

Lubomír Kukla a kolektiv

Sociální a preventivní pediatrie

v současném pojetí



„... všem, kterým opravdu leží na srdci blaho a zájem dítěte...“

Poděkování

in memoriam mým učitelům

*prof. MUDr. Jiřímu Dunovskému, DrSc., který nás opustil v červnu loňského roku,
doc. MUDr. Marii Bouchalové, CSc., která nás opustila v březnu letošního roku.*

*Poděkování patří také všem spoluautorům,
především prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr. h. c.*

květen 2016

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Kukla, Lubomír

Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí /
Lubomír Kukla a kolektiv. -- Praha : Grada Publishing, a.s.,
2016. -- 456 stran. -- (MEDI)
ISBN 978-80-247-3874-1 (vázáno)

616-053.2 * 616-058-053.2 * 616-084

- pediatrie
- sociální pediatrie
- preventivní lékařství
- kolektivní monografie

616-053.2 - Pediatrie [14]

Lubomír Kukla a kolektiv

Sociální a preventivní pediatrie

v současném pojetí



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc., a kolektiv

SOCIÁLNÍ A PREVENTIVNÍ PEDIATRIE V SOUČASNÉM POJETÍ

Vedoucí autorského kolektivu:

doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

Autorský kolektiv:

doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc., Mgr. Dominika Průchová, Ph.D., MUDr. František Schneiberg, MUDr. et Mgr. Petr Struk, MUDr. Nora Struková, prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c., MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

Recenze:

prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.

MUDr. Mgr. Jolana Těšinová

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2016

Cover Photo © Allphoto, 2016

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6236. publikaci

Odpovědný redaktor Mgr. Marek Chvátal

Sazba a zlom Helena Mešková

Fotografii 20.1 laskavě poskytla Mgr. Lucie Sedláčková.

Ostatní fotografie dodal autor.

Počet stran 456

1. vydání, Praha 2016

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Publikace byla podpořena:

**Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (BOV 2012_001),
Národním programem udržitelnosti MŠMT ČR (LO1214)
a Výzkumnou infrastrukturou RECETOX (LM2015051).**

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-9224-3 (ePub)

ISBN 978-80-271-9223-6 (pdf)

ISBN 978-80-247-3874-1 (print)

Autorský kolektiv

doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

(vedoucí autorského kolektivu)

Ústav fyzioterapie a vybraných medicínských oborů Zdravotně sociální fakulty

Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

RECETOX, Přírodovědecká fakulta Masarykovy univerzity v Brně

(Pracoviště autora jsou řazena chronologicky.)

Mgr. Dominika Průchová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče Zdravotně sociální

fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

MUDr. František Schneiberg

Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. lékařské fakulty

Univerzity Karlovy v Praze

MUDr. et Mgr. Petr Struk

Dětské zdravotní středisko, Poliklinika Modřany, Praha-Modřany

MUDr. Nora Struková

Dětské zdravotní středisko, Poliklinika Modřany, Praha-Modřany

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

Ústav fyzioterapie a vybraných medicínských oborů Zdravotně sociální fakulty

Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

Ústav fyzioterapie a vybraných medicínských oborů Zdravotně sociální fakulty

Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Autoři děkují Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích za finanční podporu, díky níž mohly být zahájeny práce na přípravě publikace.

Obsah

Seznam zkratk	XIII
Seznam obrázků	XIX
Seznam tabulek	XXI
Úvodní slovo	XXIII
OBECNÁ ČÁST	1
1 Vývoj a pojetí sociální pediatrie v České republice (Lubomír Kukla)	3
Literatura	7
2 Od biomedicínského k psychosociálnímu chápání nemoci a zdraví (František Schneiberg, Lubomír Kukla)	9
Literatura	10
3 Zdraví dětí a dospívajících – faktory ovlivňující zdraví (Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen., Miloš Velemínský jun.)	11
3.1 Genetické aspekty	11
3.1.1 Dělení genetických poruch	11
3.1.2 Vrozené vývojové vady	18
3.1.3 Péče o těhotnou ženu a rodičku včetně prenatální diagnostiky	24
3.1.4 Faktory ohrožující život plodu	28
3.2 Prostředí života dětí a dospívajících	32
3.2.1 Životní prostředí	32
3.2.2 Společenské prostředí: rodina a škola	37
3.3 Systém zdravotní péče	57
3.3.1 Kvalita zdravotní péče	59
3.3.2 Dostupnost zdravotní péče	59
3.4 Životní styl	59
3.4.1 Výživa	60
3.4.2 Pohybové aktivity	68
3.4.3 Denní režim	72
3.4.4 Spánek	74
3.4.5 Hygiena tělesná i duševní	77
3.4.6 Úskalí životního stylu	80
3.5 Další faktory ovlivňující zdraví	81
3.5.1 Sociální odlišnosti a nerovnosti ve zdraví	81
3.5.2 Sociální znevýhodnění a kulturní odlišnosti	84
3.5.3 Nezaměstnanost	85
3.5.4 Chudoba	89
3.5.5 Konzumní společnost a mediální konzum	91
Literatura	92

4	Prevence a včasná detekce nemocí (<i>Miloš Velemínský sen., Lubomír Kukla</i>)	99
4.1	Definice prevence	99
4.2	Primární prevence	99
4.3	Sekundární prevence	102
4.4	Terciární prevence	103
4.5	Podpora zdraví	104
4.6	Zdravotní výchova a zdravotní gramotnost a jejich role v péči o zdraví	106
	Literatura	109
5	Základy demografie v sociální pediatrii (<i>Lubomír Kukla</i>)	111
5.1	Vývoj a stav populace	112
5.2	Procesy demografické reprodukce	115
5.2.1	Porodnost a plodnost	116
5.2.2	Potratovost a úmrtnost	116
5.2.3	Sňatečnost a rozvodovost	117
5.3	Současné demografické trendy ve vztahu k dětské a dorostové populaci	120
	Literatura	122
6	Sociálně-pediatrická epidemiologie (<i>Lubomír Kukla</i>)	123
6.1	Statistiky mortality	123
6.2	Statistiky morbidity	126
6.3	Analýzy zdravotního stavu (survey)	128
6.4	Data pro činnost a rozhodování	128
	Literatura	130
7	Potřeby, práva a povinnosti dětí (<i>Lubomír Kukla</i>)	131
7.1	Potřeby dítěte	131
7.2	Práva dítěte	133
7.2.1	Století práv dítěte	133
7.2.2	Základní právní normy ve vztahu k dítěti	134
7.2.3	Zákon o sociálně-právní ochraně dětí	138
7.2.4	Nový občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb.	139
7.3	Povinnosti dětí	140
	Literatura	141
	SPECIÁLNÍ ČÁST	143
8	Zdravotní charakteristika populace dětského věku (<i>Miloš Velemínský sen., Lubomír Kukla</i>)	145
8.1	Rozdělení dětského věku a stručná charakteristika jednotlivých období	145
8.2	Vývoj dítěte	147
8.2.1	Somatický vývoj	147
8.2.2	Psychomotorický vývoj	149
8.2.3	Smyslový vývoj dítěte	152
8.2.4	Sociální vývoj dítěte – vývoj komunikace s prostředím	153
8.3	Nejčastější onemocnění dětského a dorostového věku	154
8.4	Vzácná onemocnění dětského věku	159
8.5	Sexuální deviace a poruchy pohlavní identity u dětí a dospívajících	167

8.5.1	Sexuální deviace a jejich vývoj	167
8.5.2	Poruchy pohlavní identity u dětí a dospívajících	168
	Literatura	172
9	Rizikové skupiny v populaci z hlediska zdravotního stavu a péče o zdraví (Lubomír Kukla)	175
	Literatura	176
10	Děti vyžadující speciální péči (Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen., František Schneiberg, Miloš Velemínský jun., Petr Struk, Nora Struková)	177
10.1	Ohrožené dítě	177
10.2	Rizikové dítě	178
10.3	Dítě se zdravotním postižením a péče o ně	178
10.4	Sociálně maladaptované dítě	181
10.5	Nemocné dítě	182
10.5.1	Akutně nemocné dítě	182
10.5.2	Chronicky nemocné dítě	182
10.5.3	Péče o rodinu a děti závažně nemocné a umírající	190
10.6	Nezaopatřené dítě	193
10.7	Sociální aspekty v činnosti praktického lékaře pro děti a dorost	199
10.7.1	Obecná charakteristika primární péče o děti a dorost	199
10.7.2	Hlavní partneři lékaře v primární péči	201
10.7.3	Zvláštnosti péče o dítě	203
10.7.4	Druhy péče o děti	203
10.7.5	Aktuální problematika	204
10.7.6	Perspektivy primární péče o děti a dorost	205
	Literatura	206
11	Děti a mladiství s psychickými poruchami a vývojovými nápadnostmi: vybrané závažné problémy (Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen.)	207
11.1	Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci a jejich terapie	207
11.1.1	Poruchy krmení v raném dětství	207
11.1.2	Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci (mentální anorexie a bulimie)	209
11.2	Pervazivní vývojové poruchy, autismus	214
11.3	ADHD syndrom	220
11.4	Tikové poruchy	224
11.5	Poruchy vyprazdňování: enuréza a enkopréza	225
11.6	Sebepoškozování a sebevražedné chování v dětství a adolescenci	232
	Literatura	239
12	Systém péče o děti vyrůstající mimo vlastní rodinu (Lubomír Kukla, František Schneiberg)	241
12.1	Náhradní rodinná péče	242
12.1.1	Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče	244
12.1.2	Pěstounská péče	245
12.1.3	Adopce neboli osvojení dítěte	247
12.1.4	Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPP)	250
12.1.5	Mezinárodní adopce	251

12.2	Poručenství a opatrovnictví	252
12.3	Přehled statistických údajů sociálně-právní ochrany dětí ve vztahu k NRP	253
12.4	Institucionální (ústavní) péče o dítě	255
12.4.1	Charakteristika systému ústavní péče o dítě v ČR	255
12.4.2	Zařízení v gesci MZ ČR	256
12.4.3	Zařízení v gesci MŠMT ČR	258
12.4.4	Zařízení v gesci MPSV ČR	262
12.4.5	ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	262
12.5	Přehled statistických údajů sociálně-právní ochrany dětí ve vztahu k ústavní péči za rok 2014	263
12.6	Současný stav	264
	Literatura	265
13	Úrazy dětí a dospívajících (<i>Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen., Dominika Průchová</i>)	267
13.1	Úrazy jako celospolečenský problém	267
13.2	Úrazy dětí a mládeže	268
13.3	Typy poranění	269
13.4	Místo úrazu	270
13.5	Rizikové faktory a aktivity	272
13.6	Věkové zvláštnosti	273
13.7	Péče o dítě po úrazu – role zdravotně-sociálního pracovníka	274
	Literatura	276
14	Romská problematika (<i>Lubomír Kukla</i>)	281
14.1	Původ Romů	281
14.2	Příchod Romů do ČR	281
14.3	Charakteristiky a specifika romské populace	283
14.4	Zásadní problémy života romské populace	284
14.5	Romská rodina	289
14.6	Zdravotní problematika u Romů	291
	Literatura	294
15	Cizinci a národnostní menšiny (<i>Lubomír Kukla</i>)	297
15.1	Cizinci	297
15.1.1	Specifika cizinecké problematiky	298
15.1.2	Přístup cizinců ke zdravotní péči – čerpání zdravotní péče	301
15.2	Národnostní menšiny	308
15.2.1	Specifika národnostních menšin	309
	Literatura	312
16	Migrace a azylová problematika (<i>Lubomír Kukla</i>)	313
16.1	Mezinárodní migrace obyvatelstva – pohyb a pobyt	313
16.2	Migrační mobilita – tři základní síly	315
16.3	Definice uprchlíka a právo na azyl	315
16.4	Zákon o azylu, azylová procedura	316
16.5	Azylant	317

16.6	Dítě jako uprchlík	318
16.7	Psychosociální aspekty uprchlictví	319
16.8	Osoby žijící nelegálně na území ČR	320
	Literatura	323
17	Poruchy životního stylu – závislosti a možnosti prevence (<i>Lubomír Kukla</i>)	325
17.1	Rizikové chování	325
17.2	Kouření	328
17.3	Konzumace alkoholu	332
17.4	Užívání nelegálních drog	336
17.5	Sexuální chování	343
17.6	Patologické hráčství – gambling	347
17.7	Závislost na internetu	349
17.8	Rizikové a ochranné faktory úskalí životního stylu – problémového chování	357
	Literatura	359
18	Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (<i>Lubomír Kukla, František Schneiberg</i>)	363
18.1	Co je to syndrom CAN?	363
18.2	Historie násilí páchaného vůči dítěti	364
18.3	Charakteristika týrání	365
18.4	Rizikové faktory ve vztahu k syndromu CAN	365
	18.4.1 Rizikové faktory ve vztahu k týrání a zanedbávání	365
	18.4.2 Rizikové faktory ve vztahu k sexuálnímu zneužívání	366
18.5	Jednotlivé formy syndromu CAN	367
	18.5.1 Zanedbávání	367
	18.5.2 Týrání	368
	18.5.3 Sexuální zneužívání	370
18.6	Zvláštní (neobvyklé) formy syndromu CAN	377
18.7	Nové formy syndromu CAN ve vztahu k informačním technologiím	378
18.8	Komplexní (vývojové) trauma	379
18.9	Diagnostika syndromu CAN	379
18.10	Terapie syndromu CAN	380
18.11	Prevence syndromu CAN	381
	Literatura	384
19	Současné sociálně-pediatrické aktuality (<i>František Schneiberg, Lubomír Kukla</i>)	385
19.1	Babyboxy	385
19.2	Utajený porod	387
19.3	„Diskrétní“ porod	388
19.4	Fiktivní otcovství	388
19.5	Náhradní mateřství (pronájem dělohy)	389
19.6	Generace dětí z ledu	394
19.7	Zkrášlující operace u dětí	396
	Literatura	398
20	Mezinárodní spolupráce v péči o děti (<i>Lubomír Kukla</i>)	399
20.1	Světová zdravotnická organizace – World Health Organization (WHO)	399

20.1.1	Úloha WHO k ovlivnění zdraví populace v jednotlivých členských státech	399
20.1.2	Nástroje WHO k prosazení přijatých strategií a doporučení	405
20.1.3	Vybrané významné projekty WHO s participací ČR	405
20.2	Nevládní organizace v péči o dítě: Dětský fond	
	Organizace spojených národů (UNICEF)	412
20.3	Sociální pediatrie dle mezinárodního pojetí	416
20.4	Mezinárodní organizace ve veřejném zdravotnictví a sociální pediatrii . .	417
20.4.1	ISSOP (ESSOP)	417
20.4.2	ISPCAN	418
20.4.3	ASPHER	418
20.4.4	Nordic School of Public Health	419
	Literatura	420
	Závěrem	421
	Rejstřík	423
	Souhrn	431
	Summary	432

Seznam zkratek

θ_0, θ_{65}	naděje za dožití při narození a ve věku 65 let
ACE	Averse Childhood Experiences (studie)
ADD	syndrom snížené pozornosti (Attention Deficit Disorder)
ADHD	hyperkinetický syndrom, porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)
ADPKD	autozomálně dominantní polycystické onemocnění ledvin (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease)
AIDS	syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
AISS	Anatomic Index of Injury Severity
ALSPAC	Avon Longitudinal Study of Parenthood and Childhood (Avonská longitudinální studie rodičovství a dětství)
AMC	amniocentéza
APHEA	Agency for Public Health Education Accreditation (Belgie)
ARPKD	autozomálně recesivní polycystické onemocnění ledvin (Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease)
AS	Aspergerův syndrom
ASPHER	Asociace škol veřejného zdravotnictví evropského regionu (Association of Schools of Public Health in the European Region)
CAH	kongenitální adrenální hyperplazie (Congenital Adrenal Hyperplasia)
CC	kordocentéza
CEHAPE	Strategie životní prostředí a zdraví dětí (Children's Environment and Health Action Plan for Europe, WHO)
CESD	nemoc ze stádání esteru cholesterolu (Cholesteryl Ester Storage Disease)
CF	cystická fibróza
CINDI	Integrovaný intervenční program prevence a podpory zdraví (Contrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme)
CNS	centrální nervová soustava
CP	Cizinecká policie
CPT	karnitinpalmitoyltransferáza
CSc.	kandidát věd
CVS	odběr choriových klků (Chorionic Villus Sampling)
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNR	Česká národní rada
ČR	Česká republika
ČSFR	Česká a Slovenská Federativní Republika
ČSSR	Československá socialistická republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ČŠI	Česká školní inspekce
DCI	Sdružení zastánců dětských práv (Defence for Children International)
DFR	dotazník funkčnosti rodiny

DG SANCO	Generální ředitelství Evropské komise pro zdraví a ochranu spotřebitele (Directorate-General for Health and Food Safety)
Dg.	diagnóza
DMO	dětská mozková obrna
DNA	deoxyribonukleová kyselina
DNZS	dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
doc.	docent
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 4. vydání (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition)
DSMS	dílčí sexuálně motivační stavy
DTD	vývojové trauma (Developmental Trauma Disorder)
DZP	domácí zdravotní péče
E	celkový energetický příjem
E %	procent z celkového energetického příjmu
EAGHA	European Academic Global Health Alliance
ECSA	Evropská aliance pro bezpečnost dětí (European Child Safety Alliance)
EHEMU	European Health Expectancy Monitoring Unit
EHIS	Evropské výběrové šetření o zdraví (European Health Interview Survey)
EHP	Evropský hospodářský prostor
EHS	Evropské hospodářské společenství
ELSPAC	Evropská dlouhodobá studie rodičovství a dětství (European Longitudinal Study of Parenthood And Childhood)
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
ENWHP	Evropská síť pro podporu zdraví na pracovišti (European Network for Workplace Health Promotion)
ERT	enzymová substituční terapie (Enzyme Replacement Therapy)
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
ESSOP	Evropská společnost sociální pediatrie (European Society for Social Paediatrics)
ETS	tabákový kouř v prostředí, zakouřené prostředí (Environmental Tobacco Smoke)
EU	Evropská unie
FCTC	Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO (WHO Framework Convention on Tobacco Control)
FISH	fluorescenční <i>in situ</i> hybridizace (Fluorescent In Situ Hybridisation)
FSS MU	Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně
GA I	glutarová acidurie typ I
GCS	glasgowská stupnice hloubky bezvědomí (Glasgow Coma Scale)
GD	Gaucherova nemoc (Gaucher Disease)
GID	poruchy pohlavní identity (Gender Identity Disorder)
GP-HESME	Dobrá praxe v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v průmyslových a jiných podnicích (Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprise), dokument
GYTS	Global Youth Tobacco Survey (studie)
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children (studie)

HDP	hrubý domácí produkt
HELEN	Health, Life Style and Environment (studie)
HEPCA	Zdravotní politika pro děti a adolescenty (Health Policy for Children and Adolescents)
HFA	European Health for All database (WHO)
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)
HLY	zdravá délka života (Healthy Life Years)
HN	Huntingtonova nemoc
HPA	hyperfenylalaninemie
HPH	Nemocnice podporující zdraví (Health Promoting Hospital), projekt
CH	kongenitální hypotyreóza
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ILF	Institut doškolení lékařů a farmaceutů
ISFE	Interactive Software Federation of Europe
ISS	skóre závažnosti poranění (Injury Severity Score)
ISSOP	Mezinárodní organizace ve veřejném zdravotnictví a sociální pediatrii (International Society for Social Pediatrics and Child Health)
IUD	injekční uživatel drog
IUGR	intrauterinní růstová retardace plodu (Intrauterine Growth Retardation)
IVA	izovalerová acidurie
KHS	krajská hygienická stanice
LF	lékařská fakulta
LH	lutropin, luteinizační hormon
LIC	Lékařské informační centrum
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
LSD	lyzozomální střeďadáva onemocnění (Lysosomal Storage Diseases)
m.	morbus (nemoc, choroba)
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MDMA	extáze (droga)
MeHg	methylderivát rtuti
MHI	index duševního zdraví (Mental Health Index)
MISS	Modified Injury Severity Score
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
MM	mateřské mléko
MMORPG	Massively Multiplayer Online Role Playing Game (druh počítačových her)
MPS	mukopolysacharidózy
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MS ČR	Ministerstvo spravedlnosti ČR
MSSZ	Městská správa sociálního zabezpečení
MSUD	leucinóza, nemoc javorového sirupu (Maple Syrup Urine Disease)
MŠ	mateřská škola
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MU	Masarykova univerzita

MUD	Multi User Dungeon (druh počítačových her)
MUDr.	doktor medicíny
MV ČR	Ministerstvo vnitra ČR
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
MZV ČR	Ministerstvo zahraničních věcí ČR
NF	neurofibromatóza, Recklinghausenova choroba
NM	náhradní mateřství
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NNO	nestátní nezisková organizace
NOZ	nový občanský zákoník
NPC	Niemannova-Pickova nemoc, typ C
NREM	fáze spánku bez rychlých pohybů očí (Non-Rapid Eye Movement)
NRP	náhradní rodinná péče
NSZM ČR	Národní síť Zdravých měst ČR
OAMP	Odbor azylové a migrační politiky (MV ČR)
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OSN	Organizace spojených národů (United Nations, UN)
OSPDL	Odborná společnost praktických dětských lékařů
OSPOD	orgány sociálně-právní ochrany dětí
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
PAH	polycyklické aromatické a polyhalogenované uhlovodíky
PCB	polychlorované bifenyly
PCP	Psychiatrické centrum Praha
PKU	fenyلكetonurie
PLDD	praktický lékař pro děti a dorost
PP	pěstounská péče
PPM	peněžitá pomoc v mateřství
PPP	pěstounská péče na přechodnou dobu
prof.	profesor
PSSZ	Pražská správa sociálního zabezpečení
PTS	Pediatric Trauma System
PZ	podpora zdraví
RA	rodinná anamnéza
RECETOX	Centrum pro výzkum toxických látek v prostředí Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně
REM	fáze spánku s rychlými pohyby očí (Rapid Eye Movement)
RHN	síť Regiony pro zdraví (Region for Health Network)
RO	rodičovská odpovědnost
RPG	počítačové hry na hrdiny (Role-Playing Games)
RSI	poškození z opakovaného namáhání (Repetitive Strain Injury)
RTG	rentgen, rentgenový
ŘS CP	Policie ČR – Reditelství Služby cizinecké policie
SAR	Symposium asistované reprodukce
SASTIPEN	Snižování nerovností přístupu k péči o zdraví v romských komunitách (Reduction of Health Inequalities in the Roma Community), program

SC	císařský řez (<i>sectio cesarea</i>)
SCP	Služba cizinecké policie
SDR	standardizovaná úmrtnost (Standardized Death Rate)
SES	socioekonomický status
SFA	nasycené mastné kyseliny
SISP	Studie individuální spotřeby potravin
SMA	sociální maladaptace
SOŠ	střední odborná škola
SOU	střední odborné učiliště
SPLDD	Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
SR	Slovenská republika
SRCH	syndrom rizikového chování
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
SUZ	Správa uprchlických zařízení
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠPZ	Škola podporující zdraví (program WHO)
TBC	tuberkulóza
THC	delta-9-tetrahydrokanabinol
TP	středně těžké postižení
TRISS	Trauma Injury Severity Score
TS	Trauma Score
UK	Univerzita Karlova
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations Children's Fund)
UPT	umělé přerušování těhotenství
USA	Spojené státy americké
ÚV	ústavní výchova
UZ	ultrazvuk, ultrazvukový
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VVV	vrozené vývojové vady
WFPHA	Světová federace asociací v oblasti veřejného zdraví (World Federation of Public Health Associations)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WN	Wilsonova nemoc
ZDVOP	zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
ZG	zdravotní gramotnost
ZŠ	základní škola
ZTP	těžké postižení
ZTP/P	zvláště těžké funkční postižení pohyblivosti nebo orientace

Seznam obrázků

3.1	Vývoj počtu živě narozených dětí s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených podle pohlaví	19
3.2	Živě narozené děti v roce 2011 s vrozenou vadou podle věku matky	20
3.3	Struktura vrozených vad u živě narozených dětí v roce 2011 – chlapci	21
3.4	Struktura vrozených vad u živě narozených dětí v roce 2011 – dívky	21
3.5	Výsledky studie HELEN zaměřené na životní spokojenost u populace ČR ve věku 45–64 let v roce 2010	80
3.6	Nezaměstnanost v ČR v letech 1993–2012	85
5.1	Naděje na dožití při narození a naděje na dožití ve věku 65 let (θ_0, θ_{65}) v ČR v letech 1950–2012	113
5.2	Příspěvky věkových skupin a osmi skupin příčin úmrtí ke změně naděje dožití při narození mezi roky 1990 a 2011 u mužů v ČR; vzrůst naděje dožití o 7,2 roku	114
5.3	Příspěvky věkových skupin a osmi skupin příčin úmrtí ke změně naděje dožití při narození mezi roky 1990 a 2011 u žen v ČR; vzrůst naděje dožití o 5,5 roku	114
6.1	Perinatální úmrtnost v letech 1970–2012	125
6.2	Kojenecká úmrtnost v letech 1970–2012	125
6.3	Novorozenecká úmrtnost v letech 1970–2013	125
6.4	Srovnání vývoje délky života ve zdraví a střední délky života u mužů a žen v ČR a ve Švédsku v letech 1962 a 2010	127
8.1	Dítě koncem prvního trimestru	148
8.2	Těžiště je na hlavičce a hrudníku	150
8.3	Těžiště je na symfýze	150
8.4	Těžiště je na kolínkách	151
8.5	Dítě samo stojí	151
15.1	Vývoj počtu cizinců v ČR – čtvrtletní, resp. pololetní údaje 2004/06 až 2013/12	306
15.2	Vývoj počtu cizinců s trvalými a dlouhodobými pobyty nad 90 dní v ČR 1993–2012 (31. 12.)	307
15.3	Státní občanství ČR nabytá během roku 2011 podle předchozího státního občanství	307
15.4	Státní občanství nabytá během let 2001–2011	307
15.5	Národnostní menšiny v ČR	311
15.6	Zastoupení cizích národností na prvních třech místech dle krajů ČR	312
16.1	Současná situace migrace	320
18.1	Charakteristika týrání – schéma	365
20.1	Výuka dětí v Keni	415

Seznam tabulek

3.1	Mikrodeleční syndromy	16
3.2	Vrozené vady u živě narozených dětí absolutně a v přepočtu na 10 000 živě narozených v roce 2011	20
3.3	Relativní četnost vrozených srdečních vad a anomálií cévního systému	22
3.4	Přehled léků, které mohou vyvolat poškození plodu	29
3.5	Srovnání výživových ukazatelů v populaci ČR (SISP) s doporučeními WHO	65
3.6	Výsledky studií vlivu pohybové aktivity na výskyt rakoviny	70
3.7	Charakteristiky duševního zdraví podle pohlaví a věku obyvatel ČR v roce 2010	79
4.1	Očkovací kalendář	100
5.1	Zhodnocení demografické situace v roce 2013, porovnání s rokem 2012 – údaje o pohybu obyvatelstva	121
11.1	Znaky suicidálního rizika	238
12.1	Umísťování dětí do náhradní rodinné péče a rozhodování o poručení dětí	253
12.2	Počet pěstounů	254
12.3	Počet pěstounských rodin	254
12.4	Žadatelé o náhradní rodinnou péči	255
12.5	Klienti řešení kurátorem pro mládež	263
12.6	Rodinné zázemí klientů kurátora pro mládež	264
15.1	Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství k 31. 12. 2013	302
15.2	Obyvatelstvo podle národnosti a krajů	310
18.1	Týrané, zneužívané a zanedbávané děti za rok 2013	371

Úvodní slovo

Když v letech 1997 a 1998 připravoval profesor Jiří Dunovský (1930–2015) dosud poslední knižní publikaci k sociální pediatrii, požádal mne, abych do ní napsal poslední kapitolu. Říkal: „Nyní píšeš kapitolu poslední, abys příště již psal kapitolu první...“ A tak, vědom si tohoto poselství svého učitele, jsem se pokusil na něj navázat. Jak se mi to podařilo, to necht' posoudí čtenáři ze všech oblastí života našich dětí. Při psaní této knihy jsme se snažili zachovat několik dle nás zásadních pravidel.

- S výjimkou poslední kapitoly jsme vycházeli téměř výhradně ze zdrojů neinternetových, neboť téměř ke každé kapitole existuje dostatek literárních pramenů.
- I když jde o publikaci především pro české a slovenské čtenáře, chtěli jsme do práce vnést také zahraniční témata a prvky, aby si čtenář uvědomil nejen rozmanitost a šíři oboru, ale také skutečnost, že všude nežijí děti v takových podmínkách jako u nás.
- Pokusili jsme se alespoň dílem vytvořit nový pohled na sociální a preventivní pediatrii tak, jak je v současnosti chápána v celosvětovém měřítku a pojetí. Už i kolegové z „německy mluvících zemí“ přecházejí na koncept veřejného zdravotnictví (*public health*).
- Ke každé kapitole je vytvořen vlastní přehled literatury, z níž jsme čerpali.
- Než jenom popisovat stacionární data, snažili jsme se v jednotlivých kapitolách popsat především trendy a vývoj.
- Jsme si vědomi, že schválený rozsah stránek nám neumožňuje příliš se ve vybraných tématech v jednotlivých kapitolách „rozepisovat“ a také že jsme všechna témata ani do knihy nemohli zahrnout – jde tedy opět o jakési „vybrané kapitoly“, jako v případě dosud poslední velké publikace ze sociální pediatrie prof. J. Dunovského a kolektivu z roku 1999.
- Jistě by v každé kapitole mohla být řada dalších odkazů, které prokazatelně existují a z valné části je máme k dispozici, ale to bychom nikdy nemohli knihu dokončit. Museli jsme si vždy ke každé kapitole říci: „A teď už dost, další informace tam již nedáváme...“

doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

OBECNÁ ČÁST

1 Vývoj a pojetí sociální pediatrie v České republice

Lubomír Kukla

Sociální pediatrie v České republice prodělala ve svém vývoji čtyři základní etapy.

První etapa

Název pediatrie (*pais* – dítě, *iatreia* – léčení) se objevuje poprvé v 18. století, i když zprávy o léčení dětí a jejich ošetřování jsou velmi staré a datují se do doby dvou tisíc let před našim letopočtem. Samostatným oborem se pediatrie stává poměrně pozdě, teprve v 19. století, a to vydělením z interní medicíny.

První dětská nemocnice vznikla v Paříži v roce 1802, u nás v Praze v roce 1842, v Brně v roce 1846 a v Bratislavě o 7 let později, v roce 1853.

Pro vývoj pediatrie měly význam nalezince, instituce určené dětem, které nemohli rodiče sami vychovávat – byly to především děti narozené mimo manželství. V nalezincích byly děti ošetřovány několik měsíců a poté předávány do pěstounské péče. V Praze byl nalezinec založen již v roce 1602 a na jeho základech vznikla v roce 1882 klinika pro kojence.

Samostatné dětské kliniky na pražské lékařské fakultě byly konstituovány již v 19. století, tedy dříve než v řadě dalších evropských zemí. Zvláštností Prahy bylo, že měla dvě dětské kliniky: vedle té pro kojence ještě samostatnou kliniku pro větší děti. V Brně vznikla dětská klinika pod vedením akademika Otakara Teyschla. Po roce 1945 postupně vznikaly dětské kliniky v Hradci Králové, v Olomouci, Plzni, Košicích, Martine atd.

V roce 1951 začala v Praze působit Fakulta dětského lékařství a v roce 1952 byly ustaveny pediatrické směry studia v Bratislavě a v Brně.

K předním představitelům dětského lékařství u nás patří prof. Jiří Brdlík (1883–1965), z jehož kliniky vyšla řada vedoucích pediatrických pracovníků, akademik Otakar Teyschl (1891–1968), který zpracoval jednu z prvních podrobných učebnic pediatrie, a prof. Josef Švejcar (1897–1997).

Nové období v naší pediatrii je orámováno rokem 1971, kdy zahájila činnost nově zbudovaná fakultní nemocnice v Motole, která se orientuje především na období dětského věku.

Nesmíme zapomenout také na význam pediatrických kateder institutů pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů a na výzkumné ústavy pediatrické – Ústav pro péči o matku a dítě v Praze, Výzkumný ústav pediatrický v Brně a Ústav výzkumu vývoje dítěte při fakultě dětského lékařství UK v Praze-Motole (Houštek a kol., 1976).

Dětské lékařství je základní lékařský obor. Zabývá se vývojem člověka od jeho narození do dospělosti. Vychází z vědeckých poznatků o růstu a vývoji dětského organismu – tělesném, duševním, sociálním, emocionálním, imunologickým atd. Studuje vlivy, které jej příznivě ovlivňují nebo naopak narušují, opírá se i o znalost prostředí, ve kterém dítě žije. Jsou sledovány vlivy sociální (bída, hmotný nedostatek) na vysokou nemocnost a úmrtnost, resp. nepříznivý vývoj zdravotního stavu dětské populace jako celku, především v socioekonomicky slabých rodinách.

V této souvislosti je třeba uvést také dětskou práci, která byla v historii běžná. Dlouholetý boj za odstranění dětské práce skončil vítězně koncem 19. století požadavkem jejího obecného zákazu. Pozdější právní formulace našly svůj mezinárodní odraz

v Ženevské deklaraci práv dítěte z let 1923–1924 a posléze také v Chartě práv dítěte OSN z roku 1959. Stanovením potřeb dítěte v oblasti tělesné, duševní i společenské přesáhl tento boj původně zamýšlený rámec a přispěl k pozdější formulaci práv dítěte ve společnosti. Podíl lékařů v tomto boji byl významný.

Pediatrie tak dostala do vlnu také spoluúčast na řešení problémů spojených s postavením dítěte ve společnosti. Sama pak postupně prosazovala zájem společnosti na péči o zdravý vývoj dítěte a boji proti jeho poruchám.

Kromě klasické pediatrické péče (diagnostiky a terapie) se objevuje další okruh problémů, na něž (kurativní) pediatrie navazuje. Jde o nepříznivé společenské postavení dětí, které pro nějaký svůj nedostatek (vrozený nebo získaný) potřebují zvláštní pomoc společnosti. Jsou to děti s postižením, opuštěné, nemanželské, nechtěné či jinak ohrožené. V dnešní terminologii dle Světové deklarace práv dítěte jde o **děti ve zvlášť obtížných situacích**.

Prototypem návaznosti pediatrické péče na péči společenskou je péče o děti opuštěné a osiřelé. Historie zde sahá až do středověku.

Pediatrie se dále podílí na péči o děti jinak ohrožené a podle poslední nomenklatury s postižením (tělesným, psychickým, sensorickým, kombinovaným), děti chronicky nemocné a další. Kromě odborné činnosti diagnostické, terapeutické, rehabilitační a preventivní se pediatrie zajímá také o sociálně-právní postavení těchto dětí a ochranu jejich zájmů.

Všechny tyto výše uváděné okruhy a proudy se postupně podílejí na rozvoji dětského lékařství jako samostatného oboru.

Druhá etapa

S rozvojem pediatrie (kurativní, preventivní apod.) se stále více rozvíjí potřeba integrace celkové péče o děti ve společnosti. S hlubším poznáváním a chápáním somatopsychické jednotky organismu a jeho interakce s bližším i vzdálenějším prostředím se začíná rýsovat význam společenských faktorů pro zdraví člověka a dítěte zvlášť.

Grothjan v Německu po začátku 20. století napsal rozsáhlé dílo *Sociální patologie* (Grothjan, 1912), v němž spojil přístupy klinické a individuální se společenskými jak z hlediska kurativy, tak prevence i uspořádání zdravotní péče, tak aby sloužily ve prospěch všem – zdravým, nemocným, postiženým i dětem. Při postupné specializaci jednotlivých pediatrických disciplín již není vždy možné nacházet a plně zajišťovat žádoucí návaznost mezi nimi a integrovat je do celkové péče o dítě. Integrujícím činitelem je zde nový samostatný podobor pediatrie: **pediatrie sociální**. Ta jednak akcentuje v pediatrii onen sociální rozměr zdraví a nemoci dítěte ve všech jeho rovinách, jednak jí slouží jako komunikující činitel s ostatními obory péče o dítě.

Pojem sociální pediatrie se rozšiřuje a zvláště se užívá od roku 1962. V rámci Mezinárodního pediatrického kongresu v Lisabonu se o sociálně-pediatrických problémech začalo vážně diskutovat a byla jim věnována teoretická i praktická pozornost. V té době bylo také napsáno několik monografií či statí v pediatrických učebnicích. Od počátku se rovněž ukázaly rozdílné přístupy k tomuto oboru, které do značné míry vycházely a vycházejí ze společenského zřízení té které země a pojetí a uspořádání zdravotní a sociální péče v ní.

Sociální pediatrie byla původně chápána jako metoda práce pediatra (nyní praktického lékaře pro děti a dorost), který při značné medikalizaci svojí činnosti při nefunkčním systému sociální péče nedokázal poznat nefunkční rodinu. Proto byla vyvíjena maximální snaha o poučení pediatriů, jak poznat dysfunkční rodinu, jak ji navštěvovat

(včetně sestry), znát sociální aspekty péče o děti, nároky na dávky a služby pro děti s postižením, vědět, kam hlásit problémové rodiny, aktivizovat spolupráci s orgány péče o dítě apod. V pojetí sociální pediatrie u nás jsou v té době **dva hlavní proudy**:

- jeden, který říká, že sociální pediatrie není samostatným vědním oborem, nýbrž je součástí pediatrie. Chápe ji jako přístup, aspekt pediatrické práce (viz práce Michalíčkové, Berfenstama, Czernaka, Nitsche a dalších).
- druhý proud v chápání sociální pediatrie je ten, který ji jasně bere jako samostatný vědní obor: Debré (1963), Hellbrügge (1981), Köhler, Dunovský (Dunovský a Stolinová, 1979; Dunovský a Eggers, 1989; Dunovský a kol., 1999) a další. Debré, ač dělí pediatrii na kurativní, preventivní a sociální, jde ještě dále a chápe sociální pediatrii jako pediatrickou filosofii a pokládá ji za souhrn společenského úsilí pro dobro dětí. Hellbrügge dal sociální pediatrii klinický obsah, orientovaný především na časnou vývojovou diagnostiku postižení u dětí, jejich rehabilitaci a léčbu (viz vytvoření celé soustavy dětských center v Německu).

Dalším důvodem pro vyčlenění sociální pediatrie jako samostatného oboru je její výuka a způsob předávání poznatků. Zvláště postgraduální vzdělávání vyžaduje samostatné zaměření po stránce obsahové i metodické.

Vedle výuky se zdůrazňuje také význam vědeckého bádání na poli sociální pediatrie. Zde sehrál významnou roli především Debré založením Centre Internationale de l'Enfance, jehož činnost znamenala velmi mnoho pro rozšíření sociální pediatrie v řadě zemí Evropy a Afriky. Naštěstí Československo se od samého začátku, přes všechny obtíže a námitky proti komunikaci se zahraničím, aktivně podílelo na vzdělávací činnosti tohoto centra, které podporovalo sociální pediatrii, aby nebyla chápána jako odnož sociálního lékařství. V tomto centru vznikly také první monografie sociální pediatrie (Mande et al., 1972).

Sociální lékařství bylo v té době chápáno jen jako organizace a řízení zdravotnictví, a to navíc direktivního charakteru. Svoji nezastupitelnou roli v této době sehrál prof. Michel Manciaux.

V USA se sociální pediatrie konstituuje spíše jako Community Pediatrics (komunitní pediatrie), někde jako preventivní pediatrie. V souvislosti s velkým rozvojem péče o děti týrané, zneužívané a zanedbávané se dokonce formuje jako forenzní pediatrie. Její obsah a náplň je velmi blízký našemu pojetí sociální pediatrie a její účasti při řešení problémů dětí postižených tímto syndromem.

Třetí etapa

V roce 1968 se podařilo prof. Švejcarovi (Švejcar, 1968) zřídit oddělení sociální pediatrie na katedře pediatrie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, kde byla jednak praktická část (sociálně-pediatrická poradna) a jednak teoretická a vědecko-výzkumná báze, tj. Vědecko-výzkumná laboratoř preventivní a sociální pediatrie při katedře pediatrie ILF, kde svoje znalosti a zkušenosti v roce 1987 poprvé čerpal také hlavní autor této knihy. Hlavním úkolem tohoto sociálně-pediatrického oddělení ILF bylo soustavné vzdělávání v sociální pediatrii – nejprve dětských lékařů a pak dalších odborníků podílejících se na péči o dítě.

Na tomto pracovišti vznikla řada studií i výzkumů, z nichž nejdůležitější bylo vypracování nové koncepce preventivních prohlídek i rozpracování rozsáhlého longitu-

dinálního výzkumu s názvem „Prevence, detekce a terapie postižení u dětí“. Bohužel se zrušením laboratoře zůstalo z nesmírně cenných materiálů pouhé torzo.

Kromě toho odtud vyšla také první samostatná monografie *Sociální pediatrie* (Dunovský, 1989). (Úplně první práce z preventivní a sociální pediatrie v rozsahu 120 stran vyšla z pera prof. Švejcara a prof. Brdlíka v roce 1928 jako součást učebnice *Pediatrie*; Švejcar, 1968.) Rozvíjela se také úzká mezinárodní spolupráce nejenom na úrovni mezinárodních organizací, ale také na úrovni spolupráce s řadou významných odborníků.

Čtvrtá etapa

Zásluhou hlavního autora této knihy vzniklo v Brně v roce 1987 na půdě tehdejšího Výzkumného ústavu pediatrického oddělení preventivní a sociální pediatrie, jediné svého druhu v republice. Bylo to jediné pracoviště, které se po zrušení výše uvedené laboratoře věnovalo tvůrčí badatelské práci a řešilo ojedinělý projekt Světové zdravotnické organizace s názvem ELSPAC – European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood, tj. Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství (Kukla a Bouchalová, 1992). V roce 2002, kdy byl zrušen Výzkumný ústav zdraví dítěte v Brně, přešlo toto pracoviště pod Lékařskou fakultu MU, kde se na projektu ELSPAC dále pracovalo až do konce roku 2011. V následujícím roce se projekt podařilo zachránit zásluhou moudrých lidí na Přírodovědecké fakultě MU – pracovišti RECETOX – a projekt pokračuje na tomto pracovišti.

Po mnoha letech bojů vznikla na půdě odborné pediatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně v roce 1990 sekce sociální pediatrie, která navázala na vše pozitivní z minulosti, a v roce 1992 vznikla samostatná odborná Společnost sociální pediatrie ČLS JEP, která vytvořila koncepci oboru a snaží se prosadit obor jako samostatný, nikoliv jako součást pediatrie.

Jeho podíl v pre- i postgraduálu se rozšiřuje. Hledají se cesty k prosazování výuky oboru i na nelékařských fakultách (Pedagogická fakulta, Filozofická fakulta, Fakulta sociálních studií MU v Brně) apod. Vznikla samostatná Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích a v jejím rámci Zdravotně sociální fakulta, jejíž náplní je především sociálně-právní aspekt v péči o populaci.

Je třeba zdůraznit ještě jeden významný aspekt sociální pediatrie, totiž aspekt citový a mravní, který bezprostředně souvisí s nejdůležitějším úkolem pediatrie a každého dětského lékaře – být obhájcem a ochráncem dítěte, jeho potřeb, požadavků a práv v každé situaci, tj. chránit zájmy a blaho dítěte.

Významnou pozornost věnuje sociální pediatrie implementaci Úmluvy o právech dítěte, Světové deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte do celého systému péče o dítě, a to též v bezprostřední návaznosti na vytváření soustavy celé řady nevládních organizací (UNICEF, DCI apod.) a se snahami navázat jejich účinnou spolupráci s vládními organizacemi (kap. 20). Svoji významnou úlohu sehrála také aktivní účast na vypracování zpráv o situaci dětí v České republice, z nichž poslední a nejrozsáhlejší vypracoval hlavní autor této knihy ve spolupráci s doc. J. Kovaříkem pod hlavičkou Českého výboru pro UNICEF, a to v české i anglické mutaci (Kovařík a Kukla, 1998).

V současné době se diskutuje stále častěji také na evropské úrovni, zda pojem sociální pediatrie správně vystihuje to, co je náplní oboru, a zda nejde spíše o tzv. public health for children (resp. veřejné zdravotnictví pro děti, případně o dětech). Zvláště v „anglicky mluvících zemích“ je tento názor preferován.

Z mezinárodního hlediska je garantem ESSOP (Evropská společnost sociální pediatrie), která však nemá svoje členy jen z Evropy, ale také z Ameriky, Austrálie, Asie

a dalších lokalit. V současnosti již byl její název změněn na ISSOP (International Society for Social Pediatrics and Child Health) se všemi odpovídajícími schvalovacími náležitostmi.

V posledních měsících je i v Německu nazírána problematika sociální pediatrie společně s pediatrií preventivní a též komplexněji v souladu s „public health for children“.

SOCIÁLNÍ PEDIATRIE A JEJÍ MÍSTO V MEDICÍNSKÝCH VĚDÁCH

Jak již bylo zmíněno, byla dříve sociální pediatrie u nás i v zahraničí (především v německy mluvících zemích) brána jako součást pediatrie. Když se v současnosti podíváme na výuku sociální pediatrie v pregradu u naší zemi, zjistíme, že pouze na LF MU v Brně je sociální pediatrie vyučována v rámci pediatrie, a to formou tříhodinového semináře. Budeme-li pátrat dále, zjistíme, že každá fakulta má k tomuto oboru jiný přístup. Studenti lékařských fakult jsou s výjimkou 1. LF UK v Praze s touto problematikou jen velmi málo seznamováni.

Stále více je cítit absence vlastního zaměření studentů na problematiku dětského věku, jak tomu bylo před sametovou revolucí v roce 1989, kdy byla v Praze 2. LF celá orientována na problematiku dětského věku a v Brně byl na tehdejší lékařské fakultě tzv. pediatrický směr. To znamená, že část studentů byla od 3. ročníku již přímo zaměřena na dětskou problematiku.

Sociální pediatrie je v současnosti na lékařských fakultách přednášena v rámci veřejného zdravotnictví, sociálního lékařství a preventivní medicíny, většinou však jen okrajově.

Podíváme-li se na náplň oboru, jak ji představuje tato publikace, zjistíme, že medicínské vědy jsou tu v těsném sepětí s veřejným zdravotnictvím, preventivní medicínou, sociálním lékařstvím, lékařskou psychologií, psychiatrií, statistikou, epidemiologií a dalšími obory. Nesmíme také zapomínat na klíčovou spolupráci především s porodnictvím (prenatální, resp. perinatální pediatrie) a na druhém věkovém konci s dorostovým lékařstvím. Pro vývoj dítěte je velmi důležitý genetický základ a průběh nitroděložního vývoje. Stoupá význam genetiky a epigenetiky, prenatálního vývoje a jeho patologie i speciálního oboru perinatologie.

Z nelékařských oborů nesmíme zapomenout na právo, demografii, sociální a speciální pedagogiku, sociální patologii, ekonomiku a celou řadu dalších oborů.

V postgradu je situace ještě problematičtější, protože současný systém je naprosto nepřehledný a chybí v něm vzdělávání ve veřejném zdravotnictví, což považují (L. K.) za neuvěřitelnou chybu těch, kteří celý tento systém tvořili. Praxe ukáže, jak se tento nedostatek projeví. Chci věřit, že všechny snahy osobností v oboru povedou ke kýženému výsledku, tj. že bude veřejné zdravotnictví přijato opět jako základní obor, případně alespoň atestační odbornost.

Literatura

- DEBRÉ, R.: Definition de la Pediatrie Sociale. *Courrier du CIE* 1963; 13: 621–626.
DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H.: *Sociální pediatrie*. Praha: Avicenum, 1989, 253 stran.
DUNOVSKÝ, J., a kol.: *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999, 284 stran.

- DUNOVSKÝ, J., STOLÍNOVÁ, J.: *Sociální a právní problematika v dětském lékařství*. Praha: Avicenum, 1979, 180 stran.
- GROTHJAN, A.: *Soziale Pathologie*. Berlin, 1912.
- HELLBRÜGGE, T.: *Klinische soziale Paediatric*. Berlin – Heidelberg – New York: Springer Verlag, 1981, 626 stran.
- HOUŠTĚK, J., KUBÁT, K., RUBÍN, A., a kol.: *Dětské lékařství*. Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, 1976, 520 stran.
- KOVAŘÍK, J., KUKLA, L., a kol.: *Děti v České republice 1996. Situační analýza*. Praha: Český výbor pro UNICEF, 1998, 220 stran.
- KUKLA, L.: *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: ZSF JČU, 2007, 44 stran.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (ELSPAC). Výzkumný projekt WHO/EURO. Československá účast. *Československá hygiena*, 1992; 37(6): 367–369.
- LINDSTRÖM, B., SPENCER, N., et al.: *Social Pediatrics*. Oxford – New York – Tokyo: Oxford University Press, 1995, 613 stran.
- MANDE, R., MASSE, N., MANCIAUX, M.: *Pediatrie sociale*. Paris: Flammarion Medicine – Science, 1972, 699 stran.
- ŠVEJCAR, J.: Ideový vývoj sociální pediatrie za 50 roků samostatnosti československého státu. *Československá pediatrie* 1968; 23: 920–935.

2 Od biomedicínkého k psychosociálnímu chápání nemoci a zdraví

František Schneiberg, Lubomír Kukla

Definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace, formulovaná v roce 1948, označuje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody; nejde tedy jen o nepřítomnost nemoci. Zároveň předkládá velmi idealistické pojetí pojmu zdraví, čímž přispívá ke dvěma podstatným trendům:

- konceptu podpory zdraví i v době nepřítomnosti nemoci
- porozumění společným vlivům somatických, psychických i sociálních procesů

Diskuze o této definici stále pokračuje, stejně jako snaha určit podstatné dimenze zdraví. Tato snaha dospěla až ke zkoumání nového pojmu „kvalita života“.

Můžeme také hovořit o tzv. subjektivním zdraví (tedy o tom, jak se člověk cítí) a objektivním zdraví (jak umíme prostřednictvím měřitelných hodnot zdraví popsat). Pojem „být nemocný“ popisuje vnímání omezené pohody, zkušenost ztráty zdraví. Naproti tomu „nemoc“ je pojem užší a popisuje odchýlný tělesný či duševní stav, který je objektivně prokazatelný. Tato nejasnost chápání může vyvolávat v diskusi mnohá nedorozumění.

Pokud zdraví chápeme jako funkční normu, orientujeme se na to, zda je člověk schopen plnit dané úlohy ve své sociální roli. U dětí to znamená, že dosažení klíčových bodů vývoje, zvládnutí vývojových etap, je nedílnou součástí zdraví dítěte. Jde tedy o vícedimenzionální pojetí, k němuž patří kromě tělesné pohody (tělesná zdatnost, absence potíží), psychické pohody (radost, štěstí) a naplnění sociálních rolí také vitalita, seberealizace, spirituální orientace atd.

Podpora zdraví souvisí s pochopením zdraví jako nekončícího procesu. Je to úkol pro každého člověka a v souvislosti s uvedenou definicí stále nabývá na významu. Vývojové procesy lze změnit a jsou ovlivnitelné, z čehož vyplývá, že vědomými zásahy a změněným jednáním může každý „zlepšit“ své zdraví.

Ottawská charta z roku 1986 definuje podporu zdraví jako proces, který dává všem lidem vysokou míru svobody rozhodovat o svém zdraví a tím je posilovat. Jako základní okruhy, které jsou k tomu potřeba, uvádí:

- rozvoj zdravotní politiky orientované na podporu zdraví
- vytvoření společenského klimatu podporujícího zdraví
- podporu společenských aktivit zaměřených na podporu zdraví
- rozvoj osobních kompetencí
- novou orientaci zdravotnických a podobných služeb

Moderní výchova ke zdraví se zaměřuje především na čtvrtý okruh. Individuální změny chování se kognitivním vnímáním samotným podaří jen zřídka. Jde zpravidla o změny životního stylu, které souvisejí velmi silně se sociálními zkušenostmi, vnímanými hodnotami, normami i zvyklostmi. Způsoby chování jsou v jedinci často pevně zakotveny, takže se zdají být jen těžko ovlivnitelné. Tradiční modely výchovy a vzdělávání jsou proto nahrazovány koncepty posilování motivace a rozvoje osobních kompetencí. Opatření podporující zdraví slouží nejen k udržení či navrácení zdraví a posílení odpovědnosti každého jednotlivce, ale zabraňují také konkrétním

nemocem. Podpora zdraví na úrovni celé populace je úlohou „veřejného zdravotnictví“ (public health).

Jako „**nová morbidita**“ (new morbidity) se v posledních dekádách označuje pozorovaný vzestup chronických zdravotních potíží u dětí spojený s psychickými vývojovými poruchami. Jde o komplexní chronické zdravotní potíže, jejichž symptomy lze najít v mnoha funkčních oblastech. Mají svůj původ zpravidla v raných poruchách psychosociálního vývoje a manifestují se vývojovým opožděním, poruchami chování i somatickými onemocněními, zvláště obezitou, ale i celou řadou dalších psychosomatických potíží. Původ je vždy multifaktoriální, často hrají roli konstituční faktory. Mnohem větší roli však hraje stále více prostředí, které dítě obklopuje, stoupající nároky na schopnost přizpůsobit se a na sociální kompetence dítěte. Děti, které nedisponují dostatečnou osobní výbavou, zvláště kognitivních schopností a resiliencí, a které dostávají jen malou rodinnou a sociální podporu a péči, mají velké riziko rozvoje těchto komplexních chronických zdravotních potíží.

Význam obklopujícího prostředí dítěte pro vznik „nové morbidity“ je zvláště patrný, jestliže respektujeme vývojové potřeby dítěte. Tělesné zdraví představuje v užším smyslu jen jeden, i když velmi důležitý, požadavek pro zdravý vývoj dítěte. K tomu přistupují požadavky na vytvoření stabilních rodinných a sociálních vztahů, na diferencovaný emocionální vývoj, na výchovu, která dává orientaci, podporuje narůstající samostatnost, sociální participaci a prezentaci ve společnosti a přístup ke kultuře a vzdělání. Uskutečnění těchto požadavků umožňuje vytvoření osobní identity, sociální pohody a samostatnosti. Uspokojení těchto vývojových potřeb dítěte závisí na schopnostech rodičů zajistit dítěti nejen základní péči, ale také pocit jistoty, dostatek podnětů, stabilní prostředí, emoční vřelost. Možnosti rodičů toto dítěti nabídnout jsou opět závislé na celém kontextu způsobu života rodiny. K tomu patří zejména sociální integrace rodiny, ekonomické možnosti, bydlení, společné soužití, ale i vytváření příbuzenských a přátelských vztahů.

Nová morbidita vzniká na průniku mezi individuem a obklopujícím prostředím. Pátráme-li po faktorech vedoucích k uvedeným poruchám, nejde ani tak o konkrétní jednání či opomenutí rodičů nebo jiných osob se vztahem k dítěti, ale mnohem více o konsekvence komplexní psychosociální zátěžové situace. K tomu patří zvláště změněné rodinné struktury s častými a dlouhotrvajícími konflikty před a po rozvodu. Mnoho rodičů vykazuje nedostatečnou výchovnou kompetenci a omezený repertoár výchovných možností, často jsou sami nejistí nebo omezení vlastním psychickým onemocněním. Další problémy vyvstávají při ztíženém přístupu k nabídkám péče a pomoci, např. u rodin s nižším vzděláním či u migrantů.

Mezioborová spolupráce je nezbytná. Děti s chronickými zdravotními potížemi jsou dvojnásobně marginalizovány. Na jedné straně mají děti ze sociálně deprivovaných rodin zvýšené riziko vzniku chronických zdravotních potíží, na druhé straně nedostatky v péči či suboptimální kvalita zdravotní péče ještě prohlubují nutnost jejich integrace a participace.

Literatura

SCHLACK, H. G., THYEN, U., VON KIES, R.: *Sozialpädiatrie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009.

3 Zdraví dětí a dospívajících – faktory ovlivňující zdraví

Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen., Miloš Velemínský jun.

O lidském zdraví platí, že se na něm spolu s genetickým vybavením ve vysoké míře podílejí četné další faktory, tvořící ve svém souhrnu **kvalitu života**. Z nich uvádíme jako nejdůležitější následující složky: způsob života, životní úroveň, životní spokojenost, životní prostředí. Pro současné biomedicínské pojetí zdraví zdůrazňujeme především základní čtyři kategorie:

- genetické aspekty
- životní prostředí
- systém zdravotní péče
- životní styl

Těmto subkapitolám se postupně budeme věnovat. Jsme si vědomi, že různí autoři přiřkládají těmto faktorům různou důležitost (i procentuálně vyjadřovanou).

3.1 Genetické aspekty

V souvislosti se změnami zevního prostředí se mění také genetický potenciál populací.

3.1.1 Dělení genetických poruch

Zde uvedeme několik základních nozologických jednotek.

AUTOZOMÁLNÍ CHROMOZOMÁLNÍ ABERACE

Frekvence autozomálních (numerických a strukturálních) aberací je vysoká a činí u spontánních abortů 1 : 2, u mrtvě narozených 1 : 20, u živě narozených 1 : 200.

Numerické aberace

Numerické aberace vznikají většinou na podkladě nondisjunkce (nerozpojení), kdy páry chromozomů nebo sesterských chromatid nejsou schopné se od sebe oddělit. To vede ke vzniku aneuploidních zárodečných buněk a v případě jejich oplodnění k vývoji aneuploidní zygoty. S věkem matky takových vad přibývá. Na vznik numerických aberací má vliv také věk otce.

Trizomie 21 (Downův syndrom)

Klasickým příkladem je Downův syndrom, způsobený v 95 % trizomií chromozomu 21 a ve zbývajících 5 % translokacemi. Jde o nejčastější chromozomální syndrom. Typickými znaky jsou:

- kraniofaciální dysmorfismus – mozkovna je malá, krk krátký a široký, okrouhlý obličej, vystouplé čelo, nos kratší se širším kořenem, ústa malá, velmi častá je makroglosie, antimongoloidní postavení očních štěrbin, hypertelorismus, epikantus, oční řasy prořídle, častým nálezem jsou též bílé skvrny na duhovce (tzv. Brushfieldovy skvrny), uši nízko posazené, dysplastické ušní boltce

- skeletální anomálie – krátké široké ruce s krátkými prsty, klinodaktylie 5. prstu, čtyřprstová rýha, malá chodidla s krátkými prsty a tzv. sandálová mezera mezi 1. a 2. prstem na noze, hyperextenze kloubů, postižení jsou téměř vždy malého vzrůstu
- vývojové vady vnitřních orgánů – postihují především srdce (40 %); jde především o septální vady, a to síní i komor, Fallotovu tetralogii aj.; v gastrointestinálním traktu je to stenóza duodena, pankreas anulare, atrézie anu, megakolon, prolaps recta, u chlapců je jasný hypogonadismus

Následkem postižení CNS je mentální retardace různého stupně a svalová hypotonie. Mentální retardace je velmi variabilní a je dána především rozvojem (resp. nerozvojem) schopnosti abstraktního myšlení. Emocionální život a sociální interakce jsou většinou dobře vyvinuté a lze je i dobře dále rozvíjet.

Mezi časté komplikace patří hypotyreóza, zvýšená je též náchylnost k infekcím při poruchách imunity. Postižení umírají dříve, častější příčinou úmrtí je leukemie (pravděpodobnost je 10–30× vyšší).

Nástup puberty je patrný u obou pohlaví a ženy jsou zpravidla fertillní. Děti narozené matkám s Downovým syndromem jsou v 50 % normální a 50 % mongoloidní. Případy otců s Downových syndromem nejsou známy.

Incidence Downova syndromu je 1 : 700 živě narozených. Více než 50 % gravidit, u nichž je přítomna trizomie 21, končí časným spontánním abortem.

Kromě uvedené trizomie 21 a translokace bývá u Downova syndromu přítomna tzv. chromozomální mozaika, tj. přítomnost více než jedné buněčné linie o rozdílném karyotypu, přičemž některé buňky mohou mít normální chromozomální výbavu. Pak je samozřejmě klinický obraz většinou méně vyjádřen.

Léčba je odvislá od vývojových vad a jejich komplikací – korekce srdeční vady, léčba infekcí. Pro tělesný a psychický vývoj dětí je důležitá fyzioterapie a psychosociální péče.

Trizomie 18 (Edwardsův syndrom)

Jde o chromozomální onemocnění způsobené nadpočetným chromozomem 18. Prevalence je 1 : 8000 živě narozených, ženské pohlaví je postiženo čtyřikrát častěji. U 80 % případů jde o čistou trizomii vzniklou v důsledku meiotické nondisjunkce, u 20 % nacházíme mozaiku. Frekvence onemocnění stoupá s věkem matky.

Vedoucím symptomem je charakteristické flekční postavení prstů ruky: 2. a 5. prst překrývají 3. a 4. prst. Součástí kraniofaciální dysmorfie jsou dysplastické, nízko posazené „fauní“ uši, mikrognatie, dolichocefalie, dále nalézáme krátké sternum, úzkou pánev, která omezuje abdukci kyčelních kloubů, a deformity nohou. Děti se většinou rodí s nízkou porodní hmotností a jsou dystrofické. V 95 % případů je přítomna srdeční vada, častý je také výskyt diafragmatické hernie. Významně snižena je doba přežití, u chlapců na 2–3 měsíce, u dívek 10 měsíců.

Trizomie 13 (Patauův syndrom)

Jde opět o chromozomální onemocnění, které je způsobeno nadpočetným chromozomem 13. Trizomie 13 má incidenci cca 1 : 4000 až 1 : 10000 živě narozených. U 80 % případů jde o čistou trizomii, vzniklou v důsledku meiotické nondisjunkce, u 20 % nacházíme mozaiku nebo translokaci.

Klinický nález: mikrocefalie, často i oční vady jako mikrooftalmie a kolobomy. Dalšími častými anomáliemi jsou kapilární hemangiomy, rozštěpové vady a hexadaktylie (šest prstů na ruku).

Co se týká vývojových vad orgánů, postižené je nejvíce srdce (defekt septa komor a perzistující tepenná dučej) a ledviny (polycystická degenerace). Psychomotorický vývoj je těžce retardovaný, častým nálezem je epilepsie. Biochemickým znakem je perzistence embryonálního a fetálního hemoglobinu.

Prognóza je špatná, postižení se průměrně dožívají věku 4 měsíců (bez rozdílu pohlaví).

Strukturální aberace

Vznikají na základě přestavby genetického materiálu uvnitř jednoho chromozomu nebo mezi jednotlivými chromozomy. Důsledkem je buď nebalancované chybění nebo přebývání genetického materiálu v rámci jednoho karyotypu, nebo balancovaná strukturální aberace, kdy nedochází ani ke ztrátě, ani k nabytí genetického materiálu. Nebalancované aberace vedou ke vzniku parciálních monozomií nebo trizomií, které se manifestují jako charakteristické syndromy s vrozenými vývojovými vadami a mentální retardací.

Parciální monozomie 5p (Cri-du-chat syndrom, syndrom kočičího křiku)

Etiologicky jde v 80 % případů o *de novo* delecii části krátkého raménka chromozomu 5. Ve zbývajících 20 % jde o nebalancovanou translokaci, u které dochází k přenosu spodní části krátkého raménka chromozomu 5 na jeden z ostatních chromozomů. Incidence je 1 : 50 000. Výskyt je nezávislý na věku matky.

Klinický nález: vysoký, monotónní křik dítěte (kočičí křik) a těžká psychomotorická retardace. Dalšími typickými znaky jsou nízká porodní hmotnost, mikrocefalie, kulatý obličej s hypertelorismem a epikanty, nízko posazené ušní boltce a mikrognatie.

Prognóza je různorodá; někteří se dožívají i dospělého věku, ale retardace je velmi těžká (IQ < 20). Děti se často nenaučí mluvit, v některých případech jde o pacienta s trvalým upoutáním na lůžko.

Parciální monozomie 4p (Wolfův-Hirschhornův syndrom)

Etiologicky jde v 90 % případů o *de novo* delecii části krátkého raménka chromozomu 4. V 10 % dochází k přenosu translokace nebo mozaiky od jednoho z rodičů. Incidence není známa.

Klinický nález: ve 40 % jsou děti přenášeny, ale často se rodí s nízkou porodní hmotností (intrauterinní růstová retardace plodu, IUGR). Charakteristickými dysmorfickými znaky jsou dolichocefalická mozkovna s vysokým čelem, hypertelorismus, anomálie kožních řas víček, antimongoloidní postavení očních štěrbin, široký kořen a hřbet nosu, pokleslé ústní koutky, dysplastické ušní boltce, mikroretrognatie, časté jsou i rozštěpové vady patra, dále kolobom a strabismus.

Z vrozených orgánových vad jsou nejčastější vady srdeční a ledvinné, u chlapců hypospadie. Na skeletu imprese v oblasti loktů a kolen, typické jsou dlouhé, štíhlé, špičaté prsty. Zjevná psychomotorická retardace.

Prognóza zatím není známa, průměrná délka života je kratší.

Gonozomální aberace

Tvoří přibližně 50 % chromozomálních aberací, u kterých se vyskytuje porucha diferenciace gonád.

Ullrichův-Turnerův syndrom (45, X0)

Dysgeneze gonád s hypergonadotropním hypogonadismem, který je způsoben gonozomální monozomií, jež se u fenotypicky ženského pohlaví vyznačuje charakteristickým dysmorfismem, poruchou růstu a vrozenými orgánovými vadami.

Incidence je 1 : 2500. V 50 % případů je absence druhého X chromozomu způsobena meiotickou nondisjunkcí. Možná je také mozaika nebo strukturální změny chromozomů. Věk matky nemá vliv na výskyt vady.

Klinický nález: růstová retardace (bez terapie je průměrná výška kolem 144 cm), pterygium colli, štítovitý hrudník, prsní bradavky daleko od sebe, nízká vlasová hranice na šíji, cubiti valgii, zkrácení 4. metakarpů, lymfedémy nártů a hřbetů rukou. Typickou komplikací je těžká osteoporóza.

Zevní genitál je ženský, infantilní, místo ovaríí jsou jen fibrotické pruhy. Důsledkem je primární amenorea. Z orgánových anomálií je především postižení velkých cév (aneuryzma a koarktace aorty, stenóza plicnice). Z vad uropoetického traktu je nejvíce popisován ren arcuatus. Turner popsal první případ tohoto syndromu u dívky, která měla i mentální deficit – od té doby se to stalo součástí popisu tohoto syndromu. Dnes se však asociace mentálního deficitu s tímto syndromem nepotvrzuje.

Léčba růstovým hormonem urychluje růst a vede ve velkém počtu případů k dosažení výšky nad 150 cm. Substituční léčba estrogyeny je indikována, diskutuje se otázka ideálního věku k jejímu zahájení. Žádoucí je psychosociální podpora pacientek.

Variantou tohoto syndromu je syndrom Noonanové (jde skutečně o ženské jméno, i když je téměř všude v naší literatuře popisován jako Noonanův syndrom – výjimkou je práce Kukly a kol., 1987), kdy je stigmatizace podobná jako u výše uváděného syndromu, s genotypem mužským i ženským, s normálním mužským nebo ženským karyotypem; funkce gonád je variabilní.

Klinefelterův syndrom (47, XXY)

Numerická gonozomální aberace s genotypem XXY, která je charakterizována primárním hypogonadismem s eunuchoidním habitem, atrofií varlat, gynekomastií, mentální retardací a emoční labilitou.

Incidence je 1 : 1000 živě narozených chlapců, pravděpodobnost se zvyšuje s věkem rodičů. Patogenetickým mechanismem je nondisjunkce chromozomů při meióze. V posledních letech je popisován také častý výskyt mozaik.

Klinický nález: zpočátku nález chudý, na diagnózu se většinou začne pomýšlet až kolem puberty. Nejdříve je zjevná mentální retardace a psychické poruchy ve smyslu úzkostlivosti, stydlivosti, nezralosti i agresivity. Eunuchoidní habitus s vysokým vzrůstem, především zásluhou dlouhých dolních končetin. Varlata hypoplastická, penis malý, nástup puberty opožděný, častá (až 80 %) gynekomastie u dospělých mužů. V laboratorním nálezu azoospermie, infertilita, hypoplazie Leydigových buněk. Porucha růstu vousů.

Léčba substituční testosteronem po 12. roce života.

Syndrom fragilního X-chromozomu

Je jedním z nejčastějších geneticky podmíněných syndromů a příčin mentální retardace vzniklé na podkladě fragility chromozomu X (též Martinův-Bellův syndrom).

Incidence 1 : 1500 živě narozených chlapců a 1 : 5000 živě narozených dívek. Tento syndrom je zodpovědný za 7 % případů těžkého a 4 % lehkého intelektového defektu.

Příčinou fragility X chromozomu je několikanásobné zmožení CGG sekvence v FMR1 genu. Při přenosu z generace na generaci se zvyšuje počet trinukleotidových repetitivních sekvencí, což vede k manifestaci onemocnění již v mladším věku.

Klinický nález: nejdůležitějšími fenotypickými projevy jsou velké ušní boltce, protláhlý obličej, u chlapců zvětšená varlata (makroorchidismus), hyperaktivita a střední až těžká mentální retardace s průměrným IQ 50. Popisována je častá agresivita u mužů s tímto syndromem, což způsobuje nutnost forenzních úkonů.

DOPORUČENÍ: *Vzhledem k vysokému výskytu a možnosti molekulárně genetické diagnostiky by u každé nejasné mentální retardace měl být vyloučen diferenciativně diagnosticky syndrom fragilního Xchromozomu.*

Syndrom XYY

Incidence 1 : 1000 živě narozených dětí mužského pohlaví. Charakteristický je vysoký vzrůst a psychiatrické symptomy. Pacienti mají sklon ke kriminálnímu chování, které je v dobrém sociálním prostředí méně patrné, ale v nevhodných podmínkách se naopak zvyrazňuje. Dalšími osobnostními rysy jsou pasivita, nestálost, snížená frustrační tolerance, snadná ovlivnitelnost, psychická labilita. Agresivita většinou zvýšena nebývá, IQ je na dolní hranici normy. V endokrinologickém vyšetření odchylky nenacházíme, hladiny testosteronu normální, fenotyp nenápadný, muži jsou fertillní.

Syndrom XXX

Incidence 1 : 1000 živě narozených dětí ženského pohlaví. Fenotyp nenápadný, ženy jsou fertillní, průběh puberty normální. Někdy bývá patrná porucha intelektového vývoje. Pacientky jsou klidné, pasivní, snadno se vychovávají. Časté jsou poruchy vývoje řeči a opoždění emocionálního vyžívání.

CHROMOZOMÁLNÍ MIKRODELEČNÍ SYNDROMY

Jde o onemocnění způsobená ztrátou velmi malých fragmentů chromozomálního materiálu (**tab. 3.1**). Je-li delecí postiženo více genů ležících v těsné blízkosti, mluvíme o „contiguous gene syndrome“ neboli „syndromu sousedících genů“.

Frekvence výskytu je 1 : 10 000 až 2 : 50 000. Nejčastější příčinou mikrodelecí je meiotická nehomologní rekombinace mezi tzv. repetitivními sekvencemi, které obklopují delecí oblast. U některých syndromů (např. Angelmanova) je za symptomy zodpovědný pouze jeden gen ležící v oblasti delecce, u jiných je to komplikovanější (včetně genomického imprintingu).

Výskyt mikrodelecí syndromů je spíše sporadický, riziko přenosu na další generaci je tedy nízké. V případě zděděných imprintingových mutací je riziko přenosu 50 %.

Tab. 3.1 Mikrodeleční syndromy (zdroj: Rost, 2000)

Syndrom	Lokalizace na chromozomu	Klinická symptomatologie
Williamsův-Beurenův	7q11.23	supraaortální stenóza aorty, hyperkalcemie, dysmorfismus, poruchy chování
Praderové-Williho	15q11.2 (pat)	svalová hypotonie, zpočátku neprospívání, později obezita, psychomotorická retardace, malý vzrůst
Angelmanův	15q11.2 (mat)	těžká psychomotorická retardace, porucha vývoje řeči, záchvaty smíchu, epilepsie, ataxie
Millerův-Dierkerův	17p13.3	lisencefalie, ageneze corpus callosum, těžká psychomotorická retardace, epilepsie, dysmorfismus
Smithův-Magensiův	17p11.2	psychomotorická retardace, porucha vývoje řeči, periferní neuropatie, poruchy chování, diskretní dysmorfismus
mikrodelece 22q („CATCH 22“)	22q11.2	hypoplazie thymu, rozštěp patra, hypokalcemie, dysmorfismus, srdeční vada
DiGeorgeův		vrozená srdeční vada, hypoplazie thymu, hypokalcemie, psychomotorická retardace, dysmorfismus
Sphrintzenův		vrozená srdeční vada, rozštěp patra, hypoplazie thymu, velofaryngeální insuficience, poruchy chování, hypokalcemie, psychózy, dysmorfismus

POZOR: Praderové-Williho syndrom vzniká delecí paternálního genetického materiálu chromozomálního úseku 15q11-13, Angelmanův syndrom delecí maternálního genetického materiálu chromozomálního úseku 15q11-13. Bez klinického podezření vedoucího k indikaci FISH vyšetření nejsou chromozomální mikrodeleční syndromy zpravidla diagnostikovatelné.

EMBRYOFETOPATIE ZPŮSOBENÉ EXOGENNÍMI NOXAMI

Definice

- **gametopatie** – prekoncepční poškození zárodečných buněk
- **blastopatie** – poškození v období blastogeneze, tj. 1. až 14. den po koncepci (po oplodnění)
- **embryopatie** – poškození v období organogeneze, tj. mezi 15. dnem a 12. týdnem po koncepci
- **fetopatie** – poškození mezi začátkem 13. gestačního týdne a narozením

Alkoholová embryopatie

Odhadovaná incidence je 1 : 250 u mírných forem a 1 : 1000 u těžkých forem. Důležitou roli hraje socioekonomická situace rodiny. Skutečný výskyt dětí s lehkou formou je určitě mnohem vyšší, protože alkoholismus matek bývá dosti často zamlčován.

Etanol má cytotoxický a antimitotický účinek. Je však nejasné, zda účinek způsobuje sám etanol, nebo jeho metabolity (např. acetaldehyd). Důležitou úlohu hraje také podvýživa matky a nedostatek vitaminů a stopových prvků. Alkoholová embryopatie se vyvíjí pouze u 30 % alkoholických matek, vztah mezi dávkou a účinkem není dosud zcela jasný. Jako kritická dávka je udáváno 50–60 g čistého alkoholu na den.

Klinický nález: IUGR, mikrocefalie, opoždění psychomotorického vývoje, hyperaktivita, svalová hypotonie.

Dysmorfické znaky: blefarofimóza, epikanty, antimongoloidní postavení očních štěrbin, nízké čelo, krátký hřbet nosu, úzké rty, vymizelé filtrum, hypoplasie mandibuly, gotické patro nebo rozštěp patra, nízká posazená uši aj.

Skeletální anomálie: anomálie palmární rýhy, klinodaktylie, luxace kyčlí, vpáčený hrudník. Vrozené orgánové vady: srdeční vady, anomálie zevního genitálu, hemanjiomy, urogenitální malformace.

Léčba: symptomatická, případně chirurgická korekce rozštěpů patra, hernií, srdečních vad apod. ***U dětí je rozhodující odpovídající psychosociální podpora včetně odpovídajících opatření.***

Hydantoinová embryopatie

Jde o intrauterinní poškození plodu při léčbě hydantoinovými deriváty (např. fenytoin) v průběhu těhotenství. Postižení se projevuje u 6 % exponovaných dětí.

Klinický nález: charakteristické jsou zkrácené distální falangy s hypoplastickými nehty, nízká porodní hmotnost a mikrocefalie. Možná je i psychomotorická retardace.

Abúzus nikotinu

Kouření v těhotenství může vést k IUGR. Riziko abortu a předčasného porodu i perinatální mortalita jsou zvýšené.

Především je zřejmé, že rozhodující význam pro ochranu předškolních dětí před pasivním kouřením má nekuřácké chování matky. Pokud matka nekouří, je většina (více než 80 %) dětí chráněna před touto škodlivou expozicí. Dalším preventivním prostředkem redukcujícím každodenní expozici dětí pasivnímu kouření je docházka do předškolního zařízení. Naopak víkendy představují pro děti riziko ve smyslu nárůstu zejména silné – celodenní a delší než pětihodinové – expozice (Kukla a kol., 2006, a další studie).

Respirační symptomatologie a morbidita byly vysoce signifikantně zvýšeny v 6 a 18 měsících života dětí, jejichž matky kouřily. Ve věku 5 let souvisí kuřácké prostředí domovů pouze s častějším výskytem astmatické symptomatologie (sípavý dech, zástavy dechu) a s častější alergií na domácí prach a pyly s projevy dušnosti a sípání (Kukla a kol., 2008a). Negativní vliv kouření v těhotenství se odrazil také v dalších známkách vývoje dítěte.

Průměrná délka gestačního věku byla obdobná u kouřících žen i nekuřáček, avšak průměrná hmotnost novorozenců narozených ženám, které kouřily i v průběhu těhotenství, byla v průměru o 107 g nižší v porovnání s novorozenci nekuřáček. Signifikantní rozdíly byly nalezeny také v průměrné tělesné délce a obvodu hlavičky, vždy v neprospěch dětí kouřících žen (Kukla a kol., 1999).

Za děti se zvýšeným rizikem poruch chování by měly být pokládány děti s prenatální růstovou retardací, především pak ty, jejichž matky během těhotenství kouřily. Lze předpokládat, že včasné upřesnění diagnózy a usměrňování výchovných postupů specialisty sníží výskyt poruch chování na případy, u nichž jsou příčinou organické

poruchy. Zdá se, že v krátké době bude nikotin široce akceptován odbornou veřejností jako humánní teratogen. Možné kauzální vztahy mezi prenatální expozicí nikotinu a pozdějšími poruchami chování jsou dalším důvodem pro zvýšenou primárně preventivní aktivitu gynekologů zaměřenou na nekouření těhotných žen (Kukla a kol., 2008b, c).

3.1.2 Vrozené vývojové vady

Definice

Vrozené vývojové vady (VVV) jsou odchylky od normálního prenatálního vývoje lidského jedince. Jde o takové odchylky, které překračují míru variability běžnou v populaci a které jsou – alespoň do určité míry – pro svého nositele patologické. Vrozená vada může narušovat jak normální strukturu tkání a orgánů, tak jejich funkci. Vzniká na základě abnormálního ontogenetického vývoje, zapříčiněného genetickými faktory, faktory vnějšího prostředí či oběma skupinami faktorů.

Klinická závažnost vrozených vad je různá od nevýznamných, třeba jen kosmetických odchylek po vady letální, které způsobí smrt svého nositele ještě *in utero* nebo krátce po narození.

Podle **mechanismu vzniku** lze vrozené vady rozdělit následovně:

- **malformace** – jsou způsobeny abnormálním vývojem orgánu/tkáně, přičemž tento vývoj byl abnormální od samého začátku
- **disrupce** – jsou způsobeny patologickým procesem, který naruší vývoj orgánu/ tkáně, přičemž tento vývoj byl původně normální
- **deformace** – jsou způsobeny zásahem abnormální síly (fyzikálního charakteru), která poškodí doposud zdravý orgán/zdravou tkáň
- **dysplazie** – jsou způsobeny abnormálním uspořádáním buněk formujících příslušný orgán/příslušnou tkáň

Pečlivým klinicko-genetickým vyšetřením **pacienta** (probanda) musíme zjistit, zda jde o vadu izolovanou, nebo mnohočetnou. Sestavením **rodokmenu** (genealogie) se pokoušíme zjistit, zda jde o vrozenou vývojovou vadu dědičnou, nebo vadu způsobenou nějakou škodlivinou (teratogenem) v těhotenství. Zejména v případě, kdy je v rodině jen jeden postižený, bývá toto odlišení komplikované a vyžaduje řadu pomocných vyšetření.

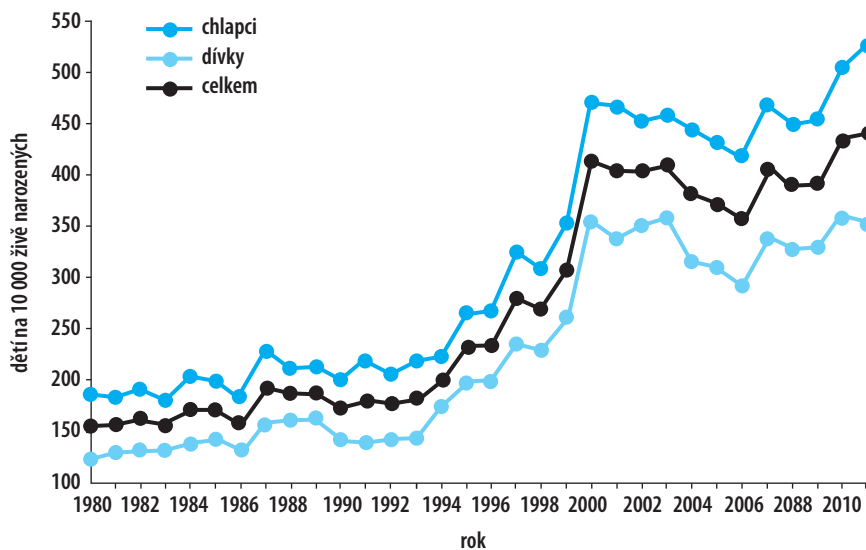
Bez přesné klinické, případně syndromologické diagnózy nelze stanovit přesnou genetickou prognózu pro další členy rodiny. U některých syndromů je příčina syndromu jasná, např. u Downova syndromu (nadpočetný 21. chromozom). U jiných syndromů přesnou příčinu neznáme a řídíme se právě klinikou (zevním vzhledem – např. některé kostní dysplazie). Proto je nutné si uvědomit, že právě vyšetření vzhledu (fenotypu) specialistou má velký význam.

Data pro dále uvedenou **aktuální informaci** vycházejí z Národního registru reprodukčního zdraví a z Národního registru vrozených vad. Bohužel poslední dosud dostupná informace je za rok 2011.

Z celkového počtu 108 673 živě narozených v roce 2011 byla u 4794 dětí diagnostikována vrozená vada do 1 roku věku. Na 10 000 živě narozených dětí tak připadá 441 narozených s vrozenou vadou. Tyto počty zahrnují vady velmi závažné, jež zásadně ovlivňují život těchto dětí i jejich rodin, i vady, které při dobré lékařské péči nemusí mít

na kvalitu života téměř žádný nebo jen minimální vliv. Celkem bylo u těchto 4794 dětí zjištěno 6640 vrozených vad, v průměru tedy připadá 1,4 vady na jedno dítě s vrozenou vadou. Naprostá většina z těchto dětí (78,9 %) měla jednu vrozenou vadu, dvě vady mělo 12,5 % a u zbývajících 8,6 % dětí byly zjištěny tři a více vrozených vad.

S vrozenou vadou se častěji rodí chlapci než dívky (**obr. 3.1, tab. 3.2**). Počet chlapců narozených v roce 2011, u kterých byla do 1 roku věku zjištěna vrozená vada, dosahoval 525,7 na 10 000 živě narozených, zatímco u dívek pouze 351,9 na 10 000 živě narozených.



Obr. 3.1 Vývoj počtu živě narozených dětí s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených podle pohlaví (zdroj: ÚZIS ČR, 2013: Aktuální informace č. 47)

Tento rozdíl je z velké části způsoben četností výskytu vrozených vad pohlavních orgánů. Tyto vady představují 19,5 % všech vrozených vad u chlapců a pouhých 1,3 % všech vad diagnostikovaných dívkám. I kdybychom ale nezapočítávali vrozené vady pohlavních orgánů, byl by počet chlapců narozených s vrozenou vadou na 10 000 narozených vyšší než u dívek.

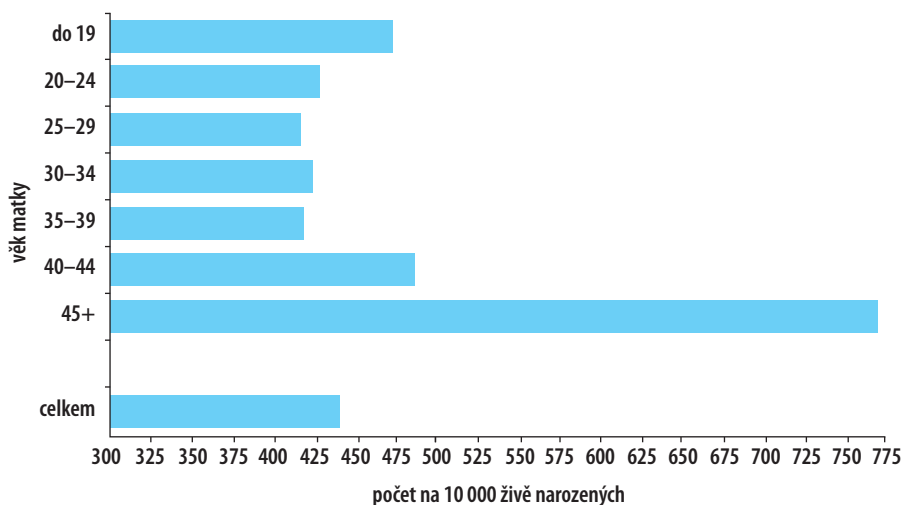
Odborníci se shodují, že spolu se zvyšujícím se věkem matek narůstá riziko výskytu vrozených vad. To potvrzuje také graf na **obr. 3.2**, znázorňující růst výskytu vrozených vad u narozených matkách starších 40 let.

Hodnoty podílu živě narozených s vrozenou vadou k celkovému počtu živě narozených ženám ve věkových skupinách do 19 let a starších 45 let jsou do určité míry zatíženy statistickou chybou v důsledku nízkého počtu narozených.

Nejčastěji se vyskytujícími vrozenými vadami u chlapců i dívek jsou, stejně jako v předchozích letech, vrozené vady srdeční (Q20–Q26 dle MKN-10). Představovaly 38,7 % všech vrozených vad u narozených v roce 2011, 32,6 % u chlapců a 48,1 % u dívek (**obr. 3.3 a 3.4, tab. 3.3**).

Tab. 3.2 Vrozené vady u živě narozených dětí absolutně a v přepočtu na 10 000 živě narozených v roce 2011 (zdroj: Muntau, 2009)

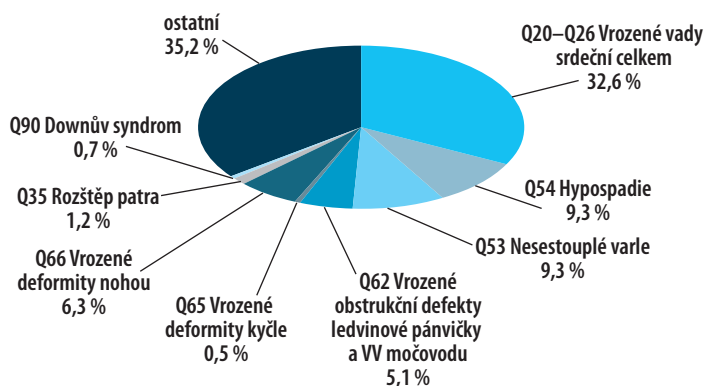
Druh vady	Kód dg. (MKN-10)	Nově hlášené vrozené vady					
		absolutně			na 10 000 živě narozených		
		celkem	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky
vrozené vady srdeční	Q20–Q26	2572	1310	1262	236,7	234,8	238,6
nesestoupilé varle	Q53	373	373	×	34,3	66,9	×
hypospadie	Q54	374	374	×	34,4	67,0	×
vrozené obstrukční defekty ledvinové pánvičky a vrozené vady močového	Q62	297	201	96	27,3	36,0	18,2
vrozené deformity kyčle	Q65	93	21	72	8,6	3,8	13,6
vrozené deformity nohou	Q66	447	250	197	41,1	44,8	37,3
Downův syndrom	Q90	53	28	25	4,9	5,0	4,7
ostatní	–	2431	1459	972	223,7	261,5	183,8
celkem	–	6640	4016	2624	611,0	719,9	496,2
živě narozené s VV	–	4794	2933	1861	441,1	525,7	351,9



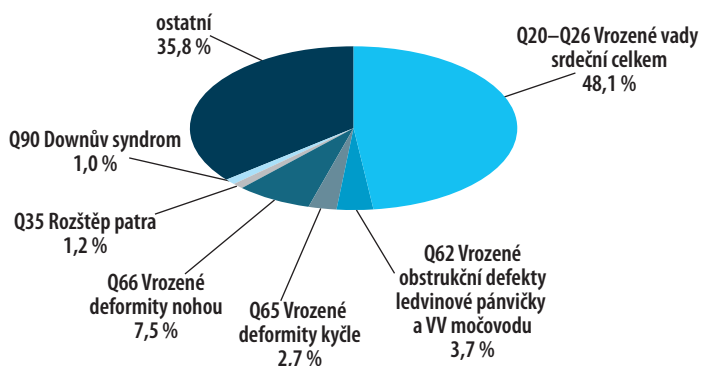
Obr. 3.2 Živě narozené děti v roce 2011 s vrozenou vadou podle věku matky (zdroj: ÚZIS ČR, 2013: Aktuální informace č. 47)

U chlapců se dále často vyskytovaly vrozené vady pohlavních orgánů (Q50–Q56 dle MKN-10), zejména hypospadie (9,3 %) a nesestouplé varle (9,3 %), po nich pak vrozené deformity nohou (6,2 %). U dívek se po nejčastějších vrozených vadách srdce vyskytovaly zejména vrozené deformity nohou (7,5 %) a vrozené obstrukční defekty ledvinové pánvičky a vrozené vady močového (3,7 %). V roce 2011 se narodilo 201 dětí s rozštěpem rtu, patra nebo rtu i patra (3,0 % ze všech vrozených vad) a 53 dětí s Downovým syndromem (0,8 % ze všech vrozených vad).

Díky prenatalní diagnostice byly u celkem 757 těhotných žen odhaleny mnohdy závažné vrozené vady plodu. Polovina z těchto žen (377 případů) následně podstoupila umělé přerušování těhotenství, 24 žen potratilo samovolně a u zbývajících 356 žen těhotenství pokračovalo nebo nebyl další průběh těhotenství znám.



Obr. 3.3 Struktura vrozených vad u živě narozených dětí v roce 2011 – chlapci (zdroj: ÚZIS ČR, 2013)



Obr. 3.4 Struktura vrozených vad u živě narozených dětí v roce 2011 – dívky (zdroj: ÚZIS ČR, 2013)

Tab. 3.3 Relativní četnost vrozených srdečních vad a anomálií cévního systému (zdroj: Muntau, 2009)

Vrozená srdeční vada	Relativní četnost (%)
defekt komorového septa	30
defekt síňového septa	10
stenóza plicnice	7
otevřená tepenná dučej	7
Fallotova tetralogie	7
stenóza aorty	6
koarktace aorty	6
defekt atrioventrikulárního septa	6
transpozice velkých tepen	5
syndrom hypoplastického levého srdce	3
společný arteriální trunkus	3
totální anomální vyústění plicních žil	1
ostatní	9

VROZENÉ SRDEČNÍ VADY

Téměř 1 % živě narozených dětí má vrozenou srdeční vadu nebo anomálii cévního systému. Přibližně třetina těchto pacientů je symptomatická již v kojeneckém věku a vyžaduje terapii.

Etiologie

S vrozenými srdečními vadami jsou často asociovány chromozomální aberace (viz výše), a to především trizomie 21, trizomie 18, trizomie 13, DiGergeův syndrom, Ullrichův-Turnerův syndrom a další. Ke vzniku vrozených srdečních vad a anomálií cévního systému vedou také teratogenní vlivy, např. diabetes mellitus, fenylketonurie, zarděnková embryopatie, alkoholová embryopatie.

Molekulárně genetická vyšetření v posledních letech ukázala, že stejně jako izolované, tak i v rámci syndromů se vyskytující srdeční vady jsou častěji, než se doposud předpokládalo, důsledkem **poruchy jednotlivých genů** (např. hypertrofická kardiomyopatie, supraválvarní stenóza aorty, defekt atrioventrikulárního septa).

Dělení

- **vrozené obstrukce výtokového traktu levé komory:** stenóza aorty (valvární, subvalvární a supraválvarní), koarktace aorty (preduktální a postduktální)
- **vrozené obstrukce výtokového traktu pravé komory:** stenóza plicnice (valvární, subvalvární, supraválvarní a periferní)

- **vrozené srdeční vady s levoprávním zkratem:** defekt komorového septa (perimembranózní, muskulární – s vyrovnanými nebo rozdílnými tlaky), otevřená tepenná (Botallova) dučej, defekt síňového septa (sekundární typ, primární typ, sinus venosus defekt a otevřené foramen ovale), defekt atrioventrikulárního septa
- **vrozené srdeční vady s pravolevým zkratem:** Fallotova tetralogie, transpozice velkých tepen
- **vzácné cyanotické srdeční vady:** syndrom hypoplastického levého srdce, pulmonální atrézie s intaktním komorovým septem, trikuspidální atrézie, truncus arteriosus communis, morbus Ebstein, totální anomální návrat plicních žil v různých variantách

Tento výčet jasně dokazuje, že možností VVV srdce a cév je mnoho a jejich závažnost je pochopitelně nejrůznější od mírných forem po ty, které jsou neslučitelné se životem. Proto řada z nich končí již před porodem – spontánním či indukovaným abortem při odpovídající prenatální diagnostice.

Několik doporučení pro praxi

- *Stenóza aorty je jednou z mála vrozených srdečních vad, u kterých je zapotřebí důsledně varovat před zvýšenou fyzickou zátěží.*
- *Tlakové přetížení levé komory při aortální stenóze způsobuje hypertrofii levé komory. V těžkých případech může vést k infarktu myokardu či k náhlému úmrtí.*
- *Kontrola přítomnosti pulzů na dolních končetinách při preventivních prohlídkách novorozenců a kojenců je nezbytná.*
- *Čím větší je defekt komorového septa, tím je poslechový nález diskrétnější – tedy „mnoho křiku pro nic“ u malých defektů komorového septa.*
- *U menších defektů komorového septa dochází ke spontánnímu uzávěru ve 42 % případů v průběhu prvního roku života, v 75 % případů do 9 let věku.*
- *Při fixované plicní hypertenzi je uzávěr defektu komorového septa kontraindikován, neboť ztráta „ventilu“ pro pravou komoru by způsobila fatální pravostranné srdeční selhání.*
- *Nenápadný poslechový kardiální nález 1. den po porodu nevylučuje vrozenou srdeční vadu.*
- *U defektu atrioventrikulárního septa je typická přetočená srdeční osa.*
- *U Fallotovy tetralogie jsou pozitivně inotropní léky kontraindikovány.*
- *Pozitivní vlna T je ve svodu VI v prvním týdnu života vždy patologickým znakem.*
- *Infradiafragmatický totální anomální návrat plicních žil je v současnosti jedinou skutečně akutní situací v dětské kardiologii a vyžaduje okamžitou operaci.*

VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY LEDVIN

Jde o relativně časté VVV, které se mohou vyskytovat ve formě hypoplazie, dysplazie nebo cystického onemocnění ledvin.

- **Ageneze ledviny** – chyba založení vývoje ledvin a močovodů. Bilaterální ageneze se vyskytuje s četností 1 : 4000, ale není postnatálně sluchitelná se životem. Jednostranná ageneze se vyskytuje u 1 z 1000 živě narozených. Onemocní častěji chlapci, většinou jde o náhodnou diagnózu a většinou je ageneze levé ledviny, přičemž pravá ledvina je kompenzatorně hypertrofovaná. Klinické symptomy většinou nejsou.

S touto jednostrannou agenezí mohou být asociovány VVV urogenitálního traktu (40 %), skeletu (30 %), srdce (15 %), gastrointestinálního traktu (15 %), CNS (10 %), plic (10 %) apod.

- **Hypoplazie ledvin** – redukce parenchymu pod 50 % normy.
- **Anomálie polohy a fúze ledvinného parenchymu:**
 - zdvojená ledvina (ren duplex et ureter duplex).
 - podkovovitá ledvina (ren arcuatus) – spojení parenchymů obou ledvin dolními póly.
 - pánevní ektopie ledviny – ledvina je většinou umístěna v malé pánvi, v oblasti arteria iliaca communis. U žen ve fertlím věku může působit jako porodní překážka.
- **Cystické onemocnění ledvin:**
 - cystické ledviny – s ohledem na genetickou podstatu onemocnění rozlišujeme dvě formy:
 - autozomálně recesivní polycystické onemocnění ledvin (ARPKD – dříve Potter I).
 - autozomálně dominantní polycystické onemocnění ledvin (ADPKD – dříve Potter III) – nejčastější cystické onemocnění ledvin.

Četnost první je 1 : 20 000, druhé 1 : 1000, takže jde o nejčastější monogenní hereditární nefropatii. U ARPKD jsou rozšířeny prakticky pouze sběrné kanálky ledvin, u ADPKD dochází k tvorbě cyst ve všech částech nefronu. Kromě toho jsou obě formy spojeny s postižením jater.

- multicystická dysplazie ledvin – časná embryonální porucha vývoje ledvin, zpravidla nemá hereditární složku. Jednostranná multicystická dysplazie ledviny patří svojí četností (1 : 4500) k nejčastějším VVV ledvin. Chlapci jsou postiženi o něco častěji než dívky. Často je toto onemocnění asociováno s VVV jiných orgánů, např. s vrozenými vadami srdce.

Závěrem této kapitoly je zapotřebí zmínit ještě (v současné době moderní) pojem **epigenetika**. Epigenetika (od *επί* – mimo genetiku) je v moderním slova smyslu vědní podobor genetiky, jenž studuje změny v genové expresi (a tedy obvykle i v fenotypu), které nejsou způsobeny změnou nukleotidové sekvence DNA (Oxford Dictionary, 2006). Také epigenetické jevy mohou být děděny z buňky na buňku a z generace na generaci, tedy jak při mitóze, tak při meióze. Genom včetně epigenetických změn se označuje jako **epigenom** (Rédei, 2008).

3.1.3 Péče o těhotnou ženu a rodičku včetně prenatalní diagnostiky

V České republice je zavedena **třístupňová prenatalní péče**. Většina žen je v průběhu těhotenství sledována v prenatalních poradnách (1. stupeň). U žen, u kterých se objevilo nějaké riziko, je k dispozici poradna ve větších nemocnicích (2. stupeň). Pro závažná rizika a patologie jsou určeny poradny pro riziková a patologická těhotenství, které jsou zřizovány v perinatologických centrech (3. stupeň).

Těhotná žena je sledována v prenatalních poradnách od okamžiku, kdy sama získá pocit, že je těhotná. Pro návštěvy těhotných v poradně byly vypracovány následující intervaly návštěv: do 23. týdne každé čtyři týdny; od 24. do 32. týdne každé tři týdny; od 33. do 36. týdne každé dva týdny; od 37. do 40. týdne každý týden. Pochopitelně

návštěvy jsou individuální podle potřeby lékaře i těhotné ženy. Každá návštěva v prenatalní poradně začíná **rozhovorem** (anamnézou), který je zaměřen jednak na zjištění momentálních pocitů a stesků těhotné ženy, jednak na osobní a rodinnou anamnézu. Tato anamnéza se případně může doplňovat při dalších návštěvách, pokud jde o další informace, které mohly být při předcházejících návštěvách opomenuty a mohly by znamenat určité riziko pro další průběh těhotenství. Bývají pak zaznamenávány do lékařské dokumentace a do průkazky pro těhotné.

Obvykle následuje **zvážení** těhotné ženy a určení její počáteční váhy. Při dalších návštěvách se sleduje hmotnostní přírůstek (případně ubývání na váze), dále se změří **krevní tlak**, vyšetří se **moč** testacím papírkem se zaměřením na přítomnost cukru, bílkovin a dalších látek. Žena je odeslána na **stomatologické vyšetření**. Důležitá je **konzultace s praktickým lékařem**.

Jak jsme již zmínili, kompletní vyšetřování v prenatalní poradně by mělo být dokončeno do 12. týdne těhotenství. Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelných vyšetření také změření **pánevních rozměrů** těhotné a **vystavení těhotenské průkazky**.

Následují **gynekologická vyšetření**. Vyšetřuje se zevně přes břicho i vnitřně pochvou. Při zevním porodnickém vyšetření se lékař zaměřuje na velikost a tvar dělohy. Hodnotí se její napětí a případná přítomnost děložních stahů. V pozdějších fázích těhotenství lze určit také polohu plodu. Někdy bývá měřena vzdálenost od horního okraje dělohy k hornímu okraji kosti stydké. Při vnitřním porodnickém vyšetření (vaginálním) se sleduje především to, zda žena nekrvácí, zda není přítomen výtok, případně zda neodtéká plodová voda. Dále se hodnotí uložení ke kostěné části pánve.

Souhrn těchto pěti údajů se nazývá **cervikální skóre** (cervix score). Jako výsledek je uváděna hodnota od 0 do 10: čím vyšší číslo, tím více je hrdlo děložní zralé, připravené k porodu. Hraniční hodnoty cervix score se v průběhu těhotenství postupně zvyšují, takže to, co může ve druhém trimestru znamenat riziko předčasného porodu, ve třetím trimestru představuje fyziologický nález. Vyšetření s použitím gynekologických zrcadel se obvykle provádí při první kontrole, později jen v situacích, které to vyžadují (např. krvácení).

Zhruba od 24. týdne těhotenství lze přes břicho těhotné ženy stetoskopem poslouchat **srdeční ozvy**. Ozvy slyší pouze lékař nebo porodní asistentka. Pro sledování ozev je však možnost použít přístroj „depton“, kardiokograf nebo UZ. Kromě základního celkového vyšetření je součástí sledování hodnocení stavu **dolních končetin**, přičemž pozornost je upřena na přítomnost otoků a varixů.

Podle nejnovějších doporučení se v 11. až 13. týdnu těhotenství u každé ženy provádějí **první těhotenské náběry**, v rámci nichž jsou provedena následující vyšetření. Vyšetření krve je zaměřeno na určení krevních skupin včetně vyšetření Rh faktoru a protilátek proti červeným krvinkám, krevní obraz a titr protilátek pro případnou diagnostiku syfilis, HIV infekce a hepatitidy typu B a C. Vyšetření moči je zaměřeno na případnou přítomnost cukru, bílkoviny, erytrocytů a leukocytů a významné bakteriurie.

V tomto období má tzv. **kombinovaný ultrazvukový a biochemický screening** (tj. takový, kde probíhá současně ultrazvukový a biochemický screening) vytipovat malou skupinu těhotných žen, jejichž plod by mohl být ohrožen některými typy chromozomálních vad. Tam, kde neproběhne kombinovaný screening v 16. týdnu, se provádí odběr krve na biochemický screening vrozených vývojových vad, tzv. triple test, který odráží celkové riziko těhotenství. Invazivní vyšetření je doporučováno, je-li screening

pozitivní, tj. při rizicích vyšších než 1 : 350. V 15. až 18. týdnu je znám výsledek – při nejasném či pozitivním výsledku se předává žena do péče genetika. Mezi 18. a 22. týdnem se provádí **první ultrazvukový screening** (viz přehled ultrazvukových vyšetření níže). Ve 24. až 28. týdnu se vyšetřuje případná přítomnost těhotenské cukrovky, kterou může odhalit **orální glukózový toleranční test**. Ve 28. týdnu těhotenství jsou tzv. **druhé těhotenské náběry**, v rámci kterých jsou vyšetřeny následující markery: u žen skupiny 0 minus je znovu vyšetřena krev na přítomnost protilátek proti červeným krvinkám; opět se kontroluje krevní obraz včetně trombocytů; sleduje se znovu titer protilátek zaměřený na syfilis. Ve 30. až 32. týdnu je prováděno další ultrazvukové vyšetření: **druhý ultrazvukový screening** (viz níže). Ve 36. až 38. týdnu se odebírá **stěr z pochvy** s cílem případně zachytit kmen *Streptococcus agalactiae*, který může vyvolat nebezpečnou infekci plodu. Od 36. týdne se návštěvy v prenatalní poradně doporučují každý týden s tím, že se natáčí **kardiotokografický záznam**.

Přehled ultrazvukových vyšetření v těhotenství

V 6., 13., 20. a 32. týdnu gravidity patří UZ vyšetření do rámce standardní péče o těhotné. Při zjištění odchylek má být těhotná odeslána ke konziliárnímu ultrazvukovému vyšetření a případně i ke genetické konzultaci. Při těchto vyšetřeních lze vyslovit podezření na celou řadu vývojových vad s tím, že potvrzení diagnózy se provádí cíleným ultrazvukovým vyšetřením.

- **První UZ vyšetření** slouží k diagnostice těhotenství při vynechání měsíčků – od 5. týdne. Životnost zárodku lze zjistit od 6. týdne – pulz srdce plodu, určení počtu plodů, životnost plodu.
- **Druhé UZ vyšetření** by měla žena absolvovat mezi 12. a 14. týdnem těhotenství (záchyťový ultrazvuk). Ověřuje se počet plodů, stáří plodu, podle velikosti úprava termínu porodu.

Ve 13. až 14. týdnu gravidity se provádí UZ měření nuchální řasy (nuchální translucence). Pomocí UZ se hodnotí tloušťka anechogenní zóny v nuchální oblasti plodu mezi kůží a pojivem, které pokrývá krční páteř. Při ztluštění > 3 mm je zvýšené riziko chromozomální aberace, je tedy indikována prenatalní diagnostika karyotypu plodu (amniocentéza).

- **Třetí UZ vyšetření** se provádí v 18. až 22. týdnu (první screeningový ultrazvuk). Ověřuje se množství plodové vody, uložení placenty, počet plodů. Měří se rozměry hlavičky, bříška a stehenní kosti, podle kterých se určuje velikost plodu (biometrie plodu). Pro toto vyšetření, které rozhoduje o přítomnosti či nepřítomnosti vývojové vady, je potřebný vysoce kvalitní ultrazvukový přístroj, dostatek času a klidná atmosféra.
- **Čtvrté UZ vyšetření** se provede všem ženám ve 30. až 32. týdnu těhotenství (druhý ultrazvukový screening). Je zaměřeno na velikost a růst plodu, množství plodové vody, placentu praeviu, lze zachytit některé nové vývojové vady. Provádí se vyšetření „dopplerem“, při kterém je slyšet tok krve cévami plodu nebo pupečníku, případně jsou barevně zobrazeny na obrazovce.

Kardiotokografie

Kardiotokografie je metoda, která umožňuje sledovat srdeční ozvy plodu a zároveň i to, zda jsou přítomny děložní stahy (kontrakce). Vyšetření se provádí od 36. týdne těhotenství v týdenních intervalech.

Prenatální screening – genetické poradenství – indikace

- genetické onemocnění u jednoho z rodičů
- genetické onemocnění v rodině u jednoho z rodičů
- genetické onemocnění u dítěte zdravých rodičů
- vyšší věk jednoho nebo obou rodičů (matka nad 35 let, otec nad 45 let)
- sklon k habituálním potratům bez gynekologického důvodu
- konsangvinita
- možné vystavení exogenním noxám v těhotenství
- infekce v časně graviditě

Tam, kde je to nezbytně nutné, musíme přistoupit k invazivní prenatální diagnostice. Hlavním účelem invazivních vyšetření je získat vzorek tkáně plodu pro vyšetření karyotypu či pro molekulárně genetické vyšetření s cílem vyloučit u plodu chromozomální aberace nebo geneticky podmíněné choroby.

- **Amniocentéza (AMC)** představuje odběr vzorku plodové vody jehlou přes stěnu břišní pod kontrolou ultrazvukem. Obvykle se provádí mezi 16. a 18. týdnem gravidity. Z buněk plodové vody lze vyšetřit karyotyp plodu po 10–20 dní trvající kultivaci, biochemické vyšetření plodové vody je zaměřeno především na hodnocení hladiny AFP. Riziko potratu po výkonu je menší než 1 %.
- **Odběr choriových klků (Chorionic Villus Sampling – CVS)** se provádí dříve než amniocentéza, a to zhruba mezi 10. a 13. gestačním týdnem. Odběr choriové tkáně se provádí speciální jehlou pod ultrazvukovou kontrolou, nejčastěji transabdominálně. Výhodou odběru choriových klků oproti amniocentéze je možnost časnější diagnostiky. Riziko 1–5 %.
- **Kordocentéza (CC)** neboli punkce pupečnicku je další invazivní metoda; vyšetření lze provádět až relativně později, obecně od 18. gestačního týdne. Punkce pupečnicku a odběr fetální krve z pupečnickové vény se provádí speciální jehlou pod ultrazvukovou kontrolou. Získané krevní elementy (lymfocyty plodu) lze opět užít k vyšetření karyotypu plodu či pro molekulárně genetické vyšetření.
- **Fetoskopie** spočívá v zavedení optického systému (fetoskopu) do amniotické dutiny z malého řezu v břišní stěně. Umožňuje vizualizaci plodu a odběr vzorku tkáně (kůže, svaly, játra) pro další vyšetření (podezření na dědičné choroby či vady, pokud není možná DNA diagnostika). Provádí se nejčastěji v 18. až 20. týdnu, riziko výkonu 3–10 %. Právě z důvodu vysokého rizika se dnes již jako čistě diagnostická metoda prakticky nepoužívá.

Vyšetření

Dle materiálu jsou většinou dostupná následující vyšetření:

- **Plodová voda** – stanovení hladiny inzulinu (diabetes mellitus), alfa-fetoproteinu (dysrafie), lecitinu (plicní zralost), bilirubinu (hemolýza), metabolitů látkové přeměny (vrozené metabolické vady)
- **Buňky amnia** – molekulárně genetické vyšetření, cytogenetické vyšetření, měření enzymatických aktivit
- **Fetální krev** – stanovení hladiny hemoglobinu a bilirubinu, titry protilátek

V poslední době se doporučuje ženám, aby si vypracovaly podle svých představ a po konzultaci s lékařem tzv. porodní plán, který předloží při přijetí do porodnice.

3.1.4 Faktory ohrožující život plodu

Existuje mnoho vlivů zevního prostředí, které mohou způsobit poškození nebo dokonce úmrtí zárodku v děloze. Těhotná žena by se tedy měla vyhnout všem známým rizikovým faktorům.

Kouření

Kouření je velmi rozšířené. Počet kuřáků neustále roste. Je i jedním z faktorů zhoršujících plodnost mužů – snižuje počet spermií v ejakulátu. Cigaretový kouř obsahuje chemické látky, které poškozují lidské zdraví. Pokud žena kouří, měla by přestat okamžitě, jakmile zjistí, že je těhotná. Pasivní kouření je pro plod stejně nebezpečné jako kouření aktivní, proto by se měli přizpůsobit i ostatní členové domácnosti. Kouření snižuje přívod kyslíku také vyvíjejícímu se plodu. V prvních týdnech těhotenství výrazně zvyšuje riziko samovolného potratu. Později může způsobovat zpomalení nitroděložního růstu a bránit rozvoji nenarozeného dítěte. Může dojít k nitroděložnímu úmrtí plodu a syndromu náhlého úmrtí.

Alkohol

Alkohol je látka, která může poškodit vajíčko a spermii už před početím. I když neexistuje jednoznačný důkaz, že by občasné požití malého množství alkoholu v časně fázi těhotenství mělo prokazatelně škodlivý účinek na vyvíjející se zárodek, je nejlépe se alkoholu v době těhotenství zcela vyhnout.

Stejně jako u kouření platí, že nejškodlivější je alkohol v prvních týdnech těhotenství. Pokud těhotná žena konzumuje alkohol ve větším množství a pravidelně, vzrůstá riziko samovolného potratu, předčasného porodu nebo vzniku komplikací spojených s porodem. Bylo prokázáno, že alkohol může způsobit narušení mimoděložního vývoje, které se u něj v nejzávažnější podobě projevuje tzv. fetálním alkoholovým syndromem (nejrůznější vývojové vady, mentální retardace – viz výše). Dalšími komplikacemi u dětí mohou být nízká porodní hmotnost, riziko náhlého úmrtí novorozence, porucha učení a chování, sociální problémy a snížená schopnost správně se rozhodnout.

Drogy

Počet experimentátorů s drogou neustále stoupá a s tím i výskyt drogově závislých žen. Mezi nejrozšířenější drogy patří opioidy, léky proti bolesti, barbituráty, léky proti nespavosti, hašiš, kokain, amfetamin, pervitin a různé směsi. Těhotenství drogově závislé ženy bývá obvykle neplánované. Tyto ženy většinou nemenstruují, proto se mylně domnívají, že nemohou otěhotnět. Vzhledem k tomu, že velká část z nich své těhotenství zjistí pozdě, často v době, když se jí zvětšuje břicho nebo cítí pohyby, nelze již užít UPT. Toxikomanie v těhotenství je spojena s rizikem předčasného porodu, poruchami placenty a neprospíváním plodu v děloze. Často se rodí děti s nízkou porodní hmotností. U některých novorozenců dětí drogově závislých matek se objevuje abstinční syndrom. Plod je v děloze vystaven stejnému účinku drogy jako matka a po porodu se objeví její nedostatek. Tyto děti lehce onemocní, je u nich větší pravděpodobnost náhlého úmrtí i výskytu vývojových vad. Nitrožilní aplikace drog zvyšuje riziko onemocnění matky hepatitidou typu B a C a infekcí HIV (způsobující AIDS), což má dopad na vyvíjející se plod.

Léky

Užívání léků těhotnými ženami je běžné; v průměru každá z nich užívá v těhotenství 4–10 druhů léků, a to i bez lékařského předpisu. Užívání některých z nich může být spojeno s rizikem pro matku i pro plod (tab. 3.4), proto by těhotná žena měla pečlivě zvážit všechna pro i proti a poradit se s lékařem. Mezi nejzávažnější účinky léčiv patří poškození vyvíjejícího se plodu v děloze, vyvolání samovolného potratu, zvýšení dráždivosti dělohy vedoucí k předčasným děložním stahům, předčasnému zpomalení růstu plodu nebo vzniku vývojové vady.

Tab. 3.4 Přehled léků, které mohou vyvolat poškození plodu (zdroj: Mach a kol., 2014)

Lék, noxa	Následek, účinek, poškození
tyreoidální hormony	hypotyreóza, struma
chinidin	škála následků včetně hluchoty
aminoglykosidová antibiotika	otoxicita s postižením VIII. hl. nervu
cytostatika	škála vývojových vad
androgeny	maskulinizace
tetracykliny	zabarvení zubů, ukládání do kostí
talidomid	končetiny, uši
fentyoin	kraniofaciální defekty, závěsný aparát, srdce, skelet, motorické a mentální poškození
hypervitaminóza A	CNS, uši, srdce, patro
kuraminová antikoagulancia	nos, skelet, CNS
alkohol	tvář, mikrocefalie, mentální retardace
metathion, parametathion	tvář, srdce, urogenitální, mentální a řečové poruchy
lithium	Ebsteinova srdeční anomálie
dietylstilbestrol	transplacentární karcinogeneze, poškození pohlavních žláz u mužů
penicilin	hyperplazie kůže
primidon (antikonvulzivum)	mikrocefalie, srdeční, faciální a mentální poškození
ACE inhibitory	lebka, ledviny
kyselina valproová	tvář, končetiny, rozštěp páteře, hypospadie
retinoidy	kraniofaciální defekty, srdce, CNS, mentální retardace
kokain	kardiovaskulární poruchy, CNS, neurologické defekty
karbamazepin	kraniofaciální defekty, články prstů
misoprostol	Möbiův syndrom (vzácné neurologické poškození tváře)
flukonazol	hlava, srdce, končetiny

Druh a rozsah možného poškození plodu závisí na fázi těhotenství v době podání léku, jeho chemické povaze, na množství a době jeho podávání. Pokud žena s jistým onemocněním používá léky dlouhodobě již před těhotenstvím, mělo by její těhotenství být plánované. Vždy je totiž třeba upravit ve spolupráci s odborným lékařem typ a dávkování léků tak, aby neohrozily probíhající těhotenství. Pro bezpečné užívání léků v těhotenství je nutné dodržovat zásady určené lékařem a výrobcem.

Infekční onemocnění

Mezi infekční onemocnění, která mohou způsobit poškození plodu v děloze, patří toxoplazmóza, zarděnky, syfilis, herpetické infekce včetně cytomegaloviru, chřipka, varicela, papilomavirus, HIV virus a další. Rozlišujeme v podstatě dva druhy poškození plodu vlivem infekce:

- **infekční embryopatie** – infekce proběhne v době organogeneze (3. týden až 3. měsíc těhotenství)
- **infekční fetopatie** – změny v pozdějších fázích těhotenství

Akutní rubeola

Probíhající **akutní rubeola** těhotné ženy, tedy při virémii, může poškodit zrak (katarakta, retinopatie, mikrooftalmie), srdce, kosti, způsobit mikrocefalii, poškodit sluch (nedoslýchavost – především poškozením vnitřního ucha) plodu. Rubeola vyvolává Greggův syndrom. V současné době, vzhledem k povinnému očkování, by nebezpečí mělo být minimalizováno.

Cytomegalovirus

Těhotná žena se může infikovat lidským cytomegalovirem v průběhu těhotenství nebo „skrytou“ formou tohoto viru, která může v průběhu těhotenství vzplanout. Následky této infekce se projeví poruchou sluchu, vznikem encefalidity, ikterem, hepatomegalií, petechiemi, trombocytopenií, mikrocefalií, rozšířením mozkových komor plodu atd.

Herpetické infekce

Herpetické infekce způsobené typem 1 i typem 2 mohou vyvolat potrat, v poporodní fázi se onemocnění může projevit především poškozením CNS. Mluvíme pak o infekční fetopatii. Podmínkou onemocnění plodu je akutní infekce matky – virémie. Vývoj plodu může negativně ovlivnit celá škála **plísňí, virů** apod.

- **Kandidóza** může vyvolat předčasný porod nebo potrat.
- Infekce těhotné ženy **parvovirem B 19** může u plodu vyvolat hemolýzu červených krvinek s následným vznikem hydrropsu plodu.
- Infekce vyvolané **viru hepatitidy A, B, C** mohou vyvolat předčasný porod nebo potrat. Virus hepatitidy B může přejít na plod a vyvolat chronickou hepatitidu v pozdějším věku. Proto při průkazu přenosu infekce se očkuje již novorozenec.

HIV

Novorozenec se může infikovat HIV transplacentárně, intrapartálně, postpartálně. Projevy u novorozence jsou netypické, snad porucha adaptace, přechodná hypotonie. V pozdějším věku dítě často onemocní stomatitidou, především mykotickou, pneumonií, endokarditidou, průjmy, kožními změnami atd. Příznaky se však projeví nejdříve až ve druhé polovině kojeneckého věku.

Syndrom infikovaného amnia

Nebezpečím pro plod je syndrom infikovaného amnia, vyvolaný většinou gramnegativními bakteriálními kmeny, který je spojen s infekcí placenty, infekcí plodu a těžkou patologií novorozence.

Syfilis

Žena může onemocnět syfilis v těhotenství buď formou **primoinfekce** (infekce získané v době těhotenství), nebo **sekundární infekcí** (infekcí získanou před začátkem těhotenství). Primoinfekce matky může způsobit smrt plodu, závažnou infekci a vývojové vady, změny na kůži, na plicích, hepatosplenomegalii atd. Klinicky rozeznáváme **formu časnou** jako projev primoinfekce. Příznaky jsou patrné již při narození. Na kůži je exantém, tzv. lakové patičky, Parrotovy jizvy, pemfigoidní projevy. Dalšími projevy jsou enantémy, hnisavě hemoragická rýma (coryza syphilitica), postižení hlasivek, Parrotova pseudoparalýza, hydrocefalus (encefalomeningitida i změny lebky), změny na vnitřních orgánech (pneumonia alba, intersticiální zánět jater aj.). K **formě pozdní** dochází, když je matka v těhotenství v pozdním stadiu nemoci. Projevuje se až v pozdějším dětství, tj. po 5 letech, někdy až v pubertě. Bývají přítomny změny zubů, rohovky a hluchota (Hutchinsonova triáda), Hochsingerova triáda, změny v periostálních oblastech kostí (caput quadratum, šavlovitě tibie), sedlovitý nos, gotické patro, možné jsou i změny na vnitřních orgánech. Závažnost postižení může být různá.

Toxoplazmóza

Nebezpečí infekce vyvolané parazitem *Toxoplasma gondii* spočívá v tom, že může v průběhu těhotenství poškodit sluch a může dojít k postižení CNS (kalcifikace), hydrocefalu a postižení jater – jde o fetopatii. V šíření infekce hrají významnou roli kočky. Jinak se děvčata mohou infikovat požíváním syrového masa. Je tedy vhodné, aby se těhotná žena stranila kontaktu s kočkami nebo jinými malými zvířaty. Pokud kontakt přece jen musí být, je třeba dodržovat pečlivou hygienu rukou. Těhotná žena by také neměla pracovat se syrovým masem. Pro vznik fetopatie je nebezpečná především primoinfekce.

Metabolické a endokrinní choroby

Vývoj plodu a novorozence může být negativně ovlivněn celou řadou metabolických a endokrinních chorob. Jde především o kongentální hypofunkci štítné žlázy, fenylketonurii, změny funkce nadledvin a celou řadu dalších metabolických chorob. Důležitá pro prognózu je včasná, respektive téměř okamžitá diagnóza.

Expozice zevnímu prostředí

Plod může být poškozen expozicemi zevnímu prostředí. Těchto nox existuje celá škála. Zatím nejsou definovány všechny noxy spojené se zaměstnáním rodičů. Ukazuje se, že existuje celá škála rizikových zaměstnání matek, ale i otců.

- **Expozice vysokým radiačním dávkám** patří mezi fyzikální příčiny. Následky tohoto záření se projevují jednak smrtí zárodka, jednak vznikem embryopatií, především centrálního nervového systému (mikrocefalie, spina bifida) atd. Nukleární radiace se projevila u japonské populace po výbuchu atomové bomby, opět především postižením centrálního nervového systému, tj. mikrocefalií a mentální

retardací. Po černobylské havárii se zvýšil počet onemocnění štítné žlázy a začalo se rodit více děvčat. Také výskyt VVV byl skokově vyšší.

- Těhotná žena by se měla vyhýbat **rentgenovému záření**, protože to také může způsobit nitroděložní poškození plodu. Abychom předešli náhodnému vyšetření RTG v časných fázích těhotenství, měla by být všechna tato vyšetření u žen ve věku, kdy mohou, byť teoreticky, mít děti, plánována do prvních 14 dnů od prvního dne posledních měsíčků.
- **Hypertermie** u matky může vyvolat embryopatie s deformitami CNS, např. hydrocefalus, mikrocefalus, poruchy skeletu.
- **Hypoxie** kromě poruch CNS ve smyslu vzniku DMO způsobuje poruchy senzoric- kých funkcí a vyvolává změny na játrech a urogenitálním systému.
- Je popisován účinek celá řada **chemických látek**, např.:
 - methylderivát **rtuti** (MeHg), který se dostal v Japonsku k těhotným ženám přes rybí maso; u dětí došlo k poruše sluchu, zraku, řeči a mentální retardaci
 - **dioxiny** je obecný název pro skupinu toxických polychlorovaných organických heterocyklických sloučenin odvozených od dibenzo(b,e)(1,4)dioxinu; následky lze konstatovat jak ve stadiu embryonálním, tak fetálním, a to v různé podobě, postižen je mj. pohlavní dimorfismus
 - toxický účinek **kadmia** se uvádí do souvislosti se vznikem rozštěpu patra
 - **olovo** ovlivňuje negativně aktivitu enzymu na buněčné úrovni: olovo se ukládá především v kostech

Psychosociální faktory

Další poškození plodu mohou vznikat vlivem negativních psychosociálních faktorů v průběhu těhotenství. Existuje celá řada publikací zabývajících se touto problematikou (Fedor-Freybergh, 2013). Mluví se především o negativním vlivu „nechtěného těhotenství“, stresových situacích apod. Vývoj plodu – dítěte – může negativně ovlivnit věk matky, a to jak věk nízký, tak naopak věk vyšší (viz dále).

3.2 Prostředí života dětí a dospívajících

Dvě základní prostředí života dětí a dospívajících jsou prostředí životní a společenské. Člověk je s prostředím nedílně svázán. Tvoří s ním dynamický systém spojený s výměnou látek, zprostředkovanou jak příjmem potravy a vody, tak ovzduším. Prostředí působí na člověka zejména svým vlivem na zdravotní stav somatický i psychický, na hospodářské i jiné činnosti člověka, na civilizační a kulturní úroveň i na vytváření jeho životního stylu jako jedince, sociálních skupin i populačních celků (Bencko a kol., 2011).

3.2.1 Životní prostředí

Člověk, jako každý jiný organismus, je se svým prostředím neustále v interakci. Vyznačuje se přitom tím, že velmi aktivně zasahuje do prostředí s cílem přizpůsobit je svým potřebám. To člověku umožnilo vytvořit vhodné podmínky pro svoji existenci ve velmi rozdílných geografických, klimatických a ekologických situacích a dovolilo

mu, aby se postupně osvobodil z bezprostřední závislosti na přírodě a ovládl prostředky, kterými je v poslední době schopen dokonce měnit některé podmínky v přírodě nejen v lokálním, ale bohužel v nezanedbatelné míře také v globálním měřítku. Že je řada těchto změn z dlouhodobého hlediska nepříznivá, často s katastrofálními důsledky, lze demonstrovat na řadě příkladů.

Charakteristická je zejména změna původního, převážně přírodního prostředí, je- muž byl člověk po mnoho generací přizpůsoben, v prostředí převážně vytvořené lidskou činností, prostředí civilizované, urbanizované, umělé. Pokroky techniky a zkracující se intervaly inovace v rozvoji průmyslu mění přitom prostředí člověka tak rychle, že se prakticky každá nová generace musí vypořádat s novými podmínkami své existence. Ve vztahu ke konzervativní biologické podstatě člověka se tyto velmi rychlé změny mohou stát jedním z limitujících faktorů dalšího rozvoje společnosti. Otázka hranic adaptační kapacity člověka se stává jednou z kardinálních otázek hygieny jako vědního oboru (Bencko a kol., 2011).

V globálním měřítku je klíčovým momentem růst populace. Zatímco po dlouhou dobu patřilo k druhu *Homo sapiens* jen několik desítek tisíc či stovek tisíc příslušníků, od novověku se počet rychle zvětšuje, takže dnes je nás na Zemi přes 7 miliard.

K současné populační explozi přispívá zejména zvýšená úroveň zdravotní péče, která vede ke snižování úmrtnosti, dále urbanizace, koncentrace obyvatel do měst a jiných velkých a organizovaných sídelních útvarů, kterým říkáme megapole, a s tím související městský způsob života (Bencko a kol., 2011).

Vlivy prostředí se prolínají se způsobem života (viz níže) a souvisejícími rizikovými i protektivními faktory životního stylu v působení na zdravotní stav lidí tak těsně, že v obvyklých podmínkách je často nesmírně obtížné stanovit jejich skutečný podíl na zjištěném stavu (Králíková a kol., 2008).

Z hlediska komplexnosti pojetí prostředí jako faktoru, který se významně podílí na zdraví člověka, uvádíme alespoň výčet položek, které ovlivňují zdraví a existenci člověka:

- **vesmírné vlivy** – Slunce, pohyby zemské osy, změna rychlosti zemské rotace, kosmické a sluneční záření, dopady meteoritů, výměna látek Země s kosmem, vlivy Měsíce
- **geologické vlivy** – sopečná činnost, zemětřesení, sesuvy a laviny, povodně a zátopy, dlouhé vlny (tsunami)
- **vlivy geografických podmínek** – klimatická pásma, nadmořská výška apod.

Působení fyzikálních a látkových podmínek na člověka

- **Fyzikální vlivy**
 - vlivy elektromagnetického pole Země
 - radioaktivita a radonový index, ionizující záření a jeho zdravotní rizika
 - jaderné katastrofy
 - anomální (geopatogenní) zóny na zemském povrchu, přírodní a antropogenní
- **Látkové (elektrochemické) vlivy**
 - iontový charakter složek prostředí
 - acidobazicitu, kyselost, pH
 - polarizace, depolarizace, přepětí, elektrochemické vlastnosti

Příznivé a škodlivé vlivy litosféry, půda

Část litosféry, která má bezprostřední vliv na životní procesy, se označuje jako horninové prostředí. Zahrnuje asi 13–15 km mocnou vrstvu zemské kůry.

Horninové prostředí ovlivňuje hodnotu krajiny (spoluvytváří georeliéf), určuje zákonitosti oběhu hlubinných vod a jejich složení, vytváří geologická rizika (např. svahové pohyby, šíření zemětřesení, ovlivnění eroze), má určující význam pro stavebnictví (bezpečná lokalizace výstavby nových objektů, podzemní úložiště, dopravní stavby, tunely apod.), vytváří fyzikální pole a anomálie (magnetické a elektrické, tíhové, geotermální) a geochemické pole, které ovlivňují lidstvo mnohem více, než si uvědomujeme.

Ze zdravotního hlediska mají největší význam chemické vlastnosti půd(y) a obsah organismů. Chemické vlastnosti půd vytvářejí režim pH a určují obsah složky vznikající zvětráváním (jílové minerály, křemen, oxidy železa, manganu a hliníku, vápník vázaný v karbonátech a fosfátech), často spolu s kadmíem, olovem, hořčíkem a sodíkem, sulfidy železa, kadmia a rtuti, chloridy sodíku a rtuti a sloučeninami železa s mědí, molybdenem a zinkem. Jejich nedostatek může ovlivnit růst rostlin (např. rýži a pšenici nevytěžujeme v půdě s nedostatkem zinku). Časté jsou také nedostatky boru, fosforu, mědi, železa či manganu.

Co vše ohrožuje kvalitu půdy

- průmyslové znečištění
- prostředí velkých měst
- poléťavý prach
- PAH – polycyklické aromatické a polyhalogenované uhlovodíky, dioxiny, dibenzofurany, polychlorované bifenylly (PCB) a další
- hnojiva

Jako významnou zvláštnost uvedme **geofáгии**. Jde o úmyslné (záměrné) nebo neúmyslné (nevědomé) pohlcování (pojídání, požívání, polykání) půdy, hlíny, zeminy, a to lidmi i zvířaty. Tento jev představuje ve skutečnosti nejužší kontakt mezi chemickými látkami i půdními organismy obsaženými v povrchových vrstvách půdy a lidským (či zvířecím) organismem. Geofágie je primárně chápána jako zdroj zdraví škodlivých látek. Je vstupní branou do lidského organismu pro:

- přírodní anorganické minerály a v nich obsažené prvky
- organické látky rostlinného a živočišného původu
- živé mikroorganismy včetně např. vajíček helmintů
- cizorodé látky, xenobiotika, toxické látky kontaminující půdu apod.

Příznivé a škodlivé vlivy hydrosféry, voda

Voda je nezbytnou podmínkou existence života na Zemi. V hydrosféře ji dělíme na vodu oceánů, vodu kontinentů a vodu povrchovou. Základní vlastností je obsah odpovídajících minerálů – anorganických iontů (Na^+ , K^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+} , Cl^- , HCO_3^{2-} , SO_4^{2-}). Tyto látky většinou tvoří až 95 % iontového obsahu vod.

Jaké jsou zdroje znečištění vod u nás? Do režimu spodních vod zasahuje člověk více způsoby:

- znečišťováním průsaky z nezabezpečených úložišť toxických odpadů
- průsakem oteplených vod z průmyslového využití a prostřednictvím povrchových vod

- nadměrným čerpáním
- snížením hladiny mineralizace (vysilování mineralizačního prostředí)

Nedostatek vody a její špatná kvalita mají na svědomí desetkrát více obětí než veškeré současné ozbrojené konflikty. Průjem je nejčastějším zdravotním problémem člověka v globálním měřítku. Ročně na světě umírá kolem 1,7 milionu lidí kvůli průjemovým onemocněním z vody a kolem 80 % nemocí v rozvojových zemích souvisí s problémy nedostatku vody a nedostatečné úrovně hygieny. Většina onemocnění je důsledkem přítomnosti pro člověka patogenních organismů ve vodách.

Zdravotními riziky z odpadních vod jsou především **mikroby a paraziti**. Současná epidemiologická situace v průmyslově rozvinutých zemích až na výjimky již nezná hromadné a velké epidemie cholery a břišního tyfu apod. Současné relativně časté epidemie salmonelóz nejsou vodními infekcemi, ale jsou důsledkem technologických nedostatků v kulinářské přípravě potravin a zejména zanedbávání základních hygienických pravidel v kuchyních hromadného stravování, což platí v současné době také pro campylobakterií. Dále přetrvává riziko kontaminace povrchových vod leptospirami a atypickými mykobakteriemi. Hlavním problémem však jsou virové infekce (coxsackie a viry infekční hepatitidy typu A, vzácněji importované hepatitidy typu E).

Příznivé a škodlivé vlivy atmosféry, ovzduší

Hlavními složkami atmosféry jsou plyny: dusík (cca 78 %), kyslík (cca 21 %), argon (0,94 %) a vodík (0,01 %), oxidy uhlíku (0,03 %), ostatní vzácné (inertní) plyny a vodní pára. Složení atmosféry se mění s nadmořskou výškou.

Ovlivňování atmosféry člověkem je podle výsledků výzkumu ledovců a jezerních sedimentů doloženo již v antice a pokračuje dodnes ve stále větší míře. Do atmosféry se dostávají především tzv. **skleníkové plyny**, tj. CO₂, metan, sloučeniny síry, aerosoly kovů a prachové částice z různých zdrojů. Hlavní jsou bezpochyby procesy spalování při výrobě elektřiny, dále ve spalovacích motorech, průmyslových zdrojích i zemědělství. „Skleníkové plyny“ z lidských zdrojů jsou nyní složeny v 60 % z CO₂, 20 % z metanu, 6 % z NO₂ a 14 % z halogenových sloučenin.

Do ovzduší se dostávají také částice a látky produkované vulkanickou aktivitou, erozí a zvětráváním i dalšími přírodními pochody.

Kvalita zevního ovzduší je monitorována, avšak zapomínáme na vzduch v uzavřených místnostech. Ten nezřídka obsahuje tolik škodlivin, že několikanásobně převyšují jejich koncentrace naměřené v okolní atmosféře. Z tohoto důvodu může být ovzduší v bytech, kancelářích apod. škodlivější než vnější ovzduší sídlišť. Prachové částice, výpary z nátěrů a plastů, z nábytku a bytových textilií, domácí mazlíčci – to vše může způsobit tzv. **syndrom nezdravých budov** (Holcátová a Bencko in Bencko a kol., 2000). Současně je v uzavřených místnostech výrazně snížen obsah prospěšných lehkých kationů (Lajčíková a kol., 1997).

Nesmíme zapomenout na **kouření**, při kterém se uvolňuje velké množství škodlivin. Jejich dlouhodobé působení se projevuje únavou, nechutenstvím, dýchacími potížemi, kašlem, alergiemi, astmatem, chronickou bronchitidou. Benzen a formaldehyd mají také prokazatelně karcinogenní účinky.

Významným zdrojem těkavých organických látek jsou také **čisticí prostředky**. K výskytu alergenů v domácnostech přispívají pokojové rostliny a zvířecí miláčci (psi, kočky, papoušci a celá řada dalších). Ochranou je intenzivní větrání a úklid „na mokro“.

Základní biogenní sloučeniny

Základní látky v biosyntéze organických sloučenin jsou voda, oxid uhličitý a amoniak (popř. molekulární dusík). Autotrofní organismy jsou schopny z těchto jednoduchých a energeticky chudých látek syntetizovat složité struktury sacharidů, aminokyselin, heterocyklických sloučenin aj. látek, které potom používají jako stavební jednotky biomakromolekul (polysacharidů, bílkovin, nukleových kyselin) nebo jako zdroj energie potřebné pro životní činnost. Takto syntetizované látky jsou živinami pro heterotrofní organismy (konzumenty), které je přijímají ve formě potravy a metabolizují je. Tím opět vytvářejí základ k výstavbě složitějších struktur nebo jsou zdrojem energie. V oběhu chemických přeměn (spalování, kvašení, hnití a dýchání) se voda, oxid uhličitý a amoniak vracejí zpět do původní anorganické formy. Tak se udržuje rovnováha mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu a neustálé obnovování živé hmoty.

Voda

Je nejvíce zastoupenou složkou všech organismů. Podílí se 60–90 % na celkové hmotnosti organismu. Největší část (až 90 %) získávají organismy z vnějšího prostředí (potravou nebo kořeny z půdy). Zbylou část potřebné vody si vytváří organismus sám při biochemických procesech. Příjem a výdej vody musí být stále v rovnováze.

Voda má základní význam pro organismus a pro život vůbec. Je prostředím, v němž probíhají fyzikální a chemické děje. Rozpouští a ionizuje anorganické a mnohé organické látky a umožňuje tak jejich pohyb a účast na biochemických procesech. Voda je aktivní složkou buněčných struktur a struktur makromolekul. Proto i po vysušení rostlinné nebo živočišné tkáně zůstává část vody vázána.

Voda se přímo účastní mnoha biochemických reakcí nebo vzniká jako jejich vedlejší produkt (vznik ATP, hydrolyza, adiční reakce atd.). Voda je významným činitelem tepelné regulace organismu. Je dobrým vodičem tepla. To má význam při udržování rovnoměrné teploty organismu.

Oxid uhličitý

Je společně s vodou výchozí látkou pro fotosyntézu sacharidů, je živinou autotrofních organismů, které ho přijímají ze vzduchu. Současně je konečným produktem biologické oxidace organických sloučenin. V přírodě takto probíhá nepřetržitý cyklický proces biosyntézy a rozkladu uhlikatých sloučenin.

Amoniak

Je výchozí látkou biosyntézy a konečným produktem látkových přeměn dusíkatých organických sloučenin. Má významné postavení v procesu přeměny vzdušného dusíku na organickou formu. Autotrofní organismy využívají amoniak k syntéze aminokyselin, tj. i bílkovin a nukleových kyselin.

Zdroje a cesty znečištění prostředí toxickými kovy

S rozvojem moderní techniky roste velmi rychle produkce a spotřeba kovů a metaloidů. Zvláště to platí pro neželezné kovy, z nichž některé byly donedávna produkovány v neporovnatelně menších množstvích, a to ještě často jen v poloprovozním nebo laboratorním měřítku (beryllium, titan, germanium, gallium, vanad, selen, molybden, wolfram apod.) Roste také produkce klasických barevných kovů, které postupně

nacházejí i nové druhy uplatnění – platí to zejména pro hliník, olovo, měď, nikl, chrom, antimon a rtuť.

Zvyšování koncentrace uvedených kovů v životním prostředí člověka – v ovzduší, vodě, půdě a poživatinách – je vážný hygienický problém, jehož rozsah neustále vzrůstá. Činnost vodních a půdních bakterií a plísní způsobuje, že organické látky kontaminující životní prostředí podléhají dříve či později chemickému rozkladu, na rozdíl od kovů, které nepodléhají chemické degradaci a hromadí se v povrchových vrstvách půdy. Půdní mikroorganismy i vodní mikroflóra dokonce způsobují, že část toxických kovů vstupuje do vazby s organickými látkami, čímž se v řadě případů znásobuje nebo významně mění jejich toxicita. Klasickými příklady v tomto smyslu jsou alkylovaná rtuť a arzen. Při zvyšování obsahu toxických kovů v půdě se v mnoha případech zvyšuje jejich obsah v poživatinách rostlinného původu i v živočišných produktech, což může mít pro člověka neblahé následky (Bencko a kol., 2011).

3.2.2 Společenské prostředí: rodina a škola

Dítě vyrůstá ve dvou základních společenských prostředích: na prvním místě je to rodina, druhým neodmyslitelným prostředím je škola.

A. RODINA – ZÁKLADNÍ PROSTOR PRO ŽIVOT

Rodina je nejstarší základní společenská skupina a je spjata nejrůznějšími vnitřními vztahy i vnějšími vztahy se svým okolím. Definovat ji přesně je velmi obtížné a náhledy mohou být různorodé. Podle Dunovského a kol. (1999) lze rodinu chápat jako malou primární společenskou skupinu založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím (osvojení), na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i k celé společnosti. Rodina představuje biosociální systém, který se neustále vyvíjí v koloritu celé společnosti.

Význam rodiny pro vývoj dítěte je nezastupitelný. Dítě se do rodiny rodí, od svých rodičů dostává genetickou výbavu, má rozhodující vliv na celkový rozvoj jeho osobnosti, zvláště v nejranějším období jeho dětství, a to v oblasti tělesné, duševní, sociální i duchovní. Především v rodině se v počátku života dítěte děje proces socializace.

Rodina určuje sociální status dítěte. Prostřednictvím rodiny si dítě uvědomuje své místo a svoji roli ve společnosti.

Rodina je mikrospolečenstvím, ve kterém si dítě osvojuje vzorce chování, zvyky, návyky, znalosti a dovednosti, což je potom důležité pro jeho vlastní život. Děje se tak v pozitivním i negativním smyslu, protože víme, že existuje mj. i transgenerační přenos násilí, tj. často dítě týrané se stává dítětem týrajícím (Kukla a Bouchalová 2007, 2009, 2012; Bouchalová a Kukla, 2012).

V rodině dítě poznává též sociální, kulturní i mravní hodnoty a normy, učí se cítění dobrého a zlého (Kovařík a Kukla, 1998; Kovařík, 1994).

Funkce rodiny a její funkčnost

Dle Dunovského a kol. (1999, s určitým doplněním) rozeznáváme čtyři funkce rodiny:

- **Biologicko-sexuálně-reprodukční** – principem této funkce je udržení života, rodu, pokolení, celé společnosti. Častokrát je tento faktor brán na lehkou váhu i přes to,

že naše populace vymírá. Aspekt sexuální je zde k vyjádření vztahu dvou lidí, který by neměl být jen k reprodukci, ale i k „potěše a radosti“.

- **Ekonomicko-zabezpečovací** – v dřívější době byla rodina jakousi „výrobní jednotkou“, která byla odkázána často sama na sebe. V současnosti jsme spíše konzumenty výrobní činnosti společnosti. Pro každou rodinu je zapotřebí nějaký zdroj finančních prostředků, které jsou nezbytné pro krytí potřeb rodiny. S těmito prostředky buduje rodina svoje místo k životu (byt, domek atd.). Zde se odvíjejí činnosti zabezpečení rodiny (příprava stravy, úklid a řada dalších činností, k chodu domácnosti zásadních). V pojmu zabezpečení nejde jen o materiální složku, ale i sociální, duševní a duchovní. Tím se také podílí na životních jistotách všech členů rodiny.
- **Emocionální** – vzhledem ke zvýšené labilitě současné rodiny je tato složka obzvláště důležitá. Vyžaduje to lidi vyzrálé, zodpovědné, emočně stálé, pro které citový vztah je něco hlubšího, ne jen chvilkového. Tím se tvoří také emocionální základ celé rodiny, všech jejích členů. A nesmíme zapomenout na dítě, jeho zájmy a prospěch. Ty jsou naplňovány především ve funkční a harmonické rodině (Dunovský, 1986a, b).
- **Socializačně-výchovná a vzdělávací** – pozitivní emocionální vztahy i celková atmosféra v rodině se stávají východiskem k zabezpečení společenské kontinuity. Je nezbytné mít o dítě opravdový zájem, kvalitně o něj pečovat, vychovávat je. Musíme dítě přijmout takové, jaké je, snažit se plnit jeho odůvodněné potřeby a požadavky, včas, náležitým způsobem. Vždy musíme mít na mysli nejlepší zájem a prospěch dítěte, ochraňovat je před nepříznivými situacemi a učit je zvládat a překonávat životní překážky (Dunovský a kol., 1999).

Poruchy funkcí rodiny ve vztahu k dítěti

Jako poruchu rodiny rozumíme takovou situaci, kdy rodina v různé míře neplní svoje funkce (jednu či více). Ve vztahu k dítěti je nejvýznamnější porucha funkce socializačně-výchovné. Diagnostika funkčnosti rodiny se provádí dotazníkem funkčnosti rodiny (DFR) dle Dunovského (Dunovský, 1986a, 1986b).

Podle **kvality naplňování** výše uvedených funkcí rozeznáváme rodiny:

- funkční – cca 80 %
- problémové – cca 15 %
- dysfunkční – cca 4 %
- afunkční – cca 1 %

Příčiny poruch rodiny jsou:

- objektivní – na vůli rodičů nezávislé
- subjektivní – na vůli rodičů závislé
- smíšené

Rodiče se o dítě

- **nemohou postarat**
 - nežijí (zemřeli), jsou ve výkonu trestu, jsou dlouhodobě mimo domov ze studijních či pracovních důvodů (dříve delší vojenská služba)
 - postižení rodiče (invalidita), nemoc rodiče, nemoc dítěte, postižení dítěte
 - přírodní katastrofy a devastace prostředí: povodně, tsunami, zemětřesení, tajfuny, jaderné katastrofy aj.

- válečné konflikty, nasazení do války, nutnost opustit zemi z důvodů pronásledování
- hladomor, epidemie
- nezaměstnanost, bída, chudoba, velký počet dětí
- rozpad rodiny (rozvod – svěření dítěte do péče jednoho z rodičů), upřesněný styk druhého rodiče s dítětem (časté je zabraňování styku dítěte s jedním z rodičů), zbavení svéprávnosti, zbavení rodičovských práv, umístění dítěte do ústavní péče
- rodič (otec) neví, že je rodičem (otcem)
- **nechtějí postarat** – rodič je dysharmonická osobnost s rysy psychopatie, maladaptace, alkoholik, drogově závislý jedinec, gambler apod., dítě je nechtěné (např. „pracovní úraz na E 55“) apod. Jde *de facto* o sociálně osiřelé děti, ohrožené vlastním rodinným prostředím.
- **neumí postarat** – nezralost rodiče (adolescentní rodič) nebo naopak již rodiče staří, neschopnost se vyrovnat se zvláštními situacemi (např. dítě narozené mimo manželství, dítě s postižením, dítě v náhradní péči), neschopnost přijmout určité společenské normy, rodič s mentálním či jiným postižením.

Protipólem jsou rodiče, kteří se o dítě **nadměrně starají**. Současná doba přináší menší počet dětí v rodině, často jedno, na něž se upírají snahy rodičů a zvyšují se nároky na ně; navíc rodiče jsou často starší. To vše vede k rozmazlování, nerespektování druhých, nepřipravenosti na samostatný život.

Jako speciální kategorii zde ještě můžeme uvést vědomé **ubližování, týrání a zneužívání**, kterému bude věnována speciální kapitola (kap. 18).

Deprivace

Deprivace je v tomto smyslu dlouhodobé nenaplňování odůvodněných potřeb. Dělíme ji (tak jako potřeby) na biologickou (tělesnou), psychickou a sociální.

Rodina, její potřeby a smysl, nepatří mezi naléhavá mediální témata současnosti, nicméně položka „spokojená rodina“ se pravidelně ocitá na předním místě při výzkumech preferencí. Rodina je místo mezigenerační intimity, místo dotyků v doslovném i přeneseném slova smyslu. Jejich nedostatek či porucha se podepisuje na zdraví jednotlivců i společnosti.

V 60. letech minulého století vše, co se ve společnosti i v lidském soukromí odehrávalo, bylo nahlíženo a řízeno ideologií, tím, jak „strana a vláda“ rozhodla. Každodenní praxe a individuální zkušenost byly potlačovány. Objevily se zdravotní poruchy úplně malých dětí. Proč? Mezi dogmata minulého režimu patřilo tzv. osvobození žen, srovnání s muži, tj. zavedení stejných pracovních možností i mzdy a osvobození žen od domácnosti. Československo mělo tehdy ve světě primát v zaměstnanosti žen. Byly oslavovány jako jeřábnice či traktoristky, tedy v mužských profesích. Sociologické sondy měřily, zda se muži doma věnují úklidu (či spíše o kolik méně).

To, co se nedalo měřit ani řídit, nebylo vnímáno, totiž nehmotné dary, jež dává domov: intimita, sdílená důvěra, radost, kterou člověk prožívá, když se podílí na rostoucím životě. Tyto hodnoty jsou nejvíce spjaty s dítětem – a hodnota dítěte klesla pod všechny ostatní. Dítě bylo nahlíženo jako překážka na cestě osvobození žen. Mnohé děti byly odnášeny již v útlém věku do jeslí, některé na den, některé dokonce na celý týden.

Taková praxe nezůstávala bez následků: obvykle už po několika dnech v jeslích kojenec onemocněl, a sotva se uzdravil, už přinesl domů další nákazu. Hledala se příčina.

Po stránce hygienické nebylo jeslím co vytýkat a československá medicína si dokázala zachovat svůj vysoký status (i novorozenecká úmrtnost v té době byla na velmi dobré úrovni – jedna z nejnižších na světě). Vyšla přelomová kniha Langmeiera a Matějčka *Psychická deprivace v dětství* (1963). Zajímavé informace přišly také z Velké Británie: dětští psychologové a psychiatři tam zjistili, že děti, které byly za války z Londýna vyvezeny na venkov do náhradních rodin, zažily mnohdy komplikace, které byly později vysvětleny jako následek citové deprivace, stýskání po rodičích.

Byla zveřejňována zjištění o dětských neurotických poruchách, které byly způsobeny nedostatkem péče, porozumění a rodičovské lásky. Všechny ty informace směřovaly k jednomu závěru, že člověk má duši (a to už i jako malé dítě) a že této jedinečné duši útlého věku se nejlépe daří u matky a v rodině, v individuální péči. Vzpomínám v té souvislosti na slova prof. Matějčka, který v té době říkal: „*Jesle, to vymysleli dospělci, takovou blbost by dítě nevymyslelo.*“ Dítě má od počátku svoje potřeby, jež nejlépe zajišťuje matka, zpočátku ani otec matku nemůže nahradit. Nezastupitelnou rolí otce je především poskytnout matce bezpečí. Role muže a ženy v rodině nejsou jednoduše zastupitelné, ale komplementární, vzájemně se doplňující.

Režisér Kurt Golberger natočil film *Děti bez lásky* (1963), který se dočkal mimořádného přijetí i zájmu: zejména scéna, kdy dítě v jeslích čeká na vyzvednutí a každé zazvonění zvonku v něm budí naději a pak těžké zklamání – tato sekvence budila v divácích silné pohnutí. Poznání pravdy se ocitlo na dosah ruky a lidé se začali probouzet k občanským postojům (Klímová, 2014).

Idolatrie

Naproti tomu se v současnosti v některých rodinách rozvíjí naprosto nekritická idolatrie dítěte – dítě je modlou, dítěti se podřizuje život v celé rodině. Tento jev je současně provázen poklesem úcty k seniorům. Tyto skutečnosti jsou v historickém kontextu zcela novým jevem.

Raný vztah matky s dítětem a rodičovské postoje

Schopnost žít v partnerském páru je v ideálním případě následována schopností přijmout důležitou roli, jakou je rodičovství. Tento postupný proces však není zdaleka jednoduchý a přímočarý. Předpokládalo se, že je řízen instinkty, že zde hraje roli tendence k zachování rodu, že existuje téměř všudypřítomný mateřský instinkt, který nutí ženu, aby v určitém období svého života cítila neodolatelnou touhu naplnit svůj život narozením dítěte. Tento jednoduchý koncept však přestává postupně platit v rozvinutých zemích a zdá se, že je čím dál tím více překrýván mocnými faktory kulturními a obecně psychosociálními (Dytrych a kol., 1975).

S mateřstvím (a šířeji s rodičovstvím) jsou spojovány konkrétní hodnoty, jako je např. intenzivní dávání a přijímání citu, radost a potěšení z dětí, zajištění kontinuity rodu, dosažení dospělé identity prostřednictvím rodičovství – měli bychom se naučit být méně sobečtí, více trpěliví apod. (Sobotková, 2001).

Významná publikace o mateřství *Motherhood. Meanings, practices and ideologies* (Phonix et al., 1991) zahrnuje následující aspekty:

- biologické (početí, těhotenství, porod atd.)
- psychologické (identita matky, změny sebepojetí apod.)
- interpersonální (vztahy k dětem, partnerovi, rodičům, širší rodině a přátelům)

- sociokulturní (pozice matek ve společnosti a postoje k matkám, sociální a ekonomický kontext mateřství)

Na matku jakožto na v naší kultuře nejčastějšího primárního pečovatele dítě reaguje odlišným způsobem než na otce. Vytvoření specifického pouta k otci trvá u dětí déle než vytvoření podobného pouta k matce, která s dítětem tráví podstatně více času. Z toho lze usuzovat, že čím více času s dítětem otec tráví, tím dříve se mezi ním a dítětem vytvoří vazba. Ale také u otců, kteří se svým dítětem tráví jen málo času, vzniká postupně pouto. Čas trávený s otcem je většinou naplněn zajímavými hrami, které jsou pro dítě živější a poskytují mu více vzrušení, než když si s ním hraje matka. Proto když si má 18měsíční dítě vybrat, s kým si bude hrát, volí otce. V nouzi ale dává přednost matce.

Anglický psychiatr John Bowlby se v polovině 20. století začal zajímat o neodarwinistické myšlení, které v sobě slučuje principy evoluční teorie a genetiky. Zároveň ho začala zajímat etologie, nová věda zkoumající chování živočichů. Z poznatků těchto dvou oblastí později vytvořil teorii vazby, pomocí které vysvětluje normální i patologický duševní vývoj dítěte. Díky této teorii vazby se Bowlby zařadil mezi nejvýznamnější psychiatry 20. století.

Bowlbyho teorie vazby naznačuje, že „*existuje biologické pouto mezi dítětem a pečovatelem, který dítěti poskytuje péči a tím i možnost přežití*“ (Bowlby, 1982).

Teorie vzešla z pozorování dětí, které byly odděleny od matky. V takové situaci se dítě okamžitě dostává do stresu a přeje si matku přivolat zpět. Pozdějšími výzkumy Bowlbyho žákyně Mary Ainsworthové a kolektivu bylo prokázáno, že pouto mezi matkou a dítětem není vždy pevné, a byly rozlišeny čtyři typy vazeb. Celosvětové srovnávací studie prokázaly, že bezpečná vazba mezi dítětem a pečovatelem se vyskytuje přibližně u dvou třetin dětské neklinické populace.

Ainsworthová (Ainsworth a kol., 1979) se zabývala longitudinálním výzkumem, kdy v průběhu prvního roku dítěte sledovala vztah mezi matkou a dítětem u několika párů. Vycházela z předpokladu, že stres aktivuje vztahový systém, proto při svých pokusech vystavovala děti krátkodobému odloučení od matky v neznámém prostředí, což na ně mělo stresující vliv. Po návratu matky sledovala chování dětí. Na základě pozorovaných reakcí rozdělila děti do tří následujících skupin. Tento klasický postup byl v řadě dalších studií opakován a znovu potvrzen.

1. skupina: vazba jistá – děti se po matčině návratu ihned těšily z její přítomnosti a navazovaly s ní kontakt. Matky vykazovaly senzitivní chování k dítěti a citlivou reakci na jeho projevy. Matky obvykle reagují okamžitě, když dítě začne plakat, a snaží se ho utišit. Mají rovněž radost z fyzického kontaktu s dítětem a těší se z jeho nových dovedností. Děti byly sledovány také v předškolním věku – zjistilo se, že jsou sebejistější, lépe navazují vztahy a mají méně problémů s chováním než děti, u kterých byl zjištěn jiný typ připoutání.

2. skupina: nejistá vazba, typ úzkostně vyhýbavý – po matčině návratu se děti její blízkosti spíše vyhýbaly. Některé se k matce chovaly i agresivně. Tyto matky byly označeny jako málo citlivé s odmítáním tělesného kontaktu s dítětem. Na pláč dítěte, kterým k sobě chce matku přivolat, reagují spíše podle své potřeby být s dítětem ve fyzickém kontaktu.

3. skupina: nejistá vazba, typ úzkostně ambivalentní – po opětovném shledání s matkou děti sice měly potřebu tělesného kontaktu s ní, ale zároveň vůči ní projevovaly svoji zlost. „*Klinicky se tyto matky jeví jako spíše uzavřené, emočně stažené a nezúčastněné.*“ (Pöthe, 2001).

Dítě teprve mezi 12. a 15. měsícem začíná rozlišovat mezi sebou samým a okolním prostředím. Do té doby považuje matku (či jiného primárního pečovatele) za svoji součást. Jakmile k sobě začne matku přivolávat, očekává její okamžitou reakci. Pokud reakce přichází pozdě nebo vůbec, je dítě traumatizováno. Bowlby proto považuje za důležité umět se vcítit do potřeb dítěte. Altruismus chápe jako podstatný znak lidské přirozenosti. Přijetí rodičovské role se vši péčí a obětováním považuje za přirozený projev „živočichů“ a nedochází-li k němu spontánně, jde o civilizační vlivy či drobné úchytky od normy, které lze zaznamenat i v přírodě u zmíněných živočichů (Bowlby, 1982).

Raná interakce musí být chápána jako vzájemné působení dvou osob. Podle Bowlbyho není proto možné chybu vztahu připisovat pouze matce, i když je tím zralejším aktérem vztahu, a proto by od ní měly vycházet základní impulzy.

Trendy v současných rodinách

- **Ubývá dětí** – na jednu ženu fertillního věku připadá v průměru 1,4 dítěte (negativní populační bilance, „demografické šetření“).
- **Přibývá mladých párů, které zůstávají cíleně bezdětné.**
- **Přibývá bezdětných párů z důvodů neplodnosti** (jednoho či obou) – týká se až 16 % párů, dle některých autorů i více.

Úvodem je třeba připomenout dva základní pojmy: **sterilita** je neschopnost počít dítě, **infertilita** je neschopnost dítě donosit. Do této kategorie nezařazujeme rodiče, kteří vědomě dítě nechtějí. Řadu případů se daří medicínsky řešit, především pokud přijdou mladí lidé včas. Tam, kde medicína nemůže situaci řešit klasickou cestou (např. anovulace, srůsty vejcovodů u žen, oligospermie či azoospermie apod. u mužů), přichází možnost asistované reprodukce, která se v naší zemi stala populární a je jí věnována široká publicita. Jen těžko však můžeme rozumět všem specifickým intimním problémům mladých lidí.

Imperativ pokračování rodu je u člověka silný. Rodová pouta pociťuje každý z nás trochu jinak, ale vědomí vývoje našeho rodu, znalost našeho genealogického stromu nám všem poskytuje pocit zakořeněnosti a známého biologického původu – víme, odkud jsme vzešli a kam patříme. (Právě tyto otázky jsou nesmírně závažné u dětí adoptovaných či umístěných v pěstounské péči – musí je mít náležitě zodpovězené, aby se jejich osobní identita mohla zdravě vyvíjet; Sobotková, 2001.)

- **„Pozdní mateřství“** – dítě se odkládá na pozdější dobu z důvodů ekonomických, sociálních, studijních (VŠ), bytových, „cestovatelských a poznávacích“ apod.

Před sametovou revolucí byl průměrný věk prvorodiček 19 let, nyní se blíží 30 letům. Tak zvané mateřství starších žen (termín označuje ženu rodící po dosažení 35 let) není sice nový jev, ale jeho příčiny jsou nyní úplně jiné ve srovnání s obdobím před několika desítkami let (i před sametovou revolucí). Počet starších matek výrazně narůstá. Unikátní průkopnické studie na toto téma publikovaly

britské psycholožky Karen Thorpeová z univerzity v Bristolu a Julia Berrymanová a Kate Windridgeová z univerzity v Leicesteru (Berryman et al., 1995). Kniha obsahuje objektivní data a statistiky i subjektivní zkušenosti starších matek a doplňují ji instruktivní kazuistiky. Zajímavé je i to, že se netýká jen Britek, ale zahrnuje i ženy z USA, Austrálie a Řecka. U nás studie tohoto typu zatím, pokud víme, není.

Trend, který je v současnosti u nás, tj. že se zvyšuje věk prvorodiček i podíl starších rodiček, není v zahraničí ničím novým – u nás jen nastoupil později. V Anglii byl v šedesátých letech minulého století průměrný věk prvorodiček 24 let, v devadesátých letech už to bylo u vdaných 29,1 roku (u všech žen 27,9 roku). K těmto číslům jsme dospěli i my.

- **Kvalitní antikoncepce**, která je mnohem více ženami užívána (cca 3–4× častěji než před rokem 1989) – děti jsou více plánované, méně je dětí nechtěných. V současnosti bere antikoncepci cca 1 250 000 žen fertilního věku.
- **Častější spolužití mladých lidí beze sňatku.**
- **Vyšší podíl dětí narozených mimo manželství** – v některých oblastech až 40 %.
- **Ubývá společně tráveného času rodičů a dětí** v rodinách plus chronický nedostatek času v péči o dítě vůbec (Kovařík a Kukla, 1998).

B. ŠKOLA A JEJÍ VLIV NA ZDRAVÍ

Součástí socializačního procesu jsou kromě rodiny také kolektivní zařízení předškolního věku. Po dovršení šestého, resp. sedmého roku věku nastupuje jedno z nejdůležitějších míst v životě dítěte – škola.

Právo na vzdělání

Mezinárodní pakt rozlišuje podle vzoru Všeobecné deklarace lidských práv mezi hospodářskými, sociálními a kulturními právy člověka. Články 6–9 popisují práva hospodářská, články 10–15 práva sociální. Jedním ze sociálních práv je právo na vzdělání. Vzdělání je z pohledu řady států poskytováno jako **veřejná sociální služba**. V pedagogické literatuře se objevuje paternalistický argument, že vzdělání je sociální pomocí jednotlivcům a sociálním skupinám. Z pohledu společnosti, ať už je subjektem práva na vzdělání kdokoliv bez ohledu na věk, je základním cílem vzdělání **socializace** jedince.

Sociální povahu práva na vzdělání neurčuje právní teorie či praxe: je spojena s cíli výchovy a vzdělání. Mimo jiné určení povahy vzdělání prvotně pochází z filosofie vzdělání. Již Kant na samém počátku 20. století se rozepisuje o sociální či civilizační složce výchovy (Kant, 1931). Člověk by se měl stát aktivním a dobrým členem společnosti. Socializace se nemůže obejít bez společenské adaptability jedince čili jeho přizpůsobení se různým sociálním prostředím. Člověk si má proto na základě výchovy a vzdělání osvojit normy, hodnoty a ctnost, jíž je slušnost. Vše je sociální povahy. Osvojené sociální normy, hodnoty a nabyté ctnosti určují chování jedince ve společenském prostředí.

Podle Deweye (1924) je vzdělání v nejobecnějším významu prostředkem i formou sociální kontinuity. Vzdělání je taktéž prostředkem kulturní kontinuity jakékoliv společenské skupiny (Kaime, 2010).

Aby společenská skupina mohla uchovat a rozvíjet svoji kulturní totožnost, musí její člen procházet **enkulturací** (Huberman, 1979). Dítě i dospělý si v enkulturačním

procesu osvojují očekávané chování, které charakterizuje kulturu dané společenské skupiny. V procesu enkulturace jedinec vědomě i nevědomě proniká do sociálních a kulturních norem skupiny a postupně se s nimi ztotožňuje. Jedinec si je vědom svých práv a povinností. Jakmile je právo na vzdělání nahlíženo skrze kulturní antropologii, mohlo by být přiřazeno také ke kulturním právům člověka. Kant hovoří o kultivační funkci výchovy; kulturou rozumí v úzkém slova smyslu vyučování a výcvik. Vyučování a výcvik plní ve vzdělávacím procesu enkulturační funkci.

Právo dítěte na vzdělání uznávají v univerzálním rozsahu čl. 26 Všeobecné deklarace lidských práv, zásada 7 Deklarace práv dítěte a čl. 13 a 14 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Mezinárodní smlouvy formálně uznávají právo dítěte na vzdělání, poskytují právu dítěte na vzdělání **právní platnost**. Úmluva o právech dítěte z roku 1989 má za cíl zpřesnit normativní obsah univerzálního práva dítěte na vzdělání, aniž by se vymkla normativní kontinuitě založené Všeobecnou deklarací a potvrzené Mezinárodním paktem o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

Skoro všichni členové mezinárodního společenství uznávají práva dítěte. Bez jakékoliv argumentační pochybnosti Úmluva uznává dítě jako samostatný subjekt práv. Podle Úmluvy lidská práva výslovně patří dítěti. Úmluva popírá, že by dítě mohlo mít jiné postavení (Jílek, 2013).

Základní právní normy a strategie

Vzdělávání v naší zemi se děje v souladu s celou řadou zákonných i podzákonných norem a doporučení. Mezi klíčové řadíme:

- Školský zákon – zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, se všemi následujícími novelizacemi.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (poslední platná verze od 1. 9. 2013), který si mohou ředitelé škol upravit podle vlastních podmínek školy na
- Školní vzdělávací programy s tím, že pro každý nový školní rok je připraven
- Soubor pedagogicko-organizačních informací (v současnosti tedy na školní rok 2015/16); viz bod 10 – Vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, který se dělí na část 10.1 – Inkluzivní vzdělávání a 10.2 – Vzdělávání žáků se zdravotním postižením).
- Celý systém je doplněn řadou vyhlášek (např. č. 72 a 73/2005 Sb.) a jejich novelizací (vyhláška č. 116/2011 Sb., která vychází mj. z článku 46 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod).
- Neodmyslitelnou součástí je také Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020.

V nejobecnější podobě lze **smysl vzdělávání** vyjádřit prostřednictvím čtyř jeho hlavních cílů:

- osobnostní rozvoj přispívá ke zvyšování kvality lidského života
- udržování a rozvoj kultury jako soustavy sdílených hodnot
- rozvoj aktivního občanství vytvářející předpoklady pro solidární společnost, udržitelný rozvoj a demokratické vládnutí
- příprava na pracovní uplatnění

S vědomím odpovědnosti za vyvážené naplňování všech výše uvedených cílů vzdělávání směřuje **vzdělávací politika ČR** k rozvoji vzdělávacího systému, v němž:

- vzdělávání se nachází v popředí zájmu společnosti i jednotlivců a je považováno za významnou hodnotu
- lidé využívají rozmanité příležitosti k učení v průběhu celého života
- kvalitní vzdělávání je přístupné pro každého, funguje efektivně, spravedlivě a dává všem stejnou šanci
- děti, žáci a studenti vědí, co se od nich na každé úrovni a v každé oblasti vzdělávání očekává a co mohou oni očekávat od něj
- děti, žáci a studenti se rádi učí a jsou motivováni k celoživotnímu učení
- učitelé jsou dobře připraveni na výkon své profese, všestranně motivováni pomáhat dětem, žákům a studentům k dosažení maxima jejich možností a cíleně se rozvíjejí
- školy jsou otevřeny pro soustavnou spolupráci s vnějším světem
- vzdělávání se opírá o aktuální výsledky lidského poznání, podporuje tvořivost a vychází vstříc dlouhodobým potřebám společnosti a trhu práce
- úpravy v organizaci, struktuře a obsahu vzdělávání se opírají o empiricky podložené poznatky

Komparativní výzkumy ukazují, že vzdělání přináší jednotlivcům i celé společnosti řadu nezpochybnitelných **přínosů**, a to jak ve smyslu úzce materiálním, tak v široké škále dalších oblastí. S nižším dosaženým vzděláním je naproti tomu spojována řada společensky rizikových faktorů.

Aktuální údaje přinášejí přesvědčivé důkazy o tom, že rovněž v ČR se s vyšším dosaženým vzděláním výrazně zvyšují nejen znalosti, dovednosti, schopnosti a postoje absolventů, ale výrazně stoupá také spokojenost člověka související s jeho lepším postavením na trhu práce i s celou řadou neekonomických přínosů. Lidé s vyšším vzděláním se v současné společnosti uplatňují celkově lépe, mají výrazně vyšší příjmy, jsou mnohem méně ohroženi dlouhodobou nezaměstnaností a vykazují rovněž větší ekonomický přínos celé společnosti. Vzdělání má také řadu dalších pozitivních efektů: lidé s vyšším vzděláním se např. dožívají vyššího věku, jsou méně náchylní ke zdraví ohrožujícím návykům, více se občansky angažují a celkově hodnotí svůj život jako spokojenější. Je možné, že s rostoucím podílem vzdělanějších osob se některé komparativní výhody této skupiny oproti zbytku populace mohou oslabovat (např. relativní výše příjmů), na řadu dalších naproti tomu nemá jejich zastoupení v populaci žádný negativní vliv (Straková a Veselý, 2013).

Nejnovější poznatky z mezinárodních i domácích šetření sice nepodporují představy o dramatickém **zhoršování vzdělávacích výsledků** mladých lidí v ČR, ukazují však, že v oblasti znalostí, dovedností a způsobilostí žáci a studenti zaostávají za svými vrstevníky ze zemí s neúspěšnějšími vzdělávacími systémy. Mezinárodní šetření ukazují, že výsledky vzdělávání českých žáků jsou obecně průměrné, nekonzistentní a v dlouhodobé perspektivě spíše stagnují (Palečková, Tomášek a kol., 2013).

To může jednotlivcům významně ztěžovat šance na individuální životní úspěch, ale přináší to rovněž nepřehlédnutelná rizika pro další vývoj celé společnosti. Jako prozřívavé se proto jeví efektivně vzdělávat současné mladé lidi na všech vzdělávacích stupních tak, aby disponovali znalostmi a dovednostmi potřebnými pro osobní

i občanský život v moderní společnosti a aby jim jejich vzdělání zároveň pomáhalo k dobrému uplatnění na současném i budoucím trhu práce.

Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020 si klade jako svůj obecný cíl **zlepšení výsledků a motivace** dětí, žáků a studentů na všech stupních školského systému od předškolního až po terciární vzdělávání. Vychází přitom z myšlenky, že každému jednotlivci by vzdělání mělo pomoci maximálně **rozvinout vlastní potenciál**. K tomu je potřeba zajistit, aby vzdělávací systém obecně:

- vytvářel bezpečné a stimulující prostředí a motivoval děti, žáky a studenty i další účastníky vzdělávání k učení v průběhu celého života
- vytvářel příležitosti pro vzdělávání dětí od raného věku a včasnou intervencí podporoval zejména účast dětí ze znevýhodněného prostředí a dětí z prostředí etnických menšin na předškolním vzdělávání
- zajišťoval dobrou dostupnost a prostupnost všech stupňů škol pro všechny společenské skupiny
- neumožňoval formální diferenciaci vzdělávacích cest na nižších stupních vzdělávání
- podporoval individuální integraci dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami
- zejména prostřednictvím fungující poradenské sítě omezoval předčasné odchody ze vzdělávání a rizika plynoucí ze školního neúspěchu
- zejména na nižších stupních školské soustavy se zaměřoval na rozvoj základních znalostí, dovedností, schopností a postojů, s jejichž pomocí budou žáci schopni kdykoliv navázat dalším, specializovanějším vzděláváním
- podporoval metody hodnocení, které jsou zaměřeny na sledování individuálního pokroku každého žáka a studenta
- podporoval rovné šance na přechod do terciárního vzdělávání z oborů středního vzdělávání
- na základě znalosti potřeb trhu práce vytvářel základ pro dlouhodobou uplatnitelnost absolventů i podmínky k snazšímu přechodu na trh práce z těch částí vzdělávací soustavy, které své žáky a studenty pro bezprostřední uplatnění připravují
- vytvářel podmínky k tomu, aby si každý mohl kdykoliv v průběhu svého života vzdělávání doplnit, zvýšit či rozšířit (zvláštní pozornost by přitom měla být věnována osobám s nedokončeným vzděláním nižších stupňů)

Struktura české školské soustavy, která se stále obtížněji vyrovnává s aktuálními demografickými, společenskými, ekonomickými, politickými a kulturními změnami, má k popsanému ideálnímu stavu poměrně daleko. Vedle silných stránek systému, mezi které patří např. tradičně nízká míra předčasných odchodů z počátečního vzdělávání, vysoká míra dokončování středoškolského vzdělávání a v posledním desetiletí také otevřený přístup ke vzdělávání terciárnímu, se začala výrazněji projevovat i některá jeho slabá místa. Školský systém v ČR je sice od předškolního až po vysokoškolské vzdělávání formálně prostupný, nicméně v praxi vytváří řadu slepých cest, které jednotlivcům průchod školským systémem komplikují, přispívají k přetrvávajícím vzdělanostním nerovnostem a v neposlední řadě také snižují efektivitu vynakládaných veřejných prostředků. Nejvýznamnější systémová ohrožení se přitom kumulují na pomezí jednotlivých stupňů školního vzdělávání a mezi oblastí počátečního vzdělávání a světem práce.

Předčasné odchody ze vzdělávání obecně nepředstavují v ČR významný problém, neboť náš vzdělávací systém vykazuje jednu z nejnižších úrovní předčasných odcho-

dů (v roce 2012 to bylo 4,5 %). Přesto je třeba se i nadále soustředit na cílové skupiny, u kterých jsou předčasné odchody ze vzdělávání rizikem větším než u zbytku populace. V ČR jsou jimi zejména děti a žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy osoby se zdravotním postižením a zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Významné riziko pro uskutečňování konceptu celoživotního učení představují také některé praktické překážky bránící návratům do vzdělávání v pozdějším věku, které se vyskytují jak na straně vzdělávání (např. formální požadavky přijetí, nedostupnost alternativních forem jiných než prezenčních), tak v oblastech působnosti jiných politik (např. nedostatečná koordinace mezi vzdělávací politikou a politikou zaměstnanosti) a samozřejmě i na straně vzdělávaných (např. chybějící motivace, potřeba skloubit vzdělávání a rodinný a pracovní život).

Za oblast zvýšeného zájmu je třeba považovat vzdělávání romských dětí, žáků a studentů. ČR v posledních letech významně zintenzivnila intervence s cílem efektivněji integrovat příslušníky této menšiny do škol a programů hlavního vzdělávacího proudu a zajistit jim lepší přístup ke všem stupňům a formám vzdělávání. Navzdory tomu však řada problémů přetrvává a v následujících letech bude jejich řešení třeba věnovat zvýšenou pozornost.

Situace v oblasti vzdělávání se od roku 2011, kdy byla přijata Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2011–2015, výrazně nezlepšila.

V rámci plnění navržených opatření Strategie boje proti sociálnímu vyloučení se MŠMT odkazuje na novelizaci zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), který byl vládě předložen v souladu s legislativním plánem vlády dne 30. 6. 2014. Kladně lze hodnotit **novou kategorizaci**, která žáky dělí nikoliv podle druhu diagnózy, ale podle míry potřeby podpůrných opatření ve stupních 1 až 5. Takový model je spravedlivější a umožňuje lepší kontrolu výdajů státního rozpočtu, neboť finanční prostředky na realizaci podpory budou uvolňovány na základě stanovení skutečných potřeb žáka, nikoliv stanovení konkrétní diagnózy (neboť i v rámci jedné diagnózy mohou být značné rozdíly v míře potřebnosti podpory).

V souvislosti s novým systémem posuzování míry potřebnosti podpory vzniká v rámci projektu Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost „Systémová podpora inkluzivního vzdělávání“ **katalog podpůrných opatření**, který bude detailně popisovat možnosti podpory určené jednotlivým skupinám žáků s potřebou podpůrných opatření. Tento katalog by měl **sloužit školským poradenským zařízením a školám** při určování nevhodnější formy podpory pro konkrétního žáka. V návaznosti na novelu § 16 je třeba vyřešit také financování regionálního školství tak, aby školy obdržely finanční prostředky na zajištění podpůrných opatření v době, kdy jsou zjištěny speciální vzdělávací potřeby žáka. V návaznosti na zavedení těchto katalogů do praxe předpokládá MŠMT opětovnou novelizaci obou vyhlášek 72/2005 Sb. a 73/2005 Sb. v roce 2016 a také novelizaci dalších vyhlášek souvisejících s financováním školské soustavy.

Proti výše popsaným snahám podpořit inkluzivní vzdělávání jde **dodatek**, který se objevil v bodu 6 stanoviska Legislativní rady vlády ze dne 24. 7. 2014: *V § 16 na konci odstavce 2 doplnit písmeno i), které zní: „i) zařazení dítěte, žáka nebo studenta do školy nebo třídy, oddělení nebo studijní skupiny podle odstavce 7.“* Toto ustanovení doplňuje mezi podpůrná opatření zařazení žáka do školy/třídy mimo hlavní vzdělávací proud, což je **v rozporu** s cíli Strategie boje proti sociálnímu vyloučení. Tento návrh zároveň ani neodpovídá záměru podpůrných opatření, která mají být žákům poskytována bez

ohledu na formu vzdělávání (tedy v běžné i speciální škole), ani jej nelze dělit do jednotlivých stupňů (jak je uvedeno v ustanovení § 16 odst. 3).

Pozitivní je, že vláda České republiky usnesením č. 538/2014 ze dne 9. 7. 2014 schválila Strategii vzdělávací politiky České republiky do roku 2020, kde je v kapitole 3.1 prioritou *snížovat nerovnosti ve vzdělávání* (viz výše).

V kapitole 3.1.1 Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020 je uvedeno jako prioritou **zvýšení dostupnosti a kvality předškolního vzdělávání a rané péče**, což je v souladu s cíli Strategie boje proti sociálnímu vyloučení. Nicméně vyjádření ministra školství pro média, kdy připustil, že by povinná předškolní docházka nemusela být realizována jen v mateřských školách, ale i v podobě přípravných tříd, ukazuje, že není dosud zřejmé, zda naplnění této priority dále nepodpoří segregované předškolní vzdělávání (i když už přípravné třídy nebudou určeny pouze žákům se sociálním znevýhodněním, lze očekávat, že budou mít v očích veřejnosti stále určité stigma).

Zásadním úkolem zůstává implementace Akčního plánu opatření pro výkon rozsudku Evropského soudu pro lidská práva v případě D. H. a ostatní proti České republice, který byl předložen Výboru ministrů dle 16. 11. 2012 a revidován ve dnech 18. 6. 2013, 17. 10. 2013 a 25. 4. 2014. Některá opatření Akčního plánu, která odpovídají i záměru opatření Strategie boje proti sociálnímu vyloučení, ovšem stále nebyla realizována či byla realizována v pozměněné formě (Macků, 2014).

Národní programy zdraví ve školství

Vzhledem k preventivnímu pojetí této knihy nelze pominout možnosti prevence poškození zdraví dětí již v mateřské škole. Tyto možnosti nabízí národní program **Zdravá mateřská škola**, který vznikl ve SZÚ za finanční podpory Národního programu zdraví MZ ČR. Klíčovou osobností tohoto programu byla dr. Havlínová, která tento program brala jako svoje dítě. Program Zdravá mateřská škola patří do kategorie komunitních programů zaměřených na nespécifickou prevenci, která se opírá o působení na zdraví všech jeho aktérů v interakční celistvosti všech jeho složek zdraví jednotlivce – tělesné, duševní, sociální a duchovní – a v interakci jednotlivce a prostředí.

Národní program Zdravá mateřská škola sdílí toto základní pojetí s projektem Světové zdravotnické organizace pro Evropu Zdravá škola, který ve svém strategickém programu pro 21. století již má zařazenu problematiku „zdravého startu do života“ (která tam původně nebyla).

Národní program Zdravá mateřská škola má poskytnout aktérům i strategickým partnerům MŠ (např. praktickým lékařům pro děti a dorost, dorostovým lékařům (tehdy) a praktickým lékařům pro dospělé) představu o pojetí, zásadách a prostředcích podpory zdraví dětí v komunitě MŠ.

Cílem programu je přispět k tvorbě podmínek pro tělesnou, psychickou a sociální pohodu dítěte po dobu jeho pobytu v MŠ (současné zdraví) a vychovávat děti ke zdravému životnímu stylu (budoucí zdraví). Program Zdravá mateřská škola byl dokončen v roce 1994, publikován v roce 1995 a od roku 1996 se k němu jednotlivé MŠ hlásily. Projekt nadále pokračuje a v současnosti má statut Zdravé mateřské školy přibližně 100 MŠ (Havlínová a kol., 1995).

MŠ hlásící se k programu se řídí **16 základními zásadami ve třech okruzích:**

I. Vytváří podmínky pro pohodu a zdraví.

1. Celistvost zdraví

Chápe pohodu jako subjektivní pocit zdraví. Zdraví je objektivně zjiřitelným a ověřitelným stavem. Mezi pohodou a zdravím je vztah vzájemné interakce. Pociť zdraví je u jednotlivce výslednicí jeho pohody tělesné, duševní a společenské. To platí pro dospělého i pro dítě.

2. Uspokojování individuálních potřeb

Uspokojuje a respektuje každodenní potřeby dítěte: obecně lidské, zvláštní potřeby dané věkem i jeho individuální a specifické projevy. Ve stejném smyslu pečuje o spokojenost dospělých – učitelů a rodičů, bez níž by nebylo spokojenosti dětí.

3. Spontánní hra

Vytváří prostor, čas a prostředky pro spontánní hru. Vychází přitom z přirozených potřeb a zájmů dítěte. Hra je hlavní činností dítěte a má zároveň význam pro jeho sebezvíjející učení.

4. Tělesná pohoda a volný pohyb

Ochraňuje a posiluje organismus dítěte, nabízí především dostatek volného pohybu, pobyt venku, nejlépe v přírodě, optimální denní režim a vhodné prostředí.

5. Zdravá výživa

Pečuje o stravování podle pravidel o zdraví prospěšné skladbě jídelníčku a technologii zpracování jídel. Pěstuje prospěšné stravovací návyky a dovednosti ve spolupráci s rodinou.

6. Podpora sebedůvěry

Posiluje a povzbuzuje sebedůvěru dítěte i dospělých osob v MŠ. Dítě chrání před situacemi a vlivy, které nezvládá a které je proto stresují, navozuje kladné emoční stavy a citové vztahy, vyhledává přirozené příležitosti ke cvičení odolnosti.

7. Sociální vztahy úcty a spolupráce

Vytváří sociální klima na základě vztahů důvěry, úcty, empatie, solidarity a spolupráce mezi všemi lidmi v MŠ a kolem ní.

8. Pravidla a rytmy

Stanoví a dodržuje taková rámcová pravidla uspořádání života a dne, která zabezpečují rytmický řád a umožňují učitelce pružné rozhodování, vzájemnou informovanost a komunikaci s rodiči.

9. Pohoda věcného prostředí

Vytváří ve svých prostorách vstřícné, estetické, podnětné a hygienicky nezávadné prostředí. Kvalita věcného prostředí má významný vliv na pohodu všech, jichž se týká.

II. Vychovává ke zdravému způsobu života.

10. Úcta ke zdraví a životu

Vychází z obecného cíle výchovy ke zdraví: z dítěte se má stát člověk, který se bude chovat ke svému zdraví i zdraví jiných jako k nenahraditelné hodnotě – je to předpoklad pro plnohodnotný a smysluplný život. Odvozuje obsah výchovy ke zdraví z přirozených témat, jako je lidský organismus, psychika a osobnost, mezilidské vztahy, vztahy ke světu, společnosti a přírodě. To všechno ovšem na úrovni srozumitelné a pochopitelné pro předškolní dítě.

11. Učení prožitkem

Volí takové způsoby výchovy ke zdraví, které jsou pro dítě přirozené. V předškolním věku to znamená, že se dítě samo učí při hře experimentováním a prožitkem. Učí se stále, celým životem, tedy i životem v MŠ. Pokud je něčemu učíme cíleně (organizované učení), neučíme je přednášením, ale děláním, modelováním jen těch způsobů, které jsou mu vlastní (učení prožitkem).

III. Při realizaci projektu Zdravá MŠ se MŠ opírá o sociální a odborné partnery a spolupracuje s nimi.

12. Společenství MŠ a rodiny

Projekt rozvíjí společenství MŠ a rodiny jako nejsilnější záruku účinnosti projektu podpory zdraví. Společenství vzniká prolínáním vlivů z rodiny do MŠ a opačně. Je možné jen na základě vzájemné tolerance, partnerství a otevřenosti. Zná a bere v úvahu kvalitu rodinného prostředí, v němž dítě žije, a snaží se svými prostředky nedostatečné vlivy nahrazovat, škodlivé kompenzovat a přínosné podporovat. Respektuje osobnost otce i matky. Nabízí rodině podněty, dovednosti, inspiraci. Rodina nabízí MŠ seznámení s výchovným stylem a hlubší poznání dítěte.

13. Spoluúčast při řízení MŠ

Praktikuje a rozvíjí styl řízení založený na participaci a kooperaci všech zúčastněných. Dbá o podmínky pro subjektivní pohodu, pro objektivní zdraví učitelek a ostatních pracovníků MŠ a pro odborný růst učitelek, zvláště v oblasti podpory zdraví a výchovy ke zdraví.

14. Zdraví podporující chování učitelky

Spoléhá především na odpovědnost, odborné kompetence a zdravý způsob života a chování učitelky, která je hlavním integrujícím činitelem MŠ. Na jejich schopnostech závisí úspěšnost projektu. Její návyky zdravého životního stylu a postoje ke zdraví jsou příkladnými vzorci chování, které děti napodobují.

15. MŠ je součástí obce

Pojímá sebe jako součást obce a tím se stává významnou součástí její stability. Svými aktivitami se podílí na programech rozvoje obce a společenským klimatem uvnitř MŠ i vztahy s rodiči dětí přispívá ke kvalitě celkového klimatu obce. Vytváří kulturně-duchovní potřeby budoucího života obce nabídkou možností jejich rozvoje v rámci svého vzdělávacího programu.

16. Zdravý přechod dětí do základní školy

Usiluje o součinnost se ZŠ v okolí, aby umožnila nestresující, plynulý přechod dětí ze školy mateřské do 1. ročníku ZŠ. K tomuto zájmu je vedena přesvědčením, že má-li školní docházka pro děti být přínosem, musí být na jejím startu pohoda, povzbuzování k sebedůvěře ve vlastní schopnosti v nové roli.

Školní věk

Školní věk je vývojovým obdobím, na jehož počátku dítě došlo do elementární schopnosti přijmout roli žáka. Změny v psychice a v sociálním chování dítěte jsou pro toto údobí charakteristické a jsou podmínkou pro úspěšné zvládnutí školních nároků. Pokud dítě nedosáhlo požadovaný stupeň zralosti, může mu pomoci odklad školní docházky o rok. Není-li tento odklad realizován, může se pro dítě škola stát nepřiměřenou zátěží, která u něho dříve nebo později vede k poruchám v oblasti somatického a psychického zdraví a problémům v citové oblasti a v oblasti sociálního chování.

Přeměna předškolního dítěte ve školáka je proto řazena mezi kritická vývojová období. Základní znaky tohoto období jsou:

- **v oblasti rozumové**
 - diferencované vnímání
 - udržení zaměřené pozornosti alespoň 15 minut
 - schopnost analytického myšlení (postižení podstatných znaků a vztahů mezi jevy, schopnost reprodukce podle předlohy)
 - racionální přístup ke skutečnosti (relativní oslabení fantazie), logické zapamatování
- **v oblasti citového vývoje**
 - emocionální stabilita (zmírnění impulzivních reakcí)
- **v oblasti sociální zralosti**
 - potřeba dítěte stýkat se s dětmi
 - schopnost podřizovat se zájmům a konvencím dětských skupin
- **v oblasti somatického a funkčního vývoje**
 - období první přeměny postavy
 - urychlení růstu
 - změna tělesných proporcí
 - změna obličejové části lebky
 - vypadává první dentice
 - zklidnění pohybové aktivity
 - rozvinutí jemné motoriky ruky (vizuomotorická koordinace)

V průběhu školní docházky, pokud je zátěž přiměřená, se u zdravého dítěte dále rozvíjejí rozumové schopnosti, pokračuje vývoj v oblasti emoční, sociální, somatické a funkční. Školní zátěž lze hodnotit jako přiměřenou tehdy, jsou-li uspokojovány všechny okruhy přirozených potřeb dítěte.

Potřeby dítěte zabezpečuje především rodina, jejímž úkolem je dbát ne pouze na základní životní potřeby a ochranu zdraví, ale i na rozvoj schopností a zájmů dítěte. Funkční rodina přirozenými projevy citové náklonnosti a přístupem k problémům dítěte vytváří pro něho zázemí a buduje pocit jistoty a bezpečí.

Škola převážně ovlivňuje potřeby rozvíjení poznání, budování hierarchie hodnot a seberealizace, ale také přispívá u dítěte k vytváření pocitu bezpečí a jistoty a spolupodílí se na budování zdravého sebevědomí.

Rozhodující pro minimalizaci rizik poškození zdravého vývoje je, aby rodina a škola respektovaly věkové možnosti dítěte, jeho vrozené schopnosti a zdravotní stav (Kopřiva, 1996; Provazník a kol., 1998).

Škola podporující zdraví

Škola podporující zdraví (ŠPZ, dříve Zdravá škola) je program Světové zdravotnické organizace, který je od roku 1991 k dispozici také školám v ČR. V současnosti je do tohoto projektu v ČR zapojeno přibližně 100 základních škol a jedna škola střední, které dohromady vytvářejí Národní síť škol podporujících zdraví. Od roku 2006 se postupně mění koordinace celé sítě z celostátní úrovně na krajskou.

Program stojí na pevných základech Evropského projektu škol podporujících zdraví, jehož tvůrci jsou Světová zdravotnická organizace, Rada Evropy a Evropská unie. Program je strukturovaný na základní pilíře a zásady, ze kterých filozofie ŠPZ vychází. Vzhledem k obsažnosti programu se pokusíme o shrnutí toho nejdůležitějšího.

Hovoříme-li o „škole podporující zdraví“ (či ne zcela správně o „zdravé škole“), nabízí se logicky otázka, jak je pojem „zdraví“ tímto konceptem vnímán. Očima ŠPZ neznamená zdraví jen nepřítomnost nemoci, ale je pojímáno z hlediska holistického, tj. že zdraví je výslednicí všech složek člověka na úrovni biologické, psychické, sociální, duchovní a environmentální. Každá z těchto složek je stejně důležitá, každé nich je ve škole podporující zdraví věnována náležitá péče a kultivace. Zdraví nestojí na konci výchovného snažení, ale prolíná se celým životem školy, veškerým procesem výchovy a vyučování a týká se všech lidí v ní.

Program ŠPZ se opírá o tři pilíře, kterými jsou pohoda prostředí, zdravé učení a otevřené partnerství. Pilíře vycházejí ze zásad, které akcentují důležitost rozvoje člověka jako jedinečné lidské bytosti.

1. pilíř: pohoda prostředí klade důraz na pohodové a motivační věcné prostředí a příznivé sociální klima ve škole. Domácí atmosféra a zároveň funkčnost, estetičnost, bezpečnost a hygiena školních prostor jsou důležitým znakem podpory zdraví na škole. Na tvorbě a péči o prostředí se podílejí všechny skupiny školního společenství. Příznivé sociální klima akcentuje uznání a respektování existence základních lidských potřeb. Americký psycholog a zakladatel humanistické psychologie A. H. Maslow vytvořil známý model hierarchie lidských potřeb, kde všeobecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich uspokojení je podmínkou pro vznik vyšších potřeb. Ač tento princip hierarchie neplatí absolutně, vyplývá pro každou školu závěr, že proces získávání a předávání znalostí a hodnot, který v pyramidě zaujímá nejvyšší příčku, nelze efektivně uskutečňovat, pokud žáci i učitelé nebudou respektováni v potřebách fyziologie, bezpečí, lásky, náklonnosti, sebedůvěry a sebeúcty.

2. pilíř: zdravé učení podtrhuje smysluplnost výuky zasazené do kontextu skutečného života a hodnocení výsledků školní práce založené především na poskytování věcné a konkrétní zpětné vazby, která posiluje vnitřní motivaci dítěte k činnosti. Pro dosahování stanovených cílů ve škole má rozhodující význam kvalitní komunikace a spolupráce mezi učitelem a žáky, školou a rodiči i učiteli navzájem. Učitel se mnohem více než otázkou, co se žáci učí, zabývá tím, jak učit, jak rozvíjet pozitivní postoje žáků k učení a jejich sebeúcty. Jedním z hlavních požadavků kladených na učitele se tak stává budování tvořivého a motivujícího klimatu ve třídě, které učí schopnosti naslouchat druhému, formulovat vlastní stanovisko a obhájit si ho a učí též velmi důležitým dovednostem týmové spolupráce. V rámci výuky jsou zařazovány prvky skupinového vyučování, kooperativního či prožitkového učení nebo jiných moderních vyučovacích metod.

3. pilíř: otevřené partnerství hovoří o škole jako o komunitě organizované na demokratických principech, kterými jsou zejména svoboda a odpovědnost, zachování pravidel a spravedlnost, spoluúčast a spolupráce. Otevřený demokratický systém ve škole přispívá k utváření osobnostních, sociálních, komunikačních a občanských kompetencí každého žáka a je základní podmínkou, aby se žáci v budoucnu zajímali o věci veřejné, aby se stali aktivními občany.

Jak se mohou školy **přihlásit**? Jak je uvedeno výše, byl projekt převeden na krajskou úroveň, např. v rámci Jihomoravského kraje, který každoročně pomáhá školám podporujícím zdraví v jejich snaze dotacemi, je v síti zařazeno 44 mateřských, základních i středních škol. Z toho vyplývá, že pokud se škola rozhodne do sítě Programu ŠPZ vstoupit, nebude osamělou průkopnicí, ale stane se členkou široké posádky

lodě plující do přístavu demokracie. Více informací viz www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi.

Škola má především možnost využít rukovětí programu podpory zdraví ve škole pro vlastní práci tím, že si vypracuje program podpory zdraví pro svoje podmínky a potřeby. Kromě toho program poskytuje škole také obecnější metodiku, kterou může aplikovat i na podobné účely pedagogické a manažerské (např. pro vypracování jiného projektu školy).

Otevře se jí možnost být v přímém kontaktu s garantem a odborným centrem projektu Škola podporující zdraví v ČR, který zabezpečuje jednak kontakt s evropskou sítí škol podporujících zdraví, jednak zpracovává materiály a organizuje vzdělávací aktivity (semináře, dílny, letní školy) v zájmu rozvoje škol v síti.

Získá možnost být v kontaktu se školami téže orientace a vyměňovat si s nimi zkušenosti.

Vypracovaný projekt vytváří předpoklad, aby se škola mohla dílčími projekty ucházet o poskytnutí finančních prostředků z nejrůznějších existujících zdrojů.

Podle průzkumu renomovaných akademiků z institutu IDEA při CERGE-EI je chlapec v 8. třídě základní školy ve velkém městě pro učitele nejhorší žák. Naopak děti v menších obcích mají školu docela rády. Pozitivní roli může hrát nižší míra anonymity a silnější osobní vazby mezi žáky, učiteli a rodiči. Ale může to být také tím, že školy v malých obcích jsou pro žáky „významnějším oknem do světa“, jak uvádí spoluautor studie doc. Munich (Březinová, 2014).

Akademici sledovali, jak se mění **postoj žáků** ke škole a učení matematiky ve 4. a 8. třídách. Z jejich průzkumu vyplynulo, že celá škola je nebaví, a to o hodně více než jejich vrstevníky v jiných zemích. Zatímco v ČR má matematiku rád či velmi rád pouze každý třetí žák 8. třídy, ve Švédsku, Anglii či Litvě jsou to téměř dva žáci ze tří.

Mezinárodní srovnání také ukazuje, že některé aspekty toho, proč mají děti rády školu a učení, jsou podobné napříč zeměmi: čím je dítě starší, tím má školu rádo méně, oblíbenější je u žáků s lepšími výsledky. V průměru mají dívky školu raději než chlapci. Je to kvůli stylu výuky, který jim více vyhovuje i tím, že je školství feminizované. V ČR mají tyto aspekty silnější vliv než v zahraničí.

Pokud se týká matematiky, ve 4. třídě je ve větší oblibě u chlapců a v 8. třídě naopak u dívek. Obecně platí pravidlo, že když děti matematika nebaví, nejde jim. Jenže hodně učitelů ji učí pořád stejně jako před dvaceti lety. Také mají velký vliv názory celebrit, společnosti. Celebrity se třeba chlubí, že jim matematika nešla – a pokud potom někoho baví, aby se bál to veřejně říci, protože se hned každý zděsí. To všechno na žáky působí. Problém je také v přetrvávajícím přesvědčení, že na matematiku musí mít člověk „buňky“. Žáci na druhém stupni se pak nedají přivést k tomu, aby se jí snažili porozumět.

Zatímco výuka na prvním stupni je více orientovaná na žáka, na druhém stupni se soustřeďuje hlavně na obsah bez ohledu na zájem žáků. To, jak funguje systém na druhém stupni, je problém, který vede k velkému zájmu o víceletá gymnázia, protože se rodiče bojí starého způsobu výuky, dokládá Munich (Březinová, 2014).

Současný stav ve společnosti, v rodině a ve školství

Každodenní život je ovlivňován tím, co lze vyjádřit pojmem „duch doby“. Ten se v České republice vyznačuje neseriózností mnoha politiků, korupcí, nezaměstnaností, nedomyšlenými reformami sociální péče o seniory i o děti vyžadující speciální péči. Každá nová vláda přináší nové podněty pro změny ve školství – to vše

i mnohé další události ve světě podporují životní styl, který lze označit metaforicky úslovím „žijeme dnes odpoledne“ nebo výrokem „po nás potopa“, který si připisuje Ludvíku XV. Pochopitelně v mnoha lidech narůstá také nemožnost pochopit směřování dějin, nejistota a strach z budoucnosti a odtud i úpadek přátelství a zájmu o soužití ve společenství. Až překvapivě platí i pro naši současnost to, co už bylo konstatováno ve staré Indii: „Nejvíce zla v lidech a v národech pochází z nevědomosti, strachu a sobectví.“

Situace ve školství: hlavní varovné charakteristiky osobností žáků základní školy

- suverenita nepodložená pozitivními kompetencemi, ale siláctvím a hrubostí a často i postavením a vlivností rodiny, penězi apod.
- neochota mnoha dětí, případně jejich rodičů začlenit se do výchovně podnětné organizace (např. skauting) a respektovat řád
- strach z dospělosti
- učitelé i rodiče přestávají být dětmi a dospívajícími vnímáni jako autority
- rozmáhá se nezdrovilost, přezírání starších lidí („Trhni si nohou, babo.“)
- etická kultura osobnosti je u značného procenta dětí na signifikantně nižší úrovni vzhledem k věkovým normám

Uvedené lze doložit výzkumem M. Valáškové z Centra výzkumu vývoje osobnosti Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně, která sledovala úroveň zodpovědnosti u žáků 9. tříd. Zjistila, že žáci ani v 9. třídě nechápou, že se mají chovat podle standardů chování, které ve škole platí, bez ohledu na to, jak „silnou“ osobností je učitel nebo zda je přítomen ve třídě. Chovají se prostě podle toho, zda si myslí, že je učitel/ka zvládne a zda je bude sankcionovat, když poruší pravidla školního řádu, ne podle norem chování. Vyplývá z toho, že dospívající jsou vzhledem k věku o jednu vývojovou etapu pozadu. Měli by být podle poznatků vývojové psychologie na počátku uvědomělé úrovně mravního rozhodování a jsou na úrovni oportunistické.

Požadavky na inovaci dominant výchovy lze vyvodit z problémů, které přináší doba:

- Pokud jde o výchovu, musí se škola s rodinou spojit proti pragmatismu a cynismu, které vytvářejí některá média.
- Naučit děti a mládež kritériím rozlišování – je mnoho příležitostí v třídnických hodinách, na školních výletech a pobytech v přírodě ukazovat dětem a mládeži na příkladech bez kazatelského moralizování, jaké jsou důsledky amorálního a utilitaristického jednání.
- Ukazuje se, že tam, kde jsou vytvořeny možnosti hodnotně trávit volný čas (organizovaná centra volného času), je výskyt negativních jevů signifikantně nižší. Družiny dětí jsou někdy jen úschovny dětí, aby nepobíhaly bezprizorně venku, avšak školy pracující na komunitním principu využívají pobytu dětí ve škole či družině výchovně pozitivně.
- Od školního roku 2013–2014 se do osnov školství vrací řada prvků branné výchovy – první pomoc, konstruktivní chování v krizových situacích, jako jsou povodně, požáry, teroristické útoky apod.
- Zkušenosti z doby druhé světové války ukazují, že má smysl vyučovat děti a mládež dovednostem přežití v extrémních situacích formou her a dobrodružství. To je vhodné téma pro dramatickou výchovu a mimoškolní výchovné programy, jaké realizuje např. skauting.

- Jen výjimečně se v našem školství setkáváme s programy metodiky, jak naučit žáky učit se a probouzet v nich poznávací dychtivost – a přitom jde o naprosto zásadní preventivní přístup pro etickou a občanskou kulturu. Děti s velkou poznávací dychtivostí a děti ambiciózní a zároveň vybavené dovednostmi získávat a zpracovávat informace se většinou chovají slušně a s respektem k dobrým zásadám soužití a kultivace sebe a společenství.

Tvůrci vzdělávací politiky jsou v posledních letech stále naléhavěji vyzýváni k **prověření východisek**, na jejichž základě je v ČR organizováno vzdělávání, a k vymezení priorit dalšího rozvoje vzdělávacího systému. Ke splnění těchto cílů byla vytvořena Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020, která vychází vstříc oběma požadavkům tím, že na základě zhodnocení aktuálního stavu vzdělávacího systému nově stanovuje základní rámec pro jeho **další rozvoj**.

Vycházet by z něj měli všichni tvůrci vzdělávací politiky, zejména MŠMT ČR, další ústřední orgány státní správy a územně samosprávné celky s odpovědností za oblast vzdělávání.

Navzdory dílčím pokrokům v různých oblastech nebyla splněna ani systematicky naplňována řada cílů deklarovaných v Národním programu rozvoje vzdělávání (Bílé knize) z roku 2001.

V uplynulém období se postupně vytrácelo vědomí vazeb a souvislostí mezi jednotlivými součástmi vzdělávacího systému, jehož rozvoj nebyl dostatečně podložen dlouhodobou vizí a komplexní strategií a byl ovlivňován spíše izolovanými a nedostatečně provázanými řešeními. V důsledku toho vzrůstá nejistota, posilovaná v posledních letech poměrně nízkou předvídatelností kroků ministerstva i dalších tvůrců vzdělávací politiky, která rovněž oslabuje vzájemnou důvěru mezi jednotlivými aktéry ve vzdělávání.

Strategie vychází z předpokladu, že pro další období je třeba stanovit omezené množství priorit, o jejichž dosažení by tvůrci vzdělávací politiky měli systematicky usilovat. Vzdělávací politika ČR směřuje obecně k rozvoji vzdělávacího systému založeného na konceptu celoživotního učení tak, aby zodpovědně naplnila základní smysl vzdělávání: osobnostní rozvoj přispívající ke zvyšování kvality lidského života, udržování a rozvoj kultury jako soustavy sdílených hodnot, rozvoj aktivního občanství vytvářející předpoklady pro demokratické vládnutí a přípravu na pracovní uplatnění.

Na základě důkladného zhodnocení současného stavu vzdělávací soustavy v ČR stanovuje Strategie pro následující období tři **průřezové priority**:

- snižovat nerovnosti ve vzdělávání
- podporovat kvalitní výuku a učitele jako její klíčový předpoklad
- odpovědně a efektivně řídit vzdělávací systém

V uplynulé dekádě prošly téměř všechny části vzdělávací soustavy poměrně závažnými proměnami, jejichž progresivní účinky se mohou plně projevit jen v dlouhodobě stabilních podmínkách. S ohledem na tuto skutečnost nesměřuje Strategie k radikální přestavbě existujícího vzdělávacího systému, ale zaměřuje se na cílené zlepšování činností ve všech částech a na všech úrovních, zejména ale na jeho nejnižších stupních.

Schválením Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020 vládou definitivně pozbývá platnost Národní program rozvoje vzdělávací soustavy (Bílá kniha) z roku 2001. V těsné vazbě na Strategii budou naopak připraveny navazující strategické dokumenty, které jednotlivé její priority a cíle rozpracují do konkrétních opatření.

V roce 2013 doznal Rámcový vzdělávací program pro základní školství (Opatření ministra školství, mládeže a tělovýchovy, kterým se mění RVP pro základní vzdělávání, č. j. MSMT-2647/2013-210), jeden ze základních dokumentů, výrazných změn v řadě položek. S tím souvisí odpovídající změny ve Školských vzdělávacích programech, protože každá škola sice vychází z RVP, ale musí jej přizpůsobit svým lokálním podmínkám.

Nesmíme též opomenout nařízení vlády č. 367/2012 Sb. ze dne 3. 10. 2012, kterým se mění nařízení vlády č. 211/2010 Sb., o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání.

Kromě toho pro každý školní rok připravuje MŠMT Soubor pedagogicko-organizačních informací (v současnosti na školní rok 2015/16).

Nekoncepčnost

Podíváme-li se na novodobé dějiny školství od roku 1989, lze sledovat silně „kmitající křivku“, kdy „průměrná životnost“ jednoho ministra/ministryně školství je 19 měsíců! Každý z nich přitom přišel s nějakou vlastní představou, čím je třeba se zapsat do dějin. Ač si to ředitelé pro veškeré každodenní starosti v právní subjektivitě přímo neuvědomovali, museli „filtrvat“ tyto nápady tak, aby se jim škola příliš „nerozkmitala“ pod rukama. Hlavním smutným krédem je koncepčnost.

Je třeba si ale uvědomit, že vedle této kmitající křivky běží i sinusoida mnohem protáhlejší, pozorovatelná až v delším historickém kontextu. Jde o do jisté míry děděný „mem“ (*memory* – vzpomínka) povahy českého národa, po staletí předávaný a pěstěný, spočívající v udržování bližšího svého v permanentním strachu, co s ním bude.

Český antropolog prof. PhDr. Ladislav Holý, CSc., od roku 1968 žijící ve Velké Británii, je autorem knihy, která pojednává o české národní identitě. Již samotný název studie je signifikantní: *The Little Czech and the Great Czech Nation* (česky *Malý český člověk a skvělý český národ*, Praha: SLON, 2001). V souhrnu lze říci, že základním poznatkem výzkumu je zjištění, že ve vnímání nás samotných máme určitý a nezájímavý rozpor – jako Češi (myšleno národ) se vnímáme jako „celkem šikovní, vysoce kulturní a hluboce demokratičtí“, zatímco jednotlivci v tomto národě jsou „závistiví, zbabělí, nesnášenliví a často poklonkující“. Říká se, že všechno na světě vidíme, jen vlastní oko si nevidíme. Proto snad musel s touto studií přijít autor, který již v Čechách skoro půlstoletí nežije.

V zemi, kde působil Jan Amos Komenský, dnes slaví úspěch stanice Šlágr, celebrity nám sdělují svůj názor na eutanazii a z tištěných médií přežívá bez problémů pouze bulvární *Blesk*.

Specialista na evropské právo, sociolog a filosof prof. Jiří Příbáš z britské Cardiffské univerzity k současnosti nedávno uvedl: „*Naše společnost přestává být demokratická a svobodná, protože v ní vládne diktát průměrnosti. Dnešní politiky bychom mohli označit za „průměrné diletanty“, z nichž mnozí dokonce ani neví, jaké mají pravomoci, a často postrádají elementární profesní etiku a politickou odpovědnost.*“ (Stárek, 2014)

3.3 Systém zdravotní péče

Zásady fungování a řízení činnosti zdravotnických zařízení jsou utvářeny v rámci **zdravotní politiky státu**, formované na úrovni legislativní, ekonomické, sociální a politické. Zásady, principy a důsledky zdravotní politiky směřují především k zajištění optimálního rozsahu a kvality zdravotní péče v rámci dostupných ekonomických zdrojů, současně však obsahují také důležitou psychologickou, sociální a etickou dimenzi, neboť vyjadřují vztah státu a jeho občanů k důležitým základním lidským hodnotám, jakož i vztah lidí k sobě navzájem včetně vztahu k jedincům a skupinám znevýhodněným akutní či chronickou nemocí, poruchou, úrazem či postižením (Kebza, 2005).

Za hlavní **kritéria zdravotnických systémů** jsou většinou v literatuře považovány (podle Křížové, 1998):

- **dostupnost poskytované péče**, zahrnující finanční, geografickou, časovou, organizační a sociokulturní dimenzi
- **kvalita poskytované péče** ve vztahu k úrovni medicínského poznání, úrovni technologií a ekonomickým možnostem země
- **ekonomická nákladnost systému** je obvykle vyjadřována procentuálním podílem nákladů na činnost systému z celkového HDP
- **výkonnost zdravotnického systému** vyjadřuje objem a kvalitu poskytované péče při daných ekonomických zdrojích
- **rovnost** v udržování a rozvíjení zdravotního potenciálu prostřednictvím zdravotnického systému
- **sociální akceptabilita**, tj. přijatelnost zdravotnického systému pro občany i společnost z hlediska kvality a dostupnosti

České zdravotnictví je postaveno na **třech základních principech**:

1. Zdravotní péče je garantována státem.
2. Zdravotní péče je poskytována občanům ČR a dalším oprávněným osobám na základě veřejného zdravotního pojištění.
3. Zdravotní péče je poskytována sítí nezávislých zdravotnických zařízení, která vstupují do kontaktu se zdravotními pojišťovnami.

Ad 1. Na základě Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod má *každý právo na ochranu zdraví* – čl. 31 Listiny. Na témže místě je dále uvedeno: *Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.* Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, již jen konkretizuje podmínky, za nichž je tato péče poskytována.

Dne 7. 4. 2014 byl ve Sbírce zákonů zveřejněn zákon č. 60/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a o doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Tato novelizace nabyla účinnosti k 1. 1. 2015.

Ad 2. Ze zákona je v systému veřejného zdravotního pojištění pojištěna:

- fyzická osoba s trvalým pobytem na území ČR podle zákona upravujícího evidenci obyvatel

- osoba, které je na základě mezinárodní smlouvy nebo předpisu EU příslušná k zdravotnímu pojištění v České republice
- osoba, která nemá na území ČR trvalý pobyt, jde-li o:
 - 1. osobu, k jejímuž zdravotnímu pojištění je na základě mezinárodní smlouvy nebo předpisu Evropské unie příslušná Česká republika
 - 2. osobu, na kterou se nevztahuje bod 1, pokud vykonává na území ČR zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem v ČR

Ad 3. Pojištěnec má právo stanovit si pojišťovnu, u které chce být pojištěn; tuto pojišťovnu může jednou za rok změnit s tím, že žádost musí být dána do 30. 6. daného roku, aby od 1. 1. roku příštího byl již pojištěncem nové pojišťovny.

Dále má právo zvolit si registrujícího lékaře (praktického lékaře pro děti dorost, praktického lékaře, gynekologa, stomatologa) a toho změnit jednou za tři měsíce. Dále má právo zvolit si zdravotnické zařízení, které má smlouvu s danou pojišťovnou, u které je pojištěn i tento pojištěnec.

Zdravotní pojišťovna má povinnost zajistit péči u smluvních poskytovatelů v patřičném rozsahu; nesmí pojištěnce odmítnout.

Poskytovatelé zdravotnických služeb poskytují pojištěncům zdravotní péči na základě smluvních vztahů s pojišťovnami, a to *lege artis*. Některé druhy péče jsou bez přímé úhrady, jiné s dílčí nebo plnou úhradou. (Zdravotnickým zařízením se rozumí vlastní prostory určené k poskytování zdravotních služeb.)

Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), jednoznačně definuje druhy a formy zdravotní péče.

- **Druhy zdravotní péče** (hlava I, § 5)
 - podle naléhavosti: neodkladná, akutní, nezbytná, plánovaná
 - podle účelu poskytnutí: preventivní, diagnostická, dispenzární, léčebná, posudková, léčebně-rehabilitační, ošetrovatelská, paliativní, lékařská, klinicko-farmaceutická
- **Formy zdravotnické péče** (hlava I, § 6–10) jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Jednou z novějších forem zdravotní péče je **domácí zdravotní péče (DZP)**. Síť pracovišť domácí zdravotní péče začala být v České republice budována po roce 1990. Přibližně od roku 2005 lze pozorovat stabilizaci sítě i rozsahu činnosti DZP, přičemž přetrvávají výrazné rozdíly mezi jednotlivými kraji.

Poskytování DZP umožňuje zkrácení pobytu pacienta na akutním nemocničním lůžku, jeho dřívější propuštění a doléčení v psychicky příznivějším domácím prostředí. V posledních letech je nevléčitelným pacientům poskytována v rodinném prostředí také hospicová péče.

Služeb DZP využilo např. v roce 2012 více než 148 tisíc pacientů, z toho 80 % jich bylo ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny (64 %) tvořily ženy. Chroničtí pacienti tvořili 85 %, domácí hospicová péče byla poskytována 7367 pacientům.

U pacientů bylo pracovníky DZP provedeno celkem 11,1 milionu výkonů, z nichž 94 % bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Z celkového počtu 669,4 tisíc výkonů nehraných zdravotními pojišťovnami bylo 9,5 % zdravotních výkonů, ostatní

výkony, částečně nebo plně hrazené pacientem, se týkaly sociální péče. Z celkového počtu všech výkonů jich bylo 53 % provedeno u imobilních pacientů (ÚZIS ČR, 2012).

3.3.1 Kvalita zdravotní péče

Kvalitu zdravotní péče upravuje mj. zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Základním smyslem je, aby veškeré zdravotnické služby byly poskytovány kvalitně a bezpečně. K tomu slouží hodnotící standardy, které tvoří základ pro externí hodnocení a jsou souborem požadavků na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Hodnotící standardy kvality a bezpečí stanovuje prováděcí předpis k uvedenému zákonu, kterým je **vyhláška č. 102/2012 Sb.**, ze dne 22. března 2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Nový zákon o zdravotních službách zavádí do právního řádu také novou definici postupu *lege artis*. Pacient má podle § 28 odst. 2 zákona právo na poskytování zdravotních služeb *na náležitě odborné úrovni*. Toto ustanovení je třeba vykládat za pomoci ust. § 4 odst. 5 zákona, jež vymezuje náležitou odbornou úroveň jako poskytování zdravotních služeb *podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*.

3.3.2 Dostupnost zdravotní péče

Místní a časovou dostupnost zdravotnických služeb popisuje nařízení vlády č. 307/2012 Sb. Dojezdové doby vyjadřují místní dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Dojezdové doby jsou stanovené pro jednotlivé obory nebo služby a jsou stanoveny jako nejzazší možné. Podle přílohy č. 1 bychom se např. k registrujícím lékařům měli dostat za 35 minut, ke specialistům mezi 45 a 90 minutami, na vysoce specializovaná pracoviště do 2 hodin. U lůžkové péče je to 60–180 minut.

3.4 Životní styl

Způsob života má mezi faktory ovlivňujícími zdraví poněkud zvláštní postavení: volíme si jej a tvoříme sami s relativně větší autonomií a flexibilitou, než si můžeme volit a vytvářet svoje životní prostředí nebo zdravotní péči. Kromě toho za jakkoliv daných podmínek prostředí i péče můžeme volbou svého životního stylu směřovat alespoň do určité míry k naplňování své životní spokojenosti a pocitu zdraví. V období hledání, volby a dotváření životního stylu bývá tato spokojnost vyšší (sycená do značné míry energií mládí a možnostmi, jež se mu otevírají) než později, v době, kdy dochází k „usazení“ v určitém životním stylu (možnosti volby jsou omezenější a dostavuje se životní únava, popřípadě nespokojenost s dříve učiněnou volbou a jejími důsledky).

Vymezení pojmu životní styl (způsob života) je neobyčejně široké. Zahrnuje paletu prakticky všech lidských aktivit – od myšlení přes chování až po jednání na úrovni jedince, různých velkých lidských kolektivů až celých populací. Lze jej nahlížet z hlediska systému i jednotlivých prvků, jež mohou být uplatňovány cílevědomě, vědomě, mechanicky i intuitivně. Obecně můžeme říci, že **životní styl je projevem**

lidské osobnosti v nejširším smyslu – v interakci s různými okruhy jejího životního, především sociálního prostředí je jedinečným způsobem svázán s tím, jak jedinec strukturuje svůj čas a prostor a jakými činnostmi je naplňuje.

V rodinách s dětmi má životní styl prvořadý význam při formování jejich vývoje, pro který může být zdrojem jak kladných podnětů, tak i zdrojem a spolupříčinou jeho případných poruch. S ohledem na kvalitu dětského zdraví jsou sanogenní (podporující zdraví) a nocigenní (způsobující nemoc, resp. škodící zdraví) procesy vycházející ze životního stylu rodičů dosud probádány mnohem méně, než si zasluhují. Je třeba lépe znát jejich podíl na vzniku zdravotních poruch, které dnes v obrazy dětské morbiditativy převládají. Nemají na rozdíl od převládajících složek dřívější morbiditativy často etiologicky vyjasněný původ, jsou multikauzální, s vysokým podílem psychosociálních momentů a nepodílejí se jen na vzniku určitých definovaných nemocí a poruch v dětském věku – mnohem důležitější je jejich podíl na konstituování celkové zdravotní kondice. Ta se v návaznosti na prenatální vývoj tvoří právě během dětství jako déleodobá (třeba i „doživotní“) individuální vlastnost a organická součást celé utvářející se osobnosti.

Určitý zájem a s ním spojená aktivita v reálném životě člověka neexistují jako izolované a samostatné fenomény, nýbrž jsou do něho zakomponovány jako celý **komplex chování a životní strategie**. Jedinec volí určité aktivity a jiné potlačuje na základě zvoleného modelu, hodnotové orientace a životních preferencí. Program výběru a potlačování určitých aktivit vyplývá z tvorby životního stylu (a zároveň se do této tvorby promítá), který se rodí na základě životního stylu původní rodiny.

Je známo, že zkušení praktičtí lékaři pro děti a dorost (či pediatrii), znalí rodin svěřených dětí, dovedou velmi jemně rozlišovat a s přesností přímo adresnou navrhnout **režimová opatření vhodná pro dané dítě** v dané rodině. Vědí, že každá rodina je jiná, a svá doporučení k preventivní, léčebné i rehabilitační péči umí této různorodosti rodin přizpůsobovat. Pokud bychom měli tuto různorodost rodin definovat, došli bychom nepochybně k různorodosti v prvcích jejich životního stylu (Kovařík a Kukla, 1998).

3.4.1 Výživa

Výživa je jednou z nejvýznamnějších součástí životního stylu. Po narození je jistě základem součástí výživy **materšské mléko**, jež představuje ideální formu výživy pro zralé novorozence a kojení v prvních měsících života. Je stále k dispozici, má odpovídající teplotu a je levné. Uvolnění oxytocinu přiložením dítěte k prsu matky vede také k rychlejší úpravě hypertrofické dělohy. Kojení rovněž podporuje vazbu matka-dítě.

Druhy materšského mléka

Kolostrum

- do 4. dne života
- nižší energetický obsah: 56 kcal/100 ml
- nižší obsah tuků a cukrů
- vyšší obsah bílkovin, z toho minimálně 50 % sekretorického IgA
- obzvláště obohaceno o bílé krvinky: makrofágy, polymorfonukleární granulocyty, lymfocyty
- hodnotné imunologické funkce

Tranzitorní – přechodné mléko

- 5. až 10. den života
- vyšší energetický obsah: 60 kcal/100 ml
- vyšší obsah tuků a cukrů
- nižší obsah bílkovin

Zralé mateřské mléko

- od 11. dne života
- vyšší energetický obsah: 68 kcal/100 ml
- vyšší obsah tuku
- obsah cukrů stejný jako u tranzitorního mléka
- nižší obsah bílkovin

Biologické výhody mateřského mléka

- **Bílkovina** – obsah je relativně nízký. Nabídka je přizpůsobena enzymatické výbavě kojence a nedochází k nadbytečnému přívodu aminokyselin. Podíl kaseinu (40 %) je významně nižší ve srovnání s kravským mlékem (60 %).
- **Uhlovodany** (cukry) – obsah je relativně vysoký, avšak obsahuje nejvíce laktózy. To zvýhodňuje možnost osídlení střeva bakterií *Lactobacillus bifidus* a brzdí růst *E. coli*.
- **Tuky** – kvantitativně odpovídá obsah tuku v mateřském mléce mléku kravskému, ale významný je dietetický vliv – mateřské mléko (MM) obsahuje esenciální mastné kyseliny – linolovou, linolenovou, arachidonovou, dokosahexaenovou. Zvláště poslední dvě jsou velmi důležité pro rozvoj CNS a oční sítnice. Lepší vstřebávání tuků obsažených v MM je dáno lipázou MM, která v kravském mléce není obsažena.
- **Minerály** – obsah minerálů v MM je relativně nízký. Následkem je nízká osmolarita a tím i menší nebezpečí hypertonické dehydratace. Vápník, zinek a železo se resorbují u kojených dětí lépe.
- **Vitaminy** – pokud je kojící žena dobře vyživována, má i kojené dítě dostatek vitaminů s výjimkou vitamínu D a K, které je potřeba substituovat (Muntau, 2009).

Základním předpokladem je, aby kojící matka měla klidné, ohleduplné a stimuluující prostředí. Měla by mít dostatek odpočinku a rozumnou fyzickou námahu. Základem její výživy by měla být plnohodnotná smíšená strava, respektující zásady zdravé výživy (Nevoral, 2002).

Problémy při kojení nejsou vzácné. Objevují se buď časně, nebo později v průběhu laktace. Řadíme mezi ně mj. bolestivé nalití prsů, pozdní nástup laktace, retenci mléka, mastitidu, ragády a poranění. Problémem je též oddělení dítěte od matky. To by se mělo dít jen výjimečně, v indikovaných případech. MM by matka měla odstříkávat a dítěti by poté mělo být podáváno.

Množství mléka pro zdravého kojence odpovídá 1/6 jeho hmotnosti, tj. 150–180 ml/kg/den, maximálně 1 litr mléka denně. Toto množství plně kryje potřebu tekutin dítěte, není proto potřeba je ještě něčím „dolévat“.

Principiálně lze říci, že výživa kojence se děje ve **třech na sebe navazujících obdobích**. První období je mléčné (viz výše) a trvá 4–6 měsíců. Druhé období je přechodné, kdy k MM (případně mléku umělé výživy) přidáváme kašovitě příkrmy. A ve třetím období (období smíšené stravy) je postupně do jídelníčku zařazována upravená strava

dospělých vhodná pro dítě. Mléko a mléčné výrobky by měly zůstat důležitou součástí stravy do 36 měsíců dítěte.

Rady pro kojení

- časně přiložení – nejlépe do hodiny po porodu!
- stimulace produkce mléka častějším přikládáním dítěte
- zpočátku přikládat jen k jednomu prsu na 2–4 minuty
- první prs nechat dítětem plně vypít do jeho vyprázdnění
- prs se vyprázdní během 7–9 minut
- nenechat dítě u prsu déle než 20 minut (nebezpečí ragád)
- čím častější a úplnější je vyprázdnění prsu, tím větší je množství mléka a menší nebezpečí zatuhnutí
- krmení podle potřeby – 6 až 10 dávek
- množství *ad libitum*
- plenky mají být mokré při každém přebalování
- umývání prsu vlažnou vodou před a po kojení
- čištění prsní bradavky sterilním hadříkem po kojení a následné ošetření bradavky krémem na ochranu pokožky
- skutečné překážky kojení jsou velmi vzácné jak ze strany matky, tak kojeneho dítěte
- nutno dodržovat dostatečný příjem tekutin u kojící matky – minimálně 2,5 litru na den
- podle možnosti se vyvarovat nikotinu a alkoholu, kofein jen minimálně

Smysluplné je vylučné kojení do 4. do 6. měsíce. Přibližně od 5. měsíce se začíná s příkrmem na bázi kašovitě stravy. Nutričně-fyziologické výhody kojení přetrvávají do přibližně 5. měsíce, imunologické do 6. měsíce.

Nesmíme také zapomenout, že strava kojící ženy musí být bohatá na všechny složky potravy, především mléko a mléčné výrobky. Jistě nebudeme doporučovat kojícím matkám ostrou, silně kořeněnou a nadměrně solenou stravu, nadýmající (omezit některé druhy zeleniny je žádoucí), fastfoodovou. Samozřejmostí je eliminace kouření, alkoholu, drog apod., o kterých víme, že pronikají do mateřského mléka. Nezapomenout na dostatek tekutin.

VÝŽIVA OD JEDNOHO ROKU DO ADOLESCENCE

V období od jednoho roku věku až do adolescence se způsob výživy postupně významně mění. Zpočátku jsou děti pasivními příjemci jídla, postupně přecházejí do fáze, která vyžaduje určitou kontrolu rodiči, a končí jako jedinci, kteří si o své výživě rozhodují zcela sami. V průběhu tohoto vývoje je nesmírně důležité, aby bylo dítě vedeno k pochopení důležitosti správné výživy pro růst i mentální vývoj, naučilo se zásady správné výživy a osvojilo si dobré stravovací návyky. Jídlo by nikdy nemělo rodičům sloužit jako výchovný prostředek k udržení kázně, nebo naopak primární projev přízně (Nevoral, 2002).

Období batolecí

V druhém roce života by mělo mít dítě v průběhu dne 5–6 porcí jídla, z toho dvě svačiny. Jídla by měla být rozmanitá, s různou chutí, konzistencí i teplotou.

Součástí jídla by měly být především: 1. mléko, 2. maso, ryby, drůbež, vejce, luštěniny, 3. zelenina, 4. ovoce, 5. cereálie. Mléka by mělo být cca 500 ml a k tomu ještě mléčné výrobky. Zdůrazněme i vlákninu: až 5 g/den. U starších dětí má množství vlákniny ve stravě narůstat podle vzorce „věk v letech + 5“, tj. tříleté dítě by mělo dostávat 8 g/den, 12leté 17 g/den, ve 20 letech 25 g/den. Zcela určitě je jí v současné stravě nedostatek (Nevoral, 2002).

Předškolní věk

V předškolním věku by se mělo dítě naučit pravidelnému stravovacímu režimu včetně snídání. Již v tomto věku cílí na dítě televizní reklamy, které se snaží ovlivnit jeho jídelníček. Zdaleka ne vždy jsou to reklamy správné. Je tedy na rodičích, jak složí jídelníček a zavedou způsob stravování dítěte. Dítě má jíst v klidu, na místě k tomu určeném, bez jiných aktivit (jako je televize nebo počítač).

Mléko (s nízkým obsahem tuku), mléčné výrobky (jogurty, sýry) jsou donátory vápníku. Drůbež, ryby, libové maso jsou zdrojem železa, dále jsou vhodná vajíčka (3–4× do týdne), ovoce, zelenina, luštěniny, ke snídani se hodí cereálie s nízkým obsahem cukru (Nevoral, 2002).

Školní věk

Nástup do školy výrazně ovlivňuje životní styl dítěte. Vstát je třeba tak, aby se dítě nansídalo (to je velmi důležité, bohužel řada studií dokazuje, že se tak často neděje) a mělo tak dostatek energie na školní činnosti. Řada dětí, které nesnídají, se ocitá u praktických lékařů pro děti a dorost s funkčními poruchami zažívacího ústrojí a ne vždy se na tento problém se snídáním myslí. Podle délky vyučování je načasován oběd (ve škole, někdy i doma), významné jsou dopolední přesnídávka a odpolední svačina, které by měly doplnit ztrátu energie během dne. S přibývajícím věkem je snaha nahradit oběd nějakým „snackem“, který sice je energeticky bohatý, ale má nízký obsah živin. Rodinné stravovací tradice se dostávají do konfrontace s tím, co jí kamarádi, jaké svačiny mají s sebou, co případně jedí dospělí, se kterými přichází dítě do styku při studiu i při hrách. Stále větší vliv má reklama. V tomto věku je zapotřebí apelovat na pohybové aktivity, kterých není nikdy dostatek, a upozorňovat na negativní vliv nikotinu, alkoholu, drog apod.

Je vhodné doporučovat pestrou stravu, skládající se z rozmanitých potravin. Je správné dbát na pitný režim, nicméně v současnosti je místo vody a mléka využíváno slazených nápojů, které se spolu s nedostatkem pohybu (výdeje energie) a velkou spotřebou tuků podílejí na nadváze a obezitě (viz dále).

Často se diskutuje vliv stravy a soli na hypertenzi u dětí. Řada studií prokazuje vztah mezi příjmem solí a hypertenzí. Asi 25 % pacientů s esenciální hypertenzí je senzitivních na sůl. Také obezita vzniklá přejídáním vede k hypertenzi.

Snahou musí být omezení přejídání, dostatek pohybu, fyzického cvičení, úprava denního režimu, případně sledování váhy (Nevoral, 2002).

Puberta a adolescence

Začátek puberty s sebou přináší urychlení růstu a z něj vyplývající nutnost dodání energie a odpovídajících živin. U dívek je počátek puberty mezi 10. a 12. rokem, u chlapců zhruba o 2 roky později. V tomto období je způsob výživy ovlivňován celou řadou faktorů psychosociálních, sociálních a socioekonomických. Uplatňuje se hledání vlastní

identity, odmítání omezení ze strany rodiny, zvýšená koupěschopnost, dovednost připravit si samostatně jídlo, způsob stravování mimo domov a řada dalších. Nedílnou součástí je vliv spolužáků. Adolescent je nespokojený se svým vzhledem a touží být uznáván mezi vrstevníky, takže se stále více blíží konformitě ostatních i ve stravování. Adolescenti jsou často označováni jako riziková skupina mj. právě pro svůj způsob stravování (odmítání snídaní, vynechávání jídel, náhrada rychlým občerstvením, slazené limonády, cola apod.). Problémy jsou častější u dívek, které užívají nejrůznější diety s cílem zhubnout, jejichž efekt bývá často diskutabilní (kap. 11).

Nesmíme zapomenout ani na skutečnost, že v některých rodinách existují tzv. **alternativní formy stravování** (vegetariáni, vegani apod.), což je pro vyvíjející se organismus velmi nezdravé, nicméně pokusy o ovlivnění rodičů jsou často neúspěšné (viz dále).

Jedním z významných faktorů ovlivňujících stravu je obliba jednotlivých potravin – **potravinové preference**. Základní chuťové preference jsou vrozené, typicky preference pro sladkou a slanou chuť a naopak odmítání hořké a kyselé chuti. Vrozené preference spolu s konkrétními zkušenostmi a dalšími vlivy utvářejí míru obliby jednotlivých potravin. Obecně se má za to, že preference patří mezi silné determinanty stravy, že lidé a obzvláště děti jedí především to, co jim chutná. Řada našich studií přináší zajímavé výsledky: preference a skutečná konzumace se výrazně liší. Preference se tedy do konzumace promítají jen částečně.

Z deseti nejpreferovanějších položek byly pouze dvě mezi deseti nejkonzumovanějšími. Z deseti nejméně preferovaných se pět položek objevilo mezi deseti nejméně konzumovanými. „Negativní preference“ se tedy s konzumací shodují více. Konzumace byla celkově výrazně zdravější, než odpovídalo preferencím. Bližší analýza ukázala, že lze identifikovat několik typů souvislosti mezi preferencemi a konzumací, a to podle různých tvarů regresních křivek. Hlavním závěrem našich prací je skutečnost, že preference nejsou rozhodujícím faktorem pro konzumaci, což dává jasný signál, že strava adolescentů je výrazně ovlivnitelná vnějšími vlivy. To dává možnost cíleným preventivním aktivitám k lepšímu nasměrování stravy adolescentů (Fiala a Kukla, 2013a, b, a další).

VÝŽIVA OBYVATELSTVA ČR

Základním **problémem ve výživě obyvatelstva ČR** není primárně nedostatek potravin na trhu, nýbrž jsou jím nevyvážená dostupnost a skladba stravy, nadměrný energetický příjem (nadbytek tuků a jednoduchých cukrů ve stravě), nedostatek zeleniny a ovoce ve stravě, vysoká konzumace soli a nepravidelné stravování, to vše v protikladu k nedostatečné pohybové aktivitě. Poměrně časté je také používání méně vhodných způsobů přípravy jídel, jako je smažení nebo fritování.

Výsledky Studie individuální spotřeby potravin (SISP), která byla realizovaná v letech 2003–2006 na reprezentativním vzorku populace ČR, výše uvedená fakta podporují (Ruprich a kol., 2006).

Při srovnání spotřeby potravin a příjmu nutrientů s výživovými cíli WHO (WHO, 2003) bylo zjištěno, že pouze u bílkovin a polynenasycených mastných kyselin odpovídal reálný příjem doporučení (**tab. 3.5**). V případě tuků a sacharidů nebyl výživový cíl dosažen v žádné ze sledovaných populačních skupin. U tuků byl zjištěn příjem (36–40 % z celkového energetického příjmu E) vyšší než doporučení, u sacharidů (44–54 E %) naopak nižší. Příjem nasycených mastných kyselin byl ve všech sledovaných skupinách populace vyšší (14–16 E %), stejně tomu bylo také v případě jed-

noduchých cukrů (11–18 E %). Pro cholesterol byl výživový cíl naplněn u dětí a žen, zatímco u mužů byl přívod vyšší (380–500 mg/den). WHO uvádí výživové cíle také pro konzumaci ovoce a zeleniny, potravinovou vlákninu a sodík. U těchto výživových ukazatelů byly v populaci ČR zjištěny nižší hodnoty u ovoce a zeleniny i potravinové vlákniny, naopak příjem sodíku byl výrazně vyšší (2–3×) než doporučení uvedené v záhlaví tab. 3.5, zvláště u mužů (Ruprich a kol., 2013). V principu 95 % mužů překračovalo denní maximum WHO (WHO, 2012a). Naproti tomu u draslíku je spotřeba nízká, u žen nad 15 let nedosáhla definovaného doporučení ani jedna osoba (WHO, 2012b). Ani u selenu nebyl příjem dobrý, přibližně 60 % dospívajících žen a 75 % dospělých nesplňovalo doporučení.

Tab. 3.5 Srovnání výživových ukazatelů v populaci ČR (SISP) s doporučeními WHO (zdroj: Doporučení WHO, studie SISP)

Doporučení WHO	Bílkoviny (E %)* 10–15	Tuky (E %) 13–30	SFA** (E %) < 10	Sacharidy (E %) 55–72	Cukry (E %) < 10	Sodík (g/den) < 2	Ovoce, zelenina (g/den) > 400
děti 4–6 let	13	36	15	54	18	3	209
děti 7–10 let	12	37	15	53	17	4	230
chlapci 11–14 let	12	38	15	51	16	5	284
dívky 11–14 let	12	38	16	51	16	4	261
muži 15–17 let	13	40	15	49	13	7	255
ženy 15–17 let	13	40	16	50	16	4	281
muži 18–59 let	13	39	14	44	11	6	223
ženy 18–59 let	13	40	15	47	12	4	265
muži 60 a více let	12	39	14	44	12	6	254
ženy 60 a více let	13	39	15	49	14	4	281

* procent z celkového energetického příjmu; ** nasycené mastné kyseliny; E – energetický příjem

Výživa není jen prosté hodnocení příjvodu živin, ale také výživové chování, zahrnující **výběr a skladbu potravin v průběhu času**. Výživovým zvyklostem dětí a mládeže se věnovala mezinárodní studie HBSC v roce 2010 (Kalman a kol., 2011), jejíž zjištění jsou závažná. Více než 30 % jedenáctiletých dětí ráno nesnídá. U patnáctiletých je

bez snídaně již přes 55 % školních dětí (54 % chlapců, 58 % dívek). Současné si 37,5 % dětí víceméně pravidelně kupuje ve školním bufetu sladkosti, 19 % smažené pochutiny a sušenky. Naproti tomu spotřeba ovoce a zeleniny je nízká. Více než polovina dětí nejedla ovoce či zeleninu ani jedenkrát denně, zatímco žádoucí by podle doporučení WHO bylo, kdyby konzumovaly dvě porce ovoce a tři porce zeleniny každý den.

Z uvedených údajů vyplývá, že výživové zvyklosti naší populace nejsou zdaleka optimální. Informovanost veřejnosti a zejména respektování odborných doporučení má velké rezervy a existuje stále značný prostor ke zlepšení. Navíc je nutné podotknout, že také produkce vědecky spolehlivých dat k hodnocení výživy v ČR je na nedostatečné úrovni (Kalman a kol., 2011).

Onemocnění štítné žlázy

Poslední poznámkou k výživě je skutečnost, že v ČR se v minulosti často vyskytovala v důsledku nedostatku jodu v potravě onemocnění štítné žlázy s vážnými důsledky pro růst a duševní vývoj dětí. Počátkem 90. let 20. století byl opět zjištěn nedostatek jodu a byla proto založena Meziřesortní komise pro řešení jodového deficitu, která si dala za cíl jodový deficit odstranit. Byla realizována intervenční opatření – nestabilní jodid nahrazen při obohacování kuchyňské soli stabilním jodičnanem, výrobci potravin používají sůl s jodem, do náhrad mateřského mléka se přidává jod, těhotné a kojící ženy mají indikovanou suplementaci jodem, monitoruje se jodový deficit u novorozenců, sledují se zdroje jodu v potravinách a obohacují se krmiva pro dobytek, takže se stává zdrojem jodu mléko. V roce 2004 WHO oficiálně potvrdila, že ČR nedostatek jodu vyřešila. Situaci je však nezbytné dále monitorovat. Hlavním zdrojem jodu jsou mořské ryby, plody moře, mořské řasy a mléko.

Alternativní přístupy

V souvislosti s výživou nelze nezmínit také alternativní přístupy k výživě, resp. stravování. Termín alternativní výživa nemá jednoznačnou definici. Zahrnuje široké spektrum způsobů stravování, které se liší od našeho běžného nebo oficiálními odborníky doporučeného stravování. Motivace, proč lidé volí alternativní výživu, jsou různé: snaha žít zdravěji, případně zhubnout, nezabíjet zvířata a nekonzumovat jejich maso (zabíjení je hřích, právo zvířat na život, soucit se zvířaty, odmítání hromadného chovu, odmítání zabíjení zvířat jako přínos pro odstranění násilí na světě, odmítání konzumu masa jako přínos pro řešení hladu na světě), nekonzumovat potraviny zaměřené škodlivinami prostředí a zpracované potravinářským průmyslem. Často také jde o módu a protest proti všemu konvenčnímu.

Vzhledem k široké škále různých druhů alternativní výživy nelze obecně říci, že alternativní výživa je dobrá, nebo špatná. Některé alternativní způsoby stravování jsou po nutriční stránce adekvátní, jiné mají menší či větší nedostatky. Také v rámci jednoho alternativního způsobu stravování (vegetariánství, makrobiotika) existují různé vhodné varianty. Základním kritériem adekvátnosti určitého směru alternativní výživy je spektrum konzumovaných potravin, které se odráží i na poměru zastoupení hlavních živin bílkovin, tuků a sacharidů. Čím je užší spektrum „povolených“ potravin v konkrétním alternativním způsobu stravování, tím je strava méně adekvátní. Naopak čím je spektrum konzumovaných potravin širší, tím je menší pravděpodobnost nedostatku nebo nadbytku některé živiny. Proto, pokud daný alternativní směr povoluje dostatečně široké spektrum potravin, bývá z hlediska příjmu živin adekvátní,

i když může mít jiné nedostatky, např. rozložení potravy v průběhu dne (např. strava podle Diamondových).

Příklady různých druhů alternativní stravy jsou vegetariánství, makrobiotika, organická strava, Atkinsonova dieta, dělená strava, dieta podle krevních skupin, dieta podle Diamondových či jednostranné diety.

Význam jídla pro psychiku

Jídlo už dávno neslouží jen jako prostředek k přežití – není již jen výživou. Je to dáno i tím, že „*dnes existuje rozmanité množství potravin, které motivují k takovému jídelnímu chování, které přesahuje biologickou potřebu*“ (Lausus, 2002). Jídlo se také stalo prostředkem k navazování a udržování společenských vztahů a prohlubování sociálních kontaktů – nejrůznější svátky, oslavy, obchodní obědy a jiné společenské příležitosti jsou s jídlem spojeny a stávají se tak „*jak sociálním a emocionálním zážitkem, tak úzce privátním intimním aktem*“ (Dvořáková-Janů, 1999). Málokdo dnes chápe společenské události tak, že „*slavit neznamená přejídat se ani opíjet*“ (Málková a Krch, 2001) – tím ale jako by oslavy a svátky ztrácely svůj původní smysl a jídlo naopak získalo smysl zcela jiný. Různé postoje k jídlu a jeho hodnocení lze dle Dvořákové-Janů (1999) vysvětlit tím, že „*jídlo je – kromě dýchání – nejintenzivnějším kontaktem s vnějším prostředím, jež člověk prožívá i psychicky*“. Psychologická závažnost jídla má být proto obsažena právě v tom, že jídlo je současně „*sociálním transmitterem*“ a zároveň i „*sociálním chováním*“. Jídlo má tedy důležitou komunikativní funkci: spojuje členy určité sociální skupiny. Má také určitou magicko-religiózní funkci, „*slouží jako fetiše nebo posilují jistotu (např. v stresových a emočních situacích)*“ – lidé věří, že se bez něj nemohou obejít. Jídlo poskytuje slast a příjemné pocity, „*lidé mu přizpůsobují své vlastní chování a jeho konzumování jim přináší pohodu, požitek i prostředek komunikace*“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003).

Regulaci příjmu potravy ovlivňují také psychosociální faktory. „*I fyziologové si dávno uvědomili, že hlad je nejen objektivním dějem, daným deplecí nutričních rezerv, ale vyjadřuje i subjektivní psychologický stav, charakterizovaný určitými prožitky a pocity*“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003). Signálem k jedení tedy již mnohdy není přirozená potřeba jíst. „*Příjem potravy je nejenom nejzákladnější lidskou potřebou, ale i zdrojem prvních emočních prožitků a postojů*“ (Málková a Krch, 2001). Již u novorozenců je jídlo spojeno s bezpečnou náručí matky, pohodou a emoční jistotou – „*již od kojeneckého věku je jídlo relativně nejspolehlivějším utišujícím prostředkem*“ (Lisá a kol., 1990).

Sigmund Freud označil tuto nejranější fázi dětství, kdy je slast získávána prostřednictvím sání z mateřského prsu, za orální fázi. Díky této fázi se v dospělosti může objevit tzv. orální fixace, která se projevuje např. i závislostí na jídle. „*Zprvu jednoduché pocity uspokojení nebo neuspokojení z příjmu potravy se v průběhu dětství postupně diferencují a zaměřují k jiným podnětům než k jídlu a k jiným osobám než k matce, která bývá obvykle první nositelkou jídla, a tedy i prožitku uspokojení a bezpečí*“ (Málková a Krch, 2001). „*Zmírnění afektů po jídle můžeme pozorovat i u dospělých jedinců, kteří ve vypjatých emocionálních situacích reagují tak, že jí více nebo méně*“ (Lisá a kol., 1990). Na základě toho lze tedy usuzovat, že „*centrum chuti značně ovlivňují emoce*“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003).

Jídlo má tedy pro psychiku značný význam a emoce se stravováním úzce souvisí. Již od prvního dne života rozlišují novorozenci čtyři základní chuťové směry.

Tato kompetence k senzoričké diferenciaci chutí je pravděpodobně vrozená (Dvořáková-Janů, 1999). V průběhu života se však mění požadavky organismu na kvantitu a kvalitu (složení) potravy (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003), takže zda se kompetence k rozlišování chutí rozvine do obliby čokolády, masa, zeleniny nebo hamburgerů, to „závisí na vpečetující periodě, na podmínkách sociálního učení, za kterých dítě vyrůstá“. Vzhledem k tomu, že přejímáme všechny chuťové preference s výjimkou sladké, která je pravděpodobně geneticky předurčena tím, že se v evoluci sladká chuť projevovala jako bezpečná, není divu, že existuje řada tzv. čokolíků, kteří své „závislosti propadají zejména v obdobích, kdy mají psychické problémy“ (Dvořáková-Janů, 1999).

Dokonce existují průzkumy, které se zabývají vztahem mezi typem osobnosti a výběrem jídla. „Pokud má člověk extrémně nízké sebevědomí, má pocit, že nemůže nic chtít, a proto nejí. Pokud má člověk narušené sebevědomí jen trochu, volí buď nezdravé, nebo dokonce nepřilíživé pokrmy“ (Hirsch, 2003). Odborníci zjistili i to, že chuť je fenotypově dědičná. Studie dokonce ukázaly, že vlastnosti jako schopnost reagovat na vnitřní pocit sytosti jsou kvantitativně spojeny s hmotností. Citlivost na vnitřní pocit sytosti má být dle odborníků spojena s genem FTO a zprostředkovává spojení mezi FTO a hmotností. Tento model ukazuje, do jaké míry je hmotnost dědičná a jak citlivá je na prostředí, ve kterém lidé žijí (Wardle a Carnell, 2009).

Lidé často používají jídlo, které je uklidňuje, jako prostředek k vyrovnání se s různými emočními stavy: „Nemusí to být jen úzkost, napětí a deprese, ale i pocity uspokojení, klidu a pohody, které můžete mít spojené s jídlem“ (Málková a Krch, 2001). K nadměrné konzumaci jídla pak přispívají jak negativní emoční stavy, tak chvíle klidu a pohody. „Lidé jedí nejen proto, aby zahnali hlad, ale i proto, aby byli společenší... Jedí, když jsou nervózní, když se nudí, když mají strach, ze vzteku nebo protože chtějí udělat radost ostatním“ (Maloney a Kranzová, 1997). Emoce a jídlo jsou tedy úzce propojené oblasti. Pro mnohé jedince tak není jídlo jen výživou, ale spíše jakýmsi „uvolňovačem napětí“. „V naší společnosti se nám neustále nabízejí příležitosti k jídlu, a to i tehdy, když necítíme hlad. Není pak divu, že ve vztahu k jídlu lidé nemají jasno“ (Maloney a Kranzová, 1997).

Závěrem ještě jeden pojem, se kterým se v současnosti setkáváme mnohem častěji: **foodie**. Americký slovník z roku 1992 uvádí, že „foodie“ je osoba, která má vřelý (velmi intenzivní) nebo vytríbený vztah k jídlu a alkoholickým nápojům. Foodie vyhledává nové zkušenosti s jídlem jako koníčka, ne jenom jako jednoduché naplnění potřeby jídla nebo zahánání hladu.

3.4.2 Pohybové aktivity

Pohyb patří k základním fyziologickým potřebám člověka. Pohybové schopnosti se vyvíjely a utvářely během evoluce po několik milionů let a jsou zakódovány v našich genech. Můžeme rozlišit habituální (oblékání, hygiena, vaření, úklid apod.), pracovní, školní, sportovní, rekreační apod. pohybovou aktivitu. Pohybová aktivita se obvykle definuje jako „jakýkoliv tělesný pohyb spojený se svalovou kontrakcí, který zvyšuje výdej energie nad klidovou úroveň“. Tato obecná definice zahrnuje všechny denní tělesné aktivity, tj. pohybovou aktivitu v zaměstnání, doma i ve volném čase.

Způsob života, který s sebou přinesla **civilizace** (nedostatek pohybu, hypoaktivita), přivádí každého jednotlivce k výraznému konfliktu mezi jeho vrozenou dispozicí k pohybu a skutečným pohybovým režimem. Každý člověk se narodil pro pohyb, my se však

častěji vozíme v různých formách dopravních prostředků. Většinu školní a pracovní doby i volného času trávíme vsedě nebo vstoje. Máme výrazně omezenou aktivní svalovou práci a činnost dalších orgánů a systémů, bez nichž by pohyb nebyl možný (Novotný, 2009).

Nedostatek pohybové aktivity při „sedavém“ způsobu života snižuje úroveň přizpůsobení se tělesné zátěži. Tato desadaptace se projevuje ve všech subsystémech lidského organismu – v neuroendokrinní regulaci, transportních systémech, metabolismu, pohybovém systému apod. V pohybovém systému dochází ke snížení svalové síly i stavby, oslabení struktury a odolnosti šlach, vazů a kostí a omezení pohybové výkonnosti. Desadaptace se projevuje funkčními i morfologickými změnami člověka jako výraz snížené odolnosti vůči zevním podnětům a je přítomna jak u lidí se „sedavým“ způsobem života, tak i u lidí, kteří museli svoji pohybovou aktivitu z nějakých důvodů výrazně omezit, např. po úrazu (Novotný, 2009).

Pravidelná pohybová aktivita přináší mnohé zdravotní benefity, jako je snížení rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění, některých typů rakoviny (např. rakoviny prsu a tlustého střeva) a cukrovky. Dále pomáhá udržovat optimální tělesnou hmotnost, zlepšuje profil krevních lipidů, funkce trávicího traktu a psychický stav (snižuje stres, zvyšuje sebevědomí a sebekontrolu i schopnost koncentrace) a zvyšuje imunitní odolnost organismu. Fyzická aktivita příznivě ovlivňuje již vzniklé zdravotní problémy (např. cukrovku, vysoký krevní tlak či zvýšenou hladinu cholesterolu) a je významná také ve vyšším věku pro zachování fyzického, psychického i kognitivního zdraví. Existuje **spojitost mezi pohybovou aktivitou a průměrnou délkou života**: pohybově aktivní lidé obvykle žijí déle než neaktivní. Naopak nedostatečná fyzická aktivita společně se špatnými stravovacími návyky vede k nárůstu obezity v populaci. Podle WHO přispívá fyzická inaktivita ve vyspělých zemích ke vzniku 16 % případů rakoviny tlustého střeva, 15 % cukrovky 2. typu, 10 % případů rakoviny prsu a 21 % případů ischemické choroby srdeční.

Pro zdravé dospělé ve věku 18–65 let WHO doporučuje jako cíl dosažení minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5× týdně nebo alespoň 20–25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3× týdně. Děti školního věku by měly denně vykonávat alespoň 60 minut středně až vysoce intenzivní pohybové aktivity ve formě, která je vývojově vhodná, rozmanitá a přináší jim radost. Tato doporučení je nutné chápat jako doplněk k rutinním aktivitám každodenního života, které mají obvykle mírnou intenzitu nebo trvají méně než 10 minut (EU Physical Activity Guidelines, 2008).

Míru pohybové aktivity dospělé populace v ČR zjišťovala studie GPAQ z roku 2011 (Hamřík a kol., 2014). Podle jejích výsledků má 32 % dospělých nízkou fyzickou aktivitu, 21 % střední a 46 % vysokou fyzickou aktivitu. Největší rozdíly v pohybové aktivitě mezi muži a ženami byly ve věkové kategorii 18–39 let, nejmenší genderové rozdíly byly u starších 65 let.

Ačkoliv ČR patří v celosvětovém srovnání mezi země s nižším podílem osob s nízkou pohybovou aktivitou (Dumith a kol., 2011), při porovnání výsledků studií zabývajících se pohybovou aktivitou v ČR se zdá, že stejně jako ve světě (Ng a kol., 2012), také u nás dochází k poklesu pohybové aktivity. Například podíl osob středního věku (45–54 let), které se ve volném čase vůbec nevěnují sportu, stoupl mezi lety 2005 a 2010 o 7 procentních bodů u mužů (na 38 %) a o 12 procentních bodů u žen (na 44 %) (SZÚ, 2013).

U chlapců pohybové aktivity rostou mezi 11. a 13. rokem, aby v 15 letech klesly zpět na úroveň jedenáctiletých (hodinu 5 a více dní v týdnu věnuje pohybu polovina 11letých

a o 5 % více 13letých). Podíl patnáctiletých, kteří hodinovou pohybovou aktivitu měli maximálně 2 dny v týdnu, byl u dívek 27 % a u chlapců 19 %.

Více než polovina dětí tráví u **televize** během pracovních dní více než 2 hodiny denně. Zároveň přibližně 7 z 10 dětí tráví více než 2 hodiny denně u **počítače**. Dívky u počítače tráví kratší dobu než chlapci, s rostoucím věkem doba strávená u PC narůstá u chlapců i dívek. V 15 letech tráví 6 a více hodin u počítače třetina chlapců a 16 % dívek. Nedo- statek pohybu pozitivně koreluje s výskytem obezity a nadváhy u dětí (Kalman a kol., 2011). Navíc děti, které vůbec nesportují, mají vyšší riziko vadného držení těla v porov- nání s dětmi, které pravidelně sportují alespoň jednou týdně. U dětí, které u televize a počítače tráví více než 2 hodiny denně, bylo častěji zjištěno vadné držení těla, bolesti hlavy a páteře i nadváha a obezita (Kratěnová a kol., 2005).

Změna životního stylu včetně pravidelné pohybové aktivity není snadná – málo- kdo má znalosti a dovednosti sám začít žít zdravě a vůli zdravý životní styl dodržet po celý zbytek života. Úspěšná národní strategie podpory pohybové aktivity proto musí být mnohostranná a komplexní. Měla by se zaměřit na skupiny nejvíce tendující k pasivitě, ale současně nezapomínat na celou populaci a podpořit lidi, kteří již aktivní jsou. Strategie by měla vycházet z kvalitní celonárodní kampaně, která by měla zvý- šit povědomí o významu pohybu a motivovat lidi ke změně postojů a chování. Pohyb nesmí být brán jako nepřijemná nutnost, ale jako příležitost (Kalman a kol., 2009).

Preventivní význam pohybové aktivity (a vlastně i nepřímo příčinnou souvis- lost hypokineze) pro výskyt **zhoubných nádorů** prokazuje řada epidemiologických studií. Máček a Máčková ve své publikaci z roku 2004 uvádějí přehled těchto studií (tab. 3.6).

Tab. 3.6 Výsledky studií vlivu pohybové aktivity na výskyt rakoviny (zdroj: Máček a Máčková, 2004)

Lokalizace	Počet pozitivních studií	Snížení rizika (%)	Důkaz	Biologické vysvětlení
tlusté střevo	39 ze 46	40–50	přesvědčivý	snížená doba trávení, zvýšená imunita
prs	25 z 36	30–40	přesvědčivý	snížená expozice estrogenu
prostata	14 z 25	10–30	pravděpodobný	snížená expozice testosteronu
plice	6 z 8	30–40	možný	zvýšená funkce plic
děloha	8 z 12	30–40	možný	snížená expozice estrogenu

Důvodem a cílem cvičení bývá zlepšit nebo udržet zdravotní stav, zlepšit vzhled, zažít příjemné pocity a prožitky, poznávat nové věci, osoby, kontakty, lépe se uplatnit a prosadit ve společnosti, podobat se vzoru (medializovaní špičkoví sportovci) apod.

Optimální pohybová aktivita v sobě zahrnuje jak aerobní (vytrvalostní), tak kom- penzační (posilovací a protahovací) a relaxační (uvolňovací) cvičení. Aerobní cvičení

je časově náročnější a nelze je provádět v práci nebo ve škole, na rozdíl od mnohých kompenzačních nebo relaxačních cvičení.

Důležitá pravidla pro plánování a realizaci správného cvičení

- výběr pohybové aktivity podle zdravotního stavu a podle možností prostorových, časových, rodinných, finančních apod.
- individuální přiměřené dávkování
- postupně dávkovat zátěž podle únavy (pozdvolný nárůst trvání a intenzity fyzického zatížení)
- cvičit pravidelně, soustavně, alespoň obden, nejlépe denně, přestávky ne delší než 2 dny
- prevence úrazů – dobrý terén, náradí, nedělat prudké pohyby, menší únava, případně ochranné pomůcky (brýle, helma apod.)
- pít a jíst k doplnění ztrát vody, zdrojů energie, minerálů, vitaminů apod.
- oblečení podporující termoregulaci – zabraňující podchlazení, ale i přehřátí, nebránící v pohybu
- obutí tlumící nárazy při chůzi, běhu, skocích – šetřící klouby dolních končetin a páteř, zabraňující uklouznutí apod.
- relaxační a kompenzační cvičení – pomalu, bez bolesti, posilování oslabených a protahování zkrácených svalů na podkladě předcházejícího vyšetření
- aerobní cvičení – intenzita zatížení by měla být těsně „pod namáhavou zátěží“

Deset bodů pro úspěšné cvičení

1. Stanovit si dlouhodobé i krátkodobé cíle, k jejichž dosažení má cvičení přispět.
2. Neočekávat příliš rychlý, okamžitý a zázračný efekt cvičení, počítat spíše s pozvolným zlepšováním stavu.
3. Provozovat cvičení zábavným způsobem, příjemně, radostně.
4. Motivovat se odměnami a oceněním za splnění dílčích cílů.
5. Časově a prostorově naplánovat svoji pohybovou aktivitu a způsob její realizace s ohledem na svůj zdravotní stav.
6. Snažit se o nové způsoby pohybové aktivity a nové zážitky.
7. Ztlížit situace, které vedou k neaktivitě, ulehčit začátek a průběh cvičení (zaparkovat auto dále od domu, nechat doma jízdenky na tramvaj, dát si cvičební náradí blízko k posteli apod.).
8. Cvičit s další osobou, přáteli. Vzájemně se podporovat a obohacovat.
9. Pohybovat se a cvičit tak, abychom se cítili lépe. Necvičit do velmi nepříjemného vyčerpání a dlouhodobé únavy, necvičit v nepříjemném, hlučném, duševně stresujícím prostředí (např. hustý silniční provoz ve městě); lepší je pohyb v příjemném prostředí volné přírody nebo zeleného parku s čistým vzduchem.
10. Cvičení končit s dobrým pocitem příjemné únavy a prožitku.

Prevence poškození zdraví při cvičení a ve sportu spočívá v odstranění příčin možných poškození:

- odstranění nebezpečných předmětů
- přiměřené dávkování zátěže – vzhledem ke zdravotnímu stavu, trénovanosti, momentální únavě a ostatním aktuálním podmínkám
- odstraňování únavy – znalost a využívání metod a prostředků komplexní regenerace sil

- dodržování pravidel sportovní soutěže
- používání ochranných pomůcek
- zlepšování odolnosti – pevnosti, pružnosti a rozsahu pohybu svalů, šlach a vazů, které jsou při sportovní činnosti nejvíce zatěžovány
- vyloučení dopingů
- dobrá volba, vyhovující kvalita, spolehlivá funkčnost a správné použití sportovních pomůcek a náradí – plus vhodné oblečení, čepice, rukavice, obutí, nápoje, strava, bandáže, ortézy, tejpung apod.

3.4.3 Denní režim

Jde o časové rozvržení různých forem činností a odpočinku v průběhu 24 hodin. Má-li být uchována pohoda psychická i tělesná, optimální výkonnost a zdraví, nemá toto časové uspořádání klást nepřiměřené nároky na organismus a narušovat normální průběh fyziologických procesů. **Zdravotní požadavky na režim dne** můžeme rozdělit do tří hlavních bodů:

- **Harmonické vyvážení délky** různých forem činnosti a odpočinku a jejich střídání tak, aby nedocházelo k nadměrné únavě, přetěžování a předčasnému opotřebenosti z nedostatečné regenerace.
- **Pravidelnost**, opakování základních položek režimu dne vždy ve stejnou denní dobu (usínání, probouzení, příjem stravy, náročnější práce). Pravidelnost též pomáhá fixovat návyky osobní hygieny.
- Zařazování různých forem aktivity a odpočinku ve **vhodné denní době** z hlediska biorytmů.

Respektování těchto požadavků je důležité v každém věku. Obzvláštní význam má u dětí, kde chronické režimové prohřešky mohou **rušivě zasáhnout** do procesů psychického i tělesného vývoje, u lidí nemocných, starých či jinak oslabených (Kotulán a kol., 1991)

Dlouhodobě jde o vytvoření si **programu**, který přináší více radosti a zmírnění stresového prožívání. Užitečné rady dle Praška (2009):

1. Dbejte o sebe – dobrá rozcvička, kvalitní spánek, vyvážená strava atd.
2. Uspořádejte si svůj denní program.
3. Buďte realističtí: určete si dosažitelné cíle a termíny a zkuste je dodržet. Máte-li množství práce, pracujte ve třech fázích: nejdříve udělejte to, co je opravdu nevyhnutelné, pak se pusťte do toho, co je důležité, zbytek nechte na konec.
4. Využijte svůj čas: naučte se v přestávce „vypnout“, např. udělat si krátkou procházku.
5. Zabudujte si do svého denního programu „relaxační okénka“: snažte si vytvořit zvyk pravidelně relaxovat.
6. Každý den si udělejte něco, co vám přinese potěšení: zajděte do kina, divadla, setkejte se s přáteli apod.
7. Zkuste získat nad svým životem kontrolu.
8. Doma i v zaměstnání se chovejte asertivně.
9. Mějte dobré vztahy s blízkými lidmi. Sociální podpora se týká jak partnerského vztahu, tak vztahů v bližší rodině, s přáteli, s širším příbuzenstvem.
10. Smysluplná práce a dobré vztahy na pracovišti jsou rovněž velmi důležité. Potřebujeme však do vztahů na pracovišti investovat vstřícnost, pochopení, lidskost, toleranci, spolehlivost i čas na společné potěšení.

11. Dbejte na dobré vztahy s kolegy. Pokud se v něčem neshodujete, vyjasněte si to, nejlépe mezi čtyřma očima.
12. Počítejte do deseti. Pokud vás někdo naštve, snažte se svoji reakci trochu promyslet. Zkuste „nejdříve vychladnout“ a potom teprve reagovat.
13. Nepomlouvejte.
14. Určete si hranice. Naučte se říkat i „ne“, ale buďte diplomatičtí.
15. Vyhýbejte se nadměrné únavě a neberte si toho příliš. Naučte se rozpoznat, kde jsou vaše hranice, a nepřekračujte je. Když jste unaveni, udělejte si v práci přestávku.
16. Nevyhýbejte se tomu, čeho se bojíte.
17. Cvičte. Pro tělo je celodenní nečinnost stresující. Dbejte proto na každodenní pravidelný pohyb. Pomůže vám to k překonání deprese, úzkosti, načerpáte novou energii.
18. Odolejte přejídání, opíjení se a kouření, o drogách ani nemluvte. Společenské pití malého množství lahodného nápoje není nebezpečné, zvláště když se ve společnosti cítíte dobře.
19. Racionalizujte svoje stravování. Jezte pravidelně, dostatek ovoce, zeleniny, ryb, vlákniny. Jezte vícekrát denně, menší porce, zkuste jíst do „polosyta“. Omezte cukry, tuky, sladkosti, moučnický.
20. Nezapomeňte se ocenit, pochválit, když se něco podaří. Neponižujte se, nepřemýšlejte stále jen o svých potížích v minulosti. Dívejte se dopředu.
21. Naplňujte osobní a kulturní zájmy a též aktivní sportovní vyžití.
22. Definujte si priority, třeba pro každý nový den.
23. Nemusíme mít všechno. Konzumní společnost s reklamou a společenským tlakem nás ženou k tomu, „abychom měli“. Vlastnění je důležitá položka pro zařazení ve společenském měřítku. Mít bohatství, úspěch, prestiž – to vše jsou konzumní hodnoty, které zvyšují kolo obrátek stresujícího životního stylu. Proto je lepší být, žít a prožívat, než „mít“.
24. Získejte podporu. Pokud máte síť přátel, kamarádů, známých nebo příbuzných, kteří vás podpoří v nejtěžších situacích, jste na tom dobře. Životní partner je často nejdůležitější – investujte do partnerského vztahu svoji všímavost, laskavost, dobrotu, toleranci a pomoc v nesnázích, aby vedle vás vzkvétal partner, který vám to oplatí, až budete potřebovat.
25. Používejte humor, nenaříkejte, neberte se příliš vážně. Humor je velmi důležitý. Zajišťuje odstup. Smích samotný je příčinou chemických změn v organismu, které pomohou překonávat překážky.
26. Nedovolte stresu, aby příliš narostl.
27. Ujasněte si, že ne každý stres musíte zvládnout. Jsou situace, které není v našich silách změnit.
28. Řádně plánujte své finanční záležitosti.
29. Pomoc ostatním je jednou z nejdůležitějších strategií pro vlastní zvládnání stresu. Pomoc druhým lidem, kteří prožívají svízelné životní situace, obavy, úzkosti, bolest či strach, podporuje schopnost odstupů od vlastních problémů.
30. Nevybíjejte si zlost na nepravých lidech. Pokud máte vztek v práci, naštve vás kolega, nepřenášejte hněv domů na partnera, na děti – v pracovním stresu vám to neuleví a doma budete mít nové ohnisko stresu.

3.4.4 Spánek

Neodmyslitelnou součástí života dítěte je spánek. Zdravý spánek je znamením jistoty a bezpečí – a pocit jistoty a bezpečí je jednou ze základních psychických potřeb dítěte a člověka vůbec. Když dítě špatně spí, nemůže usnout, často se budí, je neklidné, křičí ze spánku, navozuje to v rodičích pocit napětí, nejistoty a úzkosti. Úzkost, jak víme, se může překonávat agresí, tj. v tomto případě je snaha dítě „uspat“. Je známo, že aktu hrubého násilí vůči malému dítěti se rodiče dopouštějí často právě v situaci, kdy se při jeho nočním křiku či pláči dostanou do stavu akutní úzkosti (někdy i psychického vyčerpání) a převládne v nich tendence bránit se agresí.

Pokud špatný spánek dítěte není podmíněn somatickým onemocněním nebo vnějšími rušivými činiteli, je psychologická pomoc založena především na výkladu: Potřeba spánku je u jednotlivých dětí velmi různá a fyziologická norma je velmi široká. Tuto interindividuální variabilitu je nutno prostě přijmout.

Spánek je útlumově-relaxační fáze organismu, při níž dochází ke změně činnosti mozku doprovázené ztrátou vědomí a podstatně sníženou citlivostí na vnější podněty. Dále dochází k uvolnění svalstva, po většinu doby trvání spánku je snížena tělesná teplota, dýchání se zpomaluje a krevní tlak se snižuje. Během spánku se lidem zdají sny – a to, jak se zjistilo cíleným buzením při výzkumu, i tehdy, když si po probuzení žádný sen nevybavují.

V průběhu spánku se vyskytují časové úseky, kdy mozek, navzdory převážně útlumovému charakteru spánku, intenzivně pracuje. Spánek nám zabere přibližně třetinu života. Rušení nebo neumožnění spánku vede k potřebě spánku mimo obvyklou dobu a k psychickým potížím, které mohou být mírné, ale i velmi závažné. U pokusných zvířat se zjistilo, že dlouhodobější (dny až týdny) zamezení spánku vede ke smrti.

Spánek dospělého člověka obvykle začíná postupným střídáním stadií NREM (Non-Rapid Eye Movement – fáze charakteristická nepřítomností rychlých pohybů očí) od prvního do čtvrtého. Tento postup je občas přerušen tělesnými pohyby a částečným probuzením. Asi po 70–80 minutách se spící obvykle krátce vrací do třetího nebo druhého stadia a následuje první fáze REM (Rapid Eye Movement – fáze charakteristická rychlými očními pohyby), která trvá asi 5–10 minut. Délka celého cyklu od začátku prvního stadia NREM až po ukončení první fáze REM činí asi 90–110 minut. V typických případech se tento cyklus opakuje čtyřikrát až šestkrát za noc a v každém následujícím cyklu se třetí a čtvrté stadium NREM zkracují, zatímco narůstá délka fáze REM.

Přesný **průběh spánkového cyklu** je u každého jedince odlišný a mění se i s věkem. U novorozenců tvoří fáze REM 50 % celkové doby spánku a v několika ohledech se výrazně liší od spánku dospělého jedince. Podíl spánku REM na celkové době spánku se rychle snižuje přibližně do věku 4 let, kdy tvoří kolem 20–25 % a zůstává v tomto rozpětí po celý mladší věk dospělosti. Ve vyšším věku REM postupně klesá k 15–20 %. U mladých dospělých osob tvoří fáze REM 20–25 % celkového množství spánku, třetí a čtvrté stadium NREM asi 15–20 % a první stadium NREM asi 5 %. Největší část spánku probíhá ve druhém stadiu (kolem 50–60 %).

NREM fáze spánku

V průběhu NREM spánku je aktivita neuronů celkově nízká. To se odráží v nízké úrovni metabolismu a nízké teplotě mozku. V této fázi dochází také k tělesné regeneraci, která je zajišťována optimálními podmínkami pro syntézu základních proteinů.

Přechod z bdění do spánku NREM je charakteristický postupně se zpomalující frekvencí a prokazatelným záznamem na EEG. Podrobnější analýza průběhu EEG vln napovídá, že NREM fáze sestává ze čtyř stadií o různé hloubce spánku.

REM fáze spánku

V průběhu REM stadia dochází k náhlému výskytu očních pohybů, jež trvají 10–20 sekund. V průběhu REM spánku je člověk téměř strnulý, ušetřen je pouze srdeční sval, bránice, okohybné svaly a hladké svalstvo. Při REM fázi začne člověk těžce a nepravidelně dýchat. Jeho srdeční frekvence se zvyšuje na hodnoty, které odpovídají bdělému stavu. Probudit člověka v REM fázi je obtížnější než v ostatních spánkových stadiích. Dochází k úbytku svalového napětí, což je patrné v uvolnění obličeje spícího. Změny průtoku krve vyvolávají u mužů erekci a u žen prokrvení vaginální oblasti. Autonómni nervový systém se projevuje značnými nepravidelnostmi v pulzu, dýchání a hodnotách krevního tlaku. Mozek má zvýšenou spotřebu kyslíku, což ukazuje na regenerativní funkci spánku pro centrální nervovou soustavu.

Zjistilo se, že náhlé pohyby, kterými spící jedinec mění svou polohu, se objevují zpravidla těsně před nebo těsně po REM fázi spánku. V průběhu REM fáze probíhá velká většina snů. V této fázi spánku jsou sny výrazné až mimořádně živé a mívají bizarní a nelogický charakter. O REM fázi spánku je prokázáno, že je fyziologicky podstatou snové činnosti, a někdy bývá nazývána také D-stav (z angl. *dream* – sen).

Srovnání spánku REM a NREM vedlo k tomu, že někteří vědci přestali REM stadium považovat za spánek a označují ho spíše za třetí stav existence mimo stav bdění a NREM spánek, někdy označovaný jako **paradoxní spánek**.

Spánkový rytmus

Mezi lidmi existují rozdíly v úrovni ranní aktivity. Člověk aktivní po ránu se označuje jako „ranní ptáče“, zatímco člověk, jehož aktivita vzrůstá odpoledne a večer, se nazývá „noční pták“ (též „sova“, z angl. *owl*) (Hughes, 1999).

Tyto rozdíly nejsou pouze subjektivní. Srovnávací studie těchto dvou typů vedly k závěru, že se liší v několika důležitých momentech. Například ranní ptáčata mají větší produkci adrenalinu než noční ptáci, což se u nich projevuje celkovou aktivační úrovní. Vrcholu své tělesné teploty dosahují během dne o něco dříve než noční ptáci. Tyto rozdíly v aktivitě a tělesných stavech mohou výrazně ovlivňovat chování i výkonnost. V ranních hodinách se zvyšuje tělesná teplota, produkce hormonů a celková aktivita. Dlouhý dopolední spánek vede k útlumu metabolických procesů. Po probuzení je člověk celý zbytek dne utlumený a omámený.

Spánek je odpradáвна považován za něco mimořádně důležitého a rozhodujícího. Dodnes se říká „vyspíme se na to“ nebo „ráno je moudřejší večera“. Mnoho lidí věří, že ve spánku nás může ledacos dobrého napadnout a spasit nás. Spánek je neoddelitelnou a nutnou součástí života každého člověka. Co by odpověděla většina lidí na dotaz, co pro ně znamená spánek? Pravděpodobně to, že spánek je ve 24hodinovém rozvrhu etapou klidu, odpočinku a čerpání energie do dalšího dne.

Spánek má svou **stavbu, strukturu**, v níž se střídají fáze REM a NREM. Spánek NREM má čtyři stadia a každá z těchto etap má vlastní funkci. Existují vědecké důkazy, že ve spánku se uchovává energie. Základní metabolismus se sníží o 5–25 %, klesne spotřeba kyslíku, srdeční aktivita a tepová frekvence, nižší je tělesná teplota i hladina cukru v krvi. K nejnižšímu metabolickému obratu dochází v hlubokém spánku (třetí a čtvrté stadium NREM-fáze). U lidí s vyšší tělesnou aktivitou během dne se energetický pokles v hlubokém spánku projeví výrazněji, což znamená, že se zmnoží spánek, který dokáže v těle uchovat zbytek energie. Hluboký spánek obecně pomáhá regenerovat celé tělo v obdobích nemoci, hladovění nebo růstu.

Spánek má význam i pro **psychickou kondici**. Po delší době zkráceného spánku se zhoršuje soustředění, objevuje se točení hlavy, slabost dolních končetin nebo žaludeční nevolnost. Ve spánku, zejména v REM-fázi, se fixuje paměťová stopa, REM-spánek posiluje paměť. Člověk, který se učí před spaním, si po probuzení lépe vybaví informace a déle si je udrží v paměti než jedinec učící se v ranních hodinách. Mentální výkon se snižuje při dlouhodobě nekvalitním spánku. Nejdelší bdělost, která nesníží mentální výkon, je při dostatečné motivaci šestatřicet hodin. Spánková deprivace nemusí snižovat mentální aktivitu. Mozek se snaží nahradit nedostatek spánku zmnožením zejména hlubokého a REM-spánku, někdy na úkor prvního a druhého stadia NREM-spánku. Zhoršení psychické kondice často souvisí spíše s nevhodnou léčbou než s nespavostí.

REM-fáze má pravděpodobně význam pro **zrání dětského mozku**. Spánek plodu v 6. měsíci je z 80 % tvořen REM-spánkem; tento podíl do 20. roku života postupně klesá na 25 % a toto číslo se potom již příliš nemění. Existuje hypotéza, že v REM-spánku se v těle matky uvolňují a trénují pohyby těla, které dítě po narození provádí zcela bez potíží.

Zjednodušeně řečeno spánek je **opakem bdělosti**, takže považujeme-li bdělost za aktivní děj, můžeme spánek považovat za děj pasivní. To jistě platí při pohledu zvenčí. Ve spánku se ale aktivně dějí věci, které vidíme až v bdělém stavu. Některé „noční aktivity“ nesouvisí se spánkem, ale jsou vázány na 24hodinový cirkadiánní rytmus, který je zvnějšku ovlivňován střídáním světla a tmy a zevnitř naším interním pacemakerem.

Kolik spánku člověk potřebuje

Průměrná doba spánku dospělého člověka by se měla pohybovat kolem osmi hodin – toto tvrzení ale neplatí všeobecně. Potřeba spánku je individuální, primárně geneticky daná. Někomu stačí i pět až šest hodin, neboť umí spát „rychle“, tedy dostatečně hluboce (delta-spánkem). Potřeba spánku se mění s věkem a vlivem vnějších i vnitřních změn. Stárnutím se doba spánku do určité míry zkracuje a současně přibývá spánkových poruch. Čím jsme starší, tím je spánek kratší a lehčí, tím častěji a na delší dobu se v noci probouzíme, tím rychleji se uskutečňuje přechod z jednoho stadia spánku do druhého, tím nepravidelnější jsou spánkové cykly. Subjektivně vnímaná nespavost je dána nedostatkem hlubokého spánku delta (nejhlubší stadium spánku) a časným probouzením.

Experimentálně se zjišťovalo, jak dlouho člověk vydrží beze spánku bez následků na zdravotní stav. Dobrovolník bděl s vypětím všech sil 265 hodin. Nejdelší bdělost, která ještě neovlivní duševní výkon, činí asi 36 hodin, po uplynutí tohoto času výkonnost nespícího nezadržitelně klesá.

Nekvalitní spánek má důsledky pro lidi každého věku. Více než třetina dětí trpí různými poruchami spánku, jako jsou noční pocení, předčasné probouzení, přerušo-

vaný spánek či dýchací problémy během spánku. Potíže s usínáním a probouzením má 20 % dětí ve věku 1–3 let a kolem 10 % dětí ve věku 4–5 let. Typickým problémem je, že děti (i ty do 2 let věku, které ještě nemluví) mají odpor jít spát. Vytvářejí si nepříznivé návyky, které fixují nekvalitní spánek. V útlém věku je kvalita spánku dítěte ovlivněna matkou a rodinou.

Dlouhodobý nedostatek spánku navozuje změny podobné stárnutí – připomeňme, že hluboký spánek podporuje obnovu buněk a tkání. Dochází k urychlení průběhu některých onemocnění, např. cukrovky, vysokého krevního tlaku, obezity nebo poruch paměti.

Přerušovaný nebo nedokonalý spánek je také spojován s chronickou únavou, častějším výskytem psychických poruch a celkově vyšší nemocností. Spánkový deficit vede k nárůstu počtu dopravních nehod i pracovních úrazů, čímž ovlivňuje úmrtnost. Kvalita spánku se během života mění. Novorozenci spí většinu dne i noci, spánek seniora vypadá zcela jinak. Kvalita spánku souvisí s věkem, stejně jako výskyt spánkových poruch.

3.4.5 Hygiena tělesná i duševní

Významnou součástí života je **stres**. Původně pojem „stress“ (z lat. *stringere* – poškrábat, poškodit, otrhat) sloužil ve středověké angličtině k vyjadřování stavů strasti, útrap či těžkostí (angl. *hardship*), obtížných situací či tísně (*strains*), protivenství, neštěstí či nepřízně osudu (*adversity*).

Zátěž (angl. *load*) ve smyslu požadavků, jež jsme schopni zvládnout a jež nejenže nejsou zdravotním rizikem, ale jsou dokonce nezbytné pro další rozvoj každého člověka (eustres), je třeba důsledně odlišovat od stresu vyvolávaného požadavky (stresory), na jejichž zvládnání naše kapacity nestačí (distres). Tedy:

- **eustres** je pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším nebo lepším výkonům
- **distres** je nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění či dokonce smrt

Kromě toho je důležité rozlišovat **akutní, krátce a většinou jednorázově působící stresor**, jenž buď může být zvládnut, nebo spontánně odezní a nepředstavuje tudíž zdravotní riziko, a **chronický, dlouhodobě působící stresor**, který v situaci, že není dlouhodobě zvládnán, může být významným rizikovým faktorem z hlediska zdraví. Někteří autoři přidávají k této kategorizaci ještě **periodický (vracející se, intermitent) stresor**, který se vyznačuje proměnlivostí ve svém působení a trvání. U tohoto typu stresoru velice záleží na tom, jak jej subjekt kognitivně hodnotí. Pokud k němu přistupuje jako k výzvě, může se stát posilujícím a zocelujícím faktorem. Je-li ale hodnocen jako ohrožující, může vést k reakci – podobně jako u chronických stresorů – negativně ovlivňující zdraví.

Stres je módní pojem. Celkem rádi se přiznáváme, že „jsme přepracovaní“, „máme toho hodně“, „naš život je plný stresu“. Tím poukazujeme na něco vnějšího, s čím se musíme prát. Upozorňujeme tím také tak trochu na svoji statečnost. Mnohem těžší je však přiznat odpovědnost a důsledky stresu. Proto většinou nemluvíme o tom, že si nevěříme, že jsme nervózní, podráždění, máme problém vyjít s lidmi, plánovat si čas, že trpíme tělesnými potížemi či dokonce psychickými důsledky stresu. Za to se stydíme.

Současná **mediální pozornost** věnovaná problematice stresu však na jedné straně tento problém poněkud zjednodušuje (za stres je považováno vše, co na nás klade nějaké požadavky, každý je stresován) a na straně druhé nebere v úvahu všechny související podmínky stresu, přesněji řečeno podmínky vzniku, rozvoje a zvládání všech článků stresové reakce.

Dlouhodobé prožívání stresu s pocity nepohody je civilizační problém. Počet lidí, kteří se obtížně adaptují na nároky moderního života, roste. I když jde o častý problém, lidé o něm většinou nemluví. Prostě se stydí, protože jsou přesvědčeni, že prožívat napětí, dělat si starosti a necítit se dobře znamená, že jsou „slabí“, „přecitlivělí“, „duševně méněcenní“. Někteří lidé svoje prožívání stresu překrývají paradoxně hlučnou suverenitou, nadměrnou kritikou druhých nebo provokativním vystupováním. Pokud se příznaky nepohody vystupňují, raději navštíví praktického lékaře se stížnostmi na bolesti hlavy, nespavost, bolesti žaludku apod. Jinou reakcí na výrazný stres je rezignace na všechny své cíle, která jde ruku v ruce s depresí.

Pocity nepohody jako reakcí na zátěžové vnější okolnosti však trpí téměř 40 % lidí. Příznaky se objevují i u lidí, které ostatní vnímají jako „silné“, „odolné“, „statečné“. Většina lidí v této situaci odmítne navštívit psychologa, natož psychiatra. Jako by skoro raději trpěli tělesným onemocněním. Prožívání stresu však ještě neznamená duševní nemoc. Neznamená, že by člověk měl brát antidepressiva, natož uklidňující léky, nebo že by se měl psychiatricky léčit. Vyžaduje však přehodnocení životního stylu a plán, jak život změnit tak, aby nevedl k takové nepohodě. Zavírání očí před nepříjemnou skutečností vede k přehlédnutí varovných příznaků vážnějšího stresu. Popření může vyústit do psychického selhání nebo psychosomatického onemocnění.

Prožívání stresu je **varovný signál** – varuje před vážnějšími důsledky, pokud na něj nereagujeme změnou životního stylu.

Ač se o stresu hodně mluví a píše, většina lidí si není jistá, co vlastně slovo „stres“ znamená. Není jim zjevné, zda jde o označení pro vnější události, které jako nepříjemné prožíváme, nebo o reakci na ně. V moderní medicíně se používá pro vnější stresující události pojem **stresor** a pro psychickou a tělesnou reakci organismu na stresor pojem **stresová reakce** (negativní myšlenky, bušení srdce, napětí, výrazné pocení, bezcílné pobíhání po místnosti, zvýšení hladiny kortizonu apod.).

Lepší než léčba je vždy **prevence**. Nejdůležitější v prevenci stresu je **harmonický životní styl**, který bere v úvahu sebe sama v tělesných i psychických potřebách, stejně jako potřeby druhých lidí.

V ČR nejsou k dispozici systematická data o **expozici stresorům** u populace, lze je však částečně nahradit některými výběrovými šetřeními (Daňková, 2010). Výsledky tohoto šetření hodnotí duševní zdraví a vitalitu respondentů pomocí dvou souhrnných indexů. Ty vypovídají o zhoršování duševního zdraví a vitality s věkem, vyjma přechodného zlepšení ve věku 55–74 let. Ženy vykazují horší duševní zdraví i vitalitu ve srovnání s muži. Orientační srovnání výsledků vybraných otázek z roku 2010 s roky 2002 a 1999 ukazuje na trend zlepšování hodnocení duševního zdraví a vitality.

Vitalita

Index vitality vypovídá o životní energii a elánu jedince a v tomto ohledu je pravděpodobně více determinován tělesným stavem než index duševního zdraví. Průměrná hodnota indexu vitality dosahovala u českých mužů 66 a u žen 59, ženy tedy mají nižší

vitalitu ve srovnání s muži. O něco vyšší je u obou pohlaví mediánová hodnota, která není zatížena extrémně nízkými hodnotami (muži 68,8, ženy 62,5). Za kritickou se většinou považuje hodnota 50 bodů na škále od 0 do 100, přičemž méně než 50 bodů odpovídajících této hranici mělo necelých 13 % mužů a téměř 24 % žen.

Duševní zdraví

Duševní zdraví je v šetření EHIS z roku 2010 vyjádřeno pomocí indexu duševního zdraví (Mental Health Index, MHI). Index v sobě zahrnuje otázky týkající se čistě psychiky a nálad respondenta. Ty by neměly být tak úzce spjaty s fyzickým zdravím jedince, i když určitou vazbu očekávat lze. Průměrně čeští muži dosahovali hodnoty indexu 74, ženy 70, mediánové hodnoty se od průměru příliš neliší (tab. 3.7). Rozdíl průměrných hodnot mezi oběma pohlavími je sice menší než v případě indexu vitality, i tak byl ale potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury. I zde lze za kritickou hranici považovat skóre nižší než 50 bodů; pod touto hranicí se pohybuje 5 % mužů a 12 % žen, které lze označit jako osoby se „špatným duševním zdravím“. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl opět potvrzen jako statisticky významný i po odstranění vlivu věkové struktury: ženy vykazují špatné duševní zdraví 2,5x častěji ve srovnání s muži.

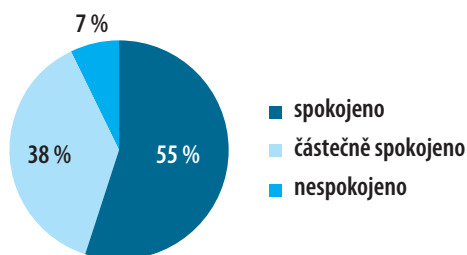
Podle výsledků studie HELEN (2010), která se zaměřila na městskou populaci středního věku, bylo se svým životem spokojeno 55 % dospělých ve věkové skupině 45–54 let, 38 % bylo částečně spokojeno a nespokojeno bylo 7 % osob. Pocit dobré kontroly nad životem, tj. pocit, že mohou ovlivnit události ve vlastním životě, vyjádřilo celkem 34 % osob, 62 % uvedlo neutrální odpověď a pouze u 4 % osob převládala pocit, že vlastní život mohou ovlivnit pouze minimálně. V obou ukazatelích se muži a ženy nelišili (obr. 3.5).

Tab. 3.7 Charakteristiky duševního zdraví podle pohlaví a věku obyvatel ČR v roce 2010 (zdroj: EHIS)

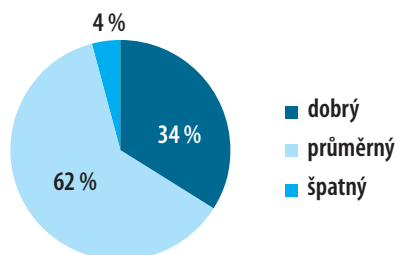
Věková kategorie (let)	Muži		Ženy	
	MHI < 50 (% osob)	Průměrné skóre	MHI < 50 (% osob)	Průměrné skóre
15–24	1,3	75,4	7,8	73,6
25–34	2,1	75,3	7,5	72,1
35–44	3,6	77,4	8,6	69,6
45–54	9,0	71,3	20,0	67,2
55–64	9,6	72,5	13,4	69,6
65–74	4,6	76,1	10,6	67,9
75+	20,5	65,0	21,3	64,4
celkem	5,2	74,1	11,9	69,8

MHI – index duševního zdraví (Mental Health Index)

Spokojenost se životem



Pocit dobré kontroly nad životem



Obr. 3.5 Výsledky studie HELEN zaměřené na životní spokojenost u populace ČR ve věku 45–64 let v roce 2010 (zdroj: Studie HELEN 2010)

3.4.6 Úskalí životního stylu

Socioekonomické proměny české společnosti, ke kterým po sametové revoluci docházelo a dochází, se promítají do života celé její populace. Otevřený prostor svobody, který umožňuje strukturovat životní prostor a čas do značné míry podle osobní volby, je sice na jedné straně šancí a výzvou k odpovědnosti, ale na straně druhé je konfrontován s mnohdy netušeným ohrožením.

Nenápadná – i když vytrvalá – převládající praxe společnosti nahromadila celou řadu dosud skrytých problémů spjatých s postavením dětí, se vztahem dospělé společnosti k dětství, rodičovství apod. Svět, v němž děti a mladiství žijí, je vždy již nějakým způsobem strukturován. Způsoby, jak je **předstrukturován** životní prostor a čas dětí a mladistvých, určují, jaké možnosti jsou jim otevřeny a jaké naopak uzavřeny.

Chronický nedostatek času je patrný téměř ve všech skupinách populace a promítá se téměř do všech oblastí života, nejvýrazněji však do života rodin: v nich ubývá společně tráveného času, vytrácejí se společné činnosti a společná setkání, která napomáhají vytvářet a rekonstruovat rodinnou historii a pomáhají dětem zařazovat své vlastní zkušenosti do kontextu zkušeností širší rodiny. Nedostatek času v rodinách často předznamenává terén pro psychickou subdeprivaci, kdy dítě postrádá vřelou blízkost „svých“ lidí a často i možnost někoho se zeptat na to, co potřebuje vědět, nebo si s někým „zkušenějším“ o svých problémech důvěrně pohovořit. Množství a kvalita společně tráveného času jsou „kontaminovány“ řadou vnějších i vnitřních faktorů. K nejzávažnějším patří **asynchronie** časových rozvrhů dětí a rodičů, **devalvace** psychosociálního času a **interference** profesních a rodičovských drah a rolí, ke které vlivem podnikatelských aktivit přistupuje často také workoholické běsnění některých rodičů.

Ve svém volném čase jsou děti často odděleny od světa svých rodičů a „stlačeny“ do poměrně úzkých vrstevnických skupin, což přispívá k rozšíření některých krajně negativních jevů, jejichž kořeny se všeobecně hledají v nezájmu rodiny, způsobu trávení volného času dětmi a mládeží apod.

Významnou část **volného času** tráví děti s kamarády, spolužáky, přáteli, kteří jsou na scéně dětství spoluaktéry životního významu. Parta či skupina vrstevníků je světem sama pro sebe. **Parta** existuje v určité době nejen jako cíl sám o sobě, ale také jako

pevnost, z jejíhož bezpečí je možné testovat rezistenci vůči dospělé autoritě. **Individuální identitě**, která je více než sumou všech předchozích identifikací (ať již založených na obdivu, či na strachu), předchází často hledání **skupinové identity**. Zde je role vrstevníků téměř nezastupitelná. Specifickým fenoménem je dětská vrstevnická kultura, spojující současné dětské generace s tradicemi minulých dětských generací, a to i když dochází k tvorbě technicky stále dokonalejších hraček, her, počítačů, tabletů, rozvoji internetu apod. Dětské party a vrstevnické skupiny se neustále vyvíjejí a mají svoje specifické výrazivo, slova, jejichž konotacím a leckdy i celkovému významu nezasvěcenec nerozumí. Tato jazyková specifika, případně spolu se specifickou činností, spoluvytvářejí vědomí jedinečnosti a skupinové sounáležitosti. Zmapování a hlubší poznatky o tom, jak děti svůj životní prostor ve volném čase strukturují a jakými činnostmi jej naplňují, až na výjimky chybějí.

Hledání osobní identity, přechodu od identity skupinové k individuální, je jedním z hlavních vývojových úkolů adolescence. Ani zde nejsou současné podoby tohoto procesu dostatečně zmapovány.

Rituály přechodu z dětství do dospělosti se v industriální společnosti téměř vytratily. Neexistují téměř žádné dostatečně personálně i sociálně významné akty, které by tento přechod jasně vyznačovaly. Maturita zdaleka již není skutečná „zkouška dospělosti“, vydání občanského průkazu nebo získání řidičského oprávnění (průkazu) jsou pouze vzdáleně mlhavou připomínkou vstupu a přijetí do partnerského společenství dospělých (Kovařík a Kukla, 1998).

Pro specifikaci bližších úskalí a poruch životního stylu viz kap. 17.

3.5 Další faktory ovlivňující zdraví

Mezi další faktory, které ovlivňují zdraví, se řadí tzv. **sociální determinanty zdraví**. Za nejdůležitější z nich se považují odlišnosti a nerovnosti ve zdraví, nezaměstnanost a chudoba.

3.5.1 Sociální odlišnosti a nerovnosti ve zdraví

Každý člen lidské společnosti má podle dokumentů WHO, ale i podle příslušných ustanovení naprosté většiny ústav rozvinutých zemí stejné **právo žít zdravý a dlouhý život**. Všichni lidé ovšem nedisponují k realizaci těchto ušlechtilých záměrů stejnými předpoklady, neboť mezi lidmi existuje obecně i speciálně ve vztahu ke zdraví mnoho rozdílů a odlišností. Mnohé z těchto odlišností jsou jen málo (či nejsou vůbec) ovlivnitelné (věk, pohlaví, etnická příslušnost). Některé z nich nelze charakterizovat jako nerovnosti (inequalities) v pravém slova smyslu, neboť vyplývají z individuální specifčnosti každého jedince a neobsahují prvek nespravedlnosti ve vztahu ke zdravotnímu stavu nebo systému zdravotní péče (i když např. mužské pohlaví je ve vztahu k riziku kardiovaskulárních chorob považováno za rizikový faktor). Tyto **rozdíly a odlišnosti**, třebaže mohou též vyvolat subjektivní prožitek nespravedlnosti, jsou způsobeny faktory obecné nahodilosti a vysokou interindividuální variabilitou lidského druhu.

Skutečné **nerovnosti ve zdraví** (tj. nerovnosti v současném zdravotním stavu, v péči o zdraví a v hlavních dimenzích životního stylu, jež zdraví ovlivňují) jsou převážně

důsledkem rozdílů v životních podmínkách (sociálních, ekonomických, behaviorálních, psychologických), které si jedinec sám nevybral a vůči nimž disponuje jen malou nebo žádnou možností aktuálně je ovlivnit. Takto charakterizované nerovnosti ve zdraví jsou nespravedlností, kterou je v duchu citovaných zásad WHO nutno odstraňovat nebo alespoň podstatně snižovat. V oblasti **zdraví a péče** jde především o:

- detekci a identifikaci ovlivnitelných faktorů
- intervenci v zájmu odstranění či zmírnění nežádoucích rozdílů, především těch, jež obsahují prvek sociální, ekonomické, behaviorální a psychologické nespravedlnosti

V tomto smyslu jsou nerovnosti ve zdraví středem pozornosti zdravotní politiky WHO i EU. Dokument Zdraví 21, jenž je strategií WHO v Evropě, uvádí jako první dva z celkových 21 cílů „solidaritě pro zdraví v evropském regionu“ a „spravedlnost ve zdraví“, vedoucí ke **zmenšování nerovností ve zdraví** v evropských zemích. Tento dokument též uvádí, že stav extrémně nízkého socioekonomického statusu (SES), **chudoba**, je nejvýznamnějším zdravotním rizikovým faktorem a rozdělení společnosti podle příjmů je závažnou nespravedlností a jedním z nejdůležitějších momentů ohrožujících zdraví. Finanční deprivace podle tohoto dokumentu vede mj. k vyřazování jedince ze společnosti a má tak podstatný vliv na stoupající kriminalitu a násilí.

Nejde však jen o vliv vyplývající z rozdělení společnosti podle úrovně příjmů v rámci konkrétních zemí, ale též o vliv vyplývající z faktického ekonomického rozdělení světa: podle podkladů bylo v roce 1960 možno poměr mezi nejchudšími a nejbohatšími státy světa vyjádřit jako 30 : 1, avšak v roce 1994 tento poměr vzrostl na 78 : 1 a nyní je ještě o mnoho vyšší.

Současná společnost je ovšem ohrožena též dalším rizikem: rizikem absolutizované a glorifikované spotřeby, **konzumu**, který vytěsňuje jiné hodnoty a vztahy mezi lidmi i populačními skupinami. Dynamika spotřeby je neustále pobízena rozsáhlou nadprodukcí široké škály komerčních produktů, takže by se mohlo zdát, že vytěsnění neúspěšných, podprůměrných a málo výkonných či nevýkonných jedinců do sociálně-ekonomického suterénu má vůči nim – z obecného pohledu – vlastně projektivní účinek. Ve společnosti, která nabízí nepřehlédnutelný rozsah nabídky zboží a služeb, je však velmi obtížné, spíše nemožné vysvětlovat chudým, že peníze a hmotné statky by v lidském životě neměly hrát zásadní roli. Psychologie by ovšem mohla pomoci překonávat tento obtížně řešitelný rozpor akcentováním hodnoty osobního růstu člověka a společnosti jako žádoucí alternativy hodnot ekonomického růstu výroby, prodeje a spotřeby.

Psychologii totiž velmi zajímá právě rozdíl ve vnímání a důsledcích vlivu skutečných, tj. objektivně existujících socioekonomických nerovností a subjektivně vnímaných, avšak současnými postupy objektivně nezjistitelných nerovností mezi lidmi pro úroveň **osobní pohody a zdravotního stavu**. K pochopení podstaty frustračního účinku velmi nízkého SES, založeného na prožitku nespravedlnosti, je třeba dodat, že se potenciálně sice dotýká všech, zvláště významně se však vztahuje ke skupině vzdělaných, motivovaných a zodpovědných osob, které chtějí (většinou námezdně) pracovat a které s tímto typem placeného zaměstnání již převážně mají předchozí vlastní zkušenost. Pro tyto jedince je nejobtížnější přijatelné poznání, že jejich zaměstnání, vykonávané obvykle s očekáváním, ale často i nadprůměrným úsilím, nasazením a využitím nabytého vzdělání a zkušeností, neumožňuje dosažení odpovídajícího SES a s ním souvisejícího zajištění rodiny. Tento

rizikový účinek nízkého SES, vyvolávajícího prožitek nespravedlivého sociálního zařazení, se projevuje na celém světě. Jeho distribuce se však liší podle společenské (nejenom ekonomické) vyspělosti. Nejvíce se objevuje jednak částečně v rozvojových zemích, kde jsou však zcela odlišné výchozí socioekonomické podmínky, ale jsou tam též k dispozici tradiční i některé nové náhradní možnosti řešení a seberealizace, jednak v transformujících se **zemích střední a východní Evropy**. Zde je jeho vliv umocněn možnostmi přímého srovnání s nově konstituovanými skupinami skutečně bohatých nebo o něco bohatších, často pocházejících ze srovnatelných vrstevnických skupin, i konfrontací se sousedními, ekonomicky stále mnohem silnějšími zeměmi EU.

Představitelé vzdělaných, motivovaných a zodpovědných zaměstnaneckých skupin v transformujících se zemích již za uplynulá léta pochopili, že ve většině vyspělých zemí sice nebývá např. učitel, knihovník nebo vědecký pracovník většinou řazen k místní příjmové elitě, ale v žádné z těchto zemí se ani nepřiblíží tak těsně hranici chudoby jako v těchto společnostech, transformujících se od roku 1989 obtížnou cestou od socialismu ke kapitalismu. Lidé v pozici zaměstnanců se zde na jednu stranu znovu učí vážit si práce, na druhou stranu si obtížně zvykají na požadavek výkonu stále více se blížícího západním standardům, ale hodnoceného stále ještě spíše „východními platy“. Je ovšem nutno znovu dodat, že každý má především tendenci srovnávat se s vrstevníky, sousedy atd., většinou lépe postavenými, takže nelze pominout ani skutečnost, že v současném světě je mnoho zemí, v nichž je ekonomická situace, poskytující základ pro vznik a rozvoj nerovností, ještě mnohem horší.

Zcela spravedlivé uspokojení potřeb všech lidí na celém světě není v praxi možné vzhledem k tomu, že svět byl, je a pravděpodobně i bude rozdělen na produktivní (ve smyslu know-how a finančních zdrojů), centrální a bohatou menšinu a neproduktivní, periferní a chudou většinu. **Nerovnosti mezi lidmi a oblastmi** mohou být také jedním ze zdrojů hospodářského růstu, mohou totiž sehrát jak stimulační, pozitivní roli jako příklad prosperity, který je hoden následování a identifikace, tak i frustrující, odrazující roli, která může vést k závisti, hostilitě a agresi.

Ve všech vyspělých západních společnostech vzrůstají s poklesem na sociální škále indikátory úmrtnosti a nemocnosti. Není na tom nic překvapujícího, protože řada aspektů života jedince je ovlivňována jeho **postavením v sociální stratifikaci**: v jakém prostředí se narodil a vyrůstal, jaká byla jeho výživa a výchova, ale též tím, co jí nyní, v jakém bytě bydlí, jakého se mu dostalo vzdělání, jakého druhu je jeho zaměstnání, v jakém prostředí pracuje, žije-li v dostatku, za co utrácí peníze apod.

Socioekonomické nerovnosti ve zdraví z hlediska zdravotního stavu a péče o něj nesporně existují, mimo jiné proto, že skupiny níže postavené na socioekonomickém žebříčku žijí v méně příznivých podmínkách a častěji se angažují v rizikovém chování než skupiny s vyšším postavením na socioekonomické stupnici. **Faktory, které mají vliv na zdraví**, se tradičně dělí na materiální (strukturální) a behaviorální.

- **Materiální faktory** se týkají úrovně bydlení, způsobu a kvality stravování, charakteru a podmínek pracovní činnosti, finanční dostupnosti lékařské péče apod.
- K **behaviorálním faktorům** patří výživové návyky, pohybová aktivita, ale také závislosti typu kouření, pijáctví aj., stejně jako účast na preventivních prohlídkách.

Je zřejmé, že obě skupiny těchto faktorů jsou rozsáhlým potenciálním zdrojem odlišností, rozdílů i skutečných nerovností (Kebza, 2005).

3.5.2 Sociální znevýhodnění a kulturní odlišnosti

Identifikace sociálního znevýhodnění reflektuje situace, podmínky a důvody, v jejichž důsledku dochází ke znevýhodnění, případně až sociálnímu vyloučení. Znevýhodnění nezpůsobuje samotný fakt odlišností, ale způsobují jej kontextualizace těchto odlišností. Typické pro znevýhodnění je, že jej přináší série problémů, mezi něž patří nízký nebo žádný příjem, špatná kvalita bydlení, špatný zdravotní stav včetně vysoké nemocnosti, nízké vzdělání, nízký stupeň profesních znalostí a dovedností, vysoká nezaměstnanost, vysoká kriminalita, závislosti různého typu, rozpad rodiny atd. – uvedené problémy se obvykle různě kombinují a vytvářejí **začarovaný kruh**, ze kterého se jen obtížně nalézá východisko.

Problém znevýhodnění a odlišností lze v teoretické rovině úvah vztáhnout také k různým modelům sociální stratifikace. Mnohé z nich vyzdvihují významnou roli kultury, která přispívá k utváření sociálních nerovností.

Znevýhodněné prostředí vymezujeme podmínkami ovlivňujícími kvalitu života. Je mj. charakteristické vysokým stupněm dezintegrace, málo rozvinutými sociálními službami (včetně vzdělávacích příležitostí), případně omezeným přístupem k těmto službám. V českých zdrojích lze nalézt různé **definice** znevýhodněného a odlišného prostředí. **Sociokulturně znevýhodněné prostředí** je takové, které neumožňuje dostatečně rozvíjet potenciál člověka (především dítěte) včetně jeho schopností a dovedností. Většinou je charakterizováno minimálně třemi **rizikovými faktory** z následujícího výčtu:

- věk matky v době narození dítěte nižší než 17 let nebo u matky proběhly tři a více porody do 20 let nebo jsou rodiče příliš mladí (adolescentní)
- nedokončené základní vzdělání alespoň jednoho z rodičů, související s jejich nedostatečnou profesionální kvalifikací
- chronické onemocnění nebo postižení rodičů, snižující schopnost pečovat o dítě
- těžké psychické onemocnění jednoho z rodičů, snižující schopnost pečovat o dítě
- nedostatečná sociální integrace rodičů (např. cizinců s jazykovou bariérou, chybějícím zázemím atd.) nebo chybějící či nedostatečná podpora rodiny
- nedostatečné zabezpečení výživy a ošacení, nevyhovující bytové podmínky
- domácí násilí
- používání návykových látek v rodině
- odůvodněné a potvrzené vyšetřování orgánů zabezpečujících ochranu práv a zájmů dítěte

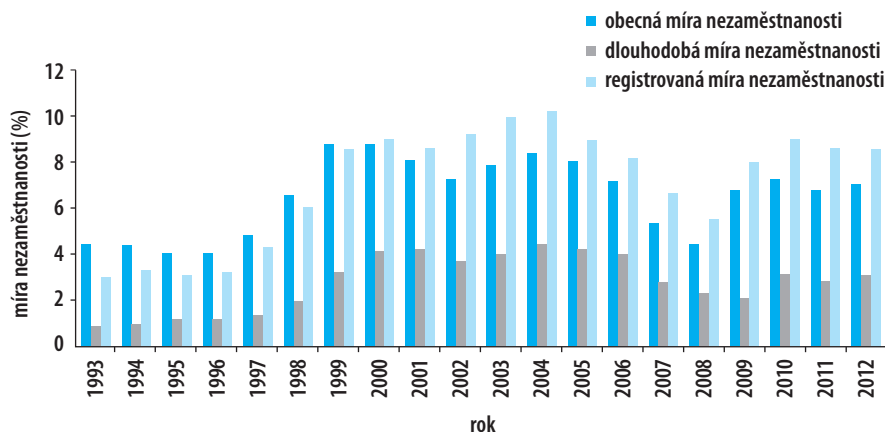
Další definice znevýhodněného prostředí vycházejí z negativního ovlivňování psychického a kognitivního vývoje a vždy se orientují na charakteristiku specifických skupin populace, které v takovémto prostředí žijí; často se uvádějí jedinci a rodiny s nízkým sociálním statutem, nízkou kvalitou života, nízkými příjmy, ohrožené sociálně patologickými jevy. **Školský zákon** vymezuje jako sociálně znevýhodněné rodiny s nízkým sociálně-kulturním postavením, osoby ohrožené sociálně patologickými jevy, osoby s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, osoby s postavením azylanta a požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území ČR.

Za **nepřímý indikátor** sociálního znevýhodnění je považována situace, kdy je nad výchovou dětí v rodině stanoven dohled soudem nebo místně příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Sociální znevýhodnění obvykle začíná v prostředí, do kterého se člověk narodí. Jako významné se jeví to, zda se dítě narodí rodičům např. s nízkým sociálním statusem, do kulturně (či etnicky) odlišného prostředí vůči majoritě. Důležité je tedy to, zda dítě přichází do takového prostředí, které je majoritní společností stigmatizováno. Za velmi významný faktor vstupující do procesu znevýhodňování je ve výše uvedených koncepcích, teoriích a definicích považováno **vzdělání**. Jako další významné faktory jsou uváděny **příslušnost k určité (menšinové) kultuře** a **životní styl**.

3.5.3 Nezaměstnanost

Existuje více způsobů měření nezaměstnanosti. **Obecná míra nezaměstnanosti** vyjadřuje podíl počtu nezaměstnaných na celkové pracovní síle (v %). **Registrovaná míra nezaměstnanosti**, kterou využívá při svých výpočtech MPSV, je vypočítávána jako podíl počtu dosažitelných uchazečů k pracovní síle. Ve statistikách je také využíván ukazatel **dlouhodobé míry nezaměstnanosti**, který vyjadřuje podíl počtu nezaměstnaných jeden rok a déle na celkové pracovní síle (v %).



Obr. 3.6 Nezaměstnanost v ČR v letech 1993–2012 (zdroj: ČSÚ, 2013)

Z grafu na **obr. 3.6** vyplývá, že **vývoj jednotlivých měř nezaměstnanosti** je nepatrně odlišný. Nejnižší míra dlouhodobé (0,7 %) a registrované (2,9 %) nezaměstnanosti byla v roce 1993. Míra obecné nezaměstnanosti dosáhla své nejnižší hodnoty o tři roky později, kdy měla hodnotu 3,9 %. Naopak nejvyšší byla míra dlouhodobé (4,3 %) a registrované (10,2 %) nezaměstnanosti v roce 2004, v případě obecné míry nezaměstnanosti byla nejvyšší hodnota zaznamenána v roce 2000, a to 8,8 %.

Dlouhodobě je nejvyšší míra registrované nezaměstnanosti v Praze, její hodnota v roce 2012 byla 4,5 %. Nejvíce lidí bez zaměstnání žije v Plzeňském kraji, kde vystoupala míra registrované nezaměstnanosti v roce 2012 na 14 %, a Moravskoslezském kraji, kde ve jmenovaném roce dosáhla na hodnotu 12,3 %. Obecná míra nezaměstnanosti žen je ve všech sledovaných letech vyšší než mužů. V roce 2010 byla míra nezaměstnanosti mužů 6,4 % a u žen dosáhla na hodnotu 8,5 % (MZ ČR, 2014).

Souvislost mezi nezaměstnaností a **zhoršením zdravotního stavu** jedinců popisuje řada výzkumných studií. Některé výzkumy poukazují na přímý vliv nezaměstnanosti na zdraví (Bambra, 2010; Fergusson a kol., 1997; Gallo et al., 2006; Schuring a kol., 2011), další studie referují o nepřímém vlivu negativní změny životního stylu, často spojené s nižší fyzickou aktivitou, alkoholismem a kouřením, jež se pak podílejí na nárůstu zdravotních problémů (Ezzy, 1993; Hafner, 1988; Leeflang a kol., 1992; a řada dalších).

Obecně se poukazuje na to, že nezaměstnanost je spojena s krátkodobým či dlouhodobým **stresem**, který, je-li nezvládnutý, významně poškozuje duševní i fyzické zdraví. Výzkumy vlivu nezaměstnanosti na duševní zdraví, které byly realizovány v rámci britského trhu práce, odhalily významné zhoršení celkového zdravotního stavu u lidí všech věkových skupin. Z rozsáhlého výzkumného šetření vyplynuly především tři závěry:

- Nezaměstnaní pociťují vyšší hladinu obecné psychické nepohody, deprese a úzkosti spolu s nižší sebeúctou a sebedůvěrou. Ukazuje se, že pokračující dlouhodobá nezaměstnanost je spojena s další redukcí zdraví a pohody, zejména u lidí středních let, zatímco starší a mladší věkové skupiny se stabilizují rychleji.
- Nezaměstnanost není prožívána stejným způsobem a v jejím vlivu na člověka lze identifikovat několik zprostředkujících faktorů. Lidé s větší oddaností svému zaměstnání většinou vykazují horší duševní zdraví během ztráty práce. Nezaměstnaní muži středního věku trpí většími psychickými problémy než mladší a starší skupiny, což odráží jejich vyšší odpovědnost a finanční závazky vyplývající z jejich role v rodině.
- Schopnost nezaměstnaného vyrovnat se se ztrátou práce závisí na tom, jakou hodnotu připisoval ztracenému zaměstnání a jak mu byl oddán. Psychické zdraví pozitivně ovlivňují také určité rysy sociálního prostředí, jako je četnost mezilidských kontaktů, míra emocionální opory okolí, možnost participace na kolektivní práci.

V českém prostředí se problematikou nezaměstnanosti zabývá především Buchtová, jež s kolektivem spolupracovníků zkoumala mj. zdravotní stav lidí propuštěných z práce. Téměř čtvrtina respondentů uváděla aktuální subjektivní příznaky neurotických potíží spojených se zvýšenou únavou, nespavostí, stavy úzkosti, celkovým napětím a vnitřním neklidem.

Vliv nezaměstnanosti na jednotlivce a na rodinu

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu před ztrátou zaměstnání a v průběhu nezaměstnanosti sledovali v českých podmínkách např. Chobotová a kol. (2004). Výzkum byl realizován v Ostravě na souboru 505 respondentů, kteří byli v evidenci úřadu práce. 16 % respondentů jednoznačně hodnotilo svůj zdravotní stav negativně. Byly to zejména ženy a respondenti nežijící v partnerském svazku, osoby nespokojené se svojí současnou životní situací. Přítomnost alespoň jednoho onemocnění byla u 30 % souboru, a to více u osob nad 30 let, neaktivních osob a osob s psychickými problémy. Z nemocí převažovala onemocnění pohybového aparátu (50 %), nervového ústrojí (23 %), alergie (21 %), respirační onemocnění (18 %), psychické poruchy (18 %). Ke zhoršení zdravotního stavu došlo u 40 % respondentů. Autorky v závěru výzkumné části týkající se zdraví a nezaměstnanosti uvádějí, že existuje statisticky významný vztah mezi nezaměstnaností a věkem. Ve věkové skupině 31–50 let byl ve srovnání se

skupinou mladších respondentů téměř dvojnásobně vyšší výskyt zdravotních obtíží, u věkové skupiny nad 50 let byl výskyt zdravotních problémů ve srovnání s mladšími dokonce čtyřnásobně vyšší.

Řada studií potvrzuje, že dlouhodobá ztráta práce nezaměstnaného jedince má **negativní vliv na rodinu**. Dochází ke změnám personálních vztahů, změnám v distribuci domácích prací, změnám v postavení a statusu nezaměstnaného člena rodiny (Jackson a Walsh, 1987). Obtížná je situace v rodinách, kde jsou dospívající děti, které vnímají otce jako autoritu zajišťující živobytí i pro ně. Ztráta práce otce pak někdy znamená také snížení jeho postavení v rodině, které může vyústit v závažné psychologické problémy u ostatních členů rodiny. Poznatky z výzkumů Buchtové ukazují, že v některých případech se neurotické potíže přenášejí z nezaměstnaného na zaměstnaného partnera. Přenášejí se dokonce i na děti, např. ve formě poruch chování. Jsou-li v rodině dva členové bez práce, stresy působící na rodinu se často násobí.

Řada studií potvrzuje, že nezaměstnanost s sebou přináší významný **negativní zásah do rodinného života**. Nezaměstnanost otce rodiny zvyšuje hladinu napětí v rodině (Thomas a kol., 1980; Fagin a Little, 1984; Grayson, 1985). Problémy v rodinných vztazích, které pramení z finančních těžkostí během nezaměstnanosti, popisuje řada autorů. Např. Cochrane a Stoppes-Roe (1981) zjistili souvislost mezi ztrátou práce manžela a vyšší hladinou úzkosti a deprese u manželek. South (1985) zkoumal ve Spojených státech dlouhodobě vztah mezi nezaměstnaností a počtem rozvodů. Byla nalezena signifikantně pozitivní korelace mezi výší nezaměstnanosti a vzestupem rozvodovosti v následujícím roce. Vyšší míra rozvodovosti není ani tak vázána na hrubý příjem domácnosti, jako na skutečnost nezaměstnanosti. Toto riziko je dvojnásobné, pokud muž byl nezaměstnaný celý rok, ve srovnání s páry, v nichž nezaměstnanost nebyla. I když rozdíly v kontextu doby samozřejmě omezují možnost přenosu těchto výsledků do současnosti, některé novější studie potvrzují, že předchozí rodinné vztahy a problémy mají velký vliv na duševní a fyzický stav manželů/manželek v průběhu nezaměstnanosti a na kvalitu soužití (Lobo a Watkins, 1995).

Gill (1971) dále uvádí, že v rodinách s nezaměstnaným otcem dochází častěji k **zanedbávání a zneužívání dětí**.

Ve výzkumu Buchtové a kol. (2012), realizovaném v rámci projektu ELSPAC, jsme zjistili, že negativní důsledky prožitého dětství mají vliv na budoucí **uplatnění na trhu práce**. Sociální role mladých mužů (otců) byla deformována jejich prožitky z dětství. Sociální integrace a sociální úspěšnost u skupiny mužů bez práce se proto vyvíjela nepříznivým směrem. Navíc skupiny mužů v dětství psychicky a fyzicky týraných měly tendenci napodobovat své rodiče.

Ztráta práce je pro mnohé jedince **zraňující zkušeností**. Nezaměstnanost je pro postiženého bolestná, ba dokonce traumatizující událost a zůstávají po ní trvalé psychické rány nebo jizvy. Prozrazují to výpovědi znovuzaměstnaných, a to nezávisle na kvalitě nalezených zaměstnání. Někteří hovoří o trvalých následcích – stigmatěch, která jsou hluboce vryta do jejich vědomí. Pocit osobního neúspěchu přetrvává, vracejí se pochybnosti o vlastních schopnostech. Někteří popisují změny vlastního chování v důsledku přímé zkušenosti s nezaměstnaností. Přiznávají např. mnohem menší odevzdanost sebe sama organizaci, snaží se, aby zapadli, aby nevyčnívali. Hodnoty přežití a bezpečí u nich dominují nad jejich pracovními zájmy, úspěchy a postavením. Cítí mnohem větší zodpovědnost za rodinu, která jim v době ztráty práce vytvořila sociální oporu. Tento **příklon k vlastním zájmům** je však společensky negativní.

Samozřejmě že nezaměstnanost může být v určitých případech prospěšná pro toho, kdo cítil potřebu osvobodit se ze stresového nebo svazujícího prostředí svého předcházejícího zaměstnání – ale to je spíše výjimka.

Vliv nezaměstnanosti na společnost

Naproti tomu vysoké procento dlouhodobé nezaměstnanosti má nežádoucí vliv nejen na jednotlivce, nýbrž na celou společnost. Takto postiženou společnost provází zvýšený výskyt lidí se sociálně patologickými jevy, což zjišťujeme spíše nepřímou: zvýšenou konzumací alkoholu, nikotinu a drog (zejména u mladých), vyšší nemocností a rostoucí spotřebou léků i vyšším výskytem sebevražedných pokusů. Zákeřnost této skutečnosti spočívá v tom, že zpočátku může být také nezaměstnanost prožívána jako určitá forma „dovolené“, jako období, v něm má člověk příležitost zamyslet se nad svým dosavadním životem. Později, při opakovaném neúspěchu najít si práci, narůstá vědomí nemožnosti ovlivňovat osobní situaci, vzniká pesimistický postoj s pocity nepotřebnosti, marnosti a beznaděje. Průvodními jevy vysoké a dlouhodobé nezaměstnanosti jsou zvýšená míra kriminality a násilí, rasových i meziskupinových konfliktů, krizí v rodině a v sociálních institucích. Nezaměstnanost provází také ztráta úcty k politickým stranám a autoritám. Vzniká tzv. **třída deklasovaných**, tj. lidí se zkušeností dlouhodobé nezaměstnanosti, bez kvalifikace a pracovních dovedností, kteří žijí mimo pracovní trh a jsou trvale závislí na systému podpor.

Za závažné považujeme zejména závěry studií zaměřených na **mladou populaci**, protože pracovní činnost má pro mladého člověka v jeho začátcích nezastupitelnou funkci. Podílí se na vytváření řádu života, upevňování mezilidských vztahů a vědomí odpovědnosti za vykonanou práci. Pracovní činnost spolupůsobí při utváření životního stylu. Práce je totiž podmínkou postupné nezávislosti a osamostatnění se mladého muže a ženy. Absence pracovní činnosti v tomto věku se podílí na diskontinuitě vývoje osobnosti, která je tím závažnější, čím je jedinec mladší. Déletrvajícím nezaměstnanost narušuje časovou perspektivu, tzv. **zónu budoucnosti**, která má centrální význam v chování a jednání mladých lidí. Ztráta orientace na budoucnost se může stát příčinou celkové životní rezignace a nacházení pochybného východiska v životním stylu s rizikovými faktory včetně užívání drog. Ukazuje se, že sepětí zdravotních problémů, zneužívání drog a nezaměstnanosti je velmi úzké.

Nezaměstnanost je tak problémem psychologickým, sociálním i ekonomickým. Z ekonomického hlediska se dlouhodobá nezaměstnanost projevuje negativně zvýšenými nároky na státní rozpočet (na dávky v nezaměstnanosti a na další podpory), na zdravotní a sociální služby. Je provázena ztrátami na neodvedených daních, ale **společenský dopad nezaměstnanosti je komplexní**: oslabuje nejen adaptační schopnosti jednotlivce, nýbrž i adaptační schopnosti společnosti a ekonomického systému jako celku.

Mít práci není automaticky výhrou. **Chudí pracující** jsou v životě jen o něco spokojenější než nezaměstnaní a budoucnost vidí černěji. Kvalita života roste úměrně s výší platu, jak ukázal průzkum agentury Median. Představitelé „working poverty“ neboli „chudých pracujících“ mají sice zaměstnání, ale mizerná výplata jim sotva stačí na obživu. O tomto fenoménu se začalo hovořit v 90. letech minulého století. Chudí pracující se v životě cítí jen o něco málo lépe než nezaměstnaní a budoucnost dokonce vidí černěji než oni – ukázal to rozsáhlý výzkum životního stylu a spokojenosti této skupiny lidí na reprezentativním vzorku 15 000 respondentů.

Byť se říká, že peníze nejsou všechno, průzkum jednoznačně potvrdil, že **příjem koreluje s životní spokojeností**. Lépe než nezaměstnaní a chudí pracující se cítí lidé se středním příjmem, nad nimi pak vynikají dobrým pocitem ze života ti, kteří mají peněz dostatek, jsou spokojenější s životní úrovní, se společností, v níž žijí, se zdravím a se svými vztahy. Je to celkem logické – lepší ekonomická pozice umožňuje tvořit si nějaké životní strategie, aktivněji trávit volný čas, věnovat více času prevenci apod. Také chrání člověka před různými riziky, jakým jsou třeba dluhy. Výše mzdy jednoznačně ovlivňuje spokojenost s prací. Chudí lidé by také rádi žili plnější život, ale jejich příjem je objektivní bariérou. Jen 30 % chudých pracujících se alespoň jednou měsíčně věnuje nějakému sportu (ve srovnání s 54 % lidí s nadprůměrným příjmem).

Převis nabídky pracovní síly nad poptávkou stlačuje **cenu práce** ve většině odvětví. Dalším negativním jevem je nárůst úvazků na kratší pracovní dobu a zvyšování těch na dobu určitou, a to na úkor práce, která poskytuje dlouhodobou perspektivu.

Průměrná česká prodavačka si přijde na 13 tisíc hrubého, musí chodit do práce i o víkendech a často přesčas nedostane zaplacené. Psychologové práce však argumentují, že i mizerně placená práce je pořád lepší, než nic nedělat. K výhodám patří, že člověk nepřichází o pracovní návyky ani o kontakt s druhými lidmi, což mu může umožnit získat po čase lépe placenou práci. Pokud člověk upadne do nečinnosti a izolace, jsou jeho šance horší.

Pracující občas dokonce absurdně vydělají méně peněz, než mají nezaměstnaní na dávkách. Mít minimální mzdu pod hranici chudoby automaticky znamená, že ti, kteří poctivě pracují 8 hodin denně, si nemohou vydělat na základní potřeby, což je nemotivující, jak uvedla ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová-Tominová. Její úřad má připravenou strategii sociálního začleňování na léta 2014–2020. V ní se zavazuje zlepšit situaci lidí ohrožených chudobou.

Minimální mzda se v roce 2013 zvýšila po dlouhých šesti letech na 8500 Kč. Pobírají ji 3 % pracujících, v přepočtu něco přes 100 000 lidí. Od 1. 1. 2015 činila částka 9200 Kč a pro rok 2016 je to 9900 Kč.

3.5.4 Chudoba

Chudoba označuje sociální status člověka vyznačující se hmotným nedostatkem. Chudobu lze v zásadě rozdělit na dvě velké skupiny, které se dále dělí. Horším stadiem chudoby je tzv. **absolutní chudoba**, o které hovoříme v případě, že se člověk dostane do stavu, kdy není schopen uspokojit své nezákladnější potřeby, jako je zajištění potravy a ošacení. Tento druh chudoby může dojít až do stavu, kdy je ohrožen život takto postižené osoby. Druhým druhem je tzv. **relativní chudoba**, což je stav, kdy jedinec nebo rodina uspokojují své sociální potřeby na výrazně nižší úrovni, než je průměrná úroveň v dané společnosti.

Problém chudoby, materiální deprivace a sociálního vyloučení je od 80. let minulého století v popředí zájmu výzkumu v zemích EU i mimo ni. Důvodů je více: „nová sociální rizika“ spojená s dynamickým a přitom nestabilním vývojem na trzích práce, s proměnami a destabilizací instituce rodiny, s rostoucí migrací i s omezováním role sociálního státu vedla v průběhu osmdesátých a devadesátých let k prohloubení míry chudoby a deprivace i v ekonomicky rozvinutých tržních demokraciích v Evropě i mimo ni. Přitom ať už jsou názory na roli redistribuce a potřeby redukce nerovnosti ve společnosti různé a tomu odpovídají i různé modely sociálního státu, **cíl redukce**

chudoby je obecně chápán jako základní a minimální cíl sociální politiky, ověřující její efektivnost (Ringens, 1987).

Navíc se potvrdilo, že v důsledku tzv. **cyklu deprivace** se chudoba přenáší mezi generacemi a deprivace v dětství vytváří silné předpoklady k životu v chudobě v dospělém věku a ovlivňuje negativně životní šance, zejména vede k nižší úrovni vzdělání a omezeným kognitivním schopnostem s pravděpodobným důsledkem v podobě nízkých výdělků a vysokého rizika nezaměstnanosti (Bradbury et al., 2001; Esping-Andersen et al., 2002). To je ovšem velmi závažný problém pro tzv. otevřenou společnost, neboť rovnost příležitostí je předpokladem pro legitimitu tržní soutěže a v ní vznikajících nerovností. Zpochybnění této rovnosti na „startovací čáře“ naopak oslabuje legitimitu řádu a ohrožuje základy demokracie. Kromě toho i když jsou děti budoucností země, nemohou okamžitě převzít plnou odpovědnost a jsou závislé na ostatních ve více oblastech (Bradbury et al., 2011).

Chudoba dětí se proto v posledních letech dostala do centra pozornosti a je uznána jako důvod pro silnou intervenci sociální politiky. V roce 2006 byly formulovány Závěry Evropské rady, které požadují, aby členské státy přijaly nezbytná opatření k rychlé a významné redukci dětské chudoby a poskytovaly všem dětem rovné příležitosti bez ohledu na jejich sociální původ (Marliner et al., 2007). V prosinci 2007 pak Evropská komise vyhlásila rok 2010 v EU rokem boje proti chudobě a 17. června toto doporučení schválil Evropský parlament. V tomto kontextu navíc zpráva Evropské komise (European Commission, 2008) konstatuje, že ve většině zemí EU je chudoba dětí vyšší než chudoba v populaci celkově a že její eliminace vyžaduje jak efektivní politiku začleňování na trhu práce, tak efektivní ochranu příjmů.

Česká republika patří v EU k zemím s nízkou mírou rizika příjmové chudoby (kolem 10 %). Naproti tomu však je míra rizika chudoby dětí do 10 let skoro dvojnásobná. V porovnání s průměrem za celou populaci je míra rizika chudoby dětí výrazně koncentrována:

- v neúplných domácnostech, kde se pohybuje na úrovni 43–50 %
- v nezaměstnaných/nepracujících domácnostech, a to na úrovni 43–68 % podle věkové kategorie
- v domácnostech se třemi a více dětmi je na úrovni 23–31 %

Odstup se ještě mírně prohlubuje, pokud měříme situaci po odečtení **nákladů na bydlení**. Efektivnost sociálních transferů při eliminaci rizika chudoby je nižší právě v případě dětí a výše uvedených specifických kategorií populace ve srovnání s ostatními.

Kategorie, kde se riziko chudoby koncentruje (domácnosti se třemi a více dětmi, neúplné domácnosti s dětmi, nezaměstnané domácnosti) sice představují v populaci spíše méně početné skupiny (4–6 %), avšak v **souhrnu** (a pokud k nim ještě připočteme např. jednotlivce více ohrožené rizikem chudoby a deprivace) jde o relativně početnější vrstvu populace, což se např. souhrnně projevuje v míře rizika nezaměstnanosti dětí na úrovni až 18 %.

Vedle rizika příjmové chudoby dětí je významným problémem i jejich **materiální deprivace**. V mezinárodním srovnání (European Commission, 2008, s. 51–52) je ČR společně s některými dalšími východoevropskými a středomořskými zeměmi řazena do kategorie zemí, v nichž více než 40 % obyvatel deklaruje finanční problémy ve dvou a více sledovaných oblastech materiální deprivace. Přítomnost dětí v rodině může přispívat k prohlubování finančních problémů i k jejich kumulaci. Zároveň můžeme konstatovat, že ČR je v případě dětí jednou ze zemí, kde jsou problémy vycházet s pří-

jmem výrazně vyšší než relativně měřená míra chudoby pro danou kategorii. Protože tento problém je výrazný ve východoevropských zemích, zatímco v zemích západní Evropy se téměř nevyskytuje, lze předpokládat, že svou roli zde hraje reálná úroveň mezd a také úroveň sociálního zabezpečení.

Za hranici příjmové chudoby je považováno podle metodiky Eurostatu 60 % mediánu národního ekvivalizovaného disponibilního příjmu za rok. V ČR byla v roce 2012 hranice příjmové chudoby 114 953 Kč, pod touto hranicí se nacházelo 990,3 tisíce obyvatel. Míra chudoby byla 9,6 %.

3.5.5 Konzumní společnost a mediální konzum

Nebezpečí, výzvy a příležitosti současného světa

Globalizace, která je typická pro naši současnost, se projevuje ve vytváření určitých obecných schémat k životu a k preferenci určitých hodnot i určitého životního stylu. Jistě zde záleží do značné míry na tom, jaké obrany si formuje rodina a prostředí, v němž dítě vyrůstá, i míra přesvědčivosti, s jakou učitelé dokážou stavět zejména v dějepisu a v občanské výchově hráz proti rizikům „zmasovění“ a mnohdy i proti preferenci utilitarismu, který je součástí ducha doby.

Každý, komu záleží na vytváření **vnitřní obrany** proti negativním jevům ducha doby, by se měl zamyslet nad tím, co se v životním prostředí regionu, komunity a školy z níže uvedených znaků doby vyskytuje a jak je to přijímáno:

- orientace na konzum – diverzifikace ekonomického a sociálního statusu (dovolené na atraktivních místech, počítače, mobily, oblečení apod.) – děti se mezi sebou srovnávají
- ekonomicky a regionálně omezené možnosti pro určité skupiny dětí k vytváření dovedností konstruktivně trávit volný čas
- prefabrikované hračky nepodporující tvořivost
- nuda jako pocit prázdnoty vedoucí k destruktivnímu chování – k destrukci je potřeba méně energie než k produktivní činnosti
- profesionalizace téměř všech pracovních činností
- nová domácí zařízení jsou konstrukčně tak složitá, že neumožňují opravu tradičním kutilským způsobem, takže děti mají omezenější možnosti rozvíjet dovednosti a technickou zručnost
- rozmach „průmyslu zábavy“ s herními automaty, virtuální realitou, diskotékami, drogami, pornografickými časopisy přístupnými i dětem
- trávení více hodin počítačovými hrami či hledáním senzací na počítači, komunikací na facebooku a na sociálních sítích
- identifikačními vzory nejsou významné osobnosti vědy, kultury, umění a sportu, ale mnohem častěji mediálně preferované tzv. VIP osobnosti – zpěváci či sportovci často primitivní, kteří mnohdy uvádějí děti a dospívající do lákavého světa hracích automatů, drog a sexuálních hrátek
- jsou rodiny, které žijí v nedostatečně strukturovaném, primitivním a málo kultivovaném prostředí
- televize a média s akčními programy podporujícími agresivitu a sociálně negativní chování
- terorismus jako nový fenomén světového nebezpečí (vedle válek)
- téměř úplná absence pozitivních vzorů mezi čelnými politiky

Situace v současné české společnosti

Pro současnou českou společnost jsou charakteristické následující negativní jevy:

- negativní identifikační vzory od vrcholových politiků
- konzumismus jako ideál
- negativní mediální působení – nevěra a promiskuita jako normální způsob existence
- šikana a intriky na pracovištích (tzv. mobbing, bullying apod.)
- stárnutí společnosti – nedostatek příležitostí k hodnotnému trávení penzijního volna
- ponižující situace mnoha seniorů, což se negativně promítá i do výchovy dětí, pokud senioři žijí v rodině svých potomků
- nezaměstnanost
- neznalost kritérií rozhodování a nepřipravenost na přijetí občansky eticky konstruktivního životního stylu
- nihilismus

Literatura

– k podkapitole 3.1

CAMMACK, R., et al.: *Oxford dictionary of biochemistry and molecular biology*. Revised edition. New York: Oxford University Press, 2006.

FEDOR-FREYBERGH, P. G.: *Prenatalne dieta*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013.

KUKLA, L., a kol.: Syndrom Noonanové u chlapce. *Československá pediatrie* 1987; 42(1): 33–35.

KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M.: Některé aspekty rodinného prostředí českých dětí. Výsledky studie ELSPAC. *Česko-slovenská pediatrie* 2006; 61(6): 357–364.

KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M.: Průběh těhotenství a vývoj plodu u kouřících a nekouřících žen. *Československá gynekologie* 1999; 64(4): 271–274.

KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M.: Vývoj respirační morbidity dětí ve vztahu k jejich expozici pasivnímu kouření. *Časopis lékařů českých* 2008a; 147(4): 215–221.

KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M., a kol.: Poruchy chování u sedmiletých dětí. Výsledky studie ELSPAC, 2. část: Rizikové faktory. *Časopis lékařů českých* 2008b; 147(6): 311–318.

KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M., a kol.: Poruchy chování u sedmiletých dětí. Výsledky studie ELSPAC, 3. část: Vývoj v období po narození. *Časopis lékařů českých* 2008c; 147(7): 387–391.

MACH, M., UJHÁZY, E., DUBOVICKÝ, M.: *Teratológia – princípy a hodnotenie abnormálneho vývinu*. Slovenská toxikologická spoločnosť Setox, 2014, 182 stran.

MUNTAU, A. C.: *Pediatrie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 608 stran.

RÉDEI, G. P.: *Encyclopedia of Genetics, Genomics, Proteomics, and Informatics*. 3rd ed. [s.l.]. New York: Springer, 2008.

ROST, I.: Chromosomale Mikrodeletionssyndrome. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2000; 148: 55–69.

ÚZIS ČR: *Aktuální informace* č. 47/2013.

– k podkapitole 3.2.1

BENCKO, V., NOVÁK, J., SUK, M., a kol.: *Zdraví a přírodní podmínky*. Praha: Dolina, 2011, 389 stran.

HOLCÁTOVÁ, I. BENCKO, V.: Vnitřní prostředí budov. In: BENCKO, V., a kol.: *Hygiena*. Praha: Karolinum, 2000, s. 45–53.

- KRÁLÍKOVÁ, E., BÝMA, S., KONŠTACKÝ, S.: Závislost na tabáku: prevence, diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař* 2008; 88(5): 258–261.
- LAJČÍKOVÁ, A., a kol.: Ionizace vnitřního ovzduší a vliv materiálů používaných v interiérech budov. *Architekt* 1997, 43(23): 53–55.

– k podkapitole 3.2.2, části A

- AINSWORTH, M., et al.: *Patterns of attachment*. 1st ed. John Willy and Sons Inc., 1979, 410 stran.
- BERRYMAN, J., THORPE, K., WINDRIDGE, K.: *Older mothers: Conception, pregnancy and birth after 35*. London: Harper Collins Publishers, 1995.
- BERRYMAN, J., WINDRIDGE, K.: *Motherhood after 35: Mothers and four-year-olds. A report on the Leicester motherhood project*. Leicester: Leicester University, 1998.
- BOUCHALOVÁ, M., KUKLA, L.: Týraná a netýraná děvčata – dětství, partnerství, mateřství: longitudinální studie. *Časopis lékařů českých* 2012, 151(7): 343–355.
- BOWLBY, J.: *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books, 1982, 496 stran.
- DUNOVSKÝ, J.: *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986a, 139 stran.
- DUNOVSKÝ, J.: *Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti*. Praha: MPSV ČSR, 1986b, 81 stran.
- DUNOVSKÝ, J., a kol.: *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999, 279 stran.
- DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., SCHULLER, V.: *Nechtěné děti, část A a B*, Praha: VÚPs, 1975.
- KLÍMOVÁ, H.: Rodina je něco, co trvá a léčí. *Lidové noviny* 16. 8. 2014, s. 22, výběr.
- KOVAŘÍK, J., KUKLA, L.: *Děti v ČR v roce 1996. Situační analýza stavu a vývoje dětí v ČR*. Praha: Český výbor pro UNICEF, 1998.
- KOVAŘÍK, J.: *Současná rodina v zrcadle anketních šetření*. Praha: VÚPSV, 1994.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: Faktory asociované s vývojem agresivity chlapců. *Časopis lékařů českých* 2007; 146(9): 699–707.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: Týrání dětí v populaci běžných rodin – longitudinální studie. *Časopis lékařů českých* 2009; 148(6): 254–263.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: Transgenerační přenos násilí v populaci běžných rodin – longitudinální studie. *Sborník PRIX IRENE*, Praha: Výbor pro péči o Prix Irene, 2012, s. 7–21.
- MORISH, R. G.: *12 klíčů k důsledné výchově*. Praha: Portál, 2003.
- PHOENIX, A., WOOLLETT, A., LLOYD, E.: *Motherhood. Meanings, practices and ideologies*. London: Sage Publications, 1991.
- PÖTHE, P.: *Teorie vazby a prevence týrání a zanedbávání dětí* [online]. Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii, 2001. Dostupné na <http://www.cspap.cz>.
- SOBOTKOVÁ, I.: *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001, 173 stran.

– k podkapitole 3.2.2, části B

- BŘEZINOVÁ, M.: Děti z menších obcí mají školu raději než ty z měst. *MF DNES* 27. 6. 2014.
- DEWEY, J.: *Democracy and Education. An Introduction to the Philosophy of Education*. New York: The MacMillan Company, 1924, p. 3.
- HAVLÍNOVÁ, M., a kol.: *Zdravá mateřská škola*. Praha: Portál, 1995, 141 stran.
- HUBERMAN, A. M.: The Present Situation and Future Prospects. In: MILARET, G., ed.: *The Child's Right to Education*. Paris: UNESCO, 1979, pp. 59–60.
- JÍLEK, D.: Univerzální právo dítěte na vzdělání. In: JÍLEK, D., a kol.: *Cesty ke škole respektující a naplňující práva dítěte*. 1. vyd. Brno: Česko-britská, o. p. s., Brno, 2013, vydal Artron, s. r. o. Boskovice, 1. vyd., 427 stran.

- KAIME, T.: 'Vernacularising' the Convention on the Rights of the Child: Rights and Culture As Analytical Tools. *International Journal of Children's Rights* 2010; 18(4): 641.
- KANT, I.: *O výchově*. Praha: Dědictví Komenského, 1931, s. 32.
- KOPŘIVA, P.: *Naše mateřská škola na cestě ke zdraví*. Kroměříž: Spirála, 1996, 151 stran.
- MACKŮ, L.: *Strategie boje proti sociálnímu vyloučení 2011–15. Kontext opatření v oblasti vzdělávání*. Úřad vlády ČR, odbor pro sociální začleňování, 20. 8. 2014.
- PALEČKOVÁ, J., TOMÁŠEK, V., a kol.: *Hlavní zjištění PISA 2012. Matematická gramotnost patnáctiletých žáků*. Praha: Česká školní inspekce, 2013.
- PROVAZNÍK, K., a kol.: *Manuál prevence v lékařské praxi. VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. Praha: SZÚ, 1998, 144 stran.
- STÁREK, J.: Odvolat všechny ředitele! Z historických důvodů... *Učitel'ské noviny* 2014, 117(7): 22–23.
- STRAKOVÁ, J., VESELÝ, A., eds.: *Předpoklady úspěchu v práci a v životě. Výsledky mezinárodního výzkumu dospělých OECD PIAAC*. Praha: Dům zahraniční spolupráce, 2013.
- MŠMT ČR: Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020.
- MŠMT ČR: zákony, vyhlášky.
- SZÚ: www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi.

– k podkapitole 3.3

- KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005, 264 stran.
- KŘÍŽOVÁ, E.: *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: vl. nákladem, 1998.
- ÚZIS ČR: Domácí zdravotní péče. In: *Činnost zdravotnických zařízení*, 2012.
- Nařízení vlády č. 307/2012 Sb.
- Vyhláška č. 102/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

– k podkapitole 3.4

- DAŇKOVÁ, Š.: Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR. Duševní zdraví, vitalita a kognitivní schopnosti. *Aktuální informace ÚZIS ČR* 2010; 12: 1–12.
- DUMITH, S. C., HALLAL, P. C., REIS, R. S., KOHL, H. W.: Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Preventive Medicine* 2011; 53(1–2): 24–28.
- DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V.: *Lidé a jídlo*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 1999.
- EU WORKING GROUP „SPORT & HEALTH“: *EU Physical Activity Guidelines – Recommended policy actions in support of health enhancing physical activity*. Brussels: European Commission, 2008.
- FIALA, J., KUKLA, L.: Potravinové preference 15letých – studie ELSPAC. *Česko-slovenská pediatrie* 2013a; 68(3): 139–148.
- FIALA, J., KUKLA, L.: Souvislost potravinových preferencí a konzumace. *Hygiena* 2013b; 58(2): 56–61.
- FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V.: *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003.
- HAMŘÍK, Z., SIGMUNDOVÁ, D., KALMAN, M., PAVELKA, J., SIGMUND, E.: Physical activity and sedentary behaviour in Czech adults: results from the GPAQ study [online]. *European Journal of Sport Science* 2014; 14(2) [cit. 20. 12. 2013]. Dostupné na <http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2013.822565>.

- HIRSCH, A. *Řekni mi, co jíš... (... a já ti řeknu, jaký jsi)*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2003.
- HUGHES, J. *Velká obrazová všeobecná encyklopedie. [s.l.]*. Praha: Svojtka & Co., 1999. Kapitola Potraviny a výživa – spánek a sny, s. 168.
- KALMAN, M., HAMŘÍK, Z., PAVELKA, J.: *Podpora pohybové aktivity: pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut, 2009.
- KALMAN, M., SIGMUND, E., SIGMUNDOVÁ, D., HAMŘÍK, Z., BENEŠ, L., BENEŠOVÁ, D., CSÉMY, L.: *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: Na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health behaviour in school-aged children: WHO collaborative cross-national study (HBSC)“*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011.
- KOTULÁN, J., a kol.: *Preventivní lékařství*. I díl., Brno: Masarykova univerzita, 1991, s. 180.
- KOVAŘÍK, J., KUKLA, L., a kol.: *Děti v České republice 1996. Situační analýza*, Praha: Český výbor pro UNICEF, 1998, 220 stran.
- KRATĚNOVÁ, J., ŽEJGLICOVÁ, K., MALÝ, M., FILIPOVÁ, V.: Rizikové faktory a prevalence vadného držení těla u dětí školního věku. *Praktický lékař* 2005, 85(11): 629–634.
- LAURUS, N. I.: *Die Codierung des Körpers. Essstörungen – Anorexia nervosa – im soziokulturellen Kontext der modernen Wohlstandsgesellschaft*. 1. vyd. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag, 2002.
- LISÁ, L., KŇOURKOVÁ, M., DROZDOVÁ, V.: *Obezita v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990.
- MÁČEK, M., MÁČKOVÁ, J.: Pohybová aktivita jako prevence vzniku rakoviny. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca* 2004; 13(3): 145–152.
- MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D.: *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001.
- MALONEY, M., KRANZOVÁ, R.: *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidových novin, 1997.
- MUNTAU, A. C.: *Pediatric*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 608 stran.
- MZ ČR: *Zpráva o zdraví obyvatel ČR*. Praha: MZ ČR, 2014, 156 stran.
- NEVORAL, J.: Výživa, s. 89–104. In: HRODEK, O., a kol.: *Pediatric*. Praha: Galén, 2002, 767 stran.
- NG, S. W., POPKIN, B. M.: Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obesity Reviews* 2012; 13(8): 659–680.
- NOVOTNÝ, J.: Hypokineze. In: Kol.: *Civilizace a nemoci*. Praha: Futura, 2009, 274 stran.
- PRAŠKO, J.: O stresu a životním stylu. In: Kol.: *Civilizace a nemoci*, Praha: Futura, 2009, 274 stran.
- RUPRICH, J., a kol.: *Zdravotní důsledky zátěže lidského organismu cizorodými látkami z potravinových řetězců v roce 2012: bakteriologická a mykologická analýza potravin, výskyt GMO na trhu potravin v ČR, dietární expozice (nutrienty)*. Subsystem IV. Odborná zpráva za rok 2012 [online]. Praha: SZÚ, 2013 [cit. 20. 12. 2013]. Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí. Dostupné na <http://czvp.szu.cz/monitor/tds12c/Projekt%20IV%20MZSO%2012.pdf>.
- RUPRICH, J., DOFKOVÁ, M., ŘEHŮRKOVÁ, I., SLAMĚNÍKOVÁ, E., RESOVÁ, D.: *Individuální spotřeba potravin – národní studie SISP04* [online]. Praha: CHPŘ SZÚ, 2006 [cit. 20. 12. 2013]. Dostupné na <http://czvp.szu.cz/spotrebapotravin.htm>.
- SZÚ: *Hodnocení zdravotního stavu. Studie HELEN. Alergická onemocnění u dětí*. Subsystem 6. Odborná zpráva za rok 2012 [online]. Praha: SZÚ, 2013 [cit. 20. 12. 2013]. Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí. Dostupné na http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/alergie/Subsystem_6_OZ_2013.pdf.

- The American heritage dictionary of the English language.* (4th ed.). Boston: Houghton Mifflin. 1992.
- WARDLE, J., CARNELL, S.: Appetite is a Heritable Phenotype Associated with Adiposity. *Annals of Behavioral Medicine: Supplement* 2009; (1): 38.
- WHO: *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases.* Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2003. WHO Technical Report Series, no. 916.
- WHO: *Guideline: Potassium intake for adults and children.* Geneva: World Health Organization, 2012.
- WHO: *Guideline: Sodium intake for adults and children.* Geneva: World Health Organization, 2012.

– k podkapitole 3.5

- BAMBRA, C.: Yesterday once more? Unemployment and health in the 21st century. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010; 64: 213–215.
- BRADBURY, B., JENKINS, S. P., MICKLEWRIGHT, J.: *The Dynamics of Child Poverty in Industrialised Countries.* Cambridge: Cambridge University Press a UNICEF, 2001.
- BUCHTOVÁ, B., a kol.: *Sociálně psychologické antecedenty u nezaměstnaných mužů. Longitudinální studie – zkušenosti z dětství.* 2012.
- BUCHTOVÁ, B., SNOPEK, M.: Psychické, zdravotní a sociálně-ekonomické důsledky ztráty práce. *Československá psychologie* 2012, 56(4): 525–342.
- BUCHTOVÁ, B., ŠMAJS, J., BOLELOUCKÝ, Z.: *Nezaměstnanost.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 187 stran.
- COCHRANE, R., STOPPES-ROE, M.: Women, marriage, employment and mental health. *British Journal of Psychiatry* 1981; 139: 373–381.
- ESPING-ANDERSEN, G., GALLIE, D., HEMERIJCK, A., MYLES, J.: *Why We Need a New Welfare State?* Oxford: Oxford University Press, 2002.
- EUROPEAN COMMISSION: *Child Poverty and Well-Being in the EU – Current Status and way forward.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
- EZZY, D.: Unemployment and mental health. A critical review. *Social Science and Medicine* 1993; 7: 41–52.
- FAGIN, L., LITTLE, M.: *The forsaken families: The effects of unemployment on family life.* Harmondsworth: Penguin, 1984.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, L. J., LYNKEY, M. T.: The effects on unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine* 1997, 27 (2): 371–381.
- GALLO, W. T., et al.: The persistence of depressive symptoms in older workers who experience involuntary job loss: results from the health and retirement survey. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Science and Social Science* 2006; 61: 221–228.
- GILL, D.: Violence against children. *Journal of Marriage and the Family* 1971; 33: 637–657.
- GRAYSON, J. P.: The closure of a factory and its impact on health. *International Journal of Health Services* 1985; 15: 69–93.
- HAFNER, H.: Does unemployment cause illness? A review of the status of knowledge of the correlation between unemployment, physical and psychological health risks. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1988; 56: 326–343.
- CHOBOTOVÁ, P., ŠLACHTOVÁ, H., TOMÁŠKOVÁ, H., ŠPLÍCHALOVÁ, A.: Unemployment and health. In: ÁGHOVÁ, L., ed.: *Životné podmienky a zdravie.* Štrbské Pleso: Úrad verejného zdravotníctva, 2004, s. 51–61.

- JACKSON, P. R., WAALSH, S.: Unemployment and the Family. In: FRYER, D., ULLAH, P., eds.: *Unemployment People: Social and Psychological Perspectives*. Milton Keynes, Open University Press, 1987, s. 194–216.
- KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005, 264 stran.
- LEEFLANG, R. L., KLEIN-HESSELINK, D. J., SPRIT, I. P.: Health effects of unemployment – I. Long-term unemployed men in a rural and an urban settings. *Social Science and Medicine* 1992; 34: 341–350.
- LOBO, F., WATKINS, G.: Late career unemployment in the 1990's: Its impact on the family. *Journal of Family Studies* 1995; 1(2): 103–113.
- MARLIER, E., ATKINSON, A. B., CANTILLON, B., NOLAN, B.: *The EU and Social Inclusion*. Bristol: Policy Press, The University of Bristol, 2007.
- MZ ČR: *Zpráva o zdraví obyvatel ČR*. Praha: MZ ČR, 2014, 156 stran.
- RINGEN, S.: *The Possibility of Politics*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- SCHURING, M., MACKENBACH, J., VOORHAM, T., BURDORF, A.: The effect of re-employment on perceived health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2011; 65: 639–645.
- SMĚKAL, V.: Etická a sociální kultura osobnosti jako východisko a cíl ochrany práv dítěte. In: JÍLEK, D., a kol.: *Cesty ke škole respektující a naplňující práva dítěte*. Brno: Česko-britská, o. p. s., 2013, vydal Artron, s. r. o., Boskovice, 1. vydání, 427 stran.
- SOUTH, S. J.: Economic conditions and the divorce rate: A time-series analysis of the post-war United States. *Journal of Marriage and the Family* 1985; 47: 31–41.
- THOMAS, L. E., McCABE, E., BERRY, J. E.: Unemployment and family stress. A reassessment. *Family Relations* 1980; 29: 517–524.

4 Prevence a včasná detekce nemocí

Miloš Velemínský sen., Lubomír Kukla

4.1 Definice prevence

Prevence jako pracovní metoda je zaměřena na celou řadu lidských činností – oblast zdravotnictví, sociální, právní, výchovnou, životního prostředí atd. Každá oblast má svoje specifika, je ale nutné zdůraznit jejich vzájemnou provázanost. My se budeme věnovat především oblasti zdravotnické a sociální.

Prevence je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění nebo zpomalit či zastavit vývoj choroby již existující. Všeobecně je tedy cílem prevence zabránit vzniku nemoci nebo včas zachytit její začátek a zpomalit tak rozvoj choroby nebo minimalizovat důsledky nemocí či poruch zdraví. Rozeznáváme prevenci primární, sekundární a terciární.

4.2 Primární prevence

Primární prevenci dělíme na **specifickou** a **nespecifickou**. Specifická je zaměřena přímo na konkrétní nemoc nebo proti rizikům. Primární prevence nespecifická znamená aktivity vedoucí k posilování a rozvíjení zdraví zdravotní výchovou či zdravotně žádoucím životním stylem (*de facto* jde o pojem podpory zdraví – health promotion). Na primární prevenci se má podílet celá společnost. Primární prevence ve své koncepci zajišťuje snižování incidence nemocí. Metody primární prevence spočívají v edukační činnosti pro širokou veřejnost, v očkování proti infekčním onemocněním, ve zkvalitňování výživy populace, ve výchově ke zdravému životnímu stylu apod.

Očkovací kalendář – pravidelné očkování dětí v České republice

Očkování je podle § 46 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění (ve znění zákona č. 392/2005 Sb. a zákona č. 222/2006 Sb.), povinné. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášek č. 65/2009 Sb., č. 443/2009 Sb. a č. 299/2010Sb., s účinností od 1. 11. 2010 a následně k 1. 1. 2014, upravuje členění očkování (**tab. 4.1**), podmínky provedení očkování a pasivní imunizace včetně zápisů do dokumentace a očkovacího průkazu jedince.

Doplňující informace k tab 4.1

- **Hexavakcína (Infanrix Hexa)** obsahuje očkování proti šesti nemocem: záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae* b, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B.
- **Očkování proti pneumokokovým nákazám** – děti do 5 let věku s indikacemi stanovenými vyhláškou, informace poskytnou dětskému lékaři. Ostatní děti dle zájmu rodičů, jde o očkování nepovinné, doporučené, které je hrazeno zdravotními pojišťovnami – bližší informace podá dětský lékař.

Tab. 4.1 Očkovací kalendář

Věk dítěte	Očkování	Očkovací látka
1. až 2. měsíc	tuberkulóza pouze u dětí s indikací dle přílohy č. 3 vyhlášky	BCG vaccine SSI
od 6. týdne – 1. dávka*	rotavirové nákazy	Rotarix, Rotateq
od 9. týdne – 1. dávka	záškrť, tetanus, dáivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané původcem <i>Haemophilus influenzae</i> b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
za měsíc po 1. dávce – 2. dávka	záškrť, tetanus, dáivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané původcem <i>Haemophilus influenzae</i> b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
od 3. měsíce – 1. dávka*	pneumokokové nákazy	Prevenar, Synflorix
od 4. měsíce – 2. dávka*	pneumokokové nákazy	Prevenar, Synflorix
za 1–2 měsíce po 1. dávce – 2. dávka*	rotavirové nákazy	Rotarix, Rotateq
za měsíc po 2. dávce – 3. dávka*	záškrť, tetanus, dáivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané původcem <i>Haemophilus influenzae</i> b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
za měsíc po 2. dávce – 3. dávka*	pneumokokové nákazy	Prevenar, Synflorix
nejdříve za 6 měsíců po 3. dávce – 4. dávka (nejpozději do 18 měsíců věku)	záškrť, tetanus, dáivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané původcem <i>Haemophilus influenzae</i> b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
11. až 15. měsíc – přeočkování*	pneumokokové nákazy	Prevenar, Synflorix
od 15. měsíce – 1. dávka	spalničky, příušnice a zarděnky	Priorix
21. až 25. měsíc, event. později – přeočkování	spalničky, příušnice a zarděnky	Priorix
od dovršení 5. do dovršení 6. roku – přeočkování	záškrť, tetanus a dáivý kašel	Infanrix, Adacel
od dovršení 10. do dovršení 11. roku – přeočkování	přenosná dětská obrna, záškrť, tetanus, dáivý kašel	Boostrix Polio, Adacel Polio
od dovršení 14. do dovršení 15. roku u neočkovaných v 10–11 letech věku a dále každých 10–15 let, u ostatních od dovršení 25. roku a dále každých 10–15 let	tetanus	Tetavax

Hvězdičkou (*) vyznačené očkování je nepovinné, doporučené.

- **Očkování proti rotavirovým nákazám** – omezeno věkem, doporučené, nehrazené očkování, hradí rodiče dítěte.
 - **Priorix** obsahuje očkování proti spalničkám, zarděnkám, příušnicím – očkování povinné, hrazené státem, lze doplnit o očkování proti planým neštovicím. Vakcína **Priorix tetra** obsahuje očkování proti spalničkám, zarděnkám, příušnicím a planým neštovicím v jedné dávce, hradí však rodiče dítěte.
 - **Tuberkulóza** – plošné očkování bylo zrušeno. Indikace k očkování proti TBC nastává pouze tehdy, když:
 - jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte či člen domácnosti, v níž dítě žije, má/měl aktivní tuberkulózu
 - dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte či sourozenec dítěte nebo člen domácnosti se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval ve státě s vyšším výskytem TBC než 40 případů na 100 000 obyvatel
 - dítě bylo v kontaktu s nemocným tuberkulózou

Indikace k očkování vyplývá z anamnestických údajů poskytnutých zákonnými zástupci dítěte lékaři novorozeneckého oddělení nebo registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, podle § 47 také umožňuje, aby byla pro dítě v rámci povinného očkování použita **očkovací látka jiná**, než zajistí Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím orgánu ochrany veřejného zdraví. Tato očkovací látka musí být v České republice registrována a výlohy za ni pak platí rodič sám.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, § 47 odst. 3 ukládá, aby každé provedené očkování bylo zdravotnickým zařízením **zapsáno** do očkovacího průkazu a do zdravotnické dokumentace. Při každém dalším očkování je očkovaný povinen předložit tento průkaz k provedení záznamu.

Tento očkovací kalendář je nutné aktualizovat o **nový typ očkování**, a to proti meningitidě vyvolané kmenem *Neisseria meningitidis*, typem B. Očkovací látka se nazývá Bexsero. Jde o nepovinné očkování.

Jak je výše uvedeno, v ČR se povinně očkuje proti devíti základním onemocněním. Počtem vakcín se nijak nelišíme od rozvinutých zemí, rozdíl však lze najít v tzv. **nepřímé povinnosti**. Ta znamená, že neočkované děti nejsou přijímány do dětských kolektivů. Tak je to také třeba v Belgii, kde povinně očkují proti obrně a další vakcinace (do celkového počtu jako u nás) vyžadují pro nástup dítěte do školky. V některých zemích očkování není podmínkou přijetí a je dobrovolné. Pokud se však ve školce objeví nemoci, proti nimž dítě není očkováno, je vyloučeno z výuky do doby, než riziko infekce pomine (Německo, Rakousko apod.). Ve Francii je povinné očkování proti záškrtu, tetanu a dětské obrně, v Itálii ještě proti hepatitidě B (úřady tam postihují rodiče neočkovaných dětí).

Na tomto místě je zapotřebí zmínit **odpůrce očkování**. „Svědomí nám nedovolilo nechat očkovat naši dceru“, argumentují rodiče dnes již sedmileté holčičky, jejichž spor se státem o povinné očkování se dostal až před Ústavní soud. „Přesvědčení stěžovatelů je založeno na tom, že pro dítě je nejlepší přirozeně vytvořená imunita, kterou by očkování mohlo narušit,“ prohlásila Zuzana Candigliota, právnička Ligy lidských práv, která rodiče ve sporu zastupuje. Ústavní soud vidí věc jinak. Obavy z možných rizik spojených s vakcinací nejsou podle něj důvodem k tomu, aby se rodiče povinnosti vyhnuli.

Přesvědčení, že vakcinace může způsobovat **autismus**, se opírá o již mnohokrát vyvrácenou studii Andrea Wakefielda z roku 1998. Tento lékař se tehdy zabýval souvislostmi

mezi vakcínou proti zarděnkám, příušnicím a spalničkám a možným vznikem autismu. Později se však ukázalo, že jeho studie byla značně zkreslená a trpěla závažnými nedostatky. V úvahu brala pouhých 12 případů, u nichž navíc lékař zfalšoval zdravotní údaje. Wakefield v roce 2010 přišel o svoji lékařskou licenci a *British Medical Journal* jej nazval vynalézavým podvodníkem. Přesto jeho teorii věří tisíce rodičů, kteří se rozhodli neočkovat svoje děti. Přitom žádná z 53 rozsáhlých studií, jež zahrnují celkem 14,7 milionu dětí, souvislost mezi autismem a vakcinací neprokázala (Česká vakcinologická společnost, 2015).

4.3 Sekundární prevence

Sekundární prevence by měla především zachytit včas onemocnění. Tato prevence tedy spočívá ve vyhledání možného zdravotního i sociálního problému již v asymptomatické fázi nebo odhalení začínajícího onemocnění. Zjednodušeně lze říci, že cílem sekundární prevence je vlastně zahájit včasnou diagnostiku a terapii u problému, který již vznikl.

Metody sekundární prevence spočívají v samovyšetřování, v preventivních prohlídkách a ve screeningu.

POSTNATÁLNÍ SCREENING

Preventivní prohlídky

Preventivní prohlídky jsou v dětském věku předepsány (první prohlídka po narození, dalších osm prohlídek v prvním roce a potom každé dva roky). Při prohlídkách se sleduje především psychomotorický vývoj, výživa, rodinná i osobní anamnéza, úrazy, operace, alergie a řada dalších položek přesně stanovených pro jednotlivá věková období a probíhá očkování (viz výše); **obsah a časové rozmezí** preventivních prohlídek obsahuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek.

Celoplošné vyšetřování 13 onemocnění

- vrozená snížená funkce štítné žlázy (kongenitální hypotyreóza, CH)
- vrozená nedostatečnost tvorby hormonů v nadledvinách (kongenitální adrenální hyperplazie, CAH)
- vrozená porucha tvorby hlenu (cystická fibróza, CF)
- dědičné poruchy metabolismu aminokyselin
 - fenylalaninu (fenylketonurie – PKU a hyperfenylalaninemie – HPA)
 - větvených aminokyselin (leucinóza, nemoc javorového sirupu – MSUD)
 - glutarová acidurie typ I (GA I)
 - izovalerová acidurie (IVA)
- dědičné poruchy metabolismu mastných kyselin
 - deficit acyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin se středně dlouhým řetězcem (deficit MCAD)
 - deficit 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin s dlouhým řetězcem (deficit LCHAD)
 - deficit acyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin s velmi dlouhým řetězcem (deficit VLCAD)
 - deficit karnitinpalmitoyltransferázy I (deficit CPT I)

- deficit karnitinpalmitoyltransferázy II (deficit CPT II)
- deficit karnitinacylkarnitintranslokázy (deficit CACT)

Význam screeningu spočívá v tom, že se v populaci zavčas zachytí závažná onemocnění a poruchy, které se tak mohou hned od počátku léčit a zajistit danému jedinci přiměřeně kvalitní život. Pro zdravotnictví to přináší jednoznačný ekonomický profit.

4.4 Terciární prevence

Terciární prevence redukuje počet a důsledek komplikací u dlouhodobých nemocí a poruch zdraví. Tento druh prevence se zabývá 3. až 4. stadiem nemoci. Cílem je omezení progresu onemocnění, zabránění opakování klinických příhod a zabránění vzniku postižení nebo ztráty soběstačnosti. Tato prevence je zaměřena na pacienty v rozvinutém stadiu onemocnění. Do její náplně spadá léčba a rehabilitace se snahou navrátit pacienta do stavu před vypuknutím onemocnění. Patří k ní tudíž i snaha o reintegraci a udržení kvality života. V dětském věku se využívá mj. **systému dispenzarizace**. Níže uvádíme přehled jednotlivých dispenzárních skupin doslovně dle přílohy k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR č. 39/2012 Sb.

Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče

(Poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, popřípadě jiný poskytovatel)

- 1 Infekční a parazitární onemocnění s prokázanou infekční etiologií s chronickým průběhem, následky těchto onemocnění vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 2 Lymeská borelióza
- 3 Závažná chronická onemocnění způsobená herpetickými viry
- 4 Závažné imunodeficientní stavy vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok, vrozená asplenie, stav po splenektomii
- 5 Defekty koagulace vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 6 Závažné anémie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 7 Diabetes mellitus a další poruchy glukózové tolerance
- 8 Další závažné poruchy endokrinní soustavy vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 9 Závažná metabolická onemocnění
- 10 Cystická fibróza
- 11 Familiární hypercholesterolemie
- 12 Mentální retardace
- 13 Závažná forma dětské mozkové obrny vyžadující soustavnou rehabilitaci déle než 1 rok
- 14 Primární enuréza u dítěte nad 5 let věku
- 15 Enkopréza s chronickou obstipací
- 16 Hydrocefalus
- 17 Následky zánětlivých onemocnění centrálního nervového systému, onemocnění centrálního nervového systému s nejistou prognózou
- 18 Progredující neurologická a svalová postižení
- 19 Epilepsie

- 20 Vrozená nebo získaná postižení oka (mimo samotných refrakčních vad) vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 21 Strabismus
- 22 Vrozená nebo získaná porucha sluchu vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 23 Závažné alergie s perzistujícími klinickými příznaky kožními, očními, nosními, bronchiálními nebo gastrointestinálními a stavy po anafylaxi
- 24 Bronchopulmonální dysplazie
- 25 Stavy po chirurgické léčbě nitrohruďných procesů s následnou poruchou funkce plic
- 26 Chronická obstrukční plicní nemoc dětského věku, bronchiektázie
- 27 Idiopatické střevní záněty
- 28 Cholecystolitiáza
- 29 Vředová choroba žaludku a duodena
- 30 Stavy po operaci zažívacího traktu vyžadující dlouhodobé sledování
- 31 Střevní malabsorpce včetně celiakie
- 32 Psoriáza a další závažná kožní onemocnění vyžadující soustavnou léčbu delší než 1 rok
- 33 Lupus erythematosus
- 34 Revmatická onemocnění u dětí, systémová postižení pojivové tkáně
- 35 Nefrotický syndrom
- 36 Vrozené a získané srdeční vady s příznaky srdečního selhání nebo poruchou hemodynamiky
- 37 Závažné arytmie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 38 Stavy po operaci srdce, angioplastikách, valvuloplastikách
- 39 Plicní hypertenze
- 40 Kardiomyopatie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 41 Intersticiální a difuzní plicní procesy s poruchou funkce plic
- 42 Stavy po dlouhodobé ventilaci plic pro syndrom dechové tísně
- 43 Astma bronchiale – závažné perzistující formy, obtížně léčitelné astma
- 44 Chronická pankreatitis vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 45 Závažná chronická onemocnění jater vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- 46 Chronická pyelonefritis a glomerulonefritis a veškeré další stavy spojené s poruchou funkce ledvin nebo vážnou poruchou funkce vývodných močových cest
- 47 Stavy po transplantaci orgánů a krvetvorných buněk
- 48 Vrozené anomálie a chromozómové abnormality vyžadující léčbu
- 49 Děti ohrožené sociálním prostředím, tj. děti týrané, zneužívané a zanedbávané

4.5 Podpora zdraví

Neobyčejně rychlý rozvoj **podpory zdraví** (PZ, health promotion) zejména v posledních dvaceti letech, dokládá, že PZ pevně zakotvila ve zdravotní politice všech evropských zemí. Jde o mnohotvárný souhrn ideí, metod a aktivit.

Lze říci, že oproti prevenci je podpora zdraví pozitivním konceptem. Principiálně jde o zvyšování úrovně zdraví jak ze subjektivního, tak z objektivního hlediska.

PZ významně přispívá k rozvoji zdravotní gramotnosti a naopak zdravotní gramotnost je jedním z faktorů, které PZ posilují.

Zdraví nevzniká v ambulancích a nemocnicích – tam se jen s velkým úsilím spravuje to, co se pokazilo. Zdraví vzniká v rodinách, ve školách, na pracovištích. Je-li zá-

měrem zlepšit zdraví lidí, nestačí spoléhat jen na rezort zdravotnictví, ale je nezbytné vzít v úvahu širokou škálu determinant zdraví a hledat cesty, jak je příznivě ovlivnit.

Vraťme se ještě k pojmu zdraví. Existuje sice celá řada **definic zdraví** (včetně té vytvořené WHO – viz výše), ale lépe pojem zdraví vyjadřují modely, z nichž dva jsou asi nejbližší: model biomedicínský a model ekologicko-sociální (Holčík a kol., 2007; Holčík, 2004):

- V **biomedicínském modelu zdraví** hrají hlavní roli symptomy nemoci, diagnostická kritéria, možnosti a dostupnost diagnostiky nemoci a vhodná terapie. Takové pojetí vychází z klasické klinické praxe, nicméně aby se podařilo účinně, hospodárně a humánně zvládat zdravotní problémy lidí, je nezbytné překročit hranice tohoto modelu zdraví a osvojit si poznatky začleňující zdraví a péči o ně do širších ekologických a sociálních souvislostí.
- **Ekologicko-sociální model zdraví** se snaží postihnout zdraví lidí v plné šíři, tedy i s jeho determinantami. Stručně jej můžeme charakterizovat následovně:
 - orientace na jedince jako člena sociálních skupin (rodina, zaměstnání, společnost) v populačním kontextu
 - zájem o všechny sociální charakteristiky zdraví (věk, vzdělání, příjem apod.)
 - vnímavost ke kulturním, sociálním i individuálním humánním hodnotám a studium jejich vztahu ke zdraví
 - pozornost věnovat jak objektivní, tak i subjektivní stránce zdraví a jeho poruch
 - studovat vztah jednání lidí a zdraví v kontextu každodenního života
 - zdraví je podmíněno vztahy mnoha lidí a zdaleka nejde jen o důsledek vztahu lékaře a pacienta
 - vědomí vlastní důstojnosti, péče o sebe sama, pocit sounáležitosti a dobrá vůle pomoci ostatním tvoří základní východisko péče o zdraví a poskytování zdravotních služeb
 - respektování skutečnosti, že lidé mohou příznivě reagovat na celou škálu metod péče o zdraví (neexistuje jen jediná správná cesta)

Zdraví je jednou z nejcennějších životních hodnot. Ukazuje to také řada nejrůznějších studií. Obvykle se uvádí, že **hodnota zdraví** je dvojí: individuální a sociální (Holčík, 2007).

- **Individuální hodnota zdraví** je spojena s pudem sebezáchovy. Lidé si však hodnotu zdraví uvědomí často až v okamžiku, kdy onemocní. Cestou k lepšímu pochopení hodnoty zdraví by měla být výchova posilující důstojnost a svébytnost lidí. Nežádoucí jsou hrozby strachu. Aktivita jedinců ve prospěch vlastního zdraví jsou nezbytné. Na řešení některých problémů však sami – jako jedinci – nestačíme.
- **Sociální hodnota zdraví** vychází z poznání, že každý populační celek, má-li přežít, musí věnovat pozornost zdraví lidí. Důvody takové pozornosti jsou dány historicky a sociálně: sanitace, ekonomická výkonnost populace atd. Nicméně základním důvodem je to, že je dobré být zdravý a těšit se spolu se svými blízkými ze všeho, co zdravý a plný lidský život přináší.

V poslední době se ke klasickým determinantům zdraví (viz výše) přiřazuje důležitost **sociálních determinant**. Musíme si uvědomit, že konkrétní životní styl je často důsledkem určité sociální pozice a dosavadních životních zkušeností a že jeho volba spočívá jen do určité míry na rozhodnutí jedince.

Při formování PZ nemůžeme zapomenout na **roli WHO**, především Evropské úřadovny v Kodani. Na podkladě publikace R. Andersona a I. Kickbuschové (1990) se zahájila velká diskuze k novému programu Health Promotion.

Poprvé byly formulovány **základní principy PZ**:

- PZ je zaměřena na celou populaci a na podmínky její existence, ne na vymezené populační skupiny vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění
- PZ se věnuje především takovým opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemoci
- PZ využívá sice různé, ale především takové metody a postupy, které vedou ke spolupráci
- PZ usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti
- Zdravotničtí pracovníci, zejména ti v první linii zdravotní péče, hrají klíčovou roli v dalších rozvoji a uplatnění PZ

Základním posláním PZ je:

- pomoc lidem usnadňující jim správnou volbu životního stylu
- pomoc politikům a organizátorům usnadňující jim přijmout taková rozhodnutí, která vedou ke zdraví
- usilovat o růst zájmu lidí o zdraví, o posílení odpovědnosti za zvládání zdravotních problémů a o rozšíření podílu veřejnosti na zdravotní péči

Výsledkem Ottawské konference podpory zdraví WHO, konané v roce 1986, byla tzv. Ottawská charta (deklarace), která se stala nosným základem pro rozvoj PZ a pro mezinárodní spolupráci v oblasti PZ. Na Ottawskou konferenci navázalo jednání pěti dalších mezinárodních konferencí: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000) a Bangkok (2005).

Role WHO však nespocívá jen v pořádání výše uváděných mezinárodních konferencí. PZ se stala jedním z univerzálních nástrojů a je součástí většiny programů. Významnou roli hraje např. v programu Zdraví 21, v němž svými výsledky dokládá svůj nesporný přínos pro zdraví lidí.

Bylo by žádoucí, aby zdravotní politika byla založena na vědecky ověřených důkazech. Tuto roli plní významný a soustavně rozvíjený obor (především v anglosaských zemích), který se nazývá Public Health (Holčík, 2006, 2009).

4.6 Zdravotní výchova a zdravotní gramotnost a jejich role v péči o zdraví

Zdravotní gramotnost (ZG) má své kořeny ve výchově. Od pradávna se lidé snažili ovlivňovat své zdraví. Někdy mu prospívali, jindy škodili. Obvykle se řídili osvědčenými tradicemi, z nichž mnohé měly formu náboženských příkazů, týkajících se např. způsobu života nebo osobní hygieny. Pokud byly vyvozeny ze zkušeností, měly i racionální jádro a povětšinou posilovaly pravděpodobnost přežití jedince i celého společenství.

Většina výchovných snah zaměřených na zdraví byla podmíněna závažností zdravotních problémů, možnostmi jejich zvládnutí i dominantním hodnotovým systémem. Dopad takové výchovy byl bezprostředně podmíněn ekonomickou a sociální pozicí jednotlivce i stavem společnosti jako celku.

Přes dílčí úspěchy novověké medicíny musíme připustit, že toho nemohla až do konce 19. století mnoho nabídnout. Rychlý nárůst medicínských poznatků na počátku 20. století a převážně v jeho druhé polovině dodal zdravotní výchově významný impulz.

V první polovině 20. století se podařilo díky zdravotní výchově zlepšit **péči o zdraví dětí v rodinách**, např. pokud jde o prevenci infekčních nemocí. V 60. a 70. letech se zdravotní výchova, a to zejména v rozvinutějších zemích, začala orientovat na problematiku chronických nemocí podmíněných do značné míry životním stylem. Mnohé z tehdejších aktivit byly založeny na poměrně jednoduchém chápání vztahu rizikového faktoru a nemoci a vycházely z přesvědčení, že pokud lidé dostanou potřebné informace, změní své chování a jejich zdraví selepší.

Zkušenost ukázala, že řada programů zdravotní osvěty byla úspěšná jen u vyšších sociálních vrstev, dobře vzdělaných a žijících v relativním dostatku. U sociálně znevýhodněných populačních skupin byl přínos mnohdy nepřesvědčivý (Nutbeam, 2000).

Ukázalo se, že jednosměrné předávání informací a poučování nemá potřebnou účinnost.

Jako vhodnější se ukázaly široce zaměřené **zdravotně výchovné programy**, které plně respektovaly sociální situaci osob, na něž byly zaměřeny. Další rozšiřování takových programů, jak co do obsahu, tak pokud jde o použité metody, postupně vyústilo v oblast nazvanou Health Promotion (HP) (v překladu podpora zdraví, PZ – viz výše)

Vzhledem k tomu, že sociální determinanty zdraví a zejména úroveň vzdělání výrazně ovlivňují zdravotní osudy jedince (WHO, 2008), bylo žádoucí uvažovat o souboru takových metod, které by úzce navazovaly na běžné vzdělávací aktivity, plně respektovaly životní podmínky lidí a pomáhaly lidem správně se rozhodovat i převzít svoji část odpovědnosti za své vlastní zdraví.

Definice zdravotní gramotnosti podle WHO

I zdravotní gramotnost prodělala svůj vývoj, stejně jako celá řada jejích nejrůznějších definic. Za jednu z významnějších můžeme brát definici WHO z roku 1998: *Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.*

Tato definice se stala předmětem jednání 5. světového kongresu věnovaného posilování a rozvoji zdraví. Účastníci kongresu doporučili rozšířit definici tak, aby zahrnovala všechny oblasti sociálního rozvoje včetně těch dovedností, které se sice běžně nezařazují do oblasti posilování a rozvoje zdraví, ale které mají určitý pozitivní vztah ke zdraví. Bylo rovněž navrženo, aby zdravotní gramotnost nebyla pojímána jen jako osobní charakteristika, ale také jako významná determinanta zdraví populace (Kickbusch, 2001).

Jak tedy vypadala definice po zasedání kongresu (Kickbusch, 2006)? *Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.*

Pro lepší vymezení i vysvětlení zdravotní gramotnosti jsou s úspěchem používány modely. **Modely zdravotní gramotnosti** si blíže všimají zejména struktury zdravotní

gramotnosti, její dynamiky a návaznosti na další pojmy a v neposlední řadě i možností měření a hodnocení zdravotní gramotnosti.

Nutbeamův model zdravotní gramotnosti

K nejčastěji připomínaným modelům zdravotní gramotnosti patří Nutbeamův model z roku 2000 (Nutbeam, 2000), který spočívá v představě tří úrovní ZG:

- **Funkční zdravotní gramotnost** – týká se výsledku tradiční zdravotní výchovy, spočívající v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak si počínat ve zdravotnickém systému. Cílem je rozšířit a prohloubit znalosti lidí o zdravotních rizikových faktorech a vést je k ochotě přijímat předepsaná opatření. Takový přístup nevyžaduje oboustrannou komunikaci, neposiluje samostatnost osob ani nerozvíjí jejich schopnost řešit nestandardní zdravotní problémy. V řadě případů je však zmíněný přístup účinný a napomáhá zlepšení zdraví jednotlivců i celé populace (např. účast na očkování, dodržování harmonogramu preventivních prohlídek). Typickými nástroji zdravotnických pracovníků v této oblasti jsou informační letáky a brožurky a tradiční zdravotní výchova pacientů.
- **Interaktivní zdravotní gramotnost** – do značné míry obsahuje nové zaměření zdravotní výchovy v posledních 20 letech. Záměrem je zde rozvíjet schopnosti občanů jednat samostatně, zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost při respektování pokynů. Nejde tedy jen o poslušnost a snahu vyhovět všem dobře míněným radám zdravotníků, ale o rozvoj svébytnosti a samostatnosti při rozhodování, o upevňování vnitřní motivace ve snaze přispět ke zlepšení zdraví. Patří sem některé zdravotně výchovné programy orientované na konkrétní problémy některých populačních skupin, např. svépomocné skupiny pacientů. Zdravotničtí pracovníci zde nepůsobí jako dominantní učitelé, ale spíše jako konzultanti poukazující na možnost volby a na očekávané přínosy i rizika jednotlivých aktivit.
- **Kritická zdravotní gramotnost** – rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Obsahem zdravotní výchovy je v tomto kontextu poskytování informací i rozvíjení komunikace o zdraví. Důležité je rovněž rozvíjení schopnosti navrhnout a posoudit organizační a politickou realizovatelnost opatření, která by měla mít vliv na sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životního prostředí.

I když se může zdát, že nejcennější je třetí úroveň zdravotní gramotnosti, bude jistě žádoucí respektovat a rozvíjet všechny tři úrovně.

Je jasné, že zdravotní gramotnost, podobně jako zdraví a péče o zdraví, je **komplexní pojem** zahrnující složité sociálně podmíněný přístup k informacím. Jejich utřídění a pochopení i jejich uvážlivé využití je možné především v kontextu každodenního života. Důležité je rozvíjet zájem i schopnost jednotlivců a skupin převzít rostoucí podíl zodpovědnosti za své vlastní zdraví a za zdraví svých blízkých i spoluobčanů.

To, co je zdravé dnes, nemusí být zdravé zítra. Zdravotní gramotnost je proto **dynamickým konceptem**. Občané by si měli průběžně osvojovat nové informace. Jde o to, aby si udrželi dobré zdraví a mohli jednat jako informovaní pacienti. Plná aktivní účast jednotlivců a jejich přijatá odpovědnost za zdraví je důležitou determinantou zdraví celé populace.

Model zdravotní gramotnosti podle Ministerstva zdravotnictví USA

Další významný model ZG vychází z rozdělení zdravotních informací podle amerického ministerstva zdravotnictví (United States Department of Health and Human Services, 2010) na tři základní skupiny, a to:

- **osobní zdravotní dimenze** – informace přispívají k ochraně a upevňování zdraví jedince a k jeho rozhodování v systému zdravotnických služeb
- **zdravotnická dimenze** – informace jsou určeny pracovníkům ve zdravotnictví a týkají se převážně zvyšování kvality a hospodárnosti poskytovaných zdravotnických služeb
- **populační dimenze** – informace jsou dostupné široké občanské veřejnosti a zahrnují údaje o zdravotním stavu populace, o determinantách zdraví a o možnostech, jak zlepšit zdraví

Každá zmíněná dimenze reprezentuje zájmy odlišných skupin, proto jsou vydávány různé velké prostředky na jejich získávání, zpracování i prezentaci. Je ovšem zřejmé, že uvedené dimenze nejsou jednoznačně odděleny a že se v kontextu každodenního života prolínají.

Zdravotní výchova

Zdravotní výchova je jednou z důležitých metod posilujících zdravotní gramotnost. Existují sice ještě další názvy jako např. zdravotnická osvěta, edukace pacientů, výchova ke zdraví apod., ale my se přidržíme pojmu zdravotní výchova.

Zdravotní výchova, jako ostatně všechny lidské činnosti, má svůj obsah, zaměření, vývoj i návaznost na další pojmy a aktivity. I **definice** je samozřejmě celá řada. Obecně lze zdravotní výchovu pojímat jako souhrn výchovně-vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti.

Obsahem zdravotní výchovy (podle Drapera 1980) jsou tři tradiční tematické okruhy:

- výchova a vzdělávání týkající se lidského těla a postupů, jak o ně pečovat
- informace o zdravotnickém systému, jaké zdravotnické služby, proč a kdy mohou být užitečné, komu a za jakých okolností jsou poskytovány
- výchova a vzdělávání věnované širším problémům a východiskům zdravotní politiky, možnostem zdravotních aktivit v národním i lokálním měřítku a všem dalším okolnostem, které zdravotní podmínky i zdraví lidí významně ovlivňují (Holčík, 2009)

Literatura

- ANDERSON, R., KICKBUSCH, I.: *Health Promotion. A resource book*. Copenhagen: WHO, 1990, 398 stran.
- CALDA, P., a kol.: *Prenatální diagnostika a léčba plodu*. 1. vyd. Praha: Levret, 1998, 129 stran.
- CALDA, P., et al.: *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*. 1. vyd. Praha: Aprofema, 2007, 268 stran.
- DRAPER, P., et al.: Three types of health education. *British Medical Journal* 1980; 281: 493–495.
- HOLČÍK, J.: Hodnoty a perspektivy péče o zdraví. *Časopis lékařů českých* 2007; 146: 635–641.

- HOLČÍK, J.: Poslání a budoucnost Public Health v evropském kontextu. *Časopis lékařů českých* 2006; 145: 171–174.
- HOLČÍK, J.: *Zdraví 21. Výklad základních pojmů*. Praha: MZ ČR, 2004, 160 stran.
- HOLČÍK, J.: *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: Škola a zdraví pro 21. století, 2009, 150 stran.
- HOLČÍK, J., a kol.: *Sociální lékařství*. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 137 stran.
- KICKBUSCH, I. S.: Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 2001; 16(3): 289–297.
- KICKBUSCH, I. S.: Navigating health care: Making health systems work for patients. 2006. In: HOLČÍK, J.: *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: Škola a zdraví pro 21. století, 2009, 150 stran.
- KOČÁREK, E., PÁNEK, M., NOVOTNÁ, D.: *Klinická cytogenetika I.: úvod do klinické cytogenetiky, vyšetřovací metody v klinické cytogenetice*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 120 stran.
- NUTBEAM, D.: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259–267.
- U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion: *Healthy People 2010* [online]. Dostupné na www.healthypeople.gov/2010/.
- WHO: *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on social determinants of health*. Geneva, WHO, 2008, 246 stran.
- WHO: Health promotion glossary. WHO/PRG/98.1. Geneva: WHO, 1998. *International* 2000; 15(3): 259–267.

5 Základy demografie v sociální pediatrii

Lubomír Kukla

Demografie je vědní obor, který se zabývá studiem reprodukce lidských populací a faktory, které tuto reprodukci ovlivňují.

Objektem studia je tedy lidská populace, předmětem je demografická reprodukce. Chápeme ji jako neustálou obnovu lidských populací, danou procesy rození a umírání. Tato přirozená obměna populace se označuje jako **přirozená měna** obyvatelstva. Každý z nás je aktivním účastníkem řady těchto změn – dvou v každém případě, vlastního zrození a úmrtí.

Od demografické reprodukce je zapotřebí odlišit termín **populační vývoj**, který je mnohem širší, neboť v sobě zahrnuje též prostorovou mobilitu obyvatelstva, kterou nazýváme **měna mechanická**: stěhování – migrace.

S procesem demografické reprodukce jsou spojeny demografické události (jevy). Kromě narození (resp. i nenarození – potratu) a úmrtí se za demografické události považují také sňatek, rozvod, ovdovění, nemoc apod., protože mají přímý vliv na proces porodnosti a úmrtnosti. Nazýváme je **měnou sociální**.

Demografie sleduje tyto události jako hromadné jevy (porodnost, úmrtnost, potratovost, sňatečnost, rozvodovost, nemocnost). Poté se tyto jevy analyzují s cílem najít pravidelnosti, kolísání, trendy krátkodobé či dlouhodobé. Demografii tedy nezajímá jedinec, ale populace.

Demografické procesy neprobíhají izolovaně od ostatních procesů, v nichž jsou jako účastníci lidé.

Demografii lze vymezit dvojným způsobem:

- jako obor, který poznává zákonitosti a obecné pravidelnosti demografické reprodukce a jejich specifické projevy a podmíněnosti u konkrétních populací, jimiž jsou:
 - biologická podstata demografické reprodukce
 - ekonomické, sociální a přírodně geografické prostředí
- jako obor, který zahrnuje do svého studia nejen proces demografické reprodukce a jeho podmíněnosti, ale i jeho důsledky, které lze najít v široké oblasti života lidí. Z tohoto vymezení je zřejmé, že obor ztrácí svoje hranice a komunikuje s celou řadou dalších oborů lékařských a biologických věd, psychologie, sociologie, ekonomie, geografie apod.

Pro úplnost je třeba uvést, že se demografie dělí na **subdisciplíny**, jimiž jsou demografická analýza, demografická metodologie, teoretická demografie, historická demografie, paleodemografie, regionální demografie apod.

Pro nás je podstatná skutečnost, že kromě uváděných subdisciplín se dostává do popředí **problematika rodiny a manželství**, kde se vytvářejí podmínky pro reprodukční chování. Zde se prolíná demografie se sociologií. Rovněž oblast **populační politiky** předpokládá spolupráci těchto dvou disciplín s praktickými aplikacemi v sociálním a ekonomickém životě. Podobně demografické studium **domácností** (velikost, struktura, vybavenost) se neobejde bez spolupráce s ekonomikou.

Prameny demografických dat

- **Sčítání lidu** (census) – děje se v ČR v desetiletých intervalech, v roce 2011 proběhlo zatím poslední sčítání lidu, jehož výsledky jsou již k dispozici.

- **Evidence přirozené měny** – roku 1950 byl zaveden jednotný systém státních matrik a jejich vedením byly pověřeny matriční úřady obcí. Evidenci rozvodů provádějí okresní soudy, evidenci potratů příslušná zdravotnická zařízení. K evidenci slouží příslušné formuláře: Hlášení o narození, Hlášení o úmrtí a Hlášení o rozvodu zpracovává státní statistika, tiskopisy Žádost o umělé přerušování těhotenství a Hlášení o potratu resort zdravotnictví. Povinnost hlášení jednotlivých událostí občany je přesně stanovena příslušnými směrnicemi.
- Údaje z evidence přirozené měny na území našeho státu jsou publikovány od poloviny 19. století v pramenných dílech státní statistiky v oddíle Pohyb obyvatelstva. Resort zdravotnictví publikuje od druhé poloviny 19. století údaje o nemocnosti, příčinách smrti, od roku 1957 o potratech.
- **Evidence migrací** – evidence vnitřní migrace je založena na povinném hlášení k trvalému pobytu. Přechodné pobyty již byly jako evidovaná položka zrušeny. Údaje o migraci jsou ročně publikovány spolu s daty o přirozené měně v Pohybech obyvatelstva, vydávaných statistickými orgány (Český statistický úřad).
- **Evidence nemocnosti** – sledování nemocnosti je u nás v současnosti problematické. Statistice podléhají pouze poruchy zdraví a úrazy, které vyžadují léčení. Jasná je statistika hospitalizovaných pro nemoc a úraz, už ne tak jasná je evidence ambulantně ošetřených a vůbec nic nevíme o nemocnosti (nebo úrazovosti) ošetřované jen doma. Zdrojem informací je statistika případů pracovní neschopnosti. Výsledky evidence nemocnosti publikuje Ministerstvo zdravotnictví (resp. ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky) ve Zdravotnické statistice.
- **Registry obyvatelstva** – registry obyvatelstva vycházejí z dat ze sčítání lidu a vše je aktualizováno na podkladě evidence přirozené měny obyvatelstva. Jako speciální registry mohou sloužit soupisy voličů, soupisy daňových poplatníků, školních dětí apod.
- **Výběrová šetření** apod. – výběrová šetření provádí např. ÚZIS ČR, Český statistický úřad, Státní zdravotní ústav, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Psychiatrické centrum Praha.

5.1 Vývoj a stav populace

Současným hlavním faktorem populačních změn je proces **stárnutí**. Ten se děje dvěma typy:

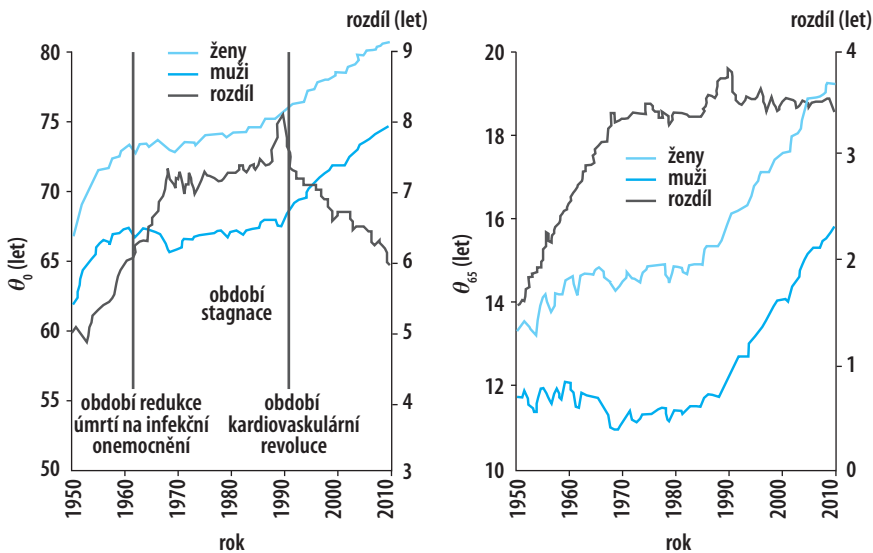
- ze spodu věkové pyramidy – snižování úrovně plodnosti, tj. zpomalení růstu dětské složky v populaci
- na vrcholu věkové pyramidy – zlepšování (snižování) úrovně úmrtnosti

Obvykle však oba uvedené typy demografického stárnutí probíhají ruku v ruce. Podíl starého obyvatelstva může ale také růst i na úkor snižující se váhy obyvatelstva v reprodukčním věku. Demografické stárnutí populace měříme indexem stáří.

Demografické stárnutí je obecným jevem ve vyspělých zemích. Tento proces přináší řadu důsledků: má vliv na sociální a ekonomický vývoj společnosti, nároky na důchodové zabezpečení, zdravotní služby, které se musí orientovat na starou populaci, nutnost vytváření příležitostí pro společenské a kulturní vyžití starých osob apod.

Naděje dožití při narození a ve věku 65 let

V posledních více než dvaceti letech dochází v ČR k nepřetržitému růstu naděje dožití při narození (obr. 5.1). V roce 2012 dosáhla hodnot 75 let pro muže a 80,9 roku pro ženy. Nadpoloviční příspěvek růstu naděje dožití při narození byl způsoben poklesem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy. K poklesu úmrtnosti došlo i ve vyšších věkových skupinách – v roce 2012 naděje dožití v 65 letech věku dosáhla hodnot 15,6 roku u mužů a 18,9 roku u žen. Přestože se ČR z hlediska epidemiologické situace vzdálila od států střední a východní Evropy, zdaleka nedosahuje úmrtnostních poměrů a zdravotního stavu populací západní Evropy.



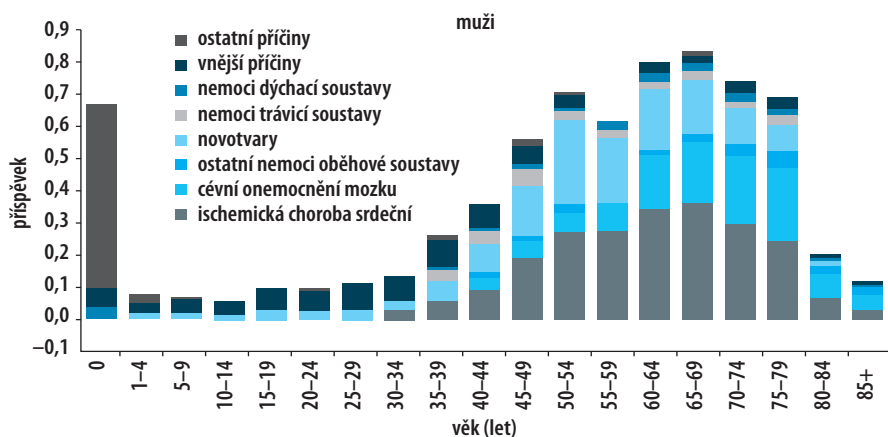
Obr. 5.1 Naděje na dožití při narození a naděje na dožití ve věku 65 let (θ_0 , θ_{65}) v ČR v letech 1950–2012 (zdroj: Human Mortality Database)

Samozřejmě část tohoto zlepšení měla pouze kompenzační charakter nahromaděného potenciálu v období stagnace úmrtnostních poměrů v letech 1960–1990. K poklesu úmrtnosti došlo také ve vyšších věkových skupinách, kde vzrostla od roku 1990 o 4,0 roku u mužů a 3,7 roku u žen.

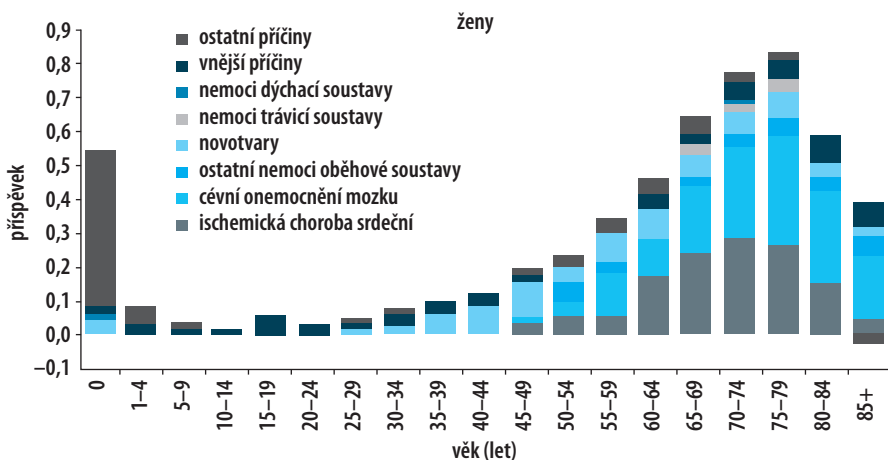
Jedním z možných způsobů zachycení změn **naděje dožití při narození** mezi dvěma obdobími je výpočet příspěvků jednotlivých věkových skupin a jednotlivých příčin úmrtí ke změnám naděje dožití (tzv. dekompozice naděje dožití). **Obrázky 5.2 a 5.3** dokládají příspěvky k růstu naděje dožití mezi lety 1990 a 2011 a poukazují především na dominantní roli nemocí oběhové soustavy v růstu naděje dožití při narození.

V období 1990–2011 vzrostla naděje dožití při narození (θ_0) u mužů o 7,2 roku; nadpoloviční příspěvek byl způsoben poklesem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (příspěvek 3,6 roku, tj. 51 % celkového růstu θ_0). Z pohledu příčin úmrtí přispěl dále k růstu naděje dožití pokles úmrtnosti na novotvary (20 %), vnější příčiny (11 %) a ostatní příčiny (10 %), za kterými se skrývá zejména pokles úmrtnosti v prvním roce života. Z pohledu věkových skupin stojí za růstem naděje dožití snížení úmrtnosti ve středním

a vyšším věku, konkrétně věkové skupiny 50–84 let, které přispěly téměř 65 %; dalšími 9 % přispělo snížení kojenecké úmrtnosti z 12,4 ‰ v roce 1990 na 3,1 ‰ v roce 2011.



Obr. 5.2 Příspěvky věkových skupin a osmi skupin příčin úmrtí ke změně naděje dožití při narození mezi roky 1990 a 2011 u mužů v ČR; vzrůst naděje dožití o 7,2 roku (zdroj: ČSÚ a Human Mortality Database, vlastní výpočet)



Obr. 5.3 Příspěvky věkových skupin a osmi skupin příčin úmrtí ke změně naděje dožití při narození mezi roky 1990 a 2011 u žen v ČR; vzrůst naděje dožití o 5,5 roku (zdroj: ČSÚ a Human Mortality Database, vlastní výpočet)

U žen byl podobně jako u mužů nárůst naděje dožití při narození (θ_0) mezi lety 1990 a 2011 způsoben v první řadě poklesem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (3,2 roku, tj. 58 %), dále pak zlepšením úmrtnostních poměrů na zhoubné novotvary

(příspěvek 15 %) a na vnější příčiny (9 %). K největšímu poklesu úrovně úmrtnosti došlo ve věkové skupině 65–84 let, která přispěla k růstu θ_0 téměř 52 %, dalších 10 % připadlo na redukci kojenecké úmrtnosti (z 9,1 ‰ v roce 1990 na 2,3 ‰ v roce 2011).

Období po roce 1990 lze právem v ČR považovat za druhou fázi změn zdravotního stavu populace, tzv. **kardiiovaskulární revoluci**, typickou zejména redukcí úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (Meslé a Vallin, 2002). Pozitivní vývoj v úrovni úmrtnosti a naděje na dožití byl ovlivněn řadou faktorů: k nejvýznamnějším patří dostupnost moderní zdravotnické techniky, vysoce účinných léčiv, zavádění moderních léčebných metod, výrazný vzestup výkonů zdravotnických služeb (např. kardiologických operací) či realizace preventivních screeningových programů. Dalšími faktory mimo oblast zdravotnictví bylo zlepšení životního prostředí, změna životního stylu (především výživových zvyklostí v důsledku širší nabídky potravin), změna struktury ekonomické aktivity obyvatelstva (nižší podíl osob zaměstnaných v průmyslu) a v neposlední řadě sociální únosnost ekonomické transformace (Burcin, 2007).

Rozdílné trendy a dynamika vývoje vzdálily ČR z hlediska úrovně úmrtnosti většinou země střední a zejména východní Evropy a přiblížily ji západní Evropě. Navzdory výraznému zlepšení úmrtnostních poměrů v české populaci naděje dožití při narození však dosud **nedosahuje průměrné hodnoty ukazatele v EU**. Naděje dožití českých žen se ale přiblížila k zemím západní Evropy, kde intenzita úmrtnosti v 80. a částečně i v 90. letech stagnovala, např. v Dánsku. Přesto lze hovořit o zhruba 15letém zpoždění za vyspělými státy západní Evropy (hodnota θ_0 u českým mužů odpovídá hodnotě θ_0 populací bývalé EU 15 v roce 1997, podobně u žen v roce 1996). V současnosti je ČR nejbližší západní Evropě v kojenecké úmrtnosti a úmrtnosti dětí a mladistvých, relativně blízko v nižším a středním produktivním věku. Na druhou stranu ve vyšším produktivním a postproduktivním věku se stále jednoznačně řadí do skupiny postkomunistických zemí (Burcin a Kučera, 2008). Progres v úrovni zdravotního stavu nejstarších věkových skupin je totiž hlavní hnací silou zlepšování úrovně zdravotního stavu ve většině zemí západní Evropy (MZ ČR, 2014).

5.2 Procesy demografické reprodukce

Pokud při studiu populace neuvažujeme migrace, mluvíme o **uzavřené populaci**. Noví členové jsou pouze produktem členů žijících, jde o přirozenou obnovu (měnu) populace čili **přirozenou reprodukci** (též demografickou reprodukci).

Nejjednodušším ukazatelem přirozené reprodukce je **přirozený přírůstek**, v případě jeho záporné hodnoty **přirozený úbytek**. Je to absolutní číslo: hodnota rozdílu mezi počtem živě narozených dětí a zemřelých za určité časové období (nejčastěji kalendářní rok, půlrok).

Zajímavým ukazatelem přirozené reprodukce je **čistá míra reprodukce**, jež udává, kolik děvčat se narodí v průměru jedné ženě v průběhu jejího reprodukčního období a dožije se věku matky v době svého porodu.

V případě, že bychom brali v úvahu migraci, budeme hovořit o **otevřené populaci**. Budou nás zajímat počty přistěhovalým a vystěhovalých v určitém územním celku ve sledovaném období. Změny označujeme jako **celkový populační přírůstek** (resp. úbytek), který se skládá z přirozeného přírůstku (úbytku) a **migračního salda** (rozdíl mezi počtem přistěhovalých a vystěhovalých).

5.2.1 Porodnost a plodnost

Proces rození je vedle procesu úmrtnosti základní složkou demografické reprodukce. Úroveň porodnosti závisí zejména na **plodivosti** (fekunditě), což je schopnost muže a ženy plodit děti. Její výsledný efekt, vyjádřený počtem narozených dětí, se označuje jako **plodnost** (fertilita). Počet dětí, který se určitému páru narodí, závisí nejen na jeho plodivosti, ale i na jeho **reprodukčním chování**. Typem tohoto chování je **plánované rodičovství**, kdy pár reguluje počet narozených dětí a intervaly mezi jednotlivými porody pomocí antikoncepčních metod. Úroveň porodnosti je dána také politikou státu. Významnou složkou je též systém hodnot ve společnosti.

Při analýze porodnosti musíme narozené děti rozlišovat dle rodinného stavu matky v době porodu na **děti manželské** a **nemanželské**. Zvláštní místo v demografické analýze mají děti narozené do 8 měsíců po svatbě, tj. děti z tzv. **předmanželských koncepcí**.

Podle projevu, resp. neexistence známek života se **narozené děti** dělí na **živě** a **mrtvě narozené** (viz kap. 6). U živě narozených dětí je sledováno jejich **pořadí** (rozlišujeme děti prvního pořadí, druhého atd.), jež je určováno většinou podle počtu všech dětí narozených dané ženě (případně podle počtu dětí narozených z nynějšího manželství). Při studiu porodů v daném manželství se zjišťují **porodní intervaly** (doba mezi porody). Plodivost ženy se vztahuje k **reprodukčnímu období**, které je stanoveno věkovým rozpětím 15–49 let.

Nejjednodušším ukazatelem porodnosti je **hrubá míra porodnosti**, což je poměr počtu živě narozených dětí ke střednímu stavu obyvatelstva (většinou v ročním vymezení) $\times 1000$ (vyjádření v promile).

Z celé řady různých měr a indexů se v praxi nejvíce používá **obecná míra plodnosti**, která je definována jako počet živě narozených dětí na 1000 žen v reprodukčním věku (15–49 let) ve sledovaném roce. Zmínit můžeme ještě **manželskou plodnost**, kdy jsou studovány manželské porody a jejich nositelé – manželské páry.

5.2.2 Potratovost a úmrtnost

Studium potratovosti je velmi důležitou složkou, protože potratovost úzce souvisí nejen s úmrtností (perinatální úmrtnost), ale i s porodností, resp. mrtvorodností. **Potratovost** se rozumí úmrtnost plodu, tj. ukončení těhotenství vynětím nebo vypuzením plodu v době od koncepcie do takového vývojového stadia plodu, než je plod dle platných definic považován za dítě (kap. 6.1). Úroveň potratovosti úzce souvisí se způsoby omezování plodnosti, s propagací a šířením antikoncepčních prostředků a s celkovým populačním klimatem v zemi.

Česká statistika rozlišuje miniinterrupce, jiná legální umělá přerušení těhotenství (UPT), samovolné potraty a ostatní potraty (např. kriminální). Podkladem pro zpracování jsou tiskopisy Žádost o umělé přerušení těhotenství a Hlášení o potratu.

Nejjednodušším ukazatelem je **hrubá míra potratovosti**, což je počet všech potratů na 1000 obyvatel středního stavu $\times 1000$. Je jasné, že tento ukazatel je jen orientační, mnohem logičtější je **obecná míra potratovosti**, jež je dána počtem potratů na 1000 žen reprodukčního věku $\times 1000$.

Hodnotíme-li proces potratovosti podobně jako proces úmrtnosti, používáme **index potratovosti**, což je poměr počtu potratů ku narozeným za rok $\times 100$.

5.2.3 Sňatečnost a rozvodovost

SŇATEČNOST

Počty uzavřených sňatků

V roce 2003 klesl poprvé v ČR roční počet sňatků pod 50 tisíc. Od roku 2004 se počet uzavřených manželství začal opět zvyšovat, avšak nikterak výrazně. Výraznější nárůst nově vzniklých manželství přinesl až rok 2007, kdy bylo uzavřeno o 4,3 tisíce manželství více než v roce předchozím. Meziroční nárůst byl tehdy dokonce větší než celkový nárůst z období let 2004–2006. Celkem bylo v roce 2007 oddáno 57 157 párů, nejvíce za posledních 10 let. V následujících letech ale vstupovalo do manželství stále méně osob a v roce 2011 se v ČR uskutečnilo 45 137 svateb, což bylo nejméně od roku 1918. V roce 2012 se počet uzavřených manželství mírně zvýšil, když bylo zaznamenáno 45 206 manželství.

Sňatky podle rodinného stavu

Z hlediska rodinného stavu existovala také v roce 2012 mezi snoubenci výrazná homogenita, neboť 79 % manželství bylo uzavřeno mezi osobami stejného rodinného stavu. Stejně jako v předchozích letech bylo i v roce 2012 uzavřeno nejvíce sňatků mezi dvěma svobodnými snoubenci (29 684, tj. 66 %). Dlouhodobě druhou nejčetnější skupinu tvoří sňatky, kdy byli oba novomanželé před sňatkem rozvedení. V roce 2012 bylo takových svateb 6191, tj. 14 %. Následovaly svazky rozvedené a svobodné osoby, přičemž o něco častější jsou sňatky dosud neprovdané ženy s rozvedeným mužem (4436 v roce 2012, tj. 10 %) než svobodného muže s rozvedenou ženou (3996, tj. 9 %). Ovdovělí vstupovali do dalšího manželství ojedinele, v rádech stovek případů za rok (542 žen a 401 mužů, z toho bylo 44 manželství uzavřeno mezi ovdovělými). Tyto podíly se v uplynulých letech výrazně neměnily.

Sňatky podle vzdělání

Také z hlediska vzdělání jsou v ČR uzavírána manželství většinou homogenní. Mezi novomanželi, kteří v roce 2012 uvedli své nejvyšší dokončené vzdělání, mělo 54 % dvojic shodnou úroveň vzdělání, u 39 % se úroveň vzdělání novomanželů lišila o jeden stupeň a pouze u necelých sedmi párů ze sta byl rozdíl v úrovni vzdělání dvojstupňový. Od roku 2007 je údaj o vzdělání dobrovolný a v roce 2012 nebylo možné homogenitu vzdělání posoudit u 8 % manželských dvojic, neboť alespoň u jednoho ze snoubenců nebylo vzdělání uvedeno.

Sňatečnost svobodných a rozvedených

Pro celkovou úroveň sňatečnosti je významná zejména **prvosňatečnost**, tj. uzavírání sňatku svobodnými osobami – alespoň pro jednoho z manželů jde o první sňatek. Při zachování sňatečnosti na úrovni roku 2012 by uzavřelo první manželství před dosažením věku 50 let pouze 53 % mužů a 61 % žen, což znamená, že mezi těmi, kterým v roce 2012 bylo 16 let a v roce 2047 budou ve věku 50 let, bude 47 % mužů a 39 % žen svobodných. To představuje prozatím historicky nejnižší hladinu sňatečnosti v českých zemích vůbec. Např. při sňatečnosti na úrovni roku 2002 by ve věku 50 let bylo svobodných 34 % mužů a 28 % žen; kdyby se udržela intenzita sňatečnosti na úrovni z roku 1992, při dosažení věku 50 let by bylo svobodných pouze 8 % žen a 15 % mužů.

V roce 2012 se muži poprvé ženili průměrně ve věku 32,3 roku, u žen byl průměrný věk při prvním sňatku 29,6 roku. Před 10 lety se ženy poprvé vdávaly v průměru ve 27,3 roku, muži v 29,7 roku. V roce 1992 muži vstupovali poprvé do manželství v průměru ve 24,8 roku, svobodné ženy se průměrně vdávaly ve 22,6 roku.

Další sňatek po rozvodu v roce 2012 uzavřelo celkem 36 % rozvedených mužů a 35 % rozvedených žen, v roce 2002 to bylo 43 % rozvedených mužů a 42 % rozvedených žen a v roce 1992 se opětovně provdala či oženila více než polovina (52 %) rozvedených. Doba mezi rozvodem a dalším sňatkem se prodlužovala od začátku 90. let 20. století. Průměrná doba mezi rozvodem a dalším sňatkem byla v roce 2012 u mužů 7,6 roku a u žen 8,0 roku. Deset let předtím, v roce 2002, vstupovaly ženy do dalšího manželství průměrně po 6,4 roku od rozvodu, muži se znovu ženili průměrně po 6,3 roku od rozvodu. V roce 1992 byla průměrná doba uplynulá od rozvodu k dalšímu sňatku ještě kratší, když se ženy opakovaně vdávaly průměrně za 5,1 roku po rozvodu a muži za 4,5 roku. Důvodem nárůstu intervalu mezi rozvodem a dalším sňatkem byl pokles míry opakované sňatečnosti krátce po skončení manželství v kombinaci s růstem míry sňatečnosti po 10 a více letech od rozvodu. Sňatečnost rozvedených je obecně nejvyšší bezprostředně po rozvodu, s rostoucí dobou se míra uzavření nového sňatku snižuje, a to shodně u mužů i u žen.

Z uvedených dat vyplývá, že nezanedbatelné množství dětí žije v **neúplných rodinách** s jedním z rodičů. V poslední době se také stává významným fenoménem život dětí v **rodinách nesezdaných párů**. Jde o skutečně významný společenský a sociální fenomén současnosti, který je „velmi dobrým“ tématem pro širěji založený výzkum.

Sňatky s cizinci

V posledních čtyřech letech se podíl manželství, v nichž je alespoň jeden ze snoubenců cizinec, pohybuje mezi 9 a 10 %. V roce 2012 bylo uzavřeno celkem 4283 sňatků, kde alespoň jeden ze snoubenců měl cizí státní příslušnost, z toho 2344 připadlo na svazek ženy z ČR a cizince, 1663 na situaci opačnou a zbylých 276 na sňatek dvou cizích státních příslušníků. Nejčastěji šlo o sňatek Čecha/Češky s občankou/občanem Slovenska. Dvojice Čech a Slovenka představují 43 % párů, kdy se občan ČR ženil s cizinkou. Mezi dvojicemi Česka a cizinec bylo 28 % dvojic, v nichž oním cizincem byl občan Slovenska. Na dalších místech se pozice státních občanství u mužů a žen lišily. U mužů z ČR v roce 2012 šlo o svazky s ženami z Ukrajiny a z Ruska, přičemž toto pořadí je dlouhodobě stabilní. Ženy s českým státním občanstvím se v roce 2012 kromě občanů Slovenska vdávaly nejčastěji za občany Německa nebo Spojeného království. Na straně ženicha bylo v roce 2012 zaznamenáno občanství ze 101 zemí, mezi nevěstami byly občanky 82 různých zemí (<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/snatecnost>).

ROZVODOVOST

V roce 2012 bylo rozvedeno 26 402 manželství, což bylo o 1,7 tisíce méně než v roce 2011. Takto nízký roční počet rozvodů byl naposledy zaznamenán koncem 70. let 20. století. Změny v absolutním počtu rozvodů reflektují vývoj intenzity rozvodovosti a také se v nich odráží úroveň sňatečnosti z předchozích let. Krátkodobé výkyvy v počtu rozvodů bývají obvykle důsledkem připravovaných či realizovaných legislativních změn. Taková změna se projevila v poklesu počtu rozvodů, kdy nabyla účinnosti novela zákona o rodině (zákon č. 91/1998 Sb.)

Z celkového počtu rozvodů v roce 2012 šlo ze 72 % o první rozvod u obou manželů, u 11 % rozvedených dvojic šlo o oboustranně opakovaný rozvod, zbylých 17 % připadlo na kombinace, kdy se muž rozváděl poprvé a pro ženu to byl již další rozvod, anebo se muž rozváděl opakovaně a ze strany ženy to byl první rozvod (což bylo častější). Zastoupení mužů a žen, kteří/ktelé se rozvádějí opakovaně, se od počátku 90. let 20. století příliš nezměnilo. Kolem 80 % z celkového počtu rozvedených mužů (žen) v roce 2012 se rozvádělo poprvé. Návrh na rozvod podává ve dvou třetinách případů žena.

Z celkového počtu manželství rozvedených v roce 2012 bylo 57,5 % s nezletilými dětmi, přičemž před 20 lety byl tento podíl 71,7 %. Na snížení zastoupení rozvedených manželství s nezletilými dětmi se podílelo rostoucí zastoupení rozvodů dlouhotrvajících manželství, kdy již společné děti dosáhly zletilosti. Dále se zde nepochybně odráží také nízká úroveň plodnosti posledních let a za poklesem podílu rozvedených dvojic s nezletilými dětmi na konci 90. let minulého století stál zřejmě i zákon č. 91/1998 Sb., který mimo jiné upravoval podmínky pro rozvod manželství s nezletilými dětmi. V roce 2012 připadlo na jednu rozvádějící se dvojici s nezletilými dětmi průměrně 1,5 dítěte. Tento průměr je dlouhodobě stabilní.

V relaci k počtu sňatků, ze kterých pocházela rozvedená manželství, se v roce 2012 snížila úhrnná rozvodovost, která udává, jaký podíl manželství by skončil rozvodem při zachování intenzit rozvodovosti podle délky trvání manželství v daném roce. V roce 2012 dosáhla úhrnná rozvodovost 44,5 %, což představuje další pokles z rekordní hodnoty 50 % v roce 2010, když v roce 2011 byla úhrnná rozvodovost 46 %. Před 20 lety byla úhrnná rozvodovost výrazně nižší – kdyby byla zachována tehdejší úroveň rozvodovosti, skončilo by rozvodem 34 manželství ze sta.

Rozvody podle vzdělání

Analýza rozvodů podle vzdělání je čím dál více ovlivňována možností vzdělání neuvádět, resp. poskytovat tento údaj dobrovolně. V roce 2012 nejvyšší dosažené vzdělání neuvádělo už více než 45 % mužů i žen. Mezi ženami, které vzdělání uvedly, platí, že se zvyšujícím se stupněm vzdělání se snižuje zastoupení opakovaných rozvodů. I mezi muži platí podobná závislost, ale není tak silná jako v případě žen.

Délka trvání manželství do rozvodu

Od 90. let 20. století se podstatně změnila struktura rozvodů podle délky trvání manželství, když se zvyšovalo zastoupení rozvodů déletrvajících manželství. V roce 1992 se po více než 20 letech od sňatku rozvádělo 13 % ze všech manželství, která byla v tom roce rozvedena, v roce 2002 to bylo už 20 % a v roce 2012 představovala manželství trávající více než 20 let 29 % ze všech rozvodů. Rozvody manželství trávajících méně než 5 let představovaly v roce 1992 více než 32 % rozvodů a od začátku tisíciletí připadá na manželství kratší 5 let méně než 20 % rozvodů, v roce 2012 to bylo necelých 19 %. Průměrná délka trvání manželství při rozvodu činila v loňském roce 12,8 roku. Ve srovnání s obdobím na počátku 90. let minulého století vzrostla o 2,6 roku.

Rozvody cizinců

Od roku 1995, kdy začalo sledování státní příslušnosti rozvádějících se osob (namísto národnosti), dlouhodobě roste podíl cizích státních příslušníků, které rozvede český soud. V roce 2012 bylo rozvedeno 1900 manželství, v nichž alespoň jeden

z partnerů nebyl občanem ČR, což představovalo 7,2 % z celkového počtu rozvodů, zatímco v roce 1995 bylo takovýchto rozvodů 716 a představovaly 2,5 % z celkového počtu rozvodů toho roku. Mezi rozvedenými v roce 2012 bylo na straně mužů 4,7 % cizinců (absolutně 1235), z čehož nejvíce připadlo na státní občany Slovenska (305), Vietnamu (119) a Ukrajiny (94). Ženy cizinky představovaly 3,3 % z rozvedených žen (absolutně 868). Z hlediska státního občanství se na předních třech příčkách umístily stejné kategorie jako u mužů, avšak podle četnosti v pořadí Ukrajina (234), Slovensko (265) a Vietnam (99). Škála zaznamenaných státních občanství je v případě rozvedených mužů širší než v případě žen a také je méně koncentrována do velkých skupin. Pět nejčtenějších cizích státních občanství zahrnovalo v roce 2012 u mužů 50,4 % případů, kdežto u žen-cizinek 80,3 % rozvodů. Tato pětice není u mužů a u žen stejná a také se mění v čase. Rozvedení muži cizinci byli občany některého z 97 států, ženy cizinky měly občanství z 57 zemí světa (<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>).

5.3 Současné demografické trendy ve vztahu k dětské a dorostové populaci

V rychlé informaci ČSÚ nalezneme stručné zhodnocení demografické situace v roce 2013 včetně porovnání s rokem 2012. Z této rychlé informace přikládáme tabulku (**tab. 5.1**) obsahující údaje o pohybu obyvatelstva (absolutně, relativně a meziroční změny).

Po desetiletém období růstu se v roce 2013 počet obyvatel ČR podle předběžné statistické bilance snížil, a to o 3,7 tisíce osob. Pokles byl důsledkem záporného přirozeného přírůstku (−2,4 tisíce) i záporného přírůstku stěhováním (−1,3 tisíce). K 31. 12. 2013 měla ČR 10 512 419 obyvatel.

Živě se narodilo 106,8 tisíce dětí, což je o 1,8 tisíce méně než v roce předchozím. Po stagnaci v roce 2012 tak pokračoval klesající trend počtu narozených dětí, který započal v roce 2009. Ubylo prvorozených a zejména dětí druhého pořadí, mírně vyšší byl počet dětí třetího a dalších pořadí. Pokračoval dlouhodobý trend klesajícího počtu i podílu vdaných rodiček. V roce 2013 se mimo manželství živě narodilo 48,0 tisíce dětí, čímž opět vzrostl podíl dětí narozených mimo manželství, a to o 1,6 procentního bodu na 45,0 %. Mezi prvorozenými byl uvedený podíl již čtvrtým rokem nadpoloviční (55,7 %). Nejvíce dětí se narodilo ženám ve věku 29–31 let. Úhrnná plodnost činila 1,46 dítěte na jednu ženu během jejího reprodukčního období. Průměrný věk matek při porodu se zvýšil o 0,1 roku a dosáhl 29,9 roku.

V roce 2013 poklesl i počet sňatků. Bylo uzavřeno 43,5 tisíce manželství, o 1,7 tisíce méně než o rok dříve, což představuje opět historické minimum od roku 1918. Po roční stagnaci se počet sňatků dále snížil u svobodných i rozvedených osob. Nižší byla také celková úroveň sňatečnosti. Nejvíce sňatků se konalo v červnu (8,3 tisíce), dále v srpnu (7,8 tisíce) a září (6,8 tisíce).

Naproti tomu se zvýšila rozvodovost: bylo rozvedeno 27,9 tisíce manželství, což představuje meziroční nárůst 1,5 tisíce. Podíl manželství končících rozvodem vzrostl ze 44,5 % na 47,8 % v roce 2013. Nejvíce rozvodů nastalo po 4–6 letech trvání manželství, v průměru trvalo rozvedené manželství 13,0 roku. Rozvody se dotkly celkem 24,3 tisíce dětí, když rozvodů s nezletilými dětmi bylo 57,1 % z úhrnu.

Tab. 5.1 Zhodnocení demografické situace v roce 2013, porovnání s rokem 2012 – údaje o pohybu obyvatelstva (zdroj: ÚZIS, 2014: Aktuální informace č. 2)

Ukazatel	Počet absolutně (rok)			Počet na 1000 obyvatel	
	2012	2013 ^{p)}	2013 ^{p)} – 2012	2012	2013 ^{p)}
sňatky	45 206	43 499	-1 707	4,3	4,1
rozvody	26 402	27 895	1 493	2,5	2,7
živě narození	108 576	106 751	-1 825	10,3	10,2
– z toho mimo manželství ^{*)}	47 088	48 000	912	43,4	45,0
zemřelí	108 189	109 160	971	10,3	10,4
– z toho do 1 roku ^{**)}	285	265	-20	2,6	2,5
potraty celkem	37 733	37 443	-290	3,6	3,6
– z toho umělá přerušeni těhotenství	23 032	22 542	-490	2,2	2,1
přistěhovalí	30 298	29 579	-719	2,9	2,8
vystěhovalí	20 005	30 876	10 871	1,9	2,9
přirozený přírůstek	387	-2 409	-2 796	0,0	-0,2
přírůstek stěhováním	10 293	-1 297	-11 590	1,0	-0,1
celkový přírůstek	10 680	-3 706	-14 386	1,0	-0,4
počet obyvatel k 31. 12.	10 516 125	10 512 419	-3 706	×	×
střední stav obyvatelstva	10 509 286	10 510 719	1 433	×	×

^{p)} = předběžný stav; × = hodnotu nelze stanovit; ^{*)} relativní údaj udává podíl živě narozených mimo manželství (%); ^{**)} relativní údaj je na 1 000 živě narozených

Počet **zemřelých** byl v roce 2013 o téměř 1 tisíc vyšší než o rok dříve, celkem zemřelo 109,2 tisíce osob. Naděje dožití při narození se však podle předběžných údajů dále zvýšila (o 0,2 roku) na 75,2 roku u mužů a 81,1 roku u žen. Ve srovnání s rokem 2012 klesl počet zemřelých do jednoho roku věku o 20 dětí na 265. Z 10 tisíc živě narozených se jich jednoho roku věku nedožilo pouze 25 – kojenecká úmrtnost klesla na 2,5 promile.

Počet **potratů** meziročně pátým rokem v řadě poklesl, v roce 2013 jich bylo evidováno 37,4 tisíce (o 0,3 tisíce méně). Nižší byl však pouze počet indukovaných potratů (o 0,5 tisíce na 22,5 tisíce), samovolných potratů (13,6 tisíce) a ukončení mimoděložních těhotenství (1,3 tisíce) bylo ve srovnání s rokem 2012 mírně více. Zastoupení samovolných potratů na celkovém počtu potratů bylo v roce 2013 zatím historicky (od vstoupení v platnost zákona č. 68/1957 Sb., o umělém přerušeni těhotenství) nejvyšší (36,4 %), zastoupení indukovaných potratů naopak nejnižší (60,2 %).

Bilance **zahraničního stěhování** byla v roce 2013 záporná, počet vystěhovalých převyšil počet přistěhovalých o 1,3 tisíce. V průběhu roku 2013 se ze zahraničí do ČR přistěhovalo 29,6 tisíce osob, o 0,7 tisíce méně než o rok dříve. Výrazně meziročně přibýlo vystěhovalých (o 10,9 tisíce na 30,9 tisíce). Nejvíce se do ČR přistěhovalo státních občanů Slovenska, Ukrajiny a Ruska, u vystěhovalých dominovali občané Ukrajiny, ČR a Ruska. Nejvýznamnější záporné saldo stěhování za rok 2013 bylo zaznamenáno s občany

Ukrajiny (–7,2 tisíce), ČR (–2,0 tisíce) a Vietnamu (–1,2 tisíce), nejvyšší kladné saldo s občany Slovenska (4,8 tisíce) a Německa (1,3 tisíce).

V roce 2004 byl zahájen projekt financovaný DG SANCO s názvem European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). Cílem projektu bylo přispět k rozvoji ukazatelů charakterizujících zdraví populace založených na délce života v zemích EU. Ukazatel zdravé délky života se stal jedním ze **strukturálních ukazatelů**, které slouží jako podklad pro hodnocení naplňování cílů Lisabonské strategie, tedy sociálního a ekonomického rozvoje a jeho faktorů v zemích EU.

Ukazatel **zdravá délka života** (Healthy Life Years, HLY) vyjadřuje průměrný počet zbývajících let života, které osoba v určitém věku prožije v dobrém zdraví, tj. bez zdravotního omezení. Pokouší se charakterizovat nejen kvantitu, vyjádřenou počtem prožitých let, ale i kvalitu života, a to rozdělením jeho části na část prožitou ve zdraví (bez zdravotního omezení) a část prožitou v nemoci (se zdravotním omezením).

Oficiální webovské stránky projektu EHEMU lze nalézt na www.ehemu.eu, kde jsou k dispozici také národní zprávy jednotlivých zemí EU. Údaje o zdravé délce života jsou dostupné také na webových stránkách Eurostatu: <http://ec.europa.eu/eurostat>, např. v sekci Special topics – Structural indicators (ÚZIS ČR, 2008).

Souhrnné ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva jsou stále častěji používány ve zdravotní politice, demografii, statistice i v dalších oblastech, což je dáno zejména tím, že jejich prostřednictvím lze jedním nebo několika málo čísly charakterizovat zdraví obyvatel.

Pro potřebu jednotné terminologie byla Českou demografickou společností svolána skupina odborníků, aby vypracovala seznam anglických a českých termínů pro nejpoužívanější souhrnné ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva. Více o přijaté terminologii lze nalézt na <http://www.natur.cuni.cz/cds> (ÚZIS ČR, 2010).

Literatura

BURCIN, B.: Úmrtnost. In: FIALOVÁ, L., ed. *Populační vývoj ČR 2001–2006*. Praha: PřF UK, 2007, s. 45–55.

BURCIN, B., KUČERA, T.: Dlouhodobé trendy vývoje úmrtnosti obyvatel ČR v evropském kontextu. In: FIALOVÁ, L., a kol.: *Populační vývoj ČR 2007*. Praha: PřF UK, 2008, s. 111–125.

MESLÉ, F., VALLIN, J.: Mortality in Europe: divergence between East and West. *Population* 2002; 57(1): 157–197.

MZ ČR: *Zpráva o zdraví obyvatel ČR*. Praha: MZ ČR, 2014, 156 stran.

Anglické a české termíny pro souhrnné ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva. *Aktuální informace* č. 69, ÚZIS ČR, 2010, s. 1–6.

Prezentace indikátoru „Zdravá délka života“ v zemích EU. *Aktuální informace* č. 9, ÚZIS ČR, 2008, s. 1–2.

ec.europa.eu/eurostat

<https://www.czso.cz/>

<http://www.mortality.org/>

<http://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/ceska-demograficka-spolecnost>
www.ehemu.eu

6 Sociálně-pediatrická epidemiologie

Lubomír Kukla

Zdravotní stav obyvatelstva je široký pojem. Integruje v sobě množství měřitelných ukazatelů, které se získávají přímým vyšetřováním osob nebo pomocí zavedených statistických registrů. Někdy bývá tento pojem definován jako stav zdraví jedinců nebo skupin lidí a v širším pojetí k němu patří i determinanty zdraví, které ho určují.

V září 2012 schválil Regionální výbor Světové zdravotnické organizace pro Evropu na svém 62. zasedání dokument Zdraví 2020, který poskytuje strategický rámec pro přístupy ke zlepšování zdraví a navazuje na předchozí program Zdraví pro všechny v 21. století.

V České republice byl dokument rozpracován do **Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020**, který byl 8. 1. 2014 schválen vládou a 20. 3. 2014 Poslaneckou sněmovnou. Cílem Národní strategie je především nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

Východiskem pro konkrétní opatření ke zlepšení zdraví je znalost současného stavu veřejného zdraví.

6.1 Statistiky mortality

Základním ukazatelem v péči o zdraví společnosti jsou údaje o počtu zemřelých – **úmrtnost** (mortalita). Jsou to údaje relativně přesné a odrážejí v dlouhých časových řadách vývoj v jednotlivých zemích a regionech a rozdíly mezi nimi. Tyto údaje mohou být i jedním z kritérií socioekonomického stavu společnosti (MZ ČR, 2014).

Celková úmrtnost má v ČR trvale klesající tendenci. Za posledních deset let došlo ke snížení úmrtnosti v ČR u mužů i u žen o 20 %. Klesající trend se projevuje ve všech nejčastějších příčinách smrti, tedy u onemocnění srdce a cév, nádorů a vnějších příčin úmrtí u obou pohlaví. Desetiletý průměr celkové úmrtnosti je nejnižší v Praze a nejvyšší v Ústeckém kraji u obou pohlaví.

Trend v úmrtnosti navazoval na klesající tendenci předchozích let. Standardizovaná celková úmrtnost činila 903,1 muže a 542,6 ženy na 100 tisíc obyvatel daného pohlaví.

V roce 2012 v ČR zemřelo celkem 108 189 osob, z toho bylo 54 550 mužů a 53 639 žen. Počet zemřelých v roce 2013 se zvýšil o téměř tisíc osob na 109,2 tisíce osob. Ve věku do 1 roku života zemřelo 265 dětí, kojenecká úmrtnost klesla na 2,5 promile. Naděje dožití při narození vzrostla u mužů o 0,2 roku na 75,2 roku, u žen se zvýšila o 0,2 roku na 81,1 roku.

Všechny údaje o úmrtnosti uváděné v tomto textu jsou věkově standardizované a přepočtené na 100 tisíc obyvatel daného pohlaví (Standardized Death Rate, SDR). Jde o úmrtnost, která je přepočtena na tzv. věkový standard (zde evropský), tj. jako kdyby v každé srovnávané populaci žili obyvatelé stejné věkové struktury, tj. stejného věku. Standardizace se provádí proto, aby se mohla úmrtnost v jednotlivých územích a letech srovnávat.

Novorozenecká, kojenecká, perinatální úmrtnost

Mezi klíčové – a velmi sledované – druhy mortality patří především novorozenecká a kojenecká, popř. perinatální úmrtnost (obr. 6.1 až 6.3). Základním předpokladem pro výpočet údajů o kojenecké úmrtnosti jsou jasně vymezené pojmy narození živého a mrtvého dítěte. Až do dubna loňského roku byly tyto pojmy určeny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 11/1988 Sb. Tato vyhláška byla zrušena zákonem č. 372/2011 Sb., který vstoupil v účinnost 1. 4. 2012. Současně platné definice vycházejí ze Závazných pokynů ÚZIS ČR a shodují se s mezinárodně doporučenými definicemi Světové zdravotnické organizace (WHO).

Za **živě narozené dítě** se považuje plod, bez ohledu na délku těhotenství, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, tj. srdeční činnost, pulzaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena.

Za **mrtvě narozené dítě** se považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý.

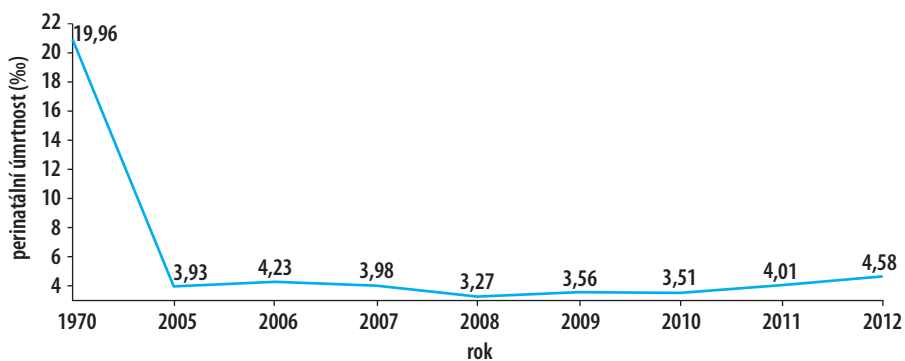
Pokud plod neprojevující žádnou známku života váží méně než 500 g a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů, je ukončení těhotenství považováno za **potrat**.

S účinností zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, nově upravujícím širokou oblast zdravotnické problematiky, došlo ke zrušení řady původních právních předpisů, mezi jinými zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky, v nichž byly uvedeny definice související s potratem a porodem živého nebo mrtvého dítěte.

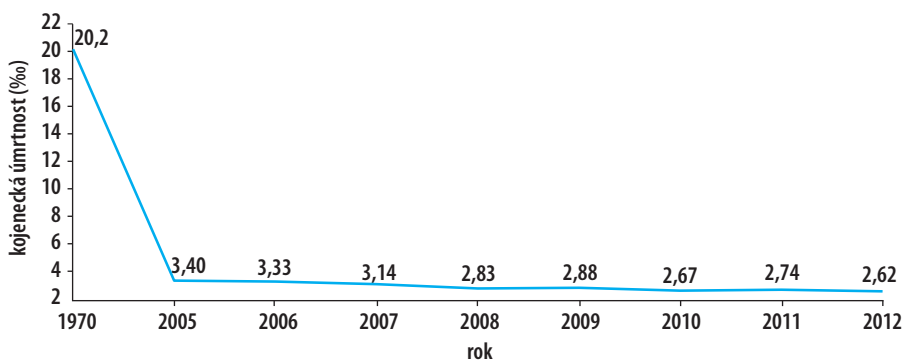
V současné době je v zákoně o zdravotních službách v § 80–82, které se věnují „Nakládání s částmi lidského těla odebranými pacientovi při poskytování zdravotní péče a nakládání s tělem zemřelého a částmi odebranými z těla zemřelého“, uvedeno v § 82 odst. 2: *Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.*

K využití pro **statistické a administrativní účely** Ministerstvo zdravotnictví ČR seznamuje odbornou veřejnost ještě s dalšími definicemi vycházejícími z mezinárodních doporučení, které zpracoval ÚZIS ČR ve spolupráci s Českou gynekologickou a porodnickou společností ČLS JEP:

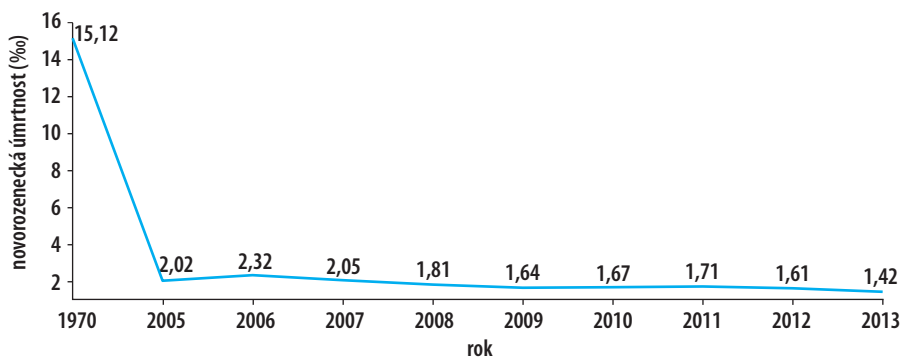
- 1. Porodem se rozumí ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte.**
- 2. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulzaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena.**
- 3. Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě.**



Obr. 6.1 Perinatální úmrtnost v letech 1970–2012 (zdroj: www.czso.cz, 2013)



Obr. 6.2 Kojenecká úmrtnost v letech 1970–2012 (zdroj: www.czso.cz, 2013)



Obr. 6.3 Novorozenecká úmrtnost v letech 1970–2013 (zdroj: www.czso.cz, 2013)

4. *Potratem se rozumí*

- *spontánní potrat, to je ukončení těhotenství, kdy je embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a jeho hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů (méně než 22 + 0),*
- *umělé přerušování těhotenství provedené podle zákona upravujícího umělé přerušování těhotenství (zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství, vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství),*
- *ukončení mimoděložního těhotenství,*
- *případ, kdy z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu anebo těhotenská sliznice a jsou histologicky prokázány zbytky po potratu.*

5. **Umělé přerušování těhotenství provedené po 22. týdnu se nepovažuje za potrat, ale za předčasně vyvolaný porod.**

6. **Při ukončení těhotenství s více plody se posuzuje každý plod zvlášť za použití kritérií uvedených výše.**

Hodnocení těchto statistických údajů bylo do roku 1989 spojeno s hodnocením politickým. Vedení tehdejšího státu se snažilo prokázat, že životní úroveň v naší republice je na vysoké úrovni. Hodnoty perinatálních a kojeneckých úmrtností totiž byly v mezinárodním posouzení měřítkem životní úrovně státu. Je třeba mít na zřeteli, že nejde o úspěch jen zdravotníků, ale rozhoduje také sociální situace ve státě, ekonomická situace státu i rodin, případně úspěch dalších aktivit státu.

Nízké hodnoty uvedených kategorií byly dlouho kritizovány pro rozdílnou definici živě narozeného dítěte, která v ČR byla částečně zvýhodněna tím, že nebyl rovnocenně (ve srovnání s jinými státy) definován porod živého dítěte. Toto „zvýhodnění“ bylo odstraněno v roce 2012 již uvedenou vyhláškou. Na přiložených křivkách se však ukázalo, že tato změna **nepřinesla zhoršení výsledků**. Na podkladě zkušeností autorů lze nízké hodnoty sledovaných statistických údajů vysvětlit následovně:

1. Došlo k centralizaci rizikových těhotenství a porodů do perinatologických center.
2. Byla definována viabilita.
3. Zlepšil se sociální gradient rodin.
4. Zdokonalila se péče o děti s extrémně nízkou porodní hmotností (bez zásadního zvýšení morbidity).
5. Prenatální screening je na vysoké úrovni.
6. Na podkladě demografických studií se ukazuje, že výrazně stoupl věk žen při porodu. Nebyl však jednoznačně prokázán vliv na hodnoty úmrtnosti.

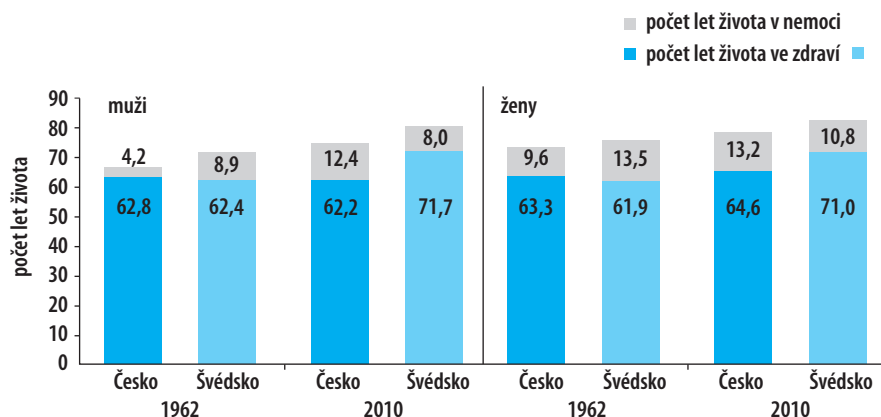
6.2 Statistiky morbidity

K údajům o úmrtnosti coby ukazateli zdraví populace se v posledním desetiletí doplňují data o délce života ve zdraví, bez nemocí a zdravotních omezení. **Zdravá délka života** je indikátor, který se snaží zachytit kvalitativní stránku prodloužení lidského života a zodpovědět otázku, zda jsou roky prodlouženého života prožity ve zdraví a zda

dochází k naplnění tzv. úspěšného stárnutí, které předpokládá odvrácení nesoběstačnosti a zachování odpovídající úrovně kognitivních a fyzických funkcí.

Celkový průměrný počet let prožitých ve zdraví byl v roce 2010 v ČR 62 roků. Toto číslo je blízké průměru EU 25. Od roku 1962 se však tato hodnota nezvýšila a prodloužování naděje na dožití tedy spočívá ve **zvýšování počtu let prožitých v nemoci**. Existuje však řada států, kde je situace mnohem příznivější. Ve Švédsku se ve stejné době prodloužila doba prožitá ve zdraví o 9 let a lidé zde prožijí ve zdraví 71 let, což je o 9 roků více než v ČR. Na **obr. 6.4** je tento rozdíl zřetelně demonstrován při srovnání vývoje obou ukazatelů u mužů i u žen. Na prvních dvou sloupcích je vidět v modře vybarvené části délka života prožitá ve zdraví u českých a švédských mužů. V roce 1962 byla u českých mužů dokonce o 0,4 roku delší než u švédských. V šedé plošce nad modrými sloupci jsou roky prožité v nemoci (neboli se zdravotním omezením). Tyto roky dohromady s roky prožitými ve zdraví udávají střední délku života při narození, tedy pravděpodobnost dožití. Na dalších dvou sloupcích je situace v roce 2010. Celková výška sloupců se zvýšila u českých i švédských mužů, prodloužila se tedy pravděpodobnost délky dožití. Zásadní rozdíl je v modré části sloupce, tedy v letech prožitých ve zdraví. Tato část sloupce se u švédských mužů prodloužila o 9,5 roku, u českých mužů mírně poklesla. To znamená, že ačkoliv se u českých mužů prodloužila pravděpodobnost dožití vyššího věku, půjde o část života v nemoci, tedy s nějakým zdravotním omezením.

U žen v druhé části grafu je situace velmi podobná. V roce 1962 byla doba prožitá ve zdraví u českých žen dokonce o 1,4 roku delší než u švédských, v roce 2010 je tomu naopak a podobně jako u mužů se i u českých žen prodloužila hlavně doba prožitá v nemoci, tj. se zdravotním omezením. Při snaze o prodloužování života je potřeba dbát nejen na jeho délku, ale současně na jeho kvalitu. V tomto směru jsou v naší společnosti veliké rezervy (MZ ČR, 2014).



Obr. 6.4 Srovnání vývoje délky života ve zdraví a střední délky života u mužů a žen v ČR a ve Švédsku v letech 1962 a 2010 (zdroj: Databáze HFA WHO)

6.3 Analýzy zdravotního stavu (survey)

Pro hodnocení zdraví jedince existuje dostatek objektivních kritérií. U hodnocení zdravotního stavu populace je situace odlišná: měřítkem je **nejvyšší dosažitelná úroveň zdraví** na světě či v regionu. Kritérium dobrého zdravotního stavu tedy nemá absolutní, neměnnou úroveň – je relativní a mění se s celou řadou faktorů, mj. s rostoucí vyspělostí lidstva.

Základem informací o zdravotním stavu populace jsou dostupné databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Českého statistického úřadu a databáze dalších institucí, zejména Státního zdravotního ústavu, Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a Psychiatrického centra Praha.

Kromě rutinních statistik a sběru dat jsou realizována nejrůznější šetření zmínovaných ústavů formou cílených průzkumů, např. o kuřáctví, obezitě, pohybových aktivitách, konzumaci alkoholu a celá řada dalších. Státní zdravotní ústav k tématu vydal publikace *Jak jsme na tom se zdravím* (1997), *Jak jsou na tom se zdravím naše děti na prahu 21. století* (1999) a *Zdravotní stav obyvatelstva* (2004). Podobné zprávy o zdraví byly v průběhu minulých let zpracovány odborníky z krajských hygienických stanic téměř všech krajů.

Státní zdravotní ústav zpracoval na základě smlouvy o spolupráci s Národní sítí zdravých měst řadu analýz zdravotního stavu jako podklad pro přípravu zdravotních plánů měst. Zprávy o zdraví periodicky vydává řada mezinárodních institucí, např. Health Report WHO, Health at a Glance OECD a Eurostat EU.

6.4 Data pro činnost a rozhodování

PŘÍKLADY ZÍSKANÝCH POZNATKŮ Z EPIDEMIOLOGICKÉHO BĚDÁNÍ V SOCIÁLNÍ PEDIATRII

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020

Již zmíněná Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020 je v současnosti vysoce aktuálním materiálem, který můžeme pro naše potřeby a analýzy využít. Pozitivní ovlivňování zdravotního stavu obyvatelstva může přinést jednotlivcům i společnosti prospěch, neobejde se však bez kvalitních a dlouhodobě systematicky sledovaných informací o zdravotním stavu. Bez těchto informací není možné identifikovat závažné zdravotní problémy, řešit je a stanovit priority a cíle zdravotní politiky.

Soudobému pohledu na zdraví odpovídá také skutečnost, že výše zmínovaná zpráva obsahuje údaje o důležitých **determinantách zdraví**: o některých ukazatelích zdravotně rizikového chování, o výživě ve vztahu ke zdraví a o vlivech životního prostředí na zdraví.

Světová zdravotnická organizace uvádí jako determinanty zdraví příjem a sociální status člověka, úroveň vzdělání, fyzické prostředí, podpůrné sociální sítě, zdravotní péči a kulturu (zvyky a návyky), genetiku, zdravotní služby a pohlaví. Vliv determinant, které jedinec nemůže aktivně ovlivňovat (zdravotní péči a genetiku), je odhadován na pouhých 20 %, takže vlastní aktivity člověka jsou pro jeho zdraví klíčové.

Projekt ELSPAC

Dalším významným počinem v oblasti bádání v sociální pediatrii je **projekt ELSPAC**, který jsme zmínili již v kapitole 1. Na tomto místě uvedeme jenom základní informace, které více rozpracujeme ve speciální části (kap. 20). European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (ELSPAC) čili Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství je prospektivní dlouhodobá studie, která probíhala v několika evropských zemích a sledovala vybrané soubory dětí a jejich rodiny od těhotenství matky přes porod, šestinedělí a kojenecké období až do 19 let věku dítěte. Iniciátorem studie byla Světová zdravotnická organizace (WHO), resp. její Evropská úřadovna v Kodani. Do projektu vstoupila Velká Británie a samostatně ostrov Man, Česká republika, Slovenská republika, Rusko, Ukrajina, částečně Chorvatsko a Estonsko a v počátečních fázích také Řecko a Španělsko.

V ČR byla studie řešena od roku 1987, a to nejprve ve Výzkumném ústavu zdraví dítěte, od roku 2002 na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Národním koordinátorem studie ELSPAC v České republice byl po celou dobu realizace projektu hlavní autor této knihy doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc., který je za ČR také poradcem WHO. Od 1. 3. 2007 přebíral doc. Kukla od profesorky Jean Goldingové z Institute of Child Health na University of Bristol ve Velké Británii také funkci mezinárodního koordinátora celého projektu.

K 31. 12. 2011 bylo na Lékařské fakultě MU v souvislosti s ukončením jeho financování zrušeno Výzkumné pracoviště preventivní a sociální pediatrie. Následně došlo k dohodě mezi Lékařskou fakultou a Přírodovědeckou fakultou MU a projekt ELSPAC spolu se svým řešitelem doc. Kuklou přešel pod Centrum pro výzkum toxických látek v prostředí (RECETOX) Přírodovědecké fakulty MU. RECETOX od této chvíle převzal archiv projektu – kompletní soubor papírových záznamů (cca 220 tisíc dotazníků) dat sesbíraných mezi lety 1990 a 2011 – a neúplný databázový soubor. Následně se poslední dvě fáze projektu podařilo převést do elektronické podoby.

Současný stav zpracování dat studie ELSPAC

Od června 2012 zahájilo RECETOX ve spolupráci s Institutem biostatistiky a analýz (IBA) práce na vytvoření jednotné databáze projektu ELSPAC, která by umožnila širší využití dat pořízených v rámci této studie. K tomuto účelu byla sestavena patnáctičlenná pracovní skupina vedená prof. Janou Klánovou (RECETOX), doc. Ladislavem Duškem (IBA) a doc. Lubomírem Kuklou (RECETOX). Jejím cílem bylo:

- převedení stávajících elektronických dat do standardizované struktury, restrukturalizace a doplnění metadat
- pořízení elektronických dat ze zbývajících papírových záznamů
- vytvoření jednotné databáze umožňující automatické zpracování dat
- primární analýza dat a identifikace příležitostí pro jejich další využití
- vytvoření analytického týmu podporujícího další využití databáze
- příprava webové vizualizace propagující projekt ELSPAC a jeho možné pokračování
- naprogramování webového portálu zpřístupňujícího data ELSPAC veřejnosti

Mimo přenosů dat došlo na MU také k vytvoření odvozené studie, která pracuje se vzorkem probandů studie ELSPAC zcela nezávisle a shromažďuje data mimo hlavní databázi ELSPAC na Fakultu sociálních studií. Historie této odvozené studie sahá ještě před 1. 5. 2002, tedy do období, kdy byla studie ELSPAC realizována na Výzkumném

ústavu zdraví dítěte, který předáním podstatné části dat studie ELSPAC podpořil společnou realizaci projektu Centra výzkumu utváření osobnosti v etnických a sociálních kontextech na FSS MU.

Pro zajištění koordinovaného využití dat studie ELSPAC v příštích obdobích byla Centrem pro transfer technologií MU z podnětu RECETOX provedena analýza stávající situace na Masarykově univerzitě, zejména s ohledem na platnou legislativu v oblasti ochrany autorských práv. Dořešili jsme formální nastavení studie ELSPAC ze strany MU a sjednocení výkonu práv k databázi na Přírodovědecké fakultě MU (www.elspac.cz).

Formulovali jsme jasná pravidla pro přístup k datům a pro práci s nimi včetně jejich publikace. Vytvořili jsme Vědeckou radu studie ELSPAC, která bude umožňovat přístup k databázi, garantovat smluvní podmínky pro využití dat a koordinovat přípravu a realizaci následných projektů. Při vytváření nového modelu řízení bylo využito zkušeností dalších koordinátorů studie ELSPAC, zejména University of Bristol (studie ALSPAC, www.bristol.ac.uk/alspac/).

Literatura

MZ ČR: *Zpráva o zdraví obyvatel ČR*. Praha: MZ ČR, 2014, 156 stran.

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>

<https://www.czso.cz/>

www.bristol.ac.uk/alspac/

www.elspac.cz

www.szu.cz

www.uzis.cz

7 Potřeby, práva a povinnosti dětí

Lubomír Kukla

7.1 Potřeby dítěte

Potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Nemožnost dosažení této potřeby se nazývá **frustrace**, při dlouhodobém nenaplnění potřeby pak nastupuje **deprivace**.

Dítě roste a vyvíjí se v závislosti na svém prostředí. Postupně se jeho závislost na rodičích snižuje, dítě dorůstá, dostává se často i mimo rodinu, dospívá. V nejširším pojetí se tomuto procesu říká **socializace** (zespolečenšťování). Socializace dítěte, jejímž základem a determinantou je jeho tělesný stav i vývoj, má svoje zákonitosti a zvláštnosti. Neoddiskutovatelnou základnou pro vývoj a rozvoj dítěte je **rodina** (kap. 3.2).

Dětství představuje samostatné vývojové období života člověka, přičemž platí, že čím je člověk (dítě) mladší, tím více musíme dbát na naplňování jeho odůvodněných potřeb. Jejich uhrazování předpokládá přinejmenším dobrou znalost dítěte a jeho vývoje, jeho přijetí, ochotu, připravenost a schopnost jeho potřeby uspokojovat.

Potřeby dítěte závisejí především na jeho:

- věku
- pohlaví
- zdravotním stavu
- prostředí, ze kterého pochází

Základní potřeby dítěte dělíme z didaktického hlediska – s vědomím jejich vzájemného propojení a vývojové dynamiky – na:

- biologické
- psychické
- sociální
- vývojové

Potřeby biologické

K základním biologickým potřebám patří především:

- odpovídající výživa dle věku – množství i kvalita
- uspokojování hygienických požadavků – čistota, teplo, přiměřené osvětlení v závislosti na věku, minimum hluku atd.
- potřeba dostatečné obranyschopnosti – očkování
- stimulace – dostatek adekvátních podnětů pro nervovou soustavu a s tím související pohybový a mentální rozvoj
- preventivní a kurativní péče, rehabilitační, příp. resocializační péče

Je samozřejmé, že biologické potřeby jdou ruku v ruce s potřebami ostatními. Za úvodní životní potřebu uvádí prof. Matějček (ve shodě s J. A. Komenským) s jistou literární nadsázkou **potřebu dobře se narodit** – tedy aby se dítě narodilo zdravé, chtěné

a vítané, nadané všemi předpoklady a schopnostmi pro dobrý a všestranný rozvoj (Dunovský a kol., 1999).

Potřeby psychické

K základním psychickým potřebám patří především:

- **potřeba náležitého přívodu podnětů** – stimulace v pravý čas, v patřičném množství a kvalitě. Centrální nervový systém dítěte musí být naladěn po stránce biologické i psychické, aby mohl pracovat „naplno“.
- **potřeba vědomí vlastní identity – vlastního „já“** – vlastní společenské hodnoty. Ta se za normálních podmínek objevuje mezi druhým a třetím rokem života. Dítě si vytváří představu o sobě podle toho, jak je lidé přijímají, jak hodnotí jeho projevy, co oceňují, co odmítají apod. Jde především o lidi nejbližší a jejich názory. Takto utvářená identita (případně sebevědomí) ovlivňuje jeho prožívání společenských vztahů a vývoj jeho společenských postojů v dalších vývojových fázích.
- **potřeba smysluplnosti světa** – myslí se ta skutečnost, aby se ze spousty podnětů, které dítě přijímá, staly poznatky a zkušenosti. K tomu je třeba určitý smysl a řád, podněty musí být postupně organizovány a zpracovávány. Jsou-li podněty dítěti předkládány v určitém logickém sledu a dítě je odměňováno sympatickou pozorností vychovatelů, proces učení se může rozvíjet celkem snadno jako jistá samozřejmost.
- **potřeba jistoty a bezpečí** – je uspokojována především ve vztazích dítěte k dospělým vychovatelům. Výzkumy ukázaly, že dítě velmi nutně potřebuje jistotu v tom, jak dospělý jedinec zareaguje v daných situacích, tj. že může na základě svých zkušeností reakci rodiče (vychovatele) předpokládat. Častokrát se však stává, že u matek (žen) se naplňuje „syndrom přetékajícího poháru“ a jistotu dává spíše otec, který „co řekne, to platí“. Kromě toho je zapotřebí, aby platila pravidla odměn a trestů, přiměřených pro věk, pohlaví i „přečin“. Pro dítě je akceptabilnější „méně příjemná jistota“ než „příjemnější nejistota“. Tyto skutečnosti dávají předpoklad pro utváření vztahu důvěry k druhým lidem vůbec.
- **potřeba otevřené budoucnosti** – tj. potřeba jasné životní perspektivy. V celé živočišné říši je typická pouze pro člověka. Otevřená budoucnost nás motivuje k aktivitě, činorodosti, kdežto uzavřená budoucnost k apatii, zoufalství, beznaději. S těmi se můžeme setkávat tehdy, když není perspektiva pro normální vývoj dítěte nebo má infaustní prognózu. Tato potřeba se nejvíce rozvíjí v mladším dospívání, vrcholu dosahuje v době vrcholu reprodukce, ve stáří se opět zkracuje. Nenaplnování této potřeby vede k tomu, že se bohužel plní ambulance dětských psychologů a psychiatrů a že také bohužel patříme mezi země s vysokou suiciditou v dorosteneckém věku.

Potřeby sociální

Někteří autoři právě uvedené psychické potřeby dávají dohromady se sociálními a označují je jako psychosociální. Nicméně člověk je tvor společenský a s tím souvisí i požadavek optimální socializace, jež je bez uspokojování základních sociálních potřeb nereálná. Jde o:

- zajištění bydlení, „svého prostoru“ pro dítě,
- zajištění jídla, pití, oblečení, obutí apod.
- potřebu lásky a bezpečí
- potřebu přijetí dítěte

- identifikace s ním
- rozvinutí všech jeho sil a schopností

Potřeba učit se

- Nejranější formou učení je hra. Děti potřebují mít neomezené možnosti si hrát, v rámci her svobodu libovolně zkoumat a experimentovat, ovšem s určitými hranicemi, které jsou jasně stanoveny a důsledně dodržovány.
- Dospělí lidé (rodiče) slouží dětem jako vzor chování. Děti se naučí spíše to, co vidí dospělé dělat, než to, co jim dospělí říkají.
- Chyby a selhání je třeba brát jako důležité kroky v procesu učení a nikdy by neměly být důvodem k peskování či zesměšňování dítěte.

Potřeby vývojové

Potřeby dítěte se mění v čase, s růstem a vývojem dítěte, jeho zvláštnostmi. Důležitým aspektem je motivace, která vede jedince k vyhledávání a poznávání nových skutečností, poznatků a činností.

Uspokojování potřeb a deprivace

Uspokojování psychických potřeb umožňuje dítěti nejenom se přiměřeně rozvíjet v oblasti intelektu, citů a vůle, ale i v chování, interakci s okolím, chápání sebe a lidí, společenských hodnot i celého prostředí, jehož je dítě důležitou součástí.

Samozřejmě jakékoliv dlouhodobé neuspokojování odůvodněných potřeb všech uvedených kategorií vede k deprivacím. Nejvíce jsou popisovány problémy **deprivace psychické**. Ta se může projevit tehdy, když jedinec není dlouhodobě uspokojován ve svých psychických potřebách, jež jsou nezbytné pro adekvátní rozvoj jeho osobnosti. Může dojít k tomu, že se nebude schopen přizpůsobit, bude se chovat atypicky, někdy až asocíálně, s vysokou mírou pravděpodobnosti inklinovat ke kriminální činnosti.

Obecně můžeme říci, že každé dítě má být chtěné, zdravé, bezpečné, vzdělané a milované.

7.2 Práva dítěte

7.2.1 Století práv dítěte

Dlouhá staletí bylo dítě doslova na okraji zájmu. Až teprve ve druhé polovině 19. století se lékaři začali zajímat o práva dětí ve světě a později i u nás. Ve 20. století (kterému se někdy říká „století práv dítěte“) se konečně podařilo soustředit úsilí všech, kterým šlo o dětskou populaci, především lékařů (pediatrů), aby se vytvořily základní právní normy v zájmu ochrany a práv dětí po celém světě.

Nejdůležitější mezníky ve vývoji lidských a především dětských práv:

1924 – Ženevská deklarace práv dítěte

1959 – Charta práv dítěte – Chicago

1989 – Úmluva o právech dítěte – New York

1990 – Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dětí

Čtyři charakteristické rysy nových lidských práv:

- všezahrnující
- individuální
- vrozená
- zakládají nároky vůči státu

Povinnost poskytovat ochranu dětem a chránit jejich zdravý vývoj, zájmy a práva vyplývá pro ČR a její odpovídající orgány z řady norem ústavního a mezinárodního charakteru. Normy ústavní i normy mezinárodně-právní stojí z hlediska svojí právní síly na vrcholku pyramidy právních norem.

7.2.2 Základní právní normy ve vztahu k dítěti

Základní právní normy vztahující se k dítěti jsou tvořeny ústavně-právními dokumenty a mezinárodně-právními dokumenty. Základními principy jsou:

- prosazování nejlepšího zájmu dítěte
- nepostradatelný význam rodiny
- nepřípustnost diskriminace
- maximální ochrana před nepříznivými vlivy a podmínkami (a to již před narozením)
- plná právní subjektivita dítěte
- respektování jeho názoru, je-li schopno jej formulovat
- účast na veřejném životě
- plnohodnotné zastoupení zájmu a prospěchu dítěte

ÚSTAVNĚ-PRÁVNÍ DOKUMENTY**Listina základních práv a svobod**

Listina základních práv a svobod (dále jen Listina) byla vyhlášena jako usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb. jako součást ústavního pořádku České republiky.

Základní lidská práva, která mají vztah k problematice ohrožených dětí, jsou v Listině uvedena v hlavě druhé, oddílu prvním (čl. 5 a následující), který upravuje základní lidská práva, a zejména v hlavě čtvrté (čl. 26 a následující), pojednávající o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Z výčtu základních lidských práv zmiňujeme:

- způsobilost každého mít práva
- právo na život
- právo na nedotknutelnost osoby
- právo nebýt podroben mučení ani krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu
- právo nebýt podroben nuceným pracím nebo službám
- právo na zachování lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti
- právo na ochranu jména

Dále Listina deklaruje

- právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života

- právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o vlastní osobě.

Tato práva jsou promítnuta do některých ustanovení zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

V souvislosti s poskytováním bezprostřední pomoci ohroženým dětem je třeba zmínit též čl. 12 Listiny, který upravuje **nedotknutelnost obydlí** – do něj není dovoleno vstoupit jinak než se souhlasem toho, kdo v něm bydlí, anebo ve výjimečných případech dle zákonem stanovených postupů. Při poskytování pomoci ohroženým dětem nelze vždy spoléhat na to, že ten, kdo v obydlí bydlí, bude souhlasit se vstupem k tomuto oprávněných osob. V případě, že jde o zásahy nutné k ochraně práv a svobod ohroženého dítěte, je přípustné zákonné prolomení nedotknutelnosti obydlí – viz § 21 zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, podle kterého je policista oprávněn otevřít byt nebo jiný uzavřený prostor, vstoupit do něho a provést potřebné služební zákroky, úkony a jiná opatření k odvrácení bezprostředního nebezpečí, je-li důvodná obava, že je ohrožen život nebo zdraví osoby nebo hrozí-li větší škoda na majetku.

Sociální pracovník OSPOD má pouze oprávnění navštěvovat dítě a rodinu, v níž dítě žije, v jejich obydlí. Rodiče mají sice povinnost mu tuto návštěvu umožnit, ale pracovník nemá oprávnění do obydlí vniknout, a to ani v případě, že je důvodné podezření z ohrožení života či zdraví dítěte.

Listina základních práv a svobod jasně deklaruje, že lidský život je hoděn **ochrany již před narozením**. Z této skutečnosti vyplývá celá řada diskusí o počátku lidského života a o umělém přerušení těhotenství. Neméně jsou diskutovány otázky antikoncepce, asistované reprodukce, případně v poslední době i klonování lidských kmenových embryonálních buněk.

Ústava České republiky

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů, upravuje základní ústavní principy moci zákonodárné, výkonné a soudní a principy činnosti Nejvyššího kontrolního úřadu, České národní banky a územní samosprávy.

Ústava se však úpravy sociálně-právní ochrany dětí nijak významně nedotýká. Snad jen čl. 10 Ústavy ČR říká, že stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva – takto je zajištěna **přednost mezinárodní smlouvy před zákonem**. Pokud by tedy např. Úmluva o právech dítěte přiznávala určité právo a toto právo by nebylo realizováno prostřednictvím vnitrostátní právní normy (ať už by v ní nebylo vůbec, nebo odchylně), použila by se Úmluva o právech dítěte (Špeciánová, 2006).

MEZINÁRODNĚ-PRÁVNÍ DOKUMENTY

Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte byla přijata Organizací spojených národů (OSN) 20. listopadu 1989 a ratifikovaly ji s výjimkou USA a Somálska všechny země, které jsou součástí OSN (tedy 193 zemí). U nás byla původně ratifikována a podepsána ještě za Československou federativní republiku 30. září 1990 (s účinností od 1. 1. 1991). Najdeme ji

ve Sbírce zákonů jako Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte.

Po rozdělení se Slovenskem (od 1. 1. 1993) byla opět přeratifikována za naši zemi. Úmluva jednoznačně poukazuje na výše uváděné základní právní normy.

V článku 3 Úmluvy nalézáme klíčový pojem právní úpravy ochrany nezletilých „**zájem dítěte a jeho blaho**“. Tím je smluvním státům uložena povinnost zajistit dítěti takovou ochranu a péči, která je nezbytná pro jeho blaho. I když Úmluva hovoří též o právech a povinnostech rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně odpovědných za dítě, zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoliv činnosti týkající se dětí, ať už je uskutečňovaná veřejnými, nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány. Mezi **základní práva** deklarovaná Úmluvou patří:

- přirozené právo každého dítěte na život
- právo dítěte být registrováno ihned po narození, právo dítěte na státní příslušnost, právo dítěte od narození mít jméno, právo znát své rodiče a právo na jejich péči, pokud je to možné zajistit
- právo dítěte na zachování jeho totožnosti včetně státní příslušnosti, jména a rodinných svazků za současného vyloučení jakýchkoliv nezákonných zásahů. Smluvní státy jsou povinny zajistit, aby dítě nebylo odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, ledaže příslušné úřady na základě soudního rozhodnutí určí, že takové oddělení je potřebné v zájmu dítěte
- právo dítěte odděleného od jednoho nebo obou rodičů udržovat pravidelné osobní kontakty s rodiči, ledaže by to bylo v rozporu se zájmem dítěte; je zmíněna potřeba činit opatření k potírání nezákonného přemísťování dětí do zahraničí a jejich nenavrácení zpět
- právo dítěte vyjadřovat své názory – dítě má právo, pokud je schopno formulovat své názory, tyto názory svobodně vyjadřovat ve všech záležitostech, které se jej dotýkají, a takto vyjádřeným názorům dítěte je nutno věnovat patřičnou pozornost odpovídající jeho věku a úrovni
- právo dítěte na svobodu projevu, svobodu myšlení, svědomí a náboženství
- právo dítěte na svobodu sdružování a svobodu pokojného shromažďování
- právo dítěte na ochranu osobnosti – tedy aby nebylo svévolně zasahováno do jeho soukromého života, rodiny, domova, korespondence apod.
- právo dítěte na péči obou rodičů – zdůrazněna je zásada, že oba rodiče mají společnou odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte; základním smyslem jejich péče musí být zájem dítěte
- právo dítěte na ochranu před jakýmkoliv tělesným nebo duševním násilím, urážením nebo zneužíváním včetně zneužívání sexuálního, před zanedbáváním nebo nedbalým zacházením, trýzněním a rovněž i před vykořisťováním, které jakýmkoliv způsobem škodí blahu dítěte. Zdůrazňuje se ochrana dítěte před všemi formami sexuálního vykořisťování a sexuálního zneužívání. Zvláště komerční sexuální zneužívání je v Úmluvě odsuzováno s tím, že smluvní státy Úmluvy jsou povinny přijímat nezbytná opatření k zabránění únosů dětí, prodávání dětí a obchodování s nimi za jakýmkoliv účelem a v jakékoliv podobě
- práva dítěte spojená s procesem osvojení – v první řadě je třeba brát do úvahy zájem dítěte při zprostředkování osvojení a při rozhodování o něm

Dále Úmluva formuluje **práva sociální, kulturní a hospodářská**:

- právo dítěte s duševním nebo tělesným postižením požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících jeho důstojnost, podporujících jeho sebedůvěru a umožňujících jeho aktivní účast ve společnosti
- právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu, právo na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení a právo na výhody sociálního zabezpečení; s tím úzce souvisí právo dítěte na životní úroveň nezbytnou pro jeho tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální rozvoj
- právo dítěte na vzdělání
- práva dětí náležících k etnické, náboženské nebo jazykové menšině
- právo dítěte na odpočinek a volný čas, na účast ve hře a oddechové činnosti odpovídající věku dítěte
- právo dítěte na ochranu před hospodářským vykořisťováním nebo před vykonáváním jakékoliv práce, která může být dítěti nebezpečná, může poškozovat jeho zdraví nebo mu bránit ve vzdělávání
- práva dítěte v průběhu trestního řízení, ve kterém je dítě v postavení obviněného, obžalovaného či uznaného vinným z porušení trestního práva

Základní ustanovení Úmluvy o právech dítěte jsou pak východiskem pro soubor všech dalších práv, pro které se vžilo označení „**tři P**“ (specifikace a aplikace Úmluvy o právech dítěte – provázání s potřebami dětí): provision, protection, participation.

- **Provision**

Právo získat nebo vlastnit nebo mít přístup ke všem zdrojům a službám pro děti (lékařská péče, prevence, kurativa, ošacení, prenatální péče o matku, během porodu i po něm, právo na rodinu, podpora návratu k rodině, zajišťování prevence v nejširší veřejnosti, posilování obecného zdraví atd.).

- **Protection**

Ochrana dítěte byla hlavním tématem dvou již zmíněných mezinárodních dohod o právech dítěte (z let 1924 a 1959). Jde o ochranu před jakýmkoliv zneužíváním, zanedbáváním, mučením, vykořisťováním, špatným zacházením, před diskriminací apod. (článek 19). Dále je uváděno právo na ochranu dítěte, které se ocitlo z jakýchkoliv důvodů mimo vlastní rodinu. Komunikace s vlastní rodinou se má maximálně podporovat, a to i tam, kde bychom jako odborníci asi neradi souhlasili (např. neadekvátní ovlivňování dětí, které jsou v pěstounské péči). V Úmluvě je také zdůrazněna ochrana proti dětské práci, která je významným problémem, a to nejenom v rozvojovém světě, ale i u nás. Dále je to prevence zneužívání drog, alkoholu, kouření apod. (článek 33) a v neposlední řadě také nutnost zvláštní ochrany ve válečných konfliktech, při emigraci apod. Nesmíme zapomenout také na ochranu dětí před sexuálním zneužíváním, především komerčním (pornografie, kuplířství, únosy apod. – článek 34), viz kap. 18. Významnou roli hraje pediatr především při ochraně a péči o děti s nějakými formami postižení.

- **Participation**

Aktivní účast dítěte na veřejném životě. Myšleno je tím i to, aby mělo dítě možnost vyjadřovat se samo k situacím, které se ho bezprostředně dotýkají (je-li toho schopno).

Z praktického hlediska lze říci, že v některých školách se děti s podporou UNICEF a dalších nevládních organizací seznamovaly (a snad ještě i seznamují) s Úmluvou o právech dítěte, takže o ní vědí často více než rodiče. Pokud jsou „vychytralí“, dokážou rodiče „zatlačit do kouta“. Mnoho dětí si je vědomo svých práv, ale nerado slyší také o **povinnostech**, které nemají jasné místo v zákonech – resp. jedno místo, kde by byly explicitně vyjádřeny. Víme však, že jsou rozptýleny v některých zákonných normách (dříve zákon o rodině apod.), kde se uvádí, že dítě se podle svých schopností a možností podílí na chodu rodiny – takže není problém, aby umylo a utřelo nádobí, vyneslo koš, uklidilo, vysálo, utřelo prach atd., vše samozřejmě přiměřeně věku, příp. zdravotnímu stavu apod. V Úmluvě o právech dítěte však povinnosti dětí uváděny (zmíněny) nejsou.

Úmluvy přijaté Haagskou konferencí o mezinárodním právu soukromém

Ve vztahu k ohroženým dětem jsou nejvýznamnější:

- Úmluva o uznávání a výkonu rozhodnutí o vyživovací povinnosti (1973)
- Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí (1980)
- Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení (1993)

Úmluvy přijaté Radou Evropy

Mezi významné dokumenty Rady Evropy ve vztahu k dětem řadíme:

- Evropskou sociální chartu (1961)
- Evropskou úmluvu o osvojení dětí (1967)
- Evropskou úmluvu o výkonu práv dětí (1996)
- Evropskou úmluvu o právním postavení dětí narozených mimo manželství (1975)

Významným počinem této organizace v oblasti ochrany dětí bylo též vytvoření a zavedení definice syndromu CAN v roce 1992 (kap. 18). Na definici tohoto jevu navazuje **Doporučení vybraných expertů zdravotního výboru Rady Evropy pro medicínsko-sociální aspekty CAN**, které bylo Radou ministrů členských zemí Rady Evropy přijato jako Doporučení č. R(93)2 ze dne 22. 3. 1993.

7.2.3 Zákon o sociálně-právní ochraně dětí

Po přijetí Úmluvy o právech dítěte trvalo ještě delší čas, než se podařilo prosadit ucelený zákon o ochraně dětí. Tím se stal v roce 1999 **zákon č. 359/1999 Sb.**, o sociálně-právní ochraně dětí, s účinností od 1. 4. 2000.

Tento zákon byl v době svého nabytí účinnosti klíčovou normou, která uceleným způsobem shrnovala valnou část právních norem ve vztahu k dítěti. Samozřejmě měl celou řadu nedostatků, které se postupně daří novelizacemi upravovat.

Z velkého množství obecnějších práv uvedme na tomto místě **rodičovskou odpovědnost, práva a povinnosti rodičů**:

- právo a povinnost rodičů vychovávat své děti, řádně se o ně starat, být s nimi, dát jim jméno, zabezpečovat jejich rozvoj, ochraňovat je atd.
- právo a povinnost rodičů zastupovat své děti, pokud toho nejsou samy schopny – je jasné, že i pediatr se dostane do problému, od kdy je zapotřebí brát v potaz názor dítěte; zvláště v nedávné době byly značné problémy s „informovaným souhlasem obou rodičů“

- okruh práv a povinností rodičů související se spravováním majetku dítěte; v současnosti nejde o problém tak zanedbatelný, jak tomu bývalo dříve, zvláště s celou řadou ekonomických změn

Zatím poslední „velkou“ novelou zákona o sociálně-právní ochraně dětí je **zákon č. 401/2012 Sb.**, který nabyl účinnosti dnem 1. 1. 2013.

Předním hlediskem sociálně-právní ochrany je zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu a péči. Přitom se přihlíží také k širšímu sociálnímu prostředí dítěte (§ 5). Nový je i § 9a:

- (1) *Nastane-li situace, která ohrožuje řádnou výchovu a příznivý vývoj dítěte, kterou rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte nemohou nebo nejsou schopni sami řešit, je nezbytné přijmout na ochranu dítěte a k poskytnutí pomoci rodičům nebo jiným osobám odpovědným za výchovu dítěte potřebné opatření sociálně-právní ochrany.*
- (2) *Opatření musí být zvolena tak, aby na sebe navazovala a vzájemně se ovlivňovala. Při výkonu a realizaci opatření mají přednost ta, která zabezpečí řádnou výchovu a příznivý vývoj dítěte v jeho rodinném prostředí. Není-li to možné ani v náhradním rodinném prostředí, postupuje se s využitím metod sociální práce a postupů odpovídajících současným vědeckým poznatkům.*
- (3) *Orgány sociálně-právní ochrany (OSPOD), zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) a pověřené osoby jsou povinny se řídit při výkonu sociálně-právní ochrany standardy kvality.*

Novela dále přinesla:

- nastavení podmínek pro vytvoření sítě služeb pro práci v rodinách
- stanovení závazných postupů pro činnost OSPOD a dalších účastníků systému
- rozvoj náhradní rodinné péče, zvýšení podpory pěstounské péče, hmotné zajištění pěstounské péče na přechodnou dobu, změnu způsobu příprav pěstounů, vytváření podmínek pro zřízení podpůrných a odlehčovacích služeb pro nové i stávající pěstounské rodiny (kap. 12.1)
- zavedení standardů kvality práce a nastavení minimálních rámců činnosti pro všechny subjekty v systému

Zatím poslední novelizace zákona o sociálně-právní ochraně dětí je **dílčí novela 250/2014 Sb.**, ze dne 23. 10. 2014. Dotkla se dalších právních úprav:

- novely zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních (č. 333/2012 Sb., účinnost od 1. 11. 2012)
- zákona o mediaci č. 202/2012 Sb., (účinnost od 1. 9. 2012)
- nového občanského zákoníku (č. 89/2012 Sb.) a změnového zákona k občanskému zákoníku (účinnost od 1. 1. 2014)

7.2.4 Nový občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb.

Nový občanský zákoník přináší velkou řadu změn, která se dotýká každého z nás v nejrůznějších situacích. Pokusíme se alespoň ve stručnosti uvést základní právní úpravy ve vztahu k rodině, dětem a péči o ně. Novým občanským zákoníkem se *de facto* ruší zákon č. 93/1964 Sb., o rodině. Klíčovou částí pro potřeby této publikace je

část druhá – rodinné právo, které je rozděleno do tří hlav – hlava I: manželství, hlava II: příbuzenství a švagrovství a hlava III: poručenství a jiné formy péče o dítě.

Z hlavy I. vybíráme díl 4., oddíl 1, § 687:

(1) *Manželé mají rovné povinnosti a rovná práva a*

(2) *Manželé si jsou navzájem povinni úctou, jsou povinni žít spolu, být si věrni, vzájemně respektovat svou důstojnost, podporovat se, udržovat rodinné společenství, vytvářet zdravé rodinné prostředí a společně pečovat o děti.*

Dětmi (ne plně svéprávnými), které spolu s manžely žijí v rodinné domácnosti, se rozumějí jak děti manželů nebo jednoho z nich, tak i děti, které byly svěřeny do péče manželů nebo jednoho z nich.

Stejně tak uspokojování potřeb rodiny (§ 690), rozhodování o záležitostech rodiny (§ 692) a obstarávání záležitostí rodiny (§ 693, 694) by měli řešit manželé společně.

V hlavě II., která má zajímavý název, jsou ukryty „poměry mezi rodiči a dítětem“ (díl 2., § 775–927). Tento je rozdělen na 5 oddílů: 1. určování rodičovství (§ 775–793), 2. osvojení (§ 794–854), 3. rodiče a dítě (§ 855–923), 4. zvláštní opatření při výchově dítěte (§ 924–926) a 5. vztahy mezi dítětem a jinými příbuznými a dalšími osobami (§ 927).

V oddílu prvním – určování rodičovství – říká o mateřství § 775 že *matkou dítěte je žena, která je porodila* (dále viz kap. 19.5).

Podle ust. § 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách je třeba u nezletilého pacienta zjistit jeho **názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb**, jestliže je to přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti. Názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. U nezletilého pacienta je důležitým rozlišujícím kritériem pro udělení souhlasu i nesouhlasu s poskytováním zdravotních služeb jeho názor a přiměřenost rozumové a volní vyspělosti vzhledem k jeho věku. Co se bere jako přiměřená rozumová a volní vyspělost nezletilého pacienta, to se posuzuje podle toho, jakou rozumovou vyspělost lze předpokládat u nezletilého stejného věku v průměru české populace. U pacienta s omezenou svéprávností se použije úprava práv nezletilých pacientů obdobně s tím, že věk pacienta se nezohledňuje. Pro vyslovení souhlasu či nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb se použijí právní předpisy upravující svéprávnost, což je zejména ustanovení § 15 a následujících a ustanovení § 55 nového občanského zákoníku.

7.3 Povinnosti dětí

Děti mají také **povinnosti vůči svým rodičům**:

- ctít a respektovat svoje rodiče
- podle svých možností a schopností pomáhat rodičům, především pokud s nimi žijí ve společné domácnosti
- přispívat i na úhradu společných potřeb rodiny, pokud mají vlastní příjem
- ve stáří je podporovat

Literatura

- DUNOVSKÝ, J., a kol.: *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999, 284 stran.
- KOVAŘÍK, J., KUKLA, L., a kol.: *Děti v České republice 1996. Situační analýza*, Praha: Český výbor pro UNICEF, 1998, 220 stran.
- KUKLA, L.: *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2007, 44 stran.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š.: *Právní manuál pro sociálně právní ochranu dětí*. Praha: Linde, 2006.
- Listina základních práv a svobod. Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., jako součást ústavního pořádku České republiky.
- Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Zákon č. 401/2012 Sb. a novela č. 250/2014 Sb.
- Nový občanský zákoník č. 89/2012 Sb.
- Úmluva o právech dítěte. Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte.
- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. – ve znění zákona č. 60/2014 Sb.

SPECIÁLNÍ ČÁST

8 Zdravotní charakteristika populace dětského věku

Miloš Velemínský sen., Lubomír Kukla

8.1 Rozdělení dětského věku a stručná charakteristika jednotlivých období

Prenatální věk

Život začíná početím. V prvních 6 týdnech se zakládají orgány, v dalším období tyto orgány dozrávají a vyvíjejí se. Choroby, které vznikají v embryonálním období, tj. v 1. až 8. týdnu vývoje plodu (odpovídají 3. až 10. týdnu gestace), se nazývají embryopatie, od 7. až 8. týdne vývoje plodu (tj. 11. týdne gestace) se nazývají fetopatie. Jde o období, které ovlivňuje další období života jedince. Plod podléhá citovým a psychickým náladám matky, je ovlivněn celou řadou exogenních vlivů včetně sociálních.

Novorozenecký věk

Novorozenecký věk začíná odstřižením pupečníku a končí 28. dnem. Vývoj psyché – 3. týden zrakové a sluchové soustředění, reakce na matku. Nejčastějšími onemocněními jsou asfyktický syndrom, novorozenecké žloutenky, vývojové vady, infekce. Nejčastější příčiny úmrtnosti: asfyktický syndrom, vrozené vývojové vady.

Kojenecký věk

Kojenecký věk začíná 29. dne a končí ve 12 měsících. Dochází k mohutnému vývoji psyché, který končí rozvojem druhé signální soustavy (kolem 12 měsíců). Motorický vývoj začíná především posunem těžiště od zvedání hlavičky až ke konečnému stoupnutí dítěte na nohy (kefalokaudální vývoj). Hlasové projevy začínají „houkáním“, „broukáním“ a prvními slabikami. Kojenec již komunikuje s okolím a začínají se vyvíjet sociální vztahy. Začíná ovládat manipulační hru.

Nejčastější onemocnění jsou charakterizována přetrvávajícími chorobami z novorozeneckého období. Přibývají záněty průdušek, plic, otitidy, pozdní projevy VVV. Kojenci umírají nejčastěji na onemocnění plic a pozdní následky z perinatálního období.

Batolecí věk

Batolecí věk začíná v jednom roce a končí ve třech letech. Někdy se rozděluje na období **lezouna** a **batolete**, a to podle vývoje pohybu. Dochází ke zpevnování stability. Rozvíjí se jemná motorika. Dochází k rozvoji řeči. Rozvíjí se sociální vztahy mezi dětmi i dospělými. Rozšiřují se kontakty s okolím.

Nejčastějšími onemocněními v tomto věku jsou otitidy, pneumonie, začínají infekční choroby, objevují se první známky alergie, jsou časté úrazy a otravy, na něž batolata také nejčastěji umírají.

Předškolní věk

Předškolní věk začíná ve třech a končí v šesti letech. Dochází k rozvoji duševních i motorických dovedností, lze pozorovat první akceleraci růstu.

Dítě často onemocní alergickými chorobami dýchacích cest a infekčními chorobami, objevují se neurózy a poruchy chování. Děti nejčastěji umírají na úrazy. Důležitým vývojovým bodem je dosažení školní zralosti, respektive připravenosti, a to po stránce

somatické, psychické a sociální. Tato školní zralost je individuální a musí ji posuzovat kolektiv odborníků. Pro somatickou zralost je důležitá tělesná zdatnost (hodnotí se kostra, svalstvo, hmotnost, výška), jemná motorika, především ruky a její koordinace se zrakem. Důležité je ovládnutí řeči. Dítě nesmí být roztěkané, mělo by udržet pozornost, mělo by být orientováno v prostoru i v čase. Musí ovládat základní hygienické potřeby a zvládat sebeobsluhu. Z hlediska sociálního je nutné posuzovat umění dítěte se ovládat. Dítě musí mít osvojenou sociální komunikaci. Je důležitá samostatnost jednání. Jedinec si musí uvědomit, že je členem kolektivu. Pro zhodnocení psychické zralosti se používá např. Jiráskův test – kresba lidské postavy, test „napodobení psané věty“ atd. Důsledkem nástupu dítěte, které neprokázalo školní zralost, do školy, je jeho negativní přístup ke škole, poruchy chování a školní neprospěch i u nadaných žáků.

Školní věk

Školní věk rozdělujeme na mladší a starší školní věk.

- V **mladším školním věku** (do 12 let) dochází k rozvoji především duševních vlastností vlivem školní výuky. Lze konstatovat, že školní výuka ovlivňuje rozvoj dítěte ve všech směrech. Dítě musí získávat respekt k autoritám a k předpisům a zajímat se o věci, které nejsou přitažlivé (např. učení). V tomto období ještě dobíhá první fáze akcelerace růstu.
- Ve **starším školním věku** (do 15 let) je zahájena druhá akcelerace růstu a nastupuje puberta. Činnost pohlavních žláz se aktivizuje. Dětský habitus se postupně mění do habitu dospělého. Vytvírají se sekundární pohlavní znaky. Dochází k velkým změnám psychickým i sociálním (vztah k druhému pohlaví). Nejčastějšími onemocněními jsou infekční onemocnění, alergie, neurózy a poruchy růstu. Nejvíce dětí umírá v důsledku dopravních úrazů.

Dorostový věk

Dorostový věk čili adolescence je období od 15 do 18 let. Jde o vývojové období mezi pubertou a ranou dospělostí. Puberta je jedním ze zásadních životních období člověka – je to období procesu četných fyzických změn, kdy se dítě mění v dospělého jedince. Často se užívá pojem puberta a adolescence promiscue. Je to období, ve kterém dochází k zásadním změnám po stránce biologické, psychické i sociální. Adolescence je období života, během něhož mládež hledá vlastní identitu, formuje svoji odlišnost od ostatních a vytváří si svůj vztah ke společnosti. Nejvíce děti v tomto věku trpí ortopedickými vadami a psychózami. Celý problematický vývoj v období dospívání je vyjádřen v syndromu rizikového chování dospívajících. Nejvíce umírají na následky dopravních úrazů, ale objevují se i sebevraždy a problém drog.

Teenager je anglické označení preadolescenta, často ještě v období dospívání. Do češtiny se někdy nepřesně překládá jako **náctiletý**. Anglické slovo „teenager“ ale vychází ze zakončení -teen u číslovek 13–19, kdežto české slovo „náctiletý“ by mělo podle stejného principu zahrnovat lidi od 11 do 19 let věku.

Young adulthood

Young adulthood (časná dospělost) je dle Ammeta období od 18 do 25 let. Autor mluví o „mladých dospělých“. Kromě celé problematiky je z hlediska sociálního vývoje nutné se zmínit o tzv. emerging adulthood, tj. snaze této skupiny lidí oddálit své povinnosti, především vztahové, na pozdější období.

8.2 Vývoj dítěte

8.2.1 Somatický vývoj

Početí

V polovině menstruačního cyklu se ženě z vaječníku uvolní vajíčko – mluvíme o tzv. **ovulaci**. Téměř ihned po uvolnění je vajíčko zachyceno trubicovitým ústím vejcovodu, který vede do dělohy. Pokud není vajíčko oplodněné, do 24 hodin odumře. Při pohlavním styku se do pochvy dostanou miliony spermií, ale jenom jedna z nich může vajíčko oplodnit. Spermie prorazí membránu zdravého vajíčka a celá pronikne dovnitř. Oplozením vznikne jediná buňka, která se nazývá **zygota**.

První trimestr

1. týden od početí

Na začátku prvního trimestru se oplozené vajíčko vyvíjí až k tzv. **morule**. Ta se mění v **blastocystu**, dochází k nidaci a vzniká **embryo**. Kolem blastocysty se objeví zárodečný terčík, vytvářejí se plodové obaly a žlutkový váček. Embryo, které mělo kulatý tvar, se mění v dvouvrstevný kotouček, ze kterého se brzy vytvoří tři tzv. zárodečné vrstvy. Z nich vzniknou v příštích devíti měsících všechny orgány dítěte:

- z vnější vrstvy vzniknou mj. kůže, oči, zuby, vlasy, nehty a zubní sklovina
- z vnitřní vrstvy se vyvíjejí např. plíce, játra, močový měchýř, štítná žláza a střevní sliznice
- ze střední vrstvy vznikne celá kostra kromě lebky a také svaly, mízní uzliny, semeníky a vaječníky.

3. týden od početí

Začínají se objevovat prvotní segmenty tkání, tzv. somity, z nichž postupně vzniknou svalovina, vazy, chrupavky, kosti a kůže. Přední část roury se uzavře a vzniká primitivní mozek. Tento týden začne zárodek plavat v tekutině.

4. týden od početí

Embryo se vyvíjí tak, že postupně nabývá tvaru písmene C. Již ve čtvrtém týdnu vidíme bijící srdíčko. Stále převládá velká hlavička nad tělem, poprvé je vidět také pupen – základ nohy. Ze stěny žlutkového váčku se vyvíjejí střevní sliznice a pohlavní orgány. V dalším vývoji se postupně vyvíjejí končetiny včetně prstů. Rýsuje se tvářička a oční pigment. V šestém týdnu je již srdce vytvořeno definitivně. Oči stále ještě leží téměř na bocích hlavy; vytvářejí se víčka, horní ret a nos. V sedmém týdnu začíná mít zárodek reflexy, např. otáčí tělem na druhou stranu, když se něco dotkne jeho tváře. Ocásek mizí, většina svalů už má definitivní podobu. V osmém týdnu prvního trimestru jsou již všechny hlavní části těla vytvořené a nadále už budou jenom růst. Děťátko přestává být zárodkem. Od devátého týdne začíná pracovat placenta. Koncem prvního trimestru umí dítě již cucat palec, otvírat ústa a jeho pohyby jsou stále výraznější (**obr. 8.1**).



Obr. 8.1 Dítě koncem prvního trimestru

Druhý trimestr

Zatímco během prvního trimestru se části těla plodu vyvíjely a ukládaly na své místo, druhý trimestr je charakteristický tím, že se zvětšuje jejich délka, hmotnost a hustota. Je to také období prenatalních zkoušek odhalujících některé vývojové vady, nejčastěji z plodové vody a matčiny krve.

V dalším vývoji druhého trimestru se už dítě umí mračit, rostou mu nehty, na tenké pokožce se objevují jemné chloupky zvané lanugo. Začíná slyšet, oči se posunují dopředu. Polyká a vdechuje plodovou vodu, která vchází do plic a zase z nich vychází. Ve 14. týdnu už jsou viditelné části kostry. Plod denně nabírá do plic a zase vrací asi půl litru plodové vody, stejné množství vylučuje močí. V 15. týdnu již se objevuje lidský vzhled a začíná tvorba hnědého tuku, jehož prostřednictvím plod získává teplo. V polovině druhého trimestru se ve střevech objevuje smolka, která vyvolá první pohyby střev dítěte po porodu. Vzniká velký počet červených krvinek, na jazyku se vytvářejí chuťové pohárky.

Plod spí 16–20 hodin denně. V krátkých intervalech bdění se velmi živě pohybuje a matka to zřetelně vnímá. Pohyby jsou dokonalejší, cucá si palec nebo si hraje s pupoční šňůrou. Reaguje na zvuky, hlas či hudbu, dobře rozlišuje doteky a zřejmě i bolest. To je důležité v oblasti prenatalní psychologie. Zlomové období pro životaschopnost plodu je ve 22. týdnu po početí – při úplné neonatologické péči je narozený nezralý plod již schopen přežít.

Nejpozději vyžívají plíce. Ve 24. týdnu už plod dokáže různé pohyby, např. kope, svírá dlaně, polyká, žívá, posunuje se, při leknutí sebou škubne. Velmi intenzivně si cucá palec, čímž si cvičí to nejdůležitější, co ho čeká po narození – sání mateřského mléka. Dává si do úst třeba i palec u nohy. Oči jsou „maminkovsky“ modré.

Třetí trimestr

Plod zaplňuje většinu dělohy a rytmicky dýchá. Od 28. týdne se chmýří na těle, zvané lanugo, postupně ztrácí. Varlata u chlapčků sestupují do skrota čili šourku. Posledním dozrávajícím orgánem jsou plíce. Oči jsou už úplně otevřené, dítě je zavírá, jen když

spí. Už se usmívá, mračí i pláče. V děloze, která v průběhu těhotenství zvětší svůj objem nejméně 500×, je už málo místa. Termín narození je stanoven přesně za 266 dní, tj. 38 týdnů po oplození. Většina dětí se narodí v rozmezí 10–14 dní od termínu.

Embryo obsahuje až 80 % tekutiny. Vývojem dochází k její redukci až na 60 %. V době embryonální je poměr mezi hlavovou částí a ostatním tělem 1 : 1 s tím, že po narození postupně podíl těla narůstá.

Další vývoj

Porodní hmotnost termínového novorozence se pohybuje kolem 3500 g, porodní délka kolem 50 cm. Týdně přibývá dítě v prvním půlroce 150 až 300 g, ve druhé polovině roku 100 g. Orientačně se uvádí, že dítě v půl roce váží dvakrát více, než byla porodní hmotnost, v roce pak třikrát více. Od roku hodnotíme orientačně váhu podle vzorce $8 + 2 \times \text{věk}$, tj. desetileté dítě má vážit 28 kg. Je třeba zmínit poměrně velký rozptyl těchto hodnot. Dítě v prvním roce vyroste o 25 cm, přičemž k největší intenzitě růstu dochází v prvním půlroce. V prvním roce mluvíme o délce, až později o výšce. Orientační měřítko je u větších dětí $85 + 5 \times \text{věk}$. Výška nepodléhá tak výrazně individuálnímu vývoji, proto je lepším kritériem správného somatického vývoje. O správnosti somatického vývoje se nejlépe dozvíme pomocí hodnot proporcionalit, tj. vztahů mezi délkou či váhou dítěte a jeho věkem, z tzv. percentilových grafů vyjádřených vztahem mezi věkem a hodnotami BMI.

Velká fontanela se uzavírá v 18 měsících, epifyzární štěrby v 16 letech. Posuzování růstu je velmi individuální, musí se brát v úvahu především dynamika růstu. K posouzení slouží také hodnocení kostního věku, tj. posuzování počtu osifikovaných jader, např. kostí zápěstních, vzhledem ke kalendářnímu věku. Hodnocení kostního věku je nutné využívat při posuzování případných poruch růstu.

Dentice začíná kolem 6. měsíce. Začínají růst dolní řezáky, opět však existuje velká variabilita. První mléčný chrup má 20 zubů, mění se v 6 letech, trvalý chrup má 32 zubů s tím, že zuby moudrosti dorůstají někdy velmi pozdě nebo vůbec. V průběhu dětství probíhají dvě etapy akcelerace růstu, a to v předškolním věku kolem 5. roku a ve starším školním věku kolem 13. roku.

8.2.2 Psychomotorický vývoj

Psychomotorický vývoj začíná již v děloze. Je známo, že plod se v určitou dobu obrací, např. hlavičkou dolů. Tyto pohyby jsou pochopitelně nekoordinované, ale mají jistou pravidelnost. Mnohem významnější jsou vlivy biopsychosociálního charakteru. Fedor-Freybergh (2013) uvádí, že „*ideální dítě je prenatálně milované*“. Zdůrazňuje „*vztah mezi matkou, dělohou a plodem a dítětem, který je dán společným životem, společnou krví, společným kouřením atd. Co prožívá matka, prožívá dítě*.“ Plod je sociální partner. Nutno zdůraznit, že prenatální období má zásadní význam pro další vývoj dítěte. Plod podléhá citovým i psychickým náladám matky, je ovlivněn celou řadou exogenních vlivů včetně sociálních.

Konsenzus, zda je vhodné používat pro jedince v děloze pojem dítě, či plod, nebude nikdy realizován. Lékaři budou mluvit o plodu, matky o dítěti.

Po porodu v poloze na zádech pohybuje dítě všemi končetinami, často nekoordinovaně, symetricky. V poloze na bříšku je těžiště na hlavičce, postupně se přesouvá na hrudník (**obr. 8.2**), takže páteř je zvednuta od hlavičky ke konečníku směrem

nahoru. V dalším období se těžiště přesunuje na břicho (6. týden), na symfýzu (3. až 4. měsíc) – **obr. 8.3**, ještě později na kolínka (5. měsíc) – **obr. 8.4**, až nakonec dítě stojí v 9 měsících a případně chodí ve 12 měsících – **obr. 8.5**; v tomto případě mluvíme o kefalokaudálním vývoji.

Důležité je sledování ručiček. Nejdříve se dítě opírá o paže, později o předloktí, kolem 4. či 5. měsíce nejdříve o zavřené ručičky, později o otevřené dlaně. Důležité je také sledovat osu dítěte v poloze na bříšku. Hlavička musí být v ose těla, nesmí se sklánět ke straně. V poloze na zádech je nutné sledovat úchop. Při úchopu dítěte v poloze na zádech musí hlavička sledovat trup, nesmí zaostávat a padat dozadu. Pomocí úchopu si dítě začíná sedat kolem 6. měsíce, stoupat kolem 9. měsíce. Ve 12 měsících dítě začne chodit, zpočátku po špičkách. Správná chůze je po ploskách nohou.



Obr. 8.2 Těžiště je na hlavičce a hrudníku



Obr. 8.3 Těžiště je na symfýze



Obr. 8.4 *Těžiště je na kolínkách*



Obr. 8.5 *Dítě samo stojí*

V dalším období dochází postupně k vývoji motoriky (chůze atd.), především se zdokonaluje jemná motorika, která se ve školním věku vyvine v pracovní dovednosti atd. V posledních letech je celý vývoj dětí ovládnán využíváním počítačů, tabletů apod.

Vývoj hry

Manipulační hra začíná ve 3 měsících (uchopením hračky) a později přechází do hry konstruktivní, která se dále prohlubuje vývojem jemné motoriky a duševním vývojem již u batolete (ve dvou letech je batole schopno využívat jednoduché ovládání tabletu). Je nutné zdůraznit, že konstruktivní hry se postupně rozvinou v pracovní dovednosti, které souvisejí s vývojovým stupněm jedince.

Na konci 19. století psychologové mluvili o tom, že novorozenci vnímají svět jako „hučící, překypující zmatek“. Tento názor přetrvával ještě v šedesátých letech 20. století. Nyní však víme, že narozené dítě vstupuje do světa s dobře fungujícími smyslovými systémy a je připraveno vnímat podněty ze svého okolí.

Učení a paměť

Dříve se předpokládalo, že novorozenci nemají schopnost učení ani paměti. Výsledky výzkumu raného učení však tento předpoklad vyvrátily. V jedné studii se učili novorozenci pouze několik hodin po porodu otáčet hlavičkou napravo nebo nalevo v závislosti na tom, jestli slyšeli zvuk bzučáku, nebo čistý tón.

Ve věku tří měsíců mají děti již překvapivě dobrou paměť. Jsou však důkazy o tom, že se děti něco naučily a zapamatovaly ze zážitků před porodem, z období nitroděložního života. Uvedli jsme již dříve, že novorozenci dokážou odlišit lidský hlas od jiných zvuků a dávají mu také před nimi přednost. Rovněž dávají přednost tlukotu srdce a ženskému hlasu před mužským hlasem a upřednostňují hlas vlastní matky před hlasem

neznámé ženy. Fedor-Freybergh ve své publikaci z roku 2013 uvádí, že v prenatalním období se mohou vytvářet paměťové engramy.

8.2.3 Smyslový vývoj dítěte

Zrak

Zrak není při narození dostatečně vyvinutý. Novorozenci mají chabou zrakovou ostrost a jejich schopnost zaostřovat je omezená. Předměty, na které se dívají, vidí rozmazaně. Jsou silně krátkozrací. Dílčí úrovně zraku dospělého dosáhnou ve 2 letech. Přestože jsou zrakové schopnosti novorozenců ještě nedokonalé, tráví tyto děti hodně času pozorováním okolí. Systematicky zkoumají svět a zastaví se, jestliže v zorném poli zpozorují předmět nebo prostě nějakou změnu. Zvláště je přitahují oblasti s vysokým světelným kontrastem, např. okraje předmětů. Místo aby pozorovali celistvý předmět, jak to dělají dospělí, pozorují ty oblasti, ve kterých je nejvíce světelných kontrastů a přechodů.

Předpoklad, že by novorozencům mohla být vrozená schopnost preferovat lidské tváře, se neprokázal. Lidský obličej má však zakřivené linie (kontrast). Kojenci ve 2 měsících se dívají na vnější kontury obličeje, postupně se ale soustředí na vlastní kontury a rysy tváře, na oči, nos a ústa (Haith et al., 1977). V tomto období rodiče konstatují, že dítě začíná navazovat oční kontakt.

Sluch

Novorozenec často reaguje na hlasitý zvuk, lekne se. Také otáčí hlavu ve směru zdroje zvuku. Zajímavé je, že tato odpověď s otočením hlavy mizí asi po 6 týdnech věku a objevuje se znovu až ve věku 3–4 čtyř měsíců, ve kterém dítě také již vyhledává zdroj zvuku očima.

Tato změna pravděpodobně představuje vývojový přechod od reflexní odpovědi, řízené podkorovými oblastmi mozku, k vůlí kontrolované snaze zjistit zdroj zvuku. Ve věku 4 měsíců dítě ve tmě natáhne ruku směrem ke zdroji zvuku, od 6 měsíců věku děti vykazují významný nárůst reakcí na zvuky doprovázené zrakovými podněty, na něž přesně ukážou prstem. Tato dovednost se zdokonaluje až do 2 let.

Novorozenec je schopen rozpoznat rozdíl mezi dvěma velmi podobnými tóny (např. o rozdílu pouze jednoho stupně hudební stupnice). Novorozenci jsou schopni odlišit zvuk lidského hlasu od jiných zvuků i různé vlastnosti lidské řeči – jednoměsíční dítě je schopno rozpoznat rozdíl mezi podobnými zvuky „pa“ a „ba“. Malé děti dokonce dokážou rozlišovat zvuky řeči lépe než dospělí. Jsou zvuky, které dospělí „slyší“ jako identické, jelikož v jejich rodném jazyce mezi nimi není žádný rozdíl. Děti do 6 měsíců získají tolik informací o jazyce, že postupně začnou „eliminovat“ zvuky, které dospělí kolem nich neuvádějí. (Zdá se tedy, že se děti rodí s mechanismy vnímání, které jsou již naladěny na charakteristiky lidské řeči a pomáhají jim učit se mluvit.) Při této příležitosti je nutno upozornit na existenci tranzitních emisí v novorozeneckém věku.

Chuť a čich

Novorozenci rozeznávají rozdíly v chutích krátce po narození. Mnohem větší přednost dávají sladkým tekutinám než těm, které jsou slané, hořké, kyselé nebo nevyvážené. Charakteristickou odpovědí novorozence na sladkou tekutinu je uvolněný výraz podobný mírnému úsměvu, někdy spojený s olíznutím rtů. Kyselá tekutina

má za následek sešpulení rtů a nakrčení nosu. Jako odpověď na hořce chutnající tekutinu dítě otevírá ústa s koutky obrácenými dolů a vystrkuje jazyk, což je výrazem odporu.

Novorozenci také rozeznávají pachy. Otáčejí hlavu směrem ke sladké vůni a jejich srdeční rytmus a dýchání se zpomalují, což poukazuje na to, že je upoutána jejich pozornost. Škodlivé zápachy způsobují odklon hlaviček od zápachu, srdeční rytmus a dýchání se zrychlují, což značí úzkost. Děti jsou schopny rozpoznávat dokonce i jemné rozdíly ve vůních. Již po několika dnech kojení kojeneček obrací hlavičku k chomáči namočenému do matčina mléka, ale ne k jinému chomáči namočenému do mléka jiné matky. Vrozená schopnost rozlišovat pachy má jasně adaptivní význam – pomáhá novorozenci vyhnout se škodlivým látkám, čímž se zvyšuje pravděpodobnost jeho přežití.

8.2.4 Sociální vývoj dítěte – vývoj komunikace s prostředím

Vývoj řeči začíná houkáním, broukáním, vytvářením prvních slabik, tvorbou složených slabik, vytvářením slov jednoduchých, složených, vytvářením vět. Ve vývoji zdravého dítěte se pak řeč postupně zdokonaluje podle rozumových schopností dítěte. Druhá signální soustava, která je spojena s prvními slovy, se začíná uplatňovat ve 12 měsících dětského věku. Opožděný vývoj prvních fází komunikace může být prvním projevem budoucího autismu.

V 6. týdnu se dítě začíná smát. Tato první radostná reakce se většinou projeví ve styku s mateřskou osobou (syndrom oživení). Mateřskou osobou je většinou pochopitelně matka, ale v ústavní péči to může být i dětská sestra, která o dítě pečuje.

V sociálním vývoji je pak nutné připomenout fázi „negativismu“. Tato fáze se projevuje v průběhu dětství dvakrát, i když rozdílným způsobem: poprvé v batolecím věku, kdy si dítě začíná uvědomovat vlastní „já“ a velmi bouřlivě reaguje na příkazy z okolí atd., podruhé v pubertě, kdy např. negativně reaguje na rady rodičů.

Na sociální vývoj má vliv především rodinné prostředí, a to v kladném i záporném smyslu. Rodiče by měli podporovat denní režim (systém) např. v ukládání ke spánku, dbát na pravidelnost jídla. Přístup k dítěti však musí být jednotný – stejně benevolentní nebo stejně trestající. Batole se osamocuje a k tomu využívá prostor. Osamocení však nesmí být propojeno s nebezpečím, především s nebezpečím úrazu. Důležitým bodem sociálního vývoje je „posilování chování“ formou projevů lásky, odměn apod. Od tří let je nutné podporovat kontakty s okolím.

Důležitý je sociální vývoj dítěte ve vztahu k sourozencům, rodičům a spolužákům. Ten se postupně vyvíjí zhruba od 18 měsíců a vlastně celý život. Už Antifonés konstatoval, že „*prostředí, kde se člověk zdržuje většinu dne, určuje jeho charakter*“.

Výzkumy rodin a školní výchovy jednoznačně potvrzují, že tam, kde se vyskytuje pozitivní attachment a zájem pracovníků s dětmi a mládeží, se negativní sociální projevy a rizikové chování minimalizují.

Máme k dispozici řadu výzkumných dat o významu pozice dítěte v rodině, workoholismu rodičů, partnerských krizí, chudoby a sociální zanedbanosti, které vedou k morálním dilematům – zakomplexovanosti, sklonu krást, závidět, šikanovat, poškozovat věci, projevovat apatii a sociální necitlivost. A naopak tam, kde v působení na děti a mládež převažuje nepodmíněná láska, respekt k oprávněným zájmům, pěstování sociální perspektivy, rozvíjení dovedností hodnotně trávit volný čas, převažují

pozitivní rysy charakteru, jako je respekt k dobrým hodnotám, základní lidská slušnost, zájem o veřejné blaho.

Psychologie individuálních rozdílů mezi lidmi se stále více přiklání k stanovisku, že rozhodující zdroj povahových odlišností tkví v socializaci (v tradici a zvycích, které jsou přenášeny a udržovány memy, nikoliv však geny), ve výchově a v individuaci. Výstižně tuto zkušenost glosuje R. Dreikurs, jehož teze mohou sloužit jako výzva k postupnému výzkumnému ověřování nebo dokládání z již ověřených tvrzení:

*Žije-li dítě v ovzduší kritiky, učí se odsuzovat druhé;
 žije-li dítě v ovzduší nevraživosti, učí se nenávidět;
 žije-li dítě v ovzduší výsměchu, učí se nejistotě;
 žije-li dítě v ovzduší výčitek, učí se pocíťovat vinu;
 žije-li dítě v ovzduší snášenlivosti, učí se být trpělivé;
 žije-li dítě v ovzduší povzbuzování, učí se smělosti;
 žije-li dítě v ovzduší oceňování, učí se kladně hodnotit druhé;
 žije-li dítě v ovzduší přímosti, učí se být spravedlivé;
 žije-li dítě v ovzduší bezpečí, učí se důvěřovat druhým;
 žije-li dítě v ovzduší uznání, učí se sebedůvěře;
 žije-li dítě v ovzduší přátelství a lásky,
 učí se nacházet a projevovat lásku ve světě.*

8.3 Nejčastější onemocnění dětského a dorostového věku

Prenatální období

Příčiny se označují jako **teratogeny** působící na matku. Rozlišují se teratogeny:

- vnitřní (genetické)
- zevní: chemické (některé léky), fyzikální (záření), znečištěné ovzduší (benzpyren atd.), infekční (toxoplazmóza, rubeola), alkoholismus, kouření, diabetes mellitus a další

Podle **doby vzniku** rozdělujeme onemocnění plodu na:

- **gametopatie** – poškození gamet; nejčastěji jde o chromozomální aberace.
- **blastopatie** – poruchy oplozeného vajíčka (blastocysty) do 15. dne vývoje; jde o vady, které jsou charakteristické pro vznik patologie vícečetných těhotenství v podobě jejich srůstů v různých lokalizacích a dále některé vady neslučitelné se životem, např. teratomy, anencefalus.
- **embryopatie** – poruchy vývoje zárodku od 15. dne do konce 2. měsíce těhotenství; v tomto období probíhá organogeneze (zakládají se všechny orgány), poškození na začátku organogeneze vedou k velmi těžkým vadám. Embryopatie jsou charakterizovány především rozštěpovými vadami páteře a míchy (jde však pouze o poruchy uzávěru ploténky). Klinicky se projevují jako cranioschisis, rhachischisis, craniorhachischisis nebo encefalokéla. Druhým klinickým projevem embryopatií jsou rozštěpové vady rtu, patra, uvuly. V době, kdy nebyly ženy očkovány proti rubeole a onemocněly touto infekcí během prvního trimestru, mohl se u plodu vyvinout tzv. Greggův syndrom, při kterém došlo mimo jiné k poruše vývoje srdce a očí.
- **fetopatie** – onemocnění plodu od konce 2. měsíce těhotenství do porodu. V tuto dobu je organogeneze dokončena. Poruchy se týkají změn na vyvinutých orgánech

(např. diagnostika hydrocefalu v 6. měsíci při onemocnění matky v těhotenství toxoplazmózou). Další infekce, které se mohou zúčastnit při vzniku fetopatií, jsou infekce vyvolané bakterií *Treponema pallidum*, cytomegalickým virem atd. Rovněž nekompensovaný diabetes mellitus může ovlivnit vznik diabetické fetopatie. Některé fetopatie však mohou vzniknout mechanicky, např. amputace končetiny amniálními pruhy. Pes equinovarus je důsledkem nedostatečného pohybu končetinou z tlaku děložní stěny a z míšních poruch. Některé patologie vznikají v souvislosti s abúzem kokainu a amfetaminu.

Koncem těhotenství je plod ohrožen celou škálou **infekcí**. Jde o bakteriální infekce, jejichž vstup do dělohy k plodu je ascendentní, tj. ze zevního genitálu. Tyto infekce nazýváme syndrom infikovaného amnia. Původci těchto infekcí jsou většinou gram-negativní kmeny (*E. coli*, *Klebsiela*) nebo kmeny Mollicutes (kmeny mykoplazmatické a ureoplazmatické). Důsledkem těchto infekcí jsou novorozenecké pneumopatie, pneumonie, předčasné porody, meningitidy, chorioamniitidy, kožní infekce atd.

Plod je v tomto období ohrožen také infekcemi, které se k plodu šíří hematogenní cestou. Většinou jde o virová a parazitární onemocnění. Jedná se o skupinu infekcí s označením TORCH – toxoplazmóza, rubeola, cytomegalie, hepatitidy, herpetické a HIV infekce. Tyto infekce vyvolávají pozdní fetopatie, encefalitidy, iktery či kožní infekce.

Novorozenecká patologie

Úzce souvisí s prenatálním obdobím. U novorozenců porozených v termínu zřídka dochází k **hypoxickému syndromu**, který může vyústit až v těžkou hypoxickou encefalopatii s trvalými následky. Naproti tomu u předčasně narozených novorozenců – především u nejnižších hmotnostních skupin – se projevuje hypoxický syndrom jiným způsobem: především krvácením do mozku a multiorgánovým selháním. Oba tyto hypoxické syndromy mohou mít trvalé následky, jejichž frekvence klesá vlivem dobře aplikované intenzivní péče. K následkům hypoxického syndromu patří apalický syndrom, retinopatie, bronchopulmonální dysplazie, nekrotizující enterokolitidy, senzorické poruchy, hydrocefalus.

V tomto období se musí řešit celá škála problémů, které se týkají vrozených vývojových vad, s tím, že některé stavy jsou urgentní. (Bohužel trend výskytu VVV je stále se zvyšující, v roce 2012 – poslední dostupný údaj – se narodilo 5161 dětí s VVV.) Frekvence maligních žloutenek, které se musí řešit výměnnou transfúzí, je menší. Při léčení žloutenek se nyní využívá fototerapie. Časté jsou kožní infekce, problémy s kojením a vůbec s adaptací novorozence na zevní prostředí (obrácený denní rytmus atd.). Nejzávažnější jsou však infekce jak prenatálně vzniklé, tak postnatální nozokomiální nákazy. V časném novorozeneckém věku probíhá screening celé škály vrozených onemocnění, z nichž některá vyžadují okamžitý léčebný zásah; uveďme např. fenylketonurii nebo hypotyreózu.

Patologie kojeneckého věku

Týká se především problematiky, která přechází z neonatálního období, tj. infekcí, terapie patologických novorozenců a postupně se rozvíjejících pozdních následků hypoxického syndromu a vrozených vývojových vad. V těchto případech je často nutná dlouhodobá rehabilitace. Objevují se častá onemocnění dýchacích cest, pře-

devším horních oblastí. Tato onemocnění mají různý průběh (prolongovaný, recidivující nebo akutní) s různým stupněm závažnosti. Etiologie je většinou virová či alergická a s tím souvisí poměrně častá neúspěšnost antibiotické terapie. Vyskytují se časté záněty středouší. Nebezpečné jsou meningitidy či encefalitidy, a to jak z hlediska *quot vitam*, tak i *quot sanationem*. Průjmy mají různou závažnost, většinou jde o lehčí formy. Průjmy nehrají tak závažnou roli jako v padesátých a šedesátých letech minulého století. Časté jsou různé formy nesnášenlivosti bílkoviny kravského mléka nebo lepku. V tomto období je dítě očkováno celou škálou očkovacích látek, po jejich aplikaci se mohou vyskytnout většinou jen lokální reakce. Objevují se první úrazy, především ve starším kojeneckém věku – pády, opařeniny apod. Jsou diagnostikovány první oční poruchy, především strabismus. Přibývají záněty průdušek, plic, otitidy, pozdní projevy VVV – první rok života je rokem „životaschopnosti“ kojenců. Nejčastěji kojenci umírají na pozdní následky z perinatálního období (hypoxie, asfyxie) a onemocnění plic.

Batolecí věk

Onemocnění batolat se týká onemocnění dýchacích cest, tj. laryngitid, tracheobronchitid a stále častějších astmoidních bronchitid. Objevují se infekce močových cest. Morbidita i mortalita této věkové skupiny souvisí s výskytem úrazů. Batolata trpí často záněty středouší. Významně narůstá počet dermorespiračních syndromů a alergických či imunologických projevů. Objevují se první příznaky související s poruchou chování. Ve třech letech lze odhalit poruchy vidění. Objevují se známky hyperkinetického syndromu, psychosomatických onemocnění, poruch řeči. V tomto období lze diagnostikovat také známky autistického chování, i když je velká snaha zajistit diagnostiku již v období dřívějším.

Předškolní věk

Nejčastějším onemocněním předškolního věku jsou onemocnění dýchacích cest, a to především z oblasti nosohltanu, hrtanu a průdušnice. Vstupem do kolektivních zařízení je frekvence těchto infekcí častější společně s infekčními, především exantémovými chorobami. Stejně jako v minulém období se projevují defekty imunologické a alergologické. Narůstá počet psychosomatických onemocnění a poruch chování. Začínají se diagnostikovat pozdní projevy ortopedických onemocnění, především v době první růstové akcelerace. Upřesňuje se diagnostika autismu. Vyskytuje se poměrně vysoký počet úrazů.

Školní věk

Problematiku školního věku musíme rozdělit do dvou období.

V **časném období** (1. stupeň) jsou důležité vstupy do školy. Diagnostikuje se řada poruch soustředěnosti, psaní či čtení. Zvyšuje se frekvence výskytu hyperkinetického syndromu a jeho důsledků. Nejčtenější jsou onemocnění dýchacích cest. V letních měsících narůstá počet průjmových a infekčních chorob. Výskyt je spojen s pobyty na kolektivních letních táborech. V současné době jsou poměrně častá onemocnění parazitární. Především u děvčat narůstá počet infekcí močových cest.

V **období pozdního školního věku** (2. stupeň) je škála onemocnění stejná, přibývají však poruchy chování a neurózy. Narůstá počet ortopedických vad (především vadného držení těla, plochých nohou) a u děvčat poruch spojených s nástupem menstruace atd. Dochází k akceleraci projevů pohlavního dozrávání

u děvčat a s tím spojené problematiky. Pozdější stadium tohoto období koresponduje s následným obdobím.

Dospívání

Je obdobím významných změn v celé biopsychosociální sféře. To klade často velké nároky na schopnost adaptovat se na změny vnitřních i zevních životních podmínek. Jedinec se s nimi musí často velmi náročně vyrovnávat. Nepodaří-li se toto vyrovnání, mohou vznikat závažné negativní důsledky v oblasti duševní, tělesné i sociální. V literatuře se mluví o tzv. **rizikovém chování dospívajících**, jež se může mj. projevat:

- poruchami chování – ty jsou charakterizovány opakujícím se negativním chováním vůči rodině, přátelům, spolužákům a celé společnosti. Je však nutné odlišovat velmi citlivě „rebelantství“, které je charakteristické pro adolescenty. Od syndromu rizikového chování je však dále ještě potřeba odlišit hyperkinetický syndrom (syndrom ADHD), jenž souvisí s perinatálním obdobím. Poruchy chování se mohou projevat nejen v rodinném prostředí, ale i ve společnosti – celou řadou rodinných konfliktů s mladistvým, záškoláctvím, delikvencí, kriminalitou apod. Poruchy chování mohou mít však těžké i trvalé následky v duševní oblasti, nejsou totiž bohužel vůbec výjimečné deprese, suicidální chování apod.
- drogovou závislostí
- předčasným pohlavním životem v dospívání. Podle WHO *sexuální zdraví představuje takový souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti. Tyto obohacují osobnost, zlepšují její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.* Tímto nebezpečím jsou ohroženy především „nezralé dívky“. V současné době je nebezpečí zdůrazněno urychlením jejich dospívání, nezralostí chlapců a rizikovým, bezmyšlenkovitým střídáním partnerů a s tím související možností transsexuálních pohlavních chorob (především HIV infekce). U děvčat je riziko vyjádřeno předčasným těhotenstvím a především předčasným užíváním antikoncepce, zvláště bez vyšetření trombofilních dispozic.
- přeceňováním vlastních schopností, především při sportovní činnosti
- závislostí na internetu, počítačích a počítačových hrách
- kriminalitou atd.

Souhrn pro dětskou a dorostovou populaci

Zhodnotíme-li ve stručnosti ambulantní činnost praktických lékařů pro děti a dorost (bohužel poslední dostupné údaje jsou za rok 2012, nikoliv 2013: ÚZIS ČR, *Aktuální informace* č. 26/2013, Zdravotnictví ČR 2013 ve statistických údajích), zjišťujeme, že:

- Ošetření léčebného charakteru tvořila 72 %, preventivního 28 %.
- Podíl dětí kojených 6 měsíců a více tvořil 39,6 %, naproti tomu už s koncem šestinedělí ukončilo kojení 14,4 % žen.
- Nejčastější „chorobou“ dětského věku je zubní kaz. Na to nesmíme zapomenat. Naštěstí jde o nemoc nikoliv nejzávažnější.
- Narůstá počet alergií, a to u dětí i u dorostenců. V současnosti je diagnostikovaných alergiků 16 %. V dorosteneckém věku je číslo ještě vyšší (22 %).
- Mezi dětmi do 15 let bylo dispenzarizováno 597,4 tisíce onemocnění či vad, tj. 392 onemocnění na 1000 registrovaných pacientů – tedy téměř 40 % pacientů do 15 let je dispenzarizováno. Nejčastější důvody pro dispenzarizaci byly nemoci dýchací

soustavy, dále nemoci nervové soustavy, oka a očních adnex. Třetím nejčastějším důvodem byly nemoci kůže a podkožního vaziva.

- U pacientů dorostového věku (15–18 let) bylo dispenzarizováno 267,8 tisíce onemocnění či vad, tj. 670,4 onemocnění na 1000 registrovaných pacientů, tj. 67 %. Oproti roku 2011 je to nárůst o více než 5 %. Nejčastějším důvodem byly (stejně jako v mladší věkové skupině) nemoci dýchací soustavy, druhé místo bylo také stejné (nemoci nervové soustavy, oka a očních adnex), ale na třetím místě již byly nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.
- Alarmující je vývoj počtu dětí a dorostenců dispenzarizovaných pro diagnózu E 66 až E 68, tj. obezita, hyperalimentace a její následky. Od roku 1996 se jejich absolutní počet ztrojnásobil (z 10,4 tisíce na 30,9 tisíce u dětí v roce 2012). U dorostu je vzestup ještě vyšší: z 6,1 tisíce na 20,1 tisíce. V přepočtu na 1000 registrovaných pacientů daného věku je tento nárůst ještě vyšší (u dětí do 15 let z 5,5 tisíce v roce 1996 na 20,3 tisíce v roce 2012, respektive u dospívajících ve věku 15–18 let z 8,8 tisíce na 50,4 tisíce).

Nadváha a běžná obezita v dětském věku – zdravotní výzva 21. století

Bez individuální úpravy výživových doporučení a prevence rozvoje nadváhy v současnosti probíhající epidemii dětské obezity nelze stávajícími zdravotnickými prostředky zvládnout. Náklady zdravotní péče jsou u dospělých obézních o polovinu a náklady na léky dvakrát vyšší než u běžné populace a komplex obezita – metabolický syndrom – diabetes mellitus II. typu – kardiovaskulární ischemie spotřebovává v současnosti 10–15 % úhrnných zdravotních nákladů.

Běžná obezita je typické civilizační onemocnění s chronickými metabolickými změnami s celospolečenskými důsledky. Tuková tkáň je největším endokrinním orgánem v těle a při jejím nadměrném zmnožení dochází k pozvolným, ale rozsáhlým metabolickým změnám. Běžná obezita se projevuje především časným nástupem kardiometabolických komplikací.

Klinický obraz komplikací **dětské obezity** je však širší a zahrnuje obtíže a život omezující rizika respirační, gastrointestinální, neurologická, ortopedická a endokrinologická i závažnou psychosociální problematiku. Specifika dětské obezitologie vycházejí z dynamického růstu dítěte a fixovaného rodinného zázemí. Bez podpory rodiny je účelná intervence proti obezitě dítěte bez šance na úspěch. Následky způsobené dětskou obezitou jsou v počátku reverzibilní, a proto se její časné stanovení a léčba stávají významnou klinickou výzvou. Při dobré znalosti příčin běžné obezity je ve velké míře možné předcházet jejímu rozvoji.

Můžeme bohužel konstatovat, že jde o **pandemické civilizační onemocnění**, že jsme zasaženi pandemií běžné alimentární obezity. Použití infekční terminologie je na místě, protože rychlost nárůstu výskytu obezity je veliká. Morbidita a mortalita převyšuje v tomto století všechna infekční onemocnění dohromady. Za poslední čtvrtstoletí došlo k překotnému nárůstu globální nadváhy (Ng et al., 2014) a obezita se stala nejzávažnějším zdravotním problémem soudobého lidstva (WHO, 2015)

Nejvýznamněji se pandemie obezity projevuje v dětské populaci, ve které trpí běžnou obezitou 95–99 % obézních dětí. Běžná dětská obezita je charakterizována pozvolným nástupem a k jejímu rozvoji musí být splněna podmínka proobezitogenního genomu a podmínka neadekvátně zvýšeného příjmu potravy ve vztahu k energetickému výdeji v rámci obezitogenního prostředí (Marinov, 2012).

Výskyt dětské nadváhy v ČR překonal nejpesimističtější předpoklady z 80. let minulého století. Za čtvrtstoletí epidemie obezity došlo k dvojnásobnému nárůstu nadváhy v rámci celého populačního spektra a v dětské populaci k pateronásobku počtu obézních dětí. Nadváhou v dětství trpí každé čtvrté dítě, obezitou každé sedmé, extrémní obezitou trpí 4 % dětí (Caterpillar Research, 2013).

V mezinárodním srovnání je 24% výskyt nadváhy u českých dětí na úrovni okolních středoevropských zemí a začíná se přibližovat výskytu v jihoevropských státech (World Obesity). Přestože ještě nedosahujeme 3% výskytu v USA, překonala 12% skupina českých obézních adolescentů 11% skupinu amerických vrstevníků (Fryar et al., 2012). Alarmující situaci v naší dětské populaci demonstruje 4,7% výskyt extrémní obezity, což představuje třetinu obézních dětí (Caterpillar Research, 2013).

V neposlední řadě je potřeba si uvědomit vztah obezity k civilizačním chorobám a především skutečnost, že předpokládaná doba dožití této generace je nižší než jejich rodičů. To je velmi závažné a lidé si to ani nechtějí uvědomovat.

8.4 Vzácná onemocnění dětského věku

Vzácným onemocněním dětského věku se v ČR, především v posledních letech, věnuje systematická pozornost. Existuje celá škála těchto onemocnění, jako jsou např. neuro-metabolická a neurodegenerativní onemocnění mozku. Prognóza je silně negativní, a to ve smyslu *quot vitam i quot sanationem*. Terapie je většinou neznámá a spíše můžeme ovlivnit počáteční stadia. Tato terapie však vyžaduje účast celé škály odborníků. V některých případech je důležitá především včasná diagnóza. Nositelé těchto chorob jsou pak následně z velké části klienty sociálních služeb.

Základní stručný a neúplný přehled a charakteristika

- vzácná metabolická onemocnění s ukládáním kovů
- lyzozomální střádatvá onemocnění
- Huntingtonova choroba
- vzácné dystonické syndromy
- onemocnění centrálního a periferního motorického neuronu
- hereditární ataxie dětského a dospělého věku
- vzácná neurovývojová onemocnění

VZÁCNÁ METABOLICKÁ ONEMOCNĚNÍ SPOJENÁ S UKLÁDÁNÍM TĚŽKÝCH KOVŮ

Wilsonova nemoc

Wilsonova nemoc (WN) je vzácné vrozené metabolické onemocnění s prevalencí přibližně 1 : 30 000 a s autozomálně recesivní dědičností. Při tomto onemocnění se hromadí měď v játrech, mozku i dalších orgánech a vede k nadbytku volných radikálů, které se uplatňují na poškození těchto orgánů. WN se projevuje nejčastěji jaterním či neurologickým postižením, může se manifestovat již v útlém dětském věku, kdy může probíhat pod obrazem jaterního selhání. Jedinou terapií je transplantace jater.

Hallervordenova-Spatzova choroba

Hallervordenova-Spatzova choroba je onemocnění spojené s deficitem pantotenát-kinázy. Jde o vzácné autozomálně recesivně dědičné onemocnění charakterizované ukládáním železa v palidu a substantia nigra. Onemocnění se zpravidla manifestuje v dětství a v průběhu dospívání, vzácně až v dospělosti. V klinickém obrazu dominuje generalizovaná dystonie, rigidita, dysartrie, pyramidové postižení a demence. Charakteristický je obraz tzv. tygrích očí.

LYZOSOMÁLNÍ STRÁDAVÁ ONEMOCNĚNÍ

Lyzosomální strádavá onemocnění (Lysosomal Storage Diseases, LSD) řadíme mezi dědičně podmíněné poruchy metabolismu způsobené nedostatečnou aktivitou některého z lyzozomálních enzymů, popř. transportních proteinů. Představují heterogenní skupinu progresivních neurometabolických a neurodegenerativních onemocnění, jejichž společným znakem je strádání patologického materiálu v buněčných orgánech (lyzozomech). Strádající se materiál je ukládán nejen v neuronech CNS (s převahou postižení mozkové kůry), ale i v jiných tkáních a poškozují buňky toxickými vlivy i přímým mechanickým tlakem. Jejich prevalence je odhadována na 1 : 6600 až 1 : 8200 novorozenců. Vyšší výskyt je v uzavřených populacích. Dědičnost je většinou autozomálně recesivní. V přehledu uvádíme pouze některé základní klinické jednotky.

Príznaky LSD můžeme zaregistrovat od novorozeneckého věku až do pozdní dospělosti. Časné formy se vyznačují těžkým průběhem s rychlou progresí a infaustní prognózou. Jde o multisystémová postižení s trvalým zhoršováním obtíží. Postiženy jsou metabolicky aktivní orgány a tkáně (játra, kosti, kostní dřev, kosterní svaly, CNS, myokard). Na klinické, enzymatické a molekulární úrovni bylo popsáno již přibližně 70 různých lyzozomálních poruch. Ke stanovení diagnózy napomáhají bioptická vyšetření (kůže, svaly, jater, kostní dřev, příp. rektální sliznice, zubní dřev nebo i mozk), u leukodystrofií zobrazovací techniky (MRI). U většiny onemocnění je známa genomová lokalizace a u řady z nich lze stanovit diagnózu přímým enzymatickým vyšetřením.

Mukopolysacharidózy

Samostatnou skupinou strádavých onemocnění, způsobených deficitem některého z lyzozomálních enzymů odpovědných za degradaci glykosaminoglykanů (kyselých mukopolysacharidů), které se následně hromadí v různých orgánech, jsou mukopolysacharidózy (MPS) – MPS I, MPS II (m. Hunter), MPS III (Sanfilippo syndrom), MPS VI (Maroteauxův-Lamyův syndrom). Projevují se velmi různě, ale progresivní charakter a závažnou prognózu mají společné. Kraniofaciální dysmorfie a na rentgenovém obrazu dysostosis multiplex jsou typické pro diagnózu některých typů MPS. Mukopolysacharidózy jsou autozomálně recesivně dědičné (kromě MPS II). V ČR se všechny typy MPS vyskytují přibližně v poměru 1 : 35 000 živě narozených dětí.

Mukopolysacharidóza typ II (MPS II, m. Hunter) je závažné progredující metabolické onemocnění patřící do lyzozomálních onemocnění se strádáním. Prvním příznakem mohou být hernie, opakované infekce dýchacích cest. K časným příznakům patří makrocefalie, hrubý výraz v obličeji, chronická rýma a otitidy, hepatosplenomegalie, opožděný vývoj, omezená hybnost kloubů, kontraktury. V pozdějším období lze konstatovat drsnou kůži, poruchu růstu, ztrátu sluchu, obstrukční dýchací potíže, mentální retardaci, kostní dysplazii, kontraktury. Frekvence výskytu je 1 : 100 000.

Včasnou diagnózou onemocnění nelze vyléčit, ale aplikací chybějícího enzymu lze zlepšit kvalitu života nemocných.

Gaucherova choroba

Nejběžnější a jednou z nejdéle známých a nejdéle léčených lyzozomálních strádavých chorob je m. Gaucher (GD). Vyskytuje se s incidencí 1 : 60 000 panetnický (v ČR 1 : 80 000). Tato autozomálně recesivní porucha byla pojmenována po francouzském lékaři, který ji v roce 1882 objevil. Charakterizuje ji deficit či úplné chybění enzymu glukocerebrosidázy, jehož normální funkcí je štěpit specifický lipid glukocerebrosid neboli glukosylceramid. Nepracuje-li tento enzym normálně, neexistuje žádný jiný způsob transportu tohoto tukového materiálu z lyzozomu a tzv. Gaucherovy buňky se začnou zvětšovat. Získají vzhled zmačkaného papíru s posunutým buněčným jádrem. Nalezneme je v orgánech, tkáních a kostní dřeni. Zmíněné strádání postihuje slezinu, játra, kosti a někdy CNS. Nárůst glukocerebrosidu zapříčiní situaci, která omezuje normální funkci orgánů, což se projeví symptomy Gaucherovy choroby.

Přibližně 95 % osob s Gaucherovou chorobou má typ 1, který nepostihuje CNS. Typ 2 je nejtěžší a upozorní nás na něj těžké neurologické příznaky u novorozenců. Musíme počítat s rychlou progresí a značně zkrácenou délkou života. Méně závažný než typ 2, ale závažnější než typ 1, je typ 3. Pacienti mnohdy dobře fyzicky i sociálně fungují, protože u třetího typu příznaky progredují pomaleji.

Metodou volby je v indikovaných případech také transplantace kostní dřene.

Pravidelná substituce rekombinantního enzymu (vegaglucéráza, imiglucéráza, taliglucéráza) intravenózní formou v intervalu dvou týdnů představuje základní terapii. Přibližně do půl roku ustupují subjektivní obtíže a normalizují se hematologické parametry, do roka pak dochází k významné redukci organomegalie a do dvou až tří let k úpravě nálezu na skeletu. Enzym nepřestupuje přes hematoencefalickou bariéru, proto danou terapií bohužel nelze ovlivnit neurologické příznaky. Při mírnějším průběhu onemocnění lze u některých dospělých enzymovou substituční terapii (ERT) nahradit substrátredukční terapií (miglustat – Zavesca).

V ČR jsou pacienti dlouhodobě léčeni rekombinantními enzymy imiglucérazou (Cerezyme společnosti Genzyme) a velaglucérazou (VPRIV společnosti Shire). Při enzymatické substituční terapii dosud neléčených pacientů s 1. typem Gaucherovy choroby pozorujeme zlepšení koncentrace hemoglobinu a počtu destiček po 9 měsících, 24 měsících a po 4 letech. Po 9 a 48 měsících dochází k redukci objemu jater a sleziny.

Battenova nemoc (neuronální ceroid lipofuscinózy)

Neuronální ceroid lipofuscinózy je způsoben lyzozomální poruchou spojenou se strádáním lipopigmentu ceroidu a lipofuscinu (označovaného jako „pigment stáří“) v neuronech CNS a jiných tkáních. Charakteristickými rysy jsou progredující porucha vidění vedoucí ke slepotě, epileptické záchvaty, myoklonie, demence a postupně narůstající deteriorace motorických funkcí s iniciální ataxií. Jde o autozomálně recesivní typ dědičnosti. Podle věku vzniku a průběhu onemocnění rozeznáváme pět základních forem: infantilní, pozdně infantilní, časně juvenilní, juvenilní a adultní. Kauzální léčba u žádné z uvedených variant neexistuje, jedinými možnostmi prevence onemocnění jsou genetické poradenství a prenatální a případně i preimplantační diagnostika.

Tayova-Sachsova choroba (amaurotická familiární idiocie)

GM2 gangliosidózy, k nimž Tayova-Sachsova choroba náleží, jsou řazeny mezi sfingolipidózy. Společným podkladem je deficitní odbourávání glykosfingolipidu (GM2 gangliosidu), který se hromadí s převahou v neuronech mozkové kůry a vede k deterioraci intelektových i motorických funkcí. Dědičnost je autozomálně recesivní. Jde o velmi vzácné metabolické onemocnění, které většinou končí do tří let věku. Jde o deficit enzymu hexosaminidázy A v genu na 15. chromozomu. Typická je třešňově červená skvrna na sítnici oka. Častá je i slepota a hluchota.

Niemannova-Pickova choroba

Niemannova-Pickova choroba je heterogenní skupina autozomálně recesivně dědičných onemocnění spojených s kumulací fosfosfingolipidu sfingomyelinu a neesterifikovaného cholesterolu v buňkách retikuloendoteliálního systému a u některých forem i v CNS. Deficit sfingomyelinázy je přítomný pouze u části pacientů s neuroviscerálním postižením. Neurologickým postižením se vyznačuje pouze jedna forma. Onemocnění vznikající v dětském věku se manifestuje mozečkovou symptomatikou s výraznou ataxií, narůstající demencí a spasticitou. Mohou se objevit epileptické záchvaty. Sonografické vyšetření potvrdí splenomegalii a často i hepatomegalii. Suspekci na diagnózu prokáže punkce kostní dřeně přítomností pěnovitých buněk a diagnózu potvrdí specifický test poruchy esterifikace cholesterolu či molekulárně-genetické vyšetření.

Fabryho choroba

Fabryho choroba neboli X-vázaná sfingolipidóza (též Andersonova-Fabryho choroba, angiokeratoma corporis diffusum, alpha-galactosidase A deficiency) patří do skupiny strádavých onemocnění. Jde o dědičné onemocnění vázané na chromozom X. Pacient s touto nemocí není schopen zpracovat a využít určitou část látek z přijímané potravy. Ty se hromadí v těle – na stěnách cév, v srdečních svalových buňkách, v nervových buňkách, buňkách ledvin a jinde a způsobují tak závažné změny v tkáních.

Vlastní příčinou tohoto onemocnění je částečná nebo úplná absence enzymu alfa-galaktosidázy A, který je nutný ke zpracování a využití určité části tuků – glykosfingolipidů, jež se následně ukládají ve výše jmenovaných tkáních. Projevy nemoci jsou obtížně předvídatelné, obvykle začínají v dětství či v období dospívání mírnými příznaky a mohou kdykoliv vyústit v těžké orgánové komplikace, nejčastěji formou chronického renálního selhávání. Vyskytuje se v mírnější formě i u heterozygotních žen.

Nemoc popsali v roce 1898 Angličan William Anderson a Němec Johann Fabry. Incidence Fabryho choroby je 1 : 40 000 obyvatel, vyskytuje se u všech etnik na světě.

Leukodystrofie

Leukodystrofie zahrnují skupinu progresivních onemocnění, která postihují metabolismus myelinových vláken. Metachromatickou leukodystrofií a Krabbeho chorobu lze taktéž řadit mezi strádavá onemocnění.

Metachromatická leukodystrofie je heterogenní skupina lyzozomálních autozomálně recesivních strádavých onemocnění, která jsou spojena s porušenou degradací sfingolipidu sulfatidu. Prevalence je odhadována pod 1 : 100 000 jedinců v obecné populaci. Podle věku vzniku, tíže onemocnění a stupně enzymového deficitu jsou odlišovány tři klinické formy: pozdně infantilní, juvenilní a adultní. Klinické projevy jsou spojeny s různým stupněm deficitu arylsulfatázy A, případně bílkovinného

sfgingolipidového aktivátoru. Společnými klinickými rysy jsou intelektová deteriorace, mozečková ataxie, spasticita s měnlivou příměsí periferní demyelinizační složky se sekundárním obrazem smíšené kvadruparézy. Někdy je přidružena epilepsie, porucha zraku až slepota a extrapyramidové projevy. K typickým rysům dospělé formy patří psychiatrická symptomatologie s psychotickými stavy.

Krabbeho choroba (globoidní leukodystrofie) je vzácné lyzozomální autozomálně recesivně dědičné onemocnění vedoucí k demyelinizaci centrálního a periferního systému. Příčinou je porucha odbourávání sfgingolipidu galaktosylceramidu, který je hlavní součástí myelinu, v důsledku deficitu galaktosylceramidázy. Incidence onemocnění je odhadována na 1 : 100 000 až 1 : 200 000 živých porodů.

Klinicky jsou rozlišovány dvě varianty onemocnění: rychle probíhající forma infantilní (tvoří více než 85 % případů) a poněkud pomaleji probíhající forma s klinickou manifestací příznaků v batolecím a předškolním věku. Pozdní formy jsou možná častější v jižní Evropě, zvláště v Itálii a na Sicílii. Incidence adultních případů je pravděpodobně podhodnocena.

U infantilní formy choroba obvykle začíná v prvních šesti měsících věku, někdy již před třemi měsíci věku. Mezi úvodní symptomy patří vzrůstající dráždivost, křik, zvracení a problémy s krmením, hyperestezie, tonické spazmy po stimulaci světlem nebo zvukem, projevy periferní neuropatie. Běžné jsou také ataky nevysvětlitelné horečky. Po tomto stadiu s atakami hypertonie následuje trvalý opistotonus s charakteristickou flexí horních končetin a extenzí dolních končetin. Mohou se objevit křeče. Časté jsou hyperpyrexie a nadměrné slinění. Při progresi choroby se objevuje slepota s následnou ztrátou bulbárních funkcí a hypotonie. Smrt bývá způsobena hyperpyrexii, respiračními komplikacemi nebo aspirací, klasicky před dosažením dvou let věku, ale při současné péči není vzácné delší přežití.

U obou forem dochází k rozpadu intelektových i hybných schopností dítěte, rozdíl je pouze v rychlosti progresu. Klinické projevy zahrnují narůstající spasticitu, mozečkovou symptomatologii a demenci. K časným příznakům patří korová slepota, provázená někdy hluchotou. Průměrná doba trvání onemocnění je 1–3 roky.

Léčba strádavých onemocnění

Intravenózním podáním rekombinantních enzymů nebo omezením množství strádaného substrátu lze dnes některá ze strádavých onemocnění s úspěchem léčit. Omezenému počtu LSD pomůže transplantace kostní dřeně. V současné době lze v naší republice terapeuticky ovlivnit Gaucherovu nemoc (GD typ 1, 2 a 3), Pompeho nemoc (glykogenóza typ II), Fabryho nemoc, Niemannovu-Pickovu nemoc typ C (NPC, subtyp 1, 2) a nemoc ze strádání esteru cholesterolu (CESD). Naprosto nezbytným se jeví genetické poradenství a prenatální diagnostika v rodinách pacientů.

HUNTINGTONOVA NEMOC

Huntingtonova nemoc (HN) je autozomálně dominantně dědičné onemocnění vznikající na podkladě mutace tripletu CAG (tj. Cytosin-Adenin-Guanin), který kóduje aminokyselinu pro výrobu bílkoviny huntingtinu. Jeho funkce není známa. Prevalence je přibližně 1 : 15 000, v ČR se odhaduje počet pacientů na 800–1000. Hlavními projevy HN jsou motorická porucha (chorea, případně dystonie, vzácně i bradykineze) a emoční a behaviorální poruchy. Onemocnění začíná zpravidla v dospělém věku (mezi 30. až 50. rokem věku) a průměrná doba přežití je 14 let.

VZÁCNÉ DYSTONICKÉ SYNDROMY

Primární vrozené dystonické syndromy vznikají na podkladě geneticky vázané poruchy, kterou se nám zatím daří prokázat jen u části případů. Klinická manifestace u generalizovaných forem je zpravidla v dětství či v průběhu dospívání s počínající predilekcí na dolních končetinách a s tendencí ke generalizaci. V současné době je známo více než 20 základních typů, z nichž tři mají nejčastější výskyt.

ONEMOCNĚNÍ CENTRÁLNÍHO A PERIFERNÍHO MOTORICKÉHO NEURONU

Onemocněním centrálního (horního) a periferního (dolního) motorického neuronu kromě amyotrofické laterální sklerózy a spinálních svalových atrofií dětského věku je většinou v učebnicích neurologie věnováno málo prostoru. Jde však o významná onemocnění, z nichž některá významně zkracují délku života, jiná působí nemocným značné pohybové problémy. Správná diagnóza má prognostický a posudkový význam. Medikamentózní léčba je velmi omezená, šanci jsou rehabilitační a lázeňská léčba, které nemocným prodlužují aktivitu.

Mezi onemocněním motorického neuronu je řazena zejména **amyotrofická laterální skleróza** – progresivní neurodegenerativní onemocnění charakterizované postupnou degenerací primárně mozkových i spinálních motoneuronů. Její familiární juvenilní forma je typická pro období dětství a dospívání.

HEREDITÁRNÍ ATAXIE DĚTSKÉHO A DOSPĚLÉHO VĚKU

Tato onemocnění dětského a dospělého věku zahrnují diagnosticky širokou skupinu chorob, kterým jsou společné degenerativní změny mozečku, mozkového kmene a míšních struktur. Často bývá postižen také periferní nervový systém. Podle věku vzniku lze tato onemocnění rozdělit do dvou hlavních skupin: 1. onemocnění manifestující se v dětském věku a adolescenci, která jsou spojena s autozomálně recesivní dědičností, 2. onemocnění se vznikem klinických projevů v dospělosti, u kterých je mechanismus dědičnosti většinou autozomálně dominantní.

Spinocerebelární ataxie dětského věku

Základním onemocněním je autozomálně recesivně dědičná Friedreichova ataxie, s prevalencí v populaci 1 : 50 000. Genovým produktem je frataxin, který je součástí vnitřní mitochondriální membrány a podílí se na propustnosti toxických volných radikálů. Onemocnění se manifestuje ve věku 8–15 let. K prvním příznakům patří progredující ataktická chůze, neocerebelární příznaky s intencionálním třesem, nystagmus, vyhasínání šlachosvalových reflexů na dolních končetinách s přítomností extenčních pyramidových jevů. Využívá se dysartrie. K typickým příznakům patří skolióza páteře a deformity nohy charakteru pes excavatus s kladívkovitým postavením prstců (Friedreichova noha). Léčba Friedreichovy ataxie je pouze symptomatická, nutná je soustavná rehabilitační léčba. V případech progredující skoliózy nebo deformity nohy je metodou volby chirurgické řešení. Postupně dochází k invalidizaci nemocných, kteří jsou přibližně po 15 letech trvání choroby odkázáni na invalidní vozík. Nejčastější příčinou úmrtí bývá srdeční insuficience. Průměrný věk, kterého se nemocní dožívají, se pohybuje kolem 35 let.

VZÁCNÁ NEUROVÝVOJOVÁ ONEMOCNĚNÍ

Vzácná neurovývojová onemocnění zahrnují především neurokutánní vývojové syndromy (dříve označované názvem fakomatózy), které jsou skupinou geneticky podmíněných systémových onemocnění se společným embryonálním vývojovým mechanismem – poruchou vývoje buněčného základu z neuroektodermální lišty.

Společnými klinickými rysy jsou abnormita nervového systému, kůže a často i oka. Nejčastěji se vyskytující fakomatózy jsou přenášeny autozomálně dominantním způsobem. Patologické geny mají vysokou penetranci s výraznou klinickou variabilitou expresivity.

Recklinghausenova choroba

Recklinghausenova choroba – neurofibromatóza (NF) je geneticky heterogenní onemocnění s autozomálně dominantní dědičností. Společnými klinickými projevy jsou přítomnost kožních pigmentových skvrn barvy bílé kávy (*café-au-lait*), které se objevují většinou do 5. roku věku, neurofibromů (mnohočetných tumorózních uzlíků v kůži i podkoží – hlavně v podpaží a v tříselech) a hlavním projevem je abnormální růst tzv. Schwannových buněk centrálního i periferního nervového systému a přítomnost specifických hamartomů na duhovce (Lischovy uzlíky).

Podle klinických kritérií a genetického podkladu rozeznáváme dva základní typy onemocnění: NF1 a NF2. Diagnóza je založena na klinickém obrazu a abnormitách skeletu zachycených nativním rentgenologickým vyšetřením. Vzhledem k riziku vzniku gliomu optiku je nutná dispenzarizace nemocných s pravidelnými klinickými kontrolami.

Bournevillova choroba (tuberózní skleróza)

Bournevillova choroba je rovněž autozomálně dominantní onemocnění, její prevalence je 1 : 20 000. Oba geny TSC1 a TSC2 hrají důležitou úlohu v maturaci CNS i vývoji jiných tkání. Onemocnění se manifestuje postižením CNS, kůže, retiny, k často postiženým orgánům patří i ledviny a srdce. Ve více než 50 % případů může probíhat zcela asymptomaticky. V dětském věku se projevuje charakteristickou trias: mentální retardací, epilepsií (s častým výskytem infantilních spasmů), vitiligo. Naprostá většina i asymptomatických jedinců má na kůži vitiligo, k typickým kožním projevům patří drobné fibromy, které lemují lůžko nehtů. Jemné hamartomy retiny patří k charakteristickým očním příznakům. U necelé poloviny postižených jsou přítomny rabdomyomy.

Sturgeův-Weberův syndrom

Sturgeův-Weberův syndrom je charakteristickým vaskulárním syndromem. U tohoto syndromu je postižena kůže a nervový systém. Jeho podkladem jsou kongenitální cévní malformace drobných venózních vlásečnic postihující homolaterálně obličej, leptomeningy a chorioideu. Výskyt je sporadický. Naevus flammeus, jak bývá obličejový hemangiom označován, postihuje zpravidla oblast inervovanou 1. větví trigeminu. Hlavním neurologickým projevem jsou parciální epileptické záchvaty, u některých pacientů je přítomný také intelektový deficit (2/3).

Ataxia telangiectatica

Ataxia telangiectatica (nemoc Hennera-Louisové-Barové) je progresivní multisystémové autozomálně recesivní onemocnění. Prevalence výskytu 1 : 100 000 dětí.

Zúčastněný gen (ATM) byl lokalizován do oblasti 11q22-q23. Normální produkt genu je DNA-dependentní proteinkináza (ATM), která se účastní regulace buněčného cyklu a v interakci s p53 proteinem i reakcí buňky na genotoxický stres. ATM proteinkináza je aktivována ihned po zlomu obou řetězců DNA a zahajuje signalizaci směrem k opravným mechanismům a kontrolním bodům buněčného cyklu s cílem minimalizace následků poškození. Při mutaci tohoto proteinu jsou oslabeny reparační mechanismy DNA, což se projevuje zvýšenou citlivostí buněk na ionizační záření a náchylností k rozvoji maligní transformace. Jde o komplexní syndrom s neurologickými (cerebelární ataxie), imunologickými, jaterními, kožními a endokrinologickými abnormalitami.

V neurologickém obrazu jsou přítomny od dětství mozečkové projevy s ataxií i intencním tremorem a extrapyramidové dyskineze choreo-atetoidního charakteru. Častý je intelektový deficit. Na spojivkách, ušních boltcích a jiných partiích jemné kůže se v předškolním věku objevují charakteristické teleangiektazie. Opakované infekty jsou způsobeny imunitním deficitem.

Von Hippelova-Lindauova choroba

Von Hippelova-Lindauova choroba je autozomálně dominantní onemocnění, gen je lokalizován na krátkém raménku 3. chromozomu (3p25). Jde o hamartózu s mnohočetným výskytem hemangiomů a hemangioblastomů lokalizovaných v sítnici a mozečku, vzácněji i v míše. Hemangiomy mozečku se nejčastěji manifestují v průběhu dospívání.

Multisystémové nádorové onemocnění je charakterizované kombinací karcinomu ledvin a nádorů očí, mozku, míchy, nadledvin a slinivky břišní. Je podmíněno specifickou mutací tumor-supresorového genu VHL. Nejčastěji je diagnostikováno u pacientů okolo 40 let věku.

Rettův syndrom

Rettův syndrom bývá často řazen rovněž mezi neurovývojová onemocnění. Manifestuje se výhradně u dívek incidencí 1 : 10 000 porodů děvčat. Postižení chlapců je letální a s životem neslučitelné. Příčinou je nová mutace v MECP2 genu, který je uložen na X chromozomu. Klinický obraz je rozdělen do čtyř částečně se překrývajících stadií. Psychomotorický vývoj je zpočátku normální, k zástavě vývoje dochází v pozdním kojeneckém věku (1. stadium). Příznaky jsou zpočátku nenápadné a teprve v batolecím věku (2. stadium) dochází k výraznější progresi. Objevují se autistické rysy chování s rozpadem řeči a sociální komunikace. Zastavuje se růst hlavičky s následným vznikem mikrocefalie. Charakteristické jsou stereotypní pohyby rukou označované jako „mycí“. Ve věku mezi 3. a 10. rokem (3. stadium) se akcentují mimovolné pohyby choreo-atetoidního rázu a narůstá neurologická symptomatika včetně mozečkové poruchy.

Typické projevy komplexně: stagnace psychomotorického vývoje, později až regrese vývoje, zhoršení kontaktu s okolím, chybí zájem o hru, těžce poškozená řeč, autistické projevy chování, typické ataky nutkavého mnutí rukou. Hyperventilace (zrychlené dýchání), roztřesenost trupu a končetin v rozrušení, podrážděnost či ataky smíchu, agresivita a autoagresivita, problémy s koordinací hrubé motoriky (stoj, chůze, lezení atd.), problémy s koordinací jemné motoriky (sahání po hračkách, uchopování předmětů), ztuhlost svalů, křečovitost a zkrácení svalstva, různý stupeň mentální

retardace, skolióza, epileptické záchvaty nejrůznějšího druhu, často patrný váhový úbytek až kachexie, skřípání zubů (bruxismus), žvýkací a polykací obtíže, zácpa, abnormální spací vzor (poruchy cirkadiánního cyklu).

Léčba: tělesná terapie zaměřená na udržování nebo zlepšování motorických funkcí, chůze a udržení rovnováhy, zlepšení používání rukou, zlepšení komunikačních dovedností, podpůrná terapie přidružených komplikací, hudební terapie, hypoterapie, hydroterapie atd.

Všechna výše uváděná vzácná onemocnění jsou samozřejmě velkou fyzickou psychickou i ekonomickou (sociální) zátěží pro rodinu, jak pojednáme dále (kap. 10.5.2)

8.5 Sexuální deviace a poruchy pohlavní identity u dětí a dospívajících

8.5.1 Sexuální deviace a jejich vývoj

Úvodem stručný přehled základních fyziologických i patologických pojmů sexuálního vývoje člověka.

- **Pohlavní identita** je pocit příslušnosti k určitému pohlaví. Vytváří se do tří let věku. Celoživotní pohlavní (gender) role je vnějším projevem pohlavní identity. Vyskytují se anomálie: porucha pohlavní identity v dětství, gender dysforie s převlékáním do šatů opačného pohlaví (dříve transvestitismus), nejvýznamnější je transsexualismus – mučivé a nezměnitelné přání vypadat, žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví, touha po operační změně pohlavních orgánů. Nutno pečlivě vyloučit, aby nešlo o projev nejistoty o sobě, vlastních cílech a preferencích u emočně nestabilní osobnosti hraničního typu!
- **Sexuální preference** se týká erotických objektů a aktivit.
- **Sexuální orientace** je celoživotní a léčbou neovlivnitelný stav erotické a citové preference osob určitého pohlaví.

Poruchy sexuální preference

Sexuální deviace se nově nazývají také **parafilie**.

- **Deviace v objektu** – preference nepřiměřených objektů:
 - pedofilie – zaměření na prepubertální dětské objekty; typický je pedagogicko-estetický komplex, schopnost vcítit se do myšlení dětí
 - adolescentofilie – hebefilie a efébofilie: zaměření na dospívající dívky či chlapce, fascinace jejich pubertálním chováním, zvědavostí
 - fetišismus, transvestitismus, nekrofilie, zoofilie, pyrofilie, urofilie, koprofilie a další; homosexualita se neřadí mezi parafilie!
- **Deviace v aktivitě** – porucha ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení:
 - **nekontaktní formy**
 - voyerismus – tajně sledování intimních aktivit jiných lidí
 - exhibicionismus – obnažování se před cizími ženami, dívkami – silně nutkavé jednání
 - **kontaktní formy**
 - frotérismus – tření o tělo neznámé ženy
 - tušérství – osahávání neznámé ženy v tlačenicích

– agresivní formy

- patologická sexuální agresivita – napadení anonymní ženy, překonání jejího odporu, povalení, osahávání, vyhrožování zabitím, někdy vyžadování soulože vaginální nebo i anální, nucení k felaci. Je nebezpečí vážného zranění či zabití oběti. Není snaha oběť mučit. Typická je vysoká specifická repetitivnost – stereotypní opakování patologické sexuální aktivity.
- agresivní (predátorský, útočný) sadismus – potřeba učinit objekt sexuálního zájmu nehybným, bezmocným, podřízeným. Touto deviací trpí často sérioví sexuální vrazi. V jejich anamnéze bývá slídičství, obscénní telefonáty, stalking, převlékání do ženských šatů, expozérství genitálu – na rozdíl od plachých exhibicionistů na sebe upozorňují vulgárními výrazy, výzvami k sexuální interakci, přibližují se na dosah oběti.
- pseudopedagogický sadismus – důraz na podřízenost, poslušnost a disciplínu.

Jedna z **teorií sexuálních deviací** vychází z etologické teorie sexuálního motivačního systému, podle níž instinktivní sexuální chování je hierarchicky uspořádaný systém vzájemně propojených a navazujících dílčích sexuálně motivačních stavů (DSMS), erotických aktivit, vytvořený do tří let věku. Jednotlivé DSMS: 1. atraktivita, 2. proceptivita, 3. akceptivita, 4. genitalita. Sexuální deviace je chybění či rozpojení DSMS.

K diagnostice sexuálních deviací jsou nutné anamnestické údaje, a to i od jiných osob, a klinické vyšetření řízeným rozhovorem. Vyšetření aktivit penisu jsou pouze pomocná.

Terapie nositelů sexuálních deviací jsou následující.

- **Psychoterapeutické a edukační postupy** mají vést k získání náhledu na deviaci a naučení se dosahování sexuální satisfakce v mezích zákona.
- **Biologická terapie:**
 - **hormonální** – cílem je snížit apetenci, sexuální vzrušivost, erekci, orgasmickou schopnost i sexuální satisfakci
 - antiandrogeny: cyproteron acetát – blokáda receptorů pro testosteron v cílových tkáních
 - gestageny: medroxyprogesteron acetát – indukce testosteronové alfa-reduktázy
 - snížení biosyntézy testosteronu snížením sekrece LH v hypofýze, ideálně ve formě depotní injekce v intervalu až tři měsíce
 - **psychofarmaka** – serotonergní antidepresiva, lithium carbonicum, antipsychotika
 - **chirurgická kastrace nebo pulpektomie** – jen u velmi nebezpečných agresivních deviací se závažnou delikvencí, pouze na vlastní žádost a schválené příslušnou komisí (Čihák, 2014)

8.5.2 Poruchy pohlavní identity u dětí a dospívajících

V posledních letech narůstá počet dětí a dospívajících, kteří přicházejí se žádostí o spolupráci při řešení problému GID (Gender Identity Disorder, poruchy pohlavní identity). To vedlo k vytvoření doporučeného postupu péče, který byl přijat Sexuologickou společností ČLS JEP. Nezbytnou součástí dobré péče je informovanost praktických lékařů pro děti a dorost. Ti totiž bývají prvními, na které se rodina nebo dítě samotné

ve svých nesnázích obrací, a jejich informovanost včetně vyjasněného postoje k dané problematice je základem pro volbu správné cesty k řešení. Praktičtí lékaři pro děti a dorost poskytují základní informace, v případě potřeby dítě dále směřují ke specializované odborné pomoci a mohou být dítěti i jeho rodině významným průvodcem na cestě hledání a nacházení sebe sama.

DOPORUČENÝ POSTUP PÉČE O DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ S GID

Co je cílem doporučeného postupu

Hlavním cílem je formulovat profesionální konsenzus pro ČR z hlediska sexuologického, psychiatrického, psychologického, endokrinologického, pediatrického, gynekologického a chirurgického přístupu k řešení poruch pohlavní identity v dětství a dospívání. Společným cílem komplexní terapie je zlepšení kvality života dětí a dospívajících trpících pohlavní dysforií.

Pohlavní nekonformnost, pohlavní dysforie a porucha pohlavní identity v dětství

- **Pohlavní (rodová, genderová) nekonformnost** je odlišnost pohlavní identity či role daného dítěte nebo dospívajícího od kulturních norem přijatých společností pro osoby konkrétního pohlaví.
- **Pohlavní (rodová, genderová) dysforie** vyjadřuje dyskomfort či stres způsobovaný rozparem mezi pohlavní identitou dítěte nebo dospívajícího a jeho biologickým pohlavím. Pohlavní dysforie v dětství nemusí přetrvávat do dospělosti, u některých dětí však s nástupem puberty tyto pocity sílí a stupňují se. Relativně častý je pak souběh pohlavní dysforie v dětství a dospívání s úzkostnými a depresivními poruchami.
- Diagnózu **poruchy pohlavní identity** v dětství (F 64.2 podle MSKN-10) pak vyslovujeme tehdy, když:

Pro dívky:

- Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení v souvislosti s tím, že je děvče, a vyjádřilo touhu být chlapcem nebo trvá na tom, že chlapec je.
- Musí být přítomna některá z následujících charakteristik: zřetelná přetrvávající averze k normálním ženským šatům a trvání na typickém mužském oblečení, přetrvávající odmítání ženských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících opakujících se tvrzení: dívka tvrdí, že má nebo jí naroste penis; odmítá močit vsedě; prohlašuje, že nechce, aby jí narostly prsy, a že nechce menstruovat.
- Porucha se projevila ještě před nástupem puberty.
- Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

Pro chlapce:

- Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení v souvislosti s tím, že je chlapec, a vyjádřilo touhu být dívkou nebo trvá na tom, že dívka je.
- Musí být přítomna některá z následujících charakteristik: zaujetí pro stereotypní ženské aktivity – převlékání se do dívčího oblečení nebo napodobování ženského oděvu – silné přání účastnit se dívčích her a zábavy a odmítání stereotypních mužských hraček, her a aktivit – přetrvávající odmítání mužských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících opakujících se tvrzení: vyroste a bude ženou; jeho penis a varlata jsou odporná, zmizí; bylo by lepší je nemít.

- Porucha se projevila ještě před nástupem puberty.
- Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

Role sexuologa

1. Diagnostika a léčba pohlavní dysforie u dětí a dospívajících.
2. Poskytování rodinného poradenství a podpůrné psychoterapie usnadňující dětem a dospívajícím bližší prozkoumání jejich pohlavní identity, odbourání stresu souvisejícího s pohlavní dysforií a zlepšení dalších psychosociálních potíží.
3. Posouzení a léčba dalších souběžných duševních obtíží (anxieta, deprese apod.), případně doporučení péče jiného odborníka.
4. Doporučování dospívajících k tělesným terapeutickým zásahům v rámci odbourání pohlavní dysforie, a to výhradně v rámci zákonné úpravy. Poskytnuté doporučení by mělo zahrnovat posouzení pohlavní dysforie a duševního zdraví dotyčného dospívajícího, jeho způsobilost k tělesnému zásahu a všechny další údaje týkající se zdraví pacienta.
5. Osvětová činnost a ochrana zájmů dětí trpících pohlavní dysforií i jejich rodin v rámci příslušné komunity.
6. Poskytování informací dětem, dospívajícím a jejich rodinám.

Posuzování psychického stavu dětí a dospívajících

Sexuolog ani jiný lékař by neměl příznaky pohlavní dysforie přecházet a bagatelizovat, neměl by vůči nim vyjadřovat negativní postoj. Měl by nabízet zevrubné prozkoumání pohlavní identity a souběžných duševních potíží. Měl by klienty i jejich rodiny poučit o možnostech léčby.

Posouzení pohlavní dysforie a psychického zdraví by mělo být důkladné a dlouhodobé, mělo by zahrnovat též psychodiagnostické a psychiatrické posouzení emocionálního fungování klienta, jeho vztahů s vrstevníky, sociální adaptace, intelektu a školního prospěchu. Důležitou součástí je zhodnocení fungování rodiny.

Psychosociální zákroky

1. Odborníci by měli pomáhat rodinám v budování vstřícného a láskyplného postoje vůči dítěti trpícímu pohlavní dysforií.
2. Psychoterapie by se měla zaměřovat na zmírňování stresu, který dítě či dospívající zažívá, a na zmírnění dalších potíží psychosociálního charakteru. Dospívajícím toužícím po změně pohlaví by měla být vyjadřována podpora během celého procesu. Léčba usilující o změnu pohlavní identity ve smyslu jejího sladění s pohlavím biologickým byla v minulosti uplatňována bez úspěchu a v současnosti je považována za neetickou.
 - Rodinu je třeba podporovat ve zvládnání nejistoty a v rozvoji pozitivního vnímání sebe sama.
 - Klienty a jejich rodiny je třeba podporovat při obtížném rozhodování ohledně rozsahu kroků v rámci projevoování pohlavní identity i v otázce případného sociálního přechodu a v otázkách, zda a kdy informovat ostatní o situaci daného dítěte nebo dospívajícího.
 - Odborníci by měli podporovat klienty a jejich rodiny též osvětovou činností v rámci dané komunity, spolupracovat např. s pedagogy.

- Odborníci by měli usilovat o udržení trvalého terapeutického vztahu s dětmi, dospívajícími a jejich rodinami během veškerých následných sociálních či tělesných zásahů.
- Od prvního kontaktu s dítětem s pohlavní dysforií je třeba dbát na ochranu jeho soukromí i soukromí celé rodiny.

Změna pohlavní role v raném dětství

Některé děti dávají najevo touhu po změně pohlavní role dlouho před nástupem puberty. Jednotlivé rodiny se pak liší v míře, ve které tento přechod dětem umožní. Sexuolog může rodinám pomoci při rozhodování ohledně načasování a průběhu všech případných změn v rámci pohlavní role dítěte, a to i eventuálních změn úředních (změna jména a příjmení na neutrální tvary). Měl by pomáhat zvažovat potenciální výhody a rizika jednotlivých variant.

Změnu role lze prezentovat jako život na zkoušku, nikoliv jako nevratný krok. Je důležité dítě informovat, že si tím neuzavírá cestu zpět. Nedovolí-li rodiče dítěti uskutečnit změnu pohlavní role, je důležité jim poradit, jak citlivě a přínosně dítěti vycházet vstříc tak, aby mohlo dále svou identitu v bezpečném prostředí zkoumat a projevovat.

Tělesné zákroky u dospívajících

Před zvažováním jakýchkoliv tělesných zákroků u dospívajících by mělo být provedeno rozsáhlé zkoumání psychologických, rodinných a sociálních aspektů.

1. Plně reverzibilní zákroky

Zahrnují potlačení produkce estrogenů či testosteronu analogy gonadoliberinů a následné oddálení pubertálních tělesných změn.

2. Částečně reverzibilní zásahy

Sem patří hormonální terapie za účelem maskulinizace či feminizace těla.

3. Ireverzibilní zásahy

Jde o chirurgické zákroky.

a) podle zákona lze k chirurgickým změnám genitálu přistoupit až po 18. roce života (zákon č. 373/2011 Sb.). Klient by měl před těmito typy zákroků žít minimálně jeden rok v požadované pohlavní roli a absolvovat minimálně roční hormonální (maskulinizující/feminizující) terapii (viz *Věstník MZ ČR* č. 8/2012).

b) odstranění prsů lze provést i dříve, po dostatečně dlouhém (minimálně šestiměsíčním) období života v požadované roli a předcházejícím dlouhodobém (minimálně šestiměsíčním) užívání preparátů s testosteronem.

Klíčová je mezioborová spolupráce odborníků uváděná výše (Fifková a kol., 2014).

LGBT

Závěrem by bylo vhodné zmínit ještě diskutované otázky LGBT (dříve častěji také GLBT), což je zkratka označující lesby, gaye, bisexuály a transgender osoby. Zkratka tak zahrnuje osoby s menšinovým sexuální zaměřením vůči heterosexuálnímu zaměření (LGB) a osoby s menšinovou sexuální či genderovou identitou (T). Užívá se obvykle k souhrnnému označení komunit či hnutí těchto osob a termínů s nimi souvisejících.

S postupnou emancipací jednotlivých menšin se začalo používat sousloví „gay a lesbický“ a od něj odvozená zkratka GL (též G/L nebo G & L), v pozdních osmdesátých letech 20. století doplněná o B pro bisexuální osoby. V souvislosti s oživením

veřejného angažmá lidí s transgender identitou („translidí“) na přelomu osmdesátých a devadesátých let byla zkratka rozšířena ještě o písmeno T. Přibližně ve stejné době se navíc písmeno L začalo více objevovat na prvním místě zkratky, a to v souvislosti s větším prosazováním lesbické části hnutí a feministického proudu v ní. Vznikla tak obecně užívaná zkratka LGBT.

Literatura

- ARNETT, J. J.: Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist* 2000; 55(5): 469–480.
- ATKINSON, R. C., ATKINSON, R. L., BEM, D. J., NOLEN-HOEKSEMA, S., SMITH, E. E.: *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005.
- BRŮHA, R., MAREČEK, Z., POSPÍŠILOVÁ, L., a kol.: Long-term follow-up of Wilson disease: natural history, treatment, mutation analysis and phenotypic correlation. *Liver International* 2011; 31: 83–91.
- CATERPILLAR RESEARCH: *S dětmi proti obezitě* [online]. Caterpillar Research. Praha: Medical Access Solutions s.r. o, 2013. Dostupné na <http://sdetmiprotiobezite.cz>.
- ČIHÁK, F.: Vývoj sexuálních deviací od dětství do dospělosti. Kasuistiky. *VOX Pediatrie* 2014; 14(10): 25–28.
- DUŠEK, P., BRŮHA, R., BURGETOVÁ, A., a kol.: Wilsonova nemoc. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 2013; 76/109(5): 539–548.
- FEDOR-FREYBERGH, P. G.: *Prenatalne dieťa*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013.
- FERENCI, P., CACA, K., LOUDIANOS, G., et al.: Diagnosis and phenotypic classification of Wilson disease. *Liver International* 2003; 23: 139–142.
- FIFKOVÁ, H., WEISS, P., NEUMANN, D.: Komplexní péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity. *VOX Pediatrie* 2014; 14(10): 21–24.
- FRYAR, C. D., CARROLL, M. D., OGDEN, C. L.: *Prevalence of Obesity among Children and Adolescents: United States. Trends 1963–1965 Through 2009–2010*, CDC, NCHS, September 2012.
- HAITH, M. M., BERGMAN, T., MOORE, M. J.: Eye contact and face scanning in early infancy. *Science* 1977; 198(4319): 853–855.
- KUBÁČKOVÁ, K.: *Vzácná onemocnění v kostce*. Praha: MF, 2013.
- MACH, M., UJHÁZY, E., DUBOVICKÝ, M.: *Teratológia – princípy a hodnotenie abnormálneho vývinu*. Bratislava: Heuréka, 2014.
- MARINOV, Z., PASTUCHA, D., a kol.: *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012.
- MARINOV, Z.: Nadváha a běžná obezita v dětském věku – zdravotní výzva 21. století. *Lékařské listy* 2014; 9: 21–24.
- MENKES, J. H.: Heredodegenerative diseases. In: MENKES, J. H., et al.: *Child Neurology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincot, 2006, pp. 163–226.
- NEVŠÍMALOVÁ, S., BRŮHA, R.: Wilsonova choroba. *Postgraduální medicína* 2006; 8: 535–539.
- NG, M., FLEMING, T., ROBINSON, M., et al.: Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014, 384(9945): 766–781.
- PLHALOVÁ, A.: *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2007.

- ÚZIS ČR: *Aktuální informace* č. 26/2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013.
- ÚZIS ČR: *Zdravotnictví ČR 2013 ve statistických údajích*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014.
- VELEMÍNSKÝ, M., ŠVIHOVEC, P., a kol.: *Infekce plodu a novorozence*. Praha: Triton, 2005, 414 stran.
- VRÁBELOVÁ, S., LETOCHA, O., BORSKÝ, M., a kol.: Mutation analysis of the ATP7B gene and genotype/phenotype correlation in 227 patients with Wilson disease. *Molecular Genetics and Metabolism* 2005; 86: 277–285.
- WHO: *Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents* [online]. 2014 Dostupné na www.euro.who.int/ENHIS, www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en.
- WORLD OBESITY: *Global Prevalence of Overweight* [online]. 2014. Dostupné na www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/Global-trends_children_pdf.pdf.

9 Rizikové skupiny v populaci z hlediska zdravotního stavu a péče o zdraví

Lubomír Kukla

Za **rizikové skupiny** v populaci považujeme v souladu s WHO novorozence, kojence, dispenzarizované děti, adolescenty, muže po padesátce, ženy a starší osoby.

Novorozenci

Dítě narozené s nízkou nebo velmi nízkou porodní hmotností, narozené předčasně nebo naopak s vysokou porodní hmotností, opožděně, s VVV, s infekcí, s komplikacemi prenatálními, natálními či krátce postnatálními – s bolestmi hlavy, břicha, zvracením, křečemi (záchvaty), metabolickým rozvratem, horečkou apod.

Kojenci

Z výše uváděného přetrvávají problémy i po prvním měsíci života, pokud dítě toto období přežije (VVV, kap. 3.1.2). Nesmíme také zapomínat na skupinu dětí, které se rodí jako nechtěné, rodiče vůči nim přistupují často buď s nezájmem (dítě zanedbávané), nebo je dítě týráno, zneužíváno, případně i usmrceno (kap. 18).

Dispenzarizované děti

Odchytky od normy jsou dále sledovány v jednotlivých dispenzárních skupinách – poruchy zraku, sluchu, dýchacích cest, kardiovaskulární, ortopedické, neurologické, psychologicko-psychiatrické apod. (kap. 4.4 – specifikace jednotlivých dispenzarizovaných položek).

Adolescenti

Někteří autoři o této skupině hovoří jako o vůbec nejohroženější, především z hlediska rizikového chování (ohrožení behaviorálními problémy, nikoliv významně problémy biomedicínskými). Ze zdravotnického hlediska je za nejhorší populační skupinu celosvětově považována mládež, která vypadla z procesu vzdělávání a přípravy na povolání. Je nejen nejhůře medicínsky dostupná, ale je také rezervoárem násilí, kriminality, pohlavních nemocí a závislostí. Často se v této souvislosti hovoří o tzv. nové morbiditě mládeže, kde klíčovou roli sehrává právě problematický životní styl (viz kap. 8 a 10).

Muži po padesátce

Podíváme-li se na pyramidu života, vidíme, že do věkové skupiny 45 let máme v populaci více mužů než žen (od narození), ale od tohoto období muži výrazně častěji a dříve umírají než ženy a jejich počet se vůči ženám stále více snižuje. Zvláště pak po věku 80 let je výrazná převaha žen.

Ženy

Jak je uvedeno výše, ženy se sice dožívají vyššího věku, ale i ony po přechodu ztrácejí část ochranných faktorů (estrogeny proti infarktům apod.) a gerontologie stojí především na nich a na naplňování jejich potřeb. Často žijí osamoceny, rodina se o ně ne vždy může postarat nebo se stará.

Senioři (osoby starší 65 let)

Starší občané jsou ve své nemocnosti typičtí polymorbiditou, chronicitou, dlouhodobostí, pomalou regenerací, sníženým (ale někdy i zvýšeným) prahem bolestivosti, velkým užíváním nejrůznějších léků (polypragmazií) apod. Je u nich výrazně zvýšený výskyt chronických nemocí – metabolický syndrom (diabetes mellitus II. typu, hypertenze, ICHS), CHOPN, nemoci pohybového aparátu, neurologické nemoci (Parkinsonův syndrom), degenerativní onemocnění mozku (Alzheimer apod.). Kromě toho se zvyšujícím se věkem často ztrácejí svého životního druha, zůstávají sami a zvyšuje se u nich podíl sebevražedných pokusů, resp. sebevražd dokonaných. Jejich sociální situace není příznivá. Navíc se jejich podíl v populaci neustále zvyšuje, což je dáno mj. prodloužením střední délky života a mírným snížením úmrtnosti.

Další rizikové skupiny: bezdomovci, Romové, uprchlíci (azylanti) apod. – budou zmíněny v příslušných kapitolách. Nerovnosti v péči o zdraví jsou podrobněji rozebrány v kap. 3.5.1.

Také je zapotřebí si uvědomit, že jsou často podstatné rozdíly mezi subjektivním a objektivním hodnocením zdraví lidmi samými. Na jedné straně jsou pacienti, kteří si svoje obtíže doslova vymýšlejí (Münchhausenův syndrom) nebo je agravují, na druhé straně jsou zase pacienti, kteří objektivně na tom nejsou vůbec dobře, a přece o svých problémech nehovoří a někdy bohužel ani k lékaři nepřijdou (protože je neberou za problém, případně se bojí, že lékař „určitě něco najde“).

Literatura

KUKLA, L.: *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2007, 44 stran.

10 Děti vyžadující speciální péči

*Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen., František Schneiberg,
Miloš Velemínský jun., Petr Struk, Nora Struková*

10.1 Ohrožené dítě

Ohrožené dítě je takové, u něhož se jeho prostředí či podmínky života natolik odchýlily od normy, že mohou bezprostředně poškozovat jeho vývoj a začleňování do společnosti. Stejně tak je třeba respektovat dítě jako individualitu a vývojovou etapu, v níž se právě nachází.

Existují dva hlavní okruhy příčin ohrožení dítěte:

- **Příčiny vnitřní** – spočívají především v dítěti, tj. vycházejí z dítěte, kdy jeho vzhledová odlišnost, zvláštnosti etnického původu, chronická nemoc, vrozená vada či jiné postižení vedou k narušení, deviaci či znemožnění jeho odpovídajícího vývoje a dítě tak ohrožují.
- **Příčiny vnější** – spočívají v prostředí, kde dítě žije; může jít o faktory z prostředí fyzikálního, biologického, chemického (poruchy biologické rovnováhy a životního prostředí) i sociálního. Negativní faktory z **prostředí sociálního** lze hodnotit jako nedostatky ve fungování společnosti jako celku (bída, hlad, nedostatek, diskriminace, válka) a nedostatky ve fungování společenských skupin, zejména rodiny.

Ohrožení se může měnit v postižení různě dlouhou dobu. Někdy může jít o proces velmi rychlý, o souhrn všech negativních faktorů, které se kumulují, což může vést i ke smrti dítěte. Naproti tomu v závislosti na ochranných mechanismech organismu, dosud ne zcela probádaných, může být tento schopen čelit nepříznivým vlivům, zvládat je (coping), vytěsňovat.

Podíváme-li se např. na děti z **rozvojového světa**, vidíme, že jsou ve značném ohrožení i vlastního života. Sčítají se zde nepříznivé vlivy biologické (hlad, podvýživa, infekce, nedostatek vody a otázka její kvality), psychické (nedostatek podnětů, stimulace, péče o zdraví, nevdělanost) a sociální (resp. psychosociální – nedostatek jistoty, bezpečí, identity, nedostatek potřebné identifikace pro příští role a úkoly ve společnosti, nedostatek vzorců pro odpovídající chování). Musíme sem též zařadit nepřipravenost jedinců i společenství, a to jak v rozvojových zemích, tak i u nás.

V péči o ohrožené dítě je nezastupitelná role **praktického lékaře pro děti a dorost**, který by měl takové dítě zařadit do své dispenzární péče. Měl by se zaměřovat speciálně na děti ohrožené prostředím, ty, které vyrůstají v problémových, dysfunkčních i afunkčních rodinách, děti s poruchami chování, sociální maladaptací (viz níže), asociálními či antisociálními projevy, děti týrané, zneužívané, zanedbávané (kap. 18), s nejrůznějšími formami postižení, žijící mimo vlastní rodinu (kap. 12.1), děti segrované, jiných etnik atd.

Podle Světové deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte z roku 1990 jde o **děti žijící ve zvlášť obtížných situacích**.

10.2 Rizikové dítě

Jako rizikové se označuje dítě, které se např. narodilo z odchylně probíhajícího těhotenství či jehož porod nebo období po něm proběhly nenormálním způsobem. Odchylinky u těchto dětí se objevují mnohem častěji než u ostatních.

Rizika z období těhotenství můžeme rozdělit na:

- **Rizika matky**
 - rizika anamnestická – vycházejí z toho, jaké byly problémy v předcházejícím těhotenství (předcházejících těhotenstvích), jak toto těhotenství skončilo (tato těhotenství skončila). Jako příklad uveďme porod předčasný, porod dítěte s nízkou, velmi nízkou, ultra nízkou porodní hmotností, porod SC, klešťový, pupovník kolem krku novorozence, asfyxie, hypoxie plodu, IUGR (intrauterinní růstová retardace plodu) atd.
 - rizika současná – vycházející z věku (nad 40 let) a zdravotního stavu (diabetes, hypertenze, onkologická onemocnění, onemocnění štítnice atd.) matky, případně vznikající v průběhu tohoto těhotenství (otoky, diabetes matky, hypertenze atd.)
- **Rizika vyvíjejícího se plodu:** IUGR, hypoxie plodu, infekce matky s přenosem na vyvíjející se plod, poruchy placenty atd.

Problémy vzniklé při porodu dítěte: protrahovaný porod, porod klešťový, SC, přetokný porod a celá řada dalších. Infekce plodu v průběhu porodu. Porodní poranění.

Může nastat i situace, kdy anamnéza předcházejících těhotenství i zdravotní stav matky jsou bez pozoruhodností, těhotenství i porod probíhají bez potíží, a přece se narodí **dítě s křečemi**. To je jistě pro jeho další vývoj riziko. Zásadní je, co tyto křeče způsobilo. Podle toho bude toto riziko krátkodobé (hypertermie, hypo- nebo hyperglykemie, poruchy iontového metabolismu, nedostatek vitamínu B6 apod.) nebo velmi závažné (Westův syndrom).

10.3 Dítě se zdravotním postižením a péče o ně

„Dítě se zdravotním postižením“ je v současnosti asi nejvíce používaný výraz pro děti, jejichž tělesný, duševní či smyslový vývoj neprobíhá z nejrůznějších příčin – prenatalních, perinatálních i postnatálních – v obecně přijatých normách a které se z tohoto důvodu nemohou zcela začlenit do prostředí svých vrstevníků či jejich začleňování probíhá odchylným způsobem.

Jinými slovy lze dítě se zdravotním postižením označit za jedince ve vývoji, který je ve svých tělesných strukturách a životních funkcích natolik postižen či omezen, že jeho začlenění do společnosti se v převážné míře bez dostatečné léčby, rehabilitace a pomoci odchyluje od normy.

Zdravotní postižení může být rozmanité, často mnohostranné, různého charakteru, původu i času, stupně a závažnosti. Zahrnuje drobné odchylky, které z hlediska vývoje dítěte nejsou významné, odchylky významnější, které v určitých úsecích komplikují život dítěte a narušují jeho normální společenskou adaptaci, a konečně těžké až s životem neslučitelné defekty a vady.

Zdravotní postižení dítěte ovlivňuje negativně jeho optimální vývoj ve všech složkách. Podle druhu diagnózy spočívá zejména v nedostatku sociálních kontaktů a tím

v opožděné socializaci dítěte (např. při poruchách komunikace), v nedostatečném pří-
sunu podnětů a stimulace (např. při smyslových vadách), v nedostatku tělesné zdatnosti
a obratnosti (např. při tělesných vadách) apod. U dítěte je navíc postižení umocněno tím,
že se ještě má vyvíjet, a taktéž nutnými kompenzačními a rehabilitačními opatřeními
v rámci komplexní terapie.

Terminologicky pojem zdravotního postižení upřesňuje zavedení tří pojmových
okruhů, které umožňují správně pochopit celý problém. Respektují totiž etiopatoge-
nezi procesu, diagnózu, léčbu i prognózu.

▪ První okruh

Představuje **poškození struktury a funkce orgánů či organismu jako celku** (im-
pairment), což dokládá prvořadost somatické poruchy v životě a vývoji jedince s po-
stižením. Je způsobována buď vrozenými, nebo získanými příčinami a mechanismy
(nejčastěji se však vzájemně prolínají), genetickou zátěží počínaje a úrazem a jeho ná-
sledky konče. V širším smyslu sem pak lze řadit také chronická onemocnění (viz níže),
jejichž sociálně-pediatrický dosah je většinou shodný nebo blízký vlastnímu poškození
organismu, i když etiopatogenetický a zvláště časový faktor tu může hrát rozdílnou
roli (např. vztah rodiny k dítěti, které se narodilo se závažnou vadou a jehož rodina
primárně odmítá, versus větší dítě s pokračujícím selháváním vnitřních orgánů, kde
vazba rodičů k nemocnému dítěti je značná, hluboká a výrazně přispívá k léčbě a spo-
lupráci s lékařem, byť ne vždy je výsledek snažení pozitivní).

▪ Druhý okruh

Toto poškození vede k druhému okruhu: k **omezení či ztrátě schopnosti** (disability). To
znesnadňuje nebo dokonce znemožňuje běžnou, normální činnost podmiňující lidské bytí.
Přesahuje již život jedince a ovlivňuje i jeho nejbližší sociální prostředí, tedy **rodinu**. Při-
náší pro ni nutnost zvýšené péče o dítě s danou vadou či vadami, nutnost větší soudržnos-
ti a překonávání různě narušených nebo ohrožených sociálních vztahů v rodině či v širší
rodině. Hrozí také nebezpečí opuštění dítěte či ztráty zájmu o ně a umístění těchto dětí
do ústavní péče, anebo dítě zůstává v péči rodičů, čímž se často mění životní perspektivy
rodiny od základu. Běžná rodičovská očekávání a projekce jsou rázem bezpředmětné, ne-
perspektivní. Výchova dítěte se zdravotním postižením znamená pro rodinu těžkou emoční
zátěž, vyžaduje velké časové nároky a může být i fyzicky náročná (viz dále).

▪ Třetí okruh

Třetím okruhem je nomenklaturně ono **postižení** (dříve handicap). Jde o nevýhodu
jedince a jeho skupiny ve společnosti vyplývající z poškození organismu, z toho ply-
noucí omezení určitých schopností (až neschopnost) žít svůj život a plnit svoji roli
vzhledem k věku, pohlaví, schopnostem a možnostem ve srovnání se zdravým dítětem.

Psychická zátěž vede mnohdy i k rozpadu rodiny. Matka se upíná na péči o dítě,
otec rodinu opouští. Z výzkumů vyplývá, že mezi rodinami se zdravotně postiženými
dětmi je skutečně větší rozvodovost. Tyto rodiny mají také nižší socioekonomickou
úroveň, danou tím, že běžný způsob zabezpečení rodiny zaměstnáním obou rodičů
zde nefunguje – matka bývá s dítětem doma, mívá i nižší vzdělání a pro časovou ná-
ročnost péče o dítě se zdravotním postižením se nemůže sama adekvátně realizovat.
Je to tedy pro rodinu vážný ekonomický problém. Navíc je zde paradoxní záležitost
v tom, že matka se snaží co nejvíce věnovat dítěti, cvičí s ním, rehabilituje, zvyšuje jeho
soběstačnost – a „odměnou“ za tuto nadstandardní péči je snížení příspěvků na péči
o osobu závislou na péči jiné osoby.

Zasažení bývají i **sourozenci dítěte**, jimž je věnována menší pozornost a péče než dítěti s postižením. Psychické poruchy a jiné vývojové obtíže v souvislosti s postižením sourozence se objevují zřídka, pouze doprovází-li celou situaci další zátěžové faktory (zvláště těžký stupeň postižení, nízká socioekonomická úroveň rodiny, nižší vzdělání rodičů). V dětském věku trpí těmito okolnostmi zejména sestry dětí s postižením, v adolescenci mají problémy se prosadit bratři dětí s postižením. Na druhé straně se u těchto sourozenců objevují častěji pozitivně ceněné hodnoty jako sociální angažovanost, větší sebekritičnost, větší empatie, větší emoční citlivost. Je to výraz konstruktivní reakce na zvláštní situaci rodiny.

Diagnostika těchto postižení v oblasti tělesné, senzorycké i duševní je především záležitostí medicínskou a psychologickou. Na ně bezprostředně navazuje diagnostika sociální, která je základem pro sociální prognózu. **Péče** je nejčastěji interdisciplinární, hlavní roli hraje pochopitelně rodina dítěte. Základním principem této péče – která musí být všestranná, dlouhodobá, zahrnující péči zdravotní, rehabilitační, výchovnou, psychologickou, sociální i sociálně-právní – je integrace dítěte s postižením do společnosti a maximální kompenzace všech vad a nedostatků, které nelze vyléčit nebo odstranit. Často bývá řešením kombinace rodinné a ústavní nebo stacionární péče: dítě neztratí pouto k rodině, ale získává společnost svých vrstevníků a dostatek odborně vedené výchovy, výuky, rehabilitace a rozvoje kompenzačních mechanismů apod.

Role **dětského lékaře** (případně praktického lékaře pro děti a dorost) v péči o dítě s postižením je nezastupitelná. Především musí stanovit komplexní podrobnou diagnózu poškození struktury a funkce organismu (samozřejmě ve spolupráci s celou řadou dalších specialistů – neurologů, endokrinologů, otorinolaryngologů, očních lékařů, psychologů, psychiatrů, ortopedů, chirurgů, gastroenterologů a dalších).

Nepříjemné pro lékaře je, když s diagnózou nebo podezřením na ni za ním přicházejí sami rodiče nebo další příbuzní. Proto musí být pediatr velmi pozorný nejen při kvalitním odběru anamnézy, ale i při komplexních preventivních či jiných prohlídkách stavu a vývoje jemu svěřených dětí, aby mu neunikla třeba i drobnější odchylka ve zdraví dítěte. Nezbytným účastníkem diagnostického procesu je klinický genetik, kterých však je u nás pohříchu velmi málo.

Cílem veškerého snažení v péči o děti s postižením je zajistit jim všechny možnosti optimálního rozvoje, samozřejmě s ohledem na typ a závažnost postižení a možnosti je léčit či nějak kompenzovat. Přitom je třeba maximálního respektu k jejich osobnosti se snahou zajistit těmto dětem stejné postavení ve společnosti jako dětem zdravým.

Dítě s postižením však má omezenou celou řadu společenských aktivit kulturních, sportovních a pracovních, nemůže si hrát rovnocenně se svými vrstevníky, pěstovat nejrůznější zájmy. V posledních letech je ve školském systému prosazován integrační prvek, tj. snažíme se, aby děti s některými formami postižení (především tělesného a smyslového) mohly být integrovány mezi zdravé.

Dítě s postižením vyžaduje od společnosti uspokojování svých potřeb, znamená však často pro ni ztrátu produktivní síly, neboť narušená integrace mu nedovoluje se do společnosti plně začlenit (kap. 10.5.2).

10.4 Sociálně maladaptované dítě

Kauzální výklad vzniku sociální maladaptace (SMA) je obtížný a mnohdy bývá na škodu věci silně zjednodušován. Obecná kritéria SMA nebývají přesně a jednoznačně definována, což znesnadňuje srovnávání v rámci jedné komunity i při mezinárodních studiích. Mechanické přenašení nálezů z jedné kultury do jiné může často vést k omylům. SMA u dětí má řadu predisponujících faktorů:

- **celospolečenské faktory**
 - stále rychleji probíhající změny ve společnosti, na které se těžko adaptujeme
 - rozpad či oslabení rodin
 - umělý svět masmédií, která mnohdy zkreslují pohled na svět
 - pro děti chybí kladné vzory
 - prodloužení závislosti mladé generace na rodičích
 - ztráta perspektiv vlastního vývoje mladé generace – hledá únik ve světě drog apod.
- **individuální predispozice jedince**
 - genetická zátěž
 - biologické oslabení plodu v průběhu těhotenství
 - oslabení dítěte v časných vývojových fázích
 - dispozice ke vzniku chronických nemocí
 - odchylky ve vývoji temperamentu, osobnosti apod.
- **rodinné predispozice**
 - selhávání rodiny v péči o dítě
 - chybný výchovný systém po generace tradovaný
- **predispozice ekologické**
 - důsledky zhoršení životního prostředí; oslabuje se odolnost mladého jedince vůči některým nemocem a sociálním stresům
- **kulturní a sociální predispozice**
 - prostředí ve škole, internátu
 - vrstevníci, neformální skupiny
 - negativní vlivy dospělých – kouření, alkohol, špatné vztahy, agresivní jednání, sledování násilí v televizi či na videu, počítačové hry
 - předsudky a nevhodné formy jednání
- **predisponující životní okolnosti**
 - aktuálně vzniklé životní události – nemoc, úmrtí v rodině, rozvod či těžké konflikty, neúspěchy ve škole, šikana apod.
 - psychická subdeprivace nechtěného dítěte, které není matkou plně přijímáno, může jeho sociální situaci narušit více než rozvod rodičů
- **predisponující situace**
 - situace, které svádějí k chybnému jednání – alkohol, krádeže, vandalismus, silácké činy či vystupování

Veškeré uváděné predispozice nepůsobí většinou izolovaně, ale jsou mezi sebou propojeny a vytvářejí složité interakční mechanismy, které se vzájemně potencují.

10.5 Nemocné dítě

10.5.1 Akutně nemocné dítě

Průběh většinou rychlý, bez většího vlivu na dítě i rodinu. Většinou nastává po kratší době léčby úprava *ad integrum*.

10.5.2 Chronicky nemocné dítě

Chronicky nemocné dítě je takové, které je charakterizováno závažnými organickými nebo funkčními změnami postiženého orgánu či systému s dlouhodobým nebo s dlouhodobě předpokládaným průběhem, tj. nejméně 3 roky, s možností uzdravení nebo projevy **relapsu** či **remise**, kdy se může onemocnění projevit jako akutní nemoc. Bez aktivního léčebného zásahu nelze vývoj choroby zpomalit, zastavit nebo zlepšit. V době dospívání lze předpokládat následky. **Recidivující onemocnění** je takové, které se opakuje třikrát a vícekrát ročně, v mezidobí pak nenalézáme anatomické či funkční změny postiženého orgánu či systému. Chronická nemoc nemusí být vždy pohromou, ale i takový ekzém nebo déletrvající kašel jsou nemoci, které dokážou potrápit dítě i rodinu.

Prožívání vlastní nemoci dítětem

Neexistuje spolehlivé vodítko v odhadování, jak bude které dítě reagovat na skutečnost vlastní nemoci. Jakou roli bude hrát např. temperament dítěte, jeho schopnost vyrovnat se s potížemi, které nemoc přináší? Rozdílně se v takové situaci chovají děti, pro které bychom mohli použít označení „senzitivové“ – ty se snaží svoje zkušenosti rozšířit a hledají poučení. Naproti tomu jsou děti, které nazýváme „represory“ – ty různými mechanismy omezují přijetí zkušenosti. Ukazuje se, že první skupina trpí **úzkostí** mnohem méně než druhá. Příprava dítěte druhé skupiny je náročnější, musí být vhodně přizpůsobená a ohraničená. Informace má být poskytnuta krátce před např. nějakým výkonem a citlivě přizpůsobena vývojové zralosti dítěte.

U chronicky nemocných dětí je také třeba brát v úvahu dřívější **zkušenosti** dítěte, např. když již bylo operativně ošetřeno, třeba pro úraz. Děti do sedmi let často reagují na nemoc vzdorem, agresivitou, „nevychovaností“, u starších může dojít i k depresím.

Rozdílné je přijetí nemoci také podle **pohlaví**. Jde o prožívání vlastního tělesného schématu (sebepojetí a identita, pocity méněcennosti, stigmatizace). S dívkami je např. problém tehdy, když je nemoc (jako např. ekzém, akné, lupénka, alergie na kůži) vidět, když mění jejich vzhled. Takové dívky se často snaží vyniknout ve škole tím, že se hodně učí a tím si kompenzují svůj na první pohled patrný „handicap“. Naopak chlapci se špatně smířují s tím, že nemohou kvůli chronické nemoci (např. astmatu, srdečním abnormalitám) hrát fotbal, hokej, jezdit na kole, prostě soutěžit s ostatními.

Vyrovňávání se s chronickou nemocí nemusí být vždy správné – dochází k **maladaptaci**. Může se projevovat tím, že dítě je mrzuté, vzteklé, zarmoucené, úzkostné, vystrašené, trpí pocitem bezmoci, hněvu atd., proto je zapotřebí mu vše přiměřeně věku vysvětlit. Tyto vnitřní stavy dětí vyplývají z omezování aktivit, nutností opakovaných lékařských vyšetření, rozpoznání vlastní odlišnosti od ostatních apod. Jednou z forem maladaptace je **aktivní útočná obrana**: dítě je agresivní k sobě i k ostatním,

je hrubé na sourozence nebo i na rodiče, lékaře, spolužáky ve škole, případně útočí jen slovně. Takové chování dítěte často zcela automaticky vytváří výchovnou situaci pro „odvetu“ – rodiče dítě „odmění“ zákazy a příkazy všeho druhu. Prospěch ve škole je podprůměrný, s dítětem se ve škole nechce nikdo kamarádit apod. Naproti tomu u **pasivní útěkové obrany** jde o apatické přijímání všeho, co se s nemocným dítětem děje, bez vlastního aktivního přístupu k léčbě a uzdravování.

Chronicky nemocné dítě má větší míru úzkostnosti a nejistoty, proto je potřeba je **chválit** za maličkosti, které se mu podaří doma, ve škole, pochválit i za dvojky (trojky); zaslouží si pochvalu i povzbuzení. Podporujte všemožně zájmy dítěte, podporujte kontakt s vrstevníky.

Chronicky nemocné dítě může mít zvýšený strach ze ztráty **rodičovské lásky**, proto mu ji dávejte. Mazlete se s ním, držte je za ruku – ujistěte je o své náklonnosti. Tyto děti také často žárlí na zdravé sourozence, že mohou běhat, všechno jíst atd.

Je-li nutná **hospitalizace**, vždy je dobré být s dítětem (proto je třeba se informovat o možnosti přijetí s dítětem k hospitalizaci). Přítomnost matky v předškolním a mladším školním věku velmi pozitivně ovlivňuje spolupráci dítěte se zdravotníky. Chronicky nemocné dítě může být dost závislé na kamarádech. Pokud toto zjistíte, požádejte kamarády, aby dítě při hospitalizaci navštívili v nemocnici. Bude to pro ně velmi důležité.

Prožívání nemoci rodiči, rodinou (role sourozenců)

Jak dítě prožívá svoji nemoc, to je ovlivňováno také výchovnými postoji v rodině. Rodiče nemocných dětí nemají jednoduchou situaci. Na jedné straně se snaží být spravedliví a nemocné dítě „vychovat“, na druhé straně mají strach ho potrestat, aby mu tím nějak neublížili a nezhoršili jeho zdravotní stav. Takový výchovný postoj ve svojí extrémní podobě vede k **nadměrnému ochraňování** chronicky nemocného dítěte. Rodiče jsou úzkostní, nedovolí dítěti, aby běhalo venku, aby neprochladlo, nedostalo teplotu, nesmí jezdit na kole, aby hned nekašlalo, často nesmí za kamarády, aby se od nich nenakazilo atd. Dítě je uzavřené doma, ve „sterilním“ prostředí, rodiče mu ve snaze uchránit je před nemocí brání v přirozených dětských aktivitách.

Někdy se naopak setkáváme s rodiči, kteří se ke svým nemocným dětem nechovají s láskou: křikem, nedůtklivostí kvůli maličkosti, netrpělivostí, přehnanou kritičností, příkazy a zákazy dávají všemožně dítěti najevo, že narození nemocného dítěte je pro ně prohrou, porážkou, se kterou se nedokážou sami bez pomoci odborníků vyrovnat. A ještě je otázka, zda jsou ochotni k odborníkům zajít a svěřit se. Extrémní vyhocení takového postoje rodičů k nemocnému dítěti se nazývá **emoční odmítání**. Důsledkem může být až stav úplné **emoční deprivace dítěte**, které žije v rodině, kde je sice uvařeno a uklizeno, přesto je tam ale nešťastné, protože cítí, že ho nikdo nemá rád. **Ambivalentní postoj** představuje v různé hloubce prolínání obou výše popsaných velmi nesprávných, ale často neuvědomovaných výchovných rodičovských postojů k chronicky nemocnému dítěti.

Často se v rodinách hledá „viník“: Kdo za to může, že zrovna my máme „takové dítě“? Proč se to muselo stát zrovna nám? A přicházejí další otázky po smyslu utrpení.

Dobré vztahy v rodině jsou předpokladem uzdravování. Pozorování a dlouhodobá sledování rodin s chronicky nemocnými dětmi ukazují, že pro další vývoj nemoci dítěte je velmi důležitý nejen výchovný postoj rodičů, ale také vztahy všech členů rodiny a klidné domácí prostředí.

Jaký je význam jednotlivých členů rodiny?

Matka je pro dítě nejdůležitější, ale zároveň má nejtěžší úkol, protože bývá s nemocným dítětem nejčastěji a nejdéle. Matky také nejvíce trpí při výše popsaných fázích adaptace na chronickou nemoc dítěte a byla u nich pozorována řada neurotických problémů jako nespavost, bolesti hlavy, úzkosti, strach. Méně známé a popsané jsou postoje a reakce **otců** k chronicky nemocným dětem. Vazba mezi nimi nebývá tak pevná jako s matkou. Otcové často svoje problémy utápějí v nadměrné pracovitosti, která je často nezbytně potřeba, aby rodina mohla „vyžít z jednoho platu“. Proto často pracují přes čas, berou si druhé zaměstnání atd. Otcové mají často pocit, že dítě je raději s matkou, která si s ním v případě příznaků nemoci, jako jsou např. zvracení, dušnost, bušení srdce, záchvaty či bolesti, lépe poradí. Vliv otců na dítě je tak zprostředkovaný. Tátové daleko častěji trpí bezmocností, když je dítě omezováno nemocí. Rozdílné prožívání chronické nemoci dítěte a reakce otců mohou být někdy příčinou rozpadu rodiny; bohužel např. u metabolických vad (jako je fenylketonurie) je tato skutečnost prokázána.

Psychologický dopad nemoci na **sourozence** nemocného dítěte hodně závisí na tom, jestli nedochází k výše zmíněné emoční deprivaci v rodině. U některých sourozenců se může objevit ochranný postoj k nemocnému bratrovi či sestře, a to i v případě, že nemocné dítě je o mnoho let starší. Takové dítě rádo pomáhá v domácnosti s tím, co souvisí s péčí o nemocného sourozence – nosí mu léky, chrání jej před posměváčky, někdy dokonce silou. Naproti tomu může u některých sourozenců vzniknout velká rivalita a žárlivost na nemocné dítě, protože to zdravé má pocit, že rodiče všichni lásku a péči soustředí jen na nemocného sourozence.

Fáze přijetí chronické nemoci rodinou

Přijetí chronické nemoci rodinou není jednoduché. Nemoc si uvědomuje a prožívá (kromě dítěte) i jeho okolí – rodina, rodiče. Jejich první reakce nemusí být vždy přiměřené. Nejdříve se dostaví **emoční šok**. Po sdělení diagnózy se začnou o dítě bát, jsou nejistí, zmatení, nevědí, co dál, protože i dětská cukrovka nebo šelest na srdci, které nejsou na první pohled vidět, pro ně představují ztrátu mimořádné životní hodnoty, jakou je zdraví jejich vlastního dítěte. U nemocí, kde si rodiče umí představit prognózu nemoci, jako je chronický ekzém, astma apod., nebývají reakce tak nepřiměřené, ale u závažných chronických nemocí jsou reakce rodičů často „přímo úměrné“ závažnosti, hloubce postižení. Další fází reakce rodičů je **popírání** nemoci. Začínají hledat všechny známky, že informace o nemoci jejich dítěte není pravdivá, mohou obvinít laboratoř z nesprávných biochemických údajů, lékaře, že zaměnil výsledky vyšetření apod. K nepřiměřeným reakcím bohužel také patří hledání informací na internetu, u lékárníků, laiků apod. Někdy může dojít až ke generalizované **úzkostné poruše**: vztek, bezmoc, (sebe)výčitky, neurotické projevy, obsedantní, kompulzivní stavy, fobie, panické stavy apod.

Překonají-li rodiče prvotní emoční šok a přirozené popření nemoci dítěte, nastává fáze třetí – postupný proces **adaptace** na chronickou nemoc dítěte a její přijetí.

Jak tedy může pomoci celá rodina?

Dítě potřebuje **domov** – lásku, jistotu, zázemí, identitu, čas rodičů atd.

- Rodiče pomohou tím, že se budou snažit chovat ke svému dítěti, jako by bylo zdravé, dopřejí mu koníčky, kamarády a vše, co je schopné (vzhledem ke své chronické nemoci) dělat: výlety, speciální tábory, prázdniny u babičky. Nadměrné strachování se o dítě vede jen k tomu, že bude zavřené doma mezi čtyřmi stěnami a nemoci to ne-

- pomůže. Snažte se také porozumět nevědomým pocitům vzteku a nespravedlnosti, proč zrovna nám se muselo narodit nemocné dítě nebo onemocnět z úplného zdraví.
- Maminky nechtě jsou pokud možno s chronicky nemocným dítětem co nejvíce, kdykoliv si to bude přát, protože vztah matky s nemocným dítětem je klíčový a pro dítě je nejdůležitější pocit jistoty, bezpečí a porozumění.
 - Pro táty je důležité, aby potlačili svoje rozpaky z nemoci svého dítěte, byli také, co to jde, s dítětem, vystřídali podle potřeby maminky. Jistě je finanční otázka také velmi důležitá, ale dítě potřebuje vidět i tátu, s ním si hrát, diskutovat. Otcové by měli podpořit matky v péči a nehledat rozbroje, příčiny nedorozumění.
 - Sourozencům dítěte je potřeba vysvětlit, že zdánlivé výhody, které nemocný sourozenec má, jsou ve prospěch jeho uzdravování. Je však také třeba rozdělit svoji lásku mezi děti rovnoměrně.
 - Užitečnou roli mohou sehrát také prarodiče. Nemocné dítě se u nich může cítit daleko volněji, zapomenout na svoji chorobu atd.

Příklad: fenylketonurie

Jako příklad chronického onemocnění dítěte uveďme fenylketonurii (PKU) – dědičnou poruchu metabolismu fenylalaninu (esenciální aminokyseliny), která při nedodržování dietního režimu vede k závažnému mentálnímu postižení dítěte. Jde však o nemoc, která je součástí screeningu, takže ji zachytíme a můžeme léčit. Půjde-li o klasickou formu, stačí dietní režim a dítě se může vyvíjet přiměřeně. Co tato skutečnost ale všechno přináší pro rodinu?

1. Matka zůstává s dítětem doma a zajišťuje odpovídající výživu – dietu s omezeným přísunem fenylalaninu. Tím se významně sníží finanční příjem rodiny – nyní je závislý na otci. Kromě toho ještě strava je drahá a příspěvek na péči zdaleka nepokryje náklady. Otec se tedy snaží maximálně pracovat, pracuje přesčas nebo si bere další zaměstnání, aby pokryl náklady rodiny. Očekává „odpovídající péči“ od ženy, když přijde večer velmi unavený domů.
2. Reakce širší rodiny: vzhledem k tomu, že jde o recesivně dědičné onemocnění, jsou rodiče nejčastěji heterozygoti (nosielé genu pro PKU) bez klinického projevu. V rodinách se může hledat, „kdo za to může...“ – negativní role prarodičů.
3. Řešení otázky dalšího dítěte. Pokud rodiče půjdou „do rizika“ (jež činí 25 %) a dítě bude zdravé, jak dokáže rodina zvládnout dvě rozdílné děti, rozdílné stravování atd.?

Odborná pomoc a terapie

V posledních desetiletích minulého století vzrostl počet dětí s chronickými onemocněními nádorovými, alergickými a autoimunitními. Incidence těchto onemocnění narůstá, např. incidence nespecifických střevních zánětů byla v 70. letech minulého století 0,3/100 000, současná epidemiologická data udávají zvýšení na 0,7–4,3/100 000.

Leukemie u dětí představuje v současné době 34 % ze všech dětských nádorů, které mají incidenci 12/100 000 dětí. Autoimunitní onemocnění postihují asi 3 % dětské populace, alergické bronchiální astma dokonce 8 % dětské populace.

Dlouhodobá agresivní léčba chronicky nemocných dětí již od časného dětství před nás klade nové otázky ve své strategii, neboť je nutno brát zřetel na vývoj dětského organismu. Zkušenosti s podáváním léků získané u dospělých není možné jednoznačně přenášet na léčbu dětských pacientů. Z etických důvodů bylo provedeno jen omezené množství preklinických farmakokinetických studií na dětské populaci. Jedním

z významných rozdílů podílejících se na odlišnosti farmakokinetiky a farmakodynamiky dětí a dospělých je vyvíjející se imunitní stav organismu a měnící se schopnost metabolizovat cizorodé látky včetně léčiv. Například imunopatologické reakce a onemocnění, jež vznikají na jejich podkladě, probíhají v dětském věku odlišně než u dospělých. A proto i odpověď na léčbu je odlišná a často i výsledky léčby jsou rozdílné, a to i u stejně starých dětí.

Zdravotníci musí být „vtaženi do hry“ – být aktivními spolupracovníky. Jsou klíčoví pro informovanost, mohou odpovídajícím způsobem motivovat dítě i rodinu, edukovat rodiče, dodávat sebedůvěru dítěti i rodičům, vytvářet otevřenou atmosféru („klidně se vyplač“), být dostatečně empatičtí, autentičtí. „Rodinný problém“ chronicky nemocného dítěte je zapotřebí brát komplexně a celostně.

Při **společném rozhovoru** s dětmi (pacienty) i rodiči jsou všichni upozorněni, že každý může říci svůj názor, případně se mohou vzájemně doplňovat. Na co je zapotřebí se vždycky ptát:

1. Kdy a jak se nemoc projevila?
2. Kdo si obtíží všiml jako první?
3. Jak zvládli novou situaci?
4. Na koho se poprvé obrátili?
5. Kdo je oporou?
6. Jaké jsou nepříjemnosti spojené s onemocněním?

U nepříjemností jsou většinou odpovědi vázány na typ onemocnění, např. u dětí s alergií nebo astmatem nastává omezení hlavně v pylové sezóně, nemohou jet dětmi do zahraničí, omezení ve sportu, finanční problémy, kdy matka zůstala s dítětem doma, léky, dietní přípravky, stres, obavy, starost o hlídání dětí, časté cestování za lékaři. U diabetu jde o stálé sledování, aplikaci inzulínu, strach a nervozitu, aby byly dobré laboratorní hodnoty a nepřicházely komplikace apod.

Při **rozhovoru s dítětem** samotným je důležitým faktorem věk pro pochopení otázky (hlavně u menších dětí), někdy mohou být komunikační problémy s dospívajícími (malá ochota se bavit).

1. Jak se cítí právě teď?
2. Kdy jim bylo nejhůř?
3. Kdo si všiml obtíží?
4. Kdo jim nejvíce pomáhá?
5. Jaká je pomoc ve škole a okolí?
6. Jak jim překáží nemoc v životě?
7. Jak zvládají nepříjemné situace?
8. Jak se dívají na svoji budoucnost?

Při **rozhovoru s rodiči** samotnými:

1. Jak vidí, že se s nemocí jejich dítě snaží vyrovnat?
2. Co bylo třeba podniknout pro pomoc dítěti?
3. Kdo nejvíce pomáhá jejich dítěti?
4. Jak se baví o nemoci doma?
5. Kde rodiče hledají oporu?
6. Jak vidí pomoc dítěti ve škole a jinde v okolí?
7. Jak vidí rodiče budoucí vývoj?

I přes snahu o optimistický pohled je v projevech rodičů znát napětí. Samozřejmě to velmi závisí na konkrétním onemocnění; část věří ve výzkum v medicíně, že se najdou např. nové léky, diagnostické možnosti, genoterapie.

Dnes máme již mnoho důkazů o tom, že sebelepší zdravotnická péče, která nepočítá s přítomností rodičů a jejich podílem na ní, není pro dítě optimální.

Dalším důležitým „hráčem“ je **učitel**. Je to právě on, kdo s dítětem ve školním roce tráví dlouhý čas, dítě dostatečně dobře zná a dovede včas a velmi přesně upozornit na jakoukoliv odlišnost v jeho chování, která může signalizovat prvotní příznaky onemocnění nebo i syndromu CAN (kap. 18)

Rodiče, lékař a učitel jsou tři „majáky bezpečné navigace dětského zdraví“. Pro funkčnost těchto vztahů je zapotřebí, aby všechny tři strany „trojúhelníku“ našly přirozený a funkční model, jak se pravidelně vzájemně informovat.

Hospitalizace je strašák pro dítě i rodiče. Trend je přenášet hlavní péči na bedra primární péče, délka hospitalizací se neustále zkracuje a velkou oblibu získává tzv. jednodenní pobyt dítěte s rodiči v nemocnici, ať už z důvodu speciálního vyšetření na lůžku, nebo operace (jednodenní chirurgie).

Ještě jeden problém je třeba zmínit: častý **turismus rodičů** (bez toho, že bychom jej zařadili pod jednotku Münchhausenova syndromu *by proxy* – kap. 18). Rodiče jsou schopni v průběhu onemocnění dítěte „vystřídat“ několik lékařů. Nemáme nic proti svobodné volbě lékaře, často se ale setkáváme s tím, že rodiče si něco „nastudují na internetu“ a jdou za dalším lékařem, aniž by ho informovali o všem, co se s dítětem v předcházejícím období dělalo, jaká léčba byla doporučena apod. Je možné, že rodiče pouze nedovedou odhadnout, jak mohou neuvedením nebo dokonce zatajením některých skutečností negativně ovlivnit určení správné diagnózy nebo výběr vhodné léčby.

Kolegové v primární péči jsou v nesrovnatelně horší situaci než nemocniční pediatři při hodnocení akceptace navržené léčby pacientem nebo rodičem nemocného dítěte. **Compliance**, volně přeloženo respektování, je dnes aktuálním zdravotnickým fenoménem, na kterém se mnohdy společně podílejí rodiče i lékaři. Nabyt jsem (L. K.) přesvědčení, že nerespektování léčebného programu, které se v pediatrické praxi týká především dlouhodobě nemocných dětí, odhaluje vzájemně nedokonalou komunikaci mezi pacientem nebo jeho rodičem a zdravotníkem. Bohužel se v praxi setkáváme s pacienty nebo jejich rodiči, kteří vědomě léky vynechali, změnili dávkování léku nebo předčasně sami léčbu ukončili, aniž by nás o tom informovali. Už Hippokratés před více než 2500 lety upozornil: „*Je třeba myslet i na chyby pacientů, které je nutí lhát o tom, jak dodržují to, co jim předepisujeme.*“

Jak často si např. klademe následující otázky (Mihál, 2003)?

- Porozuměl vůbec pacient nebo jeho rodič tomu, co bylo doporučeno nebo předepsáno?
- Jaké technické, emocionální nebo finanční možnosti má rodič při realizaci doporučených pokynů?
- Můžeme konání matky, která intenzivně prožívá nemoc svého dítěte a nachází se v anxiózním ladění nebo psychickém vyčerpání, považovat za vědomé nerespektování léčby?

Významnou a nezastupitelnou funkci v péči o dítě mají též **skupiny rodičů** dětí s určitým onemocněním nebo postižením. Tyto skupiny rodičů mohou být organizovány na nejrůznějších úrovních – celorepublikové, regionální, obecní, nemocniční apod.

Sdílení prožitků a zkušeností je jedním z neúčinnějších psychoterapeutických mechanismů a je zpravidla volnější než v případě dialogu s profesionálním pracovníkem (Matějček, 2001). Stále vzpomínám na sdružení rodičů dětí s fenylketonurií, celiakií, leukemií a celou řadou dalších chronických nemocí a vad. Jak se rodiče vždy těšili na setkání, na nové informace, nové recepty v dietní léčbě, sdílení prožitků a zkušeností... I pro nás to byl slavnostní den. Zapojení rodičů, lékařů, sester, psychologů, dietních a rehabilitačních sester, případně dalších přátel má mnohaletou tradici.

Snad nejlépe to vyjádřila jedna z maminek, která se podílela na zrodu rodičovského sdružení ŠANCE v Olomouci: *„Všechna tato práce je práce lidí, kteří hluboko v sobě nosí svůj bol, ale kteří se naučili společně radovat. Věříme v pochopení a podporu veřejnosti. Jen za těchto podmínek jsme schopni zajistit optimální podmínky pro dobu léčby i rekonvalescence malých pacientů, ale také pro ozdravení rodiny v době hledání nového smyslu života.“*

Velkou pozornost je potřeba věnovat také **sourozencům** chronicky nemocných dětí, protože na první pohled se zdá, že tyto děti neprošly opakovanými hospitalizacemi, léčbou, strádáním, omezováním. Nicméně tyto děti mnohdy prožívaly *„pocity nedůležitosti, celý svět se točil kolem nemocného sourozence“*, jak uvedl jeden z nich.

Poslední poznámka budiž učiněna k **syndromu Damoklova meče**. I několik let po vyléčení závažného onemocnění si pacienti nesou s sebou svůj Damoklův meč. Tuto určitou pochybnost o možném návratu nemoci nevyřeší ani bezmezná důvěra v ošetřujícího lékaře.

Jak by se dal charakterizovat člověk, který svou pomoc dětem poskytuje s láskou a neviditelným způsobem? *„Andělé jsou lidé, kteří vyzarují světlo. Kde oni jsou, tam je světlo a jasno, andělé jsou lidé, kteří dostali něco z původní rajske radosti. Věř mi, andělé jsou bytosti z masa a krve, kteří jakýmsi neviditelným způsobem udržují svět v rovnováze. Skrze ně pocítujeme ono tajuplné dobro, které lidé chtějí dosáhnout. Je v nich postižitelná láska, se kterou by tě chtěli obejmout. Andělé působí ve skrytosti a dělají zázraky, aniž by to sami věděli. Ano, na světě jsou ještě andělé.“* (Mihál, 2003)

Bolest u dítěte a její řešení

Bolest u dítěte je dílčí, epizodickou zkušeností. Je provázena negativními emocemi. Dítě bývá k lékaři přiváděno, případně přivázeno. Často není schopno odhadnout příčinu svojí bolesti, zpravidla ji však dokáže lokalizovat. Při použití vhodné metody dokáže popsat intenzitu své bolesti. Většinou má problém s tím, aby popsal její časový průběh a její možnou ovlivnitelnost. Často nechápe vysvětlení od lékaře, proč bolest má. Potřebuje výraznou sociální oporu při bolesti, brání se bolestivým zákrokům. Má úzký repertoár zvládnání zátěžových situací. Ne vždy dobře spolupracuje, netroufne si stěžovat, odporovat (zvláště v nemocnici, poučeno rodiči). Bolest nebývá vždy dostatečně tlumena, je u dětí podceňována.

Chronická bolest je bolest dlouhodobá, trápící dítě měsíce i léta. Dříve se udávala hranice tří měsíců, ale ukazuje se, že toto omezení není správné, neboť některé typy chronických nemocí mohou trvat kratší dobu, a přesto mohou mít chronické charakteristiky. Bolest přetrvává mimo běžný čas hojení a uzdravování. Postrádá funkci biologického varovného signálu, bývá označována jako bolest patologická. Chronická bolest mívá široké spektrum příčin, nejen somatických. Ve hře bývají také psychogenní příčiny, např. úzkost, deprese, tj. emocionální distres vyvolaný přetrvávající nemocí potencuje zážitek bolesti. Objevuje se též distres vyvolaný razantní terapií, opakující-

mi se bolestivými výkony. Etiologie chronické bolesti bývá obtížně určitelná dokonce i tehdy, když je dítě sužováno známou a správně diagnostikovou nemocí. Dítě zpravidla příčinu své chronické bolesti (na rozdíl od bolesti akutní) nemůže vidět, nedokáže ji identifikovat ani s pomocí dospělých – i ti bývají někdy bezradní. Přestože děti trpící chronickou bolestí dostávají rámcové a věkově přiměřené informace o své nemoci či úrazu, mají málo konkrétních informací o prožívané bolesti, o vnitřních a vnějších vlivech, které ji mohou zesilovat nebo zeslabovat.

Při chronické bolesti ustupuje nocicepce do pozadí. Ze tří kvalitativních aspektů bolesti se snižuje váha senzorických aspektů, větší závažnosti nabývají aspekty afektivní a hodnotící.

Intenzita prožívané bolesti se mění v čase, celkově však obtěžující bolest přetrvává dlouhou dobu. Prolongování negativních psychických stavů vyúsťuje nezřídka v mohutný emocionální distres. U dítěte se může vyvinout úzkostné ladění, deprese, naučená bezmocnost či naopak hostilita, agresivita.

Chronická bolest s sebou přináší trvalá omezení (např. pohybových aktivit, sociálních kontaktů), zužují se zájmy dítěte, navozuje se nejistota. Dítě nabývá dojmu, že těžko dojde k příznivější změně, formuje se u něj negativní očekávání budoucnosti. **Léčení chronické bolesti** je obtížné, neboť periferní i centrální mechanismy bolesti bývají ovlivňovány spektrem různých příčin, jejichž vliv kolísá svojí vahou i v průběhu času. U dětí se ještě dostavuje strach, obavy, že ta bolest potrvá celý život (Mareš a Marešová, 2000).

Při řešení chronické bolesti – jež je velmi obtížné – lze vycházet z praktických doporučení dle Championa et al. (1999):

„Pokuste se o detailní diagnózu, která vezme v úvahu patologii, primární a sekundární alodynii a hyperalgezií, periferní neuropatické příčiny, funkční problémy, psychosociální příčiny i důsledky. Uvažujte o predispozicích pro chronickou bolest. Patří k nim mj. nezralost dítěte, nízká porodní hmotnost a následný dlouhodobý pobyt na JIP, specifické temperamentové ladění dítěte, neadekvátní dětské strategie zvládnání zátěžových situací, traumata prožitá v dětství včetně nešetrných zákroků (třeba chirurgických), kruté tělesné tresty, sexuální zneužívání, spinální a muskuloskeletální faktory vyvolávající opakované bolesti zad, hypermobilita kloubního spojení apod.

Zjistěte od dětí a jejich rodičů, co si sami myslí o obtížích, čím si je vysvětlují, jak je prožívají, jak se chovají a které postupy používají, aby obtíže zvládli. Do léčby chronické bolesti zapojte standardně dětského psychologa. Promyslete a formulujte prognostické úvahy, které budou vycházet ze zjištěné patologie, neuropatických rysů, psychologických změn, rodinné situace. Příznivá prognóza uklidňuje, přináší pocit jistoty, snižuje pochybnosti, zatímco špatná prognóza vyžaduje vysvětlování, zjišťování její validity a komplexní opatření. Pátrejte po tom, co se podařilo cílenou léčbou zlepšit nebo se alespoň přechodně zlepšilo a co se nedařilo ovlivnit (perzistující sekundární alodynie). Vysvětlete dětí a jeho rodičům srozumitelně a opakovaně podstatu problému, aby pochopili složitost léčby a nečekali okamžité změny k lepšímu. Veďte je k tomu, aby jejich očekávání byla realistická. Proberte s nimi možné postupy léčby, tak aby pochopili jejich postatu, nevyhýbejte se ani problematice „alternativní“ a „komplementární“ léčby. Doporučte jim řešení, které považujete za nejvhodnější pro daný případ (mělo by vždy zahrnovat také kognitivně-behaviorální terapii a pohybové aktivity). Snažte se s dítětem a jeho rodiči dohodnout na doporučeném sledu aktivit, na léčebném plánu nebo alespoň na dalším setkání a pokračování v diskuzi o postupu léčby.

V případech silných bolestí, výrazného distresu dítěte a jeho rodičů, v případech, kdy se zvažuje chirurgické řešení nebo se mění farmakoterapie atd., řešte případ konziliárně, obraťte se se žádostí o konzultace na specialisty. Nezapomínejte na průběžné informování dítěte a rodiny, neboť chronická bolest je pro většinu populace zdrojem nepříjemných pocitů, pochyb, permanentní nejistoty. Povzbuzujte v dítěti a celé rodině snahu přistupovat k problémům aktivně, vzdorovat obtížím, věřit sobě i zdravotníkům, že obtíže budou slábnout a dítě se bude vracet k normálu. Optimistický přístup je neobyčejně důležitý právě pro časté psychosomatické souvislosti chronické bolesti.“

10.5.3 Péče o rodinu a děti závažně nemocné a umírající

Smrt a umírání

Vnímání smrti dítětem i toho, že jí podléhají všichni žijící tvorové, bývá různé. Vytvářet se začíná mezi 4. a 5. rokem. U těch dětí, které se se smrtí setkaly nebo samy umírají, můžeme předpokládat, že jsou tohoto pochopení schopny dříve. Dnes je doporučováno, že umírajícímu dítěti (které si je svojí situace vědomo) dáme možnost o celé situaci mluvit, pokud si to přeje. Mělo by při té příležitosti vnímat naši citlivou emoční podporu. Žádný výzkum nám zatím nedal nějaký jednoznačný návod. Jde o naše vnímání a posouzení všech atributů dané situace s myšlenkou zachovat se vždy citlivě a eticky.

Sdělování informací rodičům dítěte s nepříznivou prognózou

V komunikaci s prostředím (především rodiči, prarodiči a případně sourozenci) dětí s nepříznivou prognózou je více než jindy důležitý nejenom aspekt obsahový (věcné sdělení), ale i formální (forma sdělení, vyjádření vztahu sdělujícího, účasti, pochopení apod.). Pro lékaře je velice náročné formulovat adekvátně psychickému rozpoložení rodičů nepříznivou informaci a zároveň při tom nebýt příliš abstraktní, neurčitý a zamlčující, což se právě nejčastěji stává příčinou nespokojenosti a terčem kritiky rodičů (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011):

„Mezi dovednostmi podávat lékařské informace vyvolává podávání nepříznivých zpráv v klinické praxi největší obavy. Zda budou podány dostatečně citlivě a jak na ně budou reagovat pacient či příbuzní. Přestože nejde o snadnou záležitost, tyto dovednosti jsou stále nedostatečně trénovány. Současný trend vedoucí k otevřenosti a budování vztahu mezi lékařem a pacientem klade důležitost na komunikační dovednosti zvláště v oblasti sdělování špatných zpráv.“

K **všeobecným zásadám** při sdělování nepříznivých informací patří (Šoltés, Pullmann a kol., 2008):

- Nepříznivá situace, diagnóza a její důsledky jsou poskytovány rodičům co nejdříve, a to oběma současně.
- Při prvním rozhovoru jsou informováni o podstatě problému a o dalších věcech jen tak, co je skutečně známo.
- Detailnější informace jsou poskytovány při dalších setkáních.
- Je třeba jasně vymezit, co mohou rodiče pro své dítě udělat, protože nejhorší je pro ně bezmocnost.
- Je žádoucí rezervovat si dostatek času, aby zbyl čas i na otázky rodičů.
- Je třeba zdůraznit, že péče o nemocné dítě bude pokračovat a rodiče se na ošetřujícího lékaře mohou kdykoliv obrátit.

Doporučuje a osvědčuje se poskytovat závažné a především nepříznivé informace o zdravotním stavu dítěte v přítomnosti psychologa (sociálního pracovníka), přičemž by měli být sdělení přítomni oba rodiče. Dopad nepříznivé informace (prognózy) se zmírní, rozloží, lze tak eliminovat mnohá budoucí nedorozumění či zkeslení. Nežrídka, v případě manželské či rodinné krize, lze předejít spekulacím o vině druhého z rodičů. Vystupování lékaře v takové situaci by mělo být empatické, nikoliv direktivní a autoritářské. Lékař tak na rozdíl od dříve často používaného direktivního či autoritářského postoje přispívá k vytvoření potřebné atmosféry **týmové spolupráce**, v níž je kladen důraz na spoluzodpovědnost rodičů v péči o takto nemocné dítě.

Dominantní význam má v takové situaci zachování **naděje v možné pozitivní změny** nepříznivého zdravotního stavu dítěte v případě, že jsou alespoň částečně reálné. Bylo by zásadní chybou se o nich uvážlivě nezmínit, i když na druhou stranu by bylo krajně nezodpovědné vzbuzovat v rodičích nereálné iluze o „zázračném“ uzdravení. Naděje může v této situaci pro rodiče znamenat velmi silnou až dominantní motivaci k intenzivní péči o takto nemocné dítě. Může mít v souvislosti s rodinnou atmosférou pozitivní, avšak v některých, byť spíše výjimečných, případech negativní vliv na budoucí vývoj nemoci dítěte. Zde je třeba citlivě a diplomaticky získat informace, zda nehrozí negativní působení ze strany dalších členů rodiny, příbuzných či okruhu přátel (kvalita vztahu snachy a tchyně, dalších sourozenců apod.).

Nezastupitelnou roli má v těchto situacích **kvalita komunikace**, na prvním místě, jak už bylo řečeno, s rodinou (rodiči, případně prarodiči a sourozenci) smrti ohroženého dítěte. Zde je třeba vzít v úvahu, že citlivě sdělená, avšak ve své podstatě nepříznivá zpráva může vyvolat u rodiny dítěte předem neodhadnutelnou reakci. Jejím projevem mohou být stavy od uzavření se do sebe, zpytování vlastního svědomí a interních výčitek až k zjevné agresi vůči všem a všemu – často však v souvislosti s možnou krizí v rodině vůči jinému členu rodiny, jak už bylo vzpomenuto, avšak nejčastěji vůči představiteli zdravotnického personálu, který bývá obviněn ze zanedbání péče apod.

V okamžiku vzájemného obviňování v rodině je třeba poskytnout rodinnému prostředí či rodičům odbornou psychologickou pomoc, přičemž je nutné počítat s tím, že členové rodiny mohou v pro ně mezní situaci dospět k **nečekaným rozhodnutím**, která by v jiném kontextu mohla působit až naivně. Taková – nežrídka překvapivá a neobvyklá – řešení je třeba brát vážně a respektovat je, protože mohou pozitivně ovlivnit či dokonce stabilizovat rodinné mikroklima, přispět k řešení dlouhodobě nazrávajících problémů, případně eliminovat do jisté míry sekundární psychická traumata dětských pacientů.

Už sama závažná či nepříznivá diagnóza dítěte vede v jejich rodinách k zásadním změnám nejenom životního rytmu či stylu, ale ve svém důsledku i k proměně hodnotové orientace, což může v praxi znamenat nejenom žádoucí pozitivní změnu rodinných, partnerských či přátelských vztahů, ale je nutné počítat také s mnohdy negativním dopadem na **funkci celé rodiny**. Tak jako může v těchto případech docházet k prohloubení dosud latentních rodinných a dalších konfliktů, dochází na druhou stranu k jejich minimalizaci, není ani výjimkou, že ztrácejí na intenzitě a naléhavosti. Jak už bylo řečeno, umírání a smrt dítěte mnohdy znamená eskalaci vzájemných problémů a určité procento manželství (partnerských vztahů) se v jejich důsledku zcela rozpadne. K podobné situaci dochází v oblasti přátelských vztahů. I zde bez výjimky platí, že nic nedokáže prověřit tyto vztahy důkladněji než tragická událost v rodině. Pozitivní

na této tragické události může být fakt, že empatie, sdílení neštěstí a v neposlední řadě přímá, aktuální a nezištná pomoc upozorní na skutečné přátele.

Jak jednat s rodiči, když žena potratí či porodí mrtvé dítě

Jako lékař, který se setkával se smrtí plodů a novorozenců v perinatálním období poměrně často, jsem (M. V. sen.) prošel několika fázemi v názoru, jak jednat s rodiči, kteří se s touto tragickou událostí setkali. V určitém období jsem se domníval, že pro fázi truchlení je nejlepší, aby rodiče mrtvé tělíčko raději neviděli. Nabyl jsem dojmu, že to psychice matky vyhovuje, a byl jsem spokojen. V té době se odborné literatury s touto problematikou nedostávalo. Teprve v posledních dvou desetiletích se stále častěji objevují diskuse týkající se této otázky. V této souvislosti je však důležité, jak nazvat potrat nebo mrtvé dítě. Často se mrtvý plod označoval neosobním pojmem „to“. Pojmenování mrtvého tělíčka: jde o plod nebo dítě ve smyslu pojetí profesora Fedor-Freybergha.

Kazuistika

Sekundipara 30 let. Těhotenství probíhalo bez patologie. V 38. týdnu žena náhle přestala cítit pohyby a během následujících 10 hodin bylo jasné, že plně vyvinutá holčička se narodí mrtvá. Byl indukován porod a diagnóza se potvrdila. Porodu byl přítomen otec. Matka dítě nechtěla vidět. Postupně se však dostala do těžké deprese.

Začalo období těžkého truchlení, tzv. perinatálního smutku. Žena byla v těžké depresi. V průběhu tohoto období začala holčičku jmenovat, stále o ní mluvila jako o živé, neměla jistotu, zda dítě někde nežije, jestli netrpí atd. Začala nenávidět své kamarádky, především matky dětí, které měly děti ve stáří mrtvé holčičky, ztrácela je, měla negativní vztah i k manželovi. Odmítala se však „vypovídat“, tedy mluvit o svém těžkém problému jak s rodinnými příslušníky, tak s psychologem. Měla pocit viny. Celá situace se vyhroutil dalším potratem. Po dvou letech se z ženy plně optimismu stala osoba, která projevovala příznaky duševní poruchy.

Po třech letech opět otěhotněla. Celé těhotenství byla v depresi, obavách, a spolu s ní celá rodina i ošetřující gynekolog. Od 33. týdne každý den vyžadovala císařský řez. Gynekolog ji však upozornil, že pokud se nebude nic dít, ukončí těhotenství v 36. týdnu. Když gynekolog oznámil datum porodu, žena se „uzdravila“ a byla plná optimismu; tento stav doposud přetrvává, rok po narození zdravého chlapečka. Šlo zde tudíž o mimořádně těžkou fázi truchlení, které ohrožovalo duševní zdraví matky. Při konzultacích s psychologem jsem dospěl k názoru, že ženě chyběl okamžik rozloučení a na jejím stavu se podepsala její invertovaná povaha. Nechtěla svůj „smutek“ nikomu vypovědět.

Rozloučení formou pohřbu se mi však nejvíce jeví jako ideální. Myslím si, že pohřeb do hrobu nebo kremace jsou také složité, především co se týká budoucnosti. Snad je nevhodnější doporučit v tomto případě pozůstalým „společný hrob“. Jednání na patologickém oddělení by mělo být rovněž citlivé a empatické. Jistě je podobných kazuistik

celá řada. Snad bych jen upozornil, že u citlivých žen může tento smutek vyvolat také interrupci či potrat i na začátku těhotenství.

Těhotná žena se setkává s lékaři prekoncepčně, prenatalně a postnatalně. Poměrně velmi často je však zapotřebí řešit tento problém z etického, respektive „člověčího“ hlediska, nikoliv jen z hlediska právního.

10.6 Nezaopatřené dítě

Za nezaopatřené dítě se považuje dítě do skončení povinné školní docházky a poté, nejdéle však do 26. roku věku, jestliže:

- se soustavně připravuje na budoucí povolání, nebo
- se nemůže soustavně připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz (např. v situaci, kdy dítě úspěšně složilo maturitní zkoušku, bylo přijato na vysokou školu, ale v průběhu letních prázdnin onemocnělo nebo mělo úraz a nemohlo nastoupit na studium na vysoké škole; zde se posuzuje délka nemoci nebo úrazu, která by měla být menší než 12 měsíců), anebo
- z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (dále jen DNZS) je neschopno vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, tedy pracovat (např. v situaci, kdy dítě skončilo vysokou školu a nebylo mu ještě 26 let, mělo nastoupit do zaměstnání, ale bylo mu zjištěno onemocnění, jehož léčba potrvá déle než 12 měsíců – např. nádorové onemocnění).

Nezaopatřené dítě je tedy vždy dítě v době **povinné školní docházky**. Pokud dítě dále nechce studovat a půjde pracovat jako mladistvý, ztrácí status nezaopatřeného dítěte, protože si výdělečnou činností zajišťuje svůj příjem. Po skončení povinné školní docházky se do 18. roku věku považuje za nezaopatřené dítě také dítě, které je vedeno v evidenci krajské pobočky Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání a nemá nárok na podporu v nezaměstnanosti nebo podporu při rekvalifikaci (má ji již vyčerpanou).

Nezaopatřenost dětí končí **dovršením 26 let** bez ohledu na skutečnost, zda dítě stále studuje.

Za soustavnou přípravu dítěte na budoucí povolání se považuje studium na středních a vysokých školách v ČR s výjimkou studia za trvání služebního poměru nebo dálkového, distančního, večerního nebo kombinovaného studia, je-li dítě v době takového studia výdělečně činné, a v cizině, pokud mají postavení na roven studia na středních nebo vysokých školách v ČR.

Studiem na středních školách se tedy rozumí studium:

- na středních školách a konzervatořích
- na středních školách zřizovaných ministerstvy obrany, vnitra a spravedlnosti
- na vyšších odborných školách (studium končí absolutoriem)

Důležitá je také situace, která se považuje za soustavnou přípravu dítěte na budoucí povolání na střední škole, i kdy dítě nestuduje:

- doba od skončení výuky v jednom školním roce do počátku následujícího školního roku, jestliže dítě pokračuje bez přerušení v dalším studiu (v průběhu studia)

- doba od úspěšného vykonání závěrečné, maturitní zkoušky nebo absolutoria (je-li konána v květnu nebo červnu) do konce období školního vyučování školního roku, v němž byla taková zkouška konána
- doba školních prázdnin bezprostředně navazujících na skončení studia.

Studium na vysokých školách se rozumí studium v bakalářském, magisterském a doktorském studijním programu, včetně doby školních prázdnin.

Soustavná příprava dítěte na budoucí povolání na vysoké škole začíná nejdříve dnem, kdy se dítě stává studentem vysoké školy (většinou zápisem do studia), a končí dnem, kdy dítě ukončilo vysokoškolské studium (složením státních závěrečných zkoušek). Za soustavnou přípravu dítěte na budoucí povolání se považuje také:

- doba od skončení studia na střední škole do dne, kdy se dítě stalo studentem vysoké školy, jestliže dítě pokračuje bez přerušení v dalším studiu
- jeden kalendářní měsíc po ukončení studia na vysoké škole a další kalendářní měsíc, pokud dítě nevykonává po celý tento měsíc výdělečnou činnost ani nemá po celý kalendářní měsíc nárok na podporu v nezaměstnanosti nebo podporu při rekvalifikaci
- doba od ukončení studia na jedné vysoké škole do dne, kdy se dítě stalo studentem téže nebo jiné vysoké školy, pokud studium bezprostředně navazuje na ukončení studia na vysoké škole, nejdéle však doba tří kalendářních měsíců

Soustavnou přípravou na budoucí povolání ale není studium, při kterém člověk **pracuje** tak, že musí platit nemocenské pojištění, má nárok na hmotné zabezpečení uchazeče o zaměstnání nebo při kterém je příslušníkem armády či v jiném služebním poměru.

Za nezaopatřené dítě nelze považovat dítě, které je poživatelem **invalidního důchodu** z důchodového pojištění pro invaliditu třetího stupně.

Za nezaopatřené dítě platí **zdravotní pojištění** stát (jde o tzv. státního pojištěnce) po dobu povinné školní docházky včetně období školních prázdnin po ukončení 9. třídy. Pokud dítě poté pokračuje ve studiu na střední či vysoké škole v ČR, platí za něj stát pojistné i po celou dobu prázdnin bez ohledu na to, zda v době prázdnin pracuje. Stát platí za dítě pojistné, pokud přeruší studium z důvodu nemoci nebo pro úraz a předloží pojišťovně potvrzení ošetřujícího lékaře, že v průběhu této nemoci nebo léčení úrazu nemůže studovat.

Osobou **zdravotně znevýhodněnou** je fyzická osoba, která má zachování schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat (čili studovat) jsou podstatně omezeny z důvodu jejího DNZS.

Nárok na **sírotčí důchod** má nezaopatřené dítě v případě, že zemřel rodič (nebo osvojitel) tohoto dítěte, jestliže byl poživatelem starobního, invalidního důchodu nebo ke dni smrti splnil podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod nebo podmínky nároku na starobní důchod anebo zemřel následkem pracovního úrazu. Tato definice vypadá velmi složitě, v podstatě ale jde o povinnou dobu pojištění. Jde o to, že pokud zemře mladý rodič, nikdy nesplní podmínku nároku na starobní důchod (v roce 2014 je povinná doba pojištění 28 let, v roce 2018 to bude 35 let); opačně, pokud zemře starší rodič, může tuto podmínku splňovat. Aby tedy děti měly ná-

rok na sirotčí důchod po mladém rodiči, ten splní podmínku povinné doby pojištění jen pro invalidní důchod (ta je totiž jiná než pro starobní důchod – u invalidity stačí u pojištěnce mladšího 20 let méně než jeden rok).

Invalidní důchod v mimořádných případech (tzv. invalidita z mládí) – v ČR se v oblasti důchodového pojištění obecně za **invaliditu** považuje porucha zdraví dlouhodobého až trvalého charakteru, která má za následek relevantní pokles nebo ztrátu schopnosti pracovat. Právní předpis pak určuje, jak velký pokles pracovní schopnosti je považován za invaliditu a za jaký stupeň invalidity. Pokles pracovní schopnosti u dospělých osob je odškodněn dávkou – invalidním důchodem. Na invalidní důchod pro invaliditu vždy jen **třetího stupně** má nárok osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku a má trvalý pobyt na území ČR, jestliže invalidita vznikla před dosažením 18 let věku. Další podmínkou je, že tato osoba z důvodu DNZS nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu (tj. nestudovala, zde se tato doba posuzuje jako doba pojištění). Za invaliditu třetího stupně se považuje takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění (nestanovuje se procentní pokles pracovní schopnosti).

V rámci nemocenského pojištění se poskytuje **peněžitá pomoc v mateřství** (PPM). Tato dávka se poskytuje těhotné ženě osm nebo šest týdnů před porodem a po porodu dítěte, ale také otci dítěte (nemusí být manželem matky) či manželovi ženy (nemusí být otcem dítěte). Zákon skutečně obsahuje tato ustanovení, a proto v obecných podmínkách je používán pojem „pojištěnec“ a ne jen „těhotná žena“ či „matka“. Vypadá to sice nepřehledně, ale v životě se mohou stát takové události, které přinášejí sám život. Může jít o situaci, kdy např. rozvedená matka se znovu vdá – v tomto případě jde o manžela ženy, ale ne o otce dítěte. Druhá situace může nastat v případě, kdy jde o svobodnou matku, která žije s otcem svého dítěte, ale ten není jejím manželem. Podpůrčí doba u PPM činí 28 týdnů u pojištěnky, která dítě porodila, 37 týdnů, pokud porodila zároveň dvě nebo více dětí, 22 týdnů, pokud pojištěnec převzal dítě do péče nahrazující péči rodičů. Uchazeči o zaměstnání, studentky a ženy v domácnosti nepatří do okruhu nemocensky pojištěných osob, proto nárok na PPM mají pouze tehdy, pokud se těhotenství zjistí v tzv. ochranné lhůtě (180 dnů) po skončení předchozího zaměstnání. Jinak mají tyto ženy právo hned po porodu požádat o rodičovský příspěvek z důvodu péče o dítě.

Podle zákoníku práce přísluší zaměstnankyni **mateřská dovolená** po dobu 28 týdnů (shodná s dobou čerpání PPM); porodila-li zároveň dvě nebo více dětí, přísluší jí mateřská dovolená po dobu 37 týdnů. O poskytnutí mateřské dovolené nemusí žena žádat, postačí, že zaměstnavatel oznámí nástup této dovolené na předepsaném tiskopisu potvrzeném příslušným lékařem-gynekologem. Doba mateřské dovolené je dobou pracovního volna, které je zaměstnavatel povinen omluvit, a zároveň je chráněna proti propuštění ze zaměstnání.

K prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnankyni a zaměstnanci (oběma rodičům jednotlivě) na jejich žádost **rodičovskou dovolenou**, která se poskytuje matce dítěte po skončení mateřské dovolené a otci od narození dítěte, a to v rozsahu, o jaký požádají, ne však déle než do věku 3 let. A tak rodič nejdříve čerpá PPM jako dávkou nemocenského pojištění (mateřská dovolená), pak nastupuje rodičovskou dovolenou podle zákoníku práce (celkem 3 roky), po uplynutí PPM čerpá rodičovský příspěvek a čtvrtý rok, chce-li čerpat rodičovský příspěvek i nadále, musí požádat zaměstnavatele o neplacené volno.

Ošetrovné je dávka nemocenského pojištění v případě, že onemocní dítě do 10 let nebo jiný člen domácnosti a vyžaduje péči jiné osoby. Podpůrní doba u ošetrovného činí nejdéle 9 kalendářních dnů, a jde-li o osamělého zaměstnance, tak 16 dnů u dítěte, které neukončilo povinnou školní docházku. Pokud je dítě starší 10 let, záleží na lékaři, zda rozhodne, že jeho zdravotní stav „nezbytně“ vyžaduje ošetřování jinou osobou.

Přídavek na dítě je základní, opakující se dávkou závislou na příjmu rodiny, která je poskytována rodinám s nezaopatřenými dětmi a pomáhá jim krýt náklady spojené s výchovou a výživou nezaopatřených dětí. Nárok na přídavek na dítě má rodina, jejíž čistý měsíční příjem nepřesáhne 2,4násobek životního minima rodiny. Zpravidla se žádá hned po narození dítěte (nebo když v rodině dojde k nějakým výraznějším změnám ve výši příjmu). K prodloužení výplaty přídavku na dítě je nutné doložit žádost na předepsaném tiskopisu a doklady o výši ročních příjmů za rozhodné období 12 měsíců (od všech zletilých osob). Přídavek na dítě je poskytován ve třech výších podle věku nezaopatřeného dítěte, a to do 6 let 500 Kč, od 6 do 15 let 610 Kč, od 15 do 26 let 700 Kč.

Rodičovský příspěvek se poskytuje jen jednomu z rodičů, a to na nejmladší dítě v rodině, nejdéle do 4 let věku dítěte. Když se např. narodí dvojčata, rodič pobírá pouze jeden příspěvek, a to na mladší dítě v souhrnné výši 220 000 Kč. Rodiče si sami zvolí, jak dlouho budou rodičovský příspěvek pobírat, volba je 2, 3 nebo 4 roky. Při zdravotních potížích lze pobírat současně rodičovský příspěvek i příspěvek na péči o dítě.

Pohřebné je určeno pouze na úhradu pohřbu nezaopatřeného dítěte nebo na úhradu pohřbu rodiče nezaopatřeného dítěte a činí 5000 Kč.

Příspěvek na péči je opakující se dávka sociálních služeb, která náleží dětem starším 1 roku, které jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby, a to v oblasti základních životních potřeb. Zdravotním postižením se rozumí tělesné, mentální, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. U osoby do 18 let věku se při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby a při hodnocení potřeby mimořádné péče porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku.

Mimořádnou péčí se rozumí péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku. Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve: stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat tři základní životní potřeby (3000 Kč měsíčně); stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb (6000 Kč měsíčně); stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb (9000 Kč měsíčně); stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby (12 000 Kč měsíčně).

Při posuzování **stupně závislosti** se hodnotí především schopnost zvládat 10 základních životních potřeb, tj. nakolik je dítě: mobilní, schopné orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieny, výkonu fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobních aktivit. Schopnost péče o domácnost se hodnotí pouze u osob starších 18 roků. V případě splnění podmínek může být příspěvek na péči zvýšen až o 2000 Kč měsíčně, a to z důvodu příjmu, který je nižší než dvojnásobek částky život-

ního minima. Dále náleží zvýšený příspěvek také nezaopatřenému dítěti od 4 do 7 let věku, kterému náleží příspěvek na péči ve stupni III nebo IV.

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, na niž má nárok osoba starší 1 roku, která je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P a je neschopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a které nejsou poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče; výše dávky činí 400 Kč měsíčně.

Nárok na **příspěvek na zvláštní pomůcku** má osoba, jež má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí (jde např. o dodatečnou úpravu motorového vozidla, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC, speciální úpravy osobního počítače např. pro nevidomé, schodolez, stropní zvedací systém); těžké sluchové postižení (jde např. o signalizaci bytového zvonku, elektronickou komunikační pomůcku pro nevidomé a hluchoslepé, zařízení pro poslech audiovizuálního zařízení); těžké zrakové postižení (jde např. o digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, digitální zápisník s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem, vodící pes, slepecký psací stroj, kamerovou nebo digitální zvětšovací lupu).

Nárok na **průkazy TP, ZTP, ZTP/P** má osoba se zdravotním postižením starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru DNZS, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Průkazy opravňují držitele k čerpání příslušných výhod, a to zejména v oblasti dopravy, daní, správních poplatků apod. Při posuzování schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením se hodnotí zdravotní stav a funkční schopnosti fyzické osoby; zda jde o DNZS; zda jde o podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace; a závažnost funkčního postižení.

Doba platnosti průkazu osoby se zdravotním postižením je nejvýše 5 let u osob do 18 let věku. Nárok na průkaz má osoba se středně těžkým (TP), těžkým (ZTP) a zvláště těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace (ZTP/P), včetně osob s poruchou autistického spektra. Tyto průkazy umožňují zdravotně postiženým dětem nárok na uvolnění místa v MHD nebo přímo dopravu zdarma, slevu na vnitrostátní autobusovou dopravu, bezplatnou dopravu průvodce, slevy na kulturní a sportovní akce apod.

Slevy na dani za každé dítě žijící v domácnosti: nezletilý nebo studující do 26 let 13 404 Kč (pokud je ZTP, pak 23 208 Kč), student do 26 let (doktorand do 28 let) 4 020 Kč, držitel průkazu ZTP/P 16 140 Kč.

Příspěvek na živobytí je základní dávkou pomoci v hmotné nouzi, která řeší nedostatečný příjem osoby/společně posuzovaných osob. Nárok vzniká osobě či rodině, pokud po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje příjem této osoby či rodiny částky na živobytí. Za částku na živobytí se v základu považuje existenční minimum pro dospělé osoby (tj. 2 200 Kč) nebo životní minimum pro nezaopatřené dítě (tj. 1 740 Kč pro dítě do 6 roků, 2 140 Kč pro dítě do 15 roků a 2 450 Kč pro dítě do 26 roků). Částka na živobytí může být dále zvýšena, a to až na úroveň životního minima jednotlivce (3 140 Kč), případně i více (pokud je nařízeno lékařem dietní stravování). Výše příspěvku na živobytí se stanovuje jako rozdíl mezi živobytím osoby či rodiny a jejich příjmem, od kterého se odečtou přiměřené náklady na bydlení.

(Přiměřené náklady na bydlení jsou náklady na bydlení, maximálně však do výše 30 %, v Praze 35 %.)

Doplatek na bydlení je dávka pomoci v hmotné nouzi, která pomáhá uhradit odůvodněné náklady na bydlení. Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (tj. nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů za dodávky energií) zůstala osobě či rodině částka na živobytí.

Prostřednictvím **mimořádné okamžité pomoci** může být poskytnuta pomoc v situacích nepříznivého a mimořádného charakteru, kdy je pomoc potřeba bezprostředně, např. osoba neplní podmínky hmotné nouze pro opakované dávky, ale kvůli nedostatku finančních prostředků jí hrozí vážná újma na zdraví; dojde k vážné mimořádné události, např. živelní pohromě (povodni), požáru nebo jiné destruktivní události; osoba nemá dostatečné prostředky k úhradě nezbytného jednorázového výdaje (ztráta osobních dokladů, vydání duplikátu rodného listu), k pořízení nebo opravě nezbytných základních předmětů dlouhodobé spotřeby apod.; osoba nemá dostatečné prostředky k uhrazení nákladů vzniklých v souvislosti se vzděláním nebo se zájmovou činností nezaopatřených dětí; osoba nemůže v daném čase s ohledem na neuspokojivé sociální zázemí a nedostatek finančních prostředků úspěšně řešit svoji situaci a je ohrožena sociálním vyloučením (propuštění z výkonu vazby nebo z výkonu trestu odnětí svobody, ukončení léčby chorobných závislostí v psychiatrické nemocnici apod.).

Výkon umělecké, kulturní, sportovní nebo reklamní činnosti dítěte (mladšího 15 nebo staršího 15 let, pokud nemá ukončenou povinnou školní docházku). Dítě může vykonávat pouze uměleckou, kulturní, sportovní a reklamní činnost pro právnickou nebo fyzickou osobu (provozovatel činnosti) jen tehdy, pokud je tato činnost přiměřená jeho věku, není pro ně nebezpečná, nebrání jeho vzdělávání nebo docházce do školy, nepoškozuje jeho zdravotní, tělesný, duševní, morální nebo společenský rozvoj a není finančně ohodnocena. Pro účely povolení se za činnost dítěte považuje činnost umělecká a kulturní, vytváření autorských děl nebo provádění uměleckých výkonů a provádění úkonů zejména v oblasti hudební, pěvecké a taneční, úkony v reklamě a propagaci výrobků, služeb nebo jiných objektů a předmětů a činnost v modelingu. Dítě může tuto činnost vykonávat jen na základě jednotlivého povolení krajské pobočky Úřadu práce vydaného pro určité dítě a určitou činnost a na základě lékařského posudku od praktického lékaře pro děti a dorost.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS) je plně v kompetenci lékaře okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) – posudkového lékaře. Tito lékaři vypracovávají posudky pro systémy důchodového a nemocenského pojištění (tzv. pojistné systémy) a pro účely dávek a služeb sociální péče (tzv. nepojistné systémy) a vždy při tom vycházejí z nálezů odborných lékařů jednotlivých klinických oborů a z vlastního vyšetření zdravotního stavu. Posouzení zdravotního stavu pro jednotlivé systémy je rozdílné, posudková kritéria jsou stanovena právními předpisy a metodikou. Zdravotní postižení, které odpovídá přiznání jedné dávky (např. tzv. invaliditě z mládí), nemusí odpovídat přiznání dávky jiné (např. příspěvku na péči či na mobilitu).

Lékaři OSSZ/PSSZ/MSSZ tedy posuzují:

- invaliditu a změnu stupně invalidity
- dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost

- zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou
- schopnost pohyblivosti a orientace pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením a zda jde pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým sluchovým postižením nebo s těžkým zrakovým postižením nebo s těžkou nebo hlubokou mentální retardací
- stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči

Pro nárok na přiznání **průkazu osoby se zdravotním postižením** (TP, ZTP, ZTP/P) posuzují lékaři OSSZ dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který podstatně omezuje schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Pro účely nároku na **příspěvek na zvláštní pomůcku** posuzují lékaři těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru DNZS a zároveň to, zda zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku (např. alergie na srst je kontraindikací pro přiznání příspěvku na vodičího psa).

Posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na **příspěvek na péči** znamená stanovení stupně závislosti posuzované osoby na pomoci jiné osoby. DNZS pro tento účel znamená zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

Za DNZS se pro účely zákona o **důchodovém pojištění** považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok.

Za DNZS pro účely posouzení osoby **zdravotně znevýhodněné** se považuje zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění (Arnoldová 2012; výběr z příslušných zákonů).

10.7 Sociální aspekty v činnosti praktického lékaře pro děti a dorost

10.7.1 Obecná charakteristika primární péče o děti a dorost

V následujícím textu popisujeme především sociální složku primární péče o děti a dorost tak, jak ji sledujeme očima praktických dětských lékařů v každodenní péči poskytované v jedné ordinaci na jižním okraji Prahy. V souladu s obecným vymezením sociální pediatrie nás zajímají společenské příčiny a důsledky zdravotního stavu a zdravotního chování dětí a také společenské souvislosti poskytování praktické zdravotní péče o děti v místech, kde žijí. Vycházíme z předpokladu, že naše praxe ve srovnání s činností jiných ordinací praktických dětských lékařů ničím podstatným nevybočuje a může sloužit jako typický nebo adekvátně ilustrující příklad. Pro zachování širšího kontextu doplňujeme konkrétní popis činnosti též odkazy na celkové poskytování primární péče o děti v ČR a statistikami.

Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, kterou zde představujeme, začala pracovat v květnu 1984. Zpočátku šlo o malou praxi na okraji vilové zástavby v rámci

OÚNZ Praha 4. Postupně, jak se rozrůstalo přilehlé sídliště, rychle přibývali i dětští pacienti. Od února 1992 se stala soukromou praxí, od června roku 2013 funguje jako společnost s ručením omezením. Během těchto 30 let se množství pacientů měnilo, nejvíce na 2000 dětí v letech 1986–1987. V dalších letech následovala řada společenských reforem a z nich plynoucích organizačních změn i demografických výkyvů. Jejich podrobnější popis je nad rámec tohoto sdělení. V současné době je v naší praxi něco přes 800 registrovaných pacientů. Rodiče velké části našich pacientů byli v minulosti také v naší péči. Znalost rodinného prostředí i zdravotního stavu rodičů nám tak pomáhá v péči o současné dětské pacienty a rovněž důvěra rodičů je posilována dlouholetou známostí s lékařem.

Primární péče o děti je v ČR poskytována hustou stabilizovanou sítí ordinací praktických lékařů pro děti a dorost. Síť byla budována od padesátých do sedmdesátých let 20. století a od této doby se v základních kvantitativních poměrech nemění. Od 90. let se podstatně změnilo postavení praktických dětských lékařů, kteří byli původně ze 100 % zaměstnanci ústavů národního zdraví. V průběhu 90. let se většinou stali soukromými poskytovateli – smluvními, samostatně výdělečně činnými praktickými lékaři pro děti a dorost – PLDD (v roce 2012 poskytovalo zdravotní péči cca 82 % soukromých ambulantních lékařů včetně PLDD). Od první poloviny 90. let se změnilo i odborné a profesní postavení PLDD, vzniklo profesní Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD) a v rámci České lékařské společnosti se ustavila Odborná společnost praktických dětských lékařů (OSPDL).

Aktuální zdravotnická statistika uvádí, že v celé ČR v roce 2012 poskytovalo péči o 1 923 349 dětí 2026 praktických dětských lékařů. V roce 2012 bylo PLDD celkem provedeno 11 445 605 vyšetření a ošetření, z toho 8 232 923 vyšetření a ošetření v léčebné péči a 2 769 041 vyšetření v preventivní péči. Poměr počtu lékařů a ošetřovaných dětí se kraj od kraje liší. Na 1 PLDD v roce 2012 připadalo v průměru 949 registrovaných pacientů s minimem 866 registrovaných v kraji hl. m. Praha a maximem 1023 pacientů v krajích Ústeckém a Středočeském. V ČR jsou také lokality s nedostatkem PLDD, kde na jednu ordinaci připadá až 2000 dětí, a naopak existují malé praxe s podprůměrným počtem dětí.

Organizace

Síť ordinací PLDD, jak jsme již uvedli, je hustá, a tak nejsou významnější problémy s dostupností. Naopak jsou ordinace, které pečují o menší než průměrný předpokládaný počet cca 1000 dětí. Do naší praxe docházejí pacienti z blízkého okolí (sídliště) i z poměrně vzdálených lokalit v okolí Prahy. Dostupnost je zajišťována také možností kontaktovat lékaře mobilním telefonem nebo e-mailem.

Na stabilizovanou hustou síť ordinací PLDD navazuje síť ambulantních specialistů pro děti a dorost a dětských lůžkových zařízení.

Ve všech ordinacích PLDD se poskytuje léčebná i preventivní péče. Ordinační hodiny jsou zpravidla rozděleny na hodiny kurativní, kdy přicházejí děti nemocné, a na hodiny preventivní, kdy přicházejí děti, které jsou aktivně zvány na pravidelné preventivní prohlídky a očkování. To je dáno hygienicko-epidemiologickými předpisy i přirozenou snahou zabránit škodlivému kontaktu nemocných dětí s dětmi zdravými. Po domluvě s rodiči je též poskytována návštěvní služba.

Odstátnění primární péče v 90. letech se projevilo také na způsobu koordinace. Původní centrální řízení prostřednictvím ústavů národního zdraví a krajských

a okresních odborníků bylo nahrazeno dobrovolnou koordinací prostřednictvím regionálních zástupců a předsednictva SPLDD. Péče v naší ambulanci je koordinována s ostatními praktickými dětskými lékaři pomocí společných setkání, buď v rámci místa (pět praxí), nebo obvodu, okresu i celé republiky prostřednictvím akcí SPLDD a OSPDL. Setkání je pravidelně spojeno se vzděláváním formou přednášek i s neformálním předáváním informací o aktuálním dění ve zdravotnictví včetně organizačních změn v primární péči.

Garantem odbornosti PLDD je v ČR stát v oblasti postgraduálního vzdělávání a Odborná společnost praktických lékařů pro děti a dorost České lékařské společnosti J. E. Purkyně v oblasti vzdělávání kontinuálního. Personál naší ordinace pravidelně absoluuje odborné přednášky, snaží se získávat informace z odborných tiskovin a případně z internetu. SPLDD ve spolupráci s OSPDL vydává časopis *VOX Paediatricae*, jímž jsou členové těchto odborných společností též informováni o novinkách v medicíně, seznamováni s různými kazuistikami z praxe, novými zákonnými vyhláškami, které jsou pro naši praxi potřebné, a získávají zde také nutné informace o nových změnách v organizaci zdravotní péče. Současně informace získáváme také při osobních setkáních mezi lékaři.

Ekonomika

Základním zdrojem příjmů ordinací PLDD jsou platby od smluvních zdravotních pojišťoven. Kombinovaná platba je složena z části kapitační (paušální platba za registrovaného pacienta, která je ovlivňována věkovým indexem) a části výkonové (podle ceníku za nasmlouvané výkony). Dalšími zdroji příjmů jsou hotovostní platby za výkony u nepojištěných pacientů a hotovostní platby za výkony nehrzené ze zdravotního pojištění, platby za posudky a potvrzení na žádost, které hradí podle ceníku žádající. Možným zdrojem příjmů je také platba za příležitostné zapojení ordinace do výzkumných a rozvojových projektů.

Naše praxe patří mezi průměrně velké s poměrně souměrným rozložením počtů dětí v jednotlivých ročnících. S ohledem na to, že je praxe v podnájmů ve větším, poliklinickém zdravotnickém zařízení, je příjem praxe snížen o relativně vysokou platbu za nájem, úklid a další služby. I proto je naším cílem zvýšit počet registrovaných pacientů o pětinu na 1000 dětí.

Ordinace praktických lékařů včetně PLDD jsou základním a objemově největším poskytovatelem zdravotní péče. Primární péče by měla v ekonomice zdravotnictví v ČR ještě větší význam, pokud by mohla být do větší míry tzv. strážcem vstupu do ostatních pater systému zdravotní péče.

10.7.2 Hlavní partneři lékaře v primární péči

Pacienti a jejich rodiny

S ohledem na dlouhodobé působení naší praxe na jednom místě se k nám velká část bývalých pacientů vrací se svými dětmi. Právě kontinuita péče pomáhá ve vytvoření pocitu důvěry na straně rodičů i personálu. Znalost několika generací i příbuzných našich pacientů pomáhá lékařům poskytnout takovou péči a informace, jaké budou rodinou i pacienti nejlépe pochopeny a přijímány. S obecnými demografickými trendy narůstá také v naší ordinaci věk rodičů. Starší rodiče více přizpůsobují osobní priority potřebám dětí a na kvalitě péče se to většinou pozitivně odráží. Případy špatné nebo nedostatečné péče jsou v naší ordinaci výjimkou.

V současné době stoupá také množství rodin s dětmi, které se do ČR přistěhovaly za prací ze zahraničí. Jde o velmi pestrou skupinu pacientů, která vyžaduje různý sociální, jazykový i léčebný přístup. Často u dětí chybí jakákoliv dokumentace či zdravotní záznam, který by lékaři alespoň napověděl osobní anamnézu pacienta; záleží na zkušenostech a znalostech lékaře, aby tyto situace zvládl.

Odborní ambulantní lékaři

Naše praxe má několik základních odborných ambulancí, se kterými máme dobré a dlouhodobé zkušenosti a kam naše pacienty posíláme. Někdy však nastane problém, že pacienti (resp. jejich rodiče) sami vyhledají odbornou ambulanci bez konzultace s praktickým lékařem. Z neznalosti nemusí své obtíže správně zhodnotit a nevolí správnou odbornost lékaře. Praktický lékař se pak také nemusí vůbec dozvědět, že k tomuto vyšetření došlo a že byla třeba nasazena nějaká terapie. Potom může dojít k duplicitě léčby nebo k nesprávnému zhodnocení zdravotního stavu (třeba pro sport).

Nemocnice

V ČR poskytují dětem lůžkovou péči nemocnice se 458 lékaři a celkem 2631 lůžky. Specializovanou a superspecializovanou péči poskytují krajská dětská oddělení a dětské kliniky fakultních nemocnic. Naše praxe má místně poměrně rozlehlou klientelu, takže pokud je nutná akutní hospitalizace dítěte, snažíme se ji domluvit co nejbližší bydliště rodiny. Akutní hospitalizace není v naší praxi častá, praktičtí lékaři pro děti a dorost mají k dispozici poměrně širokou paletu léků, dostatečné zázemí spolupracujících ambulantních specialistů, dalších potřebných služeb a především zapojení rodičů dětí, kteří jsou ochotni a schopni o děti v nemoci pečovat. Pokud je akutní hospitalizace menších dětí nezbytná, vyjednáváme s nemocnicemi možnost společného pobytu dítěte v nemocnici s matkou či otcem. Také nemocnici vybíráme podle problému pacienta. Jde-li o specifický problém, posíláme děti již na specializovaná pracoviště (neurologie, urologie atd.) – v tom případě pak většinou jde o plánovaný diagnostický pobyt. Děti s některými diagnózami posíláme také na pravidelné léčebné pobyty do lázní, odborných léčeben a ozdravoven. Také zdravotní pojišťovny pořádají ozdravné pobyty, kam pacienty posíláme – tuto možnost si zjišťují sami rodiče. V blízkosti naší praxe je státem zřízené dětské centrum a soukromé zařízení pro děti s mentálním postižením, které je podporováno také příslušnou samosprávou.

Místní správa a sociální péče

Spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) usnadňuje letitá kontinuita naší praxe – osobně se známe s příslušnými pracovníky. OSPOD pořádá také setkání s praktickými lékaři, kteří mají praxe v příslušném obvodu. Nastane-li potřeba řešit složitější případ, svolává se případová konference, která je užitečná pro všechny zúčastněné. Naše spolupráce s OSPOD je velmi široká a pestrá: sociální problémy, nepřizpůsobiví rodiče, porozvodové konflikty, podezření na týrání dětí apod.

Kolektivní zařízení pro děti a mládež

V současné době je nejzávažnějším problémem nedostatek míst v těchto zařízeních. Péči v jeslích nahrazují místa, do nichž může dítě docházet jen některé dny v týdnu nebo i jen na několik hodin. Existují také soukromé mateřské školy, které doplňují počet míst ve školkách, jež jsou zřizovány obcí, péče je zde ale finančně

náročnější. V našem okolí jsou též dětské kluby, které mohou částečně pomoci rodinám s hlídáním dětí. Nejsou ale celodenní ani každodenní, takže bohužel ne všechny matky se po uplynutí rodičovské dovolené mohou vrátit do svého zaměstnání. Naštěstí se již objevují také mateřské školy organizované zaměstnavateli pro děti svých zaměstnanců.

10.7.3 Zvláštnosti péče o dítě

Klientela naší ordinace PLDD je poměrně pestrá od sociálně velmi slabých rodin, bydlících v sociálních bytech nebo ubytovnách pro matky s dětmi, až po rodiny dobře finančně zajištěné, které žijí v rodinných domech na okraji města. Medicínský přístup se snažíme udržet stejný pro všechny pacienty, i když samozřejmě musíme brát ohled na finanční situaci rodiny např. při volbě léčiv nebo nabídce nadstandardního očkování. Psychologické zvláštnosti se projevují hlavně v přístupu k různým věkovým skupinám – od novorozenců po dospělé, 19leté pacienty. Sociální problémy se snažíme řešit s pomocí OSPOD. Rodiny s prokázanou hmotnou nouzí jsou osvobozeny od poplatků za některé úkony v ordinaci. Velkou a bolestnou problematikou je spolupráce s rodinou, která má závažně nemocné dítě nebo dítě s postižením. Obtížná bývá také spolupráce s rodiči, kteří přes dítě a někdy přes i dětského lékaře řeší svůj rozchod.

10.7.4 Druhy péče o dítě

V naší ordinaci se snažíme, aby vzrůstal význam preventivní péče. Důsledně a opakovaně zveme také rodiče, kteří si potřebnost preventivních prohlídek neuvědomují. S ohledem na to, že při preventivní prohlídce lze věnovat více času problémům dítěte i rodiny, se často dají zjistit okolnosti, které ovlivňují zdravotní stav a které v časově úspornější kurativní péči mohou uniknout. Dítě i rodiče nejsou při preventivní prohlídce stresováni akutní nemocí, což pomáhá k navázání přátelského vztahu s lékařem i zdravotní sestrou. Tento vztah později pomáhá při léčbě nemocného dítěte, posiluje důvěru rodičů v rady lékaře a naopak lékař se může spolehnout na péči rodičů. Nejvíce se tento vztah uplatní u závažněji a chronicky nemocných dětí, kdy důvěra obou stran je podstatná pro průběh léčby. V pediatrické praxi není tak častá posudková péče, spíše jde o administrativní zátěž, kterou postupně usnadňuje širší užívání informačních a komunikačních technologií v ordinaci.

Při péči o děti s vrozenými vývojovými vadami nám pomáhá síť odborných ambulancí, které si dítě přebírají do své péče hned po narození. My se pak snažíme pracovat s rodinou a usnadnit jí přečkání těžkého období, než se naučí s problémem svého dítěte žít. Poruchy psychomotorického vývoje často navazují na prenatální i postnatální komplikace. Snažíme se co nejdříve opoždění odhalit a dítě odeslat na příslušné pracoviště, aby se objasnila příčina a tím i perspektiva dalšího vývoje a aby se co nejdříve začalo s rehabilitací dítěte. Při pravidelných preventivních prohlídkách je kontrolováno v růstových grafech, jak dítě roste a přibývá. Při neprospívání je potřeba rychle odhalit příčinu a podle ní dále postupovat. Při preventivních prohlídkách je také zapotřebí sledovat příznaky týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte a neprodleně upozornit OSPOD, případně policii.

Nejčastější problém, který v praxi řešíme, je vysoká a opakovaná nemocnost některých dětí. Většinou se nepotvrdí porucha imunity ani alergie, ale problém se objeví s nástupem dítěte do kolektivního zařízení. Naštěstí se ve většině případů stav postupně zlepšuje a nemocnost ustoupí. Je však potřeba hodně trpělivosti lékaře i rodičů. Závažný

problém, který ovlivňuje už od předškolního věku dospělý život jednotlivce, je obezita. Bohužel často jde o postižení celé rodiny, která nemoc bagatelizuje, takže naděje na zlepšení stavu není velká. Pokud ale dítě i rodina vytrvají a využijí nabídky lékaře na řešení, perspektiva je dobrá. Další obtíž, kterou většinou zjistíme při preventivní prohlídce, se objevuje po nástupu do 1. třídy. Nejrůznější poruchy učení jako dysgrafie, dyskalkulie, dyslexie apod. se pak řeší ve spolupráci se spádovou pedagogicko-psychologickou poradnou. Tam se též mohou řešit nejrůznější poruchy chování. Problematika drogové závislosti je ovlivňována lokalitou, kde je praxe umístěna, a tím, jak velké procento dospívajících je v péči lékaře.

V současné době pečujeme v našem obvodu asi o 20 dětí, u kterých spolupracujeme s OSPOD a které představují v naší praxi sociálně-pediatrikou problematiku v užším smyslu. První skupinu tvoří děti vyrůstající v problematických podmínkách s nedostatečnou péčí rodin včetně vážnoucí spolupráce s dětským lékařem. Další skupinu pak tvoří děti z dramaticky se rozpadajících rodin a pečujeme také o několik dětí z rodin postižených drogovou závislostí.

Intenzivně spolupracujeme s OSPOD u dvou romských rodin. U jedné jde o šest dětí, z nichž dvě byly již v minulosti dány do kojeneckého ústavu a odtud adoptovány. Do našeho obvodu z nich nyní patří čtyři děti. Při případové konferenci na OSPOD byla domluvena pomoc prarodičů, kteří převzali dvě děti do své péče; dvě nejmenší zůstávají s rodiči. Nejmenší dítě má vážné neurologické postižení, vyžaduje intenzivní lékařskou péči a samozřejmě i péči rodičovskou, s ohledem na schopnosti a inteligenci rodičů spíš nereálnou. Druhá romská rodina ne příliš správně pečuje o pět dětí. Problém je v neustálém stěhování rodiny a tím nesnadném dohledu OSPOD. V obou případech je obtížně odhadnutelný budoucí vývoj dětí pro nedostatečně intelektuálně podnětné prostředí i nedostatečnou zdravotní péči – většina dětí neabsolvuje povinné zdravotní prohlídky a vakcinace. Opakovaně a s rozpaky s OSPOD řešíme dilema, zda je lepší špatná péče rodiny, nebo odebrání dětí z rodičovské péče.

Velmi komplikovaná situace nastává v okamžiku, kdy se rodiče dítěte rozcházejí ve zlém. Před několika lety jsme řešili problém, kde se matka pokusila dítě otrávit, protože otec dítěte odcházel s jinou ženou. Matka byla odsouzena, dítě je v péči otce. Ani když situace není takto tragická, umí si rodiče hodně ubližovat, čímž ubližují i svým dětem. Škody napáchané na nich si děti odnášejí do dospělosti. Takových dětí máme momentálně pět ze tří rodin.

Těžký sociálně-pediatriký problém nastává v okamžiku závažného psychomotorického poškození dítěte. Rodiče potřebují velkou psychickou podporu od svého dětského lékaře, který by jim měl pomoci v kontaktu se sférou pomocných organizací, psychologem, sociální péčí.

Za svízelnou považujeme také péči o sedm dětí z rodin, které vyznávají alternativní způsob života v extrémní podobě. Přes veškeré vysvětlování a vstřícnost odmítají klasickou léčebnou péči – ústavní porod, vakcinaci, antibiotika apod. Uvědomujeme si s obavou, že závažné dopady pramenící z tohoto přístupu jsou jen otázkou času. Co si pak počneme?

10.7.5 Aktuální problematika

Současně se zvyšováním životní úrovně a dostupnosti informací (někdy i zcela nepravdivých) se objevila zcela nová problematika: tzv. návrat k „přirozenému způsobu

života“, který popírá a neuznává výsledky výzkumu a léčby posledních desítek let a jejich efekt na zdraví populace a délku života. Zavrhuje vakcinaci, antibiotika, porody v porodnici atd. Rodiče jsou většinou dost militantní a vysvětlování bývá bez efektu. Jejich chování považujeme i označujeme za sobecké, protože neočkované dítě je chráněno právě proto, že ostatní děti očkované jsou. Je to však rozhodnutí rodičů o jejich dítěti a my je musíme respektovat, i když nám nepřipadá správné a rozumné.

Významně také přibývá, a to v celé ČR i v naší ordinaci, nemocí s významnou sociální komponentou – alergóz a obezity. Z ne zcela jasných důvodů rodiče diagnózu alergózy dítěte přijímají, někteří až paradoxně téměř vynucují – snad je pro ně pak zvýšená nemocnost dítěte lépe pochopitelná. S diagnózou obezity se naproti tomu rodiče jen těžko smířují, popírají ji či bagatelizují. V naší praxi jsme nepozorovali změnu četnosti ani povahy a závažnosti dětských úrazů.

S otevřením společnosti přichází do republiky mnoho pracujících z různých blízkých i vzdálených států. V naší ordinaci máme cca 5 % dětí přistěhovalců zahraničního původu. Stejně jako v celé ČR je nejvíce dětí z Vietnamu, z Ukrajiny a rovněž z dalších států bývalého SSSR. Někteří z nich jsou pojištěni, jiní ne, případně jen částečně. To vyžaduje velkou pozornost personálu, aby se uhlídalo, které pojišťovně a jakou péči účtovat. Samozřejmě se snažíme rodinám vycházet vstříc – jejich situace není jednoduchá. Naše zkušenosti potvrzují domněnky o odlišnosti nemocnosti i zdravotního chování v těchto skupinách. Výzkumu těchto jevů by se v budoucnosti měla v ČR více věnovat mnohem větší pozornost, a to i v oblasti primární péče o děti a dorost.

10.7.6 Perspektivy primární péče o děti a dorost

Budoucnost primární péče o děti a dorost lze nahlédnout ze dvou úhlů. Jedním je hledisko změn nemocnosti a zdravotního chování dětí, druhým pak proměny v poskytování péče.

Nemocnost a zdravotní chování se v čase mění. Na střednědobém horizontu v naší pražské ordinaci i ve většině míst v ČR očekáváme další nárůst zahraniční klientely i s jejími odlišnými projevy a nároky. Rizikové znečištění životního prostředí zřejmě přinese další nárůst alergických onemocnění. Nepředpokládáme zvyšování fyzické aktivity dětí, naopak asi ještě přibude závislých na počítačových hrách s rizikem obezity či ohrožených poruchami chování.

Budoucnost poskytování primární péče o děti a dorost v ČR bude velmi pravděpodobně příznivě ovlivněna rozšiřující se paletou zdravotnických technologií (výkonnější informační a komunikační technologie, rychlá diagnostika pro ordinace, nové očkovací látky). Na druhou stranu je značným rizikem věkové složení skupiny PLDD; tato situace byla dokonce Českou lékařskou komorou označena za katastrofickou. V roce 2012 byl průměrný věk PLDD 57 let a 43 % PLDD bylo starších 60 let. Převažují lékaři přes 55 let věku. Ani do tohoto oboru se mladí lidé nehrnou. Řadu z nich odradí přílišná administrativa, roli hrají také relativně nízké příjmy a lokalita – malé obce znamenají méně pacientů, tj. menší příjmy.

Pro přípravu nových praktických dětských lékařů je připraven na MZ ČR program rezidenčních míst. Přihlásit se o rezidenční místo může soukromý praktický lékař pro děti a dorost, který má akreditaci na vzdělávání, ale žádost je poměrně složitá, o rezidenta se musíte čtyři roky starat a odměna za to je minimální. Proto se často školitelé o další rezidenční místo nehlásí. Práce v primární péči je stále společností podceňována i finančně

podhodnocována a možnosti převodu ordinací na mladé dětské lékaře jsou nejasné. Pokud nedojde k potřebným organizačním a ekonomickým změnám, v nejbližší době proto nemůžeme očekávat větší zájem mladých lékařů o práci v primární péči. Naopak to může za 10–15 let způsobit ohrožení dostupnosti primární péče.

Protože se v naší praxi nijak nevymykáme ani z věkového průměru praktických dětských lékařů v republice, čeká nás stejný problém jako ostatní lékaře v primární péči: Komu máme předat svoje pacienty?

Literatura

- ARNOLDOVÁ, A.: *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada Publishing, 2012, 352 stran.
- DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H.: *Sociální pediatrie*. Praha: Avicenum, 1989, 253 stran.
- DUNOVSKÝ, J., a kol.: *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999, 284 stran.
- CHAMPION, G. D., KONG, J. H., GOODENOUGH, B.: Medical Considerations in the Management of Chronic Pain in Children. In: MAX, M., ed.: *Pain 1999, an UpdateD Review*. Seattle: IASP Press, 1999, 245–251.
- JAVŮRKOVÁ, A.: Jak dítě prožívá chronickou nemoc. *Děti a my* 2001; 4: 17–18.
- KUKLA, L.: *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2007, 44 stran.
- MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J.: Dětská bolest. *Bolest* 2000; S1: 121–129.
- MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H+H, 2001.
- MIHÁL, V.: Nemocné dítě a rodina. Mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě? *Pediatrie pro praxi* 2003; 4: 198–201.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011, 528 stran.
- SLANÝ, J.: Některé problémy pediatrické thanatologie. *Pediatrica pre prax* 2008; 2: 112–114.
- SLANÝ, J., JAVOROVÁ, L.: *Etika ve zdravotnictví*. Žilina: Georg, 2011.
- SLANÝ, J., ŠRAMATÁ, M.: Emoce a vážně nemocné dítě. *Paliativna medicína* 2012; 5(3): 86–88.
- ŠOLTĚS, L., PULLMANN, R., a kol.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008, 256 stran.
- Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 329/2011 Sb., o dávkách pro zdravotně postižené, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity.
- www.detskylekar.cz

11 Děti a mladiství s psychickými poruchami a vývojovými nápadnostmi: vybrané závažné problémy

Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen.

Jsme si vědomi, že náš výběr zdaleka neobsahuje všechny významné problémy, které naši dětskou a dorostovou populaci postihují. Nepopisujeme např. neurotické a úzkostné poruchy se somatickými projevy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, fobická porucha, separační úzkostná porucha v dětství) a duševní poruchy s převahou somatických příznaků (disociativní porucha, somatoformní poruchy, Münchhausenův syndrom a řada dalších). Vybrali jsme jednotky dle našeho soudu nejzávažnější, s vyšší frekvencí v dětské a dorostové populaci.

11.1 Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci a jejich terapie

Charakteristika poruch

Jde o primárně psychická onemocnění, která závažným způsobem zasahují do somatického stavu, naproti tomu vyhubnutí zase zpětně ovlivňuje psychiku. Etiologie je multifaktoriální s biopsychosociálním kontextem. Lze rozlišit poruchy příjmu potravy:

- **v útlém a dětském věku**
 - ruminace
 - pika
 - emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu
 - syndrom vybíravosti v jídle
 - syndrom pervazivního odmítání jídla
- **v dětství a adolescenci**
 - mentální anorexie
 - mentální bulimie

11.1.1 Poruchy krmení v raném dětství

Obecně by měl být příjem potravy zdrojem pocitů libosti. Krmení se podílí na podpoře vazby mezi matkou a dítětem (Bowlby). Nesmíme opomenout význam kojení. Důležité je vzájemné zpětné ovlivňování dítěte a matky – klidná matka uklidňuje dítě a naopak. Naproti tomu problémy vedou k úzkosti u dítěte i u matky.

Charakteristika poruchy krmení

Pojem „neprospívání“ je spíše pediatrikou diagnózou. Vždy musíme posuzovat, zda jde u dítěte o věkově přiměřený příjem potravy, nebo o obtíže v něm – např. nedostatečný váhový přírůstek nebo dokonce úbytek po dobu minimálně jednoho měsíce.

Obtíže nejsou spojeny se somatickou poruchou, není přítomna jiná psychická porucha, začátek před 6. rokem věku.

Poruchy krmení podle Chatoorové:

- porucha ve stadiu homeostázy – v prvních měsících života, nedostatečná výživa
- porucha ve stadiu vztahové vazby – 2. až 8. měsíc, vážne spolupráce matka-dítě

- porucha ve stadiu separace – 9. až 18. měsíc – odmítání samostatného jídla dítětem
- posttraumatická porucha krmení – odmítání jídla po epizodě dušení, zvracení nebo medicínských procedurách

Poruchy příjmu jídla v útlém a dětském věku dle MKN-10

Zahrnují odmítání jídla a mimořádnou vybíravost – při přiměřeném podávání jídla rozumně pečujícími osobami. Není přítomna organická porucha. Obtíže jsou mnohem větší, než je běžné (menší obtíže kolem jídla) v útlém věku. Může, ale nemusí být přítomna ruminace.

Ruminace

Je spojena s opakovanou regurgitací, při které není přítomna nauzea. Vyskytuje se ve věku kojeneckém, batolecím, vzácně později. Podstatná je nepřítomnost organického onemocnění zažívacího traktu (gastroezofageální reflux, gastritida, ezofagitida apod.). Častěji ruminují, když jsou samy. Může být, ale nemusí být přítomna mentální retardace. Dg. infantilní ruminační porucha. V etiologii a patogenezi jsou popisovány deprivací vlivy, případně problémy ve vztahu s matkou. V anamnéze však mohou být také pre- nebo perinatální poškození dítěte. Popisuje se i psychické postižení matky. Terapie: psychoterapie u dítěte i matky, výchovné a rodinné poradenství, u starších dětí lze využít také kognitivně behaviorální terapie.

Pika

Pojídání nestravitelných látek, které nejsou jinak k jídlu určeny: hlíny, barviv, odpadků, písku, vlasů apod. Bývá spojena s deprivacími fenomény. Nižší sociokulturní úroveň rodiny. Může být komorbidita s autismem, mentální retardací, psychotickou poruchou. V rodině často problémy – rozvod rodičů, zanedbávání, týrání. Jako predisponující faktor může být opět pre- nebo perinatální postižení. Terapie: jako v předcházejícím případě nebo ve vazbě na příslušnou diagnózu.

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

Popsali ji Higgs et al. v roce 1989; jde o vyhýbání se jídlu, které není důsledkem primární afektivní poruchy. Projevy jsou úbytek tělesné hmotnosti a poruchy nálad, ale není přítomna porucha tělového schématu, není chorobné zabývání se hmotností nebo postavou, není organická porucha nebo psychóza.

Syndrom vybíravosti v jídlu

U dětí mezi 8. a 12. rokem, častěji u chlapců. Mají pouze malý „rejstřík“ toho, co jí – ostatní rigidně odmítají. Nebývá výraznější podváha, kolem jídelníčku jsou většinou v rodině četné konflikty, život rodiny je omezován, dítě se hůře psychosociálně adaptuje.

Syndrom pervazivního odmítání jídla

Popsán Laskem a kol. v roce 1991. Většinou postihuje dívky mezi 8. a 14. rokem věku. Začátek vypadá jako mentální anorexie, postupně však dochází k vyhýbání se běžným aktivitám a kontaktům. Dochází k odmítání jídla, pití, mluvení, chůze, péče o sebe. Uvažovalo se, že může jít o určitý druh posttraumatické stresové poruchy nebo důsledek sexuálního zneužití, to se ale nepotvrdilo.

Terapeutické postupy

Terapie musí být komplexní, může být využita mezioborová spolupráce (pediatr, nutriční specialista, psycholog, pedopsychiatri a další). Po vyloučení organické příčiny je třeba, aby nastoupila nutriční rehabilitace, režimová opatření, psychoterapeutická práce s oběma rodiči, rodinná terapie – tyto přístupy jsou závislé na vývojovém stadiu.

Medikamentózní léčba: kauzální léčba není k dispozici, medikace symptomatická. V některých případech jsou užívána antidepresiva, v indikovaných případech antipsychotika.

V psychoterapii je nutná orientace na osobnost dítěte a rodinu a jejich motivování k léčbě. Je třeba brát ohled na vývojová kritéria.

11.1.2 Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci (mentální anorexie a bulimie)

Poruchy příjmu potravy tohoto druhu se vyskytují nejčastěji u dospívajících dívek a mladých žen. V typické formě mentální anorexie se objevují vzácně již i v mladším školním věku. Někdy raný počátek poruchy navazuje na akceleraci biologického vzrávání. Mentální bulimie je v dětském věku velmi vzácná. Vzestup choroby se datuje do druhé poloviny 20. století, nejdříve v podobě mentální anorexie, posléze i bulimie. K podstatnému vzestupu došlo v 90. letech minulého století.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje mentální anorexii a mentální bulimii. Obě formy mohou přecházet jedna v druhou, častěji onemocnění začne jako mentální anorexie a později přejde do mentální bulimie. U poloviny anorektiček se rozvine také bulimie a v principu všechny bulimičky měly v anamnéze alespoň někdy anorexii.

MENTÁLNÍ ANOREXIE

Definice

Pod pojmem mentální anorexie (MA) rozumíme extrémní hmotnostní úbytek nebo věku neodpovídající hmotnostní přírůstek (převážně u prepubertálních a pubertálních děvčat) zapříčiněný jejich vlastní aktivitou spojenou s hlubokým přesvědčením o jejich nadváze i přes jejich evidentní podváhu. Jde o vědomé omezování příjmu potravy s následným hubnutím.

Epidemiologie

Incidence stoupla do konce minulého tisíciletí na 8/100 000 obyvatel, prevalence je kolem 1 %, u mentální bulimie vyšší. Ženské pohlaví je postiženo až desetkrát častěji než mužské. Onemocnění nastupuje zřídka již kolem 10. roku, vrchol mívá kolem 14. a 15. roku, druhé období nástupu bývá ještě mezi 17. a 18. rokem. Vyskytuje se nejčastěji u obyvatelstva středních a vyšších vrstev.

Etiopatogeneze

U poruch příjmu potravy jde o multifaktoriální onemocnění. Výzkum na dvojčatech a v rodinách svědčí pro genetický podíl. Diskutuje se role genu pro serotonin-5HT_{2A} receptor. Hubená dívka jako ideál krásy se v mnoha zemích považuje spíše za patogenetický faktor než za spouštěč poruchy příjmu potravy. Za spouštěč se považují

také diety, pokud existuje odpovídající predispozice. Vyšetření ukazují také na patogenetickou důležitost estrogenu. Prepubertální vzestup ženského pohlavního hormonu může být predisponujícím faktorem manifestace anorexie a vysvětluje se jím také převažující věk nástupu onemocnění. Koncentrace leptinu je u pacientek s anorexií v akutním stadiu silně snížena.

Poruchám příjmu potravy mohou v jednotlivých případech předcházet **tenze, poruchy spojené se strachem a deprese**. Snížené vnímání vlastní hodnoty podporuje manifestaci poruchy příjmu potravy. Sexuální zneužití je prokázáno častěji ve srovnání se zdravými ženami, ale mnohem méně často ve srovnání s jinými psychiatrickými poruchami. Psychodynamicky jsou důležité **porucha autonomie a odmítání ženské pohlavní role**.

Na **etiologii** se podílejí:

- **predisponující faktory** – individuální, rodinné, sociokulturní
- **spouštěcí faktory** – separace a ztráta, narušení rodinné rovnováhy, změny v nárocích prostředí, ohrožující ztráta sebevědomí, specifické požadavky vývojových období (např. puberta)
- **udržující faktory** – syndrom hladovění, zvracení, endokrinní změny, percepční poruchy, oslabené egofungování, neřešené predispoziční faktory, sekundární zisk, sociokulturní zaujetí štíhlostí i iatrogenní faktory

Klinický průběh

Hlavním klinickým symptomem MA je **podváha**. Kritérium hmotnosti pro MA je splněno, když je BMI pod 10. percentilem. U mnoha pacientek však nacházíme BMI dokonce pod 3. percentilem. BMI je závislý na věku: v 10 letech je BMI pod 13,5, ve 12 letech 14,2, ve 14 letech 15,6, v 18 letech 17,5. V počátku dítě nemusí zhubnout, ale při růstu není odpovídající váhový přírůstek. Pochopitelně při dlouhodobé podvýživě není dosaženo odpovídajícího růstu.

Pacientky s MA omezují kalorický příjem, vyhýbají se potravinám bohatým na tuky a cukry. Zabývají se nutkavě vlastní tělesnou hmotností, kterou i přes stávající podváhu považují za příliš vysokou. Často se pokouší zvýšit spotřebu energie **dlouhými sportovními aktivitami**. Psychicky spadají postižené dívky až pod obraz hysterických nebo schizofrenických poruch osobnosti.

V dalším průběhu dochází při odmítání jídla ke **konfliktům s rodiči**; rodiče se často snaží dceru do jídla nutit, ta to odmítá a brání se nejrůznějšími způsoby. Častá bývá manipulace s jídlem, jeho schovávání apod., následné vyvolávání zvracení. Vztahy v rodině se sekundárně zhoršují.

Osobnost s rysy vyhýbavosti, sociální konformity, emoční staženosti. Pacientky mají sklon k depresivnímu ladění, zvýrazněné ctižádosti při většinou vyšší inteligenci. Je zde tendence popírat úmyslné hladovění. Častá komorbidita nejen s depresivním syndromem, ale i s obsedantně-kompulzivním syndromem.

Doprovodnými somatickými symptomy jsou amenorea, opoždování psychosexuálního zrání, poruchy biologického i psychologického zrání, vypadávání vlasů, osteoporóza a reverzibilní pseudoatrofie mozku. Popisují nechutenství a bolesti břicha. Navíc trpívají zimomřivostí a arteriální hypotonií.

Z **metabolických změn** jsou nejčastější hypokalemická alkalóza, dehydratace, anémie, leukocytopenie, trombocytopenie, snížení tyreoidálních hormonů, hypercholesterolemie.

Onemocnění se dělí na:

- **restriktivní formu** – chybí „ataky žravosti“, vyvolávání zvracení, abúzus laxativ a diuretik
- **bulimickou formu** – je charakterizována „atakami žravosti“ následovanými vyvoláváním zvracení a používáním laxancií a diuretik.

Diagnostická kritéria

- Tělesná hmotnost se pohybuje nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností (ať již byla snížena, nebo jí nikdy nebylo dosaženo), BMI je 17,5 kg/m² či méně. Prepubertální pacienti nedosahují očekávaného hmotnostního přírůstku.
- Snížení hmotnosti si pacient způsobuje tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“. Přitom užívá alespoň jeden z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Je přítomna specifická psychopatologie, přičemž přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka. Pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou hmotnost.
- Komplexní endokrinní změny (zahrnující hypotalamo-pituitárně-gonadální osu) se projevují u žen amenoreou (výjimkou je krvácení navozené hormonální terapií) a u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Mohou se vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, kortizolu, změny periferní aktivity hormonů štítnice a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Při začátku onemocnění před pubertou jsou pubertální projevy opožděny nebo zastaveny (zastavuje se růst, nevyvíjejí se sekundární pohlavní znaky, u dívek přetrvává primární amenorea). Při uzdravení se puberta dokončuje, ale menarche se opožďuje.

Terapie

Péče o MA vyžaduje rozsáhlý terapeutický koncept. Dítě a dospívající většinou nepřichází dobrovolně, což má sice výhodu dřívější péče, ale nevýhodou je malá motivace pro léčbu. Někdy to bere jako trest – a někdy je to tak i rodiči interpretováno.

Prvním krokem léčby je proto vybudování **motivace k léčbě**. Dáváme přednost ambulantním formám, ale někdy je hospitalizace nutná. Indikací k hospitalizaci jsou chybějící váhový přírůstek při nízkém BMI, další úbytek i při terapii, potenciálně život ohrožující somatické komplikace, těžká deprese, akutní ohrožení ze sebevraždy a těžké rodinné konflikty.

Hlavním terapeutickým cílem je **navýšení tělesné hmotnosti**, což je současně předpokladem pro možnost psychoterapie pacientky. Snažíme se normalizovat **postoj k jídlu** pravidelným jídelním režimem založeným na třech hlavních jídlech a dvou doplňujících svačinách. Podrobné jídelní poradenství je nezbytné. Musíme myslet také na dostačující přívod vápníku (profylaxe osteoporózy).

Psychoterapie probíhá v podobě léčby chování pohovorem a rodinnou terapií nebo psychologickým rozbohem. Rozhodující je spolupráce rodičů. Na začátku musíme zamezit, aby rodiče i přes doporučení lékařů neodvedli pacientky z kliniky. Většina dívek vydírá rodiče suicidálními hrozbami. Rodičům musí být situace důkladně vysvětlena a později se musí na léčbě spolupodílet. Někdy je bohužel mezi rodiči rozpor a dochází ke vzájemným manipulacím, využívání „choroby“ dítěte ve vlastní prospěch.

Z hlediska psychoterapeutického jsou doporučeny následující přístupy: kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychoanalytická psychoterapie, skupinová terapie, rodinná a vícerodinná terapie, u mladších herní terapie, arteterapie, muzikoterapie.

Cíle psychoterapie u MA jsou:

- dosažení potřebné hmotnosti
- normalizace jídelního chování
- zlepšení emočního stavu
- vyřešení interpersonálních problémů
- zlepšení sebehodnocení a sebezpojetí
- zvládnutí rodinných problémů

U MA se máme v první řadě pokusit o **perorální příjem potravy**. Výživa sondou může v jednotlivých případech při těžkém zhubnutí pacientce ulehčit. Parenterální výživa je používána zcela výjimečně při vitálních indikacích a může vést k těžkým komplikacím (např. elektrolytový rozvrat).

Letalita MA je vysoká, uvádí se 5–15 % ve věku nad 10 let. Jen 10 % pacientek se uzdraví do dvou let. Onemocnění se vyznačuje chronickým průběhem, který je dán sociální izolací a vysokou psychiatrickou a somatickou komorbiditou (např. selhání ledvin). I u vyléčených pacientek přetrvávají více či méně vyjádřené nápadné jídelní návyky.

Mentální anorexie má **nejvyšší mortalitu** ze všech psychiatrických onemocnění. Smrtného průběhu se můžeme obávat obzvláště při mnohaletém průběhu onemocnění s nízkým BMI.

Nutná je **spolupráce** odborníků – pediatra, pedopsychiatra, neurologa, gynekologa, psychologa, dermatologa a dalších.

MENTÁLNÍ BULIMIE

Definice

Mentální bulimie (MB) je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlá vede pacientku k pocitům viny a snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji vyvoláním zvracení. Nemocná si (na rozdíl od MA) uvědomuje chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení.

Epidemiologie

MB je častější než MA, objevuje se později, prevalence se pohybuje kolem 3 %. Opět převažují významně ženy nad muži. Subklinické formy jsou cca u 8 % dívek a žen.

Etiologie

Multifaktoriální, podobná jako u MA, na rozvoj poruchy mají vliv faktory společenské, individuálně psychologické i biologické. Celkové společenské klima, které přispívá ke vzniku poruchy příjmu potravy, bylo již zmíněno u MA. V rodinách dívek s MB jsou častější **afektivní poruchy**, zejména **deprese**. Dochází však také k **sekundární devastaci rodinných vztahů** v důsledku těžkých obtíží pacientky. Tyto narušené vztahy nepochybně patří mezi udržující faktory onemocnění.

Diagnostická kritéria

- Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla alespoň jedním z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků ze skupiny anorektik, hormonů štítné žlázy nebo diuretik. Pokud se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít k úmyslnému zanedbání inzulínové léčby.
- Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Pacient si určí přesně vymezený hmotnostní práh, který je nižší než premorbidní hmotnost, jež je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často, téměř vždy, je v anamnéze dřívější epizoda MA.

Existuje také **atypická mentální bulimie**, což je stav, kdy nejsou splněna všechna výše uváděná kritéria. Tito pacienti mají obvykle normální nebo i nadměrnou hmotnost, trpí však charakteristickými obdobími přejídání následovanými zvracením nebo zneužíváním projímadel. Někdy se vyskytují dílčí syndromy spolu s depresivními příznaky.

Klinický obraz

Pro MB jsou charakteristické **záchvaty „vlčího“ hladu**, při nichž je postižená schopna sníst najednou obrovské dávky jídla. Přitom však zůstává touha po štíhlosti. Pacientka nejčastěji ráno i v poledne hladová, snaží se udržet jídlo a svoji hmotnost pod kontrolou. Odpoledne nebo navečer tyto kontroly selžou a ona se přejí. Přejedení může být obrovské, jde o mnohonásobky doporučeného příjmu potravy. Následují výrazné **pocity viny**: dívky si vyčítají, že opět selhaly, že budou obézní, mají depresivní prožitky. Pocity viny nejčastěji řeší vyvoláváním **zvracení**, které je zpočátku nesnadné, postupně se však může stát až spontánním. Pacientky zvracejí i několikrát denně, aniž by si to vědomě přály.

Hmotnost nápadně fluktuuje. Někdy může stagnovat, stoupat i klesat v závislosti na množství požitého jídla a četnosti zvracení. Postupně se rozvine typický **kruh**, na jehož počátku je záchvat hladu s přejedením, po něm následují pocity viny vedoucí až ke zvracení. Poté vzniká pocit opětovného selhání a po určité době dochází k dalšímu přejedení. Tento cyklus se může opakovat i vícekrát za den. V některých případech nemusí po přejedení následovat zvracení, ale mohou být zneužita laxativa nebo může následovat excesivní cvičení.

V psychopatologickém obrazu dominuje **ovládavá myšlenka na jídlo, hmotnost a štíhlost postavy**. Je přítomen strach z obezity, emoční labilita a depresivní prožívání, které může směřovat až k suicidálnímu jednání. Někdy pacientky zneužívají alkohol, drogy nebo léky. Dochází k **devastaci vztahu s blízkými osobami**, zejména rodiči.

Somatické souvislosti

Klinický obraz je dán kombinací nutričního strádání a epizod hyperfagie a následného zvracení. Při MB tak může docházet (stejně jako u MA) k poruchám vnitřního prostředí. Zvracení vede k hypokalemické alkalóze se zvýšenou hladinou sérového hydrogenuhličitanu a hypochloremii. Hypokalemie může způsobovat nápadnou spavost, únavnost, srdeční arytmii a vést až k srdeční zástavě. Opakované zvracení vede

k dehydrataci. Zvracení též poškozují zubní sklovinu a vyvolává zvýšenou kazivost chrupu. Zvětšení příušních žláz přináší také psychologický problém, protože pacientky si připadají v obličejích jako obtlouštější. Vzácně může dojít k akutní dilataci žaludku a při zvracení k ruptuře jícnu.

Terapie

Stejně jako u MA je komplexní. Zahrnuje individuální a skupinovou psychoterapii, režimové opatření, rodinnou terapii. Individuální kognitivně behaviorální psychoterapie se zaměřuje na **zvládnání záchvatů** přejídání a následného zvracení a na **změnu postojů** vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti. V úvahu připadá jak forma ambulantní, tak hospitalizační péče. Rozhodnutí o hospitalizaci závisí především na stavu nemocné, míře vyhubnutí a stupni metabolického rozvratu. Indikací je také depresivní syndrom s případnými suicidálními tendencemi (Koutek, 2014).

11.2 Pervazivní vývojové poruchy, autismus

Vědecké bádání o autismu prodělalo v posledních dvaceti letech zásadní obrát. Dříve se na autismus pohlíželo jako na psychózu, nyní je řazen mezi neurovývojové poruchy.

Autistické syndromy jsou charakterizovány vysokým stupněm poruchy interpersonálních kontaktů se zpomalením celkového vývoje, neschopností emocionálního vyjadřování, stereotypy, repetitivním chováním, někdy až bizarním chováním, hypersenzitivitou k určitým sensorickým podnětům a nápadnostmi v řeči.

Výskyt se odhaduje na asi 3 : 10 000. Chlapci jsou postiženi výrazně častěji než dívky. Časný dětský autismus se může projevit již v kojeneckém věku.

Vedoucí roli v **patogenezi** časného dětského autismu hrají pravděpodobně poruchy funkce mozku. U přibližně 60 % dětí nacházíme klinické známky takových poruch. Studie na dvojčatech svědčí pro významnou genetickou komponentu v rozvoji autistického syndromu.

Vývoj dětí je od počátku opožděn. Nenavazují vizuální kontakt. Emocionální vývoj můžeme popsat jako téměř chybějící. Extrémní narušení kontaktů se projevuje jako uzavřenost bez reakce na lidi. Naproti tomu nacházíme často intenzivní náklonnost k neživým věcem v okolí. Děti jsou úzkostlivě fixované na své zvyky a v případě změny v okolí může dojít až k panické reakci. Strach před reálným nebezpečím naproti tomu chybí (např. balancování na balkonovém zábradlí).

Rozvíjí se **motorické nápadnosti** v podobě stereotypů (např. mnutí očí), chůze po špičkách, nekoordinované pohyby a pohyby tzv. naprázdno. **Nápadnosti v řeči** se manifestují jako zpomalený vývoj řeči (50 %), náchylnost k tvorbě nových slov a echoalalii. Děti typicky o sobě mluví v třetí osobě. Rozvoj projevů je kolem 2. roku věku.

Většinou jsou děti vyšetřovány pro psychomotorickou retardaci a opožděný vývoj řeči. **Diagnostika** je poměrně složitý proces vyžadující vysoké odborné i praktické zkušenosti odborníka, ať už psychiatra, nebo psychologa. **Diagnostickými kritérii** autismu jsou extrémní uzavřenost před okolním světem, strach před změnami i zpomalení celkového vývoje s nápadnostmi řeči.

Slovo „pervazivní“ znamená „vše pronikající“ a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je **narušen do hloubky** v mnoha směrech. V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu, do-

cháží k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Dítě má jiné prožívání, proto se i jinak chová.

Pro dílčí syndromy je charakteristická značná **variabilita symptomů**; nenajdeme dva lidi se stejnými vzorci chování. Poruchy autistického spektra diagnostikujeme vždy na základě celkového vzorce chování ve specifických oblastech, nikdy ne na základě několika projevů. V sedmdesátých letech minulého století vymezila britská psychiatřka Lorna Wingová tři stěžejní problematické oblasti, které jsou klíčové pro diagnózu, a nazvala je „**triádou narušení**“ (Wing a Gould, 1979):

- sociální chování
- verbální a neverbální komunikace
- představitost

Kromě značné rozsáhlosti a různorodosti symptomatiky se jednotlivé symptomy liší v četnosti a síle projevu, některé mohou zcela chybět. Také stupeň závažnosti poruch bývá různý.

PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA – DÍLČÍ DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE

Dětský autismus (časný)

(F 84.0 podle MKN-10 – Duševní poruchy a poruchy chování)

- autismus se projevuje **před třetím rokem** věku dítěte
- **kvalitativní narušení sociální interakce** – nepřiměřené vyhodnocení sociálně-emočních situací; nepatřičná a nedostatečná odpověď na emoce jiných lidí; nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu situace, sociální normě; omezená schopnost používat sociální signály a dovednosti; absence používání dovedností sloužících k vyjádření sociálně-emoční blízkosti; slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování
- **kvalitativní narušení komunikace** – nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností; narušená fantazijní a sociálně napodobivá hra; nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru; snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování; relativní nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení; absence emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí (verbální i neverbální); narušená kadence komunikace a správného důrazu v řeči, který moduluje komunikaci; nedostatečná gestikulace užívaná ke zvýraznění komunikace
- **omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity** – rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života, např. všední zvyky, hry; specifická příchyllost k předmětům, které jsou pro daný věk atypické (jiné než např. plyšové hračky); lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů; stereotypní zájmy (např. jízdní řády); pohybové stereotypie; zájem o nefunkční prvky předmětů; odpor ke změnám v běžném průběhu činnosti nebo v detailech osobního prostředí, jako je přesun nábytku či dekorací v domě, bytě
- **nespecifické rysy** – strach (různé fobie); poruchy spánku a příjmu potravy; záchvaty vzteku, agrese a sebezraňování (zvláště pokud je přítomna těžká mentální retardace); většinou absence spontaneity, iniciativy a tvořivosti při organizování volného času; potíže s vytvořením myšlenkové osnovy (koncepce) při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na samostatné úkoly stačí

Diagnostická kritéria pro klasickou autistickou poruchu

(299.0 podle DSM-IV)

K diagnóze je zapotřebí minimálně šest z níže uváděných symptomů z kategorie I, a to nejméně dva symptomy z odstavce A, nejméně jeden z odstavce B a jeden z odstavce C.

Kategorie I

A. Kvalitativní narušení sociální interakce – zřetelně narušená schopnost přiměřeně používat prostředky neverbální komunikace, jako je oční kontakt, výraz obličeje, postoj těla a gesta, jež slouží k udržování sociální interakce; neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky na odpovídající vývojové úrovni; snížená schopnost spontánně sdílet s ostatními radost, zájmy a úspěchy (nesnaží se upozornit na věci, které ho zajímají, ukazováním nebo jejich předvedením); nedostatečně rozvinuté nebo chybějící sociálně-emoční dovednosti.

B. Kvalitativní narušení komunikace – opožděný vývoj řeči, případně se řeč vůbec nevyvine (není přítomna snaha deficit kompenzovat alternativním způsobem komunikace, např. gesty nebo mimikou); u osob, které mají přiměřeně rozvinutou řeč, je výrazně postižena schopnost iniciovat nebo udržovat konverzaci s druhými lidmi; stereotypní a opakující se vzorce v řeči nebo idiosynkratické (zvláštní) výrazy; chybí různorodá, spontánní fantazijní a sociálně napodobivá hra odpovídající věkové úrovni.

C. Omezené, opakující se nebo stereotypní vzorce chování, zájmů nebo aktivit – nápadně výrazné zaujetí jednou nebo několika činnostmi, které jsou abnormální buď intenzitou, nebo svým zaměřením (např. meteorologie, statistika); lpění na specifických, nefunkčních rituálech a rutinních činnostech; přítomnost stereotypních, opakujících se motorických manýr (např. třepání či krouživé pohyby rukama či prsty nebo komplexní specifické pohyby celým tělem); ulpívání na zabývání se částmi předmětů.

Kategorie II

Opožděný vývoj či abnormní chování alespoň v jedné z následujících kategorií:

- sociální interakce
- řeč ve vztahu k sociální interakci
- symbolická nebo fantazijní hra

Kategorie III

Diagnostická kritéria dětské desintegrační poruchy, Rettova syndromu či Aspergerova syndromu **nevyhovují lépe.**

Nespecifické rysy

- nerovnoměrný profil kognitivních schopností (např. hyperlexie)
- problémy s užíváním řeči a její gramatickou strukturou, užívání 3. osoby („on“) místo 1. osoby („já“) – mnoho dětí s vysoce funkčním autismem má úroveň porozumění na nižší úrovni než vyjadřování
- upřednostňování periferního zrakového vnímání (koutkem oka) před přímým pohledem
- snížená schopnost imitace pohybů, nachýlená chůze či chůze po špičkách, tleskání, luskání prsty
- fascinace pohybem (roztáčení hraček, otevírání a zavírání dveří, pozorování větráků či jiných otáčejících se předmětů)

- neobvyklé reakce na smyslové podněty (hypersenzitivita na zvuky, světla nebo doteky, nepřiměřená reakce na vůně a pachy)
- nepřiměřené emocionální reakce (bezdůvodný pláč nebo smích, střídání nálad, afekty, úzkost, absence strachu v nebezpečných situacích)
- problémy s chováním (dyskoncentrace, agresivita, sebezraňování, impulzivita, záchvaty vzteku)
- problémy se spánkem, jídlem

Atypický autismus (F 84.1)

Jde o velmi heterogenní diagnostickou jednotku, která tvoří součást autistického spektra. Člověk s touto diagnózou splňuje pouze částečně diagnostická kritéria definovaná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se shodují s potížemi, jež mají lidé s autismem. Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro tu část osob, na něž by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony. Sociální dovednosti bývají narušeny méně, než tomu bývá u klasického autismu. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus vůbec nemusí lišit od dětského autismu.

Aspergerův syndrom (F 84.5)

Aspergerův syndrom (AS) je mírnou formou poruch autistického spektra. Pro diagnózu jsou klíčové potíže v komunikaci a sociálním chování, které jsou v rozporu s celkově dobrým intelektem a řečovými schopnostmi dítěte. Lidé s AS mají problémy s navazováním přiměřených vztahů s lidmi, obtížně chápou mimoslovní komunikaci, mimika i gestika bývají značně omezené, někdy negativně reagují na změny, lpí na rituálech, vyznačují se nestandardními zájmy. Způsob uvažování a logika bývají velmi zvláštní. Lze říci, že se u dětí s AS nevyskytuje mentální retardace, většina dětí má normální všeobecnou inteligenci a velmi dobré akademické dovednosti, ale v praktickém životě selhávají. Jsou to takoví malí géniové, kteří vám v osmi letech odříkají latinské názvy rostlin, ale fotbal s kamarády hrát nedovedou. Mají problémy také v oblasti smyslového vnímání. Místo výkladu učiva sledují např. pohyb prachu proti slunci, bzúčení rozsvícené zářivky.

Symptomatika typická u AS (s využitím některých položek z diagnostických kritérií; Szatmari et al. 1989; Gillberg a Gillberg, 2000):

- **narušení sociální interakce** – nezáměr o interakci nebo nepřiměřený kontakt s druhými lidmi (tzv. introvertní a extrovertní typ); egocentrismus; neschopnost najít si a udržet blízké přátele; omezený kontakt s vrstevníky (týká se pouze úzkého okruhu zájmů); neschopnost interakce s vrstevníky na úrovni věku a intelektu; nezáměr o interakci s vrstevníky nebo nepřiměřený kontakt s vrstevníky; špatný odhad sociálních situací, sociální naivita, absence společenského taktu; nechápání nebo naopak příliš rigidní dodržování společenských pravidel; sociálně a emocionálně nepřiměřené chování; neobratnost v sociálních vztazích; problematické chápání citů u druhých lidí; potíže s vyjadřováním složitějších pocitů
- **omezené zájmy** – nezáměr o spektrum různých aktivit; nepřiměřené ulpívání na určitém zájmu; záliba v memorování, často na úkor širšího významu; obtížná přerušitelnost; stereotypní, opakující se témata v zájmech

- **obtíže s představivostí a s tím související adaptační potíže** – omezená schopnost hrát fantazijní hry; malý zájem o pohádky, beletrii; opakující se rituály, vykonává rituály sám, vyžaduje je od ostatních; jde o slovní a/nebo činnostní rituály; přerušování rituálu vyvolává nelibost, afekt či úzkost; nemá rád změny v prostředí, lidech, činnostech; v situacích reaguje rigidně; nedokáže dopředu odhadnout důsledky svých činů; vyžaduje předvídatelnost, snaží se ji zabezpečit vizuálně nebo rituálem; obtíže v organizování a plánování
- **zvláštnosti v oblasti řeči** – nepřírodně perfektní expresivní jazyk; zvláštnosti ve vývoji jazyka v dětství; formální, pedantické vyjadřování; zvláštní tón a hlas; potíže v porozumění složitějším výrazům, hlavně abstraktním nebo metalingvistickým (nadsázka, vtip, dvojitý význam, ironie, rčení, metafory); abnormní spontaneita (mluví příliš mnoho, mluví příliš málo); nesoudržnost konverzace, obtíže vést přiměřeným způsobem dialog; tendence ulpívat na tématu; užívá zvláštní výrazy a nová spojení; opakující se, stereotypní charakteristiky v řeči; nechápe a nedokáže vést společenskou konverzaci
- **potíže v neverbální komunikaci** – omezeně užívá gesta a mimiku; neobratná či nevhodná řeč těla; obtíže s očním kontaktem (vyhýbání, ulpívání, neužívání k interakci a komunikaci); omezená schopnost porozumět mimice a gestům
- **nepřiměřeně emoční reaktivita** – afektivní záchvaty; omezená schopnost reagovat emotivně; agresivita, impulzivita, emoční labilita; pocity frustrace, sklon k sebepodhodnocování a depresivnímu uvažování; úzkostnost, fobie, specifické strachy
- **abnormity v motorice** – dysgrafické obtíže; neobratná jemná a/nebo hrubá motorika (dyspraxie); dyskoordinace; zvláštní pohyby, chůze, držení těla, grimasování, tiky

Dětská dezintegrační porucha

Syndrom poprvé popsal v roce 1908 speciální pedagog z Vídně Theodor Heller. Publikoval případ šesti dětí, u kterých mezi 3. a 4. rokem došlo k výraznému regresu a nástupu těžké motorické retardace, ačkoliv předtím vývoj probíhal naprosto uspokojivě. Heller poruchu nazval „dementia infantilis“, později byla známa pod jménem svého objevitele jako Hellerův syndrom nebo dezintegrativní psychóza. V MKN-10 je již uvedena jako jiná dezintegrační porucha, která byla zařazena mezi pervazivní vývojové poruchy. Současná diagnostická kritéria se příliš neliší od původního popisu poruchy. Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 84.3) a DSM-IV (299.10 – Childhood Disintegrative Disorder) se prakticky neliší:

- **jednoznačně normální vývoj nejméně první dva roky**; neverbální i verbální komunikace, sociální vztahy, hra a adaptivní chování odpovídají věkové normě
- **klinicky signifikantní ztráta již jednou získaných dovedností** alespoň ve dvou z uvedených oblastí:
 - expresivní nebo receptivní jazyk
 - sociální dovednosti
 - ztráta kontroly močení či stolice
 - hra
 - motorické dovednosti
- **funkční abnormality** pozorované alespoň ve dvou z uvedených oblastí:
 - kvalitativní poškození sociální interakce – poruchy v neverbálním chování, neschopnost navazovat kontakty s vrstevníky, nedostatek sociální a emoční reciprocity

- kvalitativní poškození komunikace – opožděná nebo chybějící řeč, neschopnost iniciovat nebo udržovat konverzaci, stereotypní nebo opakující se užívání jazyka, nedostatečně rozvinutá symbolická napodobivá hra
- omezené opakující se vzorce chování, zájmů a aktivit včetně stereotypních pohybů a manýr
- diagnostická kritéria jiné specifické pervazivní vývojové poruchy nebo schizofrenie **nevyhovují lépe.**

K pozorovaným projevům se přidává také nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormní reakce na sluchové podněty. Porucha má dopad na kognitivní oblast – deteriorace intelektu (Thorová, 2007).

Úvahy pro diferenciální diagnózu

Autismus (autistická porucha, dětský autismus atd.) je někdy těžké odlišit od **mentální retardace**, především od těžkých forem. Při všeobecné intelektové retardaci se do určité míry objeví omezení sociálních, komunikačních dovedností a představitosti (stejně lze očekávat postižení dalších funkcí). Problémy triády však musí být jednoznačně disproporční k všeobecné úrovni intelektuálních funkcí.

U některých těžce **deprivovaných** dětí nebo dětí s **těžkou depresí** se někdy objeví mnohé symptomy (obzvláště v komunikaci a sociální oblasti), které jsou typické pro autismus. Hlavní rozdíl je v tom, že autistické postižení lze relativně málo ovlivnit změnou prostředí či farmakologickou intervencí, zatímco syndromy deprivace nebo deprese se takovým postupem zmenší, případně i uzdraví.

Výskyt **schizofrenie** v dětství je extrémně vzácný. Na rozdíl od autismu je schizofrenie charakterizována halucinacemi a bizarními bludy.

AS je často v **dospělém věku** diagnostikován (neoprávněně) jako schizotypní porucha, schizoidní porucha osobnosti, paranoidní porucha osobnosti, atypická deprese, hraniční porucha apod. Častým diagnostickým problémem je odlišení **dětské dezintegrační poruchy** od syndromu Landau-Kleffnera a syndromu Rettova. U syndromu Landau-Kleffnera je vývoj do 2–5 let normální, pak následuje ztráta řeči a na EEG se objeví záchvatové postižení. U Rettova syndromu je vývoj normální do 5–12 měsíců, pak nastane ztráta účelových pohybů rukou, stagnace růstu, objeví se různé neurologické symptomy včetně epileptických záchvatů. U obou těchto syndromů jsou autistické symptomy běžné, ale mají tendenci časem ustupovat (Gillberg a Peeters, 2008).

Péče a prognóza

Péče je velice obtížná a vyžaduje mnoho trpělivosti všech zúčastněných. Podstatou je postupné budování interpersonálních kontaktů k blízké osobě, které se následně snažíme rozšiřovat. Psychoterapeutické opatření kombinujeme s cílenou podporou rozvíjení řeči.

Důležitými prognostickými faktory jsou rozvoj řeči a inteligence v 6. roce života. Prognóza je relativně příznivá, pokud je v té době řeč správně vyvinutá a IQ je větší než 80.

11.3 ADHD syndrom

Od čtyřicátých let 20. století byly postupně vystřídány názvy jako syndromy duševních poruch mozku (brain disorders), lehká dětská encefalopatie, minimální mozkové poškození (minimal brain damage) a lehká mozková dysfunkce (LMD). V současné době se nejčastěji hovoří o syndromu ADD (Attention Deficit Disorder), ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) nebo o hyperkinetických poruchách. Dřívější diagnózy se snažily postihnout etiologii, současná vyjádření jsou výhradně symptomatickým popisem poruch a obtíží.

Jde o neurovývojovou poruchu začínající v časném věku, kulminující ve školním věku a v 50–60 % trvajících do adolescence či dospělosti. O ADHD mluvíme při **nepozorném a impulzivním chování s nebo bez vyjádřené hyperaktivity, neodpovídajícím věku a stupni vývoje dítěte**. Postižení vede současně k problémům v sociálních kontaktech, ve vnímání a ve výkonech, hlavně ve škole.

V odborné literatuře jsou poruchy aktivity označovány termíny ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) nebo hyperkinetické poruchy (Paclt, 2007a, b; Drtílková, 2007a). Jde o **doporučené diagnostické termíny** podle DSM-IV (ADHD) a podle MKN-10 (F 90 – Hyperkinetické poruchy). Diagnostická kategorie hyperkinetických poruch zahrnuje poruchu aktivity a pozornosti (F 90.0), hyperkinetickou poruchu chování (F 90.1), jiné hyperkinetické poruchy (F 90.8) a hyperkinetickou poruchu nespecifikovanou (F 90.9) (MKN-10, 2000).

Specifická klasifikace podle DSM-IV

- ADHD – hyperaktivně impulzivní typ
- ADHD – typ s poruchou pozornosti
- ADHD – kombinovaný typ

Ve spojitosti se syndromem ADHD (poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou) bývá také zmiňována **prostá porucha pozornosti**, označovaná jako ADD (Attention Deficit Disorder). Diagnostikuje se u dětí s poruchami pozornosti, ale bez projevů hyperaktivity. Podle Mundeny a Arceluse (2002) je třeba je od sebe řádně odlišit jako dvě jednotky.

Mezi diagnostickými kritérii MKN-10 a DSM-IV jsou v případě poruch aktivity a pozornosti jisté rozdíly, které popisují jak zmiňovaní Munden a Arcelus (2002), tak v naší literatuře Paclt (2007a, b) a Drtílková (2007a, b). Obecně se má za to, že kritéria DSM-IV jsou méně přísná a mnohem širěji definovaná, což má za následek větší počet diagnostikovaných dětí než v případě užití klasifikace MKN-10.

Předpokládá se **odchylná maturace CNS**, chybné zpracování informací mezi frontálním mozkem a bazálními ganglii na základě poruchy metabolismu neurotransmiterů (především dopaminu a noradrenalinu). To vede k útlumu impulzů a následně k nedostatečné autoregulaci. Příčinou jsou genetické faktory a rizikové prenatální faktory. Dochází k nedostatečnému soustředění, k impulzivité a k hyperaktivitě.

Prevalence ADHD v Německu je 6 % dětí ve věku 6–10 let. Chlapci jsou postiženi častěji než dívky. Výskyt u nás se popisuje mezi 5–12 % dětské populace školního věku, 3–8× častější výskyt je u chlapců.

K **základním symptomům** ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a porucha schopnosti koncentrace – soustředění. Jde o tzv. spektrální poruchu, což znamená, že se u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti. Poruchy chování jsou závislé na věku a jsou různě vyjádřené. Dále jsou uváděny poruchy učení a emoční poruchy. Příznaky se musí vyskytovat v míře, která je vůči věku a intelektuálním schopnostem jedince abnormální (Munden a Arcelus, 2002):

- **kojenci** – dlouhotrvající fáze křiku, motorický neklid, problémy s jídlem a spánkem, odmítání tělesného kontaktu, rozmrzelost
- **malé děti** – bezcílná a ustavičná aktivita, rychlé a časté střídání činností, omezená výdrž, zvýrazněný vzdor, nevypočitatelné sociální chování, částečně oslabené sluchové i zrakové vnímání, oslabená jemná i hrubá motorika, časté úrazy, sociální izolace
- **školní děti** – nedostatečná akceptace pravidel, vyrušování při učení, silná odmítavost, emocionální nestabilita, omezená frustrační tolerance, agresivní a chaotické chování, špatný rukopis, nepřiměřená hlučnost, překotná mluva (brebtání), neodpovídající mimika, gestikulace a řeč těla, časté úrazy, chabé čtení a pravopis, problémy s učením a opakování školní docházky, nízké sebevědomí (duchem nepřítomni)
- **adolescenti** – odmítají spolupráci, opozičně-agresivní chování, silně snížený pocit vlastní hodnoty, strachy, deprese, kontakty k sociálním skupinám na okraji společnosti, sklon k delikvenci, alkohol, drogy
- u **dospělých** se ADHD manifestuje jako porucha nálady (deprese, anxieta) nebo porucha osobnosti

Komorbidní poruchy jsou relativně časté a jsou posilovány zčásti negativní reakcí okolí na nevhodné chování: agresivní poruchy chování, depresivní poruchy, anxiозita, obsedantně nutková porucha, enuréza, emoční poruchy, poruchy učení a částečně slabé výkony v učení, poruchy řeči, tiky, Touretteův syndrom, balbuties, zneužívání návykových látek apod.

Diagnostika

- anamnéza – známky poruchy schopnosti koncentrace, impulzivita a hyperaktivita
- fyzikální vyšetření – především neurologické vyšetření, zhodnocení zraku a sluchu
- hodnocení chování – popřípadě i videonahrávky
- ADHD – specifické dotazníky pro rodiče a vychovatele
- testy psychologického vyšetření – vývojový a inteligenční test, test na schopnost soustředění
- EEG – vyloučení epilepsie

Nutnost včasné diagnózy a léčby je klíčová pro další prognózu – tendence k asociaálnímu chování, delikventním činům, abúzu drog.

Diagnostická kritéria

- šest a více symptomů poruchy soustředění v posledních 6 měsících
- šest a více symptomů hyperaktivity v posledních 6 měsících
- nástup některého ze symptomů před 7. rokem věku
- poškození dvou nebo více vztahových systémů
- významné omezení sociální situace nebo ve výkonech ve škole

Diferenciální diagnóza

- prostředím podmíněné poruchy chování
- epilepsie
- vedlejší účinky léků (především antikonvulziv)
- následky syndromu spánkové apnoe
- popsané anxiozity
- tiky
- nutkavě obsedantní porucha
- psychózy
- autismus
- fragilní X-chromozom
- hypertyreóza

Považují (L. K.) za potřebné se v této souvislosti zmínit také o širších souvislostech **neklidu**, jak o tom referují Prekopová a Schweizerová (2008). Podle nich je nadužíváno pojmu „hyperaktivní“ – ony hodnotí takové děti jako neklidné:

- **„tradiční“ (medicínský) pohled:**
 - organicky podmíněná mozková porucha – neklid – problémy v rodině
- **podle Prekopové a Schweizerové (2008):**
 - psychický stres – vnitřní neklid – tělesný neklid – organicky podmíněný syndrom

Rozhodující spojení mezi pohybem a smyslovým vnímáním se vytváří v raném dětství během dozrávání mozkových struktur (ve fázi senzomotorického vývoje). Zažívá-li dítě stres, ať už proto, že matka nemůže, nebo že neumí uspokojit jeho základní potřeby, projeví se to (podobně jako u dospělého) tělesným neklidem a zároveň se účinky stresu podepíší také na nejvíce oslabeném orgánu (locus minoris resistentiae). U malých dětí je takovým nejcitlivějším místem mozek. „*Nesčetné, neusměrněné (a matkou nefiltrované), neuspořádané pohyby bombardují nezralý, tvárný mozek malého dítěte chybnými informacemi.*“ (Prekopová a Schweizerová, 2008, s. 97). Čím déle přetrvává chybné řízení mozkové aktivity, tím více ovlivňuje vývoj struktury a biochemii dětského mozku a může tak způsobit i trvalé škody. U takto pojímaného organicky podmíněného syndromu lze tedy hovořit o jakési primární příčině neklidu v rané výchově (Kolčárková a Lacinová, 2008).

Prekopová a Schweizerová (2008) uvádějí následující **kategorizaci příčin dětského neklidu**:

1. Neklid jako důsledek chyb ve výchově – autorky označují děti z této skupiny za sociálně nezralé. Jde o děti, které nezvládají povinnosti, protože nebyly vedeny k jejich přijímání. Nemusely se učit poslouchat, nepoznaly žádná omezení a jasná pravidla. Jsou to děti, které nevydrží sedět na klíně a nereagují na zavolání. Neklid se pro ně mnohdy stane problémem teprve tehdy, když začnou chodit do školy a jsou konfrontovány s nároky, které na ně škola klade. V této souvislosti je zajímavý poznatek, že nejvíce dětí s ADHD je diagnostikováno právě na začátku školní docházky, což přímo vybízí k otázce, zda nejde ve skutečnosti o děti sociálně nezralé, které z domu nejsou zvyklé se přizpůsobit a v českém školství orientovaném na výkon tvrdě narazí.

2. Neklid jako důsledek dílčí poruchy výkonu – sem patří děti, které mají normální inteligenci, ale v určitých výkonech nedokážou dostát věkové normě (např. motorická

zručnost, řečová vyjadřovací schopnost), přičemž příčinou jejich selhávání je určitá dysfunkce příslušných mozkových okruhů.

3. Neklid jako důsledek duševního zranění – duševní trauma, jež způsobilo neklid dětí v této skupině, spočívá v přerušené nebo uvolněné vazbě na matku způsobené její fyzickou či psychickou nepřítomností (např. v důsledku hospitalizace, narození sourozence, smrti rodiče, předčasného porodu). Neklid způsobený psychickým traumatem může vzniknout v každém věku, čím dříve v dětském věku však psychické trauma nastoupí, tím větší je nebezpečí, že se naruší stavba senzomotorických funkcí. Do této kategorie spadá velká skupina neklidných dětí. Autorky ji dále dělí do tří metaforicky pojmenovaných typů:

- „**malý tyran**“ – jde o vypěstování patologické závislosti dítěte na panovačnosti (Prekopová, 1996). Dítě musí být neustále aktivní a panovačné, aby v životě pociťovalo alespoň nějakou jistotu.
- „**děti, které mohou odpočívat jen ve vztahu dvou**“ – příčina neklidu spočívá v nenasyčené vazbě s matkou v prvních letech života dítěte. Souvislost (byť ne příčinnost) mezi nejistou citovou vazbou a ADHD byla empiricky prokázána např. ve výzkumu Clarka et al. (2002). Autoři na základě těchto výsledků doporučují rozšířit léčbu symptomů ADHD o psychotherapeutickou „reparaci“ rané citové vazby.
- „**neklidní jezdci na osmiproudé dálnici**“ – děti, které od rodičů nepoznaly žádná omezení, je začnou hledat jinde a uchylují se při tom k riskantnímu chování až hazardování s vlastním životem.

Z uvedeného přehledu můžeme vidět, že podle autorek je nadměrná aktivita jen u některých dětí a jen zčásti způsobena prvotním oslabením nervového systému. Ve velké většině případů je dotvářena nebo zcela vytvářena nedostatečnou ranou citovou vazbou, výchovnými postoji a očekáváními rodičů. Autorky popisují bludný kruh neklidu (Prekopová a Schweizerová, 2008, s. 63): „... *matčin neklid stupňuje neklid dítěte a naopak... Čím déle je rušeno, stoupá znepokojení a neklid dítěte. O to více se v matce její tušení, že je špatnou matkou, mění v jistotu.*“

Děti s ADHD patří u nás mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, což jim přiznává **nárok na specifický přístup** a některá **opatření ve škole**. Pakliže škola navrhovaná opatření respektuje a spolupracuje při řešení problémů, má to příznivé účinky na dítě (a leckdy i na klid rodičů). Tlak rodičů na vyšetření a diagnózu ADHD proto mnohdy pramení ze snahy účinně pomoci dítěti ve školním prostředí. Záleží především na učiteli, zda se dítě ve škole setká se vstřícným přístupem (aniž by k tomu kolikrát, zejména u lehčích projevů, muselo mít příslušné „potvrzení na ADHD“), nebo zda se i s „tlustým spisem“ bude jen těžko dovolávat pomoci a pochopení.

Diagnóza ADHD (jako každá diagnóza) je také „**nálepkou**“ – a z toho vyplývají i určitá rizika. „Nálepka hyperaktivity“ může podle Traina (1997, 2001) typické projevy ještě podněcovat. Dítě může symptomy ADHD přijmout jako součást vlastní identity. Navíc je zde i nemalé riziko, že dítě „nálepky“ využije jako omluvy pro své špatné chování a bude se tím chtít vyhnout zodpovědnosti za své projevy. Takové nebezpečí hrozí obecně u jakékoliv diagnózy, nicméně děti s ADHD k tomu mají podle Traina (2001) zvýšenou tendenci.

Diagnóza ADHD může v neposlední řadě být také **přijatelným vysvětlením pro problémy dítěte** (Kolčárková a Lacinová, 2008).

Všeobecná symptomatologická léčba

Cílem terapie je sociální integrace, zlepšení vztahu rodiče-dítě, stabilizace sebehodnocení, na základě nadání odpovídající škola či zaměstnání. Péče založená na více pilířích:

- **rozhovor s rodiči a dítětem** – odbourání pocitu viny na obou stranách
- **opatření ve vzájemném společenském životě** – strukturace průběhu dne, pravidla pro tyto dny a povinnosti, stanovení hranic, pozitivní posílení vztahu, konstruktivní plánování volného času
- **péče o selhávání v některých činnostech, komorbidity a problémy uvnitř rodiny** – rodinné a osobní poradenství, psychoterapie, speciální školky a školy
- **skupiny terapeutické vzájemné pomoci**

Medikamentózní léčba

Je indikována při významném omezení výkonnosti a narušení v psychosociální oblasti, při trápení se rodičů/děti, které představuje nebezpečí pro další vývoj dítěte. Spontánní remise se prakticky nevyskytuje, bez péče se situace zpravidla zhoršuje. Často jsou podpůrná cvičení a péče (logopedie, ergoterapie) úspěšné až po medikamentózní léčbě.

Můžeme použít **psychostimulancia s dopaminagonistickým působením** (metylfenidát – Ritalin, atomoxetin – Strattera). Účinkem jsou zlepšená pozornost, sebeovládání, výdrž, koncentrace, logické myšlení, chápání souvislostí či nabádání, lepší písmo a pravopis, lepší koordinace těla, gestikulace a řeči těla. Děti mají víc motivace a radosti z práce a výkonu.

Prognóza vývoje pacientů s ADHD

Podle Drtílkové (2007b) dochází u poloviny ke zlepšení před nástupem dospívání, u druhé poloviny přetrvávají problémy s hyperaktivitou v nějaké podobě až do dospělého věku.

Paclt (2007c) udává tento podíl v rozmezí 40–45 %, přičemž upozorňuje, že u většiny pacientů v dospělém věku ADHD není diagnostikována, pokud není spojena s jinou psychiatrickou diagnózou (např. depresivní poruchou, úzkostnou poruchou, abúzem alkoholu nebo drog, případně bipolární poruchou).

Obzvláště v **nepříznivém sociálním prostředí** jsou děti s ADHD ve **vysokém riziku emocionálního a tělesného týrání a zneužívání**.

11.4 Tikové poruchy

Tik je mimovolní, rychlý, opakující se nerytmický pohyb nebo hlasová produkce s náhlým začátkem, která neslouží žádnému zřejmému účelu. Postižený nemůže tik ovládat, obvykle jej lze na různé dlouhé období potlačit. Motorické projevy nezpůsobuje neurologická či jinak organicky podmíněná porucha. Většinou se neobjevují během spánku. MKN-10 rozlišuje následující tikové poruchy:

- **přechodná tiková porucha** – projevuje se mrkáním, grimasováním či pošukáváním hlavou. Tiky v tomto případě netrvaly déle než 12 měsíců.
- **chronická motorická nebo vokální tiková porucha** – při ní se mohou vyskytovat motorické nebo vokální tiky, nikoliv však obojí. Tiková produkce je zpravidla mnohočetná, jde např. o více samovolných pohybů. Tato tiková porucha trvá déle než 1 rok.

- **kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (Tourettův syndrom)** – vyznačuje se mnohočetnými motorickými tiky (prosté pohybové tiky obličejové a šíje, kompletní pohybové tiky) v kombinaci s jedním nebo více vokálními (zvukovými) tiky. V anamnéze obvykle motorické tiky předcházejí tikům vokálním. Vokální projevy mohou mít různou podobu – od méně nápadného pokašlávání a pochrochtávání přes opakované vokalizace až výkřikům celých slov či vět, které mají nezřídka koprolalický až obscénní obsah.

Tiková porucha se vyskytuje **mnohem častěji v dětství** než v dospělosti. Nejčastější výskyt je v mladším školním věku, kdy se objevuje až u 13 % chlapců a 11 % dívek. Tourettův syndrom má chronický průběh a je běžnější u chlapců v poměru 3 : 1, u 60 % přetrvává do dospělosti.

V **etiologii** tikové poruchy se uplatňují vlivy hereditární, biologické na úrovni neurobiologického substrátu a vlivy psychologické. Hereditární zátěž je důležitá, konkordance u monozygotních dvojčat činí 50 %, u dizygotních 10 %. Podstatná je komorbidita, zejména s hyperkinetickou obsedantně kompulzivní poruchou. Formou tiků však může dítě reagovat i na stresové okolnosti (např. problémy ve výchově či rodině). Tikovou poruchou u dítěte se mohou projevit konfliktní stavy v rodině nebo rozvodová situace rodičů. U Tourettova syndromu jde pravděpodobně o autozomálně dědičné onemocnění – pravděpodobně dochází k desinhibici bazálních ganglií a limbického systému, popisuje se hyperdopaminerní stav.

V **diferenciální diagnostice** je třeba vyloučit motorické poruchy u neurologických onemocnění. Z psychických onemocnění se musí odlišit obsedantně kompulzivní porucha.

Terapie je především medikamentózní, nejvíce se uplatňují neuroleptika (tiaprid, risperidon apod.). Významná je podpůrná psychoterapie dítěte. Pokud se vyskytuje stresový faktor, má psychoterapie ještě větší význam. Mohou se uplatnit také další psychoterapeutické metody – autogenní trénink, arteterapie nebo muzikoterapie. K psychoterapii patří též práce s rodiči, kteří mají často tendenci upozorňovat dítě na tiky a trestat je, což zvyšuje napětí a prohlubuje obtíže. V případech hlubších rodinných problémů se indikuje rodinná terapie.

11.5 Poruchy vyprazdňování: enuréza a enkopréza

Symptomy pomočování a „pokakávání“ byly problémem i v minulosti. Podle historických pramenů se tyto nepříjemnosti řešily různými rituálními přístupy (např. z antické éry se dochoval záznam věnovaný nočnímu pomočování, v němž je jako lék doporučován nápoj připravený z praženého kohoutího hřebínku a směsi rostlinných výtažků, popřípadě nápoje z vína se zaječímí varlaty) nebo alternativními metodami (léčitelé doporučovali např. přípravky složené z jalovcových plodů, cypřiše a piva). Je však nutné připomenout, že alternativní přístupy jsou uznávány i v současnosti, mj. se popisuje výborný výsledek po požití „vlasů“ z kukuřičných klasů. Ve středověku nemocní s enurézou věřili, že jim při potížích pomohou svatý Vít a svatá Kateřina Alexandrijská.

Teprve v 19. století se objevily první přístupy k tomuto problému související s **lékařskými, psychologickými a sociálními vědami**. Tehdy se odborníci poprvé zabývali

vztahem mezi svalstvem močového měchýře a jeho nervovým zásobováním. Patogeneze nočního pomočování se začala řešit v souvislosti s významem a úlohou spánku. V první polovině 20. století se doporučovala dietní opatření a neurologické stimulační pánevní oblasti. V tu dobu odborníci z řad lékařů, sociologů a psychologů upozorovali, že poruchy udržování moči a stolice souvisejí u dětí s rodinnými, osobními či školními problémy.

V padesátých a šedesátých letech minulého století se začaly prosazovat názory, že noční pomočování je normální do dvou let věku dítěte. Starší děti by se už pomočovat neměly. Proto statistiky sledující frekvenci nočního pomočování uváděly tehdy vysoký počet pomočujících se dětí.

Statistiky vycházející ze **současné koncepce** však prezentují frekvenci nižší. Na základě současných poznatků pohlížíme většinou na symptomy nočního pomočování a „pokakávání“ jako na fenomén, který je často podmíněn **opožděným neuropsychosociálním vývojem**. Takové pojetí uvedených symptomů otevírá prostor nejen pro tolerantní přístup k jednotlivým dětem, ale i pro nové výchovné, eventuálně léčebné postupy, protože dosažení vyzrálosti orgánových systémů trvá někdy delší dobu. Když se opomine tento aspekt, může to následně negativně ovlivnit psychickou i sociální stránku nejen dítěte, ale i celé rodiny. V posledních letech bylo spolehlivě prokázáno, že pomočování dítěte může být primárním zdrojem psychických poruch i celé rodinné komunity.

Znovu je nutné zdůraznit, že na přetrvávajícím pomočování a „pokakávání“ se nejvíce zúčastňuje opožděné neuropsychosociální dozrávání systémů ovlivňujících vyprazdňování moči a stolice. Podporující faktory, které tento opožděný vývoj mohou ovlivňovat, spočívají často v nesprávné výchově, jež zase většinou vychází z neznalosti vývojových etap. Rodiče mnohdy s výchovou k „suchým nocím“ chvátají. Vzhledem k tomu, že dítě není dostatečně vyzrálé, dostane se do stresových situací, které pak ovlivňují vznik enurézy. Důsledky tohoto stresu se velmi špatně odhalují a diagnostikují.

ENURÉZA (NOČNÍ POMOČOVÁNÍ)

Byla vyslovena hypotéza, že noční pomočování je důsledkem **vývojového opoždění** ve dvou regulačních součástech CNS:

- v neschopnosti vyšších center rozpoznat, že močový měchýř je naplněn, a reagovat na to (tzn. reagovat na kontrakce detruzoru)
- v neschopnosti zapojení mozkových center do základního aktu močení, tj. v nezrání centrálního útlumu hyperaktivního detruzoru

Na nočním pomočování se podílí také celá řada **genetických dispozic a faktorů**, které mohou negativně ovlivnit ovládání močového měchýře. Genetická dispozice k pomočování může být nepřímou ovlivněna individuální rychlostí vývoje a zrání dítěte. V anamnéze dětí s enurézou lze často zjistit pomočování u rodičů či sourozenců. Je totiž pravděpodobné, že rodiče, kteří se v dětství pomočovali, přenášejí do výchovy svých dětí kromě genetické dispozice také psychické a sociální trauma z této zkušenosti. Genetická dispozice dětí s enurézou se může projevovat také nepřímou v citlivější reakci dítěte na jakékoliv stresové zatížení.

Osobnost pomůčujícího se dítěte

Pomočování může být zvláště pro školní dítě stresujícím problémem vyvolávajícím v něm pocity zahanbení, selhání, méněcennosti. Navíc pro řadu z nich znamená významné omezení v běžné aktivitě, což vede k izolaci (nemožnost cestování, účasti na táborech, pobytu mimo domov). Enuretické děti mají nižší sebevědomí než zdravé, dokonce nižší než jinak chronicky nemocné děti, což se vysvětluje izolací postižených jedinců s tabuizovanou odchylkou. Na vývoj dítěte působí v této oblasti již od kojeneckého věku značně mnohdy stresující vlivy zevního prostředí. O to víc je tedy nutno dbát, aby vyrůstalo v pocitu jistoty, bezpečí, v důvěrném kontaktu s rodiči atd.

Dítě se naučí **poznávat své tělo a své tělesné možnosti** dvěma způsoby: neúnavnými vlastními pokusy a podle reakce svého okolí. Každý úsměv a pozorování jeho aktivity se zájmem i každá chvála („dobře, že to děláš“) je přínosem – posiluje tělesné vědomí, jež je důležitou částí sebevědomí. Dítě získává mezilidskou jistotu a tím se utvrzuje v pocitu bezpečí.

Stud a pomočování

Děti, které se pomočují, mají silné **pocity méněcennosti**. Myslí si, že všechny ostatní děti žádné problémy nemají. Při pravidelném utvrzování se v neúspěchu v této oblasti dítě postupně ztrácí odvalu, je netrpělivé a frustrované. Neúspěšnost v kontrole měchýře způsobí, že dítě začne pochybovat, že by mohlo být úspěšné v jiných oblastech.

Mnohé z těchto dětí se tedy do různých úkolů a aktivit raději nepouštějí. Proto je nutno jejich sebevědomí povzbuzovat. V literatuře je uveden následující příklad: Rodiče si napíšu do dvou sloupců, co dítě umí dobře, špatně a vůbec, a podle toho volí aktivity. Pak by měli rodiče předložit tento seznam dítěti a vysvětlit mu, že pomočování je sice stresující, ale není důvodem ke sníženému sebevědomí, protože (jak vyplývá ze seznamu) i ono má řadu pěkných vlastností a všichni je mají rádi.

Stud a lhostejnost

K prvním zkušenostem dítěte patří v této oblasti postupně se vyvíjející **pocit studu**. Jestliže jsou přání dítěte a jeho tělesná intimita brány s porozuměním a akceptovány, je to obrovský přínos pro tělesný pocit.

Stud je závažným faktorem při přetrvávajícím pomočování, neboť se týká „dolní, tj. intimní poloviny těla“. Pocity studu se u dítěte rychle vypěstují, když uslyší „okamžitě si vysleč kalhoty“ a když pak matka přede všemi kontroluje výsledek návštěvy WC.

Jakmile přijde řeč na toto téma, dítě většinou zčervená, ostýchá se a stydí, pláče, vzdoruje nebo se i začne vztekat. Jednou z možností, jak dítě může reagovat na komplex rodinných opatření, je také „projev lhostejnosti“.

Slyšel jsem několik matek, které uváděly, že jejich dětem je jedno, že se pomočují, že mají opět mokrou noc. Po mokré noci vstanou, nemají žádný „zkroušený“ výraz, ani slovo omluvy, zklamání. Při kontaktu s rodiči jsou ještě drzé. Prostě neprojevují lítost. Takové reakce dětí hodnotím většinou jako jejich přetvářku. Těžko lze předpokládat, že dítěti, které svoji matku miluje, je jedno, že **každý den slyší stejnou výčitku** a že celý rodinný život probíhá pod vlivem této události. To, co většina rodičů připisuje lhostejnosti, vůbec do jejího obrazu nezapadá.

Většinou jde o oněmění, tichý ostych a stud. Co vypadá z vnějšku jako lhostejnost, je v podstatě projev zoufalství, pochybnost a ochranná ulita. Dítě nenechá na sobě nic znát, ani hluboké zklamání z opětovného neúspěchu a z nepřehlédnutelného selhání.

Úspěch potřebuje čas; každé dítě má vlastní tempo vývoje. Důvěřujte svému dítěti a dejte mu to najevo.

Sociální vztahy

Vztah enuretika k rodičům

Děti s nočním pomočováním velmi často hodnotí vypjaté rodinné vztahy jako významný stres. Vztah by se dal charakterizovat jako **vina – zklamání**. Rodiče, především matky, si často vyčítají, že se ve výchově dopustili některé chyby, že o způsobu výchovy k udržování moči a stolice měli málo informací atd. Zklamání rodičů je způsobeno hlavně tím, že i přes všechna opatření, která dlouhodobě činí, je postel dítěte ráno mokrá. Dítě přece v noci vzbudili, nedali mu napít a udělali celou řadu preventivních opatření! Dítě samo je zklamané tím, že se mu nedaří udržet v noci moč. Když navíc vidí ráno po „mokrých noci“ zklamání rodičů, cítí vinu, že jim způsobuje smutek, a trpí výčitkami. Tyto situace mohou snadno narušit vztah mezi rodiči a dětmi. Výsledkem je pak prohloubení problému. K jeho vyřešení je nutná velká dávka trpělivosti, taktu a umění.

Vztah ke kamarádovi

Pomočující se dítě mívá problémy s přáteli, s kamarády. Kontakt s nimi může být z pochopitelných důvodů zátěžový. ZSF JU v Českých Budějovicích např. pořádá integrační tábory pro enuretiky. Zpočátku se pracovníci fakulty snažili výsledky tábora hodnotit podle počtu dětí, které se na táboře nebo po něm přestaly pomočovat.

Po pětiletých zkušenostech je ale priorita hodnocení zaměřena na úspěšnost integrace těchto dětí do zdravé populace. Účast na táboře jim umožňuje kontakt jak se „zdravou populací“, tak (a to je neméně důležité) s dětmi se stejnými problémy. Výsledkem je navázání rovnocenných přátelství i povzbuzení sebevědomí. Enuretické děti získají pocit, že se mohou vyrovnat svým vrstevníkům.

Vztah ke škole

Ve třech letech začne většina dětí chodit do mateřské školy. To je období, ve kterém se rodiče snaží, aby se jejich dítě již nepomočovalo. Mnohdy začínou v tomto smyslu vyvíjet na dítě tlak. Navíc – a je to pochopitelné – paní učitelky mají raději děti „suché“. Tak se dostává mateřská škola v pocitech dítěte do špatného světla.

Dítě s enurézou má pak problémy i ve škole. Mohou to být problémy s učením a se známkami, ale většinou jde o obtíže v třídním kolektivu. Dítě může být šikanováno ne kvůli pomočování (to ve třídě v drtivé většině nikdo neví), ale kvůli malému sebevědomí. Dítě s pomočováním má také omezené kolektivní aktivity, např. účast na škole v přírodě.

První etapa vývoje

První etapou ve vývoji je vnímání signálu v močovém měchýři (může být patrný nebo neznatelný). V prvních týdnech života vydává kojeneček několik sekund před močením (stolicí) krátký, charakteristický tón nebo křik. Signál se může projevit také neklidem těla nebo trhavými pohyby.

Druhá etapa vývoje

„Hlášení poté“ – dítě reaguje později, až když má mokré kalhotky.

Třetí etapa vývoje

Dítě vnímá signály v močovém měchýři a reakce je patrná – tisknutí nožiček k sobě, cupitání atd. Tato reakce svědčí o vnímání signálů z močového měchýře, který je zcela naplněn. Můžeme zkusit nenásilně a na krátkou dobu posadit dítě na nočník.

Reakce dětí:

- a) některé děti jsou nadšené a tento způsob močení přijímají a začnou ho provádět
- b) jiné děti se úspěšně vymočí 2–3krát do nočníku, pak je to ale omrzí a nočník odmítají
- c) děti tento způsob vyprázdnění ještě nepřijmou a protestují

Čtvrtá etapa vývoje

Dítě na signály umí reagovat, hlásí včas svoji potřebu, některé si stačí i sundat kalhotky, a to za podmínky plného močového měchýře.

Pátá etapa vývoje

Pátá etapa – dítě se může dojít vymočit např. před odchodem z domu i při ne zcela naplněném močovém měchýři.

Šestá etapa vývoje

Šestá etapa – dítě umí močení oddálit; chce se mu močit, ale počká, až najde toaletu (např. v obchodním domě).

Sedmá etapa vývoje

Sedmá etapa – ukončení vývoje. Dítě udrží moč i ve spánku. Cesta k tomuto vývojovému období je nejdelší, může trvat i několik let.

- a) dítě se vymočí před tím, než jde spát, v noci se vzbudí, když se počurá
- b) dítě udrží moč i ve spánku, vymočí se až ráno, když se probudí

Správná výchova

Jestliže se dítě ve 3 letech ještě pomočuje, rodiče často ztrácejí trpělivost. Je však důležité, aby matka vzala na vědomí výše zmíněných sedm vývojových etap. Fyziologická doba, kdy dítě „dozrává“, činí pět let. A do té doby by rodiče měli čekat.

Nesprávná výchova

- a) matka je netrpělivá a neuvědomuje si zásadu sedmi etap
- b) dítě je pod přísným dohledem matky posazeno na nočník
- c) rodiče opakovaně v noci dítě budí
- d) u dítěte se prodlužuje doba pomočování

Pro detailnější informace odkazují na publikaci prof. Velemínského a jeho syna (Velemínský a Velemínský, 2009).

ENKOPRÉZA („POKAKÁVÁNÍ“)

Do čtvrtého roku věku se podaří téměř každému dítěti ovládat své střevo a umět jeho vyprazdňování kontrolovat. Dítě pociťuje zvyšující se tlak a reaguje správně, jde včas na toaletu a samo se „vykaká“. 97 % čtyřletých disponuje perfektní kontrolou střeva. To ale neznamená, že některé starší děti nemají alespoň částečně problém se správnou kontrolou. „Pokakávání“ je relativně ojedinělým, ne však neobvyklým problémem v průběhu vývoje dítěte.

Definice

Jestliže se čtyřleté dítě „pokaká“ vícekrát než jednou za měsíc, mluvíme o enkopréze. „Pokakání“ probíhá téměř výhradně během dne, zřídka v polospánku ráno, krátce po probuzení. Rozeznáváme:

- **Retentivní enkoprézu** – „pokakávání se“ jako důsledek zadržování stolice. Také po předchozí zácpě následuje tzv. inkontinence – „přetečení, přeplnění“. Velké množství tvrdé stolice se několik dnů shromažďuje ve střevě. Poté dochází k často bolestivému vyprazdňování. Touto formou enkoprézy je postiženo asi 90 % všech „pokakávajících se“ dětí. Při „pokakávání“ se zácpou je důležitá péče o vyprazdňování konečníku.
- **Manipulativní enkoprézu** – zde je typický nekontrolovatelný odchod stolice např. při vzdoru. Jinak se u těchto dětí projevuje v dalších situacích provokativní a značně opoziční chování. Mateřské i základní školy upozornily už v mnoha případech rodiče takových dětí na jejich narušené sociální chování.
- **Stresem indikovanou enkoprézu** – mluvíme o ní, když „pokakávání“ předchází strach. Odcházející stolice je kašovitá až řídká jako náhlý a nezadržitelný průjem.
- **„Pokakávání“ bez zácpy** – tato diagnóza je méně častá. Pouze každé desáté dítě patří do této skupiny. Hovoříme pak o „pokakávání“ denním a ranním:
 - denní – typické pro tyto děti je „pokakání“ ve stresových situacích. Většina terapeutů se shoduje v tom, že léčba takových stavů musí začínat odhalením těchto stresů. Lze k tomu využít podobný seznam denních činností jako u pomočování.
 - ranní – sem se řadí děti „pokakávající“ se často v časných ranních hodinách. K tomuto fenoménu trvajícimu týdně nebo možná i měsíce chybí výsledky šetření. Příčiny nejsou zcela jasné. V současné době se předpokládá, že k „pokakání“ dojde v polospánku. Je zajímavé, že dítě po „vykakání“ ještě krátce usne.

Existuje také **genetická náchylnost k zácpě**, o které nemusí člověk vůbec vědět. Projevuje se při nevyvážené stravě, nedostatku balastních látek, nedostatečném přísunu tekutin a nedostatku pohybu. K problémům s vytlačováním stolice dochází rovněž při **análních trhlinkách**. Anální (řitní) trhlinky jsou bolestivé. Za těchto podmínek se střevo zcela nevyprázdní, a tak se konečník stále plní a rozšiřuje. Odcházet může pouze malé množství stolice, což lze vidět na stolicí zašpiněných kalhotkách. Rozšířený konečník (získaný i vrozený) je méně citlivý na vnímání tlaku, což znamená, že jeho hlášení o naplnění a výzva k vyhledání toalety zastihnou dítě opožděně, často pozdě. Je roztažený a už se nemůže dobře stahovat. Kontrakce střeva jsou slabé na transport stolice a střevo se nemůže zcela vyprázdnit. Neustále v něm zůstává stolice. Zácpa tak způsobuje trvalé problémy.

Vývoj

Vyprazdňování střeva se ohlašuje poměrně intenzivním tlakem v břiše. Tato situace je často vázána na určitou denní dobu. Tlak je silný, poměrně pravidelný a umožňuje již dětem kolem dvou let vyprazdňování stolice vnímat. I malé dítě tedy na zvýšenou aktivitu střeva reaguje a může sledovat vyprázdnění stolice do pleny. Vývoj probíhá ve **čtyřech etapách**:

- První etapa je důležitá v tom, že dítě pocítí tlak v bříšku a potlačí i hru – pozornost dítěte je věnována **tělesnému pocitu**.

- V průběhu druhé etapy už dítě rozezná **podnět signalizující vyprázdnění stolice** a vytlačí ji do pleny. Můžeme mluvit o vědomém „pokakání“ na podkladě signálu.
- Ve třetí etapě se **dítě vyprázdní a pak oznámí, co udělalo** (hlášení „poté“).
- Ve čtvrté etapě jde především o pohotovou **reakci rodičů** – umět rychle reagovat na dětský impuls, že „se chce vykakat“, a zajistit včasné „vykakání“ do nočníku nebo na toaletě. V každém případě je nutné nešetřit pochvalou při úspěchu. Pokračováním tohoto vývoje je vlastně celé následující období. Jako rodiče ale musíme počítat s tím, že se stále ještě může „leccos“ přihodit. A že dobrým lékem na takové „karamboly“ je umět nedělat z nich tragédii.

Rodiče

Rodiče mohou přispět k odstranění enkoprézy správnou výchovou i správnou výživou. Správnou výživou rozumíme zajistit složení stravy s vyšším obsahem zeleniny, vlákniny, balastních látek, ovoce (především švestky). Je možné, stejně jako u pomočování, vést denní seznam jídla dítěte. Záznam by měl obsahovat údaje týkající se složení stravy i doby jídla dítěte. Je nutné dbát také na pitný režim, sledovat dobu, kdy dochází k vyprazdňování a zapsat všechny události – podávání klyzmat na bázi mléčného cukru nebo cvičení zaměřené na svalstvo dna pánevního.

Při rozhovorech je nutné si uvědomit, že cílem snažení je pravidelné vyprazdňování stolice na toaletě, ne „pokakávání“; řeč o „pokakávání“ je totiž pro dítě stresující. Před spánkem by mělo dítě pravidelně navštívit toaletu.

Dítě by mělo zhodnotit dny úspěšné a neúspěšné. Mělo by dodržovat pravidelný individuální **režim dne**, který lze získat monitorováním průběhu dne. Tak jako u enurézy dochází i v rodinách s výskytem enkoprézy ke stresu a k negativnímu ovlivnění rodinného prostředí a rodinných vztahů.

Osobnost dítěte s enkoprézou

Jsou různé důvody, na které může dítě reagovat „pokakáváním“. Musíme je znát, abychom rozuměli souvislostem. Potom teprve máme naději na úspěch. „Pokakávání“ je často způsobeno psychickými poruchami a špatnými zkušenostmi. Je prokázáno, že enkopréza může být projevem emocionální poruchy u dětí, které mají problémy se sociálním chováním. Jde o tzv. psychosomatickou příčinu vzniku enkoprézy. Dítě se „pokaká“ v okamžiku vzteku, vzdoru, stresu – a ten může být buď skrytý, nebo manifestní. Při hodnocení enkoprézy je nutné mít na paměti skutečnost, že při řešení tohoto onemocnění hrají často úlohu různé **krizové situace dětí**. A cesty k odstranění „pokakávání“ potom mnohdy vedou od nich. Významnou roli sehraje psychologické vyšetření a psychoterapie.

Důležitým problémem je i bolestivé vyprazdňování stolice. Zadržováním stolice chtějí děti bolestivou defekaci oddálit (vyprázdnění však nelze uniknout). Střevo je plné až přeplněné, ale děti se přesto brání jeho vyprázdnění. Speciální lékařské diagnostické techniky dokazují, jak tyto děti během vyprazdňování značně stahují vnější řitní svěrače a pánevní dno, což značně ztěžuje vypuzení stolice. Svěrač a pánevní dno jsou při vyprazdňování normálně zcela uvolněné kvůli snadnému vyloučení stolice. Opačný stav je u „pokakávajících se“ dětí.

„Pokakávající se“ děti vnímají **signály ze zažívacího traktu** mnohem později než „bezproblémové“ děti. Reakci na silnější signály je u těch bezproblémových odchod

na toaletu. Děti s poruchou vyprazdňování stolice na signály odpovídají různými taktikami zabraňujícími vyprazdňování. To všechno má mnohdy za následek, že se střeva neustále rozšiřuje a stále později se hlásí.

„Pokakávání“ jako výraz psychické poruchy a zatěžující zkušenosti

K manipulativní enkopréze, „pokakávání“, zřídka bez zácpy, dochází při projevech vzdoru. Pro obě skupiny „pokakávání“ bez zácpy, tj. „pokakávání“ ve spojitosti se stresem i ve spojitosti s psychickou poruchou, je typické, že vždy jde o děti, které tímto nouzovým chováním reagují na vlastní životní podmínky. Zde je zcela nutná terapie nejen pro děti, ale i pro rodiče. Rodina je pak dětským lékařem odeslána ke specialistovi. Ten zavede podle analýzy problému a diagnózy vhodnou terapii a opatření. Míra úspěšnosti je v těchto případech vysoká. Vztah mezi rodiči a dítětem se po zvládnuté terapii enkoprézy značně zlepšuje.

11.6 Sebepoškození a sebevražedné chování v dětství a adolescenci

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Sebepoškození je **vědomé, záměrné, často opakované sebezraňování** bez vědomí suicidální motivace, při němž dochází k **narušení tělesné integrity** bez závažného letálního dosahu.

Definice jsou v této oblasti značně rozmanité, ale většina respektuje několik základních komponent: jde o chování, které jedinec vykoná sám sobě, toto chování je záměrné a cílené, fyzicky násilné (Kriegelová, 2008). Anglický termín zní „deliberate self-harm“, tedy záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního (Sutton, 2005). Základním rozdílem je fakt, že dítě, které se opravdu pokusí o sebevraždu, chce svůj život ukončit, zatímco dítě, které se záměrně sebepoškodí, se snaží cítit lépe (Kriegelová, 2008).

Nejčastěji jde o **řezná poranění** kůže, zápěstí, předloktí nebo hřbetů rukou, škrábance či vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození se mnohdy používají ostré předměty (např. žiletka, sklo, nože, kus zrcadla). Další formou může být **pálení cigaretou**. Do okruhu sebepoškození se zahrnuje i **předávkování léky**, které se opakuje, ale není u něj patrný přímý suicidální motiv.

Důvody mohou být různé. Např. pokud chce někdo vstoupit do nějaké sekty, musí se poranit. Nebo se snaží získat výhody nebo se něčemu vyhnout – zranění může někdy odvrátit okamžitý nástup do výkonu trestu apod. Často se objevují i poranění, která bylo náročné vytvořit na tom místě, kde jsou. Postižený se tak např. musel zkroutit do naprosto nepřírozené polohy, aby se dokázal poranit tam, kde se poranění nachází. Důvodů může být celá řada: pocity frustrace, vzteku, lítosti, přetažení, negativní emoce, osamělost, náhlé a intenzivní vzpomínky na prožitá traumata apod.

To, že se zraní, může pacientovi pomoci **„řešit“ výše zmíněné problémy** z několika důvodů:

- fyzická bolest odvede pozornost od nepříjemných psychických bolestí, se kterými si nevíme rady – prostě je „přebije“
- při poranění dochází k vyplavení endorfinu, který pomáhá organismu zvládnout fyzickou bolest, což přináší člověku okamžitou úlevu, po které prahnul

- poranění odvede pozornost od nežádoucích pocitů. Zaměstná mysl praktickými starostmi, protože rána se musí omýt, ošetřit, zavázat, krev nesmí kapat na koberec, případně se musí navštívit lékař apod.

Toto působení je však pouze dočasné. Problémy se objeví **znovu a ve vážnější formě** (ať už ty staré, kvůli nimž se jedinec poranil, nebo zcela nové, podobného charakteru). Člověk se poraní opět, protože jednou to pomohlo (stejně jako u drogy se tu vypěstuje spojení pocitu úlevy s tímto aktem a vzniká závislost). Navíc se za své jednání (např. slabost nebo ublížení si) **stydí**, protože ví, že společnost by je neakceptovala.

K pocitu studu se přidává pocit **strachu**, že se to někdo dozví, a snaha stopy po zranění skrýt (nechodit na koupaliště, nosit dlouhé rukávy apod.) nebo nepřipustit, jak se to stalo (tvrzení, že se zranil nějakou nehodou nebo že už si ani nevzpomíná, jak se mu to přihodilo), a izolovat se od okolí. Tyto pocity vyústí v negativní emoce a často ještě ve spojení s jinak způsobenými negativními emocemi jsou opětovným důvodem k ublížení si. Člověk je pak plně odhodlán před svým okolím vše utajit, rozhodně se k ničemu nepřizná a sám sobě nepřizná, že potřebuje pomoc – a tak se na takové případy přichází většinou **náhodou**.

Sebeпоškozování je, stejně jako pokus o sebevraždu, volání o pomoc. Dítě, které ubližuje samo sobě, rozhodně potřebuje dohled odborníka a pomoc rodiny.

Studie **prevalence** ukazují, že mezi mladými lidmi stoupá výskyt tohoto chování. Je častější u dívek (3× více než u chlapců), ale ani chlapci nejsou výjimkou. V západních zemích připouští sebeпоškozování téměř 10 % adolescentů. Přibývá dětí a dospívajících, kteří řeší své problémy tím, že jsou sami k sobě agresivní (sebeпоškozování a sebevraždy).

Sebeпоškozování se spojuje s **osobnostní patologií**, nejčastěji je diagnostikována hraniční porucha osobnosti, zmiňována bývá též osobnost disociální, histriónská. Příčina se dává do souvislosti s dětskými traumaty, uvažuje se také o emočním nebo sexuálním zneužívání v dětství.

Autoři z Irska uvádějí ve výsledcích svého výzkumu **genderové rozdílnosti** v oblasti faktorů, které působí na dospívajícího a jejichž následkem může být akt sebeпоškození. Poznatky z této studie jsou velmi důležité a potřebné pro cílenou prevenci, zlepšení kvality životního stylu a včasnou identifikaci rizikového chování (McMahon et al., 2010):

- **rizikové faktory pro obě pohlaví:** užívání drog, zkušenost se sebeпоškozením u přátel z okolí
- **rizikové faktory pro dívky:** nízká sebeúcta, sexuální zneužívání (vynucená sexuální aktivita), zkušenost se sebeпоškozením u členů rodiny, spory s rodiči, problémy v přátelství
- **rizikové faktory pro chlapce:** zkušenost se šikanou, problémy ve škole, impulzivita, dlouhotrvající úzkost

U dívek dochází **nejčastěji k činu sebeпоškození** mezi 10. a 14. rokem, což lze spojovat s nástupem puberty u dívek a s tím spojenou emoční nestabilitou. U chlapců je rizikovým věkem 15–18 let, častěji jsou v tomto věku hospitalizováni z důvodu sebeпоškozování než dívky stejného věku. Typický začátek u dětí spadá do období adolescence, frekvence se stupňuje směrem k dvaceti letům a mizí kolem třicítky. První epizody se objevují již v období mladší adolescence a počátek se stále posouvá směrem k nižší věkové hranici (Sutton, 2005). Nejčastěji voleným **způsobem sebeпоškození** je sebeotrávení

léčivý (nejčastěji užívané léky – sedativa, hypnotika, analgetika, psychotropní léky) a dále sebeotrávení alkoholem, sebeotrávení plyny a chemikáliemi. Také je souvislost mezi věkem a způsobem sebepoškození, kdy ve věkové skupině 10–14 let je způsobem nejčastěji sebeotrávení alkoholem a ve věkové skupině 15–18 let sebeotrávení léky. Dívky se sebepoškozují pomocí sebeotrávení léky, u chlapců dominují ostatní způsoby, jako např. alkohol, plyny, chemikálie, oběšení a dušení. Místem, kde se děti nejčastěji sebepoškozují, je domov nebo jiná obytná instituce, škola, sportovní a veřejné prostory a dále ulice.

Pro **diagnostiku** je významná přítomnost jizev na kůži či zranění v různé fázi hojení. Většina postižených se však snaží sebepoškození utajit. Existuje velké množství sebeuposuzovacích dotazníků a škál, ovšem výpovědi jsou závislé na motivaci jedince, upřímnosti, momentálním psychickém i fyzickém stavu, otevřenosti a schopnosti odpovědět na otázku (Kriegelová, 2008). Některé zahraniční studie uvádějí využití dotazníku OSI (Ottawa Self Injury Inventory) nebo NSSI (Non-Suicidal Self-Injury) (Crosby et al., 2010; Bureau et al., 2010).

Sebepoškození **není samostatná psychiatrická diagnóza**. Může se vyskytnout u řady psychiatrických poruch. Jde zejména o výše uvedenou osobnostní patologii, může být diagnostikována afektivní porucha a vzácně též psychotická porucha schizofrenního okruhu. V některých případech se sebepoškození spojuje s poruchou příjmu potravy.

Terapie spočívá ve vyšetřeních a psychiatrické diagnostice. Je obvykle komplexní a integruje psychosociální i biologické metody léčby. Důležitá je psychoterapie. V medikamentózní léčbě se používají antidepressiva, v některých případech menší dávky neuroleptik. V terapii je naprosto nezbytná spolupráce s rodinou formou rodinné terapie.

SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ

Sebevražedné chování nepředstavuje v žádné své formě samostatnou nozologickou jednotku. Může, ale nemusí být spojeno s řadou psychiatrických poruch. Představuje spíše **syndrom**, teprve psychiatrické vyšetření diagnostikuje případné duševní onemocnění. Sebevražedné chování může mít různé **formy**:

- suicidální myšlenky a tendence
- suicidální pokus
- letálně končící dokonané suicidium

Právě dětský lékař musí často diagnostikovat a hodnotit riziko spojené s tímto chováním. Po suicidálním pokusu se musí **nejdříve zachránit život**, až následně přichází na scénu psychiatr.

Příčiny sebevražedného jednání bývají rozmanité. Mohou být vázané na různé psychiatrické syndromy – psychózy, poruchy nálady, na abúzus návykových látek, na nepříznivé osobnostní rysy, antisociální osobnosti, dále na rodinnou patologii. Pochopitelně často stojí v pozadí pocity nešťastnosti, beznaděje, hněvu, frustrace, které přinesou situační vlivy. Často nebývá snadné a někdy ani možné nalézt odpověď, proč se mladý člověk rozhodl ukončit svůj život. A u mladých je toto řešení konce života zvláště zneklidňující: u 15–24letých je na druhém místě v příčinách smrti. Nebezpečí dramaticky narůstá především v pubertě.

Každé dítě, u kterého došlo k suicidálnímu jednání, by mělo být **psychiatricky vyšetřeno**. Vhodné je, aby se tak dělo za hospitalizace, aby se zdůraznilo, že je záležitost brána vážně (před rodinou i dítětem), a samozřejmě pro komplexnější posouzení. Bohužel u řady případů suicidálního jednání k vyšetření nedochází a všichni

jsou rádi, že „to dobře skončilo.“ Často je takové jednání konstatováno až s odstupem času, anamnesticky. Longitudinální sledování poukazuje na to, že je velkou chybou podceňovat suicidální pokusy, hlavně u chlapců. Rekrutují se z nich adepti budoucího suicidálního jednání, které je „úspěšnější“.

Suicidalita není vlastní diagnóza, ale stejně jako např. psychomotorický neklid je pouhým symptomem. Ve věkové skupině 15–45letých jsou sebevraždy a úmrtí při autonehodách nejčastější příčinou smrti. Česká republika patří bohužel mezi země s vysokou sebevraždností, především u adolescentů. Sebevražda je třikrát častější mezi muži než mezi ženami. Druhou rizikovou skupinou pro sebevraždy je věk po 70. roce života. Křivka vztahu sebevraždnosti a věku má tvar písmene U se dvěma maximy výskytu sebevraždnosti. První maximum je mezi 15. a 24. rokem a druhé po 70. roce. K nejčastějším způsobům dokonané sebevraždy v ČR patří oběšení, uškrcení nebo udušení, zastřelení se a skok z výšky. U schizofreniků jde o druhou nejčastější příčinu smrti. Nejčastějšími chorobami, kde je velké riziko suicidality, jsou deprese všech typů, zejména ve vyšším věku. U psychogenních stavů je pak nutné rozpoznat krizový stav, zhodnotit jeho intenzitu a provést příslušnou krizovou intervenci.

U výskytu suicidálního jednání lze pozorovat velké rozdíly mezi jednotlivými **národy, státy i světadíly**. V Evropě je tradičně vysoká suicidalita v Maďarsku, severovýchodních zemích a v postsovětských republikách. Nízkou sebevraždností naproti tomu vykazuje jižní Evropa. Česká republika jako celek je v dlouhodobém průměru, ale, jak jsme již uvedli, **vysoce rizikovou populací** je věková kategorie 15–24 let. U dětí do 15 let je dokonaná sebevražda naštěstí vzácná (cca 4 ročně). U dospívajících v roce 2008 to bylo 42 jedinců (z toho 32 chlapců a 10 dívek). U suicidálních pokusů převládají dívky. Přesná statistika však neexistuje, kvalifikované odhady hovoří o 20–30násobku oproti dokonaným suicidiím, u dospívajících je to 50–100násobek. V adolescentní věkové skupině je výskyt suicidálních pokusů relativně nejvyšší. A to je jistě alarmující skutečnost.

Na děti silně působí **sociální a environmentální faktory**, jako jsou interakce požadavků běžného života s internalizovanými rodinnými pravidly, hodnotami a normami, dále k tomu přispívá velkou měrou emocionální klima v rodině, nadměrná kritika dítěte a traumatická událost v životě dítěte, která vytváří pocit strachu a beznaděje. Významným aspektem je expozice záměrnému sebepoškozování, tj. asociace mezi vznikem záměrného sebepoškozování a sebevraždě v okolí dítěte. Objevuje se zejména v časně adolescenci. V dnešní době je nejrozšířenějším způsobem zprostředkovaného seznámení se s aktem sebepoškozování sdílení detailních informací a popisů daných aktivit na internetu – efekt napodobování, „copy-cat effect“ (Kriegelová, 2008; Svoboda a kol., 2009).

Definice suicidia

Suicidium se definuje jako vědomý sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije. Tato moderní definice reflektuje i často přítomný ambivalentní postoj k smrti. Zejména pro adolescenty je charakteristické, že „dávají svůj život v sázku“. Suicidální pokus je život ohrožující akt s úmyslem zemřít, nikoliv však s letálním koncem.

Používají se také termíny jako demonstrativní či zkratové sebevražděné jednání. Při **demonstrativním sebevražděném jednání** se sleduje jiný cíl než zemřít, při **zkratovém jednání** jde o snahu vyřešit tímto způsobem nějakou tíživou situaci bez přemýšlení o možných následcích či alternativních řešeních.

Sebevražedný pokus rovněž předpokládá vědomý úmysl jedince dobrovolně zemřít, ale jedinec přesto zůstává naživu. 10 % jedinců s anamnézou sebevražedného pokusu zemře do deseti let dokonanou sebevraždou. Nejvyšší riziko dokonaného suicidia bylo nalezeno v prvních třech měsících po suicidálním pokusu.

Demonstrativní sebevražda čili parasuicidium je definována jako sebepoškozující jednání, které je buď spjato s přáním dočasně uniknout ze zdánlivě neřešitelné situace, nebo se snahou vynutit si jiný postoj okolí k vlastní osobě. Není primárně přítomno přání zemřít, a pokud je, tak pouze nešťastnou náhodou. Parasuicidální pokus zpravidla proběhne rychle, bez předchozí přípravy, impulzivně. Mezi pachatelí parasuicidií převažují ženy a adolescenti a převážně jsou voleny metody méně ohrožující život.

Etiologie suicidálního jednání

Etiologie suicidálního jednání je multifaktoriální. **Rizikové faktory** lze rozdělit na biologické, psychické a sociální.

- Důležité jsou **rodinné faktory** včetně genetických dispozic k některým psychiatrickým onemocněním, jako jsou depresivní poruchy a schizofrenie. Při rodinném výskytu suicidálního chování však mohou hrát roli výchovné a identifikační vlivy. Neuspokojivé rodinné poměry a rozvod rodičů (především porozvodové tahanice) bývají významným faktorem při vzniku suicidálního jednání.
- Významným etiologickým faktorem je **psychiatrické onemocnění**. Zejména depresivní porucha a schizofrenie se spojují se suicidálním chováním. K dalším rizikovým poruchám patří poruchy vývoje osobnosti (často nasedající na hyperkinetický syndrom), poruchy chování, poruchy příjmu potravy a toxikomanie.
- Podstatnou oblastí je též **školní a vrstevnický kolektiv**. Suicidální jednání mohou vyprovokovat školní problémy, šikanování ze strany spolužáků, ale i vlastní (protizákonné) jednání.

Riziko sebevraždy může zvyšovat celá řada biologických, psychologických, zdravotních i sociálních faktorů. Rozlišujeme čtyři formy sebevražedného jednání a chování (Koutek a Kocourková, 2003; Machová a kol., 2011; Veselý, 2011):

- sebevražedné myšlenky
- sebevražedné tendence
- sebevražedný pokus
- sebevražda

Trend ukazuje, že **výskyt sebevražedných pokusů** roste exponenciálně s věkem dítěte (Greening et al., 2010). Největší **podíl na sebevraždách** dětí mají konflikty a problémy v rodině, vztahové problémy a problémy školní. Mezi další významné motivy sebevraždy u dětí patří náhlá deprese a psychické problémy a dále také duševní onemocnění. Nejčastěji volí děti jako **způsob sebevraždy** oběšení, udušení, uškrcení, dále skoky z výšky, oken, mostu nebo pod pohybující se objekt. Chlapci častěji volí „tvrdý způsob“, tedy oběšení, zastřelení, skok, dívky spíše „lehčí styl“, tj. otravy. Pokus u dívek je proto spíše odvratitelný zásahem zvenčí než u chlapců.

Sebevražda je takový způsob autoagresivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince vědomě ukončit život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž lze předpokládat, že k zániku vlastního života povedou. Asi 25 % osob, které zemřely dokonanou sebevraždou, má v anamnéze alespoň jeden suicidální pokus. Při

sebezabití oproti tomu chybí vědomý úmysl jedince dobrovolně zemřít a pochopení rizika situace (např. pacient v deliriu vyjde z místnosti oknem místo dveřmi).

V psychiatrické praxi ještě dochází k **simulaci sebevražedného pokusu** se snahou o vyhnutí se nepříjemným situacím (např. důsledkům trestné činnosti) a k **vyhrožování sebevraždou**, aby jedinec získal určité výhody (vydírání partnera při manželských konfliktech)

Sebevraždy dělíme na:

- **biické** – kdy motiv vychází z reality. Biické sebevraždy dělíme dále na **bilanční**, kdy jedinec na základě zhodnocení současné nepříznivé životní situace dospěje k názoru, že pro něj i jeho okolí bude lepší, aby nežil, a na **sebeobětování**, kdy je sebevražedná aktivita provázena touhou prospět tímto činem někomu jinému bez touhy po vlastní smrti.
- **patické** – způsobené přítomnou psychopatologií. Patická sebevražda je nejčastěji způsobena depresivními stavy, panickými poruchami, závislostmi, schizofrenií a poruchou osobnosti, zejména tam, kde je přítomna narušená kontrola impulzů a kde je také nejvyšší riziko opakování sebevražedné aktivity. Pacienti trpící hlubokou depresí nebo schizofrenií se někdy rozhodnou nejprve zabít své blízké a pak sami sebe, neboť je chtějí uchránit před domnělým nebezpečím či utrpením – tomuto říkáme **rozšířená sebevražda**.

Suicidální vývoj

Suicidální vývoj zahrnuje v sobě nejprve **suicidální myšlenky**, které nemají konkrétní obraz a projevují se jako únava životem a úvahy o smyslu bytí; jedinec se jim obvykle brání. Při dalším vývoji hovoříme o **suicidálních tendencích**, kterým se jedinec nebrání, ale postoj k nim je dosud pasivní a ambivalentní. V rámci **suicidálních úvah** již jedinec počítá s ukončením vlastního života a promýšlí si nejvhodnější postup.

Později může dospět k **rozhodnutí o realizaci sebevraždy**, což může vyvolat zklidnění a paradoxně vytvářet dojem zlepšení stavu; pacient přestává o svém trápení a nejistotě o smyslu života mluvit s okolím.

Následně pacient vyčkává na vhodnou chvíli pro realizaci suicidia. Suicidální aktivita většinou takto typicky graduje, avšak může dojít i k náhlému rychlému **suicidálnímu aktu** v rámci impulzivního či zkratového jednání.

U depresivních stavů některé příznaky signalizují **zvýšené nebezpečí suicidální aktivity**: úzkost a vnitřní neklid, nespavost, nechutenství a úbytek hmotnosti, pocity viny, domnělá bezvýchodnost stavu, obavy z jiného závažného tělesného onemocnění.

Presuicidální syndrom zahrnuje tíseň, inhibovanou, proti vlastní osobě namířenou agresi, suicidální fantazii, suicidální pokus v anamnéze.

Diagnostika

Každé dítě či dospívající, u něhož se předpokládají suicidální myšlenky či tendence, případně u nějž již proběhl suicidální pokus, se musí podrobně psychiatricky vyšetřit. Je nutné zjistit zejména **vážnost suicidálních tendencí**, posoudit, nakolik je myšlena vážně eventuální **příprava suicidálního jednání**, zda má postižený konkrétní představu o suicidálním aktu, zda ho připravuje nebo má dokonce připravené nástroje k jeho provedení. Zjišťuje se přítomnost **depresivních symptomů** a dalších psychiatrických

poruch. Je nezbytné se zabývat motivací a problémy dítěte nebo adolescenta ve škole, v rodině, mezi vrstevníky. Podstatná je též informace, zda se dotčený již někdy v minulosti o suicidium pokusil. Pokud již proběhl suicidální akt, zaměřuje se vyšetření na vážnost úmyslu zemřít, přítomnost psychiatrického onemocnění nebo depresivní symptomatiky. Je třeba zhodnotit nebezpečí opakování suicidálního jednání.

Znaky suicidálního rizika přináší tab. 11.1.

Tab. 11.1 Znaky suicidálního rizika (zdroj: Pfeffer, 1996; upraveno)

Znak	Vysoké riziko	Nízké riziko
předpověditelnost chování dítěte nebo adolescenta	nízká	vysoká
okolnosti suicidálního chování	dítě a dospívající je sám, má promyšlený plán, nelze předpokládat záchranu	nablízku je jiná osoba, postižený nemá plán, lze předpokládat záchranu
letalita způsobu suicidálního chování	vysoká	nízká
úmysl zemřít	výrazný	nejistý
přítomná psychopatologie	závažná deprese, poruchy chování, zneužívání návykových látek	minimální
coping mechanismy	slabý úsudek, impulzivní projevy	dobry úsudek a sebekontrola
emoční prožívání	výrazné pocity bezmoci, beznaděje, vzteku, viny a studu	mírné projevy těchto emocí
schopnost dítěte komunikovat	nedostatečná, ambivalentní komunikace	dobrá komunikace
podpora rodiny	nedostatečná, nekonzistentní	dobrá
psychosociální stres	vysoký	nízký

Prevence

Prevence je důležitou součástí dětské psychologie a psychiatrie. Cílem prevence je snaha snížit výskyt sebevražedného chování. Protektivními faktory jsou např. pozitivní temperament dítěte, inteligence, fyzické zdraví, fyzická zdatnost, sociální zdatnost, harmonické rodinné uspořádání, dobré výchovné postoje, podpora dítěte rodiči, dobré emocionální klima v rodině, kvalitní sociální prostředí (dobré školy, mimoškolní aktivity, krizová centra). Cílem prevence je oslabit rizikové faktory a posílit protektivní faktory na straně dítěte, rodiny a prostředí (Vodáčková, 2002; Koutek a Kocourková, 2003; Vágnerová, 2005).

Terapie vychází z toho, zda je přítomna psychiatrická diagnóza – pokud ano, je léčba daného psychiatrického onemocnění plně v rukou psychiatra (pedopsychiatra). Hrozí-li nebezpečí opakování, je nutná hospitalizace. Důležitá je práce s rodinou, případně sociální pomoc. Doporučuje se minimálně ambulantní psychiatrické sledování.

Literatura

- k podkapitolám 11.1 a 11.2

- GILLBERG, Ch., GILLBERG, I. C.: Asperger Syndrome. Some epidemiological considerations. In: ATTWOOD, T.: *Asperger's syndrome. A guide for Parents and Professional*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher, 2000, pp. 195–196.
- GILLBERG, Ch., PEETERS, T.: *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2008.
- HIGGS, J. F., GOODYER, I. M., BIRCH, J.: Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Disease in Childhood* 1989; 64: 346–351.
- KOUTEK, J.: Psychiatrické a psychosomatické poruchy. In: LEBL, J., JANDA, J., POHUNEK, P., STARÝ, J., a kol.: *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2014, 698 stran.
- SZATMARI, P., BRENNER, R., NAGY, J.: Asperger's syndrome: A review of clinical features. In: ATTWOOD, T.: *Asperger's syndrome. A guide for Parents and Professional*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher, 2000, p. 197.
- THOROVÁ, K.: Pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra. In: ČADILOVÁ, V., a kol.: *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2007.
- WING, L., GOULD, J.: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1979; 9: 11–29.

- k podkapitole 11.3

- CLARKE, A. R., BARRY, R., MCCARTHY, R., SELIKOWITZ, M., BROWN, C. R.: EEG evidence for a new conceptualisation of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology* 2002; 113(7): 1036–1044.
- DRTÍLKOVÁ, I.: Klasifikace hyperkinetických poruch a terminologie. In: DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., a kol.: *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén, 2007a, s. 21–29.
- DRTÍLKOVÁ, I.: Klinický obraz. In: DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., a kol.: *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén 2007b, s. 73–78.
- KOLČÁRKOVÁ, I., LACINOVÁ, L.: *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: Masarykova univerzita, Společnost pro odbornou literaturu, Barrister and Principal, 2008, 140 stran.
- MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J.: *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2002.
- PACLT, I.: Hyperkinetický syndrom: klinický obraz a diagnostika. In: PACLT, I., a kol.: *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, 2007a, s. 13–23.
- PACLT, I.: Etiologie a biologické aspekty ADHD. In: PACLT, I., a kol.: *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing 2007b, s. 25–42.
- PACLT, I.: Hyperkinetický syndrom v dospělosti. In: PACLT, I., a kol.: *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, 2007c, s. 123–136.
- PREKOPOVÁ, J.: *Malý tyran*. Praha: Portál, 1996.
- PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, Ch.: *Neklidné dítě*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008.
- TRAIN, A.: *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997.
- TRAIN, A.: *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001.

- k podkapitolám 11.4 až 11.6

- BROUK, B.: *O pošetlosti života i smrti*. Praha: Volvox Globator, 2009.

- BUREAU, J. F., MARTIN, J., FREYNET, N., POIRIER, A. A., LAFONTAINE, M. F., CLOUTIER, P.: Percieved Dimension of Parenting and non-suicidal Self-injury in Youth Adults. *Journal of Youth and Adolescence* 2010; 39: 484–494.
- CROSBY, J., DINYA, E., FERENCZ, E., PÁLI, E., NAGY, E., HORVÁTH, A., VADOS, M.: A Study of Hungarian Adolescent Outpatients Suffering from Self-injurious Behaviour. *Psychiatria Danubia* 2010, 22(1): 39–45.
- GREENIG, L., STOPPELBEIN, L., LUEBBE, A.: The Moderating Effects of Parenting Styles on African-American and Casuasian's Suicidal Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence* 2010; 39(4): 357–369.
- KOUTEK, J.: Psychiatrické a psychosomatické poruchy. In: LEBL, J., JANDA, J., POHUNEK, P., STARÝ, J., a kol.: *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2014, 698 stran.
- KOUTEK, J., KOCOUBOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.
- KRIGELOVÁ, M.: Záměrné sebeпоškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 174 stran.
- MÁCHOVÁ, V., PRŮCHOVÁ, D., VELEMÍNSKÝ, M.: Sebevraždy seniorů. Některé vnější vlivy a způsoby provedení sebevražd u seniorů. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2011; 6(2): 154–161.
- McMAHON, E. M., REULBACH, U., CORCORAN, P., KEELEY, H. S., PERRY, I. J., ARENSMAN, E.: Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescent. *Psychological medicine* 2010; 40: 1811–1819.
- MONESTIER, M.: *Dějiny sebevražd. Dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.
- PFEFFER, C. R.: Suicidal Behavior in Children and Adolescents. Causes and Management. In: LEWIS, M.: *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
- SUTTON, J.: *Healing the Hurt Within: Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds*. 2nd ed. Oxford: How to Books, 2005.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M.: Psychodiagnostika dětí a dospívajících. 1 vyd. Praha: Portál, 2009, 792 stran.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005.
- VELEMÍNSKÝ, M. sen., VELEMÍNSKÝ, M. jun.: *Vývoj dítěte a jeho výchova k suchým nocím*. Praha: Triton, 2009, 105 stran.
- VESELÝ, M.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie*. 1. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2011, 127 stran.
- VODÁČKOVÁ, D., a kol.: *Krizová intervence I*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 544 stran.

12 Systém péče o děti vyrůstající mimo vlastní rodinu

Lubomír Kukla, František Schneiberg

V péči o děti se mnohdy setkáváme se situacemi, kdy se dítě ocitá mimo péči vlastní rodiny. Může se stát, že rodiče **zemřeli, ztratili se** (např. ve válce) či byli z nějakého důvodu od dítěte **odloučeni**. Anebo se nemohou o dítě starat, protože jsou např. dlouhodobě nemocní či mají vážné zdravotní postižení. Závažnější je situace, kdy se rodiče o dítě postarat **nedovedou** nebo se o ně starat **nechtějí**. Proti skutečnému osiření, kdy rodiče dítěti zemrou, což je dnes stále vzácnější, hovoříme o tzv. **sociálním osiření**.

Nejtěžší a nejsložitější jsou případy, kdy dítě nebo děti musejí být rodičům **odebrány**. Stává se tak proto, že jim rodiče ubližují, zneužívají je či týrají. Jistou zvláštní skupinu představují děti, většinu starší, které odmítají žít ve vlastní rodině, opouštějí ji a rozhodují se pro život mimo domov. Bývají zachyceni **na útěku** a pohybují se nějaký čas i na ulici („**děti na ulici**“). Zatímco s touto skupinou se setkáváme relativně často, s „**dětmi ulice**“, tedy dětmi žijícími dlouhodobě bez domova (homeless children), se u nás díky systému péče o děti bez rodiny setkáváme (na rozdíl od jiných zemí) velmi vzácně.

Je potřeba si uvědomit, že **charakteristika** dětí ocitajících se mimo vlastní rodinu je převážně **negativním výběrem z populace**. Již samo genetické vybavení nebývá příznivé, často není zjistitelné (neznámý otec). Péče o matku a plod v těhotenství je často nedostatečná a někdy i dítě poškozující (alkohol, drogy, kouření). Podobně tomu je i po narození dítěte. Dítě může být hypotrofické, podvyživené, s nejrůznějšími formami abstinčních syndromů atd.

Vedle poškození tělesného zdraví je zpravidla velmi dotčen také **psychický stav a vývoj** dítěte. Vedle primárně podmíněných mentálních retardací těchto dětí je zde druhotně celá řada vzniklých a vyvíjejících se psychických škod a „poranění“. Nejčastěji přichází v úvahu známá **psychická deprivace** ve všech formách a projevech, do popředí vystupuje nedostatek důvěry k lidem, nízká úroveň vlastní identity, životní nejistota vedoucí buď k sebeizolaci, nebo ke zvýšené agresi. Objevuje se zvýšený neuroticismus, poruchy chování. Psychická postižení mohou provázet organické poruchy jako DMO, metabolická či endokrinní onemocnění.

Kromě zdravotního stavu a psychického vývoje je u dítěte, které se ocitá mimo rodinu, třeba zhodnotit **sociální kontext** jeho situace. To znamená zjistit, z jakého prostředí pochází, jak je funkční jeho rodina (i rozšířená), jaký je vztah se sourozenci. Důležitá je také doba, kdy dítě rodinu ztratilo a za jakých okolností. (Je jistě rozdíl mezi náhlým osiřením dítěte, které se normálně vyvíjelo a ztratilo rodiče při autonehodě, a dítětem, které několik let živořilo v afunkční rodině.)

Uvedené komplexní zhodnocení stavu a vývoje dítěte umožní stanovit jeho **sociální prognózu**. K tomu patří i odhad délky pobytu dítěte mimo rodinu. Zcela jiná prognóza bude tam, kde rodiče nejsou schopni se o dítě dočasně náležitě starat (např. závažnější onemocnění), a tam, kde rodiče své dítě těžce zanedbávají řadu let.

Prvním a rozhodujícím principem péče o tyto děti je **sanace jejich vlastní rodiny**. Všude tam, kde to je možné, je třeba dítěti uchovat jeho rodinné prostředí. Znamená to však aktivní účast všech složek podílejících se na sociálně-právní ochraně dítěte, zaměřující se na pomoc rodině, aby mohla mít dítě u sebe a vychovávat ho, případně aby se dítě k ní mohlo co nejdříve vrátit, pokud již bylo umístěno mimo ni. Tato pomoc

spočívá především v rozsáhlé preventivní práci, která umí včas signalizovat všechny závažné změny v rodinném prostředí, pomáhat je upravovat tak, aby dítě nemuselo rodinu opustit. I když se situace u nás zlepšuje, zatím to neumíme jako v jiných zemích. Zasahuje se často příliš pozdě, když už je rodina natolik nefunkční, že dítě z ní musí být odebráno. Popřípadě se rodina neúspěšně sanuje tak dlouho, až je v ní dítě přímo ohroženo.

Pokud sanace rodiny selže nebo ji nelze vůbec provést a je zcela pravděpodobné, že dítě bude pobývat mimo vlastní rodinu dlouhodobě, je třeba mu nabídnout některou z možností náhradní péče.

Náhradní péče

Náhradní péče zahrnuje celou paletu forem, zařízení a institucí určených pro děti, které většinou dlouhodobě nemohou vyrůstat v rodině svých vlastních rodičů. Vzniká tedy potřeba řešit jejich situaci.

- **Náhradní rodinná péče** má optimálním způsobem zajistit potřeby dětí:
 - kde se nezdařila sanace vlastní biologické rodiny
 - u dětí opuštěných
 - u dětí nalezených
 - u dětí osiřelých
- **Náhradní výchovná péče** je péče o dítě, které nemůže:
 - být vychováváno ve vlastní rodině
 - být v pěstounské péči
 - být z nejrůznějších důvodů osvojeno náhradní rodinou

Náhradní výchovná péče se realizuje ústavní (institucionální) péčí – viz kap. 12.4.

12.1 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinnou péčí (NRP) se rozumí péče o děti bez vlastní rodiny v prostředí nové rodiny či v tak uspořádané malé skupině, jež se rodině podobá nebo se jí přibližuje. Do jednotlivých forem náhradní rodinné péče by měly být děti umísťovány na základě stanovené, již výše zmíněné, sociální prognózy. Hlavním kritériem je, zda dítě bude v nové rodině krátkodobě, dlouhodobě, či trvale. Co se od NRP očekává, resp. co by měla dítěti přinášet?

Základní cíle náhradní rodinné péče jsou v podstatě tři:

1. dát dítěti trvalého (stabilního) vychovatele
2. dát dítěti jasné postavení a roli v heterogenní skupině sourozenců
3. dát dítěti pocit jistoty a bezpečí ve stabilním rodinném prostředí

Trvalý (stabilní) vychovatel znamená pro dítě pocit jistoty u jedné osoby, se kterou naváže úzký vztah (podobně jako dítě u matky), ke které má dítě důvěru, které se svěřuje, která je však pro ně zároveň vzorem, autoritou, která dovede dát dítěti dostatek lásky, která sytí dítě emočně i psychickými podněty a která naopak přináší dítěti radost a svými reakcemi posiluje onen vzájemný vztah důvěry. Samozřejmě hovoříme-li o vychovateli, nejde jen o jednu jedinou osobu – ideální je, má-li dítě

v nové rodině možnost zažít mateřskou i otcovskou péči, při které se připravuje na pozdější mateřskou, příp. otcovskou roli. Důležitá je pro dítě (často psychicky a emočně deprivované) právě stálost oné osoby (oněch osob), které se nemění v řádu hodin, dní či týdnů.

Jasně postavení a role v heterogenní skupině sourozenců znamená důležitý přechod v socializaci dítěte, kdy se učí spoustě věcí od starších sourozenců a naopak samo „táhne“ kupředu své mladší sourozence. Učí se krásným lidským vlastnostem, jako je empatie, spoluodpovědnost, důvěra. Bohužel ne ve všech formách náhradní rodinné péče je tento cíl naplněn (např. osvojené děti zůstávají často „jedináčky“).

Pocit jistoty a bezpečí ve stabilním rodinném prostředí umožňuje dítěti poznat, kam patří, kde je jeho prostor, jeho intimní místočko (postýlka, pokojíček, hračka). I zde je důležité, aby se toto prostředí příliš neměnilo, aby bylo stabilní a „smysluplné“, tedy aby dítě vědělo – ano, sem se mohu vracet, tady najdu nejen „své lidi“, ale i své oblíbené hračky, knížky apod.

Při zprostředkování náhradní rodinné péče je třeba respektovat **tři základní principy**:

1. Hledáme rodiče pro dítě, ne naopak.

Mám před sebou dítě s určitou více či méně pestrou anamnézou, má stanovenou sociální prognózu a já pro toto dítě hledám nejvhodnější novou rodinu. A může mi být jedno, zda např. konkrétní vhodní žadatelé jsou v pořadníku čekajících vepředu. Být náhradním rodičem je racionální rozhodnutí, často pro celý život, a proto musí být promyšlené a dobře zažité. Proto jsou nepřípustné nabídky dětí do náhradní rodinné péče např. na internetu s podtitulem „Vyberte si mne!“ V takovém okamžiku možná „přeskočí“ ona citová jiskřička s chvályhodnou chutí pomoci dítěti, avšak není-li racionálně podložena, brzy zhasne a může dojít k velkému zklamání rodičů i dítěte. Kromě toho je tu rovina etická – nelze přece nabízet děti do náhradní rodinné péče jako „housky na krámě“.

Samozřejmostí je řádné vyšetření a příprava nových náhradních rodičů, aby při zprostředkování náhradní rodinné péče byl dostatek podkladů pro kvalitní vytvoření nového rodinného svazku.

2. Rodiče musí dítě bezvýhradně přijmout.

To znamená přijmout dítě takové, jaké je, s celou jeho minulostí a s prognózou do budoucnosti, která nemusí být vždy zcela pozitivní a příznivá. Proto také trváme na podrobném vyšetření stavu a vývoje dítěte, abychom mohli žadatelům (a potenciálním novým rodičům) říci co nejvíce o dítěti, aby se mohli rozhodnout, zda dítě skutečně vzhledem k tomu, co o něm víme, chtějí přijmout. Nelze cokoliv zamlčovat, nelze nové rodiče k přijetí dítěti jakýmkoliv způsobem nutit či přemlouvat, pokud sami nemají jistotu bezvýhradného přijetí. Pokud k bezpodmínečnému přijetí nedojde, dochází časem ke zklamání rodičů, že dítě není takové, jaké chtěli. Rodiče a dítě se navzájem odcizují, mizí emoční a psychické pouto a vztah k dítěti se může měnit na ambivalentní až hostilní. V takové rodině se dítěti nevede dobře. Přicházejí-li žadatelé o náhradní rodinnou péči a říkají např. „dejte nám jakékoliv dítě, hlavně brzy, my si už to nějak zvládneme“, je dobré takové žadatele raději odmítnout, protože u nich by ono bezvýhradné přijetí nejspíše nefungovalo. Míra toho, co žadatelé o náhradní rodinnou péči unesou, aby dítě bezvýhradně přijali, je různá. Někomu vadí lehká drobná vada (např. syndaktylie), někdo unese i těžké postižení (morbus Down, slepota).

3. Náhradní rodinná péče nekončí vytvořením nového rodinného svazku.

Na tento princip se často zapomíná. Noví rodiče mají mnohdy mnoho potíží s péčí o dítě či jeho výchovou a potřebují permanentní poradenství. Osvojitelé nemívají zkušenost s výchovou dítěte, osvojené dítě je většinou jejich prvním dítětem, a tak mnohdy tápou a překvapují je běžné věci. Pěstouni zase přijímají do své péče děti problematictější s častější kumulací problémů. Svého času poradenskou úlohu dobře plnily poradny pro náhradní rodinnou péči v jednotlivých krajích. V současnosti se proces zprostředkování náhradní rodinné péče stále více odehrává na poli úředním, a proto mnohdy musí zastat toto poradenství pracovníci zařízení, odkud děti do náhradních rodin odcházejí.

Náhradní rodinná péče doznala v současnosti mnoha změn, a to i **na poli právním**. Základními právními normami jsou nyní především nový občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) a novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 401/2012 Sb., včetně poslední novely 250/2014 Sb.). Jsme si vědomi, že to, co nyní píšeme, nemusí být úplně právně správné v blízké budoucnosti, kdy můžeme očekávat další novelizační zákona (zákonů).

Formy NRP

- dítě je svěřeno do péče jiné fyzické osoby – většinou krátkodobě
- pěstounská péče
 - individuální
 - příbuzní – např. prarodiče,
 - nepříbuzní („cizí“) lidé – „klasická“ pěstounská péče (jako dlouhodobá forma péče)
 - skupinová
 - rodinné buňky – pěstounské páry (minimálně)
 - SOS dětské vesničky
 - pěstounská péče na přechodnou dobu
- adopce
- mezinárodní adopce

12.1.1 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Nemůže-li o dítě pečovat žádný z rodičů ani poručník, může soud svěřit dítě do osobní péče jiného člověka. Rozhodnutí o svěření dítěte do péče musí být v souladu se zájmy dítěte (nový občanský zákoník, § 953).

V případech, že se rodiče o dítě nestarají, je jedním z prvních institutů NRP, který přichází v úvahu, svěření do péče jiné osoby než rodiče. Zpravidla je v tomto případě dána přednost příbuzným dítěte, ale může to být i někdo další, kdo je mu blízký a k němuž má vytvořený citový vztah. Návrh na svěření do péče může podat přímo ta osoba, která si chce dítě vzít do péče, nebo toto řízení může zahájit samotný soud, např. z podnětu obce s rozšířenou působností; proto je při svěření dítěte do péče podmínka, že osoba se svěřením musí souhlasit. Pečující, kterému je dítě svěřeno, se o ně stará a vychovává je, jeho práva a povinnosti jsou dány soudním rozhodnutím. Biologickým rodičům nadále zůstává vyživovací povinnost, rodičovská zodpovědnost je omezena podle soudního rozhodnutí o tom, kolik práv a povinností přešlo na jinou osobu, které bylo dítě předáno (Vlasatá, 2014).

12.1.2 Pěstounská péče

Stejně jako adopce bylo pěstounství právně vymezeno v zákoně o rodině č. 94/1963 Sb., který je nyní již zrušen. V současné době nalezneme tento pojem v novém občanském zákoníku (zákon č. 89/2012 Sb., dále jen NOZ) nebo v zákoně č. 401/2012 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a dalších souvisejících zákonech.

Nemůže-li o dítě osobně pečovat žádný z rodičů ani poručník, může soud svěřit dítě do osobní péče pěstounovi. Pěstounská péče má přednost před péčí o dítě v ústavní výchově. Soud může svěřit dítě do pěstounské péče i na přechodnou dobu. Podrobnosti stanoví jiný zákon (NOZ, § 958).

Při pěstounské péči je možné, aby biologický rodič požadoval **navrácení dítěte** do svojí péče; soud takovému požadavku může vyhovět, avšak jen pokud to bude v souladu s tím, co je pro dítě nejlepší. Při pěstounské péči rodičům nadále zůstávají jejich **práva a povinnosti vůči dítěti**, pouze s výjimkou těch práv a povinností, které soud přiřadí pěstounům. Rodičům také nadále zůstávají vyživovací povinnosti, o jejichž výši rozhoduje soud. Dítě mohou biologičtí rodiče nadále vídat, pokud soud nerozhodne jinak (NOZ).

Návštěva dítěte biologickými rodiči je v NRP velice důležitá, většina dostupných zdrojů tento kontakt podporuje a v řadě zemí se upustilo od termínu „pěstounský rodič“, který se nahrazuje pojmem „pěstounský pečovatel“, protože ten lépe odkazuje na fakt, že většina dětí v této formě NRP má své vlastní biologické rodiče. Kontakt mezi pěstounskou a původní rodinou je pro všechny strany velice náročný a je zde důležitá pozornost profesionálů. V ideálním případě by ale všechny strany měly usilovat o stejný cíl, kterým je vrácení dítěte do jeho původní rodiny. Pokud to není možné, je třeba zajistit alespoň kontakt dítěte s rodinou a v pěstounské péči mu dopřát stabilní zázemí (Matoušek a kol., 2010).

Pěstounství má mnoho **motivací** – není to jen touha mít dítě, ačkoliv toto je motiv pro pěstounskou péči nejzákladnější, často jsou známé další stimuly, které se v některých případech shodují s motivy k adopci. Je to např. motiv pro to, aby naše dítě mělo sourozence, pěstounstvím je také často řešeno úmrtí v rodině nebo to, že rodiče nechtějí čekat dlouho na adopci, a tak se rozhodnou pro jinou (rychlejší) alternativu. Velice silným podnětem může být také to, že nám život dětí v institucionální péči není lhostejný (Zezulová, 2012).

Rodiče také často chtějí uplatnit své vychovatelské dovednosti či se inspirovali někým z okolí. Je velice důležité, aby zhodnotili svoji motivaci, popřemýšleli nad tím, jestli jsou na dítě opravdu připraveni a zda mají dostatek sil, aby ho mohli vychovávat. Je pro ně dobré spojit se s odborníky, kteří jim v těchto otázkách rádi pomohou. Je totiž podstatné, aby si budoucí pěstouni uvědomili **jak klady pěstounské péče, tak i s ní spojená rizika**, aby v budoucnu nestrádali oni ani dítě (Frantíková a kol., 2011).

Státní příspěvek na výkon pěstounské péče činí 48 000 Kč na rok, případně je určen podle počtu měsíců trvání; tato suma ale není přesně určena pro každou rodinu, příspěvek se odvíjí od jejich potřeb a může být tedy vyšší, ale také nižší. Dávky pěstounské péče jsou ukládány podle zákona č. 401/2012 Sb.: *Příspěvek na úhradu potřeb dítěte, odměnu pěstouna, příspěvek při převzetí dítěte, příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla a v neposlední řadě také o novou dávku, kterou je příspěvek při ukončení pěstounské péče, který činí 25 000 Kč a je vydáván, pokud dítě dosáhne zletlosti, nebo když zanikne nárok na příspěvek pro úhradu potřeb dítěte.*

V případě, že je pečující osobou **prarodič nebo praprarodič dítěte**, který nemá v péči závislou osobu, odměna pěstouna se k němu nevztahuje, ale jejich příspěvek se hodnotí podle případu hodného zvláštního zřetele, který se ohlíží především na sociální a majetkové poměry pečujících osob a na zdravotní stav dítěte. Odměnu ale dostanou, pokud mají v péči svěřeny tři a více dětí. Ostatní dávky jim náležejí stejně jako ostatním pěstounům (MPSV ČR, 2013).

Výše odměny pro osobu pečující činí 8000 Kč v případě, že je pečováno o jedno dítě, 12 000 Kč, je-li pečováno o dvě děti, a 20 000 Kč, pokud je pečováno alespoň o tři děti. Tuto částku obdrží také pěstoun, který se stará o jedno dítě, které je závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II, III nebo IV, a za každé další dítě se odměna zvyšuje o 4000 Kč. **Příspěvek na úhradu potřeb dítěte** za kalendářní měsíc představuje 4500 Kč pro dítě do 6 let věku, pro dítě od 6 do 12 let činí 5550 Kč, 6350 Kč pro dítě ve věku od 12 do 18 let a 6600 Kč pro dítě od 18 do 26 let (MPSV ČR, 2013).

Pěstounská péče může být **zrušena** na žádost pěstouna či na návrh oddělení sociálně-právní ochrany dítěte. Právně **zaniká** dosažením zletilosti dítěte, při studiu zůstává nárok na hmotné zabezpečení (Grohová, 2011); viz též kap. 10.

Jaké děti jdou do pěstounské péče?

- děti s těžším zdravotním rizikem či handicapem a nejistou či nepříznivou prognózou
- děti s těžším sociálním rizikem či handicapem v rodinné anamnéze (RA) (etylismus, psychiatrické problémy)
- starší děti a sourozenecké skupiny
- děti, jež se z právního hlediska nemohou uvolnit pro osvojení

Při klasické pěstounské péči mohou biologičtí rodiče dítě navštěvovat. Je-li **styk obtížný, problematický a není v zájmu dítěte**, rozhoduje soud, jenž má tyto možnosti:

- pozastaví výkon rodičovské odpovědnosti (RO)
- omezí RO
- zbaví RO – biologičtí rodiče poté nemohou dítě navštěvovat

Dlouhodobí pěstouni se v poslední době dostávají ohledně svého rodičovství do velmi zvláštní situace. Vlivem silných mediálních trendů se prosazuje představa, že pěstouni se nemají stavět do pozice rodičů, protože dítě má jen jedny – biologické – rodiče. Stále větší důraz je podle zahraničních vzorů (zejména Velké Británie a USA) kladen na práva biologických rodičů a pěstouni si nemají dítě „nárokovat“, ani když jde o dlouhodobou pěstounskou péči. Koncentrovaný výraz tohoto názorového proudu je viditelný v textu novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí, která vešla v platnost k 1. 1. 2013 (viz zákon č. 401/2012 Sb.). Základním označením pro pěstouna je „**osoba pečující**“. Oficiálně se mluví o „pěstounovi“ či „osobě pečující o dítě“, nikoliv o „náhradním rodiči“. Termín „rodič“ je používán výhradně pro označení biologických rodičů. Tento významový posun může být zdánlivě nepodstatný, ale z psychologického hlediska je vyústěním předchozího dění a bude mít i konkrétní důsledky.

Mezi tím, co obnáší „**pečovat**“ a „**být rodičem**“, je ovšem dost podstatný rozdíl. **Pečovat** může každá odpovědná dospělá osoba, která se umí o dítě postarat a zabezpečit jeho základní potřeby. Péče je poskytována i v ústavním prostředí. Dítě však potřebuje více než péči – potřebuje výchovu a lásku. **Výchova dítěte** je na rozdíl od bezprostřední péče nejen složitý, ale i dlouhodobý proces. Jde v něm o předává-

ní hodnot, o formování osobnosti dítěte, o vzájemné působení mezi rodičem a dítětem, o kvalitu vztahů. Pokud vlastní rodiče dítěte nejsou z tohoto úhlu pohledu perspektivní a „použitelní“, musí zde být někdo, kdo oním rodičem, který dítě uvádí do života (a nejen pečuje), bude. Zvláště u dětí umístěných v dlouhodobé pěstounské péči nelze popřít, že i při respektování existence biologických rodičů musí dítě mít náhradního, ale z hlediska psychických potřeb dítěte plně funkčního rodiče. A rodiče mají dát dítěti pocítit, že má svou jedinečnou hodnotu a je milováno (Sobotková a Otčenášková, 2013).

Velmi podobný problém, tedy **opravdovost a plnost rodičovské role**, řeší slovenští kolegové, kteří sledují vývoj dětí umístěných v profesionálních rodinách. Ty jsou po psychologické stránce (nikoliv organizační a legislativní) podobné naší pěstounské péči na přechodnou dobu. K. Búšová předložila ve svých článcích a monografii výsledky originálního výzkumu zaměřeného na postavení profesionální matky ve vztahu ke svěřeným dětem. Poukazuje na to, že děti v souladu se svými psychickými potřebami vyžadují na profesionálních matkách **slib stálé lásky**. Profesionální matky, resp. rodiče (u nás mohou být v podobné pozici právě pěstouni na přechodnou dobu – a proto jsou jim svěřovány děti, které ještě verbálně nemohou tuto prosbu vyslovit) tento slib dát nemohou, což představuje obrovské dilema pro matky („profesionál“ nebo „rodič“) a vývojové riziko pro dítě (Búšová, 2009; Šmajdová Búšová, 2013).

Kriticky hodnotí náhradní rodinnou péči na Slovensku také jeden z předních znalců situace Albín Škoviera (2013): *„Odborné hledisko v náhradní rodinné péči je podceňováno a do popředí se dostávají administrativní úkony a politická rozhodnutí.“*

Typická motivace pěstounů má výrazné altruistické prvky a vyskytuje se u lidí, kteří již mají odrostlejší vlastní děti. Nejde u nich o naplnění rodičovských potřeb, ale o rozhodnutí věnovat se dětem, které to potřebují. Krásně to vyjádřila jedna pěstounka: *„Nebrali jsme si děti proto, že by nám něco chybělo, ale proto, že nám něco přebývalo – láska.“* Pěstouni chtějí být užiteční, pomoci dítěti, dát mu domov, zúročit síly, které ještě mají, a zkušenosti, které již mají. Takovou motivaci můžeme zkráceně vyjádřit heslem „my pro dítě.“ Nyní však v souvislosti s nárůstem počtu bezdětných manželství (neplodnosti) přibývají mezi pěstouny manželé, kteří žádali o adopci. Projevuje se v nich přirozená potřeba a touha mít dítě, aby byli jako kompletní rodina. O pěstounskou péči žádají proto, že zjistili, že touto cestou dostanou dítě dříve – nebudou muset tak dlouho čekat. To je sice pravda, ale přijetím dítěte do pěstounské péče vzniká velmi riziková situace. Základní motiv původních žadatelů o adopci je „dítě pro nás“. Ten je obvykle spojen s vyššími nároky na dítě, s větším a konkrétním očekáváním – a rodiče často neradi slevují. A nyní mají dítě v pěstounské péči, kdy víme, jaké děti do pěstounské péče jdou: rizikové, problémové, s nejrůznější patologií zdravotnickou, v anamnéze apod. Zvládne to tento bezdětný pár? Bude nakloněn a otevřen odborné pomoci?

12.1.3 Adopce neboli osvojení dítěte

Osvojení je považováno za nejdokonalejší formu NRP. Zvyšuje se podíl dětí, které odchází při propuštění z kojeneckých ústavů, dětských domovů a dětských center v gesci MZ ČR do rodin osvojitelů: je jich 15–20 %, což je velmi dobré číslo.

Podle § 794 v novém občanském zákoníku se osvojením rozumí přijetí cizí osoby za vlastní.

Osvojitelem se může stát pouze zletilá a svéprávná osoba, zaručuje-li svými osobními vlastnostmi a způsobem života, jakož i důvody a pohnutkami, které jí vedou k osvojení, že bude pro osvojované dítě dobrým rodičem (NOZ, § 799).

Dle Kovaříka (2004, s. 24): „Osvojit znamená učinit svým – to ovšem může mít několik forem. Může to znamenat „učinit svým majetkem“, „přivlastnit si“ – to může být v mezilidských vztazích velmi nebezpečné. Může to však znamenat „vzít za své“ – ve smyslu převzít odpovědnost (a přitom ponechat potřebnou svobodu).“

Vedle hlavního **cíle osvojení**, kterým je nahradit nezletilému dítěti chybějící stabilní prostředí, je dalším cílem také to, že dojde k naplnování smyslu života osvojitelů, v jejichž rodině začíná osvojenec žít (Matějček a kol., 2002).

Při osvojení přijímají manželé nebo také jednotlivci dítě **za vlastní** a mají k němu stejná práva a povinnosti, jako by byli jeho rodiči – vzniká vztah jako mezi biologickými rodiči a dětmi. Dítě také získává jejich příjmení (Matějček a kol., 1999). Kromě toho vzniká mezi příbuznými osvojitele a osvojeným dítětem **příbuzenský poměr**.

Osvojení se dříve dělilo na zrušitelné a nezrušitelné, to již ale podle NOZ neplatí – ten pouze uvádí, že po uplynutí tří let od doby, kdy bylo o osvojení rozhodnuto, ho již nelze zrušit. Výjimka by byla přípustná pouze v případě, že by bylo osvojení v rozporu se zákonem. Osvojení také může být zrušeno ještě před uplynutím tří let, pokud by to bylo v souladu se zájmy dítěte (NOZ).

Adoptivní rodiče jsou uvedeni v rodném listě dítěte a také v matričné knize, kde ale nadále zůstávají zapsáni také biologičtí rodiče, aby je dítě, pokud bude mít zájem, mohlo vyhledat. V matriční knize jsou také uvedeny veškeré změny, které se týkaly osvojení – např. změna rodného čísla (Vávrová, 2011).

O **právně volném dítěti** mluvíme tehdy, pokud je fakticky osiřelé nebo je tzv. sociální sirotek, což jsou děti, které „ztratily“ rodiče. **Sociálním sirotkem** se dítě stane z vlastní vůle rodičů – zřeknutím se, udělením souhlasu k adopci, opuštěním, dlouhodobým umístěním v ústavním zařízení, nezájmem o dítě, zavrženíhodným jednáním vůči dítěti apod. (kol., 2004).

Podmínky osvojení dítěte

1. právně volné dítě (viz výše)
2. zdravotní stav dítěte
3. znalost o zdravotním stavu biologických rodičů, prarodičů, sourozenců
4. znalost o sociální úrovni biologické rodiny
5. případně znalost intelektuální úrovně biologických rodičů

Posouzení zdravotního stavu dítěte pro NRP

- **obligatorně**
 - pediatrické vyšetření
 - neurologické vývojové vyšetření
 - psychologické vývojové vyšetření
 - genetické vyšetření
 - screening věkově přiměřený
 - vyšetření na infekce (panel hepatitid, HIV/AIDS, pohlavní choroby aj.)
 - vyšetření fyzioterapeutem

- **fakultativně**
 - sonografie CNS
 - sonografie břicha
 - kardiologické vyšetření
 - oční vyšetření
- **další specializovaná vyšetření** – podle stavu dítěte, případně podle závažnosti rizik z anamnézy, např. neurolog – EEG, CT, MR mozku, EMG.

K tomu, aby si mohl někdo vzít dítě do NRP, měl by projít odpovídajícím **algoritmem žadatele o NRP**:

- podat si žádost
- projít specializovaným přípravným kurzem pro žadatele o NRP
- projít zážitkovými kurzy včetně psychologického vyšetření
- posouzení posudkovým lékařem, zda jsou vhodné pro NRP
- na základě rozhodnutí jsou pak zařazeni do evidence vhodných osvojitelů či pěstounů

Cíle přípravných kurzů pro potenciální osvojitele, pěstouny:

- sebereflexe
- sebezpoznání
- prevence neúspěšných případů NRP

Kurzy mají část teoretickou a praktickou. Smyslem je poznání, že jsem schopen přijmout „cizí“ dítě. Východiskem pro NRP je NASLOUCHAT – POROZUMĚT – MÍT RÁD – BÝT LASKAVÝ, ALE DŮSLEDNÝ.

Základním problémem je skutečnost, že děti „vhodných“ pro adopci je mnohem méně než žadatelů; to dává možnost pro nejrůznější formy „upřednostňování“ některých rodin, což pochopitelně není správné.

Ne každá NRP (ať již pěstounská péče, či adopce) je úspěšná. **Příčinou neúspěšnosti NRP** může být (Průšová, 2013):

- věk rodičů (nebo alespoň jednoho z partnerů), rozdíl mezi věkem rodiče (rodičů) a dítěte nad 50 let
- jasně rozdělené povinnosti dospělých osob v rodině, obtížná vymahatelnost zastupitelnosti rolí (zejména ženy musí zvládat řadu úkolů, na které nejsou připraveny)
- chybějící zkušenosti s poruchami chování již integrovaného dítěte (není zkušenost se sociální patologií, myslí si, že poruchy chování výchovou odstraní), asociální chování ani nedokázali popsat – bylo to „zlobení“ a „rošťáctví“ a nepřikládali tomuto chování význam
- udržení partnerského vztahu má větší význam než výchova přijatého dítěte
- chybí finanční rezerva na počátku NRP, a to i přes vysoké vzdělání všech
- rodiny omezovaly kontakty s přáteli, s příbuznými, neboť docházelo ke konfliktům ohledně výchovných metod nebo v důsledku činů, které dítě páchalo
- schopnosti a dovednosti vlastních dětí jsou v příkrém rozporu se schopnostmi a dovednostmi přijatého dítěte (oba světy se velmi rychle rozcházejí především v pubertě)
- minimální přizpůsobení potřebám interakce přijatého dítěte; rodina je přesvědčena, že jejich hodnoty jsou ty správné a přichozi se jim musí přizpůsobit

- chybí fyzický kontakt členů rodiny s přijatým dítětem z pohledu dítěte. Dítě je „citově nedosyceno“, obzvláště již v předpubertálním věku
- negativní postoj náhradní rodiny k případnému zájmu biologické rodiny
- neschopnost náhradní rodiny vnímat dlouhodobost a náročnost výchovy přijatého dítěte („Nikdo nám neřekl, že vychovat dítě je tak obtížné!“)
- s příchodem a intenzitou výchovných obtíží se postupně představa rodiny o společné otevřené budoucnosti s dítětem mění, a to i v případě osvojení
- dítě bez projevu emocí, bez pocitu viny, využívá naučené algoritmy chování („Když jsem se omluvil, tak co ještě chce?“) – důsledek citové deprivace
- rezilience náhradních rodičů – náhradní rodiny velmi individuálně odolávají problémům, které neumí nebo nemohou řešit, při výchově přijatého dítěte; odolnost vůči těmto sociálně agresivním projevům je vázána na saturaci rodičovských či altruistických potřeb mezi partnery
- širší rodina nesouhlasí s přijetím dítěte nebo není o přijetí dítěte informována (nepřichází v úvahu hlídání dítěte, návštěvy přijatého dítěte se dějí jen pod dozorem)
- zamlčení pravdy dítěti
- dítě je v rodině jedináčkem (nemá sourozence), je mu věnována neodpovídající „nadměrná“ péče

12.1.4 Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPP)

Tato forma péče je zákonně zakotvena již od roku 2006, nicméně teprve novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 401/2012 Sb. – s účinností od 1. 1. 2013) ji preferuje a jasně upřednostňuje oproti ústavní péči. MPSV ČR poukazuje na skutečnost, že máme v ústavní péči výrazně více dětí než v jiných státech. Jako velké **politikum** se napříč politickým spektrem šíří „nutnost rušení kojeneckých ústavů a dát děti do rodin“. Řešením má být právě tato forma, i když odborníci jasně poukazují na skutečnost, že se nikdy nemůže podařit všechny děti dostat do rodin a MPSV ČR při rušení ústavů do 3 let věku nedává jinou alternativu.

Soud může svěřit dítě na návrh orgánu sociálně-právní ochrany dětí do PPP, pokud to vyžaduje jeho zájem, osobám, které jsou zařazeny do evidence osob vhodných k výkonu PPP, a to na:

- a) dobu, po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat
- b) dobu, po jejímž uplynutí lze dát souhlas rodiče s osvojením
- c) dobu do pravomocného rozhodnutí soudu o tom, že tu není třeba souhlasu rodičů k osvojení

Jsou však všechny děti svěřené soudem do PPP posláze **vhodné k osvojení**? Kdo zajistí odpovídající vyšetření před osvojením dítěte?

Pěstounská péče na přechodnou dobu je určena pro děti, které nemohou po určité době vyrůstat ve své rodině; jde o specifickou formu pěstounství, která může trvat **maximálně 1 rok**. Maximální možnou dobu PPP lze prolomit tehdy, když je ke stejnému pěstounovi svěřen sourozenec již umístěného dítěte. V takovém případě maximální doba uběhne dětem až dobou později umístěného sourozence. Pěstouni na přechodnou dobu by měli být odborně připraveni tuto péči vykonávat. Tato forma by měla ve spolupráci s OSPOD pomáhat dítěti vrátit se domů nebo přejít do jiné formy NRP (MPSV ČR, 2011).

PPP také umožňuje dětem vyrůstat v rodině a má přednost před kolektivní výchovou. Soud rozhodne o umístění dítěte do PPP, pokud jsou splněny **obecné podmínky**, kterými jsou (MPSV ČR, 2011):

- výchova v biologické rodině není řádně zabezpečena
- zájem dítěte na svěření do jiného rodinného prostředí
- existence a souhlas vhodné osoby, která by mohla vykonávat PPP

Jedním ze **smyslů PPP** by např. mělo být to, aby rodiče dítěte měli čas vyřešit si osobní problémy a vztahy (Gabriel, 2008).

Postoje k PPP jsou různé. Někteří s ní nesouhlasí, mimo jiné z důvodu pochybností o kvalitě a prospěšnosti krátkodobého vztahu mezi dítětem a pěstounem. Jiní s ní naopak souhlasí – jsou to především rodiče, kteří oponují tím, že rodinné prostředí je pro dítě nenahraditelné (Konečná a kol., 2011).

Výše odměny pro osoby v evidenci (tj. fyzické osoby, které jsou vedeny v evidenci osob, které mohou vykonávat PPP) činí 20 000 Kč měsíčně od doby, kdy je tam osoba zařazena, a to i pokud momentálně nepečuje o žádné dítě. Musí být totiž stále v pohotovosti, aby se na žádost úřadů mohli okamžitě začít starat o potřebné dítě. Kromě toho může pěstoun na přechodnou dobu dostávat 24 000 Kč, pokud je této osobě svěřeno dítě, které je závislé na pomoci jiného člověka, a to ve II., III. a IV. stupni závislosti (MPSV ČR, 2013).

Ze své podstaty by PPP měla být **institutem krizovým a překlenovacím**, protože dítě se má co nejdříve vrátit do péče svých rodičů. Ani z důvodové zprávy, ani z dosavadních komentářů odborné veřejnosti není zcela jasné, co se stane s dítětem umístěným do PPP po uplynutí jednoho roku.

V průběhu roku 2014 se opakovaně v tisku objevovaly zprávy, že pěstounů na přechodnou dobu je pořád nedostatek, jak se dalo předpokládat (mj. Taušová, 2014; Pacílková, 2014).

12.1.5 Mezinárodní adopce

Jde o formu náhradní rodinné péče, která je možným řešením situace, kdy se pro dítě **nedaří najít rodinu u nás**.

Mezinárodní osvojení je upraveno Úmluvou o právech dítěte, Haagskou úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení a zákonem č. 401/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Haagská úmluva byla v naší republice přijata 11. 2. 2000, adoptovat děti dle této úmluvy lze od 1. 6. 2000. Takto lze osvojovat děti jen mezi státy, které se staly smluvními partnery této úmluvy. Úmluva stanovuje povinnost každému státu vytvořit na svém území **ústřední orgán**, který bude za proces mezinárodního osvojení zodpovědný. V ČR je za mezinárodní adopci zodpovědný Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně, který mezinárodní adopci zprostředkovává. Byl zřízen ustanovením § 3 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, je správním úřadem s celostátní působností a je podřízen MPSV ČR. Úřad spolupracuje s orgány nebo jinými subjekty, které jsou obdobnou činností pověřeny v cizině, tím je zajištěno získávání informací o novém rodinném prostředí pro dítě v cizině. Mimo to vymáhá i výživné ze zahraničí a zabývá se mezinárodními únosy dětí.

V Úmluvě jsou také konkrétně vymezeny podmínky, které musí být ve všech členských státech dodrženy, a celý postup při vyřizování žádosti a následného

rozhodování, které dítě do které země a rodiny bude umístěno. Podmínky pro mezinárodní osvojení jsou stejné jako pro osvojení na území ČR, přibývá pouze **podmínka subsidiarity**: orgány jsou povinny přednostně zajistit osvojení na území našeho státu (resp. státu, kde má dítě trvalý pobyt), a teprve není-li možné najít pro něho vhodnou rodinu, hledá se mu rodina v cizím státě.

Úmluva dále stanovuje postup při osvojování dítěte do zahraničí. Zajišťuje ochranu dětí při zprostředkování osvojení, transparentnost celého procesu a vylučuje možnost obchodování s dětmi. Určuje povinnosti a kompetence, definuje právo dítěte na přednostní osvojení v zemi původu, zaručuje anonymitu rodičů a vylučuje veškeré zisky z adopce. Své zahraniční partnery Úřad prověřuje a je s nimi v úzkém kontaktu, což umožňuje spolehlivě chránit zájmy dítěte a osvojitelům zaručuje kvalitu informací o dítěti a jeho životní situaci. Počet žádostí cizinců o naše děti stoupá – oblíbenými destinacemi jsou Dánsko, Švédsko, Německo, Itálie, Španělsko atd.

Jsou možné oba směry adopce. Jednou z možností je najít v cizí zemi vhodnou rodinu pro naše dítě, lze ale i to, že Úřad může pomoci na základě žádosti našich rodičů najít pro ně dítě v cizině, když tady žádné není. Jsou však země, které podporují jenom směr adopce našich dětí do ciziny (Švédsko), protože ony samy děti vhodné k adopci nemají.

12.2 Poručenství a opatrovnictví

Poručenství

(1) Není-li tu žádný z rodičů, který má a vůči svému dítěti vykonává rodičovskou odpovědnost v plném rozsahu, soud jmenuje dítěti poručníka. (2) Poručník má vůči dítěti zásadně všechny povinnosti a práva jako rodič, ale nemá k dítěti vyživovací povinnost. S ohledem na osobu poručníka nebo poměry dítěte, jakož i s ohledem na to, z jakého důvodu rodiče nemají všechny povinnosti a práva, může být výjimečně okruh povinností a práv poručníka vymezen jinak. (NOZ, § 928)

Poručenství je pojato jako institut zásadní náhradní péče, a to zejména v rovině právní ochrany dítěte, jehož rodiče nejsou, totiž fakticky (zemřeli) či právně neexistují (nejsou známi) nebo pro svoji právní nezpůsobilost (ať obecně, či ve vztahu k dítěti, ať dlouhodobě, či přechodně) nejsou schopni dítěti poskytnout náležitou a úplnou ochranu jeho práv a zájmů. Poručník ale není osobou, která by mohla vůči dítěti působit bez dozoru státu – o osobě poručence, jak prospívá a jak se vyvíjí, podává zprávy soudu, a to většinou v ročních intervalech.

Podle § 935 NOZ poručenství zaniká, nabude-li alespoň jeden z rodičů poručence rodičovskou odpovědnost, popřípadě nabude-li schopnost ji vykonávat. Poručenství rovněž zaniká, nabude-li dítě svéprávnost nebo je-li osvojeno. Pokud jeden z manželů zemře, zůstává poručníkem druhý z manželů. V případě rozvodu manželů, kteří byli ustaveni do funkce poručníků, soud vždy posoudí, zda je v zájmu dítěte, aby tuto funkci vykonávali nadále oba rozvedení manželé. V opačném případě jednoho z nich poručenství zproští.

Opatrovnictví

Soud jmenuje dítěti opatrovníka, hrozí-li střet zájmů dítěte na straně jedné a jiné osoby na straně druhé, nehájí-li zákonný zástupce dostatečně zájmy dítěte, nebo je-li toho

v zájmu dítěte zapotřebí z jiného důvodu, anebo stanoví-li tak zákon. Jmenovaný opatrovník má právo podat návrh na zahájení řízení vždy, je-li z hlediska zájmu dítěte zapotřebí, aby soud nebo jiný orgán veřejné moci v záležitosti dítěte rozhodl. (NOZ, § 943)

Institut **kolizního opatrovnictví**, popř. opatrovnictví *ad hoc* se stanovuje v případě ohrožení majetkových zájmů dítěte – je jmenován opatrovník pro správu jmění.

V rozhodnutí o jmenování opatrovníkem soud uvede zejména, proč je opatrovník jmenován, zda a jak je omezena doba, po níž má funkci vykonávat, jaká jsou jeho práva a povinnosti, a to i ve vztahu k dalším osobám, zda k některému právnímu jednání potřebuje souhlas soudu, zda a jak podává zprávy soudu, zda má právo na náhradu všech nebo některých nákladů a právo na odměnu. (NOZ, § 945)

Dříve než opatrovník přistoupí v zastoupení dítěte k právnímu jednání, k jehož provedení byl jmenován, zjistí stanovisko rodiče, popřípadě poručníka, je-li to možné i stanovisko dítěte a je-li to vhodné, rovněž stanoviska dalších osob. (NOZ, § 946)

Vzhledem ke specifickému postavení kolizního opatrovníka je naprosto nezbytné, aby jednal za dítě se znalostí věci, okolností, názorů, stanovisek apod. Jinak řečeno, tento opatrovník nemá jen obecně při svém jednání brát zřetel na zájem dítěte, ale je povinen nejprve zjistit, co ve skutečnosti zájmem dítěte je a jak nejlépe by bylo možné zájem dítěte naplnit.

12.3 Přehled statistických údajů sociálně-právní ochrany dětí ve vztahu k NRP

Všechna data v **tab. 12.1 až 12.4** budou uváděna k 31. 12. 2013, případně srovnávána k rokům předcházejícím, abychom si mohli udělat alespoň orientační představu.

Tab. 12.1 Umísťování dětí do náhradní rodinné péče a rozhodování o poručenství dětí (zdroj: MPSV ČR)

Počet dětí umístěných	Za rok 2012	Za rok 2013
do péče budoucích osvojitelů	467	426 (415)
do osvojení	526	504 (503)
do výchovy jiných fyzických osob než rodičů	1431	1178 (1025)
do péče budoucích pěstounů	369	403 (380)
do ZDVOP	630	
do ZDVOP na základě žádosti zákonného zástupce, žádosti dítěte a žádosti OSPOD	386	

Poznámka: V závorce je uveden počet dětí do 15 let věku.

V roce 2013 byl v 581 případech dětem ustanoven poručník (512 z těchto dětí bylo do 15 let věku), přičemž z toho byl ustanoven poručníkem OSPOD ve 133 (105) případech.

Za rok 2013 tedy přibylo 1164 případů pěstounské péče, což jistě není zanedbatelné číslo.

Tab. 12.2 Počet pěstounů (zdroj: MPSV ČR)

	Počet dětí svěřených do pěstounské péče v rodině							celkem
	1	2	3	4	5	6	7 a více	
Počet osob, s nimiž byla sjednána dohoda o výkonu pěstounské péče.	6192	1434	387	115	40	8	8	8184
Počet osob, u kterých obecní úřad obce s rozšířenou působností vydal rozhodnutí o právech a povinnostech při výkonu pěstounské péče.	36	9	2	1	0	0	0	48

Tab. 12.3 Počet pěstounských rodin (zdroj: MPSV ČR)

	Počet osob, které mají svěřeno alespoň jedno dítě do pěstounské péče				Vztah k dítěti		
	k 1. 1. sledovaného roku	ve sledovaném roce přibylo	ve sledovaném roce ubylo	celkem k 31. 12. sledovaného roku	prarodiče	jiní příbuzní	cizí
pěstounská péče	10 253	2563	1399	11 417	5640	1796	3822

Poznámka: Platnost zákona o rodině skončila s koncem roku 2013, pro rok 2014 již tyto položky nebudou – bude nahrazeno podle NOZ.

Tab. 12.4 Žadatelé o náhradní rodinnou péči (zdroj: MPSV ČR)

	Počet podaných žádostí o NRP			První kontakt s dítětem za sledovaný rok	Vztah k dítěti		
	nevyřízených k 1. 1.	podaných za sledovaný rok	nevyřízených k 31. 12.		prarodiče	jiní příbuzní	cizí
žadatelé o osvojení	2190	626	2111	407	×	×	714
z toho cizinec s hlášeným pobytem na území ČR	41	26	50	9	×	×	12
žadatelé o pěstounskou péči	1041	1756	1495	689	550	136	711
žadatelé podle § 78 zákona o rodině	63	349	59	219	176	74	101
žadatelé podle § 45 zákona o rodině	109	792	125	466	622	116	43
Celkem	3403	3523	3790	1781	1348	326	1569

12.4 Institucionální (ústavní) péče o dítě

12.4.1 Charakteristika systému ústavní péče o dítě v ČR

Ústavní výchova by měla být nařízena jen v případech, kdy výchova dítěte je vážně ohrožena a jiná opatření (např. napomenutí, dohled, omezení rodičovských práv či povinnost využívat odborného poradenského zařízení) nevedou k nápravě.

Na toto téma již delší čas probíhá diskuse českých odborníků i odborníků jiných zemí (především USA a Velké Británie), přičemž cizí specialisté zdůrazňují práva biologických rodičů na jejich děti a snaží se spíše podporovat tyto rodiče. Dítě je jim odebíráno jen na přechodnou dobu, po které probíhá s rodiči terapeutická práce, poté je jim dítě opět vráceno do domácího prostředí a sleduje se, zda se jejich rodičovské přístupy změnilo natolik k lepšímu, aby dítě jimi nebylo nadále ohrožováno ve vývoji.

Před nařízením ústavní péče je soud povinen zkoumat, zda dítě nelze svěřit do NRP nebo do péče v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP), které mají přednost před ústavní výchovou. Soud je povinen nejméně jednou za půl roku přezkoumat, zda důvody pro ústavní péči trvají.

Ústavní péče je v ČR charakteristická určitou roztržitostí: zatím je v gesci tří ministerstev (MZ ČR, MŠMT ČR, MPSV ČR) s podílem dalších (MS ČR, MV ČR aj.).

V ústavní péči je třeba vymezit

- **ústavní výchovu**, jež nemá trestní charakter. Nařizuje ji soud v zájmu zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělání jedince. Trvá, pokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do zletilosti jedince, pokud soud nerozhodne jinak. To znamená, že může být zrušena kdykoli, pominuly-li důvody, pro které byla nařízena. Pokud však svůj účel nesplnila ani po dosažení osmnácti let, může být soudem prodloužena, nejdéle pak do devatenácti let věku zletilého.
- **ochrannou výchovu**, jež je opatřením ochranným, které ukládá příslušný soud v občanskoprávním řízení nebo v řízení trestním. Ochranná výchova se pak realizuje ve speciálních školských zařízeních, tzv. **výchovných ústavech**. Trvá pak nejdéle do dosažení věku 18 let; soud může setrvání v tomto ústavu prodloužit, nejdéle však do devatenácti let věku zletilého.

Samozřejmě jsme si jako odborníci vědomi, že ústavní péče má vůči rodinné péči celou řadu **nevýhod pro dítě**. V ústavní péči není dítě svěřeno jednomu konkrétnímu vychovateli a osoby, které dítě vychovávají, mají jen částečnou zodpovědnost za jeho vývoj a výchovu. Dalším problémem je vytvoření trvalého citového vztahu dítěte k pečující osobě, protože dochází k častému střídání pečovatelů a dílem i ústavů. Dalším problémem je relativní chudost podnětů oproti běžnému životu v rodině. Těmto dětem často chybí pocit kontinuity životního běhu, trvalosti mezilidských vztahů, pevné osobní identity, chybí jim modelové chování běžné v rodinné struktuře.

Dalším úskalím tohoto typu náhradní výchovy je ukončení trvání ústavní péče ve věku 18 let dítěte, což velmi často neznamená jeho skutečnou dospělost ve smyslu osobnostní zralosti. Právě období po odchodu z ústavní péče je dobou **velkých rizik** ve smyslu sociálně patologického chování ústavních dětí. Existuje několik aktivit v ČR, které se snaží toto problémové období systémově řešit, dosud jde ale o nedořešený problém (Šulová, 2006).

12.4.2 Zařízení v gesci MZ ČR

Zařízení v gesci MZ ČR poskytují komplexní interdisciplinární péči (zdravotní, sociální, výchovnou atd.) pro děti nejčastěji do tří let věku; výjimkou není ale věk vyšší. Jde o:

- **kojenecké ústavy**
- **dětské domovy** (původně do tří let věku)
- **dětská centra**

V současnosti se počet těchto zařízení stabilizoval. Jednotlivá zařízení už nejsou zdaleka tak velká jako dříve, proto je v nich péče mnohem „domáctější a příjemnější“.

Smyslem pobytu v těchto zařízeních by mělo být stanovení diagnózy a prognózy se snahou umístit dítě do rodinné péče. To se většinou (z 80–85 %) daří. V průměru

více než 50 % dětí se vrací v posledních letech do své biologické rodiny, kde se podařilo sanovat problémy, další děti jdou do rozšířené rodiny, nezanedbatelná část pak do náhradní rodinné péče (NRP).

Zbývající děti přecházejí (pokud jsou na tom zdravotně dobře) do zařízení v gesci MŠMT ČR – dětských domovů, dětských domovů se školou, diagnostických ústavů, výchovných ústavů apod.

Často však jde o děti s mentálním nebo kombinovaným postižením, jež jsou překládány do domovů pro osoby (děti) se zdravotním postižením (dříve ústavy sociální péče) v gesci MPSV ČR. Také nesmíme zapomenout na děti, které zemřou.

Indikace přijetí

- **zdravotní** – tělesné, duševní, smyslové, kombinované. Etiologie: VVV, vrozené (dědičné) metabolické vady (poruchy), genetické vady, zátěž v rodině (alkohol, kouření, drogy, psychiatrické onemocnění rodičů a řada dalších).
- **sociální**
 - nezáměr rodičů, souhlas s osvojením
 - adolescentní (nezletilé) matky
 - nechtěné děti, dříve případně narozené mimo manželství
 - matky (rodiče) ve výkonu trestu
 - ekonomické a bytové problémy
 - týrání dítěte
 - zanedbávání dítěte
 - rozvrat rodiny, rozhárané rodinné poměry
 - rodiče se nemohou – nechtějí – neumí o dítě postarat
- **zdravotně-sociální**
 - nutná intenzivní rehabilitační péče vzhledem k diagnóze postižení dítěte
 - „právo na zdravé dítě“ – odložené dítě s postižením
 - a řada dalších

Dítě je přijímáno

- z porodnice
- z nemocnice
- z domova
- z ulice

Pobyt v zařízení by měl být dočasný (přechodný, krátkodobý – co možná nejkratší):

- **krátkodobý** – pomoc rodinám, které se akutně ocitly v tíživé sociální nebo zdravotní situaci; respitní péče
- **dlouhodobý** (celoroční i delší) – těžký zdravotní stav dítěte vylučuje péči v rodině; dítě ohrožené prostředím (zanedbávání, týrání, alkohol, drogy v rodině, psychiatrická diagnóza apod.); dítě opuštěné, nalezené apod.
- **pobyty matek s dítětem** – důvody:
 - zdravotní – gravidní; kojící matky
 - sociální – utajené porody; azyl pro matky s dítětem; matka nemůže dále setrávat ve vlastní rodině

- výchovné – zácvk nezkušené nebo simplexní matky; zácvk matky nebo otce v základní péči o dítě (případně i s postižením); zácvk adoptivních rodičů nebo pěstounů v péči o dítě; a další
- diagnostické – s psychiatrickou zátěží v osobní nebo rodinné anamnéze; s abúzem drog, alkoholu; s postižením (tělesným, duševním, smyslovým, kombinovaným); s podezřením na syndrom CAN

Rušení těchto zařízení

Vzhledem k tomu, že mají být tato zařízení rušena a děti převáděny do rodiny, resp. PPP, uvádíme některá základní čísla dle ÚZIS ČR.

Rok 2013: V ČR bylo 33 kojeneckých ústavů, dětských domovů pro děti do 3 let a dětských center, jejichž kapacita byla 1638 míst a bylo v nich ke konci roku umístěno 1233 dětí. V průběhu roku bylo přijato 1740 dětí, nejčastěji ze zdravotních důvodů. Propuštěno bylo během roku 1850 dětí, z toho **57,1 %** do vlastní rodiny.

Rok 2012: V ČR bylo 33 kojeneckých ústavů, dětských domovů pro děti do 3 let a dětských center, jejichž kapacita byla 1700 míst a bylo v nich ke konci roku umístěno 1397 dětí. V průběhu roku bylo přijato 1932 dětí, nejčastěji ze zdravotních důvodů. Propuštěno bylo během roku 1940 dětí, téměř **51 %** do vlastní rodiny.

Rok 2011: V ČR bylo 34 kojeneckých ústavů, dětských domovů pro děti do 3 let a dětských center, jejichž kapacita byla 1783 míst a bylo v nich ke konci roku umístěno 1428 dětí. V průběhu roku bylo přijato 2131 dětí, nejčastěji ze zdravotních důvodů. Propuštěno bylo během roku 2195 dětí, téměř **58 %** do vlastní rodiny.

Rok 2010: V ČR bylo 34 kojeneckých ústavů, dětských domovů pro děti do 3 let a dětských center, jejichž kapacita byla 1963 míst a bylo v nich ke konci roku umístěno 1513 dětí. V průběhu roku bylo přijato 2077 dětí, nejčastěji ze sociálních důvodů. Propuštěno bylo během roku 2085 dětí, z toho **54 %** do vlastní rodiny.

Z uvedených údajů vyplývá, že v roce 2012 bylo jedno zařízení zrušeno a že počet dětí v těchto zařízeních se pomalu zmenšuje, nicméně stále je návratnost dětí je biologické rodiny vyšší než 50 %, což jasně ukazuje, že zařízení pracují velmi dobře.

12.4.3 Zařízení v gesci MŠMT ČR

- **dětské domovy od 3 let věku (školského typu)**
- **dětské domovy se školou**
- **dětské diagnostické ústavy/diagnostické ústavy pro mládež**
- **výchovné ústavy pro děti a mládež**

Dětské domovy od 3 let věku (školského typu)

Jde o zařízení pro tělesně i duševně zdravé (případně s málo významnými formami tělesného postižení) ve věku od 3 do 18 let bez výraznějších výchovných problémů, kterým byla ústavní výchova soudně nařízena většinou ze sociálních důvodů. Pobyt v zařízení bývá dlouhodobý, nejčastěji do dosažení zletilosti.

Dětské domovy se školou

Nahradily „dětské výchovné ústavy“ a „zvláštní školy internátní“. Pečují zpravidla o děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Jsou v nich děti, které mají vý-

chovné problémy, a proto navštěvují školu, která je součástí zařízení, takže neopouštějí areál dětského domova.

Dětské diagnostické ústavy/diagnostické ústavy pro mládež

Slouží ke komplexnímu vyšetření dětí po stránce zdravotní, psychologické, sociální i pedagogické. Dítě je v nich umístěno po rozhodnutí soudu o ústavní výchově a během pobytu je komplexně vyšetřeno. Diagnostický ústav poté zpracuje návrh na umístění dítěte do odpovídajícího zařízení (dětského domova, dětského domova se školou, výchovného ústavu). Pobyt v klasickém diagnostickém ústavu by neměl být delší než 6–8 týdnů.

Výchovné ústavy pro děti a mládež

Dříve se nazývaly „pastáky“, „polepšovny“ apod. Představují základ převýchovného procesu a zabezpečují dlouhodobou péči převážně o děti starší 15 let. Základ činnosti tvoří příprava na budoucí povolání. Jsou v nich umístěny děti s poruchami chování, nezletilé matky a jejich děti, děti a mládež s (nedávnou) asociální a kriminální minulostí.

Jaký je typický klient ústavní výchovy?

- bez rozdílu pohlaví
- věk 12–14 let
- poruchy chování – záškoláctví, projevy agresivity (včetně autoagrese)
- inteligence v dolním pásmu populační normy
- zkušenost s návykovými látkami – tabákem, alkoholem, dílem drogami
- sexuální zkušenosti – ano
- rodina doplněná, biologická nefunkční, v krizi
- rodiče – matka submisivní, otec autoritativní
- rodiče nekontrolují volný čas dětí, nemají žádné koníčky, chybí společně trávený čas rodičů s dětmi
- čím vyšší je věk nástupu dítěte do ústavní výchovy, tím menší je efekt (účinnost) tohoto opatření
- u dětí nad 15 let věku, které se pohybují na hraně zákona, je úspěšnost resocializace problematická

Posuny v charakteristice umístěných dětí za posledních 10 let:

- zvyšuje se sociální zdatnost (manipulace s právy a povinnostmi)
- zvyšuje se míra agresivity a projevů násilí v chování vůči dalším dětem i dospělým
- narůstá počet agresivních dětí s výrazným disharmonickým vývojem osobnosti, které jsou schopny jen minimálních změn
- narůstá počet dětí s lékařskou diagnózou psychiatrických onemocnění a neurologických poškození mozku
- narůstá alkoholicko-toxikologická problematika (drogových a alkoholových závislostí)
- prohlubuje se patologie rodinného prostředí, s níž není dostatečně pracováno strukturami sociální péče v raném ani v pozdějším stadiu po odebrání dětí – po pobytu v zařízení tedy děti nemají potřebné možnosti návratu

Nejčastější problémy klientů přicházejících do diagnostického ústavu:

- nárůst počtu dětí s projevy deprivace, které přicházejí z rodiny
- nejednotná a rozporuplná výchova
- patologické rodičovské vzory
- přenesení zodpovědnosti za vývoj a život dětí na instituce
- změny v hodnotové orientaci rodiny
- finanční nedostupnost rodinné terapie před nařízením ústavní výchovy
- žádost rodiny typu „dejte nám návod na obsluhu“

Obecnou snahou je, aby dětské domovy byly **rodinného typu**, co nejvíce se blížily rodině, byli zde stálí vychovatelé (ženy i muži) apod.

Vzdělávací systém v institucionální péči

- zásada: všechny děti jsou vzdělávatelné nebo alespoň vychovatelné
- prosazuje se integrace dětí do běžných ZŠ
- kde není možná integrace, pak do speciálních škol a škol praktických
- Internátní školy pro děti a mládež patří pod MŠMT ČR – upravuje je zákon 333/2012 Sb., kterým se mění 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, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony (účinnost od 1. 11. 2012), a zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání (školský zákon), novela školského zákona č. 472/2011 Sb. (účinnost od 1. 1. 2012).

Střediska výchovné péče

Střediska výchovné péče zajišťují preventivně-výchovnou péči pro děti, žáky a studenty s rizikem vzniku a vývoje poruch chování, přičemž poskytují svoji intervenci také rodičům (zákonným zástupcům) nebo škole.

Středisko poskytuje všestrannou preventivní speciálně-pedagogickou péči a psychologickou pomoc dětem s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Tato péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku dalších vážnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji dětí, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy.

Středisko s ambulantní péčí

- poskytuje preventivní péči dětem v pracovních dnech minimálně v rozsahu 8 hodin
- doporučuje na základě výsledků vyšetření a dosavadní péče zařazení dítěte do celodenního nebo internátního oddělení
- poskytuje následnou péči dětem po ukončení jejich pobytu v internátním nebo celodenním oddělení, a to zpravidla po dobu jednoho roku
- může realizovat cílené pobytové výchovné a terapeutické programy

Středisko s internátní péčí

- poskytuje dětem po dobu jejich pobytu péči včetně ubytování a stravování; pobyt trvá zpravidla 8 týdnů

- základní organizační jednotkou je výchovná skupina, která má nejméně šest a nejvíce osm dětí, a to s ohledem na jejich výchovné, reedukační, vzdělávací nebo zdravotní potřeby
- během pobytu je každému dítěti, které je žákem školy, zabezpečováno pokračování ve vzdělání
- odbornou péči zajišťují odborní pracovníci mající příslušné vysokoškolské vzdělání dle zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů: speciální pedagog, psycholog, vychovatel

Jaké problémy většinou střediska výchovné péče pomáhají řešit?

- školní problematika (prospěch, absence, záškoláctví, narušené vztahy s vrstevníky či pedagogy, šikana atd.)
- problémy v rodinném soužití (komunikace, vztahy, rozvodové situace, útěky z domova, lhaní atd.)
- problematické hledání vlastní identity
- nízké sebevědomí, úzkostné a depresivní stavy
- sociální nezralost, neúspěšnost ve skupině vrstevníků
- rizikové způsoby zvládnání agresivity
- experimentování s alkoholem a dalšími drogami
- počátek trestné činnosti (krádeže, vandalismus atd.)
- rizikové trávení volného času
- obtížné životní situace
- ADHD, ADD – hyperaktivita a s ní spojené výchovné obtíže

Velmi důležitou roli hrají **vybrané zákony** vztahující se k právům dítěte, ústavní a ochranné výchově a preventivně výchovné péči.

- zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních
- zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- zákon č. 500/2004 Sb., zákon správní řád
- zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů
- zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
- zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)
- zákon č. 257/2000 Sb., o probační a mediační službě atd.
- zákon č. 40/2009 Sb., zákon trestní zákoník, a zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)
- zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, a zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů, včetně prováděcích vyhlášek dotýkajících se práv dětí omezením kontaktů s rodiči, případně na omezení osobní svobody rodičů navazujícím rozhodnutím o ústavní výchově
- zákon č. 326/1999, o pobytu cizinců na území České republiky

- zákon č. 325/1999 Sb., zákon o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů (zákon o azylu)
- zákon č. 217/2002 Sb., o dočasné ochraně cizinců
- zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon)

Jsme si vědomi, že výše uváděný seznam není úplný a že v rámci novelizací prodělal řadu změn.

12.4.4 Zařízení v gesci MPSV ČR

- **domovy pro osoby (děti) se zdravotním postižením**
 - rámcově je řeší zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
 - zřizovatelem je MPSV ČR, kraje, ostatních služeb též obce a NNO
 - poskytují pomoc a veškerou péči osobě, která nemůže být z různých důvodů v domácí péči – širokému spektru klientů s lehkým až těžkým mentálním, tělesným či kombinovaným postižením (stravování, ubytování, ošetřování, psychosociální terapie, vzdělávání, kontakt se sociálním prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů)
 - ústavy mají stanoveny standardy kvality
 - jsou určeny dětem od 3 let do 26 let a navazují na ně zařízení pro dospělé

System péče o dítě s postižením (další podpůrné možnosti)

- ambulanti péče
- hospitalizace
- speciální péče – léčebny, lázně, stacionáře apod.

Garanci by měl mít v této oblasti vždy stát, i když vzniká řada nestátních zařízení, která mají zájem starat se o děti ohrožené, s postižením apod. Při jejich relativně velkém počtu mají problémy finanční i personální. Je zapotřebí z těchto zařízení vybrat ta nejlepší, která by mohla pomáhat státu celou péči o děti s postižením řešit. Jednotlivé druhy péče závisejí na druzích postižení. Jiná je pochopitelně péče o děti s poruchami zraku, sluchu, tělesným, mentálním či kombinovaným postižením.

12.4.5 ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc jsou jasně deklarována v novele zákona o sociálně-právní ochraně dětí (č. 401/2012 Sb., § 42, případně § 42a–h).

(1) Jde o zařízení, která poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku, 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 spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotních služeb a v psychologické a jiné obdobné nutné péči.

(2) Dítě se umísťuje ve ZDVOP

a) na základě rozhodnutí soudu,

b) na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností,

- c) na základě žádosti zákonného zástupce dítěte,
 d) požádá-li o to dítě.

(3) Počet dětí umístěných ve ZDVOP nesmí přesáhnout 28 dětí, a to i v případě, že toto zařízení je umístěno ve více budovách. Tento počet dětí může být překročen jen v případě, že do péče ZDVOP budou svěřeni sourozenci. MPSV ČR může v odůvodněných případech na žádost zřizovatele ZDVOP udělit výjimku z nejvýše povoleného počtu dětí umístěných v jednom zařízení na nezbytnou dobu, jejíž délku zároveň určí.

Jeden zaměstnanec ZDVOP může současně zajišťovat osobní péči nejvýše o čtyři děti svěřené do péče zařízení.

12.5 Přehled statistických údajů sociálně-právní ochrany dětí ve vztahu k ústavní péči za rok 2014

Tab. 12.5 Klienti řešení kurátorem pro mládež (zdroj: MPSV ČR)

	Celkem	Z toho			
		dětí	z toho dívek	mladistvých	z toho dívek
trestná činnost	7 111	2 815	630	4 296	590
přestupky	4 561	×	×	4 561	976
výchovné problémy	21 057	10 645	3 552	10 412	3 507
dohledy	1 613	792	297	821	277
uložená výchovná opatření mladistvým	845	×	×	845	83
opatření uložená dětem mladším 15 let	785	785	134	×	×
návrh na předběžné opatření	569	261	112	308	121
návrh na ústavní výchovu	373	182	55	191	57
návrh na ochrannou výchovu	28	8	1	20	7

Tab. 12.6 Rodinné zázemí klientů kurátora pro mládež (zdroj: MPSV ČR)

	Úplná rodina	Neúplná rodina	Nová rodina	Rodina s druhem (družkou)	Ostatní	Ústavní výchova
klienti kurátora pro mládež	14 154	13 777	2 895	7 652	880	1 690

12.6 Současný stav

I když v principu existuje všeobecný právní i společenský konsenzus o prioritě péče o dítě v jeho přirozené rodině a o povinnosti státu poskytnout včasnou a efektivní podporu k prevenci selhání rodiny, minimalizovat zásahy do soukromí rodiny a posílit systém náhradní rodinné péče na úkor péče ústavní, chybí právní úprava, která by umožnila uvést prezentované zásady do praxe národních orgánů péče o dítě.

V lednu 2012 schválila vláda **Národní strategii ochrany práv dětí „Právo na dětství“**, jejímž úkolem je vytvoření systému způsobilého zajistit důslednou ochranu všech práv každého dítěte a naplňování jeho potřeb, systém podporující zvyšování kvality života dětí a rodin, eliminující diskriminaci a nerovný přístup vůči dětem a podporující všestranný rozvoj dítěte v jeho přirozeném rodinném prostředí, případně v náhradním rodinném prostředí, to vše za participace dítěte na rozhodovacích procesech, které se ho bezprostředně dotýkají (MPSV ČR, 2012).

Národní strategie si klade za hlavní cíl nastavit funkční systém zajišťující důslednou ochranu všech práv dětí a naplňování jejich potřeb, který pracuje na základě deseti **základních principů**, jež odrážejí judikaturu Evropského soudu pro lidská práva i Ústavního soudu ČR. Tento systém má následující vlastnosti.

1. Je plně zaměřen na dítě.
2. Respektuje potřeby a vývoj dítěte.
3. Sleduje dlouhodobý zájem dítěte, podporuje jeho jedinečnost a vývoj.
4. Umožňuje rovné příležitosti pro všechny děti bez ohledu na jejich pohlaví, schopnosti, rasu, etnikum, zdravotní postižení, okolnosti nebo věk.
5. Zahrnuje do řešení situace děti a rodiny, stejně tak jako celé jejich sociální okolí.
6. Staví na silných stránkách dětí a rodin a identifikuje problémová místa.
7. Funguje integrovaně a ve spolupráci všech zúčastněných subjektů.
8. Je trvalým a integrativním procesem.
9. Poskytuje a reviduje opatření a poskytované služby.
10. Je založen na objektivně zjištěných skutečnostech a důkazech.

Těchto 10 bodů je teoreticky správných a je východiskem pro připravovaný zákon, nicméně prakticky je ještě hodně daleko k dosažení a propojení všech bodů. Praxe jasně ukazuje, že ústavní péče musí zůstat zachována, třeba v omezené míře. Podařilo-li se rozšířit počty dětí v náhradních rodinách, které se o ně dokážou odpovídajícím způsobem postarat, bude to jistě příznivější než ústavní péče. Autor (L. K.) by si přál, aby politická reprezentace více slyšela na názory odborníků a nikoliv těch, kteří by si rádi dělali z „péče o dítě“ svůj prospěch bez ohledu na prospěch dětí.

Literatura

- BŮŠOVÁ, K.: Profesionální náhradní matka – rodič nebo profesionál? *Biograf* 2009; 48: 3–31.
- FRANTÍKOVÁ, J., a kol.: *Základní informace o náhradní rodinné péči*. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011, 1 CD-ROM.
- GABRIEL, Z., a kol.: *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 144 stran.
- GROHOVÁ, J.: *Dítě v náhradní rodině potřebuje i vaši pomoc: informace a pracovní listy pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011, 42 stran.
- KOLEKTIV: *Aktuální otázky náhradní rodinné péče: sborník z III. celostátního semináře NRP, Brno, 29. – 30. 9. 2003*. Brno: Triada – poradenské centrum, 2004.
- KONEČNÁ, H., a kol.: *Jak dál s pěstounskou péčí na přechodnou dobu*. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011.
- KOVAŘÍK, J.: *Náhradní rodinná péče v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 167 stran.
- MATĚJČEK, Z.: *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 183 stran.
- MATĚJČEK, Z., a kol.: *Osvojení a pěstounská péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 155 stran.
- MATOUŠEK, O., a kol.: *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 183 stran.
- MPSV ČR: *Pěstounská péče na přechodnou dobu pro nejmladší děti*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011, 81 stran.
- MPSV ČR: *Právo na dětství, Národní strategie ochrany práv dětí*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012.
- MPSV ČR: *Sociální reforma MPSV: Dávky PP 2013*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013, 12 stran.
- PACLÍKOVÁ, A.: Nepoužitelné děti. V ústavech zůstávají i ty, které nikdo nechce. *MF Dnes*, 2–3/8 2014.
- PRŮŠOVÁ, L.: *Sociální a psychologická rizika spojená s náhradní rodinnou péčí*. Disertační práce. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2013.
- ŠKOVIERA, A., 2013, osobní sdělení.
- SOBOTKOVÁ, I., OTČENÁŠKOVÁ, V.: *Pěstounská péče očima dospělých, kteří v ní vyrostli*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013, 198 stran.
- ŠMAJDOVÁ BŮŠOVÁ, K.: *Profesionální rodina. Pedagogické a psychologické aspekty profesionální starostlivosti*. Košice: Equilibria, 2013.
- ŠULOVÁ, L.: Náhradní rodinná péče v ČR a její úskalí. *Sborník referátů z 14. celostátního kongresu k sexuální výchově*. Pardubice, 2006, 110 stran.
- TAUŠOVÁ, Z.: Pěstouni stále chybějí. *5+2 Jihomoravský kraj*, 25. 7. 2014.
- VÁVROVÁ, A., a kol.: *Základní informace o náhradní rodinné péči*. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011, 1 CD-ROM.
- VLASATÁ, S.: *Mýty a skutečnosti v náhradní rodinné péči*. Bakalářská práce. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2014.
- ZEZULOVÁ, D.: *Pěstounská péče a adopce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 197 stran.
- Novela školského zákona (zákon č. 472/2011 Sb., s účinností od 1. 1. 2012)
- Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 401/2012 Sb.)

13 Úrazy dětí a dospívajících

Lubomír Kukla, Miloš Velemínský sen., Dominika Průchová

U valné části populace bohužel přezívá názor, že úrazy jsou výsledkem náhodných, nekontrolovatelných faktorů, které jsou mimo rámec lidského vlivu, a proto jsou označovány též jako „nehody“ či „neštěstí“. Snad i proto se zdá, že veřejnost nazírá na úrazy mnohem klidněji a vyrovnaněji než na ostatní metly zdraví a života, jako jsou úmrtí na kardiovaskulární choroby nebo nádory. Slovo nádor, rakovina, to je pro člověka často memento, že je potřeba něco urgentně dělat, problém řešit! Co z toho, že na našich silnicích dochází v průměru ke dvěma úmrtím denně, z velké části preventabilních.

Prevence úrazů – jak jednoduché spojení dvou slov a jak těžké je jejich prosazení do hlav lidí! Nepomáhá ani skutečnost, že úrazy jsou nejčastější příčinou smrti celého dětského věku a značné části věku produktivního. Lidstvo potřebuje senzace, potřebuje jistou mystiku, prahne po nových objevech léků, vakcín, chirurgických a transplantačních výkonů apod. Co je proti tomu propagace nošení cyklistických přileb, pásů v autech, případně sedaček pro děti... (Kukla, 2005).

Úraz je definován jako poškození zdraví, které vzniká většinou náhle, působením vnější síly, jež svojí intenzitou přesahuje adaptační možnosti lidského organismu.

Úrazy dělíme na neúmyslné a úmyslné. Neúmyslné úrazy se podílejí na většině úmrtí v důsledku úrazů. Úmyslný úraz vzniká tehdy, když se někdo cílevědomě snaží někomu ublížit (kap. 18). Úrazy dále dělíme dle místa vzniku, mechanismu úrazu – jak k němu došlo, dle poraněné části těla, okolností, za kterých k němu došlo, činností souvisejících s úrazem, následků, dopadů atd. (Kukla, 2005).

13.1 Úrazy jako celospolečenský problém

Úrazovost zejména dětí a dospívajících se dostává do popředí celospolečenského zájmu ve všech vyspělých zemích světa. Důvodem je skutečnost, že úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí a trvalé invalidity dětí a dospívajících. Jsou tedy **největším zdravotnickým problémem dětského věku**. Nejčastější příčinou smrti dětí ve věku 1–14 let (a nejen v této věkové kategorii) jsou úrazy nebo otravy; u chlapců tvoří 65 % úmrtí, u dívek 35 %. Rozdíly mezi státy jsou velké a jsou dány úrovní péče a preventivními aktivitami. Každoročně je pro úraz ošetřeno lékařem 15–20 % dětí. Následky úrazů od lehkých až po smrtelné se měří délkou hospitalizace, stupněm invalidity, cenou léčení i výší odškodného přes pojišťovny (především komerční). Úrazy a jejich následky nejsou pouze problémem zdravotní a sociální péče, ale znamenají značnou zátěž také z hlediska socioekonomického.

Bezpečnost a prevence úrazů je v současné době velmi diskutovaným problémem. Na základě doporučení Evropské komise schválila vláda ČR usnesením ze dne 22. 8. 2007 **Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007–2017**.

Cílem národního akčního plánu je maximální snížení dětské morbidity a mortality spojené s úrazy, zastavení jejich nárůstu, snížení četnosti a závažnosti dětských úrazů (Zdraví 21, 2002; Vincenten, 2003; NAP, 2007). Ročně je vypracován v rámci projektu Akčního plánu bezpečnosti dětí, což je evropská iniciativa ECSA (Child Safety Alliance, 2009), **výkaz bezpečnosti dítěte** jako východisko pro měření pokroku ve snižování

úrazové úmrtnosti českých dětí a pro stanovení odpovídajících cílů v dané oblasti. Výkaz sumarizuje výsledky, z nichž vyplývá, že nejnižší skóre bezpečnosti dítěte v ČR je v oblastech udušení/uškrvení, vodních aktivit a tonutí, prevence pádu, popálenin a opaření, prevence otrav a bezpečnosti cestujících (Child Safety Report Card, 2007, 2009). Jedním z hlavních cílů je prohloubit protiúrazovou výchovu s přednostním zaměřením na nejvýznamnější rizikové skupiny a situace.

Podstatnou skutečností je, že úrazy jsou **preventabilní** a z ekonomického hlediska je mnohem výhodnější věnovat finanční prostředky na prevenci úrazů, než na odstraňování jejich následků. Ke klíčovým faktorům patří zvyšování informovanosti o úrazové prevenci a sběr validních úrazových dat (Truellová, 2006; NAP, 2007; Průchová a kol., 2010), která nás mohou poučit o výskytu, místě, času, typu a příčinách úrazů, souvislostech úrazového děje, rizicích apod. Rozborem těchto dat lze stanovit způsob preventivního zásahu tak, aby k úrazu vůbec nedošlo (primární prevence), a pokud ano, aby byl úraz včas a dobře ošetřen (sekundární prevence) a v případě trvalého poškození aby byl postižený zařazen zpět do běžného života, pokud lze (terciární prevence).

Primární prevence by měla vycházet z podrobného rozboru příčin úrazů, rizikových činností, prostředí i charakteristik postižených jedinců. Např. u předškolních dětí se prevence musí zaměřit zvláště na bezpečnost domácího prostředí a dětských her, ve školním věku pak zvláště na bezpečnost sportovních aktivit a sportovního prostředí. Prevence by měla být zaměřena na intervenci technologickou, zdravotně-výchovnou i legislativní. Musí to být dlouhodobá každodenní aktivita, na které se podílejí zdravotníci různých oborů, odborníci různých resortů a institucí, politici a média, ale hlavně samotní rodiče a děti. Prevence dětských úrazů je neoddelitelnou součástí veřejného zdravotnictví.

13.2 Úrazy dětí a mládeže

Vznik úrazu u dětí a mládeže je ovlivněn mnoha **faktory**, které mají přímou souvislost se vznikem poškození zdraví. Jsou to:

- faktory socioekonomické – akceptace užití alkoholu a drogy, akceptace násilí, rodina
- faktory fyzikální – místo úrazu, počasí, teplota, denní doba, roční období, rizikové prostředí

Socioekonomický status rodiny hraje z hlediska incidence úrazů jednu z významných rolí. Většinou jde o úrazy vznikající v důsledku nedbalého dohledu, nebezpečného a nechráněného prostředí, nedostatečné výchovy k bezpečnému chování. Z hlediska funkce a síly vlivu rodiny negativně působí odklon od vícegeneračního soužití rodin, rodiny s jedním rodičem, vysoká rozvodovost a s tím související rodinné konflikty. Rodičovská péče hraje roli ve výchově dětí také společně se zabezpečením materiálních, psychických a sociálních potřeb (Dunovský, 1989; Dunovský a kol., 1999; Faelker et al., 2000; Tošovský a kol., 2006; Ellsäßer, 2006; Skácelík, 2006; McKenzie et al., 2008; Blažek a kol., 2012).

Sociálně-ekonomické podmínky ovlivňují úrazovost prostřednictvím zhoršených životních podmínek: bydlení v nekvalitních prostorách, hustý dopravní provoz v bydlíšti, málo bezpečných prostor na hraní, nedostatek finančních prostředků na nákup ochranných pomůcek, používání málo bezpečných dopravních prostředků, používání

zastaralých domácích spotřebičů a vybavení domácností, nižší dohled a zájem rodičů (Dunovský, 1989; Dunovský a kol., 1999; Grivna a kol., 2003; Morrongiolo a House, 2004; Kendrick et al., 2005; Poulos et al., 2007; Velemínský a kol., 2012; Blažek a kol., 2012).

Nemusí však jít jen o rodiny socioekonomicky slabé, ale také o rodiny, které se v naší současné společnosti považují za „bohaté“, tj. ekonomicky silné; riziko v obou typech rodin je totiž také spojeno s vysokou mírou stresu a konfliktů. V rodinách se sociální patologií je často dítě svědkem či přímo i obětí násilí (Tošovský a kol., 2006; Laursen a Nielsen, 2008).

13.3 Typy poranění

Stav poraněného dítěte je třeba zhodnotit a stanovit priority a fáze postupu k zajištění odpovídajícího ošetření. Úrazy mívají různou závažnost; některé vyžadují hospitalizaci, jiné lze ošetřit v jakémkoliv zdravotnickém zařízení, drobnější poranění svépomocí. Poraněné dítě by mělo být vždy ošetřeno či hospitalizováno tam, kde je zajištěna odpovídající úroveň péče vzhledem k závažnosti poruchy zdraví. Dítě může být ohroženo i ztrátou života nebo dlouhodobými pozdními následky (Šnajdauf a kol., 2002; Minaříková a Průchová, 2010), pokud se nedostane včas k odpovídajícímu druhu péče.

Péče o vážně poraněné děti se soustřeďuje do **traumatologických center**, kde je potřebné vybavení, kvalifikovaný personál se zkušenostmi a dobrá organizace práce. Ke zhodnocení stavu a třídění poraněných dětí se používají **skórovací systémy**. Prvním systémem byl ISS (Injury Severity Score), který používal numerické hodnocení každé ze tří nejmávaněji poraněných oblastí těla. Navazující systém MISS (Modified Injury Severity Score) hodnotí závažnost poranění hlavy podle míry poruchy vědomí prostřednictvím Glasgow Coma Scale (GCS). Systém AISS (Anatomic Index of Injury Severity) na základě retrospektivy hodnotí závažnost poranění a jejich kombinaci. K třídění je však potřeba mít možnost prospektivního hodnocení, což zajistil systém TS (Trauma Score), jenž hodnotí závažnost klinického stavu a předvídá rizika. Dalším vývojem vznikl systém TRISS (Trauma Injury Severity Score), který se používal také k hodnocení výsledků léčby a kvality poskytnuté péče.

Systém vhodný pro děti se vyvinul až v polovině 80. let. **Systém PTS** (Pediatric Trauma System) je založen na hodnocení šesti ukazatelů a každému přiřazuje jednu ze tří závažností, přičemž respektuje věkové zvláštnosti. Na základě tohoto skórování lze také dítě směřovat k ošetření (Šnajdauf a kol., 2002). Pokud nejde o úraz, který by vyžadoval akutní převoz, může být dítě ošetřeno v ordinaci pediatra (praktického lékaře pro děti a dorost). Důležitá je zejména u úrazů zubů informovanost rodičů o možnostech poskytnutí první pomoci a o nutnosti včasného ošetření z důvodu záchrany a případné replantace zubu. Rány i zlomeniny se v dětském věku většinou hojí rychle, a proto ve většině případů nevyžadují ani rehabilitaci. Zásadní význam má ovšem rehabilitace u dětí, kterým se funkce sama neobnoví kompletně. Nejčastěji jde o děti s poškozením CNS. Zde je zapotřebí komplexní péče včetně rehabilitační péče, fyzikální terapie apod. Nesmí se zapomínat na příznivé ovlivnění psychických aspektů, např. možnost pobytu rodičů spolu s dítětem při hospitalizaci (Šnajdauf a kol., 2002; Merglová, 2005; Srnský, 2007; Laurent-Vannier et al., 2009; Čeledová a Merglová, 2010).

Typy úrazů: komoce, pohmoždění, modřina, odřenina, otevřená rána, zlomenina, luxace, dislokace, distorze, poranění zubů a čelisti, poranění oka a ocnice, poškození svalu a šlachy, poškození nervu a míchy, poškození cévy, poranění vnitřních orgánů, rozdrčení, traumatická amputace, popálenina, opařenina (horkou kapalinou), poleptání (popálenina chemickou látkou), poranění elektrickým proudem, omrzlina, dušení, asfyxie (např. při tonutí), otravy nejrůznějšího druhu, úmyslné sebepoškození, poranění jednotlivých částí těla (hlava, krk, hrudník apod.) aj. (Grivna a kol., 2003; MKN-10, 2013).

Typy úrazů dle věku

- **novorozenecký věk** (do 1 měsíce věku) – nebezpečí pádu při přenášení, opařeniny při koupání či převrnutí horkého nápoje, riziko vdechnutí potravy (velký otvor v savičce), popáleniny (pobyt na přímém slunci)
- **kojenecký věk** (1–12 měsíců věku) – opařeniny (stáhnutí ubrusu), popáleniny (sporák, kamna, krb), poranění elektrickým proudem (strkání prstíčků do elektrické zásuvky), pády (z kočárku, přebalovacího pultu, postýlky, ze schodů), vdechnutí cizího tělesa, úrazy způsobené třesením (Shaken Baby Syndrom – kap. 18).
- **batolecí věk** (1–3 roky) – děti v tomto věku jsou velice zvědavé a aktivní, v batolecím věku dochází nejčastěji ke smrtelným úrazům a otravám. Vdechnutí a následné dušení (korálky, oříšky atd.), zranění ostrými předměty (nože, nůžky, pastelky), pády (ostré rohy, schody, kolo, tříkolka), otravy (léky, rostliny, chemikálie), tonutí – pády do bazénů a vodních nádrží, kádí na dešťovou vodu apod., opařeniny – převrnutí nádoby
- **předškolní věk** (4–6 let) – úrazy související s volnočasovými a sportovními aktivitami (zejména cyklistika – pád z kola). Pády, otravy, popáleniny, poranění elektrickým proudem
- **školní věk** (7–14 let) – pády a nárazy při sportu, školní úrazy, popáleniny, tonutí, dopravní úrazy – chodci, cyklisté, násilí
- **dospívání** (15–18 let) – riskování v souvislosti se zvyšováním sebevědomí, rizikové chování, abúzus alkoholu a drog. Velkou skupinou jsou úrazy dopravní a sportovní, mechanismem jsou nejčastěji pády, tonutí, otravy (Ramsay et al., 2003; Lavičková, 2006; Novotná, 2008; Sedlářová a kol., 2008; Vitošová a Průchová, 2010).

13.4 Místo úrazu

Místo úrazu úzce souvisí s dalšími okolnostmi, jako jsou socioekonomické faktory rodiny. Nejrizikovějším místem úrazů dětí do věku 3 let je **domácí prostředí** (Benešová, 2003; Home Safety Council, 2009). Hlavním problémem z hlediska zdravého vývoje dětí je tedy bezpečnost domácího prostředí. Rodiče dětí vynakládají mnoho úsilí, aby dětem vytvořili bezpečný a klidný domov. A přesto průzkumy ukazují, že téměř k dvěma třetinám nehod dětí do 14 let a přibližně jedné třetině nehod v dospívajícím věku dochází doma (Benešová a Nencka, 2003, 2008; Čapková a kol., 2008). Asi 20 % domácích úrazů lze přičíst na vrub nevyhovujícímu, rizikovému prostředí, neboť prostředí, které vyhovuje dospělým, může být pro dítě rizikové. Nejde o to izolovat dítě od běžných situací a předmětů, ale seznámit je s jejich správným používáním ve vhodné době.

Není jisté naším zájmem, aby se dítě „učilo“ prevenci úrazů prostřednictvím bolesti, ale aby se zabránilo především úrazům vážným a smrtelným. Neboť domov by měl být bezpečným útočištěm, místem, kde se dítě cítí dobře a rodiče nemusí mít obavu o jeho zdraví (Grivna a kol., 2003; Benešová, 2003; Frišová a kol., 2006; Vitošová a Průchová, 2010). Kuchyně je centrem domácích činností a patří k nejnebezpečnějším částem domova; zvláště pro batolata je kuchyně přitažlivá (Čapková, 2006; Benešová a Nencka, 2008). Velkým problémem současných domácností jsou zahradní bazény, které nejsou z hlediska volné dostupnosti pro děti ve většině případů nijak zabezpečeny. Významným trendem je tedy zvyšující se počet tonutí v bazénech a zahradních nádržích či jezírcích u dětí do věku 5 let (Quan a Cummings, 2003; Čapková a Velemínský, 2005; Tošovský a kol., 2006).

Nejzávažnější úrazy jsou ty v **dopravním prostředí**, tj. úrazy spolujezdce v autě či na motocyklu, úrazy při cyklistice a úrazy dětí jako chodců.

Další velmi početnou skupinou úrazů jsou úrazy **při volnočasových aktivitách**. Ve statistikách nalézáme každoročně značný počet úrazů vzniklých **při jízdě na kole**. Zhruba čtvrtina cyklistických úrazů se stane dětem a mohou být velmi vážné i smrtelné. Nebezpečné jsou křižovatky, kruhové objezdy a komunikace bez cyklistických stezek. Častěji utrpí cyklistický úraz chlapci než dívky (4 : 1), kritickým časem jsou odpolední hodiny, sezonní výskyt odpovídá klimatickým podmínkám – jaro a léto. Dětské cyklistické úrazy vznikají nejčastěji při hře, kdy děti dělají během jízdy různé pokusy. Druhem úrazu jsou nejčastěji odřeniny, tržné rány, zlomeniny a otřes mozku. Rovněž přeprava malých dětí na kole má svá pravidla a úskalí: je zapotřebí použít vhodnou dětskou sedačku, která splňuje veškeré parametry bezpečnosti a je opatřena zádržným systémem, také je nutná dětská přilba i u takto malých dětí (Tošovský a kol., 2006; Go proti úrazům!, 2006; Platt et al., 2007; Sedlák, 2007; Čapková a kol., 2008; Olšan a Konečný, 2008; Benešová, 2009).

Trasa **turistického výletu** musí být vždy pečlivě naplánována s ohledem na zdravotnost nejmladšího účastníka a na složitost terénu. Důležité je správné oblečení, obutí a dodržování zásad bezpečného chování při pohybu v terénu. Vysoké je riziko zásahu bleskem, zejména v oblastech vodních ploch. Nejčastějšími úrazy při turistice jsou pády a tonutí (Čapková a Velemínský, 2005; Benešová, 2009).

K **adrenalinovým sportům** patří fotbal, paintball, skateboarding, in-line brusle, skládací koloběžky, trampolína, skákací nafukovací atrakce, mini motocykly, vodáctví, lyžování a zimní sporty, bruslení a hokej. Děti tyto sporty obdivují a sami si je chtějí vyzkoušet, což ale vyžaduje tělesnou zdatnost a trénink, dobré vybavení a ochranné pomůcky. Úraz je obvykle způsoben přeceněním vlastních sil nebo podceněním rizik. Nejčastějšími úrazy jsou zlomeniny a poranění hlavy a mozku. Mechanismem je nejčastěji pád, náraz a sražení. Děti a zejména rodiče musí dbát na užívání ochranných pomůcek určených přímo ke sportovní aktivitě, kterou se dítě chystá vykonávat (Čapková a kol., 2008; Benešová, 2009; Čeledová a Merglová, 2010).

Častou příčinou dětské úmrtnosti a nemocnosti je **tonutí a utonutí**, které postihuje mnohem více chlapce, především ve stáří 1–4 roků. Následkem úrazu může být poškození mozku až smrt, proto je tato problematika prioritní oblastí. Skoro polovina dětí se topí v řekách, potocích nebo umělých vodních nádržích. Děti by v blízkosti vody nikdy neměly být bez dozoru a velmi důležitá je výuka plavání spolu s pravidly bezpečného chování v blízkosti vodních ploch (Čapková a Velemínský, 2005; Benešová, 2009). Významnou složkou jsou také nekryté bazénky a bazény u rodinných domků; naše země patří na špicích v počtu těchto bazének na počet obyvatel.

Co se týká nebezpečnosti vybavení **dětského hřiště**, nejčastějšími místy úrazů jsou šplhadla, houpačky a skluzavky. Jde současně o nejběžnější prvky dětských hřišť (Kunclová a kol., 2010).

Nejčastějším typem úrazu **ve škole** jsou pády, poranění způsobená rozbitým vybavením a pomůckami, zhmožděliny způsobené při srážce nebo rvačce. Počet těchto úrazů v posledních letech neustále stoupá (Skácelík, 2007a, b; Sundblad et al., 2005). Současná preventivní opatření legislativní či technické povahy doposud tento vývoj nijak pozitivně neovlivnila. Ačkoliv se uvádí, že školní úrazy nedosahují v převážné většině závažného charakteru, jejich vzestup je alarmující. Proto by jim měla být věnována dostatečná pozornost. Jednou z institucí, která sleduje statisticky počet úrazů ve školách a školských zařízeních, je Česká školní inspekce (ČŠI), která od roku 2005 eviduje dle nového školského zákona a vyhlášky č. 64/2005 Sb. úrazy dětí a studentů. Normy školám ukládají zasílat záznam o úrazu příslušným krajským inspektorátům ČŠI. Ústředí inspekce tato data pak shromažďuje a zpracovává (Škodáček, 2003; Skácelík, 2007b).

13.5 Rizikové faktory a aktivity

Úrazy vznikají spolupůsobením čtyř **základních faktorů**:

- **hostitele** (člověk postižený úrazem)
- **činitele** (různé druhy a formy přenosu energie)
- **přenašeče** (vektor – osoba nebo věc působící svojí silou, přenáší energii či zabraňuje přenosu)
- **prostředí** – faktory fyzikální (místo, teplota, denní doba, roční období, počasí atd.), socioekonomické apod.

Ze strany **hostitele** ovlivňuje vznik úrazu dítěte věk, pohlaví, vzdělání, schopnosti, fyzická zdatnost, psychický stav, drogy, alkohol apod. Ze statistik vyplývá, že úrazy jsou více ohroženi muži, chlapci. Důvodem je, že chlapci více sportují, vybírají si rizikovější druhy sportů, mají vyšší míru agresivity, odvahy atd.

Běžně se úrazy stávají při přetížení, únavě, přecenění vlastních sil a dovedností, špatné orientaci v prostoru, nedostatečné znalosti rizika, popřípadě ignorování rizika. Důležité je užívání ochranných pomůcek a bezpečného sportovního náčiní a nářadí (Čapková a kol., 2008; Benešová, 2009).

Na vzniku úrazu se podílejí **rizikové faktory**, jež jsou do určité míry známé a ovlivnitelné. V praxi jsou tyto rizikové faktory vzniku úrazu kategorizovány jednotlivými autory různě, Grivna a kol. (2003) např. uvádějí jako rizikové faktory vzniku úrazu chudobu a život na venkově. Někteří zahraniční autoři uvádějí pro vznik úrazu např. následující rizikové faktory: chudoba, neúplná rodina, nízký stupeň vzdělání matky, nízký věk matky, zneužívání drog či alkoholu rodiči (Sethi et al., 2006). Při působení jednotlivých faktorů při úrazovosti je ve hře složitá multikauzální etiologie, v níž má zásadní roli osobnost postižených s mnoha svými fyzickými, biologickými, psychickými i sociálními vlastnostmi (Kukla, 2003). Stejně tak prokazujeme, že významným faktorem úrazovosti dětí je úrazovost jejich rodičů, tj. že se úrazovost přenáší z generace na generaci, stejně jako násilí a řada dalších parametrů (Kukla a Bouchalová, 2007a, 2008a, b; Bouchalová a kol., 2011).

Z programu WHO **Zdraví 21** je problematice úrazovosti věnován cíl č. 9, jehož záměrem je snížit u nás úrazovost a invalidizaci dětí následkem úrazů a násilí o 50 % do roku 2020. Tohoto ambiciózního cíle lze dosáhnout pouze důsledným uplatňováním Haddonových strategií k prevenci úrazů a plněním doporučení ECSA.

13.6 Věkové zvláštnosti

Důležité pro hodnocení rizikových faktorů a zacílení preventivních aktivit je pochopení faktorů z hlediska **psychomotorického vývoje dětí**. Děti se rychle rozvíjejí a každá z vývojových fází má svá rizika. Malé děti mají motorické dovednosti, díky kterým se dostanou k rizikovým místům, ale nemají ještě dostatečně vyvinuté kognitivní schopnosti, aby včas rozpoznaly nebezpečí (Grivna a kol., 2003; Ramsay et al., 2003; Škodáček, 2003; Tošovský a kol., 2006; Platt et al., 2007; Vágnerová, 2012).

Zrak a sluch jsou nejbystřejší smysly a v průběhu dětství se zkušenostmi a učením zlepšují. Fyziologické zvláštnosti smyslů v dětském věku předurčují jisté zvláštnosti a následně vznik určitých úrazů (Platt et al., 2007; Vágnerová, 2012).

Oči dítěte jsou menší a jejich sítnicové struktury nejsou plně rozvinuty. Periferní vidění je velmi úzké. Zorné pole je asi o 30 % užší než u dospělých, což zpomaluje postřeh. Dítě také chybně odhaduje vzdálenost, považuje velké dopravní prostředky za bližší a malé za vzdálenější, a proto hrozí, že pod ně vběhne. Nevyvinutá je kognitivní schopnost spojení vidění velikosti, formy pohybu a času, což je příčinou špatného odhadu rychlosti pohybujících se objektů. Už od 2–3 měsíců věku děti vnímají hloubku, což je směs vrozených schopností, ale nejeví zpočátku známky strachu, které jsou důležité pro přežití, tedy pro ochranu před pádem do hloubky. Reakční doba je u dítěte výrazně prodloužena a u pětiletého dítěte je rovna dvojnásobku reakční doby dospělého, u dívek je tato doba ještě delší.

Dalším smyslem, který přispívá k poznávání světa, je sluch, který má dítě velmi dobře vyvinutý (již intrauterinně vnímá hlas matky), ovšem schopnost odlišit běžné zvuky od nebezpečných (např. zvuku motoru auta) je jen málo rozvinutá až do předškolního věku. V kojeneckém věku děti vnímají nejprve hlubší zvuky, vysokých se bojí. V období docházky dítěte do mateřské školy vnímá dítě signál jen ve 30 % úhlu, zvuky přicházející ze strany a zezadu posuzuje chybně. Auditivní senzitivita ke změnám v prostředí je podkladem pro vyhýbání se úrazům.

Chuťové smysly se také vyvíjejí, kdy nejprve dítě preferuje sladké chutě před slanou a hořkou. **Pokožkové vjemy** jako tepelný, chladový, tlakový a bolest vnímají již intrauterinně (Grivna a kol., 2003; Škodáček, 2003; Vágnerová, 2012).

Současně s funkcemi smyslů se vyvíjí i **motorika těla**, kdy od 4. měsíce věku jsou pohyby již více uvědomělé; uplatňují se podle cefalokaudálních a proximodistálních principů. Při tom je důležitý polohově sluchový aparát vnitřního ucha. **Těžiště těla** je umístěno v dětství výše než u dospělého, a proto dítě častěji padá a ztrácí rovnováhu (např. při náklonu nad nádrž s vodou či bazén – tonutí), což je způsobeno tím, že hlava dítěte je největší a nejtěžší částí jeho těla (Grivna a kol., 2003; Škodáček, 2003; Vágnerová, 2012).

Vědomí rizika pochází zejména z vlastní zkušenosti, kdy předvídaní nebezpečí se začíná vyvíjet až kolem 8. roku věku dítěte, ale často je potlačeno aktuálním zájmem

či jiným vjemem, čímž je pozornost dítěte odvedena jinam a riziku není zabráněno (Grivna a kol., 2003; Škodáček, 2003; Čapková a Velemínský, 2005).

Mozek dítěte plave volně uvnitř lebky v mozkomíšní tekutině, není fixován a při prudkých náhlých pohybech (třesení) a zejména při zastavení pohybu v pohybu pokračuje a naráží do lebečních struktur, čímž se mohou natažením poškodit přemostující vény a dojde ke krvácení. Krční svaly nejsou natolik silné, aby zpomalily či zastavily pohyb hlavičky (Lazoritz a Palusci, 2002; Minns a Brown, 2005; Janda, 2010).

13.7 Péče o dítě po úrazu – role zdravotně-sociálního pracovníka

Sociální práce je jedinou profesí ve zdravotní péči, která zkoumá role, vztahy a zdroje a jejich vliv na život. Hodnocení v sociální práci je tudíž rozhodující při identifikaci psychosociálních faktorů, které mají vliv na intervence ve zdravotní péči.

Zatímco nemocniční hodnocení nutně předpokládá **medicínský model**, který má sklon pohlížet na abnormální chování jako na důsledek nemoci, **sociální model** pohlíží na chování jako na výsledek učení se ze zkušeností a stavu životního prostředí. Tyto dva modely by se měly v nemocniční péči prostřednictvím multidisciplinárního týmu a zejména zdravotně-sociálního pracovníka protínat a vzájemně doplňovat.

Dětské úrazy by měly být jednou z priorit pediatrie péče, kdy by měl zdravotnický personál využít svého vlivu na rodiče. Rodiče by měli být také informováni o rizicích typických pro daný věk dítěte a o účinné první pomoci. Pediatr by měl také umět rozpoznat a řešit projevy násilných úrazů – **úrazů způsobených třesením** (Dunovský a kol., 1999; Šnajdauf a kol., 2002; Truellová, 2006, 2008; Truellová a Benešová, 2009; Blažek a kol., 2012).

Ze všech povinností a odpovědností zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici je nejdůležitější sjednocující princip, tedy odpověď na základní otázku: „Co je nejlepší pro dítě?“ A v těchto případech, kde obětí je dítě s podezřením na syndrom třeseného dítěte, je toto prohlášení a princip hluboce rozhodující. Zde je „drobná“ oběť bezbranná, zcela nevinná a bohužel nemůže podat svědectví vzhledem ke své krátké životní zkušenosti. Sociální pracovník by měl vše zkoumat, sledovat, shromažďovat a analyzovat, aby mohl hodnotit a uvést do pohybu plány a procesy, které povedou k nejlepší reintegraci poškozeného dítěte (Brandon et al., 1998; Lazoritz a Palusci, 2002; Peinkofer, 2002).

Spolupráce s rodinou

Nedílnou součástí všech intervencí je spolupráce s rodinou. Rodiče jsou pro dítě jediným a nenahraditelným zdrojem bezpečí a jistoty. **Hospitalizace**, byť jen krátká, může mít negativní dopad na celou rodinu. Pokud není rodičům umožněno být v neustálém kontaktu s dítětem, konejšit je, starat se o ně a poskytovat mu lásku, pocítují vinu a selhání ve své rodičovské roli. Odborníci nemohou nikdy nahradit rodičovskou péči, proto je pro většinu dětí pobyt v nemocnici stresující a může mít vážné psychologické následky. Ve Velké Británii vznikl systém péče o hospitalizované děti, který vychází z principů Family Centred Care – péče zaměřené na celou rodinu. Tento princip je postupně uplatňován i u nás (Sedlářová a kol., 2008).

Podmínky dobré spolupráce s rodinou (Sedlářová a kol., 2008):

- umožnit rodičům pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace

- přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky
- umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítěte
- poskytnout rodičům opakované a srozumitelné informace

Poskytování **opakovaných a srozumitelných informací** je klíčem k úspěšné spolupráci s rodinou dítěte. V komunikaci se nedoporučuje užívat příliš odborné terminologie, ale musí být použit správný název, aby rodiče uměli pojmenovat onemocnění, které jejich dítě prodělalo. Informace v písemné podobě jsou pro rodiče velmi přínosné – mohou si je vzít domů, kdykoliv do nich nahlédnout nebo si lépe připravit otázky k zodpovězení (Sedlářová a kol., 2008; Barr, Barr a Fujiwara, 2009; Barr, Rivara a Barr, 2009).

Edukace rodičů a dětí

Edukace musí být dlouhodobým procesem, který se musí plánovat, nejde tedy jen o jednorázové poučení rodičů a dětí. Na počátku je důležité zjistit, jaký je stupeň informovanosti rodičů. Zdravotně-sociální pracovník rodiče také edukuje o výchově a péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, pomáhá jim řešit zdravotní a sociální problémy v rámci školního poradenství, spolupracuje s ostatními institucemi v oblasti péče o rodinu či v nich rovnou působí. Kompetence zdravotnických pracovníků jsou upraveny ve vyhlášce č. 424/2004 Sb. Edukace znevýhodněných rodin je specifická (Lazoritz a Palusci, 2002; Minns a Brown, 2005; Kendrick et al., 2005).

Velmi specifická je edukace v péči o **novorozence a kojence**. Matka by měla být zapojena do péče o dítě co nejdříve, a to jak na oddělení fyziologických novorozenců, tak na odděleních intermediální a intenzivní péče. Důležitý je kontakt matky s dítětem, aby se ho mohla dotknout, pohládit, pochovat; pokud to zdravotní stav dítěte nedovoluje, je vhodný kontakt alespoň vizuální. S matkou je potřeba pracovat tak, aby došlo k jejímu postupnému osamostatňování v péči o dítě. Prvním krokem je teoretické poučení matky o možných komplikacích v péči, jak jim předcházet a jak je řešit. Tyto informace je vhodné doplnit tištěným materiálem či videonahrávkou s kontakty. Dalším krokem je praktický nácvik. Rodiče musí mít také dostatečný prostor pro kladení otázek a diskusi. Zdravotničtí a zdravotně-sociální pracovníci by se měli podílet na tvorbě edukačních materiálů a edukačních postupů, být poradci pro rodiče a zajišťovat potřebný kontakt, který rodiče budou vyžadovat (Lazoritz a Palusci, 2002; Sedlářová a kol., 2008).

Specifická je edukace dětí **předškolního a mladšího školního věku**. Děti by měly být edukovány společně s rodiči, ale formou přiměřenou svému věku. Velmi důležité je používat správná slova. U dětí je vhodné poskytovat jim informace a vzorce správného chování či používání ochranných pomůcek formou zábavné hry. Hra je v práci s dětmi nejvhodnějším komunikačním prostředkem. Dětem můžou být také nabídnuty obrázky a pracovní listy, kde si teoreticky ověří své znalosti (Čapková a kol., 2008; Sedlářová a kol., 2008).

Protože je úraz a následné onemocnění pro rodiče i dítě velmi náročnou životní situací, je nutný trpělivý a chápavý přístup zdravotníků k dětem i rodičům, umožnění společného pobytu v nemocnici a spolupráce multidisciplinárního týmu. Dále je třeba domluvit postupy domácí péče o dítě, umožnit kontakt se zdravotně-sociálními pracovníky, psychology, s rodičovskými podpůrnými skupinami atd. (Matoušek a kol., 2005; Sedlářová a kol., 2008).

Literatura

- BARR, R. G., BARR, M., FUJIWARA, T., et al.: Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 2009; 180(7): 727–733.
- BARR, R. G., RIVARA, F. P., BARR, M., et al.: Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2009; 123(3): 972–980.
- BENEŠOVÁ, V.: Bezpečný domov pro děti. In: *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence 2. LF UK a FN v Motole, 2003, s. 112–118.
- BENEŠOVÁ, V.: *Prevence úrazů při pohybové aktivitě*. Praha: 2. LF UK, Centrum úrazové prevence FN v Motole, 2009, 27 stran.
- BENEŠOVÁ, V., NENCKA, P.: *Bezpečný domov pro děti: rady jak zabránit úrazům dětí*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence 2. LF UK a FN v Motole, 2003, 14 stran.
- BENEŠOVÁ, V., NENCKA, P.: *Bezpečný domov pro děti*. 2. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN v Motole, 2008.
- BLAŽEK, K., PRŮCHOVÁ, D., VELEMÍNSKÝ, M., STRÁNSKÝ, P.: Sociální situace rodiny ve vztahu k dětským úrazům. *Zdravotnictvo a sociální práce* 2012; 7(3): 71–80.
- BOUCHALOVÁ, M., KUKLA, L., OKRAJEK, P.: Rizikové faktory úrazovosti otců 0-5letých dětí. Prospektivně průřezová kohortová studie. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2011; 7(2): 117–132.
- BOUCHALOVÁ, M., KUKLA, L., OKRAJEK, P.: Úrazovost a chronická nemocnost rodičovských párů s malými dětmi – epidemiologická studie. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2011; 7(1): s. 7–24.
- BRANDON, M., SCHOFIELD, G., TRINDER, L.: *Social Work with Children*. 1 vyd. New York: Palgrave, 1998, 222 stran.
- ČAPKOVÁ, M.: Rodiče a prevence dětských úrazů. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2006; 2(1): 12–16.
- ČAPKOVÁ, M., TORÁČOVÁ, L., VELEMÍNSKÝ, M.: *Prevence úrazů u vybraných skupin obyvatelstva*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 98 stran.
- ČAPKOVÁ, M., VELEMÍNSKÝ, M.: *Utonutí a zranění související s vodou. Zdravotně sociální problematika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 54 stran.
- ČELEDOVÁ, L., MERGLOVÁ, V.: Prevence úrazů zubů u dětí jako celospolečenský problém. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2010, 6(2): 200–204.
- DUNOVSKÝ, J.: *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989, 139 stran.
- DUNOVSKÝ, J., a kol.: *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 279 stran.
- ELLSÄSSER, G.: Epidemiological analysis of injuries among children under 15 years of age in Germany – The starting point for injury prevention. *Gesundheitswesen* 2006, VII/68: 421–428.
- FAELKER, T., PICKETT, W., BRISON, R. J.: Socioeconomic differences in childhood injury: A population based epidemiologic in Ontario, Canada. *Injury Prevention* 2000; 6: 203–208.
- FRIŠOVÁ, L., a kol.: *Úrazy dětí*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 36 stran.
- GO PROTI ÚRAZŮM! aneb jak chránit své zdraví. České Budějovice: Metodický materiál Střediska prevence úrazů v Jihočeském kraji, 2006, 19 stran.
- GRIVNA, M., a kol.: *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence, 2. LF UK a FN v Motole, 2003. 144 stran.

- HOME SAFETY COUNCIL. New Home Safety Council; New Research Reveals the Majority of Parents Overlook Key Steps to Keep Curious Toddlers Safe at Home. *Life Science Weekly* 2009, XI/1: 2770 p.
- CHILD SAFETY ALIANCE, *Eurosafe*, 2009.
- CHILD SAFETY REPORT CARD 2007. *How safety conscious is the Czech Republic towards children and adolescents?* Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe.
- CHILD SAFETY REPORT CARD 2009. *Europe Summary for 24 Countries*. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe.
- JANDA, J.: *Syndrom třeseného dítěte* [online]. Pořad ČT Port, 2010 [cit. 22. 7. 2013]. Dostupné na <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10121359557-port/tema/548-syndrom-treseneho-ditete/>.
- KENDRICK, D., MULVANEY, C., BUTON, P., WATSON, M.: Relationships between child, family and neighbourhood characteristics and childhood injury: a cohort study. *Social Science and Medicine* 2005; 61: 1905–1915.
- KUKLA, L.: Psychosociální faktory v prevenci dětských úrazů. In: GRIVNA, M., a kol.: *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence 2. LF UK a FN v Motole, 2003, s. 91–100.
- KUKLA, L.: *Úrazy jako příčina somatických, psychosociálních a socioekonomických problémů (následků) postižených – epidemiologická studie*. Habilitační práce, Brno, 2005.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: Faktory asociované s vývojem agresivity chlapců. *Časopis lékařů českých* 2007a; 146(9): 699–707.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: Sportovní úrazy a lidský faktor. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2007b; 3(2): 103–116.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: Závislost dětských úrazů na úrazovosti rodičů. *Česko-slovenská pediatrie* 2008a; 63(3): 126–136.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: Asociace v úrazovosti žen mezi dvěma životními obdobími – epidemiologická studie. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2008b, 4(1): 7–18.
- KUNCLOVÁ, R., DRÁBOVÁ, M., ŠVANCAROVÁ, A.: Zmapování stavu dětských hřišť s ohledem na bezpečnost a prevenci dětských úrazů. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2010; 6(1): 34–43.
- LAURENT-VANNIER, A., TOURE, H., VIEUX, E., et al.: Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences: a case report. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2009; 52(5): 436–47.
- LAURSEN, B., NIELSEN, J. W.: Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries. *European Journal of Public Health* 2008; 18: 366–70.
- LAVIČKOVÁ, M.: Úrazová rizika u dětí ve věku 11 až 14 let v Jihočeském kraji. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2006; 2(2): 90–94.
- LAZORITZ, S., PALUSCI, V. J.: *The shaken baby syndrome: a multidisciplinary approach*. 1. vyd. London: Harwort Press, 2002, 411 stran.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 352 stran.
- McKENZIE, L. B., LEVENTHAL, T., GIELEN, A. C., GUYER, B.: Risk factors for unintentional injuries in children: Are grandparents protective? *Pediatrics* 2008; 122: 980–987.
- MERGLOVÁ, V.: Příčiny a prevence úrazů zubů u dětí. *Vox paediatricae* 2005; 5(8): 15–16.
- MINAŘÍKOVÁ, P., PRŮCHOVÁ, D.: Četnost a příčiny úrazů v přednemocniční neodkladné péči. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2010; 6(2): 154–161.

- MINNS, R., BROWN, K.: *Shaking and Orter Non – accidental Head Injuries in Children*. 1. vyd. London: Mac Keith, 2005, 512 stran.
- MKN-10, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize – aktualizovaná verze z roku 2008. Geneva: WHO, 2013, 869 stran.
- MORRONGIELLO, B. A., HOUSE, K.: Measuring parent attributes and supervision behaviors relevant to child injury risk: examining the usefulness of questionnaire measures. *Injury Prevention* 2004; 10: 114–118.
- NAP: *Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007–2017* [online]. 2007 [cit. 5. 4. 2013]. Dostupné na <http://www.detske-urazy.cz/index.php?pg=home--narodni-akcni-plan-prevence-detskych-urazu-na-leta-2007-2017>.
- NOVOTNÁ, J.: Problematika úrazů dětí předškolního věku. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2008; 4(1): 25–31.
- OLŠAN, M., KONEČNÝ, M.: *Bezpečí dítěte v dopravě*. Praha: Ministerstvo dopravy ČR, 2008, 38 stran.
- PEINKOFER, J.: *Silenced Angels: The Medical, Legal, and Social Aspects of Shaken Baby Syndrome*. 1.vyd. Praeger Press, 2002, 312 stran.
- PLATT WARD, M. P., LITTLE, R. A., et al.: *Injury in the Young*. Digitally printed version. New York: Cambridge University Press, 2007, 317 stran.
- POULOS, R., HAYEN, A., FINCH, C., ZWI, A.: Area socioeconomic status and childhood injury morbidity in New South Wales, Australia. *Injury Prevention* 2007; 13(5): 322–327.
- PRŮCHOVÁ, D., ŠVANCAROVÁ, A., TRUELLOVÁ, I.: Srovnání standardizované úmrtnosti dětí na úrazy v České republice se zahraničím. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2010; 6(1): 78–88.
- QUAN, L., CUMMINGS, S., 2003. Characteristic of drowning by different age groups. *Injury Prevention* 2003; 9(2): 163–168.
- RAMSAY, L. J., MORETON, G., GORMAN, D. R., et al.: Unintentional home injury in pre-school-aged children: looking for the key – an exploration of the inter-relationship and relative importance of potential risk factors. *Journal of Public Health*, 2003; 117(6): 404–411.
- SEDLÁK, M.: Na kolo jen s přilbou. *Pediatrie pro praxi* 2007; 2: 122–124.
- SEDLÁŘOVÁ, P., a kol.: *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 248 stran.
- SETHI, D., et al.: *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. WHO, 2006, 79 stran.
- SKÁCELÍK, P.: Stav školní úrazovosti ve školním roce 2006–2007 podle Ústavu pro informace ve vzdělávání. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2007b; 2(3): 117–120.
- SKÁCELÍK, P.: Školní úrazovost ve školách a školských zařízeních v 1. pololetí školního roku 2006/2007. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2007a; 1(3): 39–44.
- SKÁCELÍK, P.: Úrazy jako sociální fenomén. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2006; 2(2): 69–71.
- SRNSKÝ, P.: *První pomoc u dětí*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2007, 112 stran.
- SUNDBLAD, G., et al.: Injuries during physical activity in school children. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 2005; 5(15): 313–323.
- ŠKODÁČEK, I.: Dětské úrazy z vývojově-psychologického hlediska. In: *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd.. Praha: Centrum úrazové prevence, 2. LF UK a FN v Motole, 2003, s. 24–32.
- ŠNAJDAUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T., a kol.: *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 180 stran.

- TOŠOVSKÝ, V., a kol.: *Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže*. Praha: Alfa-Omega, 2006, 191 stran.
- TRUELLOVÁ, I.: Situace v oblasti dětských úrazů v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2006; 2: 81–89.
- TRUELLOVÁ, I.: Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN). *Prevence úrazů, otrav a násilí* 2008; 4(1): 57–61.
- TRUELLOVÁ, I., BENEŠOVÁ, V.: *Prevence domácích úrazů v praxi praktických lékařů pro děti a dorost: bezpečné domácí prostředí pro děti*. 1. vyd. Olomouc: Solen, 2009, 30 stran.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 531 stran.
- VELEMÍNSKÝ, M., PRŮCHOVÁ, D., VITOŠOVÁ, A., LAVIČKOVÁ, M., STRÁNSKÝ, P.: The relationship between family socioeconomic condition and childhood injury frequency in selected locations in the Czech Republic. *Medial Science Monitor* 2012; 18(3): 19–27.
- VINCENTEN, J.: *Priority bezpečí dětí v Evropské unii*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence, 2003, 26 stran.
- VITOŠOVÁ, A., PRŮCHOVÁ, D.: Injuries of children and adolescents in home and school environments. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health* 2010, 1(3–4): 172–182.
- ZDRAVÍ 21: *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. 2002 [cit. 25. 7. 2013]. Dostupné na http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

14 Romská problematika

Lubomír Kukla

14.1 Původ Romů

O tom, že Romové pocházejí z Indie, již dnes pochybuje málokdo. Na druhou stranu tento fakt ještě nevstoupil v obecné povědomí, a to jak mezi majoritní společností, tak mezi Romy samotnými. Budeme-li se držet mnoha různými způsoby dokázané skutečnosti o původu, dojdeme zákonitě ke snaze srovnávat **modely chování** Romů a Indů. Vzdálené a rozdílné světy indické a evropské kultury způsobovaly a způsobují po staletí stále se opakující konflikty a nepochopení. Odlišné životní postoje a normy mají za následek dnešní obdobné problémy mezi Indy a americkou kulturou. Při hledání společných rysů indické a romské kultury je třeba mít na paměti, že Romové již přibližně tisíc let nežijí v indickém prostředí. Nutně muselo dojít ke vzájemným vlivům a přizpůsobení.

Charakteristickým znakem indické společnosti je **kastovní systém** (Viková, 1996). Každý je v první řadě příslušníkem nějaké kasty a podle toho řídí celý svůj život – způsob obživy, styk s jinými lidmi apod. Pozůstatky kastovního systému můžeme dodnes pozorovat u jednotlivých romských subetnických skupin. Asi nejviditelnější na našem území je to u olašských Romů a jejich postoji k tradičně usedlým slovenským Romům. Nahlížíjí na ně s určitým despektem: „žuže“ (čistí) a „degeše“ (nečistí) Roma.

Pro skupinu, za jejíhož člena se daná osoba považuje, používají Romové termín **amare Roma** („naši Romové“). Mohou to být obyvatelé jedné sídlištní komunity, romské osady či jedné oblasti, v níž obyvatelé více osad udržují mezi sebou kontakty (i na bázi příbuzenských vztahů). Nejširší pospolitost vyjádřená výrazem „amare Roma“ bývá společenství hovořící jedním jazykem (tj. blíže příbuznými subdialekty). Protějškem jsou **cudza Roma** („cizí Romové“). Tímto termínem byli označováni příslušníci skupin, kteří přišli do míst, kde již Romové žili, a tím často narušili do té doby vyrovnaný vztah mezi místními obyvateli a Romy. Tím byl vztah mezi těmito dvěma skupinami velmi rezervovaný až nepřátelský.

14.2 Příchod Romů do ČR

Před druhou světovou válkou žily na území dnešní ČR skupiny tzv. českých a moravských Romů, které se v letech 1939–1945 staly vedle Židů další pronásledovanou skupinou z důvodů rasy. Od roku 1942 byli Romové, kteří neuposlechli vládního nařízení o trvalém usazení (1939), transportováni do „cikánských táborů“ v Letech u Písku a v Hodoníně u Kunštátu (původně šlo o kárné pracovní tábory, později přeměněné na tábory sběrné a posléze „cikánské“). Tábory byly o rok později zrušeny a jejich obyvatelé byli deportováni do koncentračních táborů Osvětim II – Březinka, Buchenwald, Mittelbau a dalších. Ze zhruba šesti tisíc osob náležejících k českým a moravským Romům, které žily před válkou na území protektorátu, přežilo válku necelých šest set lidí.

V **poválečném období** bylo potřeba osídlit pohraniční oblasti, odkud bylo odsunuto německé obyvatelstvo, a získat pracovní sílu pro zemědělství a průmyslové podniky.

Bylo potřeba vybudovat také dopravní cesty poničené válkou. Za tím účelem bylo organizovaně přesídleno romské obyvatelstvo ze slovenských romských osad.

Pro slovenské Romy je Česká republika lákavým cílem z důvodů lepší ekonomické situace (a tedy pracovních příležitostí), znalosti prostředí, blízkosti jazyka a příbuzenských vazeb s Romy žijícími v ČR. Slovenské romské osady leží převážně v oblastech s vysokou nezaměstnaností a lidé tam žijí v nevyhovujících podmínkách. Výrazný vliv na kvalitu jejich života má široce rozšířená lichva. Díky nejnovější reformě legislativy upravující systém sociálního zabezpečení výrazně klesly příjmy početných rodin žijících ze sociálních dávek a prohloubila se chudoba Romů žijících v romských osadách i Romů žijících do této doby „integrovane“ ve městech.

Podle soupisu z let **1947–1948** byly vysoké počty Romů zjištěny na Chebsku, Plzeňsku, Kladensku, Ústecku a Mostecku, Pardubicku a Královéhradecku, v Praze a okolí, v Brně a Olomouci. Nové podmínky v českých městech se značně lišily od prostředí uzavřených a izolovaných romských osad, kde se lidé nejčastěji živili příležitostnou prací u sedláků (odměňováni byli v naturáliích). Změnil se charakter práce (placené v penězích), jiní byli okolní obyvatelé i jazyk potřebný ke komunikaci.

Významným historickým mezníkem pro určitou část obyvatelstva žijícího na území Československa bylo schválení **zákona č. 74/1958 Sb.**, o trvalém usídlení kočujících osob. Tento zákon ukládal všem osobám žijícím kočovným nebo polokočovným způsobem zanechat dosavadního způsobu života a usadit se na jednom místě – týkal se tedy i tzv. olašských Romů, kteří tvoří asi 10 % romské populace na území dnešní ČR.

V letech **1965–1970** byly uskutečněny pokusy o řešení „cikánské otázky“ organizovaným rozptylem Romů ze slovenských osad do oblasti s rozvinutým průmyslem v Čechách. Romské osady na Slovensku a „cikánské ulice a čtvrti“ v Čechách měly být likvidovány a romské obyvatelstvo mělo být zcela asimilováno. V roce 1968 v souvislosti s celkovým uvolněním atmosféry ve společnosti se začalo novým způsobem přistupovat i k „romské problematice“. Mimo jiné vznikla první politická reprezentace samotných Romů (Svazy Cikánů-Romů v Čechách a na Slovensku – prvním předsedou byl Ing. Miroslav Holomek). Tyto organizace byly zrušeny v roce 1973, po nástupu normalizace.

Od 70. let až do roku 1989 se romské téma opakovaně vracelo do jednání na centrální úrovni. Byla přijímána opatření, která měla vést ke zvýšení kvality bydlení, zdravotní péče a celkové vzdělanosti romských obyvatel.

Celospolečenské změny, ke kterým došlo **po roce 1989**, měly na situaci romské menšiny dvojznačný dopad. Na jedné straně byli Romové uznáni jako národnostní menšina, která má Ústavou garantovaná základní práva, a byly přijaty další právní normy upravující postavení menšin. Zároveň Romové začali zakládat občanská sdružení a politické strany a vytvářet tak vrstvu romské elity, která se dnes snaží o vybudování moderního romského národa. Na druhé straně došlo k výraznému zhoršení ekonomického a společenského postavení řady Romů. Ekonomická transformace způsobila prohlubování sociálních nerovností a některé vrstvy obyvatelstva se ocitly na okraji společnosti. Zejména lidé, kteří byli v předchozích obdobích zaměstnáváni jako nekvalifikovaná pracovní síla, se nedokázali adaptovat na nové podmínky na trhu práce. Vytvořila se vrstva nezaměstnaných, kteří se stali závislími na systému státní sociální podpory a dostali se do koloběhu sociálního vyloučení (nezaměstnanost – nízké příjmy – špatné bydlení – neplacení nájmu atd.).

Migrace Romů ze Slovenska

Migrace Romů ze Slovenska do ČR má různé formy. Jde o krátkodobé či dlouhodobější **návštěvy příbuzných**, které jsou v některých případech spojeny s hledáním legální nebo nelegální práce. Romové jsou obvykle zaměstnáváni ve stavebních nebo kopáčských firmách. Tato pracovní migrace s sebou může nést řadu negativních jevů, např. aktivitu nejrůznějších romských „podnikatelů“ (kteří jsou často zároveň i lichváři) ze Slovenska i z ČR, kteří slovenské Romy sice zaměstnávají, ale za odvedenou práci často nezaplatí buď řádně, nebo vůbec.

Při návštěvách v ČR využívají Romové ze Slovenska pohostinnosti svých českých příbuzných. Dlouhodobější návštěvy početných příbuzných ze Slovenska často vedou k propadu životní úrovně hostitelských rodin českých Romů, v lokalitách ohrožených sociální exkluzí dochází imigrací Romů ze Slovenska k nárůstu nelegálního zaměstnávání, kriminality, přelidňování bytů a ke zvýšeným rizikům v oblasti hygieny a sociální patologie. Celkově se tak znehodnocuje integrační úsilí české státní správy a samosprávy. Obtíže při hledání zaměstnání a trvalého bydlení v ČR (rodinná solidarita a kontakty Romů žijících v ČR a SR se postupem času v některých případech oslabují) spolu se zpřísněním podmínek na vyplácení sociálních dávek na Slovensku (např. povinnost uchazečů o zaměstnání hlásit se každý týden na úřadu práce) snižují přes slovní proklamace zájmu možnosti migrace Romů ze Slovenska do ČR.

V předchozích letech docházelo k migraci do ČR za účelem požádání o **udělení azylu**. V roce 2000, kdy došlo k silnému přílivu občanů SR do řízení o udělení azylu, požádalo o udělení azylu v ČR celkem 723 slovenských občanů. V roce 2001 to bylo 388 slovenských občanů, v roce 2002 šlo o 843 a v roce 2003 již o 1055 slovenských občanů. Slovenští občané byli v roce 2003 třetí nejpočetněji zastoupenou skupinou žadatelů o udělení azylu v ČR, hned za žadateli z Ruské federace a Ukrajiny. Zájem slovenských Romů o využívání azylových zařízení v ČR však v posledním období jednoznačně klesá. Na síle naopak získává neazylová migrace, zejména za pracovními příležitostmi.

14.3 Charakteristiky a specifika romské populace

Z hlediska článků 29 a 30 Úmluvy o právech dítěte zaujímá v ČR zvláštní postavení romská národnostní menšina. Jako jediná se svými specifickými antropologickými a sociálními charakteristikami zjevně odlišuje od teritoriální majority i od ostatních národnostních menšin u nás. Podle kvalifikovaných odhadů žije u nás cca 250 000 až 300 000 Romů, i když se k romské národnosti při sčítání lidu v roce 2001 přihlásilo cca 11 000 a při posledním sčítání v roce 2011 dokonce jen 5135 osob.

Romská populace je charakteristická vysokým podílem dětí (38 %) a mladistvých (12 %) a jen malým počtem starých osob v důchodovém věku (7 %), nepočítáme-li invalidní důchodce. Střední délka života mužů je kolem 55 let, žen kolem 60 let; umírají tedy v průměru mnohem dříve než obyvatelstvo majority. Příčiny jsou komplexní: chronická onemocnění, trvale špatný životní styl často již od období narození, hygienické faktory, možný je také etnický faktor.

Z hlediska **sociálního statusu** lze definovat **pět základních skupin** romské populace:

- vůdcové

- cikánská elita – intelektuálně vyspělá část Romů
- tzv. slušní cikáni – asi třetina žijící ve větších městech
- romští bezdomovci
- romský lumpenproletariát, který je jedinou skutečně subkulturní skupinou romského etnika – jsou neustále v pohybu, bez práce, infiltrují města a obce, tvoří základnu romské kriminality, jejich počet jako jediné skupiny vzrůstá.

Život romského obyvatelstva provází celá řada problémů – **nízká sociální úroveň** téměř celé minority, která je podmíněna nízkou vzdělaností a minimální kvalifikační úrovní. Odhaduje se, že asi 2 % Romů jsou absolventi vysokých škol a asi 7 % má středoškolské vzdělání. S tím souvisí i vysoké procento nezaměstnanosti, cca 70 %. Významnými **problémy** jsou:

- špatná ekonomická situace a nezaměstnanost
- složitá otázka bydlení
- potíže se vzdáváním, které u většiny Romů nepatří mezi uznávané životní hodnoty

Z hlediska **vzdělávání** se pokusme alespoň o určitou inventarizaci problémů:

- jazyková bariéra
- vliv rodiny
- nedostatečné profesní vybavení učitelů, které se v současnosti výrazně snižuje (Kovařík a kol., 1998)

Romské etnikum v ČR – základní pojmy

- **Romové** – souhrnný název pro příslušníky národnostní menšiny, kteří se k tomuto označení hlásí. Romové spolu se skupinou Sintí mají prokazatelně indický původ. K romské národnosti se hlásí příslušníci několika etnických skupin.
- **Čeští Romové** – etnikum, které žilo do druhé světové války na území Čech; několik rodin zde žije dosud.
- **Moravští Romové** – etnikum, které žilo do druhé světové války na území Moravy; několik rodin zde žije dosud.
- **Maďarští Romové** – etnikum, které žilo do druhé světové války na území Maďarska a na území jižního Slovenska v oblasti obývané maďarskou národnostní menšinou.
- **Slovenští Romové** – etnikum, které žilo do roku 1945 na Slovensku.
- **Olašští Romové** – etnikum, které kočovalo ve střední Evropě až do roku 1959, kdy bylo násilně sedenterizováno.
- **Sintí** – etnikum žijící rozptýleně v západní Evropě. Až do druhé světové války žili Sintí v pohraničních oblastech Čech, v současnosti je v ČR jen několik málo rodin.
- **Cikáni** – apelatium Romů a Sintů, kterým je označovaly slovanské a germánské národy. Romové vnímají toto označení většinou jako hanlivé a neztotožňují se s ním (Sekyt, 2001b).

14.4 Zásadní problémy života romské populace

Sociální vyloučení

V souvislosti s romskou populací v ČR se často v posledních několika letech začal používat termín „sociální vyloučení“. Je to proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny

osob zbavování přístupu ke zdrojům, které jsou nezbytné pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti jako celku. Jsou odříznuti od institucí a služeb, sociálních sítí a vzdělávacích příležitostí, které svým občanům nabízí stát (Gabal, 2006; Matoušek, 2003).

Sociálně vyloučené společenství může čítat jen několik rodin či lidí žijících v jednom větším nájemním domě, ale může také zabírat celou městskou čtvrť se stovkami obyvatel. **Sociálně vyloučená lokalita** může být ve středu města, na jeho okraji, případně dokonce úplně mimo obec, oddělená od života obce a pozornosti jejích obyvatel průmyslovou zónou, polem nebo lesem. Může vzniknout spontánně – tím, že lidé, kteří nemají vzhledem ke svým příjmům možnost bydlet ve standardním bytě, berou zavděk malometrážními městskými byty se společnými koupelnami či záchody, nebo v důsledku politiky obce, která se rozhodne vyčlenit nějakou lokalitu pro „neplatiče nájemného“. Pro státní správu představují takové enklávy především zdroj problémů – jejich obyvatelé neplatí řádně nájem, elektřinu ani vodu; pokud jedné rodině distributor elektřinu vypne, ta se napojí nelegálně na svoje sousedy. Na ulicích a dvorech se válejí odpadky, někde se jimi plní prázdné byty. Byty jsou užívány mnohočetnými domácnostmi, jsou přeplněné a za krátkou dobu se zničí. Všechny části zástavby, které nejsou ve výhradním užívání jedné domácnosti (chodby, dvory, neobsazené byty, sklepy), chátrají. Obyvatelé těchto lokalit nepracují, jejich děti chodí do školy často sporadicky (navíc do zvláštních škol), tj. mají špatnou docházku. Starší děti tvoří party, ve kterých tráví čas způsobem pohybujícím se na hranici zákona nebo za ní. Někdy se v lokalitě vyskytuje prostituce, alkoholismus a rozvíjí se užívání drog.

Protože v takových lokalitách vidí většinový občan často Romy, dochází k závěru, že právě Romové mají k takovému životu zvláštní kulturně dané a výchovou předávané předpoklady. Alternativní systém hodnot, který se vytváří v podmínkách dlouhodobé chudoby, však není charakteristický jen pro „romské etnikum“ jako takové, ale je společný všem lidem na celém světě, kteří se ocitli v podobné situaci (není výjimkou, že v takové lokalitě žije též několik „bílých“ příslušníků majoritní populace). Tito lidé se dostávají do „pasti chudoby“, ze které už nemají šanci uniknout, protože jim chybí vzdělání, kvalifikace a sociální a komunikační dovednosti. Reagují na situaci, ve které žijí, tím, že si vytvářejí zvláštní adaptační vzorce (např. rezignují na dosažené vzdělání a úspěch ve „většinové“ společnosti). Tyto vzorce jsou důležitější než „romská mentalita“.

Nejčastějšími projevy sociálního vyloučení dle Gabala (2006) jsou zejména rizikový životní styl, špatné hygienické poměry a s nimi související horší zdravotní stav, větší potenciál výskytu sociálně patologických jevů a kriminality, snížená sociokulturní kompetence (např. jazyková bariéra, nezkušenost či neznalost vlastních práv a povinností) a další.

Problematika bydlení Romů

Bydlení Romů je dosti klíčovou otázkou. Ztráta bydlení, která postihuje jednotlivce a celé domácnosti, vede ke vzniku sociálně vyloučených enkláv a je trvalým ohrožením pro ty, kteří už se obyvateli takové enklávy stali. V 90. letech minulého století vzrůstal v českých městech celkový ekonomický tlak na odchod nejchudších obyvatel z bytů v městských centrech (které s přechodem na tržní ekonomiku získaly na hodnotě) do okrajových částí obcí. Pronajímatelé některých bytů používali pro „vystěhování“ romských nájemníků řadu nelegálních postupů, např. je nechali podepsat novou nájemní smlouvu

na dobu určitou či výhrůžkami nebo slibem odměny donutili nájemníky, aby se vystěhovali sami. Někteří nájemníci byli vystěhováni na základě neplacení nájemného. Pro rodiny s příjmem na úrovni životního minima je i regulované nájemné drahé a jakýkoliv náhlý výdaj (nedoplatek za vodu, elektřinu apod.) může způsobit, že na nájem prostě nezbude. „Neplatiči“ jsou často také zákazníci lichvářů. Všechny tyto faktory se spojují, doplňují a navzájem ovlivňují.

Domácnosti s nízkými příjmy (např. závislé na sociálních dávkách) tak postupně odcházejí ze standardního bydlení do bytů nižších kategorií, často se dostávají také do nejrůznějších ubytoven, které původně k trvalému bydlení sloužit neměly. Životní náklady v těchto ubytovnách jsou často vyšší než ve standardních bytech a cesta zpátky, tedy do obecního nebo soukromého bytu, je téměř nemožná. Obecní byty jsou přidělovány podle obecního pořadnickového systému na základě nejrůznějších kategorií, z nichž některé (např. bezdlužnost rodiny nebo čistý trestní rejstřík) znevýhodňuje chudé romské rodiny.

Nedostupnost bydlení pro sociálně slabé udržuje obyvatele sociálně vyloučených lokalit v bezvýchodném stavu a neumožňuje jim změnit svoji situaci. Sociálně vyloučení tak žijí v neustálém provizoriu i v tak základní potřebě, jakou je místo k životu. Některé sociálně vyloučené lokality vznikly bez výrazného přispění místních samospráv – rodiny s nižšími příjmy se do těchto oblastí stěhovaly třeba proto, že tam byl nižší nájem, měly tam příbuzné apod. Jiné vznikly jako důsledek vyčlenění určité části bytového fondu pro „neplatiče“ či „nepřizpůsobivé“.

Nezaměstnanost a past chudoby

Život bez pravidelného zaměstnání je jedním z hlavních rysů sociálního vyloučení a zároveň jedním z hlavních zdrojů potíží osob žijících v těchto podmínkách. Dospělí většinou nemají stálou práci – ti, kterým je dnes 30 a více let, ji ztratili na začátku transformace při snižování stavů zaměstnanců v továrnách a stavebních podnicích. Později už práci ne našli, protože se radikálně změnily podmínky na trhu práce a klesla poptávka po nekvalifikované pracovní síle (silnou konkurenci v této oblasti tvoří také dělníci z východu, zejména z Ukrajiny). Ani jejich děti a ostatní z mladších generací už po základní škole práci ne našli, případně ji nehledali, protože znají jen život ze sociálních dávek. Mužům se nevyplatí shánět stále zaměstnání, protože při nízké kvalifikaci si nemohou vydělat více, než je životní minimum jejich domácnosti.

Dlouhodobá nezaměstnanost navíc přináší každému člověku ztrátu pracovních návyků, denního režimu a disciplíny i ztrátu sebevědomí a pocit zbytečnosti až beznaděje. Návrat do práce je potom z těchto důvodů velmi obtížný. Ti, kteří práci skutečně hledají, narážejí na neochotu zaměstnat Roma. Rodiny se tak dostávají do „pasti chudoby“, kdy jediným pravidelným příjmem domácnosti jsou dávky státního systému sociální podpory a pomoci.

V regionech, kde je snadné práci najít, často klienti i při systému dávek sociální péče pracují, ale nepřiznají svoje příjmy, aby nepřišli o příjmy z dávek. V regionech s vysokou nezaměstnaností jsou takovými alternativními nepřiznávanými zdroji např. sběr kovů (resp. jejich krádeže), v příhraničních oblastech drobný obchod s použitým zbožím přiváženým přes hranice (starý nábytek, elektronika apod.). Pracovní příležitosti ve stavebním průmyslu jsou mnohde kontrolovány „romskými firmami“, jejichž bossové díky svým kontaktům získávají dobré zakázky a na těžkou práci najímají chudé dělníky (kteří by kvůli barvě pleti jinde zaměstnání nedostali), jež pak

odírají nebo jim za odvedenou práci neplatí. Okrádání obvykle nejsou schopni se bránit kvůli nízkému právnímu povědomí a funkční negramotnosti.

Lichva

V prostředí sociálně vyloučených skupin obyvatelstva se často setkáme s lichvou – nevýhodným půjčováním peněz na vysoký, někdy až stoprocentní měsíční úrok. Dlužníci se dostávají do bludného kruhu nových půjček a stále narůstajících úroků, v krajních případech už je dlužná částka neznámá a dlužník odevzdává lichváři veškerý svůj příjem (nejčastěji sociální dávky; vzápětí si od něj zase půjčuje, aby měl alespoň na základní životní potřeby. Lichvář je často osobou váženou a respektovanou – oběti nezřídka vyjadřují vděčnost a úctu ke „svému“ lichváři a považují jej za osobu, která jim pomáhá v okamžicích nejvyšší nouze. Jsou na jeho službách závislí do té míry, že pokud jednoho lichváře policie zatkne, díky poptávce po těchto službách se zanedlouho objeví další.

V souvislosti s lichvou je třeba si uvědomit, že nejde o nějaké „romské specifikum“, ale o rys, který je charakteristický pro prostředí sociálního vyloučení. Lichva se ve větší či menší míře objevuje všude tam, kde pohromadě na okraji moderní společnosti žijí lidé, kteří z různých důvodů nemohou v plné míře čerpat z výhod, služeb a příležitostí, které jsou dostupné většinové populaci (např. hypotéky, půjčky, trvalý zaměstnanecký poměr). Do koloběhu lichvy se tedy lidé nedostávají z vlastní hlouposti či neschopnosti, ale z bezvýhodnosti situace, ve které se ocitli. Skutečnost, že se v ČR lichva vyskytuje zejména u Romů, je tedy dána tím, že právě Romové tvoří většinu sociálně vyloučené populace.

Typickým rysem lichvy je dlouhodobá a prohlubující se závislost jednotlivců i celých rodin na „službách“ poskytovaných lichváři (ti často nabízejí další služby, jako je zapůjčení auta či možnost zatelefonovat si v případě nouze, za což si opět účtují neadekvátní sumy). Výsledkem je zvyšování chudoby obětí, které se stávají stálým zdrojem příjmu lichvářů. Důsledkem koloběhu započatého lichvou může být i neplacení nájmu či ztráta bytu, kriminální chování či prostituce.

Lichva (§ 218 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku) je úmyslným majetkovým trestným činem:

(1) Kdo zneužívá něčí rozumové slabosti, tísně, nezkušenosti, lehkomyšlnosti nebo něčího rozrušení, dá sobě nebo jinému poskytnout nebo slíbit plnění, jehož hodnota je k hodnotě vzájemného plnění v hrubém nepoměru, nebo kdo takovou pohledávku uplatní nebo v úmyslu uplatnit ji na sebe převede, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

(2) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán,

- a) získá-li činem uvedeným v odstavci 1 pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,*
- b) spáchá-li takový čin jako člen organizované skupiny, nebo*
- c) způsobí-li takovým činem jinému stav těžké nouze.*

(3) Odnětím svobody na tři léta až osm let bude pachatel potrestán,

- a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu, za živelní pohromy nebo jiné události vážně ohrožující život nebo zdraví lidí, veřejný pořádek nebo majetek, nebo*
- b) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu.*

Trestní stíhání lichvářů a proces dokazování bývá obtížný, řada lichvářů totiž v tomto případě svým obětem vyhrožuje násilím a jen málokdo je ochoten proti lichváři svědčit. Protože lichva je často doprovázena násilným uplatňováním pohledávky, které může nabývat podoby trestné činnosti, bývají pachatelé lichvy často odsouzeni právě za tuto trestnou činnost (nejčastěji je to vydírání, útisk, porušování domovní svobody, loupež a účast na zločinném spolčení).

Školství a vzdělanost

Školou povinné děti ze sociálně vyloučených lokalit obvykle navštěvují školy se speciálním zaměřením. Základní školy často nejsou schopny děti z tohoto prostředí integrovat a poskytnout jim standardní vzdělání. Ne vždy je učitelé umí učit. Děti obvykle hovoří romským etnodialektem češtiny a je pro ně obtížné učitelům i látce porozumět. Prostředí základní školy je pro děti z chudých romských rodin cizí a vyžaduje jiné vzorce chování a jednání, než znají z domova. Romské děti mohou být vystaveny nevládnému chování ze strany spolužáků, i když pokud je jich více, mohou být problémem pro ostatní spolužáky. Většina romských dětí z chudých rodin chodí na přání rodičů do speciálních škol, což vede k tomu, že později nezískávají kvalifikaci, která je potřebná pro úspěch na trhu práce. Romové vycházející ze ZŠ mají horší startovní čáru pro možné absolvování SOU nebo SOŠ, mnozí si ani přihlášky na střední školy nepodávají. V současnosti často ani nenastupují do zaměstnání a stávají se rovnou závislími na dávkách sociální podpory.

Rodiče nechávají svoje děti chodit do školy, která je pro ně přijatelnější, kde jsou na ně menší nároky a kam už často chodí řada jejich sourozenců či dalších příbuzných a známých. Rodiče obvykle sami mají jen základní vzdělání, které absolvovali ve zvláštní škole, a tento vzorec předávají svým dětem. Romští rodiče také nevytvářejí na svoje děti takový tlak jako rodiče neromští (pokud se dítěti do něčeho nechce, romští rodiče ho do toho často nenutí). Ke špatné školní docházce přispívá také řada dalších faktorů – např. pokud se v bytě rodiny netopí, nesvítlí nebo nemá-li rodina peníze na jídlo, potřeba vzdělání dětí se pro rodiče stane okrajovou záležitostí.

Právní povědomí

Sociálně vyloučení Romové vesměs postrádají povědomí o existenci práva jakožto systému norem, podle nichž je do jisté míry uspořádán chod společnosti. Lidé žijící v takové nevědomosti znají jen jednotlivé konkrétní případy dopadů práva na svůj život, které jsou až na malé výjimky negativní. Pozitivní aspekty práva (s výjimkou sociální podpory) nevnímají, svoje jiná práva často neznají, nevědí o možnosti je hájit a nevyhledávají právní pomoc. Populární představa, že Romové se dobře vyznají v tom, na co mají nárok, a umějí toho brilantně využívat, se zakládá jen na dílčích zkušenostech úředníků, především v oblasti výše zmiňované sociální podpory. Většina sociálně vyloučených naopak tyto znalosti a dovednosti postrádá. K tomu se samozřejmě přidává celá řada jiných znevýhodnění – malá funkční gramotnost, omezené vyjadřovací schopnosti v českém jazyce či znevýhodnění barvou pleti.

Psychologické problémy

Život v sociálním vyloučení je především bezvýhodný. Není žádná naděje na zlepšení stavu věcí, což vyvolává sklon se o změnu ani nepokoušet. Sociální odbory městských a obecních úřadů, policie ani orgány sociálně-právní ochrany dětí z pohledu sociálně

vyloučených nedokážou pomoci, protože jim vůbec nerozumějí a nenaslouchají jim. Jediné, čeho se od nich mohou dočkat, je nějaká forma nepochopitelného nátlaku nebo represe. Z úhlu pohledu sociálně vyloučených vnímají zástupci státních institucí pouze jejich etnickou příslušnost a příslušnost do ghetta a nezajímají se o jejich problémy. Sociálně vyloučení ztrácí snahu o řešení své situace, stávají se lhostejnými, propadají nejruznějším formám závislostí nebo svůj sociální vzestup založí na kriminální činnosti uvnitř ghetta (lichva, kuplířství apod.).

Další specifické problémy

Specifické problémy přinesl zákon 40/1993 Sb., o nabytí a pozbytí státního občanství České republiky, v jehož důsledku řada Romů dostala občanství slovenské, takže se rázem stali cizinci v zemi, kde po léta žili, případně kde se dokonce narodili. Protože získat občanství vyžadovalo schopnost orientovat se v administrativním systému, mnoho Romů si v té době z různých důvodů (strach z vyhoštění, chybějící dovednosti k vyřízení občanství apod.) o vyřízení nepožádalo. Bez úředně potvrzeného občanství však nemohli být zaměstnáni, popř. nemohli dostávat sociální dávky. V té době se někteří Romové dostali do bezvýchodné situace, která posléze vyústila v neplacení nájemného, zadlužování se apod.

Ztrátou zaměstnání nebo bydlení bývají postiženi také lidé z majoritní společnosti. Vyvolává to otázku, proč oni v situaci sociálního vyloučení většinou neskončí. Proč právě specifická skupina chudých Romů potřebuje specifickou sociální službu? Je to zejména proto, že při snaze o zlepšení své situace se Romové setkávají s nepoměrně většími překážkami ze strany majority: úřadů, škol, zaměstnavatelů. Mají často nízké vzdělání a potíže s komunikací na očekávané úrovni. Příslušníci české většinové společnosti mají obvykle výchovu ve škole a rodině silněji vstřípené postoje, které je vedou ke samostatnému vyřešení situace. Zároveň jsou více obklopeni lidmi, kteří to dokážou a slouží jim jako pozitivní příklady.

Naproti tomu děti rodičů, kteří během 90. let poznali, že je možné udržet se naživu jen z dávek sociální ochrany, už se samozřejmě na tyto sociální dávky spoléhají. Někdy je to doprovázeno také pocitem, že jde o samozřejmou povinnost státu. Takový postoj je zbytečné morálně odsuzovat. Bylo by dobré věřit, že všichni mají stejné šance na úspěch, a tudíž i stejnou povinnost stát na vlastních nohou – ve skutečnosti lidé z menšinového kulturního prostředí téměř nemají na vybranou.

14.5 Romská rodina

O romské rodině nelze uvažovat obecně. „Kromě vnitřní rozrůzněnosti Romů podle etnických subskupin závisí již dnes i na prostředí, kde daná rodina či skupina žije, na stupni životní úrovně a jejím modelu způsobu života. Charakter dané rodiny a jejích rodinných vztahů má úzkou souvislost i s pocitem a deklarováním své etnicko-národnostní příslušnosti – zda se její příslušníci hlásí ke svému „romipen“ – romství, nebo naopak zda chtějí ve všem „žít jako ostatní“, tedy zda přijímají model neromského způsobu života.“ (Davidová, 1998)

Kolektivnost a soudržnost

Tradiční romská rodina žije pohromadě v blízkém, doslova těsném fyzickém kontaktu (Rosinský, 2006). Jako další specifikum lze tedy označit kolektivnost a soudržnost, a to

v takové formě, jakou by mnohý Evropan považoval za narušení osobní svobody a práva na vlastní názor. „*Tolik podstatný důraz na samostatnost a svobodu rozhodování, který tvoří základ evropského kulturního vzorce, je právě v přímém rozporu s podstatným znakem romství. Stmelující prvek romské rodiny je vzájemná závislost všech v rodině. Jedinec v rodině dodržuje nepsané zákony a naplňuje kolektivní rozhodnutí své rodiny. Rozhodnutí je vždy správné, neboť se na něm usnesli všichni členové rodiny. Rozhodování se uskutečňuje kolektivně, často po bouřlivých diskuzích, ale když už k rozhodnutí dojde, je pro všechny jednotlivce závazné. Takové kolektivní rozhodnutí se však nechápe jako něco vnějšího, čemu je nutno se podřídit, nýbrž s kolektivním rozhodnutím se jedinec ztotožňuje do takové míry, že je považuje za vlastní... Proto se v romských rodinách nesetkáme s výchovou k samostatnému rozhodování, a tím ani s výchovou k přebírání individuální odpovědnosti. Pravdu má vždy romská rodina jako celek a není tedy možno mít jinou a „lepší“ osobní pravdu.*“ (Kotlár, 2009)

Samotná romská rodina představuje určité specifikum, které ovlivňuje vývoj dítěte. Jak uvádí Matoušek (2003), je dětství v takové rodině ve srovnání s většinovou populací kratší, stabilita rodin je také výrazně ovlivňována nepřítomností některého z dospělých, který je ve výkonu trestu, popř. se dítě ocitá z rozličných důvodů v ústavní péči.

Sociální patologie

Dalším negativním faktorem, který popisují Hirt a Jakoubek (2006), je množství sociální patologie v rodině: prostituce, drogy, alkohol, gamblerství apod. Zejména drogy a alkohol jsou krátce po sametové revoluci podle Davidové (2004) relativně novým faktorem, který pro tradiční romskou rodinu nebyl typický.

Děti a jejich výchova

„*Děti jsou pečeti manželství. Jejich nepřítomnost je považována za velké neštěstí a může ovlivnit stabilitu svazku... Později v životě ... mají velké rodiny pro rodiče i děti nesporné výhody. Rodiče budou mít větší počet blízkých příbuzných, kteří jim budou vypomáhat ve stáří, a dospělí děti budou mít po celém okolí mnoho bratrů a sester, potenciálních spojenců.*“ (Okely, 2007)

I dnes je manžel schopen opustit ženu, nemají-li potomky, a to nezávisle na faktu, či neplodnost je na vině. V Indii je důvodem k opuštění manželky už jen skutečnost, že mu neporodí syna. Manželství je dodnes nezřídka uzavíráno v době, kdy je jasné, že žena není neplodná (*jaľi*). V hinduistické rodině je úloha syna velmi důležitá, především z ekonomického hlediska. Proto se jeho narození vítá s mnohem větší radostí než narození dcery (Rácová, 1998).

Nejinak je tomu u romských rodin. „*Počtem mužských potomků se zvyšovala prestiž rodiny, neboť v romské společnosti byl muž vždy společensky nadřazen ženě... Zvyšovala se fyzická síla rodiny... U mužů byl předpoklad, že bude přinášet do rodiny peníze... Muž přivede do rodiny nevěstu ... novou pracovní sílu... Chlapec nemůže udělat rodině takovou ostudu, jako dcera...*“ (Šebková a kol., 1996) – tj. nemůže otěhotnět.

Synové zůstávali ve většině případů u svých rodičů. Odevzdávali svoje případné výdělky rodičům, a to i v době, kdy už sami měli vlastní rodinu.

V Indii dcera rodinu ekonomicky velmi zatěžuje. Rodina ji vlastně vychovává pro rodinu manžela a musí jí najít vhodného ženicha (Rácová, 1998). Romové mají vůči dcerám podobný přístup, i když u olašských Romů získají rodiče děvčete „náklady“ na její výchovu zpět formou tzv. výkupného.

Postoj romských rodičů k vlastním dětem je bezesporu mnohem bližší postoji indických rodičů než rodičů západní kultury: „*Dítě spí, kdy chce, jí, kdy chce, vše mu je dovoleno... Tento v Indii obecně rozšířený postoj k dětem je důsledkem tradice malého Krišny'... Je mu vše dovoleno a rozpustilými kousky si získává srdce všech lidí. Tohoto Krišnu spatřuje lidové povědomí v každém malém dítěti a počítá s tím, že se dítě bude chovat jako malý Krišna.*“ (Viková, 1996)

Důležitým rysem tradiční výchovy dětí byla její kolektivnost. Na dítě dohlížela široká rodina, prakticky všichni členové komunity, kteří měli na stejné situace stejný názor. Romské dítě se navíc nesetkalo s jinými modely a normami chování. V současné době jsou však děti postaveny před dva protikladné způsoby výchovy, které nejsou ve většině případů ani z jedné strany důsledné. S rozpadem velkorodiny na více rodin nukleárních se vytrácí možnost soužití a výchovy více generací. Pomoc okolní komunity není v případě velkých městských aglomerací často možná, ale náhlý přechod na západní model také ne. Relativně mladý věk romských matek je stále zachován, chybí však generace, která by jim pomáhala jejich mateřství zvládat. Uvolněná výchova zůstává, ale počet osob, které jsou schopné a ochotné se o děti postarat, klesá. Funkce starší sestry v romské rodině je dnes omezena na odpolední hodiny, a to i v době trvajících odpoledního vyučování, vždy však na úkor přípravy na vyučování. V horších případech nejstarší dcera od 11. roku věku přebírá skutečně povinnosti matky také v dopoledních hodinách a zanedbává s tichým souhlasem rodičů školu. A opět se nevrátitně propadá do začarovaného kruhu (Poláková, 2012).

14.6 Zdravotní problematika u Romů

- Přetrvává vysoká porodnost.
- Děti se oproti majoritě rodí s vyšším podílem nízké porodní hmotnosti.
- Je vyšší kojenecká úmrtnost.
- Romské děti představují cca 50 % klientely kojeneckých ústavů a dětských domovů. Kromě toho jsou častěji hospitalizovány na lůžkových odděleních nemocnic (dříve, zhruba před 30 lety, to nebylo možné – byl mnohem větší rodinný svazek, děti spíše přicházely k hospitalizaci „za minutu dvanáct“). Příčinou je spíše neochota nebo neschopnost romských rodičů pečovat o nemocné dítě.
- Nedostatky v životním stylu (chování ke zdraví) – časně kouření, alkohol, drogy, předčasný sexuální život, časté těhotenství adolescentních matek.
- Horší hygienické podmínky.
- Stravovací zvyklosti, často nedostatek jídla.

Romové a zdraví

Z posledních tří bodů vyplývá také vyšší nemocnost chronického charakteru; běžná akutní nemocnost není výrazně vyšší, přesto však některé choroby jsou častější (TBC, hepatitida A, salmonelózy, parazitární onemocnění).

Mezinárodní srovnávací výzkum „Romská populace a zdraví“ poskytl poměrně širokou škálu informací o zdravotním stavu romské populace v ČR. Při využívání těchto poznatků je však třeba mít na paměti některá, pro charakter výstupů zásadní, specifika související s tímto typem šetření. Metodologickým problémem je např. výběr respondentů a reprezentativita výběrového souboru. Je třeba počítat s tím, že pro

výběr reprezentantů romské populace není u nás k dispozici spolehlivá statistická opora. Roztříštěnost a rozdílná metodika evidence neumožňuje pracovat s přesnými údaji o početním stavu Romů a jejich strukturálních charakteristikách. Ve výběrových šetřeních romské populace je proto třeba neexistenci spolehlivých oficiálních statistických údajů nahrazovat kvalifikovanými odhady založenými na analýze statistických dat a demografických trendů. Jsou to relativně nejspolehlivější podklady, přesto je potřeba počítat s tím, že jde pouze o odhady.

Vliv na charakter výstupů má také ochota Romů zúčastnit se výzkumu a odpovídat na jeho jednotlivé otázky. Otevřenou otázkou je, jaké skupiny romské populace jsou k šetření tohoto typu přístupné, resp. jakou část romské populace respondenti reprezentují. Je to obecný problém všech výběrových šetření, netýká se to jenom romské populace, nicméně v případě Romů jsou trendy související s ochotou zúčastnit se výzkumu složitější a mohou mít větší váhu než v případě výběrových šetření majoritní populace.

Příznačným rysem dotazování v romské komunitě je rovněž tendence odpovídat tak, jak se dotazovaný domnívá, že je žádoucí a že se od něho očekává. Snaha vypovídat v souladu s tím, co je sociálně přijatelné, vychází z různých kritérií – je to směs vlastních sociokulturních norem Romů a představ o očekávání majoritní společnosti. Zkušenosti z výzkumů uskutečněných mezi Romy ukazují, že tato tendence se neprojevuje stejnou měrou u všech témat a demaskovat ji ve výsledcích výzkumu není vůbec jednoduché. Vyžaduje to dobrou znalost jak z oblasti romské problematiky, tak i v oblasti empirických výzkumů.

Nepřesná reprezentativnost, tendence vypovídat podle očekávání a další specifika nejsou v žádném případě důvodem degradace významu empirických šetření v romské populaci. Upozorňují pouze, že s poznatky z těchto výzkumů je třeba pracovat obezřetně. Výstupy z těchto šetření jsou velmi užitečné a z určitého hlediska nenahraditelné, avšak nelze je pojmát izolovaně – jejich hodnota je prioritně komparativní a svoji cenu nabývají při srovnání s dalšími daty. V případě uváděného výzkumu jde především o údaje zdravotní dokumentace Romů, zkušenosti lékařů a zdravotnického personálu a v neposlední řadě o poznatky o zdravotním stavu majoritní populace.

Zdravotní situace Romů

V souhrnném pohledu se zdravotní situace Romů jeví v datech výzkumu poměrně příznivě. Většina Romů subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý (2/3 dospělých a 4/5 nezletilých) – nicméně to velmi závisí na věku a vzdělání.

Co jsou opravdové zdravotní problémy? Obezita, vady chrupu (kazy, neúplnost), migréna, bolesti hlavy, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, u nezletilých především alergie, chronická bronchitida a astma, bolesti hlavy a migréna. U dospělých i u nezletilých jsou značným problémem deprese.

Z úrazů jsou v dětském věku nejčtenější nedopravní úrazy (sportovní a domácí): fraktury, hluboké řezné rány, otřesy mozku, pohmoždění, podvrtnutí apod.

Některé negativní trendy souvisejí s životním stylem a zdravotním chováním Romů. Jde především o kouření: veškerá opatření, osvěta, debaty apod. se Romů příliš nedotýkají. Kouření je mezi Romy značně rozšířené, denně kouří minimálně 60 % Romů nad 16 let, kromě nich je ještě 10 % nepravidelných kuřáků. Navíc jsou to kuřáci silní a velmi silní. S kouřením začínají velmi záhy, více než 30 % současných pravidelných kuřáků začalo kouřit před 13. rokem života (i dříve).

Pokud se týká spotřeby alkoholu, jsou data nejednoznačná. Konzumaci alkoholu přiznává cca 40 %, svoji roli hraje i tvrdý alkohol.

Velkým problémem je nedostatek aktivního pohybu. Volný čas tráví téměř vesměs sedavými aktivitami, u nezletilých jde o problém cca 2/5 populace.

Za nezbytné považují připomenout na tomto místě poznatky významných badatelů v oblasti sociálních determinant zdraví Wilkinsona a Marmota (2005), kteří řadí dětství mezi jednu z 10 determinant zdraví. Uvádějí, že základy zdraví v dospělosti se vytvářejí v raném dětství, ba dokonce již před narozením. Špatné podmínky během těhotenství mohou ohrožovat optimální vývoj plodu, což uvádějí jako významné zdravotní riziko, které se může projevit v pozdějším věku. Jako příklad uvádějí riziko diabetu v závislosti na porodní váze. Také „kojenecké zážitky“ jsou nesmírně důležité pro pozdější zdraví. Nejistá emocionální vazba a chudá stimulace mohou vést i ke snížené připravenosti na školní docházku, horším školním výsledkům, problémovému chování apod.

Podmiňující faktory

Z uvedeného výzkumu, provedeného v rámci programu SASTIPEN, vplynuly faktory, které podmiňují zdravotní stav romské populace:

- **sociokulturní charakteristiky** (mytologie, mravní normy, hodnotové schéma a jeho orientace) a z nich vyplývající vztah k vlastnímu zdraví jako k hodnotě, stejně jako vztah ke zdraví okolí a k jeho hodnotě
- **tradovaný způsob života** odlišný od způsobu života majoritní populace
- **odlišné výživové zvyklosti a způsob stravování**
- **odlišný vztah k nemoci a k prevenci jejího vzniku** a z toho rezultující odlišné chování při onemocnění
- **vliv socioprofesionálního zařazení** – ve většině případů nekvalifikovaná fyzicky náročná práce vykonávaná v rizikových podmínkách. Péče o zdravotní stav etnických minorit není problémem jen u nás, ale jde o problém celoevropský, který je nutno řešit především politicky za aktivní spolupráce státu a jeho institucí i samotných reprezentantů jednotlivých minorit. Jde o součást integrace menšin a klíčovým předpokladem je aktivní participace menšiny na řešení vlastních problémů.

Opatření

Opatření v oblasti zdravotní péče by měla být v první řadě cílena na zvýšení informovanosti romské populace o zdravém životním stylu, o právech pacientů a o fungování systému zdravotní péče celkově. Součástí osvětových akcí by měla být také problematika plánovaného rodičovství.

Na druhé straně je nutné řešit také příčiny špatného zdravotního stavu, mezi které patří problémy bydlení, sociálně patologické jevy ve vyloučených lokalitách, nelegální práce ve zdravotně závadných pracovních podmínkách atd.

V oblasti přímé práce s klienty je využíván ke zlepšení zdravotního stavu v romských komunitách program zdravotně-sociálních pracovníků. Jejich cílem je aktivní vyhledávání osob či skupin obyvatel, u nichž hrozí ohrožení zdraví v důsledku rizikového chování nebo jiných objektivně daných důvodů (Nesvadbová a kol., 2009).

Literatura

- BUDILOVÁ, L., HIRT, T., a kol.: *Policista v multikulturním prostředí – informační manuál Policie ČR*. Praha: Varianty, Člověk v tísni, 2005.
- DAVIDOVÁ, E.: K současným přeměnám romské rodiny. In: HABOVČÍKOVÁ, B., HABOVČÍK, O., eds.: *Rómska rodina a škola v multikulturnom priestore*. I. časť. Nitra: Pedagogická fakulta Univerzity Konstantina Filozofa v Nitre, 1998.
- DAVIDOVÁ, E.: *Romano drom – Cesty Romů 1945–1990*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 273 stran.
- DAVIDOVÁ, E., a kol.: *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, Triton, 2010, 256 stran.
- FRIŠTĚNSKÁ, H., VÍŠEK, P.: *O Romech, na co jste se chtěli zeptat (manuál pro obce). Pro obce a jejich samosprávy*. Praha: Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR, o. p. s., 2002., 142 stran.
- GABAL, I.: *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a komunit v České republice a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti (říjen 2005 – červenec 2006)*. Praha: Gabal Analyses and Consulting, 2006, 106 stran.
- HIRT, T., JAKOUBEK, M.: *Romové v osidlech sociálního vyloučení*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006, 414 stran.
- HNILICOVÁ, H.: Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života v ČR. In: PAYNE, J., ed.: *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd., Praha: Triton, 2005.
- JAKOUBEK, M.: *Romové – konec (ne)jednoho mýtu*. Praha: Socioklub, 2004, 320 stran.
- JAKOUBEK, M., HIRT, T.: *Romové: Kulturologické etudy*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2004, 384 stran.
- KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd., Praha, Academia, 2005, 263 stran.
- KOL.: *Romové v České republice (1945–1998)*. Praha: Socioklub, 1999, 560 stran.
- KOTLÁR, M.: České školství a romský žák. In: ŠVINGALOVÁ, D., KOTLÁR, M.: *Sborník příspěvků: Multikulturalita a menšiny v evropském kontextu*. Liberec: Liberecké romské sdružení, 2009.
- KOVAŘÍK, J., KUKLA, L., a kol.: *Děti v České republice 1996 – situační analýza*, Praha: Český výbor pro UNICEF, 1998, 220 stran.
- MATOUŠEK, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Slon, 2003, 161 stran.
- NEČAS, C.: *Romové v České republice včera a dnes*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999, 129 stran.
- NESVADBOVÁ, L., RUTSCH, J., KROUPA, A., VAJNAROVÁ, I., SOJKA, S.: *Zdravotní, psychologické a sociální aspekty migrace. Determinanty zdraví romské populace – pilotní studie*. Praha: IGA MZ ČR, 1998, 83 stran.
- NESVADBOVÁ, L., ŠANDERA, J., HABERLOVÁ, V.: *Romská populace a zdraví. Česká republika – Národní zpráva 2009*. Ostrava: Vzájemné soužití, o. s., 2009, 84 stran.
- OKELY, J.: Cikáni a vládní politika v Anglii: Manželství, rodina a příbuzenské skupiny. In: BUDILOVÁ, L., JAKOUBEK, M., eds.: *Cikánská rodina a příbuzenství*. Ústí nad Labem: Dryada, 2007, 83 stran.
- POLÁKOVÁ, J.: *Romská společnost, rodina a dítě*. Brno: Muzeum romské kultury, 2012.
- RÁCOVÁ, A.: Tradiční indická rodina – zdroj tradic romské rodiny? In: HABOVČÍKOVÁ, B., HABOVČÍK, O., eds.: *Rómska rodina a škola v multikulturnom priestore*. I. časť., Nitra: Pedagogická fakulta Univerzity Konstantina Filozofa v Nitre, 1998.
- ROSINSKÝ, R.: *Čhavale Romale alebo motivácia rómskych žiakov k učeniu*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konstantina Filozofa v Nitre, 2006.

- ŘÍČAN, P.: *S Romy žít budeme – jde o to jak*. Praha: Portál, 1998, 142 stran.
- SEKYT, V.: *Dospívající Romové a rizikové chování. Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. Praha: Odborný seminář SZÚ, 2001a.
- SEKYT, V.: Romové. In: ŠIŠKOVÁ, T., a kol.: *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001b, s. 119–125.
- ŠEBKOVÁ, H., a kol.: Úloha nejstaršího syna v romské rodině. *Romano džaniben* 1996; 3(1–2).
- VIKOVÁ, L.: *Obraz současné romské rodiny z pohledu dětí a znalost romštiny u těchto dětí*. Diplomová práce. Praha: Filosofická fakulta Univerzity Karlovy, Indologický ústav, 1996.
- WILKINSON, R., MARMOT, M.: *Fakta a souvislosti: sociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005, 52 stran.

15 Cizinci a národnostní menšiny

Lubomír Kukla

15.1 Cizinci

Z právního hlediska se osoby pobývající na území ČR dělí na státní občany a cizince. Státní občan má některá základní práva a povinnosti, např. právo volit a být volen. Cizincem je každý, kdo není státním občanem ČR. Podmínky vstupu a pobytu cizinců na území ČR jsou upraveny zákonem č. 101/2014 Sb., o pobytu cizinců na území ČR a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „cizinecký zákon“).

Platný vnitrostátní právní řád ČR rozlišuje následující **kategorie osob**:

- občané EU/EHP
- rodinní příslušníci výše uvedených
- občané třetích zemí

Podle cizineckého zákona je cizinec oprávněn pobývat na území ČR přechodně nebo trvale. V této části se nebudeme zabývat dvěma druhy cizinců, kteří jsou předmětem následující kapitoly 16, tj. cizincem, jemuž byla udělena mezinárodní ochrana v ČR – dříve azylant, a cizincem žádajícím o udělení mezinárodní ochrany v ČR – dříve žadatel o azyl.

Přechodně může cizinec na území ČR pobývat bez víza, na základě víza nebo na základě povolení k dlouhodobému pobytu.

- **Přechodný bezvízový pobyt** – bez víza může cizinec na území ČR pobývat pouze tehdy, stanoví-li tak mezinárodní smlouva. Po přijetí do EU je ČR vázána příslušnými předpisy, které jsou pro všechny členské státy závazné. Tyto předpisy obsahují výčet států, jejichž státní příslušníci při pobytu do tří měsíců podléhají vízové povinnosti, a výčet států, jejichž státní příslušníci jsou od vízové povinnosti osvobozeni.
- **Přechodný pobyt na základě víza** – jsou vydávána tzv. krátkodobá víza a tzv. dlouhodobé vízum. Mezi **krátkodobá víza** patří letištní vízum, průjezdní vízum a vízum k pobytu do 90 dnů. **Dlouhodobým vízem** je „vízum k pobytu nad 90 dnů“ – opravňuje cizince k pobytu na území ČR, který bude delší než 3 měsíce, ale jeho platnost je maximálně 1 rok.
- **Povolení k dlouhodobému pobytu** se vydává cizinci, jehož pobyt na území ČR bude delší než 1 rok.
- Cizinci může být povolen **trvalý pobyt na území ČR**, pokud splňuje podmínky dané cizineckým zákonem – většinou je to po pěti letech dlouhodobého pobytu.
- **Státní občanství** lze udělit osobě, která má na území ČR nepřetržitý trvalý pobyt po dobu nejméně pěti let, pro občana ze země EU po dobu tří let; dále se vyžaduje znalost češtiny a základních reálií o naší zemi a skutečnost, že osoba má za posledních 5 let „čistý trestní rejstřík“. Udělování státního občanství ČR upravuje zákon č. 186/2013 Sb., o státním občanství České republiky. Na udělení občanství není právní nárok.

Instituce, jež se zabývají otázkami pobytu cizinců v ČR, jsou: MV ČR, MZV ČR, SCP, Úřady práce, krajská pracoviště odboru azylové a migrační politiky MV ČR.

Významnou novinkou zákona 101/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, je tzv. **zaměstnanecká karta**. Rozumí se jí povolení k dlouhodobému pobytu opravňující cizince k přechodnému pobytu na území delšímu než 3 měsíce a k výkonu zaměstnání na pracovní pozici, na kterou byla zaměstnanecká karta vydána, nebo na pracovní pozici, ke které byl udělen souhlas ministerstva podle odstavce 7. Cizince, u kterého je podle zákona o zaměstnanosti vyžadováno povolení k zaměstnání nebo který je uveden v § 98 zákona o zaměstnanosti, opravňuje zaměstnanecká karta k pobytu na území za účelem zaměstnání.

15.1.1 Specifika cizinecké problematiky

V ČR v devadesátých letech **počet legálně usazených cizinců** postupně vzrůstal. Mezi roky 1994 a 1999 se jejich počet více než zdvojnásobil (ze zhruba 100 tisíc na 200 tisíc pobývajících cizinců). V roce 2000 počet cizinců poklesl o 30 000 osob, přičemž tato skutečnost se přičítá změnám v legislativě. Dne 1. 1. 2000 vstoupil v platnost zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, který podstatně zpřísnil vstupní a pobytový režim většiny cizinců v ČR. Některá ustanovení tohoto zákona byla zmírněna až novelou platnou od 1. 7. 2001, která měla za následek opětovný mírný nárůst počtu zde usazených cizinců.

Se vstupem do EU v roce 2004 došlo k rozšíření kategorií pobytu – kromě pobytů trvalých a víz nad 90 dnů jsou rozlišovány také pobyty dlouhodobé a pobyty přechodné pro občany EU a jejich rodinné příslušníky.

Mezi lety 2001 a 2008 pokračoval rostoucí trend počtu legálně usazených cizinců v ČR a také počtu cizinců, kteří získali trvalý pobyt i ostatní typy pobytů. V letech 2007 a 2008 bylo největší pozitivní saldo migrace cizinců u nás. Mezi roky 2008 a 2010 došlo vzhledem k hospodářské krizi a recesi k poklesu počtu všech typů cizinců. K 31. 12. 2010 bylo na území ČR evidováno celkem 427 291 cizinců, z toho 188 952 cizinců s trvalým pobytem a 238 339 cizinců s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů. V pořadí podle státního občanství vedla Ukrajina (134 281 osob, tj. 31 %), Slovensko (71 780, 17 %), Vietnam (60 289, 14 %), Rusko (31 807, 7 %), Polsko (18 242, 4%) a Německo (13 871, 3 %).

K 31. 12. 2011 bylo číslo mírně vyšší (o necelých 7000: 434 153), z toho Ukrajina 118 932, Slovensko 81 253, Vietnam 58 205, Rusko 32 377, Polsko 19 058. Pro zajímavost – z celkového počtu je 185 171 žen a 151 276 občanů zemí EU.

V roce 2011 bylo naše **státní občanství** uděleno 1936 osobám, nejvíce Slovákům (16 %), Polákům (10 %), Ukrajincům (7 %), Rusům (7 %), Vietnamcům, Rumunům a zajímavý podíl má Kazachstán (3%). (Dle zákonů č. 40/1993 Sb. a 193/1999 Sb.).

V roce 2011 využilo **zdravotní péči** 83 849 cizinců, z toho 40 tisíc ze zemí EU a cca 44 tisíc ze zemí mimo EU. Ze zemí EU nejvíce čerpali Slováci (18 194 případů), Němci (více než 6 tisíc), Poláci (více než 2 500) a řada dalších; ze zemí mimo EU Ukrajinci (téměř 12 000), občané zemí bývalého SSSR (téměř 9 400), Vietnamci (více než 6000) a další. Šlo o smluvní pojištění v ČR, zahraniční pojištění, platbu v hotovosti, případně placeno státními orgány. Zhruba 5 % plateb bylo po splatnosti.

Početně nejvýznamnější skupiny cizinců ze třetích zemí pobývajících v naší zemi se dlouhodobě nemění: jde o občany Ukrajiny, Vietnamu a Ruské federace. Ostatní

státní příslušníci následují s výrazným odstupem: Moldavsko, USA, Mongolsko. Ačkoliv dochází ke stagnaci v oblasti nově přichozích cizinců, otázka integrace cizinců, kteří na našem území již pobývají, stále nabývá na důležitosti.

Právě důsledky ekonomické krize a s tím související opatření, která mají dopad na celou společnost, ukazují, že je nadále nutné prohlubovat **aktivní integrační politiku** tak, aby nedocházelo k sociálnímu napětí a aby sami cizinci dokázali adekvátně reagovat na změny ve společnosti. V roce 2008 i v roce 2011 se začínaly projevovat některé negativní tendence ve vztahu majority ke skupině cizinců. Principiálně vláda přijímá tzv. Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců – Společné soužití (vždy pro konkrétní rok). Základní cílovou skupinou politiky integrace cizinců jsou občané třetích zemí, kteří pobývají na našem území legálně. Integrační opatření jsou povětšinou cílena na dlouhodobě nebo trvale pobývací cizince.

Zvláštní pozornost je nezbytně věnována **integraci cizinců ve zranitelném postavení**, tedy druhé generaci cizinců – dětem a mládeži a také ženám-cizinkám, a to nejen ženám, které jsou zapojeny do trhu práce, ale zejména ženám v domácnosti s důrazem na opatření umožňující jejich účast na integračních aktivitách. Integrace je tedy zaměřována také na integraci rodin cizinců.

Priority integrace cizinců

Znalost češtiny

Znalost jazyka je nezbytná pro začlenění do společnosti a rozvoj vzájemných vztahů mezi cizinci a většinovou společností. Je klíčovým faktorem pro získání vzdělání a kvalifikace, umožnění přístupu na trh práce a pro sociální i ekonomickou soběstačnost cizinců na základě principu rovných příležitostí.

Významnou roli hrají **děti-cizinci**: zásadním úkolem integrace je zajištění rovných příležitostí dětí cizinců ve vzdělávání. Znalost českého jazyka je podmínkou úspěšného absolvování školní docházky dětí-cizinců ze třetích zemí a získání dalšího vzdělání, zaměstnání i kariérního růstu. Bezproblémové zvládnutí školní docházky dětí-cizinců je nezbytné v rámci dotací podpořit službami pedagogických asistentů, posílením komunikace školy s rodiči žáků a mimoškolními integračními aktivitami.

Na základě novely školského zákona (č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů) je rozšířen § 20 o skutečnosti, že také žáci-cizinci ze třetích zemí mají právo na bezplatnou přípravu k začlenění do základního vzdělávání, zahrnující výuku českého jazyka přizpůsobenou potřebám těchto žáků (odst. 5, písmeno a).

Je zapotřebí též zajistit podporu výuky českého jazyka nad rámec běžné výuky ve školách pro děti-cizince ze třetích zemí v předškolním a základním vzdělávání a umožnit školám zajistit působení asistentů pedagoga pro žáky-cizince prostřednictvím rozvojových dotačních programů MŠMT ČR.

Vyhláška č. 147/2011 Sb. ze dne 25. 5. 2011, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, umožňuje poskytovat žákům znevýhodněným nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka individuální podporu a využívat individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga.

Nezbytné je také další vzdělávání pedagogických pracovníků, především učitelů českého jazyka, v tom smyslu, že čeština je pro děti-cizince jazykem cizím, a zvyšování

jejich sociokulturních kompetencí – především tam, kde jde o školy s vyšším zastoupením cizinců. Nedílnou součástí musí také být vytvoření a vydávání výukových materiálů a učebnic českého jazyka jako cizího jazyka, vhodných pro výuku dětí-cizinců ze třetích zemí.

U **dospělých cizinců** představuje znalost českého jazyka hlavní předpoklad úspěšné integrace. Zájem cizinců o znalost češtiny je mj. motivována povinností prokazovat tuto znalost coby jedné z podmínek pro získání povolení k trvalému pobytu.

Cílem integrační politiky je zajistit co nejširší regionální dostupnost kurzů češtiny pro dospělé cizince, a to pro různé stupně pokročilosti včetně kurzů profesního jazyka. Nabídku jazykových kurzů je nutno doplnit také alternativními možnostmi výuky češtiny. Kurzy jsou poskytovány v rámci regionálních Center na podporu integrace cizinců, v rámci projektů místních samospráv, NNO a dalších subjektů.

Ekonomická soběstačnost

Jedním z předpokladů ekonomické soběstačnosti cizinců je jejich informovanost o jejich právech a povinnostech i o podmínkách zaměstnávání a podnikání v ČR, která může významně napomoci k samostatnosti cizinců a k omezení míry jejich manipulovatelnosti, případně závislosti na zprostředkovatelích.

Opatření by proto měla směřovat k posílení nástrojů pro přístup cizinců na trh práce a jejich schopnost na trhu práce setrvat, zajištění ochrany cizinců před diskriminací a zneužíváním. Je nezbytné důsledně monitorovat vývoj situace a postavení cizinců a na zjištěné problémy a bariéry bezprostředně reagovat.

Orientace cizince ve společnosti

Prospěšnost migrace přímo závisí na úspěšnosti integrace. Základem integrace je zajištění plné informovanosti cizinců ve všech fázích jejich pobytu v ČR. Pro včasné zapojení do společnosti i pro předcházení jejich závislosti na zprostředkovatelích je nezbytné pomoci cizincům orientovat se v novém prostředí, seznámit je s jejich právy i povinnostmi, s místními poměry a zvyklostmi, s řešením jejich záležitostí a každodenních situací. Cílem je podpora sociální soběstačnosti cizinců a snížení míry jejich zranitelnosti.

Orientace cizince v hostitelské společnosti je zajišťována zejména prostřednictvím adaptačně-integračních kurzů a kurzů pro cizince s dlouhodobým či trvalým pobytem.

- **Adaptačně-integrační kurzy** pro nově příchozí cizince (tzv. uvítací kurzy – cca do roku pobytu) se zaměřují na základní a praktické informace nezbytné pro orientaci ve společnosti a v každodenním životě; seznamují účastníky se základními právy a povinnostmi včetně oblasti zdravotní péče, s hodnotami zdejší společnosti – se zásadami demokracie, rovnosti žen a mužů, důstojnosti lidské bytosti a ochrany lidských práv. Kurz je doplněn filmem, který obsahuje základní informace o ČR. Tyto kurzy jsou poměrně krátké, časově dostupné, srozumitelné. Informace jsou podávány v češtině (ale i tlumočeny do několika základních jazyků).
- **Kurzy pro cizince s dlouhodobým či trvalým pobytem** jsou směřovány k poznání hodnot společnosti v ČR (případně EU) a k hlubší orientaci cizince ve společenském, právním, institucionálním, kulturním a politickém prostředí v ČR (historie státu, politické uspořádání státu, právní řád, kulturní odlišnosti atd.) Jsou zaměřeny také na řešení aktuálních potřeb a praktických problémů cizinců včetně přístupu ke zdravotní péči.

Vzájemné vztahy cizinců a majoritní společnosti

K cílům politiky integrace cizinců patří podpora harmonického bezkonfliktního soužití mezi cizinci a většinovou společností, zachování sociální soudržnosti v zemi a zabránění izolaci či sociálnímu vyloučení cizinců a z toho plynoucích konfliktů. Komunikace mezi cizinci a majoritním prostředím, navazování vzájemných kontaktů a vedení dialogu je nezbytné pro vzájemné porozumění a začlenění do společnosti.

Je třeba opakovaně zdůraznit, že integrace je **oboustranný proces**, který musí být založen na vůli k integraci a na vzájemném přínosu pro obě strany. V této souvislosti je zapotřebí podporovat otevřenost společnosti, toleranci, vzájemnou komunikaci a aktivity propojující obě strany – cizince a majoritu. Důležité je zapojovat nové subjekty (např. školy, kulturní či sportovní kluby, mateřská a rodinná centra, občanské aktivity) do kontaktů mezi cizinci a majoritou s důrazem na druhou generaci cizinců (děti a mládež) a na zranitelné skupiny cizinců.

Je též zapotřebí informovat majoritní společnost o reálné situaci a problémech cizinců žijících v ČR a stejně je nezbytné poznání odlišné kultury, tradic a životních postojů cizinců a překonávání komunikačních bariér i ze strany majority, a to při respektování odlišností cizinců. Jenom vzájemné porozumění a respekt, při vědomí oboustranné prospěšnosti a potřebné integrace, může předejít vzniku či eskalaci problémů ve vzájemných vztazích.

Vzhledem ke skutečnosti, že integrace cizinců probíhá v první řadě v místech pobytu a pracovních aktivit cizince, je ke zvýšení efektivity integračních opatření nezbytné podporovat a posilovat integraci na regionální a lokální úrovni. Aktivní role místní a regionální samosprávy je pro začlenění cizinců i bezkonfliktní soužití ve společnosti nezbytným předpokladem.

V rámci krajů jsou důležitým nástrojem integrace cizinců regionální **Centra na podporu integrace cizinců**, která musí být především plnohodnotným partnerem správních úřadů. Na lokální úrovni se osvědčují komplexní integrační (emergenční) projekty samospráv obcí realizované ve spolupráci s MV ČR, které mají být zacíleny na konkrétní a aktuální problémy samosprávy včetně formulace návrhů řešení a jejich následné realizace.

15.1.2 Přístup cizinců ke zdravotní péči – čerpání zdravotní péče

Přístup cizinců ke zdravotní péči je dán tím, zda je cizinec občanem EU/EHS nebo Švýcarska; těmto cizincům a jejich rodinným příslušníkům je poskytována zdravotní péče stejně jako našim občanům. Jde-li o cizince ze třetích zemí, je jeho zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, pracuje-li jako zaměstnanec zaměstnavatele se sídlem v ČR. Ostatní cizinci se zemí mimo EU/EHS nebo Švýcarska s dlouhodobým pobytem si musí zajistit zdravotní pojištění jiným způsobem – většinou jde o komerční pojištění.

V roce 2013 vyhledalo lékařskou péči v nemocnicích všech resortů v ČR celkem 94 357 cizinců, z nich bylo 43 932 osob ze zemí EU. Tyto počty jsou opět mírně vyšší než v předešlých letech. Z pohledu územního rozložení bylo nejvíce cizinců ošetřeno v nemocnicích v Praze, a to 43 445 osob. Nejčastěji ošetřovanými cizinci v ČR v roce 2013 byli občané SR, kterých bylo 19 463. Dále cizinci v kategorii „ostatní“, která představovala 14 200 osob, následovali Ukrajinci (11 922), Rusové (10 619), Němci (7501) a Vietnamci (7153).

Tab. 15.1 Cizinci v ČR podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství k 31. 12. 2013 (zdroj: ŘS CP)

Státní občanství	Cizinci celkem	Trvalý pobyt			Ostatní typy pobytu		
		celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
CELKEM	441 536	238 904	126 102	112 802	202 632	123 813	78 819
Afghánistán	379	275	173	102	104	66	38
Albánie	272	164	109	55	108	75	33
Alžírsko	683	526	464	62	157	109	48
Angola	170	136	108	28	34	25	9
Antigua a Barbuda	1	–	–	–	1	1	–
Argentina	126	51	27	24	75	39	36
Arménie	1 926	1 405	739	666	521	277	244
Austrálie	574	316	208	108	258	148	110
Ázerbájdžán	815	180	100	80	635	401	234
Bahrajn	11	6	5	1	5	4	1
Bangladéš	134	51	46	5	83	73	10
Barbados	2	–	–	–	2	2	–
Belgie	601	192	157	35	409	303	106
Belize	2	2	2	–	–	–	–
Bělorusko	4 642	3 191	1 306	1 885	1 451	598	853
Benin	42	36	27	9	6	3	3
Bhútán	1	1	–	1	–	–	–
Bosna a Hercegovina	2 109	1 532	903	629	577	468	109
Brazílie	132	132	76	56	–	–	–
Botswana	94	–	–	–	94	56	38
Brazílie	252	–	–	–	252	145	107
Bulharsko	9 132	3 677	2 205	1 472	5 455	3 523	1 932
Burkina Faso	15	10	7	3	5	2	3
Burundi	5	4	3	1	1	1	–
Čad	8	7	6	1	1	1	–
Černá Hora	160	114	76	38	46	19	27
Čína	5 508	3 858	2 057	1 801	1 650	855	795
Dánsko	324	97	80	17	227	155	72
Dominika	1	1	1	–	–	–	–
Dominikánská republika	39	25	17	8	14	7	7
Džibutsko	3	3	1	2	–	–	–
Egypt	662	340	321	19	322	272	50
Ekvádor	82	52	35	17	30	17	13
Eritrea	13	13	6	7	–	–	–
Estonsko	140	43	20	23	97	43	54
Etiopie	104	43	30	13	61	41	20
Fidži	3	1	1	–	2	1	1

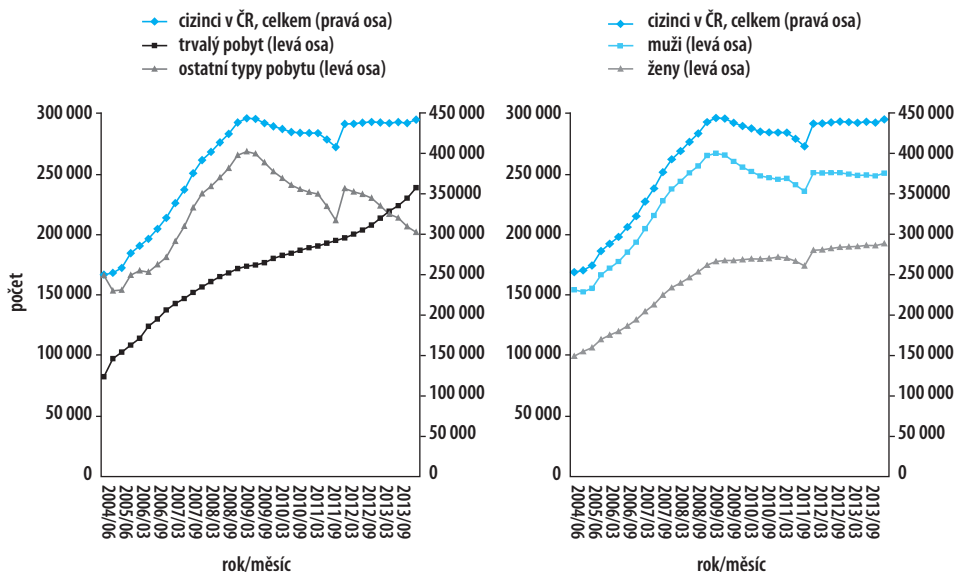
Státní občanství	Cizinci celkem	Trvalý pobyt			Ostatní typy pobytu		
		celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Filipíny	415	99	12	87	316	70	246
Finsko	285	63	44	19	222	124	98
Gabon	1	–	–	–	1	1	–
Gambie	13	7	6	1	6	4	2
Ghana	190	73	64	9	117	96	21
Grenada	3	2	1	1	1	1	–
Gruzie	752	374	214	160	378	215	163
Guatemala	23	12	5	7	11	8	3
Guinea	74	46	33	13	28	19	9
Guinea-Bissau	19	15	13	2	4	2	2
Guyana	5	4	4	–	1	1	–
Haiti	7	1	1	–	6	4	2
Honduras	15	4	3	1	11	4	7
Hongkong	19	4	–	4	15	5	10
Chile	109	49	26	23	60	37	23
Chorvatsko	2 490	2 070	1 337	733	420	290	130
Indie	1 471	464	350	114	1 007	693	314
Indonésie	156	78	32	46	78	22	56
Irák	419	339	221	118	80	62	18
Írán	346	123	86	37	223	129	94
Irsko	684	146	117	29	538	407	131
Island	32	7	5	2	25	16	9
Itálie	3 503	1 330	1 102	228	2 173	1 796	377
Izrael	833	492	303	189	341	224	117
Jamajka	7	4	4	–	3	–	3
Japonsko	1 557	264	71	193	1 293	710	583
Jemen	202	147	85	62	55	35	20
Jihoafrická republika	259	136	76	60	123	70	53
Jordánsko	232	158	134	24	74	48	26
Kambodža	26	6	1	5	20	11	9
Kamerun	93	52	43	9	41	29	12
Kanada	972	483	284	199	489	279	210
Kapverdy	10	7	5	2	3	3	–
Kazachstán	5 007	2 166	939	1 227	2 841	1 264	1 577
Keňa	52	20	11	9	32	18	14
Kolumbie	217	98	48	50	119	63	56
Kongo	56	43	28	15	13	6	7
Kongo, dem. republika	105	75	50	25	30	20	10
Korea, lid. dem. republika	8	–	–	–	8	5	3
Korejská republika	1 520	144	63	81	1 376	713	663
Kosovo	1 065	795	554	241	270	162	108

Státní občanství	Cizinci celkem	Trvalý pobyt			Ostatní typy pobytu		
		celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Kostarika	47	19	10	9	28	19	9
Kuvajt	19	8	6	2	11	11	–
Kypr	95	39	32	7	56	40	16
Kyrgyzstán	591	345	142	203	246	116	130
Laos	23	15	9	6	8	2	6
Lesotho	1	–	–	–	1	1	–
Libanon	300	227	180	47	73	50	23
Libérie	8	8	6	2	–	–	–
Libye	189	111	88	23	78	44	34
Lichtenštejsko	1	1	1	–	–	–	–
Litva	607	237	89	148	370	198	172
Lotyšsko	356	78	31	47	278	130	148
Lucembursko	23	8	8	–	15	9	6
Macao	2	–	–	–	2	1	1
Madagaskar	26	24	17	7	2	–	2
Maďarsko	1 519	465	292	173	1 054	646	408
Makedonie	1 804	1 232	931	301	572	399	173
Malajsie	398	25	12	13	373	164	209
Maledivy	4	2	2	–	2	2	–
Mali	27	21	14	7	6	4	2
Malta	24	8	4	4	16	12	4
Maroko	249	179	157	22	70	47	23
Mauricius	23	13	5	8	10	7	3
Mauritánie	5	2	2	–	3	3	–
Mexiko	387	125	78	47	262	165	97
Bolívie	65	40	31	9	25	16	9
Moldávie	5 684	3 774	2 088	1 686	1 910	1 057	853
Mongolsko	5 289	4 351	1 721	2 630	938	454	484
Mosambik	3	3	2	1	–	–	–
Myanmar	160	154	90	64	6	2	4
Namibie	24	7	1	6	17	10	7
Nauru	1	1	1	–	–	–	–
Německo	18 507	4 509	2 983	1 526	13 998	11 915	2 083
Nepál	164	50	36	14	114	90	24
Niger	2	1	1	–	1	1	–
Nigérie	601	394	343	51	207	156	51
Nikaragua	14	9	8	1	5	2	3
Nizozemsko	2 872	720	550	170	2 152	1 444	708
Norsko	206	47	37	10	159	113	46
Nový Zéland	149	59	42	17	90	61	29
Pákistán	530	320	252	68	210	143	67
Palestina	152	102	81	21	50	38	12

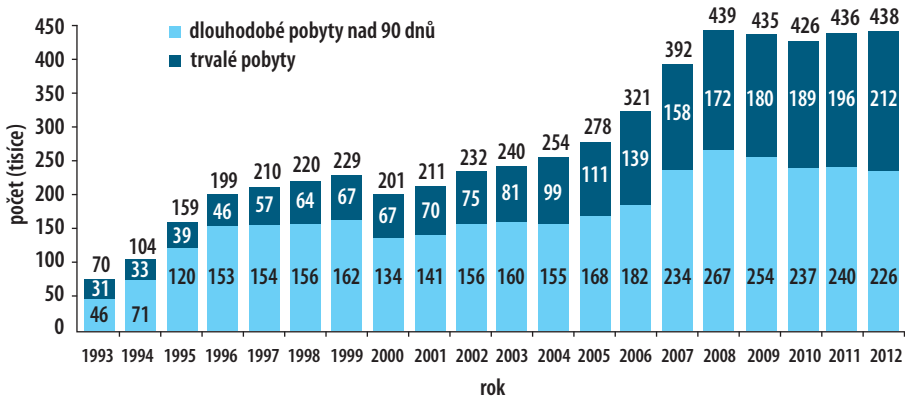
Státní občanství	Cizinci celkem	Trvalý pobyt			Ostatní typy pobytu		
		celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Panama	36	7	6	1	29	17	12
Paraguay	24	6	5	1	18	13	5
Peru	190	108	71	37	82	48	34
Pobřeží slonoviny	70	54	51	3	16	13	3
Polsko	19 452	10 640	3 425	7 215	8 812	6 277	2 535
Portugalsko	310	56	46	10	254	181	73
Rakousko	3 400	1 162	835	327	2 238	1 857	381
Rumunsko	6 777	2 610	1 460	1 150	4 167	2 987	1 180
Ruská federace	33 415	17 224	7 790	9 434	16 191	6 934	9 257
Rwanda	9	1	1	–	8	6	2
Řecko	1 091	623	433	190	468	353	115
Salvador	29	7	5	2	22	10	12
Samoa	1	–	–	–	1	–	1
San Marino	1	1	1	–	–	–	–
Saúdská Arábie	153	24	22	2	129	103	26
Senegal	54	43	42	1	11	10	1
Seychely	6	1	–	1	5	3	2
Sierra Leone	15	6	4	2	9	9	–
Singapur	30	6	1	5	24	15	9
Slovensko	90 948	36 279	17 467	18 812	54 669	31 891	22 778
Slovinsko	342	161	108	53	181	114	67
Somálsko	30	29	13	16	1	1	–
Spojené arabské emiráty	7	3	3	–	4	4	–
Spojené království	5 376	1 497	1 269	228	3 879	2 905	974
Spojené státy americké	7 134	3 083	2 044	1 039	4 051	2 191	1 860
Srbsko	2 570	1 932	1 282	650	638	418	220
Srbsko a Černá Hora	842	813	564	249	29	16	13
Srí Lanka	98	55	38	17	43	35	8
Súdán	62	48	42	6	14	13	1
Surinam	2	–	–	–	2	–	2
Svatá Lucie	3	2	1	1	1	1	–
Svatý Tomáš a Princův ostrov	2	1	1	–	1	1	–
Svatý Vincenc a Grenadiny	1	–	–	–	1	1	–
Syrská arabská republika	825	560	397	163	265	148	117
Španělsko	982	235	150	85	747	521	226
Švédsko	728	287	178	109	441	298	143
Švýcarsko	556	310	199	111	246	180	66
Tádžikistán	104	51	29	22	53	43	10
Tanzánie	20	14	10	4	6	3	3
Thajsko	790	129	12	117	661	49	612

Státní občanství	Cizinci celkem	Trvalý pobyt			Ostatní typy pobytu		
		celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Togo	13	9	5	4	4	3	1
Tonga	4	3	1	2	1	–	1
Trinidad a Tobago	5	2	1	1	3	2	1
Tunisko	726	487	454	33	239	216	23
Turecko	1 678	625	490	135	1 053	680	373
Turkmenistán	39	18	2	16	21	11	10
Uganda	27	18	9	9	9	4	5
Ukrajina	105 239	68 648	34 849	33 799	36 591	21 864	14 727
Uruguay	21	7	4	3	14	9	5
Uzbekistán	1 640	480	277	203	1 160	878	282
Vanuatu	2	–	–	–	2	1	1
Venezuela	96	39	19	20	57	28	29
Vietnam	57 406	43 875	24 535	19 340	13 531	7 805	5 726
Zambie	40	20	16	4	20	12	8
Zimbabwe	27	11	8	3	16	9	7
Bez státního občanství + nezjištěno	779	752	461	291	27	17	10
CELKEM	441 536	238 904	126 102	112 802	202 632	123 813	78 819

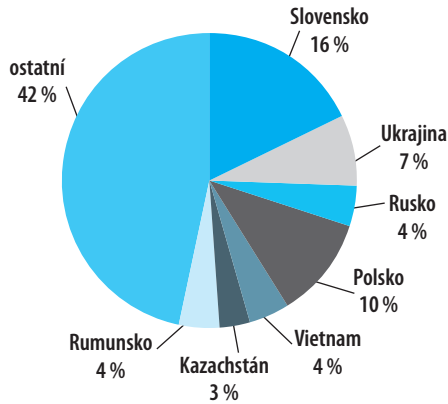
Poznámka: Tučně jsou uvedeny země s počtem cizinců nad 1000.



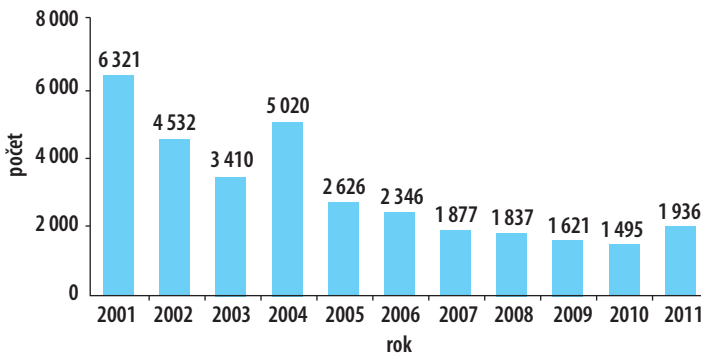
Obr. 15.1 Vývoj počtu cizinců v ČR – čtvrtletní, resp. pololetní údaje 2004/06 až 2013/12 (zdroj: ŘS CP)



Obr. 15.2 Vývoj počtu cizinců s trvalými a dlouhodobými pobyty nad 90 dní v ČR 1993–2012 (31. 12.) (zdroj: ŘS CP)



Obr. 15.3 Státní občanství ČR nabytá během roku 2011 podle předchozího státního občanství (zdroj: ŘS CP)



Obr. 15.4 Státní občanství nabytá během let 2001–2011 (zdroj: ŘS CP)

Zdravotní péče poskytnutá cizincům v nemocnicích ČR si v roce 2013 vyžádala náklady celkem 646 milionů Kč, z toho 52,7 % (340 milionů Kč) představovaly náklady na pacienty z EU. Nejvyšší náklady byly vynaloženy na občany Slovenska (169 milionů Kč), dále na „ostatní“ (100 milionů Kč) a Ukrajince (76 milionů Kč). Nezaplaceno po lhůtě splatnosti za zdravotní péči poskytnutou cizincům zůstávalo k 31. 12. 2013 celkem 33 milionů Kč, což představuje 5,2 % celkových nákladů na zdravotní péči o cizince v nemocnicích. Ze zemí EU nebylo ve lhůtě splatnosti uhrazeno 4,7 % nákladů.

V rámci úhrad zdravotní péče poskytnuté cizincům v nemocnicích tvoří nejvyšší podíl platba hotově, kterou využilo 46,2 % pacientů, tj. 43 605 osob, což v hodnotovém vyjádření činilo 34,2 % objemu úhrad (221,0 milionu Kč). Druhým nejčastějším způsobem úhrad bylo placení s využitím smluvního pojištění v ČR. Vyjádřeno počtem osob byly náklady hrazeny smluvním zdravotním pojištěním u 24,8 % pacientů (23 461 osob), případně v hodnotovém vyjádření sumou 170,9 milionu Kč, což bylo 26,4 % celkových nákladů u cizinců. Třetím nejčastějším zdrojem úhrad bylo využití zahraničního pojištění, což se týkalo 20 004 osob (21,2 %) v celkové hodnotě 192,2 milionu Kč (29,7 %).

Ze sledovaných nečlenských zemí EU je zajímavý podíl Vietnamců a Číňanů s uzavřeným smluvním zdravotním pojištěním v ČR: u osob i u čerpání nákladů na ošetření tento podíl v celkových počtech překračuje 60 % a svědčí o seriózním přístupu těchto komunit k pobytu v ČR. Podíl pacientů ze zemí EU, kterým byla poskytnuta zdravotní péče hrazená zahraničním pojištěním (možnost uplatnění zdravotního pojištění v rámci EU, Nařízení Rady EHS 1408/71), činil na celkovém počtu pacientů z EU 41,0 %. Hodnota úhrad zahraničního pojištění za pacienty ze zemí EU však dosáhla 50,9 % celkových nákladů na pacienty z EU. Občané Nizozemska, Rakouska, Řecka, Slovenska a Švédska využili „evropské“ pojištění na více než 50 % nákladů zdravotní péče při ošetření v nemocnicích v ČR (ÚZIS ČR, *Aktuální informace* č. 6/2014).

POZNÁMKA: Tato problematika je v současnosti velmi diskutována a bude v ní realizována řada změn. Není však ještě zcela jasné, jak jednání dopadnou.

15.2 Národnostní menšiny

Národnostní menšiny charakterizuje jejich etnická, jazyková a kulturní odlišnost od ostatní společnosti a jejich subjektivní potřeba tuto odlišnost uchovávat, kultivovat a rozvíjet. Velmi důležitým znakem příslušníků národnostní menšiny z hlediska státu je deklarovaná vůle být za národnostní menšinu považováni – prvním krokem je přihlášení se jednotlivce k určité národnosti.

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, upravuje podrobnosti požívání práv zaručených v Listině základních práv a svobod. **Národnostní menšina** je v tomto zákoně (hlava 1, § 2) definována následovně:

(1) Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného

úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.

(2) *Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti.*

Příslušníkem národnostní menšiny je tedy občan ČR, který se hlásí ke svojí národnostní menšině. Tato je chápána subjektivisticky: členem menšiny je ten, kdo se za něj sám považuje.

Článkem 10 Ústavy České republiky jsme se přihlásili k principu přednosti mezinárodních právních závazků týkajících se základních lidských práv před zákony České republiky. Občanům tvořícím národnostní nebo etnické menšiny se zaručuje **všestranný rozvoj**, a to zejména těmito právy:

- právo společně s jinými příslušníky menšiny rozvíjet vlastní kulturu
- právo rozlišovat, rozšiřovat a přijímat informace v mateřském jazyce
- právo sdružovat se v národnostních sdruženích
- právo na vzdělávání v mateřském jazyce
- právo užívat mateřský jazyk v úředním styku
- právo účasti na řešení věcí týkajících se národnostních a etnických menšin

V mezinárodních dokumentech je pojetí právní ochrany menšin rozděleno do čtyř kategorií (Tomášková, 2001):

- právo na ochranu před násilnou diskriminací
- právo na ochranu před nenásilnou diskriminací
- právo na seberealizaci a rozvoj vlastní etnické, národnostní či kulturní identity
- právo na plnou integraci do společnosti

Nařízení vlády č. 98/2002 Sb., kterým se stanoví podmínky a způsob poskytování dotací ze státního rozpočtu na aktivity příslušníků národnostních menšin a na podporu integrace příslušníků romské komunity, ve znění nařízení vlády č. 262/2005 Sb., bylo změněno na základě usnesení vlády ze dne 21. února 2007 č. 122. Schválená novelizace byla dne 1. března 2007 uveřejněna ve Sbírce zákonů.

15.2.1 Specifika národnostních menšin

Při posledním sčítání lidu domů a bytů v roce 2011 se k národnostním menšinám přihlásilo 521 801 Moravanů, 147 152 Slováků, 53 253 Ukrajinců, 39 096 Poláků, 29 660 Vietnamců, 18 658 Němců, 17 872 Rusů, 12 214 Slezanů, 8920 Maďarů, 5135 Romů, 3212 Čiňanů, 2043 Řeků, 739 Rusínů; dvě národnosti uvedlo 163 648 osob. Více než 2,5 milionu obyvatel národnost vůbec neuvedlo. Lze tedy konstatovat, že uváděná čísla jsou významně nižší, než je skutečnost.

Při sčítání lidu je uvedení národnosti nepovinný údaj. Může nastat případ, kdy se lidé mohou přihlásit až ke dvěma národnostem (nově ve sčítání v roce 2011), anebo se nemusejí přihlásit k žádné. Zde nastává zajímavá situace, kdy nelze s jistotou určit přesnou velikost jednotlivých menšin.

Při porovnání předběžných výsledků a výsledků definitivních z posledního sčítání (rok 2011) jsou v předběžných výsledcích zahrnuti také občané, kteří se přihlásili k československé národnosti, což je logické vzhledem k tomu, že ČR byla dříve spoje-

Tab. 15.2 Obyvatelstvo podle národnosti a krajů (zdroj: ČSÚ, Obyvatelstvo podle národnosti a podle velikostních skupin obcí a krajů, definitivní výsledky. Sčítání lidu 2011)

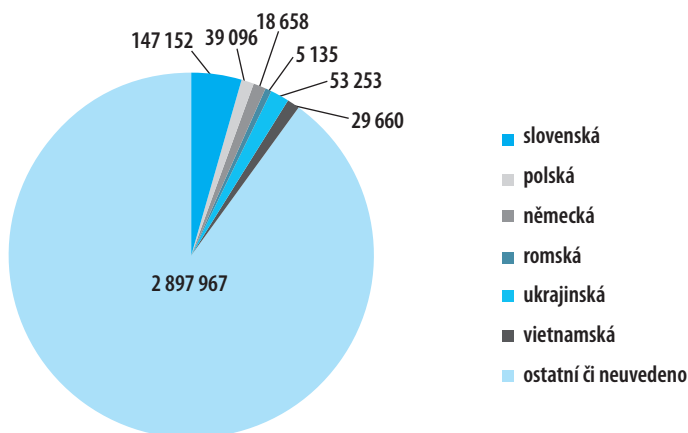
Kraj	Obyvatel celkem	Z toho národnost									
		česká	moravská	slezská	slovenská	polská	německá	romská	ukrajinská	vietnamská	ostatní či neuvedeno
ČR celkem k 26. 3. 2011	10 436 560	6 711 624	5 21 801	12 214	147 152	39 096	18 658	5 135	53 253	29 600	2 897 967
Hl. m. Praha	1 268 796	821 688	3 754	264	23 089	1 721	1 264	368	21 316	6 313	389 037
Středočeský	1 289 211	901 438	1 789	133	17 474	1 898	822	388	7 512	2 693	355 064
Jihočeský	628 336	454 738	1 297	38	6 602	358	700	269	2 150	1 441	160 743
Plzeňský	570 401	399 897	507	16	7 982	511	1 096	216	3 460	2 676	154 040
Karlovarský	295 595	190 285	341	20	7 217	253	4 431	213	1 376	3 587	87 862
Ústecký	808 961	553 008	692	32	12 033	1 100	4 203	1 247	2 882	4 194	229 570
Liberecký	432 439	300 472	473	23	6 053	1 363	1 774	295	2 567	1 108	118 311
Královéhradecký	547 916	389 201	700	34	5 638	1 260	1 269	337	2 078	893	146 506
Pardubický	511 627	362 436	4 514	42	4 789	621	288	175	1 621	819	136 322
Vysočina	505 565	330 890	35 512	30	2 989	194	205	131	1 103	547	133 965
Jihomoravský	1 163 508	558 041	254 380	235	14 106	772	453	309	4 989	2 401	327 822
Olomoucký	628 427	365 091	76 280	274	7 306	587	865	363	961	588	176 139
Zlínský	579 944	318 139	95 292	68	5 806	320	134	133	565	490	158 997
Moravskoslezský	1 205 834	766 300	46 270	11 050	26 068	28 138	1 155	691	673	1 900	323 589

na se Slovenskem. Dále v předběžných výsledcích jsou oproti definitivním výsledkům uvedeny také maďarská, ruská, bulharská, čínská a mongolská národnost. Proto je v **tab. 15.2** napravo přidán sloupec, kde jsou zahrnuty osoby s jinou či neuvedenou národností. Za povšimnutí stojí také to, že se občané ČR přihlašují k národnostem podle území ČR: samostatně k české, moravské nebo slezské národnosti.

Obr. 15.5 ukazuje poměr menšin dle posledního sčítání lidu, kde převažují obyvatelé, kteří svoji národnost neuvedli nebo patří k jiné méně početné minoritě. Z celkového počtu obyvatel (který k 26. 3. 2011 činil 10 436 560) patří do předchozí popsané skupiny 2 897 967, což představuje 27,77 % z celkového počtu. Patří sem zřejmě i menšiny, které byly zahrnuty v předběžných výsledcích: 18 021 občanů ruské, 9049 maďarské, 5071 bulharské, 3230 čínské a 3778 mongolské národnosti.

V definitivních výsledcích se tyto menšiny nevyskytovaly, proto se nenacházejí ani v grafu a jejich počet může být lehce odlišný. Nejpočetnější minoritou v ČR jsou občané slovenské národnosti, kterých se přihlásilo 147 152 (procentuálně 1,41 % z celkového počtu obyvatel). Další početnou skupinou je v ČR národnost ukrajinská (53 253 obyvatel, procentuálně 0,51 % z celkového počtu obyvatel). Dále je v grafu vyznačeno, že nejméně početnou menšinou je romská, což může být zapříčiněno netolerancí k této menšině – proto Romové této menšiny nemuseli svoji národnost uvést, takže je více než pravděpodobné, že tato menšina je mnohem větší (podle odhadů čítá až čtvrt milionu), jak již bylo zmíněno v posledním odstavci kap. 14.3.

Zastoupení národností v krajích ČR vyjadřuje **tab. 15.2** a **obr. 15.6**, na němž jsou vyznačeny kraje ČR a umístění na prvních třech místech dle zastoupení jednotlivých národností. Z tabulky i obrázku je patrné, že ve všech krajích převažuje slovenská národnostní menšina, výjimku tvoří jen Moravskoslezský kraj, kde převažují Poláci. Nejvíce Slováků je v Moravskoslezském kraji (26 068) a pak v Praze (23 089), nejméně jich žije na Vysočině (2989). Druhou nejpočetnější národnostní menšinou, která převažuje ve většině krajů, je ukrajinská národnost, vyjma Ústeckého, Karlovarského a Moravskoslezského kraje.



Obr. 15.5 Národnostní menšiny v ČR (zdroj: ČSÚ, *Obyvatelstvo podle národnosti a podle velikostních skupin obcí a krajů – definitivní výsledky; konstrukce Nováková. Sčítání lidu 2011*)



Obr. 15.6 Zastoupení cizích národností na prvních třech místech dle krajů ČR (zdroj: ČSÚ, Obyvatelstvo podle národnosti a podle velikostních skupin obcí a krajů, definitivní výsledky; konstrukce Nováková. Sčítání lidu 2011)

Drtivá většina (21 316) Ukrajinců se vyskytuje v Praze a nejméně (565) ve Zlínském kraji. Třetí nejpočetnější menšinou jsou Vietnamci, kromě Ústeckého a Královéhradeckého kraje.

Nejvíce se Vietnamci nacházejí v Praze (6313) a nejméně ve Zlínském kraji (490). Samostatnou kapitolou je ovšem romská menšina: jelikož se jich ke své národnosti přihlásilo jen 5135 (a dalších cca 8 tisíc uvedlo romskou národnost ještě v kombinaci s jinou národností) a podle „ostatní“ či „neuvedeno“ odhadů jich může být kolem 250 tisíc, není zcela jasné, ve kterých krajích převažují, ovšem mělo by to korespondovat s daty v **tab. 15.2** s tím, že je jejich počet několikanásobně vyšší.

Z toho tedy vyplývá, že tato menšina převažuje v Ústeckém kraji a poté v Moravskoslezském kraji, nejméně žije v Pardubickém kraji, Zlínském kraji a na Vysočině.

Literatura

BUDILOVÁ, L., HIRT, T., a kol.: *Policista v multikulturním prostředí – informační manuál Policie ČR*. Praha: Varianty, Člověk v tísni, 2005.

TOMÁŠKOVÁ, P.: Právní rámec problematiky migrantů a menšin. In: ŠIŠKOVÁ, T., a kol.: *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001, s. 31–33.

ČSÚ (vdb.czso.cz)

Příslušné zákony a nařízení.

16 Migrace a azylová problematika

Lubomír Kukla

16.1 Mezinárodní migrace obyvatelstva – pohyb a pobyt

M. Gordon ve své knize *Assimilation in American Life* z roku 1964 cituje v úvodu slova z knihy *Alenka v říši divů a za zrcadlem*, kde se Alenka ptá kočky: „Řekla bys mi, prosím, kudy se odtud dostanu?“ Kočka jí odpovídá: „*To hodně záleží na tom, kam se chceš dostat.*“ Gordon tímto citátem mohl vyjadřovat mnohé. Ačkoliv je často nesmyslné zobecňovat „umělcovy cílové myšlenky“, resp. ono známé „Co tím chtěl básník říci?“, lze nabídnout také následující závěr: Menšina si musí sama zvolit svoji budoucí roli, jakou chce hrát v majoritní společnosti, a poté se vydat na jasnou cestu k dosažení tohoto cíle.

V současném komplexním světě migrace jsou však „společná rozhodnutí“ a poté i jejich naplnění velmi obtížná. Rozhodování migrantů a v konečné fázi jejich chování je velmi složitý proces, který podléhá množství různorodých, nezávislých, ale většinou vzájemně podmíněných faktorů. Ty se často opět různorodě vážou ke **třem prostředí** – místu emigrace (odkud odcházejí), cílovému místu imigrace (kam přicházejí) i tranzitním zemím, přes které migranti pouze procházejí. Do hry kromě řady jiných parametrů (např. strukturálních parametrů vázaných přímo na migranty – pohlaví, věk, vzdělání, zdraví apod.) vstupuje geografická poloha těchto prostředí, socioekonomická situace v krátkodobém i dlouhodobém pohledu, migrační politiky a migrační historie daných zemí (včetně již usedlých diaspor), míra tolerance, resp. stupeň xenofobie majoritních populací vůči cizincům, ale např. i náhoda a souběh dějinných událostí. Migrant tak většinou není „pánem situace“, jeho vnitřní pohnutky i vnější chování jsou do značné míry formovány makrosilami, které rámuji konečný migrační obraz (Drbohlav, 2001).

Odhaduje se, že dnes žije přes 300 milionů lidí mimo svoji mateřskou vlast – mimo zemi, kde se narodili nebo jejíž občanství nesou. Rozmístění **mezinárodních migrantů** je velmi nerovnoměrné. Zhruba polovina z celosvětové migrační komunity je v rozvinutých zemích, druhá polovina v rozvojových zemích. Sedm nejbohatších zemí světa (Německo, Francie, Velká Británie, Itálie, Japonsko, Kanada a USA) má na svých územích asi jednu třetinu světové populace imigrantů. V zemích západní Evropy se jich na konci devadesátých let 20. století nacházelo více než 20 milionů. Dynamika růstu této populace je veliká: ročně přibývají 2–4 miliony migrantů. Uvádí se, že jakýmsi vrcholem byl rok 1992, poté docházelo k poklesu migrace, na konci devadesátých let opět k vzestupu. Další odhad říká, že z celkového počtu celosvětové migrační komunity necelých 30 milionů představují utečenci (často pojmání ve smyslu právního zakotvení Ženevské konvence z roku 1951 – konvencionální uprchlíci; viz níže) či další obyvatelstvo nuceně vysídlené.

Většinu mezinárodních migrantů tvoří pracovní, ekonomicky aktivní migranti, kteří jsou v drtivé většině (nebo alespoň velmi čteně) zastoupeni v mnoha typech **migračních pohybů**: v tradiční pravidelné migraci (regular/settlement migration), ve smluvních pracovních pohybech (contract workers), v pohybech vysoce vzdělaných pracovníků (professionals) i v ilegálních pohybech. Rovněž žadatelé o azyl/uprchlíci,

jejichž motiv odchodu ze země původu nemá být vůbec spjat s ekonomickými podmínkami, se v legální podobě v průběhu integrace nebo „ilegálně“ intenzivně zapojují do pracovního procesu v imigračních zemích.

Například na počátku devadesátých let se odhady ročních ilegálních vstupů do západoevropských zemí pohybovaly mezi 210 000–310 000. Celkový počet ilegálně žijících cizinců byl tehdy v západní Evropě odhadován v intervalu 3,5–5,5 milionu. V těchto odhadech je západní Evropa víceméně srovnatelná s USA.

Přes všechna uvedená čísla je zřejmé, že emigranti/imigranti představují jen nevelkou část celkové populace: celková migrační komunita představuje jen asi 2 % světové populace. Navíc velká část zahraničních migrantů se často stěhuje pouze na krátkou vzdálenost, většinou do sousedních zemí. Existuje také značná zpětná migrace (Drbohlav, 2001).

Současné masivní pohyby mají mnoho příčin a důsledků. Obecně a velmi zjednodušeně lze na globální úrovni mezinárodní migraci charakterizovat jako **tok obyvatelstva z chudého Jihu na bohatý Sever**. Převedeno z obrazné formy do geografického vyjádření – bohaté země, zejména západoevropské (včetně jiho- a severoevropských) a USA, společně s dalšími tradičními imigračními zeměmi světa i některými dalšími ojedinělými bohatými póly migrační atraktivity (např. Japonsko, země Perského zálivu) přitahují pracovní a často rovněž „politické“ migranty na svá území.

Za **hlavní determinanty** těchto pohybů lze považovat hluboké disproporce v bohatství jednotlivých oblastí, v síle jednotlivých ekonomik a v následné životní úrovni daných společností i časté rozdíly v míře demokracie a politické stability zemí obou makroskupin. Zajímavé je, že zatímco bohatý Sever úspěšně šíří svoji „liberální doktrínu“ a s ní související kulturní a hodnotové normy, nevyspělý Jih se s nimi ztotožňuje, ale rozdílné socioekonomické (životní) úrovně obou světů se dále prohlubují.

Výsledkem tohoto vývoje je trvalý a dále rostoucí **migrační tlak**, kdy podmínky Jihu, který je neschopen vlastní „modernizace“, žnou jeho populaci na Sever. Situace je navíc komplikována existencí dalších významných „push“ faktorů (tedy faktorů, které „vypuzují“ obyvatelstvo ven z jejich mateřské země – opakem jsou „pull“ faktory, které je naopak do nové země přitahují).

Kromě jiného v některých oblastech vyvolávají mezinárodní migraci demografický tlak (enormně vysoký přírůstek obyvatelstva – zejména Afrika a některé oblasti Asie), ekologické katastrofy (přírodní i „technologické“ povahy) i věčná lidská potřeba poznávat nové, dobývat nepoznané. Na druhé straně stojí významná bariéra: **migrační politiky cílových zemí**. Ty se rozličnými způsoby snaží regulovat, tj. ve většině selekcí významně omezovat příliv imigrantů na svá území. Ale ani zde není situace vůbec jednoduchá a přímočará. Proti silné filtraci imigrace např. rázně brojí podnikatelské kruhy vyspělých společností, jejichž touha po levné pracovní síle je neukojitelná.

Navíc zejména díky velmi nízké plodnosti začínají mnohé bohaté společnosti (např. západoevropské) velmi výrazně stárnout a zatím nezodpovězena zůstává otázka, kdo v budoucnosti zajistí chod ekonomik a spokojený život stále početnějším generacím penzistů.

V současnosti se ještě zjevněji ukazují ekonomické krize jižních zemí Evropy (Řecka, Španělska apod.).

16.2 Migrační mobilita – tři základní síly

Celosvětový nárůst migrační mobility se děje především prostřednictvím fungování tří základních sil: **konsolidace trhu, formování lidského kapitálu a formování sociálního kapitálu.**

Mezinárodní migrace vzniká v sociálních, ekonomických, politických a psychologických transformacích, které doprovázejí **proces vytváření trhu** a celkového rozvoje. Jak jsou staré ekonomické struktury nahrazovány novými tržními mechanismy, jsou pracovníci vytrženi ze svých minulých pracovišť a vrženi na nové, nejisté pracovní trhy. Totéž se týká nově se rodící sféry podnikatelů, kteří se snaží podnikat, aniž by měli k dispozici dobře fungující kapitálové a pojišťovací trhy. To jim neumožňuje získat dostatek investic a dostatek uspokojivých prostředků ke „zvládnutí rizik“. Mezitím na trh nově vstupují spotřebitelé, kteří získávají nové materiální aspirace, aniž by však měli dostupné kreditní mechanismy (půjčky), jež vlastně umožňují masovou spotřebu. Toto vše ovlivňuje migraci. V důsledku ekonomické nejistoty a touhy spolupodílet se na nově se utvářející tržní ekonomice hledají řadoví pracovníci, výrobci i spotřebitelé nové způsoby zajištění proti riziku. Chtějí překonat všudypřítomné nedostatky na domácím kapitálovém i úvěrovém trhu.

Mezinárodní migrace nabízí domácnostem dosažení těchto hledaných cílů. Vysláním člena rodiny do vyspělejšího zahraničí domácnost diverzifikuje své zdroje příjmů a redukuje tak riziko jejich možné ztráty. Alespoň s jedním členem v zahraničí a s podporou jeho příjmu je domácnost schopna lépe překonat problémy domácího rozvoje ekonomiky. Podobně je mezinárodní migrace také atraktivní strategií pro akumulaci kapitálu. Díky vyšším mzdám v cílové zemi dočasná pracovní migrace nabízí prostředky k rychlé akumulaci peněz, ať již pro produktivní investování (např. založení vlastního podniku, placení školného), pro financování půjček, nebo k získání luxusnějšího spotřebního zboží (bydlení, bytové zařízení, auto apod.).

Podstatné je, že **mezinárodní migrace nevyvěrá z nedostatku ekonomického rozvoje**, ale z rozvoje samého. Imigranti velmi často nepřicházejí do rozvinutějšího světa z chudých, izolovaných komunit oddělených od mezinárodních trhů, ale z míst, která prodělávají rychlý růst a rozvoj. Migrace je výsledkem jejich přístupu k nově se rodícímu globálnímu trhu, informacím a produkčním sítím.

16.3 Definice uprchlíka a právo na azyl

Úmluva o právním postavení uprchlíků (dále Úmluva) byla přijata Valným shromážděním OSN v Ženevě v roce 1951 a je dodnes základním právním dokumentem, který definuje uprchlíka: *... pojem uprchlík se vztahuje na kteroukoli osobu, která se nachází mimo svou vlast a má oprávněné obavy před pronásledováním z důvodů rasových, náboženských, národnostních či z důvodu příslušnosti k určitým společenským vrstvám nebo i zastávání určitých politických názorů a je neschopna přijmout nebo vzhledem ke shora uvedeným obavám odmítá ochranu své vlasti...* Úmluva vychází z článku 14 Všeobecné deklarace lidských práv, která stanoví, že: *Každý má právo vyhledat si v jiné zemi útočiště před pronásledováním a požívat tam azylu.*

Úmluva je pro ČR právně závazným dokumentem. Parlament ČSFR Úmluvu ratifikoval podle článku 10 Ústavy, čímž ji postavil nad ostatní zákonné normy. Závazek

poskytnutí azylu upravuje Listina základních práv a svobod v článku 43, který říká, že: *Česká republika poskytuje azyl cizincům pronásledovaným za uplatňování politických práv a svobod. Azyl může být odepřen jen tomu, kdo jednal v rozporu se základními právy a svobodami.*

Hovoříme-li o uprchlících, můžeme mít na mysli obecně každého, kdo byl nucen z nejrůznějších příčin opustit svůj domov a uprchnout na jiné místo. Pokud se nachází takový člověk mimo území svého státu a požádá o azyl, stává se žadatelem o azyl, a naplní-li definici Úmluvy a je ve své žádosti úspěšný, stává se azylantem (konvencionálním uprchlíkem).

16.4 Zákon o azylu, azylová procedura

Uprchlíci a žadatelé o azyl jsou v ČR stále ještě relativně mladým pojmem a jevem. Proto se také příslušná legislativa stále mění a zpřesňuje. V současné době je rozhodujícím **právním nástrojem** zákon č. 103/2013 Sb. ze dne 21. března 2013, kterým se mění zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Poslední novela č. 2/2002 Sb. měla mimo jiné za cíl také harmonizaci českého azylového práva s právem EU. Problematika azylu spadá do kompetence Ministerstva vnitra ČR, které za tímto účelem zřídilo Odbor azylové a migrační politiky (OAMP) a Správu uprchlických zařízení (SUZ).

V roce 2003 byl přijat nový zákon k ochraně cizinců: zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců. V principu jde o situaci, kdy do země přijde skupina uprchlíků a žádá o ochranu. Osobu, která o ni žádá, označuje zákon za žadatele o dočasnou ochranu. Žadatelé nemusí prokazovat individuální pronásledování. Pokud cizinec získá tuto dočasnou ochranu, hledí se na něj jako na cizince s uděleným trvalým pobytem, a to po celou dobu trvání dočasné ochrany: *Ochranou před pronásledováním nebo vážnou újmu se zejména rozumí přiměřené kroky odpovědných státních orgánů, strany nebo organizace, včetně mezinárodní organizace, kontrolující stát nebo podstatnou část jeho území, směřující k zabránění pronásledování nebo způsobení vážné újmy zejména zavedením účinného právního systému pro odhalování, stíhání a trestání jednání představujících pronásledování nebo vážnou újmu, za předpokladu, že je taková ochrana účinná, není pouze přechodná a cizinec k ní má přístup.*

Požádat o azyl v ČR má právo každý cizinec. Zákon o azylu pak stanoví, že cizinec formou prohlášení o úmyslu požádat o azyl (a to zejména na hraničním přechodu, v tranzitním prostoru mezinárodního letiště, v přijímacím středisku, zařízení pro zajištění cizinců a u útvaru policie) sdělí svoji vůli v ČR požádat o azyl. Občané EU nemají v rámci EU možnost požádat o azyl.

Žadatelé o azyl v ČR jsou soustředováni do tzv. azylových (přijímacích, pobyto- vých) středisek, kde je žadatel vyzván, aby podal žádost o udělení azylu. Každý žadatel o udělení azylu musí přijímacím střediskem projít a setrvat v něm nezbytně dlouhou dobu k vyřízení formalit. Klientů se tam ujímají sociální pracovníci, kteří ve středisku provádějí sociální šetření. Pomáhají klientům v prvním kontaktu, podávají informace o pobytu a o vstupních procedurách. Poskytované služby zahrnují materiální i nema-

teriální pomoc a sociální, psychologické, právní, zdravotní a výchovné poradenství. Klienti mají omezený pohyb. Po ukončení vstupních procedur je žadatel o azyl přemístěn do některého z pobytových středisek. V něm pak čeká na konečné rozhodnutí správního řízení.

O jeho žádosti je pak v rámci **azylového řízení** rozhodováno stanoveným způsobem podle zákona. Po dobu řízení je takovému žadateli poskytována potřebná péče včetně péče lékařské v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Během prvního roku azylové procedury nesmějí žadatelé pracovat, po uplynutí této lhůty mohou získat zaměstnání pouze na základě povolení od Úřadu práce. Novelou zákona o dávkách státní sociální podpory byli žadatelé o udělení azylu vyloučeni z okruhu osob, kterým mohly tyto dávky za určitých okolností náležet.

Odbor azylové a migrační politiky by měl o **žádosti o udělení azylu** rozhodnout do 90 dnů. Tuto lhůtu lze prodloužit. Zvláštním typem řízení je tzv. zkrácené řízení o žádosti zjevně neodůvodněné (např. když žadatel uvádí pouze ekonomické důvody, uvede nesprávné údaje nebo přichází ze země, která je považována za tzv. bezpečnou zemi původu). Rozhodnutí o takové žádosti musí být vydáno do 30 dnů. Zákon o azylu umožňuje za podmínek v něm stanovených udělit azyl také za účelem sloučení rodiny nebo v případě hodném zvláštního zřetele azyl z humanitárního důvodu. Příznává cizinci rovněž právo nechat si svoji azylovou žádost přezkoumat nezávislým soudem (Budilová, Hirt a kol., 2005).

Důvody pro udělení azylu v ČR jsou uvedeny v § 12 a následujících zákona č. 325/1999 Sb., ve znění zákona 2/2002 Sb., o azylu, ve znění pozdějších úprav. Zákon v § 12 praví, že azyl se cizinci udělí, bude-li v řízení o udělení azylu zjištěno, že cizinec:

- je pronásledován za uplatňování politických práv a svobod
- má odůvodněný strach z pronásledování z důvodů rasy, náboženství, národnosti, příslušnosti k určité sociální skupině nebo pro zastávání určitých politických názorů ve státě, jehož občanství má, nebo, v případě, že je osobou bez státního občanství, ve státě svého posledního trvalého bydliště

Pronásledováním se míní ohrožení života nebo svobody, opatření působící psychický nátlak nebo jiná podobná jednání, pokud jsou prováděna, podporována či trpěna ve státě, jehož je cizinec občanem, anebo pokud tento stát není schopen zajistit ochranu před takovým jednáním.

Rodinnému příslušníku azylanta se v případě hodném zvláštního zřetele udělí azyl za účelem sloučení rodiny, i když v řízení o udělení azylu nebude v jeho případě zjištěn důvod pro udělení azylu podle § 12 jako u azylanta. Rodinným příslušníkem se rozumí (Samková a Šlencová, 2003):

- manžel/ka azylanta, kde podmínkou je trvání manželství před udělením azylu azylantovi
- svobodné dítě azylanta mladší 18 let
- rodič azylanta mladšího 18 let

16.5 Azylant

Rozhodne-li OAMP ve prospěch žadatele o azyl, stává se z žadatele **azylant** (uprchlík). Na území ČR je oprávněn k trvalému pobytu a vztahují se na něho všechna práva

s tímto pobytem související. Po 5 letech azylu lze žádat o přidělení českého občanství. Člověk se statutem uprchlíka může využít ubytování v integračním středisku MV ČR do doby, než si sám najde vlastní bydlení nebo než mu bude přidělen integrační byt.

Právní rámec pro udělování azylu a pro řízení, v rámci něhož se ověřuje existence azylově relevantních důvodů, tvoří zákon o azylu v platném znění – zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii ČR, ve znění pozdějších předpisů.

Azylantům ČR účinně napomáhá také při integraci do české společnosti, a to v rámci tzv. státního integračního programu, jehož součástí je také vytvoření předpokladů pro získání znalostí českého jazyka a pomoc při zajištění bydlení. Integrační program je analogický integračnímu programu cizinců – viz kap. 15.

Významnou změnu přinesla jedna z novel zákona o pobytu cizinců (účinná k 1. 7. 2003), upravující možnost získat povolení k pobytu cizincům ve zvláštních případech po ukončení azylového řízení.

Kromě toho vyhláší MŠMT ČR počínaje rokem 2009 rozvojový program Zajištění podmínek základního vzdělávání nezletilých azylantů, osob požívajících doplňkové ochrany, žadatelů o udělení mezinárodní ochrany na území ČR a dětí cizinců umístěných v zařízení pro zajištění cizinců.

16.6 Dítě jako uprchlík

Děti jako uprchlíci tvoří specifickou skupinu nejen kvůli svému věku a odlišnému postavení ve srovnání s dospělými, ale i vzhledem k tomu, že se na ně vztahují určité paragrafy Úmluvy o právech dítěte. Za **dítě-uprchlíka** se považuje osoba, která:

- usiluje o získání statusu konvenčního uprchlíka (Ženevská konvence) nebo jinou formu právní ochrany
- je považována za uprchlíka v souladu s mezinárodním a/nebo národním právním řádem bez ohledu na to, zda jde o dítě bez doprovodu (unaccompanied child) nebo s doprovodem (accompanied child)
- byla nucena překročit hranice státu v důsledku válečného konfliktu, občanské války nebo nestabilní politické situace

K těmto dětem je zapotřebí mít **specifický přístup** – mají totiž za sebou celou řadu traumat jako ztrátu blízkých lidí (rodičů, sourozenců, blízkých příbuzných), dlouhou cestu, nebezpečí smrti apod. Přináší jim to nejistotu, úzkost, strádání aj.

Dětem-uprchlíkům by měla být poskytována stejná **léčebně-preventivní činnost** jako dětem hostitelského státu – jde o děti narozené azylantkám po dobu, než bude rozhodnuto o azylu nebo jiném druhu pobytu dítěte, u žadatelů o udělení mezinárodní ochrany, děti cizinců, kteří mají povolen trvalý pobyt a podají v zákonem stanovené lhůtě žádost o udělení povolení k pobytu dítěte apod. Tito všichni mají zdravotní péči krytou z veřejného zdravotního pojištění.

I v **přístupu ke vzdělávání** je rovnost. Je-li to možné, je alespoň část výuky vedena v jazyce uprchlíků. Pozitivní skutečností je, že se uprchlické děti učí nový jazyk většinou velmi dobře, že si jej rychle osvojují, získávají si kamarády a dokážou se dobře

integrovat do nových podmínek. Závisí to ovšem na citlivém přístupu a porozumění pracovníků táborů. Česká republika patří v péči o azylanty na přední místa v Evropě.

Děti-uprchlíci představují **zásadní otázku**, protože jsou to právě ony a jejich matky (resp. ženy obecně), kdo v celosvětovém měřítku jsou uprchlíky (Kovařík a Kukla, 1998).

Rodiny přistěhovalců dlouhodobě žijících v ČR sdílejí problémy jak většinové společnosti, tak se navíc musí vypořádat s dalšími, specifickými problémy. Proto si rodiny cizinců zaslouží zvláštní pomoc a podporu ze strany státu. Migraci a následné období adaptace na nové prostředí, na nové životní podmínky, je nutno považovat za hluboký a stresující zásah do života jednotlivců i celých rodin. **Rodinný život** přistěhovalců se v důsledku migrace mění.

Jak uvádějí Čápová a Marxtová (2005), uprchlíci přicházející do ČR pocházejí většinou z kultur, kde je pro jedince kromě nukleární rodiny velmi důležitá také širší rodina, avšak příchodem do ČR se tato silná pouta minimálně narušují, pokud úplně nepřetrhají.

Schopnost integrace je ovlivněna nejen osobností migrantů a mírou jejich očekávání, ale i skutečností, zda imigrace byla výsledkem jejich vlastního rozhodnutí, nebo zda byli nuceni uprchnout ze své domovské země, zpravidla za velmi strastiplných okolností. Průběh integrace ovlivňuje také míra odlišnosti či blízkosti kultury a životních zvyklostí země původu a cílové země, roli hrají rovněž geografické faktory. Ze strany hostitelské společnosti má na integraci vliv integrační politika hostitelského státu a vztah majoritní společnosti k cizincům a imigrantům. Všechny tyto faktory hluboce zasahují do života rodiny imigrantů. A je jasné, že každý z členů rodiny reaguje na novou situaci různě (Čápová a Marxtová, 2005).

16.7 Psychosociální aspekty uprchlictví

Uprchlík je normální člověk, který se ocitl v nenormální situaci, a je třeba mít na paměti, že nepřestává mít **základní lidské potřeby** ani v novém či nepřátelském prostředí.

Odborná literatura řadí mezi tyto potřeby (pomineme-li jídlo, spánek a pocit bezpečí) potřebu rodinného života, soběstačnosti, fungující komunikace, zachování lidské důstojnosti, zaměstnání a smysluplné činnosti a potřebu někam patřit. Je třeba říci, že v podmínkách ČR i vzhledem k celosvětovým trendům, které směřují spíše ke zpřísnění migrační politiky, nedochází mnohdy k naplnění výše uvedených potřeb.

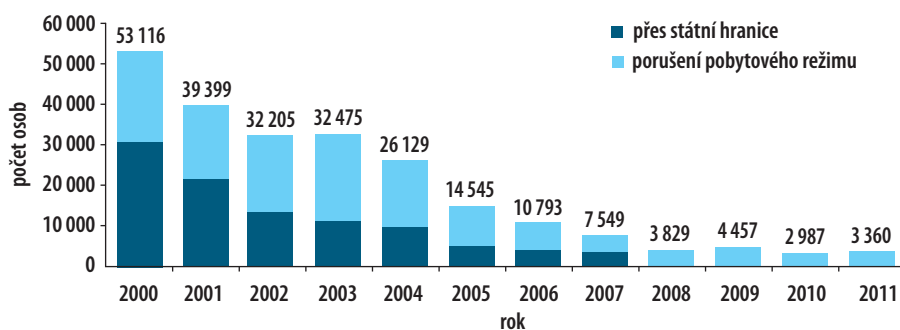
Člověk-uprchlík opustí svůj domov, někdy i rodinu, spálí za sebou mosty, prodá dům, byt, investuje všechny prostředky do cesty za bezpečnějším a lepším životem. V zemi, kde žádá o azyl a kde doufal, že bude moci tento nový život začít, jej pak často čeká **tvrdé setkání s realitou**. Nejenže jeho možnosti jsou po dobu azylové procedury značně omezené – zjistí také, že získat azyl je takřka nemožné, stejně jako legalizovat svůj pobyt jiným způsobem. Doba strávená čekáním na rozhodnutí o žádosti o azyl pak může být vnímána jako několik ztracených let života. Minulost neexistuje a budoucnost je velmi nejasná. Přičteme-li ještě psychická traumata způsobená válkou, útekem, zkušeností nelegálního migranta či oběti organizovaného zločinu, je jasné, že uprchlíci a žadatelé o azyl jsou vysoce ohroženi psychickými a psychosomatickými obtížemi.

16.8 Osoby žijící nelegálně na území ČR

ČR se jako téměř všechny státy světa potýká s **problémem nelegální migrace**, kterou se rozumí nelegální vstup osob přes státní hranice na území daného (našeho) státu z různých důvodů, nedovolený způsob opuštění státu a nelegální pobyt na území (**obr. 16.1**). Nelegálním pobytem se rozumí případy, kdy cizinec vstoupí na území ČR neoprávněně, aniž je odhalen jeho nelegální vstup, a pobývá v ČR dál nelegálně, nebo případy, ve kterých sice cizinec vstoupí na území ČR legálně, ale po uplynutí lhůty povoleného pobytu nevycestuje a pobývá v zemi dále bez povolení.

Počty nelegálních migrantů pobývajících na území ČR není možné přesně zjistit, existují pouze odhady, které se často výrazně liší. Předpokládá se, že v ČR mohou nelegálně pobývat řádově tisíce až desetitisíce cizinců.

Nelegální pobyt je často kombinován s dalším porušováním obecně závazných právních předpisů, zejména v oblasti zaměstnanosti. Mezi cizinci, kteří na území ČR vykonávají výdělečnou činnost bez příslušných povolení (převážně zaměstnání), jsou nejčastěji zjišťováni Ukrajinci.



Obr. 16.1 Současná situace migrace (zdroj: MV ČR)

Kdo jsou lidé, kteří prchají do Evropy?

- Ke smíšené migrační vlně se řadí uprchlíci, žadatelé o azyl a ekonomičtí migranti.
- Lidé, kteří se pokoušejí přeloučit přes moře, pocházejí většinou ze subsaharské Afriky nebo z Asie (především z Afghánistánu a Pákistánu, od poslední čtvrtiny roku 2013 i ze Sýrie).
- Ve chvíli rozhodování o udělení azylu by se měly zohledňovat poměry v zemi původu. Lidé přes moře často utíkají před ozbrojenými konflikty či diktátorskými režimy. V sousedních státech by těžko hledali ochranu, jelikož tam situace nebývá o moc lepší. Mají také malou šanci na získání dokumentů, které potřebují ke vstupu do bezpečné země legální cestou, a končí na této smrtelné stezce.
- Většina uprchlíků nepouští oblast svého původu. Koncem roku 2013 byly zeměmi hostícími největší počty uprchlíků Pákistán, Írán, Libanon, Jordánsko, Turecko, Keňa, Čad, Etiopie, Čína a USA.

- Od vypuknutí konfliktu v Sýrii opustilo své domovy přes 2,8 milionu obyvatel, ve více než polovině případů šlo o děti. Do konce dubna 2014 hledalo jen 96 000 ochranu v Evropě.
- Tisíce lidí prchájí před válkou, pronásledováním a násilím do Evropy. Jiní utíkají před chudobou. Mnozí z nich podnikají nebezpečnou cestu přes Středozevní moře, které si jen v roce 2014 vyžádalo 3500 životů.
- Navzdory špatnému počasí se jen do poloviny dubna 2015 pokusil doplout do Evropy rekordní počet uprchlíků a migrantů. Přes 21 000 jich dorazilo do Itálie. Rozhodnutí ukončit humanitární a pátrací operaci Mare Nostrum, která zachránila desítky tisíc lidí na moři, nemělo odstrašující účinek, ve který evropské vlády doufaly. Ke snížení počtu lodí nedošlo, zato vzrostl počet úmrtí na moři.
- Nová iniciativa Triton nedokáže původní operaci nahradit. Disponuje menšími plavidly, nižším počtem letounů i zaměstnanců než Mare Nostrum. Operuje mnohem blíže italským a maltským břehům a naopak dále od míst, kde dochází k největšímu počtu záchran.
- Během operace Mare Nostrum byla úmrtnost na moři asi 1 : 50, v květnu 2015 je to 1 : 23.
- Více než 43 % cestujících přes Středozevní moře v roce 2014 tvořili uprchlíci *prima facie*. Podle údajů Frontexu ve 46 % ze 170 000, kteří dopluli do Itálie, šlo o Syřany a Eritrejce. Dalšími výraznými skupinami byli Súdánští, Afghánci a Iráčané.
- Evropské vlády uzavírají pozemní cesty, čímž možnost příjezdu ještě znesnadňují. Žadatelům o azyl je znemožňováno dostat se blíž pozemním hranicím mezi Tureckem a Řeckem i Tureckem a Bulharskem kvůli zvýšeným opatřením na obou stranách.
- Objevují se stále nová obvinění z nucených návratů lidí v nouzi do Turecka, často provázených násilím. Vytlačování z Makedonie do Řecka je na denním pořádku.
- Těm, kteří se dostanou do Srbska, je ochrana tak často odpírána, že mnohdy raději pokračují do Maďarska. Vstup do Španělska z Maroka přes oficiální hranici je pro černé Afričany prakticky neuskutečnitelný. Kdo přeskóčí plot, je často vyslán bez otázek zpět do Maroka. Mnohým Syřanům se to povede pouze díky falešným dokumentům. Někteří se také schovávají mezi marocké pracovníky, kteří do enklávy míří každý den ve velkých počtech.
- Cesta přes Středozevní moře do Evropy zůstává jednou z nejriskantnějších na světě. Uprchlíci ji však budou i nadále využívat, aby unikli otřesným podmínkám ve své zemi. Budou dále vydávat své životy všanc, dokud jim Evropa nenabídne bezpečnou a legální alternativu.
- V Libyi, ze které odplulo v roce 2014 nejvíce lodí, trpí velké množství uprchlíků-migrantů zhoršujícími se bezpečnostními podmínkami. Měsíce ukrutných bojů, často v obytných oblastech, vedou ke stovkám ztrát na lidských životech. V některých místech je nedostatek zdravotnické péče, elektřiny, vody i jídla, dochází k ničení nemocnic či škol.
- V tomto prostředí bez zákonů, kde všechny strany konfliktu mají na svědomí vážné porušování lidských práv, jsou uprchlíci v ohrožení od ozbrojených skupin, armády i pašeráků. Dochází k mučení, znásilňování i zabíjení na základě náboženského vyznání.

Šest věcí, které jsou o uprchlících ze Středomoří zajímavé

Jen v roce 2015 se Středozemní moře nejspíš stalo hřbitovem pro více než 2000 uprchlíků. Zatímco lídři EU pracují na plánu, jak se s tímto problémem vypořádat, podíváme se, proč k tragédiím dochází a jak je možné přispět k jejich řešení.

■ Proč se ve Středomoří topí tolik lidí?

Do Evropy se v roce 2015 pokusil dopravit rekordní počet uprchlíků a migrantů, cestujících často na přeplněných a nebezpečných lodích kontrolovaných bezohlednými pašeráky. Když se jejich plavidla převrátí nebo se dostanou do potíží, není v okolí žádná pomoc. Koncem roku 2014 se Itálie a EU rozhodly ukončit humanitární operaci Mare Nostrum, které se v jediném roce podařilo zachránit přes 166 000 životů. Evropská unie ji nahradila mnohem omezenější operací Triton, která se zaměřuje především na kontrolu hranic poblíž pobřeží. Záchrana životů v otevřeném moři šla stranou. Tato akce navíc disponuje menšími lodmi a nižším počtem letadel, helikoptér i osob. Ve výsledku zůstává nalézání a zachraňování lidí především na pobřežních hlídkách a obchodních lodích.

■ Proč tolik lidí podniká tuto smrtící plavbu?

Evropa se stala téměř nedosažitelnou pevností. Pro uprchlíky je neuvěřitelně složité se do ní dostat bezpečnou a legální cestou. Mnozí z nich utíkají před válkami, chudobou, násilím a pronásledováním. Zaplatit tisíce dolarů pašerákovi za převezení přes moře v polorozpadlém člunu je poslední možnost, která jim zbývá. O jejich situaci vypovídá už jen to, že musí podstoupit tuto děsivou volbu. Jean byl jedním z 88 přeživších z lodě zachráněné v lednu poblíž Malty. Asi 35 jeho spolucestujících zahynulo, někteří na podchlazení a dehydrataci. Řekl, že utekl z Pobřeží slonoviny. Jeho rodina mu vyhrožovala, protože odmítl nechat obřezat svoji dceru. „Pašeráci byli ozbrojení. Někteří z nás byli vyděšení a nechtěli pokračovat, nikdo se ale nemohl vrátit. Nedali nám žádné mapy, nic. Prostě řekli: Pořád rovně – a tam je Itálie!“

■ Odkud přesně tito lidé přicházejí?

Spousta z nich – včetně rodin s malými dětmi – uprchla ze zemí, v nichž probíhají válečné konflikty, jako jsou Sýrie, Afghánistán, Súdán a Irák. Jiní byli pronásledováni za své politické názory, mučeni nebo jim hrozila smrt, pokud zůstanou. V roce 2014 představovali Syřané a Eritrejci téměř polovinu ze 170 000 lidí, kteří se doplavili do Itálie. Více z nich však stále pochází ze subsaharské Afriky, odkud utíkají před utrpením a chudobou.

■ Proč by Evropa měla pomoci?

Neposkytnutí dostatečné pomoci je neomluvitelné a nehumánní. Evropská unie lhostejně zvedá padací most bez ohledu na to, že děti, ženy a muži stojí na druhé straně. Požadování azylu je lidským právem – důležitou součástí mezinárodní dohody o uprchlících, kterou po druhé světové válce podepsaly téměř všechny vlády. Přesto evropské země neuvěřitelně ztěžují situaci lidem, kteří toho už tolik vytrpěli. Třeba tím, že nabídly celkem jen 40 137 míst pro syrské uprchlíky – z toho jen v Německu 30 000. Pro srovnání pouhých pět zemí v okolí Sýrie uvítalo 3,9 milionu uprchlíků.

■ Co může EU podniknout hned teď, aby zabránila dalším úmrtím?

Všechny evropské země nutně potřebují spolupracovat na spuštění humanitární operace na záchranu lidí na moři. To znamená obstarat dostatek lodí, letounů, helikoptér i osob na záchranu lidí, kteří přelouvají Středozemní moře. Zároveň musí zajistit Itálii a Maltě dostatečnou finanční i logistickou podporu, aby zvýšily počet pobřežních hlídek zabývajících se pátráním a záchranou.

▪ Co by se mělo podniknout dlouhodobě?

Lidé nepřestanou prchat před válkou, pronásledováním a chudobou. Až tedy EU představí svoji novou migrační politiku, je třeba poskytnout lidem bezpečnou a legální cestu do Evropy, kde budou moci žádat o azyl bez toho, že by nasazovali své životy. Vlády EU by také měly poskytnout uprchlíkům příležitost přesídlit do své země. Principiálně však jde o to, že řada uprchlíků má svůj konkrétní cíl – zemi, kde chce být (často Německo, Švédsko apod.), proto jsou mnohé země pouze tranzitní – jsou místy dočasného útočiště.

Úřad Vysokého komisaře OSN pro uprchlíky (UNHCR) a United Nations Global Compact společně vyzývají k pomoci uprchlíkům.

Literatura

BUDILOVÁ, L., HIRT, T., a kol.: *Policista v multikulturním prostředí – informační manuál Policie ČR*. Praha: Varianty, Člověk v tísni, 2005.

ČÁPOVÁ, Z., MARXTOVÁ, M.: *Děti z uprchlických rodin*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2005, 20 stran.

DRBOHLAV, D.: Mezinárodní migrace obyvatelstva – pohyb i pobyt (Alenky v kraji divů).

In: ŠÍŠKOVÁ, T., a kol.: *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001, s. 17–20.

KOVAŘÍK, J., KUKLA, L., a kol.: *Děti v České republice 1996 – Situační analýza*, Praha: Český výbor pro UNICEF, 1998, 220 stran.

SAMKOVÁ, J., ŠLENCOVÁ, M.: Problematika azylu v České republice. *Kontakt*, 2003, 5(4), s. 300–306.

Príslušné zákony výše uváděné.

17 Poruchy životního stylu – závislosti a možnosti prevence

Lubomír Kukla

17.1 Rizikové chování

Od počátku devadesátých let je v české společnosti sledován skutečný nárůst problémového a rizikového chování. V širších souvislostech k tomu přispěla nižší státní a institucionální kontrola nad chováním občanů, tj. také dětí a mladých lidí, dále větší důraz na výkonovou orientaci, zvýšené preference materiálních hodnot u některých skupin obyvatelstva, větší tlak na vlastní rozhodování, názorovou pluralitu a osobní svobodu (Macek, 2003).

Za **rizikové chování** považujeme jednání ohrožující život, zdraví nebo sociální integritu jedince, případně chování, které je namířeno proti zájmům společnosti obsažených v normách a definovaných v zákonech. Toto vymezení je třeba rozšířit ještě o chování ohrožující integraci jedince do společnosti, tj. chování ohrožující uplatnění práva na zaměstnání, vzdělání, sociální ochranu a sociální péči, zdravotní péči, na zapojení do dění ve společnosti, právo na ochranu proti chudobě a sociálnímu vyloučení, právo na bydlení (Rada Evropy, 1996).

Stručně řečeno, odlišujeme „normální“ sociální chování od rizikového vzhledem k závažnosti projevů chování z hlediska budoucí prognózy dalšího vývoje dítěte jako pozitivně angažovaného člena společnosti.

Rizikové chování představuje komplex postojů, projevů a hodnot, které jsou rizikové jak pro společnost, tak pro jedince z hlediska duševního a fyzického zdraví.

Rizikové chování je takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Je to chování směřující proti sobě samému nebo proti skupině. Míra rizika je v přímém vztahu k věku, sociální a profesní příslušnosti a přechodnosti nebo stálosti nevhodného chování jednotlivce. Rizikové chování zahrnuje zejména **narušení vztahů** k sobě, vrstevníkům, příslušníkům rodiny, společnosti. Obvykle má instrumentální povahu, je založeno na agresivních klíčích, které mají emocionální povahu. Je proniknuto kulturní ritualizací, která není vždy uvědomovaná (Miovský a Zapletalová, 2006).

Rizikové chování se **projevuje** mj. užíváním návykových látek i experimentováním s nimi (včetně užívání anabolik a steroidů), v nelátkových závislostech (gambling, PC, internet atd. – závislostní chování), negativními jevy v oblasti reprodukční, mj. předčasným sexem a s ním spojeným střídáním partnerů (sexuálně rizikové chování) a případnými nechtěnými časnými těhotenstvími, ale i zneužíváním dětí včetně komerčního sexuálního zneužívání (kap. 18).

Specifickou oblast tvoří negativní jevy v **psychosociální oblasti**, např. poruchy příjmu potravy a řada dalších psychiatrických a vývojových odlišností (kap. 11). Řadí se k nim také deprese, případně až suicidální jednání. Uvedené jevy se obvykle sdružují (vyskytují se častěji společně než izolovaně) a mohou také vzájemně usnadňovat svůj vznik. Nedílnou součástí je také agresivní chování, kriminální jednání a další sociálně patologické jevy, které už přesahují rámec této publikace.

Užívá se také pojem **syndrom rizikového chování** (SRCH): jde o označení skutečnosti, že mnohé uvedené projevy se vyskytují současně a často mají stejné příčiny nebo stejné rizikové faktory vedoucí k jeho vzniku a rozvoji. Kromě pojmů rizikového chování a syndrom rizikového chování se v literatuře setkáme také s pojmem **problémové chování** (Macek, 2003).

Rizikové chování v dospívání – kam patří zneužívání návykových látek, agresivní chování a sociální maladaptace i poruchy reprodukčního zdraví – významně ohrožuje zdraví a zdárný vývoj dospívajících a zvyšuje možnost negativních zdravotních a společenských důsledků v dospělosti.

V oblasti **zneužívání návykových látek v adolescenci** se ČR dostala na přední místa v Evropě, v celoživotní zkušenosti s marihuanou (46 % 16letých) figurujeme již řadu let na prvním místě (ESPAD, 2006).

Naprostá většina **preventivních programů** v ČR se orientovala na školní mládež a je realizována ve školním prostředí (prevence sociálně patologických jevů). Teprve v nedávné době byla v naší republice zpracována také metodika individuální prevence formou preventivních pohovorů s lékařem. Výzkumy z posledních let dokazují, že při přátelském, šetrném pohovoru může lékař získat důvěru dospívajícího, který se se svou zkušeností, eventuálně problémem, s návykovými látkami svěří. Metodika byla uveřejněna v *Manuálu drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost* a byla poskytnuta všem praktickým lékařům pro děti a dorost v ČR. V Manuálu je použit krátký dotazník CRAFFT, který dospívající zvládne vyplnit během několika minut. Název je akronymem iniciál anglických výrazů pro jednotlivé problémové oblasti (C jako Car, R Relax, A Alone, F Forget, F Friends, T Trouble) a slouží k orientačnímu zhodnocení závažnosti problému s drogami (Csémy a kol., 2006; Kabíček a kol., 2010).

Zdroje rizikového chování

Možné zdroje rizikového chování se pokusíme ozřejmit na pozadí tří skupin zdrojů, které se vzájemně ovlivňují (podmiňují) a také kumulují. Vzhledem k tomu, že vysvětlení zdrojů rizikového chování významně ovlivňuje volbu intervenčních postupů, snažíme se obsáhnout co možná nejširší okruh zdrojů, i když si uvědomujeme, že i tak bude náš výčet neúplný.

Zdroje rizikového chování dělíme na (Munková, 2004; Knotová a kol., 2008):

- **biologické** – dědičná zátěž, vrozené či získané defekty, případně psychiatrické diagnózy.
- **psychické** – rizikové chování bývá důsledkem dlouhodobě prožívané úzkosti, frustrace, depresivních stavů, psychické deprivace, problematické identifikace, projevem emocionální lability, neuroticismu, naučených chybných vzorců chování nebo obrannou reakcí na prožitá traumata, jiné nepříznivé (životní) události či procesy, sociální maladaptace.
- **společenské** – vysvětlují rizikové (deviantní) chování na pozadí vazby mezi jedincem a společností. Příčiny deviací se nacházejí v samotném sociálním prostředí. Jednotlivé teorie deviací se obvykle dělí podle vztahu a náhledu na sociální normy. Jedna skupina teorií uznává existenci sociálních norem, které jsou podle těchto teorií výrazem sociálního konsenzu, co je a co již není jakousi společensky přijatelnou normou. Jiné teorie naproti tomu zpochybňují existenci obecně uznávaného konsenzu.

Dílem **jiný úhel pohledu** na rizikové a ochranné faktory při vývoji syndromu rizikového chování v dospívání přináší Kabíček a kol. (2010), kteří rozlišují faktory:

- **individuální** – ohroženy jsou především zanedbávané a zneužívané děti, lidé s malou sebedůvěrou, sebeúctou, sklonem k riskování a nezaměstnaní. Naopak ochrannými faktory jsou vysoká inteligence, zapojení do „pozitivní“ skupiny vrstevníků, oceňování vzdělání a zdraví a schopnost sebekontroly.
- **rodinné** – rizikovými faktory jsou významná ztráta v rodině (včetně rozkolu a zavržení svým rodičem), chronicky nemocní rodiče (tělesně nebo duševně včetně závislosti na návykových látkách), příliš autoritativní rodiče, nedostatek komunikace, příliš benevolentní rodiče, nefunkční rodina. Ochrannými faktory jsou naopak dobré vztahy v rodině, neautoritativní podpora dospívajícího (a jeho přijímání takového, jaký je) nebo nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků.
- **společenské** – rizikovými faktory jsou chudoba, příležitost k nelegálním činnostem a glorifikace rizikového a negativního chování v médiích. Pokud jde o socioekonomický status rodiny, chudoba je rizikem, ale neznamená nutně vysoké riziko. V mnohých ohledech jsou minimálně stejně riziková dospívající nejvyšších sociálních tříd (především v konzumaci drog a jiných návykových látek), kde bývá též nízký rodičovský dohled. Nejméně riziková je střední třída. Mezi ochranné faktory patří kvalitní školy, pozitivní vzory ve společnosti, obecně malá tolerance k negativním sociálním jevům a přísné zákony o zbraních, drogách atd.

Rizikové faktory, které možnost rizikového chování podporují

Poruchy jsou ovlivňovány rozpadem tradičních rodin jako základních buněk existence společnosti. Téměř 50 % manželství se rozvádí, existuje vysoký počet nesezdaných manželství, mizí multigenerační soužití rodin. Velká část rodin žije na sídlištích, kde převládají neosobní vztahy. Dalším faktorem je rozvoj cestování a telekomunikací; tím se rychle stírají hranice zeměpisné i různé kulturní vazby a tradice. Je vysoká nezaměstnanost mladistvých. Přístup k návykovým látkám je snadný. Programy v médiích jsou často návodem, jak se „nechovat“, stírají se hranice mezi pozitivním a negativním jednáním lidí. Sexuální problematika je řešena otevřeně, bez ohledu na potřebnou intimnost.

Z **preventivních programů** se jeví jako efektivní primární, vhodně volená, nespecifická prevence, jejímž cílem je zdůraznění „abstinance“. Tyto programy by měly být zahájeny již ve školách včetně mateřských. Vhodná je také sekundární forma prevence zaměřená do této oblasti, tzv. peer programy. Důležitá je prevence úrazů, nejlépe s aktivitami souvisejícími s „bezpečnou komunitou“. Je nutné zdůraznit a podporovat programy zaměřené na sexuální výchovu. Státní orgány by se měly zajímat o zaměstnanost mladistvých. Nezaměstnanost této skupiny populace je totiž, dle údajů evropských výzkumů, nejčastější příčinou vzniku rizikového a patologického chování.

Životní styl, jak je uvedeno v obecné části (kap. 3.4), je jednou ze základních determinantů zdraví. Je-li náš životní styl správný, má to pozitivní vliv na náš zdravotní stav. Pokud však není správný (nesprávná výživa, nesprávné stravovací návyky, nedostatek pohybu, nesprávný denní režim, nedostatek spánku apod.) a doplní jej ještě nadměrná konzumace alkoholu, kouření, zneužívání návykových látek apod., má to stěžejní význam pro rozvoj řady **chronických neinfekčních nemocí**, které jsou nejčastější příčinou smrti nejen v ČR, ale i ve světě. Chronická neinfekční onemocnění si vyžadají ročně ve světě více než 9 milionů obětí pod hranicí věku 60 let. Ztráty, které

tato onemocnění způsobují, jsou enormní. Důsledky v podobě značného nárůstu výskytu nadváhy a obezity, kardiovaskulárních onemocnění či diabetu mellitu II. typu můžeme vidět i u nás.

Na významu neustále nabývají také **sociální a ekonomické determinanty zdraví a problematika kvality života**. Nerovnoměrná věková struktura české populace a její stárnutí (jako je tomu ve většině evropských zemí) mění také strukturu nemocí a vyvíjí tlak na udržitelnost zdravotnických a sociálních systémů. Zlepšení zdraví dětí a mládeže je tedy významnou investicí do budoucnosti a dává předpoklad pro následné zdravější stárnutí.

Jedním z významných projektů WHO je **HBSC** (Health Behaviour in School Aged-Children), zaměřený na životní styl dětí a školáků. Studie mapuje determinanty životního stylu (pozitivní i negativní) u dětí a přináší cenná data z oblasti výživy a dietních zvyklostí, pohybových a volnočasových aktivit, ale i rizikového chování – kouření, konzumace alkoholu, drog apod. Detailnější popis projektu z hlediska mezinárodního i národního je uveden v kap. 20, kde zmiňujeme některé významné projekty WHO.

ČR do projektu vstoupila v roce 1994. Studie jsou realizovány vždy po čtyřech letech (1998, 2002, 2006, 2010, v roce 2014 proběhla další fáze šetření). Vzhledem k tomu, že výsledky ještě nejsou k dispozici, budeme se zabývat výsledky z roku 2010. Oproti jinému projektu WHO u nás (ELSPAC) má tento charakter průřezový a jde o výběrové šetření s tím, že vybraný vzorek je reprezentativní. Výběrový soubor tvořilo 5686 respondentů z 86 škol všech krajů. Věkové kategorie byly 11, 13 a 15 let.

Docílit zřeknutí se již rozvinutého rizikového chování u dospívajícího je velmi nesnadné, proto má zásadní důležitost **účinná prevence**. Nejde tu jen o osvojení si celoživotního zdravého životního stylu (správná výživa, dostatek tělesného pohybu, režim dne, odmítnutí nikotinu apod.), jak je celé populaci předkládán a jehož osvojení právě v dětství a dospívání je nejdůležitější. Jde zde především o vyvarování se rizikového chování během dospívání ve výše uváděných třech oblastech. Nejúčinnější je **prevence primární**, jejímž cílem je zabránit rozvoji syndromu rizikového chování dospívajících. Spočívá především v pozitivním citovém, hodnotovém a sociálním formování dítěte v rodině.

Vývoj ovšem v dospívání pokračuje a také v této fázi je třeba, aby byly naplňovány **základní potřeby dospívajícího**: tvorba vlastní identity osobnostní i sociální, potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty především mezi vrstevníky. Hledáním si mladý člověk musí projít sám, ale potřebuje při tom nenápadnou a neautoritativní podporu a spolehlivé lidské vztahy. Ukazuje se však, že i obecné, etické a sociální normy společnosti mohou ovlivňovat v dobrém slova smyslu „nerozvoj“ syndromu rizikového chování.

17.2 Kouření

Užívání tabáku, především ve formě kouření cigaret, představuje v současnosti ve světě jednu z nejnámějších prevencí omezitelných příčin předčasné ztráty zdraví i života. Podle oficiálních informací WHO z roku 2008 umíralo ročně na následky užívání tabáku 5,4 milionu lidí, hlavně v důsledku kardiovaskulárních chorob a zhoubných nádorů. To představovalo zhruba jednu desetinu úmrtí na světě za rok. Tabák je rizikovým faktorem šesti z osmi nejčastějších příčin smrti (WHO, 2008).

Škody způsobené tabákem a alkoholem jsou obrovské. Baumberg (2006) odhadl podle různých pramenů škody způsobené alkoholem pro rok 2002 v celosvětovém měřítku na více než 600 bilionů dolarů. S ohledem na zdravotní a ekonomické škody, které působí tabák, se rozhodla Světová banka nepodporovat žádné projekty, které by se týkaly tabáku. Produktivitu práce kuřáků a lidí zneužívajících alkohol negativně ovlivňuje vyšší nemocnost i úmrtnost. Ekonomické ztráty zahrnují také zdravotní náklady včetně poškození zdraví v okolí kuřáků (Baumberg, 2006).

Všeobecně je pokládáno za prokázané, že expozice dětí tabákovému kouři v průběhu nitroděložního vývoje a zakouřenému prostředí (Environmental Tobacco Smoke – ETS) v průběhu dětství je **všudypřítomný a nejnebezpečnější ze škodlivých vlivů prostředí**, které ovlivňují jejich zdraví. Podle zprávy z výzkumu Evropského společenství o zdraví dýchacích cest (Janson, 2004), která obsahovala údaje od téměř 8000 dospělých nekuřáků z 36 měst v 16 zemích, alespoň jeden z rodičů respondentů kouřil v průběhu dětství u 65 % z nich.

Vliv kouření matky v průběhu těhotenství na porodní hmotnost dítěte byl poprvé popsán v roce 1957 (Simpson, 1957) a o deset let později byla publikována první zpráva o škodlivých účincích expozice zakouřenému prostředí (Cameron, 1967). Od té doby byly publikovány tisíce nejrůznějších studií o vztahu pasivního kouření a onemocnění dýchacích cest a jejich komplikací a o vztahu pasivního kouření k poruchám chování a neurokognitivním poruchám (DiFranza et al., 2004).

Exponované děti mají zvýšené riziko výskytu infekcí horních i dolních dýchacích cest a příznaků, jako je kašel, tvorba hlenu, záněty středního ucha, záněty průdušek a průdušinek, zápaly plic, sípání a astma (Janson, 2004). Zvýšený výskyt bronchiolitidy způsobené RS viry v dýchacích cestách u dětí je považován za hlavní faktor vzniku alergenních reakcí, protože tato agens narušují proces fyziologického dozrávání Th-imunitního systému (Bellanti et al., 2003). Takřka dvojnásobné riziko infekcí dolních cest dýchacích u dětí vystavených ETS se snižuje po druhém roce věku. Také naše práce (Kukla a kol., 2008) prokázala, že expozice dětí pasivnímu kouření má významné asociace k respirační morbiditě, nejvýznamněji do druhého roku věku. Později už je pozorován pokles prevalence.

Epidemiologická data popisující možný vztah mezi expozicí ETS a otitis media byla několikrát přezkoumávána s jasným závěrem, že velmi pravděpodobně existuje kauzální vztah mezi kouřením rodičů a akutní i chronickou formou onemocnění středního ucha dětí, zvláště mladších než 2 roky (Strachan a Cook, 1998a).

Dosud není zcela jasné, proč se škodlivé účinky kouření rodičů na dýchací trakt dětí snižují s jejich stoupajícím věkem: existují hypotézy, které tento fakt vysvětlují tím, že starší děti tráví méně času se svými rodiči-kuřáky (Li et al., 1999; Kohler et al., 1999; Duff et al., 1993).

Na druhé straně však trendy vývoje astmatických dýchacích projevů spojovaných s expozicí plodu/dítěte pasivnímu kouření nevykazují podobné snižování s přibývajícím věkem dítěte. U dětí je kouření matek uváděno ve spojení se zvýšeným výskytem sípání až do 6 let věku (Strachan a Cook, 1998b) a je ovlivněno i jen postnatální expozicí při korekci vlivu expozice prenatální (Lux et al., 2000). Prenatální a postnatální expozice tabákovému kouři s sebou přináší také výrazné riziko rozvoje astmatu manifestujícího se až v dospělosti: v norské studii byly korigované atributivní frakce výskytu astmatu u dospělých v 17,3 % způsobeny kouřením matky a v 9,3 % kouřením dalších členů domácnosti (Skorge et al., 2005; Kukla a kol., 1998).

Z hlediska **vzniku kuřáckého návyku** je rozhodující adolescentní věk, i když víme, že každým rokem se počátek kouření posouvá do nižších věkových kategorií. To znamená, že začínají kouřit stále mladší děti, případně to alespoň zkouší. Až 90 % kuřáků začalo kouřit před 18. rokem věku. Pokud jedinec do té doby nezačne kouřit, je jenom malá pravděpodobnost, že podlehne tomuto návyku později. Užívání tabáku v dětské a adolescentní populaci je v evropském regionu poměrně rozšířené. Podle údajů Global Youth Tobacco Survey kouří v tomto regionu alespoň jednou za měsíc 21 % chlapců a 17 % dívek ve věku 13–15 let (Warren et al., 2008).

Nález týkající se **souvislosti kouření s jinými formami rizikového chování** naznačují, že prevence nemůže být účinná, pokud je orientována specificky na jednu formu rizikového chování. Příklon k podpoře programů široce orientovaných na zdravý životní styl je mezi našimi odborníky jednoznačný, ovšem podmínky vyhlásování dotačních titulů vedou často k tomu, že se preventivní intervence specificky vymezují, což omezuje jejich efektivitu.

Tradiční dominance mužů, typická pro dospělou populaci ve většině zemí světa, se ve věkové skupině adolescentů v Evropě a Americe vytrácí. To naznačuje zvýšení počtu kouřících žen v budoucnosti společně s příslušnými zdravotními dopady na populaci. Proto by se měly preventivní programy i specificky zaměřovat na cílovou skupinu dívek.

Klíčová zjištění v naší republice (HBSC):

- výskyt kouření roste u mládeže s věkem; kouřila již více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých
- desetina třináctiletých a čtvrtina patnáctiletých kouřila v posledním týdnu
- dynamika výskytu s věkem je vyšší u dívek, což potvrzuje posun v behaviorálních faktorech dospívání
- v porovnání se Slovenskem je u nás ve všech věkových skupinách vyšší výskyt kuřáctví a děvčata kouří více než chlapci

Rozšíření zkušenosti s kouřením a experimentování s cigaretami u adolescentů poukazuje na **míru společenské tolerance** užívání tabáku a jeho dostupnosti u dětí a mládeže. Toto jsou významné faktory ovlivňující vznik pravidelného kouření a preventivní a represivní aktivity na ně zaměřené patří ke klíčovým opatřením kontroly tabáku (WHO, 2008).

Kouření tabáku alespoň jednou za týden je pro kouřící relativně pravidelným návykem s psychosociálními souvislostmi. Kouření v tomto intervalu významně koreponduje s kouřením v dospělosti (Van de Ven et al., 2010).

Vedle přímé zdravotní škodlivosti souvisí kouření dospívajících dětí a mládeže s **dalším rizikovým chováním**, zejména s pitím alkoholu, nevhodnými způsoby stravování a nedostatečným pohybem. Kouření tabáku zvyšuje pravděpodobnost kouření marihuany a užívání jiných nelegálních drog (Timberlake et al., 2007).

Zákaz kouření v pracovním prostředí vede ke snížení prevalence kouření u pracovníků (Fichtenberg a Glantz, 2002).

Návykovost nikotinu

Je nikotin návykovější než heroin? Mnozí lékaři tvrdí, že ano. „*Sedm kuřáků z deseti kouřit nechce, ale nemůžou přestat, kupují si vlastně něco, co vůbec nechťejí,*“ říká vy-

znamná bojovnice s kouřením Králíková. Bez lékařské pomoci se dokáže tohoto zlovyku zbavit jen 5 % kuřáků.

Klasická cigareta obsahuje více než 5000 různých toxických látek. Ani tato skutečnost kuřáky neodradí. Navzdory opakovanému zdrazení cigaret v posledních letech a také zvýrazněnému varování na krabičkách neklesá počet kuřáků v dospělé populaci pod třetinu. Podle Králíkové (předsedkyně Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku) nemáme obrázkové varování na krabičkách cigaret, což snad má být o něco málo efektivnější než nápisy. Obrázky jsou vnímány více. Jistý pokrok je v zavádění nekuřáckých restaurací a vyčleňování nekuřáckých prostor. Nicméně 20 % nekuřáků v ČR musí během pracovní doby dýchat cigaretový kouř. Na poměrně rozšířené porušování zákoníku práce poukázal výzkum SZÚ. Zákon nařizuje zákaz kouření na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni i nekuřáci. Tato norma zůstává v ČR jen na papíře. Podle SZÚ dýchá cigaretový kouř v kancelářích 26,6 % zaměstnanců, z toho je 19,6 % nekuřáků. Tak vysoké procento nás překvapilo, říká další bojovník proti kouření, epidemioložka Hana Sovinová (Novotný a Válková, 2013).

Kouření tabáku a pití alkoholu se nezdá odehrávat souběžně. Časté pití nadměrných dávek alkoholu koreluje s kouřením jak u dospívajících, tak u dospělých v běžné populaci. V ČR je korelace u adolescentů 0,44, u dospělých 0,32.

Uvedme ještě velmi stručně jednu studii, která byla uskutečněna u nás pod vedením H. Sovinové (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) v letech 2006–2007 na reprezentativním vzorku (dvojstupňový skupinový výběr) 3719 žáků 7. až 9. tříd. Česká studie GYTS zahrnovala informace o prevalenci kouření a užívání ostatních tabákových výrobků a o pěti determinantách užívání tabáku: dostupnosti a ceně, pasivním kuřáctví, zanechání kouření, reklamě a propagaci tabákových výrobků a školních osnovách ve vztahu k výchově k nekuřáctví.

Nejdůležitější závěry

Přibližně třetina žáků v současnosti užívá nějaký tabákový výrobek, 30 % žáků kouří cigarety. Expozice pasivnímu kouření je vysoká – více než třetina žáků je vystavena tabákovému kouři doma a tři čtvrtiny jsou vystaveny tabákovému kouři na jiných místech. Polovina žáků má rodiče, kteří kouří, a více než čtvrtina má kamarády, kteří kouří. Přibližně dvě třetiny žáků si myslí, že kouření jiných osob v jejich přítomnosti je pro ně škodlivé. Pouze polovina současných kuřáků si přeje přestat kouřit. 82 % žáků vidělo během posledního měsíce v médiích zprávu proti kouření a 75 % žáků vidělo reklamu na cigarety (Sovinová, 2007).

Elektronická cigareta

Na trhu je nyní i **e-cigareta**, která je podle prodejců neškodlivá a odnaučí kuřáka kouřit. Výrobci tvrdí, že dostanou nikotin do těla bezpečně, tedy bez toho, aby obsah cigarety hořel. Místo oharku svítí dioda a místo kouře člověk vdechuje a vydechuje páru, kterou cigareta produkuje. V zemích, kde je v restauracích zákaz kouření, můžete zatím klidně „pářit“. Některé výzkumy ovšem již ukazují, že i e-cigarety obsahují karcinogenní látky.

17.3 Konzumace alkoholu

Nadměrné užívání alkoholu a s ním spojené zdravotní a společenské dopady představují významný veřejně-zdravotní problém. Je to rizikový faktor řady chronických onemocnění, zejména nádorových, kardiovaskulárních a též neuropsychiatrických poruch. Podílí se významnou měrou na výskytu úrazů vznikajících hlavně v souvislosti s dopravou, násilným chováním apod.

Negativní vliv alkoholu na děti

U dětí se při časté konzumaci alkoholu zvyšuje pravděpodobnost onemocnění jater, jelikož tento orgán ještě není schopný rychle odbourat škodlivé látky. Poškozen bývá také nervový systém. V dospívání dochází k mnoha tělesným i duševním změnám a také k tvorbě mozkových sítí. Právě jejich vznik je působením alkoholu značně omezen. **Následkem** může být nižší schopnost soustředění, horší paměť, problémy s učením a později těžkosti v pracovním uplatnění.

Závislost u dětí vzniká mnohem rychleji než u dospělých. Pro dospívající je typická též obliba v hazardování a experimentování. Hrozí tedy kombinování různých druhů alkoholu, možná otrava či provozování činností, které by ve spojení s alkoholem mohly být nebezpečné (sporty, při nichž hrozí úrazy). K dalším rizikům patří dopravní nehody, otravy, sebevraždy či trestná činnost. U mladých lidí je též vysoké nebezpečí přechodu na další návykové látky, které mohou mít ještě katastrofálnější důsledky.

Jako prevenci a především **dlouhodobý pozitivní vklad** do života dítěte lze vnímat skutečnost, když v rodině existují pozitivní vazby a rodiče s dětmi tráví dostatek času, během něž se mu dokážou adekvátně věnovat. V rodině by měla být jasně nastavena pravidla, u nichž je prosazováno jejich dodržování. Rodinné problémy jsou konstruktivně řešeny, fyzické násilí není chápáno jako řešení. Důležitá je komunikace s dítětem, je třeba mu naslouchat a vnímat též jeho neverbální projevy. Dítě by mělo cítit, že má v rodičích oporu a může se jim v případě potřeby vypovídat. Snažte se vyhnout reakcím, které by dítě mohlo vnímat jako odmítavé či přímo posměšné.

Je dobré mít přehled, co dítě dělá ve svém **volném čase**. Pokud má kvalitní zájmy, je menší pravděpodobnost, že bude strženo nevhodnou partou a začne trávit čas se sklenkou alkoholu či jiným nevhodným způsobem.

U dětí je vyšší riziko **alkoholismu**, pokud takový model viděly ve své rodině. Často se opakuje stejný scénář – když byl na alkoholu závislý otec, stane se závislým i syn. O alkoholu i jiných návykových látkách s dítětem mluvejte, informujte je o možném nebezpečí. Vliv na dítě má však samozřejmě i širší rodina, škola či vrstevníci.

Alkohol se zařazuje mezi sedativa. Má **tlumivé účinky** na centrální nervovou soustavu, proto lidé tuto návykovou látku s oblibou užívají, aby zmírnili své stavy úzkosti, stresu apod. Tlumivý účinek alkoholu má však i své negativní vedlejší účinky: odbourání zábran, snížení kontroly nad chováním. Tlumivý efekt postihuje zejména mozeček, takže se snižuje také schopnost pohybové a svalové koordinace (hrozí úrazy, pády, poranění).

Vzájemné **užití alkoholu společně s některými léky** může způsobit závažné vedlejší účinky a komplikace. Kombinace alkoholu např. s antidepresivy a anxiolytiky (což jsou léky zmírňující projevy deprese a úzkosti) může způsobit vedlejší účinky, jako je riziko předávkování (protože alkohol jakožto sedativum znásobuje tlumivý účinek těchto léků), hrozí prohloubení stavů deprese a úzkosti, pocity beznaděje až myšlenky

na sebevraždu. Z fyzických komplikací kombinace léků a alkoholu způsobuje poškození jater, krvácení do žaludku, krevní sraženiny, má tlumivý efekt na srdce a oběhový systém, hrozí potíže s funkcí srdce a dýcháním, zástava, křeče až smrt.

Nebezpečí hrozí také v případě, že se alkohol užívá na legálně předepsané léky. Některá léčiva obsahují alkohol nebo zvyšují jeho sedativní účinek. Jde např. o různé léky proti kašli, proti bolesti, na chřipku a nachlazení nebo proti alergiím. Je proto nutné pozorně přečíst příbalový leták nebo se poradit s lékařem či lékárníkem.

Alkohol může mít **na různé lidi různé účinky**. Existují krátkodobé účinky (změny nálady, poruchy koordinace, pohybů, paměti apod.), ale i projevy, které se objevují až po delší době. To, jaký vliv má užití alkoholu na daného člověka, závisí také např. na množství požitého alkoholu, hmotnosti jedince, na tom, co jedl (protože potrava v žaludku zpomaluje přechod alkoholu do krevního řečiště a tedy se i pomaleji dostává do celého organismu). Účinek alkoholu je ovlivněn tím, jak rychle osoba alkohol vypila, protože lidské tělo dokáže odbourávat alkohol z krve jen velice pomalu. Na ženy působí alkohol silněji, protože se víc váže na vodu, již mají ženy v porovnání s muži v těle méně. Protože mají v organismu méně vody a mají obvykle nižší tělesnou hmotnost než muži, dochází u žen rychleji ke stavům opilosti a negativním vlivům pití na organismus.

Dlouhodobé a pravidelné požívání alkoholu může vést k závažným zdravotním potížím. Krátkodobé projevy předávkování alkoholem (jako např. nucení na zvracení, zvracení, ztráta svalové koordinace a rovnováhy, problémy s řečí a chůzí, zmatenost, zhoršení až poškození zraku, ztráta vědomí) se mohou překlenout až do chronických potíží a nemocí, jako je např. cirhóza a rakovina jater či jiné nádorové onemocnění. Zde je riziko v tom, že příznaky těchto onemocnění se mohou objevit až v době, kdy už je daný orgán nevratně poškozen.

U dětí a mladistvých může i stejná dávka alkoholu, jakou by vypil dospělý, způsobit vážné a nezvratné poškození tělesných orgánů. Je to dáno tím, že organismus dítěte či nezletilého jedince se stále vyvíjí a tělo nedokáže alkohol metabolizovat a odbourat tak rychle a v takové míře jako u dospělého. Proto pro děti a mladistvé nemůžeme mluvit o žádném bezpečném množství alkoholu.

Jelikož játra nedokážou odbourat a zpracovat větší množství alkoholu najednou, organismu trvá delší dobu, než se s větším množstvím alkoholu vypořádá. Tyto stavy dobře známe zejména pod označením „**kocovina**“. Právě z tohoto důvodu je konzumace velkého množství alkoholu najednou škodlivá. I když se často používají různé „babské recepty“ na překonání stavů kocoviny (silná káva, sprcha apod.), organismus a játra potřebují čas na to, aby mohl být z těla odbourán všechen alkohol. K tomu je potřeba pít hodně vody, dostatek klidu a oddechu.

Alkohol ovlivňuje **centrální nervovou soustavu a duševní rozpoložení jedince**. Dochází ke zhoršení či ztrátě pozornosti, je prodloužena reakční doba a zejména dochází ke kvalitativním poruchám emocí. Lidé pod vlivem alkoholu hůř ovlivňují svoje chování a jednání, mohou ohrožovat druhé. Podle statistik má alkohol nejen neblahý vliv na procento dopravních nehod a úmrtí při dopravních nehodách, ale sehrává roli také při násilné trestné činnosti (vraždy, znásilnění). Alkohol může v těchto případech zvyšovat emocionální rozpoložení (hněv, podráždění, strach) a vyústit do stavů afektu (kdy jedinec ztrácí kontrolu nad svým jednáním, neví, co v danou chvíli dělá).

Pro své silné **fyzické účinky** je alkohol nebezpečný zejména v profesích, které vyžadují nepřetržitou pozornost nebo svalovou koordinaci. Alkohol je z tohoto důvodu

nebezpečný při řízení motorového vozidla, ale také např. při pracích ve výškách (na stavbách a lešeních, ale třeba i při domácím mytí oken). Pro plavce (rekreační nebo sportovní, profesionální) je požívání alkoholu také z tohoto hlediska velice nebezpečné.

Nadměrné užívání alkoholických nápojů postihuje též **periferní nervy**. Mezi hlavní příznaky požití alkoholu patří třesy, bolesti, chronický nedostatek vitamínu B₁, respektive celé skupiny vitamínů B. Dochází především k tomu, že kvůli špatné výživě alkoholika se nedostatečně resorbuje vitamin v žaludku i v játrech. Důsledky abúzu alkoholu zanechávají škody také na zažívacím ústrojí. Mezi nejznámější příznaky patří nechutenství, ranní zvracení, nepravidelná stolice a záněty.

Dalším orgánem, který je systematickým popíjením poškozen, jsou **játra**. Tato skutečnost plyne především z okolnosti, že alkohol může být odbourán pouze v játrech, kde nastává jeho částečná oxidace přes acetaldehyd. I když je koncentrace alkoholu v játrech nižší než v jiných orgánech, jsou vysokou konzumací alkoholu velmi poškozena. Toto onemocnění, typické pro pijáky, se nazývá **jaterní cirhóza** (Ehrmann et al., 2006).

V evropských zemích, zejména ve východní Evropě, je podle oficiálních údajů **nejvyšší spotřeba alkoholu** a s tím souvisejících zdravotních dopadů na světě (WHO, 2007). Jeho konzumace se v evropské populaci podílí na předčasné ztrátě zdraví v 11,6 % (17,3 % u mužů a 4,4 % u žen) a zapříčiňuje 6,5 % všech úmrtí (muži 11,0 %, ženy 1,8 %) (Rehm et al., 2009).

V populaci **adolescentů** zdravotní dopady pití alkoholu spočívají zejména ve zvýšeném riziku úrazů a jiných vnějších příčin poškození zdraví, případně úmrtí (Zatonski et al., 2008). Jako ilustraci **významu politiky** vůči alkoholu uvádíme dva příklady. Počátkem 80. let se odhadoval počet úmrtí souvisejících s alkoholem v Rusku na 500 000 ročně. Následující restriktivní opatření ve vztahu k alkoholu způsobila, že spotřeba 100% alkoholu na jednoho obyvatele pronikavě klesla a došlo i ke snížení úmrtnosti související s alkoholem. Tím se za období let 1986–1991 předešlo 1,22 milionu smrtí způsobených alkoholem (cca 200 000 na rok). Za Jelcinovy éry se v důsledku uvolnění trhu s alkoholem spotřeba zvýšila a v roce 1994 zemřelo v souvislosti s alkoholem 751 000 osob, což činilo 33 % všech úmrtí (Nemtsov, 2002).

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale též vůči excesivnímu pití. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití alkoholu jako normální (rozuměj společensky schvalovanou) součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav. V odborné literatuře je prokázán vztah mezi raným začátkem pití alkoholu a pozdějšími problémy. Data z posledního šetření skutečně prokazují, že se české děti do kontaktu s alkoholem dostávají ve velmi útlém věku. Přestože legální věk pro dostupnost alkoholu je věk zletilosti (tedy 18 let), okusí více než polovina českých dětí alkohol poprvé do věku 13 let (Kalman a kol., 2012).

Klíčová zjištění (HBSC):

- Dvě třetiny patnáctiletých pily alkohol poprvé před svými 13. narozeninami a většina z nich se takto brzy rovněž poprvé opila.
- Pravidelné pití alespoň jednou týdně stoupá s věkem, častější je u chlapců. V 15 letech pije třetina dívek a téměř polovina chlapců.
- Pití všech druhů alkoholů stoupá s věkem. Pivo pijí významně více chlapci.
- Téměř polovina patnáctiletých dívek se opakovaně opila, tři čtvrtiny z nich nejméně jednou za poslední měsíc.

- Třetina patnáctiletých se opila v posledním měsíci, většina z nich již vícekrát za život.
- Až polovina mládeže se opije ve 13 letech.

Mladí lidé se nejčastěji opíjejí, vypijí až 9 litrů čistého (100%) alkoholu za rok, což odpovídá 45 lahvím vodky. Závislost na alkoholu u mladých se přesto bere na lehkou váhu. Z výzkumu vyplývá, že lékaři alkoholismus mezi pacienty mladšími 24 let příliš neřeší. Na problémy s pitím se ptají až u těch starších, u nichž se projevují zdravotní komplikace. Jen u pětiny dotázaných mladých lidí lékař zjišťoval, zda nadměrně pijí. „*Mladí Češi jsou spolu s Dány největší pijani v celé Evropě.*“ (Csémy, 2013)

Pravidelná konzumace alkoholu u adolescentů definovaná jako pití během posledního měsíce je ukazatelem **dostupnosti alkoholických nápojů** v této věkové skupině. Zároveň představuje riziko vzniku problémového pití a může mít zdravotně-společenské následky zejména v důsledku rizikového chování pod vlivem alkoholu. Častá pravidelná konzumace alkoholu v době adolescence je významným prediktorem problémového pití a užívání jiných psychoaktivních látek během dospělosti (Grant et al., 2006).

Zároveň představuje také přímé ohrožení zdraví související především s **rizikovým chováním**. Pití alkoholu souvisí také s užíváním jiných psychoaktivních látek, zejména s kouřením tabáku, ale i užíváním nelegálních drog. Kromě toho se prokázala také jasná souvislost s rizikovým sexuálním chováním (WHO, 2007).

Týdenní pití alkoholu roste s věkem poměrně výrazně. V 15 letech takto pije v průměru každé druhé dítě z těch, které uvedly pití za poslední měsíc. Obě pohlaví vykazují téměř lineární růst vzhledem k věku. Křivka u chlapců je strmější oproti dívkám.

Preferování konzumace jednotlivých druhů alkoholu souvisí s tzv. **kulturou pití**, kterou určují historické, kulturní a společensko-ekonomické faktory. Kromě toho se riziko zdravotních následků problémového pití a vzniku závislosti liší s ohledem na druh preferovaného alkoholického nápoje. Podle některých prací adolescentní konzumenti vína relativně zřídka pijí nárazově větší množství alkoholu a riziko zdravotních problémů je u nich nižší. Pití piva a lihovin se u mládeže ve větší míře pojí s rebelstvím a rizikovým chováním. Relativně častěji také vede ke vzniku závislosti na alkoholu (Coder et al., 2009; Flensburg-Madsen et al., 2008; Naimi et al., 2007; Kuntsche et al., 2004; Kuntsche et al., 2006).

Pivo pijí obě pohlaví všech sledovaných věkových kategorií s velkou převahou nejčastěji: v 15 letech pije pivo 40 % chlapců a 20 % dívek, což je z hlediska srovnání mezi pohlavími statisticky významné. Postupně s věkem se k úrovni konzumace vína postupně dostávají také lihoviny a míchané nápoje. V ostatních alkoholických nápojích není mezi chlapci a dívkami statisticky významný rozdíl, i když obecně je větší konzumace u chlapců, a to s jedinou výjimkou: v 15 letech pijí dívky o něco více víno než chlapci.

Pravidelné intenzivní pití vedoucí k opilosti je nejnebezpečnější formou konzumace alkoholu u adolescentů. Vyžaduje pozornost i vzhledem k vysokému riziku vzniku závislosti na alkoholu (Kuntsche et al., 2004; McCarthy et al., 2004).

Pokud se týká **opilosti v 15 letech za poslední měsíc**, opila se třetina adolescentů bez rozdílu pohlaví. Tato skupina v zásadě patří do skupiny těch, kteří se již v životě opili opakovaně.

Opakovaná konzumace alkoholu vedoucí k opilosti poukazuje u adolescentů na osvojování si praktik **nebezpečného nárazového pití**. Čím častěji dochází k opilosti, tím je větší riziko poškození zdraví zapříčiněného rizikovým chováním, tj. zejména úrazy i sexuálně přenosnými chorobami (WHO, 2007, 2010). Kromě toho je významná

část nechtěných těhotenství během adolescence důsledkem sexuálních kontaktů v opilosti (Bennett a Nassim, 2005).

Brzké zkušenosti s pitím alkoholu zvyšují pravděpodobnost užívání nelegálních drog, problémové pití i závislost na alkoholu v dospělosti (Buchmann et al., 2009; Dawson et al., 2008; Patton et al., 2007). Jedním z cílů preventivních opatření je proto oddálit věk, kdy jedinec poprvé konzumuje alkohol (WHO, 2010). Ve 13 letech již požíly alkohol téměř dvě třetiny patnáctiletých respondentů. Z toho se 80 % dívek a 95 % chlapců také tak brzy opilo. Rozdíl mezi chlapci a dívkami byl malý, nedosahoval statistické významnosti (Kalman, 2012).

Konzumace alkoholu vedoucí k opilosti je také ukazatelem **nebezpečného nárazového pití**. Opilost, tedy akutní intoxikace alkoholem, mění úsudek, rozhodování a vede k rizikovému chování ve smyslu zvýšení pravděpodobnosti násilného chování, úrazů a uvolněného sexuálního chování i k somatickému poškozování organismu (WHO, 2004, 2007).

Více než polovina patnáctiletých se opila již před třináctými narozeninami – na Slovensku pro srovnání jen sedmina!

Podle primáře Nešpora z Psychiatrické léčebny v Praze-Bohnicích se děti dostanou k alkoholu bez problémů doma i v obchodech. Hlavní důvody, proč mladí pijí, jsou pocit uvolnění, ztráta zábran a vnímání veselejší a společenější nálady. Převážná většina uvádí, že největší vliv na jejich popíjení měli rodiče, kteří mají k alkoholu benevolentní přístup, sami pijí nebo ho dětem podali. Mnoho mladých pijáků začalo pít kvůli kamarádům nebo partě, ve které se pohybují.

17.4 Užívání nelegálních drog

Již po tisíciletí existují nejrůznější omamné látky, ale dnešní problémy s omamnými a návykovými jedy jsou jednoznačně **uměle vytvořeným produktem novověku**. Co zatím příroda nevynalezla, dokážou vymyslet výrobci drog. Dřívější užívání magických látek bylo společensky regulováno kulturními zvyky a sakrálními obřady. Dnes se stala konzumace drog všední záležitostí. Motivy jsou slast, útek z reality, vytvoření jakéhosi protisvětla, nuda, ztráta orientace nebo patologické psychické poruchy. Za větší konzumaci omamných látek všeho druhu jsou ekonomické a sociálně-politické příčiny.

Není pochyb, že v **pozadí distribuce drog** po celém světě jsou silné ekonomické celky a vlivná lobby. V mnoha zemích postup proti drogám funguje jen jako placebo efekt, někde je tendence ke zjemňování jejich negativního účinku (i určité kruhy u nás), jinde, např. v Číně, která vychází z historických zkušeností (opiové války), je postup velmi tvrdý s veřejnými popravami dealerů.

Drogy jsou obecně **omamné či psychotropní látky**, které ovlivňují nebo úplně mění lidské vnímání a vyvolávají drogovou závislost. Existuje velké množství drog, které se dělí do několika dále popsanych skupin.

Asi nejznámější dělení drog je na dvě hlavní skupiny, tedy **drogy tvrdé a měkké**. Toto dělení se vztahuje k riziku, které se pojí s jejich užíváním. Zjednodušeně lze říci, že čím je droga „tvrdší“, tím větší poškození je schopna vyvolat. Dělení drog na tvrdé a měkké (a s tím spojená legalizace měkkých drog) je velice diskutovatelné a má své příznivce i odpůrce. Jedna z variant:

- **měkké drogy:** marihuana, hašiš, kokový čaj, káva, čaj
- **tvrdé drogy:** extáze, heroin, kokain, LSD, lysohlávky, morfin, pervitin, toluen aj.

Další dělení, které se používá nejčastěji, je **dělení podle účinků drogy**. Rozdělení drog podle účinku bere v úvahu převládající efekt látky na psychiku zdravých lidí. To znamená, že pokud je nějaká látka zahrnuta mezi halucinogeny, neznamená to, že nemá např. také efekt stimulační.

DĚLENÍ DROG PODLE ÚČINKU

Kanabinoidy

Kanabinoidy patří mezi látky s halucinogenním účinkem a jsou obsaženy v rostlině *Cannabis* (konopí). Ta obsahuje mnoho účinných látek, z našeho hlediska je nejzajímavější delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), který je nositelem halucinogenních účinků. Mezi kanabinoidy patří hašiš a marihuana.

- **Hašiš** je ve skutečnosti samotná pryskyřice získaná z konopí, obsah účinných látek je až 40 %. Hašiš se nejčastěji kouří v podobě tzv. jointů (marihuanová nebo hašišová cigareta) nebo pomocí dýmek.
- **Marihuana** je směs listů, větviček, semen, květů a palic konopí. Celkové množství účinných látek je závislé na mnoha faktorech, např. na pohlaví rostliny, podmínkách pěstování, postupu sušení; obecně lze říci, že se podíl účinných látek pohybuje v rozmezí 1–15 %. Marihuana se stejně jako hašiš nejčastěji kouří formou jointů nebo ji lze také např. konzumovat v podobě různých pokrmů.

Marihuana a hašiš se řadí mezi lehké drogy a mnoho lidí si myslí, že užívání těchto drog je bezpečné. Tento názor však není zcela pravdivý. Vážnější komplikace jsou sice spíše vzácné, avšak dlouhodobé užívání vede k poměrně typickým poruchám paměti, koncentrace, učení a ztrátě motivace. U mužů dlouhodobé kouření marihuany zhoršuje potenci. Stejně tak je chybný názor, že tyto drogy nemohou být návykové, neboť výzkumy prokázaly psychickou i fyzickou závislost.

Halucinogeny (psychedelika)

Halucinogeny mají velký vliv na vědomí člověka a způsobují psychické změny, které mohou vést až do stadia toxické psychózy. Do této skupiny drog patří velké množství látek, které jsou často také používány v lékařství, nejznámější jsou LSD a extáze.

- **LSD** se objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě jde o malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů, v druhém případě o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy, trochu připomínající umělé hnojivo. Užívání LSD je velice nebezpečné zejména proto, že jeho účinek je nevypočitatelný a v některých případech mohou již po prvním užití nastat velké problémy v podobě halucinací a panických reakcí, které mohou trvat až několik dní.
- **Extáze (MDMA)** patří chemicky mezi fenyletylaminy a svými účinky se řadí na pomezí halucinogenních a stimulačních drog. Nejčastěji se vyskytuje ve formě tablet nebo kapslí. Extáze se někdy také nazývá „taneční droga“, protože ji užívají lidé na různých tanečních akcích (párty, kluby, diskotéky apod.), kdy tanečnické požití extáze nepocituje únavu. Extáze má vliv zejména na psychiku člověka. Po požití drogy se většinou projevují pocity klidu a pohody, mizí stres a zlepšuje se nálada, objevují se pocity empatie a potřeby se někoho dotýkat. Velmi nebezpečné

jsou však nežádoucí účinky spojené s užíváním této drogy, mezi které patří absence pocitu žízně, čímž může dojít k přehřátí organismu; dalším nebezpečným účinkem je poškození nervových buněk.

- **Psilocybin** je psychicky velmi aktivní látka a je obsažen v houbách lysohlávkách. Tato droga patří v ČR k nejrozšířenějším halucinogenním drogám. Po požití psilocybinu se dostávají pocity neklidu nebo naopak ospalosti, mohou se vyskytnout bolesti hlavy, poruchy koordinace, mění se vnímání reality, což může vést až k halucinacím.

Opiáty

Název této skupiny je odvozen od opia, což je látka obsažená v nezralých makovicích. Opiáty jsou látky, které mají chemickou strukturu podobnou morfinu, což je také účinná látka většiny opiátů. Opiáty jsou pro svoje účinky používány také v lékařství (narkotika). Spolu s těkavými látkami jsou opiáty považovány za nejnebezpečnější psychotropní látky, neboť jejich závislostní potenciál je opravdu velice vysoký. Mezi hlavní opiáty patří opium, heroin, morfium, Oxikodon a Subutex.

- **Opium** je jedna z nejstarších drog, která byla hojně užívána již v dávné minulosti. Zdrojem opia jsou zelené makovice. Tradičním užíváním opia je kouření nebo vaření odvarů. V dnešní době se opium aplikuje také injekčně přímo do žil. Účinky opia se liší podle formy, v jaké se opium užívá, nejčastějšími příznaky jsou však tlumení mozkové činnosti, tlumení bolesti, navozování pocitu euforie a klidu. Mezi nebezpečné účinky patří neschopnost soustředění, nezáměr o okolí, snížení ostrosti vidění, nevolnosti a zvracení, sucho v ústech, očích a nose, zácpa. Někdy se mohou objevit také křeče, halucinace a pocity úzkosti.
- **Heroin** je nejčastěji zneužívaným opiátem a jeho závislost je považována za nejhorší a společensky nejškodlivější závislost. Na trhu se objevuje ve formě hnědého nebo bílého prášku. Heroin se nejčastěji vstříkává přímo do žil, někdy se i kouří. Jeho škodlivost je přibližně dvanáctkrát vyšší než u opia. Účinky jsou podobné jako u opia, ale mnohem silnější. Vysoké riziko heroínu je v tom, že není nikdy jasné, kolik heroínu je ve skutečnosti obsaženo v jedné dávce – může to být např. jen 5 %, ale také až 90 % nebo 100 %, což je smrtelná dávka.
- **Morfium** – morfin se vyrábí z opia a v lékařství se používá k tišení bolesti. Rychle na něm vzniká psychická a fyzická závislost. Účinky jsou stejné jako u opia.
- **Oxikodon** (Perkodon) je polysyntetický derivát morfinu se strukturou velmi podobnou **kodeinu**. V lékařství se používá k tišení bolesti. Oxikodon navozuje pocit euforie, potlačuje pocity bolesti. Může se aplikovat ve formě tablet, šňupáním nebo injekčně. Vedlejší účinky se vyskytují v podobě zácpy, zvracení, nevolnosti, problémů s dýcháním a zmatečných stavů. Oxikodon vyvolává podobnou závislost jako morfium.
- **Subutex** (Buprenorfin) je používán jako lék proti bolesti. V současnosti je jednou z nejpobulárnějších opiátových drog. Jeho účinek je sice slabší než u heroínu, ale i přesto Subutex heroin postupně vytlačil. Subutex se nejčastěji objevuje ve formě tablet a jeho účinky jsou podobné jako u ostatních opiátů.

Psychofarmaka (trankvilizéry)

Jsou to původem léky na léčení psychotických stavů – zbavují nemocné strachu a halucinací, uvolňují, zklidňují a zmírňují agresivitu pacientů. V současné době jsou však

často zneužívány. Mají řadu nežádoucích účinků, mj. mohou způsobovat poruchy koordinace, vyvolávat stav podobný Parkinsonově chorobě, poruchy oběhového systému, paměti, zhoršení sexuálních funkcí. Jsou nebezpečné, mohou vytvořit i těžkou psychickou a fyzickou závislost s abstinenčními syndromy včetně epileptických paroxysmů. Mezi nejčastěji zneužívaná psychofarmaka patří **barbituráty, benzodiazepiny a Rohypnol**.

Stimulační drogy

Jako stimulační drogy se označují budivé látky nebo také psychomotorické stimulanty, jejichž chemické složení je velmi různorodé. Stimulační drogy vyvolávají tělesné a duševní povzbuzení, které může mít podobu lehkého pocitu svěžesti až nekontrolovaného vzrušení. Nejvýznamnějšími zástupci ze skupiny nelegálních drog jsou pervitin a kokain, mezi legální stimulanty patří látky s mírnějším efektem – káva a čaj. Stimulační drogy sice nevyvolávají fyzickou závislost, avšak způsobují velmi silnou závislost psychickou. Užíváním stimulantů se zvyšuje riziko vzniku srdečních a mozkových příhod.

- **Amfetaminy** jsou látky, které stimulují centrální nervovou soustavu a bývají často používány jako nepovolený doping ve sportu. V lékařství se amfetaminy používaly k léčbě narkolepsie nebo jako součást léků na hubnutí. Mezi vedlejší účinky patří pocit euforie, síly, sebedůvěry a neúnavnosti. Užívání amfetaminů způsobuje ztrátu hmotnosti, srdeční arytmii, zvýšení krevního tlaku, rozvrácení koordinačních funkcí nervové soustavy, objevují se halucinace, úzkosti, těžké deprese a psychózy. Vlivem halucinací při psychóze se objevují také pokusy o sebevraždu. Amfetaminy se objevují nejčastěji v podobě tzv. ice (led), který lze kouřit, dále se aplikují injekčně nebo šňupáním. Lze se s nimi setkat také v podobě kapslí.
- **Kokain** je alkaloid jihoamerického keře *Erythroxylon koka* Lam. Užívání koky se datuje již do doby Inků, kdy sloužila především jako náboženská rostlina. Tradiční způsob aplikace je žvýkání kokových listů, častěji se však kokain aplikuje šňupáním nebo někdy také injekčně. Člověk, který užívá kokain, je veselý, družný, vyskytuje se u něj příjemné halucinace a má potřebu pohybu a fyzické činnosti. Dostavuje se euforie, mizí zábrany a objevují se poruchy chování a hyperaktivita. Při dlouhodobém užívání se objevují stavy úzkosti, paniky, představy, že jedince chce někdo zabít, postižený trpí pocity sledování. Užívání kokainu představuje obrovskou zátěž pro organismus a zvyšuje se riziko srdečních a mozkových příhod. Jeho šňupání vede k často nevratnému poškození nosní sliznice a ztrátě čichu. Při těžké otravě se objevují křeče, slábne krevní oběh, otrávený kolabuje, což může vést až k úmrtí v důsledku ochrnutí dýchacího centra. Psychická závislost na kokainu je často považována za vůbec nejsilnější.
- **Pervitin** (metamfetamin) bývá často označován za „tradiční“ českou drogu. O toto označení se zasloužilo znovuobjevení pervitinu během 80. let právě v ČR. Pervitin je mnohem užívanější než kokain. Pervitin nejčastěji vyrábějí nelegálně tzv. domácí vařiči a vyskytuje se ve formě obvykle bílého prášku. Jeho aplikace je nejčastěji šňupáním nebo nitrožilně. V současnosti se hojně vyskytuje na tanečních akcích, a proto spolu s extází patří do skupiny tanečních drog. Jeho účinky jsou však silnější než u extáze a také je u pervitinu mnohem vyšší potenciál vzniku závislosti. Největší riziko u pervitinu (podobně jako u heroínu) je to, že nikdy není jasné, kolik drogy je obsaženo v dávce a jaká je její kvalita. Dalším problémem je, že uživatel musí dávku neustále zvyšovat, aby dosáhl stejných účinků. Další rizika jsou

podobná jako u kokainu. Pervitin dnes představuje příčinu více než poloviny všech léčení závislosti na nealkoholových drogách v ČR a předávkování pervitinem se nemalou měrou (cca 35 %) podílejí na celkové drogové úmrtnosti.

Těkavé látky

Těkavé látky jsou zřejmě nejnebezpečnější skupinou látek, dokonce nebezpečnější než drogy jako kokain, pervitin nebo heroin. Vyznačují se silným narkotickým (tlumivým) účinkem a snadno u nich dochází k předávkování s následkem smrti. Jejich užíváním vznikají těžká a nevratná poškození mozku, jater, ledvin a kostní dřene. Chemicky jde o uhlovodíky, nejčastějším zástupcem je toluen.

- **Toluen** (methylbenzen) je čirá, ve vodě nerozpustná těkavá kapalina, která se používá na ředění barev. Inhalace (vdechování) jeho výparů způsobuje pocit euforie, objevují se halucinace a změny nálady. U toluenu vzniká silná psychická závislost. Způsobuje vážná poškození organismu – poškození jater, ledvin, mozkových buněk, dýchacích cest a plic, zhoršení paměti a citové výkyvy. Velice snadno může dojít k předávkování, což má často za následek smrt.

Marihuana

Užívání konopí, nejčastěji ve formě kouření marihuany, představuje nejrozšířenější druh nelegální drogy (EMCDDA, 2009). V ČR je marihuana třetí nejvíce užívanou návykovou látkou, hned po tabáku a alkoholu. Ze získaných poznatků lze soudit, že pro žáky vyšších ročníků základní školy je marihuana relativně snadno dostupná (Kalman a kol., 2012).

Výskyt zkušeností s užíváním marihuany lze považovat za ukazatel informující o celkové společenské situaci v oblasti nelegálních drog a jejich rozšířenosti. I když ojedinělé užití marihuany nemusí zapříčinit poškození organismu, její pravidelné užívání je spojeno s mnoha zdravotními následky (Ramstrom, 2004). Kromě toho užívání konopí představuje u adolescentů bránu k užívání jiných drog, což zvyšuje společenskou závažnost této problematiky (EMCDDA, 2009).

Mezi patnáctiletými je zhruba třetina těch, kteří již marihuanu alespoň jednou užívali. Polovina z nich udává, že ji užívali jen jednou, druhá téměř polovina vícekrát (3–9×), což je experimentující skupina, menší část dokonce ještě častěji (10× a více), což již naznačuje sklon k pravidelnému užívání. Rozdíly mezi chlapci a dívkami v 15 letech nejsou, zkušenost s užitím marihuany je podmíněna věkově a sociálně.

I když se užívání marihuany jako nejčastější nelegální drogy často považuje za relativně bezpečné, asi u 10 % uživatelů vzniká somatická závislost, která se projevuje nutkavým pocitem potřeby drogy a abstinenčními příznaky po jejím vysazení. Pravidelné užívání marihuany může spustit projevy psychických onemocnění. U uživatelů jsou častěji přítomny deprese, oslabené kognitivní funkce a narušený sociální vývoj. Kouření marihuany zanechává kromě toho dlouhodobé následky na dýchacích orgánech. Vzhledem k velmi vysokému obsahu dehtu v kouři se předpokládá ještě výraznější karcinogenní efekt než u tabákových cigaret. Zatím existuje jen málo epidemiologických studií, které by přesně stanovily míru tohoto rizika. Užívání konopí u adolescentů také představuje bránu k užívání jiných nelegálních drog a má souvislost s jejich rizikovým chováním (Ramstrom, 2004).

Užití marihuany v posledním měsíci uvádí asi 12 % chlapců a 10 % dívek. Většina uvádí frekvenci 1–2× měsíčně, tedy výjimečně. Mezi dívkami a chlapci není rozdíl v užití, snad jen ve skupině 10× a více je více chlapců (Kalman a kol., 2012).

Klíčová zjištění (HBSC):

- Zkušenosti s marihuanou má asi třetina patnáctiletých.
- Každý sedmý chlapec či dívka v 15 letech s marihuanou experimentuje nebo ji užívá často směrem k pravidelnosti.
- Během posledního měsíce je uživatelem marihuany asi desetina patnáctiletých, k pravidelnosti užívání zřejmě směřují více chlapci než dívky (Kalman a kol., 2012).

Přehled hlavních výsledků studie ESPAD

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) přináší každé čtyři roky přehled, jaký vztah mají mladiství k různým návykovým látkám. Zaměřuje se na mládež ve věku 16 let. Projekt je realizován od roku 1995, v roce 2011 tak proběhla již pátá vlna studie, do které se zapojilo 36 evropských zemí. V ČR na realizaci projektu dlouhodobě spolupracuje Psychiatrické centrum Praha (PCP), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) a Lékařské informační centrum (LIC). Hlavní výsledky:

- V roce 2011 pokračoval pokles zkušeností mládeže s nelegálními drogami, který byl zjištěn již mezi roky 2003 a 2007. Pokles zkušeností byl zaznamenán u všech sledovaných nelegálních drog, poprvé včetně konopných látek (marihuana nebo hašiš).
- Nejčastěji uváděnou nelegální drogou jsou stále konopné látky (42,3 % uvedlo alespoň jednu zkušenost v životě). Na dalších místech se objevovaly zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (v životě vyzkoušelo 10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a s užitím halucinogenních hub (6,9 %). Zkušenosti s LSD (5,1 %), extází (3,3 %) a amfetaminy (2,0 %) byly mezi studenty méně časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain byly v populaci šestnáctiletých minimální (1,4 %, resp. 1,1 %). Na jižní Moravě má nejvíce mladých ze všech krajů zkušenost s heroinem. Naopak klesl počet silných kuřáků.
- V posledních 30 dnech užilo marihuanu nebo hašiš 14,6 % šestnáctiletých, těkavé látky 1,5 %, užití ostatních drog se pohybovalo do 1 %.
- Při extrapolaci na věkovou skupinu 15–19 let mělo tedy odhadem v ČR alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou (především konopnými látkami) asi 250 tisíc osob, opakovanou zkušenost (více než pětkrát v životě) asi 100 tisíc osob.
- Průzkum v roce 2011 potvrdil rozdíly v užívání konopných drog mezi pohlavími – chlapci uváděli vyšší zkušenosti ve srovnání s dívkami. U jiných drog nebyly rozdíly v závislosti na pohlaví významné.
- Podíl denních kuřáků cigaret zůstává dlouhodobě na stejné úrovni. Denně kouřilo v roce 2011 celkem 25 % šestnáctiletých, z nich bylo 8 % silných kuřáků (vykouřilo denně 11 a více cigaret). Rozdíly v prevalenci denního kuřáctví byly mezi chlapci a dívkami malé (27,2 %, resp. 24,2 %).
- V užívání alkoholických nápojů se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let minulého století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva, u děvčat vína a u obou pohlaví vzrostl výskyt pravidelné konzumace destilátů a alkopops (tj. alkoholizovaných limonád). Nadměrné dávky alkoholu (pět a více sklenic při jedné příležitosti) více než třikrát v posledním měsíci konzumovalo 21 % studentů.
- Oproti roku 2007 se nezměnilo subjektivní vnímání rizik spojených s kouřením a pitím alkoholu. Jen 55 % dotázaných považuje denní kouření více než 20 cigaret za velké zdravotní riziko a necelá polovina dotázaných považuje za rizikové pít čtyř nebo více sklenic alkoholu denně.

- Počet uživatelů alkoholu na celkovém počtu hlášených onemocnění syfilis byl v období 2003–2012 v průměru necelé 1 %, u kapavky to bylo ještě méně, cca 0,4 %. Naproti tomu výskyt syfilis u injekčních uživatelů drog (IUD) rostl od roku 2006 a kulminoval v roce 2010, kdy dosáhl 113 případů; v dalších dvou letech došlo k poklesu na 74 v roce 2011 a posléze 59 v roce 2012. U kapavky se mezi roky 2003 a 2010 pohyboval kolem 10 případů za rok, v roce 2011 to byly pouze tři případy, ale v roce 2012 došlo k enormnímu nárůstu na 20 případů (ÚZIS ČR, 2013).
- Alarmující výskyt užívání je mezi adolescenty zvláště u tzv. měkkých neboli lehkých drog: alkoholu, marihuany či hašiše. Drogami jsou ohrožené dívky i chlapci, stírá se už i rozdíl mezi výskytem drog u mládeže na vesnici a ve městě.

„V roce 2011 byl poprvé zaznamenán pokles zkušeností mládeže s užitím konopných látek a dále pokračoval pokles zkušeností mládeže s ostatními nelegálními drogami, který byl pozorován již v předchozím období,“ říká hlavní řešitel studie Ladislav Csémy z Psychiatrického centra Praha, a pokračuje: *„Dlouhodobě závažným problémem však zůstává pití alkoholu mezi dospívajícími. Mezi studenty roste podíl pravidelných konzumentů alkoholu, na oblibě získávají tzv. alkopops, hotové míchané nápoje s obsahem 4–7 % alkoholu, které jsou cílené především na mladé lidi.“*

„Na vysoké úrovni zůstává i subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, a to i přesto, že se jedná o látky, které by šestnáctiletým studentům neměly být volně dostupné,“ dodává národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil. *„Celkem snadno by si cigarety a alkohol dokázalo obstarat více než 85 % studentů. Dlouhodobě převládá podíl respondentů, kteří uvádějí konzumaci alkoholu v restauraci, baru nebo na diskotéce, v posledních letech roste také podíl těch, kteří si alkohol pro vlastní spotřebu kupují v obchodech.“*

„Pozitivním trendem je pokles subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog, který lze u drog typu extáze nebo pervitin sledovat od roku 2003, v roce 2011 došlo k poklesu vnímané dostupnosti i u konopných látek,“ doplňuje Ladislav Csémy. *„Česká republika se dlouhodobě řadí mezi země s nejvyšší mírou zkušeností studentů s užitím nelegálních drog v Evropě.“*

Příčin vzniku závislosti je zřejmě velmi mnoho, navzájem se kombinují a posilují. Důvodem, proč dítě bere drogy, může být nuda, frustrace, pocit vykořenění a osamělosti, stres. Po stimulantech sahají ti, kteří si chtějí zvýšit výkon, získat oblibu, po tlumivých látkách ti, kdo hledají únik. Obecně jde o stav, kdy nemá člověk uspokojeny své hlavní potřeby a drogy se nabízejí jako řešení. Často jsou uváděny následující příčiny:

- neuspokojivá rodinná situace
- vliv vrstevníků
- vliv sociálního prostředí
- dostupnost drogy
- tolerance společnosti k měkkým drogám
- osobnost disponovaná ke vzniku závislosti (tzv. genetické faktory)

Možné vlivy vzniku závislosti

- nespokojenost s vlastním životem
- únik z něčeho, nepřitažlivost toho, co společnost nabízí
- neschopnost nalézt vlastní, uspokojující způsob života

- přitažlivost skupiny těch, kteří již drogu užívají
- touha někam patřit, „předvést hrdinství“
- přitažlivost zážitků, které drogy nabízejí – chuť to vyzkoušet
- biologická (fyziologická, genetická) dispozice
- nuda
- stres
- pocit nejistoty

Důsledky užívání drog a varovné příznaky

Důsledky užívání drog jsou dramatické, od hrubého narušení sociálního zařazení jedince a stagnace jeho celkového růstu až po krajní vyústění – jeho smrt. Jedinec závislý na drogách často nestuduje, je bez práce, rodinného zázemí, přátel, jeho jediným zájmem je sehnat peníze na další dávku, přičemž dochází obvykle k trestným činům. Důsledky závislosti jsou tedy obrovským problémem nejen jedince samotného, ale i celé společnosti.

Varovnými charakteristikami jsou různé předměty, které jedinec má u sebe a dosud nikdy je neměl důvod u sebe mít: nejrůznější oční kapky, spreje, neznámé, podivně zakroucené cigarety, kapsle, tabletky, fajfky, očouzené pinzety, malé lžičky, jehly, stříkačky, skleněné trubičky, malé uzamčené boxy, krabičky, plastové sáčky a skleněné nádoby, mohou se začít objevovat knihy a obrázky s drogovou tematikou.

Fyzické změny se mohou projevit jako opilý vzhled, rudé oči, propadlá víčka, samovolné pohyby očí, velmi rozšířené nebo velmi zúžené panenky, abnormální bledost, úpadek tělesné zdatnosti, neobvyklé chuti k jídlu či nedostatek chuti k jídlu vůbec, hubnutí, vpichy po injekční jehle, zarudlé sliznice, prodělaná žloutenka atd.

Ke **změnám chování** patří celkově hrubé chování, náladovost – deprese a podrážděnost, naproti tomu agresivita, silně odmítavá reakce i na slabou kritiku, změna způsobu mluvy, ztráta smyslu pro odpovědnost, změny v hodnotách, názorech a víře, snižování komunikace s ostatními, nezájem o pocity ostatních, uzavřenost, ztráta zájmu o to, co bylo v minulosti důležité (sport, kultura), letargie, ztráta vitality a energie, změny přátel, odmítání představitel rodičům, tajnůstkářství, lhaní, rozporná tvrzení, změny v oblékání, celkové zanedbávání vzhledu, ztráta věcí nebo peněz, snížení výsledků v práci či ve škole, snížení pozornosti i paměti, pomalé reakce, zapomnětlivost, ztráta motivace, nezájem o školní či pracovní aktivity, nápadně zvýšená aktivita kombinovaná se zvýšenou unavitelností, pospáváním, usínáním ve škole či v práci, snížená disciplína, problémy v chování, tendence odcházet z domova na delší dobu, pozdní příchody, nespolehlivost, krádeže doma, útěky, problémy s úřady, problémy se zákonem.

17.5 Sexuální chování

Okolnosti zahájení partnerského sexuálního života jsou jistě jedním ze základních ukazatelů lidského sexuálního chování. Začátek může mít rozhodující vliv na pozdější sexuální chování jedince. Jako důležitý se jeví věk, ve kterém mladí lidé uskutečnili první pohlavní styk, průběh první soulože, sociální a demografické rozdíly v této charakteristice. Tyto faktory jsou proto sledovány ve většině průzkumů sexuálního chování obyvatelstva v různých zemích.

Brzké sexuální zkušenosti jsou v našem sociokulturním prostředí spojovány s více rizikovými faktory dalšího vývoje osobnosti. Předčasná sexualizace souvisí s vyšším počtem sexuálních partnerů a příklonem k návykovým psychoaktivním látkám. Samotná předčasná sexualizace dětí a mládeže je prokazatelně často důsledkem neurovnaného rodinného prostředí, horší ekonomické pozice rodiny apod. (Kalman a kol., 2012).

Klíčová zjištění

- Více než pětina chlapců a čtvrtina dívek v devátých třídách základních škol (tedy většinou již patnáctiletých) již získala zkušenost s pohlavním stykem
- Mezi dívkami uvádí první zkušenost 9 % čtrnáctiletých a dalších 14 % v 15 letech.
- Zkušenost s pohlavním stykem před 14. rokem je sporadická (Kalman a kol., 2012).

První sexuální zkušenost

Období **puberty a rané adolescence** je obdobím, kdy mladý člověk začíná pociťovat a objevovat svoji sexualitu. Dosažení zralé sexuality, a to jak z pohledu psychologického, tak i fyzického, patří mezi hlavní úkoly, které jsou neodmyslitelnou součástí období přechodu mezi dětstvím a dospělostí. V rámci tohoto přechodu se mladý člověk musí vypořádat s vlastní sexualitou, vyrovnat se s tlaky okolí, mít sex a nakonec se rozhodnout, zda vůbec, kdy a s kým začne být sexuálně aktivní (Roche et al., 2005). Věk **první sexuální zkušenosti** se v posledních desetiletích snižoval, přičemž v posledních letech se tento trend v rozvinutých zemích zpomaluje. Dochází však ke zmenšování rozdílů ve věku první sexuální zkušenosti mezi chlapci a dívkami (Currie et al., 2008).

Brzká sexuální zkušenost se pojí s častějším rizikovým sexuálním chováním, větším počtem sexuálních partnerů, ojedinělým používáním ochrany před nechtěným těhotenstvím a pohlavně přenosnými chorobami, větším rizikem nechtěného těhotenství a nakažení se sexuálně přenosnou chorobou (Crockett et al., 1996; Metcalfe, 2004; Roche, 2005; Wellings et al., 2006).

Věk prvního pohlavního styku je nejen prediktorem sexuálního **rizikového chování**, ale i prediktorem pozdějších gynekologických problémů u žen. Brzká sexuální zkušenost souvisí s dalšími formami rizikového chování, jako je kouření, nadměrná konzumace alkoholu, užívání jiných nelegálních drog, antisociální chování, záškoláctví, útěky z domova apod. (Schofield et al., 2008).

Na sexuální debut má vliv také kontakt s vrstevníky s různým problémovým chováním, nízká rodičovská kontrola a napjaté vztahy v rodině (Metzler et al., 1994). Může odrážet snahu o kompenzování nevhodných sociálních vztahů nebo zvýšení nízké sebeúcty (Crockett et al., 1996). Dívky, které měly pohlavní styk v mladém věku, častěji uvádějí pocity osamělosti, napětí, problémy se spánkem, suicidální myšlenky i chování (Orr et al., 1991).

Sexuální styk je u nás povolen od patnácti let. To však nic nemění na tom, že už od útlého věku mají děti mnoho přirozených sexuálních projevů, před kterými my dospělí zavíráme oči a děláme, že neexistují. „*Je např. zcela běžné, že chlapci už v kojeneckém věku mají každých 90 minut erekci, ať už ji vidíme, nebo ne, a že holčičky si zcela přirozeně mohou pamatovat své první orgasmy z období kolem pěti let věku,*“ vyjmenovává „sex koučka“ Julie Gaia Poupětová. Co s tím? Děti by měly vědět, že tohle všechno je přirozené, ale zároveň to patří do soukromí.

Zatímco v minulých výzkumech Sexuologického ústavu v Praze polovina mladých uváděla, že svoji první sexuální zkušenost získala v přírodě, nyní je to již jenom čtvrt-

tina. V současnosti se přesouvají první zkušenosti do bytů (37 % – počká se, až rodiče odjedou), případně na internátu, na kolejích. „*Nervy ale dokážou udělat své, mladí muži cítí zodpovědnost za uspokojení partnerky, ale i za ochranu před nežádoucím početím. Není proto divu, že při prvním styku dojde často i k problémům s erekcí nebo k předčasně ejakulaci, která je důsledkem velkého rozdílu mezi vysokou sexuální vzrušivostí a současně nezkušeností,*“ říká sexuolog Petr Weiss, garant výzkumu.

Ať se chlapi snaží sebevíc, faktem je, že první milování u dívek je jen zřídka spojeno s vyvrcholením. „*Dívky by proto raději orgasmus ani neměly očekávat, aby nebyly zklamané. Většinou totiž jde o nepříliš příjemný a někdy i bolestivý začátek,*“ dodává prof. Weiss. Nic však není ztraceno, uklidňuje: „*Když se partneři vzájemně domluví, snaží se vyhovět potřebám toho druhého, lze očekávat, že se velmi brzy shodnou a milování pro ně přestane být stresem a stane se potěšením.*“

Positivní je, že v důsledku osvěty stoupá počet mužů, kteří užívají kondom (Belica, 2014). Otázkou je, jak se bude v budoucnosti vyvíjet potratová politika – zda získá na popularitě pilulka, která se však musí užít do 7. týdne, nebo zůstanou ženy a dívky u „klasické“ chirurgické metody.

Sexuálně nevhodné chování

Definovat neadekvátní sexuální chování je velmi obtížné, definice se nevyskytuje ani v zahraniční literatuře. Prevalence ani incidence není přesně známa. Užívají se názvy jako nonkonformní sexuální chování, hypersexualita, vývojově předčasná, nutkavá, agresivní sexualita, sexuálně reagující děti apod.

Sexuální chování se vyvíjí také v kontextu vývoje společnosti, vývoje technologií, v přístupu okolí dítěte k informacím. Sexuální chování má u člověka různé funkce. Může to být prosazení maskulinity nebo feminity, podpora sebeúcty, rozvoj dominance, rozvoj vztahů, zdroj potěšení, uvolnění tenze, vyjádření nepřátelství, zdroj vzrušení, materiální zisk. Vývoj sexuálního chování je podmíněn rozvojem sexuálních emocí, zvláště v období puberty. Jde o schopnost sexuálního vzrušení, dosažení orgasmu a satisfakce a konečně o rozvoj citu zamilovanosti jako erotické fascinace objektem. Chování v dospívání a zvláštnosti psychiky dospívajícího lze chápat jako více či méně úspěšné úsilí o přizpůsobení biologickým, psychickým a sociálním podmínkám. K integritě všech složek dochází v naší populaci mezi desátým až patnáctým rokem věku. Psychosexuální vývoj je vůči somatosexuálnímu opožděn. V tomto období se schopnosti mladých lidí k citovým vztahům i jejich morální postoje a etické hodnoty teprve formují.

Použijeme-li definici **problémového chování** podle Erika Emersona, jde o kulturně abnormní chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, které může ohrozit bezpečí dané osoby nebo druhých lidí (Spilková, 2014).

Secke dětské sexuologie užívá pro sexuálně nevhodné chování tuto verzi: „*Jde o takové sexuální projevy, které způsobují nesnáze v životě jedince. Mohou to být subjektivní pocity dyskomfortu nebo projevy působící nesnáze ve vztahu k sociálnímu okolí. Může se jednat o sexuálně agresivní chování, excesivní masturbaci, egodystonicou sexuální orientaci. Zde se negativní postoj sociálního okolí odráží na duševním stavu jedince orientovaného na stejné pohlaví. Nepochopení a odsouzení ztěžuje jedinci nalezení vlastní identity, zraní osobnosti, pozitivní sebehodnocení. Sexuálně agresivní projevy mohou být jedním z příznaků deviantní preference. Můžeme se setkat s kompulzivním chováním, zneužíváním nových médií, s poruchami sexuální identity v dětství.*“ (Spilková, 2014)

Příčiny sexuálně nevhodného chování mohou být biologické – tělesné: předčasná puberta, opožděná puberta. **Menarche** je nejvýznamnějším ukazatelem sexuální zralosti u ženského pohlaví. Střední věk menarche je v českých zemích 13 let. Významně koreluje s kostním věkem. Hodnocení skeletální maturace považujeme v současnosti za metodu stanovení biologického věku.

V preventivní pediatrii má přesné stanovení **biologického věku** s využitím hodnot sexuální a skeletální maturace nezastupitelný význam. Pro hodnocení používáme Tannerovy tabulky, které hodnotí u dívek rozvoj prsou a pubického ochlupení, u chlapců rozvoj penisu, testes a rovněž ochlupení. Při průběžných preventivních prohlídkách v pediatrii se musíme od 11. roku věku pečlivě věnovat rozvoji sekundárních pohlavních znaků. U obou pohlaví můžeme nalézat řadu odchylek s tím, že u chlapců jsou zevně patrnější: hypospadie, epispadie, retence varlat, kryptorchismus, fimóza, varikokéla, gynekomastie apod. U dívek spadá další bližší vyšetření do kompetence gynekologa.

Vliv na sexuální chování má atypické sociální prostředí nebo zkušenosti jako dysfunkční rodina, chronické onemocnění v rodině, zneužívání psychoaktivních látek apod. Velký dopad na zdravý vývoj dítěte mají traumatické zážitky, jako je sexuální zneužívání, případně komerční sexuální zneužívání (kap. 18). Z psychologických příčin to může být narušené sebehodnocení, anomální vývoj osobnosti, neurózy, mentální postižení, duševní nemoc. Častý je výskyt komorbidit s pervazivními vývojovými poruchami. Změny chování zaznamenáváme u sexuologických diagnóz, jako je rozvíjející se porucha sexuální preference, a kombinace více příčin.

Jaké pozorujeme **změny chování**? Mohou to být experimenty na vlastním těle, na druhém pohlaví. O sexualizovaném chování hovoříme, pokud dítě náhle věnuje zvýšenou pozornost pohlavním orgánům či různým sexuálním aktivitám. Zvýšenou pozornost věnujeme penetračním aktivitám, zavádění různých předmětů do pochvy, do konečníku. Mezi rizikové známky patří zvýšená celková agresivita, autoagresivita, týrání zvířat, pyromanie. Okolí jedince upozorňuje na nutkavou masturbaci. Zde je potřeba rozlišit, zda jde o náhradní chování, uvolnění tenze, zda je to zdroj potěšení nebo vzrušení.

Při **sexuální anamnéze** zjišťujeme atypický sexuální vývoj – nadměrnou ostýchavost, poruchy sebehodnocení, problémy v seznamování, neobratnost při dvoření se, absenci empatie, pozdní zahájení pohlavního života (kolem 26 a více let). U mladistvých můžeme zaznamenat nenávisť k ženám, nepřijetí mužské role, narcismus, vysokou dominanci, často zneužívání alkoholu a drog. V anamnéze bývá kriminální činnost, kde hodnotíme, zda jde o opakování, nebo o jednorázový delikt. Neblahý je vliv internetu, kde dítě snadno podlehne svodům a může se stát obětí sexuálního zneužívání (kap. 18).

Sexuologické vyšetření dítěte stojí v první řadě na navázání terapeutického vztahu. Je to dlouhodobý proces; zpočátku se hledá společný jazyk. Jelikož dítě většinou nechápe, proč má jít na vyšetření, a je do sexuologické ordinace *de facto* dotlačeno, zaujímá většinou obranný nebo negativistický postoj. Pro každého, především pro pubescenta, je těžké sdělovat svoje pocity, hovořit o masturbačních fantaziích. Pro objektivnost je nutná spolupráce s rodinou. Někdy rodiče mají hyperprotektivní postoj a chování nebo činy, pro které bylo dítě doporučeno k vyšetření, bagatelizují. Můžeme se setkat s odlišným postojem otce a matky. Bez podrobné rodinné a osobní anamnézy však nelze ve vyšetření pokročit. Někdy přichází dítě, které

pobývá v ústavní péči (dětském domově, diagnostickém ústavu apod.). I odtud je velmi přínosné poskytnout lékaři zprávy o chování jedince od vychovatele, učitele, psychologické vyšetření.

K objektivnímu vyšetření patří tělesné vyšetření ke stanovení různých odchylek. Při podezření na předčasnou nebo opožděnou pubertu doporučíme endokrinologické vyšetření. Přístrojové vyšetření falopletysmografické má své limity a jen výjimečně u spáchaných trestných činů vyšetřujeme chlapce před 15. rokem věku. Sexuolog často řeší, zda jde o parafilii, nebo o psychosexuální infantilismus. V případě zjištění sexuální deviace agresivního typu doporučujeme hospitalizaci pacienta na pedopsychiatrickém nebo sexuologickém oddělení k dokončení komplexního diagnostického postupu s eventuálním zahájením hormonální léčby.

Hlavním **cílem terapie** je zvýšení kvality života. Léčba by měla vést k odstranění či zmírnění subjektivní symptomatiky, jako je dyskomfort spojený s atypickými sexuálními projevy, a zmírnění sociálních problémů způsobených atypickými sexuálními projevy. V léčbě se uplatňuje jak psychoterapie (individuální, rodinná, skupinová, především racionální, kognitivně behaviorální a dynamická), tak farmakoterapie psychofarmaky, antiandrogeny, se schválením endokrinology analogy gonadoliberinů. Léčba může probíhat formou ambulantní nebo ústavní, může být dobrovolná nebo nařízená soudně. Podle skutkové podstaty trestného činu se odvíjí další postup: výchovný dohled, ochranná výchova.

Závěr

Z výše uváděného vyplývá, že léčba těchto pacientů je komplexní proces, který zahrnuje faktory behaviorální, psychologické i farmakologické. Je nezbytná interdisciplinární spolupráce – s rodinou, učiteli, vychovateli, s pediatry, s orgány OSPOD; pokud jde o trestný čin, pak i s orgány činnými v trestním řízení (Spilková, 2014).

17.6 Patologické hráčství – gambling

Níže vypočítaná rizika vystupují do popředí nejen u patologických hráčů, ale také u lidí, kteří hrají často. Následující výčet je spíše přehledem z literatury a nečiní si nárok na úplnost. Lze mj. uvést, že některé projevy (např. zvýšená tepová frekvence při hazardní hře) byla zjištěna také u normálních osob.

Patologické hráčství bývá obvykle zaregistrováno pozdě, poté co se mladistvý dopustí trestné činnosti, aby získal peníze na hru. Právě u mládeže nastupuje nebezpečí krádeží mnohem dříve než u dospělých, neboť mladí nevlastní žádný svůj majetek, který by se dal prodat nebo jinak zpeněžit.

Patologické hráčství postihuje převážně muže (poměr mezi muži a ženami je zhruba 10 : 1), zřetelné rozdíly však nejsou v míře vzdělání ani v místě bydliště. Na **rozšíření gamblingu** mělo velmi negativní vliv obrovské zvýšení počtu hracích automatů nejen ve městech, ale i na vesnicích. Běžně je přehlíženo i hraní dětí mladších 15 let.

Patologické hráčství se vyvíjí ve třech fázích: fázi výher, fázi prohrávání a fázi zoufalství. Hra představuje dialog hráč-prostředí, jehož součástí je prvek experimentování s lidmi a se svými schopnostmi, přičemž má svůj model s vlastní logikou. Závislý člověk své prostředí přestává vnímat a věnuje se modelovému chování, které jej pohlcuje. Výsledkem je, že si není vědom svých ztrát, což je patrné zejména u gamblerství.

Častější rizika pro hazardního hráče

- nemoci související se stresem
- sociální problémy
- poruchy spánku
- vyšší výskyt posttraumatické stresové poruchy
- deprese
- úzkosti
- vyšší riziko uvěznění
- agrese vůči vlastní osobě

Lze se ale také setkat s:

- homosexuální prostitucí u chlapců, kteří potřebují peníze na hru
- vyšším rizikem rozvoje závislosti na alkoholu, tabáku a drogách
- z toho plynoucí tachykardií, anginou pectoris, kardiomyopatií, jaterními onemocněními až s cirhózou apod.
- vyšším výskytem obezity, artritidy apod.

Rizika (nebezpečnost) pro rodinu

- finanční strádání
- sociální izolace rodiny
- v rodině vážne komunikace
- ustává sexuální život
- mnohem častější je výskyt domácího násilí
- cca třikrát vyšší riziko rozvodů
- zneužívání dětí a násilí vůči nim
- úzkostné a depresivní příznaky
- duševní poruchy a návykové nemoci u dalších členů rodiny

Děti bývají:

- citově i materiálně zanedbávány
- objevují se u nich duševní problémy
- pocitu viny za chování rodičů
- i u nich je větší riziko patologického hráčství a zneužívání alkoholu a drog

Rizika (nebezpečnost) pro širší okolí

- zpronevěry
- pracovní úrazy
- selhávání v zaměstnání apod.

Odhaduje se, že problémové (patologické) hráčství zhorší kvalitu života cca 10–15 lidem (přátelům i spolupracovníkům) v okolí hráče.

Jak se projevuje hazardní (problémová) hra v pracovním prostředí?

- žádosti o dřívější vyplacení zálohy na plat
- tajnůstkářství, neochota hovořit o finančních záležitostech
- vybírání neplánovaných dnů dovolené
- kolísání nálad, podrážděnost

- konflikty hráče se spolupracovníky kvůli dluhům vůči nim
- ekonomická situace je horší, než by odpovídalo výši výdělku
- exekuce na plat
- návštěvy věřitelů na pracovišti nebo vzrušené telefonáty s nimi
- během pracovní doby surfuje na internetu a hledá stránky, které souvisejí s hazardní hrou
- zabývá se v pracovní době jinými materiály, které mají souvislost s hazardem

Rizika v chování hazardního hráče v pracovním prostředí

- pozdní příchody, absence
- nepřiměřeně dlouhé polední přestávky
- předčasné odchody z práce, které nevysvětlí
- zhoršená kvalita práce
- zneužívání služebního telefonu
- osobní nebo i ukradené věci prodává v práci
- krade majetek zaměstnavatele a snaží se jej prodat jinde
- dopouští se zpronevěr a podvodů
- vyšší riziko korupce
- vyšší riziko úrazů z důvodů vyčerpání
- horší komunikace se spolupracovníky (mlží, lže, vyhýbá se komunikaci)

Rizika (nebezpečnost) pro širší společnost

- náklady na vyšší nemocnost a léčbu hráče i lidí v jeho nejbližším okolí
- rostou sociální náklady
- nižší vzdělání a horší zdravotní stav dětí
- časté zneužívání alkoholu a drog u hráčů i u osob ve společné domácnosti
- trestná činnost a náklady s ní spojené
- nezaměstnanost, bezdomovectví

Kriminalita u patologických hráčů: častější u nich jsou

- krádeže
- zpronevěry
- podvody
- neplacení dluhů
- loupeže
- vloupání
- vydírání

17.7 Závislost na internetu

Na celém světě je více než miliarda uživatelů internetu. V posledních letech dochází k výraznému nárůstu uživatelů. Světový primát podle aktuálních dat, získaných v rámci výzkumného projektu World Internet Project 2, patří Jižní Koreji, kde internet pravidelně využívají přes dvě třetiny obyvatelstva. V ČR internet využívá polovina obyvatel.

Muži využívají internet o něco více než ženy (53,9 % a 46,1 %). Trend zvýšeného využívání internetu je především mezi mladými lidmi. Průměrně tráví lidé na internetu

kolem 10 hodin týdně. Podle nedávné studie Masarykovy univerzity se počet závislých na internetu v ČR pohybuje kolem 3,4 %, avšak u dětí mezi 12. a 15. rokem je to až 23 %! Nejvíce problematické na internetu jsou podle odborníků online hry, pornografické stránky, sociální sítě a chatování. Nahrazují totiž základní potřeby, jako je zábava, mezilidský kontakt a sex – a jsou k dispozici 24 hodin denně, a to téměř okamžitě a bez námahy.

Kromě jiného je internet ve stále větší míře využíván k hraní her. Ve studii World Internet Project v ČR udávalo hraní online her přes 70 % adolescentů a přes 30 % lidí v produktivním věku. Jedním z nejpobulárnějších druhů online her je tzv. MMORPG – Massively Multiplayer Online Role Playing Game. Statistiky vedené serverem MMORPG Chart3 ukazují přes 13 milionů aktivních účtů používaných pro vstup do her, a to jen u her placených; nevíme, kolik milionů dalších uživatelů využívá hry neplacené.

Netomanie je závislost na internetu a na PC hrách. Na jejím vzniku se podílejí dvě oblasti: jak uživatel internetu vnímá sebe sama a jak vnímá své okolí. Na internetu jsou závislejší lidé s tendencí zabývat se sebou samým. Častá je komunikace s podobnými jedinci, zabývání se myšlenkami na internet, nízké sebehodnocení, pochybnosti o sobě. „Když jsem na internetu, jsem v pohodě, něco znamenám, jinde nestojím za nic.“

Netoman

- tráví u internetu nadměrné množství času bez cíle
- má nutkavou potřebu neustále kontrolovat e-mail, surfovat po www
- myslí na internet při jiných aktivitách
- ztrácí zájem o okolí, omezuje činnosti, které jej před tím uspokojovaly, izoluje se od okolí
- postižený si je často vědom vlastního chování, snaží se ho maskovat

Závislost na internetu

- Závislost na online hrách, internetu či médiích lze srovnávat s jinými druhy závislostí.
- Lidé převážně 20–35 let staří.
- Závislost na internetu je závislostí primárně psychickou, ne fyzickou.
- Je relativně malý rozdíl mezi gamblerstvím a netomanií – jde o ztrátu sebeovládání, touhu po chování, které směřuje k příjemnému prožívání. Tato charakteristika se hodí na všechny nedrogové závislosti. Člověk se může stát závislým na všem, co mu umožní zbavit se či potlačit nepříjemné pocity nebo před nimi uniknout.

Většina **potíží** vyplývá z množství času stráveného za PC:

- **fyzické potíže** – poškození krční páteře, špatné držení těla, zhoršení krevního oběhu, přetížení některých oblastí, zduření šlach, poškozování očí. Anatomické změny se dostaví za 5–7 let u dospělého i u dítěte. Čím dříve se problémy vyskytnou, tím širší a hlubší důsledky mají. Problémy se týkají páteřních plotének, zkrácení svalových vláken, vizuálního systému. RSI syndrom – potíže pojivového, cévního a nervového systému a další.
- **psychické potíže** – poškození neuronů, celkové přetěžování, resp. zahlcování. Porucha soustředění, klesá pozornost. U dětí hrozí poškození mozkové kůry a pokles intelektových schopností, podobně je tomu u závislosti na televizi.

- **sociální potíže** – počítač se stává náhražkou lidské interakce a komunikace; to je zvláště nebezpečné u dětí, jež se učí komunikovat s okolním světem. Závislost na erotických stránkách – narušení partnerského a sexuálního života, snížená schopnost komunikace s opačným pohlavím.

Možnosti prevence, nápravy:

- pravidelné cvičení
- speciální cvičení
- přestávky a pohyb v průběhu pracovní činnosti
- úprava pracoviště

Netomanie se projevuje v užívání **specifických služeb**, které internet poskytuje. Může jít o závislost na:

- e-mailové nebo chatové komunikaci
- online okruzích, burzách, aukcích, nakupování
- online pornografii
- počítačových hrách

KYBERSEX

Laboratorní krysa, které na Standfordské univerzitě zavedli do mozku elektrody, zemřela na slast. K dispozici měla potravu, samečka a „tlačítko slasti“. V mozku máme *fasciculus telencenfalicus medialis* (pruh bílé hmoty, tzv. centrum slasti).

Ze života pacientů

„Na pornostránky jsem se dostala omylem, když jsem v práci špatně napsala internetovou adresu. Pobavilo mě to a hned jsem se k práci vrátila. Pak mi to ale vrtalo hlavou a ze zvědavosti jsem se na stránku opět podívala. Za pár dní jsem to dělala běžně a po několika týdnech jsem skoro nedělala nic jiného a podřizovala jsem tomu veškerý čas. Lhala jsem svému manželovi, že mám práci přesčas, abych mohla pokračovat v prohlížení. Musela jsem na „to“ myslet ve dne v noci a přestávala jsem plnit své povinnosti v práci i doma. Byla jsem depresivní a uzavřená.“

Žena, 35 let, vdaná

„Má pracovní výkonnost klesla nejméně o 75 %. Trávil jsem průměrně tři hodiny denně prohlížením webových pornostránek. Masturoval jsem, i když sekretářka klepala na dveře nebo jsem měl telefonát od soudu. Byl jsem rudý, zpoceny, ale nezastavilo mě to.“

Muž, 34 let, ženatý

Doporučení, jak se bránit kybersexu

- **Zabezpečte počítač** – smažte všechny soubory, e-mailové adresy, fotografie, softwarové vybavení, záložky, všechno, co souvisí se sexuálním obsahem. Nainstalujte

si filtry erotických materiálů. Doma umístěte počítač na nějakém veřejném místě, kde je vidět, a nepoužívejte ho, pokud nikdo není doma. V zaměstnání umístěte počítač tak, aby bylo na monitor vidět od dveří vaší pracovny.

- **Pokud vyhledáte terapeuta** – do léčby zapojte i manžela/manželku, partnera/partnerku, oba navštěvujte jak individuální, tak párové terapie.
- **Sežeňte si dostupné informace** o závislosti na kybersexu, o závislostech obecně.
- **Bojujte proti samotě a fyzické lenosti** – vymýšlejte program pro chvíle se svými blízkými a snažte se s nimi trávit co nejvíce času. Snažte se o získání nových přátel, sportujte, vytvořte si denní harmonogram. Snažte se pro každý den najít něco, na co byste se mohli těšit. Plánujte alternativy, pokud by něco nevyšlo.

Iluze nekonečnosti je nekonečnou iluzí. Vy jste ten či ta, kdo zapnul počítač, ne naopak.

DĚTI A INTERNET

- Internet není cenzurované médium.
- Možnost přijít do kontaktu s nevhodným materiálem (pornografickým, s agresí).
- Dítě může prozradit citlivé informace o sobě a o své rodině.
- Pedofilie virtuální – hrozba reálné schůzky (kap. 18.7 – grooming).
- Je nutné, aby si děti domlouvaly schůzky na veřejných místech a řekli o tom rodičům a přátelům. Lidé mohou mít různé skryté motivy a požadavky.

Každou sekundu na internetu přes 28 tisíc lidí sleduje pornografii a každých 30 minut vznikne nový „film pro dospělé“.

Podle výzkumů patří k největším konzumentům porna na internetu děti od 12 do 17 let. Děti považují scény z pornografie za normální sexuální chování a očekávají, že podobně bude probíhat jejich budoucí sexuální život. Pornografie má dnes na jejich sexuální vývoj větší vliv než rodina a škola.

Každé 50. dítě ve věku mezi 11. a 16. rokem bylo na internetu požádáno o fotografii svého genitálu. 28 % českých dětí ve věku 11–16 let se setkala na internetu s pornografickým obsahem a 40 % dětí neřekne rodičům, že se setkaly s pornografií na internetu. 8 % dětí umístilo svoji nahou fotografii na internet, 12 % dětí takovou fotku poslalo někomu přes internet, 9 % se setkalo s tím, že někdo jiný (kamarád) umístil jejich sexy fotku na internet (Seznam.cz).

Seznamování přes internet

Děti stále častěji hledají kamarády a v případě dospívajících i partnery po internetu. Mohou narazit na podvodníky. Seznamování po internetu je zadarmo, jednoduché, rychlé, anonymní a ideální pro ty, kteří jsou stydliví a naživo by nikoho neoslovili. Kde jinde by se měly seznamovat děti, které žijí internetem? Na druhou stranu může přinést i přetvářku a setkáme se na něm s lidmi, kteří si vytvářejí falešné identity.

Procento **podvodníků na seznamkách** se podle údajů společnosti Seznam.cz každoročně zvyšuje. Obvykle tito lidé uvádějí takové informace, které seznamovací inzerát dělají zajímavější. Vydávají se za producenty, lékaře, vojáky na zahraničních misích nebo vrstevníky dospívajících. Ubírají si kila i věk. Mají promyšlený příběh, který na první pohled vypadá jako pravda. Mladá slečna nebo kluk tak mohou otevírat srdce někomu, koho by na ulici ani nepozdravili. A v dobré víře s ním vyrazí i na schůzku.

Podle nedávného průzkumu portálu Seznam.cz (2014) nepovažuje 63 % dotázaných dětí ve věku 11–17 let za problém osobě, kterou zná jen přes internet, sdělit svoje jméno a příjmení. E-mailovou adresu je ochotno sdělit 43 %, 39 % pošle fotografii svého obličej. 43 % bylo pozváno takto na schůzku a 55 % je ochotno jít!

Dětské internetové desatero

1. Nikomu na internetu nedám svou adresu, jméno své školy ani adresu práce mámy a táty, telefonní číslo domů nebo do práce rodičů.
2. Když narazím na internetu na něco, co je mi nepříjemné, řeknu o tom tátovi a mámě.
3. Nikdy se nesejdu s někým, s kým jsem se seznámil/a na internetu, bez souhlasu rodičů.
4. Když se scházím s někým, koho jsem potkal/a na internetu, dám si sraz na veřejném místě a nechám se doprovodit rodiči.
5. Nikdy nepošlu e-mailem (po ICQ apod.) svou fotku bez povolení rodičů.
6. Nebudu odpovídat na žádné zprávy, které jsou zlé a urážlivé.
7. Není to moje vina, když se mi něco takového stane. Když dostanu urážlivé zprávy nebo se mi stane něco jiného, řeknu o tom rodičům.
8. Domluvím se s rodiči na pravidlech používání internetu a budu je dodržovat.
9. Hlavně se musím s rodiči domluvit, kdy budu internet používat a jak dlouho.
10. Nebudu na internetu navštěvovat místa, která mi rodiče zakázali.

Pravidla pro rodiče

1. Zabezpečení počítače: software proti erotickým stránkám apod.
2. Umístění počítače v místnosti pro celou rodinu.
3. Děti nekritizujte, ale vytvořte si vzájemnou důvěru. Nemusí se vyplatit, když budou lhát.
4. Internet nemusí odpovídat realitě.
5. Nechte se dítětem poučit o i-sluzbách, možnostech, mluvíte o tom, co dělá na internetu, surfujte společně.
6. Nikdy nenechte jít dítě na schůzku s někým, s kým se seznámilo na internetu, samotné.
7. Vzdělávejte se.
8. Další doporučení jsou na adrese www.seznamsebezpecne.cz.

Závislost na počítačových hrách

- Počítačové hry jsou některými autory začleňovány do oblasti virtuální reality.
- Je méně nebezpečná než výherní automaty (menší finanční důsledky).
- Má mnoho společných rysů s gamblerstvím. Gambling = dluhy, rodinné a osobní a pracovní problémy. Hra = únik z reality.

Dělení PC her

Existují různé typy PC her podle herního stylu, potřebného hardwaru, způsobu zpracování, námětu či žánru, podle způsobu prezentace postav apod. Podle herního stylu lze rozlišit:

- adventury
- akční hry
- arkády

- logické hry
- Role-Playing Games (RPG)
- simulátory
- hry se sportovní tematikou
- strategie
- MMORPG
- MUDy apod.

Možná rizika v oblasti PC her:

- v oblasti násilí či agresivity – hráč se na násilí podílí aktivněji než v televizi nebo kině
- nácvik a prožitek násilí
- změny v chování a jednání hráčů – růst verbální a fyzické agresivity hráčů
- změny v životním stylu
 - změny postojů, hodnot, zájmů apod.
 - jednostrannost zaměření, zakrnělost v sociálním zrání, deformace v komunikaci a v sociálním citění apod.
- změny v oblasti fyziologické, psychologické a duchovní – významné faktory:
 - deficit pohybu
 - narušení sociálního vývoje
 - neuvědomování si reality času
 - únik před problémy reálného života do hry
 - pseudonaplnění potřeb
 - pocit, že hráč patří do světa „vyvolených“

Hraní her může vést k:

- vytěsnění ostatních běžných aktivit
- potenciál světa hry je stát se „pravým světem“
- žití dvou životů – to je náročné pro patologicky predisponované jedince (schizoidně organizovaná osobnost)
- závislosti
- patologickém hráčství
- silnému puzení ke hře a představám o hře
- prožívání stresu ze hry
- virtuální nevolnosti (vyskytuje se u her simulujících letadla, lodě apod.)

Virtuální realita

Tělo nerozlišuje, zda jde o realitu, nebo o virtuální realitu, např. reaguje stejně při ohrožení zuřivým psem jako ve skutečnosti.

„*Nej, nepije, nechodí ven a klidně si nastaví budík na čtvrtou hodinu ráno, jen aby si mohl zahrát hry na počítači. Když mu chci vypnout internet, považuje to za zásah do své vlastní svobody,*“ popisuje nešťastná matka šestnáctiletého studenta z Brna. Mladík není jediným, kdo v ČR trpí nutkavou potřebou být stále online. Takových dětí je 1 % a počty stále stoupají, jak vyplývá ze studie EU Kids Online z roku 2012. Tehdy se studie realizovala na 25 000 dětech z 25 zemí EU.

Není jednoduché to určit, ale podle jiné studie, která pracovala s větším vzorkem, je u nás závislých 3–5 %, jak uvádí psycholog David Šmahel z FSS MU. Číslo jsou podle něj tak varovná, že se rozhodl uspořádat speciální kurzy pro děti a rodiče s tímto pro-

blémem. „Jedná se o kurzy pro děti ve věku 7–14 let a jejich rodiče, aby pochopili, proč jejich děti nadužívají internet a digitální technologie obecně.“ Je vedoucím vědeckého týmu zaměřeného na rizika internetu pro děti včetně online závislostí, kyberšikany a IT bezpečnosti a je zároveň otcem dvou dětí. „Tento projekt je pro mne propojením rodinného a vědeckého života.“

Internetová závislost málokdy existuje bez příčiny, vyskytuje se spíše jako symptom, např. šikany. „Na základní škole neměl syn moc kamarádů. Stěžoval si, že si s vrstevníky nemá co říct, protože pořád mluví jen o počítačových hrách. A to je jeho argument, proč to teď na střední škole dohání,“ komentovala to matka šestnáctiletého středoškoláka.

Rodiče často řeší tento problém zákazy, které ale někdy vedou jen k dalším konfliktům. „Když chci Vincentovi hraní omezit, bývá rozčilený a začíná se mnou smlouvat. Většinou pak dojde k hádce, kdy musím zvýšit hlas a počítač mu násilím vzít a zamknout do šuplíku,“ řekl otec osmiletého chlapce. A právě na komunikaci mezi rodiči a jejich potomky se David Šmahel ve svých kurzech zaměřuje. „Cílem je, aby rodiče pochopili, proč mají jejich děti nutkavou potřebu sedět u počítače.“

„Určitě je důležité pracovat s dětmi s rizikovým chováním, ať už je to sebepoškozování, nebo různé druhy závislosti, ale hlavní cílová skupina jsou rodiče, kteří musí upozornit na úskalí číhající na internetu a udržovat pohodu v rodině,“ okomentovala to také psycholožka Petra Vondráčková z pražské Kliniky adiktologie, která se zabývá závislostním chováním.

„Je správné, že se tyto kurzy pořádají. Hodnotím je pozitivně, protože cílí jak na rodiče, kteří tím dávají najevo svůj zájem o dítě a mohou si mezi sebou vyměňovat zkušenosti, tak na tu stěžejní skupinu, tedy samotné děti,“ řekla vedoucí PPP v Brně Lenka Skácelová.

Míru závislosti budou organizátoři kurzu zjišťovat přes dotazník. „Kritérií je pět a týkají se např. fyzických příznaků, kdy má dítě neustálou potřebu vracet se k internetu nebo zanedbává jiné záliby a povinnosti,“ řekl Šmahel, který zdůrazňuje nutnost dětem porozumět, nikoliv jen dávat zákazy. „Chceme především zlepšit atmosféru v rodině,“ dodal.

Pět druhů závislosti na internetu (Kolibová, 2014)

Sledujte chování dítěte:

- **význačnost** – jak je pro dítě daná online aktivita důležitá, např. zda na ni neustále myslí.
- **změny nálady** – abstinenční příznaky: dítě má horší náladu, pokud odejde od internetu, anebo naopak lepší, když na něj přijde.
- **snášenlivost** – dítě potřebuje trávit u internetu stále více času.
- **recidiva** – dítě se pokusilo omezit čas na internetu, ale neúspěšně.
- **konflikt** – kvůli internetu dochází ke konfliktu mezi dítětem a běžným světem – např. hádky v rodině, absence ve škole, dítě se méně stýká s kamarády (více na www.rodinavsiti.cz).

Hráči počítačových her

Pohled na aktivní hráče počítačových her se mění. I díky osvětě už to ve velké většině nejsou podivní uvězněni ve virtuální realitě. Průzkum ukázal, že jsou převážně společenští, sportují, chodí se bavit.

Vyhublý, brýlatý, zakřiknutý kluk ve vytahaném tričku s potiskem komiksové postavičky. Samotář ponořený do vlastního světa. Tak si stále ještě hodně lidí představí typického hráče počítačových her. Jenže ono to tak vůbec není.

Průzkum společnosti Intel mezi návštěvníky herního portálu Grunex.com ukazuje, že 81 % z 1939 dotazovaných vyráží za zábavou minimálně jednou do týdne a více než třetina z nich má přítele nebo přítelkyni. Klasický fanoušek počítačových her hraje 3 hodiny denně, studuje, blíží se mu 18 let. Více než polovina začala hrát již před osmým rokem života. Věk, kdy děti přicházejí do kontaktu s počítačovými hrami, se neustále snižuje. U dnešních dětí je to na úrovni mezi třetím a čtvrtým rokem (Březinová, 2014).

Výzkumná organizace ISFE realizovala výzkum v 16 evropských zemích, vzorek sledovaných v každé zemi byl kolem 600 respondentů. Po srovnání bylo zjištěno, že po Švédsku, Finsku a Francii jsme na 4. místě co do četnosti hraní počítačových her (anonym, 2014).

Rizikové faktory:

- některá povolání: číšníci, kuchaři, jedinci pracující v zařízeních, kde přijdou do styku s hazardními hrami a výherními automaty
- osobnostní faktory: jedinci s poruchou aktivity (hyperaktivní, hyperkinetickou) a pozornosti
- nezaměstnanost
- konzumace alkoholu a drog
- extrovertní zaměření především k materiální oblasti
- profesionální hráči (pokeru), kteří jakoby zapomněli získané dovednosti a triky
- četné případy hráčů mají bezproblémovou životní historii

„Hráčské vášni podléhají i vysokoškolská profesori, bankovní úředníci či vysocí policejní důstojníci.“

Závislost na mobilu

- Příznaky závislosti na mobilu se projevují jako u stresu (pocit sevření v žaludku, pocit neklidu, silné pocení, bušení srdce, pocity viny, že jsem něco zapomněl...)
- Zvýšená intenzita vztahu k mobilu: neustálé kontrolování, volání atd.
- Šikana, mobbing přes mobil
 - např. kontrola šéfem, neustálá povinnost být stále dostupný, výčitky okolí, že neberete mobil, pocit ztráty soukromí
 - výhružné sms, telefonáty
 - natáčení nevhodných videí a umístění na internetu
 - šikana učitelů žáky

Mezi **nedrogové závislosti**, které jsme blíže neanalyzovali, řadíme ještě:

- **patologické nakupování** (retailtainment) – mezi odborníky se vedou spory, zda jde o obsedantní, návykovou a impulzivní poruchu, podobně jako je tomu u patologického hráčství. Je zde významný vliv reklamy a médií. Chorobné nakupování dosahuje maximálních hodnot v zimním období. Přináší finanční problémy, dluhy.
- **workoholismus**
- **výherní automaty**

- **bankaholismus**
- **závislost na televizi**
- **závislost na sexu**

Jaké jsou alternativy k těmto problémovým jevům?

- nalezení smysluplné činnosti
- rodinná pohoda a zázemí
- pocit citové jistoty
- studium
- koníčky
- tolerance, pochopení a silné citové pouto mezi členy rodiny hrají stěžejní roli. Naproti tomu nezájem, hádky, neřešené psychologické problémy a celková nefunkčnost rodiny mohou vést ke zkresení žebříčku hodnot, nevážení si lidského života a zdraví, často k sociálnímu vyloučení a živoření na okraji společnosti.

Dispozice jedince k rizikovému chování

- **Rizikové faktory:**
 - časný výskyt problematického chování
 - užívání drog nebo alkoholu
 - duševní problémy
 - vzdorovitost
 - impulzivnost
 - nevyvinuté schopnosti pro řešení sociálních problémů
- **Ochranně naopak působí:**
 - houževnatost
 - pozitivní myšlení
 - orientace směrem do budoucnosti

Jestliže se mladý člověk žijící v určité společnosti (komunitě, subkultuře) setkává s nežádoucími jevy, jakými jsou násilí, drogy, zbraně, pouliční gangy a chudoba, významně se zvyšuje pravděpodobnost, že se uchýlí k trestné činnosti.

Riziko výskytu a rozvoje kriminality mládeže v nejproblematičtějších oblastech naopak může snížit účast v pozitivních aktivitách dané komunity a vztah k dospěle milující osobě.

17.8 Rizikové a ochranné faktory úskalí životního stylu – problémového chování

RIZIKOVÉ FAKTORY

- **rodina – lakmusový papírek rizikového chování**
 - špatná péče a disciplína v rodině
 - časté rodinné konflikty
 - rodinná minulost problémového chování
 - souhlasný postoj rodičů k problémovému chování
 - nízký příjem a špatné bydlení

- „tradice“ kriminality v rodině (jeden či oba rodiče či jiný blízký člen rodiny měl či má dlouhodobé potíže se zákonem)
- nedbalé a nevlídné zacházení
- **škola**
 - špatný prospěch od nástupu do školy
 - agresivní chování včetně šikany
 - nízká odpovědnost
 - záškoláctví
 - narušování chodu školy
 - raný neúspěch, slabé vazby se školou a neadekvátním školním prostředím
- **společenství – společnost**
 - narušování a přehlížení společenství přátel
 - přítomnost drog
 - zneprátené sousedské vztahy
 - vysoká nestálost
 - nedostatek sousedského porozumění
- **jednotlivci, přátelé a vrstevníci**
 - odcizenost a nedostatek společenské odpovědnosti
 - omluvný postoj k problémovému chování
 - raný nástup problémového chování
 - zatažení přátel do problémového chování

OCHRANNÉ FAKTORY

- silné vazby s rodinou: konzistentní a podpůrný rodičovský dozor, silná vazba k jednomu nebo oběma rodičům
- silné vazby s přáteli a učiteli
- zdravé standardy nastavené rodiči, učiteli a vedoucími zájmových kroužků
- příležitost zapojit se do rodinného života, školních a zájmových aktivit
- společenské a studijní dovednosti
- schvalování a prosazování pozitivního chování

Názor, že většina mladistvých delikventů pochází z rozvrácených a dysfunkčních rodin, je mýtus. Ve skutečnosti totiž nezanedbatelná část pochází z navenek pořádaných rodin, a to dokonce z rodin, které jsou sociokulturně na výši. Rodiče si pak často pokládají otázku: „Jak je možné, že se můj syn/moje dcera dopustil/a krádeže, když měl/a doma vše, o co si řekl/a?“

Problém je v tom, že adolescent se velmi snadno může dostat do party páchající trestnou činností, když citově strádá a není naplněna jeho potřeba akceptace a sounáležitosti.

Z hlediska sociální prevence je důležité, aby byly včas zachyceny **signály negativního vývoje**:

- záškoláctví
- agresivita
- útěky z domova
- členství v závadové partě
- prostituce
- požívání alkoholu či drog apod.

Analýza příčin a včasné řešení problému pak může dalšímu negativnímu vývoji dítěte zabránit, naopak časovým prodlením se prognóza úspěšného řešení zhoršuje.

Pokud **rodina neplní svoji funkci**:

- dospívající jedinec zpravidla strádá
- prožívá zklamání
- je ohroženo uspokojování jeho potřeb

Časem se to může **projevit**:

- nedůvěrou v sebe sama, pochybováním o svých schopnostech a dovednostech
- pro adolescenta může být těžké vyznat se v mezilidských vztazích
- neumí většinou přijmout zodpovědnost za své chování
- vytváří si svůj vlastní svět s odpovídajícím systémem hodnot
- přidají-li se k těmto skutečnostem negativní životní zkušenosti, může se začít vyvíjet nenávist a agresivita

Vliv vrstevníků na rizikové chování jednotlivce:

- styky s delikventními vrstevníky mohou výrazně zvýšit riziko spáchání trestného činu
- dospělý člověk při jakémkoliv protizákonném jednání většinou postupuje sám; když ovšem tyto činy páchají mladiství, je velmi typické, že tak dělají spolu s ostatními
- vliv skupinového tlaku na jedince v souvislosti s delikvencí není žádnou novinkou
- mezi rizikové faktory patří napojení na gangy nebo jiné protispolečenské skupiny věkově stejně starých jedinců

Literatura

- BAUMBERG, B.: The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug and Alcohol Review* 2006; 25(6): 537–551.
- BELICA, T.: Rodiče, vyklidte byt, mladí jdou sexovat. *Metro* 22. 9. 2014.
- BELLANTI, J. A., MALKA-RAIS, J., CASTRO, H. J., et al.: Developmental immunology: clinical application to allergy – imunology. *Annals of Allergy, Astma and Immunology* 2003; 90(S13): 2–6.
- BENNET, S. E., NASSIM, P. A.: School-based teenager pregnancy prevention programs: a systemic review of randomised controlled trials. *Journal of Adolescent Health* 2005; 36(1): 72–71.
- BUCHMANN, A. F., SCHMID, B., BLOMEYER, D., et al.: Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *Journal of Psychiatric Research* 2009; 43(15): 1205–1212.
- CAMERON, P.: The presence of pets and smoking as correlates of perceived disease. *Journal of Allergy* 1967; 40(1): 12–15.
- CODER, B., et al.: Reported beverage consumed and alcohol-related diseases among male hospital inpatients with problem drinking. *Alcohol and Alcoholism* 2009; 44(2): 216–221.
- CROCKETT, L. J., et al.: Timing of first sexual intercourse: The role of social control, social learning and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence* 1996; 25(1): 89–111.
- CSÉMY, L.: Mladí Češi jsou spolu s Dány největší pijani v celé Evropě. *MF Dnes* 27. 7. 2013.

- CŠÉMY, L., LEJČKOVÁ, P., SADÍLEK, P., SOVINOVÁ, H.: *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006.
- CURRIE, et al.: *Young People's health in context*. Copenhagen: WHO, 2008.
- DAWSON, D. A., GOLDSTEIN, R. B., CHOU, S. P., et al.: Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 2008; 32(12): 2149–2160.
- DIFRANZA, J. R., ALIGNE, A. C., WEITZMAN, M.: Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 2004; 113: 1007–1015.
- DUFF, A., POMERANZ, E., GELBER, L., et al.: Risk factors for acute wheezing in infants and children: viruses, passive smoke, and IgE antibodies to inhalant allergies. *Pediatrics* 1993; 92: 535–554.
- EHRMANN, J., SCHNEIDERKA, P., EHRMANN, J.: *Alkohol a játra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 166 stran.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction): *The state of the drugs problem in Europe (Annual report)*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009.
- FICHTENBERG, C. M., GLANTZ, S. A.: Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. *BMJ* 2002; 325(7357): 188.
- FLENSBORG-MADSEN, T., et al.: Beverage preference and risk of alcohol-use disorders: A Danish prospective cohort study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2008; 69(3): 371–377.
- GRANT, J. D., et al.: Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: Evidence from a twin design. *Psychological Medicine* 2006; 36(1): 109–118.
- JANSON, C.: The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2004; 8: 510–516.
- KABÍČEK, P., a kol.: Syndrom rizikového chování v dospívání (možnosti efektivní prevence v oblasti abúzu návykových látek). *Pediatric pro praxi* 2010; 11(1): 46–48.
- KALMAN, M., a kol.: *Zdraví a životní styl dětí a školáků 2011*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2012.
- KNOTOVÁ, D., HLOŠKOVÁ, L., NOVOTNÝ, P.: *Průzkum ke zmapování situace dětí z kulturně odlišného a sociálně znevýhodněného prostředí z hlediska jejich rizikového chování*. Brno: Ústav pedagogických věd Filosofické fakulty Masarykovy univerzity, 2008.
- KOHLER, E., SOLLICH, V., SCHUSTER, R., THAL, W.: Passive smoke exposure in infants and children with respiratory tract diseases. *Human and Experimental Toxicology* 1999; 18: 212–217.
- KOL.: *Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*. Praha: Nepros, 2006.
- KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M.: Vývoj respirační morbidity dětí ve vztahu k jejich expozici pasivnímu kouření. *Časopis lékařů českých* 2008; 147(4): 215–221.
- KUNTSCHE, E., et al.: „I drink spirits to get drunk and block out my probleme...“ beverage preference, drinking motives and alcohol use in adolescence. *Alcohol and Alcoholism* 2006; 41(5): 566–573.
- KUNTSCHE, E., REHM, J., GMEL, G.: Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science and Medicine* 2004; 59(1): 113–127.
- LI, J. S., PEAT, J. K., XUAN, W., et al.: Meta – analysis on the association between environmental tobacco smoke (ETS) exposure and the prevalence of lower respiratory tract infection in early childhood. *Pediatric Pulmonology* 1999; 27: 5–13.

- LUX, A. L., HENDERSON, A. J., POLLOCK, S. J.: Wheeze associated with prenatal tobacco smoke exposure: a prospective, longitudinal study. ALSPAC Study Team. *Archives of Disease in Childhood* 2000; 83: 307–312.
- MACEK, P.: *Adolescence*. Praha, Portál, 2003.
- MCCARTHY, C. A., et al.: Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood. *Pediatrics* 2004; 114(3): 714–719.
- METCALFE, T.: Sexual health: Meeting adolescents' needs. *Nursing Standard* 2004; 18: 40–43.
- METZLER, C. W., et al.: The social-context for risky sexual-behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine* 1994; 17(4): 419–438.
- MIOVSKÝ, M., ZAPLETALOVÁ, J.: Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace. In: *Sborník abstrakt a program 3. ročníku celostátní konference Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace*. Praha, 27. až 28. 11. 2006.
- MUNKOVÁ, G.: *Sociální deviace*. Praha: Karolinum, 2004.
- NAIMI, T. S., et al.: What do binge drinkers drink? Implications for alcohol control policy. *American Journal of Preventive Medicine* 2007; 33(3): 188–193.
- NEMTSOV, A. V.: Alcohol-related human losses in Russia in the 1980's and 1990's. *Addiction* 2002; 97: 1413–1425.
- NOVOTNÝ, J., VÁLKOVÁ, H.: Na pětina pracovišť kuřáci porušují zákon. Snášíme to. *MF Dnes* 27. 7. 2013.
- ORR, D. P., et al.: Premature Sexual-Activity As An Indicator of Psychosocial Risk. *Pediatrics* 1991; 87(2): 141–147.
- PATTON, G. C., COFFEY, C., LYNSKEY, M. T., et al.: Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction* 2007, 102(4): 607–615.
- RADA EVROPY. *Revidovaná Evropská sociální charta*. Štrasburk, 1996.
- RAMSTORM, J.: *Adverse Health Consequences of Cannabis Use. A Survey of Scientific Studies Published up to and including the Autumn of 2003*. Stockholm: National Institute of Public Health, 2004.
- REHM, J., et al.: Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet* 2009; 373(9682): 2223–2233.
- ROCHE, et al.: Parenting influences on early sex initiation among adolescents: How neighborhood matters. *Journal of Family Issues* 2005; 26(1): 32–54.
- SCHOFIELD, H. L. T., et al.: Predicting Early Sexual Activity with Behavior Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; 36(8): 1175–1188.
- SIMPSON, W. J.: A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1957; 73: 808–815.
- SKORGE, T. D., EAGAN, T. M. L., EIDE, G. E., et al.: The adult incidence of asthma and respiratory symptoms by passive smoking in utero or in childhood. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2005; 172: 61–66.
- SOVINOVA, H.: *GYTS – základní fakta*. Praha: SZÚ, 2007.
- SPILKOVÁ, J.: Problémové sexuální chování u dětí a mladistvých. *Vox Paediatricae* 2014; 14(10): 23–24.
- STRACHAN, D., COOK, D.: Health effects of passive smoking: 4: Parental smoking, middle ear disease, and adenotonsilectomy in children. *Thorax* 1998a; 53: 50–56.
- STRACHAN, D., COOK, D.: Health effects of passive smoking: 6: Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998b; 53: 204–212.

- TIMBERLAKE, D. S., et al.: Progression from marihuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of U.S. adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 88(2-3): 272-281.
- ÚZIS ČR: *Aktuální informace* č. 27/2013.
- VAN DE VEN, M. O., et al.: Patterns of adolescent smoking and later nicotine dependence in young adults: a 10-year prospective study. *Public Health* 2010; 124(2): 65-70.
- WARREN, C. W., et al.: Global Youth Tobacco Survey. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2008; 57(S01): 1-21.
- WELLINGS, K., et al.: Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368(9548): 1706-1728.
- WHO: *Global Status Report on Alcohol 2004*, Geneva, 2004.
- WHO: *Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. Geneva, 2007.
- WHO: *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008, The MPOWER package*. Geneva, 2008
- WHO: *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, 2010.
- ZATONSKI, W., et al.: *Closing the health gap in European Union – Reducing premature mortality baseline for monitoring health evolution following enlargement*. Final Implementation report No. 20033121. Warsaw: Cancer Epidemiology and Prevention Division, the Maria Sklodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, 2008.

– ke kapitole 17.7

- ANONYM: Češi milují počítačové hry, jsme čtvrtí v Evropě. *Metro* 26. 8. 2014
- BACHROŇ, J.: *Problematika tzv. masové (populární) kultury a masmédií*. Diplomová práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2009, 67 stran.
- BŘEZINOVÁ, M.: Hraju na počítači, nejsem divný. *MF Dnes* 18. 8. 2014.
- ČERNÝ, J.: *Sex na internetu*. Praha: Computer Press, 2002, 95 stran.
- JIRÁK, J., KÖPLLOVÁ, B.: *Média a společnost*, Praha: Portál, 2003.
- KOLIBOVÁ, K.: Nespí, nejlí, chtějí jen na internet. Děti se závislostí je stále víc. *MF Dnes* 2. 10. 2014.
- LEDABYL, O.: *Identita a závislost na online hrách*. Magisterská práce. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 2009, 67 stran.
- NEŠPOR, J.: *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003, 152 stran.
- POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A.: *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003, 186 stran.
- SCHELLMANN, B., GAIDA, P., GLASER, M., KEGEL, T.: *Média-základní pojmy, návrhy, výroba*. Praha: Sobotáles, 2004. In BACHROŇ: *Problematika tzv. masové (populární) kultury a masmédií*. Diplomová práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2009, 67 stran.
- Seznam.cz, 2014 – Martin KOŽÍŠEK – manažer pro internetovou bezpečnost společnosti Seznam.cz

18 Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě

Lubomír Kukla, František Schneiberg

18.1 Co je to syndrom CAN?

CAN znamená „Child Abuse and Neglect Syndrom“, česky hovoříme o „syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“. Principiálně bychom tedy mohli používat česky zkratku TZZ syndrom, ale protože se anglická zkratka ujala, ponecháváme ji.

Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je zřejmě staré jako lidstvo samo. Existovalo, existuje a bohužel jistě bude existovat i dál. Dříve bylo uchováváno „pod pokličkou“, nesmělo se o něm mluvit, spíše se v populaci vytvářel dojem, že snad ani není. V současnosti se o něm hovoří mnohem více, některé práce však jeho frekvenci podle mého (L. K.) názoru dosti přeceňují, zveličují. Jsme si samozřejmě vědomi, že to, co se dostane k řešení, je jen pověstnou špičkou ledovce, že mnoho případů zůstává tabu nebo tajnou patologií rodiny. U nás pro týrání či zanedbávání považujeme 1–2 % za kvalifikovaný odhad, zneužívání je mnohem častější: některé studie uvádějí, že zkušenost s některou formou sexuálního zneužívání má 10 % žen a 5 % mužů, jsou i takové studie, které uvádějí dokonce pateronásobky.

Není jistě nezajímavé, že hlavními **bojovníky za práva dítěte** v historii byli lékaři. Teprve na přelomu 19. a 20. století se práva dítěte dostávala na přetřes a první větší právní norma je Ženevská deklarace práv dítěte z roku 1924 (kap. 7.2).

V padesátých letech minulého století se někteří lékaři začali cíleně zabývat problémem závažných poranění (mnohočetné fraktury, četnější zlomeniny žeber, lopatek, vnější i vnitřní krvácení, poranění vnitřních orgánů, nitrolební krvácení a celá řada dalších), která nemohla být vysvětlena nahodilým úrazem. Nazvali je **neúrazová poranění** (Non-Accidental Injuries). V roce 1962 popsal Kempe syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome) a rozvířil kampaň proti týrání dítěte, nejdříve v Severní Americe, později jinde ve světě. U nás jsme se tímto problémem začali zabývat až v roce 1970, pochopitelně na půdě pediatrie (Dunovský, Matějček, Marten, Březina a další).

Při úvahách o pojetí a významu syndromu CAN nesmíme také zapomínat na **aspekt místa a času**, tj. na dějinné (historické) a místní zvláštnosti. Vzpomeňme např. antickou Spartu, kde se postižené děti zabíjely svržením ze skály, ve starém Římě byly takové děti házeny do Tibery či Cloaky Maximy. Africké kmeny v době hladomoru děti zabíjely (a některé je i jedly), jiné je odkládaly do džungle apod.

Ostatně také přístup k **tělesným trestům** je značně odlišný v jednotlivých zemích. Ve Skandinávii je nyní tělesný trest nejen zakázán, ale může za něj být i trestní postih. Naproti tomu u nás či v jiných zemích Evropy, Asie i Afriky je zcela běžný. Je uznávanou složkou výchovy – „škoda každé rány, která vedle padne“. Vždy si však musíme uvědomit, kde je hranice mezi „spravedlivým trestem“ a týráním svěřené osoby. Jak zvládnout krizové situace se „zlobivými dětmi“? Úvodem **sedm rad**:

1. Naučte se uklidnit v okamžiku, kdy jste již rozčileni a hrozí, že byste začali dítě bít; vyhněte se bití potomků v největším afektu.
2. Netrestejte dítě za každou hloupost, smiřte se s tím, že děti občas zlobí.
3. Když už dítě uhodíte, snažte se to nepřehánět a vždy vysvětlete, za co dostalo.
4. Tělesný trest necht' je přiměřený provinění.

5. Nevyhrožujte tělesnými tresty naplano – dítě bude buď žít ve stresu, nebo si naopak z vašich výhrůžek nebude nic dělat.
6. Najděte si systémově jiný trest, např. odepřete něco, co má rádo – televizi, počítač aj.
7. Dítě většinou raději přijme menší tělesný trest než dlouhé „kázání“.

18.2 Historie násilí páchaného vůči dítěti

Násilí vůči dítěti včetně krajního násilí (tj. zahubení dítěte) můžeme pro přehlednost rozdělit do několika kategorií, které se ovšem různě překrývají.

1. Zahubení dítěte při **ohrožení samotné existence rodičů** či rodinného společenství – dítě se stává existenční přítěží v době hladu, nouze, těžkého strádání; narozené, přespočetné dítě je odloženo, ponecháno bez pomoci, případně aktivně usmrceno.

2. Zahubení dítěte dle **výběru pohlaví** – tato kategorie je rozvinutím předchozí, kde je „výběrem“ posledně narozeného dítěte pohlaví (častěji ženské), které je bráno jako méněcenné (dívký byly již od starověku v nevýhodě). Je mnoho dokladů o tom, že i ve společnostech vyspělých a ekonomicky zajištěných se rodiny zbavovaly novorozeneckých holčiček, nikoliv ale chlapců (před určitým obdobím realizováno prakticky v Číně).

3. **Pomsta nepříteli** – vybití jeho dětí, aby neměl potomstvo, čímž je odstraněn a zničen jednou provždy. Stačí otevřít *Kosmovu kroniku* z počátku 12. století a dozvíme se o tom, jak Slavníkovci byli vyvražděni i se vším potomstvem a jak stejný osud posléze stihl i Vršovce. Nejsme také jistě daleko od pravdy, když mentalitu nadřazenosti a současně strachu, pomsty a nenávisti nalézáme v ideologii Hitlera a jeho přívrženců, kdy ve vyhlazovacích koncentračních táborech, plynových komorách apod. umíraly desetitisíce lidí. A dále stalinské čistky, hladomor na Ukrajině, sovětské gulagy atd.

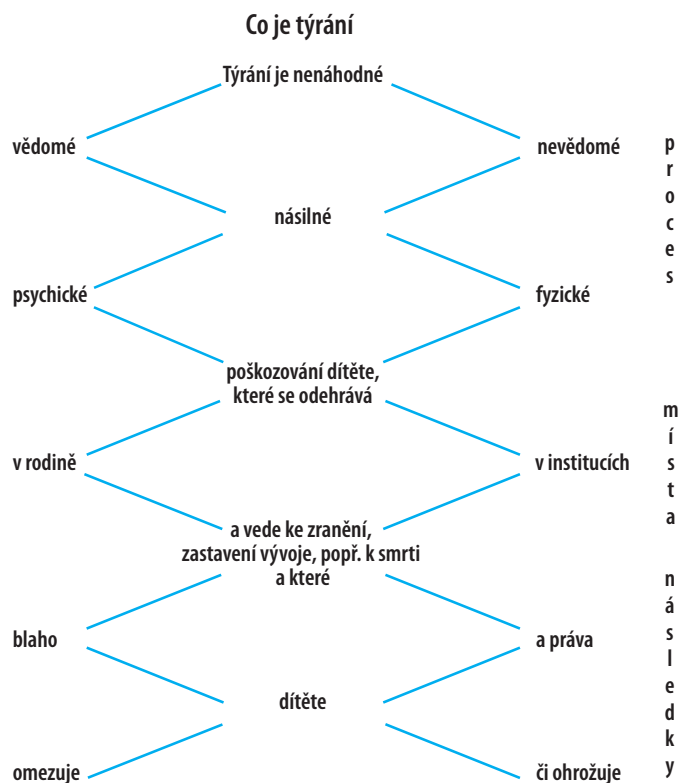
4. **Dítě jako oběť** – jeho obětování na usmíření rozhněvaného božstva, se snahou získat si božstvo na svoji stranu, pro získání přízně, podpory, ochrany apod. Tato oběť byla v historii dosti častá: jako příklad lze uvést nález na jednom z velkých hřbitovů v Kartágu z let cca 400–200 př. n. l., kde bylo objeveno více než 20 000 uren, které sice obsahovaly především kosti novorozenců, ale objevovaly se v nich také kosti dětí starších. Dále je známa např. oběť Abraháma, který měl obětovat syna Izáka, nebo vojevůdce Agamemnon měl podle řeckých bájí v boji o Tróju obětovat dceru Ifigenii, aby usmířil bohyni Artemis. A jistě i pohled do našich pohádek snadno odhalí nejrůznější oběti, třeba princezny drakovi. To ukazuje na emocionální a morální stav společnosti, kdy dospělce (matky, otce apod.) nenapadá, že by mohli obětovat sebe za děti.

5. Zahubení dítěte z **hanby, studu a strachu** před společenským zavržením. Tohoto činu se většinou dopouští matka, často neprovdaná nebo v těžké sociální situaci, a to brzy po porodu, jen naprosto ojedinele osoba jiná a později. V současnosti již tyto ženy nejsou zdaleka tak ostrakizované jako dříve (kap. 3.2.2 – rodina).

6. Nakonec můžeme uvést další praktiku, která nemusí skončit vždy smrtí, ale dítě vždy poškozuje, a to jak fyzicky, tak psychicky: jde o nejrůznější **tělesná znetvoření** – mutilace. Týkají se především genitálu, ale i obličej, rukou, nohou, zad apod. Bývají součástí obřadů, kdy jsou mladí lidé (především chlapci, dívky jen zřídka) uváděni do společnosti dospělých (Dunovský a kol., 1995). O rituálním týrání pojednáme ještě dále.

18.3 Charakteristika týrání

Charakteristiku týrání přináší schéma na **obr. 18.1**.



Obr. 18.1 Charakteristika týrání – schéma (zdroj: autor)

18.4 Rizikové faktory ve vztahu k syndromu CAN

18.4.1 Rizikové faktory ve vztahu k týrání a zanedbávání

Z pohledu dítěte:

- dítě nedonošené
- dítě neklidné, hyperaktivní, impulzivní (LMD, ADHD aj.), s výkyvy nálad, ne-soustředěné
- dítě labilní, úzkostné, plačtivé
- dítě s postižením, především mentálním, potížemi s komunikací (smyslové po-stižení)
- dítě chronicky či opakovaně nemocné

- dítě s poruchami chování
- dítě ulhané
- záškoláctví, toulání, útky z domova
- dítě, které nesplňuje očekávání rodičů

Z pohledu rodičů:

- lidé s anomálním vývojem osobnosti (psychopatie), často s agresivními povahovými rysy, impulzivní, nezdrženliví, cholericí
- někteří lidé s psychickou chorobou (psychotici)
- někteří rodiče s neurotickými obtížemi (chronicky frustrovaní)
- se sníženým intelektem
- somaticky nemocní, s pohybovým postižením
- závislí na alkoholu, drogách
- rodiče žijící atypickým životním stylem, příslušníci sekt apod.
- stoupenci agresivních rituálů
- rozvodové situace
- porozvodové spory o děti

Z pohledu rodinné situace a rodinných vztahů:

- dítě narozené jako nechtěné
- dítě nezletilé matky, rodičů
- dítě simplexní matky
- dítě matky samoživitelky
- dítě matky (rodičů) drogově závislých
- dítě alkoholiků
- dítě s jedním nevlastním rodičem
- dítě žijící v rodině bezdomovců, squatterů
- dítě žijící ve velké rodině s mnoha dětmi ve stísněném prostoru

Z pohledu širších společenských souvislostí:

- dítě etnických skupin či jiných minorit
- dítě žijící v chudobě
- dítě nezaměstnaných rodičů
- dítě žijící ve venkovských, málo civilizovaných oblastech

18.4.2 Rizikové faktory ve vztahu k sexuálnímu zneužívání

Rizikovní dospělí:

- muži sexuálně hyperaktivní
- sexuální devianti, pedofilové aj.
- morálně narušení a sexuálně nevyzrálí muži, kteří sice nejsou primárně „zatíženi“ na děti, ale využijí příležitosti, která se jim naskytne, experimentují, dítě je někdy „nouzovou“ variantou
- alkoholici, toxikomani
- občas starší muži, kteří pro stařeckou demenci mají omezenou kontrolu pudového jednání
- rodiče, kteří sami byli v dětství sexuálně zneužíváni – transgenerační přenos

Rizikové děti:

- dívky kypré, příjemných ženských tvarů – „vyspělé“
- mazlivé, svádivé, koketní
- děti s postižením, hlavně mentálním, závislejší, bezbrannější – tím menší riziko prozrazení, resp. pochopení významu sexuální aktivity

Rizikové situace:

- dříve stísněný životní prostor rodiny (spaní rodičů s dětmi)
- „příležitost dělá zloděje“ – dítě je třeba nemocné, pečuje o ně otec, ošetřování vyžaduje intenzivní tělesný kontakt
- přítel rodiny
- uvolněná sexualita v rodině – dříve spíše v rodinách s nízkým socioekonomickým statusem, nyní spíše v rodinách na vysoké ekonomické úrovni
- dysfunkční rodina, doplněná – partner matky nemá typicky rodičovský vztah k dítěti
- vychovatelé v různých zařízeních
- prázdninové tábory
- zájmové kroužky

18.5 Jednotlivé formy syndromu CAN

V principu lze syndrom CAN dělit do dvou hlavních skupin:

1. **zanedbávání** – dítě nedostává to, co by dostávat mělo, dítěti nejsou naplňovány jeho odůvodněné potřeby – fyzické, psychické, emocionální apod.
2. **týrání a zneužívání** – dítě naopak dostává to, co by dostávat „nemuselo“

18.5.1 Zanedbávání

Příznaky zanedbávání

- dítě depresivní, plačtivé, opožděné, při převzetí do péče jiné osoby nebo v případě hospitalizace „rozkvétá“
- dítě vnějškově zanedbané, páchne močí, stolicí, má roztrhané a špinavé oblečení
- dítě zůstává dlouhou dobu (hodiny i dny) bez náležité péče, výživy, dohledu

Rozeznáváme dvě **kategorie zanedbávání:**

- **těžké zanedbávání** („failure to thrive“) – je ohroženo zdraví i život
- **všeobecné zanedbávání:**
 - zanedbávání tělesné – nedostatek jídla, pití, oblečení, obutí, přístřeší aj.
 - zanedbávání psychické, citové – neláska, nezáměr, nevěšmavost, nedostatek péče těch, které má dítě rádo, hostilita
 - zanedbávání výchovy a vzdělávání
 - dítě žijící v nepravidelném denním rytmu v nevhodném prostředí (zakouřené místnosti aj.)
 - dítě (z pohodlnosti) „odložené“ do péče sousedky, kamarádky, často nepříliš známé
 - dítě „odložené“ do kolektivní péče
 - dítě, které nemá řádné preventivní prohlídky, očkování apod.

18.5.2 Týrání

Týrání dítěte (resp. svěřené osoby) dělíme do dvou základních kategorií: na tělesné a duševní týrání.

Příznaky tělesného týrání

Zavřená poranění

- otřesy – nejhorší jsou otřesy mozku a míchy, pohmoždění mozku, subdurální krvácení, subarachnoideální krvácení včetně povrchových poranění hlavy, zlomeniny kalvy (bezvědomí, brýlový hematom)
- „Shaken Infant (Baby) Syndrome“, syndrom třeseného dítěte – především kojenci, kteří jsou tímto nestandardním způsobem „uklidňováni“ při pláči; extrémní násilí, které může způsobit i smrt (zlomenina vazy, krvácení do mozku apod.), případně trvalé neurologické obtíže
- pohmoždění – modřiny (hematomy) různého stáří, „obtisky“; může dojít až k odtržení kůže, pohmoždění hlubších tkání a vnitřních orgánů
- zranění nástroji použitými při bití – řemen, důtky, hůl, hadice, vařečky apod.; lze rozpoznat podle stop
- vytrhávání vlasů – často v celých chomáčích; mohou zůstat lysiny
- kousnutí – otisky zubů
- poranění svalů, šlach, kloubů, nervů, cév atd.
- poranění kostí – zlomeniny, fisury; zvláště u mnohočetných myslíme na CAN. Speciálním druhem jsou „chip“ zlomeniny na koncích dlouhých kostí, především na předloktí, jež vznikají nadměrným tahem, škrubnutím, kroucením. Typickými zlomeninami následkem týrání jsou spirální zlomenina pažní kosti, zlomenina stehenní kosti u dítěte do dvou let, u klíčku zlomenina zevní části úderem zepředu, zlomeniny lopatky apod.
- strangulační rýhy a otisky – dušení
- tepelná poranění – „ponožkový syndrom“
- ploché rány a jizvy po úderech a popáleninách, opařeninách
- omrzliny
- zhmoždění na kolenou – od klečení v koutě za trest; dnes spíše výjimečně
- kopání do dítěte, údery pěstí (s následkem poranění vnitřních orgánů)
- odmrštění, odhození dítěte
- svazování, připoutávání atd.

Otevřená poranění

- řezné rány
- bodné rány (často nůžkami)
- tržné rány, tržně zhmožděné
- sečné rány
- hlubší rány kousnutím (člověkem, zvířetem)
- střelné rány
- poranění sliznic
- popáleniny
- mnohočetná poranění (jako speciální kategorie)

Z příznaků, které se vyskytují u **akutních stavů**:

- bezvědomí
- bolesti hlavy
- bolesti břicha
- závratě
- bolesti svalů až křeče
- poruchy dýchání, oběhu a další
- krvácení (rozdělení mohou být různá: vnitřní vs. vnější, podle druhu cévy – tepenná, žilní, vlásečnicová aj.)
- nebezpečí infekce – injekce proti tetanu

Nesmíme také zapomenout na **úmyslné trávení dětí**:

- chemikáliemi
- léky – předávkování
- jedy (třeba i na krysy apod.)
- alkoholem
- s použitím drog apod.

Často se bohužel stává, že lékaři nepomyslí na to, že by při některých zraněních mohlo jít o syndrom CAN. Naproti tomu je třeba si uvědomit, že v některých případech, kdy se domnívají, že by o tento syndrom mohlo jít, musíme např. zvážit:

- u fraktur kostí může jít o křivici, zvýšenou lomivost kostí (osteogenesis imperfecta), nedostatek mědi, poranění při porodu apod.
- u hematomů poruchy krvácivosti a srážlivosti (krevní destičky aj.), hemofilii apod.

Příznaky duševního (psychického) týrání

- **složka aktivní** – tj. nějaká nepříznivá činnost se dítěti děje:
 - nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování
 - výhrůžky, cílené vyvolávání strachu u dítěte
- **složka pasivní** – tj. neděje se něco, co by mělo být (viz zanedbávání):
 - neláska, nezájem, nevšímavost, nedostatek péče těch, které má dítě rádo, hostilita
- **rodiče plně „vytížení prací“**, kteří nemají čas na dítě – „přece děláme vše pro to, aby se děti měly dobře“ – dítěti nevysvětlí to, co potřebuje do školy, pak se mohou objevit horší známky ve škole, nastupuje „tvrdší režim“, množí se zákazy chození ven, dívání se na televizi, počítače, zájmů apod.
- **požadavek nereálných výkonů** ve škole, ve sportu apod.
- **emoční vydírání**:
 - „s takovými známkami nám děláš ostudu“
 - „ty mne utrápíš“
 - „jsi stejný jako tatínek, maminka“ (zvláště v problémových rodinných vztazích)
 - „jsi nevďěčník, to mám za všechnu svoji péči a starost o tebe“
- **srovnávání se sourozencem** – „bratr (sestra) je chytřejší, pořádnější, úspěšnější, hezčí, dokonalejší, no prostě více hoden lásky a obdivu než ty“
- **srovnávání s rodičem** – „ty jsi celej otec, celá matka – zrovna tak blbej...“
- **psychické týrání** v souvislosti s předrozvodovou, rozvodovou a porozvodovou situací rodičů – zatahování dítěte do konfliktů mezi rodiči, získávání dítěte na svou

stranu, bránění ve styku dítěte s druhým rodičem, případně u menších dětí nepřipravení na styk dítěte s druhým rodičem – dítě neví, co má očekávat

- **zavírání dítěte do tmavých prostor** (půda, sklep, některé místnosti v bytě apod.), ale také izolování od ostatních osob, které má rádo (chata, kde je samo i v nízkém věku)

18.5.3 Sexuální zneužívání

Sexuální aktivity nekoná dítě dobrovolně, ale je k nim abuzorem donuceno – násilím, podvodem, někdy i uplácením.

Bezkontaktní (bezdotykové) sexuální zneužívání:

- exhibicionismus – ukazuje před dítětem své genitálie apod.
- pozorování svlékajícího se (případně nahého) dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení, uspokojení
- předvádí před dítětem sexuální aktivity dospělých – nucení sledovat soulož rodičů
- nabízí dítěti erotické či pornografické materiály (foto, video, časopisy apod.)
- obscénní hovory, i telefonické

Kontaktní (dotykové) sexuální zneužívání:

- **pasivní abuzor** – nechává se osahávat či vzrušovat různými způsoby, které sám slovně „diriguje“, při tom jenom pasivně leží bez toho, že by se dítěte jakkoliv dotýkal
- **aktivní abuzor** – harassment
 - obtěžování – např. dotýká se dítěte na prsou, pohlavních orgánech či hýždích, konečníku k vlastnímu uspokojení
 - realizuje s dítětem různé sexuální praktiky: orální, anální sex, klasické soulož (včetně incestu), neobvyklé praktiky (sado-maso apod.)

Mýty o sexuálním násilí na dětech

- 1. Sexuálního zneužívání se dopouštějí jenom lidé, které dítě nezná** – NIKOLIV, většinou jde o osoby nejbližší, dobře známé, o ty, které by mu měly naopak poskytovat ochranu a bezpečí, jistotu a lásku.
- 2. Chlapce sexuálně zneužívají výhradně homosexuální muži** – NIKOLIV, je známa celá řada případů, kdy je zneužívatelem hetero(bi)sexuální muž nebo i žena.
- 3. Pokud se dítěti sexuální styk s dospělým líbí, nejde o skutečné zneužití** – NIKOLIV, děti nejsou nikdy odpovědné za své sexuální zneužívání, bez ohledu na to, jaké při tom mají pocity. Viníkem je vždy osoba dospělá, nikoliv dítě. Někdy mohou některé děti nalézt určité potěšení v sexuálním zneužívání. I když tělo dítěte reaguje pocity pozitivními, neznamená to, že je za zneužití odpovědné. Tím se také někteří dospělí hájí, s tím, že „pokud se jim to líbí, tak to přece není zneužívání“.
- 4. Dospělí se dopouštějí sexuálního zneužívání jedině proto, aby dosáhli sexuálního uspokojení** – NIKOLIV, někteří dospělí (i dospívající) navazují sexuální vztahy s mnohem mladšími dětmi proto, aby si vychutnali pocit moci nad druhým člověkem. Někdy je to i tak, že byli sami v dětství zneužíváni – sexuální oblast v nich vyvolává obavy, strach, stud a je pro ně řešením, že se cítí dobře pouze s dětmi.

Tab. 18.1 Týrané, zneužívané a zanedbávané děti za rok 2013 (zdroj: MPSV ČR)

Část 1

Děti	Počet dětí															
	tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem			
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky		
Nahlášeno případů	do 1 roku		18	16	13	18	0	1	0	1	0	0	162	168	193	204
	od 1 roku do 3 let		41	38	55	73	3	25	0	1	0	0	289	305	388	442
	od 3 do 6 let		100	70	124	94	27	80	1	1	0	0	448	428	700	673
	od 6 do 15 let		289	188	313	266	112	544	5	19	1	4	1228	1036	1948	2057
	od 15 do 18 let		43	56	40	71	15	81	2	3	0	12	320	279	420	502
	CELKEM		491	368	545	522	157	731	8	25	1	16	2447	2216	3649	3878
z toho zdravotně postižených		6	1	2	2	1	16	0	0	0	0	66	30	75	49	
jednorázově		213	164	235	230	74	371	4	12	0	3	1167	1058	1693	1838	
opakovaně		218	171	262	245	51	256	1	5	1	10	1139	1062	1672	1749	
nezjištěno		60	33	48	47	32	104	3	8	0	3	141	96	284	291	

Tab. 18.1 Týrané, zneužívané a zanedbávané děti za rok 2013 (zdroj: MPSV ČR)

Děti	Počet dětí															
	tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem			
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky		
matka	75	34	115	90	34	173	0	5	0	0	180	152	404	454		
otec	40	23	24	22	13	40	0	1	0	0	89	80	166	166		
dítě samo	25	42	18	16	6	54	0	0	0	0	20	21	69	133		
sourozenec	8	5	2	5	2	3	0	0	0	0	15	9	27	22		
jiný příbuzný	35	28	28	21	6	29	0	0	0	1	115	119	184	198		
cizí osoba	33	16	10	19	12	29	0	0	0	4	98	88	153	156		
zdrav. zařízení	43	35	12	10	21	67	0	0	0	0	303	328	379	440		
škola	77	53	18	37	9	41	4	7	0	1	854	659	962	798		
policie	81	63	251	231	42	224	2	9	1	6	225	226	602	759		
NNO	6	4	9	3	1	15	0	0	0	0	32	35	48	57		
anonym	38	31	17	17	8	14	0	0	0	0	156	146	219	208		
jiný	27	35	44	51	5	43	2	2	0	3	361	351	439	485		

Oznamovatel

	úplná rodina	175	151	263	274	43	231	1	6	0	5	820	814	1302	1481
	neúplná rodina bez matky	24	17	16	23	9	34	1	0	0	1	80	76	130	151
	neúplná rodina bez otce	145	114	161	148	61	272	5	14	1	5	1097	967	1470	1520
Sociální prostředí dítěte	doplněná rodina o matku	23	15	4	5	2	12	0	1	0	0	38	22	67	55
	doplněná rodina o otce	104	58	86	54	28	135	0	3	0	1	305	261	523	512
	náhradní rodina	19	12	14	18	9	29	0	0	0	0	72	54	114	113
	ústavní péče	1	1	1	0	5	18	1	1	0	4	35	22	43	46
	poradenství – ambulantně	313	219	417	409	121	593	5	19	1	13	1615	1481	2472	2734
	uložení dohledu	43	20	24	19	4	26	0	0	0	0	201	169	272	234
Přijatá opatření	umístění dítěte v širší rodině	40	35	13	7	5	20	1	1	0	0	80	57	139	120
	umístění dítěte do ZDVOP nebo jiného zařízení	43	56	18	15	9	27	0	0	0	0	113	115	183	213
	umístění dítěte do ÚV	26	21	9	10	4	19	0	0	0	1	90	66	129	117
	umístění dítěte do NRP	5	9	3	7	0	1	0	0	0	0	49	40	57	57
	hospitalizace	51	36	5	4	4	20	0	0	0	1	42	29	102	90
Dopad na dítě	tělesné poškození	54	34	3	0	3	22	0	0	0	0	13	15	73	71
	poststresová porucha	73	47	143	131	16	115	0	1	0	0	205	191	437	485
	úmrtí	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	8	1
	těhotenství	-	-	-	-	-	36	-	0	-	0	-	-	-	36

Tab. 18.1 Týrané, zneužívané a zanedbávané děti za rok 2013 (zdroj: MPSV ČR)

Děti	Počet dětí													
	tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
matka	255		139		16		12		0		2007		2429	
otec	260		507		119		1		0		748		1635	
oba rodiče	97		180		5		0		0		1580		1862	
partner matky	140		137		102		2		0		72		453	
partnerka otce	17		2		6		0		0		24		49	
sourozenec	5		3		21		1		0		2		32	
prarodič	8		13		24		0		0		53		98	
jiný příbuzný	11		9		55		0		0		9		84	
jiná osoba	55		52		481		13		7		16		624	
nevlastní sourozenec	3		1		17		0		0		0		21	
jiná zodpovědná osoba (učitel, vychovatel)	8		3		12		1		0		14		38	
nezjištěno	12		12		25		4		9		21		83	

Zneužívající
nebo týrající
osoba

Postih zneužívající, týrající nebo zanedbávající osoby	sankce v přestupkovém řízení	58	39	4	0	0	331	432
	podnět na zahájení TS	303	159	408	12	1	395	1278
	z toho							
	zahájeno TS	238	121	384	15	6	255	1019
	zastaveno TS	49	6	65	2	0	41	163
	odloženo TS	118	40	175	2	0	80	415
	odsouzení	45	15	70	5	0	117	252

NNO – nestátní nezisková organizace; ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc; ÚV – ústavní výchova; NRP – náhradní rodinná péče;
TS – trestní stíhání

Z příložených tabelárních přehledů (**tab. 18.1**) je zřejmé, že ve všech položkách syndromu CAN je nejrizikovější období školního věku (i když roli jistě hraje i to, že je ze všech uváděných období nejdelší). Tělesné týrání je častější u chlapců, psychické se podle pohlaví příliš neodlišuje, naproti tomu sexuální zneužívání je podle očekávání častější u dívek. Zanedbávání, které je nejčtenější oproti ostatním formám, je o něco častější u chlapců.

Oznamovatelem je nejčastěji škola a policie. Sociálním prostředím, kde k syndromu CAN dochází, je neúplná rodina bez otce, ale i rodina úplná. Jako přijaté opatření je nejčastější ambulantní poradenství a dopadem na dítě je nejčastější posttraumatická stresová porucha.

Osobou týrající (viz třetí část **tab. 18.1**) jsou rovnocenně matka i otec, psychicky týrá nejčastěji otec, nejvíce zanedbává matka nebo oba rodiče. Co se týká sexuálního zneužívání, jde o jinou osobu, kterou však dítě většinou zná.

Komerční sexuální zneužívání dítěte:

- dětská prostituce
- dětská pornografie
- obchod s dětmi – únosy
- prostitující dívky jsou častěji vidět na ulici
- prostitující chlapci jsou více angažováni do pornografického průmyslu a homo-sexuální prostituce, kde jsou nabídky předávány diskrétně

Prostituce mládeže s sebou přináší vedle problémů zdravotních i mnohé problémy sociálního charakteru:

- souběžně se vyskytuje se záškoláctvím
- trestnou činností
- následuje zastavení vzdělávání
- přerušování kontaktů s rodinou
- předčasná mateřství u dívek apod; u takto narozených dětí nelze vyloučit ani jejich prodej do ciziny

Mezi dospívajícími nalézáme kuplíře, dohazovače, zprostředkovatele i tipaře dětí vhodných ke komerčnímu sexuálnímu zneužívání. V životopisu těchto lidí velmi často nalezneme sexuální zneužívání v dětství, domácí násilí v rodině (fyzické i emocionální) i chybný výchovný systém.

Následky prostituce či komerčního sexuálního zneužívání jsou rozsáhlé a mnohdy nevratné:

- **sociální trauma** – odmítání sociálního kontaktu, přerušování kamarádkých vztahů, větší zranitelnost vůči sociální traumatizaci
- **psychické trauma** – hrubý zásah do integrity osobnosti, jednou z možných reakcí může být **disociační porucha**, kdy jsou jednotlivé psychické procesy a složky osobnosti rozštěpeny, ztrácí svoji integritu a kontinuitu. Pod vlivem silného stresu může dojít až k **disociační amnézii**, kdy si dítě na události nemůže vzpomenout, nebo až k **disociační poruše identity**, kdy se odděluje část osobnosti, která zahrnuje zkušenost zneužívání, od jádra osobnosti; tyto dvě vrstvy pak existují neintegrovane vedle sebe. Disociační poruchy fungují jako obrana, oddělují to, co dítě traumatizuje.
- **stres a jeho následky** – snížení sebeúcty, sebehodnocení, zlost, únava

- **poruchy fyzické** – např. bolest hlavy, poruchy spánku, jídla
- **poruchy emocionální** – např. úzkostnost
- **poruchy chování** – např. zvýšená konzumace alkoholu, cigaret, drog

Následky **prostituce či komerčního sexuálního zneužívání** jsou rozsáhlé a mnohdy nevratné i v dlouhodobém horizontu:

- **nemoci** jako rakovina
- **ischemická choroba srdeční**
- **předčasná úmrtí**
- **posttraumatická stresová porucha** – traumatická sexualizace věku, nepřiměřená změna vztahu k sexualitě, která může nabývat extrémní podoby:
 - dítě se projevuje **nápadným sexuálním chováním**, vyzývavostí – někdy tento způsob chování používá jako prostředek komunikace a manipulace s lidmi, k získávání výhod, naučilo se chápat sexualitu jako prostředek k získání něčeho pro ně žádoucího
 - dítě se jakéhokoliv projevu sexuality bojí – dochází k jejímu potlačení, někdy i dlouhodobému. Zneužívaný jedinec může mít problémy s vlastní sexuální identitou a někdy i se svojí rolí dospělého
- **sebevražedné chování** – u žen devětkrát vyšší pravděpodobnost pokusů o sebevraždu, u mužů pětkrát vyšší pravděpodobnost
- **kriminální aktivity**
- **ohrožení sexuálního a reprodukčního zdraví** – pohlavně přenosné nemoci a infekce, předčasné těhotenství, potraty
- **alkoholismus a narkomanie**
- **marginalizace až vykořenění** na pokraj zájmu společnosti
- **devastace psychiky** – psychiatrické zdravotní problémy; více než polovina pacientů umístěných v psychiatrických léčebnách byla pohlavně zneužita v dětském věku!

18.6 Zvláštní (neobvyklé) formy syndromu CAN

Systémové týrání, šikanování + druhotné ubližování (ponižování):

- dítěti je upřeno právo na informace
- je mu upřeno právo na slyšení
- dítě je neprávem odděleno od rodičů
- dítě je traumatizováno necitlivými a opakovanými lékařskými prohlídkami
- úzkost dítěte způsobená kontaktem se soudním systémem (svědek)
- nedostatečné služby na pomoc týranému či zneužívanému dítěti

Sekundární viktimizace je působena systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Jde o druhotné zraňování dítěte a vystavování nadbytečné psychické zátěži v samotném průběhu vyšetřování syndromu CAN (především zneužívání) – tj. dítě jako oběť trestného činu se stává ještě navíc obětí neadekvátního vyšetřování (opakované výpovědi, nedůvěra v to, co dítě říká, obviňování dítěte a přenašeni zodpovědnosti na dítě, případně odebrání dítěte z rodiny).

Rituální zneužívání lze definovat jako takové zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti s nějakými symboly, které mají náboženskou nebo nadpřirozenou

charakteristiku a jsou součástí organizovaného společenství – např. mutilace, kříž na zádech, speciální tetování, piercingy.

Müncchhausenův syndrom čili syndrom barona Prášila – dítě (častěji adolescent) si vymýšlí nejrůznější obtíže zdravotního charakteru (dává do vzorku moči krev, vaječný bílek apod.), aby nemuselo do školy.

Müncchhausenův syndrom by proxy (**v zastoupení**) je velmi zajímavý fenomén, kdy si rodiče (častěji matka) u svých dětí vymýšlejí nebo výrazně zveličují nejrůznější příznaky a onemocnění, případně je „vyrábějí“ (např. krev, bílkovina do moči), aby bylo dítě opakovaně vyšetřováno (někdy i náročnějšími metodami – např. biopsie ledvin) a léčeno, což ovšem vůbec neodpovídá objektivní skutečnosti. Jde i o snahu odůvodnit, proč dítě nemůže chodit do školy – protože je „vážně nemocné“. Matky často hledají důvody, proč nebudou pracovat, protože se musí starat o toto dítě s mnoha zdravotními problémy. Finanční prostředky získává z nejrůznějších dávek sociální podpory, především však často od otce dítěte, se kterým se rozvede. „Oblíbené“ jsou psychiatrické diagnózy – poruchy autistického spektra apod. Matka má problém výborně nastudovaný z internetových zdrojů, přesvědčí psychologa o „jednoznačných příznacích u svého dítěte“ a psycholog ani dítě pořádně nevyšetří a spolehne na diagnózu matky. U lékařů to tak jednoduché nemá, proto je typické, že „cestuje“ od lékaře k lékaři a hledá takového, kterého pro svoji diagnózu zlomí. Příčinami pro tento typ chování (v principu týrání a ohrožování dítěte) je psychický problém u pachatele, touha po zájmu o svoji osobu, požadují lítost okolí nad tím, jaký je chudák, že se musí starat o „tak nemocné dítě“, případně omluvené volno v práci, materiální a jiná pomoc.

V této souvislosti nesmíme zapomínat na další velký problém – **války a sexuální násilí**. Je obtížné popsat skutečný rozsah sexuálního násilí ve válkách, protože mnoho ze znásilněných toto násilí nepřežije a další oběti je z obav nenahlásí. Podle zprávy OSN z roku 2013 jsou z toho hlediska rizikové následující oblasti: Demokratická republika Kongo, Sýrie, Středoafriká republika, Afghánistán, Jižní Súdán, Mali, Jemen, Kolumbie, Pobřeží slonoviny, Barma, Somálsko, Dárfúr a řada dalších.

18.7 Nové formy syndromu CAN ve vztahu k informačním technologiím

Kyberšikana (přes internet, mobil apod.) a **kyberstalking** – „vyhrává“ ten, kdo má lepší znalosti informačních technologií – namířeno proti žákům, ale i učitelům. K formám kyberšikany patří posílání urážlivých sms zpráv, e-mailů, pronásledování na facebooku a internetových fórech, klasická šikana nahrávaná na video a zveřejňovaná, zveřejňování intimních fotografií, tvorba falešných inzerátů na seznámení atd.

Happy slapping („veselé fackování“) – „zábavná“ videa na mobilech, která dokumentují útok na nic netušící oběť s tím, že se okolí baví, jak oběť bude reagovat.

Bumfights – brutální a likvidační zákroky, nejčastěji na bezdomovce – třeba polití benzínem a zapálení.

Grooming – chování, jehož smyslem je přilákat děti ke schůzce a následně sexuálními praktikám. Zjevná naivita dětí, navázání komunikace při chatování. Pachatelem často vysokoškolák znalý IT, psychologie a komunikací. Především na sociálních sítích, v diskusích a chatech na internetu se pohybují jak školení „komunikátoři“, tak úchylní jedinci, kteří cíhají na děti. Chtějí od nich intimní fotografie, videa nebo je lákají na schůzku. Tváří se jako vrstevníci nebo dokonce nabízejí dětem nějakou úplatku. Ale ani děti v tom

nejsou úplně nevinně. Běžně si mezi sebou podobné fotografie a videa posílají a ty pak mohou skončit ve špatných rukou. Podle Martina Kožíška se dnes dokonce samy děti stávají největšími výrobci a distributory dětské pornografie. Především děvčata jsou pak ochotna takový materiál vyměňovat za dárky nebo kredit do mobilu a sama ho na internetu nabízejí. Neuvědomují si, že ti, kdo si podobný materiál od nich koupí, pak mohou intimní fotky a videa nejrůznějším způsobem zneužívat, třeba je umístit veřejně na internet nebo dítě pod hrozbou oznámení rodičům a škole i vydírat.

18.8 Komplexní (vývojové) trauma

Komplexní (vývojové) trauma – Complex (Developmental) trauma disorder popisuje expozici dítěte opakovaným traumatickým událostem intenzivní a interpersonální povahy a jejich dlouhodobý dopad na zdraví a kvalitu života dítěte.

Bessel van der Kolk předložil v únoru 2009 návrh na zařazení vývojového traumatu (DTD) jako **nové diagnostické kategorie** do MKN (2013). V květnu 2014 se trauma dostalo mezi nové psychiatrické diagnózy v MKN. V odůvodnění se uvádí, že dlouhodobé následky týrání a zneužívání dětí mají vliv na kognitivní a emocionální vývoj dítěte, dítě není schopné utvářet a dodržovat zdravé vztahy a takový stav vyžaduje nutnost terapie.

Velká dlouhodobá **studie ACE** (Averse Childhood Experiences), zaměřená na dlouhodobý dopad traumatu, ukázala u více než 17 000 respondentů ve věku od 19 do 90 let souvislost mezi expozicí traumatu a depresi, sebepoškozováním a sebevražedným a rizikovým chováním, ale i srdečními nemocemi, rakovinou, diabetem, úrazy a onemocněními jater. Uvádí se, že příčinami ACE jsou v 30,1 % tělesné týrání, 19,9 % sexuální zneužívání, 11,0 % psychické násilí, 23,5 % alkoholismus v rodině, 18,8 % duševní nemoc v rodině, 12,5 % matka jako oběť domácího násilí, 4,9 % drogová závislost v rodině atd.

Vliv stresu/traumatu na **vývoj mozku** (Feliti et al., 2008; Teicher et al., 2003; van der Kolk, 2003; Vaníčková, 2014):

- Všechny zkušenosti se strachem a traumatem vedou ke strukturálním změnám na mozku.
- Prokázalo se, že zkušenosti z dětství mají relativně větší dopad na vyvíjející se mozek než zážitky z dospělosti.
- Stres vede k hyperaktivitě sympatiku, k nadprodukci adrenalinu a noradrenalinu (z toho plynou častější infekce, poruchy spánku, bolesti hlavy, chronická únava, záchvaty paniky apod.), aktivuje se také osa hypothalamo-hypofyzární, což vede ke stálé produkci kortizonu, jež může poškodit dětský vyvíjející se mozek (náladovost, depresivní symptomatologie, rozvoj cukrovky, roztroušené sklerózy, revmatoidní polyartritidy apod.). Ovlivněna je řada míst v mozku (prefrontální kůra, amygdala, hippocampus a další), ale to je již nad rámec této publikace.

18.9 Diagnostika syndromu CAN

V principu jde o komplexní činnost interdisciplinárního týmu, který zjišťuje a posuzuje všechny okolnosti ohlášeného případu všech forem syndromu CAN. Základem je

klasický diagnostický postup v dětském lékařství, posílený o další složky vyšetřování (psychologické, šetření sociální pracovnice v místě, případně policie apod.).

Anamnéza

- **rodinná** – data o otci a matce, počet, zdravotní stav a vývoj sourozenců
- **osobní** – úplnost očkování, opakované úrazy, opakované hospitalizace, zejména dlouhodobé
- **sociální** – velikost a kategorie bytu, počet členů domácnosti, zaměstnání rodičů, příjmy rodičů, typ školy dítěte a sourozenců, jejich prospěch, známka z chování, „koníčky“ dítěte apod.

Zásady vyšetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN

- dítě vyšetřujeme vždy zcela odhalené – svlečené
- pozorujeme chování dítěte
- všímáme si chování rodičů
- sledujeme eventuální přehnaný stud dítěte
- vše řádně zaznamenáváme do dokumentace
- nejlépe využít speciální vyšetřovací místnost (místnosti) s možností zvukové i obrazové dokumentace – vyšetřující by měl být zkušený policejní psycholog, ostatní na případu zúčastnění odborníci jsou ve vedlejší místnosti za speciálním sklem nebo kam je obraz i zvuk přenášen přes televizi
- pozor na sekundární viktimizaci – nejlepší je, aby bylo dítě vyšetřeno jednou a vše dokumentováno, aby nebylo potřeba „dalšího připomínání zlých zážitků“

18.10 Terapie syndromu CAN

Léčba má odstranit či na nejmenší míru omezit důsledky špatného zacházení s dítětem. Má obnovit nebo vytvořit žádoucí tělesnou, psychickou i sociální pohodu dítěte. Musí být komplexní, interdisciplinární a koordinovaná. Konečným cílem by mělo být uzdravení, nicméně to je mnohdy jen ideál. Většina fyzických poranění je medicínsky řešitelná, ale v oblasti psychických a sociálních škod jde často o dlouhodobý proces.

Zásady intervence

- pomoc má přednost před trestem
- nutno vyloučit opakování
- problém týraného dítěte je problémem týrajících osob
- prolomení lékařské mlčenlivosti
- při akutním ohrožení dítěte je nezbytné je umístit mimo rodinu
- neprodleně zahájit řízení o osudu dítěte
- oznamovateli činu musí být zachována anonymita
- prospěch dítěte je vždy na prvním místě

V zásadě existují tři **typy terapeutické intervence**:

- **akutní, krizová intervence** – řeší „na místě“ ohrožení nebo poškození dítěte. Stanoví diagnózu, určuje způsob ošetření dítěte i jeho naléhavost, eliminuje dítě do neutrálního prostředí – např. nemocnice, krizového centra

- **střednědobá intervence** – dokončuje se definitivní diagnóza. Lékař je povinen poskytnout všechny podklady pro řešení případu (vyšetření, posudky apod.). Stanoví se komplexní léčebný plán
- **dlouhodobá intervence** – zahrnuje komplexní, interdisciplinární aktivity ve prospěch dítěte, jež mají odstranit nebo zmírnit všechny škody, ke kterým v důsledku syndromu CAN došlo

18.11 Prevence syndromu CAN

Účelem **primární prevence** je zabránit násilí; toho lze dosáhnout buď odstraněním příčin, nebo vytvořením takových podmínek, aby se násilí nemohlo uplatnit. Tato opatření na celospolečenské úrovni vytvářejí klima společnosti a hovoříme o **nespecifické primární prevenci**. Další opatření, zejména osvěta, vzdělávání atd., jsou již **specifickou primární prevencí**, kde je jasně definovaný cíl změny postojů a chování občanů i odborníků. Součástí široce založené osvěty jsou všechny instituce se širokou celospolečenskou působností, které se nějakým způsobem dotýkají života dětí. Zde alespoň dílčí výčet:

- orgány státní správy a samosprávy
- politické strany se svými programy
- církve
- školy a školství jako celek
- zdravotnictví, kulturní instituce
- sdělovací prostředky – především televize a v současnosti dále i internet
- nevládní neziskové organizace
- organizace zabývající se rodinou a další

Nicméně **primární prevence** musí být orientována především do toho nejpřirozenějšího prostředí dítěte, jímž je **rodina**. Jde především o posilování dobrého rodičovského vztahu, založeného na poznání dítěte a porozumění mu, na opravdové lásce k němu, se snahou je plně chránit. Povídejme si s dítětem, zajímejme se o jeho problémy, pokusme se udělat si představu o závažnosti tohoto problému. Komunikujme s dítětem otevřeně, „na rovinu“, ujistíme ho, že jsme připraveni mu pomoci. Vedme dítě k tomu, aby se nám svěřovalo. Případné konflikty mezi rodiči nepřenášeje na dítě. V případě potřeby vyhledejme pomoc odborníků.

Z pohledu praktického lékaře pro děti a dorost je důležitý podíl na včasné sexuální výchově, výchově k rodičovství, plánování rodiny, antikoncepci, roli otce v rodině atd.

V rámci **sekundární prevence** jde o

- vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, za nichž nejspíše k týraní, zanedbávání či zneužívání dochází
- cílené, programové působení na tyto skupiny lidí a na tyto situace tak, aby se riziko CAN snížilo na minimum

Praktický lékař pro děti a dorost se zaměřuje na detekci syndromu CAN, na rizikové rodiny, rizikové děti, má je v dispenzární péči. Snaží se o zlepšení rodinné situace i sanaci rodiny, často i ve spolupráci s OSPOD. Toho lze dosáhnout pravidelným monitoringem na základě screeningu (anamnestické zjišťování rizik, fyzikální

vyšetření dítěte v rámci preventivních prohlídek apod.). Určitým způsobem se zde můžeme vrátit k rizikovým faktorům, které jsou uvedeny v kap. 18.4, a zvážit jejich význam pro prevenci.

Terciární prevence splývá s terapií a rehabilitací dětí postižených syndromem CAN s cílem zabránit dalšímu zhoršování jejich situace a pomoci jim najít co nejpříjemnější řešení i v těch nejhorších podmínkách. Sem lze např. zařadit dívky sexuálně zneužívané v rodině, kde se např. nepodařilo prokázat vinu obviněného.

Přehled **dokumentů**, které jsou na nejrůznějších úrovních vypracovávány proti násilí na dětech:

- Národní koncepce rodinné politiky – MPSV ČR z roku 2012
- Koncepce péče o ohrožené děti a děti žijící mimo vlastní rodinu – MPSV ČR 2006
- Reforma systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti a novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí z 4. 10. 2012
- Zákon o pomoci v hmotné nouzi, č. 111/2006 Sb.
- Školský zákon (zákon č. 561/2004 Sb.) včetně novely školského zákona č. 472/2011 Sb.
- Zákon o pedagogických pracovnících a navazující vyhlášky, č. 563/2004 Sb.)
- Zákon č. 333/2012 Sb., kterým se mění zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně-výchovné péči ve školských zařízeních (zákon č. 109/2002 Sb.) a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony
- Metodický pokyn k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních zřizovaných MŠMT ČR
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení
- Rámcové vzdělávací programy
- Nový občanský zákoník – zákon č. 89 /2012 Sb.
- Nový trestní zákoník – novela zákona č. 40/2009 Sb. s účinností od 1. 1. 2010
- Zákon o probační a mediační službě (zákon č. 257/2000 Sb.)
- Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007–2013
- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013–2015 (usnesení vlády č. 219 ze dne 27. 3. 2013)
- Strategie prevence kriminality v ČR na léta 2012–2015
- Koncepce boje proti extremismu pro rok 2013
- Koncepce boje proti trestné činnosti v oblasti IT z roku 2001
- Program na podporu integrace romské komunity – MŠMT ČR 2015
- Národní plán boje proti komerčnímu sexuálnímu zneužívání dětí
- Národní strategie boje proti obchodování s lidmi v ČR na období 2012–2015
- Národní akční plán sociální inkluze a způsob jeho tvorby
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (Zdraví pro všechny v 21. století)
- Zdraví 2020 –Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (usnesení vlády ČR č. 23 ze dne 8. 1. 2014)
- Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008–2018
- Národní strategie ochrany práv dětí
- Obecná opatření k výkonu rozsudků Evropského soudu pro lidská práva – prevence odebírání dětí z péče rodičů ze sociálně-ekonomických důvodů
- Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007–2017

- Metodické opatření MZ ČR Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom CAN (*Věstník MZ ČR* č. 10/2005 – zpracoval dr. Biskup)
- a řada dalších

Jaké jsou např. priority **Národní strategie prevence násilí na dětech?**

- změna postojů společnosti s cílem nulové tolerance násilí vůči dětem na základě široké – víceméně permanentní – veřejné kampaně
- podpora primární prevence v širokém kontextu (zanedbávání dětí, rozvody, závislost na alkoholu či droze, nedovolené držení zbraní, chudoba, nezaměstnanost a další faktory)
- profesionalita odborníků (budování vzdělávacích kapacit a programů pro profesionály a laiky, kteří pracují s ohroženými dětmi) a dostupnost služeb pro ohrožené děti
- sběr dat – vybudování národního monitorovacího střediska
- participace dětí

Sedm **hlavních cílů** strategie:

1. Podporovat rozvoj rodičovských kompetencí.
2. Vytvářet ve školách a na pracovištích klima rovnocenného partnerství a respektuplné sociální komunikace.
3. Zajistit dostupnou nabídku zájmových, sportovních aktivit jako předpoklad zvyšování odolnosti dětí.
4. Naplňovat speciální práva dětí umístěných do zařízení ústavní výchovy.
5. Usilovat o utváření bezpečných komunit.
6. Zprostředkovat porozumění právu dětí na ochranu před násilím v celé společnosti s cílem změny jejich postojů.
7. Koordinace – hlavní princip multioborového přístupu.

Oznamovací povinnost existuje

- podle nového trestního zákoníku č. 40/ 2009 Sb., ve znění dalších novelizací
- podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. (§ 10, odst. 4), ve znění dalších novelizací

Vybrané **sledované trestné činy** dle trestního zákoníku:

- znásilnění – § 185
- sexuální nátlak – § 186
- pohlavní zneužívání – § 187
- kuplířství – § 189
- prostituce ohrožující mravní vývoj – § 190
- šíření pornografie – § 191
- výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií – § 192
- zneužití dítěte k výrobě pornografie – § 193
- trestný čin opuštění dítěte – § 195
- trestný čin zanedbání povinné výživy – § 196
- týrání svěřené osoby – § 198
- trestný čin únosu – § 200
- ohrožování mravní výchovy dítěte – § 201
- svádění k pohlavnímu styku – § 202

Literatura

- BENTOVIM, A.: *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada Publishing, 1998, 120 stran.
- DUNOVSKÝ, J., kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999, 284 stran.
- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., a kol.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995, 248 stran.
- DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H.: *Sociální pediatrie*. Praha: Avicenum, 1989, 253 stran.
- DUNOVSKÝ, J., MITLOHNER, M., HEJČ, K., HANUŠOVÁ-TLAČILOVÁ, J.: *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. Praha: Grada Publishing, 2005, 252 stran.
- FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D.: Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the aversive childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 14(4): 245–258.
- GJURIČOVÁ, J., a kol.: *Podoby násilí v rodině*. Praha: Vyšehrad, 2000, 101 stran.
- KOVAŘÍK, J., KUKLA, L., a kol.: *Děti v České republice 1996 – situační analýza*. Praha: Český výbor pro UNICEF, 1998, 220 stran.
- KUKLA, L.: *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2007, 44 stran.
- MATOUŠEK, O., a kol.: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 352 stran.
- PÖTHE, P.: *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, 186 stran.
- PROVAZNÍKOVÁ, H., VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K.: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. In: *Manuál prevence v lékařské praxi VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. Kapitola 7. 1. Praha: SZÚ, 1998, 144 stran.
- SLANÝ J.: *Syndrom týraného dítěte (CAN)*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2008.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š.: *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003.
- TEICHER, M. H., ANDERSON, S. L., et al.: The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2003; 27(1–2): 33–44.
- VAN DER KOLK, B. A.: The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003; 12: 293–317.
- VANÍČKOVÁ, E.: *Komplexní trauma*. Přednáška na konferenci. Karlovy Vary, 2014.
- VANÍČKOVÁ, E., a kol.: *Sexuální násilí na dětech: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením*. Praha: Portál, 1999, 120 stran.
- VESELÝ, M.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2011, 127 stran.
- WEISS, P., a kol.: *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada Publishing, 2005, 264 stran.
- Nový trestní zákoník č. 40/2009 Sb.
- Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. (§ 10, odst. 4), ve znění dalších novelizací.

19 Současné sociálně-pediatrické aktuality

František Schneiberg, Lubomír Kukla

19.1 Babyboxy

Jako **babybox** se označuje schránka na utajené, anonymní odložení dítěte, zpravidla novorozence, o kterého se matka nechce starat. Synonymem je „torna“ (podobná otáčivá schránka ve středověku, zpravidla u klášterů), „Babyklappe“ (Německo), ale také nejnověji „hniezdo záchrany“ (Slovensko). Nejde tedy z historického hlediska o žádnou novinku a ani v rámci evropských zemí nejsme v zavádění babyboxů ojedinelí.

Co je u nás jiné a zarážející, je **masové rozšíření** těchto schránek, jejich nulové legislativní zakotvení a široká podpora veřejnosti, daná zejména mediálními kampaněmi, které šíří jen jedno souhlasné stanovisko bez respektu k odborným názorům a doporučením. Síť babyboxů je u nás zřejmě již největší ze všech zemí, kde obdobná zařízení existují (např. Německo s 80 miliony obyvatel má cca 80 schránek, my toho času více než 80 při 10 milionech obyvatel, Slovensko na 5 milionů obyvatel má šest schránek).

Současná ekonomická situace a přibývající chudoba nahrávají tomu, aby matky opouštěly své děti. Není však možné matce v nepříznivé sociální situaci doporučovat odložení dítěte do babyboxu jako jediné možné řešení. To měla na mysli OSN, když její Výbor pro práva dětí v Ženevě ve své periodické zprávě o plnění Úmluvy o právech dítěte vyzval v roce 2011 důrazně Českou republiku, aby ukončila program babyboxů a zaměřila se na takové podpůrné programy, které by pomohly ženám v tísní, aby mohly nadále pečovat o své dítě.

Pro zavádění babyboxů jsou ponejvíce uváděny následující argumenty:

- **Jde o záchranu života nechtěných dětí**, je „upřednostněn život proti smrti“, „právo dítěte na život je na prvním místě před veškerou legislativou“ apod. Zkušenosti zemí, kde babyboxy či obdobná zařízení existují delší dobu, však ukazují, že ani po zavedení schránek na odložení dětí nijak neklesá počet novorozenců usmrčených po porodu a nalezených v popelnici, kontejneru apod. Ani statistika Policie České republiky neprokazuje ovlivnění počtu takto nalezených dětí v souvislosti se zaváděním babyboxů. Již cca dvě desetiletí je konstantní počet nalezených zavražděných novorozenců 2–3 ročně, v některých letech (2004, 2005, 2009) nebylo nalezeno žádné takové dítě. Důvodem je, že matka, která usmrtí své narozené dítě, jedná v afektu, nepřičetnosti, panické hrůze, takže není schopna domyslet důsledek svého činu, natož aby byla schopna dítě někam odvézt do schránky, byt by byla na každém rohu. Matka, která dítě chce odložit do schránky, musí jednat racionálně – dítě zabalit, vzít, někam odvézt.
- **Schránky existovaly již dříve a jsou zavedeny i v současnosti**, a to i v rámci zemí EU. Schránky opravdu existovaly již dříve, ale právě zřizování takových schránek v rámci církevních zařízení evropského středověku byla vysoce vstřícným gestem. Tehdejší společnost svobodné matky za takovou graviditu fatálně ostrakizovala. Společensky nepřijatelná gravidita znamenala vyloučení matky i dítěte ze společnosti a rodiny a dříve či později ústila ve faktickou smrt této dvojice. Takový přístup církve tedy znamenal v době středověku významnou pomoc ženě a nízký společenský

i právní status dítěte byl prakticky až do první poloviny 19. století provázen existencí těchto schránek. Dnes je společenské postavení gravidní svobodné ženy či ženy, jejíž gravidita je z jakýchkoliv důvodů jí samotnou či okolím považována za nežádoucí, zcela jiné. Postoj společnosti je zcela benevolentní. Současná právní situace v ČR umožňuje řešit situaci dítěte, které se narodilo jako nechtěné, jinými, níže uvedenými způsoby. Toto vše ve středověku neexistovalo, proto argumentace „tradicí“ schránek je zcela scestná – srovnáváme totiž nesrovnatelné společensky i právně. Argument, že tyto schránky jsou zavedeny ve státech EU, je pravdivý – v Německu, Rakousku, Francii a také ve Švýcarsku dnes existují. Zkušenosti z těchto zemí však ukazují, že praxe není tak uspokojivá, jak zastánci schránek uvádějí: schránky generují „děti bez minulosti“, bez anamnézy, bez identity, bez jakýchkoliv vazeb. Pokud dítě vyrůstá s tímto pocitem, nemůže nikdy prožít plnohodnotný psychický a sociální vývoj. Důsledky pro osobnostní vývoj v dospělosti stále spíše jen odhadujeme, máme ale oporu v některých sociologických výzkumech i v beletristické literatuře, často autobiografické. A jak je uvedeno výše – počet zavražděných novorozenců matkami v těchto zemích po zavedení schránek nikterak neklesl.

- **Anonymita matky** je již dnes legálně umožněna níže uvedeným „utajeným porodem“, institut schránky v tomto tedy nepřináší nic nového. Otevírá se tím však další, a to vysoce závažný, problém – anonymnímu vložení novorozence do schránky může dle logiky věci předcházet anonymní porod, tedy porod někde mimo ústavní zařízení (což navíc současný právní řád ČR neumožňuje), tedy porod dítěte bez kvalifikovaného medicínského a ošetrovatelského zázemí. Tato skutečnost může být zásadně ohrožující pro přežití nejen pro novorozence (s možnými poruchami porodní adaptace, vrozenou vadou apod.), ale také pro rodičku. Argumentace zastánců babyboxů touto anonymitou tak vlastně gravidním ženám podsouvá k uskutečnění tuto velmi nebezpečnou možnost родit někde improvizovaně, bez patřičného odborného zázemí.

Tyto tři hlavní argumenty zastánců schránek lze tedy vyvrátit či zásadně zpochybnit.

Na místě je však také uvést další **argumenty proti zavádění babyboxů**:

- **Porušení Úmluvy o právech dítěte** – babyboxy porušují zejména čl. 7 Úmluvy, který říká, že *dítě má právo znát své rodiče, pokud je to možné*. To znamená, že podporou rozvoje schránek na odkládání dětí stát porušuje toto právo, protože vlastně znemožňuje dítěti své rodiče poznat. Podobně je porušován čl. 8 Úmluvy, který zavazuje státy k respektování totožnosti dítěte.
- **Snížení odpovědnosti rodičů za dítě** – existence babyboxů vede ještě k dalšímu snížení odpovědnosti rodičů za dítě, a to za situace, kdy se naše společnost nachází v oblasti sociopatologie rodiny i bez existence schránek. Toto je velmi závažný argument – existence těchto schránek skutečně vytváří ve společnosti pocit, že se nechtěné dítě může „kamsi“ snadno a lehce odložit a „systém“ se už o ně náležitě postará.
- **Možnost trestného činu opuštění dítěte** – vložení anonymně porozeného novorozence do schránky může z hlediska současné legislativy ČR znamenat trestný čin opuštění dítěte (§ 195 trestního zákoníku). Je zřejmé, že nastane jiná situace, když porodivší matka dítě pohodí v přírodě apod., respektive když dítě naopak vloží

do babyboxu, kdy očekává, že se ho zdravotníci brzy ujmou. Nicméně současná legislativa toto dnes, přísně vzato, primárně nerozlišuje.

- **Vyloučení otce z rozhodování o budoucnosti dítěte** – dítě má **dva rodiče**. V úvahách o babyboxech pomíjíme skutečnost, že existuje ještě druhý rodič se stejnými právy i povinnostmi vůči dítěti. Tento argument zastávají zejména různá sdružení otců hájící jejich právo na dítě. V případě umístění dítěte do babyboxu jsou navždy vyloučeni z možnosti „dostat se“ ke svému dítěti.
- **Ohrožení dítěte technickými problémy zařízení** – ze zahraničí jsou známy případy, kdy se dítě ve schránce udusilo či zmrzlo při poruše funkce schránky. V babyboxu se také objevily starší děti, pro které je prostor velmi malý. Ne všechny babyboxy jsou instalovány ve zdravotnickém zařízení, aby odborná medicínská pomoc byla co nejbližší (jsou umístěny také ve zdi úřadu městské části, v lékárně apod.).

Argumentů proti rozvoji těchto schránek je ještě celá řada. Nemůže se dítě bez identity zcela ztratit? Nemůže tak docházet k **nedovoleným manipulacím** s dětmi – prodeji na orgány, k pornografii či jen prodeji zájemcům o dítě?

Ukazuje se, že některé matky vložím dítěte do babyboxu sledují čistě **ekonomický zájem** a nemají úmysl se dítěte vzdát. Když jim byla přislíbena nějaká sociální pomoc, přihlásily se k odloženému dítěti a chtěly si ho převzít zpět do své péče.

V souhrnu lze říci, že babyboxy jsou velmi sporným řešením situace matky, která porodí dítě a nechce o ně pečovat. Jdou zcela proti zájmu a právu dítěte. Jako řešení se v četných diskusích ukazuje především **preventivní práce s matkou** a její podpora, aby o své dítě mohla pečovat. Pokud o ně pečovat nechce, musí se jí dostat poučení o všech možnostech, jak dítě „odložit“, aniž by ho musela dát do babyboxu.

19.2 Utajený porod

Legislativa ČR zná možnost tzv. **utajeného porodu**, který znamená zachování anonymity matky (resp. neprovdané ženy) se současně poskytnutou standardní péčí a zajištěním novorozence.

Podmínky „utajeného“ porodu, tj. **porodu s utajením totožnosti matky**, byly upraveny zákonem č. 422/2004 Sb., § 14 – nahrazeno ustanovením § 56 zákona č. 372/2011 Sb., který upravuje problematiku vedení zdravotnické dokumentace v případě utajeného porodu.

(1) Zdravotnická dokumentace o utajeném porodu podle § 37 je vedena v rozsahu zdravotních služeb souvisejících s těhotenstvím a utajeným porodem. Odděleně od zdravotnické dokumentace je vedeno jméno, popřípadě jména, příjmení ženy, které jsou poskytovány v souvislosti s těhotenstvím a utajeným porodem zdravotní služby, písemná žádost o utajení porodu, datum narození ženy a datum porodu.

(2) Po ukončení hospitalizace ženy, která utajeně porodila, poskytovatel doplní zdravotnickou dokumentaci o údaje uvedené v odstavci (1), vloží ji do vhodného obalu, který zapečetí a označí bezpečnostním kódem, který bude předán těž pacientce. Otevření takto zapečetěné zdravotnické dokumentace je možné jedině na základě rozhodnutí soudu; to neplatí, požádá-li o otevření zdravotnické dokumentace žena, která utajeně porodila.

(3) *V případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě se zdravotnická dokumentace převede do listinné podoby a postupuje se podle odstavce (2); současně se elektronická podoba zdravotnické dokumentace odstraní z informačního systému.*

Podle citovaného zákona žena s trvalým pobytem na území ČR, která porodila dítě a písemně požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem, nejedná-li se o ženu, jejímuž manželu svědčí **domněnka otcovství**, má právo na zvláštní ochranu svých osobních údajů. *(Za otce dítěte se považuje manžel matky, narodí-li se dítě v době od uzavření manželství do uplynutí třicátého dne po zániku manželství nebo po jeho prohlášení za neplatné. Narodí-li se dítě ženě znovu provdané, považuje se za otce manžel pozdější, i když se dítě narodilo před uplynutím třicátého dne potom, kdy její dřívější manželství zaniklo nebo bylo prohlášeno za neplatné.)*

Lékaři a příslušníci zdravotnického personálu, kteří v rámci výkonu lékařské péče přišli do styku s osobními údaji ženy podle (1), jsou povinni o nich zachovávat mlčenlivost.

V případě „utajeného“ porodu se údaje o matce nezapisují ani do **knihy narození**, vedené matrikou. Zápis dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem, se do knihy narození provede podle zprávy zdravotnického zařízení, v němž byl porod ukončen.

Zdravotnická péče související s těhotenstvím a porodem dítěte se hradí ze **zdravotního pojištění**, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem. Tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušné zdravotnické zařízení. Pokud by žadatelka nesdělila zdravotnickému zařízení svoje identifikační údaje, musela by si porod zaplatit.

19.3 „Diskrétní“ porod

Žena může také požádat o tzv. **diskrétní porod** – v určité době před porodem požádá o přijetí do některého z více než 15 kojeneckých ústavů, dětských domovů nebo dětských center (většinou ve větší vzdálenosti od místa bydliště), které tuto službu poskytují. Tam pobývá do porodu, v příslušné porodnici porodí, odchází domů a dítě bývá po dočasném umístění v zařízení či v pěstounské péči na přechodnou dobu a podpisu souhlasu s osvojením po šesti týdnech od porodu předáno do adopce. Takovýto způsob má výhodu v tom, že je známa matka a její anamnéza a matka si své rozhodnutí vzdát se dítěte může také po porodu, na rozdíl např. od umístění do babyboxu, rozmyslet, což se nezdívá děje.

Matka může své dítě také **zanechat v porodnici**, odkud je potom předáno do zařízení či pěstounské péče na přechodnou dobu. Následně ve spolupráci s orgány sociálně-právní ochrany odchází dítě zpravidla do osvojení.

Konečně může matka **donést své dítě** přímo do některého zařízení typu kojeneckého ústavu, dětského domova či dětského centra, které se pak o dítě postará, aniž by na matce vyžadovalo podrobné identifikační údaje.

19.4 Fiktivní otcovství

Za **fiktivní otcovství** považujeme situaci, kdy muž, který není otcem dítěte, se za něj z různých důvodů prohlásí. Tato situace nastává zejména u manželských párů, které

nemohou mít vlastní dítě a nechtějí procházet složitými úředními postupy při vyřizování standardní žádosti o náhradní rodinnou péči a povinnou přípravou náhradních rodičů.

V praxi to vypadá tak, že si manželé vytipují či vyhledají těhotnou ženu, zpravidla svobodnou, která nebude chtít pečovat po narození o své dítě, a dohodnou se s ní, že muž se **prohlásí za otce dítěte**, po porodu si ho převezme do péče a biologická matka se dítěte „vzdá“, tj. podepíše souhlas s osvojením. Nic pak nebrání tomu, aby si manželka muže dítě osvojila. Oba jsou pak jako rodiče uvedeni v rodném listě.

Tento postup je vlastně podvodem, a to nejen z právního hlediska, ale především **podvodem na dítěti**, které vyrůstá ve falešném přesvědčení o svém otci a matce, což při zjištění pravdy může mít pro ně dosti závažné dopady při uvědomování si své identity. Takto vzniklá rodina může být ale i předmětem různého vydírání biologickou matkou. Lze předpokládat, že domluva otce a původní matky může být podepřena i finanční odměnou, což už hraničí s obchodem s dětmi.

19.5 Náhradní mateřství (pronájem dělohy)

Tato citlivá věc má několik okruhů problémů. Je to především **problém právní**: Jedinou zmínkou o náhradním mateřství v současně platném právu je § 804 nového občanského zákoníku, který říká, že *osvojení je vyloučeno mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství*. Listina základních práv a svobod, článek 2, odst. 3 říká, že *každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá*. Náhradní mateřství není v našem právním řádu nijak specificky regulováno – není ani výslovně povoleno, ani zakázáno.

Náhradní mateřství je označení situace, kdy je embryo biologických rodičů implantováno do dělohy náhradní matky. Otcovství k dítěti je určeno souhlasným prohlášením náhradní matky a biologického otce. Po porodu je pak dítě osvojeno biologickou matkou a svěřeno do péče biologickým rodičům.

Náhradní mateřství je definováno jako reproduktivní model, kdy žena nosí plod a porodí dítě pro pár, kde je žena těhotenství a porodu neschopna pro kongenitální či děložní abnormalitu nebo proti těhotenství existuje vážná zdravotní kontraindikace.

Světová zdravotnická organizace nevymezuje přímo pojem „náhradní mateřství“, ale uvádí pojem „**gestační matka**“, přičemž gestační nosičkou (surogátní matkou) je žena, která nosí dítě na základě dohody, že předá potomka zamýšleným rodičům. Gamety mohou pocházet od těchto rodičů, nebo od třetí osoby (osob).

Toto je laicky označováno též jako **pronájem dělohy**. Již z tohoto označení je patrné, že náhradní matka obvykle neporodí dítě zadarmo. Pokud si můžeme najmout lidskou pracovní sílu, proč by nemohla být uzavřena smlouva o nájmu části těla za účelem donošení dítěte? Ale k náhradnímu mateřství nemusí docházet vždy ze zjištěných důvodů, zejména mezi rodinnými příslušníky lze presumovat nezištnost a dobrou vůli pomoci citově velmi blízké osobě.

Ať však jde o náhradní mateřství ze zjištěných, či osobních důvodů, bude i v budoucnu platit zásada, že **matkou dítěte je žena, která dítě porodila**. Biologická matka tedy bude muset i nadále osvojovat dítě, kvůli jehož narození náhradní matku vyhledala.

K tomuto procesu dochází při **asistované reprodukci** a děje se tak v rozporu se zákonem. Dodržení postupu podle § 10 zákona č. 373/2011 Sb., o zdravotních

službách, by již samo o sobě znamenalo nemožnost uvedenou smlouvu uzavřít, neboť podmínkou asistované reprodukce je dle tohoto ustanovení *zachování vzájemné anonymity anonymního dárcce a neplodného páru*. Současná právní úprava tedy uzavření smlouvy, jejímž předmětem by bylo náhradní mateřství, neumožňuje. Pokud by mělo na základě smlouvy dojít k „předání dítěte“, šlo by o smlouvu, která by přímo odporovala zákonu.

Z toho vyplývá, že právní úprava je nedokonalá. Zákonodárce by měl náhradní mateřství buď zakázat (v mnoha zemích tomu tak je), nebo podrobněji legislativně upravit.

Když v 80. letech minulého století lékaři otevřeli cestu k dětem i těm, kdo je vlastně mít do té doby nemohli, byl to obrovský průlom. Žena, která kvůli nemoci, zranění nebo z vrozených příčin nemohla donosit dítě nebo dokonce ani neměla dělohu, najednou mohla být matkou. Schopnost „vyrábět embrya“ a vkládat je do těla žen, které potom plod donosily, byla revolucí. Bylo to něco úplně jiného než adopce i poloviční rodičovství. Když si odmyslíte prožitek těhotenství a porodu, najednou jste měli opravdu vlastní dítě, skutečné pokračování vás a vašich předků.

Avšak pak se ukázalo, že revoluce má poněkud širší použití. Napůl vlastní dítě si takto pořídila i řada homosexuálních párů, kde ženy poskytly vajíčko. Také dámy, které sice chtěly dítě, ale měly pocit, že by jim těhotenství narušilo kariéru nebo tělesné křivky (manekýny či jiné celebrity), si najdou ženu z jiné vrstvy, aby donosila jejich dítě, a ještě jí za to zaplatí. To už se dostáváme v podstatě k **obchodu s dětmi**. Postupně se z toho stal celosvětový byznys, v němž se ročně protočí téměř 3 miliardy dolarů. Jeho skutečný rozměr nikdo nezná.

Většina náhradních matek pochází z rozvojových zemí – a když nastanou nějaké právní spory, jsou obvykle tím, kdo je bit. Pro ženy, které si za to nechají platit, je to obrovský byznys. Nejvíce jich je v Indii, Thajsku, USA, Rusku a na Ukrajině, kde je náhradní těhotenství legální.

„Továrny na děti“ v Indii

V Indii je dnes možná tisíc, ale také možná deset tisíc klinik, které se náhradním mateřstvím zabývají. Je jasné, že v tomto množství a při absenci zákonů občas dojde ke karambolu. Mateřské instinkty a peníze – to je třaskavá směs.

Náhradní matky se v Indii staly výnosným podnikatelským odvětvím. Jeho roční obrat přesahuje miliardu dolarů. Ženy, které za peníze slíbily donosit embryo biologických rodičů, během těhotenství žijí ve speciálních ubytovnách, které kritici nazývají „továrny na děti“.

„V Indii je rodina velmi důležitá. Já jsem se stala náhradní matkou, abych mohla vlastním dětem dát vše, po čem jsem vždy toužila,“ říká osmadvacetiletá Indka Vasantí, která nosí dítě japonského manželského páru. Za tuto službu dostane 8000 dolarů (cca 152 tisíc Kč), což jí vystačí na to, aby si s manželem postavila dům a mohla posílat své děti ve věku 5 a 7 let do anglické školy. O ničem takovém se jí dříve ani nesnilo. Embryo japonských manželů bylo Vasantí implantováno v městečku Nand v indickém státě Gudžarát. Celé těhotenství tato žena stráví v nedaleké ubytovně spolu s další cca stovkou náhradních matek, které jsou pod kontrolou lékařky Najny Pátilové. Podle dr. Pátilové je zde vysoká kvalita lékařské péče a náklady poměrně nízké. Příznivá je také právní situace. „Náhradní matka tady nemá na dítě, které nosí cizímu páru, žádné právo,“ říká dr. Pátilová.

Pravidla ženám zakazují během těhotenství sex. Pokud náhradní matka odnese dvojčata, dostane vyšší odměnu: 10 000 dolarů. Jestliže během prvních tří měsíců potratí, je jí vyplaceno odškodné 600 dolarů. Páry, kterým náhradní matka úspěšně porodí potomka, zaplatí za tuto službu kolem 28 000 dolarů.

V Indii je hlavním faktorem při rozhodnutí žen stát se náhradní matkou velká chudoba. Třetina nejchudších lidí na světě žije právě v Indii.

Právní a etické otazníky

Právních a etických otazníků je víc než jen na první pohled nejdramatičtější otázka, kdo má na dítě právo. Před třemi roky se temnými zákoutími byznysu kolem pronajímání dělohy začala zabývat Haagská konference o soukromém mezinárodním právu a v roce 2014 o tom vydala obsáhlou zprávu, která byla projednávána na přelomu srpna a září za účasti politiků, vědců i pracovníků humanitárních organizací. Zde je několik hlavních právních „zádrhelů“:

- Měl by být dárce spermatu považován podle práva **za otce**? To by totiž znamenalo, že otcem by musel být i ten, kdo prodává sperma do spermatických bank. A pokud ne, jaký je tedy z hlediska otcovství rozdíl mezi mužem, který poskytuje sperma pro embryo, jež bude vloženo do náhradní matky, a tím, který ho poskytne anonymně do banky?
- Jak vůbec právo bere ženu, která porodí dítě, jež s ní nemá geneticky nic společného? Je to také matka, nebo jen „**stroj na děti**“? A jaká má práva v průběhu těhotenství? V některých smlouvách mají náhradní matky označení „nosička“.
- Mají biologičtí rodiče právo požadovat od náhradní matky **potrat**, když si sami vše v průběhu jejího těhotenství rozmysleli? Kdo je vlastně pánem nad těhotenstvím? Žena, která poskytla svoje tělo, nebo lidé, kteří poskytli plod?
- Jaké **občanství** má dítě? Je občanem země, kde se narodilo, nebo té, odkud pocházejí biologičtí rodiče? A co když se narodí v jedné zemi a rodiče je chtějí vzít domů do státu, který náhradní mateřství neuznává? Někdy je to docela rébus: čínská a americká média popisují, jak se bohatí Číňané stávají zákazníky amerických agentur zařizujících náhradní mateřství, protože pokud se dítě narodí v USA, má automaticky americké občanství, rodiče tam mohou být s ním a později mohou dostat tzv. zelenou kartu, což je v podstatě povolení k trvalému pobytu. Číňané tím obejdou také politiku jednoho dítěte.
- Významnou rovinu představuje **problém etický**. Zastánci institutu náhradní matky se ohánějí tím, že žena (manželský pár – či dokonce lesbický pár) má právo na dítě, což je ovšem právo virtuální (podobně jako právo na práci). Dítě není komodita, kterou si můžu pořídit, když se mi zachce a když na to mám. Dítě je člověk, osobnost se všemi právy, která mu musí společnost zaručit. Dítě má právo znát své biologické rodiče. Co asi prožije, když se dozví, že si jeho „výrobu“ rodiče jaksi objednali, že ho porodila „děloha na leasing“, z gamet, které poskytla spermabanka či ovobanka? Nastává zde i dehumanizace oné těhotné, která se v zadaném programu stává nikoliv matkou a osobností, ale předmětem a nástrojem realizujícím přání neplodného páru za hranicí lidské přirozenosti.

Psychologické problémy a citová vazba

Z pohledu dítěte jde o **problém psychologický**, hlavně z hlediska jeho emočního vývoje a identity. Dnes není pochyb o tom, že počátky rané interakce matka-dítě jsou již

v prenatálním období. Umožnil to technologický rozvoj poznání prenatálního života. Hovoříme o **prenatální psychologii**. Lidský plod vidí, slyší, má vyvinutou chuť, čich, je schopen se učit a cítit. To, co cítí a vnímá, začíná formovat jeho postoje a očekávání vůči sobě samému. Zdrojem těchto „formativních poselství“ je matka, takže její vyladění, rovnováha a psychické stavy výrazně ovlivňují psychiku plodu.

Dnes je známo velmi mnoho o **fyziologických pochodech**, účinných hormonů i o jejich podílu na vnímání vztahu matka-dítě a počátcích oné pevné vazby – **attachmentu**. Např. hormon oxytocin se vyplavuje ve větší míře v harmonických mezilidských vztazích. Působí také na skutečnost, že matka vnímá vůni svého děťátka velmi intenzivně a rozezná je od dětí jiných. Naopak při porušení připoutávací vazby stoupá u dítěte hladina kortizolu a působí nezvratné změny funkce i struktury mozku. Mohou vzniknout poruchy osobnosti, kdy dítě po porodu nevplulo do „bezpečného světa“. Hormon prolaktin vyvolává nejen produkci mateřského mléka, ale také částečně tlumí matku, aby omezila svoje aktivity na péči o miminko.

Citová vazba (připoutání) mezi matkou a dítětem ovlivňuje nejen uvedené hormonální a jiné biologické regulace, ale také postoje matky a její očekávání ve vztahu k nenarozenému dítěti (nelze zde nezmínit výzkumy prof. Matějčka o nechtěných dětech).

Podle prenatálních psychologů (např. Fedor-Freybergh) je těhotenství aktivní dialog mezi matkou a dítětem a zahrnuje přirozeně dialog matka-otec a matka-širší prostředí. Charakter tohoto dialogu je tedy biopsychosociální a plod v něm není jen pasivním objektem. Plod je aktivní a „kontroluje“ prostředí. Reaguje na podněty taktilně kinestetické, sluchově vizuální, na změnu polohy matky. **Prenatální komunikace** probíhá v uvedených rovinách.

Jak z uvedeného vyplývá, „vypůjčená děloha“ **není rozhodně v zájmu dítěte**. Minimálně se mu přerušuje započatá citová vazba s matkou. Argument, že podobně je tomu u dítěte, které matka po porodu svěruje do adopce, tak úplně neobstojí. V případě propůjčené dělohy je to programový cílený akt – dítě není dítětem těhotné ženy, tudíž se ani vlastně onen pozitivní vztah matka-dítě nevytváří, těhotná má k dítěti vztah ambivalentní, tudíž nemůže plné pouto nastat, a pokud nastane, je přerušeno po narození. Při následné adopci může být vztah matky k dítěti pozitivní a citové pouto se vytváří (doba je různě dlouhá), leč možné okolnosti vedou potom matku k rozhodnutí svěřit dítě do adopce. Konečně při adopci si dítě vytváří nové přilnutí a je zde na rozdíl od „vypůjčené dělohy“ jasné, kdo je matka biologická a kdo náhradní.

Náhradní mateřství s sebou nese **celou řadu problémů** (Honzák, 2014):

- Biopsychosociální rizika hrozící dítěti, náhradní i biologické matce jsou příliš velká.
- Zpředmětnění matky na inkubátor považujeme za jakousi formu prostituce (třeba ušlechtilou).
- Co řeknou rodiče dítěti, až dospěje?
- Jak vyřeší surogátní matka dilema mezi „přírodními silami“ a svým slibem vzdát se dítěte?
- Bude na ně myslet jako na nechtěné? Nebo si po porodu nechá „vymýt mozek“ specialistou?
- Nebo se stane psychiatrickou pacientkou pronásledovanou pocity viny?
- Nebo zcela popře svoji osobnost i své pocity a bude ve stylu proslavenějších pachatelů zla tvrdit, že ona by to nikdy ze své vůle neudělala, ale když jí to přikázali, tak co jí zbývalo?

V neposlední řadě mohou nastat minimálně dva **další problémy**:

- Náhradní matka si chce dítě ponechat – však je to její dítě!
- Náhradní matce se narodí dítě s nějakým zdravotním či jiným problémem (i závažným) a „čekající rodiče“ o takové dítě zájem nemají. Pochopitelně matkou je ta, která dítě porodí.
Jaký je pak osud tohoto dítěte?

Že jde o stále diskutovaný problém, řešil i výbor ČGPS (České gynekologické a porodnické společnosti) ČLS JEP v rámci SAR (Sympozia asistované reprodukce), kde se diskutovalo o náhradním mateřství (NM). Jeho **závěry a doporučení**:

1. Realizace pouze na základě medicínské indikace.
2. Pouze úplná surogátnost – tedy oba zadavatelé (příjemci) jsou biologičtí rodiče, a tedy dárci genetického materiálu.
3. Vynaložení veškerého úsilí ke snížení možnosti vícečetného těhotenství s následným rizikem pro surogátní matku a budoucí děti (pouze jedno embryo).
4. Respektování autonomie surogátní matky včetně rozhodnutí o jejím těhotenství, jež by mohlo být v rozporu se zájmem pověřujícího páru.
5. Surogátní mateřství by nemělo být komerční.
6. Surogátní matce i pověřujícímu páru se musí dostat úplných medicínských a právních služeb, a to před zahájením léčby.
7. Surogátní poměr, je-li řízen jednotlivým lékařem, by měl být schválen etickou komisí daného pracoviště.

Další návrhy: sami zadavatelé si NM vyhledávají pod medicínskou a právní konzultací, muž ze zadavatelského páru uznává své otcovství, po porodu se náhradní rodička dítěte vzdá, její role momentem porodu končí, dítě je předáno do péče otce a biologická matka si zažádá o svěření do péče.

Nicméně jaký je **současný stav**:

- Centrální registr dětí ze surogátního mateřství v ČR neexistuje, stejně tak neexistuje ani registr těchto výkonů. Odhadem jde snad o cca 100 případů.
- V ČR je asi 40 center reprodukční medicíny, ale tento údaj je diskutabilní.
- Existuje velký problém s hyperstimulací u náhradních matek, riziko zdravotních obtíží, diskutuje se problém souvislosti s nádorovým onemocněním vaječníků.
- Patnáct ze 35 států EU náhradní mateřství zakazuje.
- Sedm států EU má NM upraveno.
- V Rakousku jde o trestný čin.
- Ve Francii je náhradní mateřství zakázáno (porušení práva dítěte na soukromý život zahrnující právo na identitu, status a občanství).
- Velká Británie má NM povoleno.
- V ČR je statusově matkou žena, která dítě porodí.
- Příklon k definici: ne surogátní matka, ale náhradní rodička, čili žena, která porodí surogátně, není matkou, porodem skončil její úkol (nutnost vytvoření právního rámce).

Závěrem

Při rozhodování o náhradním mateřství by měl sehrát roli také další argument, tzv. **epigenetická modifikace**. To je zjednodušeně vliv prvních devíti měsíců na zdravotní stav, charakter a temperament dítěte. Ve fázi vývoje orgánů může dojít k celé řadě změn. Ty jsou dány podmínkami, které má dítě v břiše matky. V praxi to znamená, že dítě od náhradní matky se narodí trošičku jiné, než jaké by se narodilo, kdyby bylo odnošeno biologickou matkou. Také míra stresu a převaha nálad má vliv na to, jaké dítě bude. Například matka, která je v těhotenství depresivní, může mít dítě, které bude v dospělosti náchylnější k depresím. Naproti tomu temperamentní žena, která má řadu stresových reakcí, může mít dítě s nízkou odolností vůči stresu, jež bude v dospělosti výbušné a cholerické.

19.6 Generace dětí z ledu

Psal se rok 1984. V australském Melbourne se v březnu narodila holčička Zoe, první dítě **ze zmraženého embrya** na světě. Přesné datum nebylo zveřejněno kvůli zachování soukromí rodiny. U nás přišlo na svět za podobných podmínek dítě o devět let později, tedy v roce 1993. Dnes už je **uchovávání spermií, vajíček i celých embryí v tekutém dusíku** běžné. Odhaduje se, že jenom v Evropě odpočívá v kryobankách obrovská armáda více než milionu lidských zárodků. Nikdo je nespočítá. Důvodem je rostoucí počet neplodných i těch, kteří jsou sice zdraví, ale chtějí se pojistit. Z obav z neplodnosti se tak stává **byznys**, někdy i diskutabilní.

Jisté je, že ČR spolu se Španělskem patří na starém kontinentě mezi velmoci **asistované reprodukce**. Lékaři tu pomáhají s početím každého šestého dítěte. Do budoucna se počítá s nárůstem až ke třetině dětí.

Milan je „ajťák“. Je mu 25 let, zaměstnání má spíše sedavé, s notebookem na stehnech tráví i spoustu volného času. Teď stojí před vchodem do jedné z tuzemských kryobank. Jde se zeptat, zda a za kolik by si mohl nechat zamrazit spermie. Říká: „*Kamarádovi je o pět let víc, v sexu nikdy neměl problémy. Ty nastaly až ve chvíli, kdy chtěl mít dítě. Nešlo to. Neměl zdravé spermie, jak se z vyšetření ukázalo.*“ A tak si Milan teď, kdy je zcela v pořádku, chce zaplatit jistotu, že jednou bude moci mít svého vlastního potomka. Jeho obavy mají opodstatnění, protože nárůst neplodnosti – zvláště u mužů – je zjevný. Před dvaceti lety byl důvod neplodnosti v 70 % u žen, nyní je to 50 : 50.

Ještě před 30 lety WHO uváděla, že zdravý muž má v 1 ml ejakulátu nejméně 40 milionů živých aktivních spermií, nyní je to jenom 15 milionů. Co je důvodem tohoto poklesu? Lékaři uvádějí jako vysvětlení přehřívání varlat: muži nosí příliš teplé prádlo, často chodí do sauny, příliš času prosedí na kancelářských židlích, do jejich těla se dostávají látky z ženské hormonální antikoncepce a bisfenoly, které se uvolňují z plastů.

Do kryobank už nechodí jen ti, kteří se chystají např. na onkologickou či jinou léčbu, jež by ohrožovala jejich rozmnožovací schopnost. Hlásí se i pánové, jejichž spermio-gram je v pořádku. „*Zdravotní důvody jsou stále významné, ale stoupá i podíl toho, co lze označit za důvody společenské,*“ líčí Marek K. z kliniky Reprofit International, největší svého druhu u nás. Stále častěji přicházejí právě lidé se sedavým zaměstnáním, ale i ti, kterým hrozí větší riziko úrazu, třeba sportovci.

Za zpracování vzorku (spermiogramu) zaplatí několik tisíc korun, následně asi tisícovku za roční uskladnění spermatu při teplotě $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$. O spermie je tak postaráno jako o peníze v bance. Personál zajišťuje, aby se k nim nedostal nikdo nepovolaný, aby je nikdo nemohl zneužít. Podle zkušeností by měly spermie vydržet desítky let. Z ledového trezoru je lze vytáhnout pouze se souhlasem dárce, v případě embrya obou – muže i ženy.

ÚZIS ČR zatím poslední zprávu k asistované reprodukci zveřejnil za rok 2012. Podle ní bylo u nás zahájeno 27 353 cyklů asistované reprodukce, z toho více než 19 tisíc u českých žen do 34 let věku. Proti roku 2011 se počet zvýšil o 11 %. Z více než 27 tisíc zdravotnických zásahů připadá téměř polovina na léčení neplodnosti mimotělním oplodněním, dalších 6 tisíc je spojeno s transfery mražených embryí. Bruselská studie Centra reprodukční medicíny ukázala, že nejčastěji o zmrazení vajíček žádají sedmatřicetileté ženy, přičemž třetina z nich věří, že je nikdy nebudou muset použít, protože otěhotní i bez toho. Kryokonzervace ženám poskytuje psychickou podporu. Od roku 2009 se o svá zmrazená vajíčka přihlásila na bruselské klinice jediná žena, u níž navíc i přes úspěšné oplodnění nevedl přenos embrya k těhotenství.

„S vajíčky je to totiž složité. Tyto buňky patří mezi největší v lidském těle vůbec. Embrya jsou k uložení vhodnější – skládají se z mnoha buněk, a když některé nepřežijí, embryo je schopno je nahradit. Vajíčko je pouze jedno,“ podotkl šéf laboratoří Reprofit Vít Hubinka. Daří se oplodnit jen asi 18 % zmrazených a následně rozmrazených vajíček. Embrya ze zmrazených zásob přežívají naproti tomu z 60–80 %.

Kolik embryí je v tekutém dusíku nyní uchováno, nikdo neví. *„Dnes moc nikdo neví, co s nimi, navíc kolik těch embryí na světě je, to nikdo neví, v Evropě minimálně milion, v Americe možná méně. Zatím není jasné ani to, jak dlouho zmrazené embryo vydrží. Podle odhadů až stovky let. Odvážnější scénáře mluví o tom, že tady zůstanou věčně a že je de facto necháváme generacím, které mají našlápnuto k úplné neplodnosti. O dvou oblastech lidského bádání se říká, že jsou rychlejší než fantazie autorů sci-fi: informatika a molekulární biologie. Za padesát let můžeme být tak daleko, že se nám o tom ani nesní, že to je naprosto mimo naši fantazii,“* uzavírá přednosta Ústavu etiky 3. LF UK v Praze Marek Orko Vácha.

Kryokonzervace gamet, embryí a tkání je metoda, při které šetrně ochlazujeme ve speciálním médiu gamety nebo embrya na teplotu tekutého dusíku. V tomto prostředí lze zmrazená embrya, gamety nebo tkáň uchovávat dlouhou dobu. Existuje řada důvodů, proč uchovat zmrazená embrya, gamety nebo tkáň, zejména:

- program dárcovství embryí a spermií
- zamrazení nadpočetných embryí po embryotransferu
- autokryokonzervace gamet
- zdravotní komplikace vylučující provedení transferu embryí v metodě IVF
- hrozící hyperstimulační syndrom při metodě

Spermie lze poměrně snadno zamrazit s možností skladovat je téměř neomezenou dobu. Tato služba je poskytována mužům, u kterých je obava z možného zhoršení tvorby spermií:

- před zahájením onkologické léčby (ozáření, chemoterapie, operace)
- před dlouhodobým pobytem v prostředí s vysokým rizikem (vojenské mise, pobyt v tropech)

- před podvazem chámovodů (metoda mužské antikoncepce)
- v obavě z dalšího poklesu nedostatečné tvorby spermií

Autokryokonzervace se provádí na základě žádosti muže. Skladování spermií není hrazeno pojišťovnamí. Spermie lze použít pouze na základě písemného souhlasu muže.

Kryokonzervace vaječných buněk je nová metoda, jejíž vývoj stále probíhá. Úspěšnost zamražení vaječných buněk je menší než zamražení spermií a embryí. Systém „otevřený“ nitrifikace, který přináší nejlepší výsledky, v ČR dosud není povolen. Používá se moderní technologie kryokonzervace – vitrifikace, která šanci na přežití zamražených gamet a embryí výrazně zvyšuje.

Umělé oplodňování

Při umělém oplodňování lékaři dříve ženám vkládali více embryí, což ale s sebou neslo riziko, že se jich více také ujme a žena porodí dvojčata, případně vícčata. Od roku 2012 pojišťovny hradí čtyři cykly oplodnění proti předchozím třem, ale jen když je vpraveno do dělohy pouze jedno embryo. Zbývající embrya jsou uložena do kryobanky pro případné další použití. Paradoxně tak i děti, které od sebe dělí i několik let, mohou pocházet ze stejné skupiny spermií a vajíček. „*Doba pokročila, na využití zmrazených buněk nelze hledět jako na nějakou druhou třídu,*“ dodal šéf laboratoří Reprofit Vít Hubinka.

Z umělého oplodňování se stal byznys: v tuzemsku fungují čtyři desítky klinik, před deseti lety jich byla polovina. V Německu, které je asi osmkrát větší, jich je 80. Velkou část zákazníků v těch našich tvoří zahraniční klientela: přijíždějí Rusové, Britové, Němci, Izraelci a jiní. „*Pacientky si odtud vozí nejenom svého lékaře, ale třeba rabína, který dohlídí na zpracování genetického materiálu. Dokonce ho osobně pečeti,*“ popisuje Hubinka. Jen jeho rukama projdou vzorky pro až 25 izraelských párů měsíčně.

Situace dospěla tak daleko, že se u nás koná **veletrh** For Fertility, spojený se seminářem pro páry, které mají problém s početím dítěte. Loni vzbudila rozruch žena, která se rozhodla mít dítě v 35 letech, absolvovala 14 pokusů o umělé oplodnění a až ve svých 46 letech porodila chlapečka. I v případě této ženy mohlo hrát roli zmrazený materiál – aby šlo vše zkombinovat ve správný čas...

A tak „dětí od ledu“ přibývá a bude přibývat. Marek Vácha, přednosta Ústavu etiky 3. LF UK v Praze, upozorňuje na paradox: „*Mluví se o zamražené generaci, ale je embryo něco, nebo někdo? A také můžeme diskutovat o tom, jak striktní jsou zákony kolem jejich dalšího osudu.*“ Nedořešeny zůstávají otázky, co s ženami, které si v pokročilém věku vzpomenu, že mají v kryobance uložené zárodky – a dítě chtějí třeba v 60 letech. A jak má být s mraženými embryi naloženo v případě úmrtí páru či jen jednoho z něj?

19.7 Zkrášlující operace u dětí

Po zkrášlující operaci touží už i děti mladší patnácti let a jejich počet roste – a nejde jen o odstávající uši. Názory lékařů, kteří se zabývají estetickou medicínou na to, co kdy operovat u dětí a mladistvých, se různí.

Stačí mít uši jako Rákosníček a dítě je v neúprosném dětském kolektivu odsouzeno k šikaně. Mnozí rodiče tak vodí své děti do ordinací plastických chirurgů a žádají

o napravení chyb, které „napáchala“ příroda. Na prvním místě to jsou operace uší, otoplastiky. Jedním z důvodů je to, že zákrok u dětí do deseti let hradí zdravotní pojišťovny, pak si je zájemci musí platit sami. Jenže právě jednoduché přišítky odstávajících uší u dětí dělí plastické chirurgy na dva tábory. Plastický chirurg Svatopluk Svoboda z Alfa centra lékařské kosmetiky v Praze říká: „*Já sám to rodičům rozmlouvám, protože dítěti se do 18 až 20 let vyvíjí lebka, roste, mění se poměry a člověk najednou s překvapením zjistí, že kdysi odstáté uši samy zmizely. Podívejte se do jakékoliv třídy prvňáků: každý druhý má dnes uši jako plachťáky. A v tanečních už má tento problém pár dětí, které můžeme spočítat na prstech jedné ruky.*“ Nechápe, proč je tento zákrok do deseti let hrazený pojišťovnou a pak již ne.

Druhá část plastiků říká, že operovat odstáté uši v nízkém věku je výhodnější, protože dětské chrupavka je poddajnější a po operaci hojení tolik nebolí. A poukazují na psychologický efekt – děti už nejsou vyčleněné z dětského kolektivu, ostatní již nemají důvod se jim posmívat. „*Pokud si to přeje samo dítě, je to jiná situace, než když je přivedou rodiče a dítě samo problém necítí,*“ říká známý plastický chirurg Jan Měšťák z Nemocnice Na Bulovce a kliniky ESTHÉ.

Na uších se sice plastičtí chirurové neshodnou, ale na čem ano, je to, že se klinicky čím dál častěji musí vypořádávat s žádostmi teprve patnáctiletých slečen či jejich rodičů o **zvětšení prsou**, **odsátí tuku** nebo **modelaci nosu**. Až na výjimky musí žadatelky počkat do dospělosti.

„*Do 18 let jen zcela výjimečně děláme operace nosu či korigujeme vrozené vady prsou, které omezují nositelky v prožívání sebe samých,*“ říká Lukáš Frajer z týmu Perfect Clinic. Podle něj již patnáctileté dívky často zajímá také modelace intimních partií, tzv. labioplastika. Na plastiku míří i náctiletí hoši: ti nejčastěji žádají odstranění tzv. ženských prsou na mužském hrudníku, což je nemoc, která souvisí se zvyšujícím se počtem obézních dětí a mladistvých.

„*Kde vnímám nebezpečí, je tenká hranice, kdy jsou mladí lidé často na svůj problém až moc fixováni. To znamená, že jejich tělesný nedostatek přerostl do psychické roviny – např. dívka má pocit, že má ošklivý nos a nemůže si proto najít partnera. A je přesvědčena, že to vyřeší operace,*“ říká Lukáš Frajer s tím, že tady hodně záleží na svědomí chirurga a jeho psychologické práci s pacientem.

Na druhou stranu Jan Měšťák má náctileté pacientky, jimž operace nosu zcela změnila život k lepšímu. „*Jednou napíšu knihu s názvem: Plastika nosu k harmonii duše,*“ říká. „*S nosy je jisté, že to člověku zcela změní život. Samozřejmě že dívka, která nemá v patnácti prsa, také trpí posměchem spolužáků, ale to se brzy změní. Kdežto tvar nosu se sám od sebe nijak výrazně nezmění. Navíc správně provedená plastika nosu (rhinoplastika) není poznat. U člověka najednou třeba vystoupí oči a všem se zdají větší a nikomu nepřijde, že to, co se změnilo, je nos. Ženy díky tomu získají obrovskou dávku šarmu, úplně se rozzáří. Vždycky jim z legrace říkám, ať se mi samým štěstím nevznesou a neuletí, když sundáváme sádku a ony se poprvé uvidí po operaci v zrcadle. Pro ty pubertáčky je to najednou neuvěřitelná dávka sebevědomí...*“

Literatura

- HONZÁK, R.: Náhradní mateřství – závažné problémy – osobní sdělení, 2014.
- PETRÁŠOVÁ, J.: Náhradní mateřství – závěry ze sympozia – osobní sdělení, 2015.
- PETRÁŠOVÁ, L.: Plastičtí chirurgové se přou: operovat už i děti? – *MF Dnes* 22. 7. 2014.
- SCHNEIBERG, F.: Babyboxy jsou nebezpečné. *MF Dnes* 28. 6. 2011.
- SCHNEIBERG, F.: Náhradní mateřství – pohled pediatra. *Rodinné listy* 2012; 6: 9–10.
- SLANÝ, J., SCHNEIBERG, F.: Současný stav babyboxů v ČR. *Medical Tribune* 2011; 7(15): C7.
- SLANÝ, J., SCHNEIBERG, F.: Babyboxy v ČR – naše zkušenosti a aktuální situace. *Česko-slovenská pediatrie* 2011; 66(S1): 44.
- ŠENKÝŘ, M.: Přichází generace dětí z ledu. *Lidové noviny* 9. 3. 2014, s. 33–34.
- VODIČKA, M.: Děloha pronajatá skoro jako letní byt. *MF Dnes* 2. 9. 2014.

20 Mezinárodní spolupráce v péči o děti

Lubomír Kukla

Mezinárodní spolupráce v péči o děti probíhá na vládní i nevládní úrovni. Významné místo zaujímá především Světová zdravotnická organizace (WHO), UNICEF a celá řada odborných mezinárodních společností.

20.1 Světová zdravotnická organizace – World Health Organization (WHO)

V roce 1945 na konferenci OSN její účastníci jednohlasně schválili návrh Brazílie a Číny na vytvoření nezávislé mezinárodní zdravotnické organizace v rámci OSN. V následujícím roce v New Yorku podepsalo 61 států z celého světa včetně Československa Zakládací smlouvu Světové zdravotnické organizace. Česká republika vystupuje po rozdělení státu v roce 1993 jako samostatný členský stát WHO.

Zakládací smlouva nabyla platnosti 7. 4. 1948, když 26 z 61 států, které ji podepsaly, ratifikovalo svůj podpis a uložilo oficiální ratifikační listiny u generálního tajemníka OSN. Toto datum je uznáváno jako datum vzniku Světové zdravotnické organizace. Tento den se na celém světě oslavuje jako Světový den zdraví.

Organizační struktura WHO

WHO strukturálně rozděluje svoji působnost podle lokalit na regionální úřady. Jde o:

- Regionální úřad pro Afriku (AFRO) – Brazzaville (Kongo)
- Regionální úřad pro Severní a Jižní Ameriku (AMRO/PAHO) – Washington (USA)
- Regionální úřad pro východní Středomoří (EMRO) – Káhira (Egypt)
- Regionální úřad pro Evropu (EURO) – Kodaň (Dánsko) – současnou ředitelkou je dr. Zsuzsanna Jakab
- Regionální úřad pro jihovýchodní Asii (SEARO) – Dillí (Indie)
- Regionální úřad pro západní Pacifik (WPRO) – Manila (Filipíny)

WHO je **mezinárodním koordinátorem** zdravotních záležitostí členských států. Jejím hlavním posláním je pomáhat vládám nést odpovědnost za zdraví občanů, posilovat účast jiných než jen zdravotnických resortů na plnění zdravotních programů a zvyšovat podíl veřejnosti na péči o zdraví.

Cíle WHO jsou vysoké: dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví všech lidí na celém světě, protože WHO považuje právo na zdraví za jedno z nejzákladnějších práv každého člověka bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení a hospodářské nebo sociální postavení.

Aby se zdravotní stav lidstva skutečně zlepšoval, přijímá WHO cíleně plánované programy na řešení konkrétních zásadních problémů, např. v současnosti jsou to programy prevence úrazů, otrav a násilí a celá řada dalších – viz níže.

20.1.1 Úloha WHO k ovlivnění zdraví populace v jednotlivých členských státech

Aktivity a strategie WHO se realizují především cestou podpory zdraví a primární prevence. Jde o následující strategie:

- A. klíčové rezoluce a strategie přijímané nejvyššími zasedáními WHO – zaměřené na redukci nejzávažnějších rizik s významným dopadem na zdraví
- B. koncepční programy – komplexní metodika k tvorbě zdravotní politiky
- C. dílčí projekty a programy podpory zdraví
- D. komunitní přístupy – programy (Zdravá města, Školy podporující zdraví, Podpora zdraví na pracovišti, Bezpečné komunity aj.)
- E. kampaně, tiskové materiály

WHO realizuje celou řadu **kampaní**, některé samostatně, některé ve spolupráci s OSN. Nejvýznamnější je **Světový den zdraví** – 7. duben. WHO a OSN společně (možnost propojení, plánování akcí, společná příprava – zesílení efektu) dále např. vyhláší Světový den bez tabáku, Světový den duševního zdraví, Světový den boje proti tuberkulóze, Světový den dárců krve, Světový den boje proti AIDS.

Ad A. Klíčové rezoluce a strategie přijímané nejvyššími zasedáními WHO (WHA, RC):

- Globální strategie zaměřená na výživu, fyzickou aktivitu a zdraví, Charta proti obezitě
- Akční plán proti alkoholu
- Strategie životní prostředí a zdraví dětí (CEHAPE) – pokračování na ministerské konferenci v Parmě Zdraví a životní prostředí
- Deklarace a akční plán o duševním zdraví pro Evropu
- Rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC)

Ad B. Koncepční programy WHO

Prvním zásadním programem z konce 20. století byl program **Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All)**. V podmínkách ČR byl rozpracován do dílčích usnesení vlády ČR Národní program obnovy a podpory zdraví (vládní usnesení č. 247/1991), Střednědobá strategie (vládní usnesení č. 273/1992) a Dlouhodobá strategie (přijata v roce 1995). Pro 21. století byl přijat nový nosný program s názvem **Zdraví 21 (Health 21)** – 21 cílů pro 21. století.

V Evropském regionu WHO žije v 51 státech zhruba 870 milionů lidí. Na západě je ohraničen Grónskem a na východě Ruskou federací. Tento region, stejně jako zbytek světa, prochází hlubokou změnou. Současný rychlý vývoj informačních a dalších technologií zřejmě znamená novou „průmyslovou revoluci“ s dalekosáhlými důsledky, jejichž plný dosah nelze předpovědět.

Tento region je plný velkých protikladů. Všechny členské státy sice zastávají zásady demokracie, lidských práv a politického pluralismu, ale jsou mezi nimi jak vysoce rozvinuté a bohaté země, tak některé chudé nebo velmi chudé státy. Mnohé stále bojují s důsledky společenského a ekonomického přechodu k demokracii, který začal počátkem 90. let.

Během posledních desetiletí vzrostl počet členských států z 31 na 51, čímž se zvětšil také rozsah problémů. Trvalé nesnáze spojené s bídou a nezaměstnaností prohlubují společenskou nerovnost a v mnoha zemích vyvolávají snížení kvality života, růst násilí a oslabení sociální soudržnosti. Problematická kvalita zdravotnických a jiných služeb a nerovnováha mezi poptávkou a dostupností zdrojů vyvolala v mnoha zemích obavy z rozpadu obtížně vybudovaných sociálních sítí a sociálních opatření. Postupující globalizace, decentralizace a pluralismus spolu s nabídkou nových příležitostí často

vyvolávají dojem, že jedinci a dokonce i samotné vlády mají stále menší vliv na rozhodování o zdraví.

Nejdůležitější v době tvorby této strategie bylo, že Evropský region WHO měl v té době patnáctiletou zkušenost se společným plánováním, zaváděním jistých změn, monitorováním a vyhodnocováním společných strategií zaměřených na výsledky, cíle a inovace ve zdravotnictví (viz Zdraví pro všechny do roku 2000).

Pro podmínky ČR byl program Zdraví 21 rozpracován do **Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR** (vládní usnesení č. 1046/2002).

Pro orientaci a představu o charakteru strategie WHO uvedme oněch **21 cílů**:

- Cíl 1: Solidarita ve zdraví v evropském regionu*
- Cíl 2: Spravedlivost ve zdraví*
- Cíl 3: Zdravý start do života*
- Cíl 4: Zdraví mladých*
- Cíl 5: Zdravé stárnutí*
- Cíl 6: Zlepšení duševního zdraví*
- Cíl 7: Prevence infekčních onemocnění*
- Cíl 8: Snížení výskytu neinfekčních onemocnění*
- Cíl 9: Poranění způsobená násilím a úrazy*
- Cíl 10: Zdravé a bezpečné životní prostředí*
- Cíl 11: Zdravější životní styl*
- Cíl 12: Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem*
- Cíl 13: Zdravé místní životní podmínky*
- Cíl 14: Zdraví, hledisko v činnosti všech resortů*
- Cíl 15: Integrovaný zdravotnický sektor*
- Cíl 16: Řízení v zájmu kvality péče*
- Cíl 17: Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů*
- Cíl 18: Příprava zdravotnických pracovníků*
- Cíl 19: Výzkum a znalosti v zájmu zdraví*
- Cíl 20: Mobilizace partnerů pro zdraví*
- Cíl 21: Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny*

Každý cíl je dále detailně rozpracován do dalších **konkrétních úkolů**, které je potřeba plnit. Jako příklad uvedme cíl 8, který se bere jako jeden z klíčových. *Cíl 8: Snížení výskytu neinfekčních onemocnění. Do roku 2020 snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasnou úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnižší možnou míru.* Pro plnění tohoto cíle jsou rozpracovány dílčí úkoly, které jsou dále rozděleny do oblastí:

- 8.1 Kardiiovaskulární choroby*
- 8.2 Nádorová onemocnění*
- 8.3 Diabetes a prevence jeho komplikací*
- 8.4 Nemoci svalové a kosterní soustavy*
- 8.5 Prevence zubního kazu*

V současnosti je již přijata nová strategie Evropského regionu **Zdraví 2020 (Health 2020)**. V principu jde o to, jak dosáhnout zdraví a rozvoje v současné Evropě.

Zdraví je univerzálním lidským cílem, který je v současné době považován za základní lidské právo. Tvoří jednu z hlavních složek vyrovnaného lidského, economic-

kého a sociálního rozvoje a zdroj pro spokojený každodenní život. Zdraví začíná být vnímáno jako hodnota, kterou bychom měli posilovat a rovnoměrně zlepšovat, stejně jako pozitivní koncept vynášející do popředí jak sociální a osobní zdroje, tak fyzické schopnosti.

Lidé mají potřebu ovlivňovat své zdraví a očekávají, že budou schopni mít vliv také na to, jak jejich zdravotní stav ovlivňuje jejich politické, sociální, ekonomické a fyzické prostředí. Takový vliv pomáhá vytvářet komunity a zlepšovat zdraví.

Faktory, které jsou na pozadí současného zatížení nemocemi, jsou velmi komplexní a vzájemně propojené. Patří mezi ně mj. stárnutí, migrace, převažující výskyt nepřenosných nemocí (new morbidity) a mentálních potíží.

V evropském regionu se nachází 53 zemí, které se od sebe vzájemně velmi liší v celé řadě parametrů (kultura, historie, rozvoj, bohatství zdrojů atd.). Navzdory této různorodosti se evropské země společně sešly na výroční schůzi Regionálního výboru WHO pro Evropu a v září 2012 schválili výše uváděnou novou strategii Zdraví 2020.

Členské státy evropského regionu WHO schválily Zdraví 2020 ve dvou formách. **Evropský politický rámec pro podporu kroků napříč vládami a společnostmi pro zdraví a blahobyt** poskytuje politikům a klíčovým hráčům na politickém poli hlavní hodnoty a principy, tedy klíčové strategické politické rady pro aplikaci Zdraví 2020 v praxi. Delší verze **Zdraví 2020: Politický rámec a strategie** představuje mnohem detailnější přehled důkazů a praktik vztahujících se ke zdraví a blahobytu a je určena pro ty, kteří se zabývají rozvojem politických strategií a jejich implementací na operační úrovni. Tento politický rámec zdůrazňuje:

- zaměření na zdraví a blahobyt jako na ukazatele rozvoje
- ucelený přístup k celému spektru determinant zdraví
- řešení hlavních priorit v oblasti veřejného zdraví v regionu stejně jako používání praktických a funkčních řešení
- využívání nových a odvážných přístupů v rámci vedení ke spolupráci, které tak spojí mnoho partnerských subjektů a zmobilizují širokou politickou základnu a kulturní podporu pro rozvoj zdraví, aby tak mohlo být dosaženo společných řešení
- identifikovat odpovídající předpoklady ke změnám
- najít způsoby, jak využít ekonomického potenciálu investic do oblasti zdraví včetně důkazů o přínosech zdraví pro všechny politiky
- identifikovat způsoby, jak lépe umožnit občanům a pacientům přebírat odpovědnost za svoje zdraví, což je klíčový prvek pro zlepšení zdravotnických výsledků a výkonů zdravotních systémů a spokojenosti s nimi
- implementace efektivních a účinných způsobů využití nových sítí, partnerství, komunikačních a technologických možností
- implementace společných mechanismů v rámci evropského regionu WHO, které mají za cíl vybudovat, podporovat a udržovat jednotu a soudržnost předávání zpráv v rámci komunity veřejného zdraví
- identifikovat nedostatky ve vědomostech stejně jako nové výzkumné priority
- poskytovat průběžné komunikační platformy pro sdílení praktických zkušeností mezi politiky a obhájci veřejného zdraví napříč regionem Evropy

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (dále jen Národní strategie) je rámcovým souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR. Je rovněž nástrojem pro implementaci programu WHO Zdraví 2020,

který byl schválen 62. zasedáním Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu v září 2012.

Národní strategie vychází především z Hodnotící zprávy plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003–2012 a rovněž z Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví, která byla přijata Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013. Realizaci Národní strategie podpořila také vláda České republiky svým usnesením č. 23 ze dne 8. 1. 2014.

Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím.

Jako rámcový souhrn opatření bude Národní strategie dále rozpracována do jednotlivých implementačních dokumentů dle stanovených témat ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí, zdravotního stavu obyvatelstva ČR a dalších témat veřejného zdravotnictví a organizace zdravotní péče.

Ad C. Dílčí projekty podpory zdraví a strategické přístupy

1. Ozdravení výživy
2. Omezování kuřáctví
3. Omezování a zvládání nadměrného stresu
4. Zlepšení reprodukčního zdraví
5. Omezování spotřeby alkoholu
6. Optimalizace pohybové aktivity
7. Prevence škodlivého užívání drog
8. Prevence úrazů a otrav

Ad D. Komunitní projekty

1. Zdravá města
2. Zdravé školy, školky
3. Podpora zdraví na pracovišti
4. Komplexní preventivní projekt CINDI
5. Síť Regiony pro zdraví
6. Bezpečná komunita – Bezpečná škola
7. Nemocnice podporující zdraví (HPH) aj.

První dva komunitní projekty jsou popsány v obecné části knihy (kap. 3.2.2), zde je uvedeno dílčí rozpracování bodů 3–7.

Podpora zdraví na pracovišti

1. Z iniciative WHO/EURO byla v roce 1995 ustavena Národní síť podpory zdraví na pracovišti. ČR se připojila v roce 1998 k Evropské síti pro podporu zdraví na pracovišti (ENWHP).

2. Deklarace konference ministrů v roce 1999 v Londýně – přijat dokument „Dobrá praxe v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v průmyslových a jiných podnicích“ (GP-HESME).

Komplexní preventivní projekt CINDI

Integrovaný intervenční program prevence a podpory zdraví (Contrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme, CINDI) byl zahájen v roce 1993. Realizován je cestou (S)ZÚ a KHS. Zaměřuje se na:

1. výživu, kouření, alkohol, návykové látky, fyzickou aktivitu, psychosociální stres
2. v návaznosti na primární prevenci i na sekundární prevenci (screeningové onkologické programy apod.)

Síť Regiony pro zdraví

Síť zdravých regionů (RHN – Region for Health Network) byla založena v roce 1992 a týká se 29 regionů z 18 zemí Evropy (v ČR Ústecký kraj a Severomoravský kraj).

Cílem je rozvoj zdraví v regionech – rovnost ve zdraví, účast na rozhodování, vyrovnaný přístup mezi podporou zdraví, životním prostředím a zdravotní službou. Realizují se společné studie, semináře, časopisy, projekty.

Bezpečná komunita

Idea „bezpečné komunity“ byla poprvé koncipována na I. světové konferenci úrazové prevence, která se konala ve Stockholmu v roce 1989. V závěrech konference se objevil dokument Manifest Bezpečných komunit (Manifest for Safe Communities), který uvádí: *Všichni lidé mají stejné právo na zdraví a bezpečí.* Tento základní požadavek WHO patřil do programu Zdraví pro všechny, tvořil základ pro Globální plán prevence nehodovosti a snížení úrazů a vedl k celosvětovému hnutí za bezpečnou komunitu. Myšlenka inspirovala řadu měst a obcí na celé planetě. Bezpečné komunity se sdružují do mezinárodní sítě. V síti je v současné době více než 148 municipalit a dalších cca 91 měst o členství usiluje.

Hlavní centrum mezinárodních Bezpečných komunit WHO je na Karolinské univerzitě ve Stockholmu (WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, <http://www.phs.ki.se/csp/>).

Jak se síť rozrůstá, postupně po světě vznikají **spolupracující centra**. Jedno z takových metodických pracovišť je i v ČR, a to v Centru úrazové prevence při 2. LF UK ve Fakultní nemocnici v Motole (<http://www.cup.cz>).

Členem mezinárodní sítě Bezpečných komunit se může stát město nebo obec plnící kritéria. V ČR tento titul jako první získalo město **Kroměříž**, které se v tomto směru stalo průkopníkem na této cestě. Kromě titulu **Bezpečné komunity** získala Kroměříž i titul **Mezinárodní bezpečná škola** (viz dále).

Bezpečná škola

Komunitní protiúrazový program se, mimo jiné, věnuje také výchově k **bezpečí ve školách** všech stupňů. Toto téma se ukazuje jako velmi silné. Školy ve své právní subjektivitě mohou v tomto směru vyvíjet samostatnou činnost. Shodou okolností právě v době vstupu Kroměříže do Bezpečných komunit vstoupil na scénu mezinárodních projektů WHO také projekt Bezpečná škola. První mezinárodní aktivitou Bezpečné komunity Kroměříž bylo uspořádání historicky prvního semináře k projektu Bezpečná škola. Aktivní účast našich

škol na přípravě tohoto semináře byla mocnou motivací. A tak v mladé mezinárodní síti Bezpečných škol má Kroměříž již dva zástupce – ZŠ Zachar a ZŠ Slovan.

Členy mezinárodní sítě Bezpečných škol se mohou stát školy všech stupňů, které úspěšně uvedou v činnost dlouhodobý program ke zvýšení bezpečí a tento svůj program opakovaně obhájí před zástupci Mezinárodních bezpečných komunit WHO. Přihláška se podává do Centra WHO pro Mezinárodní bezpečné školy, obvykle prostřednictvím nejbližšího Spolupracujícího centra WHO. Centrum WHO pro Mezinárodní bezpečné školy: Peaceful Resources Center, DBA International Safe Schools, Max Vosskuhler, MS, PO BOX 14254 Tucson, AZ 85732 USA; telefon: +1-520-990-5156, e-mail: mlv@intlsafeschools.org.

Nemocnice podporující zdraví

Program Nemocnice podporující zdraví (Health Promoting Hospital, HPH) je zaměřen na změnu přístupu zdravotníků v systému zdravotní péče včetně začlenění podpory zdraví do systému kvality s cílem jejího zvyšování. **Podpora zdraví** (jak je uvedeno v obecné části, kap. 4.5) je pozitivní koncept, který se přenáší do klinického prostředí; jde o významný krok z pohledu ovlivňování přístupu zdravotnických pracovníků (způsob ovlivňování zdraví je ponecháván na zařízeních veřejného zdravotnictví – poradny, konzultační centra). Zaměřuje se na pacienty, zaměstnance, komunitu. K tomu jsou vytvořeny standardy pro podporu zdraví v nemocnici: metoda sebehodnocení. Zdravotnická zařízení jsou sdružena do národní i mezinárodní sítě.

Národní síť Zdravých měst (NSZM) má v roce 2015 celkem 126 členů s regionálním vlivem na 2639 měst a obcí, v nichž žije 5,938 milionu obyvatel, tj. 57 % populace ČR.

20.1.2 Nástroje WHO k prosazení přijatých strategií a doporučení

- **Komunitní programy** – zaměřeni na komunitu, skupinu populace charakterizovanou společně sdíleným prostředím
- **Networking** – propojení do sítí, spolupráce, předávání informací, sdílení stejných metodik, poučení z dobré i špatné praxe
- **Plánovaný rozvoj, ne jednorázové akce**
- **Průběžné vyhodnocování**

Další informace o WHO jsou na webovských stránkách www.who.int, www.euro.who.int, www.who.cz.

20.1.3 Vybrané významné projekty WHO s participací ČR

HBSC

Health Behavior of School-Aged Children

Počátky

V roce 1982 se uskutečnilo setkání výzkumných pracovníků z Norska, Finska a Anglie za účelem diskuse o problémech spojených s nedostatečným počtem mezinárodně porovnatelných dat o kouření mladých lidí. Výsledkem byl konsenzus o nutnosti zahájit práce na přípravě nového mezinárodního výzkumu s využitím jednotného vý-

zkumného postupu a nástrojů tak, aby bylo možné údaje z různých států srovnávat. Studie se také z hlediska svého pojetí neměla dále zaměřovat pouze na kouření, ale také na další důležité determinanty zdraví a zdravotního chování v kontextu životního stylu mladých lidí. Krátce na to byl formulován výzkumný plán a do původní skupiny se zapojili další vědečtí pracovníci z Dánska a Rakouska. První mezinárodní studie zahrnující pět zemí proběhla v letech 1983–1984, i když realizace dánské části se opozdila.

K vybudované síti se brzy připojili vědečtí pracovníci z francouzsky mluvící části Belgie, Maďarska, Izraele, Nizozemska, Skotska, Švédska, Švýcarska a Walesu. Tato rozšířená skupina byla odpovědná za formulování závazného postupu výzkumu od let 1985–1986, který zahrnoval 13 zemí.

Koncepční rámec

Od samotného počátku studie se na zdravotní chování dospívajících nahlíželo v kontextu jejich širšího životního stylu a zdraví bylo vnímáno v rámci sociálního prostředí. HBSC neměla být pouhou standardní epidemiologickou studií ani studií, v rámci níž by bylo kouření považováno jednoduše za rizikové chování poškozující zdraví. Namísto toho bylo zdravotní chování pojímáno jako **soubor propojených modelů** v rámci životního stylu dospívajících. Klíčovým faktorem bylo, že se studie snažila v širších kontextech pochopit, jak mladí lidé žijí. Za významné aspekty života mladých lidí byly považovány také sociální determinanty a širší společnost. Zdraví nebylo pojímáno pouze jako absence nemoci, nýbrž jako stav duševní i fyzické pohody. Studie se implicitně zaměřovala na to, jaké jsou vztahy mezi chováním a zdravím. Za závislé proměnné byly považovány zdravotní návyky a psychologické aspekty zdraví, přičemž osobní faktory a faktory prostředí sloužily jako nezávislé proměnné. Zohledněny byly také demografické údaje a makrosociální kontext.

Tento koncepční přístup předurčil **obsah studie**. Byly do ní zahrnuty aspekty týkající se sociálních domén rodiny, vrstevníků a školy. Studie rovněž zahrnovala soubor relevantního chování podporujícího, ale zároveň i ohrožujícího zdraví v kontextu snah o zlepšení veřejného zdraví. První dvě studie byly zaměřeny na kouření (1983–1984) a pohybovou aktivitu (1985–1986). Forma i obsah studie byly a stále jsou považovány za inovativní, protože již tehdy studie deklarovala skutečnost, že to, jak se mladí lidé cítí, je platným aspektem jejich zdraví (a že o tom mohou přesně vypovídat). V tomto ohledu se studie zaměřovala na každodenní příznaky a zdravotní obtíže u mladých lidí a na vnímání jejich vlastního zdraví a pohody. Tento silný a inovativní princip se za posledních téměř 30 let existence studie ukazuje jako základ úspěchu a dlouhé životnosti HBSC studie. Úroveň a flexibilita koncepčního modelu zároveň umožnily vědeckým pracovníkům z různých oblastí překonat vzájemné bariéry, spolupracovat a navzájem se od sebe učit. Jde o další klíčovou charakteristiku výzkumné sítě HBSC.

Pro volbu **věkových skupin**, které budou do studie zahrnuty, bylo určující vývojové hledisko. Zdůrazňován byl zejména význam procesů dospívání, které ovlivňují kognitivní funkce, vnímání sebe sama a psychologické procesy. Sociální vlivy a očekávání se rovněž mění s věkem. Zvolené věkové skupiny (11, 13 a 15 let) představují nástup adolescence, doby, kdy mladí lidé čelí tělesným a emocionálním změnám, a věk, kdy lidé začínají zvažovat důležitá životní a profesní rozhodnutí. Období je charakteristické také vyšším stupněm nezávislosti a výběru s ohledem na spotřební chování. Dalším důležitým faktorem v tomto věkovém období je povinná školní docházka ve většině evropských zemí.

Původní koncepční rámec studie HBSC je stále platný, i když došlo k jeho dalšímu vývoji. V porovnání s tradičním epidemiologickým modelem, kde jsou typy chování vnímány izolovaně jako nezávislé proměnné nemoci, se studie HBSC zaměřuje na proměnné, které zvyšují chápání lidských bytostí v rámci **sociálního kontextu**, a pokouší se o jejich popis a analýzu v rámci tohoto širšího kontextu. Studie se snaží chápat vztahy jako součást komplexních systémů a popisovat a posuzovat jednotlivé procesy, které se v průběhu času mění v závislosti na dané kultuře, zemi, socioekonomických a jiných národních či lokálních aspektech.

Nové smýšlení rozšířilo koncepční rámec prostřednictvím odborných oblastí zaměřujících se na kontexty, chování a zdravotní důsledky. Větší pozornost je nyní upírána na nerovnosti a sociální determinanty zdraví a také na deskriptivní práci týkající se mezinárodních srovnávání a trendů. Tento přístup je založen na zkoumání životního stylu v sociálním kontextu, vnímání nových hrozeb a problémů zdraví dospívajících a na hlubším zkoumání globálních vlivů na sociální, zdravotní a behaviorální výsledky.

Organizace a rozvoj výzkumné sítě

Od samého začátku byla v rámci výzkumné spolupráce na studii HBSC důležitá **osobní setkání** mezinárodní skupiny. Byla tak umožněna efektivní spolupráce a postup v rámci studie. Díky setkávání získali jednotliví členové pocit sounáležitosti a odpovědnosti a setkání zároveň plnila funkci mezinárodního teambuildingu. Mezinárodní setkání byla využívána také jako školení pro postgraduální studenty a začínající vědecké pracovníky. V úplných začátcích byla korespondence mimo tato setkání omezena pouze na telefon a fax. Až ve druhé polovině devadesátých let minulého století se stal praktickým pomocníkem jednotlivých členů výzkumné sítě e-mail, i tehdy však byla tato technologie stále relativně primitivní a neumožňovala např. sdílení souborů. Datové soubory se ukládaly na velké magnetické pásky, následně na diskety a teprve pak bylo možné zasílat elektronické přílohy. Rozvoj moderních komunikačních a informačních technologií byl jedním z klíčových faktorů dalšího rozvoje HBSC.

Navzdory technologickému rozvoji jsou osobní setkání stále považována za zcela zásadní. Dvakrát ročně se koná v jedné z členských zemí setkání členů výzkumné sítě. Jedno setkání je vědecké a prezentuje se na něm výzkum a jeho výsledky ve stylu konference. Je určeno vědeckým pracovníkům mimo síť HBSC. Druhé setkání je věnováno pracovním skupinám a je určeno pro členy. Mezi těmito hlavními setkáními se konají účelové schůzky speciálních zájmových skupin a pravidelné schůzky organizačního a řídicího výboru. Pravidelná osobní setkání se ukázala jako velmi přínosná pro vytváření a udržování pracovních vztahů a prostředí vhodného pro získávání nových poznatků.

Rozšíření studie

Dokud byla skupina členských zemí malá, nebylo problémem organizovat setkání u kulatého stolu, představit jednotlivé prezentace, diskutovat o vědeckých otázkách studie a nalézat způsoby řešení, se kterými by souhlasili všichni přítomní. Během deseti let se však skupina rozrostla ze tří na 25 zemí a mezinárodní setkání se pravidelně účastnilo až 50 lidí. To nutně vedlo k vytvoření **formálnějších mechanismů** pro rozhodování o vědeckém směru studie. Zavedení těchto mechanismů bylo nutné také proto, aby různé názory nezavdaly příčinu ke vzniku možných konfliktů. Po 15 letech, v roce 1998, kdy měla studie 29 členských zemí, bylo jasné, že je zapotřebí provést zásadní reorganizaci způsobu práce.

Toto období významné **restrukturalizace** přimělo výzkumnou síť, aby přehodnotila zásadní priority a hodnoty. Debata nad těmito změnami byla dlouhá a její výsledky byly směrem ke všem jednotlivým členům sítě důkladně komunikovány. Jasně pozitivně byly hodnoceny a zachovány principy demokracie, otevřenosti a transparentnosti, neformálně vybudované v počátcích studie. Dále bylo odsouhlaseno, že tyto principy musí probíhat napříč všemi aspekty činností a pracovních postupů v rámci výzkumné sítě. Byl najat poradce pro oblast řízení, jehož úkolem bylo spolupracovat s jednotlivými členy výzkumné sítě, konečným výsledkem v roce 1998 byla nová organizační struktura a odsouhlasení a zavedení souboru směrnic a pravidel. Obecně tato struktura a mechanismy zůstávají v platnosti, během posledních deseti let však několikrát došlo k jejich úpravám. Pracovní postupy zůstávají i nadále v platnosti, je však třeba počítat s tím, že v důsledku rozšiřování sítě za hranice Evropy a Severní Ameriky bude v budoucnu třeba zavést nové systémy řízení. Tato snaha přehodnotit funkčnost pracovních vztahů a stanovit jejich priority otevřeným a demokratickým způsobem je nyní jednou ze základních charakteristik přístupu HBSC.

Další charakteristikou studie HBSC je **centralizace klíčových výzkumných procesů**. Vyplyvá ze snahy o udržení vysokých standardů jakosti, vytvoření záchytných bodů pro externí klíčové hráče a zajištění kontinuity během období nestabilního nebo krátkodobého financování na úrovni jednotlivých zemí. Klíčovým krokem je ustanovení mezinárodních center zajišťujících hlavní činnosti spojené s řízením a správou databanky. Mezinárodní koordinační centrum je zřízeno při Centru výzkumu zdraví u dětí a adolescentů na Edinburské univerzitě ve Skotsku. Mezinárodní databanka je zřízena při Centru podpory zdraví na Bergenské univerzitě v Norsku. Financování těchto center je dlouhodobě zajišťováno národními agenturami a mezinárodním příspěvkovým systémem. Společně s tím, jak se studie HBSC rozrůstá a přijímá hodnoty odborného výzkumu, směřuje ke „sdílenému modelu“ řízení více mezinárodních činností. V důsledku toho je pravděpodobné, že vznikne více specializovaných center v různých zemích.

Organizace studie

Síť HBSC sdružuje národní týmy z evropských a severoamerických zemí. V roce 2009 se studie rozšířila na 43 zemí a regionů. Každá členská země má jeden **národní tým**. Každý národní tým vede hlavní řešitel, který byl formálně přijat **shromážděním studie**. Shromáždění se skládá z hlavních řešitelů jednotlivých členských zemí a je rozhodovacím orgánem v rámci studie. Národní tým je volen příslušným hlavním řešitelem. Každý člen národního týmu je automaticky členem výzkumné sítě HBSC. Role, odpovědnosti a práva hlavních řešitelů a členů národních týmů byly společně stanoveny a odsouhlaseny shromážděním a tvoří rozsah kompetencí v rámci studie.

Klíčovému rozhodovacímu orgánu shromáždění předsedá mezinárodní koordinátor, který je členem shromáždění a je z jeho středu volen.

Shromáždění rovněž podporuje volená **koordinační komise**, která kontroluje postup studie, vytváří interní postupy, organizuje setkání, projednává otázky týkající se členství, spolupracuje s partnery studie, zejména s WHO, a funguje jako poradní orgán shromáždění. Koordinační komise se skládá ze zástupců různých organizačních podskupin – vědecké rozvojové skupiny, strategické rozvojové skupiny a metodické rozvojové skupiny a zástupců šesti geografických oblastí v rámci studie. Podobně jako shromáždění i koordinační komisi a vědecké rozvojové skupině předsedá me-

zinárodní koordinátor. Jednotliví členové sítě spolupracují v rámci specializovaných skupin, které se zaměřují na konkrétní otázky či oblasti vědeckého zájmu. Koordinátoři specializovaných skupin jsou členy **vědecké rozvojové skupiny**. Volený manažer **mezinárodní databanky** řídí procesy tvorby mezinárodního datového souboru. Bez této kvalitně vytvořené vedoucí sítě by tak velký kolos, jakým HBSC bezpochyby je, nemohl dobře fungovat.

Partnerství s WHO

Regionální kancelář WHO pro Evropu přijala studii HBSC brzy po jejím zahájení za jednu ze svých priorit. Díky tomu vzniklo označení „společná studie WHO“. Tato skutečnost byla důležitou hnací silou a motorem úspěchu výzkumné sítě. WHO hraje jako hlavní partner studie HBSC důležitou roli v mnoha aspektech vedení studie včetně zajišťování podpory pro mnoho členských zemí, pro shromáždění a hlavní řešitele. WHO hraje důležitou roli také při zvyšování výzkumné kapacity v některých částech Evropy financováním školicích workshopů a usnadňováním přístupu dalších zemí do studie. Zástupci WHO jsou významnými členy strategické rozvojové skupiny HBSC. WHO se také podílí na jedné z tradičně vydávaných zpráv na základě dat HBSC; jde o dokument Zdravotní politika pro děti a adolescenty (HEPCA). Od roku 1998 byla hlavní mezinárodní zpráva studie HBSC publikována WHO jako součást této řady.

Platformou výzkumu HBSC se staly také dvě velké iniciativy WHO, které umožnily využití získaných poznatků. Jednou z nich je **Evropská strategie zdraví u dětí a adolescentů**. Tato strategie byla přijata na 55. zasedání regionální komise WHO, konaném v Bukurešti v září roku 2005. Strategie byla vytvořena v reakci na rezoluci regionální komise v roce 2003 a prezentuje celoživotní přístup s důrazem spíše na rovnost a účast než na nemoc a úmrtnost. WHO shledala studii HBSC užitečným zdrojem rozvoje strategie a získala tak mandát podporovat země při tvorbě strategií podpory zdraví u dětí a adolescentů. Byla vytvořena řada podpůrných nástrojů včetně „informačního nástroje“, který využívá data výzkumu HBSC. Nashromážděné informace mají potenciál pomoci zemím s financováním návrhů a také zlepšují profil HBSC v rámci jednotlivých ministerstev zdravotnictví (viz <http://www.euro.who.int/childhealthdev>).

Druhou iniciativou jsou **fóra HBSC/WHO**, ustanovená v roce 2006 za účelem výměny informací, diskusí a získávání nových poznatků o tom, jak vědecké důkazy (evidence based medicine) ovlivňují praxi, programy a politiky pro zlepšení zdraví mladých lidí na národní i mezinárodní úrovni v Evropě. Ve dnech 10. a 11. března 2006 se pod záštitou regionální úřadovny WHO pro Evropu v Kodani a sítě HBSC konalo první mezinárodní fórum o socioekonomických determinantách zdravých stravovacích návyků a pohybové aktivity u adolescentů. Fórum se konalo ve Florencii a bylo spolufinancováno a pořádáno italskou vládou (Toskánsko) a nadací Meyer Foundation.

Zdrojové informace pro fórum byly připraveny na základě materiálů, které vycházely z výsledků studie HBSC. Přínos fóra lze také spatřovat v souvislosti s evropskou ministerskou konferencí WHO o dětské obezitě, která se konala v listopadu 2006, neboť byly zdůrazněny politiky a intervence umožňující osvojení zdravých stravovacích návyků mezi adolescenty působením na sociální determinanty.

Druhé fórum o sociální soudržnosti a duševním zdraví se ve stejném formátu konalo v říjnu 2007 ve Viareggiu. WHO rovněž sehrála významnou roli při podpoře infrastruktury studie HBSC prostřednictvím programu kolaborativních center WHO.

Několik národních týmů HBSC sídlí v kolaborativních centrech svých zemí, případně z jejich strany získává podporu. Tato centra uzavřela dohody s WHO o dodávání produktů a účasti na konkrétních činnostech s cílem přispívat ke zlepšování zdraví u dětí a adolescentů prostřednictvím studie HBSC.

ELSPAC

European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství), později European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood (Evropská dlouhodobá studie rodičovství a dětství) je prospektivní dlouhodobá studie, která probíhala v několika evropských zemích a sledovala vybrané soubory dětí a jejich rodiny od těhotenství matky přes porod, šestinedělí a kojenecké období až do 19 let věku dítěte.

Iniciátorem studie byla WHO, resp. její Evropská úřadovna v Kodani. Projektu se z Evropy účastnily Velká Británie a samostatně ostrov Man, Česká republika, Slovenská republika, Rusko, Ukrajina, částečně Chorvatsko a Estonsko, v počátečních fázích Řecko a Španělsko. Za ČR studii řešili pracovníci Výzkumného pracoviště preventivní a sociální pediatrie Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Odpovědným řešitelem pro ČR od počátku projektu je doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc., který je od 1. 3. 2007 po prof. Jean Goldingové z Institute of Child Health Bristolské univerzity ve Velké Británii mezinárodním koordinátorem celého projektu.

Důvody vzniku projektu ELSPAC a jeho charakteristika

Zdravotní problémy evropské dětské populace se mění. Všeobecně můžeme konstatovat, že dochází k nárůstu chronických onemocnění, alergických chorob, zvyšuje se náchylnost dětí k infekčním chorobám, vzrůstá počet dětí s nějakým druhem postižení. Předpokládáme, že příčiny této situace spočívají především v životním stylu evropské populace, v kvalitě životního prostředí, v působení psychických stresů apod. Neznáme však přesně míru rizik a co jednotlivé faktory nebo jejich kombinace pro zdravotní stav dětí znamenají. Jak to, že ve stejném prostředí jedno dítě onemocní a druhé zůstane zdravé? Co udělat pro to, aby zdravé zůstaly všechny děti? Právě na tyto a další otázky se snaží odpovědět ELSPAC. Jedinečnost studie spočívá především v následujících charakteristikách:

- Jde o první studii, která začala již v období těhotenství a sleduje vývoj dětí přes celé dětství a dospívání.
- Studie zahrnuje do výzkumu nejen matku, ale také otce (téměř rovnocenně), jejich osobnost, chování, postoje, zdravotní stav apod., dílem i prarodiče.
- Zcela výjimečná je i v tom, že je mezinárodním projektem se společnou metodologií a shromažďováním údajů, takže umožňuje srovnávání výsledků mezi jednotlivými zeměmi.
- Započala krátce po sametové revoluci a dovoluje mapovat komplexní vývoj dětí a jejich rodin od svého počátku do současnosti.

Cíle studie ELSPAC

Cílem projektu je především zjistit, zda a které faktory (biologické, psychologické, sociální, faktory vnějšího prostředí) jsou spojeny s přežitím a zdravím plodu, kojence a dítěte a zda stejné faktory mají svůj vliv v podobné míře v každé ze zúčastněných zemí. Dále si studie dává za cíl zjistit biopsychosociální determinanty vývoje dítěte

od početí do 19 let věku se zřetelem na rodinu (způsob života, prostředí, péči, vztahy mezi jednotlivými členy rodiny apod.) a na osobnosti matky a otce. V neposlední řadě je cílem zjistit souvislosti biopsychosociálních determinant se vznikem a vývojem zdravotních poruch u plodu, novorozence a dítěte, adolescenta atd.

Studované oblasti

1. **zdraví** – subjektivní hodnocení matkou ve věku 6 měsíců, 18 měsíců a v dalších sledovaných obdobích
2. **růst** – hmotnost, výška, délka dlouhých kostí, obvod hlavy, pasu, paže, kožní řasy a další antropometrická data
3. **vývoj** – vývojové mezníky, motorická koordinace, intelektuální schopnosti aj.
4. **chování** – sociální chování, deviantní chování, temperament, enuresis nocturna aj.
5. **biologie** – charakteristiky dítěte včetně vrozených vývojových vad, genetiky, zrůčností, kompletního somatického vývoje
6. **morbidita** – objektivně posuzovaná praktickým lékařem pro děti a dorost, včetně hospitalizací
7. **nehody a úrazy** – s historií, co se stalo, kde se to stalo, poranění, ke kterému došlo, vyhledání zdravotnické služby, způsob řešení, léčba atd.
8. **smyslové poruchy, poruchy řeči**
9. **komplikace v těhotenství** – krvácení, infekce, eklampsie, adolescentní matky apod.
10. **specifické zakončení těhotenství** – předčasný porod, růstová retardace plodu, aborty, dítě diabetické matky apod.
11. **novorozenecká morbidita** – asfyxie, hypoxie, VVV apod.
12. **mortalita** – fetální, neonatální, postneonatální, v dalších letech a další

Oblasti uvedené výše jsou analyzovány ve vztahu k mnoha **dalším proměnným**, hodnoceným v různých časových obdobích. Zahrnují (mimo jiné) následující:

1. **fyzikální prostředí** – bydlení, vybavení domácností, typ vytápění apod.
2. **charakteristiky rodičů** – věk, výška, hmotnost, anamnéza členů rodiny, zdravotní stav a jeho vývoj aj.
3. **sociální faktory** – velikost rodiny, sociální třída, vzdělání rodičů, zaměstnání, neúplná rodina, změny partnerů aj.
4. **psychologické faktory** – osobnost, deprese, úzkost, stres apod.
5. **psychosociální prostředí** – sociální opora a podpora, manželský vztah, vztahy mezi sourozenci apod.
6. **zdravotní péči** – pediatriká, gynekologická o matku v těhotenství, péče různých specialistů o dítě podle jeho zdravotního stavu aj.
7. **postoje** – postoj matky k dítěti, k partnerovi, partnerův postoj k dítěti, k partnerce apod.
8. **změny prostředí během prvních měsíců života** – stěhování, oddělení od matky, separace od otce, využívání předškolních zařízení nebo jiného způsobu péče o dítě

Způsoby realizace uvedeného výzkumu

Sledovaný soubor zahrnuje v každé zemi všechny děti narozené v průběhu jednoho až půldruhého roku v jedné nebo více geografických oblastech. Celkem je mezinárodně sledováno asi 40 000 dětí. V ČR výzkumný soubor zahrnuje všechny děti s trvalým bydlištěm v městě Brně, které se narodily od 1. 3. 1991 do 30. 6. 1992 (cca 5000 rodin)

a děti s trvalým bydlištěm v okrese Znojmo, které se narodily od 1. 4. 1991 do 30. 6. 1992 (přibližně 1500 rodin).

Základní výzkumné údaje jsou získávány prostřednictvím **dotazníků**, které vyplňují rodiče zkoumaných dětí ve stanovených termínech. Údaje o zdravotním stavu, vývoji dítěte, morbiditě, způsobech léčení apod. jsou získávány ze zdravotnické dokumentace. Dotazníky jsou konstruovány tak, aby byly použitelné ve všech zúčastněných zemích, a jsou pro všechny tyto země závazné. Obsahují jednak soubory otázek vypracovaných speciálně pro studii ELSPAC a jednak standardizované psychologické škály. V principu jde o následující typy otázek:

1. **kardinální** – povinné pro všechny země
2. **optionální** – nepovinné, účastníci se země si sama rozhodne, zda je použije
3. **národně specifické** – otázky, které musí být součástí dotazníku, ale jsou přizpůsobeny podmínkám v jednotlivých zemích, např. systém vzdělávání dětí, zdravotní péče apod.
4. **vlastní otázky** – tyto si každá země může přidat dle vlastního uvážení

Od osmého roku věku sledovaných dětí vstupuje do hry škola jako další důležité prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Dotazníky vyplňuje nejčastěji třídní učitel sledovaného dítěte. Od 11. roku věku jsou připravovány dotazníky i pro dítě. Od 8. roku věku vyšetřujeme vybrané soubory dětí pediatricky, antropometricky a psychologicky.

Údaje z dotazníků jsou kódovány a převáděny do počítače. S pomocí výpočetní techniky jsou pak statisticky a výzkumně zpracovávány.

Vlastníkem každé **národní databáze** je národ. Zodpovědnost za uchování a přístupnost národních databází má především odpovědný řešitel studie a také Mezinárodní koordinační a výkonný výbor projektu ELSPAC. Z právního hlediska je nositelem též Masarykova univerzita v Brně.

Všechna získaná data jsou přísně důvěrná a nikdy nejsou sdělována jednotlivci ani institucím. Publikována jsou v takové formě, aby jednotlivci ani rodiny nemohli být identifikováni.

V současnosti je projekt řešen na pracovišti RECETOX PŘF MU v Brně, kam přešel spolu s odpovědným řešitelem z LF MU. Všechna data ze všech získaných dotazníků z Brna i znojemského okresu jsou přenesena do počítače, vytvořeny databáze, data z valné části odkontrolována.

Pro bližší aktuální údaje odkážme na webovské stránky projektu: www.elspac.cz.

20.2 Nevládní organizace v péči o dítě: Dětský fond Organizace spojených národů (UNICEF)

Dětský fond Organizace spojených národů (UNICEF) je hlavní světová organizace pro pomoc dětem, která se celosvětově zabývá ochranou a zlepšováním životních podmínek dětí a podporou jejich všestranného rozvoje. Trvale pracuje ve více než 190 zemích.

Založen byl 11. prosince 1946, původně jako Mezinárodní dětský fond neodkladné pomoci (United Nations International Children's Emergency Fund) pro pomoc dětem postiženým druhou světovou válkou. Od roku 1953 se UNICEF, již pod názvem **United Nations Children's Fund**, stal trvalou součástí Organizace spojených národů,

specializovanou na programovou pomoc strádajícím dětem celého světa a na krizovou pomoc v situacích katastrof. Původní zkratka UNICEF byla zachována.

Největší část pomoci směřuje do těch částí světa, kde je situace dětí nejtěživější – do nejhudších zemí a do oblastí stížených přírodní nebo válečnou katastrofou. Za více než půlstoletí své činnosti pomohl UNICEF zachránit životy stovek milionů dětí.

UNICEF je držitelem Nobelovy ceny míru za rok 1965. Velkou podporou UNICEF v jeho činnosti ve prospěch dětí bylo přijetí Úmluvy o právech dítěte Valným shromážděním OSN v roce 1989.

UNICEF je nevládní organizace, takže při prosazování svých cílů může přímo spolupracovat s vládami jednotlivých zemí i s nevládními organizacemi.

Z charakteru UNICEF jako dobrovolné organizace vyplývá, že kromě profesionálních pracovníků UNICEF se na jeho práci významně podílejí dobrovolní spolupracovníci.

Organizační struktura

UNICEF uskutečňuje své programy pomoci dětem ve 155 zemích a oblastech světa prostřednictvím svých stálých zastoupení v těchto zemích (tzv. field offices nebo také country offices). Jejich činnost koordinuje sedm regionálních ústředí (v Panama City, Ženevě, Bangkoku, Nairobi, Ammánu, Káthmándú a Dakaru). Hlavní ústředí UNICEF, které vytváří globální strategii a stanovuje hlavní priority pro pomoc dětem, sídlí v New Yorku.

Organizační strukturu UNICEF tvoří také 36 zastoupení ve vyspělých zemích, tzv. národních výborů pro UNICEF. Národní výbory se zabývají zejména prosazováním Úmluvy o právech dítěte a činnosti UNICEF, osvětovou a vzdělávací činností a shromažďováním finančních prostředků pro programy pomoci dětem ve světě. UNICEF ČR (Český výbor pro UNICEF) je od roku 1991 jedním z nich.

Činnost celé organizace je řízena Výkonnou radou, která je složena z 36 volených zástupců z jednotlivých oblastí světa, a to na tříleté období. Členy Výkonné rady nominují jednotlivé vlády členských států OSN, přičemž každá část světa má stanoven počet míst v radě. Afrika má rezervováno osm křesel, Asie sedm, východní Evropa čtyři, Latinská Amerika a Karibik pět, západní Evropa a další státy dvanáct.

Současným výkonným ředitelem UNICEF je Anthony Lake z USA. Prakticky vede UNICEF prezident a čtyři viceprezidenti. V čele UNICEF byli od jeho založení Maurice Pate do roku 1965, Henry R. Labouisse do roku 1979, James P. Grant do roku 1995. Současnou prezidentkou je Carol Bellamyová.

Pro potřeby výzkumu a vzdělávání působí ve Florencii Výzkumné centrum dítěte (UNICEF Innocenti Research Centre), s jehož výsledky ve formě publikací se můžete seznámit přímo na webových stránkách centra, případně si je lze objednat v tištěné podobě z pravidelně aktualizované webové nabídky. Centrální sklad (UNICEF Supply Division), který zajišťuje zásobování a distribuci dodávek UNICEF do terénu, působí v Kodani. Kromě toho má UNICEF specializovaná pracoviště v Bruselu a Tokiu, jež se soustředí na prosazování dětských práv a podporu fundraisingu.

Čím se UNICEF zabývá

Všechny děti bez rozdílu rasy, pohlaví a původu mají právo na zdraví a přiměřenou výživu, vzdělání, ochranu před konflikty, týráním a jakýmkoliv zneužíváním a vyko-

řistováním. Milionům dětí zejména v rozvojových zemích jsou však tato elementární práva dosud odepřena.

UNICEF aktivně pracuje ve více než 150 zemích a oblastech světa, kde ve spolupráci s národními vládami a s místními organizacemi rozvíjí a podporuje dlouhodobé programy pomoci. Od počátku svého vzniku poskytuje také okamžitou pomoc v nouzi dětem a ženám v zemích a oblastech postižených válečným konfliktem nebo přírodní katastrofou.

Dlouhodobé programy UNICEF

Každou hodinu ve světě umírá přibližně 800 dětí mladších pěti let – většina z nich v chudých rozvojových zemích a z důvodů, kterým lze předcházet. Děti tohoto věkového období jsou nejvíce ohroženou skupinou populace. Dlouhodobé programy UNICEF, zaměřené na očkování, přístup k nezávadné vodě, lepší výživu a hygienu, vzdělávání apod., dávají šanci na přežití stále většímu počtu dětí.

Zdraví a výživa

Klíčem pro ochranu milionů dětských životů je pravidelná prevence očkovaním a dodáváním nutných doplňků k výživě, jako jsou jod, vitaminy či železo, ale také ochrana mateřství a podpora kojení. Očkování proti šesti dětským smrtelným chorobám (spalničky, tuberkulóza, tetanus, záškrt, černý kašel, dětská obrna) pomohlo dožít se dospělosti stovkám milionů dětí. Dětskou obrnu se díky programům očkovaní podařilo již téměř vymýtit.

Velkým celosvětovým zdravotním a sociálním problémem zůstává HIV/AIDS. Zejména v rozvojových zemích (nejvíce v Africe) je toto onemocnění tragédií nepředstavitelného rozsahu: do konce roku 2012 ztratilo z důvodu AIDS jednoho nebo oba rodiče 17,5 milionu dětí, 2,2 milionu z tohoto počtu tvoří děti, které jsou samy nemocné – naprostá většina z nich se smrtelným virem nakazila od svých matek v průběhu těhotenství, porodu nebo kojení. Bez lékařské pomoci polovina těchto dětí zemře, než oslaví své druhé narozeniny.

UNICEF těmto problémům věnuje velikou pozornost, a to s důrazem na jejich efektivní prevenci a s vědomím, že důsledná prevence není možná bez existence podnětného prostředí, školy a rodiny a bez důsledné pozornosti a zájmu celé společnosti.

Nezávadná voda, hygiena a sanitace

Podporou programů zaměřených na přístup k pitné vodě a dostatečnou hygienu včetně výchovy ke správným hygienickým návykům napomáhá UNICEF prevenci šíření infekčních onemocnění, jako je tyfus nebo cholera, ale i onemocnění vzniklých např. tělesným kontaktem s kontaminovanou vodou.

Vzdělávání

Programové snahy UNICEF v oblasti vzdělávání dětí jsou dány zejména následujícími cíli:

- zpřístupnit vzdělání všem dětem bez rozdílů rasy, pohlaví a původu
- dosáhnout toho, aby každé dítě ve světě mělo alespoň základní vzdělání
- zlepšit kvalitu výuky
- zvýšit povědomí o důležitosti vzdělání

Ochrana dětí

K zajištění bezpečnějšího života pro obzvláště ohrožené skupiny dětské populace slouží speciální programy UNICEF. Zaměřené jsou zejména na děti ulice (street children), děti námezdně pracující a děti týrané a zneužívané včetně dětských obětí komerčního sexuálního zneužívání a obchodu s dětmi.

Velká pozornost je rovněž věnována problematice chudoby (v rozvojových i rozvíjených zemích) a situaci dětí v ozbrojených konfliktech a dětských vojáků.

Krizová pomoc v situacích katastrof

Válečné konflikty a přírodní katastrofy všude ve světě s sebou nesou ohrožení základních práv dětí na zdraví, vzdělání a vůbec přežití. Pomoc UNICEF, kterou v takových neodkladných situacích ohroženým dětem poskytuje (zpravidla v průběhu krizové situace i po jejím skončení), zahrnuje jednak podporu materiální (dodávky potravin, vody, léků, budování přístřeší a hygienických zařízení, zdravotní péči, pomoc při zajištění vzdělávání dětí atd.), jednak významnou pomoc v oblasti odborného poradenství a konkrétní psychologické a sociální práce s dětmi traumatizovanými obtížnou životní situací.

V situacích válečných konfliktů se UNICEF významně podílí na zajišťování období klidu zbraní, na vytváření mírových zón pro zajištění nezbytné péče o děti a ženy a na konkrétní práci s nimi v těchto mírových oblastech.

Velká pozornost je ze strany UNICEF věnována úsilí o zákaz používání nášlapných min a zneužívání dětí v ozbrojených konfliktech jako dětských vojáků.



Obr. 20.1 Výuka dětí v Keni

Kde UNICEF působí

UNICEF trvale působí ve 192 zemích světa, z nichž ve více než 150 pomáhá dětem přežít a zlepšit jejich životní podmínky.

Trvalá působnost ve všech zemích světa UNICEF umožňuje, že v případě krizových situací může od prvních chvil kdekoliv ve světě poskytovat neodkladnou pomoc – zajistit přístup k pitné vodě a hygieně, příkrývky, léky a zdravotnický materiál, očkování, terapeutickou výživu a výživové doplňky, vitamin A na posílení imunity, zajišťovat ochranu dětí a další pomoc.

V roce 2012 UNICEF zasahoval ve více než 20 vážných humanitárních krizích – např. v Demokratické republice Kongo, Súdánu, Somálsku, na Filipínách, v Pákistánu. Rozsáhlou humanitární operaci rozvíjel také v Sahelu, kde v důsledku dlouhodobého sucha byly ohroženy životy 1,1 milionu nejmenších dětí z důvodu podvýživy.

Financování UNICEF

Činnost UNICEF je od počátku jeho existence financována výhradně z dobrovolných příspěvků vlád, z dobrovolných finančních příspěvků veřejnosti (organizací a jednotlivců) a z prodeje blahopřání a dalšího zboží UNICEF.

V systému OSN je tak UNICEF jedinou organizací, která nezískává finanční prostředky na svoji činnost z rozpočtu OSN (tj. z pravidelných členských příspěvků zemí OSN).

Český výbor pro UNICEF

Český výbor pro UNICEF vznikl v roce 1991 jako nevládní nezisková organizace na podporu Dětského fondu OSN v České republice. Výbor si za své cíle vytkl:

- informovat veřejnost o poslání a konkrétní činnosti UNICEF
- shromažďovat finanční prostředky pro pomoc dětem celého světa
- upozorňovat veřejnost na situaci dětí ve světě i v ČR
- podporovat naplňování dětských práv v ČR

Dokument **Sedm dobrých důvodů, proč budovat Evropu pro děti a s dětmi:**

1. Děti nejsou malé lidské bytosti s malými lidskými právy.
2. Děti jsou zranitelné. Potřebují více ochrany, ne méně.
3. Žádné násilí vůči dětem nelze ospravedlnit.
4. Veškerému násilí vůči dětem lze zabránit.
5. Ochrana dětí si vyžaduje strategický přístup.
6. Práva dětí se týkají nás všech.
7. Práva dětí pomáhají Evropě v růstu.

20.3 Sociální pediatrie dle mezinárodního pojetí

Sociální pediatrie není nová disciplína. Můžeme konstatovat, že otázky, které jsem si kladl (L. K.) před více než 15 lety při psaní poslední kapitoly knihy *Sociální pediatrie* prof. Dunovského, se během uplynulé doby podařilo zodpovědět. I když stále hovoříme o „sociální pediatrii“, je její náplň zjevně bližší veřejnému zdravotnictví o dítěti a pro dítě („public health for children“).

Každý pediatr, praktický lékař pro děti a dorost, jakýkoliv pracovník pečující o zdraví dítěte potřebuje sociálně-pediatrické schopnosti a dovednosti, aby byl schopen

poznat mnohočetné vazby mezi těmito podmínkami a životem dítěte. Jde o znalosti, schopnosti a dovednosti z mnoha oborů, v nichž dominantní roli hrají epidemiologie a biostatistika. Interdisciplinární pojetí vidíme již v perinatální medicíně, kde se neobejdeme bez sester, porodních asistentek, gynekologů, porodníků, neonatologů a pediatriů, ale ani bez psychologů, sociologů a dalších specialistů.

Neméně široké spektrum specialistů nacházíme na druhém konci dětského věku – v adolescenci. Zde je naopak role psychologů, psychiatrů, sociologů, pedagogů a dalších pomáhajících profesí naprosto nezastupitelná. Právě v období adolescence vidíme, jak v nové, moderní době a společnosti jsou sociální a psychologické faktory významnými determinantami zdraví. Sociální pediatrie se nezabývá jenom kazuistikami dětí a řešením jejich konkrétních problémů, ale zajímá se o celou dětskou populaci u nás i v Evropě, případně ve světě. I proto je pohled na problémy dětí mnohem celostnější, komplexnější, z nejrůznějších úhlů pohledu. Součástí sociální pediatrie je podpora zdraví, zdravotnické vzdělávání dětí i jejich rodičů, populační aspekty zdraví a nemoci – např. zdravotní problémy ve vztahu k bydlení, dopravě, školství.

20.4 Mezinárodní organizace ve veřejném zdravotnictví a sociální pediatrii

20.4.1 ISSOP (ESSOP)

V roce 1977 založili profesori Lindquist a Kohler z Lundu ve Švédsku Evropskou společnost sociální pediatrie – **European Society for Social Paediatrics** (ESSOP). Jejich počáteční hlavní myšlenkou bylo setkávání odborníků zpočátku z evropských zemí s cílem poskytnout optimální podmínky pro diskuse, výměny zkušeností, znalostí i dovedností, praktických schopností se snahou o co nejvyšší vědecký standard. Hlavní cíle ESSOP byly:

- stimulovat co možná nejvyšší kvalitu výzkumu v sociální pediatrii
- rozšiřovat recentní informace tohoto výzkumu mezi vědecké společnosti
- podporovat výuku sociální pediatrie v pregradu i v postgradu na lékařských a příbuzných fakultách
- podporovat implementaci Úmluvy o právech dítěte do praxe i života
- pracovat pro lepší pochopení souvislostí sociální pediatrie a sociální politiky těmi, kteří politiku ve prospěch dětí tvoří
- podporovat spolupráci s dalšími odbornými společnostmi a organizacemi
- postupně začít připravovat každoroční konference

Protože ve světě nebyla vytvořena žádná společnost podobného charakteru, začali do naší společnosti přicházet členové z USA, Kanady, Austrálie, Nového Zélandu, Indie, Thajska a celé řady dalších zemí. Proto bylo na General Assembly společnosti domluveno, že požádáme ženevské ústředí o schválení změny názvu společnosti na ISSOP – **International Society for Social Pediatrics and Child Health**. Od roku 2014 datujeme i zkratku ISSOP.

Současným prezidentem společnosti je prof. Nick Spencer (UK), vědeckým sekretářem Geir Gunnlaugsson z Islandu, pokladníkem Olivier Duperrex ze Švýcarska. Dalšími členy výboru jsou Luis M. Alvarez ze Španělska, Gonca Yilmaz z Turecka, Manuel Katz z Izraele, Tony Waterston a Ayesha Kadir ze Spojeného království.

Profesor Lennart Kohler je čestným prezidentem ISSOP. Autor této publikace (L. K.) byl prezidentem ESSOP v letech 1996 a 1997 a dlouhá léta aktivním členem výboru.

Současné **cíle ISSOP**, kromě již výše uváděných, jsou:

- pořádání tréninkových kurzů sociální pediatrie (ponejvíce v Chorvatsku)
- významným způsobem rozvíjet spolupráci s IPA (International Pediatric Association) a dalšími mezinárodními společnostmi
- bojovat za práva dětí
- poukazovat na chudobu, násilí vůči dětem
- podílet se na propagaci kojení, očkování a řada dalších aktivit

20.4.2 ISPCAN

ISPCAN – **International Society for Prevention of CAN** (Mezinárodní společnost pro prevenci CAN) je další celosvětová organizace sdružující na dobrovolné bázi jednotlivce i instituce, kteří/které působí proti násilí všeho druhu na dětech. Byla založena v roce 1977; jde o mezinárodní NNO, která sdružuje interdisciplinární odborníky a všechny, jimž není lhostejné týrání, zneužívání či zanedbávání dětí. Smyslem je především prevence a léčba tohoto syndromu.

Posláním ISPCAN je prevence krutosti vůči dětem ve všech národech a formách: prevence tělesného týrání, sexuálního zneužívání, zanedbávání, dětských pohrom, dětské prostituce, emocionálního týrání a dětské práce, pomoc dětem ulice, dětem ve válce.

ISPCAN si dala za cíl zvýšit všeobecné veřejné povědomí o všech formách násilí proti dětem, vyvíjí preventivní aktivity proti takovému násilí a podporuje práva dětí ve všech regionech světa. ISPCAN vítá ve svých řadách všechny, kdo se chtějí společně se členy z celého světa zapojit do ochrany dětí a jejich potřeb – ochrany těla, mysli, srdce i práv. Informuje o svých cílech, publikacích, kongresech, tréninkových kurzech i celosvětových aktivitách.

Naším posláním je podporovat jednotlivce i organizace pracující na ochraně dětí proti týrání, zneužívání a zanedbávání po celém světě. Cíle ISPCAN:

- zvýšit povědomí o rozsahu, příčinách a možných rizicích všech forem týrání dětí
- rozšířit akademický a klinický výzkum s tím, že to povede k pozvednutí praxe a zdokonalení metod
- podpořit mezinárodní úsilí uvést do života práva dětí a chránit je
- zvýšit kvalitu současného úsilí detekovat a léčit týrané děti, také se snahou o prevenci
- usnadnit rozšíření a rozvoj nejlepších praktických zkušeností členů ISPCAN na celém světě
- navrhnout a uvést v život komplexní tréninkové programy pro profesionály a začlenit též dobrovolníky do úsilí léčit týrané děti, a to včetně preventivního působení

20.4.3 ASPHER

Asociace škol veřejného zdravotnictví evropského regionu – **Association of Schools of Public Health in the European Region, ASPHER** – je klíčová nezávislá evropská organizace oddaná myšlence posilovat roli veřejného zdravotnictví cestou neustálého vzdělávání a tréninku profesionálů ve veřejném zdravotnictví, a to v praktické složce i ve výzkumu. To představuje vědecké a akademické aktivity ve veřejném zdravotnictví včetně vzdělávání a praktických aktivit.

ASPHER má v současnosti více než 100 institucionálních členů ve 42 evropských zemích, tj. více než 5000 akademických a veřejně zdravotnických expertů zaměstnaných v těchto institucích. Všeobecným posláním je podpora vzdělávání, výzkumu a služeb ve veřejném zdravotnictví. Členové ASPHER společně tvoří základnu vědění ve veřejném zdravotnictví. Respektují odlišnosti zemí a regionů, v nichž fungují příslušné školy veřejného zdravotnictví. ASPHER pomáhá prosadit veřejné zdravotnictví založené na důkazech, strukturované procesy poznání, inovační modely a příklady dobré praxe. Tím mobilizuje školy veřejného zdravotnictví, aby byly aktivní při sdílení základních kompetencí ve veřejném zdravotnictví.

Strategické vize ASPHER zahrnují podporu nejvyšších standardů ve vzdělání a tréninkových aktivitách pro praxi. Zvýšeně zahrnují mezisektorové intervence a všeobecné evropské i národní zájmy a aspekty. ASPHER hraje také klíčovou roli v podpoře a začlenění evropských hodnot do široce pojatého vývoje ve veřejném zdravotnictví.

ASPHER je vysoce aktivní platformou pro výměnu informací, sdílení znalostí, schopností a zkušeností. V rámci ASPHER funguje celá řada pracovních skupin, kromě toho organizuje četná odborná fóra, která pracují pro zvýšení vzdělávání ve veřejném zdravotnictví v Evropě. Pracovní skupiny: Public Health Core Competences, Innovation and Good Practice in Public Health Education, Doctoral Programmes and Research Capacities, Undergraduate Programmes in Public Health, Ethics and Values in Public Health, Public Health Reviews Journal.

ASPHER je též platícím členem Agency for Public Health Education Accreditation (APHEA) a European Academic Global Health Alliance (EAGHA). Udržuje vazby s partnerskými organizacemi v různých regionech. Je aktivním členem EU Health Policy Forum a World Federation of Public Health Associations (WPHFA).

20.4.4 Nordic School of Public Health

Jednou z nejvýznamnějších škol veřejného zdravotnictví byla **Nordic School of Public Health**, založená v roce 1953 jako společný severský projekt financovaný vládami Dánska, Finska, Islandu, Norska a především Švédska. Začátek byl pomalý, ale od roku 1978, kdy se děkanem stal prof. Lennart Kohler (byl jím až do roku 1995), se stala vedoucí institucí na mezinárodní akademické scéně, a to v činnosti edukační i výzkumné. Měla zásadní vliv nejen na politiku veřejného zdravotnictví ve všech severských zemích, ale i v celém evropském regionu.

Je ironií, že v době, kdy se význam školy neustále rozvíjí, dochází k jejímu uzavření, resp. končí její finanční podpora ze všech původních zemí. Každá země si otevřela vlastní školy veřejného zdravotnictví (ve Švédsku konkrétně přechází z Göteborgu do Stockholmu) z domácího rozpočtu. Končí společná koordinovaná činnost a končí vysoká kvalita postgraduálního vzdělávání. Absolventy speciálních vzdělávacích kurzů (především Ph.D.) jsou významné osobnosti oboru Aaron Antonovsky, Ilona Kickbuschová, Martin McKee a řada dalších z mnoha zemí nejen Evropy, ale celého světa. Další již bohužel nebudou...

Literatura

- JAKAB, Z., TSOUROS, A. D.: Zdraví 2020 – cesta ke zdraví a rozvoji Evropy. *Hygiena* 2014; 59(3): 97–103.
- KALMAN, M., a kol.: *HBSC – Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, 113 stran.
- KUKLA, L.: Mezinárodní spolupráce v péči o dítě. In: DUNOVSKÝ, J., a kol.: *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 267–274.
- KUKLA, L.: *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2007, 44 stran.
- KUKLA, L.: *ELSPAC – informační bulletin o projektu*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 2011, 5 stran.
- KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M.: European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (ELSPAC) – Výzkumný projekt WHO/EURO – československá účast. *Československá hygiena* 1992; 37(6): 367–369.
- LINDSTRÖM, B., SPENCER, N., et al.: *Social Pediatrics*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1995, 613 stran.
- WHO: *Zdraví 21*. Evropská řada Zdraví pro všechny č. 6, Praha, 2001, 147 stran.
<http://www.euro.who.int/childhealthdev>
www.elspac.cz
www.who.int
www.euro.who.int
www.who.cz
- a odkazy na subjekty zmíněné v textu, mj. <http://www.ispcan.org/>, <http://www.unicef.org/>

Závěrem

Problematikou dětí a rodin se v současné době zabývá řada resortů i řada vědních disciplín a také různé sektory společnosti.

Vzájemná **kommunikace** a výměna informací není vždy optimální. **Koordinovaná participace** jednotlivých resortů (zdravotnictví, školství, vnitra, práce a sociálních věcí, spravedlnosti, případně dalších – kultury, zemědělství aj.), **multidisciplinární přístup** ke komplexní problematice dětství, praktická, teoretická i **koncepční spolupráce státního a nestátního sektoru** (především v oblasti poskytování sociálních služeb) doprovázená zvyšující se profesionalizací a prohlubující se humanizací obou sektorů – to jsou přetrvávající úkoly, před kterými stojíme.

V dané chvíli vidím (L. K.) jako první krok na této cestě vypracování plánu konkrétních aktivit a akcí zaměřených na:

- monitorování situace a stavu dětí
- analýzu všech zásadních informací o dětech v ČR, které jsou k dispozici
- vypracování konkrétních projektů zaměřených na oblasti nejvyšších rizik a ohrožení
- podporu a rozvoj spolupráce jednotlivých sektorů, resortů a disciplín na poli péče o děti včetně rozdělení odpovědností za jednotlivé oblasti života dětí
- budování systému víceúrovňové prevence
- podporu „silných a zdravých rodin“ spojenou s vyváženou péčí a pomocí rodinám oslabeným a ohroženým

Rejstřík

A

aberace
 – chromozomální autozomální 11
 – – gonozomální 14
 – – numerická 11
 – – strukturální 13
 abúzus
 – alkoholu 270
 – nikotinu 17
 adaptace 184
 adolescence 62, 63
 adopce
 – mezinárodní 251
 – národní 247
 agenze ledviny 23
 amfetaminy 339
 amniocentéza 27
 amoniak 36
 anamnéza
 – osobní 380
 – rodinná 380
 – sexuální 346
 – sociální 380
 anonymita matky 386
 anorexie mentální 209
 antikoncepce 43
 asynchronie 80
 ataxia telangiectatica 165
 ataxie
 – dětského a dospělého věku hereditární 164
 – dětského věku spinocerebelární 164
 attachment 392
 autismus 101
 – atypický 217
 – dětský (časný) 215
 autokryokonzervace 396
 automaty výherní 356
 azylant 317

B

baby-boxy 385, 386
 bankaholismus 357
 barbituráty 339
 benzodiazepiny 339
 bílkovina 61

blastocysta 147
 blastopatie 16, 154
 bolest chronická 188, 189
 bulimie mentální 212
 bumfights 378

C

cena práce 89
 centra
 – dětská 256
 – na podporu integrace cizinců 301
 – traumatologická 269
 cigareta elektronická 331
 CINDI 404
 cirhóza jaterní 334
 cizinci 118, 119, 297–308
 compliance 187
 cvičení 70, 71
 cyklus deprivace 90
 cytomegalovirus 30

Č

činy trestné 383

D

databáze národní 412
 dávky péče
 – pěstounské 245
 – sociální 286
 dědičnost 159–162, 164, 165
 definice
 – zdraví 9
 – zdravotní gramotnosti podle WHO 107
 deformace 18
 deformity
 – kyčle vrozené 20
 – nohou vrozené 20
 délka života
 – střední 127, 283
 – zdravá 122, 126
 demografie 111
 –, demografická analýza 111
 –, demografická metodologie 111
 – historická 111
 –, paleodemografie 111

- regionální 111
- teoretická 111
- deprivace 39, 131
- emoční 183
- materiální 90
- psychická 133, 241
- determinanty zdraví 128
- sociální 81, 105
- děti
- dispenzarizované 175
- manželské 116
- na útěku 241
- nechtěné 366, 385, 386, 392
- nemanželské 116
- ulice 241
- ve zvlášť obtížných situacích 4
- z ledu 394
- devalvace 80
- deviace
- sexuální 167, 168
- v aktivitě 167
- v objektu 167
- diabetes mellitus 22, 27, 103, 154, 155, 328
- II. typu 158
- diagnostika prenatalní 24, 26, 27
- disrupce 18
- distres 77
- dítě
- mimo rodinu 241, 380
- mrtvě narozené 116, 124
- právně volné 248
- v rodině 37
- živě narozené 116, 124
- docházka povinná školní 193
- domněnka otcovství 388
- domovy
- dětské 256
- dětské do 3 let věku 258
- dětské se školou 258
- pro osoby (děti) se zdravotním postižením 262
- doplatek na bydlení 198
- dospívání 157
- dotazník funkčnosti rodiny 38
- dovolená
- mateřská 195
- rodičovská 195

- drogy
- měkké 336, 337
- stimulační 339
- tvrdé 336, 337
- důchod
- invalidní 194, 195
- sirotčí 194
- dysforie pohlavní (rodová, genderová) 169
- dysplazie 18

E

- e-cigareta 331
- edukace 275
- ELSPAC 6, 129, 410
- embryo 147, 394
- zamražené 394
- embryofetopatie 16
- embryopatie 16, 154
- alkoholová 16
- hydantoinová 17
- infekční 30
- enkopréza („pokakávání“) 229
- enkulturace 43
- enuréza (noční pomočování) 226
- epigenetika 24
- epigenom 24
- ESSOP 6
- eustres 77
- evidence
- migrací 112
- nemocnosti 112
- přirozené měny 112
- extáze 337

F

- faktory
- behaviorální 83
- materiální 83
- rizikové 28, 84, 233, 236, 272, 327, 356, 357, 365, 366
- fetopatie 16, 154
- infekční 30
- fetoskopie 27
- foodie 68
- formy stravování alternativní 64
- frustrace 131

G

gambling 347, 353
 gametopatie 16, 154
 geofágie 34
 globalizace 91
 gramotnost zdravotní 106–109
 grooming 378

H

Haagská úmluva o ochraně dětí 251
 halucinogeny (psychedelika) 337
 happy slapping 378
 hašiš 337
 heroin 338
 HIV 30
 hlad vlčí 213
 hodnota zdraví
 – individuální 105
 – sociální 105
 hypertermie 32
 hypoplazie ledvin 24
 hypospadie 20
 hypoxie 32

CH

Charta práv dítěte 4, 133
 choroba
 – Bournevillova (tuberózní skleróza) 165
 – Fabryho 162
 – Gaucherova 161
 – Hallervordenova-Spatzova 160
 – Krabbeho (globoidní leukodystrofie) 163
 – Niemannova-Pickova 162
 – Recklinghausenova 165
 – Tayova-Sachsova (amaurotická familiární idiocie) 162
 – von Hippelova-Lindauova 166
 chování
 – reprodukční 116
 – rizikové 157, 233, 325–328, 330, 335, 357, 359
 – sexuální 343–346, 377
 chudoba 82, 89, 286
 – absolutní 89
 – dětí 90
 – relativní 89

I

identita
 – individuální 81
 – pohlavní 167
 –, pohlavní poruchy 169
 – skupinová 81
 idolatrie 40
 infekce 155
 – herpetické 30
 infertilita 42
 integrace cizinců 299
 interference 80
 intervence
 – akutní krizová 380
 – dlouhodobá 381
 – střednědobá 381
 – terapeutické 380
 invalidita 195

K

kalendář očkovací 99, 100
 kanabinoidy 337
 kardiokografie 26
 kojenec 60, 61, 145, 156, 175, 221, 275
 kojení 60–62, 207
 kokain 339
 komise koordinační 408
 komunikace prenatální 392
 komunita bezpečná 404
 konzum 82
 – mediální 91
 kordocentéza (CC) 27
 kouření 17, 28, 35, 291, 292, 328–331
 kryokonzervace
 – embryí 395
 – gamet 395
 – tkání 395
 – vaječných buněk 396
 kvalita života 11
 kybersex 351
 kyberstalking 378
 kyberšikana 378

L

laktace 61
 látky
 – omamné (psychotropní) 336

– těkavé 340
léta prožitá v nemoci 127
leukodystrofie metachromatická 162
LGBT 171
lichva 287
Listina základních práv a svobod 57, 134
lokalita sociálně vyloučená 285
LSD 337

M

maladaptace 182
malformace 18
marihuana 337, 340
mateřství
– náhradní 389–394
– pozdní 42
matka gestační 389
měna obyvatelstva
– mechanická 111
– přirozená 111
– sociální 111
menšina národnostní 282–284, 308, 309, 311
migrace mezinárodní 313–315
mikroby 35
minerály 61
minimum životní 196, 197
mléko mateřské
–, kolostrum 60
– tranzitorní – přechodné 61
– zralé 61
model zdravotní gramotnosti 107
– Nutbeamův 108
– podle Ministerstva zdravotnictví USA 109
modifikace epigenetická 394
monozomie
– 4p parciální (Wolfův-Hirschhornův syndrom) 13
– 5p parciální (Cri-du-chat syndrom, syndrom kočičího křiku) 13
morbidita nová 10
morfium 338
mortalita 123, 124, 212, 411
morula 147
mukopolysacharidózy 160
mzda minimální 89

N

naděje dožití 113
nadváha v dětském věku 158
nakupování patologické 356
neklid 222, 223
nekonformnost pohlavní (rodová, genderová) 169
nemoc
– Battenova (neuronální ceroid lipofuscinózy) 161
– Huntingtonova 163
– Wilsonova 159
nemocnice podporující zdraví 405
neplodnost 42, 394
netomanie 350
nezájem 267, 369
nezaměstnanost 86, 88, 286
novela 250/2014 Sb. dílčí 139

O

občanství státní 297
období
– batolecí 62
– prenatalní 154
– reprodukční 116
obezita 158
odběr choriových klků 27
odpůrce očkování 101
onemocnění
– centrálního a periferního motorického neuronu 164
– ledvin cystické 24
– lyzozomální strádavá 160
– recidivující 182
– vzácná metabolická 159
– vzácná neurovývojová 165
opatrovnictví 252
– kolizní 253
opatření předběžné 263
opiáty 338
opium 338
orientace sexuální 167
osiření sociální 241
osoba zdravotně znevýhodněná 194, 199
osvojení viz adopce
ošetřovné 196
Ottawská charta (deklarace) 9, 106

- ovulace 147
- oxid uhličitý 36
- oxikodon 338
- P**
- pálení cigaretou 232
- parafilie 167
- paraziti 35
- parta 80
- participation 137
- patologie
 - batolecího věku 156
 - kojeneckého věku 155
 - novorozenecká 155
 - předškolního věku 156
 - školního věku 156
 - v dospívání 157
- péče
 - domácí zdravotní 58
 - institucionální viz péče ústavní
 - mimořádná 196
 - náhradní rodinná 242
 - – výchovná 242
 - pěstounská klasická 244, 246
 - – na přechodnou dobu 244, 245, 247, 250
 - preventivní 260
 - primární 199–201, 205, 206
 - sociální 202
 - speciální 262
 - ústavní 250, 255, 256, 263, 264
- pediatrie
 - preventivní 5, 7
 - sociální 4, 5, 7
 - sociální v České republice 3
- pervitin 339
- pěstouni dlouhodobí 246
- pika 208
- plodivost (fekundita) 116
- plodnost (fertilita) 116, 394
- pobyt
 - dlouhodobý 297
 - přechodný bezvzovový 297
 - –, dlouhodobá víza 297
 - –, krátkodobá víza 297
 - trvalý 297
- podpora
 - státní sociální 282, 317
 - zdraví 9, 104, 405
- pohřebné 196
- pohyby migrační 313
- pojištění
 - důchodové 199
 - zdravotní 194, 388
- politika
 - cílových zemí migrační 314
 - integrační 299
 - státu zdravotní 57
- pomoc
 - mimořádná okamžitá 198
 - v mateřství peněžité 195
- popírání 184
- populace
 - otevřená 115
 - uzavřená 115
- poranění řezná 232
- porod 124
 - anonymní 386
 - diskrétní 388
 - utajený 386–388
- porodnost 116
- poručenství 252
- porucha/-y
 - dětská dezintegrační 218, 219
 - krmení 207
 - pervazivní vývojová 214
 - příjmu potravy 207, 209, 210, 212
 - spojená s vyhýbáním se jídlu emoční 208
 - tiková 224, 225
 - úzkostná 184
 - vyprazdňování 225
- postižení zdravotní 178
- postoj ambivalentní 183
- potrat 121, 124, 126
- potřeba/-y 131
 - biologické 131
 - psychologické 132
 - sociální 132
 - učít se 133
 - vývojové 133
- povinnost oznamovací 383
- preferenze sexuální 167
 - , poruchy 167
- prevence
 - primární 99, 268, 328, 381

- sekundární 102, 268, 381
- terciární 103, 268, 382
- priorix tetra 101
- profylaxe 211
- prognóza
 - nepříznivá 190, 191
 - sociální 241
- programy
 - preventivní 326, 327
 - zdraví ve školství 48
- pronájem dělohy viz mateřství náhradní
- prostitute mládeže 376
- protection 137
- provision 137
- příkaz/-y
 - osoby se zdravotním postižením 199
 - TP, ZTP, ZTP/P 197
- předávkování léky 232
- přerušení těhotenství umělé 126
- přídavek na dítě 196
- přírůstek
 - celkový populační 115
 - přirozený 115
- příspěvek
 - na mobilitu 197
 - na péči 196, 199
 - na zvláštní pomůcku 197, 199
 - na živobytí 197
 - rodičovský 196
- psilocybin 338
- psychofarmaka (trankvilizéry) 338
- psychologie prenatální 392
- puberta 63

R

- reakce stresová 78
- realita virtuální 354
- Regiony pro zdraví 404
- registry obyvatelstva 112
- relaps 182
- remise 182
- reprodukce
 - asistovaná 389, 394
 - přirozená 115
- retardace mentální 219
- režim dne 72
- rituály 215–218

- rodičovství plánované 116
- rodiny
 - nesezdaných párů 118
 - neúplné 118
- Rohypnol 339
- rozvodovost 118–120
- rozvrat rodiny 257
- rubeola akutní 30
- ruminace 208
- rytmus spánkový 75

S

- saldo migrační 115
- sanace rodiny 241
- sčítání lidu 111
- sebeпоškozování 232–235
- sebevražda/-y 237
 - biické 237
 - demonstrativní 236
 - patické 237
 - rozšířená 237
- sekty 232 366
- schizofrenie 219
- schopnost integrace 319
- sirotek sociální 248
- skóre cervikální (cervix score) 25
- skupina/-y
 - rizikové 175, 176
 - rodičů 187
 - svépomocné 108
 - vrstevníků 80
- slevy na dani 197
- smrt 190
- socializace 131
- spánek
 - , dlouhodobý nedostatek 77
 - , fáze NREM 75
 - , fáze REM 75
 - nekvalitní 76
 - paradoxní 75
- spermie 394, 395
- stárnutí 112
- status sociální 84, 85, 89, 283
- stimulace 131, 132
- stres 86
- stresor 78
 - akutní (jednorázově působící) 77

- chronický (dlouhodobě působící) 77
- periodický (vracející se, intermittent) 77
- středisko výchovné péče 260
- ambulantní 260
- internátní 260
- studium
 - na středních školách 193
 - na vysokých školách 194
- stupeň závislosti 196
- styl životní 85, 327
- subutex 338
- suicidalita 235
- Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dětí 4, 133
- Světová zdravotnická organizace 51
- syfilis 31
- syndrom
 - Angelmanův 16
 - Aspergerův 217
 - Damoklova meče 188
 - DiGeorgeův 16
 - Downův 11, 20
 - fragilního X-chromozomu 15
 - hypoxický 155
 - chromozomální mikrodeleční 15
 - infikovaného amnia 31
 - Klinefelterův (47, XXY) 14
 - mikrodelece 22q 16
 - Millerův-Dierkerův 16
 - Münchhausenův 378
 - pervazivního odmítání jídla 208
 - Praderové-Williho 16
 - Rettův 166
 - Sphrintzenův 16
 - Smithův-Magensiův 16
 - Sturgeův-Weberův 165
 - Ullrichův-Turnerův (45, X0) 14
 - vybíravosti v jídle 208
 - vzácný dystonický 164
 - Williamsův-Beurenův 16
 - XXX 15
 - XYY 15
- system
 - dispenzarizace 103
 - kastovní 281
 - PTS 269
 - skórovací 269

Š

- šetření výběrová 112
- šikanování 377
- škola
 - bezpečná 404
 - podporující zdraví (dříve Zdravá škola) 51
- šok emoční 184

T

- teratogeny 154
- tlak migrační 314
- toluen 340
- toxoplazmóza 31
- trauma komplexní (vývojové) 379
- triáda narušení 215
- trimestr
 - druhý 148
 - první 147
 - třetí 148
- trizomie
 - 13 (Patauův syndrom) 12
 - 18 (Edwardův syndrom) 12
 - 21 (Downův syndrom) 11
- třída deklasovaných 88
- tuberkulóza 101
- tuky 61
- turismus rodičů 187
- tým národní 408
- týrání
 - duševní 369
 - systémové 377
 - tělesné 368

U

- ublížování druhotné (ponižování) 377
- úbytek přirozený 115
- uhlovodany 61
- ukončení těhotenství s více plody 126
- umírání 190
- Úmluva o právech dítěte 6, 133, 135, 137, 251
- Úmluva o právním postavení uprchlíků 315
- úmrtnost viz mortalita
 - kojenecká 124
 - novorozenecká 124
 - perinatální 124
- únosy dětí 137, 138, 376, 383
- uprchlík 315–323

úrazovost 267, 268, 272, 273

úroveň zdraví 128

úskalí životního stylu 80, 357

Ústava České republiky 57, 135

ústavy

– dětské diagnostické 259

– kojenecké 256

– pro děti a mládež výchovné 259

– pro mládež diagnostické 259

užívání drog 88, 233, 343, 357

V

vada/-y

– vrozená metabolická 27

– vrozená vývojová 18, 23, 203

– vrozené močovodu 20

– vrozené srdeční 20, 22

– získaná 104

vajíčka 394

varle nesestoupilé 20

věk

– batolecí 145

– dorostový 146

– kojenecký 145

– novorozenecký 145

– prenatalní 145

– předškolní 63, 145

– školní 50, 63, 146

– školní mladší 146

– školní starší 146

viktimizace sekundární 377

vitaminy 61

výchova

– ochranná 256

– ústavní 256, 259

– zdravotní 106–109

vychovatel trvalý (stabilní) 242

výkaz bezpečnosti dítěte 267

vyloučení sociální 284

vyšetření v těhotenství ultrazvukové 26

vývoj

– populační 111

– psychický 241

– psychomotorický 102, 149, 273

– smyslový 152

– sociální 51, 153, 260

– somatický 51, 147, 149

W

workoholismus 356

X

xenofobie 313

Y

young adulthood (časná dospělost) 146

Z

záchvaty vzteku 215, 217, 219

zákon

– č. 359/199 Sb. 138

– č. 401/2012 Sb. 139

– školský 84

zanedbávání

– psychické 367

– tělesné 367

– těžké 367

– všeobecné 367

zátěž psychická 179

závislost

– na mobilu 356

– na počítačových hrách 353

– na sexu 357

– na televizi 357

Zdravá mateřská škola 48

Zdravá města 405

Zdravá škola 51

Zdraví

– 2020 (Health 2020) 123, 128, 401, 402

– 21 (Health 21) 273, 400

– pro všechny do roku 2000 (Health for All) 400

zneužívání

– rituální 377

– sexuální bezkontaktní (bezdotykové) 370

– sexuální komerční 376

– sexuální kontaktní (dotykové) 370

znevýhodnění sociální 84, 85

zóna budoucnosti 88

zygota 147

Ž

Ženevská deklarace práv dítěte 4, 133

žláza štítná 66

Souhrn

Kniha by se též mohla nazývat *Veřejné zdravotnictví pro dítě a o dítěti* neboli *Public Health for Children*, neboť současné pojetí sociální pediatrie je právě takové. Jako červená nit se knihou táhne „dítě“. Je všude. Jeho blaho a zájem. Jak píše v úvodu, jde o vybrané kapitoly, které jsou dle našeho soudu nejdůležitější k poznání života dětí. Publikace se jen okrajově dotýká příbuzného oboru sociální patologie (kapitola 17 – Poruchy životního stylu).

Kniha se dělí na dvě části: první (menší) je obecná, druhá (větší) je speciální.

Část obecnou tvoří vývoj, pojetí a místo sociální pediatrie v medicínských vědách. Zdraví nemůžeme chápat jenom jako jednotku biologickou (biomedicínskou), ale také jako jednotku psychosociální.

Dále jsou rozepsány faktory, které významným způsobem ovlivňují zdraví našich dětí a dospívajících. A není jich vskutku málo: genetické faktory, životní prostředí, společenské prostředí (včetně rodiny a komunity), zdravotní péče, životní styl, sociální odlišnosti a nerovnosti v péči o zdraví, sociální znevýhodnění, nezaměstnanost, chudoba a řada dalších.

Následující kapitola je věnována prevenci v širším pojetí, další demografii, epidemiologii. Závěr tvoří potřeby, práva a povinnosti dětí.

V **části speciální** jsou popsány zdravotní charakteristiky populace dětského věku včetně rizikových skupin v populaci z hlediska zdravotního stavu a péče o zdraví. Následuje jedna z klíčových kapitol: děti vyžadující speciální péči. Pod tímto názvem se skrývají děti ohrožené, rizikové, s postižením, sociálně maladaptované, nemocné – především chronicky –, včetně toho, jak to ovlivňuje život celé rodiny. Další kapitola se věnuje dětem a mladistvým s psychickými poruchami a vývojovými nápadnostmi, což je bohužel problém, s nímž se v naší populaci setkáváme stále častěji. Co se dříve téměř nevyskytovalo, je dnes bohužel dosti časté.

Následuje systém péče o dítě, které vyrůstá mimo vlastní rodinu, jež má v podstatě dvě možnosti: buď náhradní rodinu, nebo ústavní (institucionální) péči.

Klíčovým problémem dětské populace jsou – jak z hlediska mortality, tak i morbidity – úrazy a otravy. Nic není větší metlou než právě ony. Z hlediska úmrtnosti jsou úrazy na prvním místě u mužů do 45 let a u žen do 35 let. Existuje pro dětský, dorostenecký věk a, jak vidíme, i velkou část produktivního věku nějaká závažnější hrozba?

Následuje blok rizikových skupin – Romové a další národnostní menšiny, cizinci, migrace (v současnosti velmi žhavé téma) a azylanti. Navazují na již výše zmiňované poruchy životního stylu, které jsou mezistupněm k sociální patologii, k níž má blízko i následující kapitola, věnovaná syndromu CAN (týrané, zneužívané a zanedbávané dítě).

Předposlední kapitola je věnována současným „aktualitám“: babyboxy, utajené porodny, náhradní (surogátní) mateřství (náhradní děloha – pronájem dělohy), fiktivní otcovství, generace dětí z ledu, zkrášlující operace u dětí aj.

Závěr tvoří kapitola o mezinárodní spolupráci v péči o děti (WHO, UNICEF, významné mezinárodní projekty a mezinárodní organizace ve veřejném zdravotnictví a sociální pediatrii).

Tato kniha dokáže zcela jistě zaplnit prázdné místo na mapě poznání života dětí.

Klíčová slova: sociální pediatrie, preventivní pediatrie, veřejné zdravotnictví, dítě, zdraví dětí a faktory je ovlivňující

Summary

The book could be called also the *Public Health for Children*, since the current concept of social paediatrics has primarily such aim. Idea of a “Baby” weaves through the book like a red thread. It's everywhere. Its welfare and its interest. As I write in the introduction, the book presents selected chapters which are in our opinion the most important for the children's lives. The publication is only marginally linked to the related field of social pathology (chapter 17 – Disorders of the lifestyle).

The book is divided into two (unequal) parts: the first (smaller) is general, the second (larger) is special.

The general part describes the history, concept and position of social pediatrics within the medical sciences. Health cannot be understood only as an item in biology (biomedicine), but also as a psychosocial entity.

Next part identifies factors that significantly affect the health of our children and adolescents: genetic factors, environment, social background (including families and communities), health care, lifestyle, social differences and inequalities in health care, social disadvantage, unemployment, poverty, and many others.

The fourth and following chapters deal with prevention in the broader sense, with demographics and epidemiology. Conclusion brings the needs, rights and responsibilities of children.

In the special section, the health characteristics of the childhood population are described, including risk groups in the population in terms of health and health care. The following part is one of the key chapters – children requiring special care. Under this name we understand the children at risk, disabled, socially maladapted, sick – especially chronically – including effects on the lives of entire families. The fourth chapter is given to children and adolescents with psychiatric disorders and developmental distinctions – which is the phenomenon with increasing incidence in our population. What was formerly almost unknown, today is unfortunately quite common.

Following chapters discuss the system of care for a child who grows outside his family – in alternative family or in institutional care.

The key problem of the child population is – both in terms of mortality and morbidity – injuries and poisonings. Nothing is a greater scourge than just those. In terms of mortality, injuries are in first place for men up to the age of 45 years, for women up to 35 years. Does exist a more serious threat for children, adolescents and also for a large part of human working population?

Next part defines the risk groups – Roma and other ethnic minorities, foreigners, migration (currently a hot topic) and refugees. Follow the above mentioned lifestyle disorders that are an intermediate step to social pathology, which is close to the following chapter dealing with the CAN syndrome (child abuse and neglect).

The next-to-last chapter is given to contemporary “topical issues” baby boxes, secret childbirths, surrogate motherhood (surrogate uterus – renting the uterus), fictional fatherhood, generation of children from the ice, beautifying surgery in children and others.

Conclusion is the chapter on international cooperation in child care (WHO, UNICEF, major international projects and international organizations in public health and social pediatrics).

This book could certainly fill a gap in knowledge on the children's lives.

Keywords: social pediatrics, preventive pediatrics, public health, child, child health and the factors influencing them

Publikace podává kvalifikovaný a komplexně zpracovaný přehled základních a souvisejících aspektů sociální pediatrie v kontextu historického vývoje a současnosti, jakož i ucelený vhled do systému péče „o děti ve zvlášť obtížných situacích“. Přínosné je rovněž zařazení současných sociálněpediatrických aktualit věnujících se kontroverzním a právně nejednoznačně upraveným tématům, jako jsou například utajené porody, náhradní mateřství či „baby-boxy“.

Autoři neponechávají problematiku otázek bez odpovědi a nezůstávají pouze v rovině obecné teorie, ale i přes rozsáhlost zpracovávané materie se snaží o vyvození vlastních závěrů, které jsou vzhledem k jejich dlouholetým zkušenostem v oblasti sociální pediatrie cenným vodítkem pro orientaci uživatelů na různých pozicích, řešících předmětnou problematiku.

z recenze MUDr. Mgr. Jolany Těšinové

ISBN 978-80-247-3874-1



 GRADA®

Grada Publishing, a.s., U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
e-mail: obchod@grada.cz, www.grada.cz