

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody
jako základ kvality života**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

Vypracoval:
Bc. Drahoslav Červinka

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury. Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Brno 15. 2. 2010

Bc. Drahoslav Červinka

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Miloslavu Jůzlovi, Ph.D. za jeho odbornou pomoc, kterou mi věnoval při zpracování mé diplomové práce.

Bc. Drahoslav Červinka

OBSAH

| | |
|---|------------|
| Úvod | 1 |
| 1. Pojem kvality života..... | 3 |
| 1.1 Kvalita života z pohledu společnosti a bezúhonného člověka..... | 3 |
| 1.2 Jak tuto otázku vnímají osoby ve výkonu trestu odnětí svobody | 9 |
| 1.3 Dílčí závěr | 13 |
| 2. Historie vězeňství a zdravotní péče ve věznicích..... | 16 |
| 2.1 Období do roku 1989 | 16 |
| 2.2 Historie zdravotní péče po roce 1989 do současnosti..... | 36 |
| 2.3 Jaká zdravotní péče je poskytována vězněným osobám? | 45 |
| 2.4 Zdravotnická péče mimo areál věznice..... | 50 |
| 2.5 Prognózy do budoucna..... | 52 |
| 3. Sebepoškozování | 55 |
| 3.1 Charakteristika a druhy sebepoškozování..... | 55 |
| 3.2 Následná péče o tyto osoby..... | 58 |
| 3.3 Předcházení sebepoškozování..... | 60 |
| 4. Zneužívání zdravotní péče poskytované vězněným osobám..... | 63 |
| 4.1 Proč je tomu tak? | 63 |
| 4.2 Možnosti postihu za zneužití poskytnuté péče..... | 65 |
| 4.3 Kazuistika č. 1 | 66 |
| 4.4 Kazuistika č. 2..... | 69 |
| 5. Výzkum | 72 |
| 5.1 Výzkumný projekt | 72 |
| 5.2 Cíl a metodologie výzkumu | 73 |
| 6. Výsledky empirického šetření..... | 75 |
| 6.1 Popis a charakteristika zkoumaného vzorku | 75 |
| 6.2 Stanovení hypotéz | 78 |
| 6.3 Verifikace hypotéz | 79 |
| 6.4 Výsledky výzkumu | 86 |
| 7. Závěr | 89 |
| Seznam použité literatury | 93 |
| Elektronické zdroje..... | 96 |
| Přílohy | 97 |
| Seznam tabulek | 100 |
| Seznam grafů..... | 100 |

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si vybral to, které je z jedné stránky všem známé, ale druhou stránku může posoudit jen omezená část naší společnosti, kterou jsou zaměstnanci Vězeňské služby České republiky. Název diplomové práce je **„Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“**. V posledních letech můžeme konstatovat, že se zvýšil zájem o kvalitu života všeobecně, a to jak z pohledu odborníků, tak i laické veřejnosti. Obvykle se snažíme o prožití co nejkvalitnějšího života, ale jen málo toho bylo napsáno o kvalitě života osob ve výkonu trestu odnětí svobody, proto mne toto téma oslovilo a rozhodl jsem se ho zpracovat.

Vzhledem k tomu, že jsem zaměstnancem Vězeňské služby České republiky (dále jen „VS ČR“), je mi téma práce blízké i po této stránce. Jsem sice členem skupiny, která, která problematiku zná, ale nemohu tvrdit, že bych se do hloubky zajímal o kvalitu života osob v našich věznicích. Určitě bude stanovená problematika i přínosem i pro mne, abych si zvýšil svůj odborný rozhled v této oblasti. Je důležité se přesvědčit o tom, jak se společnost stará i o ty, kteří se provinili proti zákonům, a teď tráví část svého života ve výkonu trestu odnětí svobody. Každý člověk má právo na kvalitní způsob života, i když si každý pod tímto výrokem představuje něco jiného.

Práce má dvě základní části, a to teoretickou a empirickou. V teoretické j vysvětlen základní pojem kvality života z pohledu odsouzených jak ve věznicích, tak jejich srovnání s kvalitou života v civilu. Také zde j nastíněn historický vývoj vězeňství nejen u nás, ale i ve světě i s důrazem na kvalitní péči o tyto jedince. V empirické části realizuji výzkum vedený hlavně formou dotazníku, ve kterém odsouzené osoby komparativní metodou srovnávají svůj civilní život s tím ve věznicích. Podstatnou částí je oblast sebepoškozování a zneužívání zdravotní péče odsouzenými ve výkonu trestu odnětí svobody. V jejím závěru se může čtenář dozvědět, k jakým výsledkům autor došel a je zde možné najít také návrhy na řešení některých situací.

Cíle mé práce jsou tyto: posoudit kvalitu zdravotní péče v našich věznicích, která je odsouzeným poskytována. Dále porovnat, zda je kvalita života ve věznicích srovnatelná s tou mimo prostředí vězeňských prostor, a to hlavně z pohledu osob, které si zde odpykávají svůj trest. Třetí otázkou, kterou bych rád svým výzkumem zodpověděl, je to, zda je zneužívána zdravotní péče těmito osobami, a jaký je jejich názor na sebepoškozování. Odpovědi na tyto otázky jsou uvedeny v empirické části diplomové práce. Ta si neklade za cíl, že objeví nějaké převratné novinky, ale je možné, že poskytne zpětnou vazbu VS ČR, která se o tuto klientelu stará, a společnosti, která má za úkol zajistit výkon trestu ve vhodných a lidských podmínkách s důrazem na bezproblémové zařazení jedince zpět do společnosti. Také je možné, že některé výsledky a případné návrhy budou v budoucnu použity v našem vězeňství k vyřešení některých problémů.

V teoretické části jsou obsaženy informace, které jsem shromažďoval z odborné literatury od různých autorů. Za základní považuji dílo od autorů Vad'urové a Mühlpachra, které velmi kvalitně zpracovalo problematiku kvality života. Dále jsem také vycházel z díla Foucaulta, které na druhé straně řeší problematiku vězeňství. Samozřejmě, že tento výčet není zdaleka konečný, ten je uveden v seznamu literatury. Jako stěžejní metodu výzkumu jsem použil dotazník, kde se respondenti vyjadřovali k otázkám zaměřeným na jejich pobyt ve věznici; dalšími metodami byly rozhovory a kazuistiky. Metodu dotazníku jako stěžejní jsem zvolil proto, že mi umožnila soustředit poměrně velkou část respondentů, kteří byli z různých typů věznic (včetně věznice ženské), což poskytlo kompletnější podklad pro zjištění stanovených cílů této diplomové práce. Rozhovory jsem soustředil směrem k zaměstnancům Vězeňské služby, a to hlavně ke zdravotnickému personálu, se kterým jsem spolupracoval. Kazuistiky jsem použil jako ukázky konkrétních případů, které se týkaly daného problému v diplomové práci.

1. Pojem kvality života

1.1 Kvalita života z pohledu společnosti a bezúhonného člověka

Budeme-li se snažit přesně definovat kvalitu života, dojedeme k názoru, že každý z nás má o ní zcela jinou představu. O tomto bylo již napsáno mnoho, ale jednotný koncept dosud nebyl a zřejmě v dohledné době ani nebude vytvořen. Problematika kvality života se týká nejrůznějších oblastí lidského poznání. Proto, aby se tato slova potvrdila, stačí jen, abychom se zeptali svých blízkých, v čem spatřují kvalitu života a co je podle nich nejdůležitější, aby kvalitní život žili. Určitě se dočkáme různých odpovědí a postojů, které se budou značně lišit. Přitom jsme zadali jen jednu krátkou otázku: „Jak si představujete kvalitní život?“

Snad právě proto se v poledních dvaceti letech stal nedílnou součástí všech vědních oborů koncept kvality života. Tento původně politologický a ekonomický koncept získal své stálé místo také na poli společenských věd (sociologie, psychologie), lékařství, ošetrovatelství a pedagogiky. „Už při letném pohledu na množství vědních oborů, do kterých kvalita života zasahuje, je jasné, že definiční vymezení tohoto konceptu bude velmi obtížné. Vzhledem ke svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému a značně subjektivnímu charakteru nespočívá kategorie kvality života na jednotném teoretickém základu“ (Vaďurová, 2005, s. 5).

„Zájem o kvalitu života má kořeny v dávné minulosti.“ Kinney (Štefflová, 2001, s. 119) uvádí, že koncepce (Quality of life – kvalita života „QOL“) se objevuje již v římské a řecké mytologii, kde bývá spojována s osobnostmi Asclepia, Aeskulapa aj. Zájem o nové přístupy v oblastech lidského myšlení se objevuje koncem 30. let 20. stol. u Thodrnika, jenž zavádí pojem QOL do psychologie. (Doležalová, 2003, s. 92-94). Z těchto vět si uvědomíme, jak obšírné je pole působnosti pro kvalitu života, které zasahuje do širokého spektra lidského života a v menší či větší míře jej ovlivňuje. Zkoumáme-li názory lidí, co je z tohoto pohledu pro ně a kvalitu života nejdůležitější, tak nejčastější odpovědí je zdraví.

Tento zdánlivě banální názor je však velmi pragmatický, protože každý normálně uvažující člověk ví, že bez zdraví nelze hovořit o kvalitním životě. Samozřejmě, že jsou mezi námi jedinci, kteří žijí např. s těžkou nemocí, defektem či jiným postižením, a přesto působí na první pohled jako spokojení a šťastní lidé. Ale pravda je určitě jiná, kdybychom se jich zeptali, co by si přáli, jejich odpověď by zřejmě byla, že by chtěli být zdraví, žít bez svého postižení či nemoci. Je to tím, že se se svým handicapem naučili žít, protože jim nic jiného nezbývá, ale určitě to není ten kvalitní život, který by byl podle jejich představ.

Ústava Světové zdravotnické organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“. Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (www.who.int/evidence/assessment-instruments/gol/index.htm).

Vymezení kvality života z pohledu sociologie je viděno z jiného úhlu pohledu než medicína, psychologie či psychiatrie, které jsou základem většiny výše uvedených vymezení. V obecné rovině je podle ní QOL určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá QOL vymezována proti konzumnímu životnímu stylu preferujícímu vlastnictví, které samo o sobě (podle kritiků konzumentství) nemůže člověka plně uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru. Zde QOL překračuje rámec čistě materiálních potřeb, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží (Vařurová 2005, s. 14).

Zde vidíme, že oblasti kvality života mají velký rozsah a zasahují do velkého množství lidského působení. Také se můžeme dopátrat různého rozvrstvení podle různých autorů, kteří člení tuto problematiku do různých skupin podle jejich důležitosti, např. tříúrovňový model kvality života prezentuje Kováč(2001, s. 34 – 43). Podle jeho teorie je koncept kvality života tvořen třemi navzájem provázanými úrovněmi:

- *bazální* (existenční, všelidskou) – tato úroveň zahrnuje somatický stav, psychické fungování, funkční rodinu, materiální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život
- *mezo – úrovní* (individuálně specifickou, civilizační),
- *meta – úrovní* (elitní, kulturně duchovní).

Každý aspekt dostává v jednotlivých úrovních odlišný smysl. Například tělesný stav představuje na bazální úrovni dobrý somatický stav, na mezo úrovni pevné zdraví a na meta úrovni neproblémové stárnutí končící přirozenou smrtí. Kováčova teorie umožňuje vzájemné prolínání jednotlivých komponent QOL ve všech rovinách a připouští dosažení meta – úrovně bez naplnění úrovně nižší. Například tělesně postižený jedinec (bazální úroveň), trpící navíc zhoršující se chorobou (mezo-úroveň), který nachází uspokojení a schopnost prožívat duševní blaho v meditačních stavech (meta – úroveň). Jedinec tedy může prožívat život, který subjektivně považuje za kvalitní, bez naplnění bazálních indikátorů (Kojanová, 2002, s. 31 – 33).

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, a to subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. K tomuto posunu došlo i v lékařství, kde objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější pro volbu další léčby a pomoci.

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Vymětal dodává, že QOL lze vidět také jako míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života.

Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vymětal, 2001).

Dalším přístupem ke kvalitě života je přístup psychologický. Objektem zájmu psychologického přístupu je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní aktivátory, jako například životní

trauma, krize, deprese a poruchy nálad. Jedinec považuje svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou realitou. Dostává-li se jedinci této odezvy od blízkého okolí a osob, které jsou pro něj autoritami, roste jeho sebeúcta. Dalšími základními složkami psychologického přístupu ke QOL jsou autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou – jeho projev a život jsou ve shodě se sebepojetím, hodnotovou orientací člověka) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování). Psychologický přístup operuje s termínem „well – beány“ neboli spokojenost, pohoda. Subjektivní pohodu lze popsat jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku – absenci nepříjemných tělesných pocitů, pozitivní sebehodnocení – mít se rád a mít rád ostatní lidi (Doležalová 2003, s. 71).

Kvalita života se dá také hodnotit z pohledu sociologie, kdy se jedná o širokou a komplexní oblast, kde je kvalita života hlouběji vymezována ve třech směrech a to: *životní úroveň, způsob života a životní styl*. Každý směr má svou definici, která jej charakterizuje (Sičák, 2001).

Životní úroveň je určována reálnými příjmy lidí a vyjadřuje především materiální a ekonomické podmínky člověka. Způsob života ji dává do souvislosti se životními projevy a celkovým průběhem života, prostřednictvím kterého lidé aktivně podřizují podmínky života své vědomé kontrole. *Způsob života* je pojem nejen sociologický, je společný pro všechny společenské vědy.

V těchto vědách je způsob života charakterizován jako celek, který obsahuje jeho charakter, obsah a strukturu. Hlavním je v tomto případě vztah společnosti a jedince. Tento způsob života jedince je přímo ovlivňován podmínkami, které jedinec má (Sičák, 2001, s. 157 – 160).

Životní styl - říká se, že někdo má určitý životní styl, ale co vlastně znamená označení životní styl? Pokud bychom v internetovém hledači zadali heslo „životní styl“, vyhledají se nám stránky s obsahem: bydlení, cestování, hobby, zahrada, volný čas, sport atd. Je obtížné přesně definovat pojem životní styl, neboť je velmi široký. Encyklopedická definice zní: životní styl - vyhraněné typické formy chování lidí ve společnosti. Vzniká z životního způsobu člověka a představuje jeho formální a estetickou stránku. Škála myšlenkových

proudů a životních stylů je pestrá (Sičák, 2001). „Lidé po celém světě vyznávají různé hodnoty a chtějí podle nich žít.“ Za autora hesla „životní styl“ je považován Karel Honzík, který jej uvedl v Malém sociologickém slovníku z roku 1970 (In Duffková, 2007).

Z pohledu sociální pedagogiky lze pojem QOL chápat jako soulad mezi potřebami jedince a potřebami společnosti. Při zjišťování QOL se sociální pedagogika zaměřuje na celou populaci, především pak na děti, mládež a dospělé z rizikových skupin. Sociální pedagogika chápe pojem QOL ve dvou rovinách: QOL jedince, QOL společnosti. Ve vztahu ke QOL jedince se edukační úsilí zaměřuje na rozvoj vnitřního potenciálu a individuality jedince, jeho sociální kreativity a kultivace zdravého způsobu života tak, aby docházelo k minimalizaci rozporů mezi jedincem a společenskými podmínkami. Ve vztahu ke QOL celé společnosti se v rámci primární a sekundární prevence zaměřuje na vyhledávání potencionálně sociálně patologicky jednajících lidí, na zmírňování a odstraňování sociálně tíživých stavů, činnostmi poradenskými, asistenčními, reedukačními a resocializačními (včetně penitenciární a postpenitenciární péče) se snaží předcházet problémům, které mohou tito jedinci společnosti působit (Vymětal, 2003).

Z pohledu speciální pedagogiky lze pojem QOL handicapovaných jedinců chápat jako takovou míru zapojení do života společnosti, kdy dochází k co největšímu uspokojení jejich materiálních, sociálních a psychických potřeb. Ve vztahu ke zlepšení QOL handicapovaného jedince speciální pedagogika navrhuje a realizuje takové edukační postupy, aby handicapovaný jedinec mohl sám aktivně žít mezi ostatní zdravou populací, měl možnosti využívat všech dostupných kompenzačních prostředků, speciálních postupů reedukace i rehabilitace a byl spokojený. Speciální pedagogika tím přispívá k tomu, aby byl v co největší možné míře eliminován vznik defektivy, tj. poruchy vztahů handicapovaného člověka ke společnosti. Pro QOL nejbližšího okolí (rodina handicapovaného) je významné psychologické poradenství, zdravotní, právní a materiální pomoc, ale zejména speciálně pedagogické přístupy. Pro QOL okolní společnosti se speciální pedagogika zaměřuje na budování vztahu k handicapovaným ve smyslu „je normální být jiný“. I tímto pohledem přispívá speciální pedagogika ke spokojenému životu zdravých i handicapovaných jedinců v celé společnosti. Speciální pedagogika za hlavní

ukazatel QOL různě handicapovaných lidí tedy považuje jejich spokojenost v osobním životě, protože úroveň QOL nelze určovat podle stupně ani charakteru handicapu (Vymětal, 2003).

V předchozích řádcích můžeme číst o širokém spektru oblastí, které bezprostředně nebo okrajově ovlivňují kvalitu života u lidí na celém světě. Každý jedinec má jinou stupnici hodnot, které uznává. Je určitě neoddiskutovatelné, že základem všeho je zdraví. To je určitě názor 99 % obyvatelstva planety. S určitou nadsázkou lze říci, že se najdou mezi námi i jedinci, pro které je důležité, aby měli co kouřit a měli dostatek kávy, bez které si nedovedou představit svůj život (pobyt ve věznici).

Musíme se také zabývat psychotherapeutickým přístupem ke kvalitě života. Pro lepší pochopení tohoto termínu je potřeba nejprve vymezit pojem „psychotherapie“, který je základem tohoto pohledu na QOL. Psychotherapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychotherapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho mezosobní vztahy, tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Psychotherapeutický přístup ke QOL se uplatňuje při rehabilitaci pacientů, kdy cílem je nejvyšší možná kvalita života. Psychotherapeutické postupy jsou kombinovány s dalšími rehabilitačními prostředky – fyzioterapie, ergoterapie atp. Zejména u chronicky nemocných a nevléčitelných pacientů je kvalita života, jak ji hodnotí pacient, rozhodujícím ukazatelem pro volbu léčby. Kvalitní život v tomto pojetí znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být nemocí nebo defektem omezeny (Vymětal, 2001).

1.2 Jak tuto otázku vnímají osoby ve výkonu trestu odnětí svobody

Jak bylo předestřeno, každý z nás si kvalitu života představuje jinak. Jednou ze specifických skupin jsou osoby ve výkonu trestu odnětí svobody v našich věznicích. Jejich odlišnost spočívá hlavně v tom, že jejich názor na kvalitu života je zcela odlišný oproti názoru běžné populace. Přitom i tito lidé mají určité nějaké životní plány, záliby, koníčky a jinou činnost, která je typická pro nás jako lidské bytosti. Během své profese se setkávám s těmito osobami umístěnými v našich vězeňských zařízeních. Musím přiznat, že až do té doby, než jsem začal psát svoji diplomovou práci, jsem k tomuto problému přistupoval se samozřejmostí a nevšímavostí. Asi to bylo způsobeno profesionální slepotou, která vzniká v každém zaměstnání, když jsou úkony vykonávány ve stále stejném sledu a prostředí. Ten, kdo měl možnost do problematiky vězeňství nahlédnout, mi dá určitě za pravdu. Jsou zde totiž vykonávány úkony, které se s pravidelností opakují, někdy až na minuty přesně. Dále působí samotné prostředí věznice, které neumožňuje rozšířit pracovní prostory, a jedinec se tak ocitá ve stále stejném a omezeném prostoru. To jsou faktory, které ovlivňují chování jedince.

Vzhledem k předchozím skutečnostem jsem se musel na problematiku podívat z jiného úhlu, než z kterého jsem ji do této doby nahlížel. Není však jednoduché se po delší době, kdy je člověk ve služebním poměru příslušníka Vězeňské služby České republiky a v stereotypním prostředí, které bylo již popisováno, úplně zbavit všech předsudků, které si do profese přináší. Také samotný fakt, že v prostředí věznice spolu přicházejí do kontaktu dvě úplně odlišné skupiny lidí, má za následek, že k sobě chovají spíše averzi, než aby byly ve vzájemném souladu. To je pro mou práci přítěží, neboť vzájemná komunikace s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody a zaměstnanci věznice bývá velmi často „na bodu mrazu“. Dalším mínusem je skutečnost, že jsem příslušníkem vězeňské stráže, která má za úkol tyto lidi jen hlídat a dbát na to, aby neporušovali zákony a nařízení, která jsou jim ukládána. To je stav, kdy nemůže být zaměstnanec oblíben, protože soustavně po odsouzeném něco vyžaduje. Na druhé straně jsou zaměstnanci, kteří mají k těmto osobám blíže, protože s nimi realizují různé aktivity, které jsou osobám ve výkonu trestu odnětí

svobody méně nepříjemné. Ti také mají velký vliv na další pobyt vězňů ve věznici nebo jejich možné podmíněčné propuštění, které právě zaměstnanci – vychovatelé bezprostředně ovlivňují. Díky tomu jsou k nim vězněné osoby vstřícnější a také slušnější než k ostatním zaměstnancům. To jsou fakta, která možná budou ovlivňovat získané informace v mé diplomové práci. Vězni mívají k vychovatelům bližší a otevřenější vztah k uniformovaným příslušníkům. Proto jsem ve své diplomové práci často využíval poznatků vychovatelů o jednotlivých vězňích – jsou totiž hlubší a často objektivnější. Dalším přínosem těchto osob je, že tráví značný čas právě se „svými“ odsouzenými, a tudíž je mohou dobře charakterizovat a také na ně působit.

Při samotném průzkumu, který jsem prováděl formou dotazníku, rozhovoru a pozorování osob ve výkonu trestu odnětí svobody, jsem zaregistroval jejich zajímavý názor na kvalitu života. Je až nepochopitelné, že se může tento názor u netrestaných lidí a osob ve výkonu trestu tak diametrálně lišit. Během rozhovorů jsem se dozvěděl, že kvalita života ve věznici pro převážnou část osazenstva (cca 90%) je určována dostatkem tabákových výrobků a kávy, které jsou zde považovány za úplnou nezbytnost utvářející dobrý pocit člověka trávícího svůj čas ve věznici. Při kladení otázek jsem se snažil zachytit poznatky, které by alespoň naznačovaly, co je pro ně důležitější než tabák a káva. Záměrně jsem jim nabízel i jiné možnosti jako např., zda by raději netrávili více času na vycházkovém dvoře, který mají určený, aby se mohli na chvíli vzdálit z cely nebo oddělení, na kterém jsou umístěni. Je až zarážející, že 70% dotázaných by tuto možnost klidně vyměnila za doušek kávy a posezení se spoluvězni u cigarety. Přiznám se, že zpočátku mne tyto odpovědi trochu zarážely, ale v průběhu dotazování jsem si na tento stav začal pomalu zvykat. Pro běžného člověka je toto nepochopitelné a pravděpodobně by jeho reakce byla odlišná. Je pravdou, že převážná část dotazovaných patřila do skupiny osob s nižším vzděláním a s opakovaným pobytem za mřížemi, a proto úvahy těchto osob jsou odlišné od standardu. Druhá skupina, kterou lze charakterizovat jako vzdělanější (základní vzdělání či výuční list), odpovídala jinak. V odpovědích se objevoval zájem i o různé aktivity, které byli jedinci schopni podniknout i za cenu toho, že si nedají „cigáro nebo logr“ (např. návštěva posilovny, práce na počítači atd.). Také se zde objevují vazby na rodinu a známé. Jen je škoda, že tato skupina je nepoměrně menší, než ta předchozí. Zde by se dalo

konstatovat, že v jejich případě je možná diskuse o vytváření lepšího, kvalitnějšího života i ve výkonu trestu odnětí svobody.

Velmi často se zástupci této skupiny odsouzených zúčastňují i pracovních terapií, které jsou v současnosti ve věznicích zaváděny. Budu-li konkrétní, tak např. Vazební věznice v Českých Budějovicích poskytuje odsouzeným dokonce dvě pracovní terapie mimo areál věznice. Jsou to činnosti při ošetřování koní, kde pečují i o areál jezdeckého oddílu, provádějí drobné opravy na zařízení a podobné práce. Další je práce v domově seniorů, kde převážně podílejí na úpravě okolí domova a na údržbářských činnostech v tomto objektu. Myslím si, že je to jedinečná příležitost, kdy se odsouzení za doprovodu vychovatele nebo jiného pracovníka věznice dostanou mimo prostředí, ve kterém tráví většinu času a mají na něj averzi. Zde lze jednoznačně konstatovat, že dochází ke zkvalitňování života, který musí odsouzení trávit ve věznicích. Tento postřeh jsem získal při rozhovoru s těmito lidmi, kdy jednoznačně pookřáli a rádi se na toto téma bavili. Tato terapie má i další dobrou stránku a tou je možnost následného zařazení jedince na uvolněné místo v pracovních čtách, které pracují převážně mimo objekt věznice.

Jako poslední skupinu osob ve výkonu trestu odnětí svobody bych rád uvedl ty, kteří mají středoškolské a někteří i vysokoškolské vzdělání. Je jich sice málo, ale nejsou výjimkou v našich věznicích. Jsou to zpravidla lidé bezproblémoví, kteří se snaží o nekonfliktní absolvování svého trestu a co nejrychlejší návrat k rodině a svým blízkým. Rádi se zapojují do různých aktivit, které jim věznice se svými programy zacházení nabízejí. Jejich krédem je to, že je potřeba stále něco dělat, protože tak trest nejrychleji utíká. Jsou z 90% zaměstnáni, a to jak na vnitřních pracovištích jednotlivých věznic, tak i mimo objekt věznice. Tato skupina lidí snáší celkem dobře pobyt ve věznici, protože mají převážně nízké tresty, jsou prvotrestaní a také si umějí zkrátit dlouhou chvíli po návratu z práce. Při otázkách, jak si představují kvalitní život, uvádějí, že je pro ně důležité co nejdříve se dostat domů z výkonu trestu odnětí svobody, být u svých blízkých a také se v jejich odpovědích objevuje nutnost být zdravý. Tento velmi důležitý ukazatel dobrého života, který je pro většinu osob na světě prvořadý, je pro první dvě skupiny odsouzených až někde na konci žebříčku důležitosti. Zde se jasně ukazuje to, že úroveň vzdělání a

výchova v rodině vede jedince k tomu, aby uznával všechny kladné hodnoty, které jsou pro společnosti, ve které žijí, považovány za důležité a nezbytné. Jednou z nich je bezpochyby kvalita života.

V neposlední řadě bych rád ve svém průzkumu poodhalil ještě jednu důležitou věc, která souvisí s kvalitním způsobem života, ale na druhé straně i s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. Touto věcí je bezpochyby zdravotní péče o odsouzené ve věznicích a názor na její nutnost a kvalitu. Nebudu se v této stati zabývat různými druhy poskytované péče, její kvalitou a právními úpravami s tím spojenými. Předmětem mého zájmu bude názor uvězněných osob na samotnou péči a její nutnost v rámci uvěznění. Jak je z předchozích řádků jasné, bude tento názor různorodý, tak jak jsou různorodé pohledy jednotlivých skupin odsouzených, do kterých jsem je rozdělil podle jejich vzdělání.

Když jsem kladl odsouzeným otázky, které směřovaly právě ke zdravotní a preventivní péči v našich věznicích, tak mne až zaráželo, že může mít někdo z oslovených tento názor. Asi 60% dotazovaných z první skupiny mi odpovědělo, že pokud je nic nebolí, anebo nepotřebují něco na spaní, tak je doktor nezajímá. Všichni si myslí, že je doktor domluvený s ostatním personálem věznice, tudíž že nepomůže, protože taková je dohoda mezi vedením a lékařem. Také u nich převažuje myšlenka, že jim se nemůže nic stát, a proto doktora nikdy nebudou v „base“ potřebovat. Z dotazníků, které jsem aplikoval po několika věznicích, se mi jich vrátilo 95%, což si myslím, že je velký úspěch. Jejich podrobnou analýzou se zabývám v empirické části své diplomové práce. Ale musím trochu navázat na předchozí myšlenky odsouzených, které se týkaly jejich názoru na zdravotní personál. V těchto dotaznicích je asi 60% odpovědí, které jsou kritické a zaměřené především na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb ve vězeňském zdravotním středisku. I když vezmu v úvahu, že osazenstvo našich věznic si velmi často na něco stěžuje, přeci jen je toto číslo vysoké. Bylo by dobré uvažovat, proč tento názor odsouzení mají. V každém případě je to postřeh k zamyšlení.

1.3 Dílčí závěr

Shrneme-li předchozí dvě části diplomové práce, dojdeme k závěru, že posuzování kvality života zmiňovaných skupin je diametrálně odlišné. Lidé, kteří nikdy nebyli ve výkonu trestu odnětí svobody, směřují parametry kvality života do úplně jiné roviny, než osoby v našich věznicích.

První skupina se převážně zaměřuje na tyto stránky kvality života: zdravotní, citovou, kulturní a hlavně rodinnou. To jsou pro ně ty nejdůležitější hodnoty. Je samozřejmé, že se některé názory trochu liší, což je dáno hlavně osobností člověka. Tyto difference jsou však jen dílčí a podstata se neliší.

Na druhé straně je názor lidí ve výkonu trestu odnětí svobody, kteří své hodnoty a kvalitu života vidí úplně odlišně. Proto, že se jedná o skupinu, která je v menšině a její pohledy na život a jeho kvalitu bývají ukryty za zdmi českých věznic, jsou hlavní náplní mé diplomové práce právě jejich názory. Veřejnosti je poskytováno určité množství informací o vězněných lidech a o jejich životě uvnitř věznic. Tyto bývají převážně od zaměstnanců VS ČR a od médií, mnohdy však nepřináší objektivnější názor, který by uvedla druhá strana, tudíž odsouzení. Práce hodnotí názory převážně osob ve výkonu trestu odnětí svobody, a to z mnoha pohledů, aby posuzované problémy dostaly doopravdy kvalitativně i kvantitativně vypovídající hodnotu. Vytváří pohled na různé skupiny odlišné nejen věkem, pohlavím, ale i umístěním do různých typů věznic, které jsou v systému vězeňství k dispozici. Protože mezi vězněnými je také určité procento žen, mohou i ony poskytnout zajímavé informace a skutečnosti o kvalitě života ve věznici. Jedním z posuzovacích kritérií bude názor jedné specifické skupiny odsouzených žen. Jsou to ženy, matky, které mají ve výkonu trestu u sebe své dítě. Tato skupina je pracovně nazývána „Matky s dětmi“.

Pro ty, kteří o této skutečnosti nic nevědí, uvádím, že pobyt dětí ve věznici podléhá přísným kritériím, která musí být striktně dodržována, aby mohlo být dítě umístěno společně se svou matkou. Těmito podmínkami jsou:

- stáří dítěte do tří let,
- ochota matky se o ně starat,
- posudek dětského psychologa o vhodnosti umístění dítěte do tohoto prostředí,
- finanční zainteresovanost matky na tomto dění společně s posouzením rodinného zázemí.

Dítě je zde umístěno maximálně do tří let jeho věku, po této době je dáno do opatrování k rodině odsouzené nebo do dětského domova. Poslední slovo má v rozhodování ředitelka věznice, která každou jednotlivou situaci individuálně posoudí a následně rozhodne. V naší republice se tímto ojedinělým způsobem výkonu trestu odnětí svobody zabývá pouze Věznice ve Světlé nad Sázavou. Výsledky průzkumu právě této skupiny vězňených osob budou určitě zajímavé, protože samotné věznění matek s dětmi je novým trendem, který je pro mnoho z nás zatím neznámý. Práce mapuje názory žen, které mají své děti u sebe v neobvyklém prostředí, které by mělo, alespoň částečně a dočasně, vytvořit iluzi domova. Tato skutečnost bude mít dopad nejen na děti, ale i na matky, které budou mít určitě odlišný názor na kvalitu života, než ženy uvězněné bez dětí.

Závěrem této části diplomové práce, bych chtěl podotknout, že je velmi důležité objasnit rozdíly v posuzování kvality života u diametrálně odlišných skupin členů naší společnosti. Zároveň se chci co nejvíce zaměřit na pohledy a názory té menší skupiny, kterou jsou odsouzení ve výkonu trestu odnětí svobody v našich věznicích. Někomu může připadat zbytečné se jimi zabývat, když jsou to osoby, které porušily zákon, a byly za to potrestány. Velmi často mají velký problém se zpětně zařadit do společnosti. Vysvětlení je hned několik, ale myslím si, že tím nejdůležitějším je převýchova jedince, která by měla zajistit jeho bezproblémový návrat do běžného života, který je akceptován většinou společnosti. To však není možné bez podílu Vězeňské služby. Určitě se najde mnoho lidí, kteří by namítali, že tento proces stojí mnoho peněz, které jsou často vynaloženy zbytečně. Tohle tvrzení není tak úplně správné, protože i začlenění malého počtu osob, přináší společnosti úsporu v tom, že tento člověk pravděpodobně nebude páchat trestnou činnost a stát nebude muset vynakládat další finanční prostředky související s výkonem trestu odnětí svobody. Když se tato resocializace podaří, máme jistotu, že tento jedinec již nebude společnosti škodit.

Také vězeňská služba se v posledních letech zabývá zkoumáním hodnocení kvality života u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody. Výsledky šetření mohou příznivě ovlivnit všechny oblasti života těchto osob. Zejména při vytváření programů zacházení s vězni, lze využít závěrů, k nimž tato diplomová práce směřuje. Pozitivní dopad jejich naplňování se očekává nejen uvnitř věznice, ale i v další kontinuální péči. Jde rovněž o to, aby v této problematice nezůstala vězeňská služba osamocena, ale aby výsledky šetření opatření pronikly k dalším resortům majícím vztah k sociální práci (Kula, 2006).

2. Historie vězeňství a zdravotní péče ve věznicích

2.1 Období do roku 1989

Než začnu popisovat historii zdravotní péče ve věznicích, je důležité podotknout, že tato část diplomové práce bude obsahovat informace nejen o zdravotní péči, ale i o vývoji samotného vězeňství. Tyto dvě části vytváří ucelený pohled na vězeňství, které se postupně vyvíjelo od dob dávno minulých, kdy se zdaleka nedalo nazývat systémem, až po dnešní dobu, kdy je to obor, který má koncepci vedoucí k nápravě mnoha jedinců. V této části práce se zmíním o dávné historii, kterou zmiňuji okrajově, aby si čtenáři utvořili ucelený pohled na vývoj vězeňství, zdravotní péči o odsouzené ve věznicích a na další aspekty vývoje vězeňství. První informace pocházejí už z antiky, následně se zmíním o středověkém pojetí ústavní péče, pak budu pokračovat přes renesanci, osvícenectví, až do období novověku. Tady bych se rád zdržel, protože zde začínají dějiny našeho vězeňství, které jsou základem této diplomové práce a následného výzkumu. Historie uvádí, že prvopočátky vězeňství byly velmi často spojovány jak se zločinci, tak s osobami duševně nemocnými. Obě skupiny byly pro společnost přítěží, a proto byly umístovány odděleně, aby byla společnost ochráněna.

Již v období antiky se objevují zmínky o vězněných osobách a vězeních, která měla v tomto období podobu vazby, kde byli provinilí zadržováni po celou dobu vyšetřování trestného činu. Třídní struktura antické společnosti předurčuje i odlišné chápání péče o příslušníky jednotlivých tříd. Pešková (1997) konstatuje, že v řecké kultuře byla rozvinuta a zdůvodněna nejen myšlenka nutnosti a oprávněnosti otroctví, ale i myšlenka rovnosti všech svobodných lidí. Antická forma otroctví je něčím výjimečným, geograficky na Středomoří omezeným jevem. Platón poskytování zdravotní péče chápe jednoznačně: vědecká péče a ošetření patří bohatým a svobodným občanům, neodborné ošetření patří otrokům, ti jsou duševně nedokonalí, mohou být léčeni nevědeckým zaříkáváním. Platón se vyjadřuje k duševně nemocným takto: Duševně choří, kteří jsou zuřiví a nevléčitelně nemocní, se mají zahubit, je tomu tak lépe pro ně samotné, tak pro stát. Klidní duševně postižení nemají být ponecháni sami sobě a bez dozoru. Mají být svěřeni příbuzným, kteří

jsou povinni je hlídat a opatrovat, v případě nedbalosti zaplatí pokutu. Platón také zmiňuje jeden z rozšířených způsobů léčení v antice - individuální lékařskou péči. S ní ostře kontrastuje rituál vyobcování jedince ze společnosti, který znamenal jistou smrt. Duševní, ale i jiná postižení byla v antice prezentována demonologickou etiologií a byla spíše tvořivým aktem, jak říká Sokrates, na rozdíl od budoucí středověké koncepce, která se projevovala jasně negativně a destruktivně (Vencovský, 1996).

V Řecku jsou nejstaršími ústavními institucemi léčebné ústavy, označované **asklépia** podle stejnojmenného boha. Asklepios přešel natrvalo do tradice starořeckého lékařství. Lékaři-kněží šířili jeho kult. Asklépia vznikala v příznivých klimatických oblastech mimo řecké polis. Chránové léčení spočívalo v sugestivním působení na nemocné. Nemocný, který na chránovou léčbu nereagoval, byl vykázán z chrámu jako prokletý a nevhodný pro tento typ léčení. Instituce vyobcování se stala prevencí opakovaných neúspěchů. Úspěšní lékaři začali ve svých domech zakládat soukromé kliniky. Přenesli péči o nemocné do teritoria polis, které bylo do té doby chápáno jako centrum poznání. Tento kulturně civilizační útvar je společenství svobodných lidí, kteří v podstatě žijí tak, aby v tomto společenství byli jako svobodní uznání, tzn. společenství takových lidí, kteří si nekladou za cíl svého života pouze ten život sám, nýbrž něco jiného, něco dalšího, něco víc. V těchto tzv. **iatreích** lékaři na krátkou dobu hospitalizovali nemocné a pečovali o ně spolu se svými pomocníky. Později přešla tato zařízení pod správu městského státu. Starořecké lékařství vrcholí vystoupením Hippokrata, který svou koncepcí popřel mystické náboženské a nevědecké představy o člověku ve zdraví a nemoci a příčinou chorob nehledal v nadpřirozených silách, nýbrž ve vnitřních, humorálních podmínkách lidského života, ve vlivu vnějšího prostředí a zevních podmínek člověka. Toto funkcionální pojetí se svojí progresivitou nepřineslo významné změny ve vztahu k vývoji institucionalizované péče (Pešková, 1997).

Antické vězení, modifikace institucionalizované péče, vzniklo ve 4. století př.n.l. v Římě a bylo nazýváno **robur**. Později se z tohoto typu stavby vyvinuly vlastní budovy vězení. Středověk se zřejmě nechal inspirovat tímto typem staveb, když budoval tzv. věže bláznů, neboť původní robur měl tvar věže, zřídka i sklepní podobu. Římská architektura

chápe prostor jako primární předmět architektury, jako substanci, jež měla být tvarována a artikulována. Římské prostory na rozdíl od řeckých vykazují velkou rozmanitost forem. Politické pozadí římské republiky mělo příznivý vliv na realizaci staveb internačního charakteru. V římských vězeních se vykonával trest odnětí svobody, trest smrti a internace pro ty, kteří porušovali veřejný pořádek. Dominující byla ochrana společnosti; historie připouští i zneužívání internace mocenskou vrstvou. Matoušek (1995) v rozporu s konstatováním Pála (1985) uvádí, že vězení v období antiky mělo podobu vazby v průběhu vyšetřování trestného činu. Autor připomíná, že právo mělo diferenciální charakter, netrestalo každého stejnou měrou. Dále již v souladu s Pálem Matoušek vypočítává druhy trestů, a to trest smrti, tělesný a peněžitý trest. V trestní oblasti se uplatňoval také princip pomsty (Matoušek, 1995).

Zakládání zvláštních útulků pro handicapované jedince a děti bez rodin se objevuje až s příchodem křesťanství. Až do novověku je církev významnější institucí než stát, je to ona, kdo propůjčuje státu legitimitu. Nastupuje ideologie založená na ideálu křesťanské lásky k bližnímu, která přejímá úlohu novodobého státu, který nutnost vzájemné pomoci odvozuje z ideálu solidarity. Dlouhou dobu vedle sebe existovala hierarchie moci světské a moci církevní, světská moc nabyla vrchu až v několika posledních stoletích. Úpadek a zánik římské říše je fenomén, na kterém se podílela řada faktorů. Sama rozloha se stala osudovou, rozklad otrokářského zřízení, vyčerpání a degenerace etnika, řada nemocí, epidemií, ztráta životaschopnosti institucí, rozkládá se antické vědomí, antické ctnosti. Dochází k postupnému rozkladu morálky, rodiny. Na zánik Říma působí křesťanství, které později vítězí jako církev a teologie (Pešková, Ševčík, 1997).

Na rozdíl od antiky přináší křesťanství kvalitativní sociální změnu. (Palouš, 1991) konstatuje, že zásadní obrat představuje odvrácení od běžné situace k nad situačnímu. Křesťanství tak probouzí antické individuum k vyššímu stupni subjektivity, ale vede ho současně tak, že zabraňuje propadání do excesů a deviací, které lidé pozdní antiky a sklonku Říma znali neméně dobře, než lidé doby pozdně moderní. Kvalitativní sociální změna v internační problematice středověku vede k zakládání specializovaných

xenodochiálních místností. Původní **xenodochium** z prvního století křesťanství byl útulek, forma pomoci, pohostinství, které klášter nebo chrám poskytoval pocestným, poutníkům, žebrákům, starcům, sirotkům, vdovám a lidem pronásledovaným, ale také nemocným, choromyslným a bláznům. Xenodochia se v raném feudálním řádu vyvinula z prvotních diakonií, útulků první doby křesťanství, která byla pokračováním takových zařízení starořeckých a židovských, zvaných **agapy**. Vznikala potřeba profesionálních ošetřovatelů. Tuto funkci vykonávali vlastní duchovní, řádoví bratři, mniši a jeptišky (Foucault, 1994).

Od prvních století křesťanství se také rozšiřují **středověké věznice**, které byly církevní (klášterní a věznice inkvizice), hradní, vojenské. Pozdní středověk praktikoval pracovní internaci zvanou galeje. Podstatou internace byl strach. Všudypřítomné *Memento mori* ovlivňovalo všechny vrstvy společnosti. Ovládaní byli stále více ovládáni, ovládající ovládali. Konec člověka byl spojován s morem a s válkou. Ve středověké Evropě se o sociálně nepřizpůsobivé jedince starala, pokud nedocházelo k ohrožení na životech bližních, rodina a širší komunita postiženého. Lidé bez příbuzenských vztahů se ocitli v pozici vyhnanců. **Ze společenské potřeby internovat sociálně nevhodná individua vznikly instituce veřejných a všeobecných špitálů** (Vrbňáková, 2007).

Renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Mohutný rozvoj měst v 15. století, jak konstatuje Vencovský (1996), přispěl k tomu, že se v otázce péče o duševně choré projevil **nový, sociální aspekt**. V té době se setkáváme poprvé s pravidly a předpisy pro zacházení s duševně chorými, které nebyly motivovány zájmem o zdravotní stav postižených, nýbrž tím, aby nebyli společností na obtíž. I tak byl tento sociální aspekt pokrokem a výrazem humanistického způsobu myšlení. Velké špitály, internační budovy, církevní i veřejné podpůrné a trestní instituce, charity a vládní dobročinná zařízení jsou dílem **osvícenství**: mají stejně univerzální povahu jako ono a rodí se takřka současně s nimi (Vrbňáková, 2007).

17. století je stoletím vzniku velkých internačních budov. Choromyslní byli uvězněni v kobkách věznic spolu s trestanci nebo ve velkých sálech nemocnic spolu

s nemocnými. Všeobecný špitál založený v polovině 17. století nebyl typickou lékařskou institucí, měl polosoudní strukturu. Byl označován za třetí kategorii represe za policí a soudnictvím. Byla to instituce pořádková, monarchistická, měšťanská. Postupně se síť špitálů rozšiřuje. Byla to záležitost měšťanstva a královské moci, církve stála stranou. Samotná internace je záležitostí policie. Policie vede a nutí lidi k práci. Než internace nabyla léčebného smyslu, sledovala zcela něco jiného - práci jako projev odsouzení zahálky. Tyto instituce si od počátku kladly za úkol bránit žebrotě a zahálce. Bylo to vlastně poslední z velkých opatření, jimiž už renesance chtěla skoncovat s povalečstvím a žebrotou. Vyobcování bylo nahrazeno internací. Internace je reakce na ekonomickou krizi. Internační instituce se vždy přeplní v době krizí. Ale v dobách nekrizových dostává internace smysl jiný. Její represivní funkce se uplatňuje ještě dalším způsobem. Už nejde o to zavírat nepracující, ale donutit zavřené k práci, aby sloužili všeobecnému prospěchu. Systém střídání je jasný: v dobách plné zaměstnanosti a vysokých mezd laciná pracovní síla, a v období nezaměstnanosti vstřebání zahalečů a ochrana společnosti před neklidem a bouřemi (Foucault, 1994).

Osvícenství užívá internace dvojakým způsobem a přiděluje jí dvojí roli: vstřebávat nezaměstnanost, nebo alespoň zastírat její nejviditelnější důsledky a regulovat počty, když hrozí příliš vystoupit. Internační domy vstřebávaly nezaměstnané hlavně proto, aby maskovaly jejich bídu a bránily sociálně a politicky nepokojům. Správcové špitálů používají ryze středověkých trestů, pranýřů a kůlů dle svého uvážení, proti němuž není odvolání. Absolutní svrchovanost, soud bez odvolání, výkonné právo, nad nímž neexistuje nic vyššího, to jsou mocenské atributy správců. Správcové jsou pověřeni mravním úkolem a dostávají k tomu i veškeré hmotné represivní prostředky. Každý prohřešek se řeší alternativně, odebráním stravy, přidáním práce a vězením. Správcové mají veškerou moc rozhodovací, řídicí, správní, policejní, soudní, nápravnou i trestní. Ke splnění toho úkolu mohou použít kůly, pranýře, vězení a podzemní žaláře (Foucault, 1994).

Internace je instituční vynález 17. století. Šíře, jaké okamžitě nabyla, se vůbec nedá srovnávat s vězením, jak je praktikoval středověk. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu. V dějinách ne-rozumu je to však událost zcela rozhodujícího

významu: moment, kdy je na šílenství poprvé nahlédnuto sociálně, z perspektivy chudoby, neschopnosti pracovat, nemožnosti zapojit se do společenství, kdy se propojuje s problémy obce. Blázni, jak je Foucault (1994) označuje, mají ve světě internace přece jen určité zvláštní postavení. V internačních domech se s nimi zachází jako s vězni. Společnost na ně nahlíží obecně jako na pomatené, choromyslné, blázny, dementní. Inkviziční metody přežívají v sublimované formě, mírnější, jakoby vědecky, společensky zdůvodněné, nadále. Nahánění strachu z týrání a bití, vyloučení z kolektivu občanů a společenská izolace v lidsky nedůstojných podzemních kobkách, určených pro "hospitalizaci", spolu s jejich ukazováním a předváděním - to vše nadále trvá, třebaže v poněkud lidštvější formě. Koncem 17. a počátkem 18. století začínají být duševně nemocní vylučováni ze společnosti, jsou pro ně zřizovány velké ústavy, ve kterých jsou spolu s nimi drženi i mentálně retardovaní, kriminální osoby, chudí, vojáci. Všechny tyto osoby jsou internovány společností nového typu, kterou začínají ohrožovat tím, že nedbají základního příkazu pracovat (Foucault, 1994).

V **novověku** vlivem nástupu francouzské materialistické filozofie dochází ke kvalitativním změnám ve všech tehdejších sociálních subsystémech společnosti, které se postupně přenesly do celé Evropy. Radikální změna v nazírání na zdravotnickou péči je nerozlučně spjata se jménem Philipa Pinela. Jeho vystoupení namířené proti zdravotnickému pseudohumanismu v lékařství a snažící se o reformu zdravotnické péče v rámci veřejné péče o zdraví občanů, není jen mezníkem, ale významnou skutečností ve vývoji ústavnictví. Pinel otevřel cestu k morální léčbě, také on podlehl masivní revolučně-osvícenské ideologii, že svoboda musí být administrativně organizována, řízena úřadem a že má mobilizovat mravní impulzy nově vznikající buržoazie. Byla to idealistická představa, že vrcholu lidskosti dosáhneme, když nařídíme úředním výnosem žít ve svobodě, když je svoboda zakotvena v zákoně. Dobré a sociálně prospěšné hodnoty musí v terapii zvítězit nad destruktivním pudem. V nově vznikajících psychiatrických léčebnách byl nemocný člověk - nikoliv již šílenec - nucen do přísně morální akce. Jestliže přijal tlumočené hodnoty řádu, kázně, rozumu, mohl být pokládán za vyléčeného, za morálního. Ne-rozum se zařadil do patologie, lze ho léčit návratem k bezprostřednosti, jen pokud je ta bezprostřednost předem připravená (Vrbňáková, 2007).

Na počátku 19. století se ostře kritizuje polyfunkčnost internačních zařízení. Do té doby byli pomatení zavíráni do věznic spolu s trestanci. Dochází však k zásadnímu oddělování nevinnosti ne-rozumu a provinění zločinnosti. Snahy oddělit blázny od trestanců se objevovaly od roku 1720 do Velké revoluce. Nebyly však příliš významné, ale hlavně byly pomalé. **19. století je stoletím specializace ústavních zařízení.** Začíná se používat i nových označení pro tyto nově profilované internační domy: nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec ... Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce (Foucault, 1994).

Největší roli ve vývoji moderního vězeňství sehrál ve druhé polovině 18. století šerif na anglickém šlechtickém soudu John Howard (1726-1790). Sám byl vězněn na francouzských galejích, po osvobození vytrvale pracoval na myšlence změny dosavadních podmínek vězněných. Howardovy myšlenky jsou právem považovány za první moderní kriminálně pedagogický program. Uvádí v něm požadavky diferenciaci vězňů podle pohlaví, věku a provinění. Do návrhů na humanizaci života vězňů zahrnuje zdravotnická opatření, výběr personálu, kontroly ze strany úřadů, zavedení vyučování vězňů a řadu jiných humánních opatření Howard ve svém díle „State of Prison in England and Wales“ (1977) podává protest proti strašlivému stavu vězení a zároveň vyvolává široký zájem o nové koncepce vězení a způsoby výkonu trestu. Po jeho smrti se jeho vystoupení stalo středem pozornosti v celé západní Evropě i USA. Po několika pokusech realizovat Howardovy myšlenky vzniká v roce 1810 v Millbanku první státní centrálně řízené a Howardovu koncepci plně respektující vězení Millbank-Penitentiary. Jednalo se o rozlehlou budovu tvořící osmiúhelník sbíhající se do centra, čímž se maximálně splnily požadavky na bezpečnost ostrahy. Strážníci tak měli v centru věznice přehled o dění na celách v jednotlivých křídlech. Kapacita byla 1000 osob (600 mužů a 400 žen) (Pál, 1985).

Experimenty s oddělováním vězňů byly vystřídány tzv. **tichým systémem:** vězni sice pracovali společně, ale vynucovalo se ticho při práci. Stejně jako u systému oddělovacího se spoléhalo na to, že absence komunikace mezi vězni umožní autoritářské postavení dozorců nebo kněží a zamezí se kriminální nákaze. Kolem roku 1840 byl v Austrálii

zaveden známkový systém, který určoval délku pobytu vězně podle jeho chování. Řada současných převýchovných a léčebných institucí tento systém využívá. Přítomnost choromyslných mezi vězni není žádná skandální krajnost. Sami vězni začali upozorňovat na skutečnost, že mezi nimi jsou lidé jiné povahy. Od nich vycházejí první a také nejostřejší protesty. V takovém duchu se nesla politická kritika internace. Nejistotu zaznamenává i zákonodárná moc, která neví, jaký sociální prostor má šílenství vyhradit, zda vězení, špitál, či péči v rodině (Černíková, 1996).

Počátky vězeňství na našem území spadají do prvního tisíciletí n. l. Přibližně do období vyvraždění Slavníkovců a vzniku samostatného státu. Podle staroslověnských legend byl ale už kníže sv. Václav proti násilí. Bořil prý šibenice, mučidla i žaláře a vzdal se hrdelních trestů. Středověk byl ale, jak je všeobecně známo, v této oblasti tvrdý. Teprve v době vlády Marie Terezie bylo konečně upuštěno od práva útrpného a proces vyšetřování a vězeňství dostaly v celé monarchii společný řád. Těžké doby však vězně ještě čekaly. A nejen ve století osmnáctém a devatenáctém, ale i v roce 1940, 1950, či 1980. Nástupem novověku dochází k nové etapě vývoje vězeňství a s tím spojené péči o osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Nyní budu podrobněji popisovat právě tento časový úsek, který položil základy dnešnímu systému vězeňství a je uznáván i v ostatním světě jako systémově promyšlený s důrazem na kvalitní život osob ve věznicích (www.wikipedia.org).

Hodnotíme-li předchozí kapitulu této práce, která se týkala především historie a vývoje vězeňství ve světě společně s vývojem péče o odsouzené, musíme konstatovat, že to byla doba z pohledu vězňů velmi tvrdá a nekompromisní. Jen těžko se dá mluvit o nějaké péči a už vůbec ne o zdravotní péči, která je pro každého člověka, který má nějaké potíže, zásadní. Je zjištěno, že osoby v tehdejším výkonu trestu zde často umíraly, protože se o ně prakticky nikdo nestaral. Velmi často vězni (trestanci) nedostávali ani jídlo a pití, což jsou ty nejzákladnější životní potřeby. V podmínkách, v kterých byli uvězněni, nebylo možné vydržet po dobu i několikaletého trestu. Vzhledem k těmto skutečnostem neměli vězni ani možnost pohybu, velmi často byli přikováni ke zdi vězeňské cely. O možnosti spatřit denní světlo nebo slunce nemohla být ani řeč. Takové to byly těžké podmínky. Mnohdy byli lidé

uvěznění společně s blázný. To je také důkaz, jak byli tito lidé posuzováni společností, která je odsoudila za jejich prohřešky. Je pochopitelné, že člověk, který se proviní proti daným pravidlům své společnosti, musí za tyto nést odpovědnost, ale to nedává společnosti právo zadupat do země základní lidská práva. V této době se sice začala práva osob teprve vyvíjet, tak aby po čase dostala dnešní podobu, ale byla zde náboženská víra a její pravidla, která hlásala lásku k bližnímu, tak ta byla velmi často porušována. V tomto odstavci své práce jsem jen dokreslil těžkou dobu počátku věznění a pobytu lidí v dřívějších žalářích a věznicích. Snad právě tato doba přiměla postupně společnost k tomu, že je třeba i u lidí, kteří se zrovna nezachovali správně, aby s nimi bylo zacházeno důstojně. Také je důležité, když společnost musí tyto jedince izolovat, aby jejich pobyt v nápravných zařízeních byl účelně využit. Pod tímto využitím si představuji nejen možnost si svůj pobyt odpracovat, ale i jej lidsky prožít a následně se bezproblémově vrátit a zařadit do společnosti. To dřívější doba neumožňovala. Jako jde vpřed vývoj světa a společností v něm, musí jít s touto dobou i odvětví, která jsou její součástí. Mezi ně patří i vězeňství, které je bohužel jednou ze společenských institucí. Určitě mi dá každý za pravdu, že by byl svět jednodušší, kdybychom tato zařízení nepotřebovali, ale jak dokládá historie, jsou tresty a následně věznění staré jako lidstvo samo. Tudíž se tímto problémem musí společnost zabývat a následně vytvářet podmínky pro výkon trestu pro lidi, kteří se těžce zařazují nebo nechtějí zařadit do společnosti. Právě tímto vývojem a proměnami dnešní doby se budu věnovat v další části diplomové práce (www.wikipedia.org).

Jak již bylo předestřeno, v této části bude popisován vývoj vězeňství a péče o odsouzené v době novověku, a to převážně u nás. Proč jen u nás? Protože tato práce si klade za cíl popsat především naše vězeňství a poukázat na některé problémy, ale i na druhé klady, které ovlivňují kvalitu života osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Závěry této práce by mohly poskytnout určitá vodítka nebo návody a možnosti řešení některých problémů, které se týkají vězeňství u nás. V historické části se objevuje vznik nového způsobu věznění, než je ten, který byl popisován v předchozí kapitole. Jsou zde uvedeny momenty vývoje vězeňství, které jednoznačně sloužily politickému systému státu, kde lze hovořit o tom, že se věznění osob dostalo do úplně jiné roviny, než by mělo být.

Na našem území podléhala větší část věznic (stejně tak, jako soudy samy) vrchnostem a to až do roku 1865, kdy bylo vězeňství podřízeno výhradně ministerstvu spravedlnosti. Rakouský trestní zákon té doby rozeznával trest žaláře za zločiny a trest vězení za přečiny a přestupky. Ve věznicích okresních soudů se vykonávaly tresty za přečiny a přestupky. Trest žaláře do jednoho roku se vykonával ve věznicích takzvaných sborových soudů první instance, tedy jinak u soudu krajských, respektive zemských, a přesahoval-li trest jeden rok, pak se vykonával v samostatných trestnicích. Existovalo tehdy 22 mužských trestnic a 6 trestnic ženských v celém Rakousku. V Čechách byly tři mužské věznice, a to v Praze, Plzni a Kartouzích. Ženská trestnice byl pouze v Řepích u Prahy. Zvláštností ženských věznic této doby bylo mimo jiné i to, že byly skoro výhradně spravovány ženskými řeholními řády. Pokud jde o trestnice mužské, tak dozor v nich vykonával příslušný počet vrchních dozorců, výpomocných dozorců. Kromě nich zde často byla přítomna i vojenská stráž (Netík, 1997).

Vězni byli ve výkonu trestu rozděleni do tří tříd, označovaných jako disciplinární. Běžní odsouzení mohli být v 1. a 2. třídě nejdéle tři roky. Pokud se vzorně chovali, pak jim tato doba mohla být zkrácena. Naopak trestanci zpětní, neboli podle dnešní terminologie recidivisté, mohli být potrestáni zařazením do 1. třídy na celou polovinu trestu. Rozdělení do tříd, které bylo patrné i podle barvy nákrčníků, mělo význam hlavně v tom, že vězni vyšších tříd požívali větších výhod (častější korespondence, návštěvy aj.) než trestanci nižších tříd. V případech, kdy se odsouzení nechovali tak, jak měli, existovaly zde široké možnosti tehdejšího disciplinárního práva, které obsahovalo přes důtky, odnětí výhod, půst o chlebu a vodě, tvrdé lože, samovazbu až po temnou komoru nebo přeřazení do nižší třídy. Čas trávili vězni vzděláváním nebo prací. Vzdělání bylo pouze základní, ale povinné pro ty, kterým chybělo a nepřesáhli věku 35 let u mužů a 30 let u žen. Trestanci museli pracovat. Výtěžek jejich práce, kromě přesně stanovené částky, která se řídila disciplinární třídou a zručností vězně, připadl státu. S částky, která nepřipadla státu, se odsouzenému polovina dala k dispozici rovnou a druhá polovina se mu vydala až po vykonání celého trestu. Problémoví a nebezpeční vězni byli na noc oddělováni do ložnic velmi podobných klecím. Na zdravotnická a hygienická opatření se v už v tehdejší době velmi dbalo, a to jak vzhledem k odsouzeným, tak vzhledem k samotnému zařízení věznice (www.juristic.cz)

Zvláštním prvkem tehdejšího vězeňství bylo i to, že politickým vězňům se přiznávaly některé další výhody, zejména mohli nosit vlastní oděv a nebyli nuceni pracovat. V českých zemích byla jedinou věznicí pro politické vězně trestnice v Plzni. Roku 1889 bylo v trestnici pražské a mariborské zřízeno i oddělení pro mladistvé, kteří dostali minimálně jeden rok odnětí svobody a trest jim končil před dovršením 21. roku jejich života.

S rozpadem monarchie v roce 1918 přešel vězeňský systém ve značně zbledovaném stavu na nově vzniklou Československou republiku. V průběhu první světové války se trestnice ani jejich zařízení neopravovaly a takřka neudržovaly, takže budovy mnohdy nevyhovovaly ani nejnütnějšímu bezpečnostnímu nařízením. Důsledkem války narostla zločinnost a poklesla vězeňská kázeň, tedy bylo jasné, že tento stav je neudržitelný. Navíc celkové situaci neprospělo ani to, že bylo nutno odeslat cizí trestance i vězeňské zaměstnance do jejich příslušných států. V roce 1921 se začala postupně měnit úprava všech tehdejších předpisů, navíc byl připraven vzdělávací kurs pro dozorce, kteří do té doby byli přijímáni bez jakéhokoliv odborného vzdělání. Koncem téhož roku byly věznice opět svěřeny bezprostředně ministerstvu spravedlnosti a odňaty z kompetencí vrchních státních zastupitelství. Československá republika měla v době svého vzniku sedm trestnic určených k trestům v trvání od jednoho roku až po doživotí, dále Komenského ústav v Košicích, jenž byl určen pro chlapce odsouzené k polepšovaci výchově nebo umístěné sem pro mravní zpustlost na žádost příslušných úřadů nebo rodičů. Pro tresty od jednoho měsíce do jednoho roku zde bylo 36 věznic sborových soudů a konečně pro krátkodobé tresty existovalo 388 přestupkových věznic okresních soudů (www.juristic.cz).

Všechny tyto objekty byly zchátralé a prostorově naprosto nevyhovovaly tehdejšímu potřebám. Navíc v roce 1922 vyvrcholil poválečný růst zločinnosti, což způsobilo naprostou přeplněnost vězeňských ústavů. Smutnou skutečností zůstávalo i v pozdějších letech to, že pouze trestnice v Praze na Pankráci a v Plzni na Borech byly postaveny za účelem věznění osob. Ostatní ústavy byly umístěny v budovách, které byly k tomuto účelu pouze adaptovány. Tak např. trestnice kartouzská (nyní Valdice) byla zřízena roku 1857 z bývalého kláštera. Mírov, který také funguje dodnes, byl starým pevnostním hradem a na

věznici byl přeměněn až roku 1858. Největším problémem všech tehdejších ústavů bylo, že trestanci zde trávili čas ve velkých skupinách, čímž se vytvářela příležitost spíše k osvojení si „nových kousků“ než k žádoucí změně chování. Tento problém bohužel přetrvává i v našich současných zařízeních. Jako další a u nás nejstarší věznicí je brněnský hrad Špilberk, který byl ve své době považován za nejhorší a nejtvrdší vězení. Přestože byl zrušen ještě v době, kdy začíná nový rozvoj vězeňství, stojí za zmínku, v jakých podmínkách dříve trestanci žili. V rámci reformy rakouského vězeňství rozhodl v roce 1783 císař Josef II. zřídit na špilberské pevnosti vězení pro nejtěžší a nejnebezpečnější zločince. Kromě starší vězeňské budovy, nacházející se v zadním příkopu, přikázal přebudovat k vězeňským účelům horní patro severních kasemat. Po dokončení této adaptace sem byli první vězňové umístěni v červnu 1784. Pro zločince odsouzené na doživotí bylo postupně zhotoveno 29 jednotlivých kobek, sbitých ze silných prken a trámů, k nimž byli vězňové trvale přikováni. Tyto kobky se nacházely v "nejhlubších a nejhorších kasematech". Horní patra kasemat sloužila jako vězení až do počátku 30. let 19. století. V hromadných celách byli v kasematech vězněni pouze „obyčejní“ kriminální zločinci, především vrazi, lupiči a žháři, odsouzení jednak na doživotí, jednak k déletrvajícím těžším druhům vězení. Svým určením i charakterem představovaly špilberské kasematy nejtvrdší žalář v celé rakouské monarchii. Do těchto prostor nepřicházely osoby vyššího stavu a tzv. státní vězňové. Pro ně byly určeny místnosti v horním patře staré vězeňské budovy v zadním příkopu, později pak část kasárenských objektů, zejména jejich severní křídlo. Původně přízemní budova byla v roce 1800 upravena na vězeňské cely a zvýšena o jedno patro. V něm se pak nacházel „arest“ pro státní vězně, v němž nedobrovolně pobývali též italští karbonáři a další bojovníci proti habsburskému absolutismu. Soužití špilberské vojenské pevnosti s rozrůstající se věznicí, která byla od reformy Josefa II. v r. 1783 pod civilní správou, přinášelo řadu problémů a vzájemných neshod. Po zničení důležitých částí pevnostního systému Špilberku odcházejícím francouzským vojskem císaře Napoleona v roce 1809 ztratila pevnost svůj vojenský význam a v roce 1820 byla zrušena. Celý Špilberk se stal civilní věznicí, kterou zrušil až císař František Josef I. v roce 1855 a v roce 1858 se její prostory přeměnily na vojenské kasárny, kterými pak zůstaly dalších sto let. Špilberské kasematy pak byly v roce 1880 zpřístupněny veřejnosti (www.spilberk.cz).

Od té doby se už více než 120 let těší velkému zájmu návštěvníků. Ještě dvakrát však vstoupil Špilberk znovu do obecného povědomí jako místo utrpení a nesvobody. Poprvé v letech první světové války, kdy zde kromě provinilých vojáků byli vězněni i civilní odpůrci rakouského režimu, podruhé a mnohem výrazněji, v prvním roce nacistické okupace Československa. Tehdy ve špilberských zdech trpělo několik tisíc českých vlastenců, z nichž někteří zde našli smrt. Pro většinu však Špilberk znamenal jen přestupní stanici do dalších německých věznic či koncentračních táborů. Německá armáda provedla v letech 1939-1941 na Špilberku rozsáhlé úpravy, aby zde vytvořila vzorová kasárna v romanticko historizujícím duchu tehdejší velkoněmecké ideologie. Roku 1959 opouští Špilberk československá armáda, a definitivně tak končí jeho vojenská éra. Následujícího roku se Špilberk stává sídlem Muzea města Brna, které zde veřejnosti zpřístupňuje historické a kulturní dědictví svého města uchovávané v muzejních sbírkách. Nejvýznamnější brněnská historická památka se tak stává živým a turisticky atraktivním kulturním centrem Brna i celé Moravy (www.spilberk.cz).

Pokud jde o život v československých věznicích, tak odsouzení musí pracovat, vyjma vězňů politických, a mzda je řešena obdobně jako za Rakouska-Uherska. Ovšem nastaly i změny oproti dřívějšímu systému. Změnil se např. postup při rozdělování trestanců do věznic. Upustilo se od třídění podle územních obvodů a zavádí se distribuce vězňů podle jejich povahy. Tím také dochází k první diferenciaci vězeňských zařízení. K dalšímu vývoji došlo i v péči o odsouzené. V této době se začalo upouštět od tradičního drilu a od povinného základního vzdělávání, a přistupuje se ke komplexnějšímu a pragmatičtějšímu výchovnému působení. Období druhé světové války bylo velmi těžké a tragické a rozhodně v této době nelze mluvit o nějakém přínosu ať už pro systém vězeňský nebo jakýkoliv jiný (www.spilberk.cz).

Dobu následující po roce 1948 lze charakterizovat zejména tím, že vězeňská zařízení a pracovní tábory, sloužily především jako nástroj politické moci a podobně jako období předcházející si nezaslouží seriózní penologické pozornosti. Snad je třeba říci, že v této době díky sovětskému vzoru plnil trest zejména funkci eliminační, odstrašující a odplatnou, a tedy nebyl kladen důraz na funkci rehabilitační, která je typická pro dnešní vězeňské systémy, ačkoliv ani dnes neplní trest pouze tuto funkci, ale prolínají se v něm i funkce

ostatní, ale naštěstí již ne v takovém rozsahu. Postupem času dochází ke stagnaci celého našeho právního řádu, která vrcholí v období normalizace. Tato stagnace měla za následek kromě jiného též úpadek vězeňské kultury, profesionální deformaci personálu a přetrvávání militantní povahy našeho vězeňství.

Vývoj ve vězeňství v závislosti na politice

Krátce po osvobození začal být vývoj vězeňství silně závislý na politice. K uplatnění nové koncepce bylo nezbytné přehodnotit vývoj českého vězeňství v letech 1945 - 1989 zejména se zřetelem na deformační vlivy po roce 1948, ale i na dílčí úspěchy, kterých bylo dosaženo při využívání penologie a penitenciární nauky v letech 1968 - 1980. Zdrojem inspirace a poučení byly nejen poznatky a zkušenosti západoevropského vězeňství, ale i pozitivní výsledky ve vězeňství v období první republiky z let 1918 - 1938 a nejstarší penitenciární tradice, které se utvářely již v období rakousko-uherské monarchie zosobněné v díle vězeňského kaplana a pedagoga Františka Josefa Řezáče. Již v říjnu roku 1942 byl vydán zákon č. 231/1942 Sb. na ochranu lidově demokratické republiky namířený vůči politické opozici, která povstala proti rodící se totalitě. Politické události po roce 1948 (zrušení parlamentní demokracie) znemožnily návrat k předválečné penitenciární tradici. Navazoval zákon č. 247/1948 Sb. o zřízení táborů nucené práce, legalizující hromadnou internaci tzv. „třídních nepřátel“ v improvizovaných vězeňských zařízeních, kam byli lidé umísťováni na základě rozhodnutí občanských komisí (www.vscr.cz).

V roce 1953 přešlo vězeňství z působnosti Ministerstva spravedlnosti pod Ministerstvo národní bezpečnosti a probíhaly personální a legislativní změny pod vedením sovětských poradců. Cílem výkonu trestu odnětí svobody se stala represe s důrazem na ekonomické využívání pracovní síly odsouzených v rámci potřeb národního hospodářství (práce v oblasti těžebního, hutnického průmyslu). Zákon č. 59/1965 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody zrušil třídně-politickou diferenciaci odsouzených a zavedl diferenciaci podle jejich kriminální narušenosti, o které rozhodoval soud. Ten pak odsouzené zařazoval k výkonu trestu do I., II. nebo III. nápravně výchovné skupiny, kterou byla dána přísnost vězeňského režimu a způsob střežení. Uvedený zákon umožnil, aby s odsouzenými v nápravně-výchovných ústavech všech skupin pracovali vychovatelé, sociální pracovníci, pedagogové

a psychologové. Tímto se částečně naplnily požadavky standardního minima pravidel pro zacházení s vězni. Tyto požadavky vydala v roce 1958 Hospodářská a sociální rada OSN (www.vscr.cz).

Po demokratickém procesu v roce 1968 se vězeňství dostalo zpět do působnosti Ministerstva spravedlnosti a to se stalo základem pro odstraňování deformací vězeňského systému, kterou způsobilo jeho začlenění v bezpečnostním aparátu Ministerstva vnitra. Velkým přínosem při zacházení s vězni se stali noví středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní pracovníci, jejichž odborné působení se bohužel střetávalo s nepochopením ze strany služebních funkcionářů SNV (Sboru nápravné výchovy). Proces demokratizace a profesionalizace znesnadňoval vězeňský personál s dlouholetou praxí v bezpečnostních orgánech nebo v armádě, rovněž politický dohled, který vykonávala oddělení státní administrativy Ústředního výboru KSČ. To vedlo k útlumu iniciativy ze strany odborných pracovníků zejména při získávání a využívání zkušeností ze západní Evropy.

Období existence Výzkumného ústavu penologického 1967-1980 (řídil doc. PhDr. Jiří Čepelák, CSc.) lze nazvat zlatým obdobím poválečného českého vězeňství. Byly získány informace o dění v zahraničním vězeňství na západě i východě, dále byly rozvíjeny diagnostické a terapeutické, zejména skupinové metody. Ověřovaly se různé formy resocializace odsouzených a byl zabezpečován odborný růst pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků a vychovatelů z nápravně-výchovných ústavů. Zrušením na základě rozhodnutí Ministerstva spravedlnosti v roce 1980 došlo k zániku odborné základny českého vězeňství, která do té doby úspěšně plnila své poslání navzdory nepříznivým společenským podmínkám vyplývajících z procesu tzv. politické normalizace (Bulletin, Studijní a výzkumné skupiny Ředitelství SNV ČR č.1/1992).

Následky společenské stagnace předchozích let jsou v oblasti vězeňství závažné. Nepostihují totiž jenom „filosofii“ výkonu trestu odnětí svobody, kterou by bylo vcelku rychle i proti možnému a pravděpodobnému odporu společnosti změnit, nýbrž samotné základy vězeňského systému. Výkon trestu se odehrává v extrémních deviantních

podmínkách, které často působí přímo proti úsilí o opětovnou reintegraci provinilce do společnosti. Nahromadění více či méně narušených osob v omezeném prostoru a jejich početní převaha nad výchovným personálem naznačuje, jakým směrem se působení na odsouzené ubíralo. Jedinec v podstatě odmítnutý společností a uvržený do prostředí, které může jen s obtížemi akceptovat, nachází často bezvýhradné přijetí pouze ve vězeňské subkultuře. Jejich ideologizace subkulturní soustavou a racionalizací je téměř zákonitá. Rutinní výkon trestu s důrazem na nadměrnou organizovanost života znemožňuje rozvoj zralých forem chování charakteristických odpovědným rozhodováním a akceptací jeho následků. Občanský život na svobodě se po opakovaných nebo dlouhodobých pobytech ve výkonu trestu odnětí svobody stává téměř nemožným. Ve výkonu trestu odnětí svobody je odsouzený izolován od normálního společenského prostředí. Tato izolace je určitým završením procesu „vytěšňování“, ke kterému dochází při porušování základních norem soužití, včetně norem právních. V každé situaci, kdy jedinec porušuje platné zásady vztahů mezi lidmi, je odsouván na okraj společnosti, ztrácí s lidmi bezprostřední kontakt a vzniká kolem něho určité společenské vakuum. Dochází k omezení relací vztahu mezi jednotlivcem a jeho prostředím. V podobné situaci je i odsouzený. Výhradně represivní a často nedůsledný přístup nejprve úzkého sociálního okolí (rodiny, školy) a posléze celé společnosti k jedinci, který se prezentuje sociálně deviantním chováním, způsobuje jeho postupné „otužování“ a koneckonců rezistenci vůči trestu.

Vězeňství před rokem 1990 bylo izolovaným a uzavřeným systémem. Činnost vězeňských pracovníků byla direktivně určována řadou ministerských rozkazů, interních směrnic, předpisů a metodických pokynů. V komplexu obecných a speciálních metod zacházení s odsouzenými převládala schematičnost. Prioritní význam byl přikládán stereotypnímu dodržování kázně a pořádku a výsledkům pracovní činnosti. Výchovný význam těchto dvou složek v resocializačním působení na odsouzené byl nekriticky přeceňován. Odsouzení byli nuceni do aktivit, které často vykonávali pod tlakem a z obavy před dalším potrestáním. Následkem mohla být jen další pasivita a ztráta případné aktivní spoluúčasti. Byli dále nuceni vykonávat činnosti neodpovídající jejich mentální úrovni, což nakonec vedlo ke snížení schopnosti integrovat se do společnosti po ukončení trestu. Další oblastí, která měla „převýchovně“ působit na odsouzené, byla oblast kulturně-výchovná. Ta

však byla byrokraticky hodnocena pouze množstvím odvysílaných televizních výchovných programů, tendenčních filmů, knih a přednášek. Jen ojediněle se podařilo sociálním pracovníkům uvést do života komunitní systém, který mohl být přínosem pro převýchovu odsouzených. K tomu bylo ale třeba i pochopení ze strany řídicích a kontrolních pracovníků SNV (Mastej, 1988).

Až koncem 60. let byla do vězeňství pevněji zakomponována činnost sociálních pracovníků. Jejich práce s odsouzenými, která se ukazovala jako velmi potřebná a smysluplná, byla stejně jako práce psychologů a pedagogů limitována rozkazy náčelníka správy SNV. Jako příklad uvádím tuto citaci: „Sociální pracovník se při provádění své činnosti řídí zejména příslušnými předpisy a metodickými pokyny náčelníka SNV“. Tím byli i sociální pracovníci donuceni k administrativnímu vykazování své práce a jejich aktivity vůči odsouzeným nemohly být uplatňovány podle jejich představ. Osobní plány práce, karty o sociální situaci odsouzeného, opisy sociálních anamnéz, knihy návštěv, to vše bylo z pohledu nadřízených důležitější než vlastní práce s odsouzenými. Z aktivního sociálního pracovníka se stává byrokratický úředník vyplňující dotazníky, které nepřinášejí nic pozitivního ani pro odsouzeného, samotného pracovníka, ani pro společnost. Jeho práce se tak stává víceméně alibistická a svázaná neodbornými předpisy. Limitováni jsou i v povinnostech poskytovat odborné poradenství ve věcech sociálně právních, sociálně zdravotních a pracovních. Mají omezenou možnost ve zprostředkování styku se sociálními kurátory nebo se zástupci jiných příslušných orgánů a institucí. Některá nařízení SNV de facto nutila sociální pracovníky „donášet“ získané informace od vězňů nadřízeným. Je však třeba objektivně uznat, že velká část „sociálních pracovníků“ byla vstřícná ke komunistickému režimu a že jejich činnost byla velmi často plně poplatná době (Mastej, 1988).

V celém zmíněném období vážla spolupráce mezi sociálními pracovníky v nápravných zařízeních a sociálními kurátory. Vždy navíc v první řadě záleželo na vstřícnosti a riskantní důvěřivosti vězně, který se angažoval či neangažoval v celém procesu. Je třeba si uvědomit, že postavení sociálního pracovníka v uvedeném období je rozporuplné. Bylo pod tlakem komunistického režimu, který jednoznačně potlačoval „nekomunistické“ aktivity, bylo

svázáno restriktivními zákony, rozkazy, neodbornými metodickými pokyny. Navíc vlastní sociální pracovníci byli vychovááni ideologií marxismu-leninismu, stali se tak vykonavateli komunistických idejí a dávali přednost loajalitě režimu před vlastním přesvědčením a i vzděláním. Měli své existenční obavy a jen někteří se dokázali vzepřít a odejít ze svého působiště (Mastej, 1988).

S blížícím se mezníkem v oblasti vězeňství u nás, což byl rok 1989, se postupně měnil přístup k této problematice. Vzhledem k tomu, že jsme se stali součástí různých organizací, kde jsme byli vázáni dodržováním smluv, byl na nás a potažmo na vězeňství vytvářen tlak k jejich dodržování. Komunistický režim, jak již bylo napsáno, se snažil tyto dohody spíše neplnit, anebo je systematicky obcházet. Díky této strategii jsme byli velmi často kritizováni a vyzýváni k nápravě. Jednou takovou zprávou, která nás vyzývala, abychom dbali na dodržování pravidel zacházení s vězni, bylo „Doporučení Rady Evropy č. R (87) 3 o Evropských vězeňských pravidlech“, která byla přijata výborem ministrů 12. února 1987 na 404. zasedání delegátů ministrů. Tato zpráva se zabývá celým odvětvím vězeňství a jeho základními charakteristikami a podmínkami výkonu trestu odnětí svobody a trestní politiky, které jsou v zájmu států Rady Evropy. V Preambuli se mimo jiné uvádí, že je důležité stanovit rozsah minimálních zásad pro všechny oblasti vězeňské zprávy, které jsou nutné pro zabezpečení lidsky důstojných podmínek věznění a pro pozitivní zacházení v moderních a progresivních vězeňských systémech. Tato Evropská vězeňská pravidla mají pět částí, které obsahově pojmu celou problematiku vězeňství nejen u nás, ale i v rámci celé Evropy. V těchto pravidlech, v jejich druhé části, můžeme nalézt i přesné definice, které se týkají zdravotní péče o osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Ve své diplomové práci tyto cituji, protože si myslím, že právě tato pravidla nastolila nový směr vývoje vězeňství a velmi ovlivnila i to naše, které bylo stále pod výrazným vlivem politiky.

Evropská vězeňská pravidla - část druhá – zdravotní péče

26. 1. V každém ústavu bude k dispozici nejméně jeden kvalifikovaný všeobecný lékař. Lékařské služby by měly být organizovány v úzké spolupráci s veřejnými zdravotnickými zařízeními na úrovni obce nebo státu. Zahrnují psychiatrickou službu pro diagnózu a podle

potřeb i léčbu duševních poruch.

26. 2. Nemocní vězni, kteří potřebují odborné vyšetření se odešlou do specializovaných ústavů nebo veřejných nemocnic. V ústavech, které disponují s lůžkovými kapacitami, musí být k dispozici vybavení a zásoby léčiv dostatečné pro poskytování zdravotní péče a ošetření nemocných vězňů. Příslušný personál musí mít dostatečné odborné vzdělání.

26.3. Každý vězeň musí mít přístup k ošetření kvalifikovaným zubním lékařem.

27. Vězni nesmějí být podrobováni žádným experimentům, které by mohly narušit jejich fyzickou či morální integritu a způsobit jim újmu na zdraví.

28.1. Kdykoliv je to prakticky proveditelné, podniknou se opatření, aby se porody uskutečnily v nemocnici mimo ústav. Pokud neexistují dohody v tom směru, vězeňské ústavy musí mít k dispozici potřebný personál a speciální prostory umožňující porod, poporodní péči o matky a postnatální péči o dítě. Narodí-li se dítě ve vězení, tato okolnost se nevyznačí v rodném listě.

28.2. V případě, že kojenci mohou zůstat v ústavu u svých matek, je nutné učinit zvláštní opatření umožňující zřízení jeslí s kvalifikovaným personálem, kam jsou děti umístovány během té doby, po kterou nejsou v péči svých matek.

29. Lékař je povinen vyšetřit každého vězně co nejdříve po jeho příjmu a později podle potřeby, a to se zvláštním ohledem k včasnému zjištění tělesné nebo duševní nemoci a podniknutí veškerých nezbytných opatření k léčbě; k oddělení vězňů podezřelých z toho, že jsou postiženi infekční nebo nakažlivou nemocí; je nutno zjišťovat tělesné nebo duševní vady, které by mohly být překážkou sociální reintegrace vězněné osoby po jejím propuštění, a dále určit schopnost pracovní způsobilosti každého vězně.

30.1. Lékař je povinen pečovat o tělesné a duševní zdraví vězňů. Lékař vyšetří každého nemocného vězně, který nahlásí nemoc nebo zranění, jakož i každého vězně, na něhož je

zvláště upozorněn. Lékař navštěvuje vězně za podmínek a v intervalech odpovídajících nemocničním normám.

30.2. Lékař je povinen podat zprávu řediteli věznice v každém případě, kdy usoudil, že tělesné nebo duševní zdraví vězně bylo nebo bude negativně ovlivněno pokračováním pobytu ve vězení nebo jakýmkoli úpravami režimu a okolnostmi věznění.

31.1. Lékař nebo jiný kompetentní orgán musí provádět pravidelné kontroly a poskytovat řediteli věznice rady pokud jde o:

- a) množství, kvalitu, přípravu a podávání stravy a vody;
- b) hygienu a čistotu ústavu a vězňů;
- c) sanitární (sociálním zdravotní) zařízení, topení, osvětlení a větrání ústavu;
- d) vhodnost, kvalitu a čistotu oděvů a lůžkovin vězňů.

31.2. Ředitel posoudí zprávy a rady předložené lékařem podle pravidla č. 30, článku 2 a pravidla č. 31, článku 1; souhlasí-li s doporučeními lékaře, podnikne okamžité kroky k jejich realizaci. Je-li doporučení mimo pravomoc ředitele nebo nesouhlasí-li s nimi, ředitel předá zprávu lékaře spolu s vlastním komentářem nadřízené instanci.

32. Lékařská služba ústavu se musí snažit zjistit a léčit všechna tělesná nebo duševní onemocnění nebo vady, které by mohly narušit sociální reintegraci vězně po jeho propuštění. Za tím účelem se vězňům poskytnou všechny nezbytné lékařské, chirurgické a psychiatrické služby včetně těch, které jsou dostupné mimo věznici. (Evropská vězeňská pravidla, 1987, s. 14 – 15). Zde můžeme posoudit, jak jde vývoj péče o osoby ve výkonu trestu odnětí svobody vpřed. Z pohledu historie je jednoznačné, že vězni jsou bráni sice jako nižší skupina společnosti z pohledu toho, co provedli nebo za co byli odsouzeni. Na druhé straně si však společnost uvědomuje, že jsou to přeci jen lidé, a proto je s nimi potřeba i tak jednat. Bez humánního přístupu k vězňům by se naše společnost zařadila mezi ty globálně neakceptovatelné. Je velmi důležité tyto osoby připravovat na jejich návrat zpět do společnosti, aby nenastaly následně další a někdy ještě větší problémy se zařazením jedince mezi ostatní občany. Tato izolace může vyvolat negativní postoj vězněné osoby ke

společnosti a tím k znovu se opakující recidivě a sociální izolaci. Následně budu popisovat období, které je pro naši společnost důležité nejen z hlediska politických změn, ale i velkých a důležitých změn v oblasti českého vězeňství.

2.2 Historie zdravotní péče po roce 1989 do současnosti

Jako hlavní mezník ve vývoji naší republiky lze považovat rok 1989, protože v něm došlo k radikálním změnám celé společnosti ve všech politických, společenských, kulturních a ostatních oblastech českého státu. Právě tyto změny, které začaly utvářet nový obraz naší společnosti a nová pravidla, která byla postupně zaváděna do vězeňství, posunula toto odvětví směrem vpřed a začala se přibližovat evropským standardům. Stav po společenských změnách v roce 1989 lze z hlediska vězeňského systému přirovnat k období po rozpadu monarchie, ačkoliv rakousko-uherské vězeňství bylo výrazně systémově modernější než naše totalitní, budované po vzoru Sovětského svazu. Demokratické proměny naší společnosti po roce 1989 si vyžádaly potřebu zásadních změn ve vězeňství. Výzkumnou skupinou penitenciárních pracovníků byla provedena analýza a komparace vězeňství z pohledu realizované úrovně dle Standardních minimálních pravidel a Evropských vězeňských pravidel, Listiny základních práv a svobod a také na základě analýzy vězeňských systémů a zkušeností vyspělých států s dlouhodobou tradicí demokracie .

Zjištěné nedostatky byly výchozím bodem pro formování úkolů a etap rozvoje vězeňství v ČR. Po transformaci vězeňství byly určeny následující etapy:

- a) r. 1990 – rozchod s minulostí a zmapování reálného stavu vězeňství,
- b) r. 1991 – vypracování Koncepce rozvoje vězeňství, formulace cílů reformy a postupy jejich dosažení. Cílem je vytvoření moderního vězeňského systému zakotveného v širším systému sociální péče i v systému represivních orgánů státní moci, jehož funkcí je účinná ochrana společnosti před kriminalitou.
- c) r. 1992 – započítí systémových změn včetně změn v pojetí obsahu systému včetně a humanizace vězeňství. Podstata humanizace spočívá v:
 - ocenění a uznání vězňů jako občanů, v neponižování jejich důstojnosti, v uznání

kontinuity života ve vězení a ve společnosti,

- zabezpečení vhodných materiálních podmínek života vězňů,
- garanci základních práv a svobod vězňů.

Humanizace vězeňství znamená vytvořit vhodný funkční legislativní rámec pro uplatňování práv a svobod vězňů a pro naplňování účelu výkonu vazby a výkonu trestu včetně jejich korektivních mechanismů přístupných kontrole tak, aby nemohla být uplatňována libovůle nebo zlovůle (Černíková, 1998).

Tyto systémové změny jsou doprovázeny významnými legislativními změnami:

a) vchází v platnost zákon ČNR č. 555/1992 Sb., O Vězeňské službě a justiční strážní ČR, který ruší Sbor nápravné výchovy ČR, jež obsahoval výrazné militantní a byrokratické prvky. Zákon ČNR koncipuje Vězeňskou službu na demokratických principech, podrobněji vymezuje služební povinnosti pracovníků Vězeňské služby a jejich oprávnění z hlediska respektování lidských a občanských práv a svobod ve výkonu trestu odnětí svobody a v průběhu výkonu vazby.

b) vyhláškou č. 247/1992 Sb., byl vydán Řád výkonu trestu odnětí svobody, ve kterém jsou podrobně upravena práva a povinnosti odsouzených, stanoveny podmínky klasifikace a diferenciací výkonu trestu odnětí svobody podle penitenciárních zásad.

c) r. 1993 – je novelizován zákon č. 59/1965 Sb., O výkonu trestu odnětí svobody ve znění pozdějších předpisů, a to zákonem č. 294/1993 Sb., s platností od 1994. Reformní úsilí se zaměřuje na 3 hlavní okruhy systémových změn:

- Modernizaci vězeňských zařízení a jejich vybavení,
- Vytvoření účinného systému zacházení s odsouzenými,
- Profesionální zkvalitnění personálu.

Depolitizace vězeňství byla umožněna jednak zrušením článku 4 Ústavy ČSSR, který legalizoval vedoucí úlohu KSČ při řízení státu, jednak zákonem č. 186/1992 Sb., o služebním poměru Policie ČR, který v ustanovení § 152 zakazuje členství v politických stranách a hnutích též příslušníkům Vězeňské služby ČR. Pro osoby v pracovním poměru platí zákaz politické činnosti na pracovišti ve smyslu zákona č. 424/1991 Sb., o sdružování

v politických stranách a hnutích. **Demilitarizace** vězeňství byla významným způsobem podpořena vydáním zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční strážní ČR, na jehož základě – ve smyslu ustanovení § 27 - rozhodl ministr spravedlnosti o zcivilnění funkcí ve správní službě. Toto rozhodnutí je obsaženo ve vyhlášce Ministerstva spravedlnosti č. 13/1995 Sb., již se stanoví funkce, které ve správní službě Vězeňské služby ČR mohou zastávat výlučně zaměstnanci v pracovním poměru, a funkce, ve kterých mohou být začleněni i nadále příslušníci ve služebním poměru. **Decentralizace** vězeňství byla zahájena vydáním nových organizačních řádů v návaznosti na vznik Vězeňské služby ČR dnem 1. 1. 1993 na základě citovaného zákona č. 555/1992 Sb. V této souvislosti došlo k početní redukci a restrukturalizaci ředitelství Sboru nápravné výchovy a k vymezení jeho funkce na koncepční, metodickou, kontrolní a koordinační činnost. Současně byly posíleny pravomoci ředitelů jednotlivých organizačních článků Vězeňské služby ČR, zejména v oblasti personální. **Humanizace** vězeňství vycházela především z přísného a přesného dodržování Listiny základních práv a svobod při zacházení s obviněnými a odsouzenými, pokud zákon nestanovil jinak. Dále spočívala ve vytváření příznivého sociálního klimatu v místech výkonu vazby a trestu odnětí svobody, které významným způsobem ovlivňují nejen personální, ale i materiální podmínky vazebních věznic a věznic. Legislativní předpoklady humanizace vězeňství byly vytvořeny vydáním zákona č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby a č. 294/1993 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody. Završením legislativních předpokladů byl zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody (www.cs-magazin.com).

Zatímco vězeňské systémy vyspělé Evropy se po celá desetiletí vyvíjely kontinuálně, český vězeňský systém stál před složitým úkolem transformovat se zásadně, a to v relativně krátké době. Transformace vězeňství, jejímž teoretickým základem byla Koncepce českého vězeňství přijatá v roce 1991, využila plně výhody nechat se inspirovat zahraničními modely, vyhnout se chybám a omylům a případně zkrátit některé vývojové etapy. Pro její naplňování byl vytvořen legislativní rámec, podmínky organizační a částečně také materiální. Rutinní výkon trestu založený na organizování života ve vězení byl překonán, stejně jako prvotní problémy s procesem humanizace. Koncepce rozvoje českého vězeňství, stanovená v roce 1991, byla naplněna, pokud se týče cílů a obsahu zacházení

s vězni. Méně pak došla naplnění v souvislosti se záměry decentralizace řízení a vytvoření vhodných materiálních podmínek pro řádnou správu vězeňství. Vězeňský systém musí být chápán jako odraz demokratických hodnot společnosti, přestože věznice jako instituce nejsou ve středu jejího zájmu. Způsob zacházení s pachateli trestné činnosti vyjadřuje velmi zřetelně i vztah společnosti k jedinci a postoj k občanským právům a svobodám. S postupnou stabilizací společenského a politického systému dochází i ke stabilizaci českého vězeňství. Vývoj ve světě i v Evropě se však nezastavuje. Penologické koncepty kolísají mezi tendencemi dekriminalizace a depenalizace na jedné straně a důrazem na prosazování práva a pořádku na straně druhé. Kolísají při řešení zásadního dilematu „zacházení versus odplata“. Jsou nejednotné v názoru, do jaké míry může akcent na bezpečnost ve věznicích limitovat požadavky na další liberalizaci a humanizaci. Mění se i situace ekonomická a mění se i kontexty mezinárodně politické.

Vzhledem k výše uvedenému je nutné konstatovat, že původní, více než 10 let stará koncepce, nemůže plně reflektovat aktuální vývojové trendy. Zároveň je nutné reagovat na vstup České republiky do EU. A to jsou důvody, proč bylo rozhodnuto o zformulování a zpracování koncepce nové, která zajistí další kontinuální rozvoj českého vězeňství. Základním cílem Koncepce rozvoje českého vězeňství do roku 2015 je tedy reagovat na nové podmínky a nové souvislosti, v nichž se české vězeňství nachází a současně naznačit směr a priority českého vězeňského systému.

Zdravotnictví se v České republice nachází v období tvorby nové koncepce. Otázky organizace a struktury zdravotnických zařízení, ale také otázky z oblasti sociální, zejména pokud jde o nemocenské pojištění, mohou být předmětem dramatických změn. Přestože další vývoj nelze s jistotou předvídat, je jisté, že zdravotnictví ve vězeňství bude muset korespondovat se zdravotnictvím veřejným. Zdravotnická zařízení vězeňské služby v současné době poskytují vedle rutinní zdravotnické péče i další specifický servis, jako např. vyšetření vězněných osob při příjmu, při propuštění, prohlídky v souvislosti s eskortami, při kázeňských trestech. Jde o zdravotní výkony prováděné v zájmu vězeňské služby, které ovšem nelze a ani nebude možné účtovat zdravotním pojišťovnám. Vězeňské nemocnice poskytují vězněným osobám nemocniční péči na základní úrovni, na

specializovanou a vysoce specializovanou péčí nejsou zařízeny. Efektivnost jejich činností je nižší než u srovnatelných veřejných zařízení vzhledem k tomu, že mají ve vězeňském prostředí svá specifika. Na základě dostupných informací o připravované podobě transformace veřejných zdravotnických zařízení, jež nelze pominout, nebude patrně možno dosavadní systém zdravotnických služeb ve vězeňské službě zachovat.

Potvrdí-li další vývoj potřebu **zásadní transformace zdravotnictví** v českém vězeňství, může být jedním z řešení zřízení „veřejné zdravotnické organizace“, např. Zdravotnického ústavu ministerstva spravedlnosti jako právnické osoby. Jeho hlavní činností by bylo provozování zdravotnických služeb v resortu a spolupráce s resortem zdravotnictví při zajišťování zdravotnické péče obecně, případně ve střediscích (odděleních) ochranných léčeb, resp. v detenčním ústavu. Pokud by došlo k transformaci ve výše uvedeném smyslu, bude zásadní a velmi důležité vymezit jasně a jednoznačně působnost a závazky nově vzniklé organizace vůči Vězeňské službě ve vztahu k činnostem, které nebudou moci být hrazeny pojišťovnami, a které budou hrazeny z prostředků Vězeňské služby. Nabízejí se však i jiné modely řešení zdravotnické péče o odsouzené osoby a vězeňský personál. Dosavadní vývoj a zkušenosti ze zahraničí ukazují, že postupná náhrada resortního vězeňského zdravotnictví, zdravotnictvím všeobecným se jeví jako účelná, a tudíž pravděpodobná. Způsob transformace zdravotnictví vězeňského je odvislý od transformace zdravotnictví veřejného (Koncepte rozvoje českého vězeňství do roku 2015).

Zde vidíme jasný rozdíl proti stavu, který byl před rokem 1989, kdy se vězeňství ocitlo ve sféře politického vlivu a o právech osob ve výkonu trestu nemohla být ani řeč. Dnes jsou pravidla fungování těchto organizací jasně dána, a to jak zákony, vyhláškami, tak i ostatními předpisy, které s touto problematikou souvisejí. Jedním z právních úprav je **zákon č. 169/1999 Sb., O výkonu trestu odnětí svobody**, který řeší celou problematiku pobytu osob ve věznicích. Další je vyhláška ministerstva **č. 345/1999, Řád výkonu trestu** a další související předpisy. Zde má jedinec možnost se svých práv dovolat zákonnou cestou, která mu zajišťuje dodržování základních práv, které mu jsou dána Ústavou České republiky. Další změnou je ustanovení osoby, která provádí dozor nad výkonem trestu

odnětí svobody a tou je tzv. „dozorový státní zástupce“, který má velká práva a pravomoci ohledně právě fungování věznic a zacházení s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. Možná, že si mnoho lidí řekne, že tato funkce je jen „formální“, ale s tímto nemohu souhlasit, a proto podám vysvětlení. Tato osoba má zásadní práva a privilegia právě v oblasti vstupu, pohybu a možnosti nahlížení do materiálů odsouzených osob. Jen samotný vstup do objektu věznice není vůbec jednoduchý, protože podléhá přesně stanoveným pravidlům, a ne každý může do těchto prostor vstoupit. Právě osoba státního zástupce může vstoupit bez omezení. Jediná výjimka se týká vstupu se zbraněmi, ty jsou zakázány vnášet všem osobám bez rozdílu jejich postavení a funkce. Následně se může tento jedinec pohybovat po celé věznici bez doprovodu ostatních zaměstnanců a může také neomezeně hovořit se všemi vězňenskými osobami. Právě v tom spočívají významná práva vězňů, protože mohou písemně oslovit státního zástupce a nikdo se nedoví, že jsou s ním v kontaktu. Ten pak dbá na dodržování zákonnosti a snaží se případné připomínky řešit v rámci zákona. Existují samozřejmě další státní i mezinárodní organizace, které se touto problematikou zabývají. V následujících řádcích poskytnu informace o některých z nich.

Stížnosti a žádosti k uplatnění svých práv a oprávněných zájmů může odsouzený adresovat jak státním orgánům České republiky, tak mezinárodním orgánům a organizacím, které jsou na celosvětové i evropské úrovni považovány za součást procesu získávání

a prošetřování informací o porušování lidských práv.

Mezinárodními orgány a organizacemi uvedenými v §34 zákon č. 169/1999 Sb., odstavci 1 jsou zejména:

- a) Výbor pro lidská práva, Ženeva,
- b) Komise pro lidská práva OSN, Ženeva,
- c) Úřad pro lidská práva, Ženeva,
- d) Výbor pro odstranění rasové diskriminace, Ženeva,
- e) Výbor proti mučení, Ženeva,
- f) Komise OSN pro postavení žen, Vídeň,
- g) Výbor pro práva dítěte, Ženeva,
- h) Vysoký komisař OSN pro lidská práva, Ženeva,

- i) Vysoký komisař OSN pro uprchlíky, Ženeva (včetně pobočky v Praze),
- j) Evropský soud pro lidská práva, Štrasburk,
- k) Výbor pro zabránění mučení, Štrasburk,
- l) Vysoký komisař OBSE pro národnostní menšiny, Haag,
- m) Úřad OBSE pro demokratické instituce a lidská práva, Varšava,
- n) Amnesty International, Londýn (včetně pobočky v Praze),
- o) Mezinárodní Federace pro lidská práva, Paříž,
- p) Mezinárodní helsinská federace pro lidská práva (včetně pobočky v Praze),
- r) Mezinárodní společnost pro lidská práva, Frankfurt,
- s) Mezinárodní romská unie, Texas,
- t) Mezinárodní výbor Červeného kříže, Ženeva (včetně pobočky v Praze).

Ve věznici se na místech odsouzeným běžně dostupným instalují uzamykatelné schránky, do kterých odsouzení mohou vhadzovat **korespondenci** uvedenou v § 26 odst. 1 zákona. Schránky vybírá v pracovní dny denně ředitelem věznice určený zaměstnanec Vězeňské služby, který jinak nepřichází do přímého styku s odsouzenými. Korespondence musí být adresátovi odeslána neprodleně, nejpozději následující pracovní den. Konstrukce uzamykatelných schránek na korespondenci uvedenou v § 26 odst. 1 zákona musí znemožňovat nepovolaným osobám manipulaci s jejím obsahem. Žádosti a stížnosti k uplatňování svých práv a oprávněných zájmů podávají odsouzení v zalepených obálkách.

O **rozhovor** s osobami uvedenými v § 26 odst. 2 zákona může odsouzený požádat písemně nebo ústně. O takové žádosti musí být adresát vyrozuměn nejpozději následující pracovní den. Státní zástupce, který provádí dozor nad výkonem trestu, musí být v případě přítomnosti ve věznici vyrozuměn o žádosti odsouzeného o rozmluvu bezodkladně. Ve věznici se zřídí zvláštní místnost přiměřeně vybavená pro rozhovory odsouzených s jejich advokáty. Pokud advokát neoznámí návštěvu u odsouzeného nejméně 24 hodin předem, uskuteční se zpravidla v mimopracovní době odsouzeného. V případě, že je třeba ověřit podpis odsouzeného, může se takové návštěvy zúčastnit i notář nebo pověřený pracovník obecního nebo krajského úřadu. Ustanovení § 26 odst. 1, 2, 3, § 27 a 28 se na takové návštěvy nevztahují. Pokud odsouzený požádá o rozhovor ředitele věznice, musí mu

být takový rozhovor umožněn zpravidla do jednoho týdne, v naléhavých případech bezodkladně. Naléhavost případu posuzuje ředitel věznice podle důvodů uvedených v žádosti.

Jako další ustanovení zákona, která se bezprostředně dotýká vězňených osob je jejich **péče o zdraví**, ale nejen o něj. I tato péče je součástí zákonné úpravy v našem trestním řádu. Právě důraz na zdraví a zdravotní péči je pro pobyt osob ve věznicích velmi důležitý. Protože bezkonfliktní návrat jedince do společnosti z výkonu trestu potvrzuje správnost nastaveného systému vězeňství, který je v naší společnosti praktikován. Když se povede resocializace jedince, lze konstatovat, že vynakládání finančních prostředků a úsilí do tohoto odvětví společnosti je správné a má smysl. Následně uvádím ustanovení některých zákonných úprav, které s touto problematikou souvisí. Cituji § 16 zák. č.169/1999 Sb.

(1) Odsouzeným se poskytuje pravidelná strava za podmínek a v hodnotách, které odpovídají požadavku udržení zdraví a přihlížejí k jeho zdravotnímu stavu, věku a obtížnosti vykonávané práce. V rozsahu, v jakém to umožňuje provoz věznice, se přitom přihlíží k požadavkům kulturních a náboženských tradic odsouzených.

(2) Každý odsouzený musí mít zabezpečeno lůžko a prostor pro uložení osobních věcí.

(3) Odívání odsouzených musí odpovídat klimatickým podmínkám a musí dostatečně chránit jejich zdraví.

(4) Odsouzeným se zabezpečuje denně osmihodinová doba ke spánku, doba potřebná k osobní hygieně a úklidu, stravování, nejméně jednogodinová vycházka a přiměřené osobní volno.

(5) Odsouzený má právo na zdravotní péči v rozsahu a za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem s přihlédnutím k omezením vyplývajícím z účelu trestu.

(6) Odsouzený s těžkým zdravotním postižením má právo na zajištění přiměřených podmínek umožňujících důstojný výkon trestu.

(7) Odsouzenému, který není zařazen do práce, poskytuje věznice sociální kapesné v případě, že neodmítl bez závažného důvodu práci a neměl v období jednoho kalendářního měsíce jiný příjem nebo jinou hotovost ve výši alespoň 100,- Kč.

(8) Výše sociálního kapesného podle odstavce 7 činí 100,- Kč za období jednoho kalendářního měsíce.

(9) O závažném onemocnění odsouzeného nebo o jeho úrazu, vyžadujícím hospitalizaci, vyrozumí věznice bez odkladu manželku, družku nebo rodiče odsouzeného, anebo jeho děti, pokud to odpovídá jejich věku, jestliže tak odsouzený nemůže učinit sám. Není-li těchto osob, vyrozumí věznice osobu, kterou odsouzený určí. Věznice vždy vyrozumí bez odkladu některou z těchto osob v případě, že dojde k úmrtí odsouzeného. (zák. č.169/1999 Sb).

Pokračuji citací § 23 vyhlášky 345/1999 řád výkonu trestu odnětí svobody:

(1) Zdravotní péči o odsouzeného zajišťuje především zdravotnické středisko ve věznici nebo jiné zdravotnické zařízení Vězeňské služby České republiky.

(2) Preventivní vstupní, periodické, mimořádné a výstupní lékařské prohlídky odsouzených musí být prováděny mimo doslech, a pokud lékař nerozhodne jinak, i mimo dohled zaměstnanců Vězeňské služby s výjimkou zdravotnického personálu.

(3) Pokud zdravotní stav odsouzeného vyžaduje poskytnutí neodkladné zdravotní péče a není-li možné ji zajistit ve věznici, musí být orgánem Vězeňské služby přivolán lékař lékařské služby první pomoci nebo zdravotnické záchranné služby nejbližšího zdravotnického zařízení, který po vyšetření odsouzeného rozhodne o dalším postupu.

(4) V případě, že lékař lékařské služby první pomoci nebo zdravotnické záchranné služby nařídí převoz k ambulantnímu ošetření nebo hospitalizaci v nejbližším zdravotnickém zařízení umístěném mimo věznici nebo k hospitalizaci v některém nemocničním zařízení Vězeňské služby, jsou jeho pokyny k provedení tohoto postupu pro orgány Vězeňské služby závazné a musí být splněny neodkladně.

(5) O odmítání stravy odsouzeným musí být neprodleně vyrozuměn lékař, který zdravotní stav odsouzeného soustavně kontroluje a rozhoduje o způsobu dohledu nad jeho zdravotním stavem, a státní zástupce, který vykonává dozor nad výkonem trestu.

(6) Odsouzený nekuřák se na vlastní žádost umístí vždy odděleně od odsouzených kuřáků (vyhláška č.345/1999).

V předchozích odstavcích jsme jasně potvrdili, že se značně zlepšila péče o odsouzené, což sami potvrzují v dotazníku, který jsem jim poskytl, aby se k této problematice vyjádřili. Můžeme konstatovat, že současný stav je v oblasti péče o odsouzené ve výkonu trestu odnětí svobody uspokojivý. Stále je co zlepšovat, ale můžeme říci, že je těmto osobám poskytována taková péče, která jasně plní funkci humánního přístupu k vězňům a vytváří jim podmínky pro kvalitní život za mřížemi. Samozřejmě, zde hraje velkou roli finanční stránka věci, která je velmi důležitá a v dnešní době toto platí dvakrát. Stát svoje omezené prostředky rozděluje podle toho, kde je jich zapotřebí nejvíce. Někdy se však stane, že jich je prostě tak málo, že se do našich zařízení nedostanou nebo ve velmi malé míře. Tento stav se musí někde projevit, často to bývá ve vybavení věznic nebo v jejich stavu, který nevytváří příjemné prostředí pro odsouzené, ale ani pro zaměstnance, kteří zde tráví velkou část svého života. V následujících řádcích bych se rád zabýval budoucností, která nás ve vězeňství čeká.

2.3 Jaká zdravotní péče je poskytována vězněným osobám?

Název kapitoly přináší pro laiky mnoho neznámého, protože jen ten, kdo se o tuto problematiku zajímá nebo je její součástí, zná odpověď. Je nutné podotknout, že naši vězni nikterak v oblasti zdravotní péče netrpí, protože jak praví zákon, výkon trestu odnětí svobody nesmí jedinci upírat právo na zdraví a kvalitní život ani během pobytu ve věznicích. Následně je tato péče zakotvena i v Evropských vězeňských pravidlech, která si dávají za cíl to, aby vězněné osoby měly veškerou péči, a tak byl zajištěn jejich nekonfliktní návrat zpět do společnosti. Ustanovení zákonů a nařízení jsou samozřejmě dodržována a kontrolována institucemi, které mají tuto problematiku ve svém zaměření. V dnešní době to nejsou jen organizace vnitrostátní, ale také evropské a celosvětové působnosti. To poskytuje vězňům záruky jejich práv během věznění.

Je důležité hned úvodem tuto poskytovanou zdravotní péči rozčlenit na několik skupin. Základním rozlišením je péče poskytovaná v **areálu věznice** a na druhé straně v **civilním zařízení**. Toto rozdělení je tím nejdůležitějším, protože ukazuje na možnosti zdravotní péče o osoby, které musí trávit čas za zdmi věznic. Dalším podrobnějším dělením se dostaneme

do podskupin, které rozšiřují a specifikují shora uvedené základní dělení zdravotní starostlivosti o vězně.

Poskytovanou **péčí v areálu věznice** lze rozdělit na tu, která se děje při příjmu osoby do výkonu trestu odnětí svobody (vstupní prohlídka) a ta obsahuje všeobecnou anamnézu jedince, aby bylo možné následně léčit nebo pozorovat změny, které by mohly během věznění nastat. Sem se zahrnují jak obecná data typu výška, váha apod., tak i prodělaná závažná onemocnění, operace a jiné lékařské zákroky, které jedinec v civilním životě absolvoval. Lékař je obeznámen i se skutečnostmi, které bezprostředně musí vědět, aby nedošlo k možnému zanedbání péče po nástupu do nápravného zařízení. Mezi tyto skutečnosti lze na prvním místě jmenovat např. trvalé užívání léků nebo jiných zdravotních pomůcek, které jsou pro pacienta nezbytné k jeho životu. Následuje další část přijímacího vyšetření a tím je prohlídka stomatologem a následně rentgen plic, aby byly vyloučeny jiné zdravotní komplikace do budoucna. Pro ženy to je ještě vyšetření gynekologické, ale to se děje mimo areál věznice.

Dalším druhem péče za zdmi věznice je výstupní prohlídka, která má za úkol stanovit, že osoba opouštějící areál byla řádně vyšetřena a seznámena s postupem zdravotní péče v civilu, kam se vrací po určité době. Také je důležité, aby odcházející měl doklad o zdravotním pojištění, nebo alespoň odpovídající informace o tom, kde jej může v civilním životě získat. Během pobytu ve výkonu trestu odnětí svobody má odsouzený právo navštěvovat vězeňského lékaře dle potřeby nebo pocitu, že je nemocen. Toto právo mu nesmí být odepřeno. Nikdo mimo lékaře není kompetentní k tomu, aby posoudil zdravotní stav jedince, proto je personálu zakázáno, aby tak během výkonu svého zaměstnání činil. Zde vidíme základní výčet péče o odsouzené a myslím si, že i laik musí konstatovat, že je tato péče stejná jako u osob, které se proti zákonu neprovinily.

Při pobytu ve věznici je obviněným nebo odsouzeným primární zdravotní péče poskytována na základě jejich vlastní žádosti nebo na základě pokynu (příkazu) lékaře zdravotnického střediska v případě, že tak stanoví příslušný předpis. Po dobu poskytování zdravotní péče může být v ordinaci na žádost ošetřujícího lékaře (popřípadě zdravotní sestry) přítomen příslušník Vězeňské služby zajišťující bezpečnost zdravotnického personálu; přitom nesmí být porušeny zásady etiky a ochrany citlivých osobních údajů. Periodické prohlídky se konají v rámci i mimo rámec primární péče a závodní preventivní

péče. Při výstupu z věznice se provádí výstupní prohlídka u praktického lékaře, včetně potřebných laboratorních a dalších odborných vyšetření. V každé věznici je zdravotnické středisko, ve kterém poskytuje zdravotní péči vždy praktický lékař pro dospělé a všeobecná sestra. Počet lékařů a sester, kteří zdravotní péči poskytují, se liší podle počtu obviněných a odsouzených v jednotlivých věznicích a charakteru věznice (v České republice je 35 zdravotnických středisek pro obviněné a odsouzené). Ve věznicích je též zajištěna péče zubním lékařem a případně dalšími lékaři specialisty (internista, chirurg, oční, ORL, kožní, psychiatr, radiolog, gynekolog apod.). Z nelékařských zdravotnických povolání zajišťují ošetrovatelskou a ostatní péči sestry registrované, sestry se specializovanou způsobilostí, radiologičtí asistenti, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, laboranti apod. Obviněným a odsouzeným náleží právo na zdravotní péči v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o péči o zdraví lidu. Těmto osobám náleží veškerá zdravotnická péče s výjimkou volby lékaře, klinického psychologa a zdravotnického zařízení.

Lékařskou péči v jednotlivých věznicích zajišťují jednak zdravotnická zařízení a jednak dvě vězeňské nemocnice, a to při Vazební věznici Brno a při Věznici Praha - Pankrác. V případě, že zdravotnická zařízení ve věznicích, případně vězeňské nemocnice nedisponují odbornými lékaři a přístrojovým vybavením, je zdravotní péče obviněným a odsouzeným zajišťována v civilních zařízeních, se kterými má Vězeňská služba za tímto účelem uzavřenou smlouvu. Akutní lékařská péče v noční době, o víkendech a o svátcích je zajišťována prostřednictvím systému civilní rychlé záchranné služby. Každé zdravotnické středisko ve věznicích disponuje lůžkovou částí, na níž jsou umístovány osoby se zdravotními obtížemi, které lze ošetřit v tomto zařízení. Zdravotnická střediska disponují i prostory, kam jsou umístěny osoby s infekčním onemocněním. **Nemocnice Praha - Pankrác** zajišťuje zdravotní péči na interních a chirurgických odděleních, včetně radiologického oddělení, laboratoře a oddělení poliklinických služeb. **Nemocnice Brno** zajišťuje zdravotní péči na oddělení interním, infekčním, léčby tuberkulózy, následné péče, psychiatrickém a oddělení poliklinických služeb. Při nutnosti poskytnout obviněným nebo odsouzeným neodkladnou odbornou péči je zajištěna lékařská služba první pomoci nebo zdravotnická záchranná služba. Za dostupnost zdravotní péče pro obviněné a odsouzené odpovídají ředitelé věznic. Zdravotnická zařízení Vězeňské služby po stránce odborné,

metodické a kontrolní řídí odbor zdravotnické služby generálního ředitelství Vězeňské služby.

V roce 1997 byl ve **Vazební věznici Brno** zahájen provoz vězeňské nemocnice s rehabilitačním, specializovaným (interním a infekčním oddělením, jednotkou intermediální péče a oddělením následné lékařské péče) a psychiatrickým pavilonem. Vězeňská nemocnice ve Vazební věznici Brno poskytuje své zdravotnické služby vězněným osobám z celé ČR již 10 let. Za dobu své existence zde bylo ve třech pavilonech hospitalizováno téměř 13 tisíc vězněných osob. Např. jen v roce 2006 se zde léčilo více jak 1200 vězňů, přičemž nejvíce (557) na oddělení psychiatrie. Z tohoto počtu bylo 93 vězněných osob hospitalizováno z důvodu suicidálního jednání. Vězeňská nemocnice Vazební věznice Brno byla uvedena do provozu 1. září 1997 po uzavření zvláštního oddělení 76 ve Fakultní nemocnici u sv. Anny, které měla Vězeňská služba ČR v pronájmu. V současné době disponuje 131 lůžky ve 3 pavilonech: pavilon psychiatrický zajišťuje péči o obviněné a odsouzené z celé ČR, všeobecný pavilon tvoří oddělení interní, infekční a jednotka intermediální péče, pavilon rehabilitační prochází v současné době rekonstrukcí se záměrem zřízení Detenčního ústavu. O obviněné a odsouzené se v nepřetržitém provozu včetně pohotovostních služeb starají lékaři kmenoví a úvazkoví v různých specializacích. Na psychiatrickém oddělení pracuje s lékaři i klinická psycholožka, dále jsou to zdravotní sestry, fyzioterapeutky, radiologická asistentka a sanitářky. Pro poskytování specializované a hospitalizační péče obviněným a odsouzeným má Vězeňská služba ČR celkem dvě vlastní nemocniční zařízení, která se nacházejí v areálech vazebních věznic jednak v Praze-Pankráci a právě v Brně. Tato dvě nemocniční zařízení se liší specializací poskytovaných zdravotnických služeb (www.vscr.cz).

Historie **Vazební věznice Praha-Pankrác** sahá do devadesátých let 19. století. V roce 1852 byl vydán císařský patent č. 117 o Zločinech, přečinech a přestupcích, který byl na našem území používán jako trestní zákon téměř 100 let. Podle tohoto zákona byl trest odnětí svobody vykonáván v těžkém žaláři, žaláři a vězení. V této době přestala vyhovovat především z hygienických důvodů trestnice ve Svatováclavské kapli, a proto se na východní periferii města mezi Pankráci a Nuslemi v červenci roku 1885 započalo

s výstavbou nové věznice. Výstavba byla ukončena v srpnu roku 1889 nákladem 1.200.000,- zlatých a první vězni zde byli umístěni v září téhož roku. Byl zde vykonáván trest těžkého žaláře, žaláře a vězení. Věznice byla moderní stavbou. Měla centrální vytápění teplým vzduchem, na samovazbách byla vytápění horkovodní. Měla plynové osvětlení a vlastní plynárnu. Ve věznici byly koupelny, učebny (vězňové měli povinnost docházky do různých typů vzdělávání), přednáškový sál, tělocvičnu, 22 dílenských místností, 6 vycházkových dvorů, římskokatolický kostel, evangelickou kapli a modlitebnu pro věřící izraelského vyznání. Lůžková část vězeňské nemocnice měla 22 pokojů pro pacienty z řad vězňů. Následně byla tato kapacita upravována, a to s důrazem na potřeby vězeňského systému, který se s přibývajícím stavem vězněných osob rozšiřoval. V dnešní době je zde kapacita 111 lůžek, a to hlavně na odděleních chirurgie a interny, která jsou základem pankrácké vězeňské nemocnice. Během jejího vývoje docházelo také k modernizaci, jež je pro poskytované náročné zdravotnické výkony neodmyslitelná. Z historie víme, že činnost zdravotnické služby byla zaměřena mimo poskytování zdravotnických služeb odsouzeným a obviněným na organizační sladění a vydání základních služebních předpisů ujednocujících léčebně preventivní a hygienicko – protiepidemické postupy v jednotlivých výkonných zařízeních ZS. Postupně byla vypracována jednotná metodika záznamnictví a výkaznictví a ujednocen celý informační systém. Tato péče se také zaměřovala na léčbu protialkoholní, které bylo nutné zavést z důvodu klientely, která do věznic přicházela. Pro dobré výsledky byla tato léčba rozšířena i do dalších 6 nápravných zařízení. Následně procházela tato vězeňská nemocnice i různými personálními změnami a za ty nejvýznamnější lze považovat ty, které se udály po roce 1989, kdy došlo k personálním změnám na řídicích místech, k zeštíhlení a jistému přeorganizování struktury a změně charakteru a poslání nyní již Vězeňské služby ČR, přičemž rovněž prošla rozsáhlým procesem zcivilňování v určitých oblastech činnosti (Historická penologie, 2005).

Z předchozích řádků vyplývá, že po zdravotnické stránce je o osoby ve výkonu trestu postaráno dobře. Úroveň péče lze charakterizovat jako obdobnou té, která je poskytována osobám v civilním životě. Zde Vězeňská služba striktně dodržuje zákony této republiky, které jasně stanovují, že vězněné osoby mají právo na zdravotní péči a ta jim nesmí být

odepřena. České vězeňství jako moderní odvětví společnosti se snaží, aby vězni po zdravotní stránce nijak nestrádali, protože jen tak lze dokázat světu, že jsme vyspělou demokratickou zemí, která se stará, aby společnost byla konzistentní, což znamená, že nemůžeme lidi ve výkonu trestu odnětí svobody postavit na její okraj. S touto strategií přichází Vězeňská služba i v prognózách do budoucnosti, za což je v celosvětovém měřítku kladně hodnocena.

2.4 Zdravotnická péče mimo areál věznice

O druhé části poskytované zdravotní péče o odsouzené, která probíhá mimo areál věznice, je důležité se také zmínit, protože tento náhled nám dokreslí komplexnost poskytované zdravotní péče osobám ve výkonu trestu odnětí svobody, která vytváří podmínky kvalitního způsobu života i v českých věznicích. Tuto péči lze nazvat jako rozšiřující, doplňující a v neposlední řadě i završující. Jelikož zdravotní péče o osoby ve výkonu trestu je ve věznicích na vysoké úrovni, přesto nemůže poskytnout všechny zdravotnické zákroky a vyšetření, které někdy vězni potřebují. Je to hlavně z důvodů finančních prostředků na špičkové vybavení, které je pro jednotlivá vyšetření potřeba, ale i následně k jeho využívání, aby se náklady na něj postupně vracely. Proto je ekonomicky výhodnější, po dohodě s civilním zdravotním zařízením, využít jejich služeb.

Chceme-li zachytit celou škálu poskytované zdravotní péče, museli bychom si vzít na pomoc odborný lékařský manuál, protože dnes snad není lékařského oboru, kterého by Vězeňská služba v rámci péče o vězně v civilu nevyužívala. Jsou to samozřejmě ta oddělení, kterými vězeňský systém nedisponuje, nebo když pro závažnost onemocnění není v silách věznice, aby tuto péči zdravotní personál zvládl. Proto doopravdy není žádným neobvyklým jevem, když se s vězněnými osobami setkáváme v nemocnicích, samozřejmě za doprovodu vězeňské eskorty, která dbá na bezpečnost všech zúčastněných stran. Není zvláštností v dnešní době a při vývoji vězeňství potkat odsouzenou ženu na dětském oddělení, protože jak víme, tak je možné, aby za dodržení speciálních podmínek měly ženy u sebe ve výkonu trestu odnětí svobody i děti do tří let věku. Zde lze jasně a odpovědně konstatovat, že se stát prostřednictvím Vězeňské služby snaží poskytnout osobám ve

výkonu trestu ty neoptimálnější podmínky, které by umožňovaly prožít život za mřížemi i kvalitně. Tato nadstandardní péče má však i stinné stránky, které jsou hlavně v náročnosti na financování této zdravotní péče, která bývá právě pro svoji náročnost převážně hrazena pacientem. Ten však mnohdy nedisponuje žádnými finančními prostředky, a zde nastává problém, jak tuto vzniklou situaci řešit. Zde vstupuje na scénu opět stát, potažmo my všichni, a tuto péči, pokud se nedá hradit některou zdravotní pojišťovnou, uhradí. Tato částka bývá samozřejmě vymáhána na pacientovi, ale vzhledem k tomu, že osazenstvo našich věznic bývá převážně finančně nesolventní, nezaměstnané nebo značně zadlužené, jsou tyto částky prakticky nedobytné. Zde je velkou otázkou, zda by nestálo za pokus tento stav radikálně řešit. Stát sice tyto osoby prostřednictvím soudu za jejich skutky poslal do vězení, to ale neznamená, že za ně bude hradit poplatky, které by si v civilním životě platily sami. Tento problém, který ve velkém měřítku provází financování zdravotní péče u vězňů, bude potřeba právně lépe ošetřit, aby se stát prostřednictvím úhrady těchto nákladů nedostával do finančních problémů sám. Zde by měli naši zákonodárci předložit své progresivní nápady. Z ušetřených prostředků by se dala financovat další výstavba věznic, protože ty stávající jsou přeplněné. Řešení tohoto stavu je dlouhodobě odkládáno, za což jsme kritizováni evropskými i světovými organizacemi majícími na starosti právě podmínky ubytování vězňů. Vidina lepší prognózy do budoucna je mizivá, protože vše se odvíjí od nedostatku finančních prostředků. Proto by vyřešení dluhů ze zdravotního pojištění přineslo finance na potřebná místa v systému vězeňství.

V předchozích odstavcích této kapitoly byly zmiňovány klady, které přináší pro vězně kvalitní zdravotní péče poskytovaná mimo areál věznic. Tato skutečnost však přináší společnosti několik problémů, které se musí následně řešit. První je již opakovaná finanční náročnost. Finančně náročné je ale i zajištění provedení eskorty osoby do zdravotnického zařízení. Vzhledem k tomu, že se jedná o odsouzené, musí být dodržena zásadní pravidla bezpečnosti. Musí být chráněna společnost, potažmo občané, kteří se během eskorty s osobou ve zdravotnickém zařízení potkají, tak i personálu, který jej bude ošetřovat. To v praxi znamená, že s touto osobou jedou k lékaři tři osoby z personálu vězeňské stráže, kteří dbají na bezpečnost a zároveň se musí postarat o to, aby vězeň během eskorty neuprchl. Všichni víme, že tento stav je někdy velmi těžko splnitelný, protože podmínky,

v kterých se tyto eskorty pohybují, mnohdy neumožňují použít všechny prostředky, aby byl naplněn zákon. Jsou případy, kdy je tato eskorta přepadena ozbrojenými společníky odsouzeného, kdy nelze ze zákona použít stělnou zbraň, a vězeň je osvobozen. Právě toto jsou ta nejzávažnější rizika.

Druhým problémem jsou již zmiňovaná bezpečnostní rizika, kdy v prostorách civilních zařízení může dojít i ke zranění nezúčastněných osob, což jsou ty nejhorší dopady. Vzhledem k tomu, že jsou případy, kdy bývá eskorta přepadena, tak Vězeňská služba činí opatření, aby toto nebezpečí eliminovala, ale to přináší další výdaje. Zde společnost vynakládá nemalé prostředky, aby vězněným osobám poskytla ty nejlepší služby a péči, ale ta bývá mnohdy i zneužívána. Právě využití zdravotní péče mimo areál věznice bývá důvodem k naplánování útěku z tohoto zařízení. Nelze to brát jako všeobecné pravidlo, ale jsou zde případy, kdy k tomu došlo. Vzhledem k tomu musí Vězeňská služba přistupovat ke všem těmto eskortám se zvýšenou opatrností a ostražitostí, čímž rostou právě náklady na jednotlivá ošetření. Je jasné, že bezpečnostní náklady nelze účtovat zdravotní pojišťovně, tak jsou tyto opět na bedrech státu. Proto se někdy z řad odsouzených ozývá názor, že nejsou posíláni na odborná vyšetření, kterých se dožadovali. Samozřejmě, jak již bylo řečeno, tak věznice nemůže tomuto bránit, jen jsou případy posuzovány individuálně. Tím se může stát, že vězeňský lékař usoudí, že vyšetření v místní věznici je dostačující, pak se žádá eskorta nerealizuje. To je pak situace, kdy si vězňové stěžují na horší kvalitu tohoto vyšetření, ale stížnosti bývají velmi často neoprávněné.

2.5 Prognózy do budoucna

Jak již bylo předestřeno, je důležité se zaměřit také do budoucna, jakým směrem by se mělo vězeňství ubírat, aby bylo dosaženo trendu, který je v současné době nastolen a splňuje náročné požadavky doby. Je jisté, že rozhodující otázkou budou finance, které je možné do tohoto systému poskytnout, aby se stal funkčním a rozvíjícím se. Laik si může říci - to je přeci jednoduché, stát dá peníze, a není co řešit. Ale víme, že takhle jednoduše to nepůjde. Státní finance jsou velmi omezené a často potřebné i jinde, a to mnohdy velmi akutně. V současné době, kdy jsme také zasaženi hospodářskou krizí, tak tento fakt je aktuálnější než kdy jindy. Zde se musí samostatné subjekty, myslím tím věznice, starat také

samy a nespolehat jen na stát. V čem že spočívá tato starost? Hlavní budou určitě úspory, a to ve všech oblastech vězeňského systému. Nemůžeme si v době utahování opasek dovolit plýtvat, na to prostě nemáme. Je zapotřebí co nejšetrněji hospodařit se svěřenými prostředky a využívat je pokud možno efektivně a beze zbytku. Další formou získávání prostředků je hospodářská činnost a zaměstnanost vězňů, která přináší nemalé peníze do pokladen věznic, ze kterých mohou následně financovat své činnosti, na něž jim zrovna stát nepřidělil potřebné finanční prostředky. Tato forma samofinancování může podnítit i aktivitu vězňů a zároveň může být motivujícím a výchovným faktorem pro vězně, kteří se vrátí do společenské reality a budou se s touto problematikou potýkat sami.

V oblasti péče o vězněné osoby jsme zavázáni se držet Evropských vězeňských pravidel, která nám jasně stanovují, jak je třeba se starat o naše klienty, aby jejich resocializace proběhla bez větších komplikací. Zde si myslím, že nastolený trend je na velmi dobré úrovni a do budoucna je možná i taková praxe, kdy se vězňové budou moci z výkonu trestu odnětí svobody vrátit jako zcela nepoznamenaní prostředím, ve kterém dočasně působili. To je ten neoptimálnější stav, který může být. Je to důkaz toho, že systém je dobře nastaven a všechny vynaložené prostředky jsou účelně využity.

Samozřejmě by to nešlo bez ostatních faktorů, které tento stav utvářejí nebo jej přímo tvoří. Jsou to v první řadě zaměstnanci Vězeňské služby České republiky, kteří s těmito lidmi jsou v přímém kontaktu a za pomoci různých programů na ně působí, aby byl pro ně výkon trestu odnětí svobody únosný a umožnil jim se nad svým předchozím osudem zamyslet a snažit se jej změnit. Tito zaměstnanci mají obrovskou možnost na vězně působit a následně je přetvářet. Možná si to mnohdy ani neuvědomují, ale jen jednání a chování k vězňům v rámci běžných pravidel vzájemného soužití umožňuje, že se tyto lidé mohou zamyslet, zda jejich dřívější život byl v souladu se společenskými normami. Zaměstnanci vytvářejí vzor, který by měl pomoci odsouzeným v hledání toho správného, co společnost po svých členech vyžaduje. Z pohledu prognóz kvality zaměstnanců si myslím, že je tento vývoj velmi dobře nastaven. Výběr jednotlivých lidí pracujících ve věznicích je posuzován přísnými kritérii, která by měla odhalit možné indispozice jednotlivce pro požadovanou práci. Je zde kladen důraz na vzdělání, charakterové a osobnostní rysy

přijímaného. Také je důležité, zda se jedná o vyzrálou osobnost, protože jen ta může obstát v psychicky náročném zaměstnání, kterým určitě vězeňství je. Pro příslušníky ozbrojené složky je také kladen důraz na fyzickou připravenost, která je podrobována kontrole za pomoci testů fyzické zdatnosti. Samozřejmě je možné, že tímto hustým sítím podmínek proklouzne jedinec, který se během pracovního zařazení projevuje negativně z pohledu požadavků na své pracovní nebo služební zařazení. V takovém případě je velmi důležité postupovat individuálně a snažit se tento stav napravit. Jedním z řešení je přeložit tohoto jedince na jinou funkci, kterou by mohl zvládnout bez nežádoucích projevů. Pokud ten i nadále nezvládá své nové zařazení, je důležité posoudit, zda by nebylo lepší mu navrhnout změnu profese. To je potřeba sledovat a následně řešit, protože jen kvalitní tým zaměstnanců, profesionálů může budovat toto odvětví. V tomto směru je ještě třeba občas něco doladit, abychom mohli konstatovat, že jsme i v personálních otázkách na evropské úrovni.

Jako velký problém pro budoucí fungování našeho vězeňství vidím přeplněnost věznic, které jsou v současné době na 116% naplněnosti. Tento jev se nám dlouhodobě nedaří změnit, protože kriminalita stále roste a nejsou finanční prostředky na vybudování nových a moderně řešených věznic, které by splňovaly všechny požadavky. Právě přeplněnost zařízení vytváří i přes úsilí zaměstnanců podmínky pro negativní jednání některých odsouzených. Mnohdy musí být řešeny prohřešky proti vnitřnímu řádu věznic, ale někdy i porušení zákona v oblasti mezilidských vztahů. Objevují se zde případy šikany, zneužívání jednotlivců, ale i fyzické násilí, které přináší právě zmiňovaná přeplněnost. Tento stav našeho vězeňství se mi zdá jako velmi obtížně řešitelný, protože dlouhodobý nedostatek financí tomuto jevu jen nahrává. Pokud by se nám tento stav podařilo vyřešit, tak si myslím, že ostatní kritéria, která jsou pro danou problematiku dána, splníme. Český vězeňský systém lze v globálu hodnotit jako velmi dobrý s kladnými prognózami do budoucna.

3. Sebepoškozování

I přes veškerou péči se stává, že prostředí věznice působí na labilnější jednotlivce destruktivně a oni sahají i k sebepoškozování. Protože je to poměrně závažným problémem a souvisí se zdravotní péčí, budu se jím zabývat.

3.1 Charakteristika a druhy sebepoškozování

Existuje mnoho definic, které charakterizují sebepoškozování jako postup jedince, který si vědomě způsobuje bolest, aby dosáhl určitého cíle. Přesná definice sebepoškozování je nesnadná a nemá charakter exaktní klinické deskripce či klasifikace. Tím může být dosažení určité věci nebo stavu, která je jedinci upírána, ale také to může být ventilace emocí, které se náhle u něho nahromadí. **Sebepoškození** (self – mutilation), sebemrzačení, automutilace, autodestrukce se projevuje v rozsahu od polykání předmětů přes úrazy až k sebevražedným pokusům. Toto jednání může být účelové, např. vyhnutí se vojenské službě, nebo příznakem duševní poruchy jako je melancholie, schizofrenie aj. Dříve sem bylo zařazeno i tetování, ale to je v dnešní době bráno jako módní trend, a proto bylo z této oblasti vyřazeno. Sebepoškozování může být také označováno jako určitý druh neverbální komunikace (Hartl, Hartlová, 2004).

Záměrné sebepoškozování je formou sebepoškozujícího chování, odlišující se od rizikového chování, suicidálního jednání a automutilace, a je definováno jako úmyslné zranění vlastního těla bez zjevného suicidálního záměru (Pattison, Kahan, 1983) a bez záměru sexuálního nebo dekorativního (Sutton, 2005). Záměrné sebepoškozování se může objevit u žen i mužů v jakémkoli věku, ovšem jeho výskyt je nejčastější v období adolescence, okolo 14 let (Favazza, 1989; Pattison, Kahan, 1983). Jedná se o sebežezání, sebeupálení, sebetlučení, mírné sebetrávení, pravidelné předávkování, propichování kůže a další metody. Záměrné sebepoškozování je nejčastěji přítomno u jedinců bez jasné psychopatologie, u jedinců s diagnostikovaným hraničním typem emočně nestabilní osobnosti a u jedinců s diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchou. Vzhledem

ke stále vyššímu procentu jedinců bez zjevné psychopatologie se začíná hovořit o dysfunkční copingové strategii (Bašton, 2000). Jedinec se snaží zvládnout psychické napětí a nastolit emocionální rovnováhu. Současně se mohou vyskytovat úzkosti a depresivní ladění (Sutton, 2005) a může nakonec vést i k suicidu (Owens, 2002; Sakinofsky, 2000). Proto je třeba záměrné sebepoškození chápat jako závažný problém a důkaz hluboké psychické nepohody, který vyžaduje pozornost odborníků i širší veřejnosti. Recentní studie uvádějí, že ženy se záměrně sebepoškozují častěji než muži, ale závažnost poškození je jednoznačně větší u mužů. Muži volí častěji fatálnější způsoby sebepoškození, které vyžadují zásah lékaře, zatímco ženy se zraňují spíše superficiálně, kdy lékařské ošetření není nezbytně nutné (Bašton, 2003). Další možnou charakteristikou může být podle Kocourkové, že sebepoškození jako vědomé, záměrné a také často opakované jednání, zdůrazňuje nepřítomnost vědomé suicidální motivace. Sebepoškození by nemělo mít závažnější letální dopad. Stejná autorka zmiňuje nejčastěji poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance a vyřezávání znaků do kůže, např. žiletkou, sklem nebo popálení se cigaretou nebo zapalovačem. Je zmíněno také opakované předávkování léky, pokud u něj není patrný přímý suicidální motiv (Koutek, Kocourková, 2003, str. 74).

Sebepoškození může mít charakter automutilace, charakterizované specifitěji jako „vytváření si bolestivých ale nikoliv smrtelných poranění, která způsobují poškození tkáně, jako jsou řezy a popáleniny, s cílem ublížit si či uvolnit úzkost“ (ICNP, 2001). Automutilace představuje způsob sebepoškození, kde nejčastější motivace vyplývá z psychotické poruchy a může mít symbolický význam, vyjadřující patologické pocity viny a sebepotrestání, někdy bývá zaměřena pouze proti určité části těla. Automutilace se může vyskytnout u psychiatrických pacientů nebo u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích, jako je trestní stíhání, pobyt ve vězení nebo nedobrovolná hospitalizace. Může mít i účelový charakter (Koutek, Kocourková, 2003, str. 73-74).

Souvislosti mezi sebepoškozením a sebevraždou jsou složité a ne zcela objasněné. Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, rozdíl mezi sebepoškozením je ve vědomém a cíleném úmyslu zemřít (Koutek, Kocourková,

2003, str. 73-79). Je proto důležité, aby nebylo sebezraňování považováno za nedokončený nebo nepovedený pokus o sebevraždu, i když mají některé společné rysy. Sebezraňování musí být jasně odlišeno od sebevraždy, už jen proto, že je to způsob boje se životem a jeho úskalími a ne rezignace na něj. Pro striktní odlišení sebepoškozování od sebevražedného jednání mluví odlišný psychodynamický průběh i motivace. Způsoby sebepoškozování nemají letální důsledky a často se opakují. Dle Kocourkové (Koutek, Kocourková, 2003, str.76), více než 60% sebepoškozujících se osob opakuje toto jednání a suicidální úmysl je spíše ojedinělý. Budeme-li charakterizovat sebevraždu, dojdeme podle psychologického slovníku k této definici. **Sebevražda (suicide)** suicidium je porucha pudu sebezáchovy, kdy dochází k úmyslnému ukončení vlastního života. Toto jednání obvykle reaguje na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života. Velmi často se vyskytuje u duševně nemocných, kteří trpí depresemi, maniodepresivitou, schizofrenií a někdy i psychopatií. Může se také jednat o zkratkové jednání v okamžiku tísně, ovšem může být toto jednání i pečlivě zdůvodněné a naplánované (Hartl, Hartlová, 2004, str. 525-526).

V předchozím odstavci jsme se mohli dozvědět, že jedním z prostředí, které může vyvolat u jedince záměrné sebepoškození, je pobyt ve věznici. Také jsme se dozvěděli, že toto jednání má dvě hlavní příčiny. Jednou může být duševní porucha, ale druhou je záměrné jednání za účelem dosažení určitého cíle. Dojde-li k duševní poruše, je snahou vězeňských lékařů tento stav diagnostikovat včas a za pomoci léků jej vrátit k normálu. Vězeňská služba České republiky disponuje i specializovaným zařízením, které se nalézá ve Vazební věznici v Brně, kde jsou pro tuto problematiku speciální prostory a zároveň kvalitní zdravotnický personál. Ale tato skupina nebude předmětem mé diplomové práce. Hlavní důraz bude kladen na skupinu odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, kteří svým sebepoškozováním zároveň zneužívají zdravotnickou péči. Bylo zde popsáno mnoho způsobů, jak se jedinci sebepoškozují, ale vězeňské prostředí má jedno specifikum v této oblasti, a tím jsou bezesporu vězněné osoby, které polykají různé předměty. Bývají personálem označovány jako „polykači“, protože jsou schopny spolýkat opravdu různé předměty, které lze někdy označit jako kuriozity. Jsou to drobné předměty, které projdou trávicím traktem bez většího problému a ani nezpůsobí zdravotní poškození. Ale také se můžeme setkat s žiletkami, kávovými lžičkami, ale i velkými předměty typu polévkové

lžíce. Osoby ve výkonu trestu odnětí svobody jsou v tomto směru velmi vynalézavé. Vězeňskou specifikou jsou tzv. „kotvy“, kdy si jedinec naváže několik předmětů za sebou na nit, udělá na nich háčky, které mají sloužit k tomu, aby se zachytily v trávicím traktu a byla nutná operace. Aby toto dílo ještě zdokonalil, tak tyto kotvy obalí chlebem nebo toaletním papírem, aby je mohl snáze spolknout. Po tomto skutku oznámí vězeňskému personálu, že spolkl tento předmět a následně je odvezen na RTG vyšetření. Po verifikaci jeho tvrzení následuje operace a pobyt v nemocnici, což je jeho záměrem, aby se alespoň na krátkou dobu dostal z prostředí cely. Mnohdy se také stává, že si jedinci toto tvrzení vymyslí, na rentgenovém vyšetření se totiž žádný předmět neobjeví. Oni jsou pak následně odvezeni zpět do věznice, kde vymýšlejí další možnosti, jak by se na chvíli dostali ven mimo areál věznice. Je pravdou, že se tento nešvar pomalu vytrácí, snad je to tím, že současní vězni jsou trochu opatrnější na to, aby si skutečně neublížili. Tak raději lžou a vymýšlí si, aby si nějak zkrátili a zpestřili pobyt za mřížemi.

3.2 Následná péče o tyto osoby

Je velmi těžké souhlasit s tímto jednáním, pomáhat jedinci, který dost možná ani pomoci nechce, anebo si z této situace „dělá ještě blázny“. Bohužel i s takovými jedinci se personál věznic během své praxe setká. Zdravotnický personál a další odborní pracovníci, jako např. psychologové, by nám o tomto jevu řekli určitě mnohem více, ale jsou nuceni dodržovat mlčenlivost, která pramení z jejich funkce. Co ale tajemstvím není, je následná péče, která je těmto sebepoškozovačům a dalším, kteří zneužívají péči ve věznicích, poskytována. Nemalé finanční prostředky a personální obsazení vytváří následně náklady, které musí v konečném důsledku uhradit každý z nás. Velmi často dochází k hospitalizaci ve vězeňských nemocnicích nebo odborných civilních zařízeních, kde je jim poskytována posttraumatická péče. To však nejsou jediné náklady, které jsou s tímto spojené. Také sem musíme zahrnout aktivity, které souvisejí se střežením a převozem těchto vězňených osob do civilních zdravotnických zařízení, které nejsou na tuto specifickou klientelu připravena, a proto zde musí současně působit i příslušníci vězeňské stráže, kteří hospitalizované osoby střeží, aby nedošlo k jejich následnému útěku. Laik se možná nad tímto ani nepozastaví a řekne si: „Co je na tom, pošleme tam příslušníky a bude“, ale jak již bylo řečeno, tak finanční náklady tím velmi stoupají. Vzhledem k tomu, že Vězeňská služba České

republiky je závislá na prostředcích ze státního rozpočtu, který, jak všichni víme, není bezedný a jeho prostředky na tuto oblast jsou spíše nižší, musí sáhnout k nepopulárním krokům. Úsporná opatření pak následně ztenčují jiné oblasti financování vězeňství, jako jsou např. programy zacházení s vězni, pozastavuje se opravy a modernizace věznic, nevyplácí se odměny zaměstnancům, kteří by si to určitě zasloužili. To vše se děje proto, abychom se postarali o osoby, které o to mnohdy vůbec nestojí a své jednání účelově opakují. Ani si neuvědomují, že mohou škodit i svým kolegům (spoluvězněm), protože i je postihnou „úsporné balíčky“.

Zde by určitě stálo za to, aby se někdo kompetentní nad tímto stavem zamyslel a pokusil se s ním něco udělat. Bude to úkol hodný velkého odborníka a znalce prostředí a tím nemyslím jen prostředí vězeňství, ale i zdravotnictví a hlavně oblast právní. Určitě by se daňoví poplatníci nezlobili, když budou finanční prostředky vynaloženy na ty, kteří se sebeškodili v důsledku nějaké psychické poruchy, protože to se může stát i nám, kteří žijeme normální život a naše starosti nás zahnalý do úzkých. Ale zajisté budou všichni abnormálně rozmrzelí, když budeme financovat péči člověka, který ji jednoznačně zneužívá. Považoval jsem za nutné tuto skutečnost ve své diplomové práci uvést, protože je mnoho občanů naší společnosti, kteří ani netuší jaký je skutečný stav péče o vězně. Mnohdy slyšíme v médiích zprávy, které Vězeňskou službu obviňují, že neposkytují takovéto osobě odpovídající péči, ale často ani netuší, že se jedná o osoby, které během jednoho týdne byly již několikrát u lékaře a pokaždé díky svému zavinění. To bylo také hlavním důvodem, proč jsem se rozhodl psát diplomovou práci na toto téma. Objasnit čtenářům pohled na život vězněných osob z pohledu zaměstnance, ale i odsouzeného s ohledem na kvalitní způsob života. Bude ještě dlouho trvat, než se tato oblast otevře informačně společnosti, i když je nutno podotknout, že stav se rapidně zlepšil. Je tudíž důležité informovat společnost o účelnosti vynakládání nemalých prostředků na provoz 35 věznic v České republice. Na druhé straně je potřeba posoudit, zda jsou využívány vždy správně, nebo jestli by nebylo vhodné některé věci přehodnotit, a dosáhnout tak větší efektivity v nakládání s těmito prostředky. Každý z nás se musí snažit, aby finance, které má k dispozici, mu vystačily na jeho potřeby a požadavky. To samé platí o státních prostředcích, které jsou z části nás všech, a mnohdy nemáme možnost o nich

spolurozhodovat. Proto je důležité, aby byly vynakládány co nejšetrněji. Snad tato práce poskytne čtenářům potřebné informace.

3.3 Předcházení sebepoškozování

Terapie a intervence je zaměřena hlavně na zátěžové životní okolnosti a poruchy, které sebepoškozování zapříčiňují nebo doprovázejí. V popředí stojí situace nebo problém, nejčastěji ztráta významné vazby (Koutek, Kocourková, 2003), která sebepoškozování vyvolala. Proto se zaměřujeme na její řešení. Přístup k sebepoškozování (Department for Education and Skills, 2003). Samozřejmě nejlépe poskytne odbornou pomoc profesionál – psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut. Zkoušení různých nových způsobů jak ventilovat zlost, jako např. různými pohybovými úkony, nebo i boucháním do boxovacího pytle nebo ječením do polštáře, je oproti sebepoškozování docela dobrý způsob překonávání frustrace. Velmi prospěšná jsou i cvičení na posílení pozitivního obrazu sebe sama. K ventilování nahromaděných emocí může sloužit také třeba psaní deníku, anebo používání tvůrčího psaní jako formy terapie. Další zajímavý nápad je nahrát s každým pacientem nějakou audiokazetu, kde o sobě říká něco pozitivního a posilujícího. Když se potom cítí špatně, může si kazetu přehrát a vidět situaci v lepším světle.

Počátek intervence

Prvním a základním bodem při intervenci sebepoškozování je pomoci jedinci si uvědomit, co stojí za tímto škodlivým chováním, a teprve potom můžeme hledat jinou cestu vypořádání se s vlastními emocemi. Do tohoto kontextu zapadají otázky životních situací při prvním sebepoškození a pocity nebo nálady, které člověk před a při zraňování cítí. Také jsou důležití lidé okolo nebo místa, na kterých se to děje (Department for Education and Skills, 2003). Někdy existuje spojitost mezi velmi nepříjemnou událostí z minulosti, o které se sebezraňující se člověk nikomu nezmnínil ani se s ní nesvěřil a spíše se jí snaží vytlačit. Je samozřejmě potřeba se s těmito špatnými vzpomínkami a myšlenkami vypořádat. Někteří odborníci (ASHIC, 1999) také radí mluvit s takovými pacienty o tom, co by chtěli ve svém životě změnit a co by se muselo stát, aby už necítili potřebu si ubližovat a co z toho mohou udělat oni sami.

Terapie

Terapeutický přístup (Koutek, Kocourková, 2003) vychází ze specifík pacienta, charakteru jeho klinických projevů, psychosociálních okolností a subjektivního významu, který sebepoškozování vyjadřuje. Používají se psychosociální metody léčby, modalita terapie individuální, skupinové a rodinné i farmakoterapie. Pacient by zpravidla neměl být hospitalizován, protože to snižuje vlastní odpovědnost za sebezraňující chování. Hospitalizace je doporučována (Koutek, Kocourková, 2003, str. 74) hlavně v případech, kdy je sebezraňování jen jedním ze symptomů psychopatologie (poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese apod.) nebo když je kromě sebepoškozování přítomno i sebevražedné chování. Stejný pramen uvádí, že sebepoškozující pacienti mají často manipulativní sklony chování, a proto bývá někdy pro odborný tým těžké tyto projevy zvládat. Sebepečující pacient často uvádí odlišné informace a údaje různým terapeutům, vzbuzuje v terapeutech obavy, pocity viny a zlost. Proto hospitalizace vyžaduje práci se zkušeným týmem. Uvedu některé praktické techniky pomoci v případě sebezraňování. Identifikace spouštěčů tohoto nebezpečného chování může pomoci při jejím předcházení nebo obraně, ale přesto mohou nastat situace a nálady, kdy se myšlenky na ublížení si znovu objeví. Někteří lidé, kteří si tímto už prošli, radí:

- Promluvit si s někým, komu je možno důvěřovat.
- Zapsat toho, jak se člověk právě cítí, třeba do deníku.
- Poslech hudby, kreslení nebo čtení.
- Jít se projít nebo zaběhat, tančit, cvičit nebo jinak sportovat.
- Počítat pozpátku od deseti do nuly.
- Soustředit se na konkrétní prostředí, něco, co lze právě vidět, slyšet nebo cítit, a tak přeměřovat svoje myšlenky od ublížování si. Jestli sebezraňování nemůže být potlačeno úplně, cílem je alespoň jej minimalizovat. Jak zmírnit následky? Samozřejmě ne ve všech případech se podaří hned skončit sebezraňování nebo předejít jeho znovuobjevení. Kvůli tomu je důležité informovat klienty, co dělat v případě recidivy.

Předchozí kapitola nám poskytla náhled na všeobecné podmínky prevence předcházení sebepoškozování nebo práci s pacienty, kteří se již o toto jednání pokusili. Budeme-li specifikovat dále pomoc a prevenci na vězeňské podmínky, tak dojdeme k dalším

postupům, které se snaží předcházet tomuto jednání. Když je pacient s těmito poznatky přijímán do věznice, tak se personál snaží, aby již k tomuto nedocházelo. Po odborných diskusích a terapiích přichází na řadu práce vězeňských dozorců, kteří o těchto jedincích vědí a následně je intenzivně pozorují. To slouží k tomu, kdyby se přeci jen osoba pokusila znovu o sebepoškození, tak aby personál včas zareagoval a minimalizoval zdravotní dopady tohoto jednání osoby. O těchto zvláštních opatřeních se vedou písemné záznamy, aby se nikdo nemohl vymlouvat, že o dané skutečnosti nevěděl. Zde je jasný důkaz toho, že Vězeňská služba dělá vše pro to, aby bylo o odsouzené dobře postaráno a to i za podmínek, kdy se jedinec zraňuje záměrně. Opět se tedy vracíme k problému zneužití péče klienty věznic.

4. Zneužívání zdravotní péče poskytované vězněným osobám

4.1 Proč je tomu tak?

Na tuto otázku asi nikdy nedostaneme jednoznačnou odpověď. Jedna skupina těch, kteří zdravotní péči zneužívají, přiznává, že je jim pobyt ve věznici dlouhý, a tak si jej krátí tímto způsobem. Druhá část tvrdě popírá zneužívání a schovává se za zdravotní stav, který je podle nich vždy akutní a nesnese odkladu. První skupina je prokazatelně menší, protože při takovéto prezentaci se k nim i vězeňský personál chová stejným způsobem. Ta druhá je velmi komplikovaná, protože jen lékař může stanovit, zda je osoba nemocna, anebo si vymýšlí. To je bohužel velká nevýhoda věznic, které nemají nepřetržitou službu vězeňského lékaře, a potom jim nezbyvá, než využít záchranné služby z civilního prostředí. To je situace, kterou si odsouzení velmi dobře uvědomují a tvrdě ji zneužívají. Právě díky nepřítomnosti lékaře mohou doufat, že je lékař z RZS pošle na odborné vyšetření do civilní nemocnice, anebo jim dá léky, které je následně utlumí, a oni mohou klidněji spát. Tento stav je také důvodem, aby si vězněné osoby sehnaly nějaké prášky, protože jim zkracuje víkend, kdy se nic moc neděje a den neubíhá. Tak je potřeba použít tlumící léky, aby se dalo spát. Proto si vymyslí nějakou diagnózu a po příjezdu lékaře mu rovnou řeknou, co by rádi dostali. Vzhledem k tomu, že zdravotnický civilní personál již tyto klienty zná, tak jim dá něco neškodného, aby dali pokoj a pospávali.

Já jsem několik let působil jako ten, který po pracovní době a v nepřítomnosti lékaře k těmto rádoby nemocným vodil lékaře ze záchranné služby, aby je vyšetřil a popřípadě jim dal nějaké léky. Víím, že mnohdy se na nás zdravotnický personál zlobil, proč je voláme, když dotyčnému vůbec nic není. Já jsem mu musel složitě vysvětlovat, že my nejsme kompetentní k posouzení zdravotního stavu, a v případě odepření péče, si jedinec okamžitě stěžuje a my jsme následně prověřováni, proč jsme tak učinili. Je to velmi složitá situace, protože mnohdy víme, že dotyčnému není vůbec nic a že si jen vymýšlí, což se následně potvrdí po příjezdu lékaře, který konstatuje to samé. Další komplikací je, že se upravila

legislativa, kdy my nesmíme lékaři ze ZS poskytnout zdravotní dokumentaci k jedinci, který si žádá ošetření. Dříve to byla normální praktika, kdy pověřený příslušník mohl ze zdravotnického střediska věznice dodat lékaři dokumentaci. Ten pak měl mnohem jednodušší posuzování skutečného zdravotního stavu pacienta. Také se okamžitě dozvěděl, že dotyčný již mnohokrát požadoval ošetření a s jakým výsledkem, což určitě urychlilo vyšetření. Pokud se jednalo o simulanta, měl doktor důvod k tomu, aby jej nevyšetřil. Tento stav alespoň napomohl k tomu, že se vězňové, kteří si mezi sebou tuto informaci samozřejmě předali, nesnažili tak často volat bezdůvodně lékaře.

Když si pomyslíme, co takový výjezd stojí peněz a úsilí, tak se nemůžeme divit tomu, že si mnohdy lékaři stěžovali. Hodnotím-li tuto situaci ze svého pohledu, musím přiznat, že když jsem byl přítomen u zákroku lékaře, který prohlížel některého z chronických simulantů, měl jsem co dělat, abych se udržel a něco dotyčnému neřekl od plic. Vzhledem k tomu, že možná ve stejný okamžik někde někdo potřeboval doopravdy nutně lékaře (dopravní nehody, infarkty a jiné život ohrožující stavy) a zde se musel lékař zabývat člověkem, který si jen vymýšlí a nepotřebuje vůbec nic. Uvedené skutečnosti mě vedly k zamyšlení, zda by se nedalo s tímto stavem něco dělat. To byl také jeden z důvodů, proč jsem si vybral toto téma jako svoji diplomovou práci. Společnost se snaží utlumit všemožně ekonomické dopady, které nás nutí šetřit ve všech oblastech, a přitom zde nám peníze protékají mezi prsty. Navrhoval jsem, aby se vrátila zpět možnost, že lékař z civilního zdravotnického zařízení bude moci nahlédnout do zdravotní karty jedince, aby se eliminovala možnost zneužití této péče. Ač vypadá tento návrh velmi jednoduše a jeho realizace by nemusela být vůbec složitá, tak jsem tvrdě narazil. Jako argument mi bylo předloženo, že nikdo nesmí nahlížet do těchto materiálů kromě lékařů. Já jsem oponoval, že mnoho let se tak dělo a nikoho dalšího nenapadlo se do zdravotnické dokumentace dívat. Vzhledem k tomu, že je tam mnoho výrazů v latinském jazyce, nebylo by toto ani smysluplné. Jako konečná argumentace mi bylo řečeno, že je to nařízení z vyšších míst a nelze ho měnit. Nevím, zda jsem nebyl jen odbyt, abych dal již pokoj, ale nemohu se s tímto stavem ztotožnit. Pokud je pravda, že je to nařízení od nadřízeného orgánu, tak ale i on je součástí státní struktury a jejího financování, a jako každý, tak i on má povinnost účelně nakládat se státními prostředky. Zde se nabízí uvedené řešení, ale nadřízené orgány

zatím mlčí. V následující části diplomové práce bych rád čtenáře seznámil ještě s jiným návrhem řešení této problematiky.

4.2 Možnosti postihu za zneužití poskytnuté péče

V dnešní době, kdy musíme řešit mnoho problémů, někdy i existenčních, se nabízí otázka, proč se na některých místech může plýtvat a mnoho se neděje. Stát má za povinnost se o své občany postarat, ale to neznamená, že oni budou jeho pomoci zneužívat. Budeme-li se držet tématu práce, tak zjistíme, že právě v systému vězeňství, potažmo v poskytování zdravotnické péče se tak určitě děje. Jak již bylo napsáno, tak se v našich věznicích objevil nešvar, s kterým si Vězeňská služba neví rady. Zneužívání zdravotní péče je nejen neetické, ale i nevhodné, proto by bylo dobře, s tímto stavem něco udělat. Porovnáme-li skutečnost, že mnohdy musí opravdu nemocní pacienti v civilním sektoru vyhledat lékařskou pomoc, často musí za lékařem dojet do nemocnice nebo jiného podobného zařízení, aby byli ošetřeni. Naproti tomu k vězněným osobám lékař vždy zajede, a to mnohdy doopravdy zcela zbytečně. Civilista si musí péči uhradit, tím myslím poplatky za ošetření nebo léky, ale za vězně to v mnoha případech hradí stát, protože jedinec nemá žádné prostředky. Víím, že věznice jsou převážně zaplněné těmi, co nemají moc prostředků, ale kdyby byli na svobodě, tak by museli tuto péči uhradit.

Základem fungování společnosti je dodržování zákonů a morálních pravidel, která mají ještě delší historii než právní řád sám. Právo je státem vymáháno a jeho porušení sankcionováno. U morálky je to trochu odlišné, její porušování je společností odsuzováno a jedinci, kteří tak činí, jsou kritizováni a společnost se snaží na ně působit, aby je změnila k lepšímu. V případě zneužívání zdravotní péče by určitě stálo za námahu, aby se naši zákonodárci nad tímto stavem zamysleli a tento právně ošetřili. Není možné, aby nepatrná část společnosti žila a parazitovala na těch, kteří dodržují jak zákony, tak i morální normy dané společnosti. Jsem v tomto případě zastáncem tvrdšího přístupu ke zneužívání zdravotnické péče. Zastávám názor, že kdyby několik jedinců, kteří v tomto směru na společnosti parazitují, muselo uhradit např. neoprávněný výjezd záchranné služby, ošetření lékařem a jinou jim poskytnutou pomoc, tak by si ostatní rozmysleli, jestli budou péči

zneužívat. Samozřejmě mohou někteří jedinci namítnout, že jsem uvedl, že převážná část vězňených osob nedisponuje finančními prostředky. V tomto případě by musel zákon s tímto počítat a nastolit ještě tvrdší postih, kterým by mohlo být i další odnětí svobody. Vždyť vězni by měli vzít také v úvahu, že díky tomuto zneužití může někde jinde pacient, ke kterému se vzhledem k této situaci nemohl lékař dostat, i zemřít. Možná, že se bude někomu zdát můj názor trochu přehnaný, ale vzhledem ke své praxi a případům, které se skutečně staly, se mi zdá tento problém velmi vážný a je potřeba ho řešit. Snad by se našlo i jiné východisko, než to, co uvádím já, nebo na druhou stranu odborníci můj návrh odmítnou, protože je z nějakého důvodu nerealizovatelný. Snad tato práce někoho alespoň přiměje k zamyšlení nad tímto problémem, který se v našem vězeňství objevuje. Abych potvrdil to, co jsem výše napsal, uvedu v další kapitole dvě kazuistiky vězňených osob, které jsou příkladem zneužívání zdravotní péče.

4.3 Kazuistika č. 1

Marie K. narozena 14. 7. 1968, je recidivistka, která od svých osmnácti let žije tuláckým, bezdomoveckým způsobem života a střídavě (někdy i účelově) bývá ve vězení.

Rodinná anamnéza:

Vyrůstala v úplné rodině, je nejstarší z pěti dětí. Matce je 57 let, je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako krmička skotu v zemědělském družstvu. Otec zemřel v roce 1992 na infarkt myokardu, pracoval převážně jako dělník ve výkupu obilí. Nejstaršímu bratru F. je 30 let, pracuje jako soukromý podnikatel v oboru instalatér a topenář. Je dosud svobodný. Druhému bratrovi M. je 29 let, je rozvedený, má syna, se kterým se pravidelně stýká. Je dělníkem, vyučil se v továrně na výrobu nádobí v Českých Budějovicích. Následují devatenáctiletá dvojčata – sestra P. je svobodná, pracuje jako mistrová v továrně na výrobu tužek Koh-i-noor, vážnou známost nemá. Dvojče - bratr R. je vyučený jako nástrojař v továrně na výrobu nádobí, dosud je svobodný, ale má perspektivní známost. Jeho partnerka je prodavačkou v textilu, je rozvedená, má dvouletého syna. Kromě naší klientky jsou všichni členové rodiny trestně bezúhonní. V konfliktu je naše klientka s bratrem M., který ji v rodině nechce, a když se naše recidivistka sporadicky doma objeví, vyhání ji. Vadí mu, že je ubytovaná v obývacím pokoji, kde dělá nepořádek. Dále mu vadí,

že si od sourozenců půjčuje peníze, které nevrací. Matka a ostatní sourozenci proti naší klientce tyto výhrady nemají, vyčítají jí tuláctví. Matka se k recidivě dcery vyjadřuje v tom smyslu, že dcera potřebuje psychiatra a léčení.

Osobní anamnéza:

Marie je dítě z prvního těhotenství, porod, poporodní adaptace i psychomotorický vývoj v normě, hygienické návyky včas osvojené. Již od útlého dětství se jevila hyperkinetická, nic ji dlouho neupoutalo. Byla a je nesoustředivá, nepozorná. Také trpěla afektivními záchvaty ústíci do bezvědomí. U těchto záchvatů byla jasně prokázána epileptická symptomatologie, v pozdějším věku pak na EEG záznamech byla ojedinělá epileptická ložiska konstatována. Marie trpěla záněty průdušek, opakovaně prodělala zápal plic. Do školy nastoupila bez odkladu školní docházky. Do páté třídy se učila průměrně, později měla čtyřky. Nikdy neopakovala ročník (nepropadla), neměla snížené známky z chování. Častější absence z důvodu nemoci byly omluveny. Po ukončení základní školy se začala učit prodavačkou, ale učební obor nedokončila. Tvrdí ovšem, že výuční list má. Mezi vrstevníky nikdy příliš oblíbená nebyla, pro její snědou pleť jí spolužáci přezdívali „cikánka“. Přízeň si získávala vymyšlením a fantazie jí rovněž nahrazovala různé životní frustrace. Nikdo jí však příliš nevěří, je o ní známo, že lže.

V 16 letech bývala velmi pohledná (podle sdělení sociální kurátorky okresního úřadu), často navštěvovala českobudějovické restaurace a lidé z jejího okolí o ní věděli, že za menší finanční obnos byla ochotná málo oděná či nahá tančit na restauračních stolech. Po údajném zklamání v lásce začala navazovat přechodné známosti a brzy se dostala do konfliktu se zákonem drobnými krádežemi, ke kterým se ihned přiznávala. Tak pozvolna začala poznávat život nejprve ve vyšetřovací vazbě, později ve výkonu trestu odnětí svobody – tedy v klasické věznici. Zde se dokázala dobře adaptovat. Tato recidivistka může představovat ideální model prionizace – přijetí norem vězeňské subkultury za své. S touto úvahou plně koresponduje její sdělení, že „věznice je její domov“. Účelově „zavřít“ se nechává zvláště v zimních měsících, kdy život venku, na nádraží nebo v rourách, je již neúnosný. S příchodem zimy se M. dříve či později objevuje jako nezbytný inventář věznice.

Jak již bylo uvedeno, v době adolescence byla poměrně pohledná, vyšší a štíhlé postavy, měla černé kvalitní vlasy a jiskrné černé oči. Dnes je předčasně zestárlá, vyhublá, pobledlá, značně neupravená, nepříliš čistá, má zanedbaný chrup a některé zuby jí chybí.

Emočně je labilní, s hysterickými výkyvy v chování – tyto často ústí do záchvatu epileptoidního charakteru. Je manipulativní, ráda si vymýšlí a upozorňuje na sebe smyšlenkami, které mají ráz pseudologie. Když okolí nejedná podle jejích představ, dokáže simulovat suicidální úmysly, několikrát se demonstrativně povrchově pořezala. Je silná kuřačka, nekvalitní tabák si balí třeba i do novinového papíru a takovýchto cigaret dokáže vykouřit i 200 denně. Často se sebepoškozuje a v průběhu eskorty se domáhá, aby mohla vybrat nedopalky z popelníků. Jejím oblíbeným nápojem je ve věznicích oblíbený „magorák“, silný čaj smíchaný s tabákem a přelítý horkou vodou. Vězněné ženy, které s ní sdílí společnou celu, snášejí její přítomnost pouze omezenou dobu, protože bez dovolení používá jejich osobní věci, kouří jejich tabák a krade z jejich zásob. Tam, kde cítí přirozenou autoritu, podřídí se. Jinak si jako „štamgast věznice“ spíše podřizuje jiné. K personálu věznice je někdy servilní, jindy familiární a zkouší jako „stálice“ vyžadovat nadstandardní služby.

Její předposlední a poslední pobyt ve vyšetřovací vazbě byl poznamenán neblahou zkušeností. V průběhu jedné ze svých potulek přijala pozvání k přespání od neznámého mladíka – přespání ve společném pokoji ve sportovním klubu. Mladík ji po odmítnutí sexuálních hrátek během noci pobodal nožem a M. stěží jeho pokus o vraždu přežila. Byla hospitalizována na ARO a jednotce intenzivní péče. Z nemocnice spěchala pryč, podepsala revers, doma u matky se zdržela jen velmi krátce. Následoval další menší delikt – a po něm opět vyšetřovací vazba, tedy věznice. Vzhledem k tomu, že při zranění břicha nerespektovala doporučení lékaře, kouřila, pila magorák, atd., její zdravotní stav se zhoršil a musela být ve vězeňské nemocnici znovu operována. Po dobu vazby všem zaměstnancům věznice sdělovala, že ona je jediná, která „sedí“ ve stejné věznici zároveň se svým vrahem. Bez ostychu všem ukazovala hojící se rány po napadení nožem.

Psychologické vyšetření ukazuje na osobu deprivovanou, s průměrnými rozumovými obecnými schopnostmi, hypersenzitivní s hysterickými výkyvy a s konfabulacemi typu pseudologie. Vykazuje smíšenou poruchu osobnosti. Po dobu výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody na ni je průběžně psychologicky působeno.

Závěr:

Marie K. je velmi svérázný a zvláštní člověk. Při zpracování této kasuistiky jsem čerpal z anamnéz vězeňské psycholožky a sociální pracovnice, její zdravotní stav jsem konzultoval s vedoucím lékařem zdravotního střediska vazební věznice. Všichni jsme se shodli na skutečnosti, že **všechny** údaje, které nám o sobě Marie při rozhovorech a skupinových terapiích řekla, jsme vzhledem k jejímu permanentnímu lhaní ověřovali z jiných zdrojů. Spolupracovali jsme tak se sociální kurátorkou Okresního úřadu v Českém Krumlově, hovořili jsme s Mariinou matkou a některými sourozenci, nemohli jsme vynechat ani vyšetřovatele Policie ČR. Z archivu jsem si nechal vyzvednout spisy z její minulé trestné činnosti a s psycholožkou jsem porovnával uschované výtvarné projevy této recidivistky. Změny, na které mě psycholožka upozornila, by odborníkovi či arteterapeutovi stačily na zpracování další vědecké práce.

Marie patří již neodmyslitelně k Vazební věznici v Českých Budějovicích. Způsob života si zvolila sama a zdá se, že jinak již žít neumí. Je to svým způsobem výrazná osobnost. Natolik výrazná, že bych se nedivil, kdyby třeba za deset let se jejím případem v rámci celoživotního vzdělávání funkcionářů Vězeňské služby zabýval někdo z mých kolegů nebo nástupců.

4.4 Kazuistika č. 2

Emil B., 18 let (České Budějovice) - romské národnosti.

Rodinná anamnéza:

Vyrůstal v úplné rodině jako nejmladší syn, otec i matka pracovali, má 3 bratry, kteří

byli o mnoho let starší. První z nich se vyučil zedníkem a jako jediný má ukončené základní vzdělání. V současné době pracuje u stavební firmy. Druhý bratr společně s třetím nedokončil základní vzdělání a pracují jako námezdní síly na různých stavbách. Tito dva bratři již mají za sebou kriminální minulost za krádeže a podvody. Nejstarší je v současnosti bezúhonný. Emilova rodina byla ekonomicky dobře zajištěná. Otec byl živnostník v oboru malíř – natěrač. Matka nikdy nepracovala, protože byla v domácnosti a zabezpečovala chod rodiny. Jeho rodiče přitom neměli nikdy kriminální minulost.

Osobní anamnéza:

Základní školu ukončil 7. třídou. Během docházky na základní školu byl často trestán sníženou známkou z chování za obtěžování a fyzické týrání spolužáků a v neposlední řadě za neomluvené hodiny. Na učební obor nikam nešel, od 15let nepracoval, jen příležitostně v úklidové firmě či u kopáčských firem. Nechal se živit svými rodiči.

Od 11 let začal kouřit marihuanu, v 15 letech začal užívat pervitin, na kterém již byl poslední rok silně závislý. Užíval jej 4 až 5krát denně. Jelikož stále nepracoval, začal krást a loupit, aby měl na drogy. V 17 letech se mu narodilo dítě, které má se stejně starou přítelkyní českého původu. Vzhledem ke skutečnostem, které jsou uvedeny, se ani o rodinu nestaral. Na výchově jeho syna se podílela přítelkyně a matka. On si s tímto nedělal žádné starosti, protože neustále sháněl prostředky na drogy. Emočně a mentálně je jmenovaný na úrovni 12 let. Nevyzrálý, nestálý a emočně nestabilní. Má návaly vzteku a agrese, které propukají až v ataky a nepřičetnost, kdy pak neví, co dělá. Nikde se neléčil a ani nechce. Doufá, že to zvládne sám. Ve věznici snášel velmi špatně spoluvězně a prostředí, ve kterém byl ubytován. Velmi často se uchýloval k sebepoškozování, které prováděl různou formou: od řezných ran na zápěstí, přes pálení se cigaretou až o pokus sebevraždy oběšením. Tento pokus byl ale jen demonstrativní, protože se ani nesnažil na velmi chatrné smyčce pověsit. Také čekal až do doby, než půjde kolem cely dozorce a podívá se dovnitř, aby následně zabránil jeho jednání. Dalším jeho nešvarem bylo velmi časté se dožadování ošetření lékařem a to z různých důvodů, které se vždy ukázaly jako plané. Byl u lékařů záchranné služby znám jako chronický simulant.

Závěr:

Ve Vazební věznici v Českých Budějovicích se zúčastňoval terapeutických prací, cílem bylo získání reálného sebevědomí, zvládnutí agrese – metodou KBT a arteterapie. Jeho přístup je však povrchní a není schopen se na terapii soustředit. Dochází na ni hlavně proto, aby opustil prostor cely, ve které vykonává trest odnětí svobody v délce 3 let. Prognóza na jeho zlepšení je podle názoru specialistů ve věznici, kteří s ním odborně pracují, nejistá.

5. Výzkum

5.1 Výzkumný projekt

Výzkumný projekt je součástí diplomové práce, jejímž cílem je zjistit názor *na kvalitu života* osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Tento výzkum by měl vnést světlo do problematiky našeho vězeňství s ohledem na trest odnětí svobody se zaměřením na kvalitu života. Jsou stanoveny tři hypotézy, které by měly být potvrzeny, nebo vyvráceny, aby se rozšířily obzory kvality života i na jiné prostředí, čímž je již zmiňované a tajemstvím mnohdy obestřené vězeňské prostředí.

Lidská společnost se již po dlouhá léta zabývá základními filozofickými otázkami, jejichž součástí jsou i otázky etické, estetické, náboženské apod. V souvislosti s tím hovoříme o filozofii hodnot – axiologii. V popředí zájmu společností stojí i kvalita života, která je pro mnohé abstraktním pojmem, protože si ji každý z nás představí jinak. Pro každého je v oblasti kvality života v popředí něco jiného. Na toto téma bylo vypracováno mnoho odborných statí, které se převážně vázaly k běžné populaci naší společnosti, ale jen malé množství se zabývalo osobami ve výkonu trestu odnětí svobody a jejich pohledem na kvalitní život „trestance“. Vzhledem k tomu, že kvalita, vyspělost a demokracie společnosti je hodnocena i tím, jak se stará právě o tyto osoby, je důležité, aby se tato problematika stala středem zájmu i naší veřejnosti. Právě k tomu by měl tento výzkum a následně celá práce přispět.

Společnost si pro plnění těchto nelehkých úkolů vytvořila státní organizaci, která se snaží o převýchovu lidí provinujících se proti zákonům. Vězeňská služba má za úkol tyto jedince nejen střežit, ale zároveň pro ně vytvářet takové podmínky, které by je nijak neomezovaly v oblasti kvality života a jejich nekonfliktního zařazení zpět do společnosti. To je v zájmu celé společnosti, protože jen převychovaný jedinec již dál společnosti neškodí. K usměrnění těchto základních lidských postulátů nám pomůže kvalitní znalost těchto lidí, ale také jejich vnitřní potřeb a tužeb, jež můžeme i ovlivnit (Kula, 2006).

5.2 Cíl a metodologie výzkumu

Cílem práce je analýza kvality života u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody. Respondenti se měli dotazníkovou metodou vyjádřit, jaké hodnoty v životě považují za důležité, jak si jich cení, a na druhé straně, jak jsou s nimi v životě spokojeni. Jako nejdůležitější ukazatel kvality života je zdraví a péče o něj, cílem je zjistit, zda je péče o odsouzené kvalitní. Dále si práce klade za cíl, porovnat kvalitu života ve věznicích s tou na svobodě z pohledu vězňených osob. V neposlední řadě se výzkum zabývá otázkou, zda sebepoškozování a zneužívání zdravotnické péče ve věznicích je normálním, standardním jevem, anebo jen zkratovým jednáním jedinců. Daná zjištění se mohou stát význačným faktorem při posuzování a zlepšování podmínek pobytu vězňených osob s důrazem na bezkonfliktní a relativně kvalitní prožití části života ve výkonu trestu odnětí svobody. Výše uvedený cíl je třeba vnímat jako dominantní a ústřední.

Metodologie výzkumu

Výzkumný záměr byl specifikován ve dvou rovinách, a to v rovině teoretické a empirické. V teoretické rovině se jedná o kvalitativní výzkum zpracovaný monografickou procedurou za použití technik obsahové analýzy, analýzy dokumentů, standardizovaným a nestandardizovaným rozhovorem, kritickou analýzou informačních zdrojů.

Empirická část diplomové práce byla zpracována statistickou procedurou, má charakter kvantitativního šetření a dominantní technikou byl dotazník.

Analytická jednotka: Skupina odsouzených mužů a žen různých věkových kategorií, kteří jsou umístěni do různých typů věznic.

Výběrový soubor: 39 odsouzených žen a 70 odsouzených mužů ze čtyř věznic s různým typem trestu odnětí svobody.

HYPOTÉZY

H1 : Zdravotní péče ve výkonu trestu odnětí svobody je kvalitní.

H2 : Kvalita života ve věznicích je srovnatelná s tou v civilním životě.

H3 : Sebepoškozování a zneužívání zdravotní péče ze strany odsouzených je běžným jevem.

6. Výsledky empirického šetření

6.1 Popis a charakteristika zkoumaného vzorku

K tomuto empirickému šetření bylo osloveno 125 osob ve výkonu trestu odnětí svobody, z toho 40 žen a 85 mužů z různých věznic a typů v naší republice. Šetření má kvantitativní charakter a dominantní technikou byl dotazník. Po doručení všech dotazníků bylo zjištěno, že u žen se jeden dotazník nevrátil k vyhodnocení. U mužů to byly dva dotazníky a tři byly znehodnoceny dotazovanými, proto musely být z výzkumu vyřazeny. Tím byl výběrový soubor tvořen 39 ženami a 70 muži. Tento vzorek obsahuje různé věkové kategorie, typy věznic a délku trestu tak, aby bylo dosaženo co nejobjektivnějšího šetření k dané problematice. Obsahové spektrum respondentů bylo vybráno ze čtyř věznic, a to ženy jsou z Věznice Světlá nad Sázavou, muži jsou ze tří věznic podle typu věznice. Co se týká zařazení žen podle skupin, tak v tomto výzkumném vzorku se objevily zástupkyně jak dohledu, dozoru, ostrahy, ale i specifické skupiny, kterou jsou matky s dětmi. První část respondentů mužů je z Vazební věznice v Českých Budějovicích, kteří jsou zařazení do typu dohled a dozor. Druhá je z Věznice Odolov, kde jsou umístěni vězni do typu věznice s dozorem, a poslední je skupina mužů z Věznice Stráž pod Ralskem, kde se jedná o vězněné muže zařazené do typu věznice s ostrahou. Procentuální rozdělení jednotlivých osob podle typu věznic, věku apod. najdeme v následujících tabulkách. V první části výzkumu je charakterizována výzkumná skupina respondentů tak, aby bylo zjištěno, do jaké sociální skupiny dotazovaní patří. Tato část slouží k celkovému dokreslení stavu vězněných osob v našich věznicích.

tabulka č. 1 Složení sledovaných vzorků

| Věkové rozložení - Ženy VTOS | | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|-----------|
| Skupiny zařazení | Do 20-ti let | Do 30-ti let | Do 40-ti let | Do 50-ti let | Do 60-ti let a více | Celkem |
| Dohled | 1 | 5 | 5 | 0 | 0 | 6 |
| Dozor | 2 | 11 | 1 | 0 | 1 | 15 |
| Ostraha | 0 | 8 | 1 | 4 | 0 | 13 |
| Matky s dětmi | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| Zvýšená ostraha | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celková suma | 3 | 22 | 8 | 5 | 1 | 39 |
| % | 7% | 56% | 21% | 13% | 3% | 100% |

| Věkové rozložení - Muži VTOS | | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|-----------|
| Skupiny zařazení | Do 20-ti let | Do 30-ti let | Do 40-ti let | Do 50-ti let | Do 60-ti let a více | Celkem |
| Dohled | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Dozor | 0 | 32 | 2 | 4 | 4 | 42 |
| Ostraha | 0 | 12 | 7 | 5 | 2 | 26 |
| Zvýšená ostraha | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celková suma | 1 | 45 | 9 | 9 | 6 | 70 |
| % | 1% | 64% | 13% | 13% | 9% | 100% |

Zkoumaný vzorek byl hodnocen z následných hledisek:

- pokolikáté je odsouzený ve výkonu trestu odnětí svobody,
- dosažené vzdělání,
- zařazení do typu věznice,
- dětství v úplné rodině,
- kontakt s rodinou po dobu pobytu ve věznici.

tabulka č. 2 Pokolikráté je odsouzený ve VTOS

| kolikrát ve VTOS | poprvé | podruhé | potřetí | počtvrté | popáté a více | celkem |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|------------|
| ženy | 20 | 12 | 5 | 1 | 1 | 39 |
| muži | 33 | 7 | 13 | 9 | 8 | 70 |
| celkem | 53 | 19 | 18 | 10 | 9 | 109 |
| % | 49% | 17% | 17% | 9% | 8% | 100% |

Ve vybraném vzorku převažovaly osoby, které byly převážně prvotrestané, tento stav je stejný jak u žen, tak i u mužů. Tato skutečnost měla určitě vliv na konečný výsledek šetření.

tabulka č. 3 Dosažené vzdělání

| vzdělání | základní | vyučen | střední bez | střední s mat | vysokoškolské | |
|---------------|-----------|-----------|-------------|---------------|---------------|------------|
| ženy | 20 | 8 | 7 | 4 | 0 | 39 |
| muži | 21 | 37 | 5 | 6 | 1 | 70 |
| celkem | 41 | 45 | 12 | 10 | 1 | 109 |
| % | 38% | 41% | 11% | 9% | 1% | 100% |

Tabulka jasně ukazuje, že v našich věznicích je převážná část vězněných osob se základním vzděláním nebo vyučených, což je stav, který je dlouhodobý a naznačuje, že výše vzdělání souvisí často s pácháním trestné činnosti.

tabulka č. 4 Úplná rodina v dětství

| úplná rodina | ano | ne | celkem |
|---------------|-----------|-----------|------------|
| ženy | 25 | 14 | 39 |
| muži | 52 | 18 | 70 |
| celkem | 77 | 32 | 109 |
| % | 71% | 29% | 100% |

Zkoumaný vzorek měl poskytnout obraz toho, kolik vězněných osob vyrůstalo v úplné rodině. Bylo velkým překvapením, že 71% respondentů mělo úplnou rodinu, a přesto se ocitli

ve výkonu trestu odnětí svobody. To potvrzuje, že úplná rodina není ještě zárukou nekonfliktního života jedince, protože důležitější úlohu hraje výchova a prostředí, v němž jedinec vyrůstal.

tabulka č. 5 Kontakt s rodinou

| kontakt s rodinou | ano | ne | částečně | nemám důvod | celkem |
|-------------------|-----|----|----------|-------------|--------|
| ženy | 25 | 4 | 8 | 2 | 39 |
| muži | 48 | 3 | 14 | 5 | 70 |
| celkem | 73 | 7 | 22 | 7 | 109 |
| % | 67% | 6% | 21% | 6% | 100% |

V tomto případě se potvrdilo, že převážná část respondentů udržuje kontakt s rodinami, přestože jsou ve výkonu trestu odnětí svobody, což je velmi důležité pro návrat do společnosti a lze to považovat za jeden z ukazatelů kvalitního života.

6.2 Stanovení hypotéz

Standardizovaný dotazník sledoval prostřednictvím otázek a odpovědí respondentů oblast, která je důležitá pro všechny osoby a tou je kvalita života. V našem případě se jedná o kvalitní způsob života ve vězení. Byly zvoleny následující hypotézy, i když by bylo možné spektrum hypotéz rozšířit i na další oblasti života vězněných osob.

H1 : Zdravotní péče ve výkonu trestu odnětí svobody je kvalitní.

H2 : Kvalita života ve věznicích je srovnatelná s tou v civilním životě.

H3 : Sebepoškozování a zneužívání zdravotní péče ze strany odsouzených je běžným jevem.

Jak již bylo shora uvedeno, stanovené hypotézy nepokrývají zcela danou problematiku, ale myslím si, že pro tento výzkum k tématu „Péče o odsouzené ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“ postačí.

6.3 Verifikace hypotéz

Hypotéza 1: Zdravotní péče ve výkonu trestu odnětí svobody je kvalitní. **Verifikováno**

tabulka č. 6 Momentální zdravotní stav

| momentální zdrav. stav | výborný | ujde to | nic moc | špatný | celkem |
|------------------------|---------|---------|---------|--------|--------|
| ženy | 11 | 22 | 3 | 3 | 39 |
| muži | 27 | 26 | 10 | 7 | 70 |
| celkem | 38 | 48 | 13 | 10 | 109 |
| % | 35% | 44% | 12% | 9% | 100% |

První z tabulek k ověření hypotézy č. 1 ukazuje, že většina respondentů se cítí po zdravotní stránce dobře, přestože jsou ve výkonu trestu odnětí svobody. Tuto skutečnost lze také přisuzovat poskytnuté zdravotní péči ve věznicích. Nastavení odpovědí pro vyhodnocení jsem si stanovil tak, že odpovědi výborný, ujde to, jsou brány jako kladné, tudíž potvrzující hypotézu.

tabulka č. 7 Zkušenosti se zdravotní péčí ve VTOS

| zkušenosti se zdrav. péčí ve VTOS | výborné | dobré | špatné | velmi špatné | celkem |
|-----------------------------------|---------|-------|--------|--------------|--------|
| ženy | 3 | 12 | 15 | 9 | 39 |
| muži | 10 | 30 | 19 | 11 | 70 |
| celkem | 13 | 42 | 34 | 20 | 109 |
| % | 12% | 38% | 32% | 18% | 100% |

V tomto případě poměr mezi výsledky výborné, dobré a proti tomu špatné a velmi špatné je vyrovnaný. Došlo ke shodě, takže lze konstatovat, že tento výsledek nehovoří pro ani proti. Je třeba na něj pohlížet jako informativní, protože neovlivní verifikaci hypotézy.

tabulka č. 8 Absolvovaná zdravotní péče ve VTOS

| absolvovaná zdrav. péče | základní - vstupní | stomatologická | odborná | jiná | celkem |
|-------------------------|--------------------|----------------|-----------|-----------|------------|
| ženy | 39 | 10 | 7 | 5 | 61 |
| muži | 70 | 35 | 12 | 8 | 125 |
| celkem | 109 | 45 | 19 | 13 | 186 |
| % | 100% | 41% | 17% | 12% | |

V tabulce č. 8 lze jasně vidět, že odsouzeným osobám je poskytována kompletní zdravotní péče, kdy všichni respondenti se zúčastnili základního vyšetření a někteří i vyšetření ostatních. Ze statistického zpracování vidíme, že 60% osob ve výkonu trestu odnětí svobody využilo i ostatní péči, což je nezvratným důkazem, že je o tyto osoby po zdravotní stránce dobře postaráno.

tabulka č. 9 Srovnatelnost zdravotní péče ve VTOS a v civilním životě

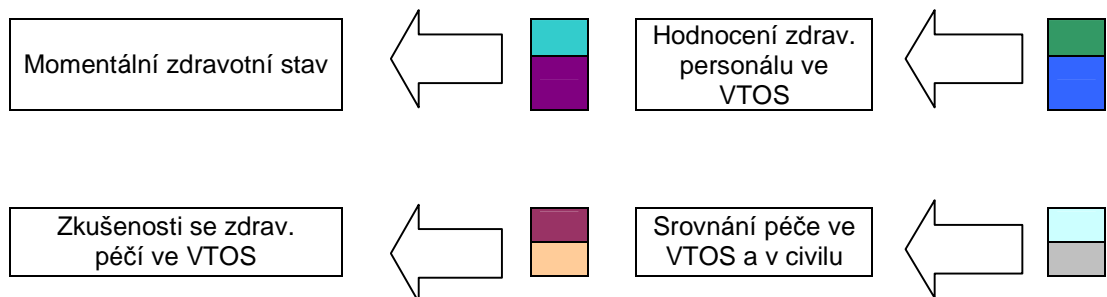
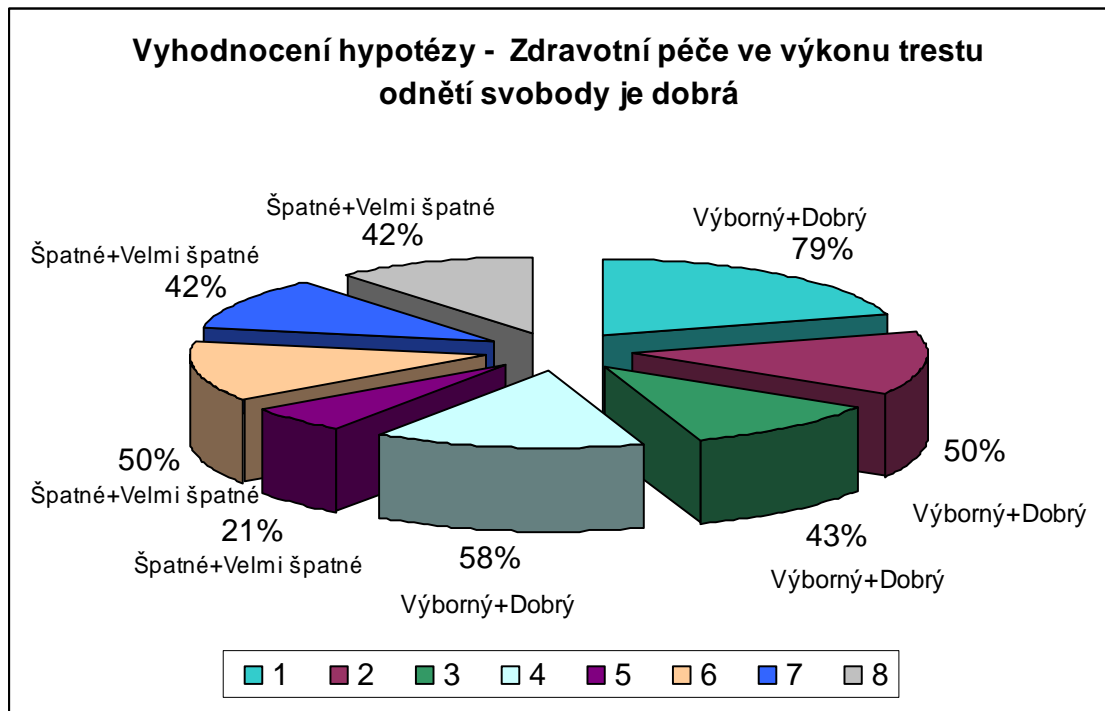
| srovnatelnost péče VTOS a v civilu | ano | ne | celkem |
|------------------------------------|-----------|-----------|------------|
| ženy | 19 | 20 | 39 |
| muži | 44 | 26 | 70 |
| celkem | 63 | 46 | 109 |
| % | 58% | 42% | 100% |

V tomto případě se většina vyjádřila, že zdravotní péče je srovnatelná s péčí v civilním životě. Zde stojí za zmínku, že ženy jsou méně spokojené než muži, což lze přisuzovat tomu, že se do zdravotní péče zahrnuje i hygienická úroveň a komplikace s ryze ženskými záležitostmi, které patrně ovlivňují názory odsouzených žen.

tabulka č. 10 Hodnocení zdravotního personálu ve VTOS

| jaký je zdrav.personál ve VTOS | výborný | dobry | ujde to | nic moc | velmi špatný | celkem |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|------------|
| ženy | 2 | 11 | 8 | 11 | 7 | 39 |
| muži | 8 | 26 | 9 | 12 | 15 | 70 |
| celkem | 10 | 37 | 17 | 23 | 22 | 109 |
| % | 9% | 34% | 15% | 21% | 21% | 100% |

Poslední tabulka související s první hypotézou, se zaměřila na zdravotnický personál v našich věznicích, který dotváří stav zdravotnictví v českém vězeňství, kdy bylo spokojeno s personálem 43% respondentů proti 42%. Střed tabulky byl považován za stav, kdy se dotazované osoby nebyly schopny jednoznačně rozhodnout.



Z předchozích výsledků lze konstatovat, že **hypotéza 1 byla verifikována**. Potvrdila se teoretická část diplomové práce, kde bylo konstatováno, že moderní společnost vytváří kvalitní podmínky i pro osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, aby jejich návrat zpět byl pokud možno bezproblémový.

Hypotéza 2 : Kvalita života ve věznicích je srovnatelná s tou v civilním životě.
Verifikováno

tabulka č. 11 Hodnocení vlastního života z pohledu jeho kvality

| Zhodnocení svého života z pohledu kvality | výborný | uspokojivý | dobry | špatný | nedostatečný | celkem |
|---|---------|------------|-------|--------|--------------|--------|
| ženy | 1 | 16 | 12 | 7 | 3 | 39 |
| muži | 10 | 27 | 22 | 11 | 0 | 70 |
| celkem | 11 | 43 | 34 | 18 | 3 | 109 |
| % | 10% | 39% | 31% | 17% | 3% | 100% |

V tomto případě hodnotili respondenti celkově svůj život, a to jak z civilního, tak i vězeňského života. Stav dobrý je zde považován za střed, který opět vyjadřuje nerozhodné stanovisko některých respondentů. Převaha levé strany tabulky potvrzuje hypotézu.

tabulka č. 12 Je kvalita vašeho života závislá na lécích a zdravotní péči?

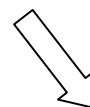
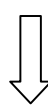
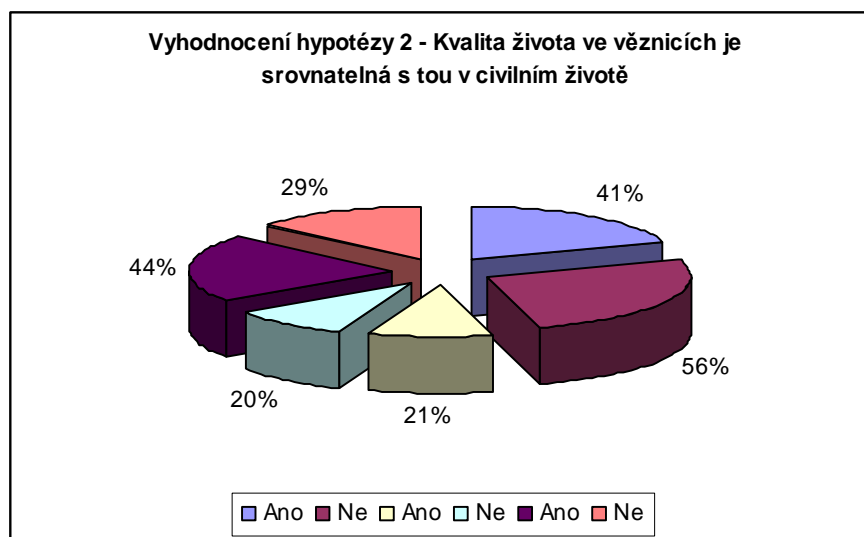
| závislost na lécích a zdrav.péči - kvalitní život | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně | celkem |
|---|----------|--------|---------|-------|-----------|--------|
| ženy | 10 | 13 | 4 | 9 | 3 | 39 |
| muži | 24 | 14 | 11 | 16 | 5 | 70 |
| celkem | 34 | 27 | 15 | 25 | 8 | 109 |
| % | 31% | 25% | 14% | 23% | 7% | 100% |

V následujícím hodnocení se mělo prokázat, do jaké míry jsou dotazované osoby závislé na lékařské péči a užívání léků, aby dosáhly kvalitního způsobu života. Je jisté, že časté návštěvy u lékaře a následné užívání léků kvalitu života často negativně ovlivňují nebo ji snižují, protože se jedinec necítí zcela v pořádku a je svojí nemocí determinován. Tabulka ukazuje, že respondenti pro svůj kvalitní život nepotřebují abnormálně užívat léky nebo navštěvovat lékaře.

tabulka č. 13 Kvalita života ve VTOS

| hodnocení kvality života ve VTOS | výborný | dobrý | špatný | celkem |
|----------------------------------|---------|-------|--------|--------|
| ženy | 5 | 20 | 14 | 39 |
| muži | 18 | 35 | 17 | 70 |
| celkem | 23 | 55 | 31 | 109 |
| % | 21% | 50% | 29% | 100% |

I poslední z tabulek ukazuje, že se hypotéza potvrdila, že většina respondentů hodnotí svůj život ve výkonu trestu odnětí svobody jako kvalitní. Je samozřejmé, že toto hodnocení je názorem lidí, kteří respektují omezené možnosti, které jim dané prostředí poskytuje.



| | | |
|---|---|----------------------------------|
| Zhodnocení svého života z pohledu kvality | Závislost na lécích a zdrav.péči - kvalitní život | Hodnocení kvality života ve VTOS |
|---|---|----------------------------------|

Zde se hypotéza potvrdila, přestože odsouzené ženy nepociťují pobyt ve vězení jako kvalitní na rozdíl od mužů, kteří tuto situaci vnímají jinak.

Konečné zhodnocení verifikace **hypotézy 2** zní, že tato byla **verifikována**, přestože jeden s ukazatelů hodnocení naznačil opak. Když přihlédneme k druhým dvěma, zjistíme, že

jejich procentuální hodnoty jsou vysoké, a tak lze konstatovat, že hypotéza byla verifikována.

Hypotéza 3 : Sebepoškozování a zneužívání zdravotní péče ze strany odsouzených je běžným jevem. **Falzifikováno**

tabulka č. 14 Zneužití zdravotní péče ve VTOS

| zneužil jste zdravotní péči ve VTOS | ano | ne | celkem |
|-------------------------------------|-----------|-----------|------------|
| ženy | 5 | 34 | 39 |
| muži | 16 | 54 | 70 |
| celkem | 21 | 88 | 109 |
| % | 19% | 81% | 100% |

Výsledek jasně vyvrátil hypotézu. S tím ovšem nekorespondují výpovědi vězeňských lékařů, se kterými jsem tuto problematiku diskutoval.

tabulka č. 15 Souhlasíte se sebevraždou?

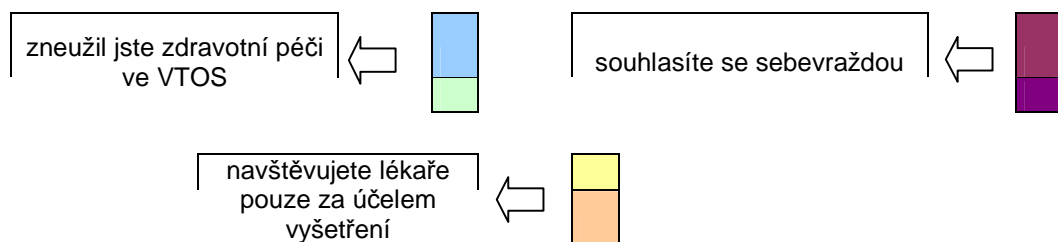
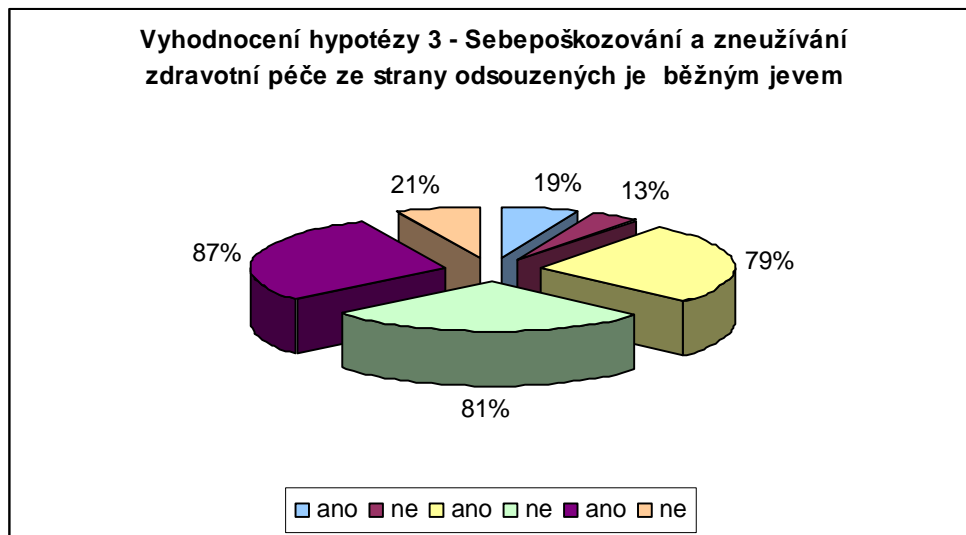
| souhlasíte se sebevraždou | ano | ne | celkem |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|
| ženy | 6 | 33 | 39 |
| muži | 8 | 62 | 70 |
| celkem | 14 | 95 | 109 |
| % | 13% | 87% | 100% |

Tabulka nám ukázala zcela přesvědčivě, že odsouzení nesouhlasí se sebevraždou jako způsobem řešení těžkých životních situací.

tabulka č. 16 Navštívujete lékaře za účelem vyšetření?

| navštívujete lékaře pouze za účelem vyšetření | ano | ne | celkem |
|---|-----|-----|--------|
| ženy | 36 | 3 | 39 |
| muži | 50 | 20 | 70 |
| celkem | 86 | 23 | 109 |
| % | 79% | 21% | 100% |

V této statistice se mělo prokázat, zda vězněné osoby navštívují lékaře za účelem vyšetření, nebo proto, aby si popovídaly s personálem a alespoň na chvíli opustily prostory cely. Bylo prokázáno, že respondenti nezneužívají zdravotní péči.



V předchozích tabulkách je jednoznačně **hypotéza 3 falzifikována**. Otázka, která zjišťovala míru souhlasu se sebevraždou, jako jednou z možností sebepoškozování, a

návštěva lékaře, která není za účelem vyšetření, potvrdily, že v našich věznicích se tato péče většinou nezneužívá.

Zbývající otázky dotazníku, které nebyly uvedeny v tabulkách, byly použity jako kontrolní. Měly za úkol ověřit, zda respondenti odpovídali podle pravdy, proto byly použity otázky podobné těm, na které dotazované osoby odpovídaly. Tím měla být zajištěna validita odpovědí hodnotících segmentů dotazníku. L – skóre, jak bývají tyto otázky z metodologického hlediska nazývány, prokázaly, že se respondenti drželi daného tématu a nesnažili se uvádět zkreslené odpovědi.

6.4 Výsledky výzkumu

Výzkum kvality života u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody přinesl mnoho zajímavých poznatků, které lze využít v penitenciární péči pro dosažení ještě lepších výsledků v této oblasti.

Výzkumem bylo v první části zjištěno, že s poskytovanou zdravotní péčí jsou respondenti spokojeni, že je srovnatelná s péčí v civilním životě. Poskytovaná péče má několik podob, které lze charakterizovat jako dostatečné. Úroveň zdravotnického personálu byla statisticky hodnocena jako dobrá, i když zde výsledek nebyl zcela jednoznačný. Tento stav by mohl do budoucna posloužit jako námět k hlubší analýze tohoto jevu.

Druhá hypotéza se snažila porovnat a zhodnotit kvalitu života ve věznicí a v civilním sektoru z pohledu odsouzených osob. Výsledek je pozitivní pro obě zúčastněné strany. Uvěznění jsou s poskytovanou péčí převážně spokojeni, čímž jsou jim vytvářeny podmínky pro zvládnutí komplikované životní situace, kterou uvěznění určitě je. Na druhou stranu i Vězeňské službě České republiky tento výsledek může posloužit jako zpětná vazba pro jejich další činnost.

V otázce, zda odsouzení zneužívají zdravotnickou péči a záměrně se sebepoškozují, došlo k jasnému výsledku, který hypotézu vyvrátil. Tato skutečnost byla z pohledu respondentů jednoznačná, i když rozhovory se zdravotnickým personálem naznačovaly, že

se tento jev děje. Budeme-li vycházet z výzkumu, musíme konstatovat, že v našich věznicích nedochází k nadměrnému zneužívání péče a sebepoškozování. Tento výsledek byl pravděpodobně ovlivněn i snahou odsouzených ukázat se v lepším světle.

Samozřejmě, že by bylo možné pomocí kombinatoriky vytvořit mnohem více hypotéz a po jejich ověření určit více závěrů, které by vedly ke zlepšení kvality života u vězňených osob. Ty sice přicházejí o jednu ze základních lidských potřeb a práv, což je prokazatelně svoboda, ale na druhé straně musíme uznat, a výzkum nám to potvrdil, že se stát snaží vytvořit odsouzeným důstojné a lidské podmínky pro výkon trestu. Prokazatelně je v našem vězeňství kladen důraz na kvalitu života těchto osob, aby jejich návrat do společnosti nebyl příliš poznamenán jejich pobytem za mřížemi věznic. Stát se minimálně z hlediska zdravotní péče nebo udržování kvality života z pohledu zdravotní péče snaží vězňeným usnadnit život a zajistit jejich základní práva. Jako argument lze uvést, že každý odsouzený, který bude opouštět brány věznice, je umisťován na tzv. výstupní oddělení, kde si mnoho činností (praní, žehlení, péči o svoje věci a další) řídí sám, právě proto, aby jeho integrace byla snadnější.

Na jedné straně máme svobodu a spravedlnost, které kráčí svorně vedle sebe, ale odsouzení na tento stav nahlízejí poněkud odlišně, než osoby na svobodě. Odsouzení staví svobodu na jedno z předních míst v kvalitě života, ale spravedlnost nikoliv, protože oni berou své současné umístění do věznice často jako nespravedlivé, a tak pro ně je pojem spravedlnosti na žebříčku lidských hodnot posunut na nižší pozice.

Společnost, která chce být považována za moderní a demokratickou, musí projevit i zájem o osoby, které se ocitly na jejím okraji. Mezi ně jednoznačně patří i lidé ve výkonu trestu odnětí svobody. Je chvályhodné, že naše společnost nastolila tento trend a snaží se o zkvalitnění života vězňů všemi prostředky (programy zacházení, zdravotní péčí, sportovními a kulturními aktivitami a individuálním přístupem), aby nedocházelo k prohlubování rozdílů mezi bezúhonnými lidmi a těmi, kteří se dostali na okraj společnosti pro porušení zákona.

Velkým úspěchem je minimalizace problému, který se nazývá sebepoškozování a zneužívání zdravotní péče o odsouzené. Víme, že tento jev byl jeden čas v našich

věznicích strašákem, protože jeho četnost byla velká. V současnosti se tento nešvar podařilo minimalizovat. Určitě lze tento úspěch připsat také práci vězeňského personálu, který se snaží za pomoci všech dostupných prostředků vytvořit co nejlepší podmínky, aby k sebepoškozování nedocházelo.

Z tohoto výzkumu by bylo možno vyvodit mnoho námětů, které by vedly ke zlepšení kvality života u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody, ale není cílem se všemi možnostmi dopodrobna zabývat, nýbrž dospět k zobecnění a začlenit je do závěrů práce a návrhů na opatření. To bylo hlavním cílem mé diplomové práce.

7. Závěr

O kvalitě lidského života bylo napsáno již mnoho statí, ale jen málo z nich se týká osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Diplomová práce „**Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života**“ si klade za cíl tento stav mírně napravit a rozšířit čtenářům obzory v této problematice.

V teoretické části je charakterizována všeobecně kvalita života, která je následně posuzována z pohledu osob ve výkonu trestu odnětí svobody, ale i lidí v civilním životě, kde v jejím závěru najdeme porovnání obou skupin z hlediska pohledu na kvalitní život. Dále se v teoretické části lze dočíst, jak probíhal z historického hlediska vývoj zdravotní péče ve vězeňství nejen u nás, ale i ve světě. Tato stať je rozdělena do dvou období, která jsou důležitá hlavně z pohledu českého vězeňství a jeho vývoje. Zdravotní péče o odsouzené byla stanovena záměrně jako hlavní ukazatel kvality života u vězňů, i když víme, že kvalitu života lze hodnotit z mnoha kritérií. Snad mi dají ostatní za pravdu, že zdravotní stav jedince je tím nejdůležitějším, proto jej uvádím ve své práci jako hodnotící ukazatel pro kvalitní život osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Vzhledem k omezeným možnostem, které poskytuje výkon trestu, by nebylo možno některé další ukazatele hodnotit, protože prostředí výzkumu je neobsahuje.

Dalším hodnotícím parametrem bylo sebepoškozování vězňů a zneužívání zdravotní péče, která je jim během pobytu ve věznicích poskytována. Toto téma jsem záměrně zařadil do své diplomové práce, protože si myslím, že zde je v podobě zneužívání zdravotní péče problém, kterým se bude muset Vězeňská služba České republiky v budoucnu zabývat a potažmo celá společnost. I když výzkum názorů respondentů toto nepotvrdil, jsou zde také tvrzení zaměstnanců věznic, kteří mají opačný názor. Zde si myslím, že tato část diplomové práce by stála za hlubší analýzu, popřípadě by se mohla stát tématem další odborné práce, která by navazovala na tu moji. V závěru byla navržena řešení, která by mohla z laického hlediska autora pomoci při řešení již zmiňovaných problémů v oblasti zneužívání zdravotní péče u osob ve výkonu trestu odnětí svobody.

Empirická část navazuje na teoretickou, kde se snažím zjistit, zda je v našich věznicích poskytována taková zdravotní péče, která je v rámci omezených možností daného prostředí brána jako kvalitní. Výzkumnou jednotkou byli respondenti ze čtyř věznic, které tvořilo 39 žen a 70 mužů. Dalším předmětem výzkumu bylo zjištění, zda je kvalita života ve věznicích srovnatelná s tou na svobodě. Zde respondenti posuzovali různé oblasti, které jsou jim ve věznicích k dispozici a lze je porovnávat s těmi v civilu. Jako hlavní byla již jmenovaná zdravotní péče.

Empirická část je uvedena popisem výzkumného projektu včetně jeho zdůvodnění, cíle výzkumu a jeho metodologií. Výzkum se zaměřil na popis a strukturu výzkumného vzorku, následné stanovení hypotéz, jejich ověření a také na předložení výsledků výzkumu. Závěr šetření navrhuje určitá opatření, která by se dala v praxi realizovat.

Výzkumem bylo potvrzeno, že zdravotní péče v našich věznicích je kvalitní a dostupná všem osobám ve výkonu trestu odnětí svobody. Také se potvrdilo, že kvalita života osob ve věznicích je srovnatelná s tou v civilním prostředí, i když drobné odlišnosti zde budou vždy, protože vězeňské prostředí je přeci jen specifické. Třetí část výzkumu, která se zabývala sebepoškozováním a zneužíváním zdravotnické péče odsouzenými se nepotvrdila, ale nastínila další možnosti šetření v tomto směru. Všechny tyto otázky a odpovědi na ně lze nalézt v samotném zpracování výzkumu.

Jsem si plně vědom, že se mi určitě nepodařilo obsáhnout zcela danou problematiku vzhledem k úskalím, které tento výzkum měl a že některé části mé práce mohou být i předmětem diskusí. Ale jak jsem podotkl v závěru, cílem bylo také osvětlit vězeňské prostředí a péči o vězně i široké laické veřejnosti, která někdy nemá možnost posoudit, jak je o osoby ve výkonu trestu odnětí svobody skutečně postaráno

Anotace

Diplomová práce s názvem „Péče o zdraví u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody jako základ kvality života“ se zabývá problematikou vězňených osob z úhlu jejich pohledu na poskytovanou zdravotní péči, která má pomáhat utvářet podmínky pro kvalitní život. Práce je zaměřena především na péči poskytovanou odsouzeným osobám v českých věznicích. Jedním ze cílů této práce je zjištění stavu zneužívání zdravotní péče a o sebepoškozování těchto osob. Dalším z cílů práce je komparace kvalitního způsobu života v civilním prostředí a ve věznicích. Práce má dvě základní části, a to teoretickou a empirickou, která obsahuje výsledky šetření, jež potvrdily, že v našich věznicích je poskytována odpovídající zdravotní péče a kvalita života je srovnatelná s tou v civilu. Hypotéza o zneužívání zdravotní péče a sebepoškozování se nepotvrdila.

Klíčová slova

Kvalita života, zdravotní péče, sebepoškozování, zneužívání zdravotní péče, transformace vězeňství, Evropská vězeňská pravidla.

Annotation

The diploma thesis entitled **”Care for the convicts in execution of punishment of imprisonment as the basis of the quality of life“** deals with the issue of prisoners and their point of view to the provided care, which should create the conditions for good life. The work is primarily focused on health care provided to convicted persons in Czech prisons. One of the aims of this work is to ascertain the situation concerning the abuse of health care and self-mutilation of these people. Another objective of this work is the comparison of quality way of life in the civilian environment and in prisons. The work has two basic parts, that is to say the theoretical and the empirical one, which contains the results of the investigation. It confirmed that the high-quality health care is provided in our prisons and the quality of life is comparable with the quality of life in the civil life. The question of abuse of health care and self-mutilation has not been confirmed.

Keywords

Quality of life, health, self-mutilation, abuse of health care, transformation of the prison system, the European Prison Rules.

Seznam použité literatury

1. Zákon č. 1/1993 Sb., *Ústava České republiky*.
2. Zákon č. 2/1993 Sb., *Listina základních práv a svobod*.
3. Zákon č. 169/1999 Sb., *O výkonu trestu odnětí svobody*.
4. Zákon č. 555/1992 Sb., *O Vězeňské a justiční strážci České republiky*.
5. Vyhláška č. 345/1999, *Řád výkonu trestu odnětí svobody*.
6. Bulletin, *Studijní a výzkumné skupiny, Ředitelé SNV ČR č. 1/1992*
7. ČERNÍKOVÁ, J., MAKARIUSOVÁ, V. *Úvod do penologie*. Praha: Policejní akademie ČR, 1997.
8. ČERNÍKOVÁ, V., MAKARIUSOVÁ, V., SEDLÁČEK, V. *Sociální ochrana*. Praha, PA ČR, 1998.
9. DOLEŽALOVÁ, P. *Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit*. Rigorózní práce. Brno, Masarykova univerzita, 2003.
10. Doporučení Rady Evropy č. R(87) 3, *O Evropských vězeňských pravidlech*.
11. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*, Praha, Policejní akademie, 2007, ISBN 978 – 80 – 7251 – 266 – 9.
12. Evropská vězeňská pravidla, 1987.
13. FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství v době osvícenství*, Praha, 1994, ISBN 80-7106-085-2.
14. FOUCAULT, M. *Dohlížet a trestat*, Praha, Dauphin, 2000, ISBN 80-86019-96-9.
15. HÁLA, J. *Teorie a praxe vězeňství I*, České Budějovice, Jihočeská univerzita, 1996, ISBN 80 – 7040 – 235 – 0.
16. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, Praha: Portál, 2004, ISBN 80 – 7178 – 303 – X.
17. HOSPODKA, M. *K aktuální problematice výkonu vazby a trestu odnětí svobody*, Časopis, České vězeňství, 2/2006.

18. JŮZL, M. *Sociální pedagogika v kontextu vzdělávacího systému zaměstnanců Vězeňské služby*. Z odborného semináře uskutečněného ve spolupráci s Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na téma Konstituování Sociální pedagogiky jako vědeckého oboru, Brno: Institut mezioborových studií, 2004, ISBN 80-90-2936-5-4.
19. JŮZL, M., Olejníček, A. *Penologie a penitenciární pedagogika*, Brno: IMS, 2004.
20. KNECHTLOVÁ, I. *Historie vězeňského zdravotnictví*, Časopis Historická penologie, 2/2005.
21. KOJANOVÁ, H. *Stáří, stárnutí a kvality života. Depresivní a úzkostné pocity ve stáří v závislosti na kvalitě života*, Bakalářská práce, Brno, Masarykova univerzita, 2002.
22. *Koncepce rozvoje českého vězeňství do roku 2015*, Historická penologie, 2005.
23. KOPECKÁ, P., et al. *Kvalita života a sociální péče*, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2002, ISSN 1213 - 8096.
24. KOVÁČ, D. *Kvalita života – téma 112. klinicko – psychologického dne*. ČS Psychiatrie, 2001, č. 6.
25. KOVÁČ, D. *K pojmo – logike kvality života*, ČS Psychologie, 2004, č. 5.
26. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, Současné poznatky o suicidalitě a jejich specifika u dětí a dospívajících, Praha: Portál, 2003.
27. KULA, L. *Kvalita života mladistvých a mladých dospělých*, Rigorózní práce, Brno, Masarykova univerzita, 2006.
28. MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii ?* Praha: Portál, 1995, ISBN 80-7178-036-7.
29. MATOUŠEK, O., MATULOVÁ, A. *Práce s rizikovou mládeží*, Praha: Portál, 1996, ISBN 80-7178-064-2.
30. MASTEJ, J. *Diferencovaný výkon trestu odnětí svobody v ČSR*, Praha: Sráva sboru nápravné výchovy, 1988.
31. MASTEJ, J. *Více čti a méně vynalézej*, Časopis České vězeňství, 1/2006.
32. MŮHLPACHR, P. *Problémy současné společnosti*, Brno: Institut mezioborových studií, 2001.

33. MŮHLPACHR, P. *Sociální patologie*, Brno: Pedagogická fakulta MU, 2001, ISBN 80-210-2511-5
34. MŮHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*, Brno: Pedagogická fakulta MU, 2001, ISBN 80-210-2512-3
35. NETÍK, K., NETÍKOVÁ, D., HÁJEK, S. *Psychologie v právu*, 1. vydání, Praha, 1997.
36. NOVÁK, K. *Úvod do penitenciární pedagogiky*, Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČSR, 1986.
37. NOVOTNÝ, O. *O trestu a vězeňství*, Praha: Academia, 1967.
38. PÁL, L. *Penitenciární pedagogik*, Bratislava: Ministerstvo spravodlivosti SSR, 1985.
39. PALOUŠ, R. *Čas výchovy*, Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-25415-2.
40. PEŠKOVÁ, J., ŠEVČÍK, O. *Filozofie – kultura – civilizace*, Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-86039-17 – X.
41. ŘEZÁČ, F., J. *Vězeňství*, Praha: Příloha časopisu České vězeňství 4/5 , 1995.
42. SIČÁK, A. *Teoreticko – metodologické skúmania a východiska spôsobu života v retrospektive súčasného transformačného procesu*. Kvalita života a ľudská práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých, s. 157 – 166, Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002, ISBN 80 – 8068 – 088 – 4.
43. ŠTEFFLOVÁ, *Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů a transverzální míšň lězí v kontextu speciální pedagogiky*, Rigorózní práce, Brno: Masarykova univerzita, 2001.
44. VAĐUROVÁ, H, MŮHLPACHR, P. *Kvalita života – teoretická a metodologická východiska*, 2005, ISBN 80-210-3754-7.
45. VAĐUROVÁ, H. *Teoretické vymezení a měření kvality života*. Diplomová práce, Brno: Masarykova univerzita, 2001.
46. VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*, Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-226-5.
47. VODÁČKOVÁ, D., et. al. *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2002, ISBN 80 – 7178 – 696 – 9.
48. VRBŇÁKOVÁ, P., *Kvalita života odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody*, Dimplomová práce, Brno, Masarykova universita, 2007.
49. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, Praha: Portál, 2003, ISBN 80 – 7178 – 740 – X.
50. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*, Praha: Grada, 2003, ISBN 80 – 247 – 0253 – 3.

Elektronické zdroje

51. [http: www.vscr.cz](http://www.vscr.cz)
52. [http: www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz)
53. [http. www.who int./evidence.cz](http://www.who.int/evidence.cz)
54. [http. www.cs-magazin.com](http://www.cs-magazin.com)
55. [http: www.dokoran.cz](http://www.dokoran.cz)
56. [http: www.justice.cz](http://www.justice.cz)
57. [http: www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)
58. [http. www.juristic.cz](http://www.juristic.cz)
59. [http. www.spilberk.cz](http://www.spilberk.cz)
60. [http. www.cs.wikipedie.org](http://www.cs.wikipedie.org)

Přílohy

Příloha č.1 Dotazník – list č.1

Instrukce

Tento **dotazník** zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Zřetelným zakřížkováním označte jednu z nabízených odpovědí, která odpovídá Vašemu názoru na daný výrok. Pokud chcete odpověď změnit, čtvereček se špatně zvolenou odpovědí začerněte a zakřížkujte novou odpověď. Tam, kde tyto křížky nejsou, vložte vlastní odpověď.

Tento dotazník slouží pro účely diplomové práce, která se týká kvality života osob ve VTOS a ke zjištění poskytované zdravotní péče a její kvality. Všechna uvedená data jsou anonymní a autor garantuje, že budou použita pouze v této práci.

Děkuji za pochopení a ochotu spolupracovat v této problematice. Vámi poskytnuté informace mohou vést ke zlepšení dosavadního stavu, nebo alespoň k objasnění problému.

1. Věk: do 20 let do 30 let do 40 let do 50 let 60 a více

2. Pohlaví: muž žena

3. Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

základní vyučen střední bez maturity střední s maturitou vysokoškolské

4. Po kolikáté jste ve VTOS?

poprvé podruhé potřetí počtvrté pět a vícekrát

5. Do jaké skupiny VTOS jste zařazen/a?

dohled dozor ostraha zvýšená ostraha

6. Vyrůstal/a jste v úplné rodině?

ano ne

7. Udržujete kontakt se svojí rodinou?

ano ne částečně nemám k tomu důvod

8. Jak se cítíte po zdravotní stránce? výborně ujde to nic moc špatně

Příloha č.1 Dotazník – list č.2

9. Jak hodnotíte svůj život z pohledu kvality života?

výborně uspokojivě dobře špatně nedostatečně

10. Jaké máte zkušenosti se zdravotní péčí ve VTOS?

výborné dobré špatné velmi špatné

11. Jakou zdravotní péči jste ve VTOS absolvoval?

základní vyšetření stomatologické vyšetření odborná vyšetření nebo ošetření – jaká
jiná zdravotní péče

12. Co si myslíte o zdravotnickém personálu ve věznicích:

výborný dobrý ujde to nic moc velmi špatný

13. Do jaké míry závisí kvalita Vašeho života na užívání léků nebo na lékařské péči?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

14. Co si myslíte o zneužívání zdravotní péče a už jste ji někdy zneužil/a?

15. Jaký je Váš názor na sebevraždu?

16. Navštěvujete lékaře ve VTOS vždy za účelem vyšetření, nebo z důvodu, abyste opustil/a celu a mohl/a si popovídat s personálem?

17. Posud'te celkově, jestli považujete svůj život ve vězení za kvalitní (vezměte v úvahu poskytovanou zdravotní péči, trávení volného času, možnost realizovat své záliby atd.):

Příloha č.1 Dotazník – listč.3

18. Je srovnatelná zdravotní péče ve VTOS s tou v civilním životě?

Děkuji Vám za spolupráci - autor

Seznam tabulek

tabulka 1 – složení sledovaných vzorků

tabulka 2 – pokolikáté je odsouzený ve VTOS

tabulka 3 – dosažené vzdělání

tabulka 4 – úplná rodina v dětství

tabulka 5 – kontakt s rodinou

tabulka 6 – momentální zdravotní stav

tabulka 7 – zkušenosti se zdravotní péčí ve VTOS

tabulka 8 – absolvovaná zdravotní péče ve VTOS

tabulka 9 – srovnatelnost zdravotní péče ve VTOS a v civilním životě

tabulka 10 – hodnocení zdravotního personálu ve VTOS

tabulka 11 – pohled na svůj život z pohledu kvality života

tabulka 12 – je kvalita vašeho života závislá na lécích a zdravotní péči

tabulka 13 – kvalita života ve VTOS

tabulka 14 – zneužití zdravotní péče ve VTOS

tabulka 15 – souhlasíte se sebevraždou

tabulka 16 – navštěvujete lékaře za účelem vyšetření

Seznam grafů

graf 1 – zdravotní péče ve VTOS je dobrá

graf 2 – kvalita života ve věznicích je srovnatelná s tou v civilním životě

graf 3 – sebepoškozování a zneužívání zdravotní péče ze strany odsouzených je běžným jevem