebo takový ten pocit, že jste tomu klientovi věnoval hrozně moc času a energie, pomoci a ono v jednom okamžiku, že tam nevidíte žádný posun, jo, postup u toho klienta, když mám být konkrétní. Všichni se snaží a klient prostě nedělá nic a vlastně se to nikam neposouvá. Tak to si potom říkám v uvozovkách – jako k „ničemu“*“ (SPA5).

V případě, kdy stagnuje spolupráce na straně klientů, tak z výzkumu vyplývá, že sociální pracovnice ztrácí motivaci a chuť pracovat s klientem. „*Když ty případy jsou těžký, zdouhavý, ta práce se nedaří a nevidím za sebou ty výsledky. Tak člověk nemá chuť do té práce*“ (SPA3). „*To může ve mně vyvolávat pocit, že ta práce nemá smysl*“ (SPA9). Nespolupráci klientů také řadí participantky mezi rizikové faktory vyhoření. „*Když jsem opravdu vyčerpaná z práce, a když já se snažím s těma klientama nějakým způsobem je namotivovat k určitým výsledkům, ale mám pocit, že jediná osoba, která má zájem o to, aby se to nějakým způsobem změnilo, jsem já sama a ten klient nemá náhled na to, že by u něj nějaký problém mohl být a nespolupracuje, takže tohle je asi to, kdy mě to třeba hodně vyčerpává po psychické stránce, a myslím si, že potom časem může i nastat syndrom vyhoření*“ (SPA2).

Projevy vyhoření na sobě nepozorovala žádná oslovená sociální pracovnice. „*Jako sama na sobě ne, mě ta práce naplňuje. Je to psychicky náročný, ale vyhořelá si zatím nepřipadám*“ (SPA6). Výpovědi participantek se shodují v tom, že zažívají únavu, někdy i bezradnost, ale vyhoření nevnímají ani u sebe ani u svých kolegů. „*Ale nemyslím si, že bych byla vyhořelá, já mám tuhle práci ráda. Já jsem to na sobě nepocítovala, možná by to mohl vidět někdo jinej jinak, ale já si sama myslím, že je to o únavě než vyhoření*“ (SPA9).

Shrnutí zjištění

Oslovené sociální pracovnice pojem syndrom vyhoření znají. Setkaly se s ním nejen při studiu, ale i při vzdělávacích aktivitách. S ohledem k náročným situacím sociálního pracovníka si uvědomují riziko vzniku vyhoření. Z výzkumu vyplynulo (viz také obrázek 1), že dle participantek je nejčastějším projevem syndromu vyhoření vyčerpání pracovníka, dále nechť k práci. Tyto projevy mají následně negativní dopad jak na klienta, tak na člověka postiženého syndromem vyhoření. Za velký rizikový faktor vzniku vyhoření spatřují nespolupráci klienta a náročné situace na pracovišti. Tyto situace jsou prezentovány v další části výsledků.

Obrázek 1: Syndrom vyhoření z pohledu SPA



Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

V souvislosti s otázkami na pojem „syndrom vyhoření“, velmi často participantky hovořily o stresových a konfliktních situacích. Protože dlouhodobý stres je největším rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření a náročná situace či řešení dilemat k němu přispívají, je tato problematika nedílnou součástí výzkumu a zaměřovala se na ni otázka:

Jaké náročné situace řeší sociální pracovníce na pracovišti?

Tato otázka zjišťuje, jaké náročné situace mohou přispívat ke vzniku syndromu vyhoření. Z výzkumu vyplývá, že pro sociální pracovníky jsou nejčastějším spouštěčem stresu případy, kdy probíhá **jednání s klientem, který nespolupracuje**. Zejména v případě konfliktního a manipulativního klienta. *„Klienti a většinou jsou to muži, kteří jsou dost rázní a mají ten pocit, že jako my ženy, protože všude už jsou kolem ženy a že my jsme zaujatý a že my jedeme jeden vzor, že to dítě patří k matce a o ničem jiném se nebavíme, takže tady ty jednání jsou pro mě náročný, kdy ty lidi jsou útočný, jsou opravdu zlí“* (SPA6). Nezřídka se stává, že klienti v rozvodovém konfliktu svoji zodpovědnost za děti přenáší na úřad a spíše se dohadují o nepodstatných věcech. *„Přímá práce s těma lidma, většinou s těma rodičema zároveň, když jsou tady zároveň. Je to hůř ukočirovatelný. Tak to mě stresuje“* (SPA8).

Vysoké nároky a nepřiměřená očekávání se také řadí mezi náročná situace. *„Mají na nás nesmírné nároky na kvalifikaci, to znamená, že očekávají, že budeme psychologové, právníci, že budeme mít tyhle znalosti, ale když ve finále u soudních jednání, tak nás velmi často i shazují, že nejsme ti psychologové, že nemáme vystudovanou tu psychologii, že nejsme ti právníci. Ale musíme mít všeobecný přehled, ale když k něčemu přijde, tak jsme vystavovány stresovým situacím nebo velkému tlaku“* (SPA5). Většina participantek spatřuje napětí také při soudních jednáních. *„Není to někdy příjemný, protože nás někdy napadají advokáti těch klientů“* (SPA7).

Práce pod tlakem zejména časovým, se také řadí mezi náročné situace. Velmi často je to způsobeno nějakou krizovou situací. Dodržování termínů, přerušit naplánovanou činnost z důvodu řešení předběžných situací a psaní dokumentace znamená pro participantky výraznou zátěž. *„Ale jako demotivující i to úředničení. Strašně těch papírů všeho se vším a furt všeho ještě přibývá, co máme zase ještě všechno psát a zakládat. Z každého telefonátu sepsat záznam, do toho soud a do toho se stane něco akutního, že i jako ta úředničina-je jí moc“* (SPA4). *„Administrativa je pro všechny zatěžující a vyčerpávající“* (SPA8).

Situace, která pro většinu participantek znamená největší zátěž, je **odebírání dítěte z rodiny**. *„Odebírání dítěte z rodiny mě hrozně vyčerpává, protože se to tam táhne strašně dlouhou dobu, ty rodiče dostali neskutečně mnoho příležitostí k tomu, aby se nějakým způsobem ty poměry v rodině upravily. To jsou ty věci, které mě vyčerpávají“* (SPA2). Z výzkumu vyplývá, že i participantky, které takovou situaci nezažily, vnímají toto opatření za nejvíce stresující. *„Co mě bude nejmíc stresovat, bude odebrání nějakého dítěte. Vůbec nevím, jak to budu řešit, jak to zvládnou. To je pro mě už teď docela veliký stres“* (SPA4).

Do jisté míry se k náročným situacím řadí i ztráta anonymity na veřejnosti, kde se setkává participantka s klientem. *„To od začátku těžce nesu. Bylo mi nepříjemný, že ty lidi, se kterými řeším jejich nějaký věci, tak mě potkávají s mým vlastním dítětem“* (SPA8).

Shrnutí zjištění

Výzkum ukázal několik faktorů (viz obrázek 2), které významným způsobem způsobují stres, napětí nebo vyčerpání u sociálních pracovníků. Největší zátěží je odebrání dítěte, protože se jedná o dlouhodobou a náročnou situaci. Z důvodů vysokých nároků ze strany klientů, ale i účastníků soudního jednání je přirozené, že účast na těchto jednáních patří rovněž mezi zatěžující situace. Nadměrná administrativa pak trápí všechny participantky. Nedostatek času v souvislosti s vedením dokumentace a konfrontace klientem na veřejnosti, pak uzavírají náročné situace zjištěné výzkumem.

Obrázek 2: Náročné situace pro SP



Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

2) JAKÝM ZPŮSOBEM SE BRÁNÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ

V rámci druhého okruhu jsme se zaměřili na to, jakým způsobem předchází sociální pracovníci stresu, jaké copingové strategie využívají. Z rozhovorů vyplývá, že důležitou roli v prevenci vzniku vyhoření zastává samotný **přístup ke klientovi a vnitřní nastavení** sociálních pracovníků. Některé participantky na začátku své praxe přistupovaly ke klientům s vidinou „možné pomoci všem bez rozdílu“. Potřeba pomáhat za každou cenu, nosit si práci v hlavě domů přispívalo k narůstání stresu. „*Na začátku, tak jsem byla dost vyplašená ze všeho, furt jsem se snažila být s těmi lidmi za dobře, ve všem se jim zavděčovat*“ (SPA6).

Participantky připouští, že v úvodu své praxe chtěly pomáhat a dost případů se jich dotýkalo osobně, ale postupně, na základě zkušeností, a také s pomocí intervizí, svůj přístup změnily. „*Strašně moc jim pomoci, opravdu všem vyhovět, abych opravdu ošetřila nejlíp všechny jejich stránky. Teď už ne, teď už vím, jaké jsou moje kompetence, umím si dát ty hranice*“ (SPA4).

Ke zvládnutí náročných jednání přispívá určitý **nadhled až odosobnění od případu**. Díky tomu jsou pracovnice schopny poskytovat profesionální podporu. „*Tak se od toho tak nějak odosobnit. A když se od toho člověk líp odtáhne, tak i líp je schopen být nápomocnej těm lidem*“ (SPA8).

Důležitost prevence v podobě **udržení zdravého životního stylu** a potřebu najít si čas sama na sebe participantky potvrzují „*Já tomu říkám jednoduše: Dělat si dobře. To znamená, že myslet i sama na sebe, i svůj čas si organizovat a opravdu si vyhledávat ty aktivity, které mě nabíjí*“ (SPA5). Mezi nejčastější relaxační činnosti patří cvičení, práce na zahradě, procházky. Z výzkumu vyplývá, že se snaží participantky volný čas trávit aktivním způsobem, aby kompenzovaly psychickou zátěž.

Za významný preventivní faktor vyhoření řadí participantky **ponechání spisů v práci**. V ideálním případě nenosit si práci domů ani v hlavě. To už je pro sociální pracovníky těžké. „*Není to práce u pásu, kde by se člověk zastavil a šel, takže si to promýšlí to řešení, třeba když ho čeká nějaká těžká soud druhý den, tak se tomu asi úplně vyhnout nedá*“ (SPA7). Z výzkumu vyplývá, že čas na zotavenou a dovolenou to do jisté míry umožňuje. „*Přes sobotu a neděli je to lepší, tam je delší prodleva*“ (SPA3).

Participantky uváděly, že **sociální opora** je pro zvládnání náročných situací nesmírně důležitá. Zázemí rodiny, přátel a možnost sdílet náročnou situaci považují za základ pro jejich fungování. „*Pro mě je hrozně důležité a už se mi to x krát potvrdilo i u mých kolegů, že funguje-li doma všechno, rodina a vztahy, tak jste schopni dělat tuhle práci, protože jste tím pádem v pohodě. Já říkám, že se nelze hrabat v životě jiných, když já bych měla něco špatně doma*“ (SPA9).

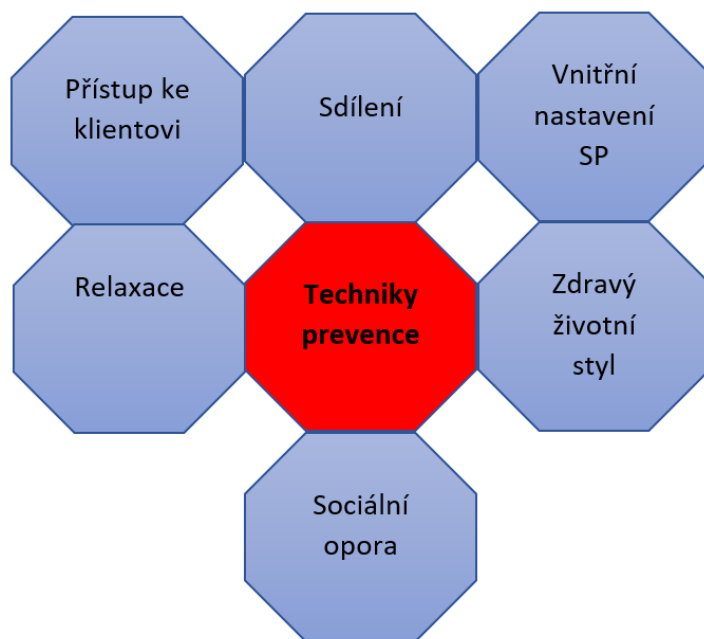
Nejdůležitějším prvkem prevence syndromu vyhoření, který využívají sociální pracovníce samy, je **vzájemná psychická podpora formou sdílení**. Přestože participantky využívají možnost sdílení v rodině, při zachování povinné mlčenlivosti, z výzkumu vyplývá, že to nejvíc, je sdílení mezi sebou. „*U lidí, kteří mají přesnou představu a dokážou se do toho vžít*“ (SPA8). Sdílení tak bez výhrad využívají v různé podobě všechny pracovníce. „*Od prvního dne jsem se necítila jako ten slabý článek. Naopak všechny kolegyně mi říkaly - klidně, přijď se zeptat, nebo cokoli, takže tady v tomhle tom úplně suprový.*“ (SPA6). Nejčastěji řeší náročnou situaci bezprostředně s kolegyní v kanceláři. Přispívá k tomu jejich zkušenost a ochota od nich přijímat názor a také okamžitá dostupnost. „*Když je fakt nějaká těžká případ, svěřit se kolegyni, jak by na to reagovala ona a tak*“ (SPA10). „*Sdílet tady ty věci a ty informace, už to, že mám kolegyni v kanceláři třeba, tak si sdílíme ty informace*“ (SPA2). Mezi participantkami převládá názor, že sdílení mezi sebou je velmi potřebné. „*Každá někdy tu pomoc potřebujeme. Tady nikdo není sólista, že by si myslel, že si to všechno dá sám. Máme tu potřebu chodit to sdílet s těma druhýma*“ (SPA4). Sdílení pomáhá i v tak náročnou situaci jako je odebrání dítěte z rodiny. „*Vždycky je to velký, dlouhý proces a nikdy tam u toho není člověk sám. Tak člověk proti nim stojí sám, ale to rozhodnutí můžu tady s kýmkoliv probírat*“ (SPA3).

Shrnutí zjištění

Cílem této oblasti bylo zjistit, jaké preventivní techniky syndromu vyhoření využívají sociální pracovníce samy. Z výzkumu vyplývá (viz také obrázek č. 3), že už samotné nastavení sociálních pracovníků, a to jakým způsobem budou přistupovat ke klientům

při jednání, je také určitý druh prevence. Participantky převážně uváděly potřebu vést klienty k samostatnosti a mít při jednání určitý nadhled na vzniklou situaci. Samozřejmě při zachování empatie a podpory vůči klientům. Sociální opora, udělat si čas pro sebe s možností odpočinku a relaxace patří k zásadním prvkům zvládnutí náročných situací. Největší význam prevence syndromu vyhoření v osobní rovině spatřovaly participantky v možnosti sdílení na pracovišti.

Obrázek 3: Techniky vlastní prevence



Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

3) CO DĚLÁ Z JEJICH POHLEDU PROTI SYNDROMU VYHOŘENÍ ZAMĚSTNAVATEL

Samotná profese sociálního pracovníka je velmi náročná. Proto způsob, jakým zaměstnavatel přistupuje k pracovníkům, jaké vytváří podmínky k práci a jaké zajišťuje preventivní techniky syndromu vyhoření, bylo předmětem našeho zkoumání. Výsledky odrážejí situaci na tomto jednom pracovišti, z tohoto pohledu nemáme ambice tuto zjištění samozřejmě generalizovat – což ale samozřejmě platí i u předchozích dvou oblastí. V souvislosti s intervizí mezi kolegy a sdílením náročných situací, které jsou na pracovišti zcela běžné, výzkum potvrdil, že **pracovní atmosféra je výborná**. Díky takovému pracovnímu prostředí jsou participantky motivované a dochází tak k prevenci syndromu vyhoření. „Skvělá, nadstandartní pracovní atmosféra a za to jsem hrozně ráda, protože mám srovnání i s předešlejma pracovníma pozicema, kde ta atmosféra tam úplně ideální nebyla a pak se to samozřejmě odráželo i v přístupu k těm lidem a zároveň v mým nějakým

*nasazení tu práci dál vykonávat“ (SPA 10). Z výzkumu rovněž vyplývá, že se participantky do práce těší. „Myslím si, že zaměstnavatel, a to vedení tady, rodina děláme všechno proto, aby se nám v práci dařilo. Navzájem se podporujeme, a to je pro mě strašně důležité. Když bude člověk chodit do práce rád a bude si umět odpočinout, tak to nějak půjde“ (SPA6). **Způsob komunikace**, který nastavila vedoucí, vnímají participantky velmi pozitivně. „Můžu se na kohokoliv obrátit, cítím to tak. Vždycky mě vyslechnou“ (SPA9). Výzkum ukázal, že intervizi, kterou si vzájemně poskytují sociální pracovnice, využívají beze strachu. „Když se jdu zeptat, tak si jdu opravdu říct o pomoc, nikdo mě neodmítne, nikdo mě, že je to špatně neodsoudí“ (SPA2). „Syndrom se tady nikoho nedotkl tak hluboce, aby se z toho nedostal, ten člověk. Určitě je to tím prostředím a kolektivem a pracovníma podmínkami“ (SPA8). **Intervize** se uskutečňuje na pracovišti pravidelně, velmi často probíhá při obědové pauze.*

Ochota vyslechnout a pomoci je nastavena od vedoucí. *„Vedení má zájem na tom, aby se ten standard toho našeho benefitu, v tom, že tady máme takový vztahy, jaký máme na pracovišti, aby se udržel“ (SPA2). A nejen, že vedení podporuje intervize, ale i sama vedoucí je vždy ochotna pomoci a podpořit participantky. „Ale i to vedení. To že můžu přijít za vedoucí a nemusím se bát toho, že mě odbude nebo toho, že mě nebude věřit v něčem. I ta důvěra je tady důležitá“ (SPA8).*

Participantky hodnotí velmi kladně komunikaci s vedoucí, současně i zázemí a podporu ze strany zaměstnavatele. *„My máme takové zázemí, tady ve vedení našem, našeho odboru, že máme podmínky naprosto ideální“ (SPA9). Z výzkumu vyplývá, že ochota a zájem vedoucí odboru o sociální pracovnice je upřímná. Vedoucí jim naslouchá, dokáže je podporovat. Vnímají i její zásluhy v podobě komunikace s krajem a získávání finančních prostředků pro klienty a zaměstnance. „Financuje se pro děti Klub naděje, kde se setkávají ty děti, které jsou ze sociálně slabých rodin“ (SPA5).*

Dalším významným faktorem prevence ze strany zaměstnavatele je **nabídka vzdělávacích, relaxačních a mediačních aktivit**. Právě mediační techniky velmi často sociální pracovnice využívají při jednání s konfliktními klienty. Díky tomu se cítí jistější, vnímají tyto techniky za velmi přínosné. Participantky se v případě možnosti vzdělávání shodují, že se jedná o nadstandartní benefit. V rámci tohoto programu se sociální pracovnice pravidelně účastní výjezdního vzdělávání. To slouží nejen k vzdělávání, ale i k celkové regeneraci. *„Máme tam školení mediace, mediační techniky, jak máme využívat, to teda probíhá celý den, ale máme tam masáže, wellness můžeme využít“ (SPA 4). Během roku mají pracovnice nastavených šest dní vzdělávání, respektive osmnáct dní během tří let. Samy si vybírají školení na základě doporučení nebo dle svých momentálních potřeb, který je v souladu s plánem vzdělávání. „Náš odbor to má nastavený tak, že to školení fakt stojí za to a je to k něčemu fakt přínosný. Toto je super věc. Podpora ve vzdělávání to je k nezaplacení“ (SPA 6). Přínos pro praxi v podobě kvalitního vzdělávání si velmi dobře participantky uvědomují. „Říkám, je to velký rozdíl, když člověk nastoupí, nemá ty zkušenosti a nemá*

ani ty kurzy nebo semináře, prostě vzdělávací akce za sebou. Takže je to velký přínos a využívám to v praxi“ (SPA8).

Z výzkumu vyplývá, že zásadní technikou prevence vzniku syndromu vyhoření, kterou zaměstnavatel umožňuje, je **supervize**. Kvalitu a formu supervize výrazným způsobem ovlivňuje vedoucí oddělení, která zajišťuje vysoce profesionální supervizorku. *„Vedoucí se nás vždycky ptá, než s ní má prodloužit smlouvu, jestli nám vyhovuje, jestli s ní chceme i nadále spolupracovat“ (SPA6).* Sociální pracovnice nejvíce využívají individuální supervizi, ale ne zřídka i supervizi při jednání s klientem. Také vědomí toho, že mohou v případě potřeby telefonovat supervizorce, pak přispívá ke snižování napětí.

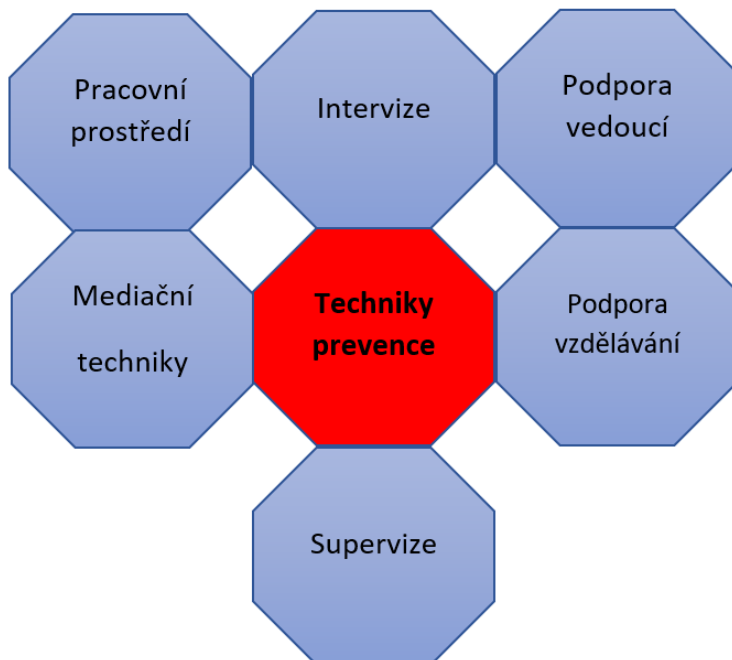
Většina participantek se cítí při supervizi dobře. Velmi často také řeší se supervizorkou svoje osobní problémy a konflikty. *„My se můžeme s tou paní supervizorkou pobavit tady o těch pracovních věcech, ale i do toho soukromí. Každý potřebuje probrat trošku to svoje soukromí. Což ono se do toho odráží. Když nejste v pohodě v soukromí a řešíte něco těžkého, závažného, tak se vám to odráží i v tý práci. Je to velká pomoc“ (SPA5).* Supervize také znamená pro participantky určitou formu relaxace a odpočinku. Vždy ale záleží na jejich momentálním rozpoložení. V každém případě jim pomáhá supervize při řešení dilemat a konfliktů s klienty. Supervizi vnímají jako nestranný pohled zvenčí. *„Ta supervize mi pomáhá v tom, že ta supervizorka do toho vnáší úplně jiný pohled, kterej jsem já do té doby neměla. Už jsem tím třeba tak zahlcena, že nedokážu mít ten odstup od toho případu“ (SPA10).* Z výzkumu vyplývá, že participantky si supervizorky váží a respektují její pomoc. Po supervizi se cítí participantky dobře. *„A člověk odchází s tím, jednou za měsíc, když máme nějaký složitý případ, že prostě má návod, jak by to šlo udělat, jaký jsou možnosti a člověk slyší i názor toho druhýho. Ta supervizorka pracuje hodně se zlobivejma dětma, jak říkám, takže ona těch zkušeností má daleko víc. Takže mi vždycky pomáhá. Mám ráda supervizi“ (SPA3).* Popisují to jako určitou míru uklidnění, často vidí i nové možnosti řešení. V takovém případě supervizi považují za významný motivační prvek. *„Člověk je možná víc motivovanej, něco dělat jinak. Přece to jenom člověka pozvedne“ (SP7).* Supervizi při jednání s klientem vnímají participantky také pozitivně. Nevnímají ji jako kontrolu, ale opět v ní spatřují podporu a pohled zvenčí. *„Supervize je to, že se člověk může a má kam posunout. Já jsem měla za úkol přijmout supervizi, takže jsem mluvila s klientkou, paní supervizorka poslouchala, vnímala a pak jsem jí říkala, ať se zapojí, protože jsme zrovna řešili problém z její oblasti, takže mi to hodně pomohlo“ (SPA 3).*

Shrnutí zjištění

Cílem tohoto okruhu bylo zjistit, jaké preventivní techniky umožňuje zaměstnavatel. Z výzkumu vyplývá (viz obrázek č. 4), že vedoucí celého odboru spolu s vedoucí oddělení mají zájem o své zaměstnance. Poskytují jim zázemí a podporu a vytváří jim dobré pracovní podmínky. Díky tomu je na pracovišti výborná pracovní atmosféra, která je významným faktorem v prevenci burnoutu. Zaměstnavatel umožňuje SP benefity v podobě kvalitního

vzdělávání, i možností relaxace. Velmi časté intervize jsou podporovány vedoucí, která je také poskytuje. Výzkum ukázal, že nejdůležitějším nástrojem prevence syndromu vyhoření je supervize a intervize. Na zkoumaném pracovišti supervizi vítají a participantky ji využívají pravidelně.

Obrázek 4: Preventivní techniky od zaměstnavatele



Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

ZÁVĚR

První sledovaná oblast našeho výzkumu se zaměřovala na otázku subjektivního vnímání syndromu vyhoření u oslovených sociálních pracovníc OSPODu. Odpovědi korespondují se současným pohledem odborníků. Riziko negativního dopadu na kvalitu práce s klientem, který popisuje Pemová, Ptáček (2012), si uvědomovaly i sociální pracovnice. Dokládaly to tvrzením, kde popisovaly, jak vyhořelý člověk nemá zájem ani sílu poskytovat profesionální přístup vůči klientovi. Participantky se v problematice burnoutu orientovaly a současně poskytly informace, které popisovaly náročné situace na pracovišti. Matoušek, Pazlarová (2016) řadí mezi ty nejnáročnější rozhodnutí o odebrání dítěte, komunikaci s nespolupracujícími rodiči a nadměrnou administrativu. Stejný výsledek vyplývá i z našeho výzkumu. Odebírání dítěte je pro sociální pracovnice velmi náročné, protože se jedná o dlouhodobý proces. V takových chvílích sociální pracovnice vyhledávají pomoc a podporu u vedoucí a také mezi sebou. Výzkum ukázal, že výše uvedené podpora jim je poskytnuta bez výhrad a tím opět dochází ke snižování stresu.

Za nejnáročnější konfliktní situaci označovaly participantky komunikaci s manipulativními klienty. Zejména pro sociální pracovníce s menší zkušeností tyto situace znamenají významný stres. Přínos mediačních technik získaných vzděláváním na pracovišti pak přispívají ke zlepšení komunikace a zvládnání rizikových klientů. Nemalou měrou přispívá ke klidu i možnost přivolání pomoci nouzovým tlačítkem, které je k dispozici ve všech kancelářích.

Nadměrná administrativa je vnímána sociálními pracovníci jako nutný fakt. Určitým způsobem si ale uvědomují její nutnost. Zejména s ohledem na případné kontroly a také správně sepsaná dokumentace je ochranou před stěžovateli.

Druhá část výzkumu zkoumala oblasti možné prevence, realizované ze strany samotných sociálních pracovníků. Samy participantky jsou nastaveny tak, že se snaží mít čas pro sebe, dbají o životosprávu, relaxují. Tím samy přistupují aktivně k prevenci. S ohledem na rodinné zázemí pak využívají podporu od své rodiny a přátel. Samy jsou schopny uvědomit si, jak moc by je zatěžovala práce se spisy i doma. Přestože není snadné oddělit práci od soukromého života, sociální pracovníci se o to snaží.

V našem výzkumu byla určitá část otázek zaměřená na zkoumání pracovního prostředí. Bylo zjištěno, že vedení organizace podporuje sociální pracovníce, projevuje jim dostatečné uznání a důvěru. Atmosféra na zkoumaném pracovišti je sociálními pracovníci hodnocena pozitivně. I takto přispívá zaměstnavatel výrazným způsobem k prevenci vyhoření. Toto tvrzení dokládají výzkumy Prieß (2015), kdy přístup nadřízených k pracovníkům, dobrá pracovní atmosféra a podniková kultura je výrazným prvkem prevence (Prieß, 2015). Komunikace, která je vyrovnaná a pravidelná, harmonizace vztahů na pracovišti, pochvala a respekt vůči pracovníkům ze strany nadřízeného, jsou kladně působícími faktory proti burnoutu (Křivohlavý, 2012). Vztahy na pracovišti označovaly participantky za nadstandartní.

Křivohlavý (2012) také udává důležitost sociální opory. S tímto tvrzením se zcela ztotožňují participantky výzkumu, které uváděly, jak negativně působí případný nesoulad v rodinách na výkon jejich profese. Rodina a přátelé představují pro SP zázemí, pomoc, podporu a umožňuje jim sdílení, a tím přispívá ke snižování napětí.

Také vzájemná podpora, sdílení a poskytovaná intervize znamená pro sociální pracovníce velkou pomoc. Přispívá k tomu nejen zaměstnavatel, ale i ochota a spolupráce sociálních pracovníků. Vzájemná pomoc – peer support, kterou popisuje Kebza, Šolcová (2003), probíhá mezi sociálními pracovníci neustále. Ty si uvědomují její význam a potřebu a rozhodně se jedná o důležitý faktor prevence syndromu vyhoření. Vzdělávání a umožnění zejména kvalitního vzdělávání, přispívá k motivaci zaměstnanců, kterou je také možné označit za prevenci. Sociálním pracovníkům pomáhá vzdělávání a zkušenosti snižovat napětí, ke kterému může docházet při náročných jednáních u soudu nebo případových konferencích.

Za nejúčinnější techniku prevence označily participantky supervizi. Přínos individuální supervize, která probíhá na zkoumaném pracovišti pod vedením kvalitní supervizorky, chápou participantky podobně. Ty supervizi chtějí a přijímají ji, ale kladou velký důraz na konkrétní supervizorku. Otázkou zůstává, jak by vnímaly jinou formu supervize či jinou supervizorku. Vávrová (2012) popisuje, že pracovníci, kteří supervizi aktivně a pravidelně absolvují, mají vyšší úspěšnost při řešení dilemat. Stejný výsledek ukázal i tento výzkum. Sociální pracovníci získávají při supervizi pohled zvenčí. Supervizorku označují za zkušenou autoritu a při řízené supervizi se necítí kontrolovány či zkoušeny. Venglářová (2013) uvádí rozdíl mezi psychoterapií a supervizí. Její tvrzení, že supervize slouží k řešení pouze pracovních záležitostí se v tomto výzkumu nepotvrdilo. Participantky řeší při individuální supervizi také svoje osobní problémy. Důvodem je provázanost mezi soukromím a prací sociálního pracovníka. Možná i tento fakt přispívá k pozitivnímu přístupu vůči supervizi.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BOUDA, M. 2020. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí*. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Bakalářská práce.
- [2] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, ISBN 80-7071-231-7.
- [3] KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
- [4] MAROON, I. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
- [5] MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. 2016. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3336-7.
- [6] PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4317-2.
- [7] PRIEB, M. 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.
- [8] VÁVROVÁ, S. 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.
- [9] VENGLÁŘOVÁ, M. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.
- [10] Zákon 359/1999 Sb. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí.

BURNOUT SYNDROME AND ITS PREVENTION IN SOCIAL WORKERS OF THE AUTHORITY FOR SOCIAL AND LEGAL PROTECTION OF CHILDREN



ABSTRACT

In the presented article, the authors focus on the burnout syndrome and its prevention in social workers of the social and legal protection of children. Social workers when working with families and children come into contact with a number of difficult life situations and deal with a large number of difficult cases - a family mistreating, neglecting a child, families in divorce, addiction to addictive substances in parents or possibly juveniles, etc.

In the first part of the article, the authors present the basic theoretical background related to the topic of social work in the department of social and legal protection of children, pointing out the most challenging situations that workers in this position may encounter. They also present the results of a research survey. This was aimed at employees of the social and legal protection body for children. The aim of the research was to find out what the addressed workers have an idea of the burnout syndrome and what preventive techniques they use against burnout.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Michal Bouda, DiS.
Zdravotnická záchranná služba Kraje
Vysočina, p.o.
Janáčkovo stromořadí 230
67401 Třebíč
e-mail: m.bouda@seznam.cz

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16
58601 Jihlava
e-mail: David.urban@vspj.cz

KEYWORDS:

burnout, prevention, social and legal protection of children, social work

NÁČRT VÝVOJA ZÁVISLOSTI, JEJ DÔSLEDKOV A NÁPRAVY SOCIÁLNYCH ŠKÔD U ZÁVISLÝCH KLIENTOV V PROCESE ZMENY

PETRA BALÁŽIOVÁ
BUDÚCNOSŤ, N.O.

ABSTRAKT

V príspevku poukážeme, ako je v procese zmeny u závislých klientov dôležité venovať pozornosť racionálnej zložke poradenstva, kde si klienti osvoja základné poznatky o závislosti ako takej, o faktoroch, ktoré stoja za vznikom závislosti. Umožňuje im pochopiť a dať do súvislosti závislostné správanie a systém odmeny v mozgu a pochopiť zdravotné a sociálne dôsledky závislosti. Poukazuje tiež na dôležitosť a nevyhnutnosť nápravy sociálnych škôd v priebehu doliečovacieho procesu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dôsledky, náprava, rodina, závislosť

ÚVOD

Allardt (1993, In: Wallace, Pichler, Hayes, 2007) zostavil základný model kvality života. Pozostáva z troch zložiek: mať, milovať a byť. Komponent „mať“ zahŕňa dobré životné podmienky a materiálne zabezpečenie, „milovať“ zohľadňuje sociálne vzťahy človeka, „býť“ vyjadruje potrebu začlenenia človeka do spoločnosti a vzťahuje sa aj na pocity, ako patriť niekam a odcudzenie. Kvalita života sa výrazne zmení, pokiaľ je človek závislý od nejakej návykovej látky a pojem kvalitný život v takomto prípade nadobúda úplne iné rozmery, aj keď závislý by nám na otázku, čo mu dáva návyková látka a či je spokojný so svojim životom, dal s určitosťou v prvých fázach vývoja závislosti kladnú odpoveď. Ondrejko (2008, s. 11) hovorí, že *„človek závislý od drog pôsobením dopamínu pociťuje šťastie, radosť, nádej.... Takéto pocity zohrávajú kľúčovú úlohu, ako dôvod užívania návykových látok.“* Mnoho ľudí rieši svoje problémy užívaním liekov, pohárikom alkoholu, alebo siahajú po iných drogách. Avšak takéto látky im nepomôžu svoje problémy vyriešiť, poskytnú maximálne dočasnú úľavu. No a od jednoduchého návyku je už len krôčik k závislosti, ktorá predstavuje veľmi závažný zdravotnícky, ekonomický a sociálny problém dnešnej modernej spoločnosti.

VÝVOJ ZÁVISLOSTI A JEJ DÔSLEDKY

Drogová závislosť je správanie charakterizované stratou kontroly jedinca nad užívaním drog. Závislé osoby možno chcú prestať užívať drogy, ale je to pre ne veľmi náročný a dlhodobý proces. Ondrušková, Pružinská, Pavelová (2016) píšú, že závislosť je považovaná za chronické, recidivujúce ochorenie, vyznačujúce sa tým, že nutkanie k užívaniu psychoaktívnych látok pokračuje aj cez negatívne dôsledky. Prakticky všetky psychoaktívne látky majú podobné škodlivé účinky na mozog a dlhodobé užívanie môže spôsobiť rozsiahle zmeny v mozgových funkciách. Môžeme konštatovať, že súčasný vývoj neurobiológie nám umožňuje lepšie pochopiť tento proces. Tento vývoj okrem toho teraz poskytuje pevný vedecký základ, napr. v publikácii Kalinu 2008, pre chápanie drogovej závislosti ako psychickej poruchy, ktorá sa zvyčajne klasifikuje ako chronické a vracajúce sa ochorenie mozgu.

Kalina (2008) píše, že predmetom záujmu neurobiologického modelu závislosti je, ako pôsobením agens (návykovej látky) na biologický substrát (mozog) dochádza k behaviorálnym zmenám v podobe závislostného správania. Tento model pozerá na závislosť, ako na chronické recidivujúce ochorenie mozgu, s niektorými kľúčovými prejavmi, ako:

- užívanie drog získava kompulzívny charakter,
- preferovanie užívania drog pred prirodzenými zdrojmi odmeny,
- podnety spojené s užitím drog silno kontrolujú správanie,
- existuje vysoká tendencia k relapsu – aj po rokoch abstinencie od drog.

Drogy sú psychoaktívne pôsobiace látky, ktoré navodzujú rôznorodé príjemné pocity alebo vedú k uvoľneniu viacerých negatívnych stavov, ako napríklad úzkosti alebo depresívnej nálady. Práve touto svojou schopnosťou, v prvom prípade prinášajúcou pocity odmeny (reward), v druhom vedúcou k uvoľneniu (relief), sa pre človeka môžu stať veľmi príťažlivými a motivovať ho k ich opakovanému užívaniu (Patarák, 2017).

Nestler et. al., 2012 (in Patarák 2017) upozorňuje na to, či už ide o prirodzené podnety, alebo o drogy, spoločne pôsobia na neurálny okruh odmeny v mozgu, ktorý býva označovaný aj ako systém odmeny. Silnými prirodzenými stimulmi systému odmeny sú sex, jedlo, úspech v športe a sieť sociálnych vzťahov. Návykové látky umelo vyvolávajú pocit potreby a úspešnosti (Kabíček a kol., 2014).

Kalina (2008) popisuje systém odmeny ako vnútorný autoregulačný mechanizmus pre zaistenie potrieb nutných:

- k prežitiu,
- reprodukciu ,
- a pocity telesnej pohody.

Kalina (2008) vo svojej publikácii popisuje aj ďalšie funkčne blízke mozgové systémy:

- systém odmeny a pamäť: zapamätanie si zisku z odmeny,
- vzťah k stresovým systémom: ich funkciou je prispievať k vyššej pravdepodobnosti prežitia organizmu vyhýbaním sa situáciám s negatívnym nábojom (útek, útok),
- narušenie schopnosti jedinca prežívať príjemné pocity, resp. pocity slasti na základe prirodzených, bežným životom poskytovaných podnetov a situácií,
- podmienené poruchou funkcie mozgového systému odmeňovania.

Mozog v dôsledku dlhodobého užívania drog chce rýchlu odmenu, pokiaľ možno hneď. Nechce vyvíjať komplikované stratégie a nemyslí príliš na to, ako bude zajtra. Takto jednajúci mozog sa postupne mení nielen v tom, že pre neho jediným univerzálnym prostriedkom a systémom odmeny je droga, ale že nutkavý model „hneď teraz a rýchlo“ je dominujúcim vzorom pre ďalšie správanie. (Kalina, 2008). Podľa Kabíčka a kol. (2014) neurobiologické štúdie ukazujú, že väčšia impulzivita, emočná labilita a nezrelosť niektorých mozgových centier predisponuje k zneužívaniu návykových látok v priebehu dospievania.

Z vyššie uvedeného môžeme konštatovať, že závislosť je vážne ochorenie mozgu, ktorý je naučený na prirodzené zdroje odmeny. Pokiaľ však zistí, že s drogou je odmena jednoduchšia a rýchla, prirodzené odmeny nahradí umelou. Preto by sa mal závislý v procese zmeny teoreticky oboznámiť s neurobiológiou závislosti a systémom odmeny, kde začne hľadať iné spôsoby potešenia a podpory.

Vývoj závislosti sa však neviaže len na jednu príčinu, je to skôr hra sily rozličných faktorov súvisiacich s osobnostnou charakteristikou, drogou a okolitým prostredím. Poznanie príčin a faktorov – teda etiológie vzniku a rozvoja drogových závislostí je podľa Hupkovej a Liberčanovej, (2012) jedným z predpokladov, ako vyvinúť úspešné protektívne (ochranné) faktory a ako potlačiť rizikové faktory vplývajúce na vznik a vývoj závislostí. Viacerí autori venujúci sa problematike závislosti sa zhodujú v tom, že na vznik závislosti vplývajú nasledujúce faktory:

- a) droga (prítomnosť chemickej látky schopnej meniť vedomie a vyvolávať závislosť);
- b) osobnosť (ktorá drogám podľahne);
- c) prostredie (ktoré podmieňuje a umožňuje užívanie drog);
- d) vyvolávajúci moment (podnet, ktorý spôsobí, že človek začne užívať drogy).

Závislosť postihuje ľudský organizmus nepozorovane a jej účinky sa prejavujú po určitom čase. Je všeobecne známe, že nadmerné užívanie návykových látok, vedie k poškodeniu telesného a duševného zdravia. Vymedziť dôsledky závislostí nie je vôbec jednoduché, pretože problematika závislostí je veľmi rozsiahla a zasahuje do všetkých sfér života človeka. V tejto časti príspevku sa zameriame na zdravie a dopad závislosti na somaticku a psychiku závislého.

Zdravie z nášho pohľadu patrí k najvýznamnejším hodnotám života každého jednotlivca. Havlíková (1998) popisuje, že zdravie má nielen fyzickú, ale i psychickú (duševnú, emocionálnu), sociálnu a duchovnú (morálnu) dimenziu. Telesné zdravie je teda pohodou tela, bezproblémový chod funkcií. Duševné zdravie je pohodou myslenia, prežívania. Sociálne zdravie je pohoda vo vzťahoch, ktoré sú pre nás významné. Duchovná dimenzia zdravia naznačuje vzťah k hodnotám.

Čo sa týka zdravia, Lindenmeyer (2009) rozlišuje dopad závislostí na somatickú a psychickú ale aj sociálnu stránku.

- Telesné škodlivé následky: gastritída, abstinenčný syndróm, traumy, zlomeniny kostí, bolesti kĺbov, anémia, záchvaty kŕčov, kardiomyopatia, malnutrícia, zvýšená náchylnosť k infekciám, zvýšené riziko rakoviny, poruchy sexuálnych funkcií, cirhóza pečene, polyneuropatia, steatóza pečene, pankreatitída a vysoký krvný tlak, nervový systém a mnohé ďalšie. Môžeme skonštatovať, že tieto zdravotné dôsledky sa prejavujú na vzhľade osoby závislého. Miera poškodenia závisí od pravidelnosti užívania návykových látok, množstva a od odolnosti organizmu závislého.
- Psychické škodlivé následky: sociálne úzkosti, agresívne vykoľajenia, depresia, žiarlivosť, delírium tremens, znížený pocit vlastnej hodnoty, ťažkosti s koncentráciou, suicidalita, selektívne vnímanie, kolísanie citov, alkoholická halucinóza, poruchy pamäti, chýbanie odstupu. Okrem týchto môžeme doplniť psychózy, poruchy osobnosti.

- Medzi sociálne dôsledky závislosti podľa vyššie uvedeného autora patria: strácanie priateľov, partnerské konflikty, dlhy, strata bytu, strata zamestnania, väzenie, trestné činy, strata vodičského preukazu, konflikty v zamestnaní.

Môžeme konštatovať, že k prijatiu závislosti v procese zmeny a následne práce na abstinentskom postoji je dôležité zamerať pozornosť závislého na získanie poznatkov o závislosti ako takej, o faktoroch, ktoré stoja za vznikom závislostného správania. K produktívnemu náhľadu v procese zmeny a rozhodnutiu k abstinencii dochádza štúdiom odbornej literatúry v rámci racionálneho poradenstva a následné písanie napr. elaborátov alebo písomných úloh pre lepšie vysvetlenie, pochopenie a uvedomenie si situácie v oblasti, ktorá je pre závislého klienta významná. Tak majú klienti možnosť naučiť sa viac o účinkoch a rizikách návykových látok, ako aj dôvodoch ich užívania, naučia sa uvažovať medzi pozitívnymi a negatívnymi aspektmi užívania drog. Cieľom je skúmanie vzorcov správania, ktoré podporovali vznik abúzu, prípadne udržiavali závislosť.

V ďalšej časti príspevku sa zameriame viac na sociálne dôsledky závislosti a ich nápravu, kde pozornosť vo veľkej miere zameriame na rodinu, ktorú považujeme a veľmi dôležitú v procese úzdravy.

SOCIÁLNE DÔSLEDKY ZÁVISLOSTI A ICH NÁPRAVA

Závislosť jedného člena rodiny sa vo veľkej miere dotýka aj ostatných jej členov. Postupne ochorie celá rodina. Spolužitie so závislým jedincom prináša do systému rodiny a jeho funkcií veľa negatívnych javov. Prichádza k devastácii rodinných vzťahov a väzieb, k vyhasnutiu emočných vzťahov, k odcudzeniu, osamelosti a pocitom prázdnoty. Postihnutá je celá jeho rodina, ktorá sa postupne zamotá do dôsledkov choroby a sama sa stáva sekundárne závislá. Vtedy hovoříme o spoluzávislosti – kodependencii. Podľa Vasilescu (2011) má závislosť značný vplyv na plynulý cyklus rodiny aj jeho dôsledky nepostihujú len samotného závislého člena, ale majú dopad na rodinu ako celok. Prejavuje sa to najmä zanedbávaním rodičovských povinností, neharmonickým vzťahom partnerov, ale prvotne sa to odráža predovšetkým na výchove detí, ktorým alkoholizmus rodiča v mnohých prípadoch bráni pri ich osobnostnom raste.

Dr. Neill (2012) píše, že zneužívanie alkoholu v manželskom živote ovplyvňuje:

- spokojnosť a kvalitu manželstva,
- komunikáciu,
- násilie,
- sexuálnu intimitu.

Závislosťou svojho člena, trpí jeho najbližšie okolie a tým je rodina, v ktorej viazne komunikácia, sú oslabené rodinné emocionálne väzby, sexualita, dochádza k fyzickému

i psychickému násiliu voči partnerovi a deťom. Šavrnochová, Rusnáková (2011) píšú o závislosti jako o chorobe, ktorá má najväčší emocionálny dopad práve na rodinu. Vzájomné vzťahy v rodine bývajú narušené a čím viac sú pocity jednotlivých členov rodiny deštruktívne, tým neprímernejšie je ich správanie sa vo vzťahu k závislému členovi rodiny. Práve aspekt narušenia vzťahov s okolím je významnou charakteristikou sociálneho vylúčenia, závislých nevynímajúc. Je preto z nášho pohľadu dôležitá skorá intervencia – teda práca so závislým členom rodiny a jeho rodinou, ešte predtým, ako príde k odcudzeniu a následne k rozpadu manželstva. Sociálna práca má v tomto smere dôležitú preventívnu a intervenčnú úlohu – včasnú motiváciu závislého klienta a sociálne poradenstvo pre jeho rodinu.

Podľa Pavelovej 2011 zapojenie rodiny do liečebného procesu zvyšuje okrem iného aj schopnosť klienta dokončiť liečbu a zlepšuje liečebné výsledky, preto je potrebné s rodinou pracovať počas liečby i v doliečovacom procese. Je dôležité, aby tento prínos cítila i samotná rodina, či už pri zvyšovaní svojich kompetencií riešiť problémy, ale i ako podporu pri normalizácii rodinného života.

Skupiny s blízkymi majú spoločný menovateľ v tom, že ich navštevujú členovia rodín, partneri, či blízki priatelia užívateľov návykových látok. Pri práci s rodinou sa podľa Kalinu (2013) dostávajú do popredia nasledujúce témy:

- prijatie a vyrovnanie sa s faktom diagnózy,
- ošetrovanie niektorých traumatických zážitkov súvisiacich s braním drog člena rodiny, alebo inak blízkeho človeka, ako je klamstvo, citové vydieranie, manipulovanie, krádeže, parazitovanie, agresia, páchanie kriminality, pocit bezmocnosti,
- ošetrovanie pocitov viny a uvedomenie si vlastnej, jasne vymedzenej zodpovednosti v procese udržiavania závislosti a úzdravy,
- vyjadrenie pocitov, postojov a názorov súvisiacich s užívaním drog či liečbou a psychoterapeutická práca na nich,
- práca na interpersonálnych vzťahoch a situáciách, ktoré nejako súvisia s fenoménom závislosti,
- priamy nácvik niektorých potrebných vzorcov správania týkajúcich sa komunikácie so závislým, napr. vyjadrovanie obáv, starostí, dávania rád...,
- vyrovnanie sa z úzkosťou a strachom z neistej budúcnosti, príprava na možné alternatívy vývoja,
- prijatie možného relapsu, ako súčasť úzdravného procesu a príprava na neho s prípadným nácvikom svojho správania.

Z vlastnej dlhoročnej praxe práce so závislými a ich rodinami môžeme súhlasiť s tvrdením Kalinu (2013), ktorý konštatuje, že na skupinách rodinných príslušníkov sa pravidelne stretávame s rôznymi podobami závislosti, ale tiež s pocitmi viny za vzniknutý problém, kde sa rodičia závislých často obviňujú zo zlej výchovy. Ale môžeme identifikovať aj rôzne iné typy správania, napr.:

- „opičia láska“, rozmaznávanie, citové vydieranie, udržiavanie v závislosti,
- vedenie k nesamostatnosti – robiť niečo za dieťa alebo partnera, nie s ním,
- nadmerné zdôrazňovanie výkonu, poriadku,
- chaotickosť, absencia pravidiel,
- zahltenie obavami, strachom,
- nadmerná kritickosť, nedostatok ocenenia,
- zanedbávanie tých členov rodiny, ktorí nie sú nositeľmi problému (jedného dieťaťa kvôli druhému, partnera kvôli dieťaťu, deti kvôli partnerovi), zanedbávanie seba kvôli ostatným.

Spomínaný autor poukazuje na to, že skupina by mala napomáhať otvoreniu nových možností rastu, či novej vývojovej fázy v rodinnom cykle.

Závislosť má teda značný vplyv na plynulý cyklus rodiny a jeho dôsledky nepostihujú len samotného závislého člena, ale majú dopad na rodinu ako celok. V ďalšej časti príspevku prejdeme od vplyvu závislosti na rodinný systém k vplyvu závislosti na pracovný výkon, kriminalitu a medziľudské vzťahy.

K sociálnym dôsledkom závislosti môžeme zaradiť aj stratu zamestania. Je veľmi častým javom, že v problémových rodinách, ktoré sa vyznačujú nezamestnanosťou, je prítomné pravidelné užívanie návykovej látky. V dôsledku straty zamestnania je rodina bez finančných prostriedkov, preto sa často závislý uchýľuje k páchaniu trestných činov. Vágnerová (2012) upozorňuje na to, že závislý zlyháva v profesionálnej role, býva unavený, nesústredený, nie je schopný podávať požadovaný výkon a postupne stráca motiváciu. Nedokáže dodržať rituál pravidelnej dochádzky do zamestnania. Na opačnej strane mávajú ľudia trpiaci závislosťou zmenené sebahodnotenie, čo sa prejavuje neadekvátnym sebavedomím, presvedčením o svojom dobrom výkone. Podľa autorky závislý člen spotrebuje značnú časť peňazí, a preto rodina ekonomicky stráda - trpí finančná situácia. K zadováženiu prostriedkov na pitie je alkoholik schopný akéhokoľvek činu, podvodu, krádeže. Závislý v dôsledku chronického vynechávania v práci prináša nižší zárobok a v súčasnej dobe sa najpravdepodobnejšie stáva nezamestnaným.

Úroveň pracovnej spokojnosti je podľa Feckovej, Kopaničákovej (2015) ovplyvňovaná vnútornými a vonkajšími motivačnými faktormi, vzťahmi na pracovisku, vzťahom s vedením a nemenej dôležitá je miera, v akej je jednotlivec úspešný resp. neúspešný v práci. Tieto činitele patria k objektívnym ukazovateľom pracovnej spokojnosti. Menej zjavný je však vplyv osobnostných predpokladov, ktoré vo všeobecnosti vnútorne determinujú prežívanie a správanie jednotlivcov.

Zo skúseností z praxe môžeme konštatovať, že práca patrí k roli dospelého a sociálne zrelého človeka. Získať alebo udržať si kvalifikáciu pre povolenie a pracovné návyky patrí k častým problémom zmeny a úzdravy, pretože intenzívne užívanie návykových

látok, zvyčajne človeka skôr či neskôr vyradí zo vzdelávacieho alebo pracovného procesu. Sociálnu integráciu môžu komplikovať problémy, ktoré klienti po liečbe majú s hľadaním si zamestnania (diskriminácia, záznam v registri trestov...). Život na dávkach v hmotnej núdzi nie je pre vytrvanie v abstinencii priaznivý. V prípade abstinencie je závislý schopný zaradiť sa späť do pracovného procesu, pretože pri nástupe na liečbu je počet liečiacich sa, nezamestnaných omnoho vyšší. Z toho tiež vyplýva, že nie je na trhu práce diskriminovaný svojou diagnózou, ako sa to často snaží nekriticky interpretovať.

Vágnerová (2012) považuje za sociálne dôsledky závislého v spoločnosti – etiketovanie, recidívy, stratu sociálnych kontaktov, trestnú činnosť, Látková a nelátková závislosť je vážny kriminogénny faktor. Tretina trestných činov je spáchaná pod vplyvom alkoholu. Medzi najčastejšie trestné činy patria skutky vykonané agresívne a násilnícky (výtržníctvo, znásilnenia, násilie, ublíženia na zdraví, vraždy, lúpeže a krádeže).

Spoločnosť kriminálnikov z pochopiteľných dôvodov stavia na svoj okraj. Má strach z toho, že sa ľahko môžu navrátiť k trestnej činnosti, že je v nich akoby „zakódovaná“ a pritom si často ani neuvedomuje, že práve týmto prístupom ich odsudzuje na recidívne konanie. Spoločnosťou odmietnutý odsúdený závislý, ktorý si svoj trest aj odpykal, nemá potom inú možnosť, len integrovať sa do sociálneho prostredia, ktoré ho prijme a to je z veľkej miery také, ktoré je tvorené tiež ľuďmi s narušenou schopnosťou sociálnej adaptácie o čom hovoria aj Pavelová, Tomka, Balážiová (2011) - užívanie drog, hlavne následná závislosť od nich je často príčinou sociálneho vylúčenia závislých. V neskorších štádiách závislosti nie sú závislí schopní rešpektovať požadované normy, správať sa primeraným spôsobom a status vylúčených prijímajú často v partii podobne zmýšľajúcich. Podľa nich môžu byť dopady na osobnosť vylúčeného výrazné:

- na úrovni straty sebahodnotenia,
- zmeny vlastnej identity,
- straty základných schopností a zručností atď. V tomto zmysle sa nejedná len o vylúčenie z určitých aktivít, ale tiež o hlbšie(seba)vylúčenie na psychickej a kultúrnej úrovni.

Všetky tieto tri oblasti sociálneho vylúčenia sa navzájom ovplyvňujú a v živote závislých spôsobujú často bludný kruh nedostatku – emočného, vzťahového, materiálneho, ktorý paralelne s nereálnym pohľadom na seba spôsobuje absolútnu neschopnosť vyjsť z tejto patovej situácie bez pomoci iných.

Preto hľadanie a nachádzanie priateľov mimo „toxickej“ skupiny a komunity je dôležitým ukazovateľom zmeny, pretože znamená obnovu či získanie prirodzených zdrojov sociálnej podpory. Kontakt s akýmkoľvek abstinujúcim prostredím má pre odliečeného významnú hodnotu sociálnej a psychologickkej podpory. Podľa Kapustovej (2008) patria medziľudské vzťahy medzi najdôležitejšie atribúty kvality života. Kvalitné medziľudské

vzťahy vykonávajú nielen funkciu sociálnej opory, ale podporujú pocit pohody a dobrého naladenia, teda pôsobia posilňujúco. Na strane druhej zmierňujú negatívne dôsledky prežívania stresu a záťažových situácií.

ZÁVER

Svoboda a kol. (2006) píše o zručnostiach potrebných pre život človeka a tieto rozdeľuje na sociálne zručnosti (do tejto skupiny zaraďuje - schopnosť čeliť sociálnemu tlaku, asertivitu, empatiu, riešenie problémov, komunikáciu, predvídanie následkov svojho jednanja, schopnosť čeliť reklame a vytváranie zdravej sociálnej siete). Druhou skupinou sú schopnosti sebaovplyvňovania (patrí sem – sebamotivácia, sebauvedomovanie, sebaovládanie, zvládanie rizikových stavov ako sú hnev, úzkosť, depresia, radosť, nuda, schopnosť osvojiť si zdravý životný štýl).

Príspevkom sme sa snažili priniesť pre študentov pomáhajúcich profesií, ale aj pre laickú verejnosť, vhľad do problematiky závislosti. Predložené poznatky, ktoré sme získali použitím dostupnej odbornej literatúry a vychádzajúc z vlastnej dlhoročnej praxe, môžu využiť tak závislí ako aj ich rodinní príslušníci. Ak ide o vývoj závislosti, tak ide o edukáciu - teda racionálnu psychoterapiu, ktorá prebieha počas celého procesu úzdravy. Faktory vývoja, tiež dôsledky sú základným pilierom, ako porozumieť svojej závislosti a udržať svoje rozhodnutie v krízových situáciách, tiež k produktívnemu náhľadu. Platí to aj pre klienta, aj pre jeho príbuzného.

Tento príspevok bol podporený Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy číslo: APVV-16-0422 „Stratégie žien na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násilia v blízkych vzťahoch“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Dr. Neill - *Alcoholism and Marriage*. In: Alcoholism Information & Resources. [online]. 2012 [citované 2012-06-05]. Dostupné na internete: <<http://www.learn-about-alcoholism.com>>
- [2] FECKOVÁ, J., KOPANIČÁKOVÁ, M. 2015. *Personality factors of job satisfaction*. *Individual and Society*, 2015, Vol. 18, No.
- [3] HAVLÍNOVÁ, M. (ed.) 1998. Program podpory zdraví ve škole. Praha: Portál, 1998. 280 s. ISBN 80-7178-263-7
- [4] HUPKOVÁ, I., LIBERČANOVÁ, K. 2012. *Drogové závislosti a prevencia*. Trnava: PFTU v Trnave. 2012. 153 s. ISBN 978-80-8082-563-8
- [5] KALINA, K. 2008. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- [6] KALINA, K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 528 s. ISBN 978-80-247-361-5.
- [7] KAPUSTOVÁ, K. 2008. *Socioterapia – kde všude je přítomná a užitečná?* In: Čistý deň, ISSN 1336-4243, 2008, roč. 6, č.3, s. 3-5.
- [8] KUBÍČEK, P., CSÉMY, L., HAMANOVÁ, J. a kol. 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON. 2014. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.
- [9] LINDENMEYER, J. 2009. *Závislost od alkoholu – pokroky v psychiatrii*. Vyd. F: Pro mente sana. 2009. 138s. ISBN 978-80-88952-54-1.
- [10] ONDREJKOVIČ, P. 2008. *Prečo ľudia užívajú drogy*. In Sociálna prevencia. ISSN 1336-9679, 2008, roč. III., č. 2, s. 11–12.
- [11] ONDRUŠKOVÁ, E., PRUŽINSKÁ, J., PAVELOVÁ, Ľ. 2016. *Rodina, voľný čas, psychoaktívne látky a delikvencia*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2016. 208.s. ISBN 978-80-223-236-0.
- [12] PAVELOVÁ, Ľ. 2011. *Závislosti a ich vplyv na rodinný systém*. 2011. In Sociálna patológia rodiny. Zborník medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: Exocom, 2011. ISBN 978-80-8132-000-2, s.288-295
- [13] PAVELOVÁ, Ľ., TOMKA, M., BALÁŽIOVÁ, P. 2011. Je zneužívanie návykových látok príčinou alebo dôsledkom sociálnej exklúzie závislých ?, 2011. In: *Rizikové súvislosti chudoby a rodiny v súčasnej slovenskej spoločnosti : zborník príspevkov*. Ružomberok: VERBUM, 2011. ISBN 978-80-8084-751-7, s. 265-269.
- [14] PATARÁK, M. 2016. *Základná neurobiológia a patofyziológia závislosti*. In IZÁKOVÁ, Ľ. a kol. Závislosti. 1.vyd. ISBN 978-80-89434-31-2, s. 28-36
- [15] SVOBODA, M., ČESKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. 2006. 320s. ISBN 80-7367-154-9.
- [16] ŠAVRNOCHOVÁ, M., RUSNÁKOVÁ, M. 2011. *Spoluzávislosť v rodine s členom závislým od alkoholu*. In MÁTEL, A., JANECHOVÁ, L., ROMAN, L. (eds.) 2011. Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-018-7, s. 65 - 77.
- [17] VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 2002. 872 s. ISBN 9788026202257

- [18] VASILESCU, A. 2011. *Sociálna práca so spoluzávislými*. In MÁTEL, A., JANECHOVÁ, L., ROMAN, L. (eds.) 2011. *Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-018-7, s. 45 - 56.
- [19] WALLACE, C., PICHLER, F., HAYES B. C. 2007. *First european quality of life survey: quality of work and life satisfaction*. (Eurofond survey). Ireland. [online] 2008 [citované 2.12.2008]. Dostupné na internete:
- [20] <<http://www.eurofond.europa.eu/pubdocs/2006/95/en/1/ef0695en.pdf>>.

OUTLINE OF THE DEVELOPMENT OF ADDICTION, ITS CONSEQUENCES AND THE CORRECTION OF SOCIAL DAMAGE IN DEPENDENT CLIENTS IN THE PROCESS OF CHANGE

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Petra Balážiová, PhD,
BUDÚCNOSŤ, n.o.
Wilsonovo nábr. 82,
949 01 Nitra, Slovenská republika
e-mail: balaziovap@gmail.com



ABSTRACT

In this paper, we will point out how important it is in the process of change in addicted clients to pay attention to the rational component of counseling, where clients acquire basic knowledge about addiction as such, the factors behind addiction. It allows them to understand and relate addictive behavior and the reward system in the brain and to understand the health and social consequences of addiction. It also points out the importance and necessity of repairing social damage during the aftercare process.

KEYWORDS:

consequences, remedy, family, addiction

NÁČRT MOTIVÁCIE A RIEŠENIA KRÍZOVÝCH SITUÁCIÍ V PROCESSE ZMENY SVOJHO SPRÁVANIA U ZÁVISLÝCH KLIENTOV

ĽUBA PAVELOVÁ
BUDÚCNOSŤ, N.O.

MILAN TOMKA
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Motivácia klienta je bezpodmienečnou súčasťou rozhodnutia závislého klienta vstúpiť do procesu zmeny svojho správania. Kým na začiatku tohoto procesu ide väčšinou o motiváciu vonkajšiu, postupne prechádza na motiváciu vnútornú. Od jej udržovania a posilňovania, tiež schopnosti riešiť krízové situácie, závisí konečný výsledok snahy klienta i intervenčných stratégií. V príspevku sa zaoberáme náčrtom motivácie v kolese zmeny a riešenia krízových situácií podporujúcich sebadôveru u závislých klientov ako dôležitých súčastí komplexného terapeutického pôsobenia.

KLÍČOVÁ SLOVA:

závislosť, proces zmeny, motivácia,
krízové situácie

ÚVOD

V priebehu procesu úzdravy prebiehajú u závislých klientov zmeny na rôznych úrovniach smerujúce okrem iného k posilňovaniu a udržaniu motivácie k abstinencii a rozvíjania schopnosti riešiť krízové situácie v živote.

Široká škála zmien podľa Kalinu (2008) zakladá skôr sériu drobných zmien, ktorými klient prechádza, než radikálne zmeny správania a životného štýlu. Korešponduje to aj s teóriou stanovovania si menších cieľov a naše skúsenosti podporujú predpoklad, že zameriavanie sa na vzdialenejší, neskôr dosiahnuteľný cieľ u závislých klientov je náročnejšie, ako dostať sa cez drobné zmeny k pozitívnemu sebahodnoteniu a zlepšeniu svojho sebaobrazu. Zlepšovanie kvality života je výsledkom zmeny životného štýlu. Rozhodujúcou podmienkou naplnenia vlastných predstáv o kvalitnom živote je miera osobnej aktivity, cieľavedomosti, vôle, trpezlivosti a ďalších osobnostných vlastností, bez ktorých sa život nestane nikomu automaticky kvalitným a plnohodnotným. Prekonávanie prekážok a zvládanie rizikových situácií vlastné sebahodnotenie posilňuje.

MOTIVÁCIA ZÁVISLÝCH

Motiváciu chápeme ako proces usmerňovania, udržiavania a energetizácie správania, proces zvýšenia alebo poklesu aktivít jedinca. Vplyvom psychoaktívnych látok sa táto základná osobnostná dimenzia zásadne mení, jednak výsledným poklesom záujmu o čokoľvek iné než záležitosti týkajúce sa psychoaktívnych látok a jednak stratou energie, ktorú jedinec potrebuje k rastu a prosperite. Je jedným faktorom zo štyroch (ďalšími sú: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedinca, kvalita jeho okolia vrátane sociálneho), ktoré rozhoduje o úspešnosti liečby (Kalina, 2013). V našom ponímaní nazeráme na motiváciu ako na proces vedúci k zmene, s dôležitými faktormi na vonkajšej i vnútornej úrovni, ktoré môžeme nazývať motivátormi, tlak ktorých pripravuje relevantné prostredie pre začatie i udržiavanie tohto procesu (In Pavelová a kol. 2014).

Aj výskumné zistenia poukazujú na tieto dôležité prediktory výsledkov intervencií, v ktorých má výrazné miesto motivácia k liečbe:

1. *Vek pri začiatku závislosti.* Závislosť, ktorá vznikne až po 20.roku veku, má až trojnásobne priaznivejšou prognózou než závislosti vzniknutá vo veku nižšom než 16 rokov pri zrovnateľnej intenzite poskytnutej starostlivosti. U klientov, ktorí sa stali závislými v dospelosti, drogová kariéra toľko nezabzdila osobnostné zrenie a zvládanie dôležitých vývojových úloh v dospievaní.
2. *Dĺžka drogovej kariéry.* Čím dlhšie závislosť trvá, tým je dosiahnutie liečebného efektu obtiažnejšie a menej nádejné. Toto zistenie je podstatným argumentom pre včasnú intervenciu a včasný začiatok liečenia, čo môže narážať na nedostatok klientovej motivácie.

3. *Psychopatologické komplikácie.* Neúspešní klienti sa často vyznačujú výraznými emočnými a osobnostnými komplikáciami, ako sú depresie, ťažšie neurózy a poruchy osobnosti.
4. *Motivácia k liečbe.* Stupeň motivácie pri nástupe do liečby významne predznamenáva zotrvanie v liečbe a jej výsledok. Zdrojom motivácie môže byť i tlak okolia (rodina, úrady, súdy apod. (Kalina a kol. 2008)

Motivácia nie je výhradne vecou klienta, ovplyvňujú ju aj rôzne prístupy v práci s ním, ktorými môžeme jeho motiváciu posilňovať. Samotná motivácia a faktory, ktoré ju ovplyvňujú, majú vyvolať zmenu správania človeka. Tento proces popisuje kolo zmeny (wheel of change), tzv. model Prochádzku a DiClementa 1992, tiež Miller 1996, Miller, Rollnick, 2003, Kalina a kol., 2008, Větrovec, 2009 a iní, ktoré ilustruje šesť štádií procesu zmeny.

PREKONTEMPLÁCIA

Užívateľ drog v období prekontemplácie nepociťuje žiadny problém s drogami. Užíva si ich pozitívne účinky. Ak vníma nejaké problémy či ich negatívne účinky, pripisuje to prevažne externým činiteľom. Nie on, ale jeho okolie požaduje zmenu. Je dôležité udržiavať s ním kontakt, nehodnotiť ho a rešpektovať jeho tempo.

Miller a Rollnick (2003) zdôrazňujú v tejto fáze komunikáciu o aktuálnej životnej situácii s klientom a vzbudenie pochybností o jeho súčasnej situácii, teda to, čo mu prináša jeho každodennosť.

KONTEMPLÁCIA

Klient si uvedomuje existenciu problému. Typické sú argumenty pre a proti, zvažuje výhody a nevýhody zmeny. Charakteristická v tomto období je ambivalencia, najmä ak bol užívateľ drog konfrontovaný s realitou. Rozhodnutie urobiť zmenu je pre užívateľa náročné, nakoľko nevie, čo mu prinesie. Úlohou pracovníkov v tomto období je podporovať u klienta argumenty pre zmenu, podporovať jeho silné stránky, sebadôveru a iné.

ROZHODNUTIE

Klient sa rozhodol, že zmenu podstúpi, nie je si však úplne istý svojím rozhodnutím. Toto štádium je známe aj ako štádium odhodlania či párovania potrieb (Větrovec, 2009, In Kalina a kol., 2008). Klient je spolupracujúci, pracovník s klientom spoločne tvoria kroky k dosiahnutiu zmeny. Motivácia užívateľa je veľmi intenzívna. Kompetenciou pracovníka je schopnosť udržiavať motiváciu a poznať systém a jeho pravidlá tak, aby klientovi vedel odporučiť zariadenia/inštitúcie či možné kroky smerujúce k realizácii svojho plánu.

AKCIA

Klient sa rozhodol pre zrealizovanie zmeny. Ak to služba umožňuje, je možné skontaktovať sa s inštitúciou, aby klient mohol zrealizovať akciu ihneď. Pracovník je podporný, oceňuje každý dosiahnutý cieľ klienta. Prax ukazuje, že akcia nie je vždy úspešná. Napr. klient do zariadenia nedorazí, resp. zmení svoje rozhodnutie. Dôvodov je viacero: klientovi nevyhovoval spôsob akcie, nebol na ňu dostatočne pripravený – teda bol nesprávne definovaný cieľ atď. Klient sa vracia v kole zmeny späť, zvyčajne sa hanbí, vyhýba sa pracovníkom, ktorých poskytované služby využíva.

UDRŽOVANIE

Klient sa rozhodol pre abstinenciu, či pre neho inú dôležitú zmenu. Úlohou pracovníka je podporovať klienta a naučiť ho stratégie ako zvládať riziká. Kalina a kol. (2008) pripomína, že pre klienta je to náročné obdobie, nakoľko sa vracia späť do prostredia, ktoré vníma ako rizikové.

RELAPS

Klient sa vrátil k svojmu pôvodnému správaniu. Úlohou pracovníka je klienta upokojiť a zdôrazniť, že relaps je prirodzená reakcia. Pracovník nemoralizuje, ale klienta motivuje k tomu, aby opäť začal uvažovať o zmene.

Keďže sa klient nachádza v rôznych etapách svojho rozhodovania a naše intervencie môžu byť účinné iba vtedy, ak sme práve v tejto etape s ním, mali by sme koleso zmeny a v ňom prebiehajúce motivačné tendencie poznať a rozvíjať. Schéma je kruhová, predstavuje teóriu cirkularity a ambivalencie. Klient uvažuje o zmene a zároveň ju odmieta. Prípadný záujem o vstup do liečby treba podporiť a udržiavať. Chyby sa dopúšťame vtedy, ak ponúkame klientovi hotové riešenia a kroky, ak ešte je klient iba v štádiu uvažovania a o zmene nie je ešte pevne rozhodnutý. Podobne to platí aj pri všetkých ostatných fázach kolesa zmeny. Nemôžeme predbehnúť niektoré z fáz, ani nemôžeme očakávať, že zmena v jednej fáze je ukotvená natrvalo a nemenná.

Pre klientov s modelom závislého správania je typické, že takmer každý, kto sa pokúša o nejakú zmenu vlastného zažitého správania spravidla prechádza jeho rôznymi fázami opakovane, vracia sa do fáz predchádzajúcich a tiež absolvuje celý proces niekoľkokrát, než sa mu podarí zmenu trvale upevniť. Tiež je treba povedať, že vo všetkých fázach je celkom bežné, že klient z procesu uvažovania o zmene vypadne. Vždy je potom treba nepoľavovať v úsilí a rozvíjať a podporovať jeho motiváciu k ďalšiemu pokusu a zabrániť návratu k prvej fáze. Pre pracovníka je veľmi dôležité pokúšať sa vždy odhadnúť, v ktorej fáze procesu zmeny sa klient nachádza, pretože tomu je treba prispôbiť postupy a techniky, ktoré budeme v rôznych fázach používať a ktoré sa v rôznych fázach rôzne

menia (Větrovec (2009)). V tomto kolese zmeny môžu výrazne pomôcť rodičia, ktorí prejdú sami procesom zmeny v nahliadaní na svoje dieťa a zrealizovaním požiadaviek na neho. Tento cyklický model na rozdiel od modelov lineárnych odráža realitu procesu zmeny. To umožňuje omnoho optimistickejší prístup ku zmene správania. Aj podľa Millera a Rollnicka (2003) je úplne bežné, že človek behom procesu niekoľkokrát obehne celé kolečko, kým je stabilizovaný.

Pri vstupe do liečby klient verbalizuje náhľad na seba, na svoje správanie, ktorý však je často podmienený vonkajším tlakom na neho. Postupne v liečbe sa pod tlakom skupiny a práce na sebe stáva jeho náhľad produktívny a reálne vníma svoju životnú situáciu. Počas celého procesu je využívanie prirodzenej motivácie a náhľadu k zmene správania a podpore vlastného výkonu, ako aj k podpore schopnosti sa efektívne adaptovať na nové podmienky taktiež prevenciou zlyhania abstinujúcich závislých klientov. Zmenu možno dosiahnuť posilňovaním motivácie. Filozofia motivačného rozhovoru odmieta čierno-biely prístup k motivácii klienta (klient je motivovaný, alebo nie) a predpokladá, že ľudia sú v skutočnosti vcelku motivovaní, ale stav pripravenosti ku zmene kolíše a je ovplyvnený množstvom rôznorodých vnútorných faktorov a vonkajších podmienok. Motivačné rozhovory sú metódou, ktorá pomáha človeku poznať svoj existujúci problém a vedie ho k snahe niečo s ním urobiť. Sú teda poradenskou a terapeutickou metódou, zameranou na podporu vnútornej motivácie k zmene správania. Pružinská (2013) v súvislosti s problematickou motiváciou závislých osôb zdôrazňuje význam a spôsob vedenia motivačných rozhovorov s klientmi. Je dôležité, aby pracovník v nich preberal na seba rolu facilitátora, ktorý pomáha klientovi preskúmať a vyriešiť jeho ambivalenciu k zmene. Vyhýba sa konfrontácii, nesnaží sa klienta presvedčiť priamo, ale systematicky usiluje o to, aby nutnosť zmeny vzišla od klienta. V empatickej atmosfére môže klient preskúmať svoje ambivalentné pocity, týkajúce sa zmeny. Cieľom tohto procesu je vyvolať u klienta rozpor medzi súčasným správaním (reálne ja) a vytúženými cieľmi (ideálnejšie ja). Tento rozpor je motivujúcim činiteľom, ktorý spúšťa proces zmeny správania.

De Leon (2000) poukazuje aj na ďalšie okolnosti, ktoré ovplyvňujú proces úzdravy. Sú to hlavne tieto:

1. Vhodný výber programu

Neexistuje taká liečba, ktorá by bola vhodná pre každého klienta a neexistuje taký klient, ktorý by bol vhodný pre ktorýkoľvek typ liečby. Matching – párovanie potrieb intervencií, problémov a programu, klienta i prístupu je kľúčovou záležitosťou pre jeho konečný úspech v dosiahnutí uspokojujúceho a produktívneho fungovania vo vzťahoch, v rodine, v práci a v spoločnosti.

2. Integrita programu

Pre to, aby klient prijal liečebný program ako zodpovedajúci svojim potrebám (faktor vhodnosť) je podstatná jeho percepcia integrity programu, jeho konzistencie, poctivosti, dôveryhodnosti a čestnosti personálu i ostatných klientov).

3. Kontinuita starostlivosti

Opakovane sa zisťuje, že následná starostlivosť (hlavne v prvých 6-tich mesiacoch po skončení liečby) významne zvyšuje dlhodobé liečebné výsledky. Systematická následná práca môže do istej miery kompenzovať dĺžku liečby. Bez vplyvu nie je ani predliečebné poradenstvo, ktoré môže zlepšiť schopnosť a motiváciu klienta sa do liečby zapojiť a vytrvať v nej. Prechod z liečby do následnej starostlivosti by mal byť pre závislého vývojovým krokom dopredu v jeho procese úzdravy.

ZVLÁDANIE KRÍZOVÝCH SITUÁCIÍ

Riziko hrozí na každom kroku, preto musí abstinent toto riziko sám vyhodnocovať a byť na to pripravený. V tréningoch a nácvikoch odmietnutia vidíme prvky asertívnej komunikácie, ktorej sa musí učiť už počas liečby. Mal by mať pripravený krízový plán, ktorý ho bude presne viesť.

Po tom, ako klient prestane užívať psychoaktívne látky a opustí svoj doterajší životný štýl, prichádzajú problémy a jeho schopnosť ich riešiť vo vnútri v sebe i zvonka je pritom u neho veľmi oslabená. V krízových okamžikoch by mal teda každý abstinujúci vedieť, čo má robiť, ako sa má v takom prípade zachovať. Ak sa mu podarí dobre zvládnuť krízovú situáciu, je to výborná skúsenosť prevencie recidív.

Stretnutie jedinca s vysoko rizikovou situáciou je v kognitívne behaviorálnom modeli vnímané ako kľúčový okamžik. Rozhodujúce je, či je jedinec v danom okamžiku vybavený schopnosťou situáciu zvládnuť alebo nie. Preto je naozaj dôležité vybaviť schopnosti klientov k zvládaniu rôznych rizikových situácií. Práve táto schopnosť je najsilnejším prvkom prevencie relapsu. Je preto dôležité vybaviť klientov v schopnosti zvládania, uvedomeniu si svojej situácie (zvyšovanie náhľadu) a stabilizácii životného štýlu.

Schopnosť zvládania je relevantná v dvoch rovinách:

- jedinec má schopnosť zvládať špecifické vysoko rizikové situácie,
- jedinec má schopnosť ku zvládaniu stresu (životných nárokov) všeobecne.

Vysoko riziková situácia je akékoľvek situácia, ktorá ohrozuje sebakontrolu jedinca.

Podľa Marlatta, Gordona (1985, In Kalina a kol., 2008) existujú tri veľké skupiny týchto situácií:

- negatívne emočné stavy, ich príčiny sú predovšetkým intrapersonálne. Patrí sem frustrácia, hnev, úzkosť, depresia či nuda. Tieto stavy predstavujú najväčšie riziko relapsu/recidívy.,

- interpersonálne konflikty. Patria sem predovšetkým negatívne konfliktné vzťahy s partnermi, priateľmi, členmi rodiny a tiež konfrontácie v zamestnaní, alebo iných sociálnych situáciách,
- sociálny tlak. Je buď priamy (napr. stretnutia s užívateľmi, alebo nepriamo, ak sa závislý nachádza v blízkosti osoby alebo skupiny, ktorá užíva psychoaktívne látky.

Na to, ako môže byť motivácia u závislého klienta problémom a riešením zároveň, poukazuje Nešpor (2013). Emócie i baženie motivujú. Môžu človeka k niečomu pritiahnuť, čo je typické pre baženie. Alebo naopak, môžu viesť ku snahe sa od spúšťača vzdialiť a ukryť do bezpečia, ako sa deje pri strachu. Je to práve motivačný efekt baženia, ktorý zhoršuje sebaovládanie. Motivácia k prekonaniu závislosti sa behom času mení. Najprv človek o abstinenciu nestojí a liečiť sa nechce. Lenže prichádzajú problémy, inak povedané, rastie negatívna motivácia. Tento človek už nechce trpieť. Potom v tomto smere podnikne konkrétne kroky. A je celkom v poriadku a trpezlivý. Závislosť nezmizne, ale slabne. Abstinuje sa mu preto čím ďalej, tým lepšie, ale len ak si udržuje motiváciu primeraným doliečovaním a vhodnou spoločnosťou. Ak sa niekto nedoliečuje, motivácia slabne rýchlejšie než závislosť, uvedomenie čoho vnímame ako najdôležitejšie pre každého závislého klienta.

ZÁVER

Tak ako môže byť motivácia pre klienta oporou v procese zmeny, tak jej strata môže mať za následok zlyhanie klienta a nestabilitu v živote. Poznať motiváciu klienta, rozvíjať ju a podporovať zvládanie rizikových situácií v živote klienta, rozvíjať tak jeho kľúčové kompetencie, považujeme za efektívnu stratégiu podpory jeho rozhodnutia abstinovať. K tomu nesporne patrí poznanie a porozumenie priebehu procesu zmeny so všetkými jeho zákutiami.

Tento príspevok bol podporený Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy číslo: APVV-16-0422 „Stratégie žien na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násilia v blízkych vzťahoch“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] KALINA, K. a kol. 2008. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- [2] KALINA, K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
- [3] DE LEON, G. 2000. *Therapeutic community, Theory, model and method*. New York: Springer Publishing Company, 450 p. ISBN 0-8261-1349-4.
- [4] MILLER, W. R. 1996. Motivational interviewing: research, practise, and puzzles. In *Addictive behaviours*. ISSN 0306-4603. 1996. vol. 21. no 6, p. 835-842.
- [5] MILLER, W. R. – ROLLNICK, S. 2003. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišňov. Sdružení SCAN. 2003. 332 s. ISBN 80-86620-09-3.
- [6] NEŠPOR, K. 2013. *Sebeovládání*. Praha: Portál, 152s. ISBN 978-80-262-0482-4.
- [7] PAVELOVÁ, L. 2014. Relationship problems in a family system and with people outside a family as an external motivator in addicted clients before entering a resocialization centre In *SGEM 2014*, Sofia: STEF92 Technology, 2014, p.351-358. ISSN 2367-5659, ISBN 978-619-7105-22-3
- [8] PROCHASKA, J. O. - DiCLEMENTE, C. C. 1992. *Stages of change in the modification of problem behaviors*. In HERSEN, M. - EISLER, R. M. - MILLER, P. M. (Eds). 1992. *Progress in behavior modification*. Newbury Park. California: Sage. 1992
- [9] PRUŽINSKÁ, J. 2013. *Person-Centred Approach in Social Work*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 2013. 131 s. ISBN 978-83-01-17595-5.
- [10] VĚTROVEC, M. 2009. *Práce na motivaci ke změně chování s klienty na ulici*. In *Kontaktní práce*. Analogie textů České asociace streetwork. Praha: ČAS. 2009. ISBN 987-80-254-4001-8. s. 189-198 [7.10.2016] dostupné na: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1271>

OUTLINE OF MOTIVATION AND SOLUTION OF CRISIS SITUATIONS IN THE PROCESS OF CHANGING THEIR BEHAVIOR IN DEPENDENT CLIENT



ABSTRACT

The client's motivation is an unconditional part of the dependent client's decision to enter the process of changing his behavior. While at the beginning of this process it is mostly external motivation, it gradually moves to internal motivation. The final result of the client's efforts and intervention strategies depends on its maintenance and strengthening, as well as the ability to solve crisis situations. In this paper we deal with the outline of motivation in the wheel of change and solution of crisis situations supporting self-confidence in dependent clients as important parts of complex therapeutic activities.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD,
BUDÚCNOSŤ, n.o.
Wilsonovo nábr. 82
Nitra 949 01, Slovenská republika
e-mail: paveloval@gmail.com

doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: Milan.Tomka@vspj.cz

KEYWORDS:

addiction, process of change,
motivation, crisis situations

DOPAD OPATRENÍ PRIJATÝCH V SPOJITOSTI S COVID-19 NA ŽIVOT ŠTUDENTOV ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV

MÁRIA ŠUPÍNOVÁ
ELENA JANICZEKOVÁ
SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍČKA
UNIVERZITA V BRATISLAVE

ABSTRAKT

Nariadená karanténa v súvislosti s opatreniami proti pandémie Covid-19, si vyžiadala nútenú izoláciu osôb a tým silný emocionálny tlak na ľudí. Cieľ: Cieľom realizovaného prieskumu bolo zistiť ako opatrenia spojené s pandemiou korona vírusu ovplyvnili život študentov FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici. Metóda: Bola použitá dotazníková metóda, s využitím dotazníka vlastnej konštrukcie. Do súboru bolo zaradených 282 študentov denného štúdia, z Fakulty zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici. Výsledky: Takmer 45 % respondentov hodnotí dopad opatrení negatívne. Obmedzenie priamych sociálnych kontaktov a prerušenie prezenčnej formy štúdia boli považované za činitele s veľmi negatívnym dopadom na kvalitu života. Bola dokázaná štatistická závislosť dopadu prerušenia prezenčnej formy štúdia vo vzťahu k študijnému odboru respondentov ($p=0,011$) a prihlasovania na dištančnú formu vzdelávania v závislosti od odboru ($p=0,001$) a ročníka štúdia ($p=0,000$). Záver: Sociálna izolácia a prerušenie prezenčnej formy štúdia v súvislosti s opatreniami proti Covid-19, mali negatívny dopad na kvalitu života respondentov. Dištančná forma vzdelávania bola prijatá ako zásadný variant sociálnej izolácie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

sociálna izolácia, Covid-19, opatrenia, študent, zdravotnícky odbor

ÚVOD

Voľný čas, sociálne interakcie a vzdelanie, patria okrem iných ukazovateľov medzi indikátory kvality života. Pre generáciu mladých ľudí sú zvlášť dôležité. Podľa štatistického úradu SR (2019) je miera účasti mladých ľudí na formálnom a neformálnom vzdelávaní a odbornej príprave dôležitá pre 31,2 % respondentov vo veku 15-34 rokov. Frekvencia kontaktov s priateľmi je pre vekovú kategóriu 16 a viac rokov, dôležitá denne pre 23,8 % respondentov a aspoň jedenkrát za týždeň pre 32,8 % respondentov. Od 12.03.2020 od 06.00 hod. bola vládou SR vyhlásená mimoriadna situácia v SR. Zákon č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov ustanovuje pre všetky osoby – podnikateľov, ako aj fyzické osoby špecifické povinnosti, ktorých porušenie je sankcionované. Osobám bolo nariadené zdržať sa sociálnych kontaktov (napr. návštev kultúrnych, spoločenských, športových alebo iných hromadných podujatí alebo prijímania osôb alebo vykonávania spoločenských aktivít v mieste izolácie), zdržať sa cestovania, zdržať sa účasti na výučbových aktivitách s výnimkou e-learningových foriem, zdržať sa pracovnej činnosti s výnimkou práce v mieste domácej izolácie, zdržať sa akýchkoľvek činností, ktoré si vyžadujú opustiť miesto izolácie alebo prijímať, v mieste izolácie vnímavé osoby (Právne noviny, 2020).

Výpadok zabehaných denných stereotypov, dlhšie trvajúca izolácia a zúženie intímneho priestoru môžu vyvolať frustráciu, hnev aj záplavu rôznych negatívnych pocitov. Náhle prerušenie vzdelávacieho procesu a obmedzenie sociálnych kontaktov v dôsledku opatrení v súvislosti s pandemiou koronavírusu, môže výrazne ovplyvniť kvalitu života mladých ľudí, študentov, ktorých hlavnou pracovnou činnosťou je štúdium. Obmedzenie sociálnych kontaktov, osamelosť a izolácia môžu mať závažný dopad na telesné aj duševné zdravie nielen mladého človeka (Virgulová, Šupínová, 2012). Osamelosť je pocit úzkosti, ktorý je sprevádzaný vnímanými nedostatkami v sociálnych vzťahoch, pričom sa často objavuje v spojení so sociálnou izoláciou, avšak človek môže byť spoločensky izolovaný bez toho, aby sa cítil osamelý a môže sa cítiť osamelo bez toho, aby bol spoločensky izolovaný (Kotradyová, 2019). Bruno (2002), osamelosť pomenováva ako negatívny mentálny a emocionálny stav, pre ktorý sú typické pocity izolácie a nedostatok významnejších vzťahov s inými ľuďmi.

MATERIÁL A METÓDY

Cieľom realizovaného prieskumu bolo zistiť ako opatrenia spojené s korona krízou ovplyvnili život študentov FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici.

Bola použitá dotazníková metóda, s využitím dotazníka vlastnej konštrukcie. Do prieskumného súboru boli zaradení študenti troch odborov denného štúdia. Celkovo sa do prieskumu zapojilo 282 študentov denného štúdia, z toho 50 mužov (17,73 %) a 232 žien (82,27 %). Zapojenie do prieskumu bolo dobrovoľné a anonymné. Na niektoré

otázky neodpovedali všetci respondenti. Dotazník bol študentom odosielaný elektronicky cez aplikáciu FORMS OFFICE.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Tab. 1: Zloženie súboru respondentov podľa študijného odboru

	n/ %	M n/%	Ž n/ %
Študijný odbor: Ošetrovateľstvo	105/ 37,50	3/6,00	102/ 44,35
Študijný odbor: Fyzioterapia	112/ 40,00	26/ 52,00	86/ 37,39
Študijný odbor: UZS	63/ 22,50	21/ 42,00	42/18,26
Σ	282	50	230

Legenda: M (muži); Ž (ženy)

Tab. 2: Hodnotenie zmeny kvality života v súvislosti s epidemiologickými opatreniami pri korona kríze

	n/%	M n/%	Ž n/%	O n/%	FT n/%	UZS n/%
Skôr negatívne	94/ 33,45	13/26,00	81/ 35,06	39/ 37,14	33/ 29,46	21/ 33,87
Skôr pozitívne	42/ 14,95	9/18,00	33/ 14,29	17/ 16,19	19/ 16,96	6/ 9,68
Veľmi negatívne	26/ 9,25	1/2,00	25/ 10,82	10/ 9,52	8/ 7,14	8/ 12,90
Ani negat ani pozit	111/ 39,50	23/46,00	88/ 38,10	38/ 36,19	48/ 42,86	24/ 38,71
Veľmi pozitívne	8/ 2,85	4/8,00	4/ 1,73	1/ 0,95	4/ 3,57	3/ 4,84

Legenda: M muži; Ž ženy; O (odbor ošetrovateľstvo); FT (odbor fyzioterapia); UZS (odbor urgentná zdravotná starostlivosť).

Tab. 3: Vplyv obmedzenia priamych sociálnych kontaktov na negatívne zmeny kvality života respondentov

	n/ %	M n/%	Ž n/ %	O n/%	FT n/%	UZS n/%
Mierne	101/36,07	20/ 40,00	81/ 35,22	39/ 37,50	41/ 36,61	20/ 32,26
Veľmi silno	63/ 22,50	10/ 20,00	53/ 23,04	18/ 17,31	24/ 21,43	20/ 32,26
Stredne silno	95/ 33,93	14/ 28,00	81/ 35,22	40/ 38,46	35/ 31,25	20/ 32,26
Slabo	17/ 6,07	3/ 6,00	14/ 6,09	7/ 6,73	8/ 7,14	2/ 3,23
Vôbec	4/ 1,43	3/ 6,00	1/ 0,43	0/ 0,00	4/ 3,57	0/ 0,00

Tab. 4: Vplyv prerušenie prezenčnej formy štúdia na negatívne zmeny kvality života respondentov

	n/ %	M n/ %	Ž n/ %	O n/ %	FT n/ %	UZS n/ %
Mierne	82/ 29,29	15/ 30,00	67/ 29,13	40/ 38,10	30/ 26,79	12/ 19,67
Stredne silno	102/ 36,43	16/ 32,00	86/ 37,39	32/ 30,48	52/ 46,43	17/ 27,87
Slabo	19/ 6,79	1/ 2,00	18/ 7,83	9/ 8,5	4/ 3,57	6/ 9,84
Veľmi silno	66/ 23,57	15/ 30,00	51/ 22,1	17/ 16,19	23/ 20,54	25/ 40,98
Vôbec	11/ 3,93	3/ 6,00	8/ 3,48	7/ 6,67	3/ 2,68	1/ 1,64

Tab. 5: Vplyv opatrení v súvislosti s korona krízou na psychické prežívanie respondentov

	n/ %	M n/ %	Ž n/ %	O n/ %	FT n/ %	UZS
Ani negatívne ani pozitívne	139/ 49,47	31/ 62,00	108/ 46,75	50/ 47,62	51/ 45,54	37/ 59,68
Skôr negatívne	98/ 34,88	10/ 20,00	88/ 38,10	45/ 42,86	37/ 33,04	15/ 24,19
Skôr pozitívne	25/ 8,90	6/ 12,00	19/ 8,23	4/ 3,81	16/ 14,29	5/ 8,06
Veľmi negatívne	15/ 5,34	1/ 2,00	14/ 6,06	6/ 5,71	5/ 4,46	4/ 6,45
Veľmi pozitívne	4/ 1,42	2/ 4,00	2/ 0,87	0/ 0,00	3/ 2,68	1/ 61

Tab. 6: Do akej miery sa prihlasujete na prednášky, konzultácie, webináre dištančnej formy?

	n/ %	M n/ %	Ž n/ %	O n/ %	FT n/ %	UZS
Len na vybrané aktivity	6/2,14	3/ 6,00	3/ 1,30	3/ 2,86	1/ 0,89	1/ 1,61
Na všetky určené pre mňa	191/ 67,97	35/ 70,00	156/ 67,53	68/ 64,76	67/ 59,82	55/ 88,71
Na väčšinu aktivít	57/ 20,28	5/ 10,00	52/ 22,51	29/ 27,62	28/ 25,00	0/ 0,00
Občas	12/ 4,27	4/ 8,00	8/ 3,46	4/ 3,81	4/ 3,57	4/ 6,45
Neprihlasujem sa	15/ 5,34	3/ 6,00	12/ 5,19	1/ 0,95	12/ 10,71	2/ 3,23

Tab. 7 Štatistické závislosti skúmaných vplyvov

	Z _{adj}	P	n(M)	n(Z)	H	P (odbor)	H	P (ročník)
Kvalita života	1,785	0,074	50	231	2,346	0,310	2,463	0,292
Obmedzenie priamych soc. kontaktov	-0,137	0,891	50	230	0,279	0,870	0,528	0,768
Prerušenie prezenčnej formy štúdia	0,605	0,545	50	230	8,961	0,011	0,458	0,795
Dopad na psychické prežívanie	-1,398	0,162	50	231	2,988	0,224	0,319	0,852
Dopad na koníčky, zájmovú činnosť	-1,403	0,161	50	230	3,054	0,217	3,384	0,184
Prihlasovanie na prednášky, konzultácie, webináre dištančnej formy	-1,109	0,267	50	231	14,438	0,001	16,684	0,000

Legenda: (H) Kruskal-Wallis; (Z_{adj}) Mann-Whitney U-test

Na otázku aké činnosti sú u vás dominantné počas dňa, odpovedali študenti najčastejšie v poradí samoštúdium, konzultácie a prednášky v rámci dištančnej formy štúdia cez aplikáciu TEAMS, sociálne siete a domáce práce. Menej času venovali športu, sledovaniu Tv, čítaniu kníh a brigáde.

DISKUSIA

Obmedzenie voľného pohybu a sociálnych kontaktov v dôsledku svetovej pandémie je pre tri generácie populácie nepoznaným fenoménom. Je spájaný stresom v dôsledku izolácie. Odborníci u mnohých ľudí spozorovali vypuknutie psychických problémov v čase pandémie, práve v dôsledku izolácie či stresu. Podľa profesorky Wendy Burnovej, prezidentky Royal College of Psychiatrists, „už teraz vidíme ničivý vplyv modelu Covid-19 na duševné zdravie“ (BBC NEWS, 2020). Podľa rovnakého zdroja celkovo 1 300 odborníkov na duševné zdravie z celej Británie zaregistrovalo nárast v počte urgentných prípadov o 43 percent. Izolácia a obmedzenie sociálnych kontaktov negatívne ovplyvnilo aj život študentov. Z výsledkov realizovaného prieskumu vyplýva, že aj keď oslovení študenti nehodnotia kvalitu svojho života ako výrazne zníženú v dôsledku opatrení spojených s COVID 19 (tab.2), je zrejmé, že obmedzenie sociálnych kontaktov a prezenčnej formy štúdia je pre mladých ľudí rozhodujúcim činiteľom negatívne ovplyvňujúcim ich život (tab. 3,4). Negatívny dopad opatrení na psychické prežívanie, uvádza veľká väčšina respondentov (tab.6). Z výsledkov vyplýva aj uvítanie dištančnej formy vzdelávania, ako čiastočnú náhradu sociálnych kontaktov a prelomenie sociálnej izolácie (tab. 6). Samoštúdium a prihlasovanie sa na dištančné vzdelávanie, uviedli študenti aj v otvorenej otázke ako aktivitu ktorej venujú denne najviac času. Negatívny dopad opatrení spojených s pandemiou COVID 19, bol na súbor skúmaných respondentov

rovnaký. Bola ale dokázaná štatistická závislosť dopadu prerušenia prezenčnej formy štúdia vo vzťahu k študijného odboru respondentov a prihlasovania na dištančnú formu vzdelávania v závislosti od odboru a ročníka štúdia (tab. 7).

ZÁVER

Obmedzenie voľného pohybu a sociálnych kontaktov v dôsledku svetovej pandémie, negatívne ovplyvnilo život respondentov. Mladí ľudia sa často kontaktujú prostredníctvom sociálnych kontaktov. Dlhotrvajúce nútené obmedzenia priamych sociálnych kontaktov má však negatívny dopad na ich život. Nútená karanténa môže byť vnímaná ako obmedzenie slobodného pohybu, návštev priateľov, realizácie koníčkov, športu, priamej účasti na vzdelávaní. Takéto široké pomezie priamych sociálnych kontaktov, už nie je možné plnohodnotne nahradiť prostredníctvom sociálnych sietí vo virtuálnom svete. Sociálne siete, textové správy, možnosť telefonických či video hovorov sú len niekoľkými z možností, ako bojovať proti samote. Priame sociálne kontakty významne pomáhajú znižovať hladinu stresu a jeho negatívne dopady na človeka.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BBC NEWS. 17.5.2020. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/health-52676981>
- [2] BRUNO, FJ. 2002. *Nebudte sami aneb jak si získat přátele*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 100 p.
- [3] Štatistický úrad SR. 2019. Dostupné z: https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/living/life/indicators/!ut/p/z1/jY_LDolwFEQ
- [4] KOTRADYOVÁ K. 2019. Osamelosť a jej determinanty v nadväznosti sa suicidálne správanie seniorov. In *Prohuman* 5;2019.
- [5] *Právne noviny*. 2019. Prehľad opatrení prijatých v spojitosti s COVID-19. Dostupné z: <https://www.pravnenoviny.sk/prehľad-opatreni-vydanych-v-spojivosti-s-covid-19>
- [6] VIRGULOVÁ J., ŠUPÍNOVÁ M. 2012. Uplatnenie absolventov denného štúdia odboru ošetrovateľstvo na trhu práce. [III. celoštátna konferencia s medzinárodnou účasťou Komplexná zdravotná starostlivosť o pacienta s vnútornými chorobami, Banská Bystrica, 15. - 16. 11. 2012] In: *Interná medicína: recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekárske časopis*. - ISSN 1335-8359. - Roč. 12, S (2012), s. 11.

IMPACT OF MEASURES TAKEN IN CONNECTION WITH COVID-19 ON THE LIVES OF MEDICAL STUDENTS



ABSTRACT

The ordered quarantine in connection with the measures against the Covid-19 pandemic required the forced isolation of people and thus strong emotional pressure on people.

Aim: The aim of the survey was to find out how the measures associated with the pandemic of the corona virus affected the lives of students of FZ SZU based in Banská Bystrica.

Method: A questionnaire method was used, using a self-designed questionnaire. The group included 282 full-time students from the Faculty of Health at SZU in Banská Bystrica.

Results: Almost 45% of respondents evaluate the impact of the measures negatively. The reduction of direct social contacts and the interruption of the full-time form of study were considered to be factors with a very negative impact on the quality of life. The statistical dependence of the impact of the interruption of the full-time form of study in relation to the field of study of the respondents was proved ($p=0,011$) and

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD.
Slovenská zdravotnícka univerzita
v Bratislave
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica, Slovenská
republika
e-mail: maria.supinova@szu.sk

PhDr. Elena Janiczeková, PhD.
Slovenská zdravotnícka univerzita
v Bratislave
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica, Slovenská
republika
e-mail: elena.janiczekova@szu.sk

applying for a distance form of education depending on the field ($p=0,001$) and year of study ($p=0,000$).

Conclusion: Social isolation and the interruption of the full-time form of study in connection with the measures against Covid-19 had a negative impact on the quality of life of the respondents. The distance form of education was adopted as a fundamental variant of social isolation.

KEYWORDS:

social isolation, Covid-19, measures, student, medical studies

SPECIFIKA POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S VYZNÁNÍM ISLÁMU

ANETA BRENDLOVÁ
MARTIN KRAUSE
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

ABSTRAKT

Transkulturní ošetřovatelství je v současnosti velmi diskutované téma. Zdravotnický personál se mnohem častěji setkává s pacienty s odlišnou kulturou či náboženstvím. Patří mezi ně i muslimové, kteří vyžadují zvláštní péči v souladu s jejich vírou. Článek je zpracován aplikací modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče dle Joyce Newman Ginger a Ruth Davihizard. Hlavním cílem výzkumu je zmapovat specifika při poskytování ošetřovatelské péče u pacientů s vyznáním islámu. Výzkum je realizován kvalitativní metodou. Pomocí nestandardizovaného rozhovoru byla zjišťována specifika v oblasti jejich víry, ošetřovatelské péče, stravování a v období Ramadánu. Rozhovor byl zaměřen na muslimy žijící v České republice. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Většina muslimů byla oslovena z Muslimské obce v Praze a dále z lázeňského resortu Tree of Life. Zjištěné údaje mohou pomoci zdravotnickému personálu při poskytování kulturně kompetentní péče u pacientů s vyznáním islámu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

islám, islámská minorita, ošetřovatelská péče, transkultura, všeobecná sestra

ÚVOD

Stále se zvyšující migrace patří mezi jeden z globálních problémů. Mezi příčiny vysoké migrace patří politické, ekonomické, sociální, profesní či studijní důvody (Tóthová, a kol., 2013). Islám v České republice zaznamenal největší rozvoj ve 30. letech 20. století (Gombárová, 2017). Na základě údajů z posledního sčítání obyvatel z roku 2011 se dle Českého statistického úřadu k islámské víře přihlásilo 143 obyvatel (ČSÚ, 2011). Z tohoto důvodu je nezbytné, aby každý zdravotnický pracovník věděl, jakým způsobem poskytnout kulturně specifickou péči.

Základem modelu Ginger a Divihizard je kulturně svébytný jedinec, který je následně hodnocen v šesti fenoménech (komunikace, prostor, sociální začlenění, pojetí času, vliv kultury a prostředí, biologické odlišnosti). Islám je monoteistické náboženství, které je založené na učení proroka Muhammada. V současné době toto náboženství vyznává cca 1,5 miliard věřících (Ostřanský, 2014). Majoritní většina muslimů hovoří arabštinou. Muslimové zpravidla nekomunikují o rodinných či intimních problémech bez přítomnosti dané osoby (Tóthová a kol., 2013). Tuto muslimskou zásadu by měli mít na paměti, jak všeobecné sestry, tak i ostatní zdravotničtí pracovníci při komunikaci s pacientem s vyznáním islámu. V islámu je důležité rozlišovat podání levé a pravé ruky, kdy pouze pravá ruka se smí používat k podávání čistých věcí. Levá ruka je považována za nečistou (Kutnohorská, 2013). V oblasti prostoru je důležité respektovat intimitu pacienta, která je pro muslimy velmi podstatná. Pro pacienty s vyznáním islámu je velmi důležitá víra a proto by jim všeobecná sestra měla zajistit klidné místo na vykonávání modliteb (Tóthová a kol., 2013). V oblasti sociálního začlenění je u muslimů důležitá rodina, kdy hlavou rodiny je muž. V islámských státech je žena stejně důležitá jako muž, tzn. že muž a žena si jsou před Alláhem rovni. V muslimském manželství je pohlavní styk dovolený, ale mimo něj je zakázaný (Hájek, 2016). Podstatnou roli má v islámu také etika, která vysvětluje, co muslimové smí a nesmí dělat. Muslimské ženy nesmějí např. odhalovat své vlasy na veřejnosti, mít odkryté ruce či nohy, nosit kalhoty či paruku. Muži nesmějí být homosexuální, oblékat se do ženských šatů, mít na sobě zlaté šperky atd. Dále žádný muslim nesmí zesměšňovat islám, konvertovat k jinému náboženství, konzumovat alkohol a vepřové maso (Kutnohorská, 2013). V oblasti času muslimové využívají lunární kalendář (Hájek, 2016).

Čas je pro muslimy důležitý z hlediska vykonání jednotlivých modliteb a období Ramadánu (Tóthová a kol., 2013). V oblasti vlivu prostředí a výchovy je pro muslimy velmi důležitý Korán, který obsahuje souhrn Muhammadových příkázání (Kopecký, 2014). Následně jsou velmi důležité pilíře islámu. Jedná se o pět hlavních povinností, jenž má každý muslim vůči Bohu a jsou to šáháda (vyznávání víry), salát (modlitba), zakát (almužna), sawn (půst) a hadždž (pouť do Mekky), jak uvádí Hájek (2016). Dodržování těchto pilířů je pro muslimy nezbytné, bez ohledu na to, jaký proud islámu vyznávají (Hillebrand, 2017). Muslimové

dodržují tyto zásady i v průběhu hospitalizace, pokud to umožňuje jejich zdravotní stav. V tomto případě má velmi významnou roli všeobecná sestra, která pomáhá pacientům s vyznáním islámu uspokojit potřeby související s jejich vírou. V oblasti biologických odlišností je pro muslimy specifické konzumovat maso, které bylo získáno zásadou halal, kdy se zvíře nechá vykrváčet. Muslimové nekonzumují alkohol a vepřové maso (Ralbovská, 2010).

METODY

Výzkumná část práce je zpracována kvalitativní metodou výzkumu. Sběr dat byl zprostředkován technikou nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovor byl zaměřený na muslimy žijící v České republice. Rozhovor obsahoval celkem 24 otevřených otázek. Respondenti byli nejdříve osloveni a následně byla s každým respondentem domluvena schůzka. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace, což bylo 6 respondentů. Všichni respondenti poskytli písemný souhlas s provedením rozhovoru a se zpracováním získaných informací. Rozhovory byly nahrávané na diktafon a poté doslovně přepsány. Analýza výsledných dat, které byly získané na základě odpovědí jednotlivých respondentů probíhala metodou tužka–papír. Z jednotlivých odpovědí byly vytvořené kategorie, které byly poté zpracovány ve speciálním programu na vytváření schémat. Pro výběr respondentů byla stanovena dvě kritéria, a to aby se jednalo o osobu s vyznáním islámu a pobyt v České republice byl alespoň pět let. Výzkumná část byla realizována od listopadu 2018 do ledna 2019. Respondenti byli osloveni z lázeňského rezortu Tree of Life v Lázních Bělohrad a z muslimské obce v Praze. Čtyři respondenti jsou původem z islámských zemí (Izrael, Palestina, Tunisko) a na území České republiky žijí déle než pět let. Další dvě respondentky žijí v České republice od narození a k islámu konvertovaly před šesti a deseti lety.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Nejprve byla zjišťována specifika v oblasti vyznávání víry. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina respondentů se modlí pravidelně každý den, tak jak uvádí Tóthová a kol. (2013). Mešitu respondenti spíše nenavštěvují kvůli velké vzdálenosti od jejich domovů. Dále bylo zjištěno, že většina respondentů pravidelně realizuje almužnu. Jeden z respondentů uvedl, že jako almužnu poskytuje každý den jídlo bezdomovcům, a to i českým, které se neprodalo v jeho restauraci. Toto zjištění je velmi pozitivní, protože zde je možné vidět, že muslimové poskytují pomoc všem lidem, kteří to potřebují, a to bez rozdílu na jejich víru. Následně bylo zjištěno, že žádný z respondentů nevykonal pouť do Mekky, nicméně většina respondentů uvedla, že by jednou rádi pouť vykonali. Dle Ostřanského (2009) by každý muslim měl minimálně jednou za život absolvovat pouť do Mekky. Dále bylo zjištěno, že respondenti nevyžadují specifika v oblasti víry v případě hospitalizace, kdy

jeden z respondentů dodal „*Člověk s nevolností na takovéhle věci nepřemýšlí. Člověk, když je nemocný, tak náboženství nevyžaduje, aby se zatěžoval a šel se hned modlit.*“ Zde je patrné, že respondenti o své zdraví pečují a v případě nemoci se nezatěžují modlitbou. Další výzkumnou oblastí byla specifika v přístupu při poskytování ošetrovatelské péče. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že pacienti mají dobré zkušenosti se zdravotní péčí v České republice. Poté jedna respondentka dodala „*Já mám zkušenosti velmi dobré, akorát jednou jsem se setkala se špatnou zkušeností, když jsem šla navštívit ortopeda mojí dcery. Jakmile uviděl, že mám na hlavě šátek, tak začal rvát, ať se vrátím zpátky do Sýrie.*“ Na základě kulturních kompetencí uvedené v publikaci Tóthové a kol. (2013) by se mohlo chování ortopeda označit za kulturní neschopnost, kdy poskytovatel zdravotních služeb není schopný pomáhat pacientům s odlišnou kulturou. Nicméně nejsou známe bližší informace, jak k tomuto rozporu došlo, tudíž není možné tuto situaci plně zhodnotit. Dle Hájka (2016) by ženu neměl vyšetřovat muž, což ve výzkumu nebylo zjištěno. Jedna respondentka dodala „*Já žádná specifika nemám, protože lékařství je lékařství a pokud umírám a je tam pouze doktor, tak přeci na sebe nechám sáhnout. Když jsem rodila obě dcery tak si pamatuju, že se mě tam přímo sestry ptaly, když mě viděly v šátku, jestli chci čekat na paní doktorku nebo jestli mi nevadí pan doktor. A tak jsem samozřejmě řekla, že mi doktor nevadí.*“ Zde je patrné, že komunikace má primární úlohu v poskytování ošetrovatelské péče. Dále je nezbytné odebrat anamnézu a zjistit, jaká specifika či potřeby pacienti mají, aby bylo možné, co nejlépe pacientovi poskytnout kulturně specifickou péči. Pokud poskytovatelé zdravotních služeb nemají potřebné znalosti o poskytování péče pacientům odlišných kultur, pak by bylo vhodné zajistit kurz zaměřený na poskytování specifické ošetrovatelské péče u minoritních skupin a cizinců. Následně bylo zjištěno, že v případě nutnosti by respondenti podstoupili všechny potřebné zdravotní výkony, ke zlepšení jejich stavu, což je pozitivní informace. Respondenti dále uvedli, že od všeobecných sester vyžadují úctu, empatii a aby je respektovaly a nesoudily je pouze podle jejich víry. Také je nutné zmínit, že dle Listiny základních práv a svobod má každý člověk právo volby náboženského vyznání a následně svou víru svobodně projevovat (Česko, 1992).

Následně byla zjišťována specifika v oblasti stravování, kdy všichni respondenti uvedli, že nesmí konzumovat vepřové maso a přijímat alkoholické nápoje, stejně jak uvádí Tóthová a kol. (2013). Nekonzumování alkoholu nemusí souviset pouze s náboženstvím, ale také se snahou dodržování zdravého životního stylu respondentů. Ralbovská (2010) uvedla, že Islám dovoluje jíst maso, které bylo zabitě dle islámských pravidel, kdy se zvíře nechá vykrvácet. Tento způsob se nazývá halal. Někteří respondenti uvedli, že halal maso kupují. V nemocnici respondenti také požadují stravu bez vepřového masa, kdy dva respondenti uvedli, že nemocniční stravu nekonzumovali a jídlo jim nosili příbuzní. Na základě získaných informací se nyní můžeme ve spolupráci s nutričními terapeutky zaměřit na vytvoření diety pro pacienty, kteří nekonzumují vepřové maso. V další části výzkumu byla zjišťována specifika

v období Ramadánu. Dle Ostřanského (2009) by měl Ramadán dodržovat každý duševně a fyzicky zdravý muslim. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že polovina respondentů Ramadán dodržuje. V období Ramadánu by muslim neměl perorálně užívat léky či podstupovat zdravotní výkony, jak uvádí Hájek (2016). Hájek (2016) dále uvádí, že v případě ohrožení života je ale možné Ramadán porušit a podání léků je dovolené. Všichni respondenti uvedli, že v případě nutnosti by podstoupili jakýkoliv výkon či užívali léky, což je důležitá informace, ze které je možné vidět, že pro muslimy je zdraví velmi důležité. V období Ramadánu respondenti nedodržují žádná specifika při vykonávání práce. Uvedli, že ze začátku je náročně pracovat jako mimo Ramadán. Dále uvedli, že jde pouze o to zvyknout si na jiný režim stravování, který je pro Ramadán specifický.

Na závěr byli respondenti tázáni na doplňující informace, ve kterých bylo zjištěno, že pro muslimy je postavení žen stejně důležité jako postavení mužů a následně jedna respondentka dodala, že podle ní je žena dána do popředí. Dále bylo zjištěno, že dvě respondentky se v České republice oblékají dle islámských zvyků, kdy nejčastěji nosí dlouhé šaty a šátek. Muži se oblékají dle společnosti, ve které žijí, ale nejčastěji nosí triko a džíny, stejně jak uvádí Khidayer (2012). Zde je patrné, že se muslimové snaží začlenit do české společnosti tím, že se snaží oblékat stejně jako lidé v České republice. Jedna z dalších otázek se zabývala možností polygamie v České republice, kdy bylo zjištěno, že muslimové mají obvykle jednu ženu. *„Já myslím, že lidi by se na to koukali, že je to divná věc. Já si ale myslím, že nemají pravdu, protože v České republice hodně lidí polygamii provádí.“*

ZÁVĚR

Evropa se především stává cílovou destinací migrantů. Přicházejí lidé s odlišnými zvyky, tradicemi, ale i kulturou a náboženstvím. Poskytovatelé zdravotních služeb se budou čím dál více setkávat s pacienty jiné víry, mezi které patří i islám. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby všeobecné sestry měly o této minoritě znalosti a byly schopny pacientovi poskytnout kulturně specifickou péči. Na základě zjištěných výsledků lze doporučit několik návrhů pro praxi. V první řadě je vhodné doporučit pacientům, aby trvali na svých právech a dále aby aktivně sdělovali své požadavky všeobecné sestře či jinému zdravotnickému pracovníku. Další doporučení jsou zaměřená na zdravotnický personál, kdy zdravotnický pracovník by měl dodržovat práva pacientů, dále by měl v případě potřeby při komunikaci s pacientem používat komunikační karty, pomocí kterých lze předejít případnému nedorozumění a riziku ohrožení pacienta (např. podání jídla, na které je pacient alergický). Tyto komunikační karty jsou volně k dispozici na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR, 2016). Pokud zdravotnický personál nemá potřebné znalosti k poskytování kulturně specifické péče, pak by bylo vhodné zajistit certifikovaný kurz zaměřený na péči o minoritní skupiny. Velmi

důležitá je také motivace zdravotnického pracovníka. Dále v rámci multidisciplinárního týmu, který zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, nutriční terapeutky a další, by bylo vhodné zajistit stravu, která neobsahuje vepřové maso. Také by bylo vhodné, aby vedení nemocnice vydalo účelné ošetrovatelské standardy týkající se této oblasti a dbalo na výuku multikulturního ošetrovatelství v rámci instituce.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČSÚ. 2011. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ, aktualiz. 2011-03-26 [cit. 2018-08-09]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz>
- [2] GOMBÁROVÁ, J. 2017. *Islámská kultura a její reflexe v Českých zemích*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3338-1.
- [3] HÁJEK, M., BAHBOUH CH. 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5631-8.
- [4] HILLENBRAND, C. 2017. *Islám: historie, současnost a perspektivy*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-685-1.
- [5] KHIDAYER, E. 2012. *Život po arabsku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2786-1.
- [6] KOPECKÝ, R., BAHBOUH CH. 2014. *Co je dobré vědět o arabském a islámském světě*. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd. ISBN 978-80-86149-88-2.
- [7] KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- [8] MZČR. 2016. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, aktualiz. 2016-04-11 [cit. 2018-08-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
- [9] OSTŘANSKÝ, B. 2009. *Malá encyklopedie islámu a muslimské společnosti*. Praha: Libri. ISBN 978-80-7277-404-3.
- [10] OSTŘANSKÝ, B. 2014. *Atlas muslimských strašáků aneb Vybrané kapitoly z mediálního islámu*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2428-2.
- [11] RALBOVSKÁ, R. 2010. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. 2. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty. ISBN 978-80-87386-09-5.
- [12] TÓTHOVÁ, V. et al. 2013. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

SPECIFICS OF NURSING CARE FOR MUSLIM PATIENTS



ABSTRACT

Transcultural nursing care is a very discussed topic these days. Nursing staff meets patients with different culture or faith very often. Among these patients there are also Muslims who require special care in compliance with their religion. The article is processed by Transcultural Assessment Model according to Joyce Newman Ginger and Ruth Dinihizard. The main goal of my bachelors thesis is to explore the specifics of nursing care of Muslim patients. The research is implemented by the qualitative method. The specifics of Islam religion, nursing care, nourishment and Ramadan were found out by interviewing Muslims in the Czech Republic. Most of the Muslims were from the Muslim community in Prague, the rest from the spa resort Tree of Life.

The ascertained data may help the medical staff to provide a culturally competent nursing care for Muslim patients.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Aneta Brendlová
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2
416 17 Liberec
e-mail: a.brendlova@seznam.cz

Mgr. Martin Krause, DiS.
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2
416 17 Liberec
e-mail: martin.krause@tul.cz

KEYWORDS:

Islam, Muslim minority, Nursing care, Transculture, General nurse

POHLED DĚTÍ UMÍSTĚNÝCH V ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC NA PŘEMÍSTĚNÍ DO DĚTSKÉHO DOMOVA

MONIKA PUNOVÁ
MASARYKOVA UNIVERZITA

KATEŘINA VOJTĚCHOVÁ
ZDVOP KLOKÁNEK

ABSTRAKT

Tato empirická studie je zaměřena na zodpovězení hlavní výzkumné otázky: „Jak děti umístěné v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc prožívají, že mají být přemístěny do dětského domova?“ Nejprve jsou vymezeny pojmy sociálně právní ochrana dětí, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, dětský domov, ohrožené děti a prožívání. Výzkum byl realizován s 9 dětmi ve věku 11-17 let z 3 zařízení, které měly být přemístěny do dětského domova. Vycházel z kvalitativní strategie a byly při něm využity techniky polostrukturovaných rozhovorů, pozorování a analýzy dokumentů. Ukázalo se, že děti prožívají plánované přemístění ze zařízení vyžadující okamžitou pomoc do dětského domova jako ohrožující a tato situace je natolik zatěžuje, že má výrazně negativní dopad na jejich životy (včetně fyzického i psychického zdraví).

KLÍČOVÁ SLOVA:

dětský domov, ohrožené děti, sociálně právní ochrana dětí, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

ÚVOD

„Proč se zase musím stěhovat?“ „Vy už mě nechcete?“ „Já už budu hodný.“ „Prosím, pomoz mi.“ „Moje největší přání je, abych tu mohla zůstat.“ To jsou některé z výroků, které dle profesní zkušenosti jedné z autorek této stati pronesly děti ve věku 5 až 16 let, které měly být přemístěny ze zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále ZDVOP nebo také zařízení) do dětského domova (dále DD), a to vlivem novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí a nového občanského zákona. Od přijetí novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí, která upravuje lhůty pobytu dítěte v ZDVOP uplynulo již 7 let. A šest let je v platnosti nový občanský zákoník, který změnil dosavadní zákon o rodině - nově stanovil krátkou lhůtu rozsudku svěřující dítě do ZDVOP oproti přednostní povaze svěření dítěte do ZDVOP s tzv. „rodinnou péčí“ v dřívějším zákoně o rodině. Navzdory době, která od účinnosti zákonů uplynula, je vzhledem k situaci konkrétních dětí téma této stati stále aktuální.

Podle současného právního systému mají být děti přemísťovány ze ZDVOP do ústavní výchovy, nejčastěji dětského domova, poté, co v zařízení strávily několik měsíců či dokonce let. Může tak docházet k dalšímu zatěžování dítěte v již tak složité situaci, zejména pokud si to dítě nepřeje. Nařízením ústavní výchovy je dítě dosud svěřené do ZDVOP vytrženo z prostředí, kde dlouhé měsíce nebo roky žilo a kde si mohlo vybudovat pevné vazby. Může se tak prohlubovat psychosociální poškození dítěte nebo jeho další traumatizace, která je navíc umocněna tím, že dítě je v tomto legislativním procesu rozhodování pasivním aktérem. Domníváme se, že za takového stavu není věnována náležitá pozornost psychosociálním potřebám dětí umístěných v ZDVOP i s ohledem na delší časovou perspektivu.

Předložená stať se zabývá problematikou přemísťování dětí ze ZDVOP do dětských domovů právě z pohledů dětí, jejichž oprávněný zájem má být sledován. Naší snahou bylo, aby zaznělo slovo těch, kterých se daná problematika dotýká nejvíce. Zamýšlí se, jak tyto skutečnosti zasahují samotné děti. Za podstatný považujeme dopad legislativních změn z hlediska samotných dětí, přičemž dítětem rozumíme osobu mladší 18 let. S ohledem na mezinárodní scénu není přemísťování dětí mezi zařízeními nebo jednotlivými subjekty zajišťujícími péči o děti nový fenomén. V našem prostředí se však v této formě jedná o relativně novou systémovou situaci, kterou lze reflektovat jak odbornou veřejností, tak bychom neměli zapomínat ani na hlas a postřehy konkrétních dětí.

Cílem této empirické stati je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: **„Jak děti umístěné v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc prožívají, že mají být přemístěny do dětského domova?“** Odpověď na hlavní výzkumnou otázku nás seznámí s prožíváním těchto dětí. Domníváme se, že zaměření na potřeby a prožívání dětí v systému, do kterého je společnost uvádí, je naší morální povinností.

Stať je členěna do několika celků. Nejprve jsou konceptualizovány výchozí pojmy sociálně-právní ochrana dětí, ohrožené děti, prožívání, ZDVOP a DD. Následně představujeme metodologii empirického šetření, které vycházelo z kvalitativní strategie a bylo realizováno kombinací technik polostrukturovaných rozhovorů, pozorování a obsahové analýzy. Celkem bylo dotazováno 9 dětí ve věkovém rozmezí 11 až 17 let. V části věnované empirickým zjištěním zodpovídáme hlavní výzkumnou otázku a v závěru se zamýšlíme nad výzkumnými implikacemi pro praxi. Výsledky výzkumu přinesly znepokojivé zjištění, že děti prožívají přemístění do DD jako spektrum negativních prožitků a ztrát, přičemž situace je pro ně natolik zatěžující, že může mít výrazný negativní dopad na jejich životy.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění, definuje sociálně-právní ochranu jako ochranu práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochranu oprávněných zájmů dítěte (včetně ochrany jeho jmění), působení směřující k obnovení narušených funkcí rodin a zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině. Sociálně-právní ochrana dětí (dále SPOD) by měla vycházet z využití metod sociální práce a postupů odpovídajících současným vědeckým poznatkům. Zákon rovněž vymezuje, na které děti je SPOD cílena.

Sociálně-právní ochrana dětí vychází z nadnárodních právních dokumentů, jakými jsou např. Listina základních práv a svobod, Deklarace práv dítěte a Úmluva o právech dítěte. Například Úmluva o právech dětí (1989) určuje, že zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí. Dokument dále hovoří o tom, že dítěti, které je schopno formulovat své vlastní názory, má být zabezpečeno právo tyto názory svobodně vyjadřovat ve všech záležitostech, které se jej dotýkají a že dítě dočasně nebo trvale zbavené svého rodinného prostředí má právo na zvláštní ochranu a pomoc poskytovanou státem. Vývoj posledních let určuje kurz deinstitucionalizace¹ náhradních forem péče o děti, který se stále více zaměřuje na potřeby dětí. Snahou současného systému SPOD je umisťovat děti co možná nejvíce do náhradního rodinného prostředí.

¹ Proces přeměny velkokapacitních zařízení ústavní péče o děti směrem k řadě integrovaných rodinných a komunitních služeb, např. podpora náhradní rodinné péče, malých rodinných dětských domovů apod. (Mulheir, Browne et al., 2007).

ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc začala vznikat jako zařízení sociálně-právní ochrany v roce 2000, a to v rámci nového zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999. §42 zmíněného zákona stanovuje, že zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívala v uspokojování jeho základních životních potřeb včetně ubytování, v zajištění lékařské péče zdravotnickým zařízením a v poskytnutí psychologické a jiné obdobné nutné péče. (Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, 1999).

Zákon prošel do dnešních dnů mnoha novelami. Z nichž poslední s účinností k 1. 1. 2013, mj. nově omezila délku pobytu dětí v ZDVOP, a to na 3 měsíce, pokud dítě pobývá v zařízení na základě žádosti zákonného zástupce, a na 6 měsíců, pokud dítě pobývá v zařízení na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností nebo na vlastní žádost. V odůvodněných případech lze délku pobytu jednou prodloužit.

Velkou změnu, kterou pocítily samotné děti, přinesl Nový občanský zákoník účinný brzy po té, a to od 1. 1. 2014. Ten v § 971 odst. 2 uvádí, že v případě, že rodiče nemohou z vážných důvodů zabezpečit výchovu dětí na přechodnou dobu, svěří soud dítě do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na dobu nejdéle šest měsíců (Nový občanský zákoník, 2012). ZDVOP má být vnímáno jako zařízení dočasného charakteru s relativně vysokým standardem odborné péče. Opatření mají vždy sledovat dlouhodobý zájem dítěte v kontextu jeho sociálního prostředí, ve kterém vyrůstá; v případech dětí vyrůstajících mimo vlastní rodinu má být posuzování potřeb dítěte a zdrojů pro jejich naplnění ještě komplexnější (Národní strategie ochrany práv dětí, 2012).

Barvíková a Paloncyová (2012) publikovaly výsledky výzkumu zaměřeného na ZDVOP. Jak autorky uvádí, mezi nejčastější důvody, pro které jsou děti do ZDVOP umísťovány, jsou zanedbávání péče, nezvládnutí péče, závislost rodičů a podezření z týrání dítěte. Průměrná doba pobytu dítěte v ZDVOP pak dosahuje 5,5 měsíce.

DĚTSKÝ DOMOV

Ne vždy se situace dítěte během pobytu v ZDVOP vyřeší a pak je potřeba jeho přemístění. Občanský zákoník hovoří o tom, že jsou-li výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit, může soud dle § 971 odst. 1 nového občanského

zákoníku nařídít ústavní výchovu. (Nový občanský zákoník, 2012.) Dětský domov zajišťuje dítěti zpravidla ve věku od 3 do 18 let náhradní výchovnou péči s ohledem na jeho zdravý vývoj. Nezletilé osoby mohou zůstat v péči DD až do věku 26 let, pokud se připravují na budoucí povolání. Dětský domov má pečovat o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. (Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, 2002.)

Do DD jsou svěřovány děti na základě rozhodnutí soudu. Základní organizační jednotkou je tzv. rodinná skupina o velikosti 6 – 8 dětí. V dětském domově může být nejvíce 6 rodinných skupin, tedy nejvíce 48 dětí. (Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, 2002.) Některé děti mají šanci vyrůst v jednom dětském domově bez dalších změn. Zpravidla však mnoho dětí prochází pobyty v několika dalších zařízeních. Průměrně 32 % dětí umístěných v dětských domovech nebo pěstounské péči bylo v období raného vývoje umístěno v kojeneckém ústavu, 35 % dětí v dětských domovech vystřídalo pobyt ve 2 - 4 zařízeních (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011). Nemalý počet dětí však vystřídal pobyt i ve více než 5 zařízeních.

OHROŽENÉ DĚTI

Děti v péči ZDVOP jsou ohroženy situací, ve které se ocitají. Termínem „ohrožené dítě“ se rozumí jedinec, u něhož byl zjištěn jakýkoliv náznak negativních jevů, tedy i takové dítě, jehož potřeby nejsou v plné míře naplňovány (Hodnocení systému péče o ohrožené děti, 2007). Ohrožením se rozumí, že dítě trpí nedostatkem ve svých základních bio-psycho-sociálních potřebách. Jeho život a zdravý vývoj jsou ohroženy. Děti v náhradních formách péče stojí v zájmu sociálně-právní ochrany a představují velkou skupinu ohrožených dětí. V České republice vyrůstá zhruba 1 % dětí mimo vlastní rodinu (Gabriel, Novák, 2008). Ptáček, Kuželová a Čeledová (2011) upozorňují na vysokou četnost vývojových a psychických problémů u dětí umístěných v náhradní ústavní péči. Uvádějí dále, že např. v dětských domovech má vysoký podíl dětí v anamnéze emoční týrání (89 %), sexuální zneužívání (64 %), fyzické týrání (60 %) a zanedbávání (60 %). V náhradních formách péče je proto důležité zohledňovat dosavadní traumata dětí.

To, co děti ohrožuje, bychom mohli nazvat rizikem, či rizikovým činitelem. V návaznosti na Punovou (2015: 71) lze za riziko považovat „*takové činitele (hrozby, překážky, nepříznivé životní okolnosti, adverzity), jež mohou vést k tomu, že je dospívající nucen zvýšit aktivitu či mobilizovat své vnitřní zdroje k udržení či dosažení požadovaného vyrovnaného stavu (well-beingu).*“ Dodejme, že tato ohrožení se mohou dotýkat všech úrovní potřeb dítěte, proto je potřeba zaměřovat se na uspokojování jejich biologické, psychologické, spirituální i sociální roviny. Tyto potřeby mohou být různé. Maslowova klasifikace (in

Kratochvíl, 2012) označuje čtyři potřeby jako klíčové – fyziologické, jistota a bezpečí, láska a přijetí (někam patřit a být milován), ocenění druhými a kladné sebehodnocení. Za těmito bazálními potřebami se nalézá potřeba růstová, která odkazuje na seberealizaci. Na základní psychické potřeby dítěte se zaměřuje Matějček (2009). Předpokladem zdravého vývoje osobnosti jsou podle něj tyto potřeby: stimulace, smysluplného světa, životní jistoty, pozitivní identity a otevřené budoucnosti. A jak dále tento autor uvádí, tyto potřeby lze naplňovat v takovém prostředí, které je citově vřelé a stálé. Jak v této souvislosti uvádí Ptáček, Kuželová, Čeledová (2011), vztah s dospělou osobou by měl v dítěti vzbuzovat důvěru a pocit bezpečí. A pokud se dítěti nedostává od pečující osoby (rodiče, pěstouna, vychovatele) stálosti, neměnnosti a nepředvídatelnosti, pak pro něj mohou být např. opakované přesuny mezi zařízeními škodlivé. Hovoříme-li o potřebě bezpečné a stabilní citové vazby, pak nelze opomenout jejího hlavního protagonistu - Bowlbyho (2010). Podle něj roste citová vazba k pečující osobě v závislosti na rostoucí zkušenosti se sociální interakcí s touto osobou. Mezi pečující osobou a dítětem se utváří charakteristický způsob interakce a dítě tak získává vzhled do pocitů a motivů primární pečující osoby. Díky tomu vzniká vzájemné partnerství. Stabilní citová vazba zahrnuje časný a trvalý tělesný kontakt mezi dítětem a trvalou pečující osobou, vnímavost této osoby k signálům dítěte, prostředí regulované tak, že dítěti umožňuje zakusit důsledky svých vlastních činů a konečně vzájemná potěšení, která vyplývají ze vzájemné přítomnosti. Bowlby (2010) dodává, že ačkoliv bývá nejčastější primární osobou matka, nemusí tomu tak být vždy.

Způsob a míra uspokojování potřeb dítěte ovlivňuje jeho osobní pohodu i celkový stupeň vývoje. Tedy i míru jeho potenciálního či reálného ohrožení. Tyto potřeby je nezbytné zabezpečovat i v zařízeních systému sociálně právní ochrany dětí (viz výše). Naplňování fyzických potřeb dětí v zařízeních dosahuje v současné době dobrý standard. Více je potřeba dbát na potřeby hůře viditelné – psychické, duchovní i sociální.

PROŽÍVÁNÍ

Výzkum byl zaměřen na to, jak děti prožívají své přemístění z jedné instituce do druhé. Pojem prožívání jsme ve shodě s Nakonečným (2003) definovali jako proces, během kterého člověk přijímá a zpracovává informace (poznávání), hodnotí je (cítění) a následně je vnitřně puzeň k akci v rovině behaviorální (chtění, motivace). Prožívání je přímo vázáno na potřeby jedince a motivuje ho k udržení vnitřního stavu osobnosti (Nakonečný, 2014). V rámci prožívání se tedy budeme zaměřovat na složku poznávací, na jejich cítění a motivační. Uvědomujeme si, že prožívání u ohrožených dětí může být ovlivněno řadou aspektů. Zajímalo nás, jakým způsobem děti prožívají své přemístění, zda je pro ně zdrojem stresu a napětí, které mohou vést až k traumatizaci a ohrožovat jejich zdravý vývoj.

METODIKA

VÝZKUMNÝ DESIGN

Pro účely výzkumu byla zvolena kvalitativní strategie. Vzhledem k tomu, že cílem výzkumu bylo hloubkově porozumět subjektivnímu prožívání informantů, jako techniky byly zvoleny polo strukturovaný rozhovor, pozorování a obsahová analýza dokumentů – mezi ně patřila spisová dokumentace dítěte (zprávy s rozhovorů s dítětem, denní záznamy vychovatelů o dítěti, psychologické zprávy aj.). Součástí použitých technik byla rovněž práce s tabulkou pocitů. Výzkumný soubor tvořilo 9 dětí (7 dívek a 2 chlapci) ve věku 11 - 17 let umístěných v ZDVOP, které byly informovány o tom, že mají být přemístěny do DD. Ty byly vybrány prostřednictvím záměrného výběru z 3 ZDVOP. Kritériem výběru byl věk dětí 11 – 18 let, jejich umístění v ZDVOP, dítě muselo být informováno, že má být přemístěno do DD a posledním kritériem byl souhlas ředitele zařízení i samotných oslovených dětí. S ohledem na účely výzkumu a na kognitivní vývoj dětí byla stanovena věková hranice na období dospívání s minimálním věkem 11 let. Důležité bylo, aby informanti byli schopni číst s porozuměním obsah tabulky s výčtem emocí. Délka pobytu dětí v zařízení byla různá, nejkratší trvala 27 dní, nejdéle to bylo 6 let. Důvody umístění dětí v ZDVOP svědčily o tom, že tyto děti patří mezi ohroženou skupinu. Jejich konkrétní charakteristiky uvádí následující tabulka č. 1:

Tabulka 1: Charakteristiky výzkumného souboru

Konverzační partner	Pohlaví	Věk	Délka pobytu v ZDVOP	Důvod umístění
R1	dívka	14	2 pobyty během 1 roku v celkové délce 8 měsíců	Bytové důvody, zanedbávání péče, syndrom CAN
R2	dívka	15	6 let	Bytové důvody, zanedbávání péče
R3	chlapec	16	2,5 let	Syndrom CAN
R4	dívka	16	2 roky	Syndrom CAN v biologické rodině a následně i v NRP
R5	dívka	15	1,5 měsíce	Bytové důvody, zanedbávání péče
R6	dívka	16	27 dnů	Bytové důvody, zanedbávání péče
R7	dívka	11	1,5 měsíce	Bytové důvody, zanedbávání péče, závislost rodiče
R8	dívka	17	1,5 roku	Úmrtí rodiče, druhý rodič zanedbával péči o dceru a následně o ni odmítl pečovat
R9	chlapec	13	2 pobyty v rozmezí 1 měsíce v celkové délce 1,5 roku	Syndrom CAN v biologické rodině, navrácen z NRP z důvodu nezvládnutí péče o dítě

Zdroj: vlastní

Obsah rozhovorů a výsledky pozorování a analýzy dokumentů byly písemně zaznamenány a následně byly analyzovány prostřednictvím kombinace otevřeného a axiálního kódování. V rámci výzkumu, který byl realizován v roce 2018, byl kladen značný důraz na jeho etické aspekty. Reflekovali jsme skutečnost, že zkoumané děti se nalézají v náročné životní situaci a že odhalování svých niterních prožitků by u nich mohlo docházet k nepříjemným stavům. Proto byl kladen důraz na anonymizaci a zkoumaným dětem byla dána co největší možná míra svobody a kontroly nad celým procesem. Přestože mohly kdykoliv svůj souhlas se zařazením do výzkumu odvolat, neučinily to.

CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkum byl zaměřen na zodpovězení hlavní výzkumné otázky (dále HVO): *Jak děti umístěné v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc prožívají, že mají být přemístěny do dětského domova? Abychom prozkoumali celý rámec ovlivňující prožívání těchto dětí, vycházíme z jednotlivých složek prožívání. Prožívání tvoří poznávací procesy, citění s emocionálními procesy a motivace. Právě těmito složkám odpovídají i 3 dílčí výzkumné otázky (dále DVO):*

DVO 1: *Jak děti kognitivně prožívají svůj život v ZDVOP a přemístění do DD?*

DVO 2: *Jak děti emočně prožívají svůj život v ZDVOP a přemístění do DD?*

DVO 3: *Jaké jsou motivace dětí, které mají být přemístěny do DD?*

V následující kapitole předkládáme empirická zjištění. Pro přehlednost je strukturujeme dle jednotlivých DVO a v závěru pak přinášíme odpověď na HVO.

VÝSLEDKY A DISKUSE

JAK DĚTI KOGNITIVNĚ PROŽÍVAJÍ SVŮJ ŽIVOT V ZDVOP A PŘEMÍSTĚNÍ DO DD?

Z analýzy vyplynulo, že všichni informanti kognitivně prožívají svůj život v ZDVOP pozitivně. Vnímají zařízení v souladu s jeho vymezením a oceňují poskytovanou ochranu a pomoc: *„Řekla bych, že je to tu bezva. Že tu máš svojí tetu, svůj pokoj, můžeš chodit ven. Je to jako doma. Není to žádný ústav. Sou tu všichni hodný.“* (R2). Informanti zároveň prožívají zařízení jako svůj domov. Z jejich výpovědí je zřejmé, že v něm našli útočiště a podporu, kterých se jim dříve nedostávalo. Výhradně pozitivně informanti vnímali vztahy s personálem. *„Jakoby, nedá se nahradit máma, ale teta (jméno vychovatelky) mi ji nahrazuje. Že mi pomáhá prostě...“* (R6). Někteří uváděli, že jim vychovatelka nahrazuje matku, což je ve shodě s Bowlbyho (2010) teorií citové vazby, která uvádí, že nezastupitelnou vztahovou osobou nemusí být vždy matka. Vrtbovská (2010) v rámci teorie citové vazby dodává, že člověk má vrozenou schopnost zažívat příjemné a uklidňující zkušenosti jako hodnotné a významné a vytvořit si k jejich zdroji dlouhodobý pevný vztah. Tak je tomu i u ohrožených dětí v zařízení vůči jejich vychovatelům nebo

dalšímu personálu. Vrstevnické vztahy s dalšími dětmi navázané v zařízení byly pro většinu konverzačních partnerů rovněž velmi důležité.

Zkoumané děti kognitivně prožívaly mnoho ztrát, kterým budou přemístěním do DD čelit. Přínosy, které zařízení konverzačním partnerům nabízelo, se tak zároveň promítly do ztrát, jaké očekávali v souvislosti s přemístěním do DD. Všichni informanti jako hlavní důvody, proč se nechtějí stěhovat do DD, uváděli právě pevné vazby k pracovníkům, kterým důvěřují. A vrstevnické vztahy s přáteli. Většina informantů jednoznačně odmítala přemístění. R4 sdělil: „*Hrozný, nechci pryč odsud. Nechci tam být. Chci, aby se to nemuselo stát. To je jasný, že chci být tady. Je to tu jako doma. Je to domov. Mám tu tetu.*“ V podobném duchu hovoří i R2: „*Nechci pryč. Protože jsem tady od sedmi let, a musím si zase zvykat na jiné lidi, budu si zase muset zvykat na ty pravidla, co sou tam. A nebude tam – a nebude tam prostě teta (uvedeno jméno vychovatelky).*“ Gjuričová a Kubička (2009) vysvětlují, že bytostná ztráta není určována jen předmětem nebo obsahem, ale především významem, jaký mu přiřkládáme. A je zřejmé, že všichni informanti svému životu v zařízení přiřkládají výrazný pozitivní význam a hodnotu. Přemístění do dětského domova prožívali jako nepřínosné, vzbuzuje u nich vidinu zátěže a ztrát. Na kognitivní rovině tedy informanti přemístění do DD odmítají a kritizují ho.

JAK DĚTI EMOČNĚ PROŽÍVAJÍ SVŮJ ŽIVOT V ZDVOP A PŘEMÍSTĚNÍ DO DD?

Děťští informanti shodně uváděli, že prožívají svůj život v zařízení pozitivně. Popisovali emoce jako radost, spokojenost, bezstarostnost a úleva. „*Sem tu fakt ráda. Mám se tady fakt příjemně. Sou tu na mě hodný.*“ (R5). Nepříjemné emoce se povětšinou vztahovaly k rodinné situaci, ke vzpomínkám na počáteční zvykání si na umístění v zařízení, nebo na situační konflikty s personálem. O jednom z nich hovořila R4: „*Byla tu teta, který sem hodně věcí řekla. Protože sem jí věřila. Dělal to ze sebe. No, a pak mi nevěřila, že sem neutratila kapesný, který nám maj dávat. Za cigarety. Jenom proto, že se dověděla, že kouřím. Teda. A pak mi nedala kapesný, protože si myslela, že si za to koupim cigarety. To sem málem vylítla. Že si to myslela a já s tím nic nemohla.(...) Tak bylo. To bylo fakt nespravedlivý.*“ Důležitým faktorem pro pocit bezpečí a důvěry, které uváděli všichni informanti, byly navázané blízké vztahy k personálu, což souviselo s tím, že každé dítě prožívalo v zařízení velmi blízký vztah k vychovateli, či dalším členům personálu a svým vrstevníkům.

Analyzujeme-li emoce dětí spojené s představami o jejich stěhování do DD, dostáváme se k jejich negativnímu pólu. Většina informantů jednoznačně uvedla, že z představy stěhování do dětského domova neprožívá žádné pozitivní emoce a mají jej spojeno s úzkostí. „*Strašně. Že se to děje. Je mi to líto a smutno. Pořád bych brečela. Bojím se toho. (...) Mám to pořád, ty pocity. I když ležím v posteli. Nebo ve škole nevnímám, protože na to pořád myslím. Že oni maj všichni normální životy a já musím řešit tohle. Že nemůžu bejt ani tady doma*“ (R4). „*Vim, že s tím nic neudělám. A proto vim, že sem někde úplně tam vzadu (...) Mě to nebaví.*

Ten strach a úzkost.“ (R5) Na potenciální negativní dopady úzkosti upozorňuje Nakonečný (2000), podle kterého může vést ke stažení, k utlumení chování a psychické aktivity vůbec. Téměř všichni informanti prožívali přemístění do DD jako vysoce zátěžové, byli smutní a úzkostní. Cítili nad situací bezmoc. Tuto existenciální nejistotu, která může vyvérat právě z vytržení z bezpečného současného prostředí informantů, doprovázenou ztrátou vztahů a nejistým výhledem do budoucna, lze ve shodě s Nakonečným (2000) vnímat jako formu distresu, tedy míru stresu, jež je škodlivá lidskému zdraví. U několika zkoumaných dětí docházelo k selhávání adaptačních schopností organismu, které ústily v ohrožení zdraví a života, což je velmi varovné zjištění. Potvrzovalo se, že stresové vlivy z psychosociální oblasti mohou být stejně nebezpečné jako stresové vlivy ze sféry biologické (Honzák, 2017). K promítnutí emočních prožitků do tělesné roviny docházelo např. přes bolesti hlavy nebo žaludeční nevolnosti. Například R2 po informování o termínu přemístění zažívala střevní potíže a zvracela. „Bylo mi blbě v břiše. Že pak sem druhé den, no ve středu, sem zvracela.“ Zde se projevila psychosomatická provázanost, o níž hovoří Kastová (2010:19): „Úzkost prožíváme tělesně – trpí jí naše tělo“. Pochopitelně v našem výzkumu se projevilo rovněž její promítnutí do psychické roviny. U některých konverzačních partnerů byly zaznamenány depresivní symptomy, silné úzkosti, nebo i myšlenky na sebevraždu. „Prostě úzkost. Úzkost nás tlačí do takovejch věcí, co nevíte sama, co máte dělat. Já se cejtim... Já to řeknu. Pravdu. Jako kdybych si chtěla vzít život.“ (R6.) V podobném duchu hovořila v souvislosti se svým přemístěním do DD i R5: „Já bych radši umřela, než abych žila takovýhle život.“ Jak těžce někteří informanti chystaný přesun do DD prožívali, dokazuje skutečnost, že od chvíle, co se o této skutečnosti dozvěděli, trpěli řadou psychických i fyzických problémů, o čemž svědčily i psychologické záznamy dětí. Z nich např. vyplývá, že po informování o přemístění do DD se u R8 začaly rozvíjet vážné příznaky úzkosti a deprese, které si vyžádaly péči pedopsychiatra a nutnost užívání antidepresiv a anxiolytik. Děti rovněž hovořily o svých pocitech nesoustředěnosti a z nich plynoucího menšího zájmu o školu. A zhoršeném prospěchu, na což upozorňovali v denních záznamech vychovatelé. Zde spatřujeme v návaznosti na Nakonečného (2000) opět spojení s prožívanou úzkostí, která vede k blokování kognitivních mechanismů a následnému nižšímu výkonu.

JAKÉ JSOU MOTIVACE DĚTÍ, KTERÉ MAJÍ BÝT PŘEMÍSTĚNY DO DD?

Pro uvědomění si hodnoty a skutečné váhy jednotlivých motivů odkazujeme na základní potřeby člověka, od kterých se odvíjely motivace v prožívání informantů. Většina by si přála žít doma v biologické rodině. Avšak část z nich byla tak traumatizovaná, že tato potřeba v jejich vědomí nebyla přítomna, a namísto toho si zoufale přála (alespoň) nepřijít o současnou jistotu a zůstat ve stávajícím zařízení. Které, jak víme z 1. DVO o kognitivní složce prožívání, informanti prožívali jako svůj domov. Takto by vnímali ideální stav. „Mám tu svůj pokoj. Celý sme si ho vyzdobili, vybíral sem si i nábytek. Máme ho tu teď novejšej a hezkej a prostě dělal sem to sám s tetou. Zvyknul sem si tu. A mám blíž školu. Prostě už to tu mám jak doma.“ (R3) R8 na otázku, co by si přála, uvedla: „No, to by bylo zůstat tady, aby se nic neměnilo.“ R4 sdělila:

„Přála bych si, aby se tohle už nikdy nikomu nedělo. A aby tu děti mohly zůstat. Abych tu mohla zůstat. Aby to zas nebylo blbý jako dřív.“

S ohledem na reálné podmínky a situaci přemístění do DD byli informanti jednoznačně motivováni pro setrvání v současném zařízení. Nejdůležitějšími důvody byly navázané vztahy, známé prostředí, zachování školy, blízkost rodiny a poskytování pomoci od pracovníků zařízení, členů rodiny nebo širší sociální sítě (škola, vrstevníci). Všichni uváděli důležitost prožívané jistoty, bezpečí, pocitu, že někam patří a žijí v prostředí citově vřelém; tedy naplňování základních životních potřeb.

Prožívání procesu přemístění bylo mj. ovlivňováno motivy sociální podpory a pocitem kontroly. S vědomím prožitých traumat informantů je zřejmé, jak důležitý je pocit kontroly a respektování přirozeného tempa i potřeb dítěte (Levine, 2012). Všichni informanti shodně uvedli, že nad procesem přemístění neměli žádnou kontrolu. O názor většiny z nich se soud ani nezajímal. Větší polovina informantů byla starší 15 let a chtěla, aby jejich názor a přání patřičnou váhu. Navzdory tomu žádný z nich nemohl proces přemístění nijak ovlivnit. Konverzační partner R4 se dokonce nechal zastupovat právním zástupcem proti návrhu OSPOD na přemístění do DD. Na otázku, zda mohl situaci nějak ovlivnit, odpověděl: *„Ne. Vůbec. Snažila se mi pomoci i právníčka a (uvedeno jméno terapeutky). Bylo to strašný. Muset se bránit sama. Celý je to strašný. Bejt v tom jako dítě. Protože sociálku to nezajímá. Jako z ospodu. Chová se hnusně. Ble. Nesnáším jí. Neumim si představit, že s ní na nějakých návštěvách budu mluvit. Ale vůbec k ničemu to nebylo. To je na tom to strašný. Sem jako věc. Vůbec nic s tím nemůžu udělat. Sem pro ně jako vzduch. Nebo já nevim.“* Nakonečný (2000) vysvětluje, že pokud jedinec vnímá skutečnou nebo hrozící ztrátu kontroly nad svým prostředím, svět se mu jeví jako svazek stresorů, které vedou k zátěžím, deficitům a jedinec může propadnout zoufalství. Z předešlé DVO víme, že většina informantů tento pocit prožívala. Právě na nesvobodu dítěte, které je závislé na rozhodování dospělých o místě jeho pobytu, poukazují Matějček a Dytrych (2002). Ta vede k ohrožení dítěte dalšími stresovými faktory.

Většina informantů byla motivována pro udržení si blízkého citového vztahu surčitým pracovníkem zařízení. V příspěvku Bermána (In Urlic et al., 2013) nacházíme analogii termínem „blíženecká duše“ mezi pracovníkem a klientem. Tam může být výrazným léčebným faktorem, kdy pracovník klienta přijímá, podporuje ho, „kontejnuje²“ a stojí při něm. Právě o takové esenci podpory hovořili informanti. Byli tedy motivováni nepřijít o toto citové pouto a pomáhající vztah.

Celkově lze říci, že motivace konverzačních partnerů vycházely z jejich přání, potřeb a předešlých traumat a byla ovlivněna sociální podporou a pocitem kontroly. Hlavní motivy tvořila přání navrátit se domů nebo zůstat ve stávajícím zařízení.

2 Viz containment – jedná se o psychoanalytický pojem, jehož významem je obsáhnout, zvládnout či snést prožitky ega klienta (Lanyadoová, 2005).

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Systém sociálně právní ochrany dětí v České republice se odvíjí především od mezinárodní Úmluvy o právech dítěte (1989). Tato úmluva zcela zásadně změnila pohled na dítě a jeho osobní pohodu. Dle Navrátilové (2018) se díky této Úmluvě dítě dostalo do nového právního postavení, která jej činí autonomním vůči ostatním subjektům. Zároveň je podstatné, že vedle těchto práv se dítěti přiznaly potřeby, které se liší od potřeb dospělých. Autorka dále uvádí: *„Dikce jednotlivých ustanovení Úmluvy staví dítě a jeho nejlepší zájem do středu veškerého rozhodování, které se týká jeho života. Nejlepší zájem dítěte je tedy obecným principem prostupujícím celou Úmluvou (srov. čl. 3 Úmluvy) a všechny instituce, které jsou součástí péče o děti, jsou povinny svá rozhodnutí podřizovat zájmu dítěte.“* (Navrátilová, 2018:69). Jakým způsobem je stavěn do popředí zájem dítěte, které má být přemístěno ze ZDVOP do DD? Do jaké míry je mu přiznána autonomie v rámci rozhodování o jeho přemístění? Nakolik se přihlíží k jeho specifickým potřebám? I na tyto otázky reagovala tato stať. Ta byla zacílena na zodpovězení HVO: *Jak děti umístěné v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc prožívají, že mají být přemístěny do dětského domova?*

Pokud čtenář očekává, že empirická zjištění budou v souladu s dikcí Úmluvy o klíčové participativní roli dítěte, pak bude patrně zklamán. Výzkum ukázal, že děti ocitající se v systému péče o ohrožené děti prožívají svou situaci jako náročnou, jež ohrožuje jejich osobní pohodu (well-being) a odolnost tváří v tvář nepříznivým skutečnostem. Rovněž se ukázalo, že *v souvislosti s jejich přemístováním po několikaměsíčním (či několikaletém) pobytu v konkrétním zařízení není kladen důraz na jejich individuální potřeby a přání.* Je nepochybné, že všichni informanti svému životu v zařízení přikládají výrazný pozitivní význam s příjemnými prožitky. Děti navzdory různému věku a délce pobytu v ZDVOP přemístění do dětského domova odmítají. Prožívají ho jako vysoce zátěžové až ohrožující jejich zdraví a s negativním dopadem na jejich život.

Děti umístěné v ZDVOP chápaly účel zařízení v souladu s právním vymezením, tedy že slouží k jakémusi dočasnému řešení jejich situace. Svůj život v zařízení prožívaly výhradně pozitivně, s pocity radosti, spokojenosti, klidu a úlevy. V zařízení nalézají podporu, pomoc a pozitivní citové vztahy, které se podílejí na prožívání jistoty a bezpečí. Všichni konverzační partneři shodně sdělili, že zařízení vnímají jako svůj domov a k některým vychovatelům navázali důvěrný vztah. Některé děti dokonce prožívají, že jim vychovatelka nahrazuje matku. Nelze se divit, že přemístění do DD vnímají jako „ztrátu domova“. Jak pojetí domova s přibývajícím věkem zesiluje na významu, popisují Matějček s Dytrychem (2002). Dodávají, že narušení tohoto pojetí může být s postupujícím věkem dítěte náročnější, a svým způsobem tedy i nebezpečnější.

Pohled na důvody umístění našich informantů do ZDVOP (viz tabulka č. 1) naznačuje, že jejich minulost byla poznamenána negativními okolnostmi, které vycházely (a vycházejí)

z rodinné situace, nebo se odvíjejí od vzpomínek, jak pro děti bylo těžké ocitnout se mimo rodinu a zvyknout si na život v zařízení. Je zřejmé, že samotné umístění dítěte mimo rodinu a události, které tomuto předcházely, mohou nést prožitky traumatické zkušenosti. Ve spojení se současnými pozitivními prožitky dětí v zařízení a významem pomoci představuje ZDVOP místo pro zotavování dětí z předešlých traumat.

Když se přiblížíme k samotnému faktu přemístění, pro všechny děti bylo zásadní, že DD představuje jiné prostředí, než na které jsou nyní zvyklé. A že v něm bude žít více dětí, čehož se naši informanti obávali. Přemístění do dětského domova prožívají jako vysoce zátěžové. Vystavuje je mnoha ztrátám, a to ztrátě citového pouta blízkých vztahů k pracovníkům, kterým důvěřují, a vztahům s přáteli. Přitom se citová vazba projevuje silnou tendencí vyhledávat blízkost a kontakt s druhým člověkem v zátěžových situacích (Bowlby, 2010), což dětem jejich přemístěním bude znemožněno. Dalšími ztrátami jsou změna školy a odloučení od rodiny. To vše jsou významné negativní faktory pro odmítavý postoj dětí k přemístění. Informanti prožívali smutek, strach, naštvaní a nejistotu. Jak těžko děti chystaný přesun do DD prožívají, podtrhuje fakt, že od chvíle, co se o této skutečnosti dozvěděly, některé z nich trpěly řadou psychických i fyzických problémů. U některých docházelo k selhávání adaptačních schopností organismu, byly u nich zaznamenány depresivní symptomy, silné úzkosti i myšlenky na sebevraždu. Cítily nad situací bezmoc. Naprostá většina dětí je jednoznačně motivována pro setrvání v současném zařízení a nepřeje si, aby si musela znovu zvykat na nové prostředí - a přijít tak o dosavadní vztahy a jistoty.

V rámci prožívání jsme zkoumali rovněž jejich touhy a motivace. Většina dětí si ve skutečnosti přeje žít zpět doma v biologické rodině. Jako závažné vnímáme, že někteří jedinci jsou tak rozsáhle traumatizováni, že toto přání u nich není přítomno. Namísto toho pouze chtějí nepřijít o současnou jistotu - přejí si zůstat ve stávajícím zařízení. Ochota k přemístění do DD se objevila pouze u jedince, jemuž by tento přesun zajistil přiblížení se rodině a někdejšími přáteli. Nicméně i tehdy pro něj změna prostředí představovala výrazný stres, nejistotu a negativní prožitky.

S vědomím prožitých traumat ohrožených dětí je zřejmé, jak důležitý je pro ně pocit kontroly a respektování potřeb. Kontrola je důležitým faktorem ovlivňujícím zvládnutí stresové situace. A však žádné z dětí kontrolu nad procesem přemístění neprožívalo, což je v přímém rozporu s pojetím Úmluvy o právech dítěte. Různé rozpětí lhůt, které určují délku pobytu dítěte v ZDVOP, je pro samotné děti matoucí. Stává se, že některý OSPOD s dětmi o přemístění nehovoří, nebo podává návrh na přemístění do DD výrazně dříve než jiný úřad. V dětech to podněcuje pocit nespravedlnosti a bezmoci. Děti tento postup nemohou ovlivnit a vzrůstají v nich tak negativní prožitky. O názor většiny z nich se soud ani nezajímal. A to ani tehdy, pokud byl jedinec starší 15 let, a tedy jeho názoru by měla být dána patřičná váha. Navzdory tomu všichni informanti prožívali, že proces přemístění nemohli jakkoli ovlivnit. Ani tehdy

ne, když se dospívající snažil svou životní situaci spoluurčovat a sám se před soudem bránil prostřednictvím přiděleného právního zástupce.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Základní doporučením je revize v zajištění náhradních forem péče i celkového systému sociálně právní ochrany dítěte, jež by je dala do souladu s Úmluvou o právech dítěte (1989). Klíčovou by měla být perspektiva dítěte - zajistit dodržování práva dětí aktivně se účastnit soudního řízení, vyjádřit svůj názor a zlepšit praxi, ve které budou zohledňována přání dětí při rozhodování o jejich dalším životě. Tím spíše u dětí dospívajících. Dle našich empirických zjištění by měly mnohem více přihlížet k přáním dětí. A to jak u dětí ve věku starších 15 let, tak i u dětí mladších, které formulují své potřeby, jež by jim demokratická společnost měla umožňovat naplňovat (pocit bezpečí, právo dochodit školy, na niž je jedinec zvyklý, udržovat kontakty s rodinou, apod.).

Je zřejmé, že ZDVOP plní pomáhající a ochrannou funkci a provozování těchto zařízení klienti oceňují. Na základě našeho výzkumu lze usuzovat, že Nový občanský zákoník, s maximální délkou rozsudku o svěření dítěte do ZDVOP na dobu 6 měsíců, má pro umístěné děti, jejichž rodinnou situaci nelze vyřešit odchodem zpět domů nebo do náhradní rodinné péče, výlučně negativní dopad. Vystavuje je dalšímu traumatu z přemísťování mezi zařízeními, navzdory tomu, že v zařízení prospívají a jsou naplňovány jejich potřeby. Z výše uvedených důvodů se domníváme, že by k přemísťování dětí do DD docházet nemělo – anebo jen v krajních případech, přeje-li si to samo dítě.

Cílem tohoto doporučení je v návaznosti na Punovou (2012) zvyšovat odolnost (resilienci) dítěte a to prostřednictvím všech sociálně ekologických úrovní prostředí, v němž se pohybuje (včetně legislativní). Nelze pochybovat o tom, že klíčová je podpora fungování biologické rodiny dítěte. Nicméně ne vždy je tato rodina schopna plnit svou roli a pak je potřeba se zaměřit na prostředí náhradní rodinné výchovy. Naše empirická zjištění ukázala, že odolnost dětí pocházejících z mnohdy velmi deprivovaného rodinného prostředí, je značná. Dokázaly se adaptovat na nové prostředí ZDVOP, našly zde osoby, které jsou jim oporou. Nicméně jak výstižně uvádí terapeutka Ludmila Trapková (2018), tato odolnost má své hranice: *„Co nás nezabije, to nás posílí a děti hodně vydrží. Ale ne všechny a každé má limit, za kterým se jeho organismus začne bránit a stávkovat.“* Ukázalo se, že přemísťování dětí ze zařízení do dětského domova se pro naše zkoumané děti a dospívající stalo prubířským kamenem této odolnosti a sociální pracovníky i moc zákonodárnou a soudní staví před nelehký úkol změnit tuto složku systému sociálně právní ochrany dětí takovým způsobem, který by skutečně (nikoliv pouze proklamativně) dbal na jejich potřeby a přání.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BARVÍKOVÁ, J., PALONCYOVÁ, J. 2012. *Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc - umístování dětí, podmínky péče o děti, financování provozu* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí [15. 8. 2019]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1416932124.pdf>.
- [2] BERMAN, A. 2013. Posttraumatická ublíženost: Psychoanalytický pohled. In: URLIČ, I. et al. *Ublíženost, pomstychtivost a kultura odpouštění*. Praha: Prix Irene.
- [3] BOWLBY, J. 2010. *Vazba*. Praha: Portál.
- [4] GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. 2009. *Rodinná terapie*. Praha: Grada.
- [5] GABRIEL, Z., NOVÁK, T. 2008. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada.
- [6] *Hodnocení systému péče o ohrožené děti*, 2007. [online]. Praha: MV a MŠMT [20. 8. 2019]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/hodnoceni-systemu-pece-o-ohrozene-deti.aspx>.
- [7] HONZÁK, R. 2017. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad.
- [8] KASTOVÁ, V. 2010. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál.
- [9] KRATOCHVÍL, S. 2012. *Základy psychoterapie*. 6. vyd. Praha: Portál.
- [10] LANYADOOVÁ, M. 2005. Léčba duševního otřesu u dětí. In: LANYADOOVÁ, M. et al. *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Praha: Triton.
- [11] LEVINE, P. 2012. *Trauma očima dítěte*. Praha: Maitrea.
- [12] MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada.
- [13] MATĚJČEK, Z. 2009. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- [14] MULHEIR, G., BROWNE, K. et al. 2007. *Deinstitucionalizace a transformace služeb pro děti* [online]. University of Birmingham [14. 6. 20. 8. 2019]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/3269281-Deinstitucionalizace-a-transformace-sluzeb-pro-deti.html>.
- [15] NAKONEČNÝ, M. 2000. *Lidské emoce*. Praha: Academia.
- [16] NAKONEČNÝ, M. 2003. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia.
- [17] NAKONEČNÝ, M. 2014. *Motivace chování*. Praha: Triton.
- [18] *Národní strategie ochrany práv dětí, 2012* [online]. [20. 8. 2019]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14308>.
- [19] NAVRÁTILOVÁ, J. 2018. Využití capability přístupu při posouzení dětského well-beingu. *Sociální práce/Sociální práce*, 18(6), 65-77.
- [20] PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., ČELEDOVÁ, L. 2011. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- [21] PUNOVÁ, M. 2012. Resilience v sociální práci s rizikovou mládeží. *Sociální práce/Sociální práce*, 12(2), 90-103.
- [22] PUNOVÁ, M. 2015. Práce s mládeží v době nejisté. *Sociální pedagogika*, 3 (1), 70-84.
- [23] PREISS, M., VIZINOVÁ, D. 1999. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.

- [24] TRAPKOVÁ, L. 2018. Rodina není mýtus. [online]. [20. 8. 2019]. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/tema/rodina-neni-mytus.A181220_142640_pozice-tema_lube.
- [25] Úmluva o právech dítěte, 1989. [online]. New York: OSN [15. 8. 2019]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/aktualne/82292-umluva-o-pravech-ditete>.
- [26] VRTBOVSKÁ, P. 2010. *O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí. Attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Praha: Natama.
- [27] Zákon č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník.
- [28] Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.
- [29] Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

HOW CHILDREN PLACED IN FACILITIES FOR CHILDREN REQUIRING IMMEDIATE HELP VIEW MOVING INTO A CHILDREN'S HOME



ABSTRACT

This empirical essay focuses on answering the main research question: "How do children placed in a facility for children in need of immediate assistance experience being transferred to a children's home?" The terms social protection of children, facilities for children in need of immediate assistance, children's home, children in need and experiencing are defined. The research was carried out with 9 children aged 11-17 years out of 3 facilities that were to be transferred to a children's home. It was based on a qualitative strategy and used techniques of semi-structured interviews, observation and analysis of documents. Children have been shown to be at risk of being relocated from facilities requiring immediate assistance to orphanages, and this situation is so burdensome for them to have a significant negative impact on their lives (including physical and mental health).

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Monika Punová, Ph.D.
Masarykova univerzita
Katedra sociální politiky a sociální práce
Joštova 10
602 00 Brno
e-mail: punova@apps.fss.muni.cz

Mgr. Kateřina Vojtěchová, DiS.
ZDVOP Klokánek
Chabařovická 4
182 00 Praha 8
e-mail: katerina.vojtechova@fod.cz

KEYWORDS:

children's home, children in need, socially legal protection of children, facility for children in need of immediate assistance

PÉČE O LIDI S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU Z PERSPEKTIVY RODINNÝCH PEČUJÍCÍCH

MARTINA ŠPRYNAROVÁ
JANA GABRIELOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Předložený článek se zabývá problematikou péče o lidi s Alzheimerovou chorobou z perspektivy rodinných pečujících. V první části článku jsou teoreticky vymezené základní pojmy, jako je Alzheimerova choroba, rodinná péče a změny, které nastaly v životech rodinných pečujících v souvislosti s domácí péčí. Následně jsou prezentovány výstupy z výzkumného šetření. Cílem výzkumu bylo zodpovědět hlavní výzkumní otázku: „Jaké změny nastaly v životech pečujících v souvislosti s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí?“ Kvalitativní studie byla realizována prostřednictvím rozhovorů u 7 komunikačních partnerů – neformálních pečujících. Pečovatelé uváděli zhoršení jejich zdravotního stavu a problémy s únavou. Poukazovali na omezení volného času a ztrátu vlastních koníčků. V ekonomické oblasti necítili výraznější omezení. Článek vznikl jako výstup bakalářské práce studentky Vysoké školy polytechnické Jihlava Martynty Šprynarové.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Alzheimerova choroba, demence,
neformální péče, pečovatel

ÚVOD

Dle Českého statistického úřadu (2018) se průměrná délka života prodlužuje a do budoucna prodlužovat bude. Následkem toho dochází ke zvyšování podílu seniorů v celé populaci. Zvyšování podílu s sebou přináší mnohá rizika, jakými může být nedostatek institucionálních služeb, nedostatek peněz v důchodovém systému, menší podíl osob ve výdělečném období, větší výskyt chorob a další.

Ve spojitosti se stárnutím obyvatel se často objevuje i zhoršování zdravotního stavu seniorů. Za velké riziko u seniorů je považována demence. Nutno podotknout, že prevalence do budoucna, kterou udává Světová zdravotnická organizace je, že onemocnění demencí vzroste až trojnásobně (Zvěřová 2017). Za nejčastější typ demence je považována Alzheimerova choroba.

Můžeme předpokládat, že zvyšováním počtu seniorů nebude možné zajistit dostatek institucionálních služeb a míst, kde by byla zabezpečená péče o všechny osoby s Alzheimerovou chorobou. Z tohoto důvodu se čím dál více veřejnost začíná věnovat neformálním pečujícím a domácí péči.

V poslední době se termín neformální péče začíná opět objevovat v odborných literaturách. Vznikají podpůrné organizace pro neformální pečující. Pořádají se přednášky, které se zaměřují na sdělení základních informací o poskytování zdravotní péče, vysvětlení změn chování nemocného a psychické podpoře pečujícího. Je zde snaha odborníků o ukotvení neformální péče v zákoně a zajištění potřebné pomoci pečujícím i nemocným (Geissler a kol., 2015).

VYMEZENÍ POJMU ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba se objevuje v mozkové hemisféře, kde způsobuje progresivní odumírání nervových buněk. Vývoj nemoci závisí na zdravotním stavu člověka a celkových podmínkách, v průměru jde říci, že vývoj trvá 8 až 20 let. Alzheimerovu chorobu nelze přesně charakterizovat, má sice u každého podobné projevy či rysy, avšak příznaky jsou u každého z pacientů individuální (Callone, 2008).

Rozvoj nemoci je nenápadný až plíživý, zprvu se charakterizuje jako mírná kognitivní porucha poznávacích funkcí, kde hlavními příznaky jsou poruchy krátkodobé paměti. Časem se paměť poškozuje v celém rozsahu a ve všech složkách, následkem je amnestická dezorientace. Tento typ dezorientace můžeme popsat jako kompletní, jelikož daný člověk není schopen zapamatovat si něco nového. Ve vývoji Alzheimerovy choroby můžeme pozorovat snížení slovní zásoby, zapomínání pojmů, jmen, nepoznání objektů. Při postupu nemoci se připojuje porucha orientace v čase a prostoru (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Nemoc se považuje za čtvrtou až pátou nejčastější příčinu smrti a zároveň je i nejčastěji diagnostikovanou demencí, objevuje se v rozmezí 50–70 % případů. Ve mnoha případech však vůbec nedojde k diagnostikování, a proto má nemoc vlastní přezdívku „tichá epidemie“. Nutno podotknout, že prevalence do budoucna, kterou udává Světová zdravotnická organizace (WHO) je, že onemocnění demencí vzroste až trojnásobně. V tuto chvíli všemi druhy demence trpí 47,5 milionů lidí, podle předpovědi by tedy celkový počet měl být až 135 milionů do roku 2050. V České republice je nemoc diagnostikována ze dvou třetin u žen (Zvěřová, 2017).

Nejedná se pouze o zdravotní problém, ale i sociální, který se netýká jen samostatného pacienta, ale celé jeho rodiny až po dopad na celou společnost. Onemocnění je velmi závažné a finančně nákladné. Celospolečenské náklady v Evropě za odbornou péči za jeden rok přesáhly 50 miliard euro. Pokud se zaměříme na rodinnou péči, která zajišťuje největší objem péče o lidi s demencí, tak ta dosahuje 70 miliard euro (Holmerová, 2014).

RODINNÍ PEČUJÍCÍ

Neformální pečující jsou dlouho opomíjená skupina lidí, kteří se starají o své blízké. V minulosti bylo běžné starat se o rodinného příslušníka v domácím prostředí a nikdo včetně státu či veřejnosti tomu nedával větší pozornost. Změna současné doby, tradic, práce a péče však měla za následek rozmach neformálních pečovatелů a získala si oprávněnou pozornost. Jinými slovy je neformální pečující osoba, která nemá odborné vzdělání, nepracuje v žádné organizaci zabývající se péčí, a přesto péči poskytuje. V nejčastějších případech se neformálním pečujícím stává někdo z rodiny – blízký příbuzný. Může se jednat o manželku, manžela, děti, rodiče, snachu či partnera. V tomto případě se jedná o rodinné pečující (Slámová a kol., 2018). Avšak neformálním pečovatelem může být i osoba, která není v oblasti poskytování péče laik, má potřebné vzdělání a praxi. Pro příklad můžeme uvést zdravotní sestru či školeného pečovatele (Truhlářová, 2015), což ho však dle Hubikové (2017) nečiní z hlediska řady rizik a ohrožení plynoucích z poskytování dlouhodobé péče méně zranitelným.

Odlišná definice říká, že neformální pečovatel je osoba, která je uvedena na úřadu práce v oznámení o poskytovateli pomoci a zároveň se péče o jinou osobu účastní (Slámová a kol., 2018).

Rodinná péče se zařazuje do sektoru dlouhodobé péče a má specifický znak, kterým je usazení péče v souboru komplikovaných vztahů a závazků. Rodinný pečující má emoční vazby k pečovanému, což je v péči největší výhodou. Z opačné strany s sebou „výhoda“ přináší rizika a ohrožení, jak ze strany pečujícího, tak ze strany příjemce péče (Hubiková, 2017).

ZMĚNY U NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH V SOUVISLOSTI S PÉČÍ

Za jednu z nejzákladnějších prováděných změn v rámci péče o nemocného se uvádí změna v oblasti bydlení. Tato změna se provádí v důsledku hlavního příznaku nemoci, kterým je dezorientace. Dům či byt by měl uskutečňovat podmínky bezpečného, avšak pohodlného bydlení pro nemocného. Je potřeba myslet na možnou sníženou pohyblivost, a proto je vhodné odstranění prahů a odstranění nábytku, který by mohl bránit v pohybu. Odstranění koberců jako prevence pádu, uspořádání bytu, aby si nemocný během přesunu do jiné místnosti mohl dát přestávku a odpočinout si. Chrániče na ostré rohy nábytku a nejlépe by měl být nábytek těžší, aby bylo možné se o něj při vstávání chytit. Nezbytným bodem při zhoršování nemoci je zábrana na schody a zabezpečení klik. Z důvodu, aby nedocházelo k nechtěnému odcházení nemocného z domu. Následně dostatečné osvětlení, odstranění nebezpečných předmětů a mnohé další (Hauke, 2017).

V důsledku péče je důležité změnit k nemocnému postoj, přejít z manželky na „matku či otce“, který se bude o nemocného starat. Ve vztahu proto vzniká nová rovnováha. Při změně rolí může dojít k vyššímu sblížení, silnější důvěře, nové sounáležitosti, upevnění dosavadního pouta. Závisí to však i na předchozím vztahu, který mezi sebou nemocný a rodinní pečující měli (Regnault, 2011). Rodinný pečující musí současně splňovat své předchozí role, což může být z časového hlediska a vyčerpání z pečování problematické. Dochází ke změnám rodinného fungování a možné krizi rodiny, jelikož se role společně s povinnostmi přesouvají na ostatní členy rodiny, či zůstávají nevykonávány (Kurucová, 2016).

Z ekonomického hlediska se objevuje ztráta zaměstnání, ztráta příjmu nemocného, zvyšování výdajů za léky, potřebné pomůcky a všeobecné zvýšení výdajů za poskytovanou péči (Hauke, 2017).

Jeřábek (2013) považuje odchod ze zaměstnání při dlouhodobém pečování jako riziko pro návrat na trh práce a v tomto důsledku zmiňuje snižování životní úrovně.

FINANČNÍ PODPORA NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH

Mnoho pečujících z důvodu pečování o svého blízkého odchází ze zaměstnání či pracují méně (např. zkrácený úvazek). Domácí péče také často přináší nové výdaje za léky, pomůcky či sociální služby. Finanční situace pečující rodiny se tak může zhoršit (Jak na péči?, 2015).

Stát se spolupodílí na nákladech, které dlouhodobé poskytování domácí péče rodinám přináší. Existuje několik dávek, jejichž účelem je finančně podpořit ty, kteří péči potřebují a ty, kteří péči poskytují. Cílem je pomoci jim zvládnout tuto náročnou situaci (Jak na péči?, 2015).

Základní finanční podporu pro neformální pečující tvoří příspěvek na péči, který je poskytován na základě Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění pomoci, která může být poskytována prostřednictvím sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnání základních životních potřeb osob (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

MATERIÁL A METODY

Hlavním cílem výzkumu bylo zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: „Jaké změny nastaly v životech pečujících v souvislosti s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí?“

Ke splnění hlavního cíle, byly stanoveny tři dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké důvody vedly rodinné pečující k rozhodnutí starat se o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí?

DVO2: Jaké změny nastaly u pečujících v ekonomické oblasti?

DVO3: Jaké změny nastaly u pečujících v sociální oblasti?

Výzkum spočíval v používání kvalitativních výzkumných metod a technik. Technika sběru dat probíhala pomocí polo-strukturovaných rozhovorů. Sběr dat byl realizován během března 2019. Rozhovory byly vedeny jednou z autorek článku, nahrávány na diktafon a doslova přepsány. Při analýze transkripce rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování (Švaříček a kol., 2014). Přepsané rozhovory byly rozděleny na analytické jednotky (slova, věty, slovní spojení). K jednotlivým segmentům byly přiřazeny kódy. Otevřené kódování probíhalo metodou „tužka a papír“. Kódy byly seskupeny podle podobnosti a vnitřních souvislostí do tříd, kategorií a podkategorií.

Výběr výzkumného souboru byl realizován metodou sněhové koule. Ve výzkumu byla stanovena tato kritéria pro výběr komunikačních partnerů: muselo jít o rodinné pečující, kteří se starají o osobu s Alzheimerovou chorobou déle než 3 měsíce a kteří podepsali informovaný souhlas s účastí na daném výzkumu.

Výzkumu se zúčastnilo 7 rodinných pečovatelů – komunikačních partnerů. Všem komunikačním partnerům byla zaručena anonymita, proto v textu budou zmiňováni jako KP 1–7. Pro lepší orientaci je vytvořena tabulka číslo 1, která poskytuje detailnější informace o výzkumném souboru.

Výběr komunikačních partnerů byl ukončen, když došlo k teoretické saturaci (Miovský, 2006; Reichel, 2009).

Tabulka 1: Socio-demografické údaje o komunikačních partnerech

Komunikační partneři	Délka péče	Pohlaví
KP 1	10 let	žena
KP 2	7 let	žena
KP 3	2 roky	žena
KP 4	1,5 roku	žena
KP 5	3 roky	muž
KP 6	3 měsíce	žena
KP 7	6 let	žena

(zdroj: Šprynarová, 2019)

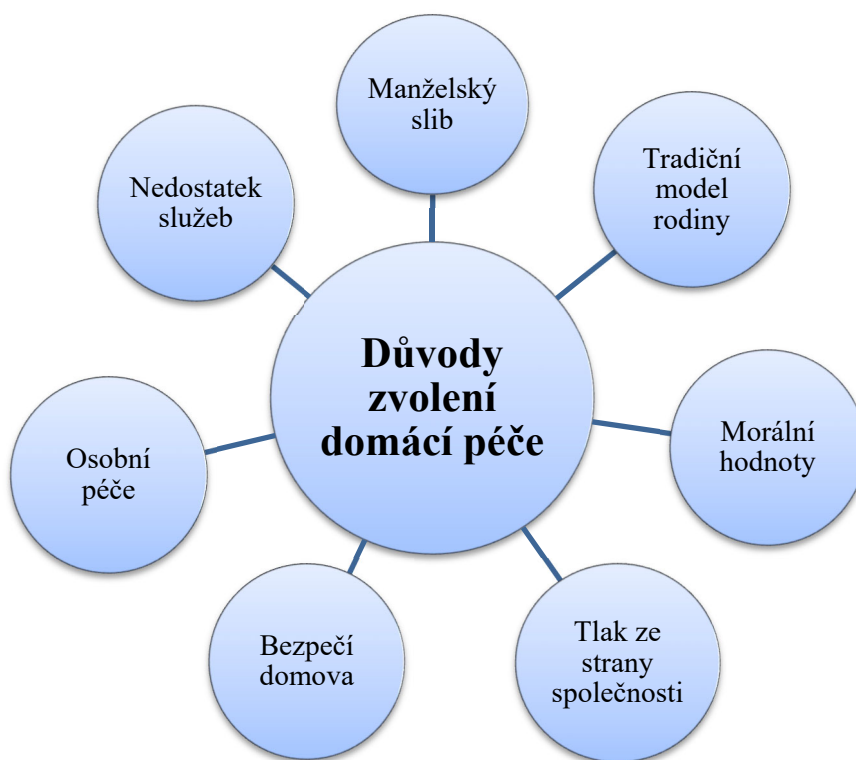
VÝSLEDKY A DISKUSE

V této části jsou prezentovány a diskutovány výsledky výzkumu, jehož předmětem bylo zjistit a popsat změny, které nastaly v životech pečujících v souvislosti s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Je strukturována podle dílčích výzkumných otázek. Stanovily jsme si tři dílčí výzkumné otázky (DVO).

DVO1: JAKÉ DŮVODY VEDLY RODINNÉ PEČUJÍCÍ K ROZHODNUTÍ STARAT SE O OSOBU S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ?

V první výzkumné otázce jsme se zaměřily, na zjištění toho, co vlastně vede neformální pečující k rozhodnutí starat se o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Domníváme se, že motivace k péči ovlivňuje celou řadu dalších faktorů, jako je úroveň poskytování péče, schopnost adaptovat se na vzniklé změny ve spojitosti s péčí, odolnost vůči stresu a vztah pečované osobě.

Schéma 1: Důvody zvolení domácí péče (zdroj: Šprynarová, 2019)



Komunikační partneři poukazovali na rozličné důvody, které je vedly k tomu stát se neformálním pečujícím. KP 1 uvedl: „Je to manžel, to tak vyplývá z té rodiny.“ S tímto výrokem se z části ztotožňuje i KP 5, který odpověděl: „Protože mi to připadalo správný, postarat se o rodiče a zajistit, aby si co nejdéle žili doma.“ KP 7 udává, že „každému člověku je nejlépe v domácím prostředí, proto takové rozhodnutí“. S jinou motivací přišel KP 4: „Jsme se tak nějak s babičkou domlouvali, že to dáme. Prostě mu pomůžeme, dokud budeme mít síly a dokud to půjde.“

Z opačné strany, však nalezneme i odpovědi, které již nezní zcela dobrovolně a rozhodnutí stát se neformálním pečujícím již bylo ovlivněno dalšími vlivy. KP 2 zmiňuje, že v době, kdy pečoval, tak nebyl dostatek institucionálních služeb, kam by nemocného mohl umístit. Dle našeho názoru je tato skutečnost ovlivněna faktem, že péče probíhala před 14 lety, kdy opravdu nebyl dostatek pobytových zařízení. „Tenkrát ještě nebyly tady ty takový...ty léčebny. Když jsem to řekla obvodní lékařce, že mně ho nevezmou do domova důchodců, tak jsme ho měli doma no.“ K tomuto výroku se přiklání i KP 3, který se po získaných informacích a zkušenostech od svých blízkých, raději rozhodl pro domácí péči. „Měli jsme případy od příbuzných, kde byli lidi v LDN (léčebně dlouhodobě nemocných) a že to prostě nebylo dobrý.“

KP 6 jako jediná zmiňuje i tlak ze strany společnosti a rodiny. „*Bylo mi to blbý jako, každý mi říkal, to nemůžeš, musíš se o ni starat, tam ona být nemůže.*“

První výzkumná otázka zjišťovala, jaké důvody vedly rodinné pečující k rozhodnutí starat se o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Domníváme se, že to, zda je péče dobrovolná či nedobrovolná ovlivňuje úroveň poskytované péče. Z výpovědí je patrné, že každý KP měl jiný důvod, který ho vedl k danému rozhodnutí. Lze říci, že 5 komunikačních partnerů se rozhodlo spíše dobrovolně. Za své důvody k péči uvádějí: manželský slib, tradiční model rodiny, morální hodnoty, bezpečí domova a osobní péči. Na podobné motivy poukazuje i výzkum Bareše a kol. (2012, s. 100), podle kterých pečující osoby oceňují, že „mohou se svými blízkými trávit čas, zajistit jim domácí pohodlí a důstojnou péči“.

Zbylí komunikační partneři uvedli důvody, které již nezní zcela dobrovolně. Zmíněnými důvody byl nedostatek služeb a tlak ze strany společnosti. To potvrzuje výzkum Klímové Chaloupkové (2013), která upozorňuje, že rozhodnutí stát se neformálním pečujícím je ovlivněno více faktory. Za jeden z faktorů považuje potřebu pomoci. Ta zahrnuje špatný zdravotní stav nemocného či vysoký věk. Druhý z faktorů poukazuje na rodinné příslušníky a jejich ochotu, možnost a zdroje péči poskytovat. Do tohoto faktoru můžeme zařadit sociální normy, hodnoty, ekonomickou situaci pečovatelů a jejich zdravotní stav.

DVO2: JAKÉ ZMĚNY NASTALY U PEČUJÍCÍCH V EKONOMICKÉ OBLASTI?

Další výzkumná otázka se zaměřuje na to, jaké změny nastaly u pečujících v ekonomické oblasti ve spojitosti s péčí o nemocného. Otázky v rozhovoru se vztahovaly k nezbytnosti přizpůsobit domácí prostředí a k příspěvku na péči.

Z výpovědí je patrné, že všichni komunikační partneři považují ekonomickou situaci za zvladatelnou. Někteří z nich udávají, že je důležité se uskromnit, ale není to nic, co by pro ně bylo výrazně obtížnější. Odpovědi mohou být ovlivněny faktem, že většina komunikačních partnerů již měla svůj vlastní majetek, jako je dům či byt nebo měli určité finanční rezervy. Tuto myšlenku ve své výpovědi zmiňuje i KP 1 „*My jsme oba dělali v důchodu, on taky a zůstal ze dne na den doma. My jsme na tom nebyli tak špatně, byt byl koupený atd.*“

Z velmi podobného hlediska na to pohlíží i další z dotazovaných. „*Já jsem to zvládla, já nejsem náročná. On taky nebyl, oblečení měl no, a tak jídlo, tak jsme to nějak brali jako samozřejmost, tak nějak zvládali jsme to*“ (KP 2). S výpovědí se ztotožňuje i KP 5, který ekonomickou situaci vnímal jako rozumnou. „*Neříkám, že jsme si mohli vyskakovat jako, ale normální míra asi tak.*“

Odpovědi komunikačních partnerů na tuto otázku jsou velmi podobné, pouze KP 7 ve své odpovědi navíc zmínil i pomoc ze strany státu, kterým je příspěvek na péči. „*Tak, nebudeme si nalhávat, že z ekonomického hlediska je to náročnější, ale dá se to zvládnout. Zvýšení tohoto příspěvku by určitě nebylo od věci.*“

Ekonomická situace souvisí s nezbytností přizpůsobit prostředí, ve kterém rodinný pečovatel poskytuje péči o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Za nejčastěji zmiňovanou změnu byla uváděna koupě nové matrace. Matrace byla kupována kvalitnější a vyšší pro pohodlí nemocného. V několika případech komunikační partneři využívali zdravotní polohovací postel, která jim umožňovala lepší manipulaci s nemocným. „*Takhle to fungovalo a bylo to lepší s tou postelí, dalo se to zvednout, byla tam nějaká matrace proti proleženinám vyšší, a hlavně ta manipulace*“ (KP 5).

Za problematičtější oblast považovali koupelnu a toaletu. Do koupelny byla přidělována madla pro bezpečí nemocného a častěji využívána byla i židle, kde si nemocný mohl odpočinout. „*No do koupelny jsem dala madla, protiskluzové podložky, a co musím říct, že on strašně udržoval jako hygienu*“ (KP 2).

V rámci toalety se ve výpovědích objevoval problém, že je toaleta moc nízko a nemocný má pak problém se sám bez opory z toalety zvednout či opačně dosednout. Komunikační partneři tuto situaci řešili různými způsoby. Ať už využíváním gramofonu či koupí vyššího nástavce na toaletu. „*No, záchod, to jsme teda koupili vyšší, protože se třeba stalo, že šel na záchod a jak těžko dosedal vždycky, tak ho tady ulomil*“ (KP 4).

Při zaměření na mobilitu komunikační partneři udávali, že je důležité zabezpečení schodů a vchodových dveří. „*My máme záchod vedle těch dveří, co jsou ven a on otevře ty dveře ven a na schodech hledá záchod. Takže je nutný i v noci ho hlídat, zamykat a klíče schovávat.*“ (KP 1)

Nábytek bývá používán jako opora při chůzi pro nemocného. „*Bud' to jsem ji doprovodil, nebo na chodbě je kus zábradlí, nebo skříňky, kterých se mohla přidržit*“ (KP 5) Z druhé strany je z výpovědi patrné, že je potřeba, aby nemocný měl dost volného prostoru. „*No a potom vlastně když jako byl takový špatný, a tak...a ještě těžko se mu chodilo, tak jsme to jedno křeslo vyndali, aby tam jako měl víc místa, aby se teda mohl pohybovat*“ (KP 3).

Mezi další úpravu prostředí, lze zařadit dotyková světla, čidla, úpravu kuchyně, pomůcky pro usnadnění péče až po pohyblivý stoleček. KP 5 má zálibu ve tvoření, a proto si některé pomůcky vyrobil sám. „*Já jako jsem, dá se říct trošku kutil, baví mě něco vymýšlet tak, aby to jako bylo vhodné a dalo se to použít. A tohle bylo dobrý, že když přišly pečovatelky, že prostě mohlo se to posunout, odložit věci.*“

Při zaměření se na ekonomickou situaci neformálních pečujících ve spojitosti s péčí, byla do rozhovoru zařazena otázka, která se týkala příspěvku na péči.

Až na komunikačního partnera 2, všichni z dotazovaných přijímali příspěvek na péči. Příspěvek pobírali v různých stupních podle stavu nemocného. KP 2, příspěvek nevyužíval, z důvodu, že péče probíhala před 14 lety a dle jejích slov ještě neexistoval. „*Paní doktorka obvodní jako naše paní doktorka říkala, že nic takového není.*“ Přístup komunikačních partnerů k příspěvku na péči se však značně lišil.

Komunikační partneři 3 a 4 o příspěvek na péči původně nechtěli žádat. Udělali tak až po zhoršení zdravotního stavu nemocného a rad od okolí. „*Prvně jsem to nechtěla, pak babička říkala, že ne, že když jako teda sem doma a starám se tu o něj. Právě ještě na mě začala rodina, tak si o to zažádej, dyť se o něj staráš. Já jsem je nevezala kvůli penězům, já jsem je vzala, aby dožili v rodině, aby nemuseli jít do nějakého domova.*“ (KP 4)

KP 1 příspěvek na péči považuje jako doplňkový bonus, kdyby se ekonomická situace zhoršila. „*Já zatím to tak moc nevyužívám, ale samozřejmě mám zásoby, protože pokud ho nebudu zvládat otočit a převlíkat nebude už chodit, tak to budu muset řešit.*“

KP 5 a 7 ve svých výpovědích uvedli, že by bylo dobré, kdyby došlo ke zvýšení příspěvku na péči. „*Ty příspěvky jako nebyly úplně významný a ta péče v těch zařízeních je prostě drahá, a ještě by sem musel doplácet k jejímu důchodu.*“ (KP 5) „*Jak jsem již říkala předtím, nebylo by od věci zvýšení příspěvku ve všech stupních péče.*“ (KP 7)

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, jaké změny nastaly u pečujících v ekonomické oblasti. Zde nás výpovědi komunikačních partnerů velmi překvapily. Zmiňují, že je pro ně ekonomická stránka zvladatelná. Sdělili, že je potřeba se určitým způsobem uskromnit, ale nepovažují to za něco, co by je zatěžovalo. Toto zjištění je v rozporu s výzkumem Šimoníka (2015, s. 83), ve kterém dotázaní pečovatelé zmiňovali, že nejvíce je tíží finanční situace a že jim „*výše podpory stěží vystačí na zajištění základních potřeb osoby, o kterou pečují.* Naopak péči ještě často dotují ze svých úspor nebo na svůj úkor“.

DVO3: JAKÉ ZMĚNY NASTALY U PEČUJÍCÍCH V SOCIÁLNÍ OBLASTI?

Následující výzkumná otázka se věnovala zjištění, jaké konkrétní změny nastaly u pečujících v sociální oblasti. Do rozhovoru byly zařazeny otázky na volný čas neformálních pečujících, zda mají někoho, kdo jim s péčí pomáhá, jestli došlo ke změně vztahů s přáteli a rodinou.

Každý z nás potřebuje být v občasném kontaktu s dalšími lidmi, mít možnost odpočinout si a načerpat nové síly. To se týká i neformálních pečujících, kteří svůj volný čas věnují z velké části nemocnému. Z výpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že volný čas je

u neformálních pečujících velmi omezen. „No, já už jsem teď za ty roky tak nastavená, že já ho mám pořád nasazeného v hlavě, takže já ani moc nečtu, jelikož on nečte vůbec. Snažím se s ním hrát hodně karty, on už to nezvládne ani ty karty poznat. Tak já to třeba při něm vykládám, že se chytne, už se nechytne. Jediný, co je, když jsem a vím, že bude chvilku spát, tak jdu ven. Ven, jdu s košem, nakoupím a obejdu barák nebo, nebo jdu do parku, záleží, jak je.“ (KP 1)

S velmi podobným problémem se potýkal i KP 5. Ten volný čas sice nehodnotil problematicky, kromě výjimky, že se nikam nedostal, avšak měl problém s tím, že i když vykonával jiné věci, stále přemýšlel nad tím, co se děje doma. Domnívá se, že následkem péče se některé jeho výkony zhoršily.

„Volný čas ani bych neřekl, že to bylo problematický, teda kromě toho, že jsme se nedostali nikde daleko ven. Spíš jako na psychiku, co se děje ráno, jestli je v pořádku, co tady provede zase jo, takže spíš na tu hlavu.“

KP 6 se ve svém volném čase věnoval studiu angličtiny, které následně přerušil, jelikož mu na to nezbyvala potřebná energie ke studiu. „No to jsem potom byla strašně vděčná, když jsem měla chvilku volna sama pro sebe, ale stačilo mi, když jsem si jen mohla sednout v klidu. Byl to furt takový stres. Můj volný čas to byl, pouze když jsem jela domů, chodila jsem na angličtinu, ale nechala jsem toho. Neměla jsem žádnou šťávu na to se učit.“

S odlišným pohledem přišel KP 3, který svůj volný čas charakterizoval jako pobyt v kriminále. „Já jsem říkala, že je to, jak kdybych byla zavřená v kriminále.“

Ze získaných odpovědí lze říci, že je velmi náročné dostat se mimo domov a mít chvilku času sám pro sebe. KP 7 uvedl, že je to někdy i na úkor osobního života. „Tak péče ovlivnila to, že mám opravdu minimální dobu volného času a je to samozřejmě na úkor i osobního života, ale naštěstí mám kolem sebe rodinu, která mi vychází vstříc, a mohu si odpočinout a zbyde i čas na nějaký osobní život, i když je toho času poskromnu.“

Jednou z dalších otázek v rámci rozhovoru bylo zjišťováno, zda neformální pečující mají někoho, kdo jim s poskytováním péče pomáhá. Zde všichni komunikační partneři odpověděli nějakého člena rodiny, avšak ve výpovědích nalezneme i souseda a kamarády. Ve většině případů byly za osoby poskytující pomoc při péči považovány děti. „Dcera, že přišla. A syn. Ten ho chodil každý den koupat. Jako děti se staraly takhle, já bych ho nemohla vytáhnout do vany.“ (KP 2)

Objevily se zde však i odpovědi jako manžel, sestra, švagrová, soused či kamarádi. „S manželkou taky, pomáhala, někdy nakrmila, někdy já, třeba ona přišla z práce po 4 hodině, já jsem tam byl přes den a potom ještě večer.“ (KP 5)

Ze získaných výpovědí, lze konstatovat, že komunikační partneři změnu vztahů s přáteli vnímají dvěma pohledy.

Jeden z pohledů říká, že k žádným změnám v této oblasti nedošlo. Tuto domněnku potvrzuje KP 2. *„Oni přišli za ním jako popovídat si s ním, on měl takový dobrý přátele, příbuzný taky.“*

Z opačného hlediska na to pohlíží KP 1, který udává, že následkem nedostatku volného času přišli o několik přátel. *„No tak dost...dost...už to, že na ně nemáme tolik času, nemůžeme se navštěvovat, takže třeba zbyli nám tak jako možná tak 3 dobrý takový známý, s kterými jsme se vídali, kteří přijdou a on je pozná, tak s ním ještě jako promluví.“* V souvislosti s tímto výzkumným zjištěním považujeme za důležité zmínit, že i přes to, že otázka byla zaměřena na přátele rodinných pečujících, tak získané odpovědi se týkaly přátel nemocného.

KP 6 sděluje, že vztahy s přáteli byly ovlivněny tím, že se komunikační témata často schylovala k tématu Alzheimerova choroba. Sám přiznává, že to tak bylo z důvodu, že daným tématem žil. *„Já nevím, ale jo, co si pamatuji, tak jsem jednou byla na slezině ze školy, chodívali jsme do jedné restaurace a vím, že jsem tam tenkrát byla a ta spolužačka měla maminku s Alzheimerem na uzavřeném oddělení, tak jsme si o tom povídaly. To bylo téma. Bylo to, čím já jsem zrovna žila. Když jsem se s někým setkala, tak jsme to řešili nějak. Vždy někdo znal někoho, nějaký případ.“*

Dle výpovědí můžeme říci, že změna vztahů s přáteli je u každého z komunikačních partnerů pocítována individuálně, avšak velmi často bývá propojována s omezením volného času.

Rozhovor byl zaměřen i na oblast vztahů v rodině. Otázky byly směřovány na to, zda každodenní péče nějakým způsobem změnila vztahy neformálních pečujících v rodině. Zde všichni komunikační partneři odpověděli, že nedošlo k žádným změnám. To je v rozporu s výsledky výzkumu Kotrusové, Dobiášové a Hošťálkové (2013), podle kterých se náročnost péče velmi často promítá do vztahových problémů v partnerství či manželství pečovatelů a v některých případech vysoká zátěž pečující osoby vede až k rozpadu partnerských/manželských vztahů. Tyto poznatky potvrzují i účastníci výzkumu Geisslerové a kol. (2015). Podle jejich zkušeností mnohé rodinné vztahy dlouhodobou zátěží nevydržely a docházelo k rozkolům v rodině a rozvodům.

Naopak většina komunikačních partnerů uvedla, že tato zkušenost jejich vztahy v rodině ještě více upevnila. *„Nemoc tohoto typu nás jako rodinu ještě více semkla dohromady a snažíme si navzájem pomáhat a vycházet vstříc. Bez pomoci rodiny bych tuto péči úplně sama asi nezvládla.“* (KP 7)

Třetí výzkumná otázka se věnovala konkrétním změnám, které nastaly u neformálních pečujících v sociální oblasti. Zde je za nejvíce problémovou oblast považován volný čas. Na základě výpovědí komunikačních partnerů lze říci, že volný čas je značně omezen. Komunikační partneři udávali, že mají málo času na odpočinek, svoje zájmy a nějaká dovolená nepřichází v úvahu. I když měli případně nějaký volný čas, stejně v hlavě přemýšleli nad tím, co se děje doma s nemocným a nemohli se soustředit na ten správný odpočinek. I podle Kotrusové, Dobiášové a Hošťálkové (2013) řada pečujících osob v rámci poskytování nejlepší možné péče předřazuje potřeby opečovávané osoby svým vlastním, upozaduje osobní pohodu a přizpůsobuje opečovávanému veškerý čas. Nedostatek času na uspokojování vlastních potřeb může vést u některých jedinců, zejména v případě, kdy je pečující sám, bez zázemí širší rodiny, až k sociální izolaci a vyloučení.

ZÁVĚR

Z výsledků výzkumu vyplývá, že je hodně změn, kterými si neformální pečující během poskytování péče prochází. V sociální oblasti bylo ze strany rodinných pečujících uváděno za největší komplikaci omezení jejich volného času. S tím souvisí taky ztráta vlastních koníčků, nemožnost odpočinku a změna vztahů s přáteli. Z ekonomického hlediska komunikační partneři necítili výraznější omezení. Motivace k rozhodnutí stát se neformálním pečujícím byla u většiny dobrovolná. Komunikační partnery k tomu vedly důvody jako je manželský slib, tradiční model rodiny, osobní péče, morální hodnoty a bezpečí domova. U dvou komunikačních partnerů byla motivace spíše nedobrovolná, kdy uvedli, že důvodem pro péči byl nedostatek institucionálních služeb a tlak od okolí.

Výzkum má několik limitů. Jedním z limitů výzkumu je ta skutečnost, že naše výsledky nelze z důvodu velikosti a složení výzkumného souboru zobecnit. Za další limit lze považovat nerovnoměrné rozložení výzkumného souboru z hlediska pohlaví. Výzkumný soubor byl tvořen šesti ženami a jedním mužem. Uvedená nerovnoměrnost je způsobena zejména tím, že neformálními pečovateli jsou převážně ženy, což potvrzuje i výzkum Šimoníka a kol. (2015). Domníváme se, že další výzkum by mohl být zaměřen na komparaci toho, jak péči o osobu s Alzheimerovou chorobou vnímají muži a ženy.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAREŠ, P. a kol. 2012. *Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy: Závěrečná zpráva projektu* [online]. [cit. 2020–02–12]. Dostupné z: http://ceses.cuni.cz/CESES-277-version1-analyza_potreb_a_nabidky_socia.pdf
- [2] CALLONE, P. R. 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2320-4.
- [3] Český statistický úřad. 2018. *Věková skladba obyvatel Česka se výrazně promění* [online]. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-skladba-obyvatel-ceska-se-vyrazne-promeni>
- [4] GEISLER, H. a kol. 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*.
- [5] HAUKE, M. 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.
- [6] HOLMEROVÁ, I. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- [7] HUBÍKOVÁ, O. 2017. *Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca. roč. 17, č. 6. ISSN 1213-6204. s. 5–21.
- [8] *Jak na péči? Příručka pro ty, kteří pečují doma o blízkého člověka*. 51 s.
- [9] JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [10] KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ J. 2013. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob* [online]. Praha. [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf?fbclid=IwAR3lu2QVKPE8tRyV8lmTC5snQI44OFCy3LJds_2R_kclY56gGcpN_YMhkdw
- [11] KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠTÁLKOVÁ, J. 2013. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. Fórum sociální politiky. roč. 7, č. 6. ISSN 1802-5854. s. 10–20.
- [12] KURUCOVÁ, R. 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5707-0.
- [13] MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- [14] REGNAULT, M. 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.
- [15] REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3006-6.
- [16] SLÁMOVÁ R. a kol. 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.

- [17] ŠIMONÍK, P. 2015. *Podpora neformálních pečovatелů: závěrečná zpráva z výzkumu* [online]. [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: http://dspace.soc.cas.cz/bitstream/handle/123456789/3494/OM_CSDA00167.pdf?sequence=1
- [18] ŠPRYNAROVÁ, M. 2019. *Péče o lidi s Alzheimerovou chorobou z perspektivy rodinných pečujících*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
- [19] ŠVAŘÍČEK, R. a kol. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-2620-644-6.
- [20] TRUHLÁŘOVÁ, Z. a kol. 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatелů*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-570-7.
- [21] *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast2>
- [22] ZVĚŘOVÁ, M. 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0561-8.

CARE OF PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILY CARERS



ABSTRACT

The article focuses on the care of people with Alzheimer's disease from the perspective of family carers. The first part of the article defines theoretically the basic concepts such as Alzheimer's disease, family care and the changes occurring in the lives of family carers in connection with home care. Subsequently, the outputs of the research are presented. The aim of the research was to answer the main research question: "What changes occurred in the lives of the carers in relation to the home care of a person with Alzheimer's disease?" The qualitative study was conducted through interviews with seven communication partners - informal carers. The carers reported worsening of their health and fatigue. They pointed out limited leisure time and the loss of their hobbies. They did not feel any significant constraints in the economic sphere. The article is based on the bachelor thesis written by Martina Šprynarová, a student of the College of Polytechnics Jihlava.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Martina Šprynarová
Život 99 – Jihlava, z.ú.
Žižkova 4897/98
586 01 Jihlava
e-mail: projekty@zivot99-jihlava.cz

Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: jana.gabrielova@vspj.cz

KEYWORDS:

Alzheimer's disease, dementia, informal caregiving, caregiver

INTERCULTURAL ASPECTS OF JUVENILES IN PRISONS



ABSTRACT

The aim of the research was to find out what are the intercultural aspects of juvenile convicts in selected prisons. With the help of quantitative research, where the sample was minors aged 15-19 and only male. The research was conducted during 2019. A total of 250 questionnaires were distributed to the respondents, 224 of which were correctly filled in (ie the return was 89.6%). The sample comprised a total of 224 respondents, which, in view of the juvenile prison capacity, meets the conditions of validity and reliability. The research was carried out in a questionnaire survey in pre-selected prisons for juvenile convicts. To verify the verification or falsification of predetermined hypotheses, a statistical packet evaluation was used in the chi-square test with 95% where it is at ($\alpha = 0.05$) reliability. Furthermore, Cramer's contingency coefficient was used to assess the dependence of two word variables on their tightness rate. The offer of health promotion is relatively the same in selected prisons, but it is not used equally by juvenile convicts. Insufficient education of juveniles convicted in the social area of drug addiction or risky sexual behavior and related healthy lifestyle.

JIŘÍ TŮMA

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

JANA NOVOTNÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

JIŘÍ HARTMAN

VĚZEŇSKÁ SLUŽBA ČESKÉ
REPUBLIKY

KEYWORDS:

juveniles, intercultural aspect, prison

INTRODUCTION

Values can be understood as theoretical constructs, occurring in a person's personality as a predisposition to a particular behavior (Kornatovska, 2017). The existence of values makes it possible to explain why some people are capable of large sacrifices, often at the cost of their own lives. On the other hand, there are people in the population who act primarily for their own benefits. Does it mean that they are characterized by the absence of significant living values, or is there any other explanation? The juvenile convicts, we deal with, have committed a criminal act in their past. We can see this as an expression of the value system of these people in their actions (Vegrichtova, 2017). However, this would probably be a major simplification. The issue of values is more complex, and the resulting human behavior is a synergy of many internal dispositions, features and elements of personality, of which values are only one component (Moravcova, Podana, Burianek, 2015). We believe that when considering values in society, it is always necessary to indicate to which community the values observed are related. Other attributes of the outer and inner world are significant for young individuals, different for older generations, similarly we encounter a different value orientation among individual societies claiming to other religions. They find themselves at an age when the value system is greatly shaped, depending on the development of an individual's identity (Shealy, 2016). Young people are often uncompromising if they deal with significant living values and a specific lifestyle. At a later age, however, we can see an increasing adaptation to the society in which the adolescent grows, integrates himself/herself (Hall, Jansky, Kabat, 2017). As a consequence of this development, the value orientation and the healthy value system of the individual is often changed.

METHODS

The survey was conducted using a questionnaire survey (the questionnaire had 30 questions) between 2019. The sample group was a target group of juvenile convicted men aged 15-19. For the purpose of the research, Prison Vsehrdy, Prison Pardubice and Prison Hermanice were deliberately chosen. Altogether, 250 questionnaires were distributed to respondents, of which 224 questionnaires were correctly filled (89.6% return). The sample was 224 respondents. The used quantitative research helped to obtain data that met the criteria of validity and reliability. Two statistical hypotheses were used to evaluate the chi-quadratic test ($\alpha = 0.05$), i.e. 95% reliability. The dependence of two verbal variables to measure tightness was verified by Cramer's contingency coefficient. During the research implementation the great emphasis was placed on research ethics.

RESULTS

Contingency table 1 is the calculation of relative values for juvenile prisoners who have attended or not attended hobby clubs in childhood and satisfaction with the offer in the prison. Calculated value of the test criterion $G = 1,480$. Critical value of chi-quadrant test criterion for significance level $\alpha = 0,05$ and 1 degree of freedom $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. The calculated value ($G < 3,841$) is less than the critical value. For this reason, a zero hypothesis was adopted and the alternative hypothesis was rejected (i.e. no statistically significant difference was found between the variables examined). Based on the H1 hypothesis, it can be argued that juvenile convicts who have attended hobby clubs in childhood are content with leisure time activities in prison as well as juvenile convicts who have not visited the hobby clubs in childhood. The value of the Cramer contingency coefficient is 0.00660714. The dependence is considered to be stronger when the coefficient value is closer to 1. It can therefore be said that this is a very weak association.

Table 1: Calculation of relative values for juvenile convicts who attended or did not attend clubs in childhood and satisfaction with the offer in the prison.

Respondents	Satisfied with offer	Not satisfied with offer	Total %
	%	%	
Attended clubs in childhood	64,4	35,6	100
Not attended clubs in childhood	54,5	45,5	100
Total	62,5	37,5	100

n=224

ContingencyTable 2 is the calculation of relative values for juvenile convicts who said that the values of the society are not superior to the individual's values. Calculated value of the test criterion $G = 13,417$. Critical value of chi-quadrant test criterion for significance level $\alpha = 0,05$ and 1 degree of freedom $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. The calculated value of the test criterion ($G > 3,841$) is greater than the critical value. For this reason, the zero hypothesis was rejected and the alternative hypothesis was accepted (i.e. a statistically significant difference between the variables examined). Moreover, as is evident from ContingencyTable 2, respondents were younger (15-17 years) who more often agreed that the values of society are not superior to the individual's values. Based on the H2 hypothesis, it can be argued that older (18-19 years) respondents agree as often as respondents younger (15-17 years) with the statement that society values are not superior to individual values. The value of the Cramer contingency coefficient is

0.05989732. The dependence is considered to be stronger when the coefficient value is closer to 1. It can therefore be said that this is a very weak association.

Table 2: Calculation of relative values for juvenile convicts who stated that the society values of society are not superior to individual values.

Respondents	Yes	No	Total %
	%	%	
Younger (15-17 years)	76,9	23,1	100
Older (18-19 years)	53,3	46,7	100
Total	64,3	35,7	100

n=224

DISCUSSION

The most frequentage group was 18 years (41.1%) of the respondents, the second most represented group was respondents aged 17 years (these respondents were in the research group (35.7%). Only (1,8%) of respondents were at the age of 15 years, (8.9%) of the respondents were at the age of 16. The average length of the prison stay for juvenile convicts was 10.2 months. The research found that the range of activities within the health promotion programs is quite diverse, it includes sport, hobby (board and table games, film club, gardening, etc.) but it also focuses on the financial literacy, legal awareness, communication and the development of social skills, i.e. areas that are important for successful integration into the society (Tumova, 2016) History is only available at the Vsehrdy Prison, but despite this wide offer, respondents are particularly interested in activities that give them a pleasant time - these are mainly board and table games, sports clubs, film club or reading workshop. At least the English class is attended (in Vsehrdy Prison, the attendance of this class is 1.8% of all activities used, in Hermanice Prison 2.5%, in Pardubice Prison 6.5%), financial literacy (this activity is represented from the total number of used activities in Vsehrd Prison y 1.8%, in Pardubice Prison 3.2% and in Hermanice Prison 7.7%) or communication and social skills, which in our opinion are very useful in the case of juveniles convicted (attendance at Vsehrdy 1, 8%, in Pardubice Prison 6.5% and in Hermanice Prison 9%). (62.5%) of respondents are satisfied with this offer. Although, the majority of respondents, there are not all of respondents and almost a quarter of the respondents (23.2%) are not „for sure“ satisfied with this offer. However, it may be considered a positive finding that 89.3% of respondents take part in some of the forms of therapy, even if it includes ergo therapy („sewing plush toys“) - it would certainly be more appropriate to mediate juvenile convicts to psychotherapy or therapy which is oriented, at least partially, on personal growth and psychotherapeutic work with the value system of an individual. The positive finding we can mention is also

that the majority (73.3%) of respondents is educated in the area of healthy lifestyle (i.e. in the prison is also promoted wellness concept) and that (78.5%) receive the socio-psychological counseling (Krejci et al., 2017). On the other hand, we found negative fact that (58.9%) of respondents are not trained in the area of drug addiction, although some respondents were drug addicts, and this area has not been further investigated; a high number of respondents can be considered at risk of this risky behavior (Stanciak, 2018), (60.7%) of respondents are also not trained in risky sexual behavior. However, if we compared the respondents' answers related to this research question according to the prisons in which the imprisonment of the respondents was executed, there were notable differences. The health promotion implemented in all prisons is not the same, it seems to be inadequate in terms of resocialization of these people, the leadership of convicted juveniles to a healthy lifestyle, and an insight what areas are important in an adult's life.

CONCLUSION

The health promotion offer is relatively the same in selected prisons, but it is not used by the juvenile convicts the same way. There is also insufficient education for juvenile convicts, education about drug addiction or risky sexual behavior and healthy lifestyle. Similarly, it would be advisable to map out the initial status of these persons, i.e. the values they acknowledge, the determinants involved in forming them, the way of behavior these people choose to proceed to achieve the goal associated with targeted value. Long-formed attitudes can be hardly changed (Machova, Kubatova, 2015). However, there is a fairly high degree of atonement for juvenile prisoners and their personality is evolving. Experts working with these individuals in prison can thus represent appropriate role models for reformation, they can enter into parenting roles and mitigate the deficits these people face. It is desirable to work on these situations, to teach them the examples of the consequences of a particular act, how each individual is responsible for his actions, and how to prevent problems in life (Fassin, Gomme, 2017). Desirable, therefore, would be a change, especially in the sense of greater focus on those areas that are important in terms of the optimal inclusion of these persons in society, with more use to be made of psychotherapeutic work with those convicted. In our opinion, the offer of activities to juvenile prisoners should reflect as much as possible the demands placed on them in adult life, outside the prison walls, i.e. juvenile convicts should attend primarily such activities as to promote healthy lifestyle and respect for the values of society.

REFERENCES

- [1] FASSIN, D., GOMME, R. 2017. *Prison words*. MA: Polity. p. 382. ISBN 978-1-5095-0755-9.
- [2] HALA, J., JANSKY, P., KABATOVA, G. 2017. *Imprisonment that considers the families of prisoners*. České Budějovice: ZSFJU. p. 120. ISBN 978-80-7394-628-9.
- [3] KORNATOVSKA, Z. 2017. The Impact of the intervention program of controlled movement activities on the health and quality of life of Children with a sensory disability. In: *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 3 (4). p. 136–145. ISSN 1804-7181.
- [4] KREJCI, M. et al. 2017. Role of wellness in the life of persons with disability. In: *Slovak Journal of sportscience*, 2 (2). p. 14–26. ISSN 2453-7659.
- [5] MACHOVA, J., KUBATOVA, D. 2015. *Education to the health*. 2.edition Prague: Grada. p. 312. ISBN 978-80-247-5351-5.
- [6] MORAVCOVA, E., PODANA, Z., BURIANEK, J. 2015. *Youth delinquents: trends and context*. Praha: Triton, p. 231. ISBN 978-80-7387-860-3.
- [7] SHEALY, C. N. 2016. *Making Sense of Beliefs and Values: Theory, Research and Practice*. New York: Springer. p. 710. ISBN 978-0-8261-0453-3.
- [8] STANCIAK, J. 2018. *Drugs, contemporary problem*. Uzhorod: RIK-U. p. 244. ISBN 978-617-7404-97-1.
- [9] TUMOVA, A. 2016. *Homelessness as an issue*. In: *Eniologof humans*. Breclav: Sovenio, no. 11, p. 22-24. ISSN 2336-4157.
- [10] VEGRICTHOVA, B. 2017. *Gang: in prison, on street and motorbiker's*. Praha: Grada. p. 181. ISBN 978-80-271-0377-5.

INTERKULTURNÍ ASPEKTY MLADISTVÝCH VE VĚZNICÍCH



ABSTRAKT

Cílem provedeného výzkumu bylo zjistit, jaké jsou interkulturní aspekty mladistvých odsouzených ve vybraných věznicích. Za pomoci kvantitativního výzkumu, kde výběrovým souborem byli mladiství 15-19 let, a to pouze mužského pohlaví. Výzkum probíhal v průběhu roku 2019. Celkově bylo respondentům rozdáno 250 dotazníků, z nichž bylo správně vyplněno 224 dotazníků (návrstnost byla tedy 89,6%). Výběrový soubor činil celkem 224 respondentů, což vzhledem k naplněnosti věznic mladistvými splňuje podmínky validity a reliability. Výzkum byl proveden v rámci dotazníkového šetření v předem vytipovaných věznicích pro mladistvé odsouzené. K ověření verifikace či falsifikace předem stanovených hypotéz bylo použito statistického baliku vyhodnocení v chi-kvadrát testu s 95%, kdy je na ($\alpha = 0,05$) spolehlivostí. Dále byl použit Cramerův kontingenční koeficient na posouzení závislosti dvou slovních proměnných na jejich míru těsnosti. Nabídka podpory zdraví je ve vybraných věznicích relativně stejná, není však mladistvými odsouzenými stejně využívána. Nedostatečná je také edukace mladistvých odsouzených v sociální oblasti drogové závislosti či rizikového sexuálního chování a navazujícího zdravého životního stylu.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Praha
Katedra sociální práce
Roháčova 1305/66
130 00 Praha 3 - Žižkov
e-mail: jirituma@centrum.cz

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 1556/16
586 01 Jihlava
e-mail: jananutna8@seznam.cz

Mgr. Jiří Hartman
Vězeňská služba České republiky
VŠ TVS PALESTRA
Katedra wellness
Slovačikova 400/1
197 00 Praha 9-Kbely
e-mail: jiri.hartman.jirkov@seznam.cz

KLÍČOVÁ SLOVA:

mladiství, interkulturní aspekt, vězení

ZKUŠENOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER S EVIDENCE BASED NURSING

MICHAELA ROSŮLKOVÁ
MARTIN KRAUSE
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

ABSTRAKT

Evidence Based Nursing neboli ošetřovatelství založené na důkazech je aktuálním tématem zasahujícím do ošetřovatelské praxe. V současné době je nutné, aby se profesionální úsudek a ošetřovatelská praxe opíraly o předložené důkazy. Na první pohled se může zdát, že získání důkazů v praxi je velmi jednoduché. Realita je často taková, že existuje rozdíl mezi nejlepším důkazem a praxí. Všeobecné sestry deklarují, že jsou nedostatečně připravované na využívání principů ošetřovatelství založeného na důkazech ve své ošetřovatelské praxi. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké mají všeobecné sestry zkušenosti s Evidence Based Nursing. Výzkum je realizován kvalitativní metodou. Pomocí nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru byly zjišťovány zkušenosti všeobecných sester s Evidence Based Nursing, způsob, jakým všeobecné sestry získávají nejnovější vědecké poznatky a zda je Evidence Based Nursing pro všeobecné sestry přínosné. Rozhovor byl zaměřen na všeobecné sestry pracující ve směnném provozu. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Respondenti jsou zaměstnání na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení nemocnice fakultního typu. Zjištěné údaje mohou pomoci všeobecným sestřám, vedení nemocnic i vzdělávacím institucím s implementací Evidence Based Nursing do ošetřovatelské praxe.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Evidence Based Nursing, ošetřovatelská praxe, ošetřovatelství, všeobecná sestra, výzkum v ošetřovatelství

ÚVOD

Pojem Evidence Based Nursing byl poprvé použit v 60. letech 20. století (Filická, 2013). Od té doby se jeho principy stále nepřetržitě vyvíjí. V současné době je kladen důraz na poskytování péče zaměřené na pacienta, která je založena na nejlepších dostupných důkazech pro zlepšení ošetrovatelské praxe (Zeleníková, Jarošová, 2013). Získání důkazů pro praxi je obtížné a mezi nejlepším důkazem a klinickou praxí často existuje rozdíl (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015). Všeobecné sestry nemusí být vždy připravované na využití Evidence Based Nursing ve své praxi (Zeleníková, Jarošová, 2013). Proto je nutné implementovat Evidence Based Nursing do klinické praxe kontinuálním vzděláváním všeobecných sester.

Evidence Based Nursing se odlišuje od standardního biomedicínského modelu. Všeobecná sestra během klinického rozhodování zvažuje efektivnost ošetrovatelské péče a mimo jiné i adekvátní výběr intervencí, přijatelnost ošetrovatelské péče pro pacienta a efektivnost nákladů. Poskytuje tedy ošetrovatelskou péči, která zohledňuje nejnovější důkazy, klinickou zkušenost a přání i potřeby pacienta (Friedlová, 2014).

Všeobecné sestry se často dotazují, kdo určuje to, jak je ošetrovatelství realizováno nebo proč jsou dané postupy prováděny určitým způsobem. Všeobecné sestry se jistě někdy zajímaly o to, jak by mohly změnit nebo ovlivnit způsob poskytování péče o pacienta. Nové důkazy přicházejí v úvahu každý den, jak v praxi u lůžka, tak i z důvodu změn v technologiích, výsledků výzkumu v ošetrovatelství a novým zdravotním problémům, se kterými pacienti přicházejí k ošetření. Všeobecné sestry, které spoléhají pouze na znalosti získané během svého vzdělání, s postupujícím časem poskytují ošetrovatelskou péči již překonanou (Godshall, 2016). Je důležité nalézt cestu mezi tradičními postupy a rychle se rozvíjejícími trendy v ošetrovatelství (Vytejšková et al., 2013). Evidence Based Nursing může být cestou, jak navrhnout změny ve způsobu péče o pacienty (Godshall, 2016).

Proces Evidence Based Nursing byl dříve popisován jako pětifázový, nejnovější publikace uvádějí sedm kroků, tedy rozšíření o další fáze tohoto procesu (Jarošová, Zeleníková, 2014). Kroky procesu Evidence Based Nursing jsou dotazování, formulace klinické otázky, vyhledávání nejlepších vědeckých důkazů, kritické hodnocení vědeckých důkazů, implementace vědeckých důkazů, evaluace a diseminace výsledků implementace. Před zahájením těchto kroků je důležité zaujmout kritický postoj k ošetrovatelské praxi. Bez kritického postoje, jak k Evidence Based Nursing, tak k výzkumu nemá ambice jakékoliv úsilí o změnu (Melnik, Fineout-Overholt, 2011).

METODY

Výzkumná část byla zpracována kvalitativní metodou výzkumu. Sběr dat byl zprostředkován technikou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru. Byly vytvořeny tři výzkumné cíle, ke každému z nich byla vytvořena jedna výzkumná otázka. Rozhovor byl zaměřený na všeobecné sestry pracující ve směnném provozu. Rozhovor obsahuje celkem 21 otevřených otázek. Nejdříve bylo osloveno vedení poskytovatele zdravotních služeb, kde se samotný výzkum uskutečnil. Respondenty byly všeobecné sestry pracující na standardním oddělení a jednotce intenzivní péče. Kritériem pro výběr respondentů byla minimální délka praxe v oboru pět let. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace, celkem bylo osloveno 6 respondentů (3 zaměstnání na standardním oddělení, 3 zaměstnání na jednotce intenzivní péče). Všichni respondenti poskytli ústní souhlas s provedením rozhovoru a se zpracováním získaných informací. Rozhovory byly nahrávané na diktafon a poté doslovně přepsány do programu Microsoft Office Word. Výsledky dat, získané na základě odpovědí jednotlivých respondentů, byly analyzovány a rozděleny do jednotlivých kategorií, následně byla ke každé kategorii vytvořena schémata.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Nejprve bylo zjišťováno, jakým způsobem získávají všeobecné sestry nejnovější vědecké poznatky. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastější zdroj nejnovějších vědeckých poznatků je pro respondenty účast na odborných konferencích, seminářích či školeních, také využívají internet. Z odborných časopisů respondenti uvedli Florence, Zdravotnictví a medicína, dále také odborná periodika zabývající se neurochirurgií a časopisy z psychologické oblasti. Ve Velké Británii vychází každé čtvrtletí časopis s názvem Evidence Based Nursing, který je velmi vhodným zdrojem nejnovějších výzkumů, ten ale respondenti nezmínili. Respondenti poskytují ošetrovatelskou péči podle znalostí získaných v průběhu studia nebo později po nástupu do zaměstnání. Cenné informace získali respondenti také od sestry školitelky. Friedlová (2014) uvádí, že předpokladem pro profesionálně poskytovanou ošetrovatelskou péči je dle vědeckých důkazů vytvořený standard a směrnice. Většina respondentů se účastní několika konferencí zabývajících se problematikou ošetrovatelství. Respondentka S2 uvedla „*Je to s podmínkou, že tam musíme přednášet jinak nás tam nepustí.*“ Poté ještě dodala, že takový přístup vedení, které vyžaduje přednášení na konferencích namísto pouhé účasti je spíše demotivující a pro některé z jejích kolegyně i stresující. Zájem o další možnosti sebevzdělávání pak kvůli této skutečnosti klesá. Toto zjištění je znepokojující, protože všeobecné sestry by mohly považovat přednášení na konferencích spíše jako motivaci od zaměstnavatele. Během výzkumu bylo zjištěno, že respondenti spíše nevyužívají a neznají názvy databází. S databázemi se setkali pouze během svého studia. Respondentka S5 uvedla „*Nečerpám, to vůbec nepoužívám.*“ Jediný respondent využívá databáze aktivně i po 11 letech ošetrovatelské praxe, což je pozitivní zjištění. Z databází respondenti

vyjmenovali PubMed, Medline a Embase. Marečková (2016) uvádí, že vyhledávací platforma Ovid zprostředkovává vyhledávání ve více než stovkách databází. Také uvádí především databáze využívané v anglicky mluvících zemích. Je důležité, aby o databázích měly všeobecné sestry v České republice povědomí (Marečková, 2016). Z českých databází lze uvést Českou národní bibliografii, Bibliographia Medica Českoslovaca a Bibliographia Medica Slovaca (Jarošová, Zeleníková, 2014). Znalost databází respondentů je znepokojující, protože znalosti všeobecných sester v této problematice by měly být vyšší. Respondent S4 uvedl „*dost často využívám takové jakoby souhrnné informace, které mají dost často nemocnice ve Spojených státech amerických a oni mají dobře vypracovaný veškerý informační materiál na vysoké úrovni.*“ Respondent S4 také dodal, že české ošetřovatelské časopisy jsou spíše souborem kazuistik než na vědecké bázi. Domníváme se, že pokud nemají všeobecné sestry přístup k databázím, je důležité vyhledávat jiné zdroje vědeckých poznatků. Výzkumem bylo zjištěno, že většina respondentů používala anglický jazyk především během svého studia nebo z důvodu cestování. Respondenti uvedli také německý jazyk. Jeden respondent anglický jazyk využívá aktivně, především za účelem porozumění výsledků výzkumu ošetřovatelství, což je pozitivní zjištění. Některé respondentky by navštěvovaly kurzy cizího jazyka, kdyby vedly ke zlepšení jejich ošetřovatelské praxe. Také by uvítaly, kdyby vedení pomohlo s financováním těchto kurzů. Další výzkumnou oblastí byly zkušenosti všeobecných sester s Evidence Based Nursing. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondenti nemají příliš zkušeností s Evidence Based Nursing, ale i přesto dokáží definovat pojem Evidence Based Nursing. Respondenti odpověděli, že se jedná o nejlepší výsledky výzkumu aplikované do klinické praxe. Pro respondenty, kteří nesprávně charakterizovali pojem Evidence Based Nursing je stěžejní dokumentace, která je důkazem v případě pochybení a nespojují si tento pojem s výzkumem v ošetřovatelství a hledáním nejlepšího důkazu pro ošetřovatelskou praxi, což je negativní zjištění. Naopak jeden respondent uvedl, že Evidence Based Nursing vychází z Evidence Based Medicine. Evidence Based Medicine vychází z klinické epidemiologie, především využívání epidemiologických výzkumných metod. Z Evidence Based Medicine vychází Evidence Based Practice, z ní poté Evidence Based Nursing (Jarošová, Zeleníková, 2014). Evidence Based Nursing je původně definováno jako svědomité a uvážlivé používání nejlepších aktuálních vědeckých důkazů při rozhodování o péči jednotlivých pacientů, jak uvádí Sackett již v roce 1996. Novější definicí může být dělat správné věci, správným způsobem u správného pacienta ve správný čas (Barker, 2013). Z výše uvedených zjištěných informací vyplývá, že ne všechny všeobecné sestry rozumí pojmu Evidence Based Nursing. Každý z respondentů měl svou vlastní představu o jejím významu. Domníváme se, že je tato skutečnost dána tím, že ne všechny všeobecné sestry se již s tímto pojmem setkaly, jelikož je tento koncept poměrně nový. Respondenti byli dále dotazováni, jak zlepšili jimi poskytovanou ošetřovatelskou péči. Respondenti uvedli sebevzdělávání. Domníváme se, že celoživotní vzdělávání v oboru ošetřovatelství je velmi důležité. Dále uvádějí snahu o respektování a uspokojování individuálních potřeb pacienta. Někteří respondenti zastávají názor, že všeobecné sestry, které jsou déle v ošetřovatelské praxi nejsou příliš otevřené změnám, již zavedených a naučených postupů

narozdíl od mladších kolegů. Dalším podstatným aspektem je nedostatek nelékařského zdravotnického personálu včetně všeobecných sester. Respondentka S1 uvedla „*Hlavně většině z nás vadí, že si často ani nedáme oběd kvůli nedostatku času, natož abychom byli zatěžované ještě něčím jiným. Hlavně jsme na tom teď špatně personálně, ale to je asi všude...*“ Také vyčerpanost personálu snižuje ochotu podílet se na implementaci změn. V rámci výzkumu byl zjišťován názor na postoj vedení ke změnám, který byl poměrně rozmanitý. Respondenti upozorňují na fakt, že k implementaci změn nedochází tak rychle, jak by bylo často potřeba a byly tak více efektivní. Respondenti považují za důležité, aby management více upozorňoval své podřízené a více je motivovalo v procesu zavádění změn do ošetrovatelské praxe. Respondentka S2 uvedla, že změny vedení nepodporuje hlavně z důvodu nedostatku financí. Finance jsou právě jednou z bariér implementace Evidence Based Nursing do ošetrovatelské praxe (Marečková, 2016). Dále bylo zjištěno, že respondenti souhlasí se změnou již zavedených a naučených postupů s ohledem na poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Respondentka S3 uvedla „*Asi je lepší to, co už je zavedené a člověk už je zvyklý to tak dělat, aby to tak dělalo dál.*“ Friedlová (2014) uvádí, že rutinní péče bez rozlišení individuálních priorit pacienta je jistou ošetrovatelskou péčí, nikoli optimální ošetrovatelskou péčí, která je pro pacienta bezpečná a kvalitní.

Závěrem bylo zjišťováno, jaký je přínos Evidence Based Nursing dle všeobecných sester. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondenti považují Evidence Based Nursing za přínosné. Pouze jedna respondentka S3 uvedla „*Nevím, jestli je to přínosné zatím pro nás tady, jestli se to někde odráží.*“ Jarošová se Zeleníkovou (2014) uvádí, že v českých podmínkách je Evidence Based Nursing poměrně novým fenoménem. Podle respondentů by Evidence Based Nursing bylo přínosem, kdyby se o jeho zavedení více usilovalo, s čím lze souhlasit. Evidence Based Nursing podle respondentů přináší zkvalitnění ošetrovatelské péče, šetření financí a spokojenost všeobecných sester i pacientů. Melnyk a Fineout-Overholt (2011) uvádí podobné výhody ve srovnání s tradičním ošetrovatelským přístupem. Domníváme se, že výhody, které Evidence Based Nursing přináší kontinuální zlepšování ošetrovatelské praxe. Motivací v procesu změn souvisejících se zavedením Evidence Based Nursing do ošetrovatelské praxe by pro respondenty bylo finanční ohodnocení a také zlepšení ošetrovatelské praxe. Je pozitivní, že respondenti vnímají Evidence Based Nursing jako možnost zlepšení poskytované ošetrovatelské péče. Dále bylo zjišťováno, jaké změny by respondenti uvítali ve své ošetrovatelské praxi. Právě změny, které se uskutečňují v ošetrovatelské praxi i teorii vedou k zavádění ošetrovatelství založeného na důkazech (Friedlová, 2014). Většina respondentů uvedla zjednodušení a ustálení ošetrovatelské dokumentace, z důvodu nespokojenosti s jejími častými změnami, i přestože by měly být v jejich prospěch. Respondenti by také uvítali novější a kvalitnější materiální a technologické vybavení. Respondenti uzpůsobují poskytovanou ošetrovatelskou péči podle momentálního zdravotního stavu pacienta s ohledem na jeho individuální potřeby. Důležité je, aby všeobecné sestry byly schopny kritického myšlení. Kritické myšlení je charakterizováno jako cílevědomé, informované, na výsledky

orientované myšlení, které identifikuje klíčové problémy, otázky a rizika. Je řízené potřebami pacienta a rodiny (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015). Z výzkumu vyplývá, že někteří respondenti jsou schopni využívat kritické myšlení. Respondentka S2 uvedla „*To záleží, jestli zrovna sloužíme s lékařem, který chce, aby byla chytrá sestra nebo sestra hloupá. Protože někteří chtějí, abychom přemýšleli, a to je podle mě v pořádku. Ale pak někteří mají problémy s tím, když nad tím přemýšlíme. Takže, když si pak ta sestra všimne něčeho, tak má smůlu.*“ Všeobecná sestra poskytuje pacientovi přímou ošetrovatelskou péči a často je první, kdo zaznamená změnu zdravotního stavu pacienta či vznik komplikací (Godshall, 2016). Výzkumem bylo zjištěno, že někteří lékaři nechtějí konzultovat vzniklé změny s všeobecnou sestrou. Relevantnost nalezených informací hodnotí respondenti zejména vyhledáváním více zdrojů a dalších dostupných informací o dané problematice, s čímž lze souhlasit. Dále bylo zjištěno, že respondenti považují výzkum v ošetrovatelství za přínosný a není pro ně problém se výzkumu účastnit. Je znepokojující, že jedna respondentka sledává výzkum prospěšný pouze v zahraničí, nikoli zde v České republice.

ZÁVĚR

V současné době kvůli nárůstu nároků a zvyšování nákladů je nutné, aby poskytovaná ošetrovatelská péče byla podložena nejlepšími dostupnými důkazy. Pro mnoho všeobecných sester v České republice není Evidence Based Nursing správně uchopitelným pojmem. Na základě zjištěných výsledků lze doporučit několik návrhů, jejichž cílem je zlepšení podmínek implementace Evidence Based Nursing do ošetrovatelské praxe. V první řadě by bylo vhodné, aby vzdělávací instituce dbaly na seznámení studentů s pojmem Evidence Based Nursing a připravily je tak na využití Evidence Based Nursing v jejich ošetrovatelské praxi. Pro všeobecné sestry lze doporučit využívání možností sebevzdělávání. K formám sebevzdělávání patří účast na odborných konferencích a seminářích. Také sem lze zařadit používání odborné literatury a využívání databází k vyhledání nejlepšího dostupného důkazu. Pro rozvoj Evidence Based Nursing je doporučováno, aby se všeobecné sestry důsledně dotazovaly na aktuální otázky ošetrovatelské praxe, měly důvěru v hodnoty Evidence Based Nursing a využívaly své znalosti a dovednosti o Evidence Based Nursing. Dále lze doporučit kurzy anglického jazyka. Znalost anglického jazyka vede ke snazší orientaci a porozumění vyhledaných výsledků výzkumu. Také je vhodné hodnotit nalezené výsledky ošetrovatelských výzkumů využitím více ověřených zdrojů. Také je důležité, aby všeobecné sestry zaujaly kritické myšlení nad poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Pro management je vhodné přijmout koncept Evidence Based Nursing a podporovat veškeré nelékařské zdravotnické pracovníky včetně všeobecných sester. Dále je vhodné, aby management aktivně podporoval všeobecné sestry v sebevzdělávání, motivoval je v aktivní účasti na konferencích, zařadil certifikované kurzy a jiné formy vzdělávacích aktivit. Měl by být otevřen novým možnostem, které by mohly zefektivnit ošetrovatelskou péči. Cílem managementu by mělo být splnění podmínek pro rozvoj ošetrovatelské praxe založené na důkazech, tedy publikovat výzkum

v českém jazyce, zajistit všeobecným sestřám přístup k odborné literatuře a databázím nebo zprostředkovat poradce, kteří by pomáhali všeobecným sestřám realizovat ošetrovatelskou péči dle Evidence Based Nursing. Dále by bylo vhodné zajistit, aby se všeobecné sestry samy naučily vyhledávat nejlepší výsledky výzkumů. Jak management, tak všeobecné sestry by měli využívat možnosti zapojit se do výzkumu v ošetrovatelství. Velmi důležitá je především motivace, jak všeobecných sester, tak managementu o úspěšnou implementaci Evidence Based Nursing a zlepšení poskytované ošetrovatelské péče.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BARKER, J., 2013. *Evidence-based practice for nurses*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. ISBN 978-1-446-25229-1.
- [2] FILICKÁ, J., 2013. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. *Sestra*. 23(11), 42-44. ISSN 1210-0404.
- [3] FRIEDLOVÁ, K., 2014. *Evidence based nursing: ošetrovatelství založené na důkazech*. *Sociální služby*. 16(10), 20-21. ISSN 1803-7348.
- [4] GODSHALL, M., 2016. *Fast facts for evidence-based practice in nursing: implementing EBP in a nutshell*. 2nd ed. New York: Springer. ISBN 978-0-8261-9407-7.
- [5] JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
- [6] MAREČKOVÁ, J. et al. 2016. *Evidence-Based Healthcare: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4784-1.
- [7] MELNYK, B. M., FINEOUT-OVERHOLT, E., 2011. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 978-16-0547-778-7.
- [8] SACKETT, L. D. et al. 1996. *Evidence based medicine: what is it and what it isn't*. *British Medical Journal*. 312(7023), 71-72. DOI 10.1136/bmj.312.7023.71.
- [9] VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5538-0.
- [10] VYTEJČKOVÁ, R., et al. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
- [11] ZELENÍKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., 2013. Úvod do problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech (Evidence Based Nursing): Introduction to problems of Evidence Based Nursing. *Kontakt*. 15(1), 7-13. ISSN 1212-4117.

THE EXPERIENCE OF NURSES WITH EVIDENCE BASED NURSING



ABSTRACT

Evidence Based Nursing is an actual topic intervening to nursing practice. At the same time is necessary that professional opinion and nursing practice leaned on provided evidence. First it looks very easy to get an evidence in practical training but real life is often different from the best evidence and practice. Nurses declares that they aren't sufficiently prepared for using principles of Evidence Based Nursing in their nursing practice. The major goal in practice is is to learn about the experience that nurses have with Evidence Based Nursing. The research is implemented by the qualitative method. With using of unstandardized semi-structured interview was find out experiences of nurses with Evidence Based Nursing, the way which nurses get latest scientific knowledge and whether Evidence Based Nursing is beneficial for nurses. Interview was focused on nurses in shiftwork. Selection of respondents was finished after chieving theoretical saturation. Respondents working on intensive care unit and standard department of Neurosurgical clinic of selected hospitals. Detected data can help nurses, hospital management and educational institutions with implementation of Evidence Based Nursing to nurses practice.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Michaela Rosůlková
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2
416 17 Liberec
e-mail: misa.rosulkova@seznam.cz

Mgr. Martin Krause, DiS.
Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2
416 17 Liberec
e-mail: martin.krause@tul.cz

KEYWORDS:

Evidence Based Nursing, nursing practice, nursing, nurse, nursing research

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ NÁROČNOST PÉČE O POLYTRAUMA- TIZOVANÉHO PACIENTA NA URGENTNÍM PŘÍJMU

JAN SLÁDEK
PAVLÍNA RABASOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ



ABSTRAKT

Úvod: Ošetřování polytraumatizovaných pacientů vyžaduje určitou kontinuitu, jak z hlediska odborného, tak i organizačního. Je nutný komplexní multioborový přístup. Náročnost takto vysoce specializované péče může ovlivňovat mnoho negativních faktorů. Cíl: Identifikovat faktory ovlivňující náročnost ošetrovatelské péče u polytraumatu na urgentním příjmu. Metodika: Dotazníkovým šetřením, prostřednictvím Likertovy škály byly hodnoceny faktory ovlivňující náročnost péče o polytraumatizovaného pacienta. Výsledky byly doplněny o data retrospektivní studie za období 2017 – 2019, která se zabývala analýzou ošetřených polytraumat na urgentním příjmu vybrané fakultní nemocnice v ČR. Výsledky: Z výsledků dotazníkového šetření vyplynuly jednoznačné faktory ovlivňující náročnost ošetrovatelské péče o polytraumatizované pacienty na urgentním příjmu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Jedná se zejména o faktory,

kteří do určité míry mohou ovlivňovat vnímání zátěže z hlediska psychického. Pouze jedna položka (špatně zvolená organizace práce) dosáhla hranice vysoké zátěže. V segmentu fyzických faktorů jen jedna položka (obézní polytraumatizovaný pacient) překročila hranici střední zátěže. Závěr: Lze konstatovat, že polytraumatizovaný pacient je z hlediska ošetrovatelské péče náročný komplexně a zjištěné výsledky by mohly vést k ulehčení fyzické a psychické zátěže při ošetřování.

KLÍČOVÁ SLOVA:

polytrauma, urgentní příjem, fyzická zátěž, psychická zátěž, ošetrovatelská péče

ÚVOD

Závažná traumata až polytraumata provázejí lidstvo od nepaměti. Mechanizmy úrazů a celý systém péče se neustále modifikoval a vyvíjel. Z počátku bylo hovořeno o traumatech a polytraumatech vzniklých především v bitvách, ve válkách a až s rozvojem průmyslu přibýly významné pracovní a dopravní úrazy. V rámci mechanismu úrazu dominují dopravní nehody, což potvrzuje i studie Weninger et al. (2005), která uvádí, že v 78,9 % byly nejčastějším inzultem dopravní nehody. Vysokoenergetická poranění značnou mírou celosvětově zvyšují počet úmrtí a výskyt těžkých úrazů. I přes veškerá bezpečnostní opatření patří traumata ve vyspělých zemích k nejčastější příčině úmrtí u mladých lidí (Drábková, 2002; Zeman a Krška, 2014).

Na základě výše uvedených faktů se musel přizpůsobit i systém péče o polytraumatizované pacienty. Z hlediska ZZS se jednalo o časový aspekt. Hlavní prioritou byl a stále je rychlý transport do nemocnice. Dalším mezníkem v péči o polytraumatizované pacienty je vznik urgentních příjmů se statutem trauma centra. Statut trauma centra deklaruje nepřetržitou připravenost trauma týmu a přítomnost jednotlivých lékařských specializací (Drábková, 2002). Ošetřování polytraumatizovaných pacientů vyžaduje určitou kontinuitu, jak z hlediska odborného, tak i organizačního. Z těchto důvodů se do popředí dostávají nemocnice s urgentními příjmy, se statutem trauma centra, které svým charakteristickým uspořádáním a odborným vybavením tuto podmínku zaručují. Druhým zásadním faktorem je správné směřování polytraumatizovaných pacientů do vhodného zdravotnického zařízení.

Péče o polytraumatizované pacienty vyžaduje komplexní multioborový přístup. Všechny úkony musí na sebe navazovat a jakékoliv vynechání negativně ovlivňuje další průběh nemocného (Drábková, 2002). Cílem tohoto příspěvku je představit možné faktory ovlivňující náročnost péče o polytraumatizované pacienty na urgentním příjmu.

MATERIÁL A METODY

SOUBOR

Vzorek respondentů pro dotazníkové šetření tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci (všeobecná sestra, zdravotnický záchranář a praktická sestra) poskytující péči polytraumatizovaným pacientům na vybraných urgentních příjmech v České republice. Výsledný soubor byl utvořen celkem 59 respondenty (100 %), přičemž 21 (35,59 %) tvořili muži a 38 (64,40 %) ženy. Průměrný věk respondentů byl 33,9 let. Největší skupinu tvořili respondenti s bakalářským vysokoškolským vzděláním, a to v počtu 20 (33,90 %) osob. Shodný počet respondentů 14 (23,73 %) mělo vyšší odborné vzdělání a střední vzdělání s maturitou. Magisterské vysokoškolské vzdělání mělo 10 (16,95 %) respondentů a pouze 1 respondent absolvoval rigorózní zkoušku (1,69 %). V oblasti pracovního zařazení byly

utvořeny dvě majoritní skupiny, a to zdravotnický záchranář (n – 25; 42,37 %) a všeobecná sestra se specializací (n – 26; 44,07 %), všeobecných sester bez specializace bylo 6 (10,17 %) a praktických sester pouze 2 (3,39 %). Průměrná délka praxe ve zdravotnictví byla 13,3 roků, přičemž průměrná délka praxe na urgentním příjmu činila 7,11 let.

Pro realizaci retrospektivní studie byly analyzovány data o polytraumatech přijatých na vybraném urgentním příjmu v letech 2017 – 2019.

METODIKA

Faktory ovlivňující náročnost péče o polytraumatizovaného pacienta jsme hodnotili v rámci dotazníkového šetření, které proběhlo v prosinci 2019 – únoru 2020. Pro dotazníkové šetření bylo celkem v České republice osloveno 7 nemocnic se statutem trauma centra, přičemž pouze 4 nemocnice umožnily, na základě schválené žádosti, realizaci výzkumného šetření. Dotazníky byly osobně předány vedoucím pracovníkům příslušných oddělení, kteří zajistili distribuci k zaměstnancům a následný sběr a předání výzkumníkovi. Pro vyhodnocení výskytu polytraumatu a dalších proměnných byla provedena retrospektivní analýza za období 2017 – 2019 z dat urgentního příjmu vybrané fakultní nemocnice.

ANALÝZA DAT

Údaje dotazníkového šetření byly zpracovány prostřednictvím programu Microsoft Office Word a Excel. Celkem bylo distribuováno 117 dotazníků, přičemž návratnost činila 79 dotazníků (67,5 %). 20 dotazníků nemohlo být v práci použito z důvodu nedostatečného či chybného vyplnění. K finálnímu zpracování bylo zařazeno celkem 59 dotazníků. K identifikaci možných faktorů ovlivňujících náročnost péče o polytraumatizovaného pacienta respondenti hodnotili vybrané položky na Likertově škále, kdy hodnota 5 udávala velmi vysokou zátěž a hodnota 1 žádnou zátěž. Při zpracování údajů byl hodnocen aritmetický průměr a směrodatná odchylka. Pro podporu identifikace možných faktorů ovlivňujících náročnost péče o polytraumatizovaného pacienta na urgentním příjmu, byly v rámci retrospektivní studie analyzovány údaje věnující se četnosti výskytu polytraumatizovaných pacientů na urgentním příjmu, dále věk pacientů, čas úrazu, čas do diagnostiky, doba pobytu na urgentním příjmu, mechanismy úrazů, provedená diagnostika, provedené výkony a letalita. Diagnóza polytrauma byla u pacientů určena na základě zjištěného poranění po diagnostice.

VÝSLEDKY

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynuly jednoznačné faktory ovlivňující náročnost zošetřovatelské péče o polytraumatizované pacienty na urgentním příjmu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Jedná se zejména o faktory, které do určité míry

mohou ovlivňovat vnímání zátěže z hlediska psychického. Pouze jedna položka (špatně zvolená organizace práce) dosáhla hranice vysoké zátěže – \bar{x} 4.02, \pm SD 0.79. Čtyři položky (rychlá práce, neustálé zatížení pozornosti, nutnost samostatného a rychlého rozhodování a spolupráce s neoblíbeným spolupracovníkem) byly pod hranicí střední zátěže. Všechny ostatní položky se pohybovaly v rozmezí hodnot střední a vysoké zátěže (Tabulka 1).

Tabulka 1: Psychicky zatěžující faktory

Zatěžující faktory	\bar{x}	\pm SD
Špatně zvolená organizace práce	4.02	0.79
Neklidný a nervózní lékař	3.73	0.97
Příjem dalších pacientů v průběhu ošetřování polytraumatu	3.47	1.08
Nefunkčnost či absence pomůcek	3.44	1.00
Neznalost lékaře v oblasti postupů u daného stavu	3.44	1.08
Konflikt s lékařem	3.41	1.15
Neefektivní třídění pacientů při ošetřování polytraumatu	3.36	1.02
Nedostatek personálů – z řad všeobecných sester i ošetřovatelů	3.31	0.87
Neklidná a nervózní všeobecná sestra	3.27	0.97
Časový stres – v krátké době provést mnoho úkonů	3.24	0.94
Mnoho ordinací a požadavků ze strany lékaře	3.22	0.99
Neznalost všeobecné sestry v oblasti postupu u daného stavu	3.22	0.96
Neochota spolupracovníků k vzájemné pomoci	3.19	0.95
Osobní neznalost u jednotlivých postupů	3.07	1.13
Konflikt s všeobecnou sestrou	3.03	1.04
Příliš mnoho administrativní práce	3.02	0.97
Rušný provoz – přítomnost více lékařů (konziliáři)	3.00	1.07
Neustálé zatížení pozornosti	2.86	0.83
Spolupráce s neoblíbeným spolupracovníkem (všeob. sestrou nebo lékařem)	2.81	1.00
Nutnost samostatného a rychlého rozhodování	2.69	0.83
Rychlá práce	2.49	0.91

Legenda: \bar{x} – průměr; \pm SD – směrodatná odchylka

V segmentu fyzických faktorů byly zjištěny opačné hodnoty. Jen jedna položka (obézní polytraumatizovaný pacient) překročila hranici střední zátěže. Zbylých sedm položek se pohybovalo mezi střední a nízkou hranicí (Tabulka 2). Žádná položka z oblasti psychických a fyzických faktorů nevykazovala hodnotu velmi vysoké či žádné zátěže.

Tabulka 2 Fyzicky zatěžující faktory

Zatěžující faktory	\bar{x}	$\pm SD$
Oběžní polytraumatizovaný pacient	3.31	1.03
Manipulace s velkými a těžkými pomůckami u pacienta	2.71	1.03
Nedostatek pomůcek usnadňující manipulaci	2.68	1.03
Přemísťování polytraumatizovaného pacienta	2.56	0.94
Manipulace s polytraumatizovaným pacientem	2.46	0.96
Transport polytraumatizovaného pacienta	2.36	0.97
Asistence při diagnostických a terapeutických výkonech	2.34	0.98
Práce s technikou u polytraumatizovaného pacienta	2.31	1.03

Legenda: \bar{x} – průměr; $\pm SD$ – směrodatná odchylka

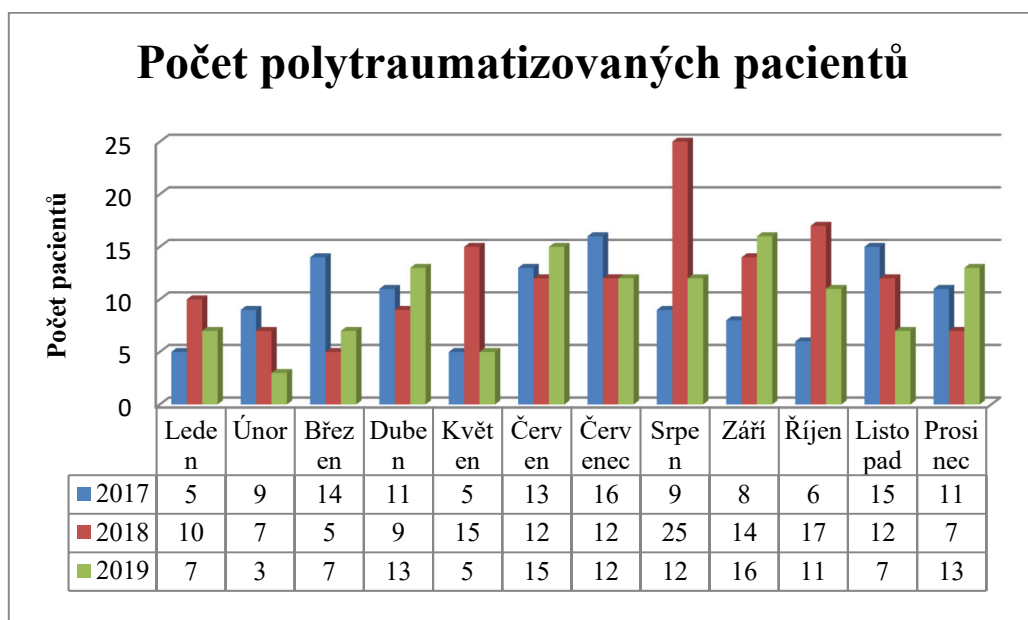
Příjem polytraumatizovaného pacienta je dle respondentů stejně či lehce více podvědomě stresující než příjem jiného akutního stavu (\bar{x} 2.25, $\pm SD$ 0.79). Ve stejném kontextu lze formulovat i psychickou a fyzickou náročnost. Respondenti uvedli, že psychická (\bar{x} 2.36, $\pm SD$ 0.75) a fyzická (\bar{x} 2.36, $\pm SD$ 0.73) náročnost v péči o polytraumatizovaného pacienta je relativně srovnatelná s péčí o jiné akutní stavy vyžadující přijetí na urgentní příjem. Náročnost ošetrovatelské péče je dle respondentů vyšší ve fázi před diagnostikou (\bar{x} 3.17, $\pm SD$ 0.76). S tímto zjištěním souvisí i provádění ošetrovatelských úkonů. Dle respondentů je více úkonů provedeno v období před diagnostikou (\bar{x} 3.29, $\pm SD$ 0.76). Z hlediska míry zátěže je dle respondentů psychická stránka více zatěžující (\bar{x} 3.03, $\pm SD$ 0.78) než fyzická (\bar{x} 2.81, $\pm SD$ 0.60).

Během ošetřování polytraumatu pociťují respondenti zejména zvýšenou ostražitost (61,02 %), zrychlený pulz (27,12 %), nervozitu (22,03 %) a zvýšené pocení (18,64 %). Po ošetření polytraumatu pociťují nejvíce potřebu odpočinku (23,73 %), únavu (13,56 %), pocit hladu (13,56 %) a bolesti zad (6,78 %). Optimální počet sester při ošetřování polytraumatu na urgentním příjmu je dle respondentů 3 – 4 sestry. Ze stránky požadavků či potřeb k ulehčení fyzické a psychické zátěže respondenti nejčastěji uvedli dostatek personálu, možnost debriefingu, sestavení trauma týmu – cvičení a management, možnost odpočinku, klidná, nekonfliktní a shovívavá komunikace nebo spolupráce mezi sestrou a lékařem.

K doplnění výše uvedených výsledků a dokreslení náročnosti péče o polytraumatizovaného pacienta, uvádíme data retrospektivní analýzy za období 2017 – 2019. Tato analýza se zaměřovala na četnost výskytu polytraumatizovaných pacientů na vybraném urgentním příjmu, byl také sledován věk pacientů, čas úrazu, čas do diagnostiky, doba pobytu na urgentním příjmu, mechanismy úrazů, provedená diagnostika, provedené výkony a letalita. Diagnóza polytrauma byla u pacientů určena na základě zjištěného poranění po diagnostice (Sládek, 2020).

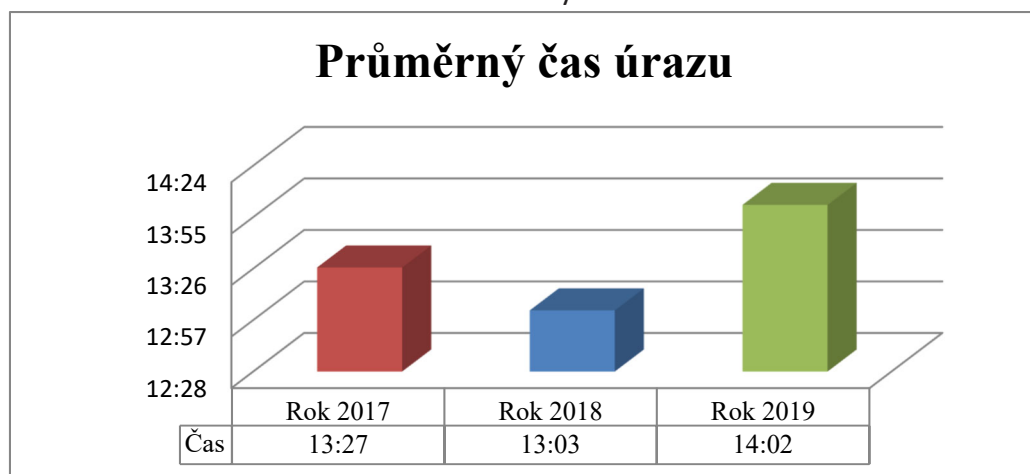
Nejhojnějším obdobím ve výskytu polytraumat byl rok 2018. Ve zmíněném roce bylo zaevidováno celkem 145 případů. Druhým v pořadí byl rok 2017, ve kterém bylo zaregistrováno 122 polytraumat. V roce 2019 bylo diagnostikováno 121 polytraumat. Nejvíce polytraumat za určité období (měsíc) bylo zaznamenáno v roce 2018 a to v měsíci srpnu. Uvedený měsíc přinesl 25 případů. Konstantní hodnoty v případech vykazují měsíce duben, červen a červenec. V těchto měsících lze očekávat nejvíce případů z celého roku. Ostatní měsíce vykazují spíše kolísavé parametry (Graf 1).

Graf 1: Počet polytraumatizovaných pacientů



Průměrný věk polytraumatizovaných pacientů činil v roce 2017 48 let, v roce 2018 47 let a v roce 2019 50 let. Průměrný čas úrazu se pohyboval mezi 13:00 a 14:00 hod. (Graf 2).

Graf 2: Průměrný čas úrazu



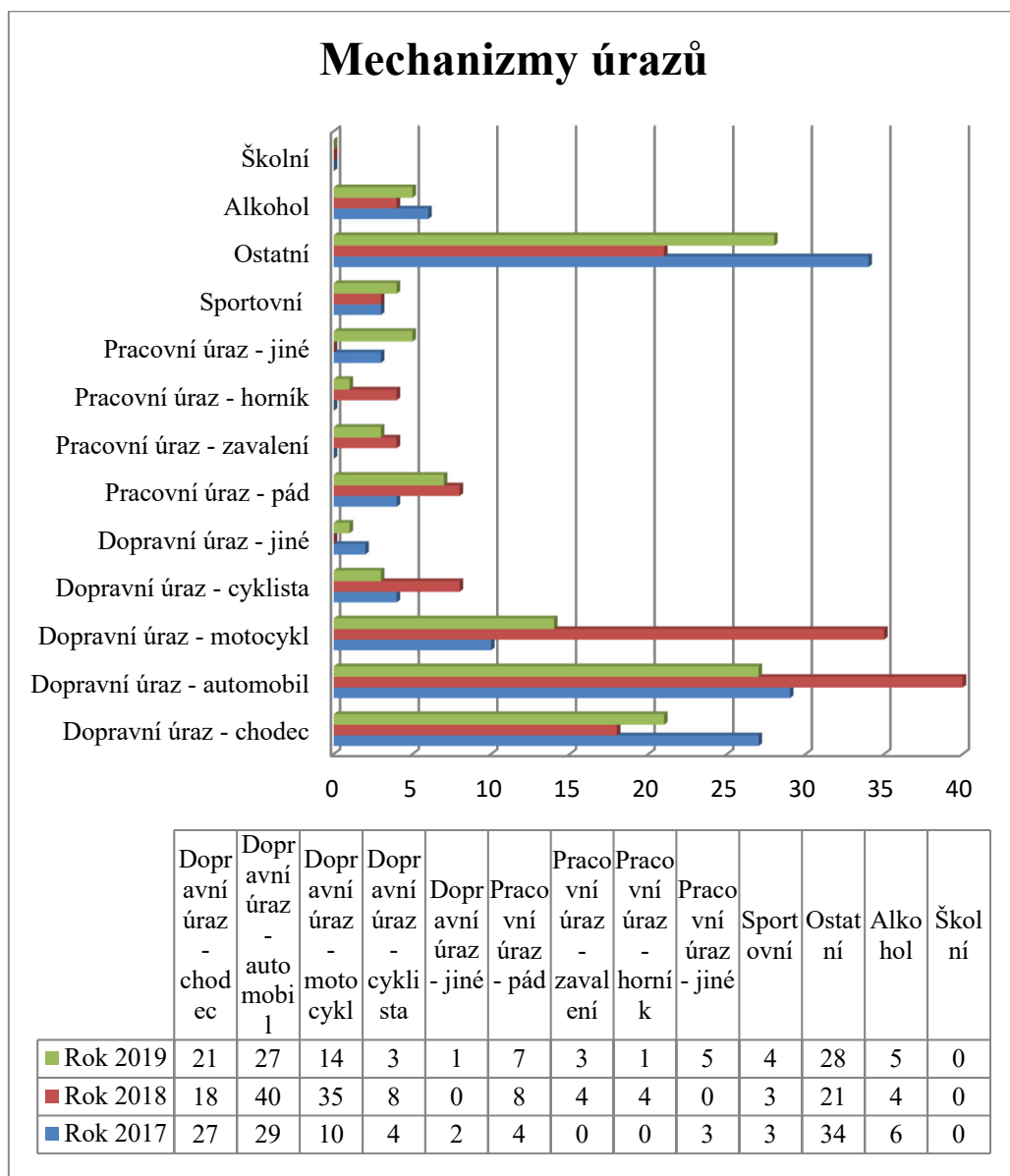
Čas do stanovení diagnózy byl stanoven na základě zobrazovacího vyšetření, po kterém mohl lékař určit diagnózu polytrauma. Ze souboru dat byli vyňati sekundárně směřovaní pacienti, jelikož u těchto pacientů již byla provedena diagnostika, a jsou přivázeni s klasifikací polytrauma. Nejkratší čas byl u všech let konstantní (10 minut). Průměrné časy se pohybovaly v rozmezí 17 až 24 minut. Nejdelší časy byly v horizontu 40 až 50 minut.

Nejkratší strávená doba pobytu polytraumatizovaného pacienta na UP byla 10 až 20 minut. Nejdelší časy se pohybovaly od 3:40 hod. do 5:20 hod. Průměrný čas strávený na UP činil 1:39 hod. až 1:50 hod.

O možném poranění již může vypovídat mechanismus úrazu. Mechanizmy úrazů byly rozděleny do několika skupin a podskupin. Hlavní skupiny tvoří dopravní, pracovní, sportovní, ostatní, alkohol a školní úrazy. Dopravní úrazy byly rozvětveny do podskupin, a to chodec, automobil, motocykl, cyklista a jiné. Do oblasti jiné dopravní úrazy byly vloženy úrazy typu sražení na koloběžce a nehoda na čtyřkolce. Pracovní úrazy byly roztříděny na pád, zavalení, horník a jiné. Odvětví jiných pracovních úrazů obsahuje veškeré pracovní úrazy nepatřící do předchozích podskupin (např. zasažen vodní proudovou hadicí, zasažen stromem v lese, zasažen větví a přimáčknut těžkým břemenem). Ke kategorii ostatní patří např. pád z výše, postřelení, suicidium, udeření předmětem a zavalení nepracovního charakteru.

Nejpočetnější skupinu představují dopravní úrazy. Z dopravních úrazů dominují nehody v následující posloupnosti: automobil, chodec, motocykl, cyklista a jiné. Druhou početnou oblastí je položka ostatní (např. pád z výše, postřelení, suicidium, udeření předmětem a zavalení nepracovního charakteru). V sekci pracovní úraz vévodí zejména pád, přičemž ostatní podskupiny vykazují konstantní hodnoty. Nulové hodnoty ve všech letech vykazuje pouze sekce školních úrazů (Graf 3).

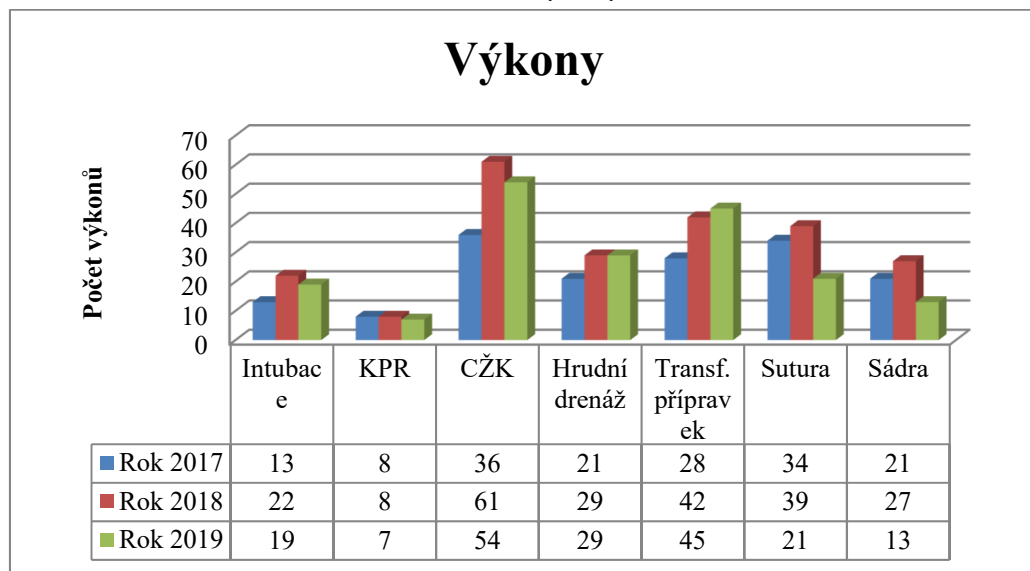
Graf 3: Mechanizmy úrazů



V otázce diagnostiky polytraumatu jsou využívány tři zobrazovací metody. Jedná se o počítačovou tomografii, rentgen a sonografické vyšetření. Z těchto tří diagnostických metod jasně dominuje CT, a to zhruba v průměru u 91 % případů. V poměrně těsném diagnostickém závěsu je RTG vyšetření, které je provedeno u 77 % případů. Sonografické vyšetření je realizováno u 8 až 18 pacientů ročně.

Mezi sledované výkony provedené u polytraumatizovaných pacientů byly zařazeny následující: intubace, KPR, CŽK, hrudní drenáž, aplikace transfuzních přípravků, sutura a sádra. Jde o výkony, které byly realizovány na UP. Mezi nejčastější tři výkony se řadí zavedení CŽK, aplikace transfuzních přípravků a sutura. V těsné návaznosti následuje hrudní drenáž, sádra a intubace. KPR byla zaznamenána pouze v malém počtu případů (Graf 4).

Graf 4: Výkony



Legenda: KPR – kardiopulmonální resuscitace, CŽK – centrální žilní katétr

Počet aplikovaných transfuzních přípravků byl diferencován dle druhů použití. V průměru bylo u 76 % případů využito transfuzních přípravků typu ERD (erytrocyty resuspendované deleukotizované). Přípravky typu PA (plazma) byly podány v 11 % případů. Transfuzní přípravek TRD (trombocyty resuspendované deleukotizované) byl za poslední tři roky podán pouze v jednom případě polytraumatu.

Nepostradatelnou součástí sledovaného souboru pacientů je i evidence letality. Letalita za poslední tři roky dosahovala konstantních hodnot. Vážným následkům podlehl 5 až 6 pacientů ročně. Procentuální úmrtnost za poslední tři roky činila 4,39 %.

DISKUSE

Polytrauma možná nepředstavuje výrazné psychické a fyzické zatížení než ostatní urgentní případy, nicméně není ani zanedbatelnou položkou. Na průběhu ošetřování se podílí mnoho faktorů, které ovlivňují nelékařský zdravotnický personál a také samotnou kvalitu ošetrovatelské péče.

Globální náhled psychické a fyzické náročnosti práce na urgentním příjmu z pohledu všeobecných sester uvádí Formánková (2015). V práci bylo prokázáno, že drtivá většina (80 % respondentů) považuje svoji práci za fyzicky a psychicky náročnou. Za čistě psychicky náročnou ji považuje 17 % respondentů. Míra intenzity psychické náročnosti byla respondenty udávaná v rozmezí vysoká až velmi vysoká. Pro vysokou hodnotu se vyslovilo celkem 64 % respondentů a pro velmi vysokou 21 % respondentů. Míra intenzity fyzické náročnosti byla respondenty nejčastěji volena mezi střední a vysokou škálou, přičemž vysokou míru označilo 52 % respondentů a střední 41 % respondentů. V sekci pracovního přetížení již byly výsledky opačné. Zde uvedlo 49 % dotázaných převážně psychické přetěžování. Z výsledků našeho šetření je zřejmé, že pracovníci vybraných urgentních příjmů vnímají nejvyšší psychickou a fyzickou zátěž v době před diagnostikou. Mezi další ovlivňující faktory řadí zejména: špatně zvolenou organizaci práce, neklidný a nervózní lékař, časový stres a příjem dalších pacientů v průběhu ošetřování polytraumatu. Z fyzických zatěžujících faktorů dominoval obézní polytraumatizovaný pacient.

Výsledky studie Nogueira et al. (2014) ukázaly, že každý pacient úrazové JIP potřeboval 71,3 % pracovní doby ošetrovatelského personálu, aby byla poskytnuta nutná péče. Vše je proměnné dle celkového poranění. Určitá skupina pacientů předurčuje zvýšenou pracovní zátěž. Jedná se o mužské pohlaví s vícečetným poraněním, oběhovou nestabilitou a plicním selháním. Z výsledků naší studie vyplývá, že průměrná doba pobytu na hale urgentního příjmu je 106 minut. Průměrný čas do diagnostiky je 19 minut. V průměru u 91 % případů je provedeno CT vyšetření a u 77 % případů RTG vyšetření. Z výkonů byl nejčastěji zaváděn centrální žilní vstup a to v 50 % případů. Tyto výsledky jasně ukazují na časovou odbornou náročnost při péči o polytrauma.

Formánková (2015) vymezuje zátěžové situace (přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti, konflikty s lékaři, špatně zvolená organizace práce, časový stres, nedostatek personálu a rušný provoz) jako středně zatěžující. Konflikty se sestrami představují vysokou zátěž. Mnoho zmíněných faktorů hraje zásadní roli i v péči o polytraumatizované pacienty, přičemž některé položky našeho šetření vykazovaly rozdílné hodnoty. Špatně zvolená organizace práce je jediným faktorem vysoké zátěže. V těsném závěsu je neklidný a nervózní lékař. Je patrné, že eliminace několika faktorů může vést k zlepšení pracovního prostředí.

Studie Healy a Tyrrell (2011) se zaměřovala na zkušenosti se stresem na pracovišti mezi lékaři a sestrami. Ze 103 respondentů uvedlo 52 respondentů, že zažilo stres na pracovišti často či dokonce velmi často. Mezi nejčastější stresory respondenti zařadili: pracovní přetížení, přeplněnost oddělení, práce na směny, střídání lékařů, konflikt mezi zaměstnanci, nedostatek týmové práce, management kriticky nemocných a smrt nebo resuscitace mladého či dětského pacienta. Mnoho faktorů hraje zásadní roli i v managementu polytraumatizovaných pacientů. Neefektivní třídění pacientů či příjem

dalších pacientů v průběhu ošetřování polytraumatu představuje významnou zátěž, což se potvrdilo i v našem výzkumu.

Hogea et al. (2018) se zabývá mírou stresu v závislosti na délce praxe. Studie uvádí, že sestry s nižšími pracovními zkušenostmi vykazují mnohem větší úroveň stresu. Dále existuje souvislost mezi intenzitou stresu a typem oddělení. Nejintenzivnější míra stresu byla identifikována u sester na hematologickém oddělení. Pracoviště pohotovosti a intenzivní péče bylo druhým v pořadí z hlediska značné míry stresu. Nejčastější stresující faktory byly: rychlé rozhodování, provádění nepříjemných úkonů a vysoká zodpovědnost. V rámci pohotovosti byl zmíněn jediný faktor a to nedostatečné nebo nevhodné vybavení. I v našem šetření se prokázalo, že určité faktory vedou k vyšší psychické a fyzické zátěži. Rychlé rozhodování, neustálé zatížení pozornosti, časový stres a nutnost samostatného rozhodování nepředstavovaly zanedbatelné položky. Nefunkčnost či absence pomůcek je pro personál vybraných urgentních příjmů při ošetřování polytraumatu středně a více zatěžující.

Komparaci statistických dat o výskytu polytraumat na urgentním příjmu bylo možné realizovat s diplomovou prací Hledíkové (2008), která vyhodnocovala obdobné faktory. Nejvyšší počty příjmů polytraumat vykazují měsíce květen, červen a červenec. Z přehledu příčin úrazů je zřejmá dominance dopravních nehod. Nejkratší diagnostická fáze trvala 19 minut. Nejdelší doba do diagnostiky byla 72 minut. I v našem šetření je zřejmé, že stabilní počet příjmů vykazují měsíce červen a červenec. Z hlediska mechanismu úrazu jednoznačně dominují dopravní nehody zapříčiněné automobilem. Nejkratší diagnostická fáze trvala 10 minut, přičemž nejdelší čas do stanovení diagnózy se pohyboval mezi 40 až 50 minutami. Průměrná doba do stanovení diagnózy se pohybovala mezi 17 až 24 minutami.

Weninger et al. (2005) konstatuje, že průměrné ohodnocení závažnosti polytraumatu dle ISS (Injury Severity Score) bylo 36,9. Dopravní nehody představovaly nejčastější mechanismus úrazu, a to v 78,9 %. Po dopravních nehodách následovaly pády z výše (17,3 %). Průměrná doba mezi inzultem a předáním pacienta na urgentní příjem byla 73 minut. V 74 % případů byla nutná intubace na místě. U 17 % případů bylo zapotřebí provést hrudní drenáž. V podobném kontextu se zaobírala i studie Chrysou et al. (2017), která monitorovala epidemiologická data, léčbu a výsledky polytraumatizovaných pacientů s tupým poraněním hrudníku. Výsledky této studie prokázaly, že zlomeniny hrudníku tvořily největší skupinu (86,4 %) v oblasti tupého poranění hrudní části. Nejčastějším následkem poranění byl pneumothorax (59,1 %), hemothorax a kontuze plic. Potřebná doba k léčbě pneumothoraxu hrudním drénem činila 7,5 dne. Konzervativním způsobem bylo léčeno 90 % pacientů. Výsledky z našeho šetření prokázaly určitou podobnost v jednotlivých epidemiologických datech. Dopravní nehody utvořily největší skupinu z hlediska mechanismu úrazu a to v následujícím pořadí: automobil, chodec, motocykl, cyklista a jiné. Ze stránky výkonů byly nejčastěji prováděny následující úkony:

zavedení CŽK, aplikace transfuzních přípravků, sutura a hrudní drenáž. Provedení hrudní drenáže u polytraumatizovaných pacientů bylo zapotřebí v 21 až 29 případech. Intubace byla indikována u 13 až 29 případů.

Nedílnou součástí k identifikaci a posouzení polytraumatizovaného pacienta je využití hodnotící škály. V současné době lze využít mnoho škál, přičemž pouze některé poskytují adekvátní predikci mortality a morbidit. Tomuto spektru se věnovala studie Abelson a Lindwall (2012), která poukázala na složitost a náročnost posouzení polytraumatizovaného pacienta v terénu. Respondenti uvedli, že je zapotřebí více školení, trénování praktických dovedností a zpětné vazby. V obdobném duchu se nese i studie Schröter et al. (2017), která porovnávala skórovací škálu AIS (Abbreviated Injury Scale) a ISS (Injury Severity Score) v přednemocniční péči. Polytraumatizované pacienty lze identifikovat na základě ISS, nicméně je vhodné zohlednit i celkový stav pacienta a mechanismus úrazu. Cernea et al. (2014) se zabýval efektivností hodnotících škál v oblasti predikce mortality a morbidit u polytraumatizovaných pacientů. Studie porovnávala škály GCS, RTS a APACHE II. Výsledky jednoznačně hovoří ve prospěch škály APACHE II, jelikož je specifitější, citlivější a přesnější než ostatní hodnotící škály. APACHE II je také vhodnější k predikci mortality a morbidit. I přes to, že je APACHE II poměrně složitá a komplikovaná škála, výsledky úspěšnosti hovoří v její prospěch. Hodnotící škála ISS je převážně orientační, nicméně lze na jejím základě adekvátně identifikovat a posoudit polytraumatizované pacienty.

Marzi et al. (2019) prokazuje jednoznačný význam urgentních příjmů. Autoři hodnotili využití šokových místností (urgentních příjmů) v posledních letech. Studie prokázala nárůst traumatických příhod, a také nárůst traumatických pacientů s hodnotou ISS > 16. S tímto faktem úzce souvisí zjištění, že došlo k zvýšení počtů úrazových místností o 70 %, což jednoznačně poukazuje na význam těchto urgentních příjmů.

Správný management a určení rolí v péči o polytrauma představuje významnou složku k eliminaci nežádoucích psychických a fyzických faktorů, což přispívá k efektivní a bezpečné ošetrovatelské a léčebné péči.

ZÁVĚR

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že ošetrovatelská péče je pro nelékařské zdravotnické pracovníky náročnější při příjmu pacienta, tedy v období před stanovením diagnózy. Četnost ošetrovatelských úkonů je také vyšší v období před diagnostikou než po diagnostice. Je nutné zdůraznit, že hranice mezi těmito fázemi není razantně propastná a tudíž je zapotřebí na polytrauma pohlížet komplexně. K stěžejním psychickým faktorům, které ovlivňují náročnost péče o polytraumatizovaného pacienta na urgentním příjmu patří špatně zvolená organizace práce a z fyzických faktorů obézní polytraumatizovaný pacient. Další nezanedbatelné faktory jsou časový stres, mnoho požadavků ze strany lékaře, neznalost personálu v oblasti postupů, neochota

spolupracovníků, nedostatek personálu a příjem dalších pacientů. Eliminaci zátěžových faktorů je možné provést na základě několika konkrétních kroků. Zejména sestavení týmu (určení rolí), kolektivní cvičení a management (Team Leader) trauma týmu představují hlavní prvky vedoucí k ulehčení ošetrovatelské péče. Zavedení těchto prvků do praxe odstraní stěžejní faktory a to špatně zvolenou organizaci práce, neznalost personálu v oblasti postupů a případně i nervozitu lékaře. Druhým významným krokem je dostatečný počet personálu. Adekvátní počet pracovníků povede k eliminaci časového stresu a k splnění více požadavků (ordinací) ze strany lékaře. K dostatečnému počtu personálu při ošetřování polytraumatu lze dosáhnout i efektivním tříděním pacientů. Re-triage určitých pacientů může podpořit zmíněný krok a ulehčit náročnost ošetrovatelské péče.

Výsledky analýzy dat o polytraumatizovaných pacientech za tříleté období rovněž přispívají k dalšímu hodnocení psychické a fyzické zátěže při poskytování ošetrovatelské péče na urgentním příjmu. Na základě zjištěných dat lze plánovat management péče o polytraumatizované pacienty a lépe predikovat možné negativní vlivy v poskytované péči. Odstraněním negativních psychických, fyzických a provozních faktorů je možné ovlivnit rychlost a kvalitu poskytované péče.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABELSSON, A. a LINDWALL, L. 2012. The Prehospital assessment of severe trauma patients` performed by the specialist ambulance nurse in Sweden - a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine* [online]. 2012;20(67):1–8 [cit. 27.3.2020]. ISSN 1757-7241. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22985478>
- [2] CERNEA, D. et al. 2014. Polytrauma and Multiple Severity Scores. *Current Health Sciences Journal* [online]. 2014;40(4):244–248 [cit. 27.3.2020]. ISSN 2067-0656. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709708/>
- [3] DRÁBKOVÁ, J. 2002. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. Praha: Grada, 2002. 307s., ISBN 80-247-0419-6.
- [4] FORMÁNKOVÁ, M. 2015. *Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech* [online]. Plzeň, 2015. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Jiří FREI [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/17930/1/DP-%20Formankova.pdf>
- [5] HEALY, S. a TYRRELL, M. 2011. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse* [online]. 2011;19(4):31–7 [cit. 27.3.2020]. ISSN 13545752. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877616>
- [6] HLEDÍKOVÁ, M. 2008. *Plán péče a timing o polytraumatizovaného nemocného* [online]. Pardubice, 2008. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Karel AVLÍČEK [cit. 2020-03-27]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/29267/HledikovaM_Plan%20pece_KH_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- [7] HOGEA, L. et al. 2018. The prevalence of emotional distress factors associated with stress among nurses. *Romanian Journal of Medical Practice* [online]. 2018;13(1):76–79 [cit. 27.3.2020]. ISSN 1842-8258. Available from: <https://rjmp.com.ro/rpm-vol-xiii-nr-1-an-2018/>
- [8] CHRYSOU, K. et al. 2017. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients - still a relevant problem?. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine* [online]. 2017;25(1):1–7 [cit. 27.3.2020]. ISSN 1757-7241. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28427480>
- [9] MARZI, I. et al. 2019. Increasing overhead resources of the trauma room. *Der Unfallchirurg* [online]. 2019;122(1):53–58 [cit. 27.3.2020]. ISSN 1433-044X. Available from: <https://europepmc.org/article/med/29556688>
- [10] NOGUEIRA, L de S. et al. 2014. Nursing Workload in Intensive Care Unit Trauma Patients: Analysis of Associated Factors. *PLoS One* [online]. 2014;9(11):8 [cit. 27.3.2020]. ISSN 1932-6203. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25375369>
- [11] SCHRÖTER, C. et al. 2017. Injury severity in polytrauma patients is underestimated using the injury severity score: a single-center correlation study in air rescue. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* [online]. 2017;45(1):83–89 [cit. 27.3.2020]. ISSN 1863-9933. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29234837>
- [12] SLÁDEK, J. 2020. Polytrauma na urgentním příjmu. Opava, 2020. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě. Fakulta veřejných politik v Opavě. Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce Pavlína RABASOVÁ.
- [13] WENINGER, P. et al. 2005. Polytrauma und Luftrettung. *Der Unfallchirurg* [online]. 2005;108(7):559-566 [cit. 27.3.2020]. ISSN 0177-5537. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00113-005-0949-5>
- [14] ZEMAN, M. a KRŠKA, Z. 2014. *Speciální chirurgie*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014. 512s., ISBN 978-80-7492-128-5.

FACTORS AFFECTING THE DIFFICULTY OF CARING FOR A POLYTRAUMATIZED PATIENT ON EMERGENCY DEPARTMENT



ABSTRACT

Introduction: Management of polytrauma patients requires specific continuity in both professional and organizational point of view. Complex multi-disciplinary approach is necessary. Difficulty of this highly specialized care can affect many negative factors. Aims: Identify factors affecting the difficulty of nursing care of polytrauma patients in emergency department. Methods: By questionnaire survey, using Likert scale, factors affecting demands of nursing care of polytrauma patients were evaluated. Data of retrospective study of treated polytrauma patients in emergency department of particular faculty hospital from Czech Republic from the period 2017 to 2019 were added to the results. Results: From questionnaire survey results we are able to determine clear factors affecting demands of nursing care of polytrauma patients in emergency department from the perspective of non-medical healthcare workers. Main factors, which can affect level of stress are seems to be mental.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: pavlina.rabasova@fvp.slu.cz

Bc. Jan Sládek
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: honsla@seznam.cz

One main aspect (wrong organization of work) reach limit of highly stressful. In the segment of physical factors, only one aspect (obese polytrauma patient) reach the level of medium load of stress. Conclusion: It's obvious that polytrauma patients are in the view of nursing care comprehensively difficult and our results can lead to reduce physical and psychological stress for nursing.

KEYWORDS:

polytrauma, emergency department, physical load, psychic load, nursing care

MOC V SUPERVÍZNOM VZŤAHU

MILAN TOMKA
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

LUBA PAVELOVÁ
BUDÚCNOSŤ, N. O. NITRA

ABSTRAKT

Príspevok sa venuje aspektom moci prítomným v pomáhajúcich vzťahoch s dôrazom na supervíziu študentov sociálnej práce. Nositeľmi moci sú spravidla hierarchicky vyššie postavení aktéri, napr. terapeuti, poradcovia alebo supervízori. Menšou mocou tradične disponujú pacienti, klienti, frekventanti alebo študenti. Identifikujeme vybrané únikové manévry supervizantov z procesu supervízie, kedy je moc využívaná neproduktívnym spôsobom. Popisujeme tiež stratégie supervizantov, ktoré môžu napomôcť balansovať rozloženie moci vo vzťahu a viesť k cieľnému využívaniu moci pre osobný rast. V záverečnej časti definujeme desať postrehov odrážajúcich našu skúsenosť zo supervízie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

supervízia, moc, študent sociálnej práce, stratégie supervizanta, desatoro supervízie

ÚVOD

V pomáhajúcich disciplínach je supervízia využívaná, okrem psychoterapie alebo psychológie, v ktorej má u nás dlhodobú tradíciu, najmä v oblasti sociálnej práce, a čoraz častejšie aj v pedagogike alebo zdravotníckych odboroch, najmä v ošetrovatelstve. Pre štúdium sociálnej práce je typické, že ide o povinnú súčasť študijných programov. Vzdelávanie v sociálnej práci sa realizuje v dvoch základných líniách. Popri osvojovaní si teoretických poznatkov ide aj o zážitkové učenie. Sem môžeme zaradiť praktické vzdelávanie uskutočňované predovšetkým odbornou praxou, výcvikmi, tréningami a supervíziou, ktorá je naviazaná na odbornú prax.

Supervízia zahŕňa viacero aspektov ako podpora, sprevádzanie, vedenie, dohľad alebo vzdelávanie kvalifikovanými odborníkmi - supervízormi (angl. supervisors). Osoby, ktorým je supervízia poskytovaná sú supervizanti (angl. supervisees). Ide o prístup využívaný počas celej kariéry pomáhajúcich pracovníkov, je však vhodné rozlišovať, či ide o supervíziu študentov, frekventantov výcviku, začínajúcich pracovníkov alebo skúsených profesionálov. (Scherpner, 1999) V závislosti od stupňa vývoja supervizantov v celej šírke kontinua ich odbornosti sa objavujú rôzne aspekty moci, mení sa miera direktivity, rozloženie zodpovednosti medzi oboch partnerov aj stupeň hierarchizácie ich vzťahu. (Tomka, Schavel, 2010) V príspevku kladieme do centra pozornosti supervíziu študentov, kedy v úvodných etapách svojho odborného rastu sa so supervíziou stretávajú spočiatku ako neskúsení frekventanti učiaci sa kultivovať svoje profesionálne Ja v novom učebnom kontexte. Často je tento proces poznačený prístupom, kedy sú študenti pasívnejším prvkom vo vzťahu k učiteľom aj obsahu učenia, majú obsiahnuť predpísaný objem vedomostí, pričom práca s vnútorným svetom ako zdrojom učenia zostáva v druhej línii pozornosti. Tento koncept ovplyvňuje aj moc v supervízii študentov sociálnej práce.

Ak v článku hovoríme o vzťahu, máme na mysli supervízny vzťah, teda vzťah medzi supervízormi a supervizantami. Efekty využívania, ale aj zneužívania moci môžu byť výraznejšie v skupinovej supervízii, čo je spôsobené napríklad skupinovú dynamikou. Narábanie s mocou je ovplyvnené aj preferenciou k modelom supervízie, keďže koncept moci je v nich inak akcentovaný. V príspevku vychádzame z perspektívy štruktúrálnofunkčných modelov reprezentovaných napr. autormi Kadushin a Harkness, (2002) alebo M. T. Tsui (2005). Osobitný dôraz kladený na kvalitu vzťahu a citlivé operovanie s mocou možno nájsť vo feministickom modeli supervízie (napr. Hipp, Munson, 1995, Fickling, Tangen, 2017).¹

¹ Viac k téme supervíznych modelov vid'. napr. Ming-Sum Tsui: Supervision Models in Social Work: From Nature to Culture, Asian Journal of Counselling, 2004, Vol. 11 Nos. 1 & 2, 7–55

MATERIÁL A METODIKA

Cieľom príspevku je reflexia systému supervízie študentov sociálnej práce uplatňovaného na Vysokej škole polytechnickej. Teoretické aspekty moci v supervízii premietame do skúseností získaných z tohto konceptu. Našou ambíciou je tiež ponúknuť odborne zdôvodnený podnet pre supervizantov, že samotný výsledok supervízie je závislý nielen od uplatňovania moci supervízorom, ale aj supervizantmi a aké majú možnosti naložiť s ňou.

Východiskový model supervízie nadväzuje na odbornú prax definovanú rozsahom dvesto hodín v semestri, vykonávanú súvisle v štyroch pracovných týždňoch počas prvých piatich semestrov bakalárskeho štúdia. Dotácia odbornej praxe počas štúdia činí tisíc hodín. Študenti sú alokovaní na jednotlivé pracoviská nielen v regióne školy, ale po celom území republiky. Supervízia počas tohto obdobia je preto z časti vykonávaná dištančne a následne po ukončení odbornej praxe prezenčne v škole. Uplatňovanou formou je skupinová supervízia. Vybraní zamestnanci poskytovateľa praxe poskytujú na základe zmluvy o zabezpečení praxe mentorské vedenie počas jej výkonu. Supervízorom je vyučujúci zo školy, ktorý je nezávislý od pracoviska zabezpečujúceho prax a aj mentora. Študentom poskytuje podporu a priestor pre reflexiu získavanej skúsenosti a jej integráciu pre rozvoj ich profesionality. Zároveň pomáha študentom identifikovať slabé miesta v praktickom fungovaní v pracovných tímoch a v práci s klientami. Predpokladom úspešného absolvovania supervízie je aktívna reflexia praxe študentom.

V prvých dvoch kapitolách sa venujeme obecným charakteristikám moci a typológii moci v supervízii. Deklarujeme tak rôzne konotácie moci podmienené nielen využívaním sankcií, ale aj odmien, uplatňovaním vlastnej expertnosti, informačnej prevahy, schopnosti byť pre niekoho vzorom alebo disponovať mocou spojenou s formalizovanou sociálnou pozíciou. V tretej kapitole nazvanej od mocenskej „tragédie“ k stratégii sa sústredíme na nedostatočné využívanie moci supervizantmi pri snahe vyťažiť zo supervízie čo najviac. Uvádzame neefektívne (únikové) stratégie práce s mocou, ktoré pripisujeme faktorom strachu a odporu (v psychologickom význame slova) a ochrane krehkého ega pri riešení citlivých otázok. Spolu s Delanom (2006) sa následne snažíme ponúknuť alternatívne postupy ako konštruktívne môže študent v pozícii supervizanta uchopiť moc v tomto procese. V závere, trochu odľahčene, definujeme vybrané odporúčania pre efektívne fungovanie supervizantov v supervízii.

MOC V SUPERVÍZII

Supervízia je definovaná ako „medziľudská interakcia, ktorej obecným cieľom je, aby sa jedna osoba, supervízor, stretávala s druhou osobou, supervizantom v snahe zlepšiť schopnosť supervizanta účinne pomáhať ľuďom.“ (Hess, 1987, s. 25) Uvedené platí obdobne pre individuálnu aj skupinovú supervíziu alebo výcvikovú a výučbovú supervíziu

využívanú v supervízii študentov. V nej okrem úvah o úrovni starostlivosti o klienta intenzívnejšie zohľadňujeme aj výučbové ciele a zvyšovanie úrovne jeho autonómnosti a schopnosti reflexie vykonávanej práce a sebareflexie.

V štandardoch dobrej praxe supervízie v sociálnej práci vydaných americkou Národnou asociáciou sociálnych pracovníkov, čo je celosvetovo najväčšia profesijná organizácia zastrešujúca sociálnych pracovníkov, sa otázkam moci kladie zvýšený dôraz. Aj keď je supervízny vzťah spravidla vzťahom medzi odborníkmi, platí, že supervízori majú zvyčajne viac moci vo vzťahu ako supervizanti. Štandardy apelujú na predchádzanie konfliktom záujmov, supervízori musia prijať svoju moc a využívať svoju kompetenciu v najlepšom záujme klientov. (Best Practice Standards in Social Work Supervision, 2013) C. Rogers (in Úvod do supervízie, 2000) popisuje, že vzhľadom k rozdielnej roli, ktorú obe strany zaujímajú, kvôli prirodzenému rešpektu k vedeniu supervízora a určitej bezbrannosti supervizanta, sa prirodzene v supervíznom vzťahu vyvinie nerovnováha. Tá spôsobuje, že moc je jedným z kľúčových prvkov všetkých pomáhajúcich vzťahov. Sila toto hierarchického usporiadania je podmienená súbehom viacerých faktorov moci, ktoré popisujeme nižšie v texte.

Pojmy asociované s mocou prítomné v pomáhajúcich vzťahoch sú najmä bezmocnosť, pomoc, právomoc, zmocnenie (angl. empowerment) a menej častý pojem použitý C. Rogersom (1960) „sebazmocňovanie“ (angl. self-empowerment). Rogers v časoch dominancie psychoanalýzy k tomu napísal „Snažil som sa uviesť príklady na ilustráciu sily prístupu zameraného na človeka. Týmto spôsobom sa zmení samotná podstata psychoterapie, manželstva, vzdelania, správy, dokonca aj politiky. Tieto zmeny naznačujú, že tichá revolúcia už prebieha. Poukazuje na budúcnosť veľmi odlišnej povahy, postavenú na novom type osobnosti s vlastným sebazmocňovaním, ktorá sa vynára.“ O svojom prístupe zameranom na človeka, vyhlásil, že to nie je prístup, ktorý dáva moc človeku, ale mu ju nikdy nevezme. Sily pre rast, rozvoj a zrelosť vidí v konkrétnom človeku a nie v expertovi vedľa neho.²

Využívanie moci je všeobecne diferencované v závislosti od miery orientácie na spoločné dobro. Autori Bedrnová, Nový (2001) rozlišujú toto správanie v závislosti od sociocentrickej, egocentrickej alebo egoistickej perspektívy konajúceho. Konanie môže byť orientované v prospech danej situácie, resp. oboch konajúcich partnerov, iba vo vlastný postreh bez ohľadu na druhú stranu alebo zreteľne v neprospech druhej strany.

Moc teda môže byť využívajúca, zneužívajúca, bezohľadná a v krajnej polohe deštruktívna. Tým sa naplno otvára pole práce s mocou od altruistického až po hostilné. Pozitívny alebo negatívny rozmer získava moc až s motiváciou ku konaniu, prípadne k zdržaniu sa konania.

² Osobitne sa problematike moci a pomoci v pomáhajúcich vzťahoch venuje Vladimír Labáth, najnovšie v publikácii Moc a pomoc. Verbum, Katedra sociálnej práce PF KU, 2019, 186 s.

TYPOLÓGIA MOCI V SUPERVÍZII

Moc v tej najvšeobecnejšej rovine je fenomén, ktorý sprevádza vývoj ľudstva a priebežne sa presadzoval vo fungovaní všetkých doposiaľ existujúcich spoločenských formácií. Vystupuje ako protipól proti tendenciám usilujúcim o sociálnu rovnosť a následne sociálnu spravodlivosť.

Moc generuje tlak, reflektuje nerovnováhu, či už ju spôsobuje alebo je jej dôsledkom. Je spájaná s možnosťou direktívnejšie riadiť, ovplyvňovať, usmerňovať, ale aj nedirektívne viesť, pomáhať, sprevádzať alebo učiť. Ako sa teda premietajú základné druhy moci definované vybranými mysliteľmi ako jej aspekty rozpoznateľné v supervízii?

Max Weber (in Bedrnová, Nový, 2001) definuje moc ako možnosť uplatnenia niekoho prania nad práním druhých. Popisuje tri základné kategórie moci.

Trestajúca moc kalkuluje predovšetkým s primeraným, spravodlivým trestom, zodpovedajúcim určitému previneniu. Poukazuje sa v nej tiež na dôsledky hrozbou trestu. Pracuje sa s pojmami osobné alebo verejné pokarhanie.

Kompenzačná moc naopak ponúka odmenu. V minulosti typickými nástrojmi odmeny boli statky, podiel na produktoch, v súčasnosti skôr odmena formou peňazí alebo pochvala. Moc má ten, koho odmena sa stretáva s naplnením očakávania, a to v akejkolvek podobe. *Podmienená moc* stavia na zmene postojov, presvedčení alebo viery prostredníctvom komunikácie. Je hierarchicky neutrálna, t. j. nereflektuje podriadenosť. Jej účinky však môžu byť zreteľné aj bez prítomnosti akejkolvek podriadenosti, napríklad v podobe manipulácie. V súčasnosti osvedčenými spôsobmi využívajúcimi podmienenú moc je podniková kultúra alebo sila reklamy.

V podmienenej moci sa výraznejšie presadzujú subjektívne aspekty. Z dvoch partnerov má viac podmienenej moci ten, ktorý dokáže obratne argumentovať, jasne a zrozumiteľne komunikovať, a jeho prejav je vierohodný. Na druhej strane ňou disponuje aj osoba, ktorá využíva postupy modernej manipulácie identifikované autormi Green a Elfferst (1998). Môžu mať optimalizačné účinky, ale aj výrazne manipulačné aspekty.

Jeden z najcitovanejších autorov v oblasti supervízie A. Kadushin, vychádzajúc z Ravenovej typológie moci zo šesťdesiatych rokov, definoval jednotlivé kategórie moci v podmienkach supervízie v sociálnej práci (Kadushin, 2002). My sme s pokúšili rámcovať tieto charakteristiky do kontextu supervízie študentov, pričom je možné ich uplatniť u supervízorov sprevádzajúcich študentov na pracoviskách (výcviková supervízia) alebo v škole (výučbová supervízia).

Odmeňujúca moc vyjadruje možnosť ovplyvňovania supervizantov prostredníctvom hmatateľných odmien – návrh na štipendium, písomná pochvala, zaradenie do aktivít, na ktoré je obmedzená kapacita a pod.. Zároveň to môžu byť aj odmeny, u ktorých sa supervízori nemusia rozhodovať vylučujúco, t. j. nie je pre ne obmedzený rozpočet alebo iný limit a sú dostupné všetkým rovnako. Medzi tieto odmeny patrí pochvala, pozitívna referencia alebo dobré formálne hodnotenie výkonu. Podmienkou pre účinnosť odmeny je diferencovanie podľa výkonu, adresnosť a motivačný charakter odmeny. Vo chvíli, keď sa odmeňuje paušálne a neselektívne, stráca odmena svoj efekt a rovnako s ním slabne aj dimenzia moci založená na odmene. Rizikom je iniciácia odporu a strata alebo zníženie autority odmeňujúceho. Samotná hodnota odmeny je často spojená s autoritou a rešpektom k supervízorom, ktorí ju udeľujú.

Donucovacia moc reflektuje schopnosť supervízorov využívať tresty k ovplyvneniu správania supervizantov, od tých krajných možností ako je negatívne hodnotenie aj s prípadnými formálnymi dôsledkami, disciplinárne opatrenie, preradenie na nepopulárne pracovné úlohy a pod.. Donucovanie formou trestov nekoleruje s poslaním supervízie a má byť využité najmä v prípadoch, kedy zostáva ako ostatná možnosť sledujúca účel vzdelávania. Má prinášať potenciál pozitívneho zvratu. S ohľadom na étos sociálnej práce je preferovanejším spôsobom absencia odmeny ako určitá forma trestu.

Legitímna moc je nepersonálna, teda je vyjadrená skôr sociálnou pozíciou, statusom daným organizáciou alebo právnou normou. Sémanticky je spájaná s právomocou. Ak sa pozícia supervízora spája aj s rolou formálneho hodnotiteľa supervizanta, môže komplikovať samotný proces supervízie a od supervízora vyžaduje veľmi citlivú reflexiu prítomnosti moci vo svojej práci.

Referenčná moc pochádza z identifikácie so supervízorom, koreluje s kvalitou vzťahu, ambíciou vyrovnáť sa supervízorovi, inšpirovať sa ním. Supervízor slúži ako osobný vzor pre myslenie, správanie, zručnosti. Supervízor študentov je často prvá osoba, s ktorou spoločne systematicky spoznávajú rôzne aspekty vlastnej osobnosti na podklade reflektovanej skúsenosti.

Expertná moc vychádza zo supervízorových vedomostí a špecifických zručností, ktorými disponuje, a ktoré supervizanti potrebujú. Je to sila odbornej kompetencie, ktorá v spojení s referenčnou mocou násobí možnosti rastu a motivácie k zmene u supervizantov. Jej účinky sú však slabšie znížením rozdielu v expertnosti medzi supervízorom a supervizantami. Predpokladom jej uchovania a rastu je kontinuálny osobný rast supervízora a priebežný kontakt z praxou.

Raven (1990) doplnil vyššie uvedenú typológiu aj o moc informačnú. *Informačná moc* súvisí s mocou expertnou. Môže však existovať izolovane a je typická dostupnosťou informácií, ktoré nemusia byť nutne viazané na expertnosť jej nositeľa. Znalosť významnej

informácie dáva výhodu, v prípade, že iní ňou nedisponujú. Z hľadiska supervízie informačnú moc bez spojenia s expertnou mocou vnímame ako izolovanú kategóriu. Legitímnym očakávaním je, že s informáciami a dátami v supervízii sa pracuje korektne a v možnej miere otvorene. To sprehľadňuje jej využívanie.

OD MOCENSKEJ „TRAGÉDIE“ K STRATÉGII

Supervízia je proces, ktorý obsahuje v sebe aj učebné spojenectvo. Obojstranne prípadne viacstranne obohacujúce. Príprave supervízorov sa venuje pomerne veľká pozornosť, absolvujú vzdelávanie a mali by poskytovať isté garancie pre kompetentný výkon. Na strane druhej, aj príprava supervizantov na supervíziu môže synergicky zvyšovať efekty supervízie. A to aj po stránke operovania s mocou.

Scherpner (1999) zahŕňa do popisu faktorov ovplyvňujúcich sociálne učebné procesy okrem strachu (odporu), lásky (akceptovania), poriadku (štruktúra) a času aj moc. Moc predstavuje ako usporiadanú silu, ktorá vytvára, presadzuje a zabezpečuje štruktúry, normy a usporiadania, ktoré vytvárajú podmienky pre slobodu a rast. V tomto zmysle je moc vnímaná ako konštruktívna rozvíjajúca sila. Priaznivá kombinácia týchto faktorov vytvára nové kvality. Napríklad moc v spojení s láskou a akceptovaním vytvára *autoritu*. Naopak moc, ktorá spôsobuje strach alebo je strachom udržiavaná, je *násilie*, prípadne vyvoláva *bezmoc*. Aktivuje u tých, ktorí sú deštruktívnou mocou postihnutí, odpor voči rozkazom iných, potláča ich energie do úzadia namiesto toho, aby ich aktivovala. Každé použitie moci, a tým sa zvyšujúci pocit strachu a odpor voči učeniu, majú byť vylúčené zo všetkých agogických³ procesov.

Strach a odporové správanie nemusia byť nutne vyvolané supervízormi. Študenti pri príprave na supervízne stretnutie využívajú pre uchopenie prípadov do supervízie rôzne kľúče. Môže ísť o problematické alebo konfliktné incidenty (či už ide o vnútorný konflikt alebo konflikt vonkajší), emocionálne napäté situácie, situácie uviaznutia, v ktorých nie je jasné ako postupovať ďalej, ale aj udalosti a postrehy, s ktorými nie sú spokojní pri konfrontovaní s vlastným hodnotovým systémom. V závislosti od toho, na akom stupni sociálnej zrelosti, ale aj nakoľko ich ovplyvňuje vlastný strach otvárať citlivé témy, dochádza niekedy k posunu v očakávaniach od supervízie. Následne sa orientujú skôr (niekedy výhradne) na vonkajšie okolnosti a podmienky bez zaangažovania hlbšej sebareflexie s celým spektrom sprievodných emócií. Výsledkom môžu byť zadania do supervízie, ktoré obalujú vnútorne ohrozujúce alebo nepríjemné prežívanie a presúvajú pozornosť napríklad na vnímané nedostatky na pracovisku, režim alebo zvyklosti. Prejavujú sa tiež koncentrovanou pozornosťou na správanie a postoje personálu na pracoviskách, s ktorým sa študenti nevedia identifikovať alebo s ním nesúhlasia. V takých prípadoch môže ísť o odmietnutie aktívne vstupovať do procesu učenia, potieranie vlastnej zodpovednosti, vzdanie sa moci/možnosti maximalizovať svoje zisky zo supervízie.

³ Agogika – vedenie (ako uvádzanie do praxe, sprevádzanie v praxi), poradenstvo a učenie.

Pozornosť v supervízii by sa mala presúvať na osobu supervizanta v ním popísanej konštelácii. Podstúpiť posun z roviny „ONI“ (venujeme sa tomu, čo robia tí druhí), na „JA a ONI“ (venujeme sa tomu ako súvisí to, čo robia tí druhí, so supervizantom) a následne na „MY a Klient“ (venujeme sa tomu, ako toto celé dopadá na klienta a aké sú možnosti ďalšieho postupu). Rizikom opomenutia osobnosti supervizantov v zadaní je odklon od supervízie a napĺňanie skrytých očakávaní, napr. v koalíčnom spojení supervizora a supervizanta proti pracovníkovi, ktorý nemá možnosť zapojiť sa do diskusie, napriek tomu, že sa ho týka. Supervízori tieto tendencie nemajú opomenúť, rozumejú prípadným manévrom supervizantov, keďže reflektujú často obavy a úzkosť. V akceptujúcej spolupráci je potrebné umožniť supervizantom nielen porozumenie prípadu, ale aj skrytých motívov a nazerať na ne tak, aby viedli k náhľadu a seba prijatiu.

Ďalšími príkladmi pokusov o únik zo supervízie, v zmysle zúčastniť sa, ale prežiť „nedotknutí“, môžu byť nasledovné:

- „Nemám tak veľký problém, ktorý by bol vhodný do supervízie“.

Nemusí ísť o „veľký problém“, aby to stálo za pozornosť. Pri supervízii sa postupuje akoby v zužujúcej sa špirále. Od vecí, ktoré sú môžu byť opisné, osobne odťažité (týka sa to tých iných – pracovníkov, klientov) a menej sebarefektívne, je možné postupne sa prepracovávať k hlbšiemu uvedomeniu si súvislostí vlastného Ja a prežitej skúsenosti.

- „Nemám žiadny problém do supervízie“ Tvrdenie sprevádzané tým, že na praxi sa nič podstatné, k čomu je potrebné sa vrátiť, nedeje.

V týchto prípadoch ide o signál, že na praxi sa naozaj nič nedeje a neplní svoju úlohu, prípadne je obsahovo a zážitkovo málo podnetná. Alebo ide o prípad, kedy po bližšom skúmaní podnety sú, ale zostávajú za okrajom pozornosti alebo uvedomenia.

- „Mám prípad, ale *nie je* to problém,“

Žiadúce je nachádzať podnety na zamyslenie, napr. situácie, ktoré utkveli v pamäti, skúsenosti, ktoré niečím osobitne rezonujú. K týmto témam je možné prísť aj prostredníctvom jednoduchého popisu situácií, prípadov z praxe, na základe ktorých sa rozvíja diskusia smerujúca viac k prežívaniu a uvažovaniu o sebe v danej situácii. Platí, že ak sa nedarí nachádzať podnet do supervízie v dani okolo nás, možno pomôže hľadať ho v sebe. Ak sú supervizanti málo vnímaví k sebe, pravdepodobne sa to prejaví aj vo vzťahu k ostatným. Je ťažké byť skutočne nápomocný pre iných, ak táto snaha nekorešponduje s vlastnou otvorenosťou a autenticitou. Zároveň sa potvrdzuje, že ak študenti už nadobudli poznanie o osobných ziskoch zo supervízie, sú motivovanejší túto skúsenosť sprostredkovať aj iným.

V úvodných fázach supervízie nemusia študenti rozumieť, čo od nich supervízori očakávajú. Priviesť ich k získaniu podobnej skúsenosti akú majú oni sami, znamená pre supervízorov pohybovať sa občas v skupine „osamotení“.

Supervízia by ani nezačala, ak by boli všetci pripravení len počúvať. Aj tento prístup je možné považovať za „falošnú“ pripravenosť, deklarovanú navonok. Očakávaná je absencia rizika strápnenia, zraniteľnosti. Nech hovoria tí druhí.

Aj keď je opäť potrebné zdôrazniť, že sú to supervízori, kto má primerane pracovať s mocou. Naznačili sme, že aj supervizanti majú zodpovednosť a možnosti uplatňovať postupy pre vyrovnanie moci vo vzťahu. Koncept tohto manažmentu zdola ide proti tradičnému usporiadaniu hierarchických vzťahov, ale keď sa stane súčasťou profesionálnej výbavy supervizantov môže ísť o dynamický nástroj pre „rovnomocnejší“ vzťah vytvárajúci energiu pre pozitívny rast.

Predchádza mu uvedomenie, že supervizanti majú možnosť spoluriadiť tento vzťah, a priamo tak ovplyvňovať nielen jej priebeh, ale aj výsledok. Supervizanti namiesto reaktívneho spôsobu preferujú proaktívnu pozíciu vo vzťahu. V istom zmysle sa stávajú spoluvlastníkmi procesu, čo je žiadúci stav. Ide o postoj, na základe ktorého supervizanti konštruktívne využívajú svoje postavenie a dynamizujú svoje sociálne role. Navyiac to obohacuje všetkých účastníkov supervízie, teda aj supervízorov, a v prípade skupinovej supervízie aj ostatných supervizantov.

Delano (2006) ponúka praktické návody ako efektívnejšie prispievať k vyrovňaniu rozloženia moci vo vzťahu a ako byť v supervízii skutočnými učiacimi sa partnermi.

Klášť otázky, byť zvedaví. Rola učiacich sa je týmto spôsobom integrovaná do obojstranne angažovaného vzťahu. Zdravá zvedavosť je spôsob ako sa učiť a nesie v sebe odkaz očakávaní. Supervízia je, okrem iného, aj učebný proces. Efektivita učenia závisí nielen od úrovne toho kto učí a podmienok, v ktorých k učeniu dochádza, ale samotnými učiacimi sa. Ak títo sú aktívni, pripravení participovať, získavajú z tohto procesu oveľa viac. Platí, kto vkladá do učenia seba, odnesie si pre seba oveľa viac. Znamená to, nielen byť otvorení k supervízorom, ale byť pripravení spoločne s nimi hľadať odpovede v sebe samých.

Vnímať supervíziu ako cestu pre osobný aj profesionálny rast. Vyhnúť sa hre, čo iní nevedia, to ma nebolí. Pomáhajúci pracovníci majú profesionálnu zodpovednosť k reflexii vlastnej praxe a supervízia je tým správnym a eticky prípustným priestorom. Predpokladom je klášť otázky, ktoré vychádzajú z reflexie práce s klientmi a poctivej sebareflexie. Vyžaduje to ochotu „ísť s kožou na trh“ resp. riskovať. Odmenou je náhľad na vlastné motívy a ďalšie intrapersonálne aj interpersonálne súvislosti.

Vyhľadávať „supervíziu“ kdekoľvek to je možné a od kohokoľvek kto je ochotný. Neznamená to, že študenti nerešpektujú zavedenú organizačnú hierarchiu a postupy alebo že supervíziu môže vykonávať ktokoľvek. Ide skôr o širšie vnímanie slova supervízia v zmysle vyhľadávania nových príležitostí pre učenie, pomoc a podporu. Supervízia ako vymedzený časopriestor, v ktorom sa stretávajú profesionálni supervízori a supervizanti nedokáže pokryť všetky relevantné potreby a očakávania. Preto ak predpokladom pre vyššie uvedené odporúčanie kladená otázka je sebauvedomovanie, podmienkou pre toto druhé odporúčanie je viesť rozhovory a vyhľadávať aktívne podporu aj mimo časovo jasne vymedzenej supervízie. Nepísaným pravidlom študentskej supervízie je, aby sa pridelení mentori alebo supervízori na pracovisku venovali výhradne študentovi aspoň hodinu týždenne. Skúsenosť však ukazuje, že sú to často aj iní profesionáli, ktorí priebežne poskytujú podporu a sprevádzanie pre študentov na požiadanie.

Klást nasledujúce dve cirkulárne otázky. Pred vytvorením záverov supervizantami, že niečo robia zle alebo sú nespravodlivo posudzovaní, sú na mieste otázky. „Ktoré informácie mám a nemajú ich iní, a ktoré by im pomohli sprostredkovať moje videnie?“ A druhá. „Ktoré informácie majú ostatní a ja nie, a ktoré by mi pomohli vidieť to ich očami?“ Pri informáciách, ktoré majú iba tí druhí, si študenti nevystačia sami a mali by sa pýtať. Predpokladom je pokora. Porozumieť tomu, že sú informácie, ktorými disponujeme iba my sami alebo iba tí druhí (napr. skúsenosti, pocity, objektívne udalosti atď.) a ich sprostredkovanie je príležitosťou k vzájomnému porozumeniu a rastu. Alebo tiež vnímať svoju neschopnosť porozumieť alebo súhlasiť s tými druhými ako príležitosť pre učenie, a nie ako dôvod pre hnev alebo pocit ukrivdenia.

Priniesť si vlastný prípad resp. tému do supervízie. Všeobecnou požiadavkou v supervízii je byť pripravený na stretnutie. Znamená to, že okruhy, ktoré sa stanú témou na stretnutí by mali vychádzať od supervizantov. Ideálne preto, že chcú, nie preto, že musia. Očakávať, že supervízori vyplnia väčšinu času na supervízii inštrukciami, vzdelávaním by znamenalo očakávať iné ako supervíziu. Tá v sebe nesie participatívnosť, ktorej súčasťou je aj osobitný čas supervizantov potrebný na prípravu na stretnutie a aj čas na samostatnú reflexiu prípadu a formuláciu očakávaní na stretnutí.

Vyžadovať pravidelnú supervíziu. Pravidelné supervízne stretnutia sú stavovskou povinnosťou pracovníkov aj študentov podieľajúcich sa na výkone v pomáhajúcej profesii, ale aj ich právom. V prípadoch, kedy je supervízia zrušená a jej preplánovanie nie je v súlade s oprávnenými nárokmi supervizantov, sami by mali byť iniciátormi pre nápravu.

Vyžadovať včasnú evaluáciu a reagovať na ňu. Hodnotenie je súčasťou supervízneho vzťahu. Preto je vhodné akceptovať iba včasné, dostatočné hodnotenie, ktoré zahŕňa oblasti rastu. Pre elimináciu rizika jednostranného alebo nedostatkom informácií podfarbeného hodnotenia prebieha hodnotenie v spolupráci s druhou stranou. Hodnotenie supervízorov supervizantmi je súčasťou recipročného vzťahu, akým je aj supervízny vzťah.

Učiť sa a byť ochotný uplatňovať umenie konštruktívnej konfrontácie so supervízormi. Supervizanti nie sú pasívnym prvkom v supervízii, ktorých úlohou je zniesť spätnú väzbu, hodnotenie alebo upozornenia na riziká. Pochopenie svojej role zahŕňa budovanie partnerstva založeného na obojstrannom rešpekte. Vtedy sa otvára dimenzia vzájomného obohacovania, v ktorom konfrontácia nespôsobuje bolesť, ale v konečnom dôsledku radosť z podnetov integrovaných v meniacom sa postoji.

Trénovať a cvičiť. Využívať príležitosti pre uplatnenie nových súvislostí pochopených aj v supervízii a využiť k tomu aj supervíziu samotnú. Supervízia je celoživotný proces, preto aj skúsení pracovníci a aj študenti sú učiacimi sa.

Naučiť sa umeniu „manažovať svojho šéfa“. Supervízori síce spravidla nie sú v pozícii šéfov a supervizanti nie sú podriadení. Tento prístup však umožňuje aktívne ovplyvňovať priebeh supervízie a supervízori by mala dať k tomu primeraný priestor. Úskalím sú vyššie spomínané manévry, do ktorých by supervizanti, v snahe sebaochraňujúco ovplyvňovať dianie v supervízii, mohli skĺznuť. Je integrujúcim imperatívom vo vzťahu k vyššie uvedenému. Vyžaduje zrelejších supervizantov, ktorí vedú včas a asertívne vznášať oprávnené požiadavky a prevziať spoluzodpovednosť za proces supervízie.

DESATORO SUPERVÍZIE ALEBO ZHUTNENÁ SKÚSENOŠŤ ZO SUPERVÍZIE ŠTUDENTOV

Nižšie uvedené postrehy nie sú úplným zoznamom toho podstatného o supervízii. Ich cieľom je osloviť čitateľa. Bez dlhých komentárov.

- 1. Zdieľať predpokladá dôverovať ostatným. So sebadôverou to ide ešte ľahšie.*
- 2. Cieľom je náhľad, nie návod. Ten príde sám.*
- 3. Predpokladom je získať odstup. Paradoxne je nutné ísť k sebe.*
- 4. Supervízia nie je súťaž. Iba ak so sebou.*
- 5. Aj dobrá skúsenosť patrí do supervízie. Nevyhneme sa tým nutne novému.*
- 6. K supervízii prináleží moc. Nesmie jej však byť moc.*
- 7. Je výborné, ak sú všetci pripravení počúvať. Iné je, ak sú pripravení len počúvať.*
- 8. Ak chceš, je to (vý)hra. Ak nechceš, bol to aj supervízorov čas.*
- 9. Supervízia oslobodzuje. Postupne, pomaly, ale isto.*
- 10. Supervízia je čas strávený so supervízorom. Ale to podstatné sa deje až potom.*

ZÁVER

Moc je prítomná v supervízii vždy, jej uplatňovanie je dané situáciou, osobnosťou aktérov, ich očakávaniami. Vyrovnávanie moci vo vzťahu neznamená uberať moc supervízorom a presúvať ju smerom k supervizantom. Ide o proces, v ktorom sa maximalizuje využívanie moci v prospech druhej strany, preferuje spravodlivosť a nehrajú mocenské hry. Je príznačný korektným otvoreným postojom k partnerovi a vzťahom, ktorý umožňuje prácu s citlivými témami v prospech osobného a profesionálneho rastu. Zrelé kombinovanie jednotlivých druhov moci môže vytvárať synergický efekt. V opačnom prípade môže dochádzať k vzájomnému rušeniu týchto síl. Supervízia študentov vyžaduje spravidla viac kontroly a uplatňovania moci s cieľom udržať štandard služby alebo chrániť klienta. Nemá sa v tom však stratiť dôraz na potreby a slepé miesta supervizanta. V moci samotných študentov je ako ju dokážu využívať supervíziu vo svoj prospech. Postupy sme ponúkli v príspevku. Aby to však fungovalo, partnerom musia byť osvietení supervízori.

Tento príspevok bol podporený Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy číslo: APVV-16-0422 „Stratégie žien na predchádzanie, zmiernenie a zastavenie násilia v blízkych vzťahoch“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. 2001. *Moc, vliv, autorita*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001, 126 s. ISBN 80-7261-053-8
- [2] *Best Practice Standards in Social Work Supervision*, 2013 [online] [cit. 10. 5. 2020] Dostupné z: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=GBrLb14Buw1%3D&portalid=0>
- [3] DELANO, F. 2006. *Professionally Packaging Your Power in the Supervisory Relationship*. Scottish Journal of Residential Child Care Volume 5 No 2 Aug/Sept [online] [cit. 10. 5. 2020] Dostupné z: https://www.celcis.org/files/9814/3818/0821/vol5no2professionally_packaging.pdf
- [4] FICKLING, M. J., TANGEN, J. L. 2017. *A Journey Toward Feminist Supervision: A Dual Autoethnographic Inquiry*. [online] The Journal of Counselor Preparation and Supervision, 9(2). [cit. 14. 5. 2020] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.7729/92.1219>
- [5] GREEN, R., ELFFERST, J. 2000. *The 48 Laws of Power*. London, Profile Books. [online] [cit. 13. 5. 2020] Dostupné z <http://www.rageuniversity.com/PRISONESCAPE/PRISON%20MENTAL%20HEALTH/psychologypower.pdf>
- [6] HAWKINS, P., SHOHET, R. 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004 ISBN 80-7178-715-9

- [7] HESS, A. K. 1987. *Psychoterapy Supervision: stages, Buber and theory of relationship*. Profesional Psychology : Resarch and Practice, 18(3) In: Hawkins, P., Shohet, R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004
- [8] HIPPI, J. L., MUNSON, C. E. 1995. *The partnership model: A feminist supervision/consultation perspective*. *The Clinical Supervisor*, 13(1), 23–38
- [9] KADUSHIN, A., HARKNESS, D. 2002. *Supervision in social work* (4th ed.). New York: Colombia University Press. ISBN 0-231-12094-X
- [10] RAVEN, B. H. 1990. *Political Applications of the psychology of interpersonal influence and social power*. *Political Psychology*, 1990, 11, 3, In: Bedrnová, E., Nový, I. *Moc, vliv, autorita*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001, 126 s. ISBN 80-7261-053-8
- [11] ROGERS, C. R., 1960. *Carl Rogers on Personal Power*. Srishri Publishers & Distributors : New Delhi. [online] [cit. 10. 5. 2020] Dostupné z: https://archive.org/stream/in.ernet.dli.2015.125487/2015.125487.Carl-Rogers-On-Personal-Power_djvu.txt
- [12] SCHERPNER, M., WALTRAUD, M. R., SITZENSTUHL, I. 1999. *Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie: Princípy sociálnej práce*. Dolný Kubín : Vydavateľstvo Peter Huba, 1999. 175 s.
- [13] TOMKA, M., SCHAVEL, M. 2010. *Procesný model supervízie – Supervízia medzi kontrolou a pomocou*. In Prohuman.sk [online] [cit. 14. 5. 2020] Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/procesny-model-supervizie-supervizia-medzi-kontrolou-a-pomocou>
- [14] TSUI, M. S. 2005. *Social work supervision: Contexts and concepts*. Thousand Oaks, CA: Sage ISBN 0-7619 1766-7.
- [15] *Úvod do supervize: Cyklický model*. 2000. Tišnov : Scan, 2000. ISBN 80-866-20-00-X

POWER IN A SUPERVISORY RELATIONSHIP



ABSTRACT

The paper deals with the aspects of power present in helping relationships with an emphasis on the supervision of social work students. The holder of power is usually a hierarchically higher level stakeholder, such as a therapist, counsellor or supervisor. The patient, client, attendant or student traditionally has less power. We focus on the aspects of power that the supervisor has at their disposal. We identify selected escape maneuvers of supervisees from the supervision process, when power is used in an unproductive way. We also describe supervisees' strategies that can help balance the distribution of power in a relationship and lead to the targeted use of power for personal growth. In the final part, we define ten observations reflecting our experience of supervision.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: Milan.Tomka@vspj.cz

doc. PhDr. Luba Pavelová, PhD.
BUDÚCNOSTĚ, n. o.
Wilsonove nábrežie 82
94901 Nitra
e-mail: buducnostino@gmail.com

KEYWORDS:

supervision, power, social work
student, supervisee's strategy, ten
commandments of supervision

HODNOCENÍ STAVU VĚDOMÍ U PACIENTŮ V INTENZIVNÍ PÉČI TESTEM CAM-ICU

HALUZÍKOVÁ JANA
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

HALATOVÁ MICHAELA
NEMOCNICE FRÝDEK-MÍSTEK



ABSTRAKT

Cílem práce bylo na základě analýzy české i zahraniční odborné literatury a odborných periodik, získat relevantní ucelený přehled o využívání testu CAM-ICU na jednotkách intenzivní péče sestrami. Metodika: kritériem výběru byly studie týkající se používání testu CAM-ICU na jednotkách intenzivní péče a hodnocení stavu vědomí ošetřujícím personálem. Data byla získaná 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 220 studií. Pro obsahovou analýzu bylo způsobilých jen deset studií, které se konkrétně týkaly hodnocení stavu vědomí u nemocných hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče.

KLÍČOVÁ SLOVA:

CAM-ICU, delirium, intenzivní péče,
RASS

ÚVOD

Delirium je převládající formou akutní mozkové dysfunkce, která se objevuje u kriticky nemocných. Navzdory zvýšeného počtu a souvislosti se zvýšenou morbiditou a mortalitou. Delirium zůstává na akutních odděleních nedostatečně diagnostikovaným a ani standardní klinické vyšetření nemá dokonalou přesnost pro diagnózu. Pro diagnostiku deliria u nemocných na akutních odděleních, bylo vyvinuto několik metod.

Nejčastěji používanou metodou pro hodnocení akutní zmatenosti na jednotkách intenzivní péče představuje test CAMICU. Od validace tohoto testu byl tento nástroj přeložen v několika jazycích a byl také využíván v klinické praxi. Studie však ukazují různé výsledky, týkající se jeho přesnosti pro určení deliria, což může mnohdy ovlivnit výskyt tohoto klinického stavu a zavádění okamžitých, jak preventivních, tak i terapeutických opatření.

Kvalitativní poruchy vědomí Ševčík et al. (2014) definuje jako stav, kdy není zasažena vigilita, ale obsah a kvalita vědomí. Projevuje se zejména amentním a delirantním stavem. Mezi hlavní příznaky patří porucha pozornosti a ukládací schopnosti paměti. Dalšími symptomy jsou dále poruchy myšlení a jednání, poruchy paměti, emotivity, psychomotoriky, narušení biorytmu spánku, poruchy chování s neurologickými projevy (agnózie, afázie, tremor, epileptické záchvaty) a vegetativních dysfunkcí. Při narůstajících symptomech může kvalitativní porucha vědomí kolísat od lehčích poruch až po těžký stav. Delirium řadíme mezi organicky podmíněnou psychickou poruchu. Charakteristickým znakem této poruchy jsou trvalé nebo dočasné poruchy mozkových funkcí jedince, na jejichž vzniku se podílejí jak psychické, tak i sociální faktory.

Na vzniku delirantních stavů se podílí somatická příčina, která spouští mechanismy deliria. Delirantní stavy nepodmíněné alkoholem – tzv. akutní stavy zmatenosti, se nejčastěji vyskytují u lidí ve vysokém věku. Typickým příznakem pro delirium je zejména porucha vědomí a pozornosti. Nejčastěji se delirantní stavy objevují v souvislosti s demencí, intoxikací, onemocněním krevního oběhu, srdce apod. Podstatnou roli při vzniku deliria hrají také mozková traumata a neúrazové poškození mozku jedince. Delirantní stav jedince je nejčastěji diagnostikován na základě, neurologického, somatického nálezu, CT, EEG vyšetření a laboratorního vyšetření (funkce štítné žlázy, funkce jater a ledvin, parametrů vodního a elektrolytového metabolismu, krevního obrazu). Součástí léčby deliria je léčba základního onemocnění a symptomatická léčba. Mezi léky první volby patří neuroleptika a dále jsou užívány například benzodiazepiny či klomethiazol (Kadaňka, 2010).

Klinické zkušenosti a výzkumy ukázaly, že delirium může být i ve fázi chronické a může mít pro nemocné trvalé následky. U starších lidí může delirium iniciovat nebo také být zásadním prvkem ve shluku událostí, které vedou k progresivnímu funkčnímu úpadku,

ztrátě soběstačnosti, institucionalizaci a nakonec i smrti. Delirium postihuje přibližně 14,56 % všech hospitalizovaných nemocných starší věkové kategorie nad 65 let (Tulebaev et al. 2011).

Rozlišujeme tři základní typy delirantních stavů dle klinického obrazu. Prvním typem je hypoaktivní delirium, které se vyskytuje především u starších nemocných, vyznačuje se zmateností, někdy letargií a poruchou pozornosti. Druhým typem je hyperaktivní delirium, které vzniká nejčastěji na toxickém podkladě projevující se psychomotorickým neklidem, agitovaností, změnou nálad, častým výskytem poruch vnímání (halucinace a iluze) a myšlení (bludy). Třetím typem je smíšený typ delirií, vyznačuje se střídáním hypoaktivních a hyperaktivních projevů až u 55 % nemocných, je to nejčastěji se vyskytující forma (Lukáš et al. 2015, Patela et al. 2011).

DELIRIUM V INTENZIVNÍ PÉČI

Aparanji et al (2018) uvádí, pokud není delirium rozpoznáno brzy, může dojít k prodloužení délky hospitalizace, zvyšují se nemocniční a společenské náklady, nemocný je ohrožen úmrtím. Doporučuje v klinické praxi vyšetřit nemocné pomocí testu CAM-ICU nejméně jednou za směnu. Ve své studii uvádí pozitivní hodnocení testem u 31 % nemocných. Dle Barbozyho et al. (2017) je obecně výskyt psychiatrické poruchy u 30 % nemocných. Delirium je detekováno u 10 % všech lékařských pacientů a u některých vysoce rizikových skupin je detekováno více než 30 %. Dvě třetiny pacientů s vysokou úrovní lékařské péče trpí psychiatrickou poruchou: Přibližně 23 % trpí depresí, 22 % úzkostí a 20 % somatizací. Waardenberg (2015) uvádí, že delirium se vyvíjí u jednoho ze tří nemocných v intenzivní péči. Tito nemocní mají delší hospitalizaci na jednotce intenzivní péče (JIP), horší výsledky a mají vyšší riziko kognitivního postižení. Upozorňuje na včasnou a dostatečnou léčbu.

POOPERAČNÍ DELIRIUM SENIOŘI

Zahraniční studie uvádějí pooperační delirium jako potenciálně život ohrožující změnu kognitivních funkcí, ke které dochází přibližně 24 až 72 hodin po chirurgickém zákroku a je častou komplikací postihující starší populaci. Bylo zjištěno, že vývoj této pooperační komplikace zvyšuje úmrtnost a nemocnost, prodlužuje pobyt v nemocnici a je také spojen se stálým poklesem kognitivních funkcí. S předpokládaným nárůstem počtu osob ve věku 65 let a starších v příštích dvou desetiletích, lze předpokládat zvýšení výskytu pooperačního deliria, které postihne větší počet nemocných.

HODNOTÍCÍ NÁSTROJ CAM-ICU

V klinické praxi lze pro diagnostiku deliria využít českou verzi testu pro hodnocení deliria v rámci intenzivní péče – tzv. CAMICU (*The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*). Tento test byl adaptován na základě nejpoužívanějšího standardizovaného nástroje, který využívali odborníci mimo psychiatrii, určeného pro detekování deliria. Česká verze tohoto testu se nachází na internetových stránkách ICU Delirium and Cognitive Impairment Study Group. Test je uživatelsky snadno proveditelný, jednoduchý a nepotřebuje verbální odpověď pacienta, ten odpovídá nonverbálně pomocí předem domluvených signálů s významem „ano“ nebo „ne“ (Košťálová, 2011).

Vyšetření na základě tohoto testu trvá přibližně tři až pět minut, je jednoduché a může být prováděno u postele nemocného. Příklady z praktického využití aplikace CAMICU potvrdily u nemocných s cévní mozkovou příhodou, že test může být po předchozím zaučení administrován sestrami i zdravotnickým pracovníkem s lékařským či nelékařským vzděláním, bez nutnosti erudice v oblasti neuropsychologického testování. Jestliže jsou naplněna kritéria pro proveditelnost tohoto testu (tzn. možnost snadné komunikace s nemocným, nepřítomnost hlubší kvantitativní poruchy vědomí), je možné jej použít i u kriticky nemocného nebo u nemocného, který je připojen na umělou plicní ventilaci. Česká validovaná verze CAMICU má vysokou specifitu a senzitivitu ve srovnání se schizofrenií, depresí či demencí. Hodnocení deliria prostřednictvím testu CAMICU je prováděno dvoustupňově: v prvním kroku je hodnocen stupeň agitovanosti a bdělosti (vigility) prostřednictvím validované škály RASS (*The Richmond Agitation and Sedation Scale*), v druhém kroku je hodnocena přítomnost deliria. Východiskem jsou kritéria deliria, která byla stanovena Americkou psychiatrickou asociací. Tato škála je konstruována takovým způsobem, že pozitiva deliria jsou závislá na výskytu okamžitého nástupu změny vědomí, nebo psychickém stavu či jejich fluktuace. Zrakovým či sluchovým testem jsou detekovány poruchy pozornosti. Dále je sledována přítomnost dezorganizace myšlení jedince nebo narušení aktuální úrovně psychomotorické aktivity či bdělosti nemocného, odpovídající hodnotě RASS, která je jiná než „0“. Test CAMICU patří mezi vhodné screeningové nástroje, které dokážou detekovat delirium v akutní intenzivní péči. Problematickým se stává především testování nemocných s afázií, s narušeným porozuměním (Košťálová, 2011).

Richmond agitation sedation scale (RASS) využívá 10 stupňové škály rozdělené do tří oblastí. První popisuje úroveň úzkostí či neklidu v bodovém rozmezí +4 až +1. Hodnota 0 odpovídá klidnému a pozornému stavu nemocného a hodnoty -1 až -5 odpovídají úrovni sedace (Sessler, 2002). Škála byla vytvořena v Richmondu e Virginii za spolupráce lékařů, farmakologů a sester pracujících v intenzivní péči. Byla u ní prokázána velká spolehlivost hodnocení dospělých nemocných.

Test CAM-ICU je složen ze dvou částí. První část obsahuje identifikační údaje respondenta. Druhá část je zaměřena na vlastní hodnocení stavu vědomí. V první fázi zhodnotí stav vědomí sestru u respondenta škálou RASS, která obsahuje 10 individuálních kategorií rovnoměrně od horní, plusové části agitovanosti, po spodní, minusovou část sedace, přičemž bod 0 značí bdělý stav. V druhé fázi pokračuje test CAM-ICU, který obsahuje čtyři znaky. Prvním znakem je rychlý nástup změny vědomí nebo jeho kolísavý průběh (pokud ANO výsledek je pozitivní). Druhý znak zhodnotí přítomnost poruchy pozornosti ve zrakové či sluchové verzi. Začíná se sluchovou fází v identifikaci 10 hlásek předčítaných postupně za sebou pomocí stisku ruky. Maximum dosažených bodů je 10, za abnormální je považováno skóre < 8. Pokud respondent není schopen absolvovat sluchovou verzi, je výsledek nejednoznačný, pokračuje se zrakovou verzí. Třetím znakem je přítomnost poruchy myšlení, která je zjišťována dvěma kroky, prvním krokem otázky s možností odpovědi ano/ne a druhým krokem je pokyn vztyčení jednotlivých prstů. Sčítá se skóre z obou kroků, maximum je 4 + 1 = 5 bodů, abnormální je (< 4 z 5 možných bodů). Čtvrtým znakem je porucha vigily, která je dána hodnotou aktuálního RASS skóre jinou než 0. Pokud je pozitivní znak 1. a zároveň 2., a buďto 3. nebo 4. vyjde celkové zhodnocení testu CAM-ICU pozitivní na delirium.

CÍL

Cílem tohoto literárního přehledu bylo shrnout aktuální informace ze závěrů empirických výzkumů, které se týkají hodnocení deliria sestrou, pomocí testu CAM-ICU.

METODIKA

Kritériem výběru byly studie týkající se hodnocení deliria sestrou, pomocí testu CAM-ICU na jednotkách intenzivní péče.

ZDROJE

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

Pro samotné vyhledávání bylo omezené datum, analyzovaly jsme období 2010-2019. 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 „CAM-ICU, delirium, intenzivní péče, kritická péče. Pro vyhledávání byly stejná kritéria pro každou databázi. Pro analýzu článků, byla provedena kvantitativní obsahová analýza.

ANALÝZA VÝBĚRU STUDIE A ÚDAJŮ

Po prostudování abstraktů byly u těch, která byly vyhodnoceny jako relevantní anebo částečně splňovaly daná kritéria, vyhledány plné texty těchto výzkumných článků. Duplikáty byly odstraněny. Bylo analyzováno deset článků.

ANALÝZA VÝSLEDKŮ

CAM-ICU je platný diagnostický nástroj s vysokou citlivostí a specifíčností, pokud s ním pracuje dříve vyškolený personál. V oblasti vyšetřování je přesný, spolehlivý, bezpečný, rychlý a ekonomický, ale je zapotřebí dalšího výzkumu (Castro et al. 2015).

Aparanji et al. (2018) analyzoval diagnostické schopnosti personálu pro včasnou detekci deliria. Zjistil, že sestry, které dokončily simulační vzdělání a byly vyškoleny pomocí videonahrávek s deliriem objektivněji vyhodnotily stav vědomí. Součástí školení byla změna dokumentace. Po skončení školení se denní záznam změnil z původních 40 % na 69 %. Noční směna sledovala nemocné z původních 27 % na 61 %. Po změně dokumentace se zvýšil počet lékařů, kteří povinně sledovali screening deliria na 95 %.

Barboza et al. (2017) uvádí, že základem pro práci s testem CAM-ICU je vzdělávání lékařů, ošetřujícího personálu a příbuzných, kteří nepracují v oblasti gerontologie a psychiatrie. Analyzoval výskyt deliria a diagnostické schopnosti personálu. Z celkového vzorku nemocných 19 % mělo akutní stav zmatenosti. Správně byla stanovená diagnóza v 51 % případů, zatímco nesprávná diagnóza dosáhla 49 %.

Wells (2012) uvádí, delirium je dobře známým a závažným problémem u dospělých nemocných v intenzivní péči. Při výskytu 87 % incidence je spojena zvýšená délka hospitalizace, vyšší náklady na péči, pokračující kognitivní porucha a zvýšená úmrtnost. Problém je natolik významný, že se rutinní formální hodnocení deliria doporučuje všem nemocným v intenzivní péči. Existují důkazy o tom, že jen málo sester v intenzivní péči začleňuje tento screening do své každodenní praxe.

Oszaban (2015) realizoval výzkum v pěti tureckých nemocnicích u sester, které hodnotily delirium u nemocných. Zjistil, že více než polovina sester provedla hodnocení deliria. Podíl sester, které používají nástroje pro hodnocení deliria, byl poměrně nízký. Téměř všechny sestry vnímaly delirium jako závažný problém pro nemocné na JIP. Skupina nemocných, u nichž bylo delirium nejméně sledováno, byli nemocní v bezvědomí. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny v podílu sester, které hodnotily příznaky deliria a jejichž systém poskytování péče byl zaměřen na nemocného a vnímaly delirium jako závažný problém. Zatímco většina sester na JIP vnímala delirium jako vážný problém, podíl těch, které provádějí rutinní hodnocení deliria, byl menší. Bylo

zjištěno, že postupy hodnocení deliria u sester byly ovlivněny jejich vnímáním deliria a prováděním poskytované ošetrovatelské péče u nemocného. Na základě zjištěných výsledků doporučují vyvinout strategie, které by vedly k používání hodnotících nástrojů pro hodnocení deliria.

Cílem průzkumné studie Christensen (2014) bylo posoudit, zda zdravotní sestry z regionální nemocnice měly dostatečné teoretické znalosti pro hodnocení deliria v klinickém prostředí. Delirium je dobře rozpoznatelný stav, kterému lze zabránit u starších osob. K identifikaci deliria v klinickém prostředí bylo vyvinuto mnoho nástrojů pro hodnocení. Přesto i přes účinnost těchto nástrojů zůstává mnoho sester neschopných přesně detekovat nemocného v deliriu a místo toho se spoléhají na klinické zkušenosti, kdy diagnózu deliria často nepřiměřeně stanovily. Bylo provedeno dotazníkové šetření, kde na Likertově škále sestry zaznamenávaly jak vnímají delirovaného nemocného. 130 sester z JIP vyplnilo dotazník o znalostech deliria. Ten byl sestaven ze 40 položek. Správně odpovědělo 80 %.

Patela, Kress et al. (2011) analyzují studii, která byla realizována v nizozemských nemocnicích, ve kterých byly sledovány sestry, které hodnotily delirium. Hlavním cílem bylo vyhodnotit diagnostickou přesnost metody posuzování kvality vědomí na JIP testem CAM-ICU mezi ošetřujícím a zdravotnickým personálem. K hodnocení byl sestaven tým odborníků, kteří pracují s CAM-ICU (psychiatrů, geriatrů a neurologů). Primárním cílem bylo zjistit citlivost CAM-ICU pro diagnostiku deliria. Citlivost CAM-ICU pro diagnostiku deliria byla docela špatná 47 % (negativní prediktivní hodnota 72 %, specifita byla 98% (pozitivní prediktivní hodnota 95 %). Centra, která používala diagnostický nástroj, fungovala lépe než ta, která jej nepoužívala. Žádné centrum se nepřiblížilo citlivosti uváděné ve výzkumném prostředí. Otázkou zůstává, jak detailně ošetřující personál test hodnotil, zda nebyli předčasně vyřazeni ze sledování nemocní, kteří nevykazovali pozitivitu testu. Limitací studie byl nedostatek informací jak „noční“ sestry provedly hodnocení testu CAM-ICU. Expertní skupiny dosáhly konsensu ve 282 z 282 případů, ale není jasné, zda tito odborníci provedli hodnocení nezávisle na sobě anebo ve vzájemné přítomnosti. CAM-ICU se jeví jako velmi jednoduchý a časově efektivní nástroj. Výhodou testu je, že se pokouší zachytit poruchy pozornosti a poznání, nedokáže zachytit fluktuální povahu těchto poruch, protože hodnocení se provádí v jednom okamžiku a může to vést k pod diagnostikování deliria ve srovnání s komplexním hodnocením.

Chanques et al. (2018) aktualizovali verzi CAM-ICU a uvádějí, že je platným nástrojem pro diagnostiku deliria u kriticky nemocných. Jde o objektivní posouzení nemocného než subjektivní sledování zdravotnickým personálem. Autoři zdůrazňují se touto problematikou dále zabývat, protože nemocní mohou mít vzpomínky na delirium během pobytu na JIP, které mohou být v budoucnu spojeny s úzkostí.

V zahraničí je CAM-ICU nejrozšířenějším a ověřeným diagnostickým nástrojem. Přesnost tohoto nástroje však může být nižší, protože není zajištěno dostatečné proškolení zdravotnického personálu (Cavalazzi et al. 2012).

Dalším faktorem může být nedostatečná motivace sester k správnému provedení CAM-ICU, pokud toto sledování není součástí standardního hodnocení (Maarten 2011). Dále uvádí, že pokud dotazník je standardně používán v intenzivní péči, přesto jeho citlivost byla nižší (50-70 %) než v původních validačních studiích.

DISKUZE

Výsledky všech uvedených studií uvádějí delirium na JIP jako závažný problém, který může vést ke zvýšené úmrtnosti, nemocnosti a doporučují rutinní hodnocení deliria u všech nemocných na JIP. Studie ukazují, že jen velmi málo sester monitoruje delirium jako součást své každodenní praxe. Zahraniční studie uvádějí, že téměř u třetiny nemocných na JIP se vyvine delirium, které je následně spojeno s problémy s řízením sedace, analgezie, se zvýšenou dobou umělé plicní ventilace, délkou pobytu na JIP. S tím je spojena dlouhodobá hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a riziko úmrtí (Chanques et al. 2018).

Delirium negativně ovlivňuje nejen nemocného, pro ošetřující personál je velkou fyzickou a psychickou zátěží. Sestry, které jsou nejvíce v kontaktu s nemocným, mohou sledovat chování nemocného a včas delirium identifikovat. Test CAM-ICU byl v řadě zahraničních studií zkoumán a zdůrazněn jako účinný hodnotící nástroj pro včasnou detekci deliria u nemocných na JIP. Chanques et al. (2018) uvádějí, že k uvedené problematice je dostatek literatury, přesto existují mezery v literatuře, které se týkají komunikačních dovedností, nedostatek specializačního vzdělání, odborné přípravy, časových možností u ošetřujícího personálu pro testování CAM-ICU. Sestry, které jsou v této problematice důkladně proškoleny, mohou včas odhalit a diagnostikovat delirium, informovat lékaře, který vyhodnotí celou situaci a zahájí léčbu.

Problematice screeningu deliria se věnoval Aparanji et al. (2018), který uvádí, že sestry na JIP mají jedinečné postavení a jsou s nemocnými stále v kontaktu, a proto jsou ideální pro detekci deliria a identifikaci ohrožených nemocných. Je důležité, aby sestry získaly znalosti o deliriu a jeho rizikových faktorech. Gomes (2015) upozorňuje na riziko pooperačního deliria, které potenciálně ohrožuje život nemocného. Jeho rozvoj nastává přibližně za 24 až 72 hodin po operaci a je častou komplikací u nemocných nad 65 let. Se zvyšujícím se počtem seniorů se předpokládá nárůst deliria v pooperačním období o 50 %. Patela, Kress (2011) uvádí širokou škálu výskytu deliria na JIP, která je ovlivněna populací nemocných na JIP, nerozpoznanými mozkovými dysfunkcemi a upozorňuj na rozlišení hypo a hyperaktivního deliria.

Pro Českou republiku validizovala českou verzi dotazníku CAM-ICU Mitášová. Incidence deliria v intenzivní péči dosahuje až 62 %. Delirium je nezávislým prediktorem delšího pobytu v nemocnici a zvýšené 6ti měsíční mortality (Mitášová, 2010).

V mnohých nemocnicích není využívána žádná škála k vyhodnocování těchto závažných stavů i přes skutečnost, že delirium je závažnou komplikací hospitalizovaných pacientů nejen v intenzivní péči, ale i u nemocných na standardních odděleních. Dochází tak k neadekvátní ošetrovatelské péči a především k nesprávné diagnostice a léčbě. Zdravotnický personál má minimální přehled o dostupných hodnotících testech pro diagnostiku delirantních stavů.

Test CAM-ICU by se měl stát standardním protokolem u nemocných hospitalizovaných na JIP. Důležité je motivovat a naučit sestry pracovat s protokolem CAM ICU, který je časově nenáročný a vhodný pro použití v intenzivní péči. Bylo by vhodné o této problematice dále informovat podrobněji, zejména ošetroující personál, který přichází do kontaktu s hospitalizovanými pacienty nejčastěji. Budou-li sestry motivovány a mít dostatek informací a zkušeností, mohou poskytnout kvalitnější ošetrovatelskou péči.

V minulých letech byly vyvinuty a validovány nástroje speciálně určené pro použití u kriticky nemocných. Screening deliria byl účinně implementován do praxe v zahraničí. K efektivní implementaci patří školení, např. přednášky, scénáře založené na konkrétních případech, výuka jeden druhého, zpětná vazba screeningu deliria v reálném čase a interdisciplinární komunikace formou diskuse o stavu deliria nemocného u lůžka a prostřednictvím dokumentace. Je-li delirium diagnostikováno, lékař by měl hledat reverzibilní nebo léčitelné příčiny, protože delirium je často multifaktoriální (Brumel et al. 2013).

ZÁVĚR

Výskyt deliria negativně ovlivňuje nejen nemocného, je velkým problémem pro sestry pečující o nemocné na JIP. Přestože jsou rizikové faktory deliria dobře známy, lze tomuto stavu předejít u mnoha nemocných v intenzivní péči. Praktické použití testu prokázalo jeho krátké vyplnění (10 minut) a je vhodný pro sestry, které nejsou specialistkami v neuropsychologickém testování u kriticky nemocných. CAM-ICU je vhodným nástrojem pro detekci deliria v intenzivní péči. Včasná detekce deliria umožní včasnou a rychlou léčbu a může snížit vážné důsledky pro nemocného.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] APARANJI, K. et al. 2018. Quality improvement of delirium status communication and documentation for intensive care unit patients during daily multidisciplinary rounds. *BMJ Open quality*. 7(2).e000239. <https://doi: 10.1136/bmjopen-2017-000239>
- [2] BARBOZA, M. S. et al. 2017. Liaison psychiatry: playing „Hide and seek“ with delirium. *Psychiatry and Neuroscience Update*. (2) 457-463. https://doi: 10.1007/978-3-319-53126-7_32
- [3] BARMAN, A. et al. 2018. Diagnostic accuracy of delirium assessment methods in critical care patients. *J Crit Care*. 44 (4):82-86. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.10.013>
- [4] BRUMEL, N. E. et al. 2013. Implementing delirium screening in the ICU. *Crit. Care Med*. 41(9): 2196-208. <https://doi: 10.1097/CCM.0b13e31829a6f1e>.
- [5] CASTRO, C. C. et al. 2013. Review of utility and reliability of confusion assessment method in primary and specialty care. *Av Enferm*. 33(2) 261-270. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.40385>
- [6] CAVALLAZI, R. et al. 2012. Delirium in the ICU: an overview. *Ann Intensive Care*. 49(2). <https://doi: 10.1186/2110-5820-2-49>.
- [7] GOMES, M. 2015. Decreasing the incidence of postoperative delirium in the high risk elderly population: A plan for translating best practice guidelines into anesthesia practice. https://aquil.usm.edu/dnp_capstone/11
- [8] CHANQUES, G. et al. 2018. The 2014 updated version of the confusion assessment method for the intensive care unit compared to the 5th version of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and other current methods used by intensivists. *Ann Intensive Care*. 33(8). <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0377-7>
- [9] CHRISTENSEN, M. 2014. An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: an Asian perspective. *Intensive CritCare Nurs*. 30(1):54-60. <https://doi:10.1016/j.ccn.2013.08.004>
- [10] KADAŇKA, Z., BEDNAŘÍK, J. 2010. *Učebnice speciální neurologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978 80 210 5320 5.
- [11] LUKÁŠ, K. a kol. 2015. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978 80 247 5067 5.
- [12] MAARTEN, M. et al. 2011. Routine use of the confusion assessment method for the intensive care. *Am J Respir CritCare Med*. 184(3): 340-344. unit. <https://doi.org/10.1164/rccm.201101-0065OC>
- [13] MITÁŠOVÁ, A. et al. 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICUcz). *Česk Slov Neurol N*. 73 (3) 258-266. ISSN 1210-7859.
- [14] OZSABAN, A. 2015. Delirium assessment in intensive care units: Practices and perceptions of Turkish nurses. *Nursing in Critical Care*. 21(5): 271-8. <https://doi. 10.1111/nicc.12127>

- [15] PATELA, B., KRESS, J. P. 2011. Accurate identification of delirium in the ICU. Problems with translating the evidence in the real-life setting. *Am J Respir Crit Care Med.* 184(3):287-8. <https://doi.org/10.1164/rccm.201106-0988ED>
- [16] ŠEVČÍK, P. et al. 2014. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén. ISBN 978 80 7492 066 0.
- [17] TULEBAEV, S. R. et al. 2011. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neuro.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065676/>
- [18] WAARDENBERG, H. C. 2015. Delirium op de intensive care: de effectiviteit van clonidine en dexmedetomidine bij een haloperidol-resistent delirium. <https://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl>
- [19] WELLS, L. G. 2012. Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. *Aust Crit Care.* 25(3):157-61. <https://doi:10.1016/j.aucc.2012.03.002>

ASSESSMENT OF THE STATE OF CONSCIOUSNESS IN PATIENTS IN INTENSIVE CARE BY MEANS OF A CAM-ICU TEST



ABSTRACT

Based on the analysis of Czech and foreign professional literature and professional periodicals, the aim of the work was to obtain a relevant comprehensive overview of the use of the CAM-ICU test in intensive care units by nurses. Methodology: The selection criteria were studies on the use of the CAM-ICU test in intensive care units and the assessment of the state of consciousness by a nursing staff. Data were obtained from licensed professional databases EBSCO, ProQuest, Google Scholar. Publications were searched in English, Czech and Slovak languages. Keyword strings with Boolean operators (AND) were used for the search. The search was made for academic periodicals - full texts in peer-reviewed journals. A total of 220 studies were found. Only ten studies were eligible for content analysis, which specifically concerned the assessment of the state of consciousness in patients hospitalized in intensive care units.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Bc. Michaela Halatová
Nemocnice Frýdek-Místek
Interní oddělení - Jednotka intenzivní
péče
E. Krásnohorské 321
738 01 Frýdek-Místek
e-mail: halatova1@seznam.cz

KEYWORDS:

CAM-ICU, delirium, intensive care, RASS



LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a zdravotnických.

V letech 2010 - 2018 vycházel časopis 4x ročně.

Od roku 2019 je vydáván v elektronické podobě 3x ročně.

Šéfredaktor: doc. Ing. Zdeněk Horák, Ph.D.

Odpovědný redaktor čísla:

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Editor: Bc. Zuzana Mařková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Bc. Zuzana Mařková

Redakční rada:

prof. PhDr. RNDr. Martin Boltiřiar, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

prof. RNDr. Helena Brořová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. MSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)

doc. RNDr. Petr Gurka, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Ing. Zdeněk Horák, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Ing. Ivica Linderová, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. David Urban, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

RNDr. PaedDr. Ján Veselovský, PhD. (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

doc. Ing. Libor Židek, Ph.D. (Masarykova univerzita Brno)

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

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

Vydání: 31. srpna 2020

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

V letech 2010 až 2018 vycházel časopis tiskem pod registračním číslem MK ČR E 19390 s ISSN 1804-3682 (PRINT). Od čísla 1/2019 je vydáván pouze v elektronické verzi.

RECENZENTI ČÍSLA 1/2020

Mgr. Martina Černá, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Martina Hrozenská (Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre)

Mgr. Petra Chymová (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Jana Gabrielová, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Alena Kajanová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

PhDr. Martin Karas, Ph.D. (Dětské centrum Jihočeského kraje)

doc. PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D. (Masarykova univerzita)

prof. PhDr. Monika Mačkinová, PhD. (Univerzita Komenského v Bratislave)

PhDr. Lada Nováková, PhD. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. Mgr. Barbara Nowak, PhD. (Uniwersytet Pedagogiczny im Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie)

PhDr. Monika Punová, PhD. (Masarykova univerzita)

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Martina Žáková (Trnavská univerzita v Trnave)