

2015

ROČNÍK 6

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY, VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

dovolte mi, abych Vás pozvala ke druhému číslu časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS v tomto roce, bohatému šíří zaměření i obsahem jednotlivých článků, které jsou věnovány rozličným tématům na úrovni bio-psycho-sociálního fungování člověka. Prostřednictvím tohoto vydání máte možnost se blíže seznámit s vybranou problematikou duševních onemocnění, emoční inteligence, komunikace, dětské podvýživy, sociálně právní ochrany dětí, ošetřovatelských intervencí, sociální práce v psychiatrické péči, rodinné mediace, multidisciplinární péče o pozůstalé, ale i s problematikou sportovního diváctví, pohybových intervencí nebo se zkoumáním antropometrických ukazatelů. K zamyšlení a snad i symbolickému propojení těchto zdánlivě nesourodých témat poslouží filosofické pojednání k dílu Fernána Peréze da Oliva Dialog o lidské důstojnosti.

Přeji Vám, milí čtenáři, abyste v LOGOS POLYTECHNIKOS vždy našli nejen podnětné informace, které Vás zaujmou a budou inspirací pro další odbornou práci, ale rovněž informace, které budou zdrojem k prostému zamyšlení nad stavem věcí současných.

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.
vedoucí katedry sociální práce
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH / CONTENTS

5

KOMUNIKAČNÍ SEGMENT V INTERAKCI SESTRA - PACIENT

COMMUNICATION SEGMENT INTERACT NURSE – PATIENT

Mgr. Gabriela Dančová

11

DIFERENCIA VYBRANÝCH OŠETROVATEĽSKÝCH INTERVENCIÍ PO OPERÁCIÁCH KOLOREKTA

DIFERENCE OF SELECTED NURSING INTERVENTIONS AFTER COLORECTAL SURGERY

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

19

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI HAVLÍČKŮV BROD

HEALTH AND SOCIAL CARE IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL HAVLÍČKŮV BROD

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.

29

PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI NÁSTROJA – EMOČNÁ INTELIGENCIA SESTIER V INTERAKCII S GERIATRICKÝMI PACIENTMI

PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE INSTRUMENTS – EMOTIONAL INTELLIGENCE OF NURSES IN THE INTERACTION WITH GERIATRIC PATIENTS

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD., doc. PhDr. František Baumgartner, CSc.

42

PRINCÍP POSILŇOVANIA AKO SÚČASŤ KOMUNITNÝCH SLUŽIEB PRE ĽUDÍ S DUŠEVNOU PORUCHOU

PRINCIPLE OF EMPOWERMENT AS PART OF COMMUNITY SERVICES FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Mgr. Petra Mišáková

57

SESTAVENÍ JÍDELNÍČKU DĚTÍ S PODVÝŽIVOU – ŘEŠENÍ NUTRIČNÍHO PROBLÉMU POMOCÍ BĚŽNĚ DOSTUPNÉHO SOFTWARE

ASSEMBLING OF A NUTRITIVE DIET PLAN FOR MALNOURISHED CHILDREN – SOLVING OF A BLENDING PROBLEM WITH AVAILABLE SOFTWARE

Mgr. Andrea Kubišová

72

SNAHA ROZVÍJET SLOŽKY EMOČNĚ-SOCIÁLNÍ INTELIGENCE PŘI VÝUCE

EFFORTS TO DEVELOP INGREDIENTS EMOTIONALLY-SOCIAL INTELLIGENCE IN EDUCATION

doc. PhDr. Otto Čačka

82

MULTIDISCIPLINÁRNA STAROSTLIVOSŤ O POZOSTALÝCH

MULTIDISCIPLINARY CARE ABOUT REMAINDER

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.

89

SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V SYSTÉMU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ

SOCIAL WORK AND SOCIAL AND LEGAL PROTECTION OF CHILDREN

Mgr. Petr Fabián

OBSAH / CONTENTS

103

„GRAN COSA ES EL HOMBRE Y ADMIRALE.“ NĚKOLIK MARGINÁLÍÍ K DÍLU FERNÁNA PEREZE DA OLIVA DIALOG O LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

„GRAN COSA ES EL HOMBRE Y ADMIRALE.“ SEVERAL NOTES ON THE TREATISE OF FERNAN PEREZ DA OLIVA DIÁLOGO DE LA DIGNIDAD DEL HOMBRE
doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc.

121

ROZVOJ A PODPORA RODINNEJ MEDIÁCIE

DEVELOPMENT AND SUPPORT OF FAMILY MEDIATION
PhDr. Jana Pružinská, PhD.

131

PROBLEMATIKA FOTBALOVÉHO DIVÁCTVÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

THE ISSUE OF FOOTBALL SPECTATORSHIP IN THE CZECH REPUBLIC
Ing. Petr Scholz, DiS.

144

VLIV POHYBOVÉ INTERVENCE NA STUDENTY VŠPJ

AN IMPACT OF THE MOVEMENT INTERVENTION PROGRAM ON THE STUDENTS OF THE COLLEGE OF POLYTECHNICS JIHLAVA
Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D., Mgr. Bohumír Machovec, Ph.D.

157

ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKÁCIE SESTRY S RODIČMI DETSKÉHO PACIENTA

ETHICAL ASPECTS OF COMMUNICATION OF NURSES WITH THE PARENTS OF PAEDIATRIC PATIENT
prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MUDr. Ing. Ján Breza, PhD., PhDr. Lenka Görnerová

164

NÁROČNOSŤ POZOROVANIA, ZDRAVOTNEJ A OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S DEPRESIOU

INTENSITY OF OBSERVATION, MEDICAL AND NURSING CARE FOR PATIENTS WITH DEPRESSION
prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MUDr. Ing. Ján Breza, PhD., PhDr. Lenka Görnerová

174

VŠEOBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKÁCIE SESTRY S PACIENTOM / KLIENTOM

GENERAL PRINCIPLES OF NURSES COMMUNICATION TO PATIENT / CLIENT
prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MUDr. Ing. Ján Breza, PhD., PhDr. Lenka Görnerová

184

AKTUÁLNÍ HODNOTY VYBRANÝCH ANTROPOMETRICKÝCH UKAZATELŮ V NÁHODNĚ VYBRANÉM SOUBORU 12-14 LETÝCH DÍVEK ZÁKLADNÍCH ŠKOL V BUDĚJOVICKÉM REGIONU

CURRENT VALUES OF SELECTED ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN RANDOMLY SELECTED SAMPLE OF 12-14 YEARS GIRLS OF PRIMARY SCHOOLS IN THE BUDWEISER REGION
prof. Ing. Milan Pešek, CSc., Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

KOMUNIKAČNÍ SEGMENT V INTERAKCI SESTRA - PACIENT

GABRIELA DANČOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY



ABSTRAKT

Autorka analyzuje nevyhnutelnost úspešné komunikace v interakci sestry – pacienta jako elementární složky komplexní ošetrovateľskej péče. Komunikačný segment péče o pacienta zahŕňa nielen verbálnu, ale i neverbálnu složku komunikácie a odhalenie komunikačných bariér. Správnu komunikáciu môžeme dosiahnuť objavením potrieb pacienta, o ktorých nemocný nevie alebo nechce verbalizovať.

KLÍČOVÁ SLOVA:

komunikace, sestra, pacient

KOMUNIKAČNÍ SEGMENT V INTERAKCI SESTRA - PACIENT

Ošetřování pacienta v průběhu hospitalizace či v domácím prostředí vyžaduje od sestry nejen odbornou složku péče, ale součástí uzdravování pacienta je v interakci sestra – pacient i komunikační segment.

„Nástroj, kterým se interakce uskutečňuje, je komunikace. Tou rozumíme výměnu informací, pocitů, zkušeností“ (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 11). V psychologii však není komunikace považována jenom za proces přenosu informací mezi oznamovatelem informací a příjemcem. Jedná se taky o sebe prezentaci, o sebepotvrzení. Jde o vyjádření postoje ke komuniké, tedy k obsahu odevzdávané informace, ale i k příjemci informací, o různou úroveň působení, ovlivňování, ztížení nebo ulehčení porozumění (Mikulaščík, 2010).

Komunikační segment v interakci sestra – pacient představuje prvek verbální i neverbální. Verbální komunikační složka - rozhovor představuje nejenom předávání nových informací a edukaci pacienta a jeho rodiny, ale má zásadní význam i při aplikaci ošetřovatelského procesu v praxi. Plánovanou verbální komunikací můžeme úspěšně dosáhnout pro nás významných cílů - získání potřebných údajů, identifikaci problémů pacienta, vyhodnocení určité změny. Součástí verbální složky je taky podpora pacienta v průběhu adaptace na novou situaci, ocenění jeho nových zručností a úspěchů při ošetřování a léčbě. Rozhovor tedy můžeme chápat

jako aplikovaný proces v průběhu celého ošetřovatelského procesu.

Rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace. Každý má své zákonitosti a význam. **Sociální komunikace** je běžný rozhovor, kontakt s nemocným. Pečující si vytváří vztah k nemocnému. Člověk v nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů a tak možnost rozhovoru přijímá pozitivně. Při **strukturované komunikaci** sdělujeme důležitá fakta, nemocného motivujeme k další léčbě, působíme edukačně. Nutností při tomto druhu komunikace je ověřit si, zda pacient podávaným informacím porozuměl. **Terapeutickou komunikaci**, jako další složkou profesionální komunikace, pomáháme pacientovi zvládat závažné změny v nemoci a adaptovat se na nově vzniklou situaci, poskytujeme mu oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování.

Při verbální komunikaci musíme myslet na to, aby byla zachována taky efektivita dialogu. Informace podávané sestrou by měly být jasné, bez odborných výrazů a je nevyhnutelné, aby sestra neustále ověřovala srozumitelnost podávaných zpráv a případně pacientovi zopakovala podávané informace nebo otázky. V dialogu je potřebné zaměřit se i na rychlost řeči, výšku hlasu a hlasitost, délku projevu a intonaci, které také dotvářejí adekvátní komunikaci. Kritériem k úspěšnému dialogu je jednoduchost. Vyhýbáme se zdlouhavému popisu situace. Je potřeba dodržet stručnost a zřetelnost

profesionálního projevu, zvolit vhodné načasování rozhovoru, zvláště u závažných témat, a snažit se přizpůsobit rozhovor reakcím nemocného.

Komunikace, jako element interakce, má vždy účinek na osoby, které se jí účastní. Každá její realizace má určité následky. Můžeme se naučit, jak ji analyzovat, syntetizovat a vyhodnocovat (rozumové a poznávací efekty). Můžeme získat nové pocity, názory nebo přesvědčení - citové efekty (DeVito, 2008).

Podle Vybírala (2002) patří umění komunikovat k nejtěžším znalostem v mezilidských vztazích. Důležité je nejen správně a efektivně komunikovat, ale i naslouchat. Naslouchání bývá označováno jako nejdůležitější součást rozhovoru. Je jeho aktivní složkou. Znamená to, že správně interpretujeme to, co se v průběhu komunikace dozvídáme. Nasloucháním vytváříme podmínky k dalšímu rozhovoru a dáváme tím najevo ochotu pomoci. Nasloucháme třemi základními způsoby. **Ušima** si uvědomujeme význam slov, slyšíme tón řeči, její rychlost. **Očima** vidíme výraz obličeje hovořícího, jeho postoj a pohyby. **Srdcem** zapojujeme svoje emoce. Pokud nemocný sděluje svůj problém, nemluví do prázdna. Na daný problém jsme dva – tady mluvíme o participaci. Podle DeVita (2008, s. 113) je naslouchání „*soubor zručností, které zahrnují pozornost a soustředění (příjem signálu), dešifrování (porozumění), paměťové zvládnutí (zapamatování), kritické myšlení (hodnocení) a zpětnou vazbu (reakci)*“.

Často přičítáme velký význam verbální komunikaci a zapomínáme na význam mimo- slovního projevu, který verbální komunikaci dotváří. Význam neverbálního projevu je v interakci se sestra – pacient nevyhnutelný při navázání vzájemné důvěry. „*Neverbální forma „zakresluje obraz duše“ – postoje, nálady, city apod.*“ (Venglářová, Máhrová 2006, str. 39). Součástí neverbálního projevu je především: **mimika** – výraz tváře, který vyjadřuje různé emoce, duševní rozpoložení a záměry pacienta. Můžeme u něho pozorovat strach, překvapení, radost a mnoho jiných emocí. Mimické výrazy jsou nezávislé na kultuře či jazyku, proto slouží k dorozumívání i při jazykové nebo kulturní bariéře. Složkou neverbálního projevu jsou též **gesta**, kterými můžeme vyzdvihovat některé důležité informace a dokonce se někdy může i samotné gesto stát projevem, kterým vyjadřujeme svůj názor nebo zájem. **Proxemika** představuje v neverbální komunikaci vzdálenost mezi lidmi. Kratší vzdálenost značí důvěru, delší formální charakter. Při ošetřování pacienta se velmi často setkáváme se zásahy do intimní zóny, což vážně narušuje prožívání a komunikaci pacienta. **Haptikou** rozumíme bezprostřední tělesný kontakt mezi lidmi. Může se jednat o podání ruky, stisk, objetí, pohlazení a může být interpretovaný jako projev přátelství i nepřátelství. Dotykem ruky můžeme pacienta povzbudit a podpořit při adaptaci v aktuálním rozpoložení. **Kinezika** opisuje pohybovou aktivitu jedince. Podle Kristové, kinezika „*analyzuje dynamiku, svižnost nebo pomalost, uvolnění či napětí. Soustřeďuje se nejen na pohybovou činnost jednoho člověka,*

ale i na pohybovou souhru dvou nebo víc lidí” (Kristová, 2004, s. 46).

Komunikace pohledem – **vizika** je v naší kultuře považována za součást neverbální komunikace, za projev zájmu, důvěry. Je možné komunikovat délkou pohledu, směrem a charakterem pohledu. Trvání pohledu je určené vzájemným vztahem.

Posturika – komunikace postojem, polohou a konfigurací těla je dalším určujícím znakem neverbální komunikace. Momentální poloha těla určuje, co se bude s osobou dít, jak se bude chovat nebo co se neuskutečnilo v předcházejících momentech.

Dispozice sestry identifikovat neverbální projevy nemocného je důležitým momentem komunikačního segmentu sestra – pacient. Na základě těchto znaků sestra může lépe zjistit potřeby, které pacient nezná nebo nemůže verbalizovat. V interpersonální komunikaci sestra – pacient se vyskytují i různorodé bariéry. Můžeme je rozdělit na bariéry interní a externí. Interní bariéry vyplývají ze schopnosti jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu. Mezi interní bariéry patří např. nepřipravenost pacienta na komunikaci, obava z neúspěchu, negativní emoce (strach, zlost), fyzické nepohodlí, nesoustředění, různé fyzické a psychické poškození organismu. Můžeme sem zařadit i různé předsudky, bariéry v podobě xenofobie, neúcty a povýšenectví. Mezi externí bariéry patří nevhodné prostředí, hluk, šum, vyrušování další osobou, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat,

komunikační zahlcení, či organizační činnost oddělení.

Komunikace představuje ve vztahu sestra – pacient nenahraditelné místo. Aby se pacient stal součástí ošetrovatelského procesu a péče o sebe, je nevyhnutné, aby sestra co nejdříve poznala překážky neúspěšné komunikace, nepodceňovala možné bariéry a směřovala svoji aktivitu ke komplexní ošetrovatelské péči o pacienta.

V interakčním vztahu sestra – pacient je nutné respektovat určité zákonitosti a principy. K maximálně efektivnímu a účinnému poskytování komplexní ošetrovatelské péče dochází jedině tehdy, když je vytvořena náležitá interakce na bázi respektování, důvěry, partnerství a oboustranné zodpovědné spolupráce. Obě strany si musí uvědomovat, že jsou pro sebe navzájem partnery, kteří se společně podílejí na dosažení jediného cíle – zlepšení situace pacienta. Dosažení tohoto cíle je mnohokrát velmi těžké a vyžaduje velké znalosti a schopnosti ze strany sester (Malíková, 2011).

LITERATURA

- [1] DeVITO, J. A. 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Vydavatelství Grada Publishing, 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- [2] KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
- [3] MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Vydavatelství Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [4] MIKULAŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Vydavatelství Grada, 2010. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- [5] PLEVOVÁ a kol. 2011. *Ošetrovatel'ství II*. Praha: Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [6] VYBÍRAL, Z. 2002. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Vydavatelství Portál, 2002. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
- [7] VYMĚTAL, J. 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2008. 328s. ISBN 978-80-247-2614-4.
- [8] VENGLÁŘOVÁ, M., Mahrová, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-126-8.

COMMUNICATION SEGMENT INTERACT NURSE – PATIENT

KONTAKTNÍ ÚDAJ:

Mgr. Gabriela Dančová
externí doktorandka v studijním
oboru Ošetřovatelství
Vysoká škola zdravotnictva
a sociální práce sv. Alžbety
Detašované pracoviště Příbram
Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram
E-mail: dagabriela@email.cz

ABSTRACT

The author analyzes the necessity of successful communication interact nurse – patient as elemental components of comprehensive nursing care. Communication segment of patient care includes not only verbal but also nonverbal component of communication and disclosure of communication barriers. Proper communication we can come to discover the needs of the patient, the sick cannot or will not verbalize.

KEYWORDS:

Communication, Nurse, Patient

DIFERENCIA VYBRANÝCH OŠETROVATEĽSKÝCH INTERVENCIÍ PO OPERÁCIÁCH KOLOREKTA

LUCIA DIMUNOVÁ

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA
ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH



ABSTRAKT

Cieľ: Cieľom výskumu bolo zistiť rozdiely v efektivite ošetrovateľských intervencií u pacientov po operáciách kolorekta, realizovaných laparotomickým a laparoskopickým operačným postupom. Následne zistiť, či operačný postup má vplyv na dĺžku hospitalizácie pacienta a tým aj na počet vykonaných ošetrovateľských intervencií.

Metodika: Kvantitatívna výskumná metóda obsahová analýza dokumentu. Sledovaných bolo 60 chorobopisov, počas prvých siedmich dní pooperačnej starostlivosti. Sledovali sme rozdiely pri operačných postupoch zamerané na pooperačnú ošetrovateľskú starostlivosť u 14 ošetrovateľských intervencií. Vytvorili sme databázu údajov a výkonov prostredníctvom číselných kódov. Výsledky boli spracované v SPSS 18.0 (Mann-Whitneyho U test).

Výsledky: Sledované intervencie boli zamerané na oblasti ošetrovateľskej starostlivosti ako sú monitorovanie vitálnych funkcií, tlmenie pooperačnej bolesti, parenterálnu, enterálnu výživu a vylučovanie. Samostatne sme sa zamerali aj na sledovanie dĺžky hospitalizácie vo vzťahu k jednotlivým ošetrovateľským intervenciám.

Štatisticky významný rozdiel v prospech laparoskopie sa potvrdil v 9 ošetrovateľských intervenciách, v 1 intervencii bol signifikantne významný rozdiel v prospech laparotómie a v 4 intervenciách neboli zistené štatisticky významné rozdiely.

Záver: Výsledky preukázali benefit laparoskopie v sledovaných ošetrovateľských postupoch. V prospech laparoskopie bola aj celková dĺžka pobytu pacienta na štandardnom oddelení a na jednotke intenzívnej starostlivosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ošetrovateľská starostlivosť, operácie kolorekta, laparoskopia, laparotómia

ÚVOD

Chorobám kolorekta patrí v súčasnosti popredné miesto v zozname civilizačných ochorení. Jedným zo spôsobov ich liečby sú chirurgické intervencie, ktoré by mali byť pre pacienta prijateľné nielen po stránke fyzickej, psychickej a sociálnej, ale aj ekonomickej a z pohľadu zlepšenia kozmetického efektu i skorej rekonvalescencie. Jednotlivé liečebné, operačné a ošetrovateľské postupy sa od nepamäti vyvíjajú v nadväznosti na postupné zvyšovanie vedomostí, skúseností a v neposlednom rade tiež priamo úmerne stavu technického pokroku (Lagin, Toplanská, 2013). Napredovanie včasnej diagnostiky a liečby má veľký podiel na eliminácii dôsledkov týchto ochorení. Jedným zo spôsobov liečby ochorení kolorekta sú chirurgické zákroky realizované laparoskopickým a laparotomickým operačným postupom. Laparotómia je operačný prístup, ktorý predstavuje preťatie brušnej steny na získanie prístupu do dutiny brušnej. Podľa umiestnenia a smeru môžu byť rezy pozdĺžne, priečne a šikmé. Pri voľbe správneho rezu je dôležité zvážiť uloženie cieľového orgánu, obezitu pacienta a nutný rozsah rezu (Pafko et al., 2006). Laparoskopia predstavuje optickú operačnú techniku, ktorá sa realizuje za pomoci laparoskopických portov zavádzaných do dutiny brušnej cez niekoľko milimetrové incízie. Laparoskopicky je možné realizovať akýkoľvek výkon na čreve, od ileocekálny resekcie po nízku resekciu rekta, vrátane totálnej kolektómie (Hoch a kol., 2011).

Obidva operačné postupy zahŕňajú predoperačnú, perioperačnú a pooperačnú starostlivosť, ktorá predstavuje ekonomické náklady poskytovanej starostlivosti. Samotný pooperačný priebeh a doba rekonvalescencie sú ukazovateľom kvality života pacienta.

V posledných rokoch sú čoraz častejšie presadzované laparoskopické postupy v liečbe benígnych a malígnych ochorení kolorekta. Predmetom nášho záujmu bolo porovnanie efektivity ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov po operácii kolorekta realizovanej dvoma operačnými postupmi – laparotomicky a laparoskopicky. Predpokladali sme, že výber operačného postupu vo významnej miere ovplyvňuje celkový pooperačný priebeh a rozsah poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

CIEĽ A METODIKA

Cieľom výskumu bolo porovnanie charakteru a rozsahu ošetrovateľských intervencií u pacientov po operáciách kolorekta realizovaných laparotomickým a laparoskopickým postupom. Na splnenie stanoveného cieľa sme sledovali rozdiely v operačných postupoch zamerané na pooperačnú starostlivosť v oblastiach: monitorovanie vitálnych funkcií, tlmenie pooperačnej bolesti, parenterálna a enterálna výživa, vylučovanie a dĺžka hospitalizácie. Stanovené ošetrovateľské intervencie sa štandardne poskytujú pri oboch typoch operačných postupov.

METODIKA

Výskum sme realizovali v zdravotníckom zariadení na východnom Slovensku v roku 2012. Na splnenie stanovených cieľov sme použili kvantitatívnu výskumnú metódu obsahovej analýzy dokumentu. Sledovaných bolo 60 chorobopisov, počas prvých siedmich dní pooperačnej starostlivosti. Sledovanú dokumentáciu sme rozdelili na dva súbory: na pacientov po operáciách laparoskopickým postupom a na pacientov po operáciách laparotomickým postupom. Vytvorili sme databázu údajov a výkonov prostredníctvom číselných kódov. Vyhodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti sme realizovali na základe 14 položiek, ktoré boli typu ordinálnych premenných n -stupňovej škály, čo umožnilo stanoviť skóre od minimálnej frekvencie poskytnutej ošetrovateľskej intervencie ($n_{\min}=1$, resp.0, keď intervencia nebola uskutočnená), po maximálnu (n_{\max} = najvyššie číslo) frekvenciu sledovanej intervencie pri oboch operačných postupoch. Výsledky boli spracované v SPSS 18.0 (Mann-Whitneyho U test).

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Priemerný vek pacientov v nami sledovaných súboroch bol 55 rokov \pm SD 9.61. Ďalšou sledovanou premennou bolo pohlavie respondentov. Výsledky analýzy poukazujú na skutočnosť, že resekciu rekta laparotomickým postupom absolvovalo 23 mužov a 7 žien. Laparoskopický postup bol realizovaný u 16 mužov a 14 žien.

Sledovali sme frekvenciu realizácie vybraných 14-tych ošetrovateľských intervencií v oboch skúmaných súboroch – pacientov operovaných laparoskopickým a laparotomickým postupom. Vyššiu frekvenciu ošetrovateľských výkonov u laparotomického operačného postupu sme zaznamenali v oblastiach: monitorovanie vitálnych funkcií, tlmenie pooperačnej bolesti aplikáciou analgetík i.m a i.v., pri dĺžke aplikácie parenterálnej výživy, zavedenie nazogastrickej sondy, zavedenie centrálného venózneho katétra, zavedenie permanentného močového katétra a podávanie laxatív. U laparoskopického operačného postupu sme zaznamenali vyššiu frekvenciu starostlivosti v rámci podávania analgetickej liečby epidurálnym katétrom. Priemernú zhodu v počte realizovaných ošetrovateľských intervencií sme zistili v oblastiach: tlmenia pooperačnej bolesti opiátmi, zavedenie periférneho venózneho katétra, enterálnej výživy a podávaní klyzmy.

Následne sme sa pomocou Mann-Whitneyho U testu skúmali štatisticky významný vzťah medzi sledovanými súbormi. Zistené výsledky sú uvedené v tabuľke 1.

Tab. 1. Ošetrovateľské intervencie pri rozdielnych operačných postupoch

Intervencie sestry	<i>p</i> - hodnota
Monitorovanie vitálnych funkcií	
monitorovanie vitálnych funkcií - TK	0.001**
monitorovanie vitálnych funkcií - TT	0.003**
frekvencia liečby kyslíkom	0.001**
Tlmenie pooperačnej bolesti	
analgetická liečba opiátmi	0.970 n.s.
analgetická liečba epidurálnym katétrom	0.024*
analgetická liečba aplikovaná i.m. a i.v.	0.002**
Parenterálna a enterálna výživa	
parenterálna výživa	0.001**
zavedenie centrálného venózneho katétra	0.012*
zavedenie periférneho venózneho katétra	0.814 n.s.
enterálna výživa	0.227 n.s.
zavedenie nazogastrickej sondy	0.001**
Vylučovanie	
klyzma	0.317 n.s.
laxatíva	0.012*
zavedenie permanentného močového katétra	0.023*

p štatistická významnosť na hladine $\alpha = 0.05^*$

n.s. nesignifikantné

p štatistická významnosť na hladine $\alpha = 0.01^{**}$

Pacienti si po operáciách kolorekta v mnohých prípadoch vyžadujú kontinuálny pooperačný monitoring na oddeleniach intenzívnej starostlivosti. Dĺžka hospitalizácie pacientov po oboch operačných výkonoch mala rôzne trvanie. Môžeme konštatovať, že zdravotnú starostlivosť na oddeleniach intenzívnej starostlivosti si vyžadovali všetci pacienti po operácii laparoskopickým postupom v rozsahu 2 dní, respondenti po operácii

laparotomickým postupom si v niektorých prípadoch vyžadovali monitoring dlhší čas, avšak 8 pacientov po laparotomickej operácii bolo hospitalizovaných na oddeleniach intenzívnej starostlivosti len 1 deň. Pri vyhodnocovaní celkovej dĺžky hospitalizácie v analyzovanom súbore respondentov trvala dĺžka pobytu v nemocničnom zariadení u 23 pacientov operovaných laparotomickým postupom viac ako 10 dní a 9 dní u 7 pacientov.

Pri laparoskopickom postupe bola celková dĺžka hospitalizácie viac ako 10 dní potrebná len u 4 pacientov, 9 dní u 5 pacientov a 17 pacientov bolo hospitalizovaných len 7-8 dní. Výsledky analýzy jednoznačne poukazujú na to, že laparoskopická intervencia je z pohľadu celkovej dĺžky hospitalizácie prijateľnejšou operačnou metódou.

DISKUSIA

Cieľom nášho výskumu bolo zamerať sa na benefity dvoch rozdielnych operačných postupov realizovaných na kolorekte a to laparoskopikom a laparotomickom prístupom. Drahoňovský (2000) poukazuje na to, že nie je vhodné, obe tieto metódy stavať do protikladu. Uvádza, že laparoskopická metóda je výhodnejšia pre pacienta, pretože má minimálnu incíziu, pracuje s malými nástrojmi, nie je rúškovanie a znižuje sa výskyt pohmoždenia tkanív. Výsledkom je rýchlejšie obnovenie činnosti tráviaceho traktu, operačná rana je menej bolestivá, znižuje sa riziko včasných komplikácií. Na druhej strane je laparotomická operácia zlatý štandard k dokončeniu operácie v prípade komplikácií. V nami sledovanom súbore sme zistili podobné výsledky. Zamerali sme sa na konkrétne ošetrovateľské intervencie, ktoré sú štandardom starostlivosti o pacienta po operačnom výkone a sú realizované u oboch operačných postupov.

Benefit v prospech laparoskopického operačného postupu naznačujú aj zistenia štúdie Norwood et al. (2011), v ktorej analyzovali u 97 pacientov (laparoskopia

n=53; laparotómia n=44) počet hodín poskytovanej pooperačnej ošetrovateľskej starostlivosti. Priemerná hodnota počtu hodín výkonu ošetrovateľských intervencií na jedného pacienta u laparotómie bola 80 hodín a u laparoskopie 58.5 hodín.

Bolesť je jeden z významných a aktuálnym ošetrovateľským problémom, ktorý predstavuje pre pacienta zníženie kvality života. V rámci nášho výskumu sme sa zamerali na spôsoby, akým sa bolesť po jednotlivých výkonoch tlmí. Babiš (2010) porovnával laparotomickú resekciu s resekciou kolorektálnych karcinómov laparoskopickou cestou. Vo svojej prospektívnej analýze uvádza zistenie, že je nižšia potreba použitia opiátov v bezprostrednom pooperačnom období u laparoskopie – 1.3% než u laparotómie – 35%. Analýza v nami sledovanom súbore sa zhoduje zo zisteniami tejto štúdie. Podobne ako zistenia autoriek Otteová, Plevová (2011), ktoré uvádzajú nižšiu intenzitu bolesti na škále VAS v bezprostrednom pooperačnom priebehu u pacientov po laparoskopickom cholecystektómii v porovnaní s laparotomickým postupom. Z ekonomického hľadiska je dôležité sledovanie celkovej dĺžky hospitalizácie pacienta. Nami zistené údaje súvisiace s celkovou dĺžkou hospitalizácie zaznamenávajú kratšiu dĺžku u pacientov po operácii laparoskopickým postupom a sú v zhode so zisteniami autora Veldkampa (2011), ktorý udáva priemernú dĺžku hospitalizácie u pacientov po laparoskopickom prístupe 5.6 (± 0.26) dní a po laparotomickom prístupe 6.4 (± 0.23) dní.

Celkovo môžeme vysloviť názor, že v nami sledovanom súbore sa javí výhodnejší laparoskopický operačný postup. Naše zistenia je možné porovnať s prospektívnou analýzou Babiša (2010), ktorý poukazuje na benefity operácií laparoskopickým prístupom. Na pozitíva pooperačnej starostlivosti po laparoskopickom prístupe upriamujú pozornosť aj autori Vrzgula a kol. (2011) a Norwood et al. (2011).

Hospitalizácia chirurgického pacienta sa spája s prostredím chirurgických pracovísk, pričom nejde iba o fyzické prostredie, resp. jeho materiálne . technické vybavenie, ale aj o sociálne vzťahy a prístup pracovníkov (Magerčiaková, 2013). Je potrebné, aby na túto skutočnosť mysleli zdravotnícki profesionáli a poskytovali tak kvalitnú starostlivosť pacientom pri akomkoľvek operačnom postupe.

ZÁVER

V súčasnosti je často diskutovanou témou voľba laparotomického a laparoskopického prístupu vo vzťahu ku kvalite prežívania pacienta v období pooperačnej starostlivosti. V našom výskume sme sledovali konkrétne ošetrovateľské intervencie, ktoré sa realizujú v rámci pooperačnej starostlivosti u pacientov s oboma operačnými prístupmi. Sledované intervencie boli zamerané na oblasti monitorovania vitálnych funkcií, tlmenia pooperačnej bolesti, parenterálnej a enterálnej výživy a vylučovania. Samostatne sme sa zamerali aj na sledovanie dĺžky hospitalizácie. V prevažnej väčšine sa potvrdil nižší počet realizovaných ošetrovateľských postupov u pacientov po operácii laparoskopickým prístupom. V prospech laparoskopie je aj celková dĺžka pobytu pacienta v nemocničnom zariadení.

LITRATÚRA

- [1] BABIŠ, B. – VÁŇA, J. - ŽÁČEK, M. – JOHANES, R. 2013. Laparoskopická resekcia karcinómu hrubého čreva a rekta, vyhodnotenie výsledkov na Chirurgickom oddelení FNŠP v Žiline – 2. časť. In *Slovenská chirurgia*, 2013, roč. 10, č. 3, s. 109-110.
- [2] DRAHOŇOVSKÝ, V. 2000. *Laparoskopie*. 1. vydanie Praha: Galén, 2000. 103 s.
- [3] HOCH J. et al. 2011. *Speciální chirurgie*. 3. vydanie Praha: Maxdorf , 2011. 590 s.
- [4] LAGIN, K. – TOPLÁNSKÁ, Z. 2013. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti v hrudníkovej chirurgii. In VII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v chirurgických odboroch a III. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v ortopédii. Bratislava: SKSaPA, 2013. s. 31-36.
- [5] MAGERČIAKOVÁ, M. 2013. Prežívanie stresu u chirurgického pacienta v kontexte hospitalizácie. In *Logos Polytechnikos*, 2013. roč.4, č.1, s.33-43.
- [6] NORWOOD, M.G. – STEPHENS, J.H. – HEWETT, P.J. 2011. The nursing and financial implications of laparoscopic colorectal surgery: data from a randomized controlled trial. In *Colorectal Disease* [online], 2011, vol. 13, no 11, p. 1303 - 1307 [cit. 2015-01.09]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20955511Process.pdf>.
- [7] OTTEOVÁ, I. - PLEVOVÁ, I. 2011. Rozdíly v pooperačním průběhu u senioru po laparoskopické a laparotomické cholecystektomii. In *Ošetrovateľská a porodní asistencie* [online], 2011, roč. 2, č. 2, s. 219 – 228 [cit. 2015-02.09]. Dostupné na internete: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-02/6_otteova_plevova.pdf.
- [8] PAFKO, P. – KABÁT, J. – JANÍK, V. 2006. *Náhle příhody břišní-operační manuál*. Praha: Grada Publishing, 2006. 136 s.
- [9] VELDKAMP, R. Laparoscopic surgery for colonic cancer. Establishment of a technique. [online], 2011 [cit. 2014-12.12]. Dostupné na internete: <http://laparoscopicsurgeryforcoloniccancer.euProcess.pdf>
- [10] VRZGUĽA, A. et al. SILS cholecystektómia a inguinálna hernioplastika jedným prístupom – kazuistika. In *Miniinvazívna chirurgia a endoskópia chirurgia súčasnosti* [online], 2011, vol. 15, no 4, p. 7 - 10 [cit. 2015-03.03]. Dostupné na internete: <http://laparoskopia.info/pdf/CASO-4-2011 Process.pdf>.

DIFERENCE OF SELECTED NURSING INTERVENTIONS AFTER COLORECTAL SURGERY

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 66 Košice
E-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

ABSTRACT

Background: The aim of the research was to determine differences in the effectiveness of nursing interventions in patients after colorectal surgery performed by laparotomic and laparoscopic procedure. Determine whether a specific surgical procedure had an effect on the length of hospitalization of the patients and performed nursing interventions.

Methods: Quantitative research method of document content analysis. 60 medical records were monitored during the first seven days of post-surgical care. We followed the differences in surgical procedures, focusing on post-surgical care in 19 of nursing interventions. We created a database of collected data and performed interventions through numeric codes. The results were processed in SPSS 18.0 (Mann-Whitney U test).

Results: Monitoring nursing interventions focused on activities such as monitoring vital signs, control of postoperative pain, parenteral nutrition, enteral nutrition and excretion of urine and defecation. Separately, we also focused on monitoring the length of hospitalization in relation to individual nursing interventions.

A statistically significant difference in favour of the laparoscopy was confirmed in 9 of nursing interventions, in case of one intervention there was a significant difference in favour of laparotomy while in 4 interventions no statistically significant differences were found.

Conclusions: Our results confirmed benefits of laparoscopy in monitoring of surveyed nursing practices. Total duration of patient hospitalization in a standard ward as well as in the intensive care unit also proved to be in favour of laparoscopy.

KEYWORDS:

Nursing care, colorectal surgeries, laparoscopy, laparotomy

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI HAVLÍČKŮV BROD

MARKÉTA DUBNOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod má dlouholetou tradici v poskytování zdravotně sociální péče. První písemný záznam evidence sociálních pracovníků pochází z roku 1955, avšak lze předpokládat, že v určité formě byla sociální práce realizována od počátku existence tohoto ústavu, který je datován do roku 1928. Z důvodu kontinuity poskytování zdravotně sociálních služeb a schopnosti managementu řídit poskytování péče v holistickém pojetí, má dnes toto zdravotnické zařízení jeden z nejvyšších počtů zdravotně sociálních pracovníků v České republice a poskytuje široký rozsah spektra sociálních služeb na profesionální úrovni.

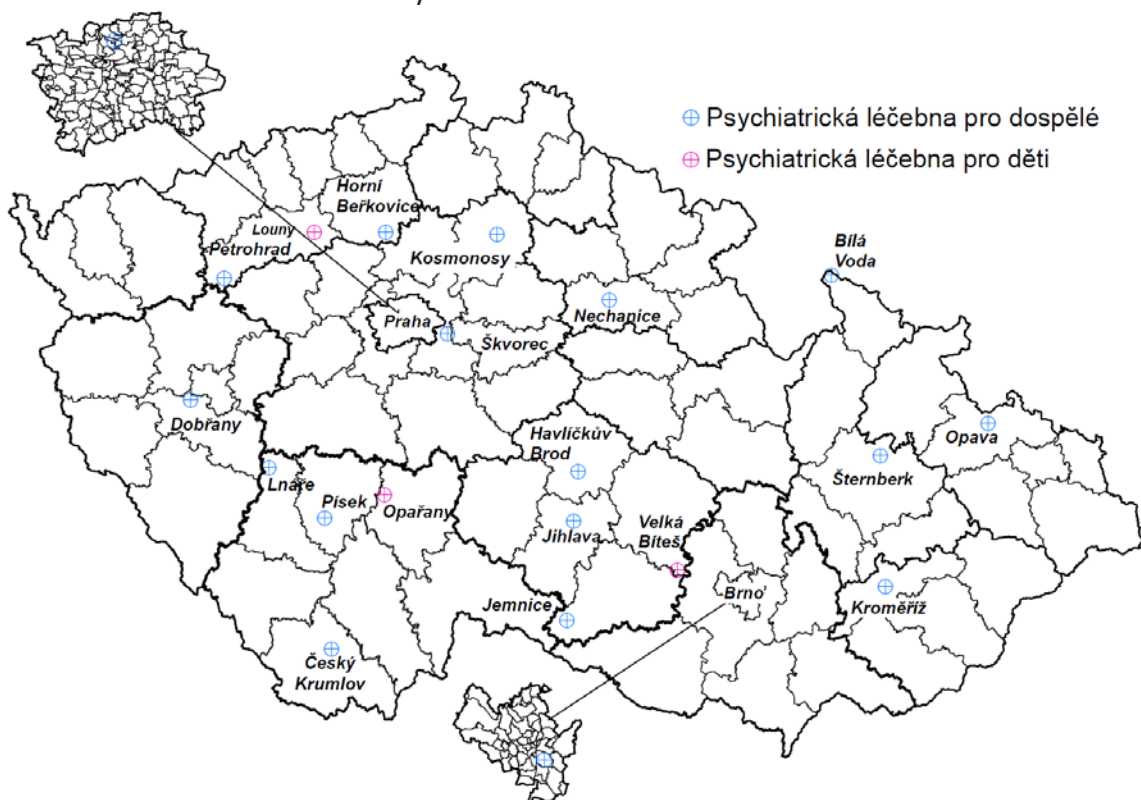
KLÍČOVÁ SLOVA:

zdravotně sociální péče, sociální práce, sociální služby, zdravotně sociální pracovník, kompetence

Holistický přístup v léčebném procesu i tradice sociální práce jsou základními faktory poskytování kvalitní zdravotně sociální péče v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Dlouhodobá snaha a cílené zvyšování kvality zdravotní péče vyvrcholily v roce 2014, kdy toto zařízení úspěšně prošlo externím hodnocením kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb dle platné legislativy a na základě jeho výsledků bylo vyhlášeno absolutním vítězem projektu „Kvalitní a bezpečná nemocnice 2014“.

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, do roku 2012 registrovaná pod názvem Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, je jedním z 18 zařízení tohoto typu, které jsou provozovány na území České republiky. Její historie sahá do začátku 20. století, kdy bylo v našich zemích otevíráno množství ústavů pro choromyslné. Intenzivní snahy o vybudování ústavu v Havlíčkově, tehdy Německém, Brodě byly přerušeny první světovou válkou. Stavební práce tedy začaly v roce 1920 a zcela byly dokončeny až v roce 1934, kdy byl ústav

Graf 1: Psychiatrické nemocnice na území ČR



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

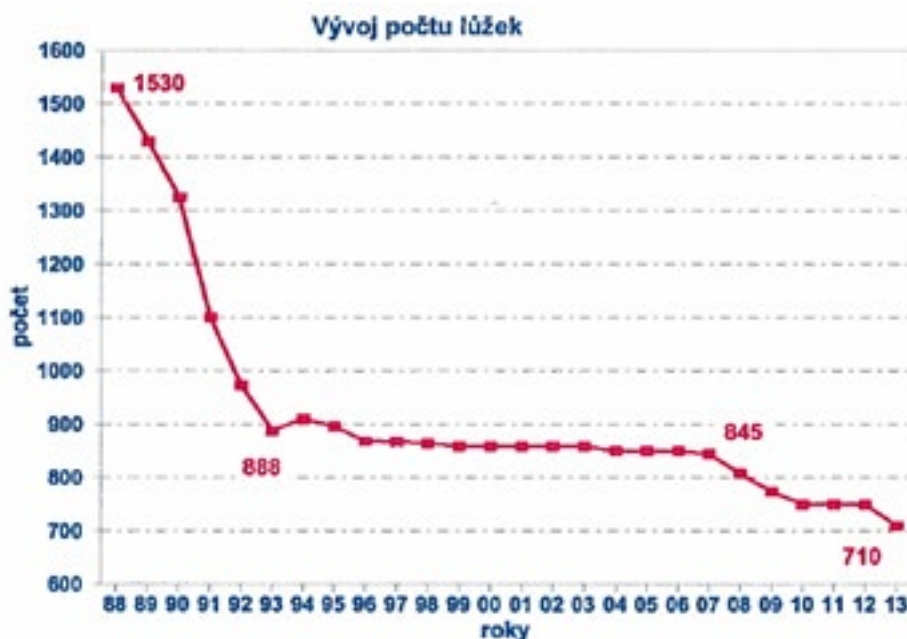
tvořen patnácti moderními pavilony. Zahájení provozu Zemského ústavu pro choromyslné v Německém Brodě a přijetí prvních pacientů je však datováno již do roku 1928 (Psychiatrická léčebna, 1998).

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod (dále jen „nemocnice“) je poskytovatelem zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V rámci 11 primariátů (23 oddělení) poskytuje akutní a komplexní následnou lůžkovou zdravotní péči v oborech psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, léčba návykových nemocí a sexuologie. Hospitalizovaným pacientům s duševním onemocněním je podle potřeby poskytována i somatická zdravotní péče v oborech geriatry a vnitřní lékařství. Ambulantní zdravotní péče je

pak zajišťována především v oborech psychiatrie, vnitřní lékařství, sexuologie, dětská a dorostová psychiatrie. Z hlediska právní subjektivity je nemocnice státní příspěvkovou organizací, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. V souvislosti se společenskými změnami a transformací systému psychiatrické péče došlo od roku 1989 k snížení počtu lůžek o 46%. Poslední redukce byla realizována v roce 2012. V současné době tak činí lůžková kapacita 710 lůžek (www.plhb.cz).

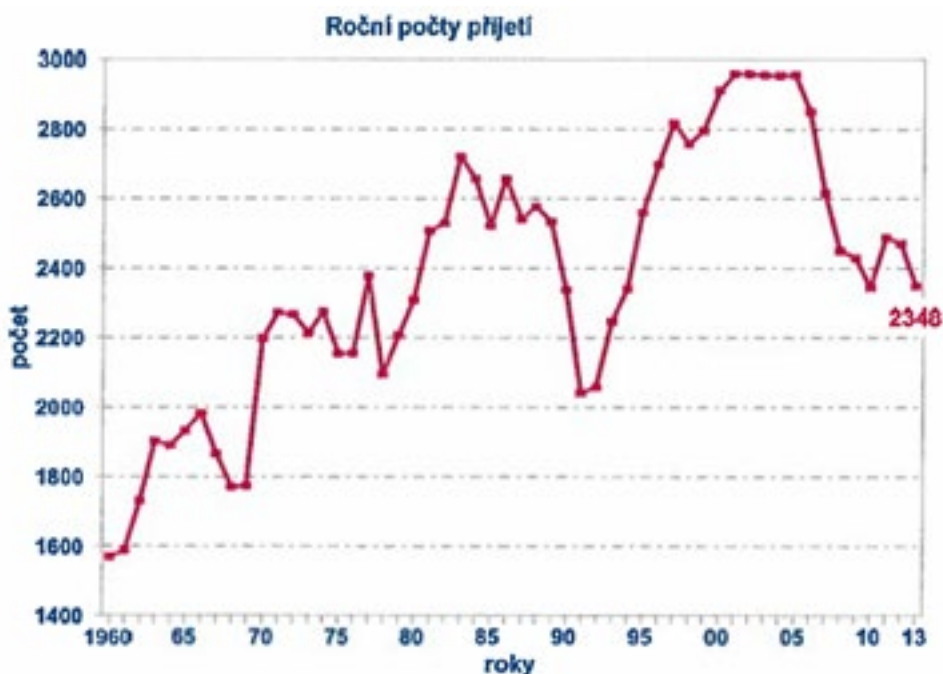
Z hlediska lůžkové péče má zařízení nadregionální působnost, spádové území zahrnuje oblast jedenácti okresů východních Čech s více než milionem obyvatel – Benešov, Chrudim, Havlíčkův Brod, Hradec Králové, Kolín, Kutná Hora, Náchod, Pardubice, Rychnov nad Kněžnou, Svitavy a Ústí nad Orlicí. V případě volné

Graf 2: Vývoj počtu lůžek v letech 1988 – 2013



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Graf 3: Vývoj počtu přijetí k hospitalizaci v letech 1988 – 2013



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

kapacity mohou být hospitalizováni nemocní z celé České republiky. Ročně je k hospitalizaci přijato okolo 2400 osob (www.plhb.cz).

DŮVODY PRO PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

Vsouladu s platnými právními předpisy může přijetí k hospitalizaci do nemocnice nastat za těchto zákonných okolností:

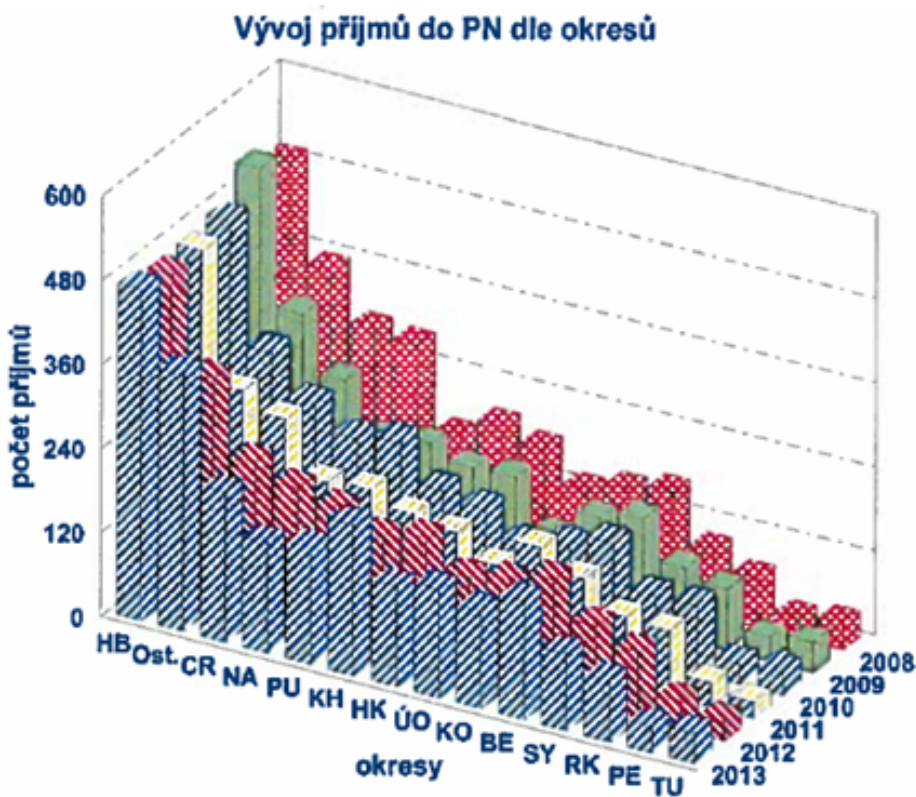
» Aktuální duševní stav je indikací k přijetí osoby do nemocnice ze zdravotních důvodů a tato osoba (případně její zákonný zástupce) souhlasí s hospitalizací na lůžkovém oddělení nemocnice.

» Aktuální duševní stav je indikací k přijetí osoby do nemocnice ze zdravotních důvodů a současně je tato osoba pod vlivem duševní nemoci bezprostředně a zjevně nebezpečná sobě nebo svému okolí. V takovém případě je osoba převzata k hospitalizaci i bez svého souhlasu (souhlasu zákonného zástupce). Okolnosti převzetí k hospitalizaci a její pokračování bez souhlasu pacienta vždy v zákonné lhůtě přezkoumá Okresní soud v Havlíčkově Brodě.

» Bez vlastního souhlasu jsou k hospitalizaci do nemocnice přijímány osoby se soudně nařízeným ochranným léčením ústavním a osoby se soudně nařízeným pozorováním za účelem znaleckého posouzení jejich psychického stavu.

» Osoby mladší 18 let rozumově a volně způsobilé k posouzení svého zdravotního stavu a osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, u nichž je indikovaná psychiatrická hospitalizace, udělují svůj písemný souhlas s hospitalizací, který současně potvrzuje i jejich zákonem definovaný zástupce (rodič, soudem určený opatrovník apod.). Bez souhlasu zákonného zástupce mohou být takové osoby hospitalizovány, pokud pod vlivem své duševní poruchy ohrožují bezprostředně a zjevně sebe nebo své okolí. Okolnosti takového převzetí pacienta k hospitalizaci a její pokračování bez souhlasu zákonného zástupce vždy v zákonné lhůtě přezkoumá Okresní soud v Havlíčkově Brodě. U pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům, kteří sami neudělili písemný souhlas s hospitalizací, ačkoli takový písemný souhlas udělil jejich zákonný zástupce, musí podle zákona rovněž přezkoumat okolnosti jejich převzetí k hospitalizaci Okresní soud v Havlíčkově Brodě (www.plhb.cz).

Graf 4: Vývoj příjmů dle okresů v r. 2013



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

REALIZACE KOMPLEXNÍ PÉČE

Realizace komplexní zdravotní péče v rámci bio-psycho-sociálního modelu zdraví, včetně spirituální oblasti spočívá v kombinaci farmakologické léčby, režimové léčby, ošetřovatelského procesu, individuální i skupinové psychoterapie, sociální práce a psychiatrické rehabilitace včetně pracovní terapie, hipoterapie, cannisterapie, pohybové rehabilitace a duchovní péče.

ČINNOSTI V OBLASTI SOCIÁLNÍ PRÁCE

Hospitalizovaní pacienti mají často závažné sociální problémy, které významnou měrou souvisejí s jejich duševní nemocí. Řešení sociálních záležitostí hospitalizovaných pacientů je proto nedílnou součástí poskytované zdravotní péče. Činnosti v oblasti sociální

práce zabezpečuje jedenáct zdravotně sociálních pracovníků na plný úvazek. Jsou součástí multidisciplinárního týmu každého oddělení, který zahrnuje další zdravotnický personál – lékaře, zdravotní sestry, psychology, terapeuty, ošetřovatele. Zdravotně sociální pracovník hraje důležitou roli v rámci realizované péče, poskytuje celý rozsah sociálních služeb, který zahrnuje poradenství, poskytování informací pacientům i jejich blízkým, vyjednávání, snahu pomoci pacientovi získat služby a zdroje v komunitě, včetně doporučení pro návazné služby. Hospitalizovanému člověku a blízkým osobám je poskytováno základní sociální poradenství. U každého přijatého pacienta provádí zdravotně sociální pracovník základní sociální šetření, tzv. sociální diagnostiku, která obsahuje níže uvedené oblasti, na jejichž základě je následně realizována cílená sociální pomoc a podpora.

OBLASTI SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ

*ekonomická
situace*

bydlení

*rodinné
zájemí/vztahy*

*sociální
diagnóza*

*právní režim
hospitalizace*

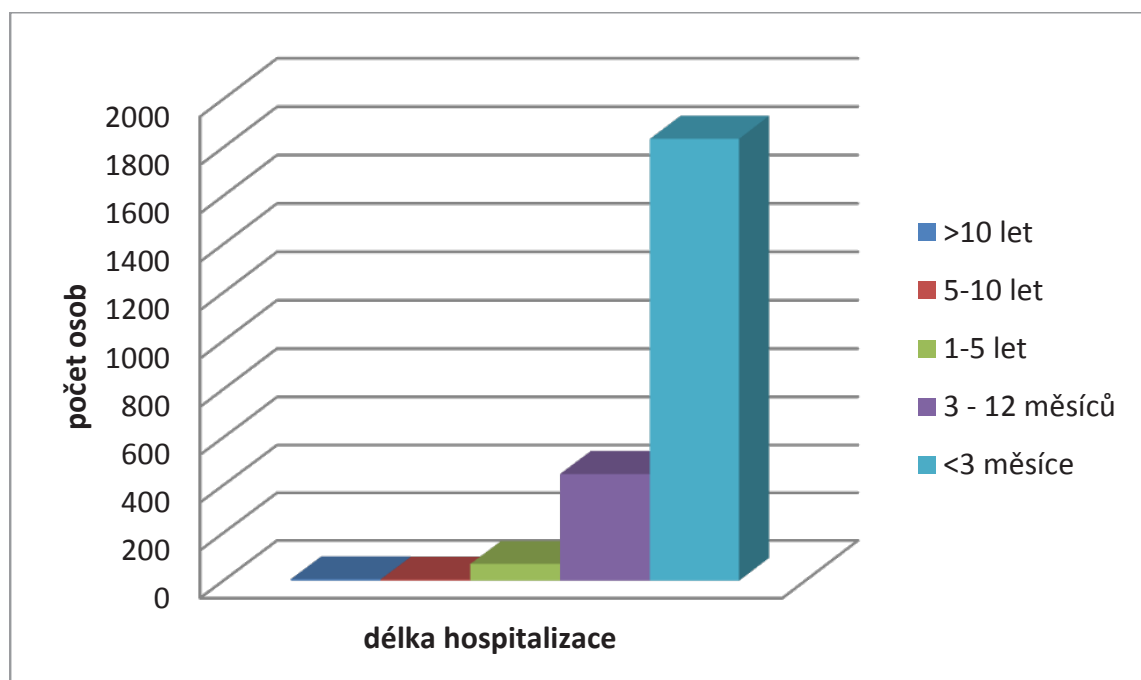
V roce 2014 bylo provedeno výše uvedené šetření u 2421 pacientů (www.plhb.cz), přičemž tento počet osciluje kolem této hladiny příjmu. Pro odborné sociální poradenství a specializovanou pomoc je pacientovi zprostředkován kontakt s nejrůznějšími úřady a institucemi (úřady práce, občanské poradny, intervenční centra, OSSZ atd.). Významná role zdravotně sociální

pracovnice spočívá také ve vyhledávání, vyjednávání, využití a podpoře zdrojů pomoci v přirozeném prostředí pacienta (rodina, služby komunitní péče v místě bydliště) a realizace kontaktu s potřebnými terénními, ambulantními nebo pobytovými zdravotně-sociálními službami v místě bydliště a jeho „přemostění“ do těchto služeb pro období po propuštění z nemocnice (např. občanská sdružení pro

péči o duševně nemocné Fokus Vysočina, Péče o duševní zdraví – region Pardubice; ústavy sociální péče, domovy pro seniory, sociální oddělení měst a obcí, psychiatrické ambulance, úřady státní správy). Neopomenutelnou činností je administrace právního režimu hospitalizace jednotlivých pacientů (dobrovolné / nedobrovolné hospitalizace, ochranné léčby). S ohledem na roli zdravotně sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu a jeho náplň práce se lze domnívat, že intenzita a efektivita jeho intervencí má vliv na délku hospitalizace, úspěšnost léčby i délku

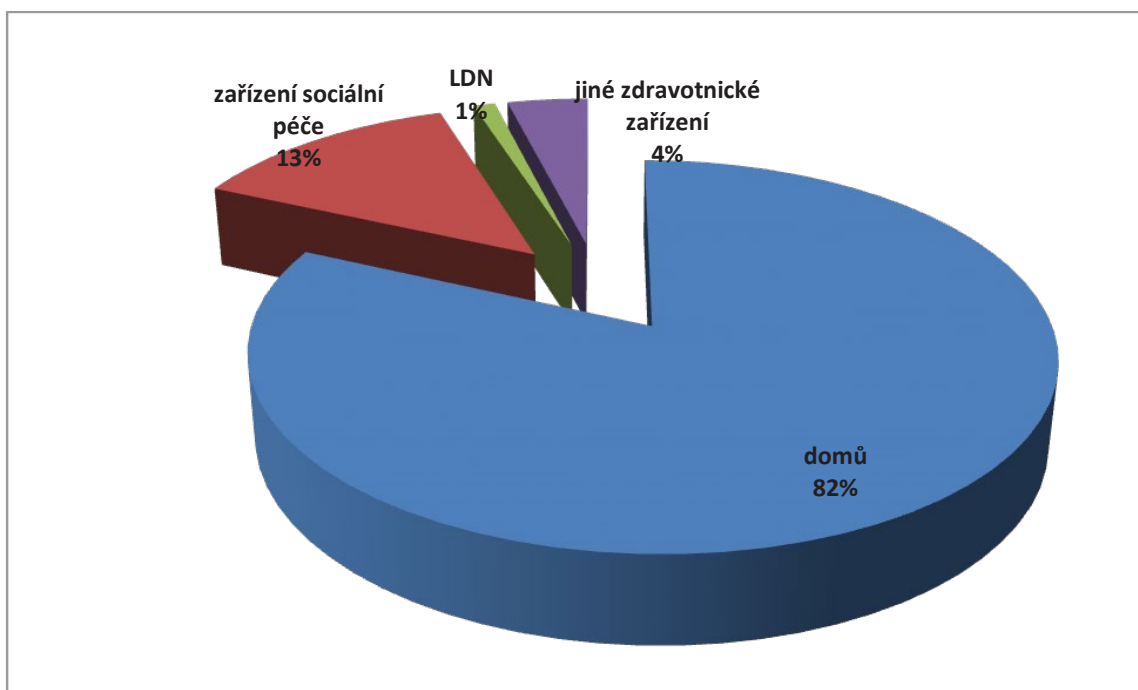
remise u pacientů s vážným duševním onemocněním, kteří se mimo ústavní péči neobejdou bez pomoci druhé osoby. Rozsah, obsah i frekvence intervence u jednotlivých pacientů je různá. Na obrazu individuální práce s pacientem se podílí mnoho faktorů, přičemž mezi nejvýznamnější patří závažnost a průběh onemocnění, délka hospitalizace, spolupráce rodiny a zázemí pacienta. Klíčovou se jeví dostupnost odpovídajících služeb v místě bydliště ve smyslu jejich existence, vzdálenosti, kapacity i finanční náročnosti.

Graf 5: Propuštění dle délky pobytu v r. 2014



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Graf 6: Způsoby propuštění v r. 2014



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod


Z hlediska platné legislativy, zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jsou zdravotně sociální pracovníci nemocnice nelékařskými zdravotnickými

pracovníky a jsou financovány prostřednictvím systému zdravotního pojištění. Počet zdravotně sociálních pracovníků, jejich kompetence i role v rámci multidisciplinárních týmů je v tomto zařízení výsledkem dlouholeté tradice a podpory managementu, který, přes četná úspěšná opatření, umožňuje udržet rozsah i kvalitu poskytované zdravotně sociální péče na nadstandardní úrovni.

LITERATURA:

- [1] Čítanka z dějin českého choromyslnictví: Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod 1928-1998. Havlíčkův Brod: Psychiatrická léčebna, 1998. 67 s.
- [2] PLHB.CZ: Primariát CPP – Centrální příjem. [online]. [cit. 2015-26-03].
Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/primariat-cpp-centralni-prijem>.
- [3] PLHB.CZ: Výroční zpráva 2013. [online]. [cit. 2015-26-03].
Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/vyrocní-zpravy-2013>.
- [4] Psychiatrická péče 2012. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. 134 s. Zdravotnická statistika = Health statistics. ISBN 978-80-7472-086-4.
- [5] RABOCH, J. Aktuální problémy české psychiatrie [online]. c2005 [cit. 2005-10-12].
Dostupné z: <<http://www.szu.cz/czpzp/aktual>>.
- [6] Vyhláška č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.
- [7] WINKLER, Petr et al. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení [online]. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013 [cit. 2015-04-01]. ISBN 978-80-87142-21-9.
- [8] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.
- [9] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

HEALTH AND SOCIAL CARE IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL HAVLÍČKŮV BROD



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: marketa.dubnova@vspj.cz

ABSTRACT

Psychiatric hospital Havlíčkův Brod has a long tradition of providing health and social care. The first written record of evidence of social workers come from 1955, but it can be assumed that some form of social work has been carried out since the beginning of the existence of this institution, which dates back to 1928. Due to the continuity of health and social services, and management's ability to manage the provision of care in a holistic concept, today this medical device has one of the highest numbers of health and social workers in the Czech Republic and provides a wide range of social services on a professional level.

KEYWORDS:

health and social care, social work,
social services, health and social worker,
competence

PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI NÁSTROJA – EMOČNÁ INTELIGENCIA SESTIER V INTERAKCII S GERIATRICKÝMI PACIENTMI

INGRID JUHÁSOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

FRANTIŠEK BAUMGARTNER
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
V OSTRAVĚ



ABSTRAKT

Cieľ: Príspevok má charakter validizačnej štúdie, ktorej cieľom bolo testovať psychometrické vlastnosti nástroja ESE-GP, ktorý zisťuje mieru interakcie sestier s geriatrickými pacientmi.

Metodika: Výskumná vzorka pozostávala celkovo z 415 osôb. Z tohto počtu bolo 280 sestier zo štyroch nemocníc trnavského regiónu a 135 študentiek ošetrovateľstva. Psychometrická analýza nástroja v našej štúdií bola realizovaná z aspektu faktorovej analýzy a reliability. Použité boli ďalej nástroje SIT-EMO (Situational Test of Emotional Understanding) na zisťovanie emočnej inteligencie ako schopnosti, SEIS (Schutte Emotional Intelligence Scale) a TEIQ-SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form) zisťujúce mieru emočnej inteligencie ako črty.

Výsledky: Výsledky potvrdzujú špecifickosť konštruktov. Vnútoraná konzistencia ESE-GP dosiahla uspokojivé hodnoty. Získané priemery v 15. dimenziách ESE-GP poskytujú

obraz o miere vzťahu s geriatrickými pacientmi. Štyri faktory: well-being, schopnosť sebaovládania, emocionalita, sociabilita neboli nami jednoznačne potvrdené.

Záver: Navrhujeme pokračovať v testovaní dotazníka ESE-GP a tak vytvoriť konzistentný konštrukt s možnosťou jeho využitia v ošetrovateľstve, ktorý bude spĺňať kritériá na efektivitu, nenáročnosť, čas administrácie a zároveň validitu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ošetrovateľská starostlivosť, operácie kolorekta, laparoskopia, laparotómia

ÚVOD

Ošetrovateľská prax vyžaduje od sestier schopnosť rozpoznávať a ovládať emócie vo vzťahoch s geriatrickými pacientmi (GP). McCobe, Timmins (2006; Moss, 2005) hovoria o kombinácií kognitívnych a afektívnych procesov, ktoré pomáhajú v interakcii sestra – pacient. Podľa Salbota et al. (2011, s. 8) sú pre bežné, ale aj špecifické fungovanie osobnosti potrebné nielen rozumové schopnosti (rozhodovanie na základe logiky), ale aj schopnosti, ktoré spadajú pod emočnú inteligenciu (EI). EI zahŕňa také kvality, ako je poznanie vlastných citov, schopnosť vcítiť sa do druhých ľudí a usmerňovať city tak, aby sa zlepšila kvalita ich života.

V súčasnosti je na pulze dňa novozavedený pojem „emocionálna inteligencia“ a EQ – emocionálny kvocient, ktorý možno chápať ako protiváhu k inteligenčnému kvocientu. Baumgartner a Karaffová (2014) sa domnievajú, že situáciu okolo oboch konceptov možno posudzovať tak, že súdobé štúdium EI (od 90. rokov 20. storočia) predstavuje v podstate pokračovanie *predošlých* výskumov sociálnej inteligencie (zhruba od 20. do 70. rokov 20. storočia). K tomu oprávňuje fakt, že v súčasnosti je publikovaných *článkov týkajúcich sa* sociálnej inteligencie veľmi málo, teda pozornosť vedcov je takmer výlučne sústredená na EI.

V českej a slovenskej vedeckej komunite zaoberajúcej sa touto problematikou by sa mal podľa Baumgartnera (2011) preferovať termín emočná inteligencia pred termínom

emocionálna inteligencia. Z pohľadu slovenského jazyka, prostredníctvom vysvetlenia dvomi druhmi slovníkov, Šarvaicová (2011) konštatuje, že výrazy emocionálny, emočný sú jednoznačne rovnocenné, spisovné synonymá. Podľa Krátkeho slovníka slovenského jazyka (2003):

emócia -ie ž. pohnutie, vzrušenie, cit: *silné e-ie*;

emočný príd.: *e-á sila*

emocionálny príd.

1. vyvolávajúci, vyjadrujúci emócie: *e. účinok, výraz*

2. ľahko podliehajúci emóciám, citový: *e. človek*;

emocionálne prísl.: *e. pôsobiť*;

emocionálnosť -i ž.

V *Synonymickom slovníku* (Pisárčiková, Považaj, Tibenská 2004):

citový 1. týkajúci sa citu, súvisiaci s citom • *emocionálny* • *emočný* • *emotívny*: citový, emocionálny, emotívny svet, zážitok; emočná sila..., 2. p. citlivý. Šarvaicová (2011) uzatvára, že ide skôr o problém voľby vhodného pojmu z hľadiska odbornej terminológie danej vednej disciplíny.

EI je percipovaná odborníkmi jednej skupiny (Mayer, Salovey a Caruso, 2004; Matthews et al., 2004) ako schopnosť a zisťujú jej mieru výkonovými konštruktmi. Predstavitelia druhej skupiny (Pérez, Petrides a Furnham, 2007) vymedzujú konceptuálny rámec EI ako osobnostnej črty. Salbot et al. (2011, s. 79) vyjadrujú, že črtová EI sa podľa zahraničných, ale aj ich výskumov, javí byť zmysluplným, relatívne samostatným osobnostným

konštruktom opodstatneným v rámci výskumno-diagnostickej praxe. Títo autori, ako aj iní (Baumgartner, Zacharová, 2009; Petrides et al., 2007) preferujú termín emočná sebaúčinnosť, resp. emocionálna seba-pôsobnosť (emotional self-efficacy). V našom výskume používame v kontexte črtovej EI termín emočná sebaúčinnosť (ESE), nepreferujeme ho však striktnie. Odôvodňujeme to tým, že termín emočná inteligencia je v širšej, odbornej vedeckej obci zaužívaný a zároveň viac rezonuje v laickej populácii.

V našich podmienkach empirické štúdie EI v kontexte ošetrovateľstva absentujú. Dôvodom môže byť, že koncept EI je percipovaný zo strany vedeckej ošetrovateľskej obce (Ilievová et al., 2010; Novotná, Šimová, 2009) príliš všeobecne a v teoretickej rovine, čo nevystihuje adekvátne úroveň súčasného poznania EI vo svete. Zahraniční autori (Akerjordet, Severinsson, 2007; Bulmer Smith et al., 2009; McQueen, 2004) konštatujú, že výskum EI v kontexte ošetrovateľstva je síce zriedkavý, avšak pozoruhodný a rôzne prístupy k štúdiu EI sú potrebné.

VÝVOJ A CHARAKTERISTIKA ESE-GP

Možností ako merať emočné schopnosti sestier vo vzťahoch s geriatrickými pacientmi tak, aby reflektovali ich uplatnenie v ošetrovateľskej praxi sú v súčasnosti obmedzené.

ESE-GP (Emotional self-efficacy to geriatric patients), je nástroj, ktorý má potenciál priniesť informácie o vnútorných

procesoch či skúsenostiach a o typickom správaní sa osôb ku geriatrickým pacientom, čo je postavené na introspekcii a sebapoznání. ESE-GP tvorí 30 položiek, respondenti vyjadrujú mieru súhlasu resp. nesúhlasu prostredníctvom 5-bodovej Likertovej škály (1 – úplne nesúhlasím až 5 – úplne súhlasím). Obsahuje viacej položiek s obráteným skórovaním. Meria celkovú emočnú sebaúčinnosť v interakcii s GP a skóre v 15-tich dimenziách: adaptabilita, asertivita, črtová empatia, črtové šťastie, emočná expresia, emočná percepčia, emočná regulácia, manažment emócií (druhých), (nízka) impulzivita, optimizmus, sociálna uvedomelosť, sebaúcta, sebamotivácia, vzťahová kompetencia a zvládanie stresu. Vyššie skóre indikuje vyšší potenciál osôb pre vnímanie a spracúvanie emócií u seba a aj GP, ako aj potenciál pre kontrolu a reguláciu emócií. Pri tvorbe nášho dotazníka sme sa inšpirovali TEIQue-SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire-short form), tento konštrukť sme vybrali na základe dostupnosti a analýzy existujúcich konceptov. Najnovšia dlhá verzia TEIQue obsahuje 153 položiek, meria globálnu EI a skóre v 15-tich subškálach/dimenziách, pričom 13 z nich vytvára štyri všeobecnejšie faktory:

1. Emocionalita: obsahuje črtovú empatiu, emočnú percepciu, emočnú expresiu a vzťahovú kompetenciu;
2. Sociabilita: zahŕňa manažment emócií (druhých), asertivitu a sociálnu uvedomelosť;
3. Well-being: optimizmus, črtové šťastie a sebaúcta;
4. Sebakontrola: obsahuje emočnú

reguláciu, (nízku) impulzivitu a zvládanie stresu. Samostatnými suškálami sú adaptabilita a sebamotivácia (Pérez et al., 2007, s. 211). Podľa Baumgartnera, Karaffovej (2014) členenie TEIQ na štyri faktory si vyžaduje overovanie, nie je jednoznačne potvrdené.

V prvej fáze vývoja (2011) prešiel náš dotazník expertným posúdením. Výhodiskom pre psychometrickú analýzu bola empirická fáza (2012), ktorá pozostávala z 1. štúdie (študentky OSE) a 2. štúdie výskumu (sestry).

CIEĽ

Príspěvok má charakter validizačnej štúdie, ktorej cieľom bolo testovať psychometrické vlastnosti nástroja ESE-GP, zisťujúceho EI študentiek ošetrovateľstva (OSE) a sestier vo vzťahoch s geriatrickými pacientmi. Na základe psychometrických vlastností (vnútornej konzistencie, faktorovej analýzy) nášho konštruktu boli formulované odporúčania pre jeho ďalšie použitie v teórii a praxi ošetrovateľstva.

SÚBOR

Do výskumu bolo spolu zahrnutých 415 osôb. Z tohto počtu tvorilo výskumnú vzorku 1. štúdie 135 študentov odboru Ošetrovateľstvo na Trnavskej univerzite v Trnave (1., 2., 3. ročník v dennej forme, Bc. stupeň), priemerný vek 21 (SD \pm 2,23), vekové rozpätie bolo 19-35 rokov. Výskumnú vzorku 2. štúdie tvorilo 280 sestier štyroch nemocníc trnavského

regiónu (Trnava, Dunajská Streda, Galanta, Skalica). Priemerný vek sestier bol 39,64 (SD \pm 9,44). Vekové rozpätie bolo 21-62 rokov. Dĺžka profesijnej praxe sestier bola v priemere 18,7 rokov (SD \pm 10,64).

Údaje boli získané v roku 2012. Výskumné zostavy boli administrované osobne, prípadne po telefonickom dohovore s námestníčkami pre OSE zaslané poštou. Zaraďujúcimi kritériami boli informovaný súhlas s účasťou na výskume, ochota spolupracovať a interakcia skúmaných osôb s geriatrickými pacientmi na pracovisku.

METODIKA

ESE-GP (uvedené vyššie). SEU (Situational Test of Emotional Understanding) zisťuje mieru EI ako schopnosti. Je koncipovaný ako výkonová skúška. Skúmaným osobám sa predkladajú popisy 26 životných situácií, ktoré obsahujú emočne ladenú informáciu. Z piatich možností prežívania, volia respondenti tú, ktorú považujú za najprímernejšiu v popisovaných situáciách. Pre každú jednotlivú položku existuje len jeden správny variant. Výsledkom je celkové skóre EI dané súčtom správnych odpovedí (max. 26; min. 0).

SEIS (Schutte Emotional Intelligence Scale), zisťuje črtovú EI na základe sebaopisovania. Použili sme modifikovanú 41 položkovú verziu. Mieru súhlasu resp. nesúhlasu vyjadrujú respondenti prostredníctvom 5 – bodovej Likertovej škály. 1 vyjadruje nesúhlas až po 5, ktorá vyjadruje súhlas s daným tvrdením. Dotazník je založený

na modeli El Saloveya a Mayera (1997) a je určený na zisťovanie celkovej EI a jej jednotlivých komponentov. Podľa Baumgartnera, Molčanovej a Chýlovej (2010; Pérez, Petrides, Furnham, 2007) výsledky faktorových analýz neposkytujú jasný obraz o vnútornej štruktúre dotazníka. Ako nesporné možno tak hodnotiť stanovenie celkového skóre EI.

TEIQue-SF, je skrátená verzia dotazníka TEIQue, ktorý vychádza z modelu EI ako osobnostnej črty. Skrátená verzia má 30 položiek a mieru súhlasu resp. nesúhlasu vyjadrujú respondenti prostredníctvom 7 – bodovej Likertovej škály.

Údaje boli spracované v štatistickom softvéri SPSS 15.0. Pri ich spracovaní boli využité deskriptívna štatistika, ktorá poskytla informácie o mierach centrality (početnosť – n, percentuálne zastúpenie –

%, M – priemer, SD – štandardná odchýlka), korelačná analýza, faktorová analýza, analýza reliability.

Výskum spĺňa základné etické princípy kladené na výskum na ľudskom subjekte, bol schválený Etickou komisiou Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavskej univerzity v Trnave a etickými komisiami jednotlivých nemocníc. Účastníci výskumu boli informovaní a uistení, že účasť je anonymná a s ich účasťou sa nespájajú žiadne riziká. Autori deklarujú, že im nie je známy žiaden konflikt záujmov.

VÝSLEDKY

Validitu pôvodnej metodiky ESE-GP sme zisťovali na základe overovania vzťahov medzi ESE-GP, SEIS a STEUa vzorke 86 študentiek z 1. štúdie výskumu (tab. 1).

Tab. 1 Vzťahy medzi skóre použitých dotazníkov (n=86)

Metodiky	r	p
STEU/ SEIS	-0,006	0,955
STEU/ ESE-GP	0,030	0,786
SEIS / ESE-GP	0,469***	0,000

Poz.: ***p < 0,001.

Zistený Pearsonov korelačný koeficient s výsledkom $r = 0,469$, $p < 0,001$ vyjadruje stredne silný vzťah medzi SEIS (EI ako črta) a ESE-GP. Medzi STEU(EI ako schopnosť) a ESE-GP, nebol zistený žiaden vzťah ($p > 0,05$), podobne ako aj medzi STEUa SEIS.

Reliabilita ESE-GP (n=86) bola zisťovaná Cronbachovou alfou pre všetky položky ($\alpha = 0,722$). Vnútoraná konzistencia 15 dimenzií na základe výpočtu Cronbachovho α koeficientu bola zistená taktiež vysoká ($\alpha = 0,752$).

Prostredníctvom Kolmogorovho-Smirnovovho testu normality sme zisťovali rozdelenie skúmaných premenných. Celkové skóre ESE-GP považujeme za normálne rozdelené ($p > 0,05$).

Výsledky faktorovej analýzy 13 dimenzií (vynechané sú adaptabilita a sebamotivácia) rovnako ako u Salbota et al. (2011) zobrazuje tab. 2.

Tab. 2 Faktorová analýza ESE-GP (n=86)

P.č.	Dimenzie	Faktorová záťaž ESE-GP			
		1.	2.	3.	4.
1.	Asertivita	0,007	-0,102	0,001	<u>0,847</u>
2.	Emočná expresia	0,194	0,244	0,300	0,246
3.	Manažment emócií	<u>0,524</u>	0,104	0,051	0,411
4.	Emočná percepcia	-0,512	0,227	<u>0,506</u>	0,342
5.	Emočná regulácia	0,121	<u>0,723</u>	-0,107	0,301
6.	Nízka impulzivita	0,084	-0,085	<u>0,843</u>	-0,037
7.	Vzťahová kompetencia	0,073	<u>0,636</u>	-0,070	-0,034
8.	Sebaúcta	<u>0,752</u>	0,078	0,320	0,076
9.	Sociálna uvedomelosť	<u>0,656</u>	0,055	-0,128	0,095
10.	Zvládanie stresu	0,368	0,243	0,074	<u>0,500</u>
11.	Črtová empatia	-0,053	<u>0,632</u>	0,333	0,010
12.	Črtové šťastie	0,446	<u>0,601</u>	0,323	-0,262
13.	Optimizmus	<u>0,547</u>	0,312	0,441	0,051
	% vysvetleného rozptylu	17,18	15,34	12,39	11,48

Poz.: Faktorové záťaže dimenzií sýtených získanými faktormi sú v stĺpci príslušných faktorov podčiarknuté,

1 = sociabilita, 2 = emocionalita, 3 = well-being, 4 = sebakontrola; P.č. – poradové číslo.

Prevedená exploračná faktorová analýza (s extrakciou zvoleného počtu štyroch faktorov) nepotvrdila štyri faktory v tej podobe, ako je tomu v pôvodnej metodike TEIQ (nástroj, ktorým sme sa inšpirovali). V bolte sú vyznačené položky, ktoré majú koeficienty nasýtenia nad 0,5. Vo viacerých prípadoch sa objavuje faktorové sýtenie nad 0,3 pre viac ako jeden faktor.

Prostredníctvom našej metodiky ESE-GP sme teda jednoznačne určili celkové skóre na vzorke 86 študentiek OSE, ktoré vypovedá o úrovni EI resp. emočnej sebaúčinnosti vo vzťahu s geriatrickými

pacientmi a deskriptívne charakteristiky pätnástich dimenzií. Zistené priemerné globálne skóre študentiek bolo 97,26 (SD = 8,45; max 117; min 71). Najnižšie skóre (medián 7) sme zistili v troch dimenziách: sociálna uvedomelosť a manažment emócií, zvládanie stresu. Rovnako najvyššie dosiahnuté skóre (medián 9) bolo v **troch** dimenziách optimizmus, črtové **šťastie** a **vzťahová kompetencia**.

Overovaním vzťahu medzi TEIQue-SF a ESE-GP sme pokračovali v zisťovaní validity pôvodnej metodiky ESE-GP na vzorke 49 študentiek OSE z 1. štúdie.

Vypočítaný Pearsonov korelačný koeficient vyjadruje stredne silný vzťah $r = 0,391$, $p < 0,001$.

Zároveň sme zisťovali deskriptívne charakteristiky premenných dimenzií v ESE-GP (tab. 3).

Tab. 3 Deskriptívne charakteristiky dimenzií ESE-GP (n=135)

Študentky ošetrovateľstva	Priemer	Medián	Modus	SD	Min	Max
Adaptabilita	7,64	8	8	1,38	4	10
Asertivita	6,69	7	8	1,89	2	10
Emočná expresia	7,38	8	8	1,46	3	10
Manažment emócií	7,21	7	8	1,36	3	10
Emočná expresia	7,42	8	8	1,61	2	10
Emočná regulácia	7,74	8	8	1,35	3	10
Nízka impulzivita	6,90	7	6	1,44	3	10
Vzťah. kompetencia	8,00	8	8	1,61	3	10
Sebaautoregulácia	7,61	8	8	1,61	4	18
Sebamotivácia	6,83	8	8	2,06	2	10
Soc. uvedomelosť	7,18	7	8	1,23	4	10
Zvládanie stresu	6,94	8	7	1,16	4	10
Črtová emptia	7,34	8	8	1,34	4	10
Črtové šťastie	7,97	8	8	1,48	3	10
Optimizmus	8,21	8	8	1,29	4	10

Poz.: SD – štandardná odchýlka; min – minimálna hodnota; max – maximálna hodnota.

Najnižšie skóre v ESE-GP (medián 7) dosiahli študentky v piatich dimenziách: asertivita, manažment emócií, nízka impulzivita, sociálna uvedomelosť, zvládanie stresu. Vyššie skóre (medián 8) sme zistili v dimenziách optimizmus, črtové šťastie a sebaúcta.

Vnútoraná konzistencia pre všetky položky v ESE-GP (n=135) bola $\alpha = 0,767$.

Prevedená exploračná faktorová analýza (s extrakciou zvoleného počtu štyroch faktorov) nepotvrdila 4 – faktory na vzorke 135 respondentov.

2. štúdia nášho výskumu bola obsahovo rovnaká ako predošlá, líšila sa výskumným súborom, ktorý tvorilo 280 sestier. Reliabilita ESE-GP pre všetky položky dosiahla Cronbachovo Alfa hodnotu $\alpha = 0,68$.

Validitu pôvodnej metodiky ESE-GP sme zisťovali na základe overovania vzťahu medzi SEIS a ESE-GP a SIT-EMO (tab. 4).

Tab. 4 Vzťah medzi sledovanými dotazníkmi (n=280)

	Dotazníky	SEIS	ESE-GP
SIT-EMO	Pearson Correlation	0,240*	0,135*
	p	0,000	0,024
ESE-GP	Pearson Correlation	0,498***	
	p	0,000	

Poz.: *p < 0,05; ***p < 0,001.

Prostredníctvom výpočtu Pearsonovho korelačného koeficientu sme zistili medzi SIT-EMO (zisťuje EI ako črtu) a SEIS (EI percipovaná ako schopnosť) pozitívny slabý vzťah ($r = 0,240$) na úrovni štatistickej významnosti $p < 0,05$. Medzi konštruktom SEIS a pôvodnou metodikou ESE-GP je pozitívny, stredne silný vzťah ($r = 0,498$) na úrovni štatistickej významnosti $p < 0,001$. Medzi konštruktom SIT-EMO a ESE-GP, ktorý zisťuje emočnú sebaúčinnosť sestier v procese starostlivosti o GP, je pozitívny, slabý vzťah ($r = 0,135$) na úrovni štatistickej významnosti $p < 0,05$.

V súbore sestier (n=280) sme zisťovali globálne skóre. Priemerná úroveň emočnej sebaúčinnosti sestier vo vzťahu s geriatrickými pacientmi, bola 104,37 (SD = 10,18; max 137; min 80).

Deskriptívne charakteristiky premenných dimenzií v ESE-GP z výskumu na vzorke sestier (n=280) zobrazuje tab. 5.

Tab. 5 Deskriptívne charakteristiky dimenzií ESE-GP (n = 280)

Sestry	Priemer	Medián	Modus	SD	Min	Max
Adaptabilita	7,20	7	8	1,58	2	10
Asertivita	6,81	7	6	1,77	2	10
Emočná expresia	6,73	6	6	1,78	2	10
Manažment emócií	7,05	7	8	1,52	2	10
Emočná expresia	7,05	7	7	1,54	2	10
Emočná regulácia	7,53	8	8	1,57	2	10
Nízka impulzivita	5,90	6	6	1,40	2	10
Vzťah. kompetencia	7,64	8	9	1,75	2	10
Sebaautoregulácia	5,72	6	6	1,07	2	9
Sebamotivácia	5,39	5	6	1,69	2	10
Soc. uvedomelosť	7,46	8	8	1,38	2	10
Zvládanie stresu	7,40	7	7	1,37	2	10
Črtová emptia	7,18	7	6	1,56	2	10
Črtové šťastie	7,54	8	9	1,65	3	10
Optimizmus	7,79	8	9	1,56	3	10

Poz.: SD – štandardná odchýlka; min – minimálna hodnota; max – maximálna hodnota.

V tab. 5 vidíme, že najnižšie skóre (medián=5) v ESE-GP bolo zistené v jednej dimenzii (sebamotivácia) z 15 dimenzií. Najvyššie hodnoty (medián=8, priemer od 7,46 po 7,79) sestry dosiahli v piatich dimenziách: emočná regulácia, vzťahová kompetencia, sociálna uvedomelosť, črtové šťastie, optimizmus.

DISKUSIA

Pri overovaní psychometrických vlastností nástroja ESE-GP sme sa sústredili na reliabilitu a konštruktovú validitu. V našom prípade išlo o to, či ESE-GP vykazuje korelačné vzťahy so zvolenými ukazovateľmi, aké možno na základe jeho teoretického vymedzenia očakávať. V našom výskume bol zistený medzi SEIS a ESE-GP stredne silný vzťah. Sila tohto vzťahu vypovedá o primeranej konštruktivej validite vzhľadom k tomu, že zisťované premenné majú spoločný teoretický základ, ktorým je ponímanie EI

ako črty. Podobne aj iné výskumné zistenia podporujú naše výsledky. Bracket a Geher (2006) konštatujú, že metodiky merania črtovej EI vzájomne korelujú dosť silno. Vo výskume Baumgartnera, Molčanovej a Chýlovej (2010) bola zistená stredne silná korelácia.

Medzi konštruktom SIT-EMO a ESE-GP sme prostredníctvom Pearsonovho korelačného koeficientu zistili pozitívny, slabý vzťah. Podarilo sa nám overiť percipovanie EI ako dvoch konceptov, zisťujúcich mieru EI prostredníctvom výkonového (SIT-EMO) a sebaopisného dotazníka (ESE-GP),

pričom môžu mať určitý spoločný základ. Naše zistenie slabého vzťahu medzi EI percipovanou ako schopnosťou (SIT-EMO) a EI ako črtou (SEIS) sleduje súčasný stav skúmania problematiky EI.

Prostredníctvom exploračnej faktorovej analýzy sme jednoznačne nepotvrdili 4 – faktorovú štruktúru ESE-GP, ako je to v TEIQue. Zistenia Salbota et al. (2011) ju potvrdzujú. Naopak naše zistenia skôr korešpondujú so zisteniami tých autorov (Pérez, Petrides, Furnham, 2007), ktorí sa prikláňajú k ponímaniu črtovej EI ako celku a nie ako faktorovému konštrukt. Zisťovanie faktorov je odporúčané iba pre kompletnú verziu TEIQue. Uvedomujeme si, že náš konštrukt je špecifický, je zameraný na mieru emočnej sebaúčinnosti osôb v interakcii s GP. Ako nesporné možno tak hodnotiť v ESE-GP stanovenie celkového skóre. Sestry nášho výskumu dosiahli primerané hodnoty. Dovoľujeme si tvrdiť, že vzťahy sestier s geriatrickými pacientmi sú na primeranej úrovni z hľadiska ich sebahodnotenia. Reeves (2005) upozorňuje na dôležitý aspekt ošetrovateľskej role, ktorej súčasťou je EI a tvrdí, že sestry, ktoré sú emočne inteligentné, vedia vytvoriť kvalitné vzťahy s ostatnými. Sestry nášho výskumu skórovali najvyššie (s mediánom 8) v piatich dimenziách ESE-GP. Môžeme sa domnievať, že sú schopné vyjadrovať a kontrolovať svoje emócie vo vzťahu s GP, ale na základe najnižšej hodnoty (s mediánom 5) v dimenzii sebamotivácia (ESE-GP) predpokladáme, že sestry nie sú angažované a vzdávajú sa pri nepriaznivých okolnostiach v interakcii s GP. Pilárik, Tobákošová (2013) zaznamenali najsilnejšie

prepojenie EI a faktorom depersonalizácie. Podľa nich sa vyhorenie sestier prejavuje najmä v interpersonálnej oblasti. Sestry majú zníženú schopnosť regulácie emócií u seba, ako i u druhých ľudí. Znížená je zároveň aj schopnosť sestier rozpoznávať svoje emócie a adekvátne ich vyjadrovať, ako i používanie emócií na efektívne riadenie medziľudských vzťahov.

ZÁVER

Prezentovaná štúdia vychádza zo súčasného percipovania EI ako črty a schopnosti. Freshwater, Stickley (2004) hovoria o potrebe zahrnutia rozvoja EI do študijných predmetov OSE, k čomu ich viedol vzťah zistený medzi mierou EI a ošetrovateľským výkonom. Rovnako sa aj Ilievová et al. (2010), Juhássová et al. (2013), Pilárik a Tobákošová (2013) zamýšľajú nad inkorporovaním tréningov a kurzov rozvoja EI v rámci celoživotného vzdelávania sestier, ale aj študentov odboru Ošetrovateľstvo. Jedinečnosť potrieb GP si vyžaduje prípravu sestier na poskytovanie kvalitnej starostlivosti. Smerujúc k tomuto cieľu je potrebné pochopiť zo strany ošetrovateľskej vedeckej obce, ale aj samotných sestier význam konceptu EI. Navrhujeme pokračovať v testovaní ESE-GP, a tak vytvoriť konzistentný nástroj s možnosťou jeho využitia v OSE, ktorý spĺňa kritériá na efektivitu, nenáročnosť, čas administrácie a zároveň validitu. Istým obmedzením výsledkov štúdie, ktoré bude potrebné ďalej skúmať a riešiť je faktorová štruktúra ESE-GP.

LITERATURA

- [1] AKERJORDET, K. – SEVERINSSON, E. 2007. Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. In *Journal of Clinical Nursing*, 2007, vol. 16, no. 8, pp. 1405–1416.
- [2] BAUMGARTNER, F. – KARAFFOVÁ, E. 2014. Emoční inteligence a její vztah k zvládnání. In BLATNÝ, M. *Člověk v kontextech celoživotního vývoje*. Brno : Psychologický ústav AVČR, 2014, s. 35–59.
- [3] BAUMGARTNER, F. 2011. Psychologický ústav AV ČR. Vevěří 97, Brno. 4. júla 2011. Osobná komunikácia.
- [4] BAUMGARTNER, F. – MOLČANOVÁ, Z. – CHYLOVÁ, M. 2010. Emočná inteligencia vo vzťahu ku copingu. In RUISEL, I. – PROKOPČÁKOVÁ, A. *Kognitívny portrét človeka*. Bratislava : ÚEPsSAV, 2010, s. 186–204.
- [5] BAUMGARTNER, F. – ZACHAROVÁ, Z. 2009. Emocionálna inteligencia ako schopnosť a jej vzťah k črtovej emocionálnej inteligencii. In *Osobnosť v kontexte kognícií, emocionality a motivácií II: Kniha abstraktov* [CD-ROM]. Bratislava : FF UK, 2009, s. 17.
- [6] BRACKET, M. A. – GEHER, G. 2006. Measuring Emotional Intelligence: Paradigmatic Diversity and Common Ground. In CIARROCHI, J. et al. *Emotional Intelligence in Everyday Life*. New York : Psychology Press, 2006, pp. 27–50.
- [7] BULMER SMITH, K. et al. 2009. Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. In *International Journal of Nursing Studies*, 2009, vol. 46, no.12, pp. 1624–1636.
- [8] FRESHWATER, D. – STICKLEY, T. 2004. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. In *Nursing Inquiry*, 2004, vol. 1, no. 2, pp. 91–98.
- [9] ILIEVOVÁ, Ľ. – LAJDOVÁ, A. – JAKUBEKOVÁ, J. 2010. Qualifications for exercising the profession of nurse In M. RYSKA *Assisting professions in the context of university education/1*. Prague : Otto printing Office, 2010. s. 11–21.
- [10] JUHÁSOVÁ, I. et al. 2013. Emočná inteligencia u študentov ošetrovateľstva a jej úloha v interakcii s geriatrickým pacientom. In *Profese on-line* [online], 2013, vol. 6, no. 2, pp. 13-17. Available on: <http://profeseonline.upol.cz/emocna-inteligencia-u-studentov-oseetrovateozstva-a-jej-uloha-v-interakcii-s-geriatrickym-pacientom/>
- [11] KRÁTKY SLOVNÍK SLOVENSKÉHO JAZYKA. 4. doplnené a upravené vyd. Bratislava : Veda, 2003. 988 s. ISBN 80-224-0750-X.
- [12] MATTHEWS, G. – ZEIDNER, M. – ROBERTS, R.D. 2002. Emotional intelligence. Science α Myth. Cambridge MA, USA : MIT Press. 2002, 620 p.
- [13] MAYER, J.S. – SALOVEY, P. – CARUSO, D. R. 2004. Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. In *Psychological Inquiry*, 2004, vol. 15, no. 3, pp. 197–215.
- [14] McCOBE, C. – TIMMINS, F. 2006. Communication Skills for Nursing practice. New York : Palgrave Macmillan, 2006, 206 p.

- [15] McQUEEN, A. C. H. 2004. Emotional intelligence in nursing work. In *Journal of Advanced Nursing*, 2004, vol. 47, no. 1, p. 101–108.
- [16] MOSS, M. T. 2005. The emotionally intelligent nurse leader. San Francisco: Jossey-Bass a Wiley Imprint, 2005, 328 p.
- [17] NOVOTNÁ, Z. – ŠIMOVÁ, Z. 2009. Sestra a emocionálna inteligencia In *Sestra a lekár v praxi : časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*, 2009, roč. 8, č. 5–6, s. 47–48.
- [18] PÉREZ, J. C. – PETRIDES, K.V. – FURNHAM, A. 2007. Měření rysové emoční inteligence. In SCHULZE, R. – ROBERTS, R. D. *Emoční inteligence*. Praha: Portál, s. 201–218.
- [19] PISÁRČIKOVÁ, M., POVAŽAJ, M., TIBENSKÁ, E. 2004. *Synonymický slovník slovenčiny*. 3. nezmenené vydanie. Bratislava : Veda, 2004. 998 s. ISBN 80-224-0801-8.
- [20] PILÁRIK, Ľ. – TOBÁKOŠOVÁ, Z. 2013. Emotional intelligence and burn-out syndrome of nurses. In *Ošetrovatel'stvo:teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 1, pp. 5–10. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/emocionalna-inteligencia-a-syndrom-vyhorenia-u-sestier>.
- [21] POR, J. et al. 2011. Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and Professional performance in nursing students. In *Nurse Education Today*, 2011, vol. 31, no. 8, pp. 855–860.
- [22] REEVES, A. 2005. Emotional intelligence: recognizing and regulating emotions. In *AAOHN Journal*, 2005, vol. 53, no. 4, pp. 172–176.
- [23] SALBOT, V. et al. 2011. *Črtová emocionálna inteligencia a psychometrické vlastnosti nástrojov na jej meranie*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, 2011, 79 s.

PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE INSTRUMENTS – EMOTIONAL INTELLIGENCE OF NURSES IN THE INTERACTION WITH GERIATRIC PATIENTS

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: ingrid.juhasova@vspj.cz

doc. PhDr. František Baumgartner,
CSc.
Ostravská univerzita v Ostravě
Filozofická fakulta
Katedra psychologie
Reální 5, 701 03 Ostrava
E-mail: frantisek.baumgartner@osu.cz

ABSTRACT

Objective: This paper has the character of a validation study, which aim was testing psychometric properties of the tool ESE-GP, which detects the level of the interaction of nurses with geriatric patients.

Methodology: The research sample consisted of a total of 415 people. Of this number, there were 280 nurses from four hospitals in the Trnava region and 135 female students of nursing. In our study psychometric analysis of the tool was carried out from the perspective of factor analysis and reliability. Other used instruments were SIT-EMO (Situational Test of Emotional Understanding) for the detection of emotional intelligence as the ability, SEIS (Schutte Emotional Intelligence Scale) and TEIQ-SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form) determining a degree of emotional intelligence as a trait.

Results: The results confirm the specificity of the construct. The internal consistency of

the ESE-GP achieved satisfactory values. The values of the averages, obtained in 15 dimensions of the ESE-GP, provide an insight on the extent of the relationship with geriatric patients. The following four factors of well-being, self-control ability, emotionality and sociability, have not been definitely confirmed by us.

Conclusion: We propose to continue in testing of the questionnaire ESE-GP and this way to create a consistent construct with a possibility of using it in nursing and meeting the criteria of efficiency, low demands, time of administration as well as validity.

KEYWORDS:

nursing, emotional intelligence, self-efficacy, psychometric characteristics

PRINCÍP POSILŇOVANIA AKO SÚČASŤ KOMUNITNÝCH SLUŽIEB PRE ĽUDÍ S DUŠEVNOU PORUCHOU

PETRA MIŠÁKOVÁ

UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE



ABSTRAKT

Práca prezentuje ľudí s duševnou poruchou a ich fungovanie v súvislosti s komunitnými službami, ktoré im umožňujú zotrvať v ich prirodzených podmienkach. Duševné poruchy opisujeme najmä cez dopady na sociálnu oblasť fungovania ľudí. Zdôrazňujeme princíp posilňovania, ktorý považujeme za kľúčový. Zameriavame pozornosť na zrealizovaný výskum a zhŕňame jeho výsledky. Hlavným cieľom výskumu bolo analyzovať možnosti komunitných služieb pre ľudí s duševnou poruchou. Jeho smerovanie udal princíp posilňovania, ako základná súčasť komunitnej starostlivosti. Kvalitatívnou metódou hĺbkového rozhovoru sme skúmali aspekty posilňovania u ľudí s duševnou poruchou, ktorí využívajú komunitné služby.

KLÍČOVÁ SLOVA:

duševná porucha, komunitné služby,
princíp posilňovania

DUŠEVNÁ PORUCHA A JEJ DOPAD NA ŽIVOT V OBLASTI SOCIÁLNEJ SFÉRY

Po dlhé roky bolo duševné zdravie potláčané do úzadia a za hlavné kritérium zdravia ako takého sa považovalo zdravie fyzické. Dnes sa čoraz viac stretávame s ponímaním fyzického a duševného zdravia ako dvoch prepojených nádob, ktoré spolu navzájom súvisia, ovplyvňujú sa a sú si rovnocenné. Pri skúmaní oblasti ľudskej psychiky a jej dopadov na životy ľudí je dobré zdefinovať si termín duševná porucha. V odbornej literatúre, ako aj pri styku s profesionálmi sa neraz stretávame s nejednotným používaním pojmov, ktorým často chýbajú známky korektnosti. Vymedzenie základných pojmov sa tak stáva prostriedkom zvyšovania odbornosti, ako aj prostriedkom v boji proti stigmatizácii. Používanie nesprávneho názvoslovie sa dotýka najmä samotného označenia duševných porúch a ľudí, ktorí nimi trpia. My si za vzor korektného používania termínov v oblasti duševného zdravia berieme Svetovú zdravotnícku organizáciu a Ligu za duševné zdravie (organizácia pôsobíaca od roku 2001 v Bratislave, jej hlavným cieľom je aktívna podpora duševného zdravia (Liga za duševné zdravie, 2012). Liga za duševné zdravie pracuje so širokou verejnosťou za účelom odbúravania diskriminácie a stigmatizácie ľudí s duševnou poruchou, preto sa snaží byť v používaní termínov korektná. Označenia ako duševná choroba a duševné ochorenie nie sú vhodné, pretože môžu v laickej verejnosti podnecovať a upevňovať mýty a predsudky o ľuďoch

s duševnými poruchami. Na pomenovanie ľudí, ktorí majú s duševnou poruchou bezprostrednú skúsenosť, používame označenie ľudia trpiaci duševnou poruchou. Môžeme sa však stretnúť s označením týchto ľudí za psychiatrických pacientov, psychicky či duševne chorých. Takéto označenie nevnímame ako korektné, pretože má negatívnu konotáciu, spája sa s nepredvídateľnosťou a nebezpečenstvom, rovnako teda prispieva k stigmatizácii danej cieľovej skupiny.

Termín duševná porucha označuje odklon vo vnímaní, prežívaní a kognitívnych funkciách od psychicky zdravého jedinca. Podľa Adamsa (1970; in Janík, 1987, s.24) je *„pojmem duševná choroba aplikovaný na rôzne formy chovania, ktoré sú považované za maladaptívne alebo nevhodné podľa psychologických a sociálnych noriem.“* Höschl (1996; in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s.69) uvádza, že *„ľudia s duševnou poruchou nie sú v čase manifestácie poruchy schopní adekvátne sociálne fungovať podľa všeobecne akceptovaných noriem svojho sociokultúrneho prostredia.“*, čím naráža na hádam najproblematickejšiu oblasť v prežívaní plnohodnotného života ľudí s duševnou poruchou. Duševné poruchy sú často ponímané najmä z medicínskeho hľadiska ako závažný zdravotný problém, ktorý si niekedy nutne vyžaduje hospitalizáciu a tiež medikamentóznou liečbu. Nikdy sa však nezaobídu bez mnohých sprievodných ťažkostí. Preto je dôležité nazerať na duševné poruchy a ľudí nimi trpiacimi v celom sociálnom kontexte. Aj Foitová (in Pěč, Probstová, 2009, s.209)

poukazuje na „rozšírenie odborného záujmu vo svete od otázok ovplyvnenia choroby ako biologickej poruchy mozgu k záujmu o ovplyvnenie choroby v širšom kontexte celej osobnosti klienta. Klient je vnímaný tiež ako bytosť sociálna, žijúca vo vzťahoch a sociálnych rolách, usilujúca sa naplniť svoje potreby a využiť svoj potenciál. Porucha je vnímaná ako faktor ovplyvňujúci tento kontext a ktorý je spätne ním ovplyvňovaný.“

Život ľudí trpiacich duševnou poruchou je neraz silno poznačený hospitalizáciou. Okrem stigmy a diskriminácie v súvislosti s nízkou kvalitou psychiatrickej starostlivosti počas hospitalizácie prichádza človek s duševnou poruchou často v dôsledku hospitalizácie o stratu pracovného miesta, či je nútený prerušiť štúdium. Ochudobňuje sa aj sociálna sieť, pričom z výskumu realizovaného Cechnickim et al. (2008, s. 35) vyplýva, že „všeobecná spokojnosť ľudí s duševnou poruchou s ich kvalitou života pozitívne koreluje s rozsahom ich sociálnej siete a množstvom podpory, ktorej sa im dostáva.“ Ďalšou oblasťou, do ktorej sa premietajú dopady duševnej poruchy, je rodina a vzťahy. Napriek faktu, že rodinní príslušníci sú s duševnou poruchou dennodenne konfrontovaní, obvykle nedisponujú dostatočnými informáciami o nej. Prítomný je nárast napätie a konfliktov. Eikermann (1999, s. 14) poukazuje aj na „pocity hanby a viny, ktoré bránia rodinám obrátiť sa na profesionálov a spolu s nimi preberať postupnosť terapie.“ Cook et al. (2009, s. 41) poukazuje na „kognitívne deficity a negatívne symptómy ako ochudobnenie myslenia, neschopnosť inicializovať

alebo udržiavať cieľavedomé aktivity a nedostatok energie, ktoré plynú v priebehu času prispievajú k dlhotrvajúcej kognitívnej neschopnosti.“ Hádám najväčšou prekážkou v životoch ľudí s duševnou poruchou okrem samotnej poruchy, je sociálna stigmatizácia a v jej dôsledku diskriminácia, s ktorou sa stretávajú takmer vo všetkých oblastiach života. Prikláňame sa k názoru, ktorý uvádza Deegan (in Vlčková a Mužík, 2003, s. 7), že „problém duševnej poruchy nie je umiestnený vo vnútri človeka s duševnou poruchou, ale leží v stretávaní duševnej poruchy s reakciami, normami a ponukami okolia.“ K udržiavaniu stigmatizácie prispieva najmä malá informovanosť laickej časti spoločnosti o duševných poruchách, čím dochádza k stálemu pretrvávaniu mýtov a predsudkov o ľuďoch trpiacich duševnou poruchou.

KOMUNITNÉ SLUŽBY PRE ĽUDÍ S DUŠEVNOU PORUCHOU

Systém komunitných služieb pre ľudí s duševnou poruchou vznikol naproti ústavnej psychiatrii, založenej na rezidenčnom type starostlivosti, ako nová, pozitívne orientovaná možnosť v oblasti starostlivosti o duševné zdravie. Dovtedy uprednostňovaná ústavná psychiatria sa vyznačovala umiestňovaním klientov do veľkých, preplnených a zanedbávaných psychiatrických zariadení, čím ich izolovala od spoločnosti, konfrontovala so sociálnym vylúčením a stigmatizáciou. Rezidenčný a komunitný systém starostlivosti predstavujú dve odlišné paradigmy, ktoré prezentujú rôzne spôsoby nazerania na vznik duševných

porúch a prácu s nimi. Komunitný systém služieb sa orientuje viac na ľudí. Na rozdiel od rezidenčialnej starostlivosti sa približuje ku klientovi aj fyzicky, do prirodzeného prostredia jeho vlastného života bez nutnosti vytrhnutia ho z jeho pôvodných sociálnych väzieb. Aj Rachbauer (in Nawka, Černák, Hašto, 1998, s.38-39) o ňom uvádza, že sa vyznačuje „zmenšením vzdialenosti a znížením prahu prístupnosti v nových extramurálnych zariadeniach, čím sa objavujú nové skupiny klientov a nové potreby. Neznamená to koniec psychiatrických liečební, ale prekonanie klasických psychiatrických zariadení ako vzdialených a izolovaných inštitúcií.“

Prostredie vlastnej komunity je pre ľudí s duševnou poruchou omnoho priaznivejšie ako prostredie ústavnej liečby. V polovici 70. rokov preto vznikol tzv. koncept podporného komunitného systému (community support system) ako spôsob poskytovania služieb pomoci osobám s dlhodobou duševnou poruchou. Jeho úlohou je nájsť ich potreby, naplniť ich, a rozvíjať potenciál klientov bez nutnosti izolácie, či vyradenia z ich komunity. Vlčková a Mužík (2003, s. 39) zdôrazňujú, že „systém starostlivosti o duševné zdravie je viac než len súhrn jeho častí. Je možné, že úsilie pozitívne ovplyvní dopad vážnej duševnej poruchy, môže dokázať viac, než že jedinca zanechá len menej poškodeného, dysfunkčného, zneschopneného a znevýhodneného. Tieto zákroky môžu spôsobiť, že človek má nielen „menej“, ale aj „viac“ - viac zmyslu, účelu, úspechu a je viac spokojný so svojím životom.“ Koncept podporného komunitného systému vyplnil koncepčné vákuum

vzniknuté deinštitucionalizáciou. Daný koncept znamená viac, než len program psychiatrickej starostlivosti pre ľudí so závažnými psychickými obmedzeniami. Podľa Weeghela (in Pěč a Probstová, 2009, s. 23) predstavuje komunitný podporný systém „koordinovanú sieť osôb, služieb a opatrení, ktorej súčasťou sú aj samotné osoby so závažnými duševnými poruchami a ktorá ich mnohými spôsobmi podporuje v ich snahách participovať na spoločnosti.“

Komunitný systém nespochybňuje dôležitosť psychiatrických zariadení a prípadnej hospitalizácie, ale jeho cieľom je užívať ich iba na krátku dobu pre ľudí v akútnej fáze duševnej poruchy. To znamená, že dlhodobí klienti majú mať iné ponuky pre starostlivosť, bývanie, prácu a voľný čas.

Systém komunitných služieb sa teda nesústreďuje výlučne na sociálne služby, ale ide skôr o vyvážené prepojenie zdravotných a sociálnych služieb, ktoré v správnej nadväznosti vytvárajú kompaktný celok. Jarošová (2007, s. 25) poukazuje „rovnako aj na prepájanie verejných zdrojov a zdrojov jednotlivca, na participácií všetkých zúčastnených (klient, rodina, komunita, profesionáli, poskytovatelia, zriaďovatelia, obce). Komunitná starostlivosť prináša do starostlivosti holistický a integrovaný prístup.“

Vlčková a Mužík (2003, s. 37) rozlišujú v systéme starostlivosti o ľudí s duševnou poruchou tieto základné služby:

- Liečba – mierni symptómy a úzkosť, výsledkom je úľava od symptómov
- Základná podpora – poskytnutie ľudí, miesta a vecí, ktoré klient potrebuje pre prežitie (prístrešie, jedlo, zdravotnú starostlivosť), čím sa zaisťuje prežitie osoby
- Krízová intervencia – kontrola a riešenie kritických či ohrozujúcich problémov, výsledkom je zaistená osobná bezpečnosť
- Case management – zaistenie služieb, ktoré klient potrebuje a vyžaduje, výsledkom sú pre neho dostupné služby
- Ochrana práv – zastávanie sa dodržiavania osobných práv, výsledkom je rovnosť príležitostí
- Svojpomoc – uplatnenie vlastného názoru a voľby vo svojom živote, výsledkom je splnomocnenie
- Rehabilitácia – rozvoj klientových zručností a podpora smerom k jeho cieľom, výsledkom je fungovanie v roliach

My rozširujeme tento zoznam o niekoľko služieb komunitného systému starostlivosti, ktoré sa viažu k rehabilitácii:

- Systém včasného zachytenia – identifikácia a aktívne vyhľadávanie klientov
- Služba prvého kontaktu
- Denný psychiatrický stacionár
- Rehabilitačné stredisko
- Sociálne poradenstvo

- Osobná asistencia
- Zariadenie podporovaného bývania
- Chránená a podporovaná práca

POSILŇOVANIE AKO ASPEKT KOMUNITNÝCH SLUŽIEB

Touwen (in Kolektív autorov, 2007, s.69) definuje posilňovanie „ako proces a stratégiu prelamovania vzťahov závislosti. Hlavnými zložkami posilňovania ako procesu sú zvyšovanie uvedomovania, budovanie sebadôvery a tvorba podporných systémov. Posilňovanie je takisto stratégia na dosahovanie istých cieľov.“ Posilňovanie, ako stratégia zvyšovania moci samotných klientov, stavia na viere v človeka a jeho potenciál, sústredí pozornosť na silné stránky klienta a na jeho schopnosti viac ako na patológiu. Riadi sa tým, že skôr než držať človeka v závislosti na pomoci od niekoho iného, je užitočnejšie naučiť ho pomôcť si sám, teda zmocniť ho. Cieľom pracovníkov teda nie je iba riešiť dané problémy, ale súčasne aj posilňovať moc klienta na riešenie a zvládanie svojich problémov. Aby klient nebol funkčný iba v prítomnosti pracovníkov, ale vedel si dať rady aj neskôr bez nich. Lewin (in Touwen in Kolektív autorov, 2007, s. 69) propagoval myšlienku, že „samotní klienti by sa mali zúčastňovať na zisťovaní faktov, na plánovaní a realizácii, ako aj na vyhodnocovaní svojich aktivít a konaní.“ Klienti by tak mali aktívne participovať na rozhodovaní a procese vo všetkých štádiách práce. Tento aspekt posilňovania môžeme vnímať ako partnerstvo vo vzťahu pracovníka a klienta, ktoré je založené na vzájomnej diskusii o probléme. Proces

posilňovania sa môže rôzniť, no vo všeobecnosti môžeme povedať, že ide o odovzdávanie informácií, poprípade o prekonávanie bariér, ktoré stoja na ceste k zdrojom informácií, ako aj o učenie a nácvik sociálnych či iných zručností. Počiatky posilňovania siahajú do klientskeho hnutia v Spojených štátoch. Posilňovanie je v úzkom spojení so svojpomocou, iniciatívou a preberaním kontroly nad svojimi životmi. Chamberlin, známa hovorkyňa a bojovníčka za práva klientov, spísala 15 aspektov posilňovania, z ktorých uvádzame 5 relevantných pre náš výskum (1997, s.44):

1. Možnosť prijímať samostatné dôležité rozhodnutia (Having decision-making power).
2. Mať prístup k informáciám a zdrojom (Having access to information and resources).
3. Mať na výber z viacerých možností - nie len áno/nie, buď/alebo (Having a range of options from which to make choices, not just yes/no, either/or).
4. Nové nádeje (A feeling that the individual can make a difference, being hopeful).
5. Možnosť využívať sám svoje šance a mať svoj život pod kontrolou (Effecting change in one's life and one's community).

Dané aspekty sme zaradili do dvoch kategórií s názvom Rozhodovanie a voľby a Pred zmenou a po nej. Tieto sa pre nás stali kľúčovými vo výskume, ktorý sme zrealizovali v marci 2013. Jeho cieľom bolo analyzovať možnosti komunitných služieb pre ľudí s duševnou

poruchou. Zistili sme, že neoddeliteľnou súčasťou konceptu komunitných služieb je princíp posilňovania. Formulované výskumné otázky sa nám naskytujú v nasledovnom znení:

Výskumná otázka č. 1: Aké majú ľudia s duševnou poruchou možnosti prijímať samostatné dôležité rozhodnutia a aké zdroje informácií majú pritom k dispozícii?

Výskumná otázka č. 2: Akú majú ľudia s duševnou poruchou možnosť mať svoj život pod vlastnou kontrolou a aktívne sa podieľať na životných zmenách?

Z viacerých dôvodov sme si zvolili kvalitatívny výskum. Rozhodli sme sa na základe nášho zámeru zachytiť najrozmanitejšie podoby vnímania prítomnosti aspektov posilňovania v profesionálnej starostlivosti, zo strany ľudí s duševnou poruchou. Aplikovanie kvantitatívneho výskumu v tejto oblasti by s najvyššou pravdepodobnosťou predstavovalo značný problém, najmä so zreteľom na našu cieľovú skupinu, ktorá nie je tak ľahko uchopiteľná, napr. pre rozposlanie dotazníkov a následnú prácu s nimi, ako ostatná verejnosť. Preto si vyžaduje špecifický prístup. Pre náš výskum je dôležitá skutočnosť, že *„kvalitatívny prístup v sociálnych vedách vychádza z toho, ako sú rôzne pojmy a vzťahy chápané aktérmi sociálnej reality. Aktéri sú odborníkmi na sociálne situácie, ktoré prežívajú, sú naivnými vedcami. Cieľom výskumníka je porozumieť situácii tak, ako jej rozumejú samotní aktéri.“* (Denzin, Lincolnová, 2005 in Švaříček a Šedová, 2007, s.18). Toto hľadisko nazýva Bryman

(1998 in Švaříček a Šedová, 2007, s.18) „pohľad z perspektívy subjektu“, čo značí popis všedných detailov každodennej reality, chápanie správania a významu v sociálnom kontexte, dôraz na čas a proces. Ľudia sú skúmaní v prirodzenom prostredí.“ Kvalitatívny prístup volíme na základe našej snahy porozumieť ľuďom v sociálnych situáciách. Princíp posilňovania skúmame v jeho prirodzených podmienkach a snažíme sa odhaliť podstatu skúseností konkrétnych ľudí s týmto javom. Chceme mu porozumieť, získať o ňom čo možno najviac plastický obraz, ktorý by sme ťažko zachytili kvantitatívnymi metódami. V rámci kvalitatívneho výskumu sme sa rozhodli pre metódu hĺbkového rozhovoru (*in-depth interview*) v podobe pološtruktúrovaného rozhovoru.

Pre potreby nášho výskumu predpokladáme rozdelenie našej cieľovej skupiny, a teda ľudí s duševnou poruchou, na tých, ktorí:

1. využívajú komunitné služby a žijú v domácnosti
2. využívajú rezidenciálnu starostlivosť
3. nie sú užívateľmi komunitných služieb ani rezidenciálnej starostlivosti

Druhá a tretia kategória nie sú predmetom nášho záujmu, hoci v prípade druhej kategórie pripúšťame prítomnosť aspektu posilňovania aj v rámci rezidenciálnej starostlivosti. Rozhodli sme sa však zamerať našu pozornosť na aspekt posilňovania v kontexte komunitných služieb, ktoré sú hlavným predmetom záujmu našej práce vôbec.

V prípade tretej kategórie pri nevyužívaní komunitných služieb či rezidenciálnej starostlivosti absentuje základný princíp posilňovania, ktorý je prítomný práve v profesionálnej starostlivosti.

Prvá kategória je predmetom nášho záujmu, a teda predstavuje našu výskumnú vzorku. Predstavuje ľudí s duševnou poruchou využívajúcich komunitné služby, pričom žijú vo svojom prirodzenom prostredí – v domácnosti. Tieto služby môžeme rozdeliť na terénne a ambulantné. Terénne komunitné služby predstavujú služby, kde sociálny pracovník klienta sprevádza mimo priestorov zariadenia (napr. pri styku s úradmi, v klientovom prirodzenom prostredí, v ktorom sa klient často pohybuje), alebo s ním pracuje u neho doma. Ambulantné komunitné služby predstavujú zariadenia, ktoré klient pravidelne, či menej pravidelne navštevuje, pričom však býva vo svojej domácnosti. Využívanie týchto zariadení sa viaže len na istú časť dňa, zvyčajne je to niekoľko hodín. Takýmito komunitnými službami môže byť rehabilitačné stredisko, sociálne poradenstvo, chránené či podporované pracovisko. Špeciálnym prípadom komunitnej služby je zariadenie podporovaného bývania, kde klient síce je ubytovaný, no prítomnosť sociálneho pracovníka je len niekoľko hodín týždenne, počas ktorých dochádza predovšetkým k posilňovaniu klienta v rôznych aktivitách ohľadom vedenia domácnosti.

Tab. 1 Respondenti výskumu podľa veku, pohlavia a typu zariadenia

Vek	Pohlavie	Typ zariadenia
59	M	Rehabilitačné stredisko, chránená kaviareň
32	Ž	Rehabilitačné stredisko
43	M	Rehabilitačné stredisko
34	M	Rehabilitačné stredisko
28	Ž	Rehabilitačné stredisko, podporované bývanie
33	M	Rehabilitačné stredisko

Naším zámerom bolo pomocou metódy hĺbkového rozhovoru realizovať pološtrukturované rozhovory s ôsmimi respondentmi. Respondentov sme získali v zariadeniach komunitných služieb, pôsobiacich v Bratislave. Bolo to rehabilitačné stredisko a podporované bývanie v DSS Most, n.o., rehabilitačné stredisko Združenia príbuzných, priateľov a ľudí s duševnými poruchami Krídla a chránená kaviareň Zrnko, ktorá je projektom OZ Živa. Vďaka nášmu pracovnému pôsobeniu v organizáciách DSS Most a Krídla sme mali po organizačnej stránke uľahčenú cestu k realizácii nášho výskumu. Rozhovory sa odohrávali v priestoroch rehabilitačných stredísk, vždy však v súkromí - medzi stenami hovorne, keramickej či počítačovej miestnosti. Iba jeden rozhovor sa odohrával v priestoroch chránenej kaviarne, kde sme boli vystavení ruchu prirodzeného kaviarenského života, ktorý sa však, ako sa domnievame,

neodzrkadlil na kvalite či úprimnosti rozhovoru.

Rozhovory trvali od 32 minút (najkratší) po 1 hodinu a 12 minút (najdlhší). Priemerný čas rozhovoru sa pohyboval v blízkosti 1 hodiny. Naším zámerom bolo rozhovory nahrávať na diktafón. Nepodarilo sa nám to však vždy, nakoľko dvaja respondenti tento spôsob zaznamenania rozhovoru odmietli. Ich nesúhlas sme akceptovali a rozhovor sme zaznamenávali písomnou formou priamo počas jeho priebehu. Kvôli tomu sme si už v počiatkoch realizácie výskumu uvedomili, že táto skutočnosť nám neumožní mať jednotné podmienky pre všetkých respondentov a rovnako nebude možné prepisovať rozhovory ako celky. Pri ďalších respondentoch sme rozhovory zaznamenávali na diktafón s ich súhlasom už len za praktickým účelom a teda pre naše vlastné potreby neskoršej analýzy a interpretácie. O tomto postupe boli ďalší

respondenti upovedomení. Domnievame sa, že práve to bolo rozhodujúce pri ich súhlase rozhovor nahrávať, ako aj pri ich otvorenosti počas rozhovoru.

Otázky, ktoré sme koncipovali do schémy rozhovoru, v nás spočiatku vzbudzovali dojem, že rozhovory sa budú pohybovať skôr po povrchu a respondenti nebudú musieť ísť hlbšie do svojich osobných tém. Preto nás prekvapila veľká otvorenosť a úprimnosť respondentov, s ktorou sa nám zdôverovali o svojich životoch, ako aj ich ochota zúčastniť sa výskumu. Atmosféra na zrealizovaných rozhovoroch a pochopiteľne líšila vo vzťahu ku konkrétnym respondentom, vo všeobecnosti ju však hodnotíme ako príjemnú a uvoľnenú. Prítomný bol humor, smiech, snaha o pochopenie a tiež istá dávka dôvery.

Od realizovania prvého rozhovoru po posledný ubehol jeden týždeň, ktorému predchádzala intenzívna organizácia stretnutí. Pri počte 6 respondentov sme sa rozhodli získavanie údajov ukončiť. Údaje sme priebežne prepisovali, výroky kategorizovali a analyzovali. Pre ukončenie realizácie rozhovorov sme sa rozhodli, nakoľko sme dospeli do štádia teoretickej nasýtenosti a tému sme považovali za saturovanú (údaje sa nám začali opakovať a rozhovory neprinášali nové zistenia). Veríme, že náš spracovaný materiál je dostatočný na relevantné pokrytie témy. Zvukové záznamy, ktoré sme v niektorých prípadoch vyhotovili, sme použili pre naše vlastné potreby. Tieto sme spracovali do písomnej podoby, pričom sme následne údaje podľa spomínaných kategórií analyzovali a interpretovali.

Tab. 2 Kategórie a tematické súbory výskumu

Rozhodovanie a voľby	Rozhodnutia, ktoré robím Voľby v mojom živote Potrebné informácie a názory, ktoré počúvam
Pred zmenou a po nej	Túžba po zmene Zmena, ktorá sa podarila Akcia k zmene a jej proces

V hore uvedenej tabuľke 2 uvádzame dve kategórie, v ktorých sa v našom výskume pohybujeme. Ich názvy, ako aj názvy tematických súborov, sú našimi pracovnými názvami. Obsah kategórií tvoria tematické súbory, ktoré sme odvodili od vyššie spomínaných aspektov posilňovania. Každý tematický súbor zahŕňa niekoľko konkrétnych otázok.

ANALÝZA A INTERPRETÁCIA ÚDAJOV VÝSKUMU

Prvá kategória **Rozhodovanie a voľby** sa zameriava na prítomné i minulé rozhodnutia, ktoré respondenti vo svojom živote robia.

Možnosť prijímania samostatných dôležitých rozhodnutí poníma Chamberlin (1997, s.44) v kontexte zariadení v oblasti duševného zdravia, kde profesionálni pracovníci často ľudí s duševnou poruchou vnímajú ako „*ľudí, ktorým chýba schopnosť robiť rozhodnutia, či robiť „správne“ rozhodnutia. Stáva sa tak, že mnoho programov pre ľudí s duševnou poruchou k nim pristupuje z paternalistickej pozície a limituje množstvo kvalitných rozhodnutí, ktoré môžu ľudia s duševnou poruchou robiť.*“ Chamberlin poukazuje na to, ako aj samotní pracovníci niekedy rozhodujú o mantineloch, v ktorých sa až potom ľudia s duševnou poruchou môžu rozhodovať. Často je im umožnené rozhodovať skôr o nenáročných veciach, bez závažnejších dôsledkov. V tematickom súbore *Rozhodnutia, ktoré robím* nás zaujímalo o akých veciach respondenti vo svojom živote bežne rozhodujú a ktoré z nich sú pre nich dôležité.

Aspekt mať na výber z viacerých možností – nie len áno/nie, buď/alebo, pojednáva o tom, že ľudia s duševnou poruchou by nemali mať v živote na výber len medzi dvoma možnosťami, ako napr. či budú hrať Uno alebo Kanastu. V danej chvíli sa im môže chcieť robiť niečo celkom iné, napr. si ísť čítať knihu. V tematickom súbore *Voľby v mojom živote* nás pri respondentoch zaujímalo kedy a čo si vo svojom živote vyberali.

O možnosti prístupu k informáciám a zdrojom hovorí Chamberlin (1997, s.44), že „*rozhodnutia by sa nemali odohrávať vo vákuu. Rozhodnutia sú najlepšie robené, keď má človek k dispozícii dostatok informácií, aby zvážil možné dôsledky rôznych volieb.*“ V našich rozhovoroch sme sa pýtali akým spôsobom respondenti získavajú informácie a koho názor vo svojom okolí považujú za dôležitý (tematický súbor *Potrebné informácie a názory, ktoré počúvam*).

Z výskumu vyplynulo, že ľudia s duševnou poruchou zväčša pozitívne hodnotia svoje možnosti robiť samostatné rozhodnutia, tieto sa najčastejšie týkajú zamestnania ich voľného času. Rozhodovania ohľadom chodu domácnosti sú úzko spojené s dosiahnutým stupňom osamostatnenia, pričom ľudia s duševnou poruchou, ktorí žijú vo svojej orientačnej rodine, sú od rozhodnutí tohto typu dištancovaní, prípadne rozhodujú maximálne o priestoroch svojej izby. „*Rozhodujem sa kedy si upracem izbu. Ja bývam s tetou, dôležité rozhodnutia robí ona, aj tie, ktoré sa týkajú domácnosti. Ja robím len malé rozhodnutia, napr. kam sa pôjdem najesť a čo si dám.*“

Neviem, či by som bol vôbec schopný robiť väčšie rozhodnutia. Také teraz robiť nemusím, u tety mám všetko.“ U jednej respondentky sme zaznamenali tiež posun v realizovaní rozhodovacích úkonov práve s súvislosťou s presťahovaním sa od príbuzných do zariadenia podporovaného bývania. „Robím ale nejaké rozhodnutia, lebo babka mi v poslednej dobe dala voľnosť. Už len to, že mi povolila, že môžem ísť do bývania, to už je dosť veľký pokrok. Aj ona si uvedomuje, že už sú starí a otec je ďaleko, tak už by som mohla žiť samostatne. Moje rozhodnutie ísť do bývania pre mňa znamená cestu k samostatnosti a ja nechcem byť od nikoho závislá, chcem si zarábať svoje peniaze a celý život si zorganizovať sama.“

Medzi svoje najčastejšie životné voľby radia ľudia s duševnou poruchou výber školy, práce, zariadenia komunitných služieb či voľby v oblasti vzťahov. Istým spôsobom sa nám potvrdil náš vnútorný predpoklad, že vo väčšine prípadov sa nejednalo výhradne o samostatné voľby respondentov. Často to boli rodičia, ktorí, najmä v oblasti výberu školy, udali mantinely rozhodovania, v ktorých pre samostatné rozhodnutia ich ratolestí ostal istým spôsobom zúžený priestor. „Výber strednej školy nebolo moje rozhodnutie.“

„Určite bolo voľbou, rozhodnúť sa na akú školu. Aj keď bolo to tak, že otec bol elektrotechnický inžinier a povedal, že tebe idú dobre prírodné vedy. Tým sa veľmi zúžil môj výber potom z priemyslovky že kam ďalej. Tak som išiel na elektrotechnickú fakultu. Ono to nebola že nezaujímavá škola, ale bolo to pre mňa v tom nepríjemné,

že ja som mal vždy záujem čítať rôzne filozofické a psychologické knihy a nemal som na tej škole v tomto partnera. Som sa strašne nudil (smiech). Ten výber strednej školy hodnotím aj ako môj, od otca to bolo skôr také nasmerovanie, ale dosť to ovplyvnilo môj život.“

„Vyberal som si vysoké školy – študoval som na troch, žiaľ ani jednu sa mi nepodarilo dokončiť. Akože som si ich tak slobodnejšie vyberal, ale vždy to bolo spolu aj s rodičmi, takže to bolo také na poly.“

Pri rozhodovaniach využívajú mnoho zdrojov informácií, najčastejšie je to internet, televízia, denná tlač, rozhlas. Okrem prostriedkov masmediálnej komunikácie využívajú ľudia s duševnou poruchou pri rozhodovaní ako cenný zdroj informácií knihy, ale aj iných ľudí a tiež kontakt samých so sebou.

Druhá kategória **Pred zmenou a po nej** pojednáva o zmenách, ktoré respondenti vo svojom živote vykonali, zmenách, ktoré by túžili spraviť a aj o tých, ktoré sa chystajú zrealizovať. Medzi aspekty posilňovania, ktoré sem radíme patria nové nádeje; možnosť využívať sám svoje šance a mať svoj život pod kontrolou.

Aspekt nových nádejí sa vzťahuje k pocitu, že aj jednotlivec môže niečo zmeniť. Dôležitá je nádej, pretože človek, ktorý ju má, verí, že sa zmeny v jeho živote môžu udiť. Bez nádeje by sa zdalo zbytočné vyvíjať akúkoľvek snahu. Stáva sa, že pracovníci zariadení, ktorí onálepkujú ľudí s duševnou poruchou ako nevyliciteľných, od nich v tom istom čase očakávajú, že

budú motivovaní k robeniu zmien vo svojich životoch. V tematickom súbore *Túžba po zmene* nás zaujímalo, či existuje niečo, čo by respondenti chceli zmeniť a či si myslia, že je ich v moci to ovplyvniť.

Možnosť využívať sám svoje šance a mať svoj život pod kontrolou zdôrazňuje, že posilňovanie je viac než len pocit či dojem. Pocity by mali len predchádzať akcii. Keď sa človeku podarí skutočne niečo vo svojom živote zmeniť, zvyšuje sa jeho pocit ovládania a kontroly nad životom, čo napokon vedie k ďalším zmenám. V tematickom súbore *Zmena, ktorá sa podarila* sme sa venovali už zrealizovaným zmenám.

Z výskumu vyplynulo, že ľudia s duševnou poruchou majú vo svojom živote veci, ktoré by radi zmenili. Väčšina z nich sa však k reálnemu udaniu zmeny stavia skepticky. Iba jedna respondentka vnímala svoje možnosti na prebehnutie zmien vo svojom živote pozitívne. *„Teraz mám v hlave rôzne plány, že by som chcela robiť niečo s časopisom Druhý Breh, chcela by som si rozbehnúť svoje vlastné kreatívne veci, hádam aj knižne vydať svoju zbierku.. Chcela by som robiť vlastné rozhodovania aj o svojom voľnom čase. Nájst' si prácu.. Mám chuť ísť študovať po tom, čo si urobím poriadok v živote. Chcela by som mať späť svojprávnosť, mať vlastné bývanie s priateľom a časom sa s ním aj zobrať.. S pomocou ľudí, ktorých mám okolo seba si myslím, že to zvládnem. Spolubývajúce (v podporovanom bývaní) sú mi oporou, tiež priateľ, aj jeho mama.“* Rozhodujúcou v nádeji na zmenu je pre ňu prítomnosť a podpora blízkych ľudí. Postrehli sme, že

iný respondent nevidí šance na úspešný priebeh chcenej zmeny reálne, a to práve z dôvodov absencie blízkej osoby. *„Práveže nevidím to najlepšie. Nevieam, či je to chorobou, alebo tým, že je človek sám. Potreboval by som mať pri sebe kamarátku, alebo niekoho s kým by som sa poradil aj o tom hospodárení, alebo by sme išli spolu von a trávili čas.“*

Rezignovaný postoj odzrkadľuje neúspešné pokusy o zmeny v minulosti, ako aj nízke sebahodnotenie a sebadôveru. Rozhodujúcou pre aktivitu v oblasti zmeny u ľudí s duševnou poruchou je teda aj prítomnosť a podpora blízkych ľudí. Žiadané zmeny sa najčastejšie týkajú plánov na štúdium, práce, partnerstva a rodinného života. V mnohých prípadoch sa vyskytuje nespokojnosť a túžba po zmene v súvislosti s duševnou poruchou a jej dôsledkami na život. *„To je taká nesplniteľná túžba, že cítiť sa ako zdravý človek. Pretože povedzme, že teraz sa dobre cítim, ale stále musím brať tie psychofarmaká. Raz by som sa chcel toho dočkať, to sa ale nedočkám už. Ja beriem tie psychofarmaká už 30 rokov, už som na tom asi aj závislý chemicky.. Je to asi nereálne.“*

ZÁVER

Duševné poruchy nepredstavujú len zdravotný problém, no ich problematika tkvie podstatne viac v ich strete so spoločnosťou a v sociálnom fungovaní ľudí ňou trpiacich. Následky duševnej poruchy sa odrážajú najmä v zastávaní sociálnych rolí, viažucich sa na oblasť práce, rodiny, bývania

a voľného času. Patrí sem aj sociálna izolácia, zníženie sociálnych a kognitívnych zručností a schopností, stigmatizácia a diskriminácia. Ako najvýhodnejší spôsob zvládania týchto nepriaznivých následkov poruchy sa javí systém komunitnej starostlivosti. Nevyhnutným prvkom starostlivosti o ľudí s duševnou poruchou je princíp posilňovania, ktorý pracuje s ich potenciálom, učí ich novým zručnostiam, čím zvyšuje ich autonómne fungovanie. Ľudia s duševnou poruchou, ktorí využívajú komunitné služby zvyknú byť spokojní s úrovňou samostatnosti vo svojich rozhodovaniach, pričom rozhodujú najmä o zadení si svojho voľného času. Spektrum oblastí, v ktorom činia rozhodnutia, je úzko zviazané so stupňom ich osamostatnenia. Ľudia s duševnou poruchou vykazujú nespokojnosť so stavom mnohých oblastí svojho života, ktoré sú často výsledkom dopadov duševnej poruchy. Nezaujímajú však aktívny postoj k potenciálnej zmene.

LITERATÚRA

- [1] CECHNICKI, A., WOJCIECHOWSKA, A., VALDEZ, M. 2008. The social network and the quality of life of people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalization. In Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2008. 2: s.31 – 38.
- [2] CHAMBERLIN, J. 1997. A working definition of empowerment. In Psychiatric rehabilitation journal. Spring 1997, Volume 20, Number 4, s.43 – 46. [online]. [citované 25. februára 2013]. Dostupné na: <http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/1997/chamberlin1997.pdf>.
- [3] COOK, S., CHAMBERS, E., COLEMAN, J. H. 2009. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. In Clinical Rehabilitation. 2009. 23: 40 – 52.
- [4] EIKELMANN, B. 1999. Sociálna psychiatria. Základné poznatky a prax. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. 172 s. ISBN 80-88952-02-6.
- [5] JANÍK, A. 1987. Veřejnost a duševně nemocný. Praha: Avicenum, 1987. 190 s. ISBN 08-073-87.
- [6] JAROŠOVÁ, D. 2007. Úvod do komunitního ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [7] KOLEKTÍV AUTOROV. 2007. Čítanka pre komunitný rozvoj a komunitnú prácu. Bratislava: Katedra sociálnej práce PdF UK, 2007. 74 s.
- [8] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [9] NAWKA, P., ČERNÁK, P., HAŠTO, J. 1998. Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti, súčasný stav a perspektívy. (Zborník prác z II. Medzinárodnej konferencie v Michalovciach, 22.-23.9.1997). Trenčín : Vydavateľstvo F, 1998. 208 s. ISBN 80-967277-9-6.
- [10] PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. 2009. Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. TRITON, 2009. 256 s.
- [11] VLČKOVÁ, I., MUŽÍK, J. 2003. „To, co potřebujeme, není ochrana.“ Nezávislý život duševně nemocných. Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus Ústí nad Labem. 2003. 64 s.

PRINCIPLE OF EMPOWERMENT AS PART OF COMMUNITY SERVICES FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Mišáková
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej
pedagógie UK
Katedra sociálnej práce
Šoltésovej 4, 811 01 Bratislava
E-mail: misakova7@uniba.sk



ABSTRACT

This thesis presents people with mental disorders and their functioning in relation to community services, which grant them an opportunity to persist in their natural conditions. We describe mental disorders mainly through consequences on social area of functioning of people. We highlight the principle of empowerment, which we consider to be cardinal.

We focus our attention on executed research and summarizing its results. The main goal of the thesis was to analyse the opportunities of community services for people with mental disorders. Direction of research part is affected by principle of empowerment, as elementary part of community treatment. We explored aspects of empowerment by qualitative method of in-depth interview advances with people with mental disorders, who use community services.

KEYWORDS:

mental disorders, community services,
principle of empowerment

SESTAVENÍ JÍDELNÍČKU DĚTÍ S PODVÝŽIVOU – ŘEŠENÍ NUTRIČNÍHO PROBLÉMU POMOCÍ BĚŽNĚ DOSTUPNÉHO SOFTWARE

ANDREA KUBIŠOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Při malnutrici dětí je třeba sestavit vhodný jídelníček podle požadavků stanovených nutričním terapeutem. V tomto článku je popsán způsob, jak lze bez hlubšího matematického vzdělání jen s běžnými prostředky výpočetní techniky sestavit z dostupných výživových preparátů optimální jídelníček za co nejnižší cenu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

lineární programování, nutriční problém, matematický model, optimální řešení, výživové limity, výživové složení, ceny, celočíselné řešení, Řešitel v MS Excel, LinPro

ÚVOD

Malnutrice čili podvýživa je pojem, se kterým se setkáváme spíše v souvislosti se zeměmi třetího světa. U dětí je tento pojem specifický tím, že děti rychleji rostou a mají větší potřebu příjmu energie než dospělý člověk. I u nás je určité množství dětí, které jsou podvýživou ohroženy. S podvýživou se setkáváme při závažných chronických onemocněních (onkologické, gastroenterologické, orgánová selhání...), ke zhoršení stavu však může dojít i při krátkodobé nemoci, kdy problémy s polykáním (bolest v krku, zubů, afty, ...), průjemová onemocnění, zvracení či různé respirační efekty způsobí vynechání několika porcí jídla. Podvýživa může být prvním z projevů onemocnění dítěte, zpomaluje proces léčby, boj s infekcí, hojení ran apod.

Na začátku roku 2011 proběhl téměř ve všech evropských státech nutriční screening dětí přijímaných do nemocnice v rámci celosvětové iniciativy NutriAction společnosti Nutricia na vyhledávání pacientů v riziku malnutrice. Dětský gastroenterolog MUDr. Pavel Frühauf, primář Kliniky dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve [4] uvádí, že se v Česku podařilo shromáždit největší soubor, který je hodnocen jako velmi reprezentativní, do výzkumu se totiž zapojilo 35 z 84 českých dětských oddělení. Ze všech sledovaných pacientů ve věku od 1 do 19 let byla 2 % ve vážném riziku a dalších 28 % ve stavu nižšího rizika podvýživy, kterému bylo nutné věnovat pozornost a způsob výživy upravit.

V mnoha případech postačí zavodnění kapací infuzí, závažnější stavy vyžadují větší nutriční intervenci, což je úkolem nutričního terapeuta (dříve dietní sestry) nebo specializovaných lékařů. Preferováno je fyziologické podávání výživy ústy, k tomuto účelu jsou k dispozici různé nutriční nápoje (drinky) a další výživové preparáty, které jsou výborně stravitelné a lehce konzumovatelné, a na trhu je dnes již dostatečné množství chuťově přijatelných variant. Jejich složení je vždy přesně definováno.

NUTRIČNÍ PROBLÉM

Nejprve poznamenejme, že tento úkol v matematice spadá do oblasti tzv. operačního výzkumu, jehož metody nacházejí široké praktické uplatnění. Mezi nejjednodušší typy úloh patří tzv. úlohy lineárního programování, mezi něž řadíme také nutriční problém. Lineární programování se obecně věnuje pouze úlohám, kde lze vztahy mezi proměnnými popsat pouze pomocí lineárních rovnic nebo nerovnic.

Úlohou lineárního programování (nebo stručně LP) s n neznámými a m vlastními omezeními, kde $m, n \in \mathbb{N}$ rozumíme úlohu nalézt extrém (maximalizovat nebo minimalizovat) účelovou funkci ve tvaru

$$z = c_1x_1 + c_2x_2 + \dots + c_nx_n \quad (1)$$

za podmínek (tzv. vlastních omezení) ve tvaru

$$\begin{aligned} a_{11}x_1 + a_{12}x_2 + \dots + a_{1n}x_n &\leq b_1 \\ a_{21}x_1 + a_{22}x_2 + \dots + a_{2n}x_n &\leq b_2 \\ \dots &\dots \\ a_{m1}x_1 + a_{m2}x_2 + \dots + a_{mn}x_n &\leq b_m \end{aligned} \quad (2)$$

a za podmínek nezápornosti proměnných

$$x_j \geq 0 \text{ pro každé } j = 1, 2, \dots, n, \quad (3)$$

popř. za podmínek celočíselnosti proměnných

$$x_j \in \mathbb{Z} \text{ pro každé } j = 1, 2, \dots, n. \quad (4)$$

Reálná čísla x_j , kde $j = 1, 2, \dots, n$, nazýváme **strukturní proměnné**, reálná čísla a_{ij} , kde $i = 1, 2, \dots, m, j = 1, 2, \dots, n$, nazýváme **strukturní koeficienty** (v i -tém vlastním omezení u j -té strukturní proměnné), reálná čísla b_i , kde $i = 1, 2, \dots, m$, nazýváme **pravé strany** (i -tého vlastního omezení), reálná čísla c_j , kde $j = 1, 2, \dots, n$, nazýváme **cenové koeficienty** (j -tého produktu). Matematickým modelem úlohy LP rozumíme zápis (1) – (3).

Doplněním podmínky (4) do tohoto zápisu dostáváme obecnou **úlohu celočíselného programování**.

Přípustným řešením každé úlohy LP nazýváme všechna řešení ve tvaru

$\mathbf{x} = (x_1, \dots, x_n)$, která vyhovují všem podmínkám příslušného matematického modelu, **optimálním řešením** úlohy LP nazýváme přípustné řešení, které dává nejlepší hodnotu účelové funkce (1).

SOFTWARE PRO ŘEŠENÍ ÚLOH LP

Pro studenty zdravotnických oborů, u kterých se nepředpokládá hlubší matematické vzdělání, jsou na VŠPJ k dispozici dva programy, pomocí kterých lze jednoduše nechat nutriční úlohu vyřešit. Nejtěžším úkolem bude ke konkrétní nutriční úloze sestavit výše teoreticky popsany matematický model, jehož položky jsou následně přepsány do dialogových oken programů k těmto

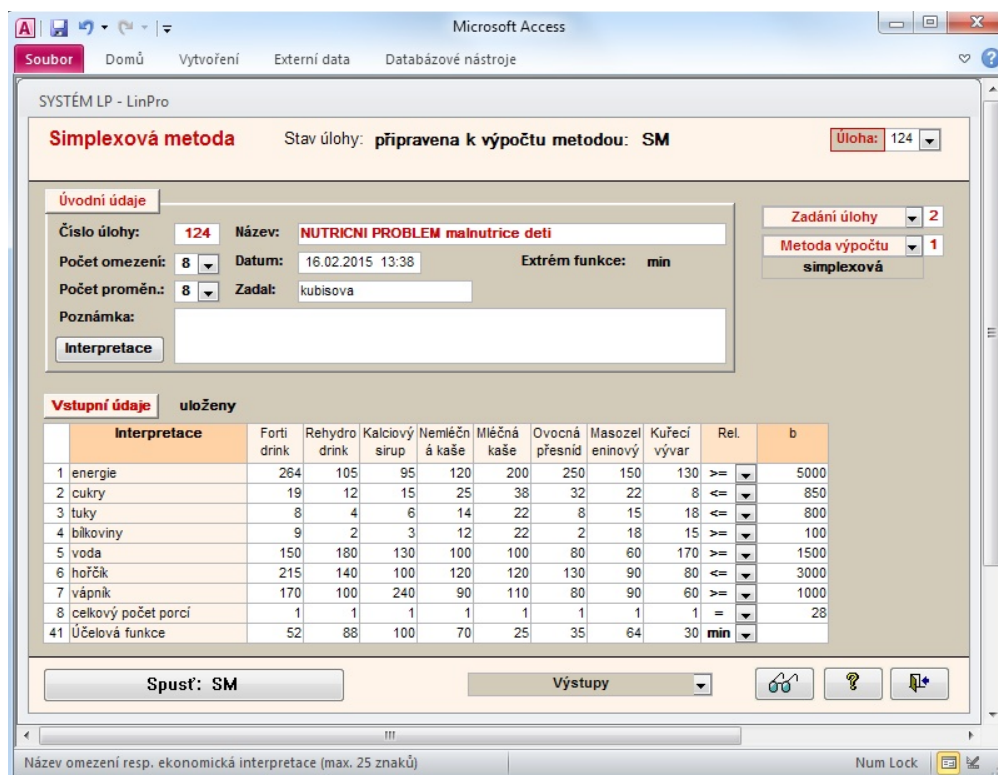
výpočtům určených a už jen stačí spustit výpočet a nakonec přečíst a interpretovat získané výsledky. Na VŠPJ jsou studentům volně dostupné dva programy, pomocí kterých lze úlohy LP řešit.

vybrat nabídku **Simplexová metoda** a zobrazí se třetí dialogové okno, které je po volbě **Zadání úlohy – Nová úloha** třeba vyplnit položkami z matematického modelu.

PROGRAM LINPRO

Specializovaný program LinPro určený k řešení úloh LP byl vyvinut na Katedře ekonometrie VŠE Praha. Je vytvořen v MS Access a je určen spíše ke studijním účelům, dokáže zpracovat pouze úlohy s nejvýše 15 strukturálními proměnnými a 15 vlastními omezeními. Při prvním spuštění je třeba **Zastavit všechna makra** a **Povolit obsah**. Poté je třeba z menu

Program archivuje již spočtené úlohy podle položek **Číslo úlohy**, **Název**, **Datum**, **Zadal**, **Poznámka**. Rozměr matematického modelu se nastavuje vyplněním položek **Počet omezení** a **Počet proměn**. Poté je vygenerována tabulka pro **Vstupní údaje**. Struktura vztahů je dána vyplněním sloupců jednotlivých strukturálních proměnných a řádků jednotlivých vlastních omezení. Typy a limity těchto omezení se zadávají v posledních dvou sloupcích. Program



Obrázek 1 – Dialogové okno programu LinPro

automaticky předpokládá požadavek nezápornosti všech proměnných. Naopak požadavky celočíselnosti v tomto programu zadat nelze.

Pro přehlednost je možné vepisovat do svislého i vodorovného záhlaví vlastní interpretaci názvů strukturních proměnných a vlastních omezení. Poslední řádek je vyhrazen pro cenové koeficienty účelové funkce a zadání typu optimalizace, tedy určení, zda hledáme její co nejvyšší či co nejnižší hodnotu. Nakonec je nutné **Uložit vstupní údaje** a spustit algoritmus simplexové metody tlačítkem **Spust: SM**.

Pokud má úloha jediné optimální řešení, program hlásí „Optimální řešení“ a můžete jej nechat zobrazit např. volbou „Výsledky na obrazovce“. Pokud má více srovnatelných optimálních řešení (lze dosáhnout nejnižší ceny různými způsoby), vypočte program jen jedno z nich a hlásí „Alternativní optimální řešení“, další alternativy ovšem nesestaví, k tomu lze využít algoritmu tzv. simplexové metody založené na algebraické teorii matic při ručním výpočtu. Nemá-li zadaná úloha žádné řešení, píše „Neřešitelná úloha“ a prakticky to znamená, že podmínky byly stanoveny příliš přísně a nelze je splnit žádnou kombinací potravin. Poslední možností výsledku je tzv. „Neomezená hodnota účelové funkce“, která zpravidla znamená nereálný výsledek způsobený chybným sestavením matematického modelu spíše než např. neomezený zisk či neomezeně nízkou cenu.

Je třeba zvolit typ výstupu, součástí řešení je také postoptimalizační analýza vlivu

případných změn limitů vlastních omezení a cenových indexů při volbě **Výsledky**.

NÁSTROJ ŘEŠITEL

Úlohy LP lze řešit také v rámci MS Office. Běžně dostupný a širokou veřejností používaný MS Excel obsahuje volně dostupný doplněk **Řešitel**, který verzi 2010 dostal řady zlepšení, viz [3]. Tento program zvládne řešit úlohy až pro 200 strukturních proměnných a 600 omezení. Při spuštění je třeba v levé nabídce **Soubor - Možnosti** ověřit, zda byl aktivován, po zaškrtnutí se objeví v nabídce **Data – Analýza**.

V tomto případě je nejprve nutné vyhradit vhodné buňky tabulkového procesoru pro jednotlivé strukturní neznámé a v dalších buňkách pomocí nich sestavit vzorce reprezentující levé strany všech vlastních omezení a účelovou funkci s odkazy na n buněk strukturních neznámých. Pro přehlednost je možné buňky pro vlastní potřebu opět vhodně nadepsat či formátovat (obarvit). Poté je třeba vyplnit dialogové okno doplňku Řešitel položkami z matematického modelu.

Položka **Nastavit cíl**: obsahuje buňku se vzorcem účelové funkce, **Na**: určuje typ optimalizace, **Na základě změny proměnných buněk** výše určených n strukturních neznámých. Omezující podmínky je třeba sestavit po volbě **Přidat** z levé strany vlastního omezení, (nerovnostního) znaménka a limitní hodnoty pravé strany vlastního omezení, která nesmí být překročena, resp. výběru požadavku celočíselnosti. V úlohách LP je nutné zaškrtnout také **Nastavit**

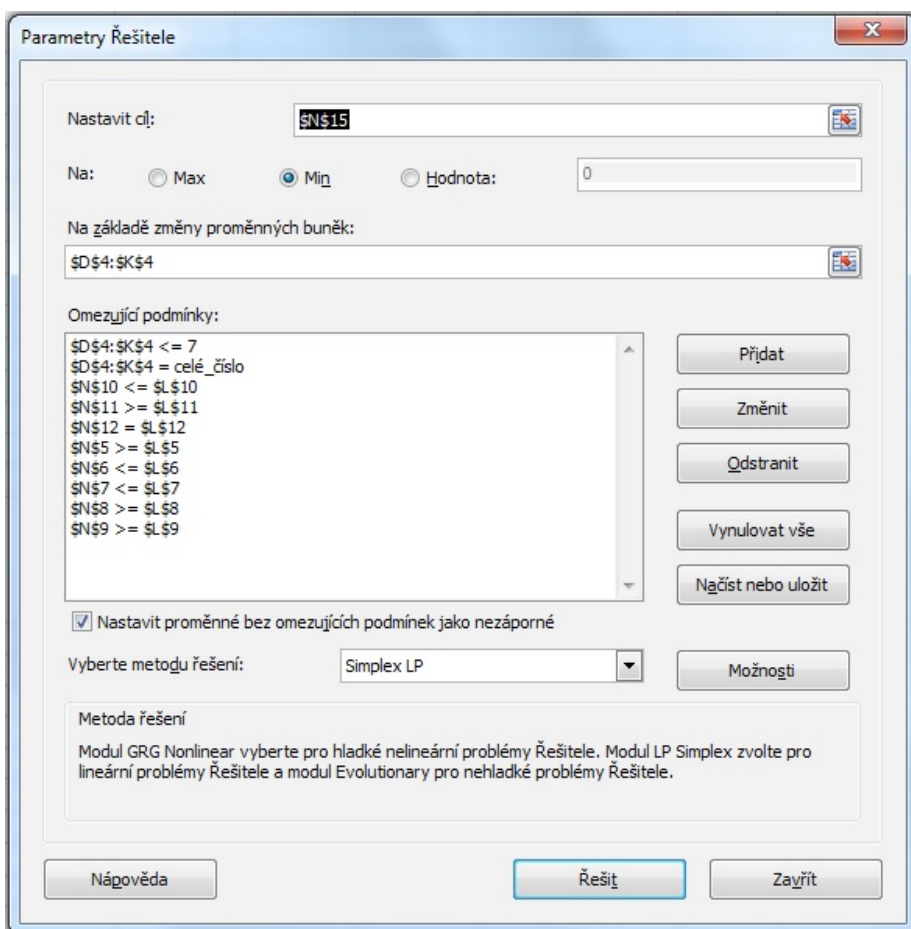
proměnné bez omezujících podmínek jako nezáporné a tak přidat podmínky nezápornosti. Z nabídky **Vyberte metodu řešení** je třeba zvolit univerzální metodu **Simplex LP**. Ostatní parametry není při řešení nutričního problému třeba měnit. Po zadání všech omezení se spustí algoritmus simplexové metody tlačítkem **Řešit**.

ŘEŠITEL V MS EXCEL

Pokud má úloha optimální řešení, program v dialogovém okně **Výsledky Řešitele** hlásí „Řešitel našel řešení ...“ a lze jej nechat zobrazit stiskem **OK**

přímo ve dříve stanovených buňkách původního sešitu. Řešitel bohužel nedává přímou informaci, jde-li o řešení jediné nebo alternativní. Nemá-li zadaná úloha žádné řešení, píše „Řešitel nenalezl vhodné řešení“ a prakticky to znamená, že podmínky byly stanoveny příliš přísně a nelze je splnit žádnou kombinací potravin. Poslední možnost, neomezená hodnota účelové funkce, je hlášena textem „Hodnoty buňky cíle nekonvergují“.

Součástí řešení je také postoptimalizační analýza vlivu případných změn limitů vlastních omezení a cenových indexů



Obrázek 2 – Dialogové okno nástroje

výběrem **Sestavy - Citlivostní** v průběžném dialogovém okně **Výsledky Řešitele**.

Pro interpretaci výsledků je v případě použití obou programů výhodou pochopení teoretického pozadí algoritmu simplexové metody, významu strukturních a tzv. přídatných proměnných, redukováných a stínových cen a intervalů stability nalezeného optimálního řešení pro případné změny limitních hodnot omezení a případné změny cen potravin, tedy jejich vlivu na nalezený výsledek. Pokud zadavateli stačí pouze nalezení optimálního jídelníčku, není těchto znalostí třeba.

ŘEŠENÍ

Pro ilustraci uveďme konkrétní příklad nutričního problému, který bude pro porovnání vhodnosti obou programů vyřešen oběma způsoby, které byly popsány.

Příklad 1.: Sestavte optimální jídelníček za co nejnižší cenu pro dětského pacienta, který nemůže přijímat tuhou stravu, pro něž jsou nutriční terapeutkou stanovena následující dietetická pravidla: Za týden musí touto cestou přijmout alespoň 5 000 kcal energie, 100 g bílkovin, 1 500 ml vody a 1 000 mg vápníku, zároveň smí přijmout maximálně 850 g cukru, 800 g tuků a 3 000 mg hořčíku.

Máte k dispozici neomezené množství osmi druhů tekutých potravin, které jsou vždy dodávány ve 200g porcích. Denně podáváte 4 porce, vždy ráno, dopoledne, odpoledne a večer. Kvůli pestrosti jídelníčku je doporučeno nezařazovat stejné jídlo dvakrát v jednom dni.

Složení a ceny jednotlivých tekutých potravinových preparátů jsou uvedeny v tabulce:

Jedna porce (tj. 200 gramů) obsahuje		Forti drink	Rehydro drink	Kalciový sirup	Nemléčná kaše	Mléčná kaše	Ovocná přesnídávka	Masozeleninový příkrm	Kuřecí vývar
Energie	kcal	264	105	95	120	200	250	150	130
Cukry	g	19	12	15	25	38	32	22	8
Tuky	g	8	4	6	14	22	8	15	18
Bílkoviny	g	9	2	3	12	22	2	18	15
Voda	ml	150	180	130	100	100	80	60	170
Hořčík	mg	215	140	100	120	120	130	70	80
Vápník	mg	170	100	240	90	110	80	90	60
CENA	Kč	52	88	100	70	25	35	64	30

Tabulka 1 – Složení a ceny jednotlivých výživových produktů

Řešení

Jak již bylo řečeno, zásadní pro úspěšné vyřešení problému je dobře sestavit matematický model zadané úlohy. Nejprve zavedeme neznámé jako počty porcí jednotlivých druhů potravin: x_1 označíme počet porcí nápoje Forti drink, ..., x_8 počet porcí kuřecího vývaru. Rovnou doplníme podmínky nezápornosti strukturních proměnných $x_{1,2,3,4,5,6,7,8} \geq 0$, jistě nemá reálný smysl zařazovat do jídelníčku záporné počty porcí. Porce jsou navíc nedělitelné, je tedy logicky vyžadováno řešení celočíselné, zapíšeme tedy také podmínky celočíselnosti strukturních proměnných $x_{1,2,3,4,5,6,7,8} \in \mathbf{Z}$.

Dále sestavíme vlastní omezení pro jednotlivé sledované složky potravin: např. pro příjem energie platí, že při sněžení jedné porce Forti drinku přijme pacient 264 kcal energie, při sněžení x_1 porcí Forti drinku přijme celkem $264 x_1$ kcal energie. Celkový přísun kalorií za týden musí v součtu dosáhnout alespoň hodnoty 5 000 kcal. Zapíšeme

$$264x_1 + 105x_2 + 95x_3 + 120x_4 + 200x_5 + 250x_6 + 150x_7 + 130x_8 \geq 5\,000,$$

navíc kvůli požadavku pestrosti stravy se nesmí žádná z potravin během jednoho dne opakovat, může být tedy podána maximálně 7krát týdně, pro každou ze strukturních proměnných x_1, \dots, x_8 platí

$$x_{1,2,3,4,5,6,7,8} \leq 7.$$

Dále je třeba podat pacientovi každý den v týdnu právě čtyři porce potravin, což je tedy celkem právě 28 porcí za týden, musí tedy platit

$$x_1 + x_2 + x_3 + x_4 + x_5 + x_6 + x_7 + x_8 = 28$$

Účelová funkce je formuluje hlavní cíl úlohy – nalezení nejlevnějšího řešení. Když za x_1 podaných porcí Forti drinku zaplatíme $52x_1$ Kč, celková suma za všechny podané porce bude činit

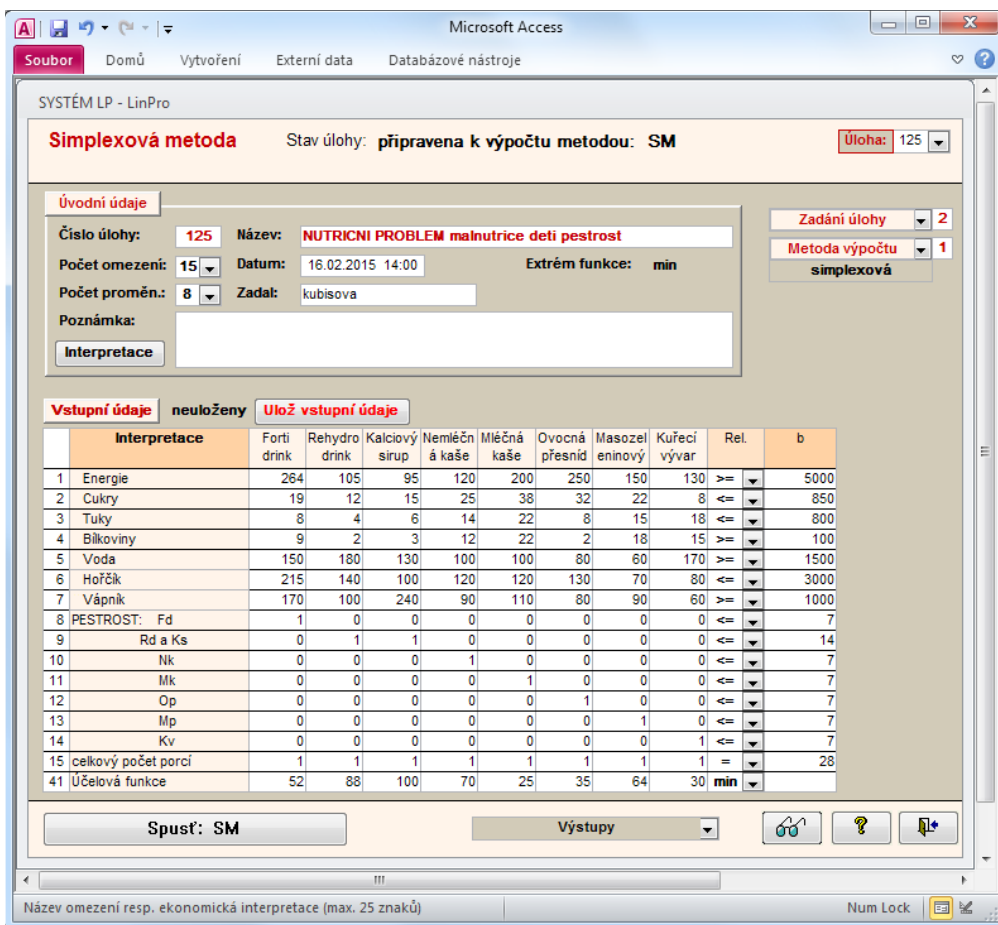
$$z = 52x_1 + 88x_2 + 100x_3 + 70x_4 + 25x_5 + 35x_6 + 64x_7 + 30x_8$$

a hodnota této funkce má být minimalizována.

Přehledně запиšme kompletní matematický model výše zadané úlohy:

$$\begin{array}{rcccccccc}
 z & = & 52x_1 & +88x_2 & +100x_3 & +70x_4 & +25x_5 & +35x_6 & +64x_7 & +30x_8 & \dots & \text{min.} \\
 264x_1 & & +105x_2 & +95x_3 & +120x_4 & +200x_5 & +250x_6 & +150x_7 & +130x_8 & & \geq & 5\,000 \\
 19x_1 & & +12x_2 & +15x_3 & +25x_4 & +38x_5 & +32x_6 & +22x_7 & +8x_8 & & \leq & 850 \\
 8x_1 & & +4x_2 & +6x_3 & +14x_4 & +22x_5 & +8x_6 & +15x_7 & +18x_8 & & \leq & 800 \\
 9x_1 & & +2x_2 & +3x_3 & +12x_4 & +22x_5 & +2x_6 & +18x_7 & +15x_8 & & \geq & 100 \\
 150x_1 & & +180x_2 & +130x_3 & +100x_4 & +100x_5 & +80x_6 & +60x_7 & +170x_8 & & \leq & 1\,500 \\
 215x_1 & & +140x_2 & +100x_3 & +120x_4 & +120x_5 & +130x_6 & +70x_7 & +80x_8 & & \geq & 3\,000 \\
 170x_1 & & +100x_2 & +240x_3 & +90x_4 & +110x_5 & +80x_6 & +90x_7 & +60x_8 & & \leq & 1\,000 \\
 x_1 & & +x_2 & +x_3 & +x_4 & +x_5 & +x_6 & +x_7 & +x_8 & & = & 28 \\
 & & & & & & & & & & & \leq & 7 \\
 & & & & & & & & & & & \geq & 0 \\
 & & & & & & & & & & & \in & Z
 \end{array}$$

V dialogovém okně programu LinPro vygenerujeme tabulku pro 8 strukturních proměnných a 7 vlastních omezení pro výživové limity plus 8 vlastních omezení pro požadavky pestrosti plus 1 omezení pro stanovený počet všech porcí.



Obrázek 3 – Optimální řešení úlohy LP v LinPro – zadání parametrů mat. modelu

Pozornému čtenáři neuniklo, že jsme překročili možnosti úlohy (máme už 16 vlastních omezení!), druhou a třetí podmínku pestrosti stravy jsme po úvaze (jde o nepoužité druhy potravin) sloučili do jedné v řádku 9 a problém tak obešli, viz Obrázek 3.

Po vyřešení získáváme optimální řešení vyjádřené např. jako vektor hodnot strukturních proměnných zapsaných v původním pořadí $\mathbf{x}'_{opt} = (1,38; 0; 0; 0; 7; 7; 5,62; 7)$, které určují optimální počet porcí jednotlivých druhů potravin, vynásobením 200 g dostáváme stejnou informaci v gramech opět ve formě vektoru $\mathbf{y}'_{opt} = (275,86; 0; 0; 0; 1\,400; 1\,400; 1\,124,14; 1\,400)$. Odpovídající hodnota účelové funkce z'_{min} je 1 061,45 Kč. Jak již bylo zmíněno, v programu LinPro nelze doplnit podmínky celočíselnosti. Hodnoty přídatných proměnných zapsané vektorem (267,24; 154,14; 368,66; 286,59; 1494,345, 0; 1490,35, 5,62; 14; 7; 0; 0; 1,38; 0; 0) doplňují

informace o způsobu dodržení postupně všech vlastních omezení (interpretovat budeme prvních 8 pro složky potravy; dalších 6 (šedě vyznačených) pro pestrost a 1 pro celkový počet porcí v tomto pořadí nejsou tak zajímavé).

Zásadní je **slovní interpretace** tohoto výsledku: Pokud bychom netrvali na požadavku nedělitelnosti porcí, sestavili bychom týdenní jídelníček za nejnižší možnou celkovou cenu 1 061,45 Kč, podávali bychom po 1 400 g mléčné kaše, ovocné přesnídávky a kuřecího vývaru, 254,86 g Forti drinku a 1 124,14 g masozeleninového příkrmu, tedy každý den po jedné porci mléčné kaše, přesnídávky a vývaru, jednou za týden doplněnou o Forti drink, pětkrát o příkrm a jednou o porci složenou ze 75,86 g Forti drinku a 124,14 g příkrmu. Energie bychom dodali o 267,24 kcal více, než byl minimální požadavek, naopak cukrů by bylo dodáno o 154,14 g méně, než bylo maximálně povoleno, atd.

Simplexová metoda - výsledky řešení úlohy 125

Úloha: 125 NUTRICNI PROBLEM **matrice deti pestrost**
Simplexová metoda - Optimální řešení

Počet omezení: **15** Počet fází: **2** Hodnota UF: **1 061,45**
 Počet proměnných: **8** Počet iterací: **18** Max. determinant: **316000**
 Extrém funkce: **min**

Interpretace	Forti drink	Rehydro drink	Kalciový sirup	Nemléčná kaše	Mléčná kaše	Ovocná přesníd	Masozele ninový	Kuřecí vývar	Rel.	b	Přídátne prom.	Koef. z(j)	Jedn. změna z	Dolní mez b(i)	Horní mez b(i)
Energie	264	105	95	120	200	250	150	130	>=	5000	267,2414	0	0	0	5267,241
Cukry	19	12	15	25	38	32	22	8	<=	850	154,1379	0	0	695,8621	1E+10
Tuky	8	4	6	14	22	8	15	18	<=	800	368,6552	0	0	431,3448	1E+10
Bílkoviny	9	2	3	12	22	2	18	15	>=	100	286,5862	0	0	0	386,5862
Voda	150	180	130	100	100	80	60	170	>=	1500	1494,138	0	0	0	2994,138
Hořčík	215	140	100	120	120	130	70	80	<=	3000	0	-0,08276	-0,08276	2800	3815
Vápník	170	100	240	90	110	80	90	60	>=	1000	1490,345	0	0	0	2490,345
PESTROST: Fd	1	0	0	0	0	0	0	0	<=	7	5,62069	0	0	1,37931	1E+10
Rd a Ks	0	1	1	0	0	0	0	0	<=	14	14	0	0	0	1E+10
Nk	0	0	0	1	0	0	0	0	<=	7	7	0	0	0	1E+10
Mk	0	0	0	0	1	0	0	0	<=	7	0	-34,8621	-34,8621	4,89474	11
Op	0	0	0	0	0	1	0	0	<=	7	0	-24,0345	-24,0345	4,64706	10,33333
Mp	0	0	0	0	0	0	1	0	<=	7	1,37931	0	0	5,62069	1E+10
Kv	0	0	0	0	0	0	0	1	<=	7	0	-33,1724	-33,1724	5,51852	13,03704
celkový počet porcí	1	1	1	1	1	1	1	1	=	28	0	69,7931	69,7931	25,18591	28,93023
Účelová funkce	52	88	100	70	25	35	64	30	min						
Optimální řešení	1,37931	0	0	0	0	7	5,62069	7		1061,448					
Koeficienty z(j)	0	-29,7931	-38,4828	-10,1379	0	0	0	0							
Jednotková změna z	0	29,7931	38,4828	10,1379	0	0	0	0							
Dolní mez cen. koef. c(j)	-6,08333	58,2069	61,51724	59,86207	-1E+10	-1E+10	52	-1E+10							
Horní mez cen. koef. c(j)	64	1E+10	1E+10	1E+10	59,86207	59,03448	79,47368	63,17241							

Obrázek 4 – Optimální řešení úlohy LP v LinPro – Výsledky na obrazovce

Přehledně jsou zde zapsány intervaly stability optimálního řešení jak pro změny pravých stran (např. limitu podaného množství pro bílkoviny) tak pro změny cenových koeficientů (např. ceny jedné porce mléčné kaše). Stejně potraviny bychom použili k sestavení optimálního jídelníčku i při zpřísnování limitu příjmu bílkovin, a to až k hodnotě 386,59 g (původní limit je jen 100 g), v opačném případě ještě přísnějšího pravidla pro příjem bílkovin by již muselo v jídelníčku dojít k nahrazení nějaké potraviny s nízkým obsahem bílkoviny jinou potravinou s vyšším obsahem bílkoviny. Obdobně také pro změny cen: pokud by se např. cena jedné porce mléčné kaše (původně jedna porce stála 25 Kč) vyšplhala nad hranici 59,86 Kč, byla by již pro sestavení co

nejlevnějšího jídelníčku příliš drahá a byla by v něm nahrazena levnější potravinou. (Lze rychle ověřit v LinPro zkoušením provádění drobných změn zadání.)

Pro srovnání výsledků je také možné vyřešit zadanou úlohu s vynecháním podmínek pro pestrost stravy. Tento matematický model je přepsán do dialogového okna programu LinPro v Obrázku 1.

Celočíselné řešení nalezneme pomocí nástroje **Řešitel** v programu MS Excel. Při sestavení přehledné tabulky je nutné vyhradit buňky pro 8 hodnot neznámých $x_{1,2,3,4,5,6,7,8}$ a (zde D4:K4), pro 7 vlastních omezení množství příjmu složek potravin (zde v buňkách N5:N11) plus podmínku celkového počtu porcí podaných za

			Forti drink	Rehydro drink	Kalciový sirup	Nemléčná kaše	Mléčná kaše	Ovocná přesnídávka	Masozenový příkrm	Kuřecí vývar	za týden			
			x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	LIMIT	TYP	SPLNĚNÍ	
	NEZNÁMÉ:		1,00	0,00	0,00	0,00	7,00	7,00	6,00	7,00				
	energie	kcal	264	105	95	120	200	250	150	130	5000	min	5224	
	cukry	g	19	12	15	25	38	32	22	8	850	max	697	
	tuky	g	8	4	6	14	22	8	15	18	800	max	434	
	bílkoviny	g	9	2	3	12	22	2	18	15	100	min	390	
	voda	ml	150	180	130	100	100	80	60	170	1500	max	2960	
	hořčík	mg	215	140	100	120	120	130	70	80	3000	min	2945	
	vápník	mg	170	100	240	90	110	80	90	60	1000	max	2460	
	počet porcí	ks	1	1	1	1	1	1	1	1	28	právě	28	
	nezápornost												(8 omezení)	
	celočíselnost												(8 omezení)	
	Ú.FCE	celková cena	Kč	52	88	100	70	25	35	64	30	z =	MIN.	1066

Obrázek 5 – Optimální řešení úlohy LP v MS Excel – nástroj Řešitel

týden (zde v buňce N12) a jednu buňku pro aktuální hodnotu účelové funkce (zde v buňce N15). Všechny vzorce jsou sestaveny pomocí funkce SOUČIN. SKALÁRNÍ buněk strukturních proměnných D4:K4 a strukturních koeficientů příslušného omezení či funkce, jak je vidět v Obrázku 5 např. při sestavení vzorce pro výpočet účelové funkce z v poli N15.

Dialogové okno nástroje Řešitel vyplníme podle Obrázku 2, jednotlivá vlastní omezení doplníme po volbě **Přidat**. Je třeba doplnit také sedm podmínek pro pestrost stravy (např. $D4 \leq 7$) a pro celočíselnost výsledku ($D4 = \text{celé_číslo}$), což lze i hromadně. Pozor na výběr správné metody, zde je třeba vždy volit **Simplex LP**. Pokud nehledáme řešení celočíselné, je také možné sestavit citlivostní sestavu s informacemi o intervalech stability výše popsaným postupem.

Pokud bychom vynechali podmínky celočíselnosti, získáme stejné řešení jako v předchozím výpočtu pomocí LinPro (čtenáři se doporučuje vyzkoušet). V tomto tvaru provedeme také citlivostní analýzu, intervaly stability optimálního řešení jak pro změny pravých stran (např. limitu pro bílkoviny) tak pro změny cenových koeficientů (např. změnu ceny mléčné kaše), výstup se zobrazí v novém listě, je ovšem méně názorný než v LinPro. Zkušený uživatel ví, kde stejné informace vyčíst (čtenáři se doporučuje pro lepší orientaci vyzkoušet a porovnat s předchozími výsledky).

Po vyřešení získáváme celočíselné optimální řešení zapsané např. jako vektor hodnot strukturních proměnných zapsaných v původním pořadí $\mathbf{x}_{\text{opt}} = (1; 0; 0; 0; 7; 7; 6; 7)$, které určují optimální počet porcí jednotlivých druhů potravin,

Proměnné buňky

Buňka	Název	Konečná Hodnota	Snížené náklady	Cenový koeficient	Povolený nárůst	Povolený pokles
\$D\$4	NEZNÁMÉ: x1	1,37931034	0	52	12	58,0833333
\$E\$4	NEZNÁMÉ: x2	0	29,79310345	88	1E+30	29,7931034
\$F\$4	NEZNÁMÉ: x3	0	38,48275862	100	1E+30	38,4827586
\$G\$4	NEZNÁMÉ: x4	0	10,13793103	70	1E+30	10,137931
\$H\$4	NEZNÁMÉ: x5	7	-34,86206897	25	34,862069	1E+30
\$I\$4	NEZNÁMÉ: x6	7	-24,03448276	35	24,0344828	1E+30
\$J\$4	NEZNÁMÉ: x7	5,62068966	0	64	15,4736842	12
\$K\$4	NEZNÁMÉ: x8	7	-33,17241379	30	33,1724138	1E+30

Omezující podmínky

Buňka	Název	Konečná Hodnota	Stínová cena	Pravá strana omezující podmínky	Povolený nárůst	Povolený pokles
\$N\$9	maximálně SPLNĚNÍ	2994,13793	0	1500	1494,13793	1E+30
\$N\$8	minimálně SPLNĚNÍ	386,586207	0	100	286,586207	1E+30
\$N\$7	maximálně SPLNĚNÍ	431,344828	0	800	1E+30	368,655172
\$N\$6	maximálně SPLNĚNÍ	695,862069	0	850	1E+30	154,137931
\$N\$5	minimálně SPLNĚNÍ	5267,24138	0	5000	267,241379	1E+30
\$N\$10	minimálně SPLNĚNÍ	3000	-0,082758621	3000	815	200
\$N\$11	maximálně SPLNĚNÍ	2490,34483	0	1000	1490,34483	1E+30
\$N\$12	SPLNĚNÍ	28	69,79310345	28	0,93023256	2,8140886

Obrázek 6 – Citlivostní analýza úlohy LP v MS Excel – nástroj Řešitel

odpovídající hodnota účelové funkce z_{min} je 1 066 Kč. Dle očekávání je nyní o něco horší, jelikož jsme zpřísnili požadavky na sestavení jídelníčku (o celočíselnost). Hodnoty přídatných proměnných nelze vyčíst přímo, v polích N5:N11 jsou ovšem vidět skutečná množství pacientem přijatých složek stavy.

Zásadní je opět **slovní interpretace** tohoto výsledku: Nejlevnější jídelníček konečně dodržující veškeré podmínky stanovené nutričním terapeutem lze sestavit za celkovou cenu 1 066 Kč, každý den bychom podávali po jedné porci mléčné kaše, ovocné přesnídávky a kuřecího vývaru, jednou týdně doplněnou o Forti drink, a šestkrát o masozeleninový příkrm. Energie bychom dodali o 224 kcal více, než byl minimální požadavek, naopak cukrů by bylo dodáno o 153 g méně, než bylo maximálně povoleno, atd.

Interval stability pro celočíselné řešení nelze sestavit.

Doplňme, že k nalezení optimálního řešení celočíselné úlohy LP obecně nestačí zaokrouhlit nalezené řešení stejné úlohy LP s vynecháním podmínek celočíselnosti.

ZÁVĚR

Na první pohled celkem komplikovaný problém sestavení optimálního nutričního plánu při dodržení všech výživových požadavků stanovených při úpravě výživy dětí s malnutricí je možné jednoduše řešit pomocí běžně dostupného tabulkového procesoru MS Excel, případně využít na VŠPJ dostupného programu

LinPro. I bez hlubšího matematického vzdělání lze podle výše uvedeného návodu sestavit matematický model této speciální úlohy LP, který obsahuje pouze lineární rovnice a nerovnice. Jejich systematické přepsání do dialogových oken jednoho z programů umožní zadavateli rychlé nalezení optimálního řešení této úlohy, tedy sestavení nejlevnějšího nutričního plánu za dodržení všech limitů stanovených nutričním terapeutem.

Porovnejme ještě použitý dostupný software. Specializovaný program LinPro je pro vyplnění intuitivnější, nepožaduje zápisy vzorců, neumí ovšem najít optimum celočíselných úloh LP a je určen pro zpracování úloh malého rozsahu, přehledně zobrazuje výsledky řešení včetně citlivostní analýzy. Doplněk Řešitel široce rozšířeného MS Excel naopak vyžaduje zápis všech lineárních vztahů pomocí vzorců, zpracuje ovšem mnohonásobně rozsáhlejší úlohy LP, a to včetně celočíselných, je třeba dbát na přehlednost výstupu vhodným formátováním buněk a citlivostní analýza v novém listě není tak názorná. Ani jeden z obou programů nespočítá případné alternativní řešení, LinPro na existenci srovnatelné varianty výsledku alespoň výslovně upozorní. Ukázali jsme ovšem, že oba programy zvládne použít běžný uživatel PC, tedy i studenti zdravotnických oborů VŠPJ.

LITERATURA

- [1] Kubišová, A.: Operační výzkum. VŠPJ, Jihlava 2014.
- [2] Kubišová, A.: Operační výzkum – pracovní listy. VŠPJ, Jihlava 2015.
- [3] Kubišová, A.: Solving linear operation research optimization problems in MS Office 2010 Excel spreadsheet. Logos polytechnikos. VŠPJ, Jihlava 2014.
- [4] Frühaf, P.: Nutriční screening při přijetí k hospitalizaci - NutriAction. Čes.-slov. Pediat. 2013.

ASSEMBLING OF A NUTRITIVE DIET PLAN FOR MALNOURISHED CHILDREN – SOLVING OF A BLENDING PROBLEM WITH AVAILABLE SOFTWARE

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Andrea Kubišová
Vysoká školy polytechnická Jihlava
katedra matematiky
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: kubisova@vspj.cz



ABSTRACT

In case of malnourished children it is necessary to assemble appropriate diet plan in accordance with nutritional restrictions outlined by the nutrition therapist. This article will explain how to assemble the optimal diet plan based on available nutrient preparations of known contents for as a low price as possible using common tools of computer technology.

KEYWORDS:

Linear programming, blending problem, mathematical model of the problem, optimal solution, nutrient restrictions, nutrient contents, prices, integer solution, MS Excel add-in tool Solver

SNAHA ROZVÍJET SLOŽKY EMOČNĚ- SOCIÁLNÍ INTELIGENCE PŘI VÝUCE

OTTO ČAČKA

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Zamyšlení nad klíčovými složkami způsobilosti a možnostmi jejich rozvíjení u budoucích sociálních pracovníků v rámci výuky psychologie. Aplikace vlastní metodiky inspirované human relations movement měla za cíl ověřit možný výchovný dopad na studenty oboru sociální práce.

KLÍČOVÁ SLOVA:

způsobilost, emoční inteligence, sociální inteligence, empatie, rozvoj komunikace, umění přesvědčovat, postupy sebezdokonalování

PŘEDMĚT VÝZKUMU

Náš projekt je orientován na emočně-sociální aspekty způsobilosti pro sociální práci. Obecné požadavky na způsobilost musí zahrnovat nejen nezbytné schopnosti a vlastnosti, ale i patřičnou motivaci danou prací vykonávat. Podle Golemana (2000) tvoří požadované složky emoční inteligence zvláště: **sebeuvědomění, sebekontrola, empatie, schopnost ovlivňovat jiné a osobní motivace k takové práci. Pro nemožnost odlišit „sociální“ a „emoční inteligenci“** navrhl Reuven Bar-Ona termín „emočně-sociální inteligence“, kterou definuje jako “průřez vzájemně se ovlivňujícími emočními a sociálními kompetencí, které určují také, jak dobře jsme schopni porozumět sobě i druhým, vycházet s lidmi a vyrovnávat se s každodenním tlakem, nároky i problémy” (Bar-Ona - Parker 2000). Výrost a Slaměník (2008), vycházející z Bar-Ona, mají za to, že právě empatie představuje jeden z hlavních předpokladů prosociálního chování. Problematice empatie se věnoval zvláště Béla Buda, který uvádí, že "empatie je schopnost, jejíž pomocí se v rámci bezprostřední komunikace dokážeme vžít do duševního stavu jiného, vycítit a pochopit jeho emoce, motivy a snahy, které jsou často vyjadřovány spíše neverbálně“ (Buda 1987, s.51). Hewstone a Stroebe (2006) navíc soudí, že cílem prosociálního chování by měla být i snaha zlepšit situaci druhého, aniž bychom při tom sledovali vlastní prospěch.

Někteří psychologové se domnívají, že emoční inteligence je neměnným primárním rysem osobnosti, jiní mají

naopak za to, že ji lze rozvíjet. Bez ohledu na možnost ovlivňování emoční inteligence, můžeme nesporně výchovně napomoci k dosažení vyspělejších hledisek prosociálního prožívání i jednání a tak napomáhat k vyšší kultivovanosti osobnosti.

V našem projektu jsme jako výchozí koncepci zvolili vrstvý model osobnosti (Čačka 2009). V jeho rámci ale emoční inteligence už není pouhý více či méně bohatý soubor nějakých dílčích předpokladů, ale je výrazem vnitřní vyspělosti celé osobnosti. Vyspělost osobnosti je určována dosaženou úrovní těžiště v rámci hierarchické struktury vrstev duševního dění, která je zárukou stability prosociálního prožívání a chování. Taková úroveň předpokládá nejen pozitivní překonání krize identity a nabytí zralého sebepojetí, ale spočívá také optimálně v dosažení až sebepřekračujících východisek jednání charakteristických pro zralou a kultivovanou osobnost.

Při výchovné práci se studenty na katedře sociální práce - kteří mají prosociální chování přímo v popisu práce – je potřeba při pedagogické práci nejen v psychologii, ale ve všech oborech neopomíjet poskytování podnětů pro práci na sobě. V rámci realizovaného projektu jsme se rozhodli aplikovat a zároveň i ověřit účinnost vybraných vzdělávacích a výchovných postupů slibujících napomáhat ke zvýšení schopnosti prosociálně prožívat i adekvátně jednat v kontaktu s lidmi.

Rozvoji společenského citu napomáhá vyvážená orientace jak na racionálně-kognitivní, tak i imaginativně-emozivní oblast psychiky, zahrnující v širším slova smyslu např. i obeznámení s psychologíí duševního vývoje, osobnosti i psychologíí kultury, jejíž organickou součástí je také kulturní antropologie, filozofie kultury atp. – nejde tedy o žádné poměrně povrchní a jednorázové osvojování jakkoliv pozitivních dílčích postojů či dovedností. Východiska prosociálních projevů musí totiž vždy zahrnovat aspekty všech tří základních oblastí psychiky: *ratia*, *imaginatia* i *actia*. Na to by měla pamatovat veškerá pedagogická činnost, že ji nelze orientovat jen na pouhé poznávací funkce (podrobněji viz Čačka 1999, 2000, 2009). Dosažená úroveň poznání (*ratio*) a prožívání (*imaginatio*), pak ústí k odpovídajícímu charakteru chování (*actio*). Žádoucí úrovně vyspělosti a kultivovanosti osobnosti sice dosahuje v rámci populace jen asi čtvrtina dospělých - avšak u profesí, kde tvoří sociálně-emozivní inteligence podstatnou složku způsobilosti k dané činnosti - kam na VŠPJ patří zvláště obor sociálně-zdravotních pracovníků, cestovního ruchu aj. U těchto oborů by výše uváděné širší aspekty vzdělávání měly být naprosto organickou součástí přípravy.

Snaha o dosažení žádoucí úrovně emoivně-sociální zralosti tedy nemůže být realizována pouze v rámci aplikovaných postupů daného projektu. Každé vštěpování nových vzorců chování je navíc i individuální proces, působící na jedince s určitými rysy (*extravertovanost*, *sebedůvěra*, *aktivita*, *stěničnost* aj.) a schopnostmi (zvl. *inteligencí*), které však nemusí být u všech vždy připravené

spolupodílet se na žádoucím seberozvoji. Je však nezbytné, aby se sociální a emoivní rozvoj studentů nijak nezanedbával, ale aby dostal nezbytný prostor i v ostatní výuce a celé sociální atmosféře školy.

METODIKA APLIKOVANÁ V PILOTÁŽNÍ FÁZI

V lidské sociální interakci platí nesporně obecné zákonitosti „akce-reakce“, podobně jako ve fyzice. To znamená, že způsob jednání na jedné straně vyvolává obvykle i odpovídající odezvu na straně komunikanta.

V současné době se k rozvoji optimálního jednání obecně doporučuje zvláště kombinace zpětné vazby, rozhovorů a modelových situací (Goleman 2000 aj.). Při výzkumné práci je však potřeba opřít se nejen o nosná koncepční psychologická východiska, ale pokusit se vytvořit i vlastní metodiku inspirovanou hnutím za lidské vztahy a aplikovaný výchovný postup postupně standardizovat a to i za cenu jistého zúžení rozsahu možné intervence.

V našem projektu jsme zvolili carnegiovsky laděný postup, který se stal osvědčeným východiskem již v americkém hnutí *human relations* z třicátých let minulého století. D. Carnegie (2009) se vyhýbá každé manipulaci, ale naopak při každé aplikaci doporučovaných postupů zdůrazňuje vždy nezbytnou upřímnost, bez které by se nedosáhlo žádoucí účinnosti.

Obsah látky rozložené do celého semestru zahrnoval témata uspořádaná do tří celků:

A) Osvojení šesti složek pozitivního působení na druhé v rámci jakékoliv mezilidské interakce

V probírané látce je zdůrazňován **význam upřímného zájmu o druhé** („nepřemýšlet jen o sobě“), stejně jako **nezbytnost pohotového úsměvu** („kantorský úsměv“, který je vždy signálem, že „srdce je doma“), **oslovování osobními jmény** (subjektivně prožívané jako „nejlahodnější zvuk mateřštiny“), **pozorné naslouchání** jako projev úcty (vyloučení urážlivého skákání do řeči atp.), spolu se snahou **hovořit** s lidmi o jejich zájmech (nejen o svých vlastních), včetně neopomíjení **uznáním vzbudit pocit důležitosti** (ocenění je nejen významnou psychickou potřebou, ale i nezbytnou základnou optimální mezilidské interakce). Znovu připomínáme, že by se těchto 6 zásad mělo stát naprosto přirozenou součástí charakteru interakce a nejen prostředkem účelového ovlivňování jiných. U všech uvedených projevů je potřeba dosáhnout v rámci cvičení pochopení jejich významu (ratio) i přiměřený prožitek (imaginatio), spojený zároveň s odpovídajícím chováním (actio).

B) Devět zásad správného výchovného působení

Každý sociální pracovník na jakékoliv pozici je vždy zároveň i vychovatelem, protože svým způsobem usměřňuje chování jiných – i kdyby šlo např. jen o důsledné užívání léků. V podstatě se v této oblasti jedná

o soubor principů jak účinně usměřňovat chování, aby bylo dosaženo osobní snahy o nápravu a nebyly vyvolány obranné mechanismy.

V doporučeních D. Carnegieho je např. zásada **kritizujte po pochvale** (posílí to vědomí komplexnosti přístupu), **upozorňujte na chyby taktně**, jakoby mimochodem („Je to skvělé, ale...“), **nepovyšujte se** („I já mám chyby...“), **přikazujte otázkou** („co myslíte, mohlo by se...“), **šetřete důstojnost druhého** (vždy také něco pochválit), **každé zlepšení oceňte** (odměna působí účinněji než zloba), **chovejte se k napravovanému jakoby už byl takový, jaký má být** (idealizujte), **posilujte sebedůvěru** (poukazujte na zvládnutelnost), dobře vždy působí **drobné odměny** (dáreček při návštěvě aj.).

Při probírání každé výchovné zásady je vždy uváděna řada příkladů, které ji nejen objasní, ale usnadní i její zapamatování. Tím výchovný postup facilituje koncentraci a tak snižuje únavu, stává přitažlivější a snadněji se přenáší do každodenní praxe.

C) Dvanáct pravidel účinného přesvědčování jiných

Z práce sociálního pracovníka nelze vyloučit vedení diskuse, spojené se snahou přesvědčit jiné o čemkoliv prospěšném. Lidé uvažují vždy logicky, takže nestačí apelovat jen na rozum. V rámci této problematiky D. Carnegie radí:

Nevyvolávat zbytečné kontraverze (ponížený není přístupný argumentům), **respektovat mínění druhých a vlastní**

relativizovat (místo výrazů „jistě“ a „nepochybně“ je lépe užívat „mám za to“, „podle mého“ atp.), **každý omyl okamžitě přiznat** (nejlépe rychle, upřímně až nadšeně), **při jednání zachovávat neustále přátelský tón a atmosféru** („zařatou pěstí“ dosáhnete jen toho, že druhá strana udělá totéž), **ladit do pozitivní reakce** (otázky formulovat tak, aby odpověď zněla „ano“), **umožnit dělat dobrý dojem** (vyzývat k vypovídání se), **ponechat k domyšlení napovězenou myšlenku** (každý snadněji přijme to, na čem se sám podílel), **dívat se očima druhého** (nemyslet jen na svůj úmysl), **projevovat stálou empatii** (ztotožněte se s city jiných), **apelovat na ušlechtilé pohnutky** (s vědomím, že každé jednání má obvykle i jiné než navenek prezentované pohnutky), **vše podávat kultivovanou, byť dramatickou formou** (přiblížit se tak vystoupením profesionálů), **vyzývat k výkonu** (soutěživost je přirozenou součástí motivace).

Jako ukázkou ilustrace používané k podtržení dopadu prezentovaných zásad uvádíme např. i letáček, který pomohl ke zlepšení nálady ve frontách v obchodním domě v době vánočních nákupů (Carnegie 1947, s. 86):

COZNAMENÁ ÚSMĚV. Nestojí nic, ale udělá mnoho. Obohacuje ty, jimž platí a neubírá těm, kteří jej dávají. Trvá chvilku, ale někdy se na něj vzpomíná celý život. Nikdo není tak bohatý, aby se bez něj obešel a nikdo tak chudý, aby se jím nestal bohatším. Tvoří doma štěstí, podporuje dobrou vůli v praktickém životě a je pojátkem přátelství. Je odpočinkem unavenému, nadějí malomyslnému, slunečním

světlem smutnému a nejlepším přírodním prostředkem proti trápení. Nelze ho však koupit, vyžebrať, vypůjčit ani ukrást, stává se pozemským statkem teprve, až je dán! A je-li v největším ruchu vánočního nákupu některý prodavač již tak unaven, že se na vás ani neusměje, nechtěli byste se usmát na něj sami? Neboť nikdo nepotřebuje úsměv tolik, jak ten, kdo už nemůže žádný rozdat!

V tomto duchu koncipovaná a co nejživěji prezentovaná přednáška tvořila jádro námi aplikované metodiky ohraničené před použitím vstupním a na konci pak závěrečným testem k možnosti posouzení očekávané změny kvality prosociálního vnímání, prožívání i chování. Po každém probraném tématu byli navíc posluchači i vyzváni k uvádění svých osobních zkušeností, kterými by doplnili a potvrdili význam a účinnost dané zásady chování v každodenní praxi.

Při závěrečném ověření účinnosti postupu proběhlo kromě odhalení a zdůvodnění správné odpovědi také vysvětlení, v čem jsou ostatní varianty reakcí nesprávné a k jakým důsledkům by vedly. To bylo příležitostí i k zopakování a zdůvodnění žádaných postupů chování.

Použitý vstupní i kontrolní test byl upraven podle materiálů hustonského institutu J. Wolfeho, kde tvořil součást testové baterie určené pro ověřování „schopnosti porozumění okolnostem a vztahům, míry empatie i adekvátnosti volené reakce“, aplikované při výběru vedoucích pracovníků do letového střediska (Čačka 1997, s. 132). Vybrali jsme jen osm

položek popisujících obecně srozumitelné životní situace, u kterých respondent vybírá osobnímu založení odpovídající reakci z pěti možných variant, ze kterých však jenom jedna vyjadřuje sociálně zralý postoj.

Jako příklad uvádíme jednu z položek použitého vstupního a kontrolního testu:

Chcete, aby vaše sekretářka, ačkoliv je domluvena se svým hochem, vám po pracovní době napsala ještě jednu zprávu.

- A. *Odřeknete-li mu, a pro mne uděláte zprávu zvu vás na večeři do Internacionalu.*
- B. *Lituji, ale ta zpráva musí ještě dnes ven. Šéf na tom trvá.*
- C. *Vím, že je to pro vás nepříjemné, ale prosím, udělejte to pro mne.*
- D. *Bud' – anebo. Tak dobré místo hned tak nenajdete.*
- E. *Jste tady jediná, které člověk může takové věci svěřit.*

(Nic tak neovlivní člověka jako ocenění, že dokáže něco zvláštního vykonat. Nejde při tom o žádnou faleš, každý je hrdý na to, co dobře umí. Je však potřeba to umět vystihnout. Šéf nesmí „prosit“, ale má právo hodnotit.)

Absolvování všech bloků kurzu by mělo vyvolat nejen zamyšlení nad vlastním jednáním a jeho možnými chybami z prosociálního hlediska, ale poskytnout i nepřímé rady, jak adekvátně uvažovat, prožívat a jednat v analogických životních situacích. Toto nenásilné otevírání řady témat z oblasti mezilidských vztahů

a komunikace by mělo působit nejen hlouběji, ale mít i trvalejší dopad. Naším cílem bylo dovést k porozumění kontextu akcí a jejich důsledků a tím dosáhnout určitého kvalitativního posunu ve východiscích prožívání i chování osobnosti jako celku. Pro ověření, jestli skutečně došlo prostřednictvím barvitě prezentovaných příběhů k žádoucímu posunu v prožívání a jednání studentů byl na závěr kurzu zopakován úvodní test.

Subjektivně prožitkový charakter postupu i výpovědí o jeho dopadu nás omezuje na převážně kvalitativní analýzu. Ověřovací pilotáže se zúčastnilo celkem 74 zkoumaných osob, které studovaly v roce 2014 ve druhém ročníku obor sociální pracovník na katedře sociální práce VŠPJ. Pro daný obor je však charakteristická převaha dívek, hoši byli v našem výběru pouze tři. Cílem naší snahy bylo v této fázi výzkumu jen rámcově ověřit postup, který by mohl v budoucnu napomáhat k rozvoji prosociálních projevů v období adolescence, kdy vrcholí autokultivace vlastního sebepojetí (ve 20-21 letech). Úvodní test a následná prezentace modelových situací, spojená v závěru s rozbořením důsledků jednotlivých voleb řešení v kontrolním testu, byla aplikována u daného výběru studentů během seminářů psychologie osobnosti v době běžně realizované výuky.

ZÍSKANÉ POZNATKY A DATA

Úkolem kvalitativního hodnocení je vytvořit ucelený obraz dopadu použitého postupu. Pokusili jsme se proto zachytit také, jak účastníci

pokusu prezentované modelové situace a postupy jejich řešení subjektivně prožívají, hodnotí a následně využívají při chování v analogických životních situacích.

Součástí průzkumu byla proto i závěrečná osobní výpověď studentů. Studenti projevovali o danou formu výchovných postupů zvýšený zájem a nevyskytlo se ani jedno negativní hodnocení. Z této anonymní ankety vybíráme typické odpovědi:

„Já jsem si uvědomila, co to je sociální chování a hlavně mě to posunulo výš v jednání k ostatním lidem v rámci sociální práce“

„Bylo to pro mne velice přínosné. Přednášku i testy hodnotím kladně. Dozvěděla jsem se o sobě přínosné věci, které v budoucnu jistě zúročím. Do budoucna bych podobnou aktivitu v hodinách psychologie uvítala a ocenila bych i více sebepoznávacích testů.“

„Moc se mi to líbilo, bylo to přínosné. Hodně mě to bavilo a dozvěděla jsem se také mnoho o způsobech řešení nejrůznějších situací.“

„Bylo to přínosné. Dozvěděla jsem se, jak se v daných situacích zachovat.“

„Bylo to pro mě velmi poučné a praktické. Doporučené knihy si určitě přečtu.“

„Zapůsobilo to na mě tak, že vše bylo velmi zajímavé. Po přednáškách jsem se velice zlepšila“.

„Předpokládám, že první test mi dopadl asi hodně špatně. Po lekcích jsme si jej zopakovali a podle mne mi už dopadl mnohem lépe. Přednášky mi velice pomohly“

Cílem provedené pilotáže bylo především rámcově ověřit účinnost aplikované intervence na zlepšení žádoucích postojů a to jak z hlediska informací, prožitků, tak i chování, což bylo více či méně úspěšně potvrzeno. Celkem došlo ke zlepšení skóre v kontrolním testu emočně-sociální inteligence po absolvování celé aplikace výše popsané metodiky u více než poloviny studentů (i když nebylo u všech stejně výrazné): Zlepšení o 5 bodů (80%) dosáhla 4% studentů, zlepšení o 4 body (65%) vykazala shodně také 4% zkoumaných. Pozitivní posun o 3 body (50%) mělo 20% respondentů, zlepšení o 2 body (tj. 30%) dosáhla ve výběru čtvrtina osob, pouze o jeden bod se zlepšilo 20% studentů. Někteří sice nevykázaly žádný pozitivní posun, zato však měly často (až 16%) vysoké skóre již v prvním testu (4-5 bodů). Pouze dva studenti měli v kontrolním testu horší výsledek než před realizovanou intervencí. Více či méně výrazné zlepšení v kontrolním testu na závěr bylo, až na dvě výjimky, pro všechny příjemným překvapením. Původně jsme měli v úmyslu použít i kontrolní skupinu s pouze vstupním a závěrečným testem bez vlastní intervence, což by vyloučilo vliv jiných faktorů, ale v pilotážní fázi jsme nakonec podleli přání studentů projít společně celým kurzem. Průkaznost získaných výsledků ověříme opakovanou aplikací daného postupu v porovnání s kontrolní skupinou v následujících letech.

ZÁVĚR

Je možné poukazovat na dosavadní neúspěchy obdobných snah dosáhnout umravnění užších či širších komunit, včetně našeho celostátního projektu „etické výchovy“, avšak náš relativně uspokojivý a až poněkud překvapivý výsledek, je pro nás spíše podnětem k hledání dalších možných cest i postupů k posilování snah v oblasti prosociální výchovy osobnosti. Prezentace modelových situací a následná zpětná vazba rozborem jejich řešení nemůže být zákonitě jednorázový proces, protože osvojování nových vzorců chování není snadné a probíhá individuálně. Je však nezbytné, aby se emoční rozvoj studentů nezanedbával a dostal patřičný prostor v pedagogické práci, zvláště u profesí, kde je sociální vyspělost významnou součástí způsobilosti k dané činnosti.

Sama skutečnost, že počáteční výsledky naznačují obecně nízké prosociální cítění u studentů, kteří si zvolili jako budoucí profesi právě sociální práci, nás nutně aktivizuje k dalšímu hledání cest k jeho postupnému zlepšení. Vysoká škola je vzhledem k vrcholícím procesům integrace osobnosti a krystalizace východisek volby životního poslání k tomu přímo optimálním prostředím.

Cílem realizované pilotáže bylo ověřit účinnost zvolené metodiky ke zlepšení žádoucích složek emočně-sociální inteligence (zvláště z hlediska potřebných informací, prožívání i chování). To bylo dosaženými výsledky v převažující míře úspěšně potvrzeno. Danou metodiku budeme proto ve výuce psychologie nadále aplikovat a postupně vylepšovat.

LITERATURA

- [1] Bar-on, R. – Parker, J. D. A. (2000). The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace. San Francisco: Jossey-Bass.
- [2] Bar-on, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). Universidad de Oviedo: Psychothema.
- [3] Buda, B. (1987). Čo vieme o empatii. Nové Zámky: Pravda.
- [4] Carnegie, D. (1931, 1947, 2009). Jak získavat přátele a působit na lidi Praha: Beta.
- [5] Čačka, O. (2009). Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika. Brno: Doplněk.
- [6] Čačka, O. (2000). Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace. Brno: Doplněk.
- [7] Čačka, O. (1999). Psychologie imaginativní výchovy a vzdělávání s příklady aplikace. Brno: Doplněk.
- [8] Goleman, D. (1997). Emoční inteligence. Praha: Columbus.
- [9] Goleman, D. (2000). Práce s emoční inteligencí. Praha: Columbus.
- [10] Gresham, F, - Sugai, G. – Horner, R.H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. Exceptional Children, 67, pp 331–344.
- [11] Hewstone, M. - Stroebe, W. (2006). Sociální psychologie. Praha: Portál.
- [12] Křivohlavý, J. (1993). Povídej-naslouchám. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
- [13] Mayer, J. D. – Salovey, P. (1990): Emotional Intelligence: Imagination, Cognition, and Personality. 9 (3), pp 185-211.
- [14] Mayer, J. D. – Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence:: P. Salovey , D. Sluyter (Eds). Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators, New York: Basic Books.
- [15] Mayer, J. D. – Cobb, C. D (2000). Educational Policy on Emotional Intelligence: Does It Make Sense: Educational Psychology Review, Vol. 12, No. 2
- [16] Mlčák, Z. (2008). Strukturální aspekty osobnosti, prosociální chování, empatie a afiliace u vysokoškolských studentů pomáhajících a technických oborů. Universitas Ostraviensis, Acta Facultatis Philosophicae, Psychologica.
- [17] Payn, W. (1986, 2003): A study of emotion: developing emotional intelligence; self-integration; relating to fear, pain and desire. Dissertation Services.
- [18] Schulze, R. - Roberts, R. D. (2007) Emoční inteligence. Praha : Portál.
- [19] Titchener, E. B. (1997). Scientific Psychology. Medical Record 51: pp 397-400
- [20] Výrost, J. – Slaměnik, I. (2008). Sociální psychologie. 2. vydání. Praha: Grada

EFFORTS TO DEVELOP INGREDIENTS EMOTIONALLY-SOCIAL INTELLIGENCE IN EDUCATION

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Otto Čačka
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra sociální práce
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: otto.cacka@vspj.cz



ABSTRACT

Reflections on key components of eligibility and on possibilities of development at future social workers within teaching psychology. The application owns the methodology inspired by the human relations movement should aim to verify the potential educational impact on the students of social work.

KEYWORDS:

capability, emotional intelligence, social intelligence, empathy, communication development, art of persuasion, self-improvement practices

MULTIDISCIPLINÁRNA STAROSTLIVOSŤ O POZOSTALÝCH

EVA MORAUČÍKOVÁ

KATOLÍCKA UNIVERZITA
V RUŽOMBERKU



ABSTRAKT

Cieľom príspevku je priblížiť zloženie multidisciplinárneho tímu, ktorý vstupuje do starostlivosti o pozostalých po smrti blízkej osoby. Príspevok prináša stručný prehľad úloh jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu a poukazuje na niektoré skutočnosti, ktoré túto starostlivosť ovplyvňujú.

KLÍČOVÁ SLOVA:

multidisciplinárny tím, smútenie, smrť,
pozostalí

ÚVOD

Strata blízkeho je problémom, kde je nutné uplatniť holistický prístup za pomoci multidisciplinárneho tímu, ktorý by mali tvoriť okrem zdravotníkov aj sociálni pracovníci a duchovný, za vhodné sa považuje zapojiť do starostlivosti o smútiacich pozostalých aj dobrovoľníkov, prípadne širší podporný systém (Lehotská, 2005). K primárnym zdrojom podpory môžeme zaradiť rodinu, priateľov, príbuzných a známych (Špatenková a kol., 2011). K širšiemu podpornému systému radíme školu, zamestnávateľa a rodinu, ktorá má podobnú skúsenosť.

ÚLOHY JEDNOTLIVÝCH ČLENOV MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÍMU

Zloženie multidisciplinárneho tímu závisí od situácie za akej k úmrtiu prišlo.

Psychológ – zo strany psychológa sa jedná o terapeutický kontakt zameraný na problém, ktorý vyvolal krízu. Pozostalí, ale nemusia cítiť potrebu využitia služby psychológa (Špatenková, 2013).

Duchovný – hlavnou úlohou je modlitba za pozostalého, ktorá je neoceniteľným zdrojom útechy. Modliť sa možno nie len za pozostalého, ale spolu s pozostalými. Modlitba s pozostalými by mala byť krátka a povznášajúca (Martínéz, 2007).

Lekár – je v systéme starostlivosti o pozostalých nesmierne dôležitý. Zvyčajne je prvou osobou s ktorou sa pozostalí stretávajú (oznamuje úmrtie, obhliada mŕtveho). Do starostlivosti

o pozostalých spravidla vstupuje všeobecný lekár resp. psychiater, ak sa jedná o patologické smútenie. Môže naordinovať lieky, poprípade domáce liečenie alebo krátkodobú hospitalizáciu. Lekári často svojimi intervenciami (podanie liekov, hospitalizácia) urobia z procesu smútenia chorobný proces. Smútenie, pokiaľ má nekomplikovaný priebeh však nie je choroba, ale normálna a prirodzená reakcia na stratu blízkeho človeka. V niektorých prípadoch žiaľ a smútenie môžu spustiť rozvoj ochorenia resp. dekompenzáciu zdravotného stavu a intervencia lekára je nevyhnutná (Špatenková, 2013; Špatenková a kol., 2011). Medzi najčastejšie problémy, ktoré prinútiť vyhľadať pozostalého patria nasledovné sprievodné javy procesu smútenia napr. úzkosť, depresia, úbytok hmotnosti, ťažkosti s prehĺtaním, vracanie, mdloby, závraty, únava, bolesti hlavy, zhoršené videnie, vyrážky, poruchy menštruácie, palpitácie, bolesti hrudníka, ťažkosti s dýchaním (Gonda, Ruark, 1984 In Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995). Človek, ktorý prežíva smútok môže pozorovať zmeny libida, chuti do jedla, spánku, koncentrácie, aktivity a komunikácie.

Sestra – ľudia často sestru pokladajú za osobu, s ktorou sa môžu porozprávať o svojich pocitoch, ktoré nechcú povedať iným členom rodiny resp. iným zdravotníckym pracovníkom. Aj podľa guidelineu pre sestry v paliatívnej starostlivosti sa ošetrovateľská starostlivosť zameriava na starostlivosť o pacienta a rodinu, manažment bolesti, manažment ostatných symptómov, plánovanie konca

života, podpora pri strate, zármutku a trúchlení (Zrubáková, Majzelová, 2014). Medzi hlavné úlohy sestier patrí posúdenie smútenia pozostalých a včasná diagnostika „komplikovaného smútenia.“ Posúdenie smútenia okrem sestier môžu realizovať aj iní členovia multidisciplinárneho tímu. Sestra pomáha pozostalým vo všetkých fázach smútenia. Musí rozpoznať pocity pozostalých a umožniť im, aby ich vyjadrili. Získané informácie analyzuje a zapisuje do dokumentácie (O'Connor, Aranda, 2005). Zdravotnícky záchranár – nezachraňuje len „chorý orgán“ ľudského tela, ale pracuje s chorým/umierajúcim človekom a následne s príbuznými/pozostalými. Pôsobí na nich svojimi odbornými zákrokmi, ale i celou svojou osobnosťou, vzťahom k nim, úrovňou profesionálnych vlastností, úrovňou spôsobilosti a mierou profesionálnej adaptácie. Prejavom úspešnej adaptácie zdravotníckeho záchranára je, byť blízko k duševnej stránke chorého/umierajúceho (vie sa vžiť do jeho situácie, bolesti, strachu, obavy, neistoty) a chápe prežívanie rodinných príslušníkov/ pozostalých (Andrási, 2013).

Pôrodná asistentka – predstavuje dôležitú súčasť podporného systému rodiny v situácii perinatálnej straty, resp. prenatalne stanovenej nepriaznivej prognózy u plodu.

V snahe objektivizovať stav adaptácie na postabortívne obdobie, respektíve obdobie po perinatálnej strate, je potrebný dôkladný ošetrovateľský assessment, ktorý musí byť vykonávaný opakovane a následné poskytnutie špecifických ošetrovateľských intervencií a tzv.

support care (Lehotská, 2012). Dôležitý je predovšetkým tzv. „výročný assessment“ (dôkladné posúdenie stavu v období výročia perinatálnej straty).

Sociálny pracovník – pomáha pozostalým orientovať sa v legislatíve, ktorá sa týka pomoci a podpory fyzickým osobám v nepriaznivej sociálnej situácii. Sociálny pracovník môže rozšíriť pomoc pre pozostalých aj na pomoc právnika, ak sa jedná o oblasť ktorá nespadá do jeho kompetencie (Špatenková a kol., 2011).

Dobrovoľníci – by mali byť starostlivo vyberaní, vyškolení a podporovaní. Jedná sa napr. o ľudí s rovnakou životnou skúsenosťou alebo stratou. Dobrovoľníci sú ľudia, ktorí dokážu myslieť nielen na seba, sú to ľudia, ktorí sa nepýtajú čo za to. Svojpomocné skupiny – sú založené na podpore pozostalých navzájom (Špatenková, 2013). Takéto skupiny vznikajú na základe potrieb ľudí, ktorí nemohli byť uspokojení existujúcim systémom zdravotníckych služieb. Jedinci získavajú vo svojpomocných skupinách posilu a podporu vo svojej situácii, pomocou skupiny prekonávajú izoláciu, osamelosť, získavajú nové stimuly a obzory pre zmysel života. Princíp svojpomocných skupín je založený na rovnoprávnosti, vzájomnej pomoci, výmene skúseností, informácií a prežitkov (Bártlová, Matulay, 2009). Prínos svojpomocných skupín spočíva v stretávaní sa niekoľkých rodín, ktoré majú podobnú skúsenosť a vo vytvorení diskusných skupín, kedy je na záver diskusie urobený spoločný záver. Cieľom je umožniť pozostalým vyjadriť svoje pocity, skvalitniť komunikáciu a priviesť rodinu

ku súdržnosti. Takéto stretnutia trvajú približne dve hodiny a opakujú sa raz za dva mesiace (O'Connor, Aranda, 2005). Rodina – vzájomná pomoc a podpora rodinných príslušníkov po smrti blízkeho je nesmierne dôležitá. Blízky príbuzní to nemajú v situácii po smrti príbuzného jednoduché. Na jednej strane sa od nich očakáva plné nasadenie pri príprave poslednej rozlúčky, na druhej strane potrebujú pomoc a sprevádzanie.

PRÍČINY PROBLÉMOV ČLENOV MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÍMU PRI POSKYTOVANÍ STAROSTLIVOSTI POZOSTALÝM

Členovia, ktorí tvoria multidisciplinárny tím, často nebývajú na smrť, s ktorou sa počas svojej praxe stretávajú, dostatočne pripravení. Nielenže sa neposkytuje poradenstvo v tejto oblasti, ale je skôr tendencia potlačiť myšlienky na túto bolestnú skúsenosť, prípadne odvádzať od nej pozornosť (Lehotská, 2005). „Príčina nie je v nezaujme, ale v zlyhaní, ktoré je dôsledkom súčasnej dlhodobej inštitucionalizácie smrti. Naša súčasná konvencia totiž neposkytuje vzorec správania pre túto situáciu, ako to bolo v minulosti“ (Vorlíček, 2004). V období 20. storočia nastal posun od doby, kedy spoločné rituály a zvyklosti spolu s náboženskou vierou poskytovali rámec smútenia, ku dobe kedy sa pozornosť venuje najmä jednotlivcovi, jeho vnútornému prežívaniu a osobnej reakcii (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007). V súčasnosti prevláda v populácii úzkosť a strach zo smrti. Smrť je tabuizovaná a nehodí sa do sveta ovládaného vedou,

technikou a médiami, do spoločnosti ktorá je posadnutá kultom mladosti, dokonalosti a hromadením hmotných statkov. Mnoho moderných ľudí nenachádza uspokojivý či vydarený pomer k zomieraniu a smrti pravdepodobne preto, lebo nedokázali nájsť kladný vzťah k životu. V minulosti sa v normálnom každodennom živote zaobchádzalo s umieraním a so smrťou kultivovanejšie, uvedomelejšie a sociálnejšie, ako je tomu v súčasnej dobe (Pompey, 2004). Zdravotnícky pracovníci by mali zvládnuť rolu profesionálneho i laického sprevádzania (Haškovcová, 2007). „Predpokladom individualizovanej a špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá by usmerňovala proces trúchlenia smerom k funkčnému smúteniu je predovšetkým odborná pripravenosť sestier, pôrodných asistentiek, ale aj ďalších členov multidisciplinárneho tímu. Práve odborná nepripravenosť, či zaužívané postupy na pracoviskách sa ukazujú ako limitujúce faktory cielenej a špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti“ (Lehotská, 2012, s. 37). Žiaľ, už na úrovni vzdelávania sú veľmi vážne nedostatky, ktoré sa týkajú problematiky pripravenosti na zvládanie záťažových situácií. Študenti (ošetrovateľstva, pôrodnej asistencie, medicíny, urgentnej zdravotnej starostlivosti, psychológie, sociálnej práce...) dostávajú neucelené informácie a niektoré informácie úplne absentujú. Študijné plány mnohých zdravotníckych odborov zahŕňajú skôr starostlivosť o potreby zomierajúcich a mŕtve telo. Informácie o smrti, smútení, strate, žiali a pomoci pozostalým sa vo väčšine študijných plánov nevyskytujú. Preto medzi členmi multidisciplinárneho

tímu je nechúť až strach hovoriť o smrti, čo kopíruje postoj súčasnej spoločnosti. Dokonca aj pre zdravotníckych pracovníkov je smrť tabu, jednak z profesionálneho hľadiska (obavy zo zlyhania, pocit prehry) a jednak z osobných dôvodov (nevyrovnanosť s vlastnou smrteľnosťou) (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Zomieranie nenecháva chladnými tých, ktorí sú v prítomnosti zomierajúceho, ale núti k zamysleniu sa nad zmyslom života, zvykmi ako aj k tomu, aby ak je čas, sme niečo vo svojom živote zmenili (Littva, Andráš, 2014). Je veľmi dôležité si uvedomiť, že ak chceme ponúknuť profesionálnu podporu pozostalým, musíme mať vysporiadané svoje vlastné pocity a postoje nad otázkami života a smrti. Náš postoj k smrti i k samotnému zomieraniu priamo ovplyvňuje schopnosť zvládnuť prácu so smútiacim. Situácia pri zomieraní blízkeho človeka môže byť priaznivá na osobné zamyslenie sa nad najzávažnejšími otázkami života a smrti, nad správnosťou zamerania nášho vlastného života. Podstata smrti zostáva tajomstvom. Smrťou končí pozemská existencia človeka. Jeho bytie však pretrváva (Bošmanský, Lacko, 2007). Podpora a komunikácia s pozostalými sú zručnosti, ktorým je potrebné sa učiť celý život a nevzdávať sa ak to momentálne nejde, alebo nie je dostatok času. Býva veľkým umením pomáhať pozostalým a zároveň si zachovať citlivosť a vnímavosť v danej situácii. Pri poskytovaní pomoci pozostalým je potrebné starať sa o seba a uspokojovať svoje potreby, aby pomoc bola čo najefektívnejšia, ale rovnako je potrebné, aby sa členovia multidisciplinárneho tímu chránili pred

syndrómom vyhorenia (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

ZÁVER

Problematika, ktorá je v príspevku spracovaná je čiastkovým výstupom projektu KEGA projekt č. 034KU-4/2013 „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu pracovníkov v zdravotníctve z hľadiska praxe“, ktorý je riešený na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku.

LITERATURA

- [1] ANDRÁSI, I., 2013. Rola zdravotníckeho záchranára v urgentnej zdravotnej starostlivosti. In Jihlavské zdravotnícke dny 2013. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. s. 800, ISBN 978-80-87035-72-6.
- [2] BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. 2009. Sociológia zdravia, choroby a rodiny. Martin: Osveta. 2009. s. 141, ISBN 978-80-8063-306-6.
- [3] BOŠMANSKÝ, K., LACKO, A. 2007. Človek z pohľadu pastorálnej medicíny a bioetiky. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva KU. 2007. s. 126, ISBN 978-80-8084-149-2.
- [4] FIRTHOVÁ, P., LUFFOVÁ, G., OLIVIERE, D. ed. 2007. Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliatívnej péče. 2007. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007, s. 236, ISBN 978-80-87029-21-3.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. Thanatologie. Praha: Galén. 2007, s. 244, ISBN 978-80-7262-471-3.
- [6] GONDA, T. A., RUARK, J. E. 1984. Dying dignified: The health professional's guide care. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley. In KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. Ošetrovateľstvo 1,2. Martin: Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0.
- [7] LEHOTSKÁ, M. 2005. Perinatálna strata. Ružomberok: Katolícka univerzita, Rigorózná práca, 2005.
- [8] LEHOTSKÁ, M. 2012. LA PERTE PÉRINATALE. Perinatal Loss As a Collaborative Problem. S.E.C.T. : Fribourg, pp. 112, ISBN 978-2-9700795-9-0.
- [9] LITTVÁ, V., ANDRÁŠI, I. 2014. Death, Dying and Perception of Mortality. In LITTVÁ, V. 2014. Satisfying Spiritual Needs of Dying, Brno: Tribun, 2014, ISBN 978-80-263-0866-9.
- [10] MARTINÉZ, P. 2007. Zármutok. Bratislava: Porta Libri. 2007, s. 134, ISBN 978-80-89067-47-3.
- [11] O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. Paliatívnej péče. Praha: Grada, 2005, s. 324, ISBN 80-247-1295-4.
- [12] POMPEY, H. 2004. Zomieranie. Trnava: Dobrá kniha. 2004, s. 181, ISBN 80-7141-462-X.
- [13] PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. 2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada. 2011. s. 528, ISBN 978-80-247-3976-2.
- [14] ŠPATENKOVÁ, N. a kol. 2011. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada. 2011, s. 195, ISBN 978-80-247-2624-3.
- [15] ŠPATENKOVÁ, N. 2013. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada. 2013. s. 223, ISBN 978-80-247-3736-2.
- [16] VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. 2004. Paliatívnej medicína. Praha: Grada, 2004, s. 537, ISBN 80-247-0279-7.
- [17] ZRUBÁKOVÁ, K., MAJZELOVÁ, L. 2014. Realizácia paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach. In Zdravotnícke štúdie. ISSN 1337-723X. Roč. 7, č. 2, s. 6-10.

MULTIDISCIPLINARY CARE ABOUT REMAINDER



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.
Katólicka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra pôrodnej asistencie
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
E-mail: eva.moraucikova@ku.sk

ABSTRACT

The contribution goal is clarification of composition of a multidisciplinary team, which enters into the care for survivors after the death of a loved one. The contribution gives a brief overview of the roles of the members of the multidisciplinary team and highlights some of the factors which affect that care.

KEYWORDS:

multidisciplinary team, mourning, death, bereaved

SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V SYSTÉMU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ

PETR FABIÁN

DĚTSKÉ CENTRUM ČTYŘLÍSTEK,
P. O.



ABSTRAKT

Příspěvek se zabývá problematikou práce sociálního pracovníka v rámci sociálně právní ochrany dětí. Jako nástroj pro tento rozbor je použita tzv. Kritická metoda sociální práce, definovaná přes makro a mikro rámec sociálně právní ochrany. Blíže se rovněž zaměřím na klienty sociálně právní ochrany, zákonnými normami i předpoklady, které z těchto zákonných norem vyplývají, včetně změny role sociálního pracovníka v návaznosti na novely zákona 359/1999Sb.

Nosným tématem je sledování, jak jsou vzhledem k nástrojům sociálně právní ochrany a společenskému mínění naplňovány potřeby dítěte k jeho celkovému rozvoji, včetně role pracovníka sociálně právní ochrany.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dítě v krizi, sociálně právní ochrana, základní dětské potřeby, náhradní rodinná péče, institucionální péče, transformace, kritická metoda sociální práce, role sociálního pracovníka

PROBLEMATIKA A METODY

V roce 2013 vešla v platnost novela Zákona o sociálně právní ochraně dětí (dále jen SPOD) č.359/1999Sb. S touto novelou je spojeno nebývalé množství slibů týkajících se zlepšení péče o děti v ohrožení, zlepšení pomoci pěstounským rodinám, posílení funkce OSPOD, dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a podobně.

V tomto článku se chci zaměřit na širší kontext této problematiky, který bere v potaz nejen historickou souvislost českých zemí, ale i souvislosti Evropy. Rovněž se zde chci věnovat širšímu společensko-sociálnímu kontextu této problematiky. Jako metodu použiji kritickou metodu sociální práce, kdy se zabýváme vzájemným vlivem prostředí a lidského života, neoddělitelností ekonomických a sociálních struktur, sledováním děje, který se odehrává pod snadno vnímatelnými jevy (Fook 2012). V celé práci budu využívat kritickou metodu sociální práce s komparativním přístupem.

Makro – vnější rámec – zaměřen na změny zákonných norem, změny pohledu na roli sociálního pracovníka, na institucionální zařízení a na neinstitucionální péči.

Mikro – interní rámec – zaměřen na průběh pomoci z pohledu dítěte a možnosti řešení nejen jeho sociální situace. Jedná se zde o samotný proces Sociálně právní ochrany, procesy spojené s péčí o dítě v ohrožení. Jednoduše řečeno – interní procesy a jejich souvislosti.

KLIENTI A NÁSTROJE SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY – MAKRO RÁMEC

Pod pojmem klienti sociálně právní ochrany dětí máme na mysli všechny účastníky tohoto procesu, kteří mají zpravidla biologickou vazbu na dítě. Jedná se tedy o dítě jako takové, jeho biologické rodiče, vychovatele (partnery rodiče) a rovněž i náhradní rodinu, ve které je dítě dočasně nebo trvale umístěno. Chybí zde ovšem blízká vazba ve smyslu attachmentu a osobní motivace k zajištění základních potřeb dítěte, které definoval Matějček.

Klienti v systému SPOD se vyznačují složitou sociální strukturou obyvatelstva, z níž oni a jejich rodiče pocházejí. U dětí ve věku do 3 let zpravidla neznáme otce, nesledovaná gravidita, patologické chování matky v graviditě – promiskuita, užívání návykových látek. Tyto děti se vyznačují neurotickými poruchami již od raného dětství. Děti matek narkomanek se rodí jako abstinující narkomané, děti s FAS jsou ohroženy tím, že ve starším věku budou léčeny jako děti s ADHD. Spojujícím prvkem všech těchto situací je zanedbávání dítěte (deprivace).

Starší děti se objevují v systému SPOD ve věku nad 7 let, když na jejich problémové chování upozorní škola nebo jsou zajištěny Policií ČR na útěku, případně samy přijdou požádat pracovníky obce o odebrání z rodiny. Těmto dětem se již fixovaly určité patologické modely chování, navíc mají mnohdy několikaletou zkušenost s pokusy sanace jejich biologické rodiny.

Jejich deprivanční zkušenost je z biologické (pečující) rodiny.

Dalším pohledem na klientelu SPOD je pohled diagnostický. Z tohoto hlediska se jedná o děti ohrožené syndromem CAN, popř. je syndrom CAN již diagnostikován. V této skupině klientů jsou nejčastěji zastoupeny děti s diagnózou zanedbávání. Jedná se o děti, které nemají saturovány základní potřeby a které nejsou ze strany rodičů zahrnuty pozorností. Do této skupiny spadají také děti týrané a sexuálně zneužívané. Pro naše další pohledy je vhodné tyto dvě kategorie – děti týrané a děti zanedbávané – rozdělovat. Nikdy nemůžeme pominout fakt, že do systému SPOD vždy vstupují děti, jejichž vlastní rodinné prostředí je silně emočně zanedbává a deprivuje, proto zpravidla platí, že nové prostředí je méně deprimující než to původní – rodinné.

Dalším – jiným pohledem na tyto sociální skupiny – je sebe definování vlastním způsobem života. Jedná se o situaci, kdy dochází k sebedefinici na základě rozdílného způsobu života, než jaký uznává vládnoucí majorita. Majoritní společnost, která vnímá jejich způsob života jako problémový a společensky nepřijatelný. Na druhou stranu tato sociální skupina vnímá svou „jinakost“ jako sílu a někdy i jako nástroj k zajištění zájmu a naplnění základních potřeb. Rozdílný způsob života můžeme chápat tedy jako prostředek k sebe

definování, stejně tak ale může znamenat pouze způsob života, který vyhovuje dané sociální skupině – NEET generation (Cílek 2012). V praxi se oba pohledy prolínají, jsou trans generační (přenáší se na další generace). Tento způsob existence nám vyrůstá rovněž v generaci mladých, kteří se neosamostatňují – Hikikomori – a kteří jsou ve všech společenských vrstvách (Cílek 2012).¹

HISTORICKÝ KONTEXT SPOD OD KONCE II. SVĚTOVÉ VÁLKY

Doba po II. světové válce navazuje v systému SPOD na dobu meziválečnou. Pomoc dětem v ohrožení se rozšiřuje o Vesničky SOS, které vznikají v Rakousku. Jako preferovaná forma Náhradní Rodinné péče (dále jen NRP) je stále osvojení. Pěstounská péče probíhá v tzv. koloniích – několik rodin poblíž sebe, které doprovází sociální pracovník magistrátu (Landerová, Rýdl 2006).

DOBA KOMUNISMU

Zákonem o sociálně právní ochraně mládeže č.69/1952 Sb. došlo ke „kolektivizaci“ výchovy - § 9 „*Je-li třeba dítě svěřit do péče nahrazující péči rodičů, bude umístěno zásadně do péče kolektivní; jinak lze dítě umístit jen v rodině, která skýtá záruku, že dítě bude vychováno k lásce k lidově demokratickému státu, a která je schopna mu poskytnout prostředí příznivé*

¹ CÍLEK, V. (2012), str. 165 – 170, Jedná se o dvě podobné skupiny mladých lidí, kteří nechtějí nastoupit do vlaku každodenní práce, spotřebovávají sociální dávky, případně žijí z příjmu svých rodičů – vědí, že je rodiče nenechají zahynout. Především však ztrácí schopnost se sociálně začlenit. „Při posuzování celého jevu je nutné vidět jak sobectví mladých, tak i to, že „staří“ vytvořili svět, ve kterém se části mladé populace nežíje dobře.“

po všech stránkách pro jeho rozvoj, a to zpravidla u toho, kdo dítě osvojí.“ Ruší se zde pěstounská péče.

Teprve zákon o rodině č. 94/1963 Sb. umožňuje předání výchovy dítěte jiné osobě, jedná se však jen o poručenství a osvojení. Zákon č. 50/1973 Sb., Zákon o pěstounství, znovu obnovuje institut pěstounství, preferuje pěstounskou péči příbuzenskou. Výjimkou jsou vesničky SOS, které obnovují svou činnost u nás v roce 1968, ale od roku 1973 jsou pod pravomocí státu a 1974 jsou zrušeny. Svou činnost opět obnovují až v roce 1990.

Pokud se vám jeví situace v komunistickém Československu drastická, je nutno dodat, že do roku 1967 Velká Británie vyvážela děti z dětských domovů na osídlování svých kolonií (BBC 2010), úředně z nich udělala sirotky, aby se po nich nikdo nepídil.

Od roku 1990 zůstává situace po právní stránce v ČR téměř nezměněná, přelomem se stává až rok 1999, kdy vychází zákon o sociálně právní ochraně dětí. Od roku 1990 však dochází k velmi významným změnám v modernizaci ústavních zařízení. Podobnou modernizací institucionální péče prochází sousední Polsko teprve po roce 2010. Počty dětí v institucích se snižují, vznikají tzv. rodinné buňky. Tyto modernizační směry však s sebou přinášejí i své stinné stránky – vychovatel ztrácí čas na děti, neboť jeho novou povinností je připravovat jídelníčky, vařit, učit děti prát, žehlit a podobně (Škoviera 2007).

V roce 1999 s novým zákonem o Sociálně právní ochraně a následnými novelami do

roku 2013 vznikají nové možnosti v péči o dítě. Především však zůstávají základní principy SPOD, které platily ve shodě téměř v celé Evropě:

1. Smyslem zákona je hledat nejlepší prospěch a zájem dítěte - §5 zákona 359/1999Sb.
2. Zanedbávání a týrání dětí je způsobeno zlovolným jednáním pečující osoby (Gilbert 2007)
3. Sociální pracovník je prodlouženou rukou státu – jiný druh policie (Fook 2012)
4. Osoba s „jiným“ – problémovým – způsobem jednání se má přizpůsobit k společensky akceptovatelnému způsobu života, který je dům vládnoucí majoritou (Fook 2012).

Tento zákon z roku 1999 definoval nástroje pro SPOD, z hlediska nápravy rodiny upřednostňoval sanaci bez dítěte. Odebrání dítěte bylo vnímáno jako motivující prvek pro změnu chování pečujících osob. Materiální věci ještě v tomto období byly velmi drahé a nebylo tak silné společenské nastavení – jsme tím, co máme.

Pro dítě v ohrožení se hledá pomoc v těchto formách péče – řazeno podle priorit:

1. Institucionální – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
2. Pěstounská péče
3. Pěstounská péče na přechodnou dobu
4. Zařízení pro výkon pěstounské péče – pěstounská péče pro mnohočetné sourozenecké skupiny
5. Vesničky SOS
6. Poručnictví
7. Osvojení

Tento model zůstává zastoupen také ve Velké Británii jen s tím rozdílem, že institucionální zařízení jako místo pomoci je z výběru možností na posledním místě. Na druhou stranu sociální pracovník jako prodloužená ruka moci státu je v Británii velmi silně posilována, a to na všech úrovních – i na školách. Soudy řešící situaci odebraných dětí se konají bez přístupu veřejnosti a často i bez účasti rodičů. V současnosti se však Velká Británie potýká s výrazným nedostatkem pěstounů, migrací dětí mezi pěstounskými rodinami, horší socializací dětí z náhradní rodinné péče než z biologických rodin, včetně horšího vzdělání. (EVERY CHILD 2011).

Sociální pracovník má jasné společenské zadání – udělat všechno pro to, aby dítě přežilo a pokud možno, aby rodina měla klid a čas na změnu svého chování.

V tomto období se již v Evropě a ve světě rozvíjejí nové směry v péči o dítě v ohrožení, které v konečné fázi značně ovlivňují také situaci v ČR, a to v přípravě novely zákona o SPOD.

NOVELA ZÁKONA 359/1999 SB.
K 1. 1. 2013

Tato novela měla být významným mezníkem pro SPOD, a tím se i stala.

Kromě praktického dopadu, kdy tato novela ruší Vesničky SOS a zařízení pro výkon pěstounské péče, nastavuje jako pravidlo v § 5 „*Předním hlediskem sociálně-právní ochrany je zájem a blaho dítěte, **ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu***“

a péči. Přitom se přihlíží i k širšímu sociálnímu prostředí dítěte.“

Tento model je založen na zcela odlišném chápání syndromu CAN a zanedbávání dítěte, rozdílně pohlíží také na funkci sociálního pracovníka.

Zanedbávání dítěte – vyjma týrání – je chápáno jako důsledek špatné socioekonomické situace rodiny. Platí zde premisa, že špatná socioekonomická situace rodiny s sebou nese setrvalý stresový stav, jehož následkem je týrání a zanedbávání dítěte (Gilbert 2007). Zároveň se však setkáváme s předpokladem, že existuje vnitřní motivace rodičů ke změně jejich života. Proto se má sociální pomoc zaměřit na zlepšení socioekonomické situace a na poskytnutí nástrojů, jejichž důsledkem bude nejen změna vnitřního chodu rodiny, ale také změna v péči o dítě. Pracujeme tedy na úrovni několika na sobě propojených a vzájemně podmíněných předpokladech.

I role sociálního pracovníka získává nový rozměr. Sociální pracovník má v tomto systému především funkci podpůrnou, nikoliv kontrolní jako v předešlém systému (Gilbert 2011).

Společenské zadání pro sociálního pracovníka SPOD je velmi nejasné. Podpůrná funkce patří k psychoterapii, ale pokud mám někoho podporovat, musí být dotyčný motivován sám v sobě. V rodině motivované ke změně, nemusí sociální pracovník zasahovat; pokud tedy musí dojít k zásahu, rodina nebývá motivována – pro sociálního pracovníka je to role, ke které

nebyl školen ani na ni nebyl připravován. Sociální pracovník sice získává nástroje na pomoc rodině: případové konference, mediace, Sociálně Aktivizační Služby, ale nemá nástroje k motivaci rodičů. Negativní nástroj – odebrání dítěte z rodiny, je vnímán jako poslední možnost. Doba pobytu dítěte v problémové (deprivační) situaci se tedy zákonitě musí prodloužit.

Nástroje pro pomoc dítěti – řazeno podle priority:

1. Pěstounská péče na přechodnou dobu – max. 12 měsíců - §27a/9 zákona 359/1999Sb.
2. Pěstounská péče
3. Institucionální péče – Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (doba pobytu 3 – 12 měsíců, podle rozhodnutí soudu)
4. Poručnictví
5. Osvojení

SPOLEČENSKÉ SOUVISLOSTI NOVELY

Změna zákona s sebou nepřináší změnu myšlení jako takového, a to ani v odborné, ani laické veřejnosti. Velmi významnou roli zde hrají média a případné náborové akce na pozici pěstouna. V tomto článku se záměrně vyhnu marketingovým strategiím, které se k náboru pěstounů používají.

Zásadní změna zákona spočívá především v tom, že povyšuje pěstounství na zaměstnání. Rodina pěstounů se stává veřejným prostorem, a to hned z několika příčin:

- Pěstoun je zaměstnanec jako každý jiný – zdroj obživy (nemusí být altruistická motivace).
- Pěstoun je placen z veřejných prostředků.
- Pěstoun je připraven přijmout dítě na 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.
- Pěstoun je povinen umožnit kontakt dítěte s rodičem, pokud tento kontakt není omezen soudem.
- Pěstoun má povinnost čerpat dovolenou na zotavenou, pokud se prioritně nezaměřuje na péči o děti do 2 let věku - §47a zákona 359/1999Sb.
- Pěstoun a jeho rodina jsou pravidelně kontrolováni a je sledována kvalita jejich „pracovního“ výkonu vzhledem ke svěřeným dětem.
- Pěstoun musí zvládnout dovednosti, na které v institucích je několik odborníků – psycholog, pediatr, speciální pedagog a podobně.
- Pěstoun by měl mít k dítěti takový vztah, aby dítě bez traumatu mohlo odejít zpět ke svým rodičům, nebo do jiné pěstounské rodiny.
- Na chod pěstounské rodiny dohlíží klíčový pracovník doprovázející organizace a sociální pracovník příslušného odboru místně příslušného pro rodinu a dítě (v nejhrošším případě tedy 3 sociální pracovníci různých organizací).

INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE

V souvislosti s novelou zákona 359/1999Sb. dochází i k projektu transformace pobytových zařízení. Transformace na rozdíl od modernizace znamená snižování kapacity lůžek a rozšiřování

ambulantních služeb² pro rodiny v ohrožení a pěstounské rodiny. Původním záměrem státu bylo úplné zrušení ústavních zařízení, ale zdá se, že neexistence těchto institucí odporuje jakýmkoliv dlouhodobým zkušenostem ve světě.

Velmi důležitým prvkem existence ústavních institucí je jejich mediální smysl. Pokud někde existuje zařízení, které pečuje o zanedbané a týrané děti, upozorňuje tím společnost na skutečnost, že s jejím systémem není něco v pořádku. Pokud žádné takové instituce nebudou existovat, může společnost nabýt falešného dojmu, že všechny rodiny jsou funkční a všichni rodiče mají své děti rádi.

Pracovně a společensky se sociální pracovník dostává do velmi složité situace:

- ve vztahu k ohroženým rodinám má být ten, kdo jim pomůže se změnit (terapeutická funkce)
- ze strany od ohrožených rodin je ten, kdo má všechno zařídit (poradenská funkce)
- vzhledem k zanedbávanému dítěti má daleko více svázané ruce, dítě v rodině je prioritou (bezmocná funkce)
- vzhledem k dítěti sexuálně zneužívanému a týranému, restriktivní funkce („policejní“ funkce)

VNITŘNÍ PROCESY SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY – MIKRO RÁMEC

V této kapitole se budeme zabývat jednotlivými nástroji pomoci dítěti v ohrožení. Vezmeme na zřetel především vývojové potřeby dítěte. Výchozím bodem pro nás bude teorie bezpečné vazby a dětských potřeb; tedy nauka Bowlbyho i Matějčka (Matějček 2003).

Základní parametry našeho sledování budou:

- Emoční vřelost prostředí – dítě je se zájmem přijímáno. Emoce jsou stále vůči dítěti, dítě není emočně vydíráno ani činěno odpovědným za emoce pečující osoby.
- Stálost prostředí – dlouhodobě neměnné prostředí, nesetkáme se v něm s nepředvídatelnými výkyvy nálad pečující osoby, nestřídají se zde pečující osoby a podobně.
- Předvídatelnost – pečující osoba vždy se zájmem reaguje na impulzy ze strany dítěte, je nastavena na vnímání jeho potřeb, jedná se o prostředí respektující individualitu dítěte.
- Přiměřenost podnětů – okolí se zajímá o stávající možnosti dítěte, dítě v podnětech ani nezanedbává, ani nepřetěžuje.
- Prostor otevřené budoucnosti – dítě má možnost dlouhodobě a bezpečně vyrůstat a po osamostatnění zde může

² „Základním znakem transformace je snižování lůžkové kapacity a posilování ambulantních služeb, které se poskytují v domácím prostředí klienta.“ Quip, společnost pro změnu, dostupné na <http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/transformace-pobytovych-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji.html>

i nadále získávat podporu, a to i v dospělosti.

- Velmi často si rodiče oddychnou, že se již nemusí o dítě starat, učitelé je nebudou zvat do školy, sociálka na úřady a podobně.

Výsledek naplněných dětských potřeb – cíl

SPOD:

- Emočně stabilní osobnost
- Schopnost navazovat vztahy
- Důvěra ve svět jako v bezpečný prostor
- Pozitivní sebehodnocení
- Důvěra ve své schopnosti a dovednost seberozvoje

BIOLOGICKÁ RODINA A DÍTĚ:

Další neméně důležitou změnou vyplývající z tohoto zákona, je změna sociální situace původní rodiny a dítěte z této rodiny:

- Z dítěte nechtěného se stává dítě preferované – většina dětí je odebraných z rodin z důvodu celkového zanedbávání, jak zdravotního, emočního, psychického – 60% je evropský průměr.
- Biologická rodina, která žila ve své sociální skupině – viz výše – je najednou v centru zájmu sociálního odboru a pomáhajících organizací.
- Dítě v ohrožení se nezřídká stávalo bránou k lepším materiálním podmínkám rodiny.

Všechny děti vstupující do systému SPOD vykazují dlouhodobý deficit všech výše uvedených potřeb, které jsou pro jeho zdárný vývoj nezbytné.³ Ve chvíli, kdy sociální pracovník přichází do rodiny, nachází dítě již v určitém stupni deprivace. Dítě tedy nevstupuje do systému SPOD jako osoba nedeprimovaná, ale jako jedinec, který má již určitý stupeň deprivace za sebou. Stupeň deprivace je přímo úměrný délce života a pobytu v původní rodině a síle deprivativního prostředí. Paradoxem SPOD z pohledu sociálního pracovníka je, že **nikoliv instituce deprivovala dítě, ale jeho biologická rodina**. Úkolem sociálního pracovníka je chránit dítě před deprivací, ale pokud možno v jeho deprivativních biologických vztazích – viz §5 zákona 359/1999Sb.

Dalším důležitým prvkem již zmiňované novely je předpoklad, že biologický rodič se chce změnit, a to jak ve své partnerské roli, tak i v té rodičovské. V současné právní úpravě předpokládáme, že dobré rodičovství je v některých ohledech závislé na ekonomické síle rodiny⁴ nebo jedince. Studie Schramm, Futris a Bradley⁵

³ Podle statistických dat MPSV, nejvíce dětí v systému SPOD je v rozmezí 6 - 15 let, do tohoto věku vyrůstají ve své biologické rodině, dostupnost http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/MPSV_rocenka2013_061114.pdf

⁴ Občanský zákoník - č. 89/2012 Sb. §971/3 Nedostatečné bytové poměry nebo majetkové poměry rodičů dítěte nebo osob, kterým bylo dítě svěřeno do péče, nemohou být samy o sobě důvodem pro rozhodnutí soudu o ústavní výchově, jestliže jsou jinak rodiče způsobilí zabezpečit řádnou výchovu dítěte a plnění dalších povinností vyplývajících z jejich rodičovské odpovědnosti.

⁵ SCHRAMM, David. Ph.D., Extension Specialist, University of Missouri; FUTRIS, Ted.Ph.D., Extension Specialist, University of Georgia; and BRADLEY, Renay. Ph.D., University of Georgia; Child Welfare and Healthy Marriage and Relationship Education: A Research to Practice Brief, Dostupné na: <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/promoting/marriages/?hasBeenRedirected=1>

podotýká, že dobře fungující vztahová interakce mezi rodiči, dokáže vyvážit slabou ekonomickou situace rodiny a její vliv na dítě. Naopak dysfunkční vztah v případě nedostatku financí je více ohrožující pro dítě.

PĚSTOUNSKÁ PÉČE NA PŘECHODNOU DOBU

Cílem tohoto institutu bylo především umožnit dítěti krátkodobý pobyt mimo svou biologickou rodinu a přitom se vyhnout formálnímu a deprimujícímu institucionálnímu prostředí. K umístění dítěte do tohoto prostředí – zpravidla se jedná o manželskou dvojici, která má další děti – dochází buď ve velmi raném věku – novorozeneckém nebo ve věku pozdějším – nejčastěji kolem přechodu mezi mateřskou a základní školou. Dítě již tedy vstupuje do této formy pomoci již se zážitkem rané deprivace.

Doby pobytu v tomto systému péče je nastavena na dobu maximálně 12 měsíců. Tato doba vylučuje možnost vybudování bezpečné vazby. Prostor je z pohledu měřitelnosti spíše nestabilní, protože nevíme, jak dlouho bude trvat. Pracovní OSPOD má jen velmi malé rozhodovací pole, zda tato rodina je pro dítě vhodná, nebo by byla vhodnější rodina v jiném městě. Jedná se tedy o prostředí krátkodobé a nejisté. Chybí zde naplnění potřeby otevřené budoucnosti.

Pro dítě v této formě péče se naskýtá významná možnost navázat citové pouto. Děti s prožitkem rané deprivace mají tendenci se rychle citově navázat a zde se jim otevírá možnost, jak tuto svou potřebu

naplnit, ale pouze na dobu, než budou opět rozděleni. Novela u pěstounské péče na přechodnou dobu předpokládá kontakty s biologickými rodiči, ti mohou být pro obě strany přínosem, stejně tak ale mohou mít destruktivní charakter – boj o „rodičovskou roli“.

PĚSTOUNSKÁ PÉČE DLOUHODOBÁ

Tato forma pomoci již otevírá větší možnosti naplnění dětských potřeb než služba předchozí. Především zde může dítě dospět, má možnost prožívat přípravu na svou budoucnost, a pokud jej má ve svém řízení osvícený soudce, nebude jej nikdo nutit proti jeho vůli k návratu do biologické rodiny. Jedná se tedy o prostředí velmi příznivé pro rozvoj dítěte. Omezení této formy pomoci spočívá v tom, že pokud dítě bylo již příliš dlouho ve svém původním deprimujícím prostředí, může tato forma pomoci selhat, a to i tak, že povede k rozpadu pěstounské rodiny. Opět se tedy pohybujeme na úrovni nejistých vazeb a vztahů. Pěstouni musí mít mezi sebou velmi silné pouto a spíše než vzdělávání, potřebují psychoterapii pro zvládnutí nepředpokladatelných situací.

INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE

Jedná se o formu pomoci, která je z interního pohledu předvídatelná, stabilní a s možností navazování vztahů. Tyto vztahy jsou sice omezenější než vztahy předešlých možností pomoci, ale existují. Tyto vztahy jsou ve své podstatě nejisté, nelze předvídat, kdy si na dítě vzpomenou biologičtí rodiče nebo kdy konkrétní pracovník podá či dostane výpověď. Z dlouhodobého hlediska se zde

nabízí prostor pro budoucnost do zletilosti, dítě či mladý dospělý může dostudovat.

Nevýhoda tohoto prostředí spočívá v úzkém výběru klientely. Jedná se o děti, v jejichž případech pěstounská péče selhala (mají tedy za sebou těžká zklamání) nebo se situace v jejich rodině začala řešit tak pozdě, že vzhledem k věku nebo deprivacním faktorům nebylo možné umístit je do jiné formy NRP. Ve výsledných statistikách „úspěšnosti“ mají tyto instituce předpoklad k totálnímu propadnutí – záleží na výkladu statistiky. Pokud naopak zohledníme tento fakt, a celou statistiku takto nastavíme, institucionální zařízení mnohdy vyjdou jako vítězové.

ZHODNOCENÍ NÁSTROJŮ SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY

V předešlých kapitolách jsem popisoval vývoj nástrojů pro pomoc dítěti v ohrožení. Shrnutí je velmi komplikované, protože každá forma pomoci se jen snaží zmírnit důsledky deprivace z biologické rodiny nebo instituce a každá z těchto forem pomoci má svá omezení, společenskou váhu, statut a podobně.

Jako ideální forma SPOD je vytvářet takové podmínky, aby vůbec k deprivaci v biologických rodinách nedocházelo (Fallesen, Emanuel, Wildeman 2014). Nejedná se tedy o to, co mají pracovníci OSPOD dělat, zda mají dát dítě do instituce, nebo do pěstounské péče. Jedná se o to, že pracovníci SPOD již hasí požáry, hledají jen menší zlo, nikoliv dobro z pohledu hodnot filozofie. Podstatou problému je tedy zcela něco jiného, než to, co se nám snaží tvrdit

MPSV, masmédia a některé neziskové organizace, podstatou je fakt, že pro dítě v systému SPOD se stává nejrizikovějším jeho původní rodinné prostředí a sociální pracovník někdy zůstává velmi osamocen v nelehkém úkolu – pomoci dítěti v jeho rozvoji.

Sociální pracovník SPOD je ve velmi svízelné situaci. Má hledat takové nástroje pomoci, které by pomohly dítěti stát se osobností – viz potřeby dítěte. Jeho pracovní funkce se ve své podstatě změnila ze dne na den, z funkce represivní na podpůrnou, ale nikdo jej nevybavil dostatečnými nástroji (terapeutické dovednosti) a především časem a motivovaností rodičů ke změně. Musí tedy volit mezi dilematy:

Přesněji definováno:

- Pokoušet se o sanaci rodiny a ponechat dítě v původním deprivacním prostředí – získat uznání kontroly o dodržování litery zákona – a zvládnout vlastní stres, že nemá čas a nemůže měnit vnitřní motivaci rodičů
- Umístit dítě mimo biologickou rodinu, často do méně deprivacního prostředí – získat pokárání kontroly za nedodržení litery zákona, ale dodržení smyslu zákona.
- Vyrovnat se s politickým zadáním – vyměnit institucionální péči za péči pěstounskou na přechodnou dobu a naplnit pěstounské rodiny.

Paradoxem je, že bez fungujícího celkového systému rodinné politiky, který se zaměřuje na výchovu k odpovědnému rodičovství, i sebelepší systém SPOD nevyřeší podstatu

problému; dítě má vyrůstat v láskyplném a tvůrčím prostředí rodiny. Jednoduchá řešení existují jen v médiích a lobbistických skupinách. V předcházejících kapitolách jsem se snažil poukázat na to, jak je celá problematika složitá. Při řešení okamžité krize konkrétního dítěte je pro sociálního pracovníka důležité vnímat, že všechny nástroje SPOD jsou si rovny a že na něm leží břemeno volby té varianty, která je v dané chvíli pro dítě vhodná. Neexistuje jednoznačná odpověď na otázku, která forma pomoci dítěti v ohrožení je nejlepší, protože pro každé dítě je vhodná jiná varianta.

LITERATURA

- [1] BERGER, P. L. a LUCKMANN T. Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění. 1. vyd. Překlad Jiří Svoboda. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. 214 s. ISBN 80-859-5946-1.
- [2] CÍLEK, Václav., PARTON, Nigel a SKIVENES, Marit. Prohlédni si tu zemi: i když vidíme jen obyčejné věci, stejně toho vidíme hodně. 1. vyd. Praha: Dokořán, 2012. 261 s. International policy exchange series. ISBN 978-807-3634-193.
- [3] EVERY CHILD, Pomáháme k lepší péči, MPSV 2011, ISBN 978-80-7421-035-8.
- [4] FALLESEN, P., EMANULE, N. a WIDEMAN, C. Cumulative Risks of Foster Care Placement for Danish Children. Published online 2014 Oct 9. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192300/>
- [5] FOOK, J. Social work: critical theory and practice. Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 2002. vii, 179 p. ISBN 07-619-7251-X.
- [6] GILBERT, Neil. Combatting child abuse: international perspectives and trends. New York: Oxford University Press, 1997. xii, 255 p. Child welfare (Oxford University Press). ISBN 01-951-0009-3.
- [7] GILBERT, Neil., PARTON, Nigel a SKIVENES, Marit. Child protection systems: international trends and orientations. New York, NY: Oxford University Press, c2011, ix, 273 p. International policy exchange series. ISBN 01-997-9335-2.
- [8] LENDEROVÁ, Milena a RÝDL, Karel. Radostné dětství?: dítě v Čechách devatenáctého století. 1. vyd. Praha: Paseka, 2006. 376 s. ISBN 80-718-5647-9.
- [9] MATĚJČEK, Zdeněk. Co děti nejvíc potřebují. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 108 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-717-8853-8.
- [10] NOVÁK, O. Náhradní péče o děti v Dánsku, v Anglii a Walesu, na Slovensku a v Polsku. 1. vyd. Praha : Středisko náhradní rodinné péče, 2013. 1 CD-ROM. ISBN 978-80-87455-15-9.
- [11] ŠKOVIERA, Albín. Dilemata náhradní výchovy. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-807-3673-185.
- [12] VÁGNEROVÁ, Marie M. Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2012. 143 s. ISBN 978-808-7455-142.
- [13] Sociální práce/sociální práce: Czech and Slovak Social Work: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2013. roč. 2013, č. 5. ISSN 1805-885x. Dostupné z: www.socilaniprace.cz, art. Recent Trends and Changes in Czech Social Services in the European Context: the Case of Childcare and Elderly Care
- [14] Zákon o rodině – č. 94/1963 Sb.: <http://www.psp.cz>
- [15] Zákon o sociálně právní ochraně mládeže č.69/1952 Sb: <http://www.psp.cz>
- [16] Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění.
- [17] Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění.

- [18] SCHRAMM, David. Ph.D., Extension Specialist, University of Missouri; FUTRIS, Ted. Ph.D., Extension Specialist, University of Georgia; and BRADLEY, Renay. Ph.D., University of Georgia; Child Welfare and Healthy Marriage and Relationship Education: A Research to Practice Brief , Dostupné na: <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/promoting/marriages/?hasBeenRedirected=1>
- [19] BBC NEWS. Gordon Brown apologises to child migrants sent abroad. [online]. [2015-04-27]. Dostupné na: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/8531664.stm>
- [20] Community care Vs Institutional (social) care. [online]. [2015-05-11]. Dostupné na: http://www.psawa.com/Community_care_Vrs_Institutional_care.html#Institutional_care_is
- [21] Dzieci które kochacie – fundacja archon. Rodzinny dom dziecka. [online]. [2015-05-09]. dostupné na: <http://www.rodzinawpotrzebie.org/content/view/76/36/>
- [22] The guardian. Foster families 'denied key information about vulnerable children in their care'. [online]. [2015-04-23]. Dostupné na: <http://www.theguardian.com/society/2014/sep/28/foster-families-denied-information-children-care>
- [23] ROCK, Lucy. The guardian. What Britain could learn from Denmark's childcare model. [online]. [2015-05-04]. Dostupné na: <http://www.theguardian.com/society/2012/feb/18/britain-learn-denmark-childcare-model>

SOCIAL WORK AND SOCIAL AND LEGAL PROTECTION OF CHILDREN

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petr Fabián
doktorand oboru sociální práce
Univerzity Komenského v Bratislavě
Dětské centrum Čtyřlístek p. o.
v Opavě a Havířově
E-mail: fabian@dcctyrlistek.cz

ABSTRACT

The article deals with problem of social and legal protection of children in Czech republic. In the 1. January of 2013 was new law about children protection. The article deals new situation of social workers and new approaches for the children protection. Tool for thinking in the article is theory critical social work. The article deals with new roles of social worker and situations when children were first deprived in their family. Our social work with children at risk is primarily protection against their biological families.

KEYWORDS:

social and legal protection of children,
children protection systems, CAN,
critical social works, social worker,
deprivation

„GRAN COSA ES EL HOMBRE Y ADMIRALE.“¹

NĚKOLIK MARGINÁLIÍ K DÍLU FERNÁNA PEREZE DA OLIVA DIALOG O LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

MARTIN HEMELÍK

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Autor statě se zabývá některými otázkami spojenými s problematikou lidské důstojnosti a jejího chápání v dějinách evropské filosofie, zvláště pak ve španělském renesančním humanismu, a to z hlediska jejich relevance pro současné úvahy o tomto problému. Představuje některé základní charakteristiky pojetí lidské důstojnosti, které vypracoval Fernán Perez da Oliva ve svém pojednání Dialog o lidské důstojnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

lidská důstojnost, humanismus, Fernán Perez da Oliva

¹ Špan. „Člověk je velkou a zázračnou věcí.“

I.

Byť by se na první pohled zdálo, že na počátku XXI. století jsou otázky spojené s humanitou, lidskými právy, a tedy i s lidským důstojenstvím v podstatě vyjasněné (alespoň v tzv. vyspělém světě, tj. víceméně v severních oblastech naší planety), při bližším ohledání celé této problematiky se ukáže, že tomu zdaleka tak není a že v podobných otázkách a odpovědích na ně stále ještě existuje příliš mnoho nejasností, nedůsledností a pochyb.

Nejistota v přístupech k chápání lidské důstojnosti vystupuje někdy až flagrantně, což zřejmě velmi úzce souvisí s tím, že i v pochopení samotné lidské přirozenosti a humanity jako takové (pojetí lidské přirozenosti, chápání lidskosti jako takové tvořilo a dosud stále tvoří explicitně či implicitně východisko a základ pro pojímání lidské důstojnosti) se lze v současnosti setkat s podobným tápáním a mnoha nevyjasněnými problémy.

Téma lidské důstojnosti či člověka a jeho důstojství je proto tématem stále naléhavým, resp. jak se dnes říká, aktuálním, byť ne vždy je ve své neobyčejné naléhavosti vnímáno a uvědomováno dostatečně, nebo dokonce chápáno přiměřeně své povaze a složitosti.

Je sice v jistém smyslu stále v centru pozornosti (a to jak odborné, tak zejména široké laické veřejnosti, u které k tomu v maximální míře přispěly mnohé dramatické události XX. století, v prvé řadě pak oba světové válečné konflikty a

řada krvavých revolucí, povstání, převratů a v poslední době i veliká vlna terorismu), avšak pozornosti mnohdy zvláštního druhu – pozornosti, jež je motivována buď více či méně spontánně a nahodile s vysoce emocionálním podtextem, či zcela pragmaticky a účelově, anebo naopak ryze politicky a ideologicky.

V takových úvahách o tématu lidského důstojství, jsou-li, či mohou-li být vůbec smysluplně konány, je často přítomno velmi mnoho empiricky povrchních a zjednodušených stanovisek, o kterých se sice diskutuje leckdy bojovně a značně vzrušeně, ale mohou to být diskuse plané a jalové, neboť se v nich střetávají názory a stanoviska vypjatá, avšak v zásadě hlouběji nezaložená a nepromyšlená. To znamená, že se střetávají především zkušenostně získávané názory, aniž by se zohledňovaly předpoklady a východiska takových empiricky motivovaných názorů. Proto bývají podobné úvahy jakoby okoralé, neživotné, příliš odtažité a tak trochu netečné ke skutečné hloubce problému lidského důstojství.

Často je to způsobeno tím, že i těm, kteří se v souvislosti se svým povoláním (mám na mysli nejen pracovníky v oblasti zdravotní a sociální péče, či charitativních neziskových organizací, ale i pracovníky veřejné správy, justice, bezpečnostních složek a mnoha jiných sfér veřejného života včetně činitelů politických) setkávají s problematikou lidské důstojnosti, chybí dostatečná orientace nejen v současných způsobech pojímání tohoto problému, ale také v dlouhém historickém vývoji úvah o něm.

Důvody, které způsobují takový stav malé orientace a nedostatečných znalostí a vědomostí, jsou jistě různorodé a je jich velmi mnoho. Jen jejich stručný popis a charakteristika by si vyžádaly samostatnou, a nutno podotknout, že velice důkladnou a obsáhlou studii. Její zpracování však bezpochyby přísluší předním odborníkům v této oblasti.² Z toho důvodu účelem předkládané stati nic takového není, a ani nemůže být.

Nicméně k určité nápravě a postupnému objasňování celé škály otázek a problémů spojených s tématem lidské důstojnosti mohou přispět také jednotlivé dílčí statě a studie věnované nějakému konkrétnímu předmětu, ať už z okruhu námětů současných diskusí, anebo z okruhu témat historických. A právě takového druhu je stať, kterou autor předkládá široké (odborné i laické) čtenářské veřejnosti.

Jedná se sice pouze co do rozsahu o nevelký příspěvek (a to z oblasti historicko-filosofických, či kulturně historických zkoumání) k objasnění některých momentů historie úvah o humanitě, tj. přirozenosti a důstojnosti člověka, nicméně také takové

přiblížení a objasnění by mohlo přinést řadu inspirativních prvků pro všechny, odborníky i laickou veřejnost, kterým otázky lidského důstojství nejen nejsou lhostejné, ale naopak je považují za jedny z nejdůležitějších otázek v současném překotně se vyvíjejícím světě tzv. vyspělé lidské civilizace.

II.

Jsem přesvědčen, že jedním z vrcholů celé dosavadní snahy evropského člověka o porozumění sobě samému, své přirozenosti, a tedy i své důstojnosti, jsou myšlenky a koncepty z okruhu německé klasické filosofie z přelomu 18. a 19. století. Zejména mám na mysli pronikavé filosoficko-antropologické analýzy a z nich odvozované filosofické koncepce jednoho z nejvýznamnějších myslitelů evropské filosofické tradice Immanuela Kanta (1724 – 1804).³

Kantovo pojetí člověka, lidské svobody, mravnosti a důstojnosti se ovšem neobjevilo znenadání a bez historických souvislostí. Královecký učenec vycházel z myšle-

² Výraznou měrou například ke zkoumání těchto důvodů v oblasti zdravotní péče jistě přispívají práce odborníků z tzv. bioetiky, popřípadě odborníků na ošetrovatelskou péči i zdravotně sociálních odborníků. Viz např. práce PhDr. H. Svobodové, vedoucí katedry a odborné pracovnice III. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze: Svobodová, H.: Respekt k lidské důstojnosti v kontextu ošetrovatelské praxe, rigorózní práce, VŠ zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty, Bratislava 2012, případně Svobodová, H., Hemelík, M., Zvoníčková, M., Morovicsová, E.: Důstojnost v ošetrovatelské péči a pohled sester na (ne)důstojnou péči, in: Sociálno-zdravotnícké spektrum, roč. 2 (2013), č. 2.

³ Jsou obsaženy zejména v jeho Základech metafyziky mravů (Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 1785) a Kritice praktického rozumu (Kritik der praktischen Vernunft, 1788). Mnoho dalších relevantních analýz a závěrů týkajících se Kantových názorů na člověka a jeho přirozenost najdeme také v řadě jeho menších spisů – Náboženství uvnitř hranic pouhého rozumu (Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft, 1793), Metafyzika mravů (Die Metaphysik der Sitten, 1797), Metafyzické počátky nauky o ctnosti (Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre, 1798) či Antropologie pojatá v pragmatickém ohledu (Anthropologie in pragmatischen Hinsicht abgefasst, 1798).

nek a úvah mnoha svých předchůdců a reagoval na ně tím, že je v duchu svého celkového filosofického konceptu syntetizoval, důkladně promýšlel a v řadě ohledů pak také podstatným způsobem proměňoval.

Za důležitý v této souvislosti považuji poukaz na to, že z určitého zorného úhlu je Kantovo filosofické traktování lidské svobody, mravnosti a důstojnosti vyvrcholením myšlenkové linie, která se táhne dějinami evropské filosofie (a to jak filosofie kontinentální, tak i filosofie pěstované na britském souostroví) nejméně dvě staletí nazpět.

Kantovská filosofie v sobě zúročuje řadu idejí z okruhu evropské filosofie 17. a 18. století. Ba jsem přesvědčen, že se lze odvážit ještě silnějšího tvrzení a konstatovat, že takový přístup k otázkám lidské přirozenosti a důstojnosti představuje v řadě ohledů dovršení základních myšlenkových intencí evropského humanismu, tak jak se zkonstituoval na počátku novověku a byl v této podobě jakýmsi znovuzrozením antického humanismu.⁴

Není účelem tohoto krátkého pojednání sledovat být jen základní kontury a rozhodující momenty vývojových linií této myšlenkové tradice. To by mělo být spíše záležitostí nějaké obsáhlé monografie, která snad bude jednou také v českém prostředí zpracována.

Pro potřeby předkládané stati a jejího rozsahu se ukazuje být daleko vhodnější soustředit svou pozornost pouze na některé vybrané momenty, které se objevily na scéně duchovního vývoje evropského člověka už na počátku tzv. nového věku a dle mého názoru výrazně ovlivnily další vývoj znovuzrozeného antického humanismu.

Expozice těchto momentů může být právě proto jedním z vhodných prostředků orientace v celé složité problematice a také potřebnou inspirací k současným úvahám o otázkách týkajících se lidské důstojnosti. Podívejme se tedy na počátky celého procesu a zaměřme se na některé aspekty novověké obrody antického humanismu.

Je celkem všeobecně známo (ač v českém prostředí tomu nebyla dosud věnována příliš velká pozornost⁵), že jedním

⁴ O rozhodujícím vlivu základních myšlenek antického humanismu na vývoj novověkých představ o přirozenosti člověka a jeho důstojnosti píše rovněž německý filosof M. Heidegger ve svém známém dopise Jean Beaufretovi, ve kterém podrobuje evropský humanismus důkladné analýze. „Takzvaná renesance 14. a 15. století v Itálii je reascentia romanitatis. Jelikož závisí na romanitas, jedná se o humanitas, a proto o řeckou PAIDEIÁ. Řectví je ovšem stále chápáno ve své pozdní podobě a ta sama je navíc pochopena římsky. Také homo romanus renesance je protikladem k homo barbarus. Ale tato in-humánnost je nyní domnělé barbarství středověké gotické scholastiky.“ Heidegger, M.: O humanismu, Ježek, Praha 2000, str. 13.

⁵ Naštěstí se situace podstatně mění k lepšímu. Je to například výrazná zásluha současného olomouckého historika filosofie Tomáše Nejeschleby, který věnuje evropskému latinskému humanismu období raného novověku soustavnou pozornost a překladatelskou činnost. Kromě toho péčí dalších autorů a překladatelů jsou české veřejnosti zpřístupňována základní díla evropského humanismu raného novověku, stejně jako významné historicko-filosofické práce o renesanční obrodě antického humanismu. (Viz například Kristeller, P. O.: Osm filosofů italské renesance, přel. T. Nejeschleba, Vyšehrad, Praha 2007, nebo Erasmus Rotterdamský: O svobodné vůli, přel. D. Sanetrník, Oikumené, Praha 2006.)

z rozhodujících center této obrody starého antického humanismu bylo prostředím italských městských států (zejména Florencie) během 15. století.

V rámci italské duchovní renesance antické vzdělanosti a kultury se objevilo téma lidské důstojnosti přímo explicitně, když mu celé jedno pojednání věnovali například italští myslitelé, jako byl Poggio Bracciolini, Lotarius de Segni, Giovanni Pico della Mirandola, Bartolomeo Fazio či Giannozzo Manetti.⁶

Ještě daleko méně se ovšem v našem prostředí ví o tom, že dalším významným centrem obrody antického humanismu v evropském raném novověku bylo kulturní a vzdělanostní prostředí španělského království, do něhož sice v mnohém směru zasáhly právě italské vlivy, ale na druhé straně vykazovalo řadu svých vlastních originálních přístupů.

Španělský renesanční humanismus bylo poměrně široce se větvící hnutí, mající své literární i akademické podoby, ve kterém se nejen obnovovaly staré ideje antického humanismu, ale zároveň se objevovaly rovněž koncepty nové, resp. starší, avšak přepracované.⁷

Jednalo se o vcelku pozoruhodný fenomén,

když si uvědomíme, jak se zároveň během 16. století ve Španělsku prosazoval v duchu tridentského koncilu rigorózní katolicismus (V jistém smyslu lze označit Španělsko za hlavní „baštu“ nastupující rekatolizace iniciované právě církevním koncilem v Tridentu v roce 1543.) a na něj navázaný přístup k otázkám lidské přirozenosti, reprezentovaný zejména nově vzniklým a rychle expandujícím jezuitským řádem založeným sv. Ignácem z Loyoly a na španělských univerzitách rozkvétající tzv. druhou scholastikou jako jedním z hlavních proudů tehdy akademicky pěstované filosofie.

Věnovat se v této souvislosti základní charakteristice duchovní situace ve španělském království během 16. století by bylo nesmírně zajímavé, avšak z jednoduchých důvodů nemůže být taková charakteristika rovněž předmětem tohoto krátkého pojednání. Proto bylo nutné zvolit postup založený na expozici exemplárního případu.

V intenci takové volby byl jako reprezentant španělského renesančního humanismu vybrán jen jeden nevelký traktát, pomocí kterého by měla být představena povaha humanistického přístupu k lidské důstojnosti v kontextu španělské podoby renesančního obrody antického humanismu.

⁶ V českém prostředí je známa pouze řeč Giovanniho Pico della Mirandola *De hominis dignitate* (O lidské důstojnosti - měla být přednesena na velké veřejné disputaci v Římě v roce 1487). Viz Pico della Mirandola G.: O důstojnosti člověka, Oikumené, Praha 2005. Popřípadě viz též slovenský překlad B. Seilerové vydaný v Seilerová, B.: O důstojnosti člověka (Odkaz Giovanniho Pica della Mirandola), IRIS, Bratislava 1999, str. 79-105. Díla G. Manettiho, B. Fazia, P. Braccioliniho a dalších autorů nejsou pro čtenáře dostupná v české ani slovenské verzi.

⁷ Značná pozornost problematice španělského renesančního humanismu jako kulturně historického fenoménu je věnována na katedře filosofie Filozofické fakulty Západočeské univerzity v Plzni, kde jsou také zásluhou dr. Jany Černé publikovány pozoruhodné práce. Viz též poznámku č. 10.

Účelem přitom není pouze poukázat na důležité (a lze snad říci i aktuální) momenty tohoto přístupu, ale zároveň demonstrovat, jakou roli v takovém přístupu hrálo metafyzické pozadí a určité ontologické koncepty, ze kterých se konec konců v duchu starých antických idejí veškeré uchopení tématu lidské důstojnosti odvíjí.

Pod vlivem hesla „*Ad fontes!*“ (tj. „K pramenům!“), které razili zejména představitelé tzv. zaalpského humanismu renesanční doby⁸, se obrátíme přímo k autentickému textu a zaměříme svou pozornost na dílo jednoho z představitelů španělského renesančního humanismu Fernána Péreze da Oliva, tj. na jeho pojednání o lidské důstojnosti.⁹

Tento autor není v českém prostředí příliš znám¹⁰ a jeho pojednání je známé ještě méně. A přitom Fernán Pérez da Oliva patří nejen mezi čelné představitele španělského renesančního humanismu 16. století, ale v jeho pojednání jsou zachyceny mnohé z důležitých konstitutivních prvků typicky renesančního humanistického pojetí lidské přirozenosti a lidské důstojnosti.

Pokusíme se toto pojednání španělského myslitele a učenice v zásadních bodech přiblížit a tím exponovat zároveň prvky renesančního humanismu, které hrály dle

našeho názoru rozhodující roli v následném vývoji filosoficko-antropologických konceptů v rámci 17. a 18. století, a to zejména v kontinentální Evropě.

V prvé řadě se nám bude jednat o zvýraznění toho, že španělskému humanistovi se podařilo vhodnou formou předvést dvě jakési krajní podoby pochopení a porozumění (či nepochopení a neporozumění, záleží na úhlu pohledu, který při hodnocení zvolíme) lidského důstojenství, které se tradovaly a rozvíjely od dob antického Říma a křesťanského středověku v rámci úvah o člověku, jeho přirozenosti, důstojnosti a jeho místa ve světě. Na jedné straně jde o ryze pesimistický, výrazně negativní způsob chápání lidské přirozenosti, na straně druhé je přístup převážně pozitivní, až adorující. (Ač to může znít překvapivě a paradoxně, přesto se tyto dvě krajní podoby (přirozeně v nejrůznějších variacích) udržují a v jistém smyslu rozvíjejí až dodnes. Jedná se pouze o přirozený důsledek toho, že si doposud zachovaly svůj zásadní význam pro úvahy o budoucnosti lidské civilizace, ať se realizují dnes, anebo se o ně člověk pokoušel před mnoha staletími.)

Taková expozice, o kterou se pokusíme, by měla rovněž posloužit k posouzení toho, na jakých filosofických, či přesněji metafyzických předpokladech tyto podoby

⁸ Zvláště to byli velmi významní humanisté své doby, jako Erasmus Rotterdamský či Philipp Melanchthon.

⁹ Pro odkazy a citace budeme používat následující vydání: Fernán Perez da Oliva: *Diálogo de la dignidad del hombre*, Compañía Ibero-Americana de Publicaciones, Madrid, nedat.

¹⁰ Toto tvrzení ve všeobecnosti platí, i když se situace v posledních letech mění. Této postavě jsou například v poslední době věnovány alespoň části některých absolventských prací. Viz Valešová, N.: *Španělský renesanční antropocentrismus*, bakalářská práce, KF FF ZČU, Plzeň 2013.

stojí. Proč je tato okolnost významná a je třeba ji zohlednit, bude naznačeno v závěru tohoto pojednání.

III.

Nejprve snad alespoň krátké expoziční věnované samotnému autorovi, neboť z hlediska potřeb tohoto stručného pojednání není nutné nějaké podrobné představení. Naopak bude patřičné a vhodné představit osobnost Fernána Péreze da Oliva jen ve stručnosti.¹¹

Fernán Pérez da Oliva se narodil (asi¹²) v roce 1494 ve španělské Cordobě. Už od svého poměrně útlého mládí studoval na španělských univerzitách v Salamance a Alcalá a posléze také na pařížské Sorbonně, kde byl žákem Juana Martíneze Guijarro Siliceo. Jeho životním osudem se měla zjevně stát dráha akademického učence.

Pod patronátem svého strýce, který byl ve službách papeže Lva X., delší dobu pobýval v Římě. Po návratu do Španělska se již naplno věnoval akademické dráze (Na tři roky mezi tím odešel ještě jednou do Paříže, kde se soustředil především na studium antické filosofie, a to zejména aristotelských textů.), která vyvrcholila na konci dvacátých let 16. století, kdy se stal

rektorem univerzity v Salamance a stál rovněž v čele katedry teologie na témže vysokém učení.

Bohužel v srpnu roku 1531 ve velice mladém věku Fernán Perez da Oliva umírá. Ve své odborné činnosti věnoval pozornost nejen morálně filosofickým a učeneckým tématům, o nichž přednášel na univerzitě, ale také překládal (spíše ovšem volně) například Euripidovy tragédie. Vůbec neznámějšími jeho díly ve své době byly historizující práce o objevování Ameriky španělskými objeviteli a dobyvateli.¹³

Pojednání, které bude předmětem našeho zájmu, *Diálogo de la dignidad del hombre* (Dialog o důstojnosti člověka) bylo poprvé publikováno až v roce 1546, tedy 15 let (!) po autorově smrti, v Alcalá de Henares. Taková časová prodleva svědčí o kontroverznosti tohoto pojednání. Ostatně také jeho další osudy byly přinejmenším pozoruhodné.

V roce 1563 byl v Benátkách vydán italský překlad spisu pořízený Alfonsem de Ulloa. (Později byl doplněný italský překlad vydán ještě dvakrát v letech 1564 a 1642.)

V roce 1586 byl v Paříži vydán francouzský překlad pořízený zřejmě z italštiny Hierosmem d'Auost.

¹¹ Bude přitom využita předmluva Eleazara Gutwirtha k anglickému překladu části Perézova pojednání. Viz Cambridge Translations of Renaissance Philosophical Texts, vol. I, Moral Philosophy, ed. J. Kraye, Cambridge University Press, 2008, str. 37-38.

¹² N. Valešová ve své práci uvádí toto datum jako nepochybné (Valešová, N.: Španělský renesanční antropocentrismus, bakalářská práce, KF FF ZČU, Plzeň 2013, str. 17), nicméně kolem data narození Fernána Péreze da Oliva panuje nejistota.

¹³ Viz Gutwirthova předmluva, cit. vyd., str. 37.

Už v roce 1632 byl spis Péreze da Oliva zařazen na *Index librorum prohibitorum* (Seznam zakázaných knih) a byl církevně zakázán.

To se projevilo například ještě v roce 1787, kdy inkviziční tribunál vydal zákaz exportu Pérezovy knihy společností Real Compania de Filipinas.

A dokonce ještě výtisky Perezova spisu, které se nacházejí v Biblioteca Nacional v Madridu, nesou v sobě poznámku „Zakázáno vládou v roce 1863.“¹⁴

Už jen z těchto fragmentárních informací lze poměrně po právu soudit, že pojednání Fernána Péreze da Oliva o lidské důstojnosti bylo skutečně kontroverzní již v době svého vzniku a stejně tak působilo v následných staletích.

Je vcelku přirozené, že podobně jako pojednání italských humanistů vzbuzovalo odpor zejména konzervativně smýšlejících církevních kruhů, pro které bylo humanistické pojetí lidské přirozenosti (především v tom zpracování, které reprezentovaly myšlenky G. Pica della Mirandola či Fernána Péreze da Oliva) obtížně akceptovatelné. O to více bude pozoruhodné seznámit se s jeho obsahem.

IV.

A nyní již přistupme k vlastnímu obsahu Perezova pojednání o lidské důstojnosti.

Celý jeho text je psán ve formě dialogu mezi dvěma přáteli – Aureliem a Antoniem. V závěru dialogu pak ještě přistoupí třetí postava jménem Dinarco, která má představovat soudce vzniklého sporu, jenž vydá na závěr rozhodující stanovisko. (Dialogická forma byla v tehdejší španělské literatuře poměrně obvyklá. Ostatně bylo to přirozenou odezvou dialogického zpracovávání různých filosofických a etických témat v antické filosofii. Nejreprezentativnější jsou v tomto směru jistě platónské dialogy. Perezovo zpracování této formy ovšem nepůsobí nijak originálně a dynamicky.)¹⁵

Důležité však je, že se Fernánovi Perezovi da Oliva podařilo využít dialogickou formu k expozici zcela protikladných názorů obou hlavních postav, a tak představit čtenáři dva výrazně odlišné pohledy na otázku lidské důstojnosti. K tomu je nutné hned zkraje poznamenat, že ač odlišné, vycházejí přitom z hlediska základní charakteristiky ontologických pozic ze stejných předpokladů a metafyzických základů.¹⁶

¹⁴ Viz tamtéž, str. 37-38.

¹⁵ Předmluva E. Gutwirtha, cit. vyd., str. 37.

¹⁶ Takové konstatování zcela odpovídá duchu pojetí historie evropského humanismu od pozdně antických dob, jak ho podává M. Heidegger v citovaném dopise o humanismu. (Viz cit. vyd., str. 14 a násl.) Jeho analýzy a závěry z nich plynoucí jsou velice přesvědčivé.

V obecné rovině vzato je Aurelio rozeným pesimistou, který posuzuje celek lidského žití velice negativně a nemá pro něj žádné pozitivní hodnocení. Lidský jedinec může disponovat jistou mírou důstojnosti pouze za předpokladu zaujetí „důstojného místa“ v lidské společnosti.¹⁷ A i něco takového je pro člověka velice obtížným úkolem, není-li k zaujetí takového místa předurčen svým původem, například svou urozeností! A pokud se něco takového vůbec podaří, vždy je vázáno dosažení „důstojného místa“ na vnější hodnocení okolí lidského jedince a uznání jeho zásluh, původu, povahových rysů atd.¹⁸

Člověku jako takovému žádné důstojenství vzhledem k jeho bédné existenci a zatracení hodné přirozenosti nenáleží. Je to naprosto nutný důsledek toho, jak byl člověk stvořen. (Upozorňujeme přitom na skutečnost, že v Aureliových promluvách není v zásadě „stvoření člověka“ nijak zvlášť tematizováno. A pokud ano, pak v tezi, že člověka stvořila příroda.¹⁹)

Antonio naproti tomu představuje ve svých názorech pravý opak postojů svého přítele. Je nadšen člověkem, jeho tělem i myslí, dokonalostí lidské přirozenosti. Vyjadřuje všeobecně velice optimistické stanovisko, které je mimo jiné založeno rozhodujícím způsobem v antropologicko-filosofické

koncepti člověka jako **dokonalého božího výtvoru**.

Je třeba mít dobře na zřeteli, že na prvé posouzení úplně protikladně vyhlížející názory Aurelia a Antonia na lidskou přirozenost jsou v zásadě dirigovány stejnou ideou „božského stvoření člověka“, (byť u Aurelia je tato idea přítomna spíše implicitně, bez přímého vyjádření, resp. je zahalena tezí o stvoření člověka přírodou) tedy myšlenkou, která člověka předem zasazuje do jednoznačného ontologického rozvrhu, resp. činí ho součástí metafyzického řádu garantovaného božím stvořením a tím i boží moudrostí a dokonalostí.

V postavách obou přátel, resp. jejich názorech, tak Fernán Perez da Oliva vlastně personifikuje dvě starobylé koncepce lidské přirozenosti, které v kontextu evropské vzdělanosti a kultury působily po staletí a v jistém smyslu působí stále. (Starobylost či lépe řečeno tradičnost by nebylo nijak obtížné demonstrovat na vybraných příkladech. Případná demonstrace by však příliš překročila rámec tohoto příspěvku.) Svůj vlastní názor pak vyjádřil tím, že v závěru celého dialogu prostřednictvím postavy Dinarca upřednostní stanovisko Antoniovo.

¹⁷ V tomto směru rezonuje v Aureliových názorech starší, středověké pojetí lidské důstojnosti, v němž bylo přítomno výrazně hierarchické uspořádání lidského společenství dané řádem vezdejšího světa určeným a garantovaným Bohem (civitas terrena – pozemská obec). Tento řád byl nepřekročitelný. Poučení o něm lze hledat v nejrůznějších pojednáních o středověké společnosti a její struktuře. Z poslední doby viz například: Dvořáčková – Malá, D., Zelenka, J. a kol.: Přemyslovský dvůr. Život knížat, králů a rytířů ve středověku., Nakladatelství Lidové noviny, Historický ústav AV ČR, Praha 2014.

¹⁸ Z uvedených důvodů bývá takové pojetí lidské důstojnosti označováno jako kontingentní pojetí, tj. takové, podle kterého je lidská důstojnost něčím více či méně nahodile připadajícím či nepřipadajícím.

¹⁹ Viz Diálogo... , cit. vyd. str. 40

Aurelio je zastáncem velmi pesimistických názorů (a jejich případného odůvodňování), které se objevují již v antické době například u Plinia st.²⁰, ve středověku pak u sv. Bernarda z Clairvaux²¹ a následně především v textech renesančních autorů Poggia Braccioliniho a Lotaria de Segni,

pozdějšího papeže Innocence III., které nesly stejný název *O bídě lidské existence*.²²

Naproti tomu Antonio reprezentuje stanovisko optimistické, které už v dobách klasického antického Říma vyjadřoval například Marcus Tullius Cicero²³, či o něco

²⁰ Viz Plinius st.: Přírodní historie, VII.1.1-5. Pro ilustraci uveďme Pliniova slova „... člověk neumí nic, nic nezná bez učení, nemluví, nechodí, sám se neživí: zkrátka a dobře umí jen brečet. Není divu, že se vyskytli mnozí, kteří usoudili, že je lépe se nenarodit nebo co nejrychleji zahynout. ... Žádný tvor nemá tak křehký život, žádný netouží tak mocně po všech věcech, žádný nemá tak zmatený strach, žádný tak prudkou zuřivost.“ (Cit. dle Plinius st.: Kapitoly o přírodě, Svoboda, Praha 1974, str. 64.)

²¹ Viz Sv. Bernard: Meditace, III. kniha.

²² Název pojednání Poggia Braccioliniho zněl *De miseria hominis conditionum* (O bídě lidské existence). I toto pojednání je psáno ve formě dialogu mezi Poggiem a jeho druhem, florentským humanistou Matteem Palmierim, na jedné straně a florentským vladařem Cosimem de Medici, který je poněkud nanicovatým obhájcem lidské důstojnosti. Matteo vyjadřuje svůj pesimistický postoj například těmito slovy: „Zdá se, že nově narozené dítě, které neví nic o dobru a zlu, bude stát tváří v tvář pohromám, které leží v budoucnosti a nějakým přirozeným instinktem bude vnímat nevýhody života smrtelníka: nemoc, chudoba, vyhnanství, smrt těch, kteří jsou nám drazí, poškození těla a duše a všechny jiné příznaky lidské slabosti. Běh našeho života je rovněž nejistý a je mnohem více ovlivňován vrtochy štěstěny, takže nikdo nemůže spoléhat ve svém životě na nějaké období ochrany. Obávám se, že kdybychom před svým narozením věděli, jaká je opravdu přirozenost a podmínky lidského života, jednoduše bychom odmítli vydat se v tak malé loďce na obrovské a bouřlivé moře a vyhnuli se tak úskalím, na kterých můžeme jedině ztroskotat.“ (Cit. dle Cambridge Translations of Renaissance Philosophical Texts, vol. I, Moral Philosophy, ed. J. Krayer, Cambridge University Press, 2008, str. 18-26. Přel. M. H.) Je zajímavé, že Matteo k ilustraci svého stanoviska použije i verše Publia Vergilia Maro:

„Před síní a branou první u samého to pekla
Zármutek a traplivé byty sobě oblíbily Péče,
Tamž bydlí se bledými Nemocmi Staroba teskná,
Děsný Strach vedle, zloradný Hlad i Bída vyzáblá,
Obluda přehrozná k vidění: Smrt, Práce lopotné,
A Smrti příbuzné Spání, též myslí neřestné
Rozkoše; naproti nim smrtonosná na prahu Vojna ...“

(Vergilius: Aeneida, přel. K. Vinařický, Praha 1851, str. 125.)

²³ Cicero: O povinnostech, zejména III. kniha, cit. vyd., popřípadě O přirozenosti bohů (*De natura deorum*), II., 56. Viz například: „A totéž žádá ještě mnohem naléhavěji sám rozum přírody, jenž je zákonem božským i lidským. Kdo chce tohoto zákona poslouchat – a musí ho poslouchat všichni, kdo chtějí žít ve shodě s přírodou –, nikdy se nedopustí toho, aby zatoužil po cizím majetku a přisvojil si to, co by jinému vzal. Neboť mnohem více se shoduje s lidskou přirozeností vznešenost a velikost ducha i laskavost, spravedlnost a štedrost nežli život v rozkoši i bohatství. ... A dále, kdo ubližuje druhému, aby sám z toho měl prospěch, buď si myslí, že nedělá nic proti přirozenosti, anebo soudí, že se musí víc vyhýbat smrti, chudobě, bolesti a ztrátě dětí, příbuzných a přátel než křivdě na jiném člověku. Jestliže se domnívá, že násilí spáchané na lidech neodporuje lidské přirozenosti, nač by ses s ním přel, když takto zbavuje člověka veškeré lidskosti?“ (Cicero: O povinnostech, přel. J. Ludvíkovský, Svoboda, Praha 1970, str. 133-134.)

později Lactantius²⁴ a v italském prostředí renesanční epochy pak především Giovanni Pico della Mirandola²⁵ či Giannozzo Manetti.²⁶

Aby nám více plasticky a pochopitelněji vystoupily rozhodující rysy obou stanovisek, připomeňme si je v jakémsi celkovém souhrnu.

Nejprve ke stanovisku pesimisty Aurelia. Podívejme se, jak se jeho úvahy rozvíjejí:

„Uvažujme nejprve universum a naše místo v něm. ... My jsme umístěni v kalu a v hlubině mezi zvířaty a zahalení v temnotě. Jsme obyvateli země, kde je vše v pohybu. Jsme omezeni v prostoru tak malém, že se zdá sotva bodem ve srovnání s celým universem.“²⁷

„Zrodili jsme se beze všech darů, kterými příroda obdařila jiné živočichy. ... Člověk přichází na svět jako na zcela cizí místo, plačící a naříkající jako někdo, kdo ukazuje utrpení.“²⁸

„Z těchto a podobných příkladů by se mohlo zdát, že člověk je ze všech živočichů nejméně důstojný...“²⁹

„... příroda vytvořila tisíce jedů a jedovatých živočichů, aby zahubily člověka, jakmile zalitovala, že ho stvořila.“³⁰

Může být pesimističtější stanovisko ve věci lidské důstojnosti? Může být radikálnější názor? Jakoby se v těchto slovech zkoncentrovala veškerá trpkost, kterou člověk pociťuje při úvahách nad bědností své existence!

Obraz člověka, který předkládá Aurelio, je obrazem bídného tvora, jehož existence na zemském povrchu je nejen bědná, ale také zbytečná, ba dokonce všeobecně škodlivá. Proto se s ním musí příroda „smířit jako s nejopovrženějším tvorem“.³¹ „Člověk dokonce touží po krvi a stává se tak hrobem pro ostatní živočichy.“³²

Všechny tyto vysoce záporné charakteristiky lidské existence podkládá Aurelio

²⁴ Lactantius: De opificio Dei, 8. 1-3, Divinae institutiones, II.1. (O práci Boží. Boží instituce).

²⁵ Jeho pojednání neslo název Oratio de dignitate hominis. (Řeč o důstojnosti člověka) Je dostupné v českém či slovenském překladu. Viz poznámka č. 6.

²⁶ Pojednání dalšího italského humanisty neslo název De excellentia et dignitate hominis. (O vznešenosti a důstojnosti člověka)

²⁷ „Primeramente considerando el mundo universo, y la parte que de él nos cabe ... Nosostros estamos acá en la hez mundo y su profundidad entre las bestias, cubiertos de nieblas, hechos moradores de la tierra, do todas las cosas se truecan nos breves mudanzas, comprendidas en tan pequeño espado, que sólo un punto parece comparada a todo el mundo...“ (Dialogo , cit. vyd. , str. 37-38, překlad s přihlédnutím k anglickému překladu M.H.)

²⁸ „ ... donde nacemos desproveídos de todos los dones que a los otros animales proveyó naturaleza. ... Así sale al mundo, como quien da señal de las miserias que viene padecer. (tamtéž, str. 38.)

²⁹ „Por los cuales ejemplos, y otros semejantes, bien parece que debe ser el hombre animal más indigno que los otros ...“ (tamtéž, str. 39.)

³⁰ „Y aun sobre todo esto la naturaleza crió mil ponzoñas, y venenosos animales que al hombre matasen, como arrepentida de haberlo hecho.“ (tamtéž, str. 40)

³¹ „Y aun entonces le da por mantenimiento lo más vil.“ (tamtéž, str. 39.)

³² „... el hombre vive de sangre, hecho sepultura de los otros animales.“ (tamtéž.)

argumenty odvozenými z pozorování přírodního prostředí a tvorů v něm žijících, resp. argumenty, které se v tradici evropské vzdělanosti tradovaly již od dob Plinia st.³³ (A je nezbytné poznamenat, že doposud znovu a znovu ožívají v různých konceptech, které se objevují zvláště v souvislosti s mnohými krizovými jevy na počátku nového tisíciletí.³⁴)

Vše je v takovém pojetí založeno na hierarchickém rozvrhu světa. Znovu je třeba si povšimnout, že zde není řeč o stvoření skrze božskou bytost. Aureliovy argumenty o bédnosti člověka plynou ze zařazení tohoto živočišného druhu do celkového přírodního řádu, tedy základního metafyzického rozvrhu. (Je to typická odezva po staletí tradované definice člověka: Člověk je rozumný živočich (*Homo animal rationale est.*)³⁵)

Přitom se lidské bytosti v takových konceptech, jaké prezentuje Aurelio, nacházejí v nejspodnějších patrech hierarchické pyramidy přírodního uspořádání, což přirozeně plyne ze srovnání základních biologických (živočišných) charakteristik člověka a ostatních přírodních tvorů.

Z toho lze dovést, že typickým rysem Aureliových názorů je přílišné zdůrazňování animality lidského jsoucna.

Má být pro porozumění člověku, lidskosti a její důstojnosti rozhodující to, že bytostné určení takového jsoucna lze pochopit jen v okruhu „animalitas“?

V koncepcích, které se objevují v renesančním humanismu jako obnovené pozdně antické výklady přirozenosti jakožto přírodnosti lidského jsoucna, je mnohdy jednoznačně lidská přirozenost redukována na animalitu. Ostatně Aurelio ukazuje také na to, že ona „racionální“ složka lidské duše není žádnou zárukou nějakého skutečného odlišení člověka od ostatních živočichů. Je příliš ovládána vášněmi, vrozenými touhami a slastí (tedy v zásadě animalitou) na to, aby mohla lidské bytosti povznést a dodat jim alespoň nějakou míru důstojnosti.³⁶

Pokud tedy je založeno rozumění člověku a jeho místu ve světě na metafyzickém fundamentu zdůrazňujícím absolutní prioritu přírodního elementu a přírodního řádu, nelze dospět k jiným než vysoce záporným charakteristikám lidských bytostí, a v podstatě upírat člověku jakoukoli míru přirozené důstojnosti.

Podobné upření přirozeného důstojenství člověku ovšem není příznačné jen pro některé koncepty vzniklé v renesanční době obnovením pozdně antických výkladů lidského jsoucna.

³³ Viz citovaná pasáž z Pliniovy *Historia naturalis*, pozn. č. 20.

³⁴ Typickou ukázkou absolutního zveličování záporných stránek lidské existence může být práce Franze Wuketitse *Přírodní katastrofa jménem člověk. Vývoj bez pokroku.*, Granit, Praha 2006.

³⁵ M. Heidegger upozorňuje na typický metafyzický výklad lidského jsoucna, jenž je skryt v této donekonečna opakované „definici“ člověka. Viz cit. dílo, str. 14.

³⁶ *Dialogo ...*, cit. vyd., str. 45 a násl.

Pokud se také v následujícím vývoji filosoficko-antropologických názorů objevovaly maximálně zdůrazňované naturalistické přístupy, tj. koncepce opřené o akcent na animalitu (animalitu ve smyslu jakéhosi často blíže ještě nepoznaného „mechanismu“ přirozeně působících sil) v lidském jsoucnu, pak nakonec nemohly ve svých důsledcích vést k žádným jiným závěrům. (Pro menší rozsah tohoto příspěvku nelze na tomto místě demonstrovat řadu příkladů, nicméně tyto koncepty se nejvíce realizovaly na linii vedoucí od osvícenecké ideje „člověka – stroje“ (Viz proslavené pojednání francouzského osvíceneckého lékaře J. O. de La Mettrie *L'Homme Machine*.³⁷) až po nejmodernější či nejsoučasnější představy o člověku jako „biologickém stroji“.)

Podívejme se nyní na stanovisko Aureliova oponenta. Nebudu ovšem volit stejně podrobný přístup. Antonio totiž své výklady, které staví do absolutního protikladu k Aureliovým, jednoznačně opírá o základní ideu – ideu stvoření světa a člověka Bohem – s odvoláním na text Písma svatého, v jehož knize Genesis se praví, že Bůh „stvořil člověka k obrazu svému“. (*Hagamos el hombre a nuestra imagen semejanza*.)³⁸

Je vcelku v řádu věci, že na takovém metafyzickém základu nemůže Antonio chápat lidskou přirozenost jinak než jako dokonalou, neboť Bůh v konstituci člověka vytvořil své největší a nejobdivuhodnější dílo.³⁹ Pro ilustraci takového pojetí lidské bytosti uvádí Antonio přemíru argumentů týkajících se symetrie a čistých, ba dokonalých proporcí lidského těla, lidské tváře, lidských orgánů atd. V tomto směru se jeho argumentace shoduje s tezemi Cicerona, Lactantia, stejně jako G. Manettiho.⁴⁰

Navíc charakterizuje člověka jako svobodnou bytost, které byla dána Bohem samotným možnost rozhodovat o svém osudu a dosahovat proto skutečné moudrosti, díky které je schopen nejen odhalovat tajemství přírody, ale také se odevzdat čisté kontemplaci a pronikat na cestu k Bohu. V tomto směru je prostě člověk „velkou a zázračnou věcí“ (*Gran cosa es el hombre y admirale*.)

Mezi názory Antoniovými a názory některých italských renesančních humanistů lze v tomto směru shledat mnohé analogie a podobnosti. (Zejména mám na mysli Pica della Mirandola a Giannozza Manettiho a jejich pojednání

³⁷ La Mettrie, J. O.: Člověk stroj., přel. J. Srovnal, Nakladatelství ČSAV, Praha 1958.

³⁸ „Por lo cual en la creación del mundo, habiendo hecho la sagrada Escritura mención de Dios no nombre de uno, cuando hubo de criarse el hombre, refiere que dijo Dios: Hagamos el hombre a nuestra imagen semejanza: así que se declaró ser muchas personas an aquel paso, do hacía la imagen de ellas.“ (Dialogo ... , cit. vyd., str. 54.)

³⁹ Dialogo ... , cit. vyd., str. 53 a násl.

⁴⁰ Viz Cambridge Translations of Renaissance Philosophical Texts, cit. vyd. str. 39 a násl. Pro Manettiho je například typické, že hledá oporu pro své názory v přímých citacích Cicerona či Lactantia, týkajících se dokonalosti lidského těla a jeho fungování stejně jako jakési katalogizace částí těla člověka. G. Manetti využívá také argumentaci založenou na „vzpřímenosti člověka“, která se zračí už v řeckém slově označujícím člověka – ανθρωπων (hledící vzhůru), a objevuje se i u Cicera a Lactantia. (Viz tamtéž, str. 43.)

o lidské důstojnosti.) Není se co divit, renesanční myslitelé italští i španělští se v tomto směru nechávali inspirovat především myšlenkami některých pozdně antických nauk, a to především těch, které náležely do okruhu esoterických učení a mysticky orientovaných novoplatónských konceptů.

Není třeba zabíhat do podrobností. Spíše se soustředíme na tu skutečnost, že také zde je základem pochopení lidské přirozenosti, lidskosti a jejího důstojství určitý primární rozvrh, resp. metafyzický koncept. V tomto případě je to koncept opřený o metafyzický rozvrh daný božím stvořením.

Člověk je vřazen do řádu stvoření způsobem odpovídajícím Božímu záměru. V něm se lze orientovat rovněž pomocí oné tradiční definice člověka jako „rozumného živočicha“ s tím, že v ní již není akcent položen pouze na animalitu, ale na tzv. specifické rozdíly (*differentia specifica*), které člověka v okruhu animality odlišují od jiných živých tvorů. Přirozeně, že tím základním rozdílem je „rozumnost“ či „moudrost“. Na základě toho pak náleží od počátku člověku jistá (větší či menší) míra

důstojství daná jeho vyzdvihováním se (pesimisté Aurelioiva typu by řekli: vyvyšováním) nad ostatní živočišnou říši.

I vzhledem k tomu, že Fernán Perez da Oliva se nakonec přiklání prostřednictvím třetí postavy dialogu Dinarca k oněm optimistickým názorům Antoniovým, lze říci, že jeho koncept je z hlediska případného porozumění a hlavně respektu k přirozené (tj. takové, která nevzniká více či méně nahodile ze zaujetí jistého postavení v lidském společenství, z uznání určitých zásluh či obecně prospěšné činnosti, nýbrž je apriorně dána lidskou přirozeností) lidské důstojnosti velice vstřícný, neboť umožňuje osvojit si myšlenku, že každá lidská bytost ve skutečnosti tím, že je lidskou bytostí, disponuje právě onou určitou (a v zásadě velice vysokou) mírou důstojnosti. Zdálo by se, že k takovému pojetí není nutno ničeho dalšího dodávat, nýbrž je potřebné ho jen přísně respektovat.

A přece nelze nedoplnit jeden podstatný moment, který později vnesl do evropské tradice I. Kant a velmi výrazně ho upřednostňoval. Přitom se zdá, že doposud nebyl a není tento moment dostatečně zohledňován.

V.

V duchu kantovského pojetí lidské přirozenosti a humanity jako takové by bylo nezbytné dodat, že důstojnost, resp. základní míra důstojnosti náleží lidským bytostem nejen proto, že jsou lidskými (ve smyslu biologickém, a tedy z hlediska tradiční definice se od ostatních živočichů odlišují specifickými rozdíly, tj. primárně rozumností) bytostmi, ale v první řadě proto, že člověk je bytostí **mravní!** Z toho plyne, že to, co je (lidsky) mravné, je také (lidsky) důstojné.⁴¹

Německý myslitel tímto způsobem rozhodně překročil rovinu běžně traktované definice člověka jako (pouze) rozumného živočicha. Asi nejlépe a nejpřiléhavěji je to zachyceno v Kantově tvrzení o tom, že člověk, jako zcela svébytná a výlučná entita, je „**občanem dvou říší**“ – říše přírody a nutnosti (jako tvor animální) a říše účelů a svobody (jako tvor rozumný a mravně

odpovědný)⁴². To by bylo možno považovat za vrcholné vyjádření nejkompexnějšího pojetí lidské důstojnosti konstruovaného na metafyzickém základu. Pokud se porozhlédneme po dějinách lidského (metafyzického) úsilí o porozumění sobě samému, obtížně budeme hledat koncept, který by byl co do hloubky zachycení lidské přirozenosti srovnatelný s Kantovou filosofií.

Na druhé straně je však nutno upozornit na kritický názor M. Heideggera, jenž připomíná problematičnost celého metafyzického (a tedy konec konců i kantovského) přístupu, jak byl v dějinách evropské vzdělanosti a kultury uplatňován od antických dob. Takový přístup určuje člověka jako jsoucnou mezi jinými jsoucnými. „V principu se vždy myslí homo animalis, je-li anima chápána jako animus sive mens a tato později kladena jako subjekt, osoba, duch. Takové kladení je způsob metafyziky. ... Metafyzika myslí člověka z animalitas a k jeho humanitas jej nedomyšlí.“⁴³

⁴¹ Kant ve svém spise Antropologie pojatá v pragmatickém ohledu z roku 1798 píše o tom, že člověk je v jednom ohledu bytostí vyznačující se smyslovostí či přírodností, ve druhém ohledu rozumností spojenou se svobodou. (Kant, I.: Anthropologie in pragmatischen Hinsicht abgefasst, Nicolovius, 1800, str. 177.) Ve spise Náboženství uvnitř hranic pouhého rozumu pak charakterizuje člověka třemi elementy: zvířecostí (člověk jako pouhý živočich), lidskostí (člověk jako živočich rozumný) a osobností (člověk jako živočich rozumný a schopný odpovědnosti). (Kant, I.: Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft, hrsg. K. Kehrbach, Leipzig, nedat., str. 25.) Důležité je, že rozumnost spojená se svobodou by sama o sobě nestačila k tomu, aby byla bytnost člověka plně vyčerpána. Musí být doprovázena právě onou odpovědností, tj. mravností. Je-li tomu tak, pak spojení všech tří ohledů garantuje lidskou důstojnost v plné míře. Lze to vyjádřit i tak, že bytnost člověka je v plném smyslu a vyčerpávajícím způsobem určena jako trojvýznamová: člověk jako objekt (personalitas psychologica), člověk jako subjekt (personalitas transcendentalis) a člověk jako osobnost morální (personalitas moralis). (Srov. Benyovszky, L. a kol.: Filosofická propedeutika II, Praha 2001, str. 45.)

⁴² Kant napsal: „A tu pak nelze se diviti, jestliže člověk, jakožto příslušník obou světů (tj. světa určovaného zákony přírodními a světa určovaného svobodou a účelností – vložil M. H.), musí svou vlastní bytost se zřetelem ke svému druhému a nejvyššímu určení pozorovati nejenom než s úctou a jeho zákony s nejvyšší úctou.“ A dále „Mravní zákon jest svatý (neporušitelný). Člověk jest sice dosti nesvatý, ale lidství v jeho osobě musí mu býti svaté.“ (Kant, I.: Kritika praktického rozumu, přel. A. Papírník, Praha 1944, str. 115.)

⁴³ Heidegger, M.: cit. dílo, str. 15-16.

K tomu pak německý filosof ve svém pojednání o otázkách humanismu přidává následující slova: „Zmatení biologismu nepřekonáme tím, že lidské tělesnosti nadřadíme duši, duši ducha a duchu existenciální rysy ... Skutečnost, že fyziologie a fyziologická chemie může přírodovědecky zkoumat člověka jako organismus, není žádným důkazem, že v tomto „organičnu“, to znamená vědecky vysvětleném těle, spočívá bytnost člověka. To platí zrovna tak málo jako názor, že v atomové energii je obsažena bytnost přírody. ... Bytnost člověka spočívá přitom zrovna tak málo v tom, že je animální organismus. Nedostačující bytostné určení člověka lze zrovna tak málo překonat a odstranit tvrzením, že člověk je obdarován nesmrtelnou duší, schopností rozumu nebo charakterem osoby. Pokaždé je tato bytnost přehlížena, a sice na základě toho samého metafyzického rozvrhu.“⁴⁴

Jistě není třeba být za každou cenu výrazným a případně bezvýhradným stoupencem Heideggerova kritického vztahu k evropské filosofické tradici. Jeho námitky však nelze jen tak ponechat stranou. Poukazují na slabá místa pojetí a pochopení lidské přirozenosti, a tedy i lidskosti, důstojnosti či humanity, a to v tom smyslu, že ukazují na jejich prakticky výhradně metafyzickou orientaci. Neměly by být proto přehlíženy, má-li člověk na počátku 21. století o něco málo pokročit v pochopení sebe sama.

Samozřejmě, že skrze poodhalení slabin metafyzického přístupu k otázkám lidské přirozenosti a lidského důstojství se odkrývá nesmírné množství otázek. Je-li takový přístup nedostatečný, pak čím a jak by měl být nahrazen, doplněn, korigován či překonán? Úvahy o tom však již musí být předmětem dalších důkladných analýz.


⁴⁴ Heidegger, M.: cit. dílo, str. 17.

LITERATURA

- [1] Aristoteles: *Etika Nikomachova*, Svoboda, Bratislava 1979.
- [2] Aristoteles: *Politika*, J. Laichter, Praha 1939.
- [3] *Cambridge Translations of Renaissance Philosophical Texts, vol. I, Moral Philosophy*, ed. J. Kraye, Cambridge University Press, 2008.
- [4] Cicero: *O povinnostech*, Svoboda, Praha 1970.
- [5] Heidegger, M.: *O humanismu*, Ježek, Praha 2000.
- [6] Kant, I.: *Kritika praktického rozumu*, Praha 1944.
- [7] Kant, I.: *Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft*, hrsg. K. Kehrbach, Leipzig, nedat.
- [8] Kant, I.: *Základy metafyziky mravů*, Svoboda, Praha 1976.
- [9] Kristeller, P. O.: *Osm filosofů italské renesance*, Vyšehrad, Praha 2007.
- [10] Perez da Oliva: *Diálogo de la dignidad del hombre*, Compañía Ibero-Americana de Publicaciones, Madrid, nedat.
- [11] Pico, Mirandola della G.: *O důstojnosti člověka*, Oikumené, Praha 2005.
- [12] Plinius St.: *Kapitoly o přírodě*, Svoboda, Praha 1974.
- [13] Svobodová, H.: *Respekt k lidské důstojnosti v kontextu ošetrovatelské praxe, rigorózní práce, VŠ zdravotnictva a sociální práce sv. Alžběty*, Bratislava 2012.
- [14] Svobodová, H., Hemelík, M., Zvoníčková, M., Morovicsová, E.: *Důstojnost v ošetrovatelské péči a pohled sester na (ne)důstojnou péči*, in: *Sociálně-zdravotnické spektrum*, roč.2 (2013), č.2.
- [15] Valešová, N.: *Španělský renesanční antropocentrismus*, bakalářská práce, KF FF ZČU, Plzeň 2013.
- [16] Vergilius: *Aeneida*, Praha 1851.

„GRAN COSA ES EL HOMBRE Y ADMIRALE.“

SEVERAL NOTES ON THE TREATISE OF
FERNAN PEREZ DA OLIVA DIÁLOGO DE
LA DIGNIDAD DEL HOMBRE



ABSTRACT

In this paper the author deals with some questions connected with the problems of dignity of man and its understanding in the history of european philosophy, first of all in the spain humanism of renaissance. He deals with its importance for present reflections about this problem. He describes fundamental characteristics of Perez's conception of human dignity in his treatise Diálogo de la dignidad del hombre.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra jazyků
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: martin.hemelik@vspj.cz

KEYWORDS:

Human Dignity, Humanism,
Fernan Perez da Oliva

ROZVOJ A PODPORA RODINNEJ MEDIÁCIE

JANA PRUŽINSKÁ

UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE

ABSTRAKT

Príspevok je venovaný rodinnej mediácii a jej využívaniu v podmienkach sociálnych inštitúcií. Na Slovensku sa zahájila implementácia rodinnej mediácie do sociálnych inštitúcií až v tretej vlne zavádzania mediácie do praxe. Uskutočnený prieskum o využívaní mediácie v sociálnych inštitúciách poukázal na veľkú potrebu podpory rodinnej mediácie. Mediácia ako metóda práce s klientom sa využíva veľmi málo, napriek svojmu veľkému potenciálu pre dosiahnutie konštruktívnej zmeny v rodine. Podpora by mala prísť najmä zo strany zamestnávateľa, ktorý by zabezpečil adekvátne podmienky na jej výkon v zmysle kontinuálneho vzdelávania pracovníkov v mediácii, poskytovania supervízie, dostatočného počtu mediátorov k počtom klientov. Veľký význam pre implementáciu a rozvoj mediácie v oblasti sociálnej starostlivosti má aj to, ak je zamestnávateľom stanovenou prioritou v práci s klientmi. Potreba rozvoja rodinnej mediácie na celoštátnej úrovni je dôležitá aj pre rozvoj medzinárodnej rodinnej mediácie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

rodinná mediácia, podpora mediácie, prieskum mediácie, medzinárodná rodinná mediácia

Prvotnou pohnútkou k zavádzaniu mediácie na Slovensku bolo poskytnúť obyvateľom inú ako súdnu cestu riešenia ich sporov (Pružinská, 2004). Iniciatívy zo začiatku 90. rokov 20. storočia mali ambíciu prispievať k zmene kultúry riešenia konfliktov. Druhým motívom bolo odbremeniť preťažené súdy od sporov. Na riešenie sporu súdnou cestou bolo potrebné dlho čakať a množstvo podaných žalôb sa hromadilo. Prijatie Zákona o mediácii v roku 2004 malo priniesť úľavu pre súdy a dať jasný signál verejnosti o novej možnosti riešenia sporov (Rupcová, 2004). Očakávalo sa od neho zvýšenie dôveryhodnosti v mediáciu v očiach verejnosti.

Aj za predpokladu, že bude verejnosť dostatočne informovaná o mediácii a jej možnostiach pri riešení konfliktov, zostáva tu istý okruh ľudí, ktorí s najväčšou pravdepodobnosťou nebudú sami iniciovať riešenie svojej konfliktnej situácie lebo nebudú vedieť ako, nebudú vedieť kde, nebudú mať finančné prostriedky na úhradu mediácie, nedokážu sa sami rozhodnúť o spôsobe riešenia konfliktu a nedokážu vyhodnotiť svoju situáciu ako vhodnú na mediáciu. Máme na mysli klientov sociálneho pracovníka. A to je tretí dôvod pre oprávnenú prítomnosť mediácie v spoločnosti. Veľkú podporu mediácii vyjadrilo Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, keď mediáciu implementovalo do služieb poskytovaných občanom prostredníctvom Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny SR.

Ľudia sa vo väčšine prípadov nestávajú klientmi z vlastnej vôle alebo iniciatívy. To je skôr typické pre účastníkov mediácie. Stávajú sa nimi preto, že podnet k práci s nimi dáva zvyčajne tretia osoba (terénny sociálny pracovník, komunitný pracovník, škola, susedia, atď.). Situácia v ich rodinách je už často kritická a sami, bez pomoci tretej osoby ju nedokážu zvládnuť. Závažnosť situácie v rodinách klientov je daná predovšetkým tým, že sú ohrozené záujmy dieťaťa.

Mediácia ako spôsob práce s klientom sa začala presadzovať v práci zamestnancov (nielen sociálnych pracovníkov) úradov práce, sociálnych vecí a rodiny SR v roku 2010. V rokoch 2009- 2011 rámci projektu Rozvoj a upevňovanie ľudských zdrojov a systematické prehlbovanie kvalifikácie pracovníkov boli vyškolení zamestnanci orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, čím sa mala zabezpečiť sebestačnosť úradov práce, sociálnych vecí a rodiny a orgánov sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pri vykonávaní mediácie.

V rámci výkonu práce sociálnych pracovníkov/zamestnancov je mediácia považovaná za odbornú metódu, ktorú využíva sociálny pracovník na uľahčenie riešenia konfliktných situácií v rodine. Mediáciu môžu vykonávať len zamestnanci, ktorí ukončili odbornú prípravu mediátora v rozsahu 100 hodín. Výsledkom je dohoda o riešení konfliktnej situácie v rodine alebo dohoda o riešení problému, ktorá

síce nemá právne záväzný charakter, ale má potenciál priniesť do rodiny nové riešenie, ktoré bolo dosiahnuté zmierlivým spôsobom.

RODINNÁ MEDIÁCIA – PREDNOSTI, POTENCIÁL, VÝZVY

Hlavné prednosti mediácií porovnaní s inými spôsobmi riešenia konfliktov spočívajú v úspore času, financií, menšom strese účastníkov konfliktu ako pri súdnom riešení sporu, možnosti mať situáciu pod kontrolou, zachovaní alebo obnovení dobrých vzťahov, ochrane záujmov, zameraní na dosiahnutie férových výsledkov.

Rodinná mediácia je nesúperivý proces, v ktorom jej účastníci vyjednávajú o usporiadaní svojej budúcnosti za pomoci tretej neutrálnej a nestranej osoby, mediátora. Je to príležitosť na rozpoznanie vlastných potrieb ako aj potrieb druhej strany. Je to spôsob ako vytvoriť dohodu, ktorá zohľadňuje potreby, obavy, záujmy zúčastnených strán, resp. všetkých, ktorí sú prítomnosťou konfliktu dotknutí. Mediácia je zrozumiteľná, problémy sa riešia spoločne.

Pri rodinnej mediácii prichádza do úvahy jej *potenciál* pre predchádzanie sociálnej exklúzie rizikových rodín, v ktorých pretrvávajúci konflikt deterioruje vzťahy v rodine (Pružinská, 2013). Neuspokojivé vzťahy medzi rodičmi sa premietajú do celkovej atmosféry v rodine, ktorá má negatívny dopad na každého jej člena, a najmä deti. Viacerí autori ako Buehler, et al., 1997 ; Grych & Fincham, 2001 (in

Grych, J. ,Oxtoby, C., Lynn, M. , 2012) sa zhodujú v tom, že nie je to samotný konflikt medzi rodičmi, čo vystavuje deti riziku sociálnej maladaptácie, ale *spôsob* ako rodičia zvládajú svoje konflikty.

Objavenie osobnej moci je ďalším potenciálnym efektom mediácie. Transformatívny charakter sociálnej práce má veľmi blízko k modelu transformatívnej mediácie (Bush, R., Folger, J., 1994), ktorá pracuje s emóciami účastníkov konfliktu. V procese mediácie si jej účastníci – rodičia, rodič a dospievajúce alebo dospelé dieťa, ostatní členovia rodiny, môžu uvedomiť osobnú moc (empowerment), svoju vnútornú silu. Deje sa tak v situáciách počas mediácie, kedy majú príležitosť porozumieť vlastným emóciám ako aj rozpoznať ľudskú stránku každého z nich. Na základe aktuálneho zážitku uvoľnenia osobnej vnútornej sily sa účastníci konfliktu stávajú sebavedomejšími, pokojnejšími a zrozumiteľnejšími – pre seba a aj pre druhého. Dostávajú sa pocity sily, uvedomenie si schopnosti konať a riešiť problémy, ktoré život prináša. Účastníci mediácie sú otvorenejší, vnímavejší k situácii druhého, čím sa zvyšuje miera akceptácie druhej osoby.

Aj keby sa nedosiahla žiadna dohoda o riešení konfliktnej situácie v rodine, samotná účasť na procese mediácie jej účastníkom prináša dôveru vo vlastné sily a vzájomný rešpekt. Pre rodičov môže byť samotný proces, ktorým v mediácii sporu prechádzajú, dôležitejší ako dosiahnutá dohoda o riešení náročnej situácie. Vnútorné posilnenie klientov je predpokladom ich sebastačnosti v riešení problémov, ktoré sa v ich živote môžu

objaviť. Preto môžu rodinní mediátori vnímať cieľ mediácie, výsledok svojej práce, ako dohodu dosiahnutú medzi účastníkmi mediácie a aj ako transformáciu (Holá, 2011; Pružinská, 2011; Folger, Brzobohatý, Poláková, 2014 a i.), zmenu vo vnímaní seba a druhých.

Sobotková, (2013) uvádza, že s odstupom času a narastajúcou skúsenosťou rodinnou mediáciou, najmä v zahraničí, sa mierne vytráca prvotný entuziazmus. Táto situácia pravdepodobne súvisí s viacerými skutočnosťami. Jednou z nich môže byť frustrácia mediátorov spôsobená „neúspešnou“ mediáciou, teda nedosiahnutím dohody pri riešení konfliktu. Príčinou však môžu byť aj výrazné zmeny v rodine v posledných rokoch, ktoré si vyžadujú pozornosť mediátorov a sú výzvou pre rodinných mediátorov. Podpora a uprednostňovanie práv dieťaťa si vyžaduje uznanie a podporu pre primárne sociálne prostredie dieťaťa – rodiny. Zmeny v rodine v posledných rokoch (Steel, Kidd, Brown, 2012) sú sprevádzané zmenami vo výchove detí, ich socializácii a vzdelávaní. Vzťahy v rodine ako aj spôsob rodinného života sa tiež zmenili. Zmenili sa roly rodičov, vzťahy medzi generáciami. Všetky tieto zmeny si vyžadujú reorganizáciu úloh a času v rodine a aj mimo nej. Sú pre rodinnú mediáciu príležitosťou na prehodnotenie jej pracovných postupov ako aj ďalšieho rozvoja v zmysle naladenia sa na nové rodiny. Lisa Parkinson (2015) na základe dlhoročných skúseností upozorňuje na väčší význam načúvania deťom a mladistvým pri mediovaní konfliktu v rodine. Rodičom to pomáha dohodnúť sa tak, aby sa v mediačnej dohode zoh-

ľadňovali potreby, pocity, nápady detí a pritom tieto neboli vystavené stresu.

Na početné a rýchlo nastupujúce zmeny v rodine upozorňuje aj Galvin (2012), ktorá skúmaním rodinných interakcií postuluje rodinu budúcnosti. Rodiny budú mať veľmi odlišné predstavy o sebe, budú sa líšiť vo svojej štruktúre a kultúrnych variáciách. Budú žiť v rýchlom sa meniacom prostredí v dôsledku navodzovania technologických zmien, budú sa ocitať v nových interakciách v dôsledku technologických zmien v oblasti telekomunikácií, zdravotníctva a vzdelávania. Pretože sa zvyšuje priemerná dĺžka života, budú žiť v štyroch až piatich generáciách rodinných vzťahov. Rodiny budúcnosti budú potrebovať inovatívne spôsoby ochrany a podpory rodinného života, čo sa týka najmä multiproblémových rodín a nových rodinných foriem, ktoré si budú vyžadovať ciele intervencie a preventívne stratégie. Toto úzko súvisí s úlohou komunikácie v procese podporovania reziliencie rodiny a jej rodinných hodnôt.

MEDZINÁRODNÝ KONTEXT RODINNEJ MEDIÁCIE

V rámci podpory rodinnej mediácie na národnej a medzinárodnej úrovni v Európe zohrali dôležitú úlohu iniciatívy Európskej únie. V oblasti rodinnej mediácie je to odporúčanie Rady Európy z roku 1998 o zavedení mediácie do členských štátov a jej podporovaní pri riešení konfliktov v rodine v záujme ochrany najlepších záujmov maloletých detí. O desať rokov neskôr vydáva Európsky parlament a Rada Smernicu

2008/52/ES o určitých aspektoch mediácie v občianskych a obchodných veciach. Táto mala uľahčiť prístup k alternatívnemu riešeniu sporov a podporovať riešenie sporov v priateľskom duchu prostredníctvom mediácie. Členské štáty mali povinnosť do mája 2011 vytvoriť vo svojich krajinách legislatívne a administratívne podmienky na možnosť riešenia sporov mediáciou.

V súvislosti s migráciou stále väčšieho počtu ľudí sa ukazuje potreba medzinárodnej rodinnej mediácie. Medzinárodná rodinná mediácia sa využíva pri riešení rodinného konfliktu, v ktorom sú účastné aspoň dve krajiny. Takáto situácia môže nastať, keď sa rodičia rozídu a jeden z nich odíde do inej krajiny. Za najväčšiu výhodu medzinárodnej rodinnej mediácie sa považuje eliminovanie geografickej vzdialenosti medzi oddelenými rodinami, nutnosti pracovať s viacerými legislatívnymi systémami a rozdielmi v kultúre. Rodinný mediátor pomáha týmto rodinám zlepšiť komunikáciu a pracovať na dosahovaní dohôd, ktoré sú akceptovateľné všetkými, ktorých sa dotýka. Ochrana najlepších záujmov dieťaťa je hlavnou témou týchto diskusií. Medzinárodná rodinná mediácia môže predísť dlhotrvajúcim a bolestivým súdnym bojom, v ktorých sa často prehliaha stres, ktorému je dieťa vystavené.

Medzinárodná sociálna služba (The International Social Service – ISS), ktorá pôsobí na úrovni štátov a aj na úrovni jednotlivcov pomáhala v rokoch 2011-2012 prostredníctvom rodinnej mediácie 1500 rodinám. Jednalo sa o únos dieťaťa, stratu dieťaťa, rodičovské návštevy, rodinnú mediáciu (ISS Global Report 2011-2012).

PRIESKUM RODINNEJ MEDIÁCIE

Doteraz uskutočnené prieskumy mediácie na Slovensku sú sporadické. Väčšinou sa sústredili na mapovanie situácie vo využívaní mediácie ako platenej služby (Pružinská, 2007). Najčastejšie boli oslovení mediátori s otázkami smerujúcimi k počtom a druhom riešených sporov, úspešnosti mediácie v riešených sporoch, ale aj návrhom na podporu mediácie vo verejnosti. Iné prieskumy, realizované prevažne v rámci diplomových prác, sa týkali miery informovanosti verejnosti o mediácii a možnostiach jej využitia.

V rámci nášho prieskumu nás zaujímalo ako sa využíva mediácia ako metóda na riešenie konfliktných situácií v rodine pracovníkmi v štátnej inštitúcii.

Zo zoznamu 100 pracovníkov Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, ktorí absolvovali akreditovaný výcvik v mediácii v rokoch 2009 – 2011 sme kontaktovali tých, ktorí ešte stále pracovali v danej inštitúcii. Ich počet bol polovičný, teda 50 pracovníkov. Elektronickou poštou bol dotazník rozposlaný 50 pracovníkom. Vrátilo sa 12 dotazníkov.

V dotazníku s otvorenými otázkami sme sa zamerali na niekoľko oblastí: využívanie potenciálu mediácie na predchádzanie sociálnej exklúzie rodín; vedľajšie účinky mediácie; odborná príprava pracovníkov v mediácii; odporúčania pre efektívnu implementáciu mediácie do praxe sociálnej práce.

Potenciál mediácie v prevencii sociálnej exklúzie rizikových rodín s prítomnosťou konfliktu. Pracovníci ponúkli mediáciu svojim klientom v nasledovných rodinných konfliktoch.

Tabuľka č. 1 Rodinné konflikty riešené mediáciou

Druh konfliktu	Absolútny počet	%	Dohoda	
			počet	%
Úprava styku s dieťaťom	12	41,38	4	33,34
Rozvod	3	10,35	0	0
Úprava výkonu rodičovských práv a povinností	3	10,35	3	25,00
Výška výživného	3	10,35	1	8,33
Narušená komunikácia medzi rodičmi	6	20,69	2	16,67
Krádež peňazí	1	3,44	1	8,33
Klamstvo	1	3,44	1	8,33
Spolu	29	100	12	100

Desať z 12 pracovníkov využíva mediáciu v práci s klientmi. Dvaja z nich neriešili konflikty v rodine. Z celkového počtu 29 rodinných konfliktov bola mediácia najviac ponúknutá pri úprave styku s dieťaťom (12), narušenej komunikácii medzi rodičmi (6), rovnako často (3) pri rozvode, úprave výkonu rodičovských práv a povinností, a jedenkrát pri krádeži peňazí medzi deťmi a pri klamstve dieťaťa v rodine. Úspešnosť mediácie v zmysle dosiahnutej dohody bola najvyššia pri úprave styku s dieťaťom (4), úprave výkonu rodičovských práv a povinností (3), narušenej komunikácii medzi rodičmi (2),

stanovenie výšky výživného (1), pri krádeži peňazí medzi deťmi (1) a pri klamstve (1). Dohodu sa nepodarilo dosiahnuť pri rozvode manželov. Priemerná úspešnosť mediácie sa uvádza okolo 60% - 70%. Relatívne nízky počet mediačných dohôd v našom súbore môže byť spôsobený zložitou riešených rodinných sporov, pretrvávajúcou nedôverou voči partnerovi, ako aj skúsenosťou a kvalitou mediačných zručností sociálnych pracovníkov.

Pozitívne efekty mediácie. Pracovníci uvádzali nasledovné vedľajšie pozitívne účinky mediácie: pokoj v rodine,

uspokojenie s tým, že obaja rodičia sú schopní sa na určitých veciach dohodnúť, pozitívny prenos ukludnenia rodičov na deti, rodičia sa začali venovať deťom, rodičia boli ochotní urobiť kompromisy v prospech detí. Môžeme konštatovať, že mediácia navodila konštruktívne zmeny, ktoré viedli ku skvalitneniu života v rodine.

Odborná príprava sociálnych pracovníkov v mediácii. Väčšina pracovníkov sa nevyjadrovala k ich odbornej príprave mediátora. Jednotlivo uvádzali: potreba zlepšenia právneho vedomia, aby dokázali nerozhodovať za klientov, naučiť sa ešte niečo navyše – nové, mať možnosť viac si vyskúšať mediáciu v modelových situáciách. V príprave na rodinnú mediáciu by uvítali: špecifiká komunikácie s rodinou, prácu s emóciami, zvládanie náročných situácií v mediácii, psychológiu rodiny, modely rodinnej mediácie, základy rodinnej terapie, sebazpoznanie mediátora.

Odporúčania pre efektívnu implementáciu mediácie do praxe sociálnej práce.

Pracovníci by uvítali viac možností pre prácu v teréne, návštevy v rodinách, získanie ich dôvery. Prostredníctvom častejších a pravidelných odborných školení zvýšiť vnútornú istotu pracovníka pri výkone mediácie. Odporúčajú umožniť absolvovať odbornú prípravu mediátora viacerým pracovníkom, doplniť počty. Poukazujú na potrebu väčšieho počtu pracovníkov na oddelení sociálnoprávnej ochrany detí a kurately. Viacerí by odporúčali väčšiu osvetu, zvýšiť mieru informovanosti verejnosti o mediácii. Mať možnosť rozširovať si vzdelávanie v mediácii. Všetci by uvítali možnosť supervízie v mediácii.

Ako prekážku využívania mediácie vnímajú papierovú byrokráciu v rámci inštitúcie. Neukončené vzdelávanie v mediácii. Dôvodom nízkej ponuky mediácie zo strany pracovníkov je aj absencia exekúcie/vynútiteľnosti dohody, ktorú dosiahnu v práci s klientami.

ZÁVERY Z PRIESKUMU

Vzhľadom k počtu vyškolených odborných pracovníkov Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny SR konštatujeme, že mediácia sa veľmi zriedka využíva v práci s klientmi. Medzi hlavné dôvody patrí časté premiestňovanie pracovníkov, nestabilita personálu, neukončené vzdelanie v mediácii u viacerých pracovníkov. Rodinná mediácia nie je oficiálne stanovenou prioritou v práci zamestnancov sociálnej inštitúcie. Nedostatok mediátorov na Úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny SR sa spája u nich s pocitom osamelosti a chýbajúcou podporou ako či už zo strany kolegov alebo vedúcich pracovníkov. Klienti nepoznajú mediáciu, nedôverujú jej a pre mediátora je náročnejšie získať ich pre riešenie konfliktnej situácie v rodine formou mediácie. Rodičia sú najprístupnejší mediovať úpravu styku s dieťaťom (41,38%), narušenú komunikáciu medzi sebou (20,69%). Rovnako často sú ochotní využívať mediáciu pri úprave výkonu rodičovských práv a povinností, pri určení výšky výživného a pri rozvoze (10,35%). Mediátori riešili aj spor týkajúci sa krádeže peňazí a klamstva v rodine. Najúspešnejší boli mediátori pri riešení sporov okolo úpravy styku s dieťaťom (33,34%), úpravy výkonu rodičovských práv a povinností

(25%), narušenej komunikácie medzi rodičmi (16,67%). Rovnako úspešní boli pri určení výšky výživného, krádeži peňazí a klamstve v rodine (8,33%). Výskumné zistenia Šobáňovej (2013) naznačujú, že sociálni pracovníci zamestnaní v štátnej sfére vidia najväčšie uplatnenie mediácie v oblasti starostlivosti o dieťa a práci s rodinou.

ODPORÚČANIA

V rámci sociálnych inštitúcií odporúčame zaviesť celoživotné vzdelávanie v rodinnej mediácii. Zabezpečiť supervíziu na pracovisku, prípade potreby umožniť aj intervíziu. Podporiť kompetencie sociálnych pracovníkov v rozhodovaní o prístupe k práci s rodinou, najprv mediovať a až potom pristúpiť k problému z legislatívneho aspektu. Zaviesť sociálny marketing mediácie. Odbornú a sociálnu podporu mediátorov zo strany zamestnávateľa. V neposlednom rade zahájiť úzku spoluprácu so sudcami pri riešení náročných situácií v rodine s prioritou využitia mediácie. Zapojiť sa a aktívne participovať v medzinárodnej rodinnej mediácii. Zvážiť poskytovanie rodinnej mediácie ako služby (Nováková, S., Holá, L., 2013).

V rámci univerzitného štúdia zaradiť mediáciu do graduálnej prípravy sociálnych pracovníkov. Pre sociálnych pracovníkov činných v praxi poskytovať formou postgraduálneho štúdia vzdelávanie v mediácii. Zručnosť v riešení interpersonálnych konfliktov formou mediácie zaradiť do základnej

odbornej výbavy sociálneho pracovníka (Labáth, 2014). Preto si dovoľíme vyjadriť presvedčenie, že absolventi sociálnej práce budú do praxe prinášať aj potenciál mediácie pre prácu s rodinou.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu: VEGA č. 1/0462/14 pod názvom: Delikvencia mládeže Slovenskej republiky v kontexte vybraných špecifických faktorov - národná self-reportová výskumná štúdia.

LITERATÚRA

- [1] Bush, R.A., Folger, J.P. 1994. The promise of Mediation. San Francisco: Jossey-Bass Publ. ISBN 0-7879-0027-3
- [2] Folger, J.P., Brzobohatý, R., Poláková, L. 2014. Transformatívni mediace ve světe a v České republice. In: Holá, L., Malacka, M. 2014. Mediace a reflexe jejích aktuálních trendů. Praha: Leges. ISBN 978-80-7502-047-5. s.63 - 73
- [3] Galvin, K., M. 01 Nov 2012, *The Family of the Future from: The Routledge Handbook of Family Communication* Routledge. <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9780203848166.ch32>
- [4] Grych, J., Oxtoby, C., Lynn, M. 07 Dec 2012. *The Effects of Interparental Conflict on Children from: Handbook of Family Theories, A Content-Based Approach* Routledge. <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9780203075180.ch13>
- [5] ISS. Global Report 2011 – 2012. (<http://www.iss-ssi.org/reports/FLASH/index.html>)
- [6] Labáth, V. 2014. Kontext uplatňovania mediácie. In: Holá, L., Malacka, M. 2014. Mediace a reflexe jejích aktuálních trendů. Praha: Leges. ISBN 978-80-7502-047-5. s. 25 – 36
- [7] Nováková, S., Holá, L. 2013. Rodinná mediace jako sociální služba. In: Holá, L. a kol. 2013. Mediace a možnosti využití v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4109-3. s. 139-158
- [8] Holá, L. 2011. **Účast** dětí na mediaci rodičů. In: Michančová, S., Pavlová, L. (eds.) 2011. Rodina, konflikt a možnosti mediace. Křtiny: ESI, o.p.s., Evropský smírčí institute. ISBN 978-80-260-1466-9. s. 125 - 136
- [9] Parkinson, L. 2015. Family Mediation – Preface. Dostupné na: <http://www.mediate.com/articles/ParkinsonL1.cfm>
- [10] Pružinská, J. 2004. Mediácia na Slovensku viac ako desaťročná. In: Mediácia – cesta k efektívnej justícii. Bratislava: Ministerstvo spravodlivosti SR. s. 48 - 52
- [11] Pružinská, J. 2007. **Prax mediácie na Slovensku v roku 2007.** <http://www.mediationworld.net/slovakia/articles/full/97html>
- [12] Pružinská, J. 2013. Social and educational aspects of family mediation. In: Socialinis ugdymas/ Social education. - Roč. 35, č. 3 (2013), s. 179-192
- [13] Rupcová, E. 2004. Implementácia mediácie so slovenského právneho poriadku. In: Mediácia – cesta k efektívnej justícii. Bratislava: Ministerstvo spravodlivosti SR. s. 43 - 47
- [14] Sobotková, I. 2013. Psychologické aspekty rodinné mediace. In: Holá, L. a kol. 2013. Mediace a možnosti využití v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4109-3. s.87 – 98.
- [15] Steel, L., Kidd, W., Brown, A. 2012. The Family. London: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-58016-9.
- [16] Macmillan. ISBN 978-0-230-58016-9.
- [17] Šobáňová, P. 2013. Využití mediace v sociální práci z pohledu sociálních pracovníků. In: Holá, L. a kol. 2013. Mediace a možnosti využití v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4109-3. s.121 – 138.

DEVELOPMENT AND SUPPORT OF FAMILY MEDIATION

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Pružinská, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra sociálnej práce
Šoltésovej 4, 811 08 Bratislava
E-mail: pruzinska@fedu.uniba.sk

ABSTRACT

The article focuses on family mediation and its place in social institutions. In Slovakia the implementation of family mediation into social institutions started in the third wave of mediation. Survey on place of mediation within social institutions indicated the strong support for family mediation. Mediation as a method of the work with client is used very little. Support for the family mediation should come from the side of the employers who should provide the adequate conditions for the performance of mediation, e.g. continuous education in mediation, providing supervision, having enough mediators. The great importance for the implementation and development of mediation is setting mediation as priority by the employer. The need of the mediation development on the national level is interconnected with international family mediation.

KEYWORDS:

family mediation, support for mediation, survey of family mediation, international family mediation

PROBLEMATIKA FOTBALOVÉHO DIVÁCTVÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

PETR SCHOLZ

MASARYKOVA UNIVERZITA



ABSTRAKT

Fotbal je fenomén posledních desetiletí. I díky fotbalovým fanouškům se stal nejpopulárnějším sportem na světě během své historie. V této souvislosti si uvědomujeme, že rychlý rozvoj sportu jako takového přinesl problémy a složité vztahy, a to zejména na profesionální úrovni. Fotbalové kluby a organizátoři se ale spíše zaměřují na sportovního diváka v první řadě jako na ekonomický faktor. Cílem příspěvku je analyzovat názory a zkušenosti sportovních diváků, které se týkají chování a násilí na fotbalových stadionech v České republice.

Průzkum byl proveden v letech 2014 a 2015, údaje byly shromážděny od sportovních diváků ($n = 297$), ve věku $28,6 \pm 6,8$ let. Příspěvek využívá kvantitativního výzkumu, metody analýzy a syntézy a matematicko-statistických metod. Z pilotní studie vyplývá, že sportovní diváci shledávají problém s fyzickou agresí, odpalováním pyrotechniky, vulgárním skandováním atd. Téměř 3/4 respondentů (72 %) souhlasí, že demolování stadionů a další nepokoje jsou značně závažné aktivity.

KLÍČOVÁ SLOVA:

agrese, fotbal, fotbalové chuligánství, chování sportovních diváků

ÚVOD

Sport v podobě vlastního aktivního sportování i v podobě pasivní divácké konzumace, je jedním z důležitých sociálních jevů, který zasahuje do politiky, ekonomiky, ale také ovlivňuje umění a výchovu. Můžeme konstatovat, že se celosvětově jedná o jeden z nejvýznamnějších prostředků masové zábavy a vyplňuje volný čas značné části obyvatelstva bez ohledu na hranice států či společensko-kulturní formace (Slepička a kol., 2010).

Sportovní diváctví je v současné době považováno za významný společenský jev, který je propojen s ostatními oblastmi lidské činnosti. Fotbalové diváctví je nedílnou součástí sportovního diváctví a díky četnosti divácké základny a jevům s fotbalovým diváctvím spojených, je tak předmětem četných sociologických, psychologických, sociálně-psychologických a demografických výzkumů.

Zejména pasivní divácká konzumace sportu nabyla masového charakteru a odpovídá stavu, kdy převážná část populace aktivně nesportuje a její kontakt se sportem má diváckou podobu. Aby se sportovní diváci a fanoušci mohli pasivně účastnit sportu, bylo nutné také rozšiřování fondu volného času. Od poloviny 20. století postupně docházelo ke zkracování fondu pracovní doby a růstu fondu volného času (obrázek 1). V minulosti kolem roku 1900 lidé pracovali 10,5 hodiny denně přibližně 300 dní v roce. Po 2. světové válce došlo ke změně. V roce 1950 měli pracující k dispozici v průměru 12 dní dovolené. V současnosti je to průměrně 29,5 dne, což představuje přibližně 6 týdnů. Prognóza do roku 2020 představuje převahu volného času nad pracovní dobou (Freyer, 2006).

Tabulka 1: Fond volného času

1950	1970	1990	2020
dní v týdnu 6	dní v týdnu 6	dní v týdnu 5	dny v týdnu 4
hodin týdně 48	hodin týdně 42	hodin týdně 38	hodin týdně 32
pracovních dní 279	pracovních dní 238	pracovních dní 200	pracovních dní 165
volných dní 86 (dovolené, svátky, neděle)	volných dní 127 (dovolené, svátky, neděle)	volných dní 165	volných dní 200

Zdroj: Zpracováno dle Freyer, 2006.

Sekot (2013) uvádí, že lidé přichází na stadiony a jiná sportoviště jako různorodá směsice, kterou lze odlišit věkem, národností, pohlavím, vzděláním, sociálním statutem, profesním postavením apod. Sportovní diváctví je společenským jevem, který je možno analyzovat z několika různých hledisek. Sociálně psychologické aspekty tohoto fenoménu si všímají především motivací divácké návštěvnosti, diváckých prožitků, souvislostí vztahů diváků ke klubům. Stranou pozornosti neponechávají ani reakce diváků na vybrané herní situace a možnosti prevence negativních diváckých projevů (Sekot, 2010).

Vzhledem k dlouhé historii divácké konzumace sportovních akcí nepřekvapuje fakt, že se vyskytovaly i závažné projevy divácké agrese. Ve studii Wann (1994 in Slepíčka a kol., 2010) se objevuje teorie vysvětlující diváckou reakci, operující s podporou sebevědomí a potřebou vzrušení. Podpora sebevědomí vychází z intenzity emoční identifikace diváků s jejich klubem. Úspěchy klubu jsou prožívány jako úspěchy vlastní a posilují jak sebevědomí, tak sebeúctu takto angažovaného diváka či fanouška. Naopak neúspěchy jsou prožívány jako vlastní selhání a hledá se cesta, jak si sebevědomí posílit. Nabízí se možnost „vítězství nad soupeřem“ reprezentovaným zejména jeho fanoušky. Při tom tyto snahy mívají agresivní, násilný charakter směřovaný jak na fanoušky, tak na funkcionáře či hráče soupeře, může se však přenést na zařízení stadionů i na jiné dosažitelné objekty.

Velmi často se divácké agrese vysvětlují i na principu frustrace – negativní emoce

– agrese (Berkowitz, 1989; Green, 1990 in Slepíčka a kol., 2010). U sportovních diváků se jedná o situaci, kdy je vnějšími příčinami dlouhodobě blokováno dosažení cíle, reprezentovaného např. úspěchy jejich mužstva v soutěži. Opakované neúspěchy „jejich mužstva“ zvyšují tlak na psychickou odolnost diváka, který jako řešení může zvolit agresi vůči fanouškům, hráčům soupeře, rozhodčím, kteří z jeho hlediska reprezentují překážky dosažení úspěchu mužstva, s kterým se identifikuje. Chování sportovních diváků je po mnoho let předmětem zájmu, a to nejen ve Velké Británii, ale také v ostatních státech Evropy. Násilné chování fanoušků se proto také označuje jako fotbalové chuligánství a někdy se pojmenovává jako anglická choroba (Frostdick, Marsh, 2005). Právě problematika fotbalového chuligánství se v posledních letech stala předmětem intenzivního mediálního, politického i akademického zájmu. Česká republika v tomto směru není výjimkou, i když můžeme konstatovat, že nebezpečnost fotbalového chuligánství je na našem území značně menší než v některých ostatních státech, ale nelze ji rozhodně podceňovat. I když český fotbal nemá žádnou historii obecně rozšířeného či závažného násilí, ale existuje několik zpráv o incidentech během osmdesátých a počátku devadesátých let, většinou zahrnující fanoušky Sparty Praha. Incidenty se udály uvnitř stadionů a zahrnovaly útoky na hráče druhého týmu, ačkoli fanoušci Sparty také způsobili škody na vlacích, které je vezli k venkovním utkáním, a účastnili se pouličních rvaček po derby (Duke, 1990).

V novém tisíciletí bylo přerušeno několik zápasů kvůli řádění chuligánů přímo

v hledišti např. Baník Ostrava – Sparta Praha (2014), bitky fanoušků při derby pražských „S“ (2008) s policií a těžkooděnci, ale vždy se utkání dohrála. Naopak v semifinále domácího poháru mezi Slavií Praha a Sig-mou Olomouc (2011) domácí fanoušci vnikli o poločase na travnatou plochu. Následně byli usměrněni těžkooděnci, utkání se nedohrálo a kontumačně vyhrál soupeř. V tehdejšímu poháru UEFA (dnes Evropská liga) při zápasu Sparta Praha – Spartak Moskva (2007) způsobili chuligáni značné škody na stadionu i v centru

města. Dále v odvetě Evropské ligy mezi Slovanem Bratislava a Spartou Praha (2014) bylo utkání několikrát přerušeno kvůli výtržnostem chuligánů na tribunách. Bohužel častokrát neznalost a nepochopení fotbalového chuligánství determinuje náhled na něj. Důležité je odlišení fotbalových chuligánů od dalších osob, které sledují fotbalové zápasy. V tomto kontextu je možné vymezit tři velké skupiny (tabulka 2), a to: fotbalové diváky, fotbalové fanoušky a fotbalové chuligány (Mareš a kol., 2004).

Tabulka 2: Rozlišení jednotlivých diváků, fanoušků a chuligánů

Kritéria	diváci	fanoušci	chuligáni
Stabilita skupiny	nízká	vyšoká	vyšoká
Integrace skupiny	nízká	vyšoká	vyšoká
Koheze	nízká	střední	vyšoká
Atraktivnost skupiny	nižší	vyšoká	vyšoká
Stálost skupiny	nízká	střední	vyšoká
Autonomie skupiny	nízká	střední	vyšoká
Velikost skupiny	velká	střední	malá
Míra intimity skupiny	nízká	střední	vyšoká
Propustnost skupiny	vyšoká	střední	nízká
Homogenita/heterogenita	heterogenní	homogenní	homogenní
Orientace skupiny	nízká	střední	vyšoká
Hodnotová orientace	nízká	střední	vyšoká
Míra uspokojení	nízká	střední	vyšoká
Stupeň libosti	nízký	střední	vyšoký
Míra kontroly	nízká	střední	vyšoká
Násilné chování	nízké	nízké	vyšoké
Projevy nacionalismu	nízké	vyšoké	vyšoké
Projevy xenofobie a rasismu	neexistence	výjimečně	časté
Stupeň ideologie skupiny	neexistence	neexistence	vyšoký
Hodnocení zápasů	objektivní	subjektivní	subjektivní
Klubismus	nízký	vyšoký	nízký

Zdroj: Mareš a kol., 2004.

Nejvíce využívaným dělením je dělení dle Smolíka (2008), který rozděluje jednotlivé diváky na fotbalových stadionech do čtyř skupin: neaktivní diváci, klasičtí fanoušci, chuligáni a ultras.

a) *Neaktivní (objektivní) diváci.* V této skupině jsou další čtyři podskupiny: (1) nepravidelní návštěvníci fotbalových zápasů (relativně se často jedná o zvláštní typ módy nebo snobství), (2) fanoušci jiných klubů, než jsou ty, které právě hrají zápas, (3) pozorovatelé z jiných klubů, trenéři nebo sami fotbalisté jiných klubů a (4) ženy (zejména starších věkových kategorií), které se zápasu zúčastní pouze jako doprovod svých partnerů. Mareš a kol. (2004) charakterizuje fotbalového diváka jako pasivního pozorovatele hry, který není ovlivněn rivalitou obou týmů, a na utkání teda pohlíží zcela neutrálně. Zpravidla nesleduje pouze fotbalová utkání, ale i jiné sportovní hry a další sporty. Diváka obdobně jako na nesportovních představeních zajímá děj a výsledek podívané. Častokrát není spjat s konkrétním klubem, nenosí jeho symboly, ani se s klubem neztotožňuje. Divák tedy není zaujatý, což u něj zvyšuje objektivní hodnocení hry i jednotlivých výkonů. Není vždy přítomen na fotbalových stadionech, ale zápas často sleduje i prostřednictvím internetu, televize apod.

b) *Klasičtí fanoušci („normálové“).* Jedná se o jedince, kteří navštěvují fotbalová utkání pravidelně, mají vztah ke svému klubu, často proto, že stadion se nachází relativně blízko jejich bydliště. Fanoušek má jistá očekávání k průběhu zápasu a díky identifikaci s mužstvem prožívá úspěchy

i neúspěchy klubu. Fotbal je většinou jediným oblíbeným sportem fanouška. Fotbaloví fandové svoji identifikaci prezentují především oblečením, např. replikami dresů, klubovými šálami, kšiltovkami, tričky, vlajkami, odznaky apod. Pro fotbalového fanouška je již charakteristické dělení na „my“ (fanoušci klubu) a „oni“ (fanoušci jiných klubů), (Slepička, 1990).

Tyto fanoušky nalezneme nejčastěji na hlavních tribunách, v některých případech se dokonce nechají strhnout k hlasitému povzbuzování a fandění, někdy i s rasis-tickým podtextem. Konstatujeme, že do jiných projevů diváckého násilí se tato skupina diváků obvykle nezapojuje, výjimku tvoří náhodné vhadzování předmětů na hrací plochu.

c) *Chuligáni (hooligans, rowdies).* Fotbaloví chuligáni se sdružují ve skupinách tvořených většinou mladými militantně orientovanými „příznivci“. Ti přicházejí na fotbalové stadiony či do jejich okolí s primárním cílem vyvolat konflikt či bitku s jinými obdobnými skupinami soupeřova týmu. Tyto skupiny (party, tlupy, gangy) mají vlastní názvy, kterými se vymezují proti neorganizovaným skupinám i vůči jiným skupinám. Některé z těchto part jsou velice dobře organizovány a nesjednocují je pouze klubové rivalství a nenávisť k nepřátelským skupinám, ale i politické, rasové, náboženské, národnostní, regionální nebo sociální motivy. Chuligánské skupiny se na rozdíl od fanoušků často ani neidentifikují s fotbalovým klubem, ale pouze se svojí skupinou (Mareš a kol., 2004).

d) *Ultras*. Jedná se o vysoce homogenní skalní fanoušky, kteří usilují o co nejspektakulárnější průběh zápasu a vyhýbají se přitom přímým konfliktům, násilí a vandalismu. Jsou nositelé choreografií v utkání, k fandění používají pyrotechniku, transparenty, zpěv (Sekot, 2013). Značně prožívají každé utkání a zajímají se o klubový život. Během zápasu je nalezneme na postranních tribunách za brankami, které jsou určené většinou pouze k stání (kotle). Téměř každý fanoušek je oděn do klubového dresu, trička či vlastní alespoň šálu svého oblíbeného klubu.

MATERIÁL A METODY

Cílem příspěvku je analyzovat názory sportovních diváků, které se týkají chování a násilí na fotbalových stadionech v České republice. V návaznosti na cíl jsme stanovili výzkumnou otázku, a to:

Které projevy považují sportovní diváci na fotbalových stadionech za nejvíce závažné? Využili jsme primární data, která byla sesbírána technikou dotazníkového šetření, které probíhalo v letech 2014 a 2015. Celkem se pilotní studie zúčastnilo 297 respondentů, z toho bylo 168 mužů a 129 žen (tabulka 3). Dotazník obsahoval sedmáct otázek; většina z nich byla škálových, kde respondent ohodnotil na Likertově stupnici jednotlivé projevy od nejméně závažné po nejvíce závažnou. Příspěvek využívá kvantitativního výzkumu, metody analýzy a syntézy a matematicko-statistických metod.

VÝSLEDKY A DISKUSE

Přes 3/4 respondentů (84 %) nevlastní permanentku svého oblíbeného klubu na domácí utkání. 49 % respondentů upřednostňuje individuální fandění, 41 % skupinové a 10 % hlasivkami klub nepodporuje, sleduje pouze fotbalový zápas. Téměř 2/3 respondentů (60 %) navštěvuje minimum domácích zápasů a v 60 % sleduje fotbalové utkání z hlavní tribuny. Více jak 5/1 respondentů (21 %) sleduje vývoj utkání v kotli. 15 % respondentů navštěvuje méně než polovinu domácích zápasů, 2/3 respondentů sleduje zápas také z hlavní tribuny. Pouze 5 % respondentů navštíví domácí utkání během jedné sezóny v sedmi či osmi případech, v 80 % pozoruje dění na fotbalovém hřišti na hlavní tribuně, zbylá 1/5 respondentů sleduje zápas z kotle. Nejvíce odpovědí, kde respondent sleduje utkání, jsme zaznamenali z hlavní tribuny (až 68 %), výjimkou jsou respondenti, kteří sledují fotbalové utkání z kotle, ať už z důvodu skupinového fandění, podílení se na choreografii či nejlevnější vstupenky na utkání. Při venkovních utkáních podporují respondenti svůj klub minimálně, neboť přímo z fotbalového stadionu sledují méně než čtyři zápasy za sezónu (88 %), a z toho více jak 1/4 respondentů (28 %) ještě svůj klub vůbec nepodporovala. Pokud už venkovní fotbalové utkání sledují, bezmála polovina respondentů (44 %) tak činí z hlavní tribuny.

Sportovní diváci hodnotili projevy, které se na fotbalových stadionech v České republice vyskytují. Hodnocení bylo pomocí Likertovy stupnice (1 – 10) a aktivity, která se jevila jako nejméně závažná,

byla ohodnocena známkou 1, naopak nejvíce závažná aktivita obdržela známku nejnižší, tj. 10.

Odpalování pyrotechniky ohodnotila více jak polovina respondentů za značně závažnou činnost a více než 1/3 dokonce označila tuto aktivitu za nejvíce závažnou (37 %). Ohledně vulgárního skandování kotle nebo vulgárního individuálního projevu jsme zaznamenali odpovídající odpovědi. Výjimku tvořilo 13 %

respondentů, kteří uvedli, že vulgární individuální projev je značně závažný problém. Fyzickou agresi vůči fanouškům soupeře na stadionu sledaly téměř 3/4 respondentů (70 %) za nejvíce závažnou aktivitu, ostatní respondenti (20 %) ji označili za značně podstatný problém, pouze 2 % respondentů považují tuto aktivitu za nejméně závažnou. Podobné výsledky (64 % a 21 %) jsme zaznamenali u fyzické agrese vůči Policii České republiky (PČR) nebo security (tabulka 4).

Tabulka 3: Výběrový soubor

1. FC Slovácko	6	2 %	FC Vysočina Jihlava	48	16 %
žena	6	100 %	muž	30	63 %
1. FK Příbram	3	1 %	žena	18	38 %
žena	3	100 %	FC Zbrojovka Brno	15	5 %
AC Sparta Praha	63	21 %	muž	6	40 %
muž	36	57 %	žena	9	60 %
žena	27	43 %	FK Mladá Boleslav	3	1 %
FC Baník Ostrava	12	4 %	žena	3	100 %
muž	9	75 %	FK Teplice	3	1 %
žena	3	25 %	žena	3	100 %
FC Hradec Králové	12	4 %	SK České Budějovice	9	3 %
muž	9	75 %	muž	3	33 %
žena	3	25 %	žena	6	67 %
FC Slovan Liberec	6	2 %	SK Sigma Olomouc	6	2 %
muž	6	100 %	muž	3	50 %
FC Viktoria Plzeň	33	11 %	žena	3	50 %
muž	21	64 %	SK Slavia Praha	72	24 %
žena	12	36 %	muž	39	54 %
FC Viktoria Žižkov	6	2 %	žena	33	46 %
muž	6	100 %	Σ	297	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování, 2015.

Tabulka 4: Hodnocené aktivity sportovními diváky na fotbalových stadionech

	odpalování pyrotechniky		vulgární skandování kotle		vulgární individuální projev		fyzická agrese vůči fanouškům soupeře na stadionu		fyzická agrese vůči PČR či security	
1	18	6 %	24	8 %	24	8 %	6	2 %	12	4 %
2	9	3 %	27	9 %	27	9 %	0	0 %	0	0 %
3	18	6 %	24	8 %	36	12 %	0	0 %	6	2 %
4	12	4 %	48	16 %	27	9 %	0	0 %	12	4 %
5	21	7 %	24	8 %	18	6 %	0	0 %	3	1 %
6	15	5 %	18	6 %	33	11 %	3	1 %	3	1 %
7	21	7 %	48	16 %	36	12 %	9	3 %	9	3 %
8	27	9 %	39	13 %	24	8 %	30	10 %	30	10 %
9	45	15 %	18	6 %	39	13 %	30	10 %	33	11 %
10	111	37 %	27	9 %	33	11 %	207	70 %	189	64 %
Σ	297	100 %	297	100 %	297	100 %	297	100 %	297	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování, 2015.

Domluvený chuligánský střet mimo stadion (neboli piknik – pozn. aut.) hodnotila 1/3 respondentů za nejvíce závažnou aktivitu, dalších 23 % respondentů označilo tuto činnost za značný problém. Více jak 1/3 respondentů (35 %) je přesvědčena, že vhadzování předmětů na hrací plochu je také nejvíce závažná aktivita, což potvrzuje i 40 % respondentů, kteří ji označili za příliš závažnou. Nejčastěji se tak děje při chybném výroku postranního rozhodčího nebo při oslavě gólu soupeřova hráče před domácím publikem a fotbalové hřiště je často zasypano prázdnými či plnými kelímky od piva, drobnými mincemi či dokonce zapalovači. Můžeme konstatovat, že jednání rozhodčích se tedy v některých případech může stát i roznětkou násilných

střetů, a to i v případech, kdy oni sami jednájí v rozporu s fotbalovými pravidly, což je sportovními diváky v lepším případě vnímáno buď jako nesprávné jednání, nebo v horším případě přímo jako provokace. Demolování stadionu a další výtržnosti na něm označily téměř 4/3 respondentů (72 %) za nejzávažnější aktivitu, dalších 20 % respondentů uvedlo, že se jedná o činnost příliš závažnou. Našli se ovšem i jedinci, kteří se domnívají, že demolice stadionu není závažná činnost. Očekávali jsme, že procento respondentů u známky 10 bude vyšší, zvláště u sportovních diváků, které zajímá pouze fotbalový zápas. Projevy rasismu odhodnotila více jak polovina respondentů (54 %) nejvyšší známkou, další 1/4 respondentů

shledala tato vyjádření proti hráčům tmavé pleti za značný problém. Pískání na fotbalových stadionech považuje pouze 1 % respondentů za nejzávažnější aktivitu, která by měla ze stadionů zmizet. Oproti tomu se více jak 1/3 respondentů (36 %) domnívá, že se jedná o minimální problém a dalších 29 % respondentů je o tom také přesvědčeno. Vběhnutí na hrací plochu považuje 1/5 respondentů za nejzávažnější činnost a téměř další 1/4 respondentů (24 %) uvedla, že se jedná o značný problém (tabulka 5).

Přibližně stejných výsledků jsme zaznamenali při používání pyrotechniky, 28 % respondentů se s ní setkala při méně

než 1/2 zápasů. Další 1/4 respondentů se s ní setkala na většině zápasů. 14 % respondentů se s odpalováním pyrotechniky setkává každý zápas. Více než 1/3 respondentů (35 %) se na většině zápasů setkala s vulgárním skandováním kotle, u vulgárních individuálních projevů se jedná skoro o 1/2 (47 %). S fyzickou agresí vůči fanouškům soupeře na stadionu se nikdy nesetkala více než 1/4 respondentů (27 %) a bezmála 1/2 respondentů (43 %) se s ní střetla na méně než 1/2 utkání. Fyzická agrese vůči PČR či security dosáhla obdobných výsledků, 52 % respondentů se s ní setkala na méně než 1/2 utkání, 28 % respondentů se s ní nesetkalo vůbec (tabulka 6).

Tabulka 5: Hodnocené aktivity sportovními diváky na fotbalových stadionech

domluvený chuligánský střet mimo stadion			vhazování předmětu na hrací plochu		demolování stadionu a další výtržnosti		projevy rasismu		pískání		vběhnutí na hrací plochu	
1	27	9 %	0	0 %	3	1 %	12	4 %	108	36 %	3	1 %
2	30	10 %	9	3 %	3	1 %	6	2 %	54	18 %	21	7 %
3	12	4 %	6	2 %	3	1 %	0	0 %	33	11 %	33	11 %
4	3	1 %	3	1 %	0	0 %	3	1 %	21	7 %	21	7 %
5	24	8 %	12	4 %	3	1 %	15	5 %	36	12 %	33	11 %
6	12	4 %	3	1 %	6	2 %	18	6 %	21	7 %	30	10 %
7	21	7 %	39	13 %	6	2 %	9	3 %	9	3 %	24	8 %
8	27	9 %	45	15 %	24	8 %	30	10 %	12	4 %	45	15 %
9	42	14 %	75	25 %	36	12 %	45	15 %	0	0 %	27	9 %
10	99	33 %	105	35 %	213	72 %	159	54 %	3	1 %	60	20 %
												100
Σ	297	100 %	297	100 %	297	100 %	297	100 %	297	100 %	297	%

Zdroj: Vlastní zpracování, 2015.

Tabulka 6: Četnost výskytu negativních jevů na fotbalových zápasech

četnost výskytu aktivit na fotbalových zápasech	odpalování pyrotechniky		vulgární skandování kotle		vulgární individuální projev		fyzická agrese vůči fanouškům soupeře na stadionu		fyzická agrese vůči PČR či security	
	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento
každý zápas	42	14 %	54	18 %	84	28 %	9	3 %	6	2 %
méně než 1/2 zápasů	84	28 %	48	16 %	27	9 %	129	43 %	153	52 %
1/2 zápasů	51	17 %	75	25 %	30	10 %	36	12 %	39	13 %
většina zápasů	75	25 %	105	35 %	141	47 %	42	14 %	15	5 %
nikdy	45	15 %	15	5 %	15	5 %	81	27 %	84	28 %
Σ	297	100 %	297	100 %	297	100 %	297	100 %	297	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování, 2015.

S domluveným chuligánským střetem se téměř 1/2 respondentů (48 %) nikdy nesetkala. Alarmující je ale hodnota, že 29 % respondentů se s ním střetlo, i když se jedná o méně než 1/2 utkání. Taktéž vhazování předmětu na hrací plochu zaznamenala téměř 1/2 respondentů (42 %), podobné výsledky jsme zaznamenali při demolování stadionu a dalších výtržnostech (47 %). Obě dvě uvedené

aktivity se dějí na méně než 1/2 utkání. Více než 1/3 respondentů (34 %) uvádí, že se s projevy rasismu nesetkala, naopak 37 % respondentů s těmito urážlivými výrazy setkala (méně než 1/2 zápasů). 2/3 respondentů se setkaly s pískáním na stadionu každý zápas, na většině zápasů dalších 19 % respondentů. Téměř 1/2 respondentů (46 %) se ještě nesetkala s vběhnutím na hrací plochu (tabulka 7).

Tabulka 7: Četnost výskytu negativních jevů na fotbalových zápasech

četnost aktivit na fotbalových zápasech	domluvený chuligánský střet mimo stadion		vhazování předmětu na hrací plochu		demolování stadionu a další výtržnosti		projevy rasismu		pískání		vběhnutí na hrací plochu	
	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento
každý zápas	18	6%	18	6%	6	2%	18	6%	198	67%	9	3%
méně než 1/2 zápasů	87	29%	126	42%	141	47%	111	37%	12	4%	114	38%
1/2 zápasů	36	12%	66	22%	39	13%	48	16%	27	9%	33	11%
většina zápasů	12	4%	48	16%	18	6%	18	6%	57	19%	3	1%
nikdy	144	48%	39	13%	93	31%	102	34%	3	1%	138	46%
Σ	297	100%	297	100%	297	100%	297	100%	297	100%	297	100%

Zdroj: Vlastní zpracování, 2015.

ZÁVĚR

Fotbalové kluby a pořadatelé se dívají na sportovního diváka v první řadě jako na ekonomický faktor. Je důležité si uvědomit, že jsou také zodpovědní za práci se sportovními diváky. Podle našeho názoru by se fotbalové kluby a média měly více zaměřit na vzdělávacím procesu ve vysílání, podporu fair play a kriticky hodnotit násilí. Cílem příspěvku bylo analyzovat názory a zkušenosti sportovních diváků, které se týkají chování a násilí na fotbalových stadionech v České republice. V souvislosti s řešenou problematikou a v návaznosti na cíl jsme stanovili výzkumnou otázku, a to:

Které projevy považují sportovní diváci na fotbalových stadionech za nejvíce závažné?

V naší pilotní studii jsme zjistili, že téměř 4/3 respondentů (72 %) považuje za nejvíce závažnou aktivitu demolování stadionu a další výtržnosti a pouze necelá třetina respondentů (31 %) se nesetkala s ničením stadionu a dalšími výtržnostmi. Za další nejvíce závažný projev označilo 70 % respondentů fyzickou agresi vůči fanouškům soupeře na stadionu a vůči Policii České republiky (64 %). Také na základě výsledků pilotní studie shledáváme, že sportovní diváci mladšího věku (do 23 let) jsou tolerantnější k sociálně negativním jevům v okolí stadionu, což potvrzuje Slepíčka a kol. (2010), kteří prováděli výzkum na počtu 5 629 diváků.

Abychom se setkávali čím dál tím méně se sociálně negativními jevy na tribunách

i v okolí stadionů, je více než žádoucí, aby se nyní dostatečně využívala všechna existující preventivní opatření. V současné době se na stadionech prodává pouze nealkoholické pivo, jsou oddělené sektory či tribuny pro skalní fanoušky (kotle), u rizikovějších utkání se prodávají vstupenky na občanský průkaz, osobní prohlídky bývají důkladnější apod. Do budoucna se také uvažuje o adresném ticketingu i kamerovém systému. Za nejdůležitější typ prevence fotbalového násilí však považujeme prevenci sociální, s jejíž pomocí lze zachytit nové příchozí fanoušky i eventuální chuligány. Záměrem je nasměrovat tyto osoby k pozitivnímu fandění, tj. bez násilí, skupinových i individuálních vulgarismů, rasistických urážek apod.


LITERATURA

- [1] DUKE, V. Perestroika in progress? The case of spectator sports in Czechoslovakia. *British Journal of Sociology*. 1990. Vol. 41., No. 2, pp 145-56.
- [2] FREYER, 2006. *Tourismus – Einführung in die Fremdenverkehrsökonomie*. Munich: Oldenbourg, 2006. 584 p. ISBN 3-486-57874-X.
- [3] FROSDICK, S.; MARSH, P. *Football Hooliganism*. Willan Publishing. 2005. 216 p. ISBN 1-84392-129-4.
- [4] KOTLÍK, K.; SLEPIČKA, P.; LANDA, P. Regionální aspekty sportovního diváctví. *Tělesná kultura*. Olomouc. 2009. Vol. 32, No. 1, pp 56-72. ISSN 1211-6521
- [5] MAREŠ, M.; SMOLÍK, J.; SUCHÁNEK, M. *Fotbaloví chuligáni: evropská dimenze subkultury*. Brno: Centrum strategických studií a Barrister & Pricipal. 2004. 181 s. ISBN 80-903333-0-3.
- [6] SEKOT, A. Úvod do sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita. 2010. 194 s. ISBN 978-80-210-5261-1.
- [7] SEKOT, A. *Sociologie sportu: Aktuální problémy*. Brno: Masarykova univerzita. 2013. 190 s. ISBN 978-80-210-6181-1.
- [8] SLEPIČKA, P. *Sportovní diváctví*. 1990. Praha: Olympia. 213 s. ISBN 80-7033-012-0.
- [9] SLEPIČKA, P.; MUDRÁK, J.; ŠIŠKA, P. Psychosociální aspekty agrese ve sportu. *Czech Kinanthropology*, Prague. 2012. Vol. 16, No. 2, pp 11-21. ISSN 1211-9261.
- [10] SLEPIČKA, P.; SLEPIČKOVÁ, I.; KOTLÍK, K.; LANDA, P. *Divácká reflexe sportu*. Univerzita Karlova: Karolinum. 2010. 182 s. ISBN 978-80-246-1838-8.
- [11] SMOLÍK, J. *Fotbalové chuligánství. Historie, teorie a politizace fenoménu*. Karlovy Vary: Zdeněk Plachý. 2008. 280 s. ISBN 978-80-903556-3-7.
- [12] The Issue of Football Spectatorship in the Czech Republic

THE ISSUE OF FOOTBALL SPECTATORSHIP IN THE CZECH REPUBLIC

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Ing. Petr Scholz, DiS.
Masarykova univerzita
Fakulta sportovních studií
Kamenice 5, 625 00 Brno
E-mail: petr.scholz@mail.muni.cz



ABSTRACT

Football is a phenomenon of the last decades and also due to fans it could become the most popular sport in the world throughout its history. In this context, we realize that the rapid development of sport itself has brought problems and complicated relationships, especially at the professional level. Football clubs and organizers look at the sports spectator primarily as an economic factor. The aim of this paper is to identify experiences and opinions of sports spectators on the issue which are attending football matches in the Czech Republic.

A survey was performed in 2014 and 2015, with data collected from sports spectators ($n = 297$) aged $28,6 \pm 6,8$ years old. The paper used quantitative research, methods of analysis and synthesis, mathematical and statistical methods. The pilot study shows that sports spectators find a problem with physical aggression, firing of pyrotechnics, vulgar chants etc. Almost three quarters of respondents (72 %) agree that demolishing stadiums and other riots are very serious activities.

KEYWORDS:

aggression, behavior of sports spectators, football, football hooliganism

VLIV POHYBOVÉ INTERVENCE NA STUDENTY VŠPJ

PAVLA ERBENOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

BOHUMÍR MACHOVEC
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Důležitost a potřeba pohybové aktivity (PA) je proklamována v mnoha populárních i odborných publikacích, přesto však má běžná populace pohybu stále méně, narůstá výskyt obezity a civilizačních nemocí, které jsou v přímé souvislosti právě s životním stylem a pohybovou aktivitou. Následující příspěvek se pokouší monitorovat kvantitu pohybové aktivity vybrané skupiny vysokoškolské populace pomocí standardizovaného dotazníku IPAQ v souvislosti s některými dalšími faktory (BMI, body image či fyzická kondice). Výzkum byl realizován v průběhu desetitýdenního intervenčního pohybového programu (volitelný předmět kondiční cvičení a aerobic). Výsledky prokázaly pozitivní vliv programu na zvýšení fyzické kondice probandů, přestože pohybová intervence probíhala v poměrně krátkém časovém rozmezí. Také celková kvantita pohybové aktivity u probandů během monitorovaného období vzrostla. Zvýšení hodnoty tohoto faktoru sice nebylo hlavním cílem šetření, ale může být považováno za zajímavý pozitivní vedlejší efekt pohybové intervence.

KLÍČOVÁ SLOVA:

pohybová intervence, BMI, IPAQ, Body image, fyzická kondice

ÚVOD

„Sport a zdravá životospráva jsou jako prostředek korekce tělesných proporcí i duševní vyrovnanosti nezastupitelné“ a měly by mít místo v průběhu celého života každého jedince (Fialová, 2007, p. 46). Ne jinak by tomu mělo být i v prostředí vysokoškolského života každého studenta. Cepková a Zvonař (2014) na základě svého výzkumu postury a s ní úzce související tělesné zdatnosti vysokoškolských studentů konstatují, že „studenti mají průměrnou zdatnost a ve většině případů správnou posturu. Pozorujeme však trend, že se se zvyšujícím ročníkem postura studentů zhoršuje“. Také proto je důležité motivovat studenty k PA po celou dobu jejich působení na vysoké škole. Náročnost studia se stále zvyšuje, ale naopak prostor k možné kompenzaci duševní zátěže a aktivní relaxaci nejenom prostřednictvím pohybových aktivit se hledá stále hůře. Příčinou není pouze nedostatek volného času nebo okamžitá dostupnost pohybových aktivit. Na vině je také snižující se zájem o pohybovou kulturu a nízká uvědomělost jednotlivců v oblasti zmiňované prospěšnosti a potřeby aktivního odpočinku. Trudeau a Shepard (2008) poukazují na z mnohých studií plynoucí velice zajímavý fakt, že kvalita akademického vzdělání se nezvyšuje, je-li tělesná aktivita nahrazena jinými předměty. Naopak často pozorovaným efektem redukování PA bývají negativní vlivy na zdraví studentů. Rozporuplnost lze také nalézt ve směřování odpovědnosti za zdravý životní styl a jeho podstatnou komponentu PA. Zda je na jednotlivcích (studentech) a rodinách či státu a systému

(Vysoká škola), který má zajistit dostatečné množství PA nebo spíše nezbytnost PA v denním a týdenním režimu. Problémem může být i modernost a „trendovost“ některých druhů PA, které vysoká škola (VŠ) nemůže z mnoha důvodů poskytnout. Jako další limitující faktor můžeme uvést i finanční stránku provozování PA.

„Aktivní pohyb je základním projevem života, probíhá podle fyzikálních zákonů a je účelově řízen nervovou soustavou reagující na podněty z vnitřního i zevního prostředí. Účel pohybu je ovlivněn nejen potřebami organismu pro udržení jeho integrity, ale i psychickými funkcemi (Véle, 2006, p. 17).

Přestože pohyb podle Marinova et al. (2012, p. 15) opravdu patří k základním biologickým projevům a potřebám lidského organismu, současná populace jej má v důsledku vědecko-technického rozvoje a změn životního stylu stále větší nedostatek. Potřeba pohybu se však z hlediska genetické vybavení jedince nemění. „Potřeba pohybu zůstává, ale skutečná realizace je nedostatečná a znamená deficit, který s sebou přináší řadu komplikací. Přibližně pouze třetina lidí se věnuje sportu soustavně a dlouhodobě, třetina příležitostně a až třetina nesportuje téměř vůbec.“ (Hainer et al., 2004, p. 212). Z výsledků práce Valjenta (2010, p. 25) zaměřené na vysokoškolskou populaci vyplývá, že „studenti vyšších ročníků se věnují pohybové aktivitě častěji, než studenti nastupující do 1. ročníku studia“. Tento fakt může mít příčinu v postupné adaptaci studentů ze středoškolského na vysokoškolský systém vzdělávání.

Zvýšený zájem o PA v dalších letech studia nasvědčuje tomu, že určitá část studentů chápe a vnímá sport jako nezbytnou součást zdravého životního stylu „Ke sportu je více přitahují takové motivy jako „rozvoj osobnosti, charakteru, morálně volných vlastností“, „relaxace, kompenzace, snižování tenze“ a „zdraví, fyzický vzhled“.

WHO prezentuje, že pravidelná fyzická aktivita pomáhá udržovat zdravé tělo a že by lidé měli aktivně provozovat fyzické aktivity odpovídající úrovni v průběhu celého života. Konkrétně pak WHO uvádí, že fyzická nečinnost je čtvrtým nejčastějším rizikovým faktorem úmrtnosti. Celosvětově se 6 % úmrtí přičítá fyzické nečinnosti, která je navíc hlavní příčinou zdravotních komplikací přibližně 21–25 % rakoviny prsu a tlustého střeva, 27 % cukrovky a 30 % ischemické choroby srdeční. O'Rourke & Lawrence (2000) uvádějí, že si federální vláda Spojených států amerických uvědomila, jak tristní je snižování tělovýchovných programů na základních a středních školách, a nyní zahajuje programy na podporu zvýšení fyzické aktivity u mladistvých a dospělých, neboť identifikovala pohybovou aktivitu (PA) jako jeden z hlavních faktorů přispívajících ke zdraví populace. Vzala na vědomí souvislost mezi nedostatkem pohybu a obezitou, vedoucí k dalším zdravotním problémům.

Podle Svačinové & Matoulka (2010, pp. 1071–1072) je fyzická aktivita stěžejní součástí léčby obezity, která je mnohdy opomíjena. Zdůrazňují význam PA jako nejkompexnějšího, univerzálního prostředku primární i sekundární prevence,

kteřý ovlivňuje řadu rizikových faktorů najednou. Energetický výdej v průběhu PA je ovlivněn intenzitou, frekvencí a dobou trvání. Intenzita PA by měla být v aerobním pásmu, tedy mezi 50–70 % VO₂max nebo 60–70 SFmax, což je střední až vyšší intenzita. Trvání a frekvence PA pak denně 60 min či 3–4krát týdně aerobní cvičení po dobu 45 minut.

Aerobní aktivitu jako důležitou součást redukčního programu schvaluje i Bukovský (2009, p. 152), ale doplňuje, že přiměřená svalová cvičení (posilování) mají významnější a dlouhotrvající efekt.

„Na pohyb nelze nahlížet pouze jako na prostředek ovlivňující fyzické zdraví a kondici, ale je třeba si uvědomit jeho další hodnoty. Krom účinků socializačních a komunikačních jsou to účinky psychoregenerační, psychoregulační a psychorelaxační, které příznivě působí na duševní stav člověka, neboť jsou prevencí stresu, negativních emocí a jiných nežádoucích jevů. Cíleně prováděný aktivní pohyb by se proto měl stát nezbytnou součástí životního stylu dnešního člověka, jeho denního režimu.“ (Machová & Kubátová, 2009, p. 58).

METODY

Příspěvek se pokouší zhodnotit vliv pohybové aktivity v desetitýdenním kurzu kondičního cvičení studentů VŠ v letním semestru 2014. Pro naše účely byl zvolen experimentální plán s použitím pretestu a posttestu. Jako nezávislá proměnná byl stanoven intervenční pohybový program. Závislé proměnné

jsou antropometrické ukazatele – tělesná hmotnost (kg), BMI (kg/m²); psychický stav – vnímání a hodnocení vlastního těla (siluety lidských postav); fyzická kondice (test kondice 2 minuty, test síly břišního svalstva 1 minuta); množství pohybové aktivity (IPAG). Statistická významnost zjištěných dat byla ověřována neparametrickým Wilcoxonovým párovým testem, na 5% hladině významnosti.

POSTOJ K VLASTNÍMU TĚLU

K celkové životní spokojenosti nutně patří realistické vnímání sebe sama a adekvátní postoj k vlastnímu tělu. Tyto pojmy se vzájemně determinují. Sebepojetí je podle Blatného (2010, p. 107) „souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová.“ Souvisejícím pojmem s vnímáním vlastního těla je body image. Stackeová (2011, p. 58) ji definuje jako „mentální reprezentaci vlastního těla, tzn. představa o jeho rozměrech jako celku, o rozměrech jednotlivých částí a vztahu k tělu jako celku i k jeho jednotlivým částem. Pojem body-esteem pak vyjadřuje hodnocení vlastního těla.“

Pojem body image znamená více než fyzický vzhled, krásu a atraktivitu. Jedná se o komplexní mentální reprezentaci sebe sama, která zpětně ovlivňuje pocity, chování, sebevědomí a celkovou psychiku každého jedince. Jak uvádí Garner (1997), naše vnímání těla, pocity a přesvědčení řídí také naše životy – s kým se setkáváme, výběr našeho životního partnera, vzájemné vazby nebo náš dennodenní komfort žití. Naše tělo je jako osobní billboard působící na ostatní mnohdy pouze prvním dojmem.

Přímou souvislost, vztah a význam pohybových aktivit pro tělesné sebepojetí dokládá ve své práci Fialová (2007, p. 46) a tvrdí, „že sport prokazatelně ovlivňuje sebehodnocení a spokojenost. „Aktivní lidé bývají spokojenější se svým vzhledem, zdatností i zdravím, trpí méně psychosomatickými obtížemi a jejich pozitivní tělesné sebepojetí ovlivňuje příznivě i celkový odraz o vlastní osobě“.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumným souborem byla skupina studentek všech studijních oborů prezenčního studia VŠPJ (n=37; prům. věk 20,4; prům. BMI 20,8 - tedy normální hmotnost), které absolvovaly semestrální sport kondiční cvičení či aerobic (volitelné předměty VŠPJ). Skupina pro výzkum byla určena stratifikovaným výběrem, kdy relevantními znaky pro výběr probandů bylo vlastní dobrovolné rozhodnutí o změně tělesné kondice nebo životního stylu. Skupina probandek byla zvolena podle záměrného výběru, který není tím nejlepším, ale jediným dostupným při našich určených relevantních znacích. Pro kvantitativní zpracování dat byli do výzkumného souboru zařazeni probandi, kteří se účastnili alespoň poloviny lekcí. Probandi s menší účastí byli z výzkumného souboru vyřazeni, protože se domníváme, že nízká účast negativně ovlivní efekt kurzu a nebude vypovídající. Všech deset intervenčních cvičebních jednotek bylo v délce 90 minut rozdílného aerobně silového typu s odborným instruktorským vedením dozorujícím metodické, didaktické i bezpečnostní naplnění jednotlivých intervenčních jednotek.

METODY SBĚRU DAT

ANTROPOMETRICKÁ ŠETŘENÍ

Z antropometrických ukazatelů byla zjištěna tělesná výška a tělesná hmotnost a z nich následně vypočtena hodnota Body Mass Indexu (BMI). BMI se vypočítá dělením hmotnosti vyjádřené v kilogramech druhou mocninou výšky, která je vyjádřena v metrech (kg/m^2). Přestože BMI přesně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty, řada studií potvrdila jeho dobrou korelaci s obsahem tělesného tuku (Hainer, 2001, p. 16). Podle Machové & Kubátové (2009, p. 219) má nejtěsnější vztah tělesná hmotnost k tělesné výšce – se zvětšováním výšky roste i hmotnost. Kleinwächterová & Brázdová (2001, p. 34) doplňují, že index tělesné hmotnosti nejlépe koreluje s nemocností a úmrtností, a je tedy od druhé poloviny osmdesátých let ve světové literatuře vesměs nejpoužívanější.

Přes řadu negativ a výhrad, že BMI může odrážet zmnožení svalové hmoty namísto tukové tkáně, může být jednoduchým mezinárodním srovnávacím měřítkem a lze tak na základě BMI určit zdravotní rizika spojená s obezitou (Hainer et al. 1997, pp. 11–13). Při BMI 25–30 hovoříme o nadváze, která obvykle nepředstavuje vážnější zdravotní rizika. Podle rozsáhlých epidemiologických studií však vzestup BMI nad 27 obvykle vede k určitému nárůstu mortality. Od BMI nad 30 rozlišujeme obezitu I. stupně (BMI=30–34,9) nebo obezitu II. stupně (BMI=35–39,9), kde je vysoké riziko vzniku zdravotních komplikací. Při hodnotách BMI nad 40 již

hovoříme o těžké neboli morbidní obezitě, která je spojena s vysokými zdravotními riziky.

IPAG

Užito bylo mezinárodního standardizovaného dotazníku IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), který byl vytvořen ke sledování úrovně pohybové aktivity dospělé populace mezi 18. až 65. rokem života v různých sociálních prostředích (Craiq, Marshall, Sjöström, Bauman, Booth, Ainswoth, ...Oja, 2003). Pro tuto práci byla zvolena krátká administrativní verze. Ta hodnotí pohybovou frekvenci za uplynulých sedm dnů v sedmi otázkách. Dotazník kategorizuje probandy na nedostatečně aktivní (celková PA<600 MET-min/týden), minimálně aktivní (600–3000 MET-min/týden) a vysoce aktivní (>3000 MET-min/týden). Kdy MET je metabolická konstanta (násobek REE pro definovanou fyzickou aktivitu). Z anglické verze (www.ipaq.ki.se) vznikla česká verze centra kinantropologického výzkumu Univerzity Palackého (<http://www.cfkr.eu/ke-stazeni/>).

Součástí dotazníku byly i demografické a doplňující otázky zaměřené na antropometrické parametry a životní styl probandek.

TESTOVÁNÍ ÚROVNĚ TĚLESNÉ ZDATNOSTI

Nejen s ohledem na časové možnosti pohybové intervence byly vybrány následující testy podle Málkové (2007,

p. 126), které monitorovaly tělesnou zdatnost probandů:

Test chůze na místě – testování pohybové zdatnosti v aerobní oblasti (2 min)

Test hodnotí počet kroků v intervalu dvou minut, kdy koleno musí dosáhnout minimálně výšky kyčelního kloubu. Proband se v průběhu testu může přidržovat zdi. Tím dojde ke stabilizaci postoje a k vyloučení posunu z místa.

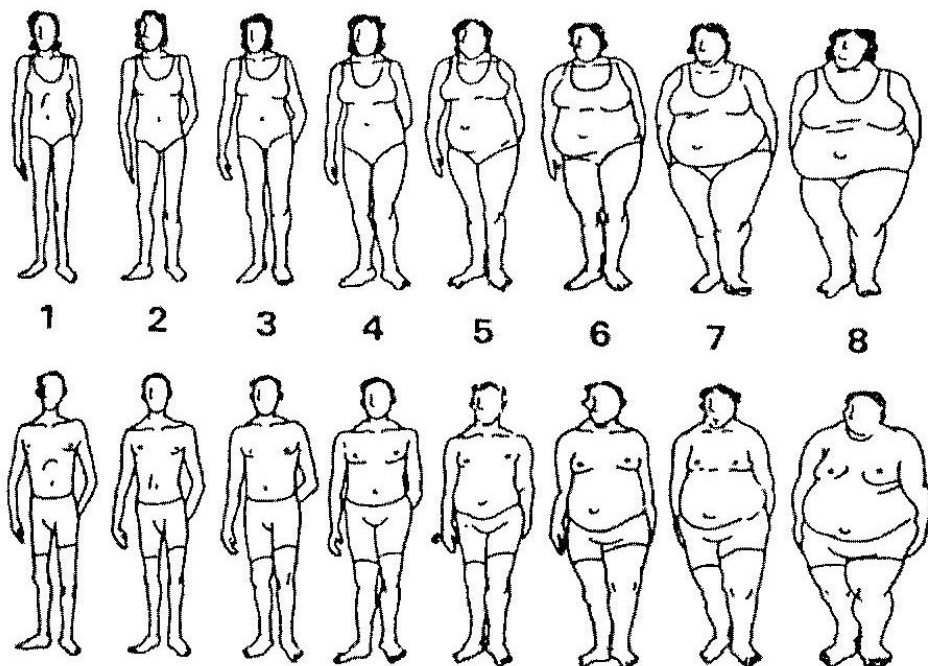
Test sed leh – zdatnost břišního svalstva (1 min)

Tento test hodnotí opakované přechody z lehu pokrčmo do sedu v provedení za 1 minutu.

SILUETY

„Technika siluety je jednou z nejužívanějších metod měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem.

Při uvedené technice jsou účastníkům předkládány siluety postav od velmi štíhlé až po velmi silnou. Dotazovaný vybírá obvykle tu siluetu, která se podobá jeho vlastní postavě, a potom siluetu, kterou považuje za ideální. Rozdíl mezi těmito dvěma postavami je považován za ukazatel míry nespokojenosti s vlastním tělem. Studie, používající tuto techniku, opakovaně prokázaly, že ženy volí jako ideální postavu štíhlejší, než je odhad jejich postavy“ (Grogan, 2000, p. 31). Součástí této techniky jsou kresby 8 dospělých chlapeckých a 8 dívčích postav od velmi štíhlé až po obézní. Fialová (2006, p. 63) však doplňuje, že k určení skutečného stavu je nutné přihlédnout např. k BMI. Je třeba zohlednit, zda odhady probandů odpovídají skutečnosti. Využita byla stupnice 8 siluet z publikace Fialové (2006, p. 62).



Obrázek 1: Siluety lidských postav k určení body image - vlastní a ideální postava (Zdroj: Fialová, 2006, p. 62).

VÝSLEDKY A DISKUSE

IPAG

Výsledky dotazníku množství a intenzity pohybové aktivity dokládají kladný vývoj trendu průměrných hodnot v desetitýdenním období studentů. Došlo k nárůstu intenzivní pohybové aktivity (o 60,6 MET-minut/týden), středně zatěžující pohybové aktivity (o 3,7 MET-minut/týden), chůze (o 66,5 MET-minut/týden) a tedy i celkového množství PA (o 130,8 MET-minut/týden, což je 11 %).

Vstupní i výstupní hodnoty množství pohybové aktivity můžeme podle metodiky IPAQ verbálně hodnotit jako střední úroveň pohybové aktivity (hodnoceno z celkového množství v MET-minut/týden). Ze statického hlediska ovšem výsledné hodnoty nelze považovat za statisticky významné, jelikož zjištěné testovací kritérium $w = 170$ je větší než příslušná tabulková kritická hodnota 89,5 na 5% hladině významnosti.

TEST SILOVĚ VYTRVALOSTNÍ ZDATNOSTI BŘÍŠNÍHO SVALSTVA

Při testování této schopnosti došlo k celkovému zlepšení naší skupiny o 13%, tedy cca o 3,7 cviku provedených v daném interval. Dle Wilcoxonova testu se jedná o statisticky významnou změnu (zjištěné testovací kritérium $w = 7,5$ splňuje podmínky významné změny na 5% hladině). Přesto se většina skupiny pohybovala na hranici průměrných až mírně nadprůměrných hodnot v porovnání s běžnou populací (určeno normami

testové baterie). Pouze u dvou studentů došlo k nepatrnému snížení výkonu a to o jedno respektive o dvě opakování.

TEST VYTRVALOSTI V OBLASTI AEROBNÍHO VÝKONU (CHŮZE NA MÍSTĚ, INTERVAL 2 MIN.)

V této oblasti se skupina celkově zlepšila o 5%, tj. 6,7 opakování. Rozptyl hodnot zde byl ovšem daleko větší než u předcházejícího testování. Zároveň došlo ke zhoršení výkonu celkem u 8 studentů. Tento fakt může být zapříčiněn rozdílným časovým intervalem u obou testů. U dvouminutového testu se kromě vlivu aktuální kondice zvyšuje podíl vůle a sebezapření, které jsou u každého jedince odlišné. Také v tomto testu se výstupní hodnoty skupiny statisticky významně od vstupních hodnot ($w = 97,5 < 137,1$, $p < 0,05$).

BODY IMAGE

K posunu v oblasti hodnocení vnímání vlastního těla došlo celkově k zanedbatelné změně o 0,1 bodu. Také ze statistického hlediska se jedná o nevýznamnou změnu ($w = 7 > 3,7$ pro $\alpha = 0,05$). Udrtivé většiny studentů ke změně nedošlo.

U dvou studentek došlo ke zhoršení vnímání vlastního těla o 1 respektive o 0,5 bodu. U 5ti testovaných student se naopak o 1 bod vlastní body image vylepšil. Kromě dvou probandů, všichni hodnotí své tělo hůře než je jejich ideální představa a jejich motivací je snaha o zpevnění těla případně odstranění nadbytečných kilogramů. Dvě

zmiňované probandky naopak vyvíjejí dlouhodobou snahu o navýšení svalové hmoty.

Tabulka 1: Souhrn výsledků (BMI, rozdíl v množství PA, Body image, kondiční testy)

Proband	BMI	Rozdíl vstup vs. výstup data Celkem MET-minut/týden	%	vstupní data - Body image	výstupní data - Body image	Rozdíl Body image	rozdíl - test 2 min	%	rozdíl - test 1 min	%
1	16,9	-540	-26%	1	1	0	-5	-4%	8	30%
2	16,6	50	6%	-1	-1	0	25	25%		0%
3	17,7	-180	-25%	1	1	0	-13	-10%	3	10%
4	21,3	0	0%	0	0	0	5	4%	4	11%
5	28,6	-600	-37%	2	2	0	8	7%	4	17%
6	19,6	510	71%	0	0	0	-3	-2%	8	33%
7	30,9	-200	-10%	2	2	0	15	12%	9	50%
8	19,8	1360	97%	2	1	1	1	1%	4	11%
9	19,8	-240	-19%	1	1	0	13	12%	7	25%
10	26,6	-10	-3%	2	2	0	7	6%	2	8%
11	22,1	-780	-39%	1	1	0	-10	-8%	2	6%
12	26,2	-150	-13%	1	0	1	-9	-7%	4	18%
13	19,3	-1515	-73%	1	0	1	10	8%	4	14%
14	21,6	-300	-31%	2	2	0	23	19%	2	10%
15	21,0	570	53%	1	1	0	1	1%	3	15%
16	23,6	-507	-35%	1	1	0	-12	-9%	-1	-6%
17	22,9	2040	131%	1	1	0	23	18%	7	26%
18	23,5	-180	-26%	2	1	1	10	8%	3	23%
19	23,5	735	83%	1,5	2	-0,5	-6	-4%	3	10%
20	27,0	1980	1366%	3	3	0	10	7%	2	8%
21	21,3	60	4%	1	0,5	0,5	11	8%	5	14%
22	18,2	-270	-37%	0	1	-1	22	22%	5	16%
23	14,6	540	16%	2	2	0	11	9%	2	6%
24	21,0	150	9%	1	1	0	7	6%	1	3%
25	22,0	0	0%	1	1	0	15	11%	5	11%
26	17,6	0	0%	-1	-1	0	6	5%	5	18%
27	20,8	565	110%	1	1	0	14	13%	2	7%
28	21,6	-30	-3%	1	1	0	19	16%	-2	-4%
29	18,1	170	32%	0	0	0	17	17%	4	11%
30	25,0	696	53%	2	1	1	-14	-13%	3	14%
	20,8	130,8	11%	1,1	1,0	0,1	6,7	5%	8,7	13%

Při porovnání probandů intervenčních pohybových programů mezi skupinami kondičního cvičení a aerobiku jsme shledali změny v množství pohybové aktivity dle IPAQ a body image.

Celková pohybová aktivita u probandů kondičního cvičení byla na střední úrovni (943,9 MET-minut/týden) a u probandů aerobiku taktéž (1177,4 MET-minut/týden), avšak

zatímco probandi volitelného sportu kondiční cvičení v průběhu deseti týdnů zvýšili své množství celkové pohybové aktivity o 4 %, u probandů aerobiku to bylo 32 %. Zda takto významnou změnu můžeme přisuzovat rozdílné obsahové náplni pohybové intervence a osobním preferencím probandů, nebo spíše ročnímu cyklu nebylo předmětem příspěvku. Dalším rozdílem mezi probandy jednotlivých skupin bylo i vnímání body image. Přestože změna v body image v průběhu desetitýdenní intervence byla u obou skupin kladná (rozdíl 0,1), u skupiny aerobiku je výrazně vyšší a kritičtější pohled na své tělo, a to i přesto, že průměrná BMI jsou u obou skupin v pásmu normální tělesné hmotnosti, viz tabulka 2.

Tabulka 2: Hodnoty body image u skupin kondičního cvičení a aerobiku

Body image	Vstupní data	Výstupní data	Rozdíl Body image
Kondiční cvičení	0,9	0,8	0,1
Aerobic	1,6	1,4	0,2

U fyzických testů můžeme konstatovat zlepšení obou skupin. Pouze u skupiny aerobiku došlo k pozitivnímu posunu ve výkonu síly břišního svalstva pouze o 2,9 provedení. Což podle našeho názoru odpovídá i náplni předmětu aerobic, kde je primární složkou intervence rozvoj aerobních schopností.

ZÁVĚR

Přestože průměrné výsledky deklarují střední stupeň pohybové aktivity již u vstupního hodnocení, shledáváme vzestup hodnot v množství PA jako pozitivní. Je zde tedy patrné, že PA v rámci VŠ přispívá ke zvýšení celkové PA v týdenním režimu studentů a tedy i k intervenci životního stylu.

Vývoj trendů sledovaných hodnot můžeme posuzovat jako pozitivní změny a to pouze v desetitýdenním kurzu intervenční pohybové aktivity. Významnými faktory jsou také nízký věk probandů (prům. 20.7 roku),

průměrná BMI v normálních hodnotách a dobrovolné rozhodnutí v účasti pohybové intervence. To můžeme vnímat jako pozitivní vztah k PA či snaha o změny ke zvýšení celkové PA. Společnost, školství ale i další instituce by se měly především soustředit na ovlivnění množství PA a životního stylu právě u osob, jejichž PA je nedostatečná a není součástí týdenního režimu.

Také vliv intervenčního programu na změnu úrovně fyzické zdatnosti v obou uvedených testech můžeme hodnotit pozitivně, v testu břišních svalů lze hovořit dle norem testové baterie i ze statistického hlediska o významné změně. K minimálním změnám došlo v oblasti vnímání vlastního těla. Problematika body image je poněkud rozsáhlejší a podílí se na ní více aspektů spojených s fyzickou, ale především psychickou stránkou každého jedince. Proto je logické, že významných změn lze dosáhnout v tak krátkém časovém intervalu pouze výjimečně navíc spíše

u osob, které se pohybují při vstupních měřeních spíše na koncích pomyslné stupnice hodnot vnímání vlastního těla. Podle minimálních změn v oblasti body image lze tedy konstatovat, že je patrná jistá mentální vyzrállost vysokoškolských studentů, která se může projevovat právě stálostí názoru na svou postavu. Cílem bylo prostřednictvím komentovaného cvičení a diskutování problematiky zdravého životního stylu vysokoškolských studentů pokusit se motivovat jednotlivce k zamyšlení nad vlastní osobou a nad vlastním životním stylem. Snahou nebylo za každou cenu zvyšovat množství pohybové aktivity i přesto, že v tomto směru jsou patrné často značné rezervy. Snahou bylo upozornit na souvislost mezi mírou pohybové aktivity a aktuální kondicí, spokojeností s vlastním tělem a celkovou životní spokojeností. Důraz je kladen na to, aby se každý jedinec ztotožnil s vlastním tělem, s jeho aktuálním stavem, a v případě potřeby hledal možnosti změnit pozitivním směrem jeho fungování. Pokusili jsme se pracovat na tom, aby každý reálně zhodnotil a uměl korigovat své vlastní nedostatky a v konečném důsledku byl se svou pohybovou aktivitou a individuálním body image ztotožněn, smířen a v ideálním případě spokojen.

Přikláníme se tedy k práci Valjenta (2010), kde je patrné, že i u vysokoškolských studentů (vypěstlost, vzdělání) má pohybová intervence vliv na životní styl, který může přetrvávat a být udržitelný i v pozdějším pracovním, obezitogenním prostředí a s nastupujícím rodinným životem.

LITERATURA

- [1] Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha, Czechia: Grada Publishing a.s.
- [2] Bukovský, I. (2009). *Hubnutí bez blbnutí – pravda a lži o dietách a detoxikaci*. Bratislava, Slovakia: AKV – Ambulancia klinickej výživy, s. r.o.
- [3] Cepková, A., Zvonař, M. (2014). Postura ve vztahu k tělesné zdatnosti studentů university. In *Aplikovaná antropomotorika II*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-6749-3
- [4] Craiq, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman A. E., Booth, M. L., Ainswoth, B. E. ...Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. In *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), pp. 1381–1395. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900694>
- [5] Fialová, L. (2006). *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha, Czechia: Grada Publishing a. s.
- [6] Fialová, L. (2007). Metody zkoumání nespokojenosti s vlastním tělem. In *Česká kinantropologie* (Vol. 11., č. 3, pp. 41–47). Praha, Czechia: Česká kinantropologická společnost.
- [7] Grogan, S. (2000). *Body Image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha, Czechia: Grada Publishing.
- [8] Hainer, V. (2001) *Obezita – minimum pro praxi*. Praha, Czechia: Triton.
- [9] Hainer, V., Bendlová, V., Flachs, P., Fried, Jackson-Leach, R., James, W. P. T. ... Wagenknecht, M. (2004). *Základy klinické obezitologie* (1st ed.). Praha, Czechia: Grada Publishing a.s.
- [10] Hainer, V., Janco, A., Kunešová, M., & Svačina, Š. (1997). *Obezita – Etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha, Czechia: Galén.
- [11] Kleinwächterové, H., & Brázdové, Z. (2001). *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjištění*. Brno, Czechia: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- [12] Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha, Czechia: Grada Publishing a.s.
- [13] Málková, I. (2007). *Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo*. Praha, Czechia: Smart Press.
- [14] Marinov, Z., Pastucha, D., Berčáková, U., Čepová, J., Divoká, J, Kalvachová, B. ... Zemková, D. (2012). *Praktická dětská obezitologie*. Praha, Czechia: Grada Publishing a. s.
- [15] O'Rourke, & Lawrence, M. (2000). Federal health goals target obesity, smoking, lack of physical activity.(NEWS). In *Star Tribune* (Minneapolis, MN). The Star Tribune Company. 2000. Retrieved from: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-62426427.html>

- [16] Svačinová, H., & Matoulek, M. (2010), Fyzická aktivita v léčbě obezity. In *Vnitřní lékařství 2010*; 56(10): pp. 1069-1073. Retrieved from: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/fyzicka-aktivita-v-lecbe-obezity-34830>
- [17] Ttrudea, F., & Shephard, R. (2008). Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. In *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2008*. Retrieved from: <http://ijbnpa.org/content/pdf/1479-5868-5-10.pdf>. ISSN 1479-5868.
- [18] Valjent, Z. (2010). Aktivní životní styl vysokoškoláků (studentů Fakulty elektrotechnické ČVUT v Praze (autoreferát disertační práce v oboru kinantropologie). Praha, Czechia: UK FTVS. Retrieved from: <http://www.ftvs.cuni.cz/FTVS-545-version1-valjent.pdf>
- [19] Véle, F. (2006). Kineziologie. Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch hybné soustavy (2nd ed.). Praha, Czechia: Triton.
- [20] WHO (2012). *10 facts on obesity*. Retrieved from: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/index.html>

AN IMPACT OF THE MOVEMENT INTERVENTION PROGRAM ON THE STUDENTS OF THE COLLEGE OF POLYTECHNICS JIHLAVA

ABSTRACT

An importance of movement activity is declared in many popular and scientific publications. In spite of this fact a common population suffers from a lack of an active motion and an appearance of obesity and a number of civilization deceases increase. This fact is directly connected with a life-style and a level of motion activity of the population groups. This paper tries to monitor a size of movement activity of a selected group of university students via the standardized questionnaire IPAQ supplemented with some other data (BMI, body image, or physical fitness). The research took ten weeks of the intervention movement program (optional subjects Fitness Exercise and Aerobic). The results displayed a positive effect on physical abilities of the probands, regardless of the short-time terms of the movement intervention program. The overall quantity of movement activity of the probands increased during the examined period. The elevation of this factor was not the main goal of the research but we can see it as an interesting positive side-effect of the movement intervention program.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra sportů
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: pavla.erbenova@vspj.cz

Mgr. Bohumír Machovec, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra sportů
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: bohumir.machovec@vspj.cz



KEYWORDS:

aggression, behavior of sports
spectators, football, football hooliganism

ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKÁCIE SESTRY S RODIČMI DETSKÉHO PACIENTA



IVICA GULÁŠOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

JÁN BREZA
DETSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA
S POLIKLINIKOU BRATISLAVA

LENKA GÖRNEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Správa z úst zdravotníka, že človek už nie je zdravý, nikoho nepoteší. O to viac je náročnejšia situácia v prípade chorého dieťaťa. Autorky analyzujú náročnosť komunikácie sestry s rodičmi detského pacienta, poukazujúc na základné atribúty uvedenej interakcie sestra – rodič, respektíve rodičia hospitalizovaného dieťaťa. Poukazujú na dôležitosť individuálneho psychologického prístupu sestry k hospitalizovanému dieťaťu, na rešpektovanie základných ľudských práv a práv hospitalizovaného dieťaťa, ako i na individuálny psychologický prístup sestry k rodičom hospitalizovaného dieťaťa. Ďalej približujú momenty, ako môže sestra účinne a efektívne, hlavne však ľudsky, s hlbokým citom pre mieru komunikovať s hospitalizovaným dieťaťom pri rôznych náročných situáciách počas hospitalizácie ako napríklad prípravu detského pacienta na vyšetrenia, na liečebný zákrok a na spoluprácu pri ich realizácii.

KLÍČOVÁ SLOVA:

komunikácia, interakcia, individuálny psychologický prístup, osobnosť sestry, osobnosť dieťaťa

ÚVOD

Skúsené sestry vedia, že všetko, čo sa pri ošetrovaní dieťaťa zanedbá, je na ňom vidieť. Keď sestra robí pre dieťa všetko ako profesionál, aj ako človek spúšťa kolobeh dobrých energií a sama z nich čerpá silu, pozitívnu energiu. „Práve tak ako by ste sa nemali snažiť liečiť oči bez hlavy alebo hlavu bez tela, nemali by ste liečiť telo bez duše“. Dieťa, ktoré zostáva v nemocnici samo, by malo od sestier dostať čo najviac pozornosť láskavých dotykov a úsmevov.

Predkladaná problematika približuje základné etické aspekty komunikácie a individuálneho psychologického prístupu k detskému pacientovi:

- deti sa prijímajú do nemocnice len vtedy, keď im sa potrebná starostlivosť nemôže poskytnúť rovnako dobre doma alebo pri dennej hospitalizácii;
- deti v nemocnici majú vždy právo mať pri sebe rodičov alebo ich zástupcu;
- ubytovanie by sa malo poskytovať všetkým rodičom, pričom ich treba nabádať, aby ho prijali. Pre rodičov by to nemalo znamenať finančnú záťaž a nemali by mať ujmu na zárobku. Aby sa rodičia mohli podieľať na opatere svojho dieťaťa, mali by byť permanentne informovaní o činnosti oddelenia a mali by sa povzbudzovať k aktívnej účasti;
- deti i rodičia majú právo byť informovaní spôsobom zodpovedajúcim ich veku a úrovni chápania. Mali by byť prijaté opatrenia na zmiernenie fyzického

a emocionálneho stresu tak u dieťaťa, ako i u jeho rodičov;

- rodičia majú právo na informovanú účasť pri všetkých rozhodnutiach týkajúcich sa starostlivosti ich detí. Každé dieťa má byť chránené pred zbytočnou liečbou a výskumom;
- deti by sa mali ošetrovať spolu s deťmi rovnakých vývojových záujmov a nemali by sa prijímať na oddelenia dospelých;
- deti majú mať všetky podmienky na hry a oddych i na vyučovanie primerané ich veku a stavu a majú byť v prostredí účelne zariadenom a stimulujúcom, ktoré má uspokojovať ich potreby;
- o deti sa majú starať zdravotnícki pracovníci, ktorých vzdelanie a skúsenosti predurčujú reagovať na fyzické, emocionálne a vývinové požiadavky detí a ich rodín;
- kontinuita opatery by mala byť zabezpečená tímom starajúcich sa o deti;
- s deťmi sa má zaobchádzať s taktom a porozumením, pričom treba rešpektovať ich súkromie (UNESCO, 2007).

Výskumy ukázali, že dieťa zle znáša, ak sa s ním pri vyšetrowaní, aj keď nebolestivom, sestra ani lekár nerozprávajú. V tejto súvislosti sa nám vynára súčasne viacero etických dilem (Spaerman, 1994). Jednou z nich je: že nie všetko čo je správne pre dieťa z hľadiska zdravotnej starostlivosti a z hľadiska ochrany jeho psychickej a duševnej integrity je dobré a opačne – že nie všetko čo je dobré pre dieťa je aj správne. Úloha

povedať zľú správu rodičom dieťaťa alebo samotnému dieťaťu je veľmi ťažký oriešok aj pre erudovaného psychológa a detského lekára. Informovať dieťa o tom že trpí na závažné, život ohrozujúce ochorenie by sa malo riadiť rovnakými pravidlami ako u dospelých, samozrejme s prihliadnutím na mentálnu úroveň dieťaťa, úroveň jeho emočnej inteligencie, na jeho momentálny psychický stav a rodinné zázemie.

V tejto oblasti je veľa špecifických faktorov – dieťa reaguje inak ako dospelý, je na rodine oveľa závislejší ako dospelý hlavne po citovej a ekonomickej stránke, jednak vzhľadom na svoj vek, úroveň inteligencie, ktorá mu nie vždy „dokáže pomôcť“ pochopiť všetko čo sa sním momentálne deje v plnom rozsahu. Veľmi dôležitú ešte viac ako u dospelého pacienta zohráva skutočnosť ktorou je sociálne zázemie dieťaťa – t.j. rodina v ktorej dieťa vyrastá. Na druhej strane je problém ako oznámiť dieťaťu zľú správu o ochorení jeho rodiča – otca či matky a ďalej tiež ako oznámiť dieťaťu správu o tom že ich ochorenie je dedičné – že ho „zdedili“ po matke či po otcovi. Deti by sa nemali túto zľú správu dozvedieť nepriamo – napríklad od príbuzných alebo od niekoho kto je mimo ich rodiny. Povedať by im to mali ich rodičia. Na druhej strane túto zľú správu im môže povedať aj lekár po dohode s rodičmi a po ich písomnom súhlase.

Práve vhodnou komunikáciou odvádzame pozornosť dieťaťa od vyšetrenia. **Treba nechať dieťa hovoriť, čo si myslí, prečo ho to bolí, čo by bolo dobré urobiť, aby ho to nebolelo** (Gulášová, 2004). Dôležitý je individuálny prístup zohľadňujúci vek

dieťaťa, mieru informovanosti od rodičov a ďalšie okolnosti konkrétnej chvíle. Istotne je ľahšie o tom napísať, než reálne účinkovať v takej situácii. Hospitalizácia dieťaťa vyžaduje presun kompetencií rodičov na sestru, ktorá okrem toho v plnom rozsahu kompenzuje aj rolu súrodencov, kamarátov a podobne (Keidar, 2005). Dieťa od narodenia až po 15. – 18. rok je ľudský tvor, ktorý nie je schopný uvážene posúdiť svoje konanie a nevedomuje si nebezpečenstvo a možnosť úrazu. Vždy zaň zodpovedá dospelá osoba – rodič alebo človek, ktorému zodpovednosť preberá zdravotnícky personál zabezpečujúci komplexnú ošetrovateľskú a výchovnú starostlivosť. Starostlivosť organizuje vzhľadom na individuálne potreby dieťaťa (Gulášová, 2006, a.). Svojim správaním a konaním sa snaží o rýchlú a účinnú adaptáciu dieťaťa na nové a zároveň cudzie prostredie. Sestra pozitívne vplýva na dieťa už pri prijímaní do nemocnice. Počas pobytu prihliada na jeho individualitu, pričom berie do úvahy prostredie, v akom vyrastalo, vek a osobnosť dieťaťa a to najmä chorobu i dĺžku pobytu v nemocnici (Gulášová, 2004). Keďže príroda dopustila, že aj deti sú pacientmi, je na nás všetkých obhajovať ich práva, je to našou morálnou aj profesionálnou povinnosťou nielen v zdravotníckych zariadeniach ale všade (Munzarová, 2005). Sestra sa môže ako advokátka práv dieťaťa opierať a vychádzať zo všeobecne deklarovaných a platných zásad, ktoré sú zakotvené v Deklarácii práv dieťaťa.

Tiež v komunikácii s hospitalizovaným dieťaťom musí sestra brať do úvahy množstvo dôležitých faktorov. Cudzie

prostredie, neznáme tváre, k tomu bolesť, ktorá ochorenie sprevádza, vyvoláva u dieťaťa strach a nepredstaviteľnú úzkosť. **Hovorí sa, že dieťa nepotrebuje nič tak veľmi ako pocit istoty, bezpečia a lásky.** Láskovosťou, pokojným hlasom je možné vytvoriť priaznivú atmosféru na rozhovor. Je dôležité sa mu predstaviť krstným menom. Neponáhľať sa. Úsmev pomáha, ale nie posmešné vtipkovanie, pokým dieťa nepoznáme bližšie. Ak je dieťa hospitalizované s matkou, ľahšie znáša cudzie prostredie i všetky procedúry, ktoré sa ho dotýkajú. Dieťa, ktoré zostáva v nemocnici samo, je odkázané len na tím zdravotníkov, preto by mu mali venovať viac pozornosti, častejšie sa mu prihovárať, prečítať mu rozprávku, alebo len tak pobudnúť s ním a počúvať ho. Sestra by mala zistiť od rodičov, aké má dieťa zvyky, ktorú hračku má najradšej, ako ho doma oslovujú, čo rád jedáva (Gulášová, 2004). Vďaka týmto informáciám sa sestra rýchlejšie spriatelí s dieťaťom. Dôležité je pohľadkanie a úsmev. Bojí sa a niekedy sa aj rozplače, keď je sestra zamračená, alebo rýchlo rozhadzuje rukami. Príprava dieťaťa na výkon vyžaduje od sestry **komunikačnú zručnosť, empatiu a trpezlivosť.** Dieťa lepšie znáša bolesť, keď mu povieme, že to trochu bude bolieť, ako keď ho nasilu a proti jeho vôli presviedčame, že to vôbec nebude bolieť a zrazu to bolí veľmi. Je neprofesionálne, keď dieťa pri zákroku okrikujeme „...nerev, nefňukaj toľko, si ty ale zbabelec“ a podobne. Je to **prejav našej neschopnosti komunikovať s detskou dušou** (Gulášová, 2006, b.).

Vzdor je veľmi potrebný cit, má význam pri získavaní autonómie, ktorá sa prejavuje

v správaní sebadôverou., nezávislosťou a seba prijímaním. Nezávislosť má význam pre schopnosť ovládania prostredia a o toto sa pokúša už 18mesačné dieťa svojim negativizmom.

Pokojný prístup rodiča a sestry pri búrlivom vzdorovaní znamená zvládnutie situácie. **Krik, odmietanie dieťaťa je prejavom našej neschopnosti a slabosti, ktorú dieťa dokáže veľmi dobre využiť.** Empatia a láskavý prístup sestry sú v podmienkach nemocničného prostredia pre dieťa nevyhnutné (Gulášová, 2006, b.). Hospitalizácia sa spravidla nadhlo zapíše do pamäti dieťaťa. Závisí najmä od jej empatického prístupu, do akej miery dokáže zmierniť následky stresu na psychike dieťaťa. Hospitalizácia predstavuje pre dieťa závažné odtrhnutie od domova, stratu blízkych, rovesníkov, kamarátov a stratu pocitu bezpečia. To navyše znásobuje strach z očakávaných nepríjemných udalostí a bolestivých výkonov a procedúr. Adaptácia dieťaťa na nemocničné prostredie závisí od veku dieťaťa, od jeho osobnostných črt, od vzťahu rodiny k dieťaťu k jeho ochoreniu i k nemocnici, ale aj od toho, či bolo dieťa na hospitalizáciu vopred pripravené.

ZÁVER

Váž a cti si dieťa už od prvých dní, lebo už vtedy je človekom. Koľko lásky, porozumenia a starostlivosti prejavíme my k dieťaťu, raz keď budeme my starí a budeme potrebovať pomoc, tak oni nám to myslím, že toľko ba i trikrát viac vrátia. Dieťa, ktoré zostáva v nemocnici samo, by malo od sestier dostať čo najviac pozornosti, láskavých dotykov a úsmevov.

LITERATÚRA

- [1] GULÁŠOVÁ, I. 2004. *Psychologický prístup k hospitalizovanému detskému pacientovi*. Česko- slovenská pediatrie, roč. 59, č. 6/2004, str. 320 – 321. ISSN 0069-2328
- [2] GULÁŠOVÁ, I. 2006.a. *Etické aspekty komunikácie vo vzťahu pacient – sestra*. Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík. Ročník XII., 3/2006, str.123-127, ISSN 1335-5090
- [3] GULÁŠOVÁ, I. 2006.b. *Komunikácia v psychoterapii*. Lekárske listy. Ročník XI. č. 46/2006, str.37, ISSN 1335-4477
- [4] KEIDAR, D. 2005. *Classroom Communication. Use of Emotional Intelligence and Non-verbal Communication in Ethics Education and Medical Schools*. Faculty of Law, University of Haifa, Israel.2005.116p., ISBN 965-7077-29-X
- [5] LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha, Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1786-5
- [6] MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha, Grada. 2005, 153s., ISBN 80-247-1024-2
- [7] SPAEMAN, R. 1994. *Hovoríme o etike*. Bratislava, Lúč, Don Bosco, 1994, 71S., ISBN 80-85405-34-2
- [8] UNESCO. 2007. *Educating, Bioethics, Commitees*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Paris, 2007. 78p.

ETHICAL ASPECTS OF COMMUNICATION OF NURSES WITH THE PARENTS OF PAEDIATRIC PATIENT



ABSTRACT

Information from a medic that somebody is no longer healthy does not please anybody. It is particularly difficult in the situation of a child patient. The authors analyse the complexity of communication of nurse with parents of paediatric patient. The authors refer to the basic attributes of that interaction nurse - parent, respectively with parents of hospitalized child. They highlight the importance of individual psychological approach of nurse to hospitalized child, respect for fundamental human rights of hospitalized child, as well as individual psychological approach of nurses to parents of hospitalized child. Further they analyse moments when nurse should communicate effectively and efficiently, but especially humanely, with a deep sense of understanding to communicate with hospitalized child in various challenging situations during hospitalization, such as preparing of the child patient to examination, medical interventions and cooperation during their implementation.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: ivica.gulasova@vspj.cz

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Palackého č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava


MUDr. Ing. Ján Breza, PhD.
Detská Fakultná nemocnica
s poliklinikou Bratislava
Klinika pediatrickej urológie
Limbová 1, 833 40 Bratislava,
Slovenská republika
E-mail: jan.breza@dfnsp.sk

PhDr. Lenka Görnerová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

KEYWORDS:

communication, interaction, individual psychological approach, personality of nurse, child personality

NÁROČNOSŤ POZOROVANIA, ZDRAVOTNEJ A OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S DEPRESIOU



IVICA GULÁŠOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

JÁN BREZA
DETSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA
S POLIKLINIKOU BRATISLAVA

LENKA GÖRNEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Autori poukazujú na základné príznaky depresie s ich charakteristikou a prejavmi. Podrobne sa venujú depresívnej epizóde a jej somatickému syndrómu a napokon poskytujú rozbor diferenciálnej diagnózy. V závere upozorňujú na dostupné diagnostické a dokumentačné pomôcky.

KLÍČOVÁ SLOVA:

depresia, ošetrovateľská starostlivosť,
diferenciálna diagnostika, dokumentácia

ÚVOD

Depresia je duševné ochorenie spojené s viacerými problémami. Problémy vznikajú už pri stanovení diagnózy a trvajú pri stanovení spôsobu liečby a možných následkov depresie na osobnosť pacienta postihnutého depresiou či na jeho vzťahy s okolím. Problémom je už samotná definícia pojmu „depresie“. Termín depresia býva používaný príliš voľne príliš všeobecne pre popis celej škály duševných stavov a nálad. Používa sa napríklad pre označenie zlej nálady, krátkodobu a veľmi slabo zmeneného duševného stavu. Na popis veľmi vážneho duševného ochorenia, ktorou v skutočnosti depresia je, sa jej význam zužuje. Depresia je duševné ochorenie a znamená oveľa viac ako iba prechodné zhoršenie nálady. Pacienti, ktorí depresiou prekonali väčšinou prehlasujú že rovnako výstižne by ich problémy vystihovalo slovo zúfalstvo. Ale tiež dodávajú že žiadne slovo vraj podľa nich nemôže obsiahnuť hrôzu a pocity beznádeje a prázdnoty, ktoré v tom čase keď trpeli depresiou cítili. Depresia ovplyvňuje cítenie pacientov, náladu, duševné schopnosti a postoje, dokonca vnímanie vecí, iných ľudí ale predovšetkým seba samého.

PRÍČINY DEPRESIE

Sú viaceré, multifaktoriálne. Niektorí odborníci ich nazývajú ako tzv. „spúšťacie faktory“ ako napríklad princíp poslednej kvapky, okolnosti / traumatické udalosti ktoré negatívne zasiahli do ich života človeka – každý z nás má iný prah vulnerability a resiliencie.

(Smith, Naire, 1995). Popisujú sa **biogénne faktory**, ktoré zahŕňujú biochemické faktory, genetické faktory, **sociálne faktory** (zodpovednosť blízkych, vonkajšie okolnosti, prostredie - vplyv rodinného, pracovného, spoločenského prostredia), ekonomické faktory, kultúrne faktory, vplyv pohlavia na vznik ochorenia v súvislosti so sociálnymi rolami ktoré sa od neho očakávajú (muži – ženy, rozdielna situácia, rozdielne úlohy, očakávania, postavenie žien tzv. „zamlčané ústa“, depresia a premenštrálna tenzia, depresia a tehotenstvo, depresia a menopauza, postavenie mužov a iné). **Psychické faktory**, **niektorí odborníci ich nazývajú aj ako osobnostné faktory** (Smith, Naire, 1995), sa vo významnej miere podpisujú pod vznik depresií. Je to predovšetkým typ osobnosti človeka, jeho temperamentové vlastnosti, rizikovými sú veľmi tvorivé osobnosti, nevyrovnané osobnosti. Z **telesných príčin** ktoré môžu „naštartovať“ vznik depresívneho ochorenia sú pooperačné depresie, pôrod, lieky, nedostatok vitamínov a minerálnych látok a s tým možnosť spojenia hormonálnych porúch, alkoholizmus, alkoholizmus so súčasným požívaním liekov ako napríklad sedatíva, hypnotiká, drogy a podobne. Medzi najčastejšie somatické stavy spojené s depresiou patria:

kardiovaskulárne ochorenia, neurologické ochorenia, endokrinné ochorenia, reumatické ochorenia, malígne – onkologické ochorenia a nutričné ochorenia (Janosiková, Daviesová, 1999). Aj ročné obdobie môže mať vplyv na vznik depresívneho ochorenia.

Akýkoľvek pretrvávajúci a neriešený životný problém alebo opakujúce sa nepriaznivé situácie môžu vyvolať depresívny stav sprevádzaný pocitmi bezmocnosti, beznádeje, viny a apatie. Negatívny vzťah k sebe samému a k svetu sa „rodí“ v situáciách, ktoré zraňujú sebaúctu človeka. Sestra môže u pacienta s depresiou diagnostikovať sesterské diagnózy ako napríklad: narušená sebaúcta, chronicky nízka sebaúcta, situačne nízka sebaúcta, beznádej, bezmocnosť, narušený obraz tela, vulnabilita, úzkosť, zhoršené spoločenské interakcie, narušená verbálna komunikácia, narušená neverbálna komunikácia, nedostatočné zvládanie záťaže, nedostatočné individuálne zvládanie záťaže, sociálna izolácia a iné. Keďže sebaúcta je spojená s úspechom a uznaním, postavenie a tzv. „dobré meno“ sú pre šťastný život a pre duševné zdravie pre každého z nás veľmi dôležité. V prípade že absentuje vonkajšie ocenenie spoločenského postavenia, dobrej povesti, pocitu naplnenia životných úloh a výziev, zraniteľná osoba môže prežívať depresiú. Sú osoby, ktorých menej zaujíma ich spoločenské postavenie a viacej sa spoliehajú na vlastné pocity kompetencie a dôvery, dôveru však strácajú vtedy keď je ohrozená ich kompetencia. Sú osoby pre ktorých je dôležitejšia istota ako spoločenské postavenie a depresívnymi sa stávajú pri jej ohrození. Depresiú však môže vyvolať i strata snov a strata nádeje keď si človek uvedomí že jeho celoživotné snaženie sa a jeho ambície sa pravdepodobne nikdy nesplnia.

PRÍZNAKY DEPRESIE

Hlavnými príznakmi sú depresívna nálada, útlm myslenia, útlm psychomotoriky a aktivity. Depresívna nálada má rôzny odtieň (skľúčenosť, bezradnosť, pocity bezmocnosti, smútku, beznádeje, straty, opustenosti, osamelosti, vnútornej prázdnoty, nespokojnosti, viny, nenávidenosti, strachu a starostí, pocit straty citov k okoliu a odstupu od neho) a často sa kombinuje s anxióznou náladou, ktorá býva niekedy v popredí klinického obrazu.

Útlm myslenia sa prejavuje **spomalením a ochudobnením rečovej produkcie, reč je tichá**, monotónna. Pacienti odpovedajú po latenciách a **sú neiniciatívny pri rozhovore**, majú problémy s koncentráciou. Výraz tváre pacienta je smutný, plačlivý, ustarostený, stiahnuté ústne kútiky, prehĺbené vrásky, maskovito strnulá, niekedy aj nervózna alebo napätá mimika. Pacienti sú hypobulický, hypoaktívny a sú spomalené ich pohyby. Držanie tela je vysilené, sklonené. **Majú problémy s praktickým zvládaním každodenných požiadaviek** a bežných aktivít, **nevedia si čokoľvek naplánovať**. Aj najmenšie úlohy sa im zdajú byť zložité a nerealizovateľné, majú pocit stálej únavy. Nápadná je nechuť do činnosti, posedávanie či polihovanie, čo niekedy okolie hodnotí ako neochotu pracovať. Pri ťažkých depresiách môže byť zníženie aktivity až na úroveň stuporu. **Útlm myslenia, aktivity a psychomotoriky môže byť ale aj pri ťažkej depresii len mierny**. Niekedy (najmä vtedy, keď prevláda anxiózna nálada) je naopak agitovanosť.

Ďalšie symptómy sú: introvertnosť - pacienti sú uzavretí a málo sledujú okolité dianie. **Kontakt s druhými ľuďmi, a to aj s najbližšími, obmedzujú na minimum, a sú oslabené ich záujmy. Majú negatívny postoj voči sebe samému** (ako osobe, vlastným schopnostiam a vlastnému výzoru) **a k budúcnosti** (napr. imaginácia slepej uličky).

Typický je pre depresiu pesimizmus, permanentná sebakritika, sebazneisťovanie. Výrazne znížené sebavedomie, pocity insuficiencie vedú k pocitom viny, trpia **sebaobviňovaním**, k úplnému zneváženiu svojej osobnosti. Sprebujením pesimizmom, zvýšenou beznádejou a pocitmi psychickej bezmocnosti úzko súvisia myšlienky na to, že by bolo lepšie nebyť. **Myšlienky na sebevraždu** sú potom len dotiahnutím toho uvažovania. **Pacienti môžu mať bludné predstavy, pacient je presvedčený že nie je chorý, ale je neschopný** - insuficienčný blud, je vinný - autoakuzičný blud - zničil rodinu, alebo môžu mať nezmyselný obsah, napr. tvrdí, že zapríčil vyhynutie celých národov (Schimidbauer, 1994). Pri negačnom alebo nihilistickom blude pacient hovorí, že nežije, neexistuje, pri hypochondrickom trpí na nevyliciteľnú telesnú chorobu. Niekedy sú popri depresívnych bludoch aj bludy paranoidné. **Depresívne témy môžu mať ale aj reálny podklad.** Napr. pacient sa obviňuje, že sa rozviedol, že kradol, že niekomu veľmi ublížil tým, že ho krivo z niečoho obvinil alebo cielene ho v práci odpisoval na vedľajšiu koľaj a podobne.

K telesným príznakom patrí strata hmotnosti, zníženie chuti do jedla,

obstipácia, **úbytok libida**, u žien sa zistia poruchy menštruačného cyklu a iné vegetatívne ťažkosti (tlak v hlave, žalúdočné ťažkosti, problémy s trávením, xerostómia...). Častým symptómom je **porucha spánku**. Sťažené je zaspávanie, pacienti sa skoro zobúdzajú, spia prerušovane alebo majú pocit, že vôbec nespali. **Majú úzkostné sny** (Schimidbauer, 1994).

Pri najstaršej opisovanej forme, ktorá sa ešte aj dnes označuje historickým termínom **melanchólia** chýba kritický náhľad na chorobu a depresívne témy majú charakter bludu. Depresívna nálada je hlboká, neodkloniteľná, stav býva po celý deň ťažký, alebo sa pozoruje až večer čiastočné oživenie nálady a aktivity. Pri veľmi **hlbokom útlme sa pacienti pohybujú len minimálne, sú mutistický a nestravujú sa (stuporózna forma)**. Pri prevládání anxiózne nálady (**anxiózna forma**) najčastejšie býva psychomotorický nepokoj až agitovanosť. **Anxiózna nálada pacientov môže byť aj pri útlme, niekedy pri stuporóznej forme a vtedy je zreteľná jedine z mimiky** (Boleloucký, 1993). Agitovanosť môže prepuknúť aj náhle (dokonca u stuporóznych) ako výboj pri silnom emočnom napätí (**anxiózný raptus**). **Pacienti, ktorí nie sú utlmení, najmä anxiózní, sú viac ohrození suicídnom** (Robinson, David, 2000).

Pri **ľahšej forme depresie** je kritický náhľad choroby neporušený. Vedomie ovládajú depresívne témy (insuficienčné, autoakuzičné, hypochondrické a iné mikromanické), ktoré nemajú charakter bludu. **Pacienti sa cítia menej schopnými,**

málo užitočnými, majú obavy, že nezvládnu rôzne úkony, majú pocit viny za to, že sa nestarali o rodinu apod., pritom si uvedomujú, že sú chorí. Sú „bez nálady“, nevedia sa tešiť apod. Sťažujú si na nepríjemný trýznivý telesný pocit, slabosť, nedostatok vitality, nedostatok vôle a iniciatívy (hypobúlia). Pacienti sú trvalo ovládaní pesimistickými myšlienkami, obavami. **Typické je tzv. ranné pesimum** (symptómy sú výraznejšie ráno). Pacienti sú introvertovaní, majú depresívny mimický výraz, sú menej iniciatívny pri rozhovore, odpovedajú chudobnejšie, po latenciách, ale tieto prejavy môžu byť diskrétné (Novalis, P. et al., 1999). **Mnohokrát sa lekár a sestra dozvedia od príbuzných, že je rozdiel proti tomu, aký bol pacient pred ochorením, aby sa mohla spoľahlivo zhodnotiť chorobná zmena v jeho správaní a v prejavoch, ktoré lekár a sestra pozorujú.**

DEPRESÍVNA EPIZÓDA

1. Depresívna nálada v miere jednoznačne abnormálnej pre postihnutého, prítomná po väčšinu dňa, takmer každý deň, výraznejšie neovplyvnená vonkajšími okolnosťami a pretrvávajúca aspoň dva týždne (Schimidbauer, 1994).

Všetky ďalšie symptómy sa vzťahujú na spomínaný časový rámec.

2. strata záujmu alebo radosti z aktivít, ktoré sú normálne príjemné
3. pokles energie alebo zvýšená unaviteľnosť

4. strata sebadôvery a sebaúcty
5. neodôvodnené výčitky seba samému alebo výrazné a neprimerané pocity viny
6. vracajúce sa myšlienky na smrť či samovraždu alebo samovražedné správanie
7. sťažnosti o známky zníženej schopnosti myslieť alebo sústrediť sa, váhavosť alebo nerozhodnosť
8. zmena psychomotorickej aktivity s agitovanosťou alebo spomalením (subjektívne alebo objektívne)
9. poruchy spánku akéhokoľvek typu
10. strata alebo zvýšenie chuti do jedla so zodpovedujúcou zmenou hmotnosti

Zhodnotenie s pomocou symptómov (1) až (10) : Sú splnené nižšie uvedené kritéria ľahkej, stredne ťažkej alebo ťažkej epizódy?

Ľahká: spolu aspoň **4** zo symptómov (1) až (10), medzi nimi aspoň **2** zo symptómov (1) až (3)

Stredne ťažká: spolu aspoň **6** zo symptómov (1) až (10), medzi nimi aspoň **2** zo symptómov (1) až (3)

Ťažká: spolu aspoň **8** zo symptómov (1) až (10), medzi nimi aspoň **2** zo symptómov (1) až (3)

Depresívna epizóda pretrváva aspoň **2** týždne. Vylúč: hypomániu a mániu.

V prípade depresívnej epizódy alebo recidivujúcej depresívnej poruchy: určí, či sú splnené diagnostické kritéria pre „somatický syndróm“.

Aspoň 4 znaky z (1) až (8).

zreteľná strata záujmu alebo radosti z aktivít, ktoré sú za normálnych okolností príjemné znížená schopnosť emočne reagovať na udalosti a aktivity, ktoré normálne emočnú odozvu vyvolávajú skoré ranné prebúdzenie dve alebo viac hodín pred obvyklým časom vstávania ranné prehĺbenie depresie objektívne poukazy na výraznú psychomotorickú inhibíciu alebo agitovanosť (spozorované, resp. referované inými osobami) zreteľná strata chuti do jedla hmotnostný úbytok (5 % alebo viac v poslednom mesiaci) zreteľná strata libida (Schimidbauer, 1994).

Ak je prítomná zreteľne depresívna symptomatika a zároveň nie sú použiteľné, respektíve výstižné vyššie uvedené diagnostické kategórie, je ako zostavkovú kategóriu napokon ešte možné diagnostikovať „inú, resp. bližšie nešpecifikovanú depresívnu poruchu“. V prípade, že depresívne symptómy úzko súvisia so smrťou blízkej, milovanej osoby, pokladajú sa za sociálne očakávaný a normálny „smútok“ a nie za poruchu s chorobnou kvalitou. Až keď smútková reakcia nezmenená pretrváva viac mesiacov (zhruba vyše 6 mesiacov), považuje sa za abnormálnu (Riemann, 1999).

Smútok, sebaneistota, rezignácia, dysfória a výskyt jednotlivých depresívnych symptómov **neznamená ešte prítomnosť afektívnej poruchy**. Na druhej strane jestvujú početné štúdie, ktoré ukazujú, že **depresie bývajú vyjadrené pri telesných ochoreniach, somatických poruchách, zneužívaní psychotropných látok alebo závislosti na nich, endokrinných a imunologických poruchách, cerebrálnych atrofiách ako aj neurologických ochoreniach** (Blankovi, 1992). Podľa niektorých odhadov 15 - 20 % pacientov praxe praktického lekára trpí na spravidla nerozpoznanú depresiu, v rámci čoho nie sú, prípadne sú nesprávne liečený, čím sa prispieva k chronifikácii poruchy. Najskôr treba pri diferenciálnej diagnostike depresie vylúčiť podmienenosť zreteľne depresívnej nálady telesným ochorením (ako napr. zníženou funkciou štítnej žľazy, určitými dysfunkciami atď.). Vzhľadom na to je vždy nevyhnutné dôkladné lekárske, prístrojové a laboratórne zhodnotenie (Možný, Praško, 1999). **Ďalej treba zvážiť priamy účinok liekov, drog a alkoholu, ktorého dôsledkom môže byť depresívny obraz**. Z tohto hľadiska nadobúdajú diagnostický význam zvlášť s pokročilejším vekom hoci aj predpisované medikamenty (napr. antihypertenzíva).

Okrem toho je v prípade vyjadrenia **psychotických príznakov** dôležité odlíšenie od **schizofrénnej či schizoafektívnej poruchy**. Depresie sa však môžu vyskytovať paralelne s inými psychickými

poruchami, môžu na ne nadväzovať, alebo im predchádzať a treba ich v prípade prítomnosti náležitých kritérií popri týchto iných poruchách aj diagnostikovať (multiplexné diagnózy, komorbidita).

POSUDZOVANIE SESTROU

Podrobné posudzovanie pacientových problémov trpiaceho depresiou by sa malo zamerať hlavne na fyziologické, psychické, kognitívne a ďalšie problémy u pacienta. Klinické prejavy depresívnych pacientov znamenajú výzvu pre sestru, ktorá pripúšťa, že každé správanie má svoj význam a zámer, aj keď je na pohľad samoučelné. Pri posudzovaní depresívneho pacienta by mala sestra „preniknúť“ za vonkajšie prejavy pacienta a brať do úvahy všetky možné aspekty. Keďže sprievodným javom mnohých somatických ochorení (napríklad karcinómov, cerebrovaskulárnych príhod, malnutrície, anémie, hypotyreoidizmu či sclerosis multiplex) sú poruchy nálad a afektov, bolo by zo strany sestry nerozumné uzavrieť, že porucha nálady či už by sa jednalo o depresívnu alebo manickú poruchu nálady, má psychogénny pôvod, pokiaľ sa neurobí dôkladné lekárske vyšetrenie. V tomto prípade by sestra prekročila rámec svojich kompetencií, ktoré spadajú do rúk lekára – psychiatra.

Sestra môže vypozerovať že pacienti môžu mať kognitívne poruchy ako napríklad: problémy s učením, poruchy pamäti, opakujúce sa myslenie /prilipnuté, obsedantné.../, deficit v spracovávaní prijatého obsahu správ alebo vlastných

myšlienok /sestra by im to mala zjednodušiť/, negatívne vnímanie (sami akoby vyhľadávali negatívne postoje, názory, tzv. negativizmus), regresívne tendencie. Sestra môže zdiagnotikovať tzv. kognitívnu triádu depresie:

negatívny pohľad na seba
negatívny pohľad na svet
negatívny pohľad na budúcnosť
(Janosiková, Daviesová, 1999)

Vypozerovať prejavy depresie je pre sestru veľmi náročná oblasť ošetrovateľskej starostlivosti. Celkovo by mala sestra svoju pozornosť sústrediť na primárne a sekundárne prejavy depresie u svojho pacienta/pacientov. Z primárnych prejavov depresie sa jedná predovšetkým už o spomínané prejavy ako napríklad: beznádej, bezmocnosť, apatia, anhedónia, asténia, pocity viny, hĺbanie, pocity insuficiencie, únava, neschopnosť koncentrácie. Zo sekundárnych prejavov depresie sa jedná predovšetkým o poruchy spánku (hypersomnia alebo insomnia), trávacie ťažkosti, zmena hmotnosti (obyčajne sa jedná o úbytok - ako dopad sesterskej diagnózy príjem menší ako potreba- anorexia v súvislosti s omietaním všetkého dobrého), strata libida, suicidiálne ideácie, hrozby alebo aj pokusy, hypochondrické bludy, nerozhodnosť, motorická agitácia, alebo naopak retardácia, bludy prenasledovania a iné.

ZÁVER

K diagnostike ochorenia, k posúdeniu jej závažnosti, k dokumentácií jej priebehu, resp. zmien stavu a k diagnostik asociovaných príznakov sú k dispozícii početné reliabilné a objektívne meracie inštrumenty, štruktúrované či štandardizované interview, psychologické testy, dotazníky a škály, subjektívne a objektívne hodnotené záznamové schémy. Okrem toho jestvujú schémy pre analýzy problémov, cieľové škálovania, protokoly pre pozorovanie a materiály, ktoré boli vyvinuté k terapeutickým účelom a ktoré sú taktiež vhodnými dokumentačnými pomôckami.

Mnohí depresívni pacienti sa zvyčajne poddávajú svojej situácii a rezignujú. Tieto pocity možno zmierniť použitím Beckovho kognitívneho prístupu na korekciu skreslení u pacienta. Od sestry je potrebná stálosť napríklad v schopnosti tolerovať hnev bez toho, aby sa ona sama nahnevala na pacienta. Vhodným prostriedkom na sledovanie vývoja depresie u depresívneho pacienta je zaznamenávanie jeho účasti na sebaopatere a rozhodovaní.

Klinický prejav prejavovaný depresívnymi pacientmi nie je nikdy uniformný. Pri zostavovaní plánu ošetrovateľskej starostlivosti by mala sestra brať do úvahy individuálne prejavy pacienta a jeho správanie. Cieľom by malo byť dosiahnutie spolupráce s pacientom, no neraz si musí sestra na aktívnu účasť pacienta počkať rôznu dlhú dobu čo vyžaduje od nej veľkú dávku trpezlivosti.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- [1] BLANKOVI, G. 1992. *Ego – psychologie. Teorie a praxe*. Psychoanalztické nakladatelství Jirí Kocourek. Praha, 1992
- [2] BOLELOUCKÝ, J. 1993. *Hraniční satvy v psychiatrii*. Praha. Grada, 1993
- [3] JANOSIKOVÁ, E., H., DAVIESOVÁ, J., L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin, Osveta, 1999.551s., ISBN 80-8063-017-8
- [4] MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. 1999. *Kognitívne – behaviorálné terapie – úvod do terapie a praxe*. Praha. Triton. 1999
- [5] NOVALIS, P. ET AL. 1999. *Klinická príručka podpornej psychoterpie*. Trenčín. F, 1999
- [6] RIEMANN, F. 1998. *Základné formy strachu*. Praha. Portál, 1998
- [7] ROBINSON, DAVID, J. 2000. *Poruchy osobnosti podľa DSM – IV*. Trenčín, F 2000, 138 str., ISBN 80-88952-06-9
- [8] SCHIMIDBAUER, W. 1994. *Psychologie – lexikon základník pojmu*. Praha. Naše vojsko. 1994, 203 str. ISBN 80-206-0459-6
- [9] SMITH, G., NAIRE, K. 1995. *Dealing with Depression*. BBC Books, Philadelphia, 1995, 215p.

INTENSITY OF OBSERVATION, MEDICAL AND NURSING CARE FOR PATIENTS WITH DEPRESSION



ABSTRACT

The authors point out the basic symptoms of depression with their characteristics and manifestations. Detail is devoted to a depressive episode and its somatic syndrome and they ultimately provide an analysis of the differential diagnosis. The conclusion is drawn on the available diagnostic tools and documentation.

KEYWORDS:

depression, nursing, differential diagnosis, documentation

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: ivica.gulasova@vspj.cz

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Palackého č. 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava

MUDr. Ing. Ján Breza, PhD.
Detská Fakultná nemocnica s
poliklinikou Bratislava
Klinika pediatickej urológie
Limbová 1, 833 40 Bratislava,
Slovenská republika
E-mail: jan.breza@dfnsp.sk

PhDr. Lenka Görnerová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

VŠEOBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKÁCIE SESTRY S PACIENTOM / KLIENTOM

IVICA GULÁŠOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

JÁN BREZA
DETSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA
S POLIKLINIKOU BRATISLAVA

LENKA GÖRNEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Autori v práci definujú komunikáciu, popisujú jej druhy a uvádzajú, že nestačí len ovládať a správne používať jazykový kód, ale je potrebné rešpektovať aj isté pravidlá. Poukazujú na bariéry v komunikácii. Podrobne rozvádzajú všeobecné zásady komunikácie sestry s pacientom / klientom, pričom vyzdvihujú individuálny prístup ako prejav produktívneho psychologického vzťahu sestry k pacientovi. Dôraz kladú na pozitívnu interakciu, empatický prístup sestry, porozumenie, rešpekt, prejavy podpory a ústretovosti, autentickejšť a srdečnosti. Správna komunikácia medzi ľuďmi je dôležitou súčasťou spolunažívania a pomáha vytvárať primerané psychosociálne prostredie človeka.

KLÍČOVÁ SLOVA:

komunikácia, formy a bariéry
komunikácie, zásady komunikácie,
individuálny prístup

ÚVOD

Komunikácia s pacientom je jednou z najdôležitejších úloh, ktoré sa realizujú v rámci komplexnej individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti, v rámci ošetrovateľského procesu u daného pacienta. Súčasne sa udržiava neustály kontakt s pacientom na úrovni verbálnej i neverbálnej komunikácie, čím sa jednak získavajú informácie o zdravotnom stave pacienta, o prianiach, potrebách a obavách pacienta, čo pomáha pri utváraní celkového obrazu o pacientovi. Komunikácia zahrňuje okrem verbálnej i neverbálnej komunikácie aj vlastné city a pocity, čo sa môže pozitívne ale i negatívne odraziť na celkovom priebehu komunikácie a na výsledku komunikácie s pacientom ako na strane sestry, tak i na strane pacienta. Dôležité je, aby sestra ostala sama sebou, aby nezaujímalu rolu niekoho iného. Pre účinnú komunikáciu sestry s pacientom je tiež dôležité prispôbiť komunikáciu i prostrediu, v ktorom sa práve pohybujeme, a osobám, s ktorými komunikujeme.

V našom príspevku poskytujeme návod ako v ošetrovateľskej praxi uplatňovať všeobecné zásady komunikácie.

Komunikácia znamená dorozumievať sa, oznamovať, je to prenos obrazu, informácie medzi účastníkmi komunikácie v istej komunikačnej situácii pomocou spoločného systému znakov. Informácia je myšlienkový obsah, ktorý odosielateľ oznamuje prijímateľovi. Všetko živé sa dorozumieva - komunikuje, účastníci si

navzájom odovzdávajú alebo vymieňajú informácie. Jazyk ľudí je najdokonalejší prostriedok komunikácie. Ošetrovateľstvo má svoje špecifiká, ktoré sa odrážajú nielen v obsahovej úrovni komunikácie ale hlavne vo vzťahovej úrovni komunikácie v interakcii sestra – pacient a opačne.

Okrem plnenia najdôležitejšej dorozumievacej funkcie je aj nástrojom myslenia a poznania reality, ako i nástrojom na vyjadrenie emócií a vôle.

Komunikácia je verbálna-slovná a môže byť ústna alebo písomná. Tu si dovoľíme upozorniť na nezvratnosť verbálnej komunikácie – teda to, čo bolo povedané sa nedá zvrátiť späť. Podobne i na nezvratnosť sprostredkovanej komunikácie – písomnej komunikácie – to čo je, čo bolo napísané. Sestry by mali byť dôsledné aj v tomto spektre aby sa vyhli prípadným právnym problémom v tejto súvislosti.

Neverbálna komunikácia sa realizuje pomocou nejazykových prostriedkov a to mimikou a gestami. Väčšinu informácií získavame prostredníctvom mimojazykových komunikačných prostriedkov. Človeka až päťkrát častejšie presvedčia neverbálne prostriedky ako verbálne. Priama komunikácia je pri priamom kontakte účastníkov, spätnou väzbou účastníci zisťujú, či informácii toho druhého porozumeli správne. Je často spontánna, nepripravená, nevyžaduje sa prísne dodržanie spisovnej normy. V tejto súvislosti upozorníme na skutočnosť že neverbálne sa klame najťažšie. Pacienta, sestru prezradia jeho neverbálne prejavy,

ktoré sú najčastejšie podvedomé – nevedomé, teda bez kontroly. A práve v takýchto momentoch vyjde pravda „von“.

Pri nepriamej komunikácii účastníci nie sú v tej istej chvíli na tom istom mieste, dorozumievajú sa nepriamo, sprostredkovane. Chýba bezprostredná spätná väzba a preto dochádza k nedorozumeniam. Súčasný vývoj techniky - SMS, MMS, internet, chat - odstraňujú nevýhody nepriamej komunikácie (Rob, 2004). Sestry by si mali dávať veľmi veľký pozor na to čo povedia v telefóne v prípade ak telefonujú príbuzní pacienta. V zásade nesmú poskytovať žiadne informácie o pacientovi lebo nevedia kto je na druhej strane telefonického hovoru.

Bežná komunikácia sa odohráva v súkromnej sfére, účastníci často používajú nespisovné slová, slangové výrazy, rodinné slová, nedokončené vety a bohatú modalitu viet. Sestry by mali akceptovať hovorové výrazy pacientov, nesprávať sa voči nim povýšenecky, podobne by mali akceptovať i nárečie pacientov, no môžu ich upozorniť že ak sa vedia vyjadrovať spisovne, mali tak urobiť.

Vzdialenosť medzi účastníkmi býva malá, gestá a mimika sú výrazné. V ošetrovatelstve sú situácie ktoré si prirodzene vyžadujú narušenie intímnej zóny u pacienta alebo u sestry ako napríklad: hygienická starostlivosť, odber biologického materiálu, podávanie injekcií, preväz rany a podobne.

Oficiálna komunikácia sa realizuje vo verejnej sfére, mala by prísne využívať spisovný jazyk, zdvorilostné formulky, spoločenský odstup, odborné názvy, kancelarizmy apod. Veľmi úsporne využíva mimiku a gestá, vzdialenosť medzi účastníkmi je často aj niekoľko metrov.

Monologická komunikácia je vtedy ak hovorí len jeden človek a chýba verbálna spätná väzba. Komunikačné roly sa v priebehu komunikácie nestriedajú (Rob, 2004). Toto nie je vhodný komunikačný štýl pre ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta.

Dialogická komunikácia je pri najmenej dvoch účastníkoch, komunikačné roly sa striedajú, reč jednej osoby môže ešte pred ukončením prerušiť druhý účastník komunikácie, funguje spätná väzba. Sestra môže využiť pre zistenie efektívnosti komunikácie aj to, že položí pacientovi tzv. kontrolné otázky s cieľom, aby zistila či obsah odovzdanej komunikácie zo strany sestry pacient správne pochopil a či je s tým aj stotožnený.

Aby naša komunikácia so známymi aj neznámymi ľuďmi bola úspešná, nestačí len ovládať a správne používať jazykový kód, je potrebné rešpektovať isté pravidlá:

- musíme sa priblížiť úrovni toho, s kým hovoríme - princíp kooperácie.
- misíme sa vedieť spoločensky správať - princíp zdvorilosti.
- veľmi citlivo využívať iróniu, ktorá môže oživiť konverzáciu, ale aj uraziť adresáta - princíp irónie (Bednaříková, 2006).

Ošetrovatelstvo ktoré vychádza okrem iného aj z holistickej filozofie uplatňuje individuálny prístup k pacientovi, ktorý sa má odzrkadliť aj v modifikácii komunikácii sestry k pacientom, ktorí majú rôzne problémy, potreby, rôznuroveň inteligencie, kultúry a podobne.

BARIÉRY KOMUNIKÁCIE

Prvou bariérou v komunikácii medzi sestrou a pacientom môže byť jazyk, ale aj nárečie, hluk a vyrušovanie. Ďalej môžu byť bariérou slová, ktoré majú rôznu význam, hodnotenie informácie podľa toho, kto ju podáva a nie podľa obsahu, príjemca počuje len to, čo chce, príjemca ignoruje konfliktné informácie alebo je príjemca citovo rozrušený.

Komunikácia by mala byť vopred pripravená. V ošetrovateľskej praxi to však vždy neplatí, čo je na druhej strane prirodzené a dobré. Inak by sa komunikácia medzi sestrou a pacientom stala rutinným aktom, čo určite nechceme aby sa tak stalo.

Z neverbálnej komunikácie sestra môže využívať mimiku - výraz tváre, proxemiku - priblíženie a oddialenie zóny medzi účastníkmi komunikácie, haptiku - reč podania ruky, dotyku, posturalógiu - reč fyzických postojov, držanie tela, polohové konfigurácie a kineziku - reč pohybov tela. Aj gestiku ako pohyb tela má svoj oznamovací účel.

Veľmi dôležitá je úprava vonkajšieho zvládu sestry (ktorá nie vždy spĺňa

kritéria), reč očí a pohľadov, hovorí sa, že oči sú pohľadom do duše človeka. Pri komunikácii vnímame aj paralingvistiku, teda intenzitu hlasu, intonáciu, chyby v reči, tón reči apod. (Slovenský jazyk - učebnica pre 1. ročník stredných škôl, 2006).

Ku komunikačným technikám sestry zaraďujeme aj asertivitu ďalej umenie klásť otázky a odpovedať na otázky a umenie počúvať. Asertivita je zodpovednosť každého za vlastné jednanie, kontrola svojho Ja, rozhodnutie o tom, čo chceme v rôznych situáciách. V tejto súvislosti vystupujú do popredia charakterové vlastnosti sestry. Počúvanie druhých ľudí a pochopenie ich správania, toho, čo chcú, čo cítia a aké zastávajú pozície. Patrí tu aj hľadanie prijateľných riešení. Táto oblasť je veľmi citlivá a na sestry kladie neľahké úlohy - riešenie tzv. etických dilem.

Aj nevhodne položené a nevhodne načasované otázky zo strany sestry alebo pacienta zohrávajú dôležitú úlohu v komunikačnom reťazci medzi sestrou a pacientom a môžu predstavovať komunikačnú bariéru. Otázky môžu sestry klásť uzatvorené, ktoré sú zamerané na upresnenie informácie, alternatívne odpovede áno-nie. Sugestívne otázky sú kategorické, vnucujú odpoveď a nepripúšťajú alternative. Tieto nie sú veľmi vhodné pre ich uplatnenie v ošetrovateľskej praxi, ale sú situácie kedy sú naopak veľmi vhodné, napr. pri nedisciplinovanom a nerozhodnom pacientovi. Otázky otvorené sú voľné, umožňujú odpovedať slobodne.

Ďalšou komunikačnou bariérou na strane sestry alebo pacienta môže byť „neaktívne“, nezúčastnené počúvanie pacienta, tzv. kliše, čo môže devalvovať obe strany. Naopak aktívne počúvanie na strane sestry môže posilniť dôveru u pacienta a motivovať ho k lepšej spolupráci. Aktívne počúvanie má štyri fázy - počutie, počúvanie, chápanie a spätná väzba. Jednou z hlavných bariér efektívnej komunikácie je neschopnosť počúvať druhých. Empatia patrí medzi základné, pilierové vlastnosti sestry – počúvať a komunikovať srdcom.

Komunikačný štýl rozlišuje štyri individuálne štýly. Sestra sa môže prezentovať v nasledujúcich štýloch: analytický, riadiaci, priateľský a expresívny. Analytická osobnosť sestry je charakterizovaná tým že veľa myslí, pomaly jedná, je pasívna, tichá, nepodlieha vášňam. Riadiaca osobnosť sestry je aktívna, ambiciózna, nezávislá, vytrvalá, opatrná, neukazuje city a vyhľadáva súťaž a konflikty. Priateľská osobnosť sestry je veľmi citlivá, rada utešuje ostatných. Expresívna osobnosť sestry je tiež citlivá, má rada vzrušenie, je zahľadená do seba a má sklony k unáhlenému zovšeobecňovaniu (De Vito, 2008).

ZÁSADY KOMUNIKÁCIE SESTRY S PACIENTOM/ KLIENTOM.

Komunikácia ako spoločenský proces výmeny informácií a interpretácií významov je pre zdravotníckych pracovníkov dôležitou súčasťou ich profesionálnej činnosti. Schopnosť komunikovať sa dlho považovala za niečo

samozrejmé, čomu nie je potrebné sa učiť. Profesionálna komunikácia lekárov a sestier bývala preto ponechaná intuícii a improvizácii. Pritom len 10-20% pacientov nie je schopných primerane komunikovať alebo komunikuje problematcky (Bednaříková, 2000).

Pacient má právo vedieť o sebe pravdu. Je to jeho základné ľudské právo. Ak pozná svoju diagnózu, komunikácia s ním je bezprostrednejšia a v rozhovore s ním sa netreba vyhýbať niektorým témam. Strach, úzkosť, zúfalstvo niekedy oveľa viac zachvacujú príbuzných a blízkych pacienta, než samotného chorého. Aj vtedy zohráva komunikácia medzi ošetrojúcim personálom a pacientovými blízkymi dôležitú úlohu.

Sestra si musí ustavične uvedomovať dôsledky svojho správania k pacientovi a vyvarovať sa akýchkoľvek neprimeraných alebo negatívnych prejavov (Mareš, 2002). Diagnostický, liečebný, ošetrovateľský, rehabilitačný či iný postup, pri ktorom je pacient vedome alebo nevedome poškodzovaný zo strany zdravotníckeho pracovníka, nazývame iatrogéniou.

V ošetrovateľskej praxi sa stretávame najčastejšie so psychickou iatrogéniou. Je to neprimeraný spôsob komunikácie, nedostatočná inštrukcia, nevhodná načasovanosť informácie, neoznámenie informácie ale aj nadmerný informačný tok, deficit informácií, neochota vysvetliť a zopakovať informáciu, neposkytnutie priestoru na spätnú väzbu, inkongruencia medzi slovom a neverbálnymi signálmi, neodpovedanie na otázky, odmietanie

spolupráce, „úradný“ prístup, kritizovanie pred ostatnými a podobne (Mareš, 2002). Sestry by mali vyvinúť maximálne úsilie a pomôcť pacientovi v jeho náročnej životnej situácii.

Individuálny prístup je jedným z prejavov produktívneho psychologického vzťahu sestry k pacientovi. Sestra do určitej miery prispôsobuje svoje správanie a konanie osobnosti pacienta.

Každý pacient túži po individuálnom prístupe sestry, nechce sa stať len objektom ošetrovateľskej starostlivosti. V interakcii na pacienta pozitívne vplýva, ak si sestra zapamätá niečo z jeho súkromného života a následne prejaví záujem rozprávať o jeho rodine, deťoch, práci, záujmoch a pod. Sestra by mala individuálne pristupovať ku každému pacientovi aj počas jednotlivých fáz prežívania choroby: inak vo fáze náhlejšej zmeny životného štýlu, napríklad pri prijímaní pacienta na hospitalizáciu, inak vo fáze aktívnej adaptácie. Sestra má oveľa viac možností poznať osobnostné a psychické vlastnosti pacienta než ktorýkoľvek iný zdravotnícky pracovník. Kým v správaní lekára k pacientovi sa často odrážajú princípy autority a racionálneho myslenia, sestra reprezentuje ženský princíp.

Ak je interakcia pozitívna, môže sa medzi sestrou a pacientom vytvoriť silné citové puto, ktoré je dôležitejšie predovšetkým pre pacienta. Sú tu však aj varovné signály: priveľmi blízky vzťah môže škodiť nielen pacientovi, ale aj sestre. Pacient si vytvorí určitú závislosť od sestry.

Empatický prístup je schopnosť sestry

vžiť sa do pacientovho duševného rozpoloženia, do toho, čo práve citovo prežíva, ako hodnotí svet a seba, svoj vzťah k chorobe, ako ju prežíva a čo si o nej myslí. Porozumenie a spoluúčasť prináša pacientovi úľavu a sestre dôležitú informáciu (Křivohlavý, 2002).

Dôležitá je empatia ako osobitú kognitívno-emočnú funkciu, ktorá pomáha poznať a pochopiť cudzí problém. Empatia má poznávaciu a emocionálnu zložku, ktoré na seba nadväzujú. Poznávacia zložka predpokladá schopnosť rozpoznať, v akom duševnom rozpoložení sa pacient nachádza, aké sú jeho návykové pochody, akú má náladu a čo očakáva. Emocionálnou zložkou rozumieme priame vcítenie sa sestry do psychického stavu pacienta. Priamy vzťah medzi sestrou a pacientom nie je možný bez využívania empatickej schopnosti. Rovnaké naladenie sestry dosiahne tak, že pacienta starostlivo vypočuje, pozorne si rozhovor rozanalyzuje, predovšetkým pacientove neverbálne prejavy (Linhartová, 2007). Ak sestra nemá vypestovanú schopnosť emočného priblíženia, nemôže byť dobrou sestrou. Táto schopnosť sa považuje nielen za významnú súčasť úspešných vzťahov a komunikácie, ale aj za určitú formu psychoterapeutického vedenia. Zároveň je potrebné, aby si sestra vypestovala určitú emočnú odolnosť. Pacienta a jeho ochorenie by mala vnímať s určitým odstupom, ktorý by sa však nemal zmeniť na cynizmus (Andrysek, et al., 2011). Jemný humor pacienta posmelí, odbremení od jeho starostí, uvoľní napätie a späťne pomáha uvoľniť aj napätie sestry. Treba sa však vyhnúť hrubému žartovaniu, ktoré

môže pacienta uraziť, obťažovať a pôsobiť nemiestne až vulgárne!

Pri komunikácii sestry s pacientom sú účinné neverbálne prejavy. Sestra by sa mala koncentrovať na to, čo pacient hovorí a občas prikývnuť na dôkaz porozumenia, zostávať v prítomnosti pacienta, prikloniť sa, udržiavať primeraný zrkový kontakt a využiť aj možnosť dotyku- pohladenie, držanie za ruku alebo objatie okolo ramien.

Porozumenie ako významnú súčasť a podmienku psychologického prístupu k pacientovi chápeme v troch významoch: psychologicky porozumieť znamená predovšetkým ľudsky porozumieť tomu, prečo pacient koná tak, ako koná, čiže pochopiť vnútorné a vonkajšie pohnútky vedúce k jeho správaniu a konaniu. V úsilí porozumieť vzťahu si sestra všíma úroveň spolupráce pacienta pri jednotlivých diagnostických, terapeutických, ošetrovateľských a iných postupoch. Sestra sa snaží identifikovať psychosociálne vplyvy, ktoré sa podieľajú na etiopatogenéze ochorenia. Dôležitou súčasťou porozumenia je ubezpečovanie sestry, že pacientovi porozumela, že chápe jeho situáciu, názory, myšlienky a potreby. Porozumenie môže sestra vyjadriť rôznymi spôsobmi a to prikývnutím, zopakovaním, konfrontáciou, zhrnutím, klarifikáciou a zdôraznením. Prikývnutím, pritakaním, či už verbálnym alebo neverbálnym spôsobom, dáva najavo sestra pacientovi svoju zúčastnenosť v komunikačnom procese (Linhartová, 2007). Sestra môže zopakovať voľnými slovami krátky slovný úsek - reflexia: „viem vás pochopiť, že sa bojíte o svoju invalidnú manželku“.

Konfrontácia znamená predložiť pacientovi alternatívne pohľady, alebo názory: „skúste sa na situáciu pozrieť ešte z iného uhla“. Zhrnutie je sumarizácia obsahu zo zdôraznením podstatných informácií. Klarifikáciou rozumieme objasňovanie súvislostí, vysvetlenie vzťahov alebo pripomenutie dôležitých faktov: „pred chvíľou ste predsa sami povedali, že....“. V komunikácii sestra zdôrazňuje, neraz aj opakuje dôležité informácie: „nezabudnite pán Tomiga, zajtra ráno začnete s nácvikom chôdze, príde za vami fyzioterapeut“.

Prejavom rešpektu vyjadruje sestra nielen postoj k pacientovi, ale aj jeho ocenenie ako ľudskej bytosti. Rešpekt je zároveň výrazom dôvery k pacientovi.

Prejav záujmu je vyjadrený mierou zainteresovanosti, osobného vzťahu sestry k pacientovi. Je základnou zložkou ošetrovateľskej praxe, vyjadrením vzťahu spolužitia nie popri sebe, ale spolu.

Prejav podpory znamená postoj, ktorý by sme mohli najjednoduchšie vyjadriť slovami sestry adresovanými pacientovi: „som tu pre vás“, „pomôžem vám“, „cítim s vami“, „zdieľam vaše starosti, problémy“, „spoločnými silami to dokážeme“. Vyjadrením podpory ho sestra ubezpečuje, že v boji s chorobou nezostal sám (Honzák, 1999).

Prejav autentickosti - opravdivosť je nevyhnutnou podmienkou dôverného vzťahu a komunikácie. Autentickosť čiže pravosť, nefalšovanosť znamená, že sestra je čestná a úprimná pri vyjadrovaní svojich myšlienok, pocitov a skúseností vo vzťahu

k pacientovi. Niet falošnej pozlátky, sestra je tým, čím sa javí byť (Munzarová, 2005).

Prejav ústretovosti by mal byť samozrejmosťou v správaní sestry. Ústretovosť môže sestra pacientovi prejsť rôznymi spôsobmi, neverbálne a činmi. Napríklad pri príjme na oddelenie sa sestra pacientovi predstaví, privíta ho a podá mu ruku. Ak pacient vstúpi do vyšetrovne, sestra k nemu podíde a spýta sa ho, ako mu môže pomôcť. Rozhovor začína širokou osobnou témou, ktorá sa bezprostredne nedotýka jeho problémov, čo môže pacientovi a jeho blízkym pomôcť uvoľniť sa (Hošková, 2010).

Prístup s úctou a akceptáciou nepredpokladá len vhodné a primerané správanie s prvkami vľúdnosti, ochoty a trpezlivosti. Ide o taký prístup, keď sa sestra na pacienta pozerá ako na plnohodnotnú bytosť so všetkými jej osobitosťami v správaní a konaní, s rešpektovaním pacientovej ľudskej dôstojnosti.

Prejavy srdečnosti, opravdivosti a pravdivosti vo vzťahu znamenajú, že sestra s pacientom sympatizuje, a to aj vtedy, ak sú jej niektoré jeho prejavy v správaní a konaní nepríjemné, rešpektuje jeho slobodu rozhodovania v myslení, správaní a konaní. Opravdivosť je jednou z podmienok kvalitnej interakcie medzi sestrou a pacientom, je to skutočný, úprimný, nefalšovaný, nezaujatý a ľudský prístup. Protipólom takéhoto vzťahu je povrchný, úradný, autoritatívny alebo hraný vzťah - sestra sa pretvaruje. Pravdivosť znamená, že pacient by mal byť primeraným spôsobom pravdivo

informovaný o celej škále diagnostických, terapeutických a ošetrovateľských postupov, o dĺžke liečebného pobytu apod. (Linhartová, 2007).

Jednotlivé prostriedky sa navzájom prelínajú a determinujú, čím prispievajú k vytváraniu kvalitnejšieho kontaktu s pacientom. Vzťah medzi sestrou a pacientom, to nie je len rutinný kontakt či obchodný vzťah, ale predovšetkým vyvíjajúca sa interakcia človeka s človekom. Je to proces utvárania dôvery a vzájomného rešpektu v rámci ošetrovateľského procesu.

ZÁVER

Schopnosť človeka poskytovať i prijímať informácie závisí od jeho vedomostí, skúseností, schopnosti rozoznávať a triediť informácie, rozoznať a skúmať ich zmysel, byť otvoreným i nepredpojatým k tým informáciám, pre ktoré nemáme vysvetlenie, ale aj ochoty učiť sa, hovoriť, pýtať sa a počúvať- teda ochoty komunikovať (Adair, 2004). Správna komunikácia medzi ľuďmi je dôležitou súčasťou spolunažívania a pomáha vytvárať primerané psychosociálne prostredie človeka. V podmienkach zdravotníckych zariadení to platí dvojnásobne. U pacienta je o to dôležitejšia, že sa cíti zaskočený, zraniteľný a je vystrašený a správna komunikácia zdravotníckych pracovníkov s pacientom je nezanedbateľnou zložkou liečebného procesu.

LITERATÚRA:

- [1] ADAIR, J. 2004. Efektivní komunikace. Praha, Alfa Publishing, 1. vyd. 2004, 176 s., ISBN 80-86851-10-9
- [2] ANDRYSEK, O. et al. 2011. Mluv se mnou: Kniha o vzájemné komunikaci pacientu, jejich blízkých, lékaři a sester. Praha, Maxdorf, 1. vyd., 2011, 147. s., ISBN 978-80-7345-257-5
- [3] BEDNAŘÍKOVÁ, I. 2000. Komunikační dovednosti. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2000, 1. vyd., 52 s., ISBN 80-244- 0160-6
- [4] BEDNAŘÍKOVÁ, I. 2006. Sociální komunikace. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 1. vyd., 79 s., ISBN 80-244-1357-4
- [5] DE VITO, A. 2008. Základy mezilidské komunikace. Praha, Grada Publishing, 2008, 1. vyd., 512 s., ISBN 978-80-247-2018-0
- [6] HONZÁK, R. 1999. Komunikační pasti v medicíně. Praha, Galén, 1999, 3. vyd., 272 s., ISBN 80-7262- 032-0
- [7] HOŠKOVÁ, P. 2010. Informovanost klientu / pacientu a rodinných příslušníků. Praha, Sestra, 2010, roč. 20, s.8, ISSN 1210-0404
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. Praha, Grada, 2002, 198 s., ISBN 80-247-0179-0
- [9] LINHARTOVÁ, V. 2007. Praktická komunikace v medicíně. Praha, Grada, 2007, 152 s., ISBN 978-80-247-1784-5
- [10] MAREŠ, J. 2002. Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka. Praha, Vysoká škola J. A. Komenského, 2002, 59 s., ISBN 80-86723-00-3
- [11] MUNZAROVÁ, M. 2005. Zdravotnická etika od A do Z. Praha, Grada, 2005, 153 s., ISBN 80-247-1024-2
- [12] ROB, M. 2004. Communication, relationships and care. London, Routledge, 2004, 368 p., ISBN 0-415-32660-5
- [13] Slovenský jazyk- učebnica pre 1. ročník stredných škôl, vydal Orbis Pictus Istropolitana , s. r. o. rok 2006, ISBN 80- 7158-6056

GENERAL PRINCIPLES OF NURSES COMMUNICATION TO PATIENT / CLIENT



ABSTRACT

Authors in these article to define the communication, describe its types and argue that is not enough to control and correct use of language code, but it is necessary to respect some rules. They point to barriers in communication. Authors are detailing the general principles of nurse communication with patients / clients, and highlight the individual access to productive psychological manifestation of the relationship between the patient and nurse. They emphase on positive interaction, empathy of sisters, understanding, respect, support and expressions of friendliness, warmth and authenticity. Proper communication between people is an important part of living together, which can help to create appropriate psychosocial environment of the human.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: ivica.gulasova@vspj.cz

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Palackého č. 1
P.O. Box 104
810 00 Bratislava

MUDr. Ing. Ján Breza, PhD.
Detská Fakultná nemocnica s
poliklinikou Bratislava
Klinika pediatrickej urológie
Limbová 1, 833 40 Bratislava,
Slovenská republika
E-mail: jan.breza@dfnsp.sk

PhDr. Lenka Görnerová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

KEYWORDS:

communication, forms and barriers
of communication, principles of
communication, individual approach

AKTUÁLNÍ HODNOTY VYBRANÝCH ANTROPOMETRICKÝCH UKAZATELŮ V NÁHODNĚ VYBRANÉM SOUBORU 12-14 LETÝCH DÍVEK ZÁKLADNÍCH ŠKOL V BUDĚJOVICKÉM REGIONU

JAN SCHUSTER
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

MILAN PEŠEK
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH



ABSTRAKT

Provedené šetření vybraných antropometrických ukazatelů v 85členném souboru 12–14 letých dívek z 5 různých škol v okrese České Budějovice s výjimkou škol v krajském městě je součástí projektu zaměřeného na hodnocení prevalence nadváhy a obezity adolescentů v Jihočeském kraji. Hodnocením naměřených a vypočtených ukazatelů bylo zjištěno, že sledovaný soubor dívek vykazuje průměrnou výšku 162.65 cm, průměrnou hmotnost 53,23 kg, průměrný obvod pasu 76,87 cm, průměrnou tloušťku řasy na podbradku 0.97 cm a průměrnou hodnotu indexu BMI 20,05. Klasifikací probandů podle hodnot BMI bylo zjištěno, že 11,76% vyšetřovaných probandů vykazuje nadváhu, 4,71% obezitu a 2,35% podváhu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

antropometrické ukazatele dívek,
nadváha, obezita

ÚVOD

když v důsledku dlouhodobě probíhající zdravotnické osvěty si většina obyvatel ekonomicky rozvinutých zemí patrně uvědomuje nebezpečí vážných zdravotních komplikací vyvolaných obezitou, pokračující současnou pandemií obezity se stále nedaří zastavit ani zpomalit.

Nadváha a obezita s výjimkou rozvojových zemí postihuje nejčastěji pětinu až čtvrtinu dospělé populace. Také v České republice se průměrné hodnoty výškově váhového indexu BMI mužů a žen starších než 20 let v posledních jedenácti létech stále zvyšují a podle tohoto kritéria trpí u nás nadváhou nebo obezitou již 72,3 % mužů a 60,2 % žen. Pro srovnání ve stejné věkové kategorii ve Spojených státech amerických vykazuje nadváhu nebo obezitu 73,5 % mužů a 68,2 % žen (Hainer, 2001, Marinov et. al, 2012).

Uvedené údaje přesvědčivě dokládají skutečnost, že Česká republika patří k zemím s nejvyšším výskytem nadváhy a obezity. Současně z nich také vyplývá i naléhavá potřeba neodkladného řešení této závažné problematiky. V tomto ohledu by měla být pozornost zaměřena zejména na mladou generaci a to nejen z toho důvodu, že dětská obezita v 70-80 % případů přestupuje do dospělosti (Marinov et. al., 2012).

Dříve se předpokládalo, že vznik obezity ovlivňují převážně genetické vlivy a vlivům prostředí nebyl často přikládán potřebný význam. V současnosti, kdy přejídání a nízká pohybová aktivita zasahuje téměř

celou populaci, mají vlivy prostředí zásadní důležitost. Obezitou jsou proto ohroženi nejen děti z rodin s výskytem obezity, diabetu 2. typu, hypertenze a metabolického syndromu, ale také všechny děti, které se soustavně přejídají a mají soustavně vyšší příjem energie ze stravy, než skutečně potřebují (Svačina, 2010).

Dlouho se předpokládalo, že zdravotní rizika spojená s obezitou se dětí netýkají. Poznatky a zkušenosti z posledních let to však vyvracejí a zdravotní komplikace různého stupně závažnosti vyvolané obezitou se u dětí a dospívající mládeže již běžně vyskytují. Jedná se často o onemocnění kardiovaskulární, ortopedická, metabolická a psychická. U dětí ve věku 7-15 let trpících obezitou byly zjištěny vyšší hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku a zvýšené hodnoty klidové srdeční tepové frekvence. V souborech obezních adolescentů byl zjišťován přibližně trojnásobný výskyt vysokého krevního tlaku než ve stejné početných souborech adolescentů s normální hmotností (Hainerová 2009, Suchomel 2006). Dalším důležitým rizikovým faktorem zjišťovaným u obezních dětí a mladistvých je zvýšená koncentrace cholesterolu v krevním séru. Hraniční hodnotu koncentrace cholesterolu stanovenou Světovou zdravotnickou organizací WHO / 4,2 mmol/l / překročilo v souborech obezních ve věku 6-18 let 58 % chlapců a 54,6 % dívek (Suchomel 2006). Děti s nadváhou a obezitou mají vyšší pravděpodobnost získat horší školní prospěch a byl u nich také zjišťován zvýšený výskyt psychologických problémů a sklonů k depresím a ke snížení sebeúcty

(Galloway, 2007). Obezita může ztěžovat život dětem již od nejužšího věku, neboť již v mateřských školách patří obézní děti často k méně oblíbeným členům dětských kolektivů. I když si obézní děti časem svou odlišnost většinou uvědomí a zvyknou si na skutečnost, že se v mnoha ohledech nemohou dobře srovnávat s ostatními, nevylučuje to fakt, že tyto skutečnosti mohou u některých vnímavějších jedinců vést ke vzniku komplexu méněcennosti (Suchomel 2006).

Je známou skutečností, že obézní jedinci se obvykle pro léčení obezity rozhodují pozdě. K lékaři je často přivádějí až komplikace obezitou vyvolané (Svačina 2010). Úspěšná léčba obezity dospělých i dětí musí mít komplexní charakter a nutně vyžaduje také dlouhodobý omezený energetický příjem při současném aktivním životním stylu se zvýšeným energetickým výdejem. Mnoho odborníků na výživu však upozorňuje na skutečnost, že výraznější snižování energetického příjmu pro vyvíjející se organismus dětí není vhodné a proto by prevence obezity měla u nich především vycházet z předpokladu zvyšování jejich energetického výdeje na základě pravidelně prováděné adekvátní pohybové aktivity (Suchomel 2006). O prospěšnosti prevence obezity není jistě pochyb a zvláště úspěšná a celospolečensky přínosná může být u dětí a dospívajících. Potvrzují to i zkušenosti ze Spojených států amerických, kde ve školách se v tomto ohledu již využívají speciální programy pro prevenci obezity zaměřené na pěstování zdravého životního stylu, výchovu k pohybu a sportu, dietologickou výchovu, využívání volného času aj. Podobný záměr

sledují i tzv. sydneyjské principy přijaté již ve 200 zemích, které omezují reklamy na nevhodné potraviny a nápoje pro děti a mládež mladší osmnácti let (Svačina 2010).

Nutným předpokladem pro objektivní posuzování účinnosti prevence dětské obezity a nadváhy a případných aplikací příslušných domácích nebo zahraničních programů je znalost aktuálních hodnot vybraných antropometrických ukazatelů dětí a mladistvých. Protože v budějovickém regionu není k dispozici dostatek aktuálních hodnot potřebných antropometrických ukazatelů dětí, je cílem naší práce přispět k nápravě tohoto nedostatku a současně také zjistit aktuální stav výskytu nadváhy, obezity a podváhy dívek základních škol v budějovickém regionu. Práce navazuje na naši předchozí publikaci zaměřenou na zjištění výskytu nadváhy a obezity chlapců v tomto regionu (Schuster, Pešek, 2014).

MATERIÁL A METODY

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumný soubor dívek tvořily žákyně 7. a 8. tříd základních škol z pěti základních škol z okolí Českých Budějovic - Borovan, Dubného, Kamenného Újezdu, Ševětína a Trhových Svinů). Výzkumné měření probíhalo na základě informovaného souhlasu rodičů dívek. Měření se zúčastnilo celkem 85 dívek. Jejich průměrný věk byl 13 let, průměrná výška 162,65 cm a průměrná tělesná hmotnost 53,23 kg. Vypočítaná průměrná hodnota BMI byla 20,05 a průměrný obvod pasu 76,87 cm.

STANOVENÍ BMI (BODY MASS INDEX)

Index BMI vyjadřuje poměr hmotnosti (v kilogramech) k tělesné výšce (v metrech) umocněné na druhou (Málková et al. 2002). Tělesná hmotnost byla zjišťována osobní váhou TANITA BC 531. Vážení probandů probíhalo ve spodním prádle. Měření výšky bylo provedeno vestoje posuvným antropometrickým měřidlem P – 375. Dívky byly měřeny bez obuvi, ve stoji maximálně vzpřímeném s patami u sebe. Měření probíhalo s přesností na 0,5 cm podle Vignerové a Bláhy (2001). Klasifikace jedinců podle BMI bylo u dívek provedeno podle 6. celostátního antropologického výzkumu (Vignerová et al. 2006).

ZJIŠŤOVÁNÍ OBVODU PASU

Obvod pasu je jednoduchý antropometrický ukazatel, který nejlépe koreluje s intraabdominálním obsahem tukové tkáně, měřeným jako plocha intraabdominální tukové tkáně pomocí CT nebo NMR, ale rovněž s plochou subkutánní abdominální tukové tkáně a se vznikem obezity. Pas byl měřen krejčovským metrem podle Kunešová (2004). Ukládání většího podílu tělního tuku v oblasti břicha a tím i zvětšený obvod břicha (pasu) je ve vysoké závislosti k hladině triglyceridů a ke krevnímu tlaku. Prostý obvod břicha (pasu) má na exaktně určeném množství břišního tuku vyšší závislost než index poměru obvodu břicha a glutea. Z důvodu, že zjišťování obvodu pasu je jednoduchý, po zácvičku lehce zjistitelný znak, doporučuje se jeho používání podle metodiky Hajniše a Kunešové (1999) měřením horizontálně přes pupek. Klasifikace jedinců z hlediska

obvodu pasu a jejich zařazení do škály spektra nadváha a obezita byla provedena podle WHR indexu (Waist to hip ratio).

MĚŘENÍ TLOUŠŤKY KOŽNÍCH ŘAS

Tloušťka kožní řasy **dívek byla měřena v milimetrech s přihlédnutím ke skutečnosti, že** podmínkou přesného měření je především správná metodika uchopení a vytažení kožní řasy. Kožní řasa se uchopuje palcem a ukazovákem levé ruky ve vzdálenosti asi 1 cm od místa měření její tloušťky a tahem je oddělena od svalové vrstvy ležící pod ní. Řasu je nutné pevně držet po celou dobu měření. V České republice je nejčastěji využívána **metoda** odhadu tělesného složení ze součtu **měření** deseti kožních řas probanda podle Pařízkové (1962, 2006). K měření lze také využít čtyř nebo pěti řas nebo jen jedné řasy, a to na podbradku. Pro potřeby našeho měření bylo využito měření **řasy** na podbradku, neboť **tloušťka této řasy dobře** koreluje s celkovým tělním tukem probanda a navíc tento postup je relativně snadno realizovatelný při měření v terénních podmínkách (Pařízková, Lisá et al. 2007).

VÝSLEDKY A DISKUZE

V následující tabulce 1 je uvedena kromě naměřených antropometrických ukazatelů a vypočtené hodnoty indexu BMI také klasifikace nadváhy a obezity všech vyšetřovaných dívek zjištěná podle hodnot BMI a obvodu pasu. Jak je patrné z uvedených výsledků klasifikace v tabulce 1 zvolené klasifikační způsoby nedávají u všech probandů vždy

shodné výsledky. Hodnocením zjištěných rozdílných výsledků klasifikace však bylo zjištěno, že tyto rozdíly nejsou zatížené jednostrannou chybou použité metody. V každém případě zjištění těchto rozdílných výsledků v hodnocení obezity a nadváhy oběma používanými způsoby klasifikace naznačuje, že je třeba této skutečnosti věnovat při interpretaci výsledků patřičnou pozornost.

Tabulka 1: Naměřené antropometrické ukazatele, hodnoty BMI a klasifikace 85 dívek podle hodnot BMI a obvodu pasu.

pro- bandi pro- bands	věk (roky) age (years)	výška height (cm)	hmotnost weight (kg)	obvod pasu weist (cm)	řasa na podbradku skin fold thickness (mm)	BMI	klasifikace podle BMI classification by BMI	klasifikace podle obvodu pasu classification by weist
1	13	176	73,3	69	1,3	23,66	nadváha	norma
2	13	165	60,8	79	1,6	22,33	norma	nadváha
3	13	177	69,4	89	1,6	22,15	norma	obezita
4	14	163	54,8	70	1,1	20,63	norma	norma
5	14	156	45,5	81	0,5	18,7	norma	nadváha
6	14	172	72,6	95	1,2	24,54	nadváha	obezita
7	13	162,5	40,9	66	0,6	15,49	podváha	norma
8	12	149	37,2	63	0,6	16,76	norma	norma
9	13	176	52,1	82	0,6	16,82	norma	nadváha
10	13	160	40,8	73	0,7	15,94	norma	norma
11	13	158	41,3	71	0,8	16,54	norma	norma
12	14	171	56,6	75	0,9	19,36	norma	norma
13	13	168	55,5	72	0,9	19,66	norma	norma
14	12	156	49	74	0,8	20,13	norma	norma
15	13	165	55,6	74	0,9	20,42	norma	norma
16	12	156	39	66	0,7	16,03	norma	norma
17	12	162,5	58,9	79	1,6	22,31	nadváha	nadváha
18	13	163	53,9	84	1,2	20,29	norma	nadváha
19	13	171	60	81	1,4	20,52	norma	nadváha
20	14	155	61	76	1,3	25,39	nadváha	norma
21	13	160	46	74	0,9	17,97	norma	norma
22	13	168	53	69	0,7	18,78	norma	norma
23	13	157	48	73	1	19,47	norma	norma

24	14	161	49,5	67	0,8	19,1	norma	norma
25	14	162	52,3	81	0,9	19,93	norma	nadváha
26	14	168	52,2	74	0,8	18,49	norma	norma
27	13	163	46,7	74	0,7	17,58	norma	norma
28	13	162,5	50,3	69	0,8	19,05	norma	norma
29	14	173	60,6	72	0,8	20,25	norma	norma
30	14	165	52,9	75	0,9	19,43	norma	norma
31	13	155	42,1	65	0,9	17,52	norma	norma
32	13	170	62,4	87	1,3	21,59	norma	obezita
33	12	155,5	49,1	76	0,9	20,31	norma	nadváha
34	12	161,5	53,1	74	1,1	20,36	norma	norma
35	12	157	42,1	64	0,7	17,08	norma	norma
36	12	156	42,4	69	0,7	17,42	norma	norma
37	13	169	49,4	77	0,7	17,3	norma	norma
38	12	160	45,8	72	0,7	17,89	norma	norma
39	13	162	72,2	88	1,6	27,51	obezita	obezita
40	12	170	64,8	93	1,4	22,42	nadváha	obezita
41	13	157	51,4	81	0,8	20,85	norma	nadváha
42	12	169	52,9	76	0,9	18,52	norma	norma
43	13	167	59,4	81	1	21,3	norma	nadváha
44	12	154	59	80	1,4	24,88	obezita	nadváha
45	13	161	50,9	83	0,9	19,64	norma	nadváha
46	12	161	48,4	75	1,1	18,67	norma	norma
47	13	161	48	76	1,1	18,52	norma	norma
48	12	147	35,1	69	0,6	16,24	norma	norma
49	12	160	61,6	88	1	24,06	nadváha	obezita
50	12	155	57,2	87	1,4	23,81	nadváha	obezita
51	13	165	59,1	82	1	21,71	norma	nadváha
52	13	155	49,5	74	0,9	20,6	norma	norma
53	13	167	54,4	75	0,6	19,51	norma	norma
54	13	158	46,5	75	0,8	18,63	norma	norma
55	14	168,5	58	81	0,9	20,43	norma	nadváha
56	13	154	48,5	76	1	20,45	norma	norma
57	14	172	56,7	85	1,1	19,17	norma	nadváha
58	14	163	51	75	0,6	19,2	norma	norma
59	13	173	56,5	79	1	18,88	norma	nadváha

60	14	173	65,6	89	1,2	21,92	norma	obezita
61	14	155	49	75	0,9	20,4	norma	norma
62	14	171,5	51,2	77	1,2	17,41	norma	norma
63	13	173	86,1	105	1,6	28,77	obezita	obezita
64	13	171	55,7	78	0,7	19,05	norma	nadváha
65	13	157	46,4	67	0,6	18,82	norma	norma
66	14	167	52,8	73	0,9	18,93	norma	norma
67	13	163	59,2	87	1,4	22,28	norma	obezita
68	12	156	52,5	71	0,9	21,57	norma	norma
69	12	154	66,4	94	1,3	28	obezita	obezita
70	12	168	56,1	73	0,6	19,88	norma	norma
71	13	160	64,4	93	1,6	25,16	nadváha	obezita
72	12	151	42,7	71	0,6	18,73	norma	norma
73	13	164	48,4	75	0,6	18	norma	norma
74	12	157	52,2	78	1,2	21,18	norma	nadváha
75	12	172	66,8	94	1,1	22,58	nadváha	obezita
76	12	168	54,5	77	1	19,31	norma	nadváha
77	13	155	43,7	68	0,6	18,19	norma	norma
78	12	156	43,1	66	0,5	17,71	norma	norma
79	12	158	37,6	65	0,8	15,06	norma	norma
80	12	150	40,8	66	0,6	18,13	norma	norma
81	13	162,5	41,2	69	0,8	15,6	podváha	norma
82	13	161	57,6	72	1,3	22,22	norma	norma
83	14	160	50,7	80	1,1	19,8	norma	nadváha
84	13	171	57,2	81	1,2	19,56	norma	nadváha
85	13	166	65,3	80	1,4	23,7	nadváha	nadváha

V tabulce 2 a 3 jsou uvedeny souhrnné výsledky statistického zpracování naměřených hodnot vyšetřovaného 85 členného souboru 12–14letých dívek z Budějovického regionu. Zjištěné výsledky našeho šetření můžeme jen do určité míry srovnávat s výsledky celostátních antropometrických studií, které na školách probíhaly již od šedesátých let minulého století (Menzelová 1982, 1989). Poněkud

přesnější srovnání umožňují výsledky z regionu získané při zjišťování výšky a hmotnosti českobudějovických dětí ve věku 6–14 let, které v roce 1993 provedla Kobzová (1994). Vyvození platných závěrů ze srovnání výsledků naší práce a práce Kobzová (1994) však brání některé skutečnosti. Naše šetření probíhalo záměrně na školách v budějovickém regionu mimo krajské město, zatímco

šetření Kobzové (1994) je u budějovických školách. Tato skutečnost může výsledky do určité míry ovlivnit, neboť v několika pracích bylo zjištěno (Pařízková, Lisá et al. 2007), že procento výskytu obezity dětí je zpravidla vyšší na venkově než ve velkých městech. Kromě toho Kobzová (1994) prováděla svůj výzkum s početně jiným souborem probandů a v jinak vymezených věkových kategoriích dívek. Přes tyto rozdíly lze na základě srovnání našich výsledků s výsledky uváděné Kobzovou (1994) s určitou mírou pravděpodobnosti předpokládat, že od roku 1994 mohlo dojít v budějovickém regionu u dívek ve věku 12–14 let k dalšímu nárůstu hmotnosti a hodnot BMI. Bylo by to i v souladu se závěry o vývojových trendech nadváhy a obezity dětské populace v ČR (Pařízková, Lisá et al. 2007). Naše předpoklady o takovém vývoji v budějovickém regionu vycházejí z výsledků práce Kobzové (1994), která u 14-ti letých dívek zjistila průměrné hodnoty BMI 19,82 průměrné hodnoty BMI 19,58 pro 13leté dívky a hodnotu

18,01 pro 12leté dívky, zatímco v našem souboru dívek 12–14letých s průměrným věkem 13 let jsme zjistili průměrnou hodnotu BMI 20,05, což je hodnota vyšší. Určitou podporu pro vyslovený předpoklad nárůstu prevalence nadváhy dívek budějovického regionu dává i skutečnost, že ve stejné věkové kategorii chlapců z budějovického regionu došlo ve stejném období k výraznému nárůstu hodnot BMI (Schuster, Pešek, 2014). V práci Kobzové (1994) je uváděna průměrná hodnota pro 14leté chlapců, hodnoty BMI 18,70 pro 13leté chlapce a hodnota 18,25 pro 12leté chlapce, zatímco v našem souboru chlapců 12–14letých s průměrným věkem 13 let jsme zjistili BMI 20,78, což je hodnota značně vyšší (Schuster, Pešek, 2014). Zjištěný rozdíl v průměrné hodnotě BMI dívek v naší práci (20,05) a průměrných hodnot BMI dívek v práci Kobzové (1994) (18,01–19,82) může být do určité míry ovlivněn také již zmíněným vlivem venkovského a městského prostředí.

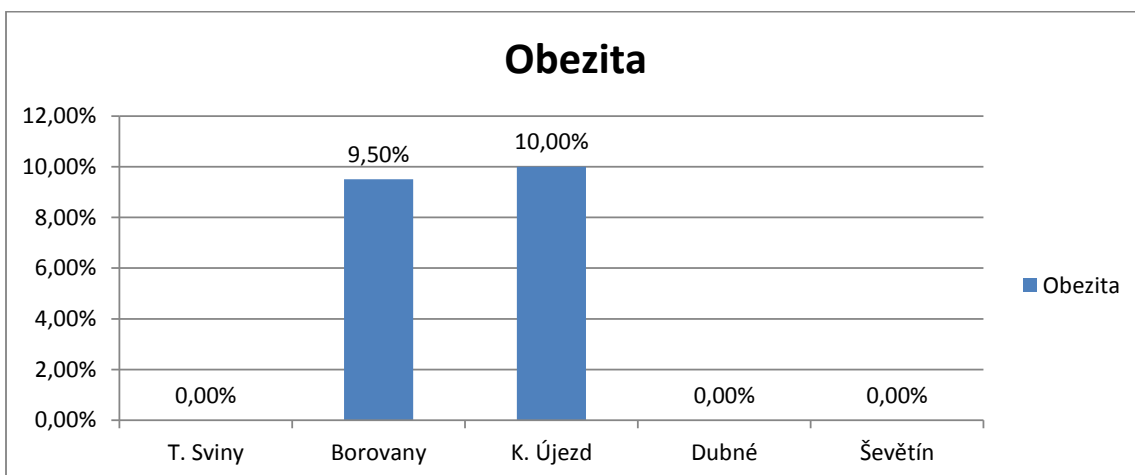
Tabulka 2: Základní statistické charakteristiky naměřených a vypočtených hodnot ukazatelů vyšetřovaného souboru 85 dívek.

charakteristika characteristic	výška height (cm)	hmotnost weight (kg)	obvod pasu weist (cm)	tloušťka řasy na podbradku average skin fold thickness (cm)	index BMI index BMI
průměrná hodnota	162,65	53,23	76,87	0,97	20,05
min. hodnota	147	35,1	63	0,5	15,06
max. hodnota	177	86,1	105	1,6	28,77
sm.odchylka	6,83	9,13	8,12	0,30	2,75

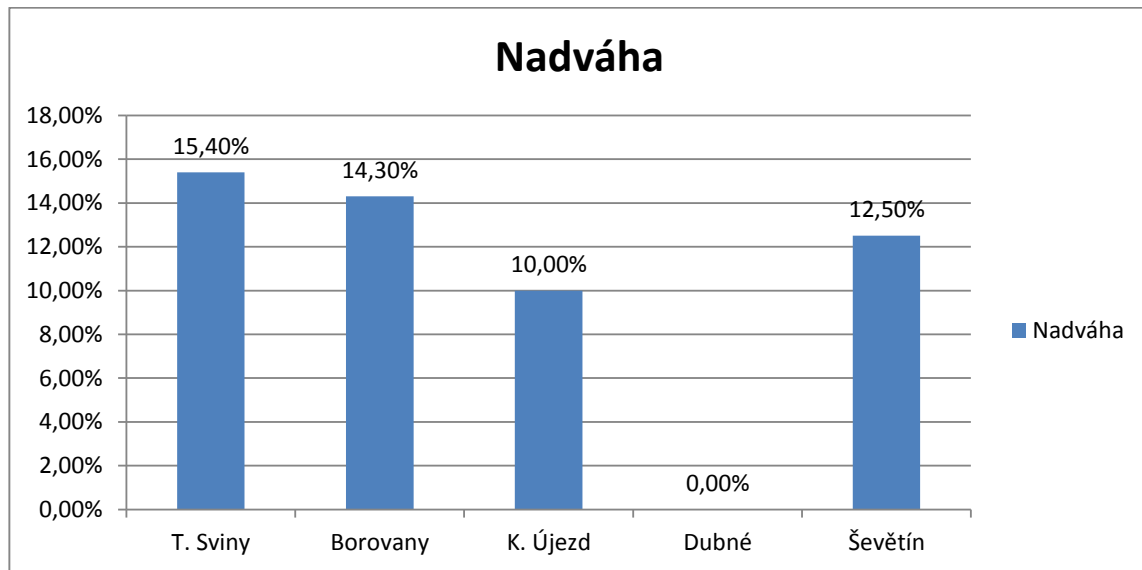
Tabulka 3: Srovnání procentického zastoupení jedinců s nadváhou, podváhou a obezitou ve vyšetřovaném 85 členném souboru hodnoceném dvěma vyživanými způsoby klasifikace probandů.

Klasifikační skupiny classification groups	klasifikace probandů podle hodnot BMI classification of probands according to BMI		klasifikace probandů podle obvodu pasu classification of probands by waist circumference	
	počet	%	počet	%
nadváha	10	11,76	22	25,88
podváha	2	2,35	0	0
obezita	4	4,71	13	15,29
norma	69	81,18	50	58,82

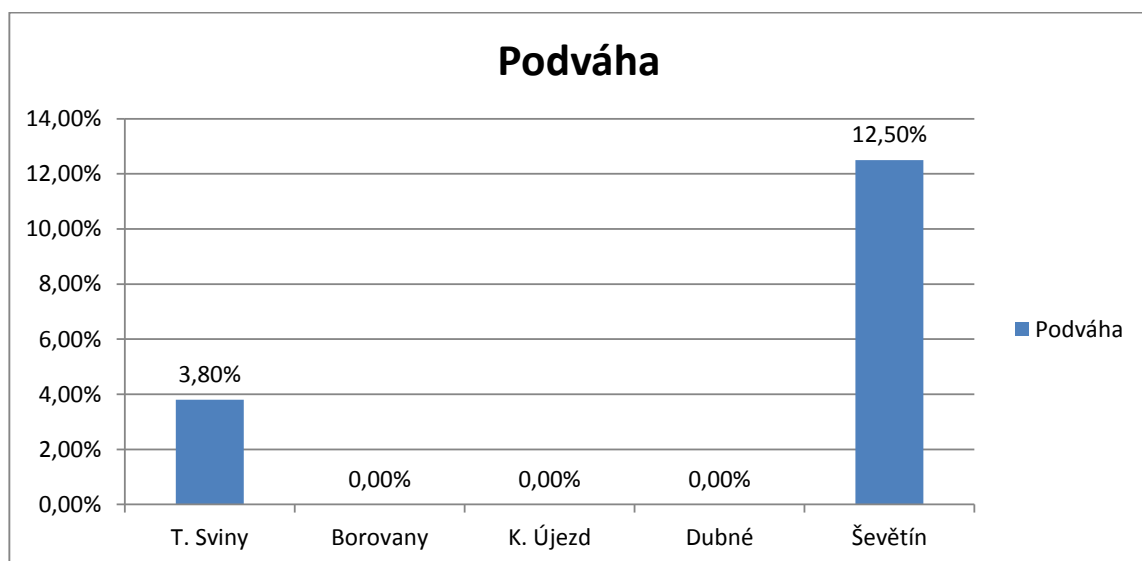
Graf 1: Srovnání procentického zastoupení dívek s obezitou ve vyšetřovaných souborech dívek v jednotlivých lokalitách budějovického regionu.



Graf 2: Srovnání procentického zastoupení dívek s nadváhou ve vyšetřovaných souborech dívek v jednotlivých lokalitách budějovického regionu.



Graf 3: Srovnání procentického zastoupení dívek s podváhou ve vyšetřovaných souborech dívek v jednotlivých lokalitách budějovického regionu.



Z grafu 1-3 jsou patrné rozdílné výsledky klasifikace dívek ze škol z jednotlivých lokalit budějovického regionu. Potvrdit existenci těchto lokálních rozdílů bude však možné až při plánovaném opakování antropometrického měření adolescentů v regionu. Že se výsledky měření probandů v jednotlivých lokalitách budějovického regionu se mohou i výrazně lišit potvrzují také naše zkušenosti získané s antropometrického měření 104 členného souboru 12-14 letých chlapců (Schuster, Pešek, 2014). Na druhé straně při vzájemném porovnávání naměřených antropometrických hodnot chlapců a dívek získaných v totožných lokalitách se vliv lokality nijak výrazně neprojevil. Zjištěné lokální rozdíly pravděpodobně mohou být výsledkem současného působení více vlivů včetně náhodných.

ZÁVĚR

Zjišťováním a zpracováním antropometrických ukazatelů v souboru 85 dívek ve věku 12–14 let z 5 různých škol budějovického regionu bylo zjištěno, že jejich průměrná výška je 162,65 cm, průměrná hmotnost 53,23 kg, průměrný obvod pasu 76,87 cm, průměrná tloušťka řasy na podbradku 0,97 cm a průměrná hodnota indexu BMI 20,05. Klasifikací dívek podle hodnot BMI ve škále spektra nadváha a obezita bylo zjištěno, že 11,76 % měřených dívek vykazuje nadváhu, 4,71 % obezitu a 2,35 % podváhu. Srovnání naměřených hodnot antropometrických ukazatelů dívek s dostupnými ukazateli adolescentů získanými v regionu v předchozím období podpořilo předpoklad pokračujícího růstu prevalence nadváhy a obezity adolescentů v budějovickém regionu.

LITERATURA

- [1] Hainer V. (2001): Obezita. – Triton, Praha, 118 p.
- [2] Hainerová I. (2009): Dětská obezita. Maxdorf, Praha, 114 p.
- [3] Hajniš K. & Kunešová M. (1999): Vývoj obvodu břicha a gluteu do 20 let věku. – Česko-slovenská pediatrie, Praha, 54: 141–149.
- [4] Galloway J. (2007): Děti v kondici: zdravé, šťastné, šikovné. Grada, Praha, 144 p.
- [5] Kobzová J. (1994): Vývoj tělesné výšky a hmotnosti u českobudějovických dětí. – Sbor. Jihočes. Muz. v Čes. Budějovicích, Přír. vědy 34: 93–99.
- [6] Kunešová, M. (2004): Vyšetření v obezitologii. In Hainer a kol. Základy klinické obezitologie. Praha: Grada, 356 p.
- [7] Málková I., Kunová V. & Kudrna P. (2002): Obezita je realita, aneb hubneme s rozumem. – Radioservis, Praha, 222 p.
- [8] Marinov Z., Pastucha D. (2012): Praktická dětská obezitologie. - Grada, Praha, 222 p.
- [9] Menzelová M. (1982): Trend of the physical development of school youth from the region of České Budějovice. – In: Jelínek J. (ed.), Modern man, 2: 357–366, Anthropos, Brno.
- [10] Menzelová M. (1989): The development of body height and weight of schoolchildren at České Budějovice in the years 1964 and 1984 – In: Hajniš K. (ed.), Growth and ontogenetic development in man III: 245–251, Praha, UK.
- [11] Pařízková J. (1962). Rozvoj aktivní hmoty a tuku u dětí a mládeže. Thomayerova sbírka 413. Praha: SZdN, 134 p.
- [12] Pařízková J., Lisá L. a kol. (2007): Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence. – Galén, Praha, 239 p.
- [13] Schuster J., Pešek M. (2014): Aktuální hodnoty vybraných antropometrických ukazatelů chlapců v budějovickém regionu. – Sbor. Jihočes. Muz. v Čes. Budějovicích, Přír. vědy 54: 208-214.
- [14] Suchomel A. (2006): Tělesně nezdatné děti školního věku. – Technická univerzita v Liberci, Liberec, 352 p.
- [15] Svačina Š. (2010): Poruchy metabolismu výživy. Galén, Praha, 505 p.
- [16] Vignerová J. & Bláha P. (2001): Sledování růstu českých dětí a dospívajících. – SZN, Praha, 173 p.
- [17] Vignerová J., Ridlová J., Bláha P., Kobzová j., Krejčovský L., Brabec M., Hrušková M. (2006): 6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001 Česká republika, souhrnné výsledky. PŘF v Praze a SZÚ, 236 p.

CURRENT VALUES OF SELECTED ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN RANDOMLY SELECTED SAMPLE OF 12-14 YEARS GIRLS OF PRIMARY SCHOOLS IN THE BUDWEISER REGION

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. Ing. Milan Pešek, CSc.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
pedagogická fakulta
katedra výchovy ke zdraví
Dukelská 9, 371 15 České Budějovice
E-mail: mil.pesek@seznam.cz

Mgr. Jan Schuster, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
pedagogická fakulta
katedra výchovy ke zdraví
Dukelská 9, 371 15 České Budějovice
E-mail: schuster@pf.jcu.cz



ABSTRACT

The investigation of selected anthropometric indicators in the 85-member set of 12–14 year old girls from 5 different schools in the České Budějovice county with the exception of schools in the county town is part of a project aimed to evaluate the prevalence of adolescent overweight and obesity in the South Bohemian region. In the evaluation of the measured and calculated parameters it was found that the monitored group of girls had an average height of 162,65 cm, mean weight 53,23 kg, mean waist circumference 76,87 cm, average skin fold thickness at the chin 0,97 cm and a mean value of BMI 20,05. Classifications probands by BMI showed 11,76% of the overweight probands, 4,71% obesity and 2,35% underweight probands.

KEYWORDS:

anthropometric indicators girls,
overweight, obesity



LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických.

Časopis vychází 4x ročně

Náklad 80 výtisků

Šéfredaktor: doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

Odpovědný redaktor tohoto čísla:

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.

Editor: Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Mgr. Alena Šetková

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc., prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc.,
doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr., prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc., Ing. Jiří Dušek, Ph.D.,
Ing. Veronika Hedija, Ph.D., doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc., prof. RNDr. Ivan Holoubek,
CSc., Mgr. Petr Chládek, Ph.D., prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D., prof. Ing. Bohumil Minařík,
CSc., doc. PhDr. Ján Pavlík, doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc., prof. MUDr. Aleš Roztočil,
CSc., prof. Ing. Jan Váchal, CSc., doc. Ing. Libor Židek, Ph.D.

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na
<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky
na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.
V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: červen 2015

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682

Registrace **MK ČR E 19390**

RECENZENTI ČÍSLA 2/2015
(DO ELEKTRONICKÉHO VYDÁNÍ DOPLNĚNO 15. 3. 2016)

Mgr. Veronika Baláková (Univerzita Karlova v Praze)
Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)
Mgr. Jan Herůfek, Ph.D. (Ostravská univerzita v Ostravě)
Mgr. Jaroslava Knížková (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)
Mgr. Jana Koptíková, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)
doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)
Mgr. Blanka Krovová (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)
PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)
Mgr. Andrea Letková (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)
doc. PhDr. Pavel Navrátil, PhD. (Masarykova univerzita v Brně)
doc. PhDr. Viléma Novotná (Masarykova univerzita v Brně)
Mgr. David Rezničenko (Nemocnice Havlíčkův Brod)
prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc. (Univerzita Karlova v Praze)
doc. PhDr. Irena Slepíčková, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)
PhDr. David Urban, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)
PhDr. Ing. Miroslav Vlček, PhD. (Vysoká škola ekonomická v Praze)
Mgr. Alena Zdražilová (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)