

2016

ROČNÍK 7

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY, VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

přijměte pozvání ke druhému číslu sedmého ročníku časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS, které i v letošním roce obsahuje široké spektrum témat z oblasti sociální práce, zdravotnictví, sportu a psychologie. Jednotlivé příspěvky se zabývají specifickou problematikou, avšak v celkovém pojetí umožňují nahlédnout na člověka a jeho potřeby optikou celostního, holistického přístupu.

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

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

OBSAH / CONTENTS

5

OHROZENIE VLASTNÉHO ZDRAVIA Z POHLADU INJEKČNÉHO UŽÍVATEĽA DROG
THE THREAT OF HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF INJECTING DRUG USER

Mgr. Katarína Debnáriková, PhD.

23

**SROVNÁNÍ PŘIJÍMACÍCH ZKOUŠEK NA OBOR ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK
A SOCIÁLNÍ PRÁCE NA ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH VYSOKÝCH ŠKOLÁCH**
COMPARISON OF ENTRANCE EXAMS FOR STUDY FIELD CLINICAL SOCIAL WORKER
AND SOCIAL WORK AT CZECH AND SLOVAK COLLEGES

Mgr. Martina Černá

34

VÝKON SOCIÁLNÍ PRÁCE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI, KAZUISTIKA
PERFORMANCE OF SOCIAL WORK IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL, A CASE REPORT

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.

45

**HODNOCENÍ STRACHU U DĚTÍ V SOUVISLOSTI S PROVEDENÍM OPERAČNÍHO
ZÁKROKU**

THE ASSESSMENT OF FEAR IN CHILDREN UNDERGOING SURGICAL PROCEDURES

Mgr. Zuzana Hlubková, PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

59

ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO KLIENTY V NEMOCNICI

ENSURE SOCIAL SERVICES FOR CLIENTS IN THE HOSPITAL

Mgr. Drahoslava Mikšovská

81

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S POKROČILÝM CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM
V PALIATIVNÍ PĚČI - POUŽITÉ MĚŘÍCÍ NÁSTROJE VE VÝZKUMU – LITERÁRNÍ
PŘEHLED**

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ADVANCE CHRONIC HEART FAILURE IN PALLIATIVE
CARE - MEASURING INSTRUMENTS USED IN RESEARCH –
A LITERATURE REVIEW

PhDr. Helena Novotná, doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

93

DIETÁRNÍ ANTIOXIDANTY A INFORMOVANOST SENIORŮ

DIETARY ANTIOXIDANTS AND SENIORS AWARENESS

Mgr. Jan Schuster, Ph.D., prof. Ing. Milan Pešek, CSc.

107

PODÁVANIE LIEKOV A BEZPEČNOSŤ PACIENTA

MEDICATION ADMINISTRATION AND PATIENT SAFETY

PhDr. Gabriela Štefková, PhD.

114

FETIŠISMUS V PERCEPCI ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI

FETISHISM IN THE PERCEPTION OF THE GENERAL PUBLIC

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

OBSAH / CONTENTS

126

SOCIÁLNÍ DOPADY ŽIVOTA S PEDOFILÍ

SOCIAL IMPACTS OF LIFE WITH PAEDOPHILIA

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

137

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

INFORMED CONSENT

Mgr. Petra Vršecká

148

KONCEPCE VÝUKY PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI

CONCEPTION OF TEACHING PERSONALITY PSYCHOLOGY

doc. PhDr. Otto Čačka

160

FOOTBALL SUPPORTERS´ BEHAVIOR

CHOVÁNÍ FOTBALOVÝCH ULTRAS

Ing. Petr Scholz, DiS.

174

BENEFITY SILOVÉHO TRÉNINKU PRO REKREAČNÍ BĚŽCE

THE BENEFITS OF STRENGTH TRAINING IN RECREATIONAL RUNNING

Mgr. Michal Štohanzl

186

HLEDÁNÍ LIMITŮ A PŘÍLEŽITOSTÍ V PROCESU SUPERVIZE U STUDENTŮ SOCIÁLNÍ PRÁCE

FINDING LIMITS AND OPPORTUNITIES IN THE PROCESS OF SUPERVISION FOR SOCIAL WORK'S STUDENTS

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D., doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

193

SPECIFIKA TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ Z HLEDISKA ZNALOSTÍ A DOVEDNOSTÍ VE SVĚTLE VÝZKUMU

THE SPECIFIC OF FIELDWORKERS FROM THE POINT OF VIEW KNOWLEDGE AND SKILLS IN THE LIGHT OF SURVEY

RSDr. Ján Mišovič, CSc.

OHROZENIE VLASTNÉHO ZDRAVIA Z POHĽADU INJEKČNÉHO UŽÍVATEĽA DROG

KATARÍNA DEBNÁRIKOVÁ
UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE

ABSTRAKT

Článok sa venuje rizikovému správaniu injekčných užívateľov drog. Zameriava sa na tri deje - injekčné užívanie drog, zdieľanie injekčných striekačiek a zdieľanie pomôcok potrebných na aplikáciu drog. Vo výskume sú využívané komponenty Health Belief Modelu - hrozba, motivácia, benefity. Cieľom výskumu bolo získať poznatky o možnosti pozitívneho ovplyvnenia rizikového správania injekčného užívateľa drog na základe zmapovania zdôvodnení. Pri zbere dát bola použitá kvalitatívna metóda pološtruktúrovaného rozhovoru. Vo výsledkoch sa uvádza, že v troch vybraných dejoch a v komponentoch sa vyskytujú zhody v rôznorodých kombináciách u participantov. Závery poukazujú na subjektívne pociťovanú hodnotu zdravia injekčných užívateľov drog, ale aj na rôzne úrovne motivácie k zmene aktuálneho správania.

KLÍČOVÁ SLOVA:

injekčné užívanie drog, injekčný užívateľ drog, Health Belief Model, rizikové správanie

1. ÚVOD

Východisko štúdie tvorí Health Belief Model (HBM) a filozofia Harm Reduction (HR). Výskum v oblasti sekundárnej prevencie s uplatnením HR na Slovensku vnímame skôr ako výnimočný, napr. Jirešová, Javorková, 2003. Hičárová a kol. (2010, 2011) svoju pozornosť venovali užívateľom, no zamerali sa na iné oblasti ich života (páchanie trestnej činnosti, dostupnosť substitučnej liečby), Klimas (2010) centroval pozornosť na vzťahy.

Predmetom výskumu je rizikové správanie injekčných užívateľov drog. Venujeme sa trom dejom - injekčnému užívaniu drog, zdieľaniu injekčných striekačiek a zdieľaniu pomôcok potrebných na aplikáciu drog, pričom využívame komponenty HBM podľa Rosenstocka, Strechera, Beckera (1988).

1.1 HARM REDUCTION

HR možno chápať nielen ako filozofiu, prístup, ale i ako pilier protidrogovej politiky, program výmeny injekčných striekačiek, priamu intervenciu smerom ku klientovi (Kalina, 2008).

Jedným z východísk HR a výskumu bolo, že takmer každú dosiahnutú zmenu v rizikovom správaní jednotlivca je možné vnímať pozitívne.

Škoda v zmysle HR sa v niektorých konceptoch nahrádza pojmom riziko. Riziko je chápané ako pravdepodobnosť, že dôjde k udalosti, ktorá môže škodu spôsobiť (Hunt, 2003). V nadväznosti na rizikové správanie je nutné popísať aj všeobecnú hierarchiu HR vypracovanú Poradným výborom pre zneužívanie drog (1988, In Hunt 2003). Definovaných je päť oblastí – znižovať možnosti zdieľania pomôcok, znižovať počet injekčných aplikácií, znižovať užívanie pouličných drog, znižovať užívanie drog na predpis a zvyšovať abstinenciu od všetkých typov užívania drog.

Spoločným prvkom HR a HBM je prevencia, nevynímajúc aj samotný koncept rizika.

1.2 HEALTH BELIEF MODEL

Sproblematikou verejného zdravia a prevenciou sa spája HBM. Od svojho vzniku v roku 1966 model prešiel viacerými modifikáciami. Poslednou v roku 1988 bol doplnený o dva komponenty - podnety k akcii a sebaúčinnosť.

Model sa pokúša vysvetliť a predpovedať správanie (a jeho zmeny) človeka v oblasti vnímania zdravia. Je používaný na posudzovanie intervencií pracovníkov vo vzťahu k postojom a názorom jednotlivca. Model je inšpirujúci nielen preto, že sa používa

na predpovedanie ochoty/neochoty zmeniť svoje správanie, ale taktiež umožňuje porozumieť motivácii. HBM zahŕňa prvky: vnímaná citlivosť (perceived susceptibility), vnímaná závažnosť (perceived severity), benefity (perceived benefits) a bariéry (perceived barriers), podnety k akcii (cues to action), sebaúčinosť (self-efficacy) a modifikujúce premenné (other variables) (napríklad demografické, sociodemografické atď.), ktoré sú súčasťou troch kľúčových komponentov/faktorov modelu: existencia dostatočnej motivácie, na základe ktorej bude jednotlivec považovať zdravotné otázky za relevantné. Hrozba, že môže podľahnúť nejakému ochoreniu a presvedčenie, že mu odporúčania prinesú zníženie vnímanej hrozby za subjektívne prijateľnú cenu (Rosenstock, Strecher, Becker, 1988).

1.3 CIEĽ VÝSKUMU

Cieľom výskumu bolo získať poznatky o možnosti pozitívneho ovplyvnenia rizikového správania injekčných užívateľov drog (IUD) na základe zmapovania zdôvodnení, ktoré užívatelia používajú a ktorých kauzálny význam sme predpokladali na základe aplikovania HBM. Koncept zdôvodnenia chápeme ako spojenie medzi kvantitatívne vyvinutým modelom a kvalitatívne získanými dátami.

1.4 VÝSKUMNÉ OTÁZKY

Výskumné otázky sú prepojením HBM a HR s dôrazom na samostatne uvádzané tri deje - injekčné užívanie drog, zdieľanie injekčných striekačiek a zdieľanie pomôcok potrebných na bezpečnejšiu injekčnú aplikáciu (In Chovancová, 2012). V príspevku sa zaoberáme len komponentom hrozby HBM. Ku komponentu uvádzame výskumné otázky:

- Akú hrozbu predstavuje pre IUD injekčné užívanie drog?
- Akú hrozbu predstavuje pre IUD zdieľanie injekčných striekačiek (IS)?
- Akú hrozbu predstavuje pre IUD zdieľanie pomôcok potrebných na bezpečnejšiu injekčnú aplikáciu?

2. METÓDY

Pri zbere dát sme použili metódu pološtruktúrovaného rozhovoru. Štruktúra rozhovoru obsahovala otázky vytvorené na základe aplikovania HBM vo vzťahu k trom dejom.

Účasť participantov na výskume bola dobrovoľná. Ich výber sa uskutočnil metódou samovýberu.

Na označenie participantov využívame kódy. Kód poskytuje anonymitu a zároveň umožňuje jednoduchú orientáciu v ukazovateľoch (pohlavie, rok narodenie).

Pri prepise rozhovorov sme využili techniku doslovnej transkripcie (Hendl, 2005) a následne prešli k otvorenému kódovaniu. Transkript kódovali samostatne ďalší 2 výskumníci. Zachytenie obsahu a významu všetkých troch výskumníkov bolo prevažne v zhode. Otázky rozhovoru, ktoré mali objasniť ciele, sme tak považovali za validné.

V úvode analýzy sme postupovali od jedného participanta k viacerým. Vytvorenými kódmi sme sýtli prvky modelu. Napríklad prvok citlivosť obsahoval kódy žily, modriny (nadmerné poškodenie končatiny) atď. Plánovali sme prvky modelu sýtiť len kategóriami, no javilo sa nám to ako nadmerná redukcia dát, preto sme sa rozhodli pre použitie kódov. Primárnym cieľom bolo schematické popísanie a prerozprávanie „príbehu“ v rámci prvkov modelu. U každého participanta sme popisovali tri deje (injekčné užívanie drog, zdieľanie injekčných striekačiek, zdieľanie pomôcok potrebných na bezpečnejšiu aplikáciu).

Každý participant mal tak vytvorené schémy v zmysle sledovaných dejov. Schémy sme prekrývali a hľadali zhody vo vzťahoch medzi prvkami modelu a ich obsahmi v rámci všetkých troch dejov. Následne sme sa rozhodli hľadať zhody samostatne v komponente. Analýzu sme uskutočnili prostredníctvom techniky tematického kódovania, výsledkom ktorého je typológia (Švaříček, Šedová a kol., 2007).

Každý z dejov pre komponent hrozby vytvoril viaceré typy, ktoré ilustruje celkovo 10 schém. Po ukončení vytvárania typov sme hľadali zhody medzi jednotlivými participantmi. Počas celej analytickej práce sme pracovali technikou ceruzka – papier.

2.1 VÝSKUMNÝ SÚBOR

Výskumný súbor tvorili IUD. Do súboru bolo zaradených 14 IUD (9 mužov, 5 žien). Výber sme ukončili, keď došlo k teoretickej saturácii. Priemerný vek participantov bol 29,71 roka. Prevažná časť participantov (11) bolo slobodných. Medzi účastníkmi výskumu bol 1 otec a 3 matky. Z 5 žien sa 3 živilo prácou v sex-biznise. 8 participantov v čase realizácie výskumu pracovalo príležitostne, prevažne brigádne a bez pracovnej zmluvy. Výskumu predchádzal predvýskum s 5 IUD (4 muži, 1 žena), ktorých priemerný vek bol 32,2 rokov.

3. VÝSLEDKY

Analýzou dát sme vytvorili typy, ktorých obsah prezentujeme v troch dejoch (injekčné užívanie drog, zdieľanie injekčných striekačiek, zdieľanie pomôcok potrebných na bezpečnejšiu aplikáciu) v rámci komponentu hrozby HBM.

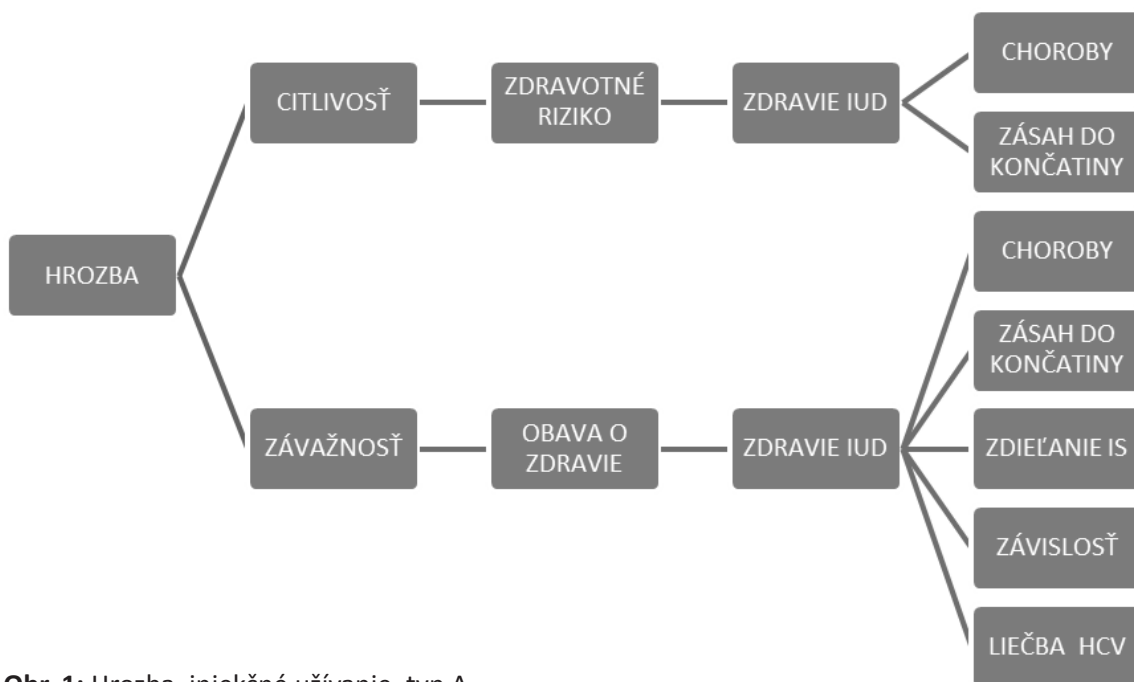
Hrozba obsahuje dva prvky - vnímaná citlivosť a vnímaná závažnosť. Citlivosť sa zameriava na to, s akou pravdepodobnosťou môže človek dostať nejaké ochorenie. Závažnosť zhmotňuje obavy jednotlivca aj s dôsledkami (sociálne, psychické, zdravotné). Názov typu sa pokúša zachytiť a pomenovať obsah jednotlivých prvkov komponentov.

3.1 INJEKČNÉ UŽÍVANIE DROG

V rámci deja injekčné užívanie drog sme vytvorili tri typy.

Typ A „Som citlivý na svoje zdravie, aj sa oň obávam.“

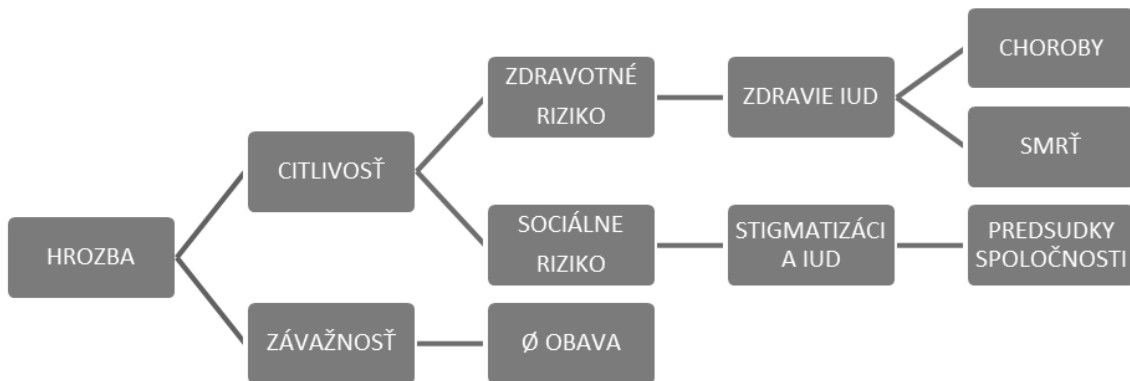
Typ A (Obr. 1) bol najviac vyskytujúcim sa (9 zo 14). Bol charakteristický pre všetkých 5 žien a 4 mužov. „...Neviem, čo ja viem, čo ešte všetko sa môže z toho. Len hepatitída C, to viem, ostatné neviem“ (2J82PSE, r. 4). „Ochorenie, C-čko, HIV .. zo žilami problémy a to je asi tak všetko nie?“ (1M84ENR, r. 4) „...Obavy? ... Čo ja viem? Akurát to, keď sa dá človek vedľa, tak ten absces sa tam môže spraviť... Zas tie modriny, keď je človek neskúsený. Môže sa stať všeličo. Prepichnúť sa žila. Môže sa prasknúť žila“ (2M94DNR, r. 26).



Obr. 1: Hrozba, injekčné užívanie, typ A

Typ B „Som citlivý aj na svoje zdravie, obavy však momentálne nemám“

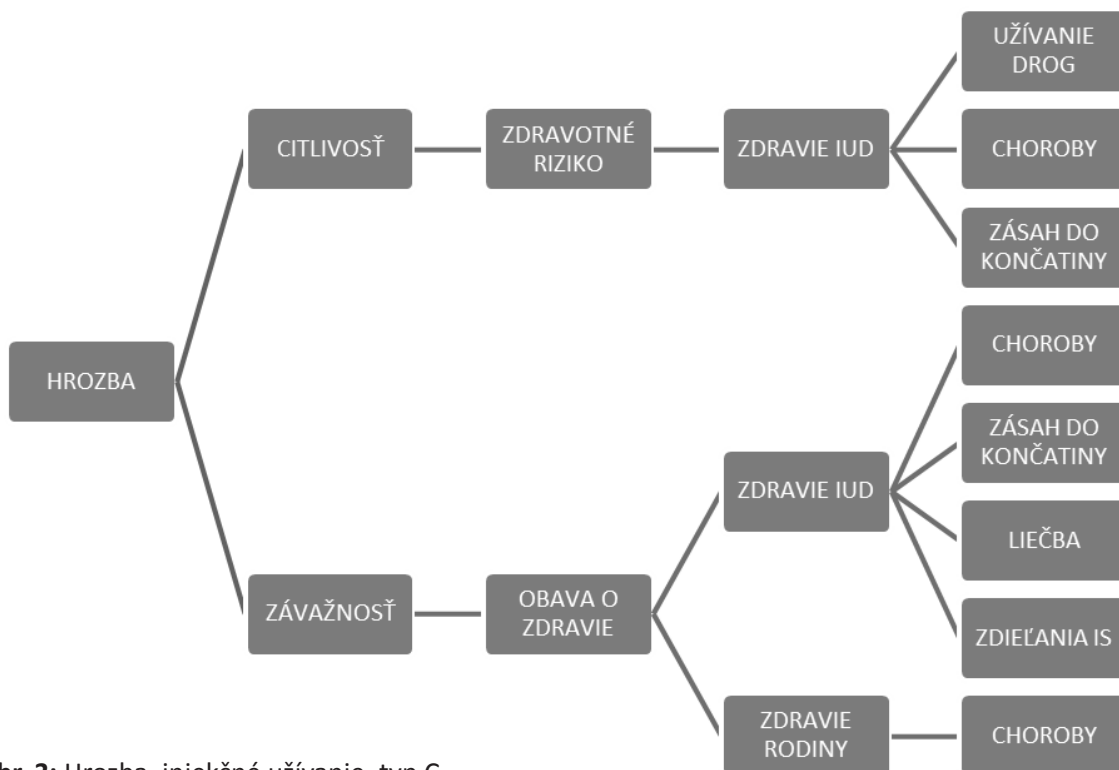
Do druhého typu (Obr. 2) správania sme zaradili 3 participantov. „Infekčné ochorenia a tak ďalej“ (1M85RSE, r. 2). „Čo sa týka proste od chorôb, až že čakám na husle. Všetko“ (1H76RSE, r. 4). „Po nejakom tom čase, človek je už tak na tom, že ho odpisujú a tak ďalej a tak ďalej“ (1H76RSE, r. 6). „...že víte, jak by som vám povedal, nevládzem, koľkorázy nerozmýšľam nad ničím, to je.. nerozmýšľam nad ničím. Idem zoberem sa a idem preč. Nerozmýšľam...“ (1R64JSE, r. 10). „...Já? Nie. Ináč by som nepichal“ (1M85RSE, r. 32).



Obr. 2: Hrozba, injekčné užívanie, typ B

Typ C „Som citlivý na svoje zdravie, obávam sa oň aj o zdravie rodiny“

V rámci toho typu (Obr. 3) sa hrozba v kontexte injekčného užívania zhodla u 2 participantov. „To že fetujem. Môžem chytiť nejakú chorobu. Zatiaľ som nič nemal, len zvýšené hepatálky. Bolesť žíl“ (1A77ZNR, r. 4). „...mi kornatejú žily, potom modriny sú z toho, keď sa dá vedľa človek, tak je z toho absces...“ (1D85JNR, r. 7). „...aj z ochorenia... Aby sa nik s tou mojou ihlou nedal. Aby som ju nikde nezabudol. Máme doma chlapca malého, aby sa on s ňou nepichol“ (1A77ZNR, r. 33).



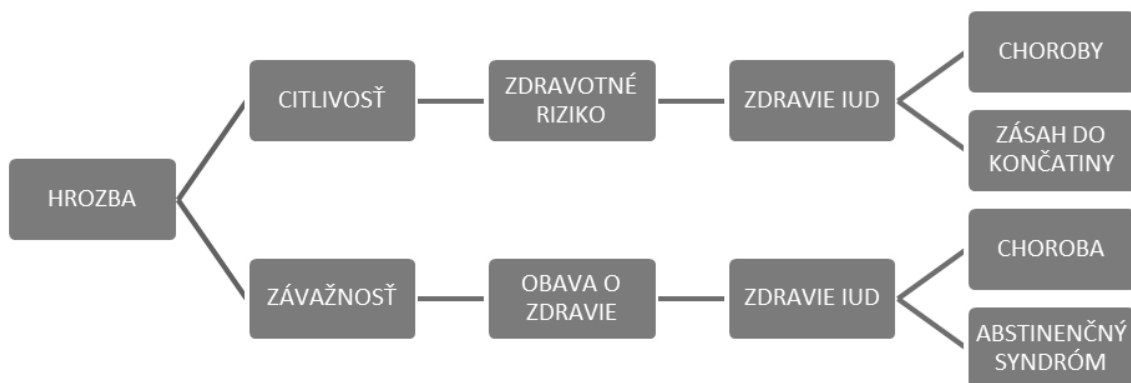
Obr. 3: Hrozba, injekčné užívanie, typ C

3.2 ZDIEĽANIE INJEKČNÝCH STRIEKAČIEK

V druhom deji týkajúcom sa aplikácie použitou IS sme vytvorili 4 typy.

Typ A „Som citlivý na svoje zdravie, aj sa ň obávam“

Tento typ reprezentujú (Obr. 4) 3 muži a 2 ženy. „.....no však tá choroba vlastne, že ja, no vlastne som chorá a môžem dostať nejakú chorobu z toho“ (2M84KNR, r. 10). „Však choroby a bolesť žíl“ (1A77ZNR, r. 21). „No, že sa nakazím HIVčkom...to je asi to najviac, čo sa bojím“ (1M84ENR, r. 20).



Obr. 4: Hrozba, zdieľanie IS, typ A

Typ A1 „Som citlivý na svoje zdravie a obávam sa, že nebudem mať možnosť sterilnej IS“

V rámci typu A1 (Obr. 5) sme identifikovali 3 participantov. „Čo ja viem otrava krvi, to je to časté, čo hovoria AIDS, HIV“ (1M86JNR, r. 17). „...však nemám obavu, ale môže sa stať, vieš, ale tak ...ako mám obavu troška z toho, že mi môže niekto podsunúť, ale však všimol by som si to, keby oné, keď je raz použitá, tak to vidíš, ostane tam kvapka vody, vieš“ (1M86JNR, r. 35). „že ...proste niekto za mojej neprítomnosti ju možno použil, prípadne ju používal na viackrát“ (1D85JNR, r. 55).



Obr. 5: Hrozba, zdieľanie IS, typ A1

Typ B „Som citlivý na svoje zdravie, ničoho sa však momentálne neobávam“

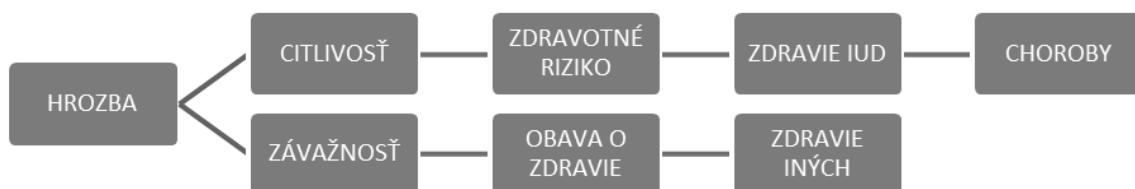
V tomto type (Obr. 6) správania sme našli zhodu u 1A75PSE, 1H75RSE, 1R64JSE, 1M85RSE, 1M87MNR. „...ja neviem, hlavne choroby nejaké, ne?“ (1M85RSE, r. 14) „Mohol som dostať hepatitídu C, AIDS, kožné choroby, aké on má, lebo on mal pso (nedokončil slovo) neviem.. šupiny sa mu robili akože z čokolády, dáky alergén som mohol chytiť, bárs čo (pauza) mohol som aj umrieť“ (1M87MNR, r. 11). „No, predtým bola (stíšil hlas).. No nieže bola, ale tak, pomyslel som na to, ale čo. Kašlal som na to“ (1M85RSE, r. 38).



Obr. 6: Hrozba, zdieľanie IS, typ B

Typ C „Som citlivý na svoje zdravie, obávam sa oň aj o zdravie iných“

V rámci načrtnutia schémy (Obr. 7) subjektívne pociťovala hrozbu zo zdieľania IS 2J82PSE. Reflektujeme, že túto participantku bolo možné zaradiť aj do typu B. No aj napriek tomu, sme sa rozhodli vytvoriť samostatný typ C, pretože v rozhovore na tému dominovali iní ľudia. „Tak isto tá hepatitída C, to je prvoradé, keď to ten dotyčný má, čo si myslím, že väčšinou tú hepatitídu C majú, takže ... Myslím si, že to hlavne“ (2J82PSE, r. 12). „No tak aaaa, keď mám pravdu povedať, tak už ani tak nie, lebo tú hepatitídu C mám. Viem, že ju dostať jakože nemôžem dostať od druhého, ale obavu mám z toho skorej, aby ten druhý ju nedostal odo mňa“ (2J82PSE, r. 38).



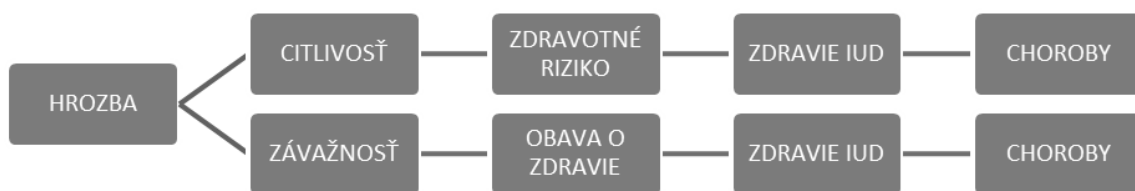
Obr. 7: Hrozba, zdieľanie IS, typ C

3.3 ZDIEĽANIE POMÔCOK POTREBNÝCH NA BEZPEČNEJŠIU APLIKÁCIU

Posledným dejom bolo zdieľanie pomôcok potrebných na bezpečnejšiu aplikáciu drog ako napríklad injekčná voda, stericup (lyžička) suchý tampón a iné. Podobne ako v prvom deji sme vytvorili 3 typy.

Typ A „Som citlivý na svoje zdravie, aj sa oň obávam“

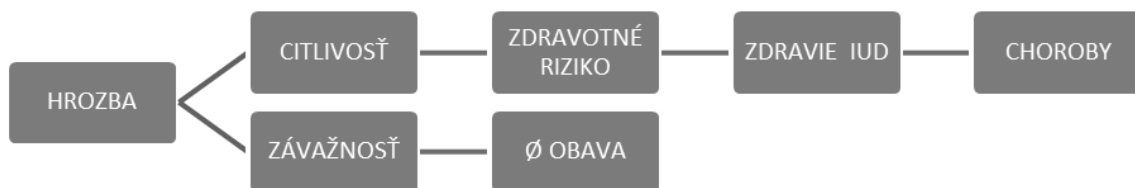
Zhoda sa preukázala u 3 žien a 2 mužov. „Tak lyžičku zrovna neviem, či tam je nejaké riziko, ale hlavne vodu si myslím. Veľa ľudí si myslí, že keď má novú ihlu, o tom sme sa veľa rázy bavili, však ihlu mám novú, ale používaš tú istú vodu. Ja tam dám ihlu, natiahnem síce vodu, ale tam, aj do tej vody sa dostane krv moja a ty si to po mne ideš natiahnuť a to si nevedomujete. A aj tým sa to (HCV) prenáša“ (2A83ASE, r. 10). „...no to z toho ani moc nemám obavy, ale mám obavy z toho, že ju otvorím, nechám ju dva, tri dni otvorenú a dám si tú vodičku potom dostanem zimnicu. Už sa mi to viac rázy tak stalo“ (1M84E, r. 50). Typ ilustruje Obr. 8.



Obr. 8: Hrozba, zdieľanie pomôcok, typ A

Typ B „Som citlivý na svoje zdravie, ničoho sa však momentálne neobávam“

Obavy zo zdieľania pomôcok nemá 9 participantov (Obr. 9). „Však určite áno, je to také isté, jak keby som si šľahol po niekom“ (1A75PSE, r. 34). „Nie, lebo nosím svoj vercajg a ja rozhodujem o tom komu ho požičiam a komu nie“ (1H76RSE, r. 60).



Obr. 9: Hrozba, zdieľanie pomôcok, typ B

Typ C „Som citlivý na svoje zdravie, obávam sa oň aj o zdravie iných“

Len 2J82PSE (Obr. 10) sa obáva, že by zdieľaním vody mohla šíriť ochorenie. „Tak isto, myslím, že to C-čko ... (r. 22) ...tak isto ten dotýčný tú hepatitídu C nemusí mať a ja keď použijem jeho pomôcky, tak sa môže stať, že to môže dostať on odo mňa.“ (r. 28) „...obavu mám z toho skorej, aby ten druhý ju nedostal odo mňa“ (2J82PSE, r. 38).



Obr. 10: Hrozba, zdieľanie pomôcok, typ C

Po vytvorení schém sme údaje zosumarizovali s cieľom získania prehľadnosti a hľadania zhôd. Preukázali sme štyri zhody v správaní u participantov.

4. DISKUSIA

Výskum sa orientoval na rizikové správanie IUD, konkrétne na pociťovanie hrozby v troch samostatne vnímaných dejoch (injekčné užívanie, zdieľanie injekčných striekačiek, zdieľanie pomôcok potrebných na bezpečnejšiu aplikáciu). Technikou tematického kódovania sme vytvorili jednotlivé typy.

4.1 HROZBA Z INJEKČNEJ APLIKÁCIE DROG

Prvý vytvorený typ A „*Som citlivý na svoje zdravie, aj sa oň obávam*“ naznačuje, že participanti reflektujú, že injekčným užívaním sa môžu nakaziť rozličnými ochoreniami. Za možné považujú zásahy do končatín (vznik modrín, abscesov, poškodenia žíl a iné.). Uvedené hodnotíme ako pochopenie dôsledkov, vzhľadom na preferovaný spôsob užívania psychoaktívnej látky, nakoľko takmer všetci IUD sa zmienili o zažitej skúsenosti napríklad so zápalom žíl. Prípadne situáciu poznajú z rozprávania skúseností a zážitkov iných IUD. Významnú úlohu podľa nášho názoru zohráva aj dĺžka drogovej kariéry užívateľa. V kategórii choroba dominuje hepatitída typu C (HCV), pomenovanie iných ochorení je prevažne nekonkrétne. Domnievame sa, že uvedené by mohlo súvisieť s informovanosťou (napríklad spôsob a možnosti prenosu ochorení) IUD o možných zdravotných rizikách injekčnej aplikácie, ktorú považujeme u participantov výskumu za pomerne nízku. Informácie, ktoré majú sú len povrchové a nekompletné a mnohokrát sú kontaminované mýtmi.

Informovanosťou IUD o HIV/AIDS, HCV a HBV sa zaoberal aj výskum Jirešovej, Javorkovej (2003). Autorky okrem iného zistili, že IUD podobne ako participanti výberového súboru „mali nedostačujúce informácie o spôsobe prenosu infekcií“ (Jirešová, Javorková, 2003, s. 96). V rovine obáv u participantov zaradených do typu A sa vyskytuje opäť zdravie IUD. Vnímame medzi prvkami prepojenie a vzájomný vzťah. Teda ak participant predpokladá,

že sa môže nakaziť HCV, pravdepodobne sa obáva aj samotnej liečby tohto ochorenia. Vyjadrenie participantov v tomto kontexte kopírujú v niektorých aspektoch zistenia štúdie Munoz-Plaza et al. (2008). Autori zistili, že liečba HCV sa spája s negatívnymi pocitmi, ktoré sú podmienené šírením informácií prevažne negatívneho charakteru medzi IUD. Išlo napríklad aj o negatívne vedľajšie účinky liečby.

Ako dôsledok injekčného užívania bola pomenovávaná aj závislosť. Vo vyjadrení vo vzťahu k obavám prechádzajú vybraní participantí od seba k všeobecnej rovine. Ďalej sa v kategórii zdravie IUD (rovina obáv) nachádzali choroby, zdieľanie IS a zásahy do končatiny. Prvky citlivosť a závažnosť v komponente hrozba v type A sú identické (zdravie IUD). Tak ako sme už uviedli, vzájomne sa prelínajú. Predpokladáme, že jedným z dôvodov, by mohlo byť na základe zdôvodnení IUD subjektívne vnímanie hodnoty zdravia.

Jednotlivci patriaci do typu B, podobne ako jednotlivci z typu A, sú citliví na svoje zdravie. Vyskytli sa však nielen infekčné ochorenia (HCV), ale aj ochorenia a prejavy psychického charakteru (halucinácie). Zaujímavým pre nás v prvku citlivosti je vzťah jednotlivec – spoločnosť, najmä v kontexte pretrhovania sociálnych väzieb a straty sociálneho kontaktu. Domnievame sa, že každodennosť v spojitosti so zdravím (fyzickým a psychickým) IUD, ale aj prítomnosť iných faktorov umožňuje uvedomenie si aj sociálnych rizík. Naše zistenie nachádza oporu napríklad v Burrisovi (In Herek, Capitanio, Widaman, 2003), ktorý uvádza, že sociálne riziká zahŕňajú objektívne ohrozenia a subjektívne vnímanie rizík. IUD, ktorí tvoria typ B nepociťujú žiadne obavy. Predpokladáme, že aj uvedené môže spôsobovať skúsenosť s negatívnymi dôsledkami injekčného užívania. Napríklad HCV, ktorou sa IUD nakazil svojím rizikovým správaním, mohla spôsobiť, že sa pravdepodobne jeho obava vytratila. Veľkú úlohu podľa nášho názoru zohráva aj „zvnútorňenie sa“ s týmto spôsobom užívania. Napríklad participant 1M86RSE hovorí, že obavy nemá, pretože ak by ich mal, zvolil by iný spôsob. Osobné preferencie sú jedným z dôvodov, prečo sa IUD rozhodnú pre injekčnú aplikáciu aj napriek uvedeným rizikám (Jirešová, Javorková, 2003).

Typu C opäť dominuje zdravie. Nejde však už len o zdravie samotného IUD, ale aj o zdravie okolia. Pod okolím rozumieme rodinu, príbuzných, priateľov IUD, ale aj samotnú spoločnosť. Vnímame, že úroveň ochrany spoločnosti zo strany užívateľa môže mať rôzne motívy. Taktiež reflektujeme, že niektorý užívateľ danú skutočnosť môže len verbalizovať, iný aplikovať. Zistili sme však, že participantí sa svoju obavu pokúšajú zmierňovať preventívnymi opatreniami (odkladanie IS na náročne dosiahnuteľné miesto, výmena IS, chránený pohlavný styk), nakoľko majú strach zo šírenia chorôb.

Pre IUD aj napriek tomu, že v dobe rozhovoru preferovali injekčnú aplikáciu a verbalizovali niektoré prevažne zdravotné riziká predstavuje poškodenie zdravia, prípadne zdravia rodiny najväčšiu hrozbu. Zdravie, teda aj napriek najrizikovejšiemu spôsobu užívania drog, podľa nášho názoru predstavuje pre IUD hodnotu.

Pre sekundárnu prevenciu toto zistenie môže viesť k viacerým návrhom. Terénni sociálni pracovníci môžu a aj sa vo svojej práci venujú dopĺňaniu a korekciám informácií pre IUD o zdravotných rizikách injekčného užívania. Môžu taktiež iniciovať vytvorenie externého tímu či nadviazať prípadnú spoluprácu so zdravotníckymi pracovníkmi. Niektoré terénne programy na Slovensku (napr. program KROK VPRED Združenia STORM) IUD ponúkajú možnosť pomoci zdravotníka v teréne. Význam interdisciplinárneho prístupu pri práci s IUD zdôrazňuje napríklad aj Edlin (2002). Stotožňujeme sa s Edlinom (2002) v myšlienke týkajúcej sa potreby združovania odborných znalostí v prospech starostlivosti o užívateľov drog.

4.2 HROZBA ZO ZDIEĽANIA INJEKČNÝCH STRIEKAČIEK

Hrozba a zdieľanie IS sa dotýkali druhej výskumnej otázky. V rámci tohto deja sme vytvorili štyri typy.

Typ A v deji zdieľanie IS je identicky pomenovaný ako typ A v rámci injekčného užívania drog. Aj v tomto prípade citlivosť a závažnosť sú vzájomne prepojené a dotýkajú sa zdravia IUD. Kým však v rámci deja injekčné užívanie drog prevažovala citlivosť na ochorenie HCV, v deji zdieľanie sa vyskytuje nakazenie sa HIV nielen v rovine rizika, ale aj obáv. Je možné u participantov vnímať akúsi hierarchiu rizík - nakazenie sa vírusom HIV je na vrchole pomyselnej pyramídy. Podobnosť vnímame vo výpovediach participantov výskumu, ktorí diagnózu HIV považujú za trest smrti (In Munoz-Plaza et al., 2008).

Domnievame sa, že aj pociťovanie abstinenčného syndrómu vyvoláva obavu z možnosti zdieľania IS s iným IUD. Aj Magura et al. (1989) a Wagner et al. (2011) zistili, že postoj k zdieľaniu ako jeden z faktorov zdieľania IS súvisí s abstinenčným syndrómom. Magura et al. (1989) uvádzajú, že závislí, ktorí nie sú ochotní tolerovať abstinenčný syndróm, zdieľajú IS s väčšou pravdepodobnosťou.

Vytvorený typ A1 môže zdanlivo vytvárať dojem duplicity s typom A, nakoľko sa v oboch prvkoch hrozby objavilo zdravie IUD. Vnímame však rozdiel medzi typom A a A1, keďže participantí zaradení do typu A1 sa obávajú nemožnosti bezpečnej injekčnej aplikácie. Hoci IUD deklarujú poznanie hierarchie HR v oblasti IS, využívajú služby výmenného programu a v prípade nemožnosti sterilnej IS dávajú prednosť opakovanému používaniu vlastnej IS pred zdieľaním IS s iným IUD. Aj napriek tomu sa u nich objavuje pocit nedôvery voči iným IUD, s ktorými sa stretávajú. Prejavenou nedôverou v kontexte zdieľania IS medzi IUD sa zaoberali aj Magura et al. (1989). Autori uvádzajú, že odmietnutie zdieľať s priateľom IS možno považovať za urážku a prejav nedôvery. Vo výsledkoch výskumu sa prejavená dôvera sa vyskytovala u rodinných príslušníkov, nie u priateľov. Zistenia Unger et al. (2006) poukazujú na to, že IUD zdieľajú IS skôr s niekým, s kým majú emocionálne puto, nie s náhodnými známymi. Teda v našom prípade sú to rodinní príslušníci. Uvedené nevyklučuje ani zistenia Maguru et al. (1989), i keď v našom prípade sa nepotvrnilo.

Typ B tvoria 5 IUD. Tí síce vnímajú istú pravdepodobnosť ochorenia, no prezentujú absenciu obáv zo zdieľania IS. Uvedené môže súvisieť s priznanou a vžitou pozitivitou HCV (1M85RSE, 1H76RSE), s uvedením si možných zdravotných dôsledkov pre seba na základe skúsenosti so zdieľaním IS (1M87MNR), a taktiež aj so samotnou skutočnosťou, že IUD aktuálne nezdieľajú IS (1A75PSE, 1H75RSE, 1M87MNR). Všetci využívajú služby výmenného programu. Prípadne, ak je to možné, sterilné IS si kúpia v lekárni. U jedného participanta (1R64JSE) nezdieľanie IS vnímame ako vnútorný postoj, vlastné presvedčenie. Uvedomujeme si, že všetky uvedené zdôvodnenia absencie obáv sa nedajú vnímať parciálne a ovplyvňujú ich aj iné faktory (napríklad aktuálne naladenie jednotlivca, nevedomosť o ďalších rizikách a iné).

Vo vyjadrení participantky zaradenej do posledného typu (typ C) sme identifikovali, že pôvodný strach z nakazenia sa HCV a rozporuplné pocity (hnev, úľava) sa akoby vymenili za obavu nakazenia iných IUD.

Podobne ako vo výskumnej otázke týkajúcej sa hrozby a injekčného užívania, aj v deji zdieľanie bola prítomná ochrana verejného zdravia. Hrozba zo zdieľania IS sa rovnako ako pri hrozbe z injekčného užívania prejavila v oblasti zdravia (svojho, ale aj spoločnosti). Modifikovanie hrozby zo zdieľania IS podľa nášho názoru ovplyvňuje samotný akt zdieľania IS (všetci mali skúsenosť so zdieľaním IS) a jeho dôsledkov (zdieľaním IS sa nakazili ochorením). 13 participanti prezentovali, že sa pokúšajú preferovať nezdieľanie IS (využívajú služby výmenného programu a lekární, poznajú rady v oblasti HR), pretože poznajú zdravotné dôsledky.

4.3 HROZBA ZO ZDIEĽANIA POMÔCOK POTREBNÝCH NA BEZPEČNEJŠIU APLIKÁCIU

Posledným tretím dejom je zdieľanie pomôcok. Jednotlivci z typu A pociťujú hrozbu v rovine svojho zdravia. Za rizikové považujú najmä zdieľanie injekčnej vody, pričom citlivo reagujú na nakazenie sa chorobou v spojitosti s uvedením si zdravotných dôsledkov (prenos HCV).

Participantí priradení do typu B sa neobávajú o svoje zdravie, hoci pripúšťajú pravdepodobnosť ochorenia. Domnievame sa, že dôvody sú viaceré. Niektorí participantí (napríklad 1A75PSE, 1H76RSE) zdieľanie vody považujú za rovnako rizikové ako zdieľanie IS. Zrejme aj preto sa rozhodli používať len svoju injekčnú vodu, prípadne využívajú alternatívy injekčnej vody, či stericupu (lyžice), a teda už následne nedochádza k zdieľaniu ďalších pomôcok. Opozitne však napríklad 1M85RSE zdieľanie vody/lyžice nepovažuje za rizikové, preto pravdepodobne nepociťuje ani obavu. Na podceňovanie zdieľania pomôcok prípadne ich dezinfekcii a odstupňovaniu vnímaných rizík, tak ako sa to ukázalo v predkladanom výskume, upozorňujú aj výsledky Miovského a Zábranského (2002). Autori zistili, že niektorým IUD ako dezinfekcia IS postačuje prepláchnutie vodou, taktiež

podceňujú zdieľanie a čistotu pomôcok. Pomôcky nepovažujú za zdroj nákazy, čo sa vo výskume tiež u vybraných IUD preukázalo. Podobne ako pri zdieľaní IS aj zdieľanie pomôcok predstavuje pre 2J82PSE (typ C) hrozbu v šírení chorôb v dôsledku zdieľania pomôcok.

4.4 ZDRAVIE AKO SPOLOČNÝ UKAZOVATEĽ DEJOV

Všetky tri deje spája najmä zdravie IUD. Vyskytuje sa tu aj akási postupnosť zdravotných rizík v rovine chorôb. Napríklad, ak už IUD má diagnózu HCV, tak sa obáva nakazenia vírusom HIV. Podobnosť vidíme vo výskume, kde sa participanti vo výpovediach zhodli, že oveľa menej si uvedomujú diagnózu HCV a skôr sa obávajú diagnózy HIV (Munoz-Plaza et al., 2008). Predpokladáme, že IUD s diagnózou HCV akoby dopredu počítajú v akomkoľvek deji. Pravdepodobne to môže súvisieť s informáciami z médií, ale aj šírením si informácií v komunite, v ktorej sa IUD pohybuje. Zhoda vo výpovediach participantov bola v tom, že zdieľanie IS považujú za rizikové a poznali aj dôsledky v rovine zdravia (dominovala HCV). Rozdielne názory majú v oblasti zdieľania pomôcok. Vytvorili sa dve skupiny participantov. Tí, ktorí zdieľanie pomôcok považujú za rovnako rizikové ako zdieľanie IS. A tí, ktorí zdieľanie pomôcok považujú menej rizikové ako zdieľanie IS. Zaujímavým zistením pre nás bolo aj vnímanie rizikovosti v rámci zdieľania pomôcok. To sa prejavovalo v rozdielnosti názorov na úroveň rizika v zdieľaní vody a lyžice, či používaním alkoholového tampónu.

5. ZÁVER

Napriek tomu, že sme predpokladali, že všetky tri deje budú vnímané u participanta v rámci hrozby identicky, analýza a následné zhrnutie výsledkov v niektorých prípadoch preukázal opak.

Tri deje v jednote v rámci komponentu hrozby sa preukázali u polovice participantov. 3 ženy (2M84KNR, 2A75JSE, 2A83ASE) a 1 muža (1M84MNR) by sme mohli charakterizovať výrokom „som citlivý na svoje zdravie, aj sa oň obávam“. To znamená, že vo všetkých dejoch v rámci komponentu hrozby, zdravie zohráva pre IUD zrejme najdôležitejšiu úlohu. 3 muži (1H76RSE, 1M85RSE, 1R64JSE) na rozdiel od prechádzajúcich 4 IUD síce citlivo reagujú na svoje zdravie, no nemajú žiadne obavy, či už ide o injekčné užívanie drog alebo zdieľanie IS a pomôcok.

Zhoda vo vnímaní hrozby, nie však v dejoch, je aj u 1A75PSE a 1M87MNR. U týchto 2 IUD sa síce v rámci injekčného užívania drog prvky citlivosti a závažnosti stretávajú v zdraví IUD, no v rámci zdieľania IS a pomôcok sa prvok závažnosti vytratil. Pravdepodobne to môže byť spôsobené tým, že obaja participanti prezentujú nezdieľanie IS a pomôcok s inými IUD a používanie vlastných IS a pomôcok chápu ako štandardnú súčasť svojho správania. V zmysle HR sa teda správajú čo najbezpečnejšie v kontexte zdieľania IS a pomôcok. Zaujímavosťou je, že 2M94DNR a 1M86JNR sa spoločne obávajú nemožnosti

sterilnej IS pri aplikácii aj napriek tomu, že využívajú služby výmenného programu v Nitre, zo zdieľania pomôcok nemajú obavy a pri injekčnom užívaní je prvok citlivosti a závažnosti vzájomne prepojený (zdravie IUD).

Na základe výsledkov konštatujeme, že aj napriek rizikovému správaniu participantov, hrozbou je vo všetkých troch dejoch strata alebo narušenie zdravia IUD, prípadne jeho okolia.

Vytvorené typy v rámci komponentu hrozby a dejov síce popisujú určité typy správání, no podľa nášho názoru neumožňujú šablónovité vytvorenie možných typov intervencií sociálnych pracovníkov, nakoľko je potrebný individuálny prístup a práca v zmysle princípu tu a teraz, no poskytujú aspoň paletu možností.

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

LITERATURA

- [1] EDLIN, B. R. 2002. Prevention and Treatment of Hepatitis C in Injection Drug Users. In *Hepatology*. ISSN 1527-3350, 2002, vol. 36, no 5, p. 210-219.
- [2] HENDL, J. 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [3] HEREK, G. M. – CAPITANIO, J. P. – WIDAMAN, K. F. 2003. Stigma, Social Risk, and Health Policy: Public Attitudes Toward HIV Surveillance Policies and the Social Construction of Illness. [online]. 2003, [cit. 2010-10-27]. Dostupné na internete: http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/aids_names_reporting_paper.html
- [4] HIČAROVÁ, T. a kol., 2011. Záverečná správa projektu „Stav a dostupnosť substitučnej terapie na Slovensku“. Bratislava: Plán B, n.o. 2011. 41 s.
- [5] HIČAROVÁ, T. a kol. 2010. Súhrnná záverečná správa Projektu evalvácie uplatňovania vybraných drogových paragrafov zákona č. 300/2005 Z. z. – Trestného zákona. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foudation, 2010. 104 s. ISBN 978-80-970143-3-9.
- [6] HUNT, N. 2003. Pokrokové zmyšľanie o drogách. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti - OSF, 2003. 76 s. ISBN 80-9692271-0-8.
- [7] CHOVANCOVÁ, K. 2012. Zdôvodnenia injekčných užívateľov drog k zdieľaniu injekčných striekačiek v kontexte rizikového správania. Nitra: UKF, Dizertačná práca, 2012.
- [8] JIREŠOVÁ, K. - JAVORKOVÁ, S. 2003. Harm reduction v problematike injekčného užívania drog. Bratislava: OZ ODYSEUS, 2003. 113 s. ISBN 80-968576-6-5.
- [9] KALINA, K. a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [10] KLIMAS, J. 2010. Zmeny v interpersonálnych vzťahoch počas užívania drog a závislosti: pilotný kvalitatívny výskum. In ZÁBRODSKÁ, K. – ČERMÁK, I. (Eds.). Sborník vybraných príspevků z IX. česko-slovenské konference Kvalitatívni přístup a metody ve vědách o člověku – Individualita a jedinečnost v kvalitatívni výzkumu. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2010. ISBN 978-80-86174-17-4. s. 318-326.
- [11] MAGURA, S. et al. 1989. Determinants od Needle Sharing among Intravenous Drug Users. In *American Journal of Public Health*. ISSN 0090-0036, 1989, vol. 79, no. 4, p. 459-462.
- [12] MIOVSKÝ, M. - ZÁBRANSKÝ, T. 2002. Jaké dopady měl nový protidrogový zákon na uživatele nelegálních drog? In ČERMÁK, I. - MIOVSKÝ, M. (Eds.). Kvalitatívni výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Tišňov: Sdružení SCAN, 2002. ISBN 80-86620-03-4. s. 58-73
- [13] MUNOZ-PLAZA, C. E. et. al. 2008. Exploring drug users' attitudes and decisions regarding hepatitis C (HCV) treatment in the U.S. In *International Journal of Drug Policy*. ISSN 0955-3959, 2008, vol. 19, no. 1, p. 71-78.

- [14] ROSENSTOCK, I. M. – STRECHNER, V. J. – BECKER, M. H. 1988. Social learning theory and the Health belief model. In Health Education Quarterly. ISSN 0195-8402, 1988, vol. 15 no. 2, p. 175-183.
- [15] ŠVAŘÍČEK, R. – ŠEĎOVÁ, K. a kol. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 987-80-7367-313-0.
- [16] UNGER, J. B. et al. 2006. Needle-sharing among young drug users and their social network members: The influence of the injection partner's characteristics on HIV risk behavior. In Addictive Behaviors. ISSN 0306-4603, 2006, vol. 31, no. 9, p. 1607–1618
- [17] WAGNER, K. D. et al. 2011. The influence of the perceived consequences of refusing to share injection equipment among injection drug users: Balancing competing risks. In Addictive Behaviors. ISSN 0306-4603, 2011, vol. 36, no. 8, p. 835–842

THE THREAT OF HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF INJECTING DRUG USER



ABSTRACT

In this research study the author deals with risk behavior of injecting drug users. She focuses on three actions – injection drug use, sharing injection syringes and instruments needed for drug application. In research, components of the health belief model – threat, motivation and benefits – are used. The research aim was to gain knowledge about possibility to positively influence risk behavior of injecting drug users based on survey of their reasoning. A qualitative method of semi-structured interview was used for data collection. In results, the author states that in three chosen actions and components consistencies occur in various combinations among participants. Conclusions point to subjectively perceived health of injecting drug users, but also to various levels of motivation to change the current behavior.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Katarína Debnáriková, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Centrum výskumu
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej
pedagogiky
Šoltésovej 4
811 08 Bratislava
e-mail:
debnarikova.katarina@gmail.com

KEYWORDS:

injecting drug user, injecting drug using,
Health Belief Model, risk behavior

SROVNÁNÍ PŘIJÍMACÍCH ZKOUŠEK NA OBOR ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A SOCIÁLNÍ PRÁCE NA ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH VYSOKÝCH ŠKOLÁCH

MARTINA ČERNÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Cílem příspěvku je ukázat, podle jakých kritérií jsou přijímáni na české a slovenské vysoké školy uchazeči o obor zdravotně sociální pracovník a sociální práce. Profil absolventa a jeho kompetence, vědomosti, znalosti a dovednosti na konci studia jsou podle zákona stejné po absolvování daného studijního oboru na kterékoliv vysoké škole. Přijímací zkoušky se však značně liší.

KLÍČOVÁ SLOVA:

absolvent, přijímací zkoušky, sociální práce, zdravotně sociální pracovník

ÚVOD

V České republice bylo v akademickém roce 2014/2015 možné přihlásit se na akademický rok 2015/2016 na studijní obor zdravotně sociální pracovník v bakalářském stupni na 4 vysokých školách, na dalších 9 fakultách na obor sociální práce. Na Slovensku 1 instituce terciálního vzdělávání nabízí bakalářský studijní program sociální práce ve zdravotnictví, 6 institucí obor sociální práce. Profil absolventa a jeho kompetence jsou definovány a jsou pro absolventy všech škol stejné. Způsob, jakým si jednotlivé školy vybírají své budoucí studenty, se značně liší. Vzhledem k nepříznivému demografickému vývoji, kdy klesají počty maturantů, přijímají některé vysoké školy zájemce o studium bez přijímacích zkoušek. Jiné školy kladou i v této nelehké situaci důraz na výběr uchazečů a rozhodují se na základě více kritérií.

KOMPETENCE A PROFIL ABSOLVENTA

Obor zdravotně sociální pracovník připravuje studenty k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004Sb. ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [1]. Absolvent je kompetentní vykonávat odbornou činnost v oblasti zdravotně sociální práce zejména v oblasti zdravotnictví, a pracovat jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče. Kompetence sociálních pracovníků jsou stanoveny pro všechny úrovně a jsou přijaty Společností sociálních pracovníků. [2]. Při výběru sociálních pracovníků jsou uplatňována následující kritéria:

1. Osobnostní předpoklady. Důraz je kladen na předpoklady charakterové a volní a na citovou stabilitu.
2. Komunikační předpoklady.
3. Vzdělání. Důležité jsou nejenom znalosti odborné, ale i všeobecné.
4. Praxe. [3]

Výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka klade vysoké požadavky na uchazeče. Nabízí se proto otázka, do jaké míry tuto skutečnost reflektují jednotlivé školy při výběru zájemců o studium daného oboru.

PŘIJÍMACÍ ZKOUŠKY NA OBOR ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V ČESKÉ REPUBLICE

V akademickém roce nabízely v bakalářském stupni obor zdravotně sociální pracovník 4 veřejné vysoké školy – Vysoká škola polytechnická Jihlava [4], Univerzita Pardubice [5], Ostravská univerzita v Ostravě [6] a Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [7]. Všechny 4 instituce realizovaly přijímací zkoušky, jejich forma a průběh se však lišily.

Přijímací zkoušky na jednotlivé školy jsou popsány v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Přijímací zkoušky na obor zdravotně sociální pracovník v ČR na akademický rok 2015/2016. Zdroj: Vlastní zpracování

Název školy	Přijímací zkoušky	Písemný test	Ústní zkouška	Bonifikace za aktivity související s oborem
VŠPJ	Ano	Ano (biologie, základy společenských věd)	Ano	Ano
OSU	Ano	Ano (biologie, základy společenských věd)	Ne	Ne
UTB	Ano	Ano (standardizované SCIO)	Ne	Ne
UPCE	Ano	Ano (biologie)	Ne	Ne

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce kritérií při výběru uchazečů zohledňuje Vysoká škola polytechnická Jihlava. Pro zájemce, kteří jsou v daném oboru aktivní, např. pracují jako dobrovolníci, je tento systém nejvýhodnější. Mohou totiž získat navíc významný počet bodů ve srovnání se studenty, kteří takový zájem neprokazují. VŠPJ se v rámci přijímacích zkoušek zaměřuje na všechna výše uvedená kritéria, která by měl sociální pracovník splňovat. Jednotlivá kritéria nelze jednoznačně od sebe oddělit, protože se vzájemně prolínají, doplňují a ovlivňují, např. praxe přispívá k hlubšímu porozumění teoretickým znalostem, atd. Zjednodušeně lze ale říci, že test na PC je zaměřen na znalosti, osobní pohovor na znalosti, komunikaci a osobnostní předpoklady a bonusové aktivity na praxi a osobnostní předpoklady.

Další 3 vysoké školy se při výběru soustředí především na znalosti, které prověřují písemným testem.

PŘIJÍMACÍ ZKOUŠKY NA OBOR SOCIÁLNÍ PRÁCE V ČESKÉ REPUBLICE

Tabulka 2: Přijímací zkoušky na obor zdravotně sociální práce v ČR na akademický rok 2015/2016.
Zdroj: Vlastní zpracování

Název školy	Přijímací zkoušky	Písemný test	Ústní zkouška	Bonifikace za aktivity související s oborem
FF UK	Ano	Ano	Ne	Ne
PVŠPS	Ano	Ne	Ano	Ne
TF UK	Ano	Ano	Ano	Ne
ZSF JČU	Ano	Ano	Ne	Ne
FSS MUNI	Ano	Ano	Ne	Ne
FF UPOL	Ano	Ano	Ne	Ne
TF JČU	Ano	Ano	Ne	Ne
SEF UJEP	Ano	Ano	Ne	Ano
CTF UPOL	Ano	Ano	Ano	Ne

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy [8] se zaměřuje především na znalosti uchazečů, které hodnotí na základě písemného testu. Pražská vysoká škola psychosociálních studií [9], která nabízí obor sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, realizuje přijímací řízení ústní formou. Uchazeči si musí přinést životopis, seznam přečtené literatury a fotografie.

Teologická fakulta Univerzity Karlovy [10] má akreditovaný obor sociální a charitativní práce. Přijímací zkouška se skládá ze dvou částí. Písemná část je zaměřena na náboženské, historické a kulturně literární otázky, ústní část na motivaci ke studiu a oboru.

Na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity [11] musí uchazeči o obor sociální práce ve veřejné správě absolvovat písemný test z historie, základů společenských věd a informačních technologií.

Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně [12] realizuje přijímací řízení formou testu všeobecných studijních předpokladů.

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci [13] přijímá zájemce o obor sociální práce na základě výsledků z testu předpokladů ke studiu s důrazem na orientaci v humanitních a sociálně vědních disciplínách a písemného oborového testu zaměřeného na orientaci a motivaci v oblasti sociální práce.

Na zájemce o obor sociální a charitativní práce na Teologické fakultě Jihočeské univerzity [14] čeká test všeobecných studijních předpokladů a jazykový test.

Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové [15], který realizuje obor sociální práce, připravil písemný test ze základů společenských věd.

Fakulta sociálně ekonomická Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem [16] přijímá zájemce o daný obor na základě portfolia nebo SCIO testů.

Cyrlometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci [17] přijímá uchazeče o obor sociální a charitativní práce na základě výsledků dosažených v testu ze všeobecných znalostí a cizího jazyka a na základě individuální pohovoru.

8 fakult z celkého počtu 9 zkoumaných se zaměřuje v rámci písemného testu na znalosti studentů. 2 z nich mají zároveň i ústní část přijímacího řízení, 1 z nich přijímá na základě portfolia. 1 vysoká škola má pouze ústní část přijímacího řízení, ve které posuzuje znalosti, osobnostní předpoklady i komunikační předpoklady uchazečů.

PŘIJÍMACÍ ZKOUŠKY NA STUDIJNÍ PROGRAM SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ NA SLOVENSKU

Fakulta zdravotnictví a sociální práce Trnavské univerzity v Trnavě má akreditovaný studijní program sociální práce ve zdravotnictví. [18] Studenti jsou do bakalářského studia tohoto programu přijímáni na základě výsledků ze střední školy, přijímací zkoušky nevykonávají.

Přijímací zkoušky na obor sociální práce na Slovensku

6 slovenských vysokých škol nabízí obor sociální práce. 4 z nich jsou veřejné vysoké školy, 2 (Vysoká škola Danubius a Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě) soukromé.

Tabulka 3: Přijímací zkoušky na obor zdravotně sociální práce na Slovensku na akademický rok 2015/2016. Zdroj: Vlastní zpracování

Název školy	Přijímací řízení	Písemný test	Ústní zkouška	Bonifikace za aktivity související s oborem
PF UKB	Ano	Ne	Ano	Ne
PF UMBBB	Ano	Ne	Ano	Ne
FF UPJŠK	Ano	Ano	Ne	Ne
FSS Danubius	Ne	Ne	Ne	Ne
VŠ zdravotnictva a SP s. Alžběty v Bratislavě	Ne	Ne	Ne	Ne
FSV UKFN	Ano	Ne	Ne	Ano

Ústní přijímací zkoušky jsou na Pedagogické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě. Cílem ústní zkoušky je posoudit míru zájmu uchazečů o problematiku pomáhajících profesí, potenciál v oblasti zpracovávání a vyhodnocování poznatků a kvalitu sociálních schopností. [19] Vzhledem k nízkému počtu zájemců nebude stadium v akademickém roce 2015/2016 otevřeno.

Ústní přijímací zkoušky jsou také na Pedagogické fakultě Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. Jejich cílem je zjistit, zda mají uchazeči potřebné osobnostní předpoklady a schopnosti ke studiu na VŠ, jsou motivováni ke studiu daného oboru, dokáží řešit sociální situace a mají aktuální sociálně-politický přehled. [20]

Na Filozofické fakultě Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košicích [21] má při výběru uchazečů 50% váhu písemný test a 50% váhu hodnocení ze střední školy. Obsahem písemného testu jsou základy práva, sociologie a psychologie.

Fakulta sociálních studií Vysoké školy Danubius [22] a Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave přijímá uchazeče bez přijímací zkoušky. [23]

Uchazeči o stadium sociální práce na Fakultě sociálních věd Univerzity Konštantína Filozofa v Nitře jsou přijímáni podle prospěchu na střední škole, maturity a dalších aktivit. [24]

Dvě z šesti hodnocených fakult nabízejících bakalářský obor sociální práce přijímají studenty bez přijímacích zkoušek, dvě realizují přijímací řízení ústní formou, jedna písemnou formou a jedna zohledňuje aktivity studentů.

SHRNUTÍ A DISKUSE

Kompetence zdravotně sociálních, případně sociálních pracovníků jsou přesně vymezeny. K tomu, aby mohl absolvent tohoto oboru danou profesi vykonávat, musí mít nejenom znalosti a dovednosti především z oboru zdravotnictví a sociální práce, ale musí také být motivován pro danou práci a mít potřebné osobnostní a komunikační předpoklady.

Většina vysokých škol z České a Slovenské republiky, kromě tří z celkového počtu dvaceti zkoumaných (Trnavská univerzita v Trnave, Vysoká škola Danubius, Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty v Bratislave), nepřijímá každého uchazeče o studium, ale vybírá si na základě přijímacího řízení.

Z hlediska průběhu přijímacího řízení jednoznačně převažují písemné testy ze znalostí z biologie a společenských věd na středoškolské úrovni. Čtyři fakulty využívají testy všeobecných studijních předpokladů. Ústní část přijímacích zkoušek realizuje v České republice Vysoká škola polytechnická Jihlava, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Teologická fakulta Univerzity Karlovy a Cyrilometodějská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Vysoká škola polytechnická Jihlava a Sociálně ekonomická fakulta Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem hodnotí také další aktivity uchazečů vázané na daný obor. Na Slovensku je aktivita v oboru zohledněna pouze na Fakultě sociálních věd Univerzity Konstantina Filozofa v Nitře. S ústní částí přijímací zkoušky, v rámci které se hodnotí především sociální kompetence, motivace a osobnostní charakteristiky uchazečů, musí počítat zájemci o studium na Univerzitě Komenského v Bratislavě a Univerzitě Mateja Bela v Banskej Bystrici.

Všechny školy by chtěly mít motivované a sociálně kompetentní studenty. Zohlednit tuto skutečnost už při přijímacím pohovoru je problematické. Obecně proces přijímacího pohovoru ovlivňují především následující faktory:

Reliabilita, validita a objektivnost hodnocení. Hodnotit sociální kompetence, motivaci a měkké dovednosti je časově náročnější, nepřesnější a subjektivně zatíženější než hodnocení faktických znalostí.

Počet uchazečů o studium. V souvislosti s nepříznivým demografickým vývojem, kdy klesají počty maturantů a počty zájemců o studium na vysokých školách všech oborů, jsou některé školy nuceny vynechat přijímací zkoušky a přijímají všechny uchazeče.

Relativně pomalý proces změn zaběhnutého systému přijímacích zkoušek.

ZÁVĚR

Cílem příspěvku bylo ukázat, jak jednotlivé vysoké školy v České republice a na Slovensku vybírají uchazeče o studium oboru zdravotně sociální pracovník, případně sociální práce v bakalářském stupni. Kompetence a profily absolventů všech škol jsou jednotně definovány. Přijímací zkoušky se však liší – na některé školy je možné dostat se bez přijímacích zkoušek, jiné mají přijímací zkoušky složené z více kol. O způsobu a průběhu přijímacích zkoušek nerozhoduje pouze povaha oboru, důležitou roli hraje také časová náročnost a měřitelnost některých kompetencí. Dalším důležitým faktorem je demografický vývoj.

LITERATURA


- [1] Pracovníci ve zdravotnictví. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html
- [2] Společnost sociálních pracovníků. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: www.socialnipracovnici.cz
- [3] Osobnost sociálního pracovníka. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: https://www.google.cz/search?q=kompetence+soci%C3%A1ln%C3%ADho+pracovn%C3%ADka&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=0z2vVbvBDYTvYwONIJWACw
- [4] Zdravotně sociální pracovník. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.vspj.cz/zajemce-o-studium/bakalarske-studium/zdravotne-socialni-pracovnik>
- [5] Obor zdravotně-sociální pracovník. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.upce.cz/studium/obory-detail.html?obor=438>
- [6] Nabízené obory k přijímacímu řízení – zdravotně sociální pracovník. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/index.php?kategorie=34492&id=2915&obor=1802>
- [7] Nabízený program zdravotně sociální péče, obor zdravotně sociální pracovník. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.utb.cz/fhs/struktura/studijni-program-zdravotne-socialni-pecestudijni-obor>
- [8] Přijímací řízení sociální práce. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://socp.ff.cuni.cz/zajemcum-o-studium/obsah-prijimaciho-rizeni/bakalarske-studium>
- [9] Podmínky přijímacího řízení. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.pvpsps.cz/uchazec/prihlasky/>
- [10] Sociální a charitativní práce. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: https://is.cuni.cz/studium/podprij/index.php?do=detailobor&id_obor=14527&fakulta=11280
- [11] Přijímací řízení. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/dok/studijni-agenda/studijni-obory/socialni-prace-ve-verejne-sprave/socialni-prace-ve-verejne-sprave-informace-o-prijimacim-rizeni>
- [12] Podmínky přijímacího řízení. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.muni.cz/admission/bachelor>
- [13] Zájemce o studium. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.ff.upol.cz/skupiny/zajemcum-o-studium/bakalarske-a-magisterske-studium/studijni-obory/obor/socialni-prace/>

- [14] Podmínky přijímacího řízení. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.jobs.cz/vysoke-skoly/jihoceska-univerzita-v-ceskych-budejovicich/teologicka-fakulta/#/q/focus-803|studytype-none|studyform-none|search-none>
- [15] Přijímací řízení. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <https://www.uhk.cz/cs-CZ/USP/Studium/Prijimaci-rizeni/Vzorove-testy#UHK-Article>
- [16] Podmínky přijímacího řízení. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.jobs.cz/vysoke-skoly/univerzita-jana-evangelisty-purkyne-v-usti-nad-labem/fakulta-socialne-ekonomicka/#/q/focus-803|studytype-none|studyform-none|search-none>
- [17] Podmínky přijímacího řízení. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <http://www.jobs.cz/vysoke-skoly/univerzita-palackeho-v-olomouci/cyrilometodejska-teologicka-fakulta/#/q/focus-803|studytype-none|studyform-none|search-none>
- [18] Študijní program: sociální práca v zdravotníctve. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 21. 7. 2015]. Dostupné z: <https://www.portalvs.sk/sk/studijny-program/socialna-praca-v-zdravotnictve>
- [19] Podrobné kritériá pre prijímacie konanie pre štúdium v AR 2015/2016. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: http://www.fedu.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Belayova/Prijimacie_konanie/Info_k_PK_2013_14/Bc_Podrobne_kriteria_PK.0__2015-16.pdf
- [20] Študijní program: sociální práca. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <https://www.portalvs.sk/sk/studijny-program/socialna-praca19>
- [21] Prijímacie konanie na akademický rok 2015/2016. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <https://www.upjs.sk/public/media/1208/pk-Bc-2015-16-maj2015.pdf>
- [22] Vysoká škola Danubius. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <https://www.portalvs.sk/sk/vysoka-skola/vysoka-skola-danubius>
- [23] Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty v Bratislavě. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <https://www.portalvs.sk/sk/vysoka-skola/vysoka-skola-zdravotnictva-a-socialnej-prace-sv-alzbety-v-bratislave>
- [24] Podmínky přijetí na bakalářské studium. ©2015, poslední aktualizace 30. 6. 2015. [online]. [cit. 20. 7. 2015]. Dostupné z: <https://www.fsvaz.ukf.sk/index.php/sk/prijimacie-konanie/podmienky-prijatia-na-studium>

COMPARISON OF ENTRANCE EXAMS FOR STUDY FIELD CLINICAL SOCIAL WORKER AND SOCIAL WORK AT CZECH AND SLOVAK COLLEGES

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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



ABSTRACT

The aim of this contribution is to show the criteria for receiving applicants for the study field clinical social worker and social work at Czech and Slovak colleges. The profile of alumni and their competence, knowledge and skills are according to the law identical after graduation from all colleges. Entrance exams are different.

KEYWORDS:

alumni, entrance exam, clinical social worker, social work

VÝKON SOCIÁLNÍ PRÁCE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI, KAZUISTIKA

MARKÉTA DUBNOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Vážné duševní onemocnění zasahuje všechny oblasti života člověka a způsobuje různé druhy znevýhodnění ve všech oblastech každodenního fungování. Výkon sociální práce v psychiatrické nemocnici a vliv zdravotně-sociálního pracovníka na propojení zdravotní a sociální péče je u pacientů v nepříznivé sociální situaci jedním z neopomenutelných aspektů komplexního pojetí léčebného procesu. Prostřednictvím kazuistiky je zrcadlen proces realizace sociální práce ve vybrané psychiatrické nemocnici a důležitost spolupráce všech aktérů v oblasti zdravotně-sociální péče.

KLÍČOVÁ SLOVA:

zdravotně sociální péče, sociální práce, sociální služby, zdravotně-sociální pracovník, kompetence, psychiatrická péče, duševní onemocnění

ZAKOTVENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE V SYSTÉMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Z hlediska autonomního postavení jednotlivých států není překvapivé, že kompetence, postavení a náplň práce sociálních pracovníků, stejně jako celé systémy péče o duševního zdraví, se ve vyspělých zemích významně liší. Z pohledu propracovanosti systému vzdělávání sociálních pracovníků i s ohledem na rozsah poskytovaných služeb v oblasti psychiatrické sociální práce nelze opomenout Spojené státy americké. Jak uvádí Gibelman (2005), sociální pracovníci hrají významnou roli v péči o duševní zdraví na úrovni klinik i ambulancí a mohou v souladu s dosaženou úrovní svého vzdělání a v závislosti na potřebách nemocného poskytovat širokou škálu činností od posouzení způsobilosti jednotlivých služeb pro klienta, přes sociální šetření, plánování, intervence, práce s komunitou, krizové intervence, psychosociální rehabilitaci, prosazování práv a zájmů klientů až po psychoterapii. Rovněž působí v roli členů multidisciplinárních týmů a podílí se na léčebném procesu.

Největší profesní organizace sociální práce ve Spojených státech (NASW) považuje sociální pracovníky za jednu z největších skupin poskytovatelů služeb v oblasti psychiatrické péče, kteří jsou zaměstnáni v celém spektru péče včetně lůžkových psychiatrických zařízení, ambulantních zařízení – klinik pro duševní zdraví, i zařízení pro léčbu závislostí. V rámci tohoto nastavení pak sociální pracovníci hrají významnou roli v pomoci lidem s duševním onemocněním dosáhnout maximální soběstačnosti i lepšího duševního zdraví a pohody.

Povolání sociálního pracovníka v České republice je legislativně zakotveno v zákoně č. 108/2006. o sociálních službách. Výkon sociální práce v zdravotnictví pak dále vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, který s účinností od 1. 4. 2004 nově zařadil povolání zdravotně-sociálního pracovníka mezi nelékařská zdravotnická povolání a následně stanovil jeho kompetence vyhláškou č. 55/2011Sb. o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Obsahem této vyhlášky jsou konkrétní činnosti, k jejichž samostatnému výkonu bez odborného dohledu je v rámci poskytování zdravotní péče odborně způsobilý. Paragraf 3, odst. (1) stanovuje, že zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 29 (tedy i zdravotně-sociální pracovník) bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti:

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů a pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,

d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,

e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání,

f) podílí se na přípravě standardů.

Dále § 9 této vyhlášky vymezuje specifické činnosti, které může zdravotně-sociální pracovník vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace:

a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,

b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,

c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,

d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,

e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,

f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,

g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,

h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI

Jak uvádí studie Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2013), u většiny pacientů je po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení nutná další ambulantní péče, a to buď trvalá (u téměř 48 % hospitalizací) nebo dočasná (u 29 % hospitalizací). V necelých deseti procentech případů hospitalizace byla nutná další ústavní léčba (8 %). Pouze v 5 % hospitalizací pacient nepotřeboval žádnou péči po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení.

Klíčovou osobou pro koordinaci a zajištění péče a služeb ve zdravotně-sociální oblasti pro dobu po ukončení hospitalizace se jeví kompetentní zdravotně-sociální pracovník.

Avšak určujícím faktorem, který rozhoduje o dnešní podobě sociální práce ve zdravotnických zařízeních v ČR obecně je skutečnost, že zdravotně-sociální pracovníci jsou zaměstnanci nemocnic a jejich činnost je, v rámci zdravotní péče, hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Rozsah kompetencí a reálný výkon jednotlivých činností, které jsou stanoveny výše uvedenou vyhláškou, přímo úměrně odpovídá postoji managementu k výkonu sociální práce v daném zařízení i osobním schopnostem jednotlivých zdravotně-sociálních pracovníků k profesnímu sebeprosazení a k obhájení významu tohoto povolání v multidisciplinárním zdravotnickém týmu. Tato skutečnost je výsledkem aktuálního stavu, kdy kompetence a činnosti zdravotně-sociálních pracovníků jednotlivých nemocnic mohou být významně odlišné a v reálném fungování mohou mít podobu strohé administrativní činnosti bez ambice na jakékoliv kompetence až po výkon všech stanovených činností s odpovídajícími pravomocemi, povinnostmi a související zodpovědností.

Jak uvádí Kuzníková (2011), profesní organizace sdružující zdravotně-sociální pracovníky na bázi dobrovolnosti, zdravotně-sociální sekce České asociace sester, se již v roce 2010 pokusila standardizovat proces výkonu sociální práce ve zdravotnictví a zpracovala materiál „Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních“.

Navzdory dosavadním snahám o standardizaci výkonu sociální práce ve zdravotnictví je však situace v tomto ohledu dosud neutěšená. Počet zdravotně sociálních, ani praktických úkolů není závazně standardizován a působení těchto pracovníků v každodenní praxi v jednotlivých zdravotnických zařízeních se může významně lišit.

Specifickou oblastí, ze které pochází i uvedená kazuistika, je působení zdravotně sociálního pracovníka v psychiatrických nemocnicích a v péči o lidi s vážným duševním onemocněním obecně. Za příklad dobré praxe byla pro tento článek zvolena Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, ve které zdravotně-sociální pracovník disponuje významnou rolí v procesu komplexní péče o pacienta. Tento fakt dokládá stabilně nadstandardní počet těchto pracovníků (PNHB disponuje aktuálně 11 úvazky ZSP), ve srovnání s jinými

srovnatelnými zařízeními v České republice, i jejich významné postavení v rámci multidisciplinárního týmu. Zdravotně sociální pracovník je v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod jedním z prvních odborných pracovníků, se kterými přichází pacient do kontaktu po přijetí k hospitalizaci. S každým pacientem, v co nejkratší možné době po jeho přijetí, provádí základní sociální šetření v oblasti vztahové, pracovní, finanční a v oblasti bydlení. Následně stanovuje plán potřebných intervencí, které se svým obsahem, rozsahem i intenzitou liší v závislosti na aktuálních potřebách každého pacienta. Toto šetření probíhá obvykle paralelně s vyšetřením ošetřujícího lékaře a je samostatnou součástí zdravotnické dokumentace. S ohledem na sociální situaci pacienta je zpracováván léčebný plán, přičemž zdravotně-sociální pracovník je zodpovědný za plán propuštění ve smyslu zajištění následné zdravotně-sociální péče pro dobu po ukončení hospitalizace. Za tímto účelem využívá maximum zdrojů z přirozeného prostředí pacienta. Kontaktuje rodinu, blízké i dostupné zdravotní a sociální služby v místě jeho bydliště s cílem zajistit následnou péči v odpovídajícím rozsahu, tak, aby byly co nejlépe zajištěny podmínky pro úspěšnou rehabilitaci, kvalitní remisi a maximální znovu-začlenění do běžného života.

KAZUISTIKA

ÚVODNÍ INFORMACE

Přijem pacienta k hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod dne 7. 11., překladem z neurologického oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod, kde hospitalizován po cévní mozkové příhodě s levostrannou hemiparézou. Po úspěšné rehabilitaci došlo k obnovení lokomoce a motoriky ve všech aspektech – pacient schopen chůze, psaní, sebeobslužných úkonů bez dopomoci druhé osoby. Snížená soběstačnost v užívání léků a hygieny, nutnost dohledu. Základní diagnóza při příjmu do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod: delirium kombinované etiologie, v průběhu hospitalizace stanovena základní diagnózou ethylismus. Přijetí k hospitalizaci proběhlo na základě informovaného souhlasu pacienta.

První kontakt zdravotně sociální pracovnice PNH B s pacientem v den příjmu, prostřednictvím rozhovoru s pacientem proveden odběr sociální anamnézy a šetření aktuální sociální situace.

Potřeba sociálního šetření vyplynula z průběhu lékařské vizity a posléze byla potvrzena v rámci jednání multidisciplinárního týmu.

Důvod sociálního šetření.

Po překonání život ohrožujícího zdravotního stavu, v průběhu rehabilitace pacienta a plánování dalšího léčebného postupu, vyvstala potřeba doplnění ošetrovatelské péče o pomoc sociální a to zejména za účelem řešení nepříznivé finanční situace, kdy se pacient nacházel v situaci bez jakýchkoliv finančních prostředků.

Průběh sociální práce nadále realizován dle níže uvedeného scénáře. Pro názornost je zachována reálná souslednost procesu práce s pacientem i validita získaných informací a to za účelem ukázky rozsahu sociálních intervencí v celé šíři, včetně limitů a dilemat výkonu zdravotně sociální práce u tohoto případu.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

(dle informací od pacienta v den přijetí k hospitalizaci do PNHB)

N iniciály J. G., narozen v r. 1949. Rozvedený, s bývalou manželkou není v žádném kontaktu. Se synem (45) a dcerou (42 let) v minimálním telefonickém kontaktu. V občasném kontaktu je s matkou, bratrem a manželkou bratra, kteří žijí ve společné domácnosti 180 km od místa současného bydliště pacienta.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

(dle informací od pacienta v den přijetí k hospitalizaci do PNHB)

Na otázku aktuálního bydliště uvádí, že žije ve Světlé nad Sázavou, u své družky, v bytě No velikosti 3+1. Po propuštění z psychiatrické nemocnice se bude vracet k družce. Na otázku finančního zajištění opakovaně uvede, že je zajištěn příjmem z důchodu, který mu je zasílán na osobní účet. Číslo účtu neví, název bankovního ústavu nevzpomene. Ke vzdělání uvede, že je vyučen v nábytkářském oboru, celý život se živil příležitostnými manuálními pracemi, naposledy zaměstnán v kamenoprůmyslu. Nyní již nepracuje, v důchodovém věku, zajištěn příjmem z důchodu, který zvyšuje příležitostnými přivýdělkami ze stavebnictví nebo zemědělství. Ze zálib uvede práci na zahrádce a drobné opravy, které realizuje na vlastní zahrádce s chatkou za městem.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA, DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR

Na základě reálných, níže uvedených zjištění, které byly postupně získávány podrobným sociálním šetřením, pacienta možno definovat jako osobu v nepříznivé sociální situaci ve více základních životních oblastech – osobou bez přístřeší, bez finančního příjmu, bez osobních dokladů, bez kontaktu s blízkými osobami.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

(na základě reálných zjištění)

Na základě podrobného sociálního šetření, provedeného na úrovni orgánů státní správy i po rozhovoru s bratrem zjištěno, že pan J. G. má pouze slovenské státní občanství. Narodil se na Slovensku, přibližně od 2 let žije v České republice. Jeho rodiče, ani on se sám, se nikdy nepřihlásili k české státní příslušnosti. Aktuálně nemá žádné osobní doklady. Uvedl, že občanský průkaz mu byl odcizen kolem roku 2003, ztrátu nahlásil na městském úřadě, kde rovněž požádal o vyhotovení nového OP, avšak bez výsledku. Dalším

šetřením bylo zjištěno, že vzhledem ke skutečnosti, kdy k odcizení občanského průkazu došlo v době po rozdělení Československa a pan J. G. v zákonné lhůtě nepožádal o udělení české státní příslušnosti, nemohl mu být nový OP vystaven, jelikož se z pohledu nového státního uspořádání jednalo o občana Slovenska.

OBLAST BYDLENÍ

(na základě reálných zjištění)

S životní družkou, kterou pan J. G. uvedl při přijetí k hospitalizaci, není v příznivém vztahu. Družka ho v psychiatrické nemocnici navštívila, avšak i přes upozornění ošetřujícího personálu nekontaktovala lékaře ani zdravotně sociální pracovníci. Pouze uvedla, že návrat pacienta ke společnému soužití, do jejího bytu, není možný. Klient požádan zdravotně-sociální pracovníci o telefonický kontakt na družku. Tento odmítl, nesouhlasil s jejím kontaktováním telefonickou ani písemnou formou. Z dalšího sociálního šetření vyplynulo, že majitelem daného bytu je syn družky, který odmítl návrat pana J. G. do původního bydliště a je rozhodnutý zamezit jejich dalšímu společnému soužití. Důvodem je situace, kdy se pan J. G., krátce před hospitalizací, s životní družkou rozešel, opustil ji a odstěhoval se k nové přítelkyni, která bydlí na stejném patře bytového domu. Tato o něj nejeví žádný zájem, na dotaz sociální pracovnice sdělila, že s panem J. G. již nechce být spojována a odmítá s ním jakýkoliv kontakt.

OBLAST FINANČÍ

(na základě reálných zjištění)

V průběhu dalšího sociálního šetření za účelem dohledávání plátce důchodu ověřeno u České správy sociálního zabezpečení, Ministerstva vnitra ČR, i slovenské Sociálnej poisťovni, že pan J. G. není zajištěn žádným pravidelným příjmem. O přiznání starobního důchodu si dosud nepožádal v České ani Slovenské republice, tento mu tedy nebyl nikdy přiznán ani zamítnut. V rámci několika telefonických a osobních sociálních intervencí zjištěno, že pan J. G. si dosud vydělával příležitostnou manuální prací. Životní potřeby, jakož i nájem a další pravidelné výdaje hradila ze svého příjmu jeho družka. Má exekuční výměr ve výši 70 tis. Kč k oprávněnému, Všeobecné zdravotní pojišťovně, za dlužné pojistné a výlohy spojené s vymáháním dluhu. Aktuálně řízení zastaveno z důvodu nevykonalnosti.

OBLAST RODINNÝCH VZTAHŮ

(na základě reálných zjištění)

Matka i bratr o pana J. G. jeví zájem, mají zájem o řešení stávající situace. Bratr s manželkou se dostavili na návštěvu do psychiatrické nemocnice, uskutečnili osobní schůzku se zdravotně-sociální pracovníci a lékařem, přislíbili součinnost při řešení situace. Následně zaslali listinné dokumenty pro žádost o české občanství, podíleli se na objasnění

potřebných skutečností a řešení celé sociální situace pana J. G. Přijetí pana J. G. do svého bydliště však odmítají z oprávněné obavy z možných exekucí.

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN SOCIÁLNÍCH INTERVENČÍ

Navázat spolupráci s rodinou – bratrem pana J. G.

Podat žádost o dávky hmotné nouze.

Podat žádost o udělení českého státního občanství.

Podat žádost o vystavení občanského průkazu.

Podat žádost o přiznání starobního důchodu.

Podat žádost o umístění v domově pro seniory.

Podat žádost o stanovení splátkového kalendáře u oprávněného.

Podat návrh na vyhlášení osobního bankrotu.

REALIZACE A PRŮBĚH SOCIÁLNÍCH INTERVENČÍ

listopad

Vzhledem k prvotním nepravdivým informacím od pacienta bylo zásadní sociální intervencí kontaktovat rodinu a příslušné orgány státní správy a samosprávy a zjistit reálný stav ve všech oblastech života pacienta, zejména osobní údaje, bydlení, finance. V první fázi byly činěny úkony ve věci kontaktování rodiny a družky pana J. G. Následně kontaktovány odpovědné úřady státní správy a samosprávy ve věci starobního důchodu a osobních dokladů.

prosinec-leden

Osobní projednání zdravotně-sociální pracovnice s rodinou. Intervence ke zjištění plátce důchodu -nebyl dohledán v ČR ani SROV. Rodina rovněž uvedla, že dle jejich mínění pan J. G. příjmem z důchodu nikdy zabezpečen nebyl. Dalšími intervencemi bylo zjištěno, že žádost o nový OP byla zastavena z důvodu neexistence českého státního občanství pana J. G.

Ve spolupráci s panem J. G. byla zdravotně-sociální pracovnící podána písemná žádost o české státní občanství ke Krajskému úřadu Kraje Vysočina, který ji podstoupil Ministerstvu vnitra České republiky. Po vydání stanoviska MV ČR bylo žádosti vyhověno. Pan J. G. se za osobní asistence zdravotně-sociální pracovnice stal aktem prohlášení k české státní příslušnosti občanem České republiky. V návaznosti na tento akt obnovil žádost o vydání nového občanského průkazu a tento posléze v zákonné lhůtě, osobně na pověřeném úřadě převzal.

V průběhu výše uvedených aktivit paralelně probíhal telefonický kontakt s manželkou bratra pana J. G., která poskytla veškeré potřebné dokumenty nezbytné pro kladné vyřízení žádosti o české státní občanství i vystavení občanského průkazu (rodný list,

rozsudek o rozvodu pana J. G.). V rámci návštěvy pana J. G. v psychiatrické nemocnici proběhla osobní schůzka bratra a jeho manželky se zdravotně-sociální pracovníci, v jejímž rámci byly konkretizovány další aktivity a spoluúčast jednotlivých stran na řešení situace.

Prostřednictvím zdravotně sociální pracovnice pan J. G. požádal o výplatu dávky hmotné nouze, mimořádné okamžité pomoci, u kontaktního pracoviště Úřadu práce ČR ve Světlé nad Sázavou. Tento úřad si vyžádal sociální šetření odborem sociálních věcí Města Světlá nad Sázavou. Na jeho základě proběhlo sociální šetření pověřenými pracovníci městského úřadu, kterými bylo zjištěno, že osoba, kterou pan J. G. uvedl do dokumentace jako družku je ve skutečnosti jeho „nová“ přítelkyně, ke které se krátce před hospitalizací odstěhoval od životní družky, se kterou 20 let sdílel společnou domácnost. Nová přítelkyně učinila na městském úřadu prohlášení, kde svým podpisem stvrdila, že s panem J. G. „nemá nic společného“, což také potvrdila zdravotně-sociální pracovníci po telefonickém dotazu. Životní družka potvrdila mnohaleté soužití s panem J. G., které však označila za problematické z důvodu jeho bohémského života a nadužívání alkoholu. Zároveň uvedla, že návrat k ní do bytu není možný a to zejména vzhledem ke skutečnosti, kdy vlastníkem bytu je její syn a ten další společné soužití s panem J. G. vyloučil. Sociální šetření bylo uzavřeno s výsledkem, že pan J. G. je aktuálně považován za osobu bez přístřeší a bude mu přiznána opakovaná dávka hmotné nouze – příspěvek na živobytí. Město Světlá nad Sázavou je zároveň připraveno pana J. G. přijmout do domova pro seniory, jehož je zřizovatelem, a to za předpokladu, že bude zajištěn příjmem ze starobního důchodu a bude dodržovat pravidla společného soužití (Domovní řád). Za aktivní spolupráce s bratrem a jeho manželkou byla podána žádost do domova pro seniory ve Světlé nad Sázavou.

Pan J. G. dále požádal ČSSZ, prostřednictvím zdravotně-sociální pracovnice, o zaslání Informativního listu důchodového pojištění a následně, za asistence zdravotně-sociální pracovnice osobně podal žádost o přiznání starobního důchodu na Okresní správu sociálního zabezpečení v Havlíčkově Brodě.

Před obdržení rozhodnutí o nároku na výplatu starobního důchodu byl pan J. G. z psychiatrické nemocnice propuštěn na základě vlastního rozhodnutí v další léčbě nepokračovat. Zároveň nebyly splněny podmínky pro hospitalizaci bez souhlasu pacienta a pan J. G. byl tedy na základě této skutečnosti v průběhu dvou dnů propuštěn. Jako místo svého dalšího plánovaného pobytu uvedl byt životní družky.

HODNOCENÍ A UKONČENÍ SPOLUPRÁCE

V průběhu celé hospitalizace kontinuálně probíhali oboustranné konzultace s ošetřujícím lékařem. Vysoká efektivita jednotlivých intervencí zajištěna díky zainteresovanosti jednotlivých aktérů na úrovni úřadů státní správy a samosprávy (Odbor sociálních věcí Města Světlá nad Sázavou, Krajský úřad Kraje Vysočina, OSSZ, Ministerstvo vnitra ČR). Pacient výsledky spolupráce se zdravotně-sociální pracovníci reflektoval jako

pozitivní a neočekávané. Byl si vědom vlastní nízké angažovanosti v průběhu intervencí, kterou však vyhodnotil jako sobě vlastní a neměnnou. Další postup pro řešení své sociální situace spatřuje v obnovení vztahu s životní družkou a intervencích sociálních pracovníků městského úřadu.

LITERATURA

- [1] GIBELMAN, Margaret. *What social workers do*. 2nd ed. Washington, DC: NASW Press, 2004. ISBN 0871013649.
- [2] KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [3] PLHB.CZ: Výroční zpráva 2014. [online]. [cit. 2016-30-03]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/vyrocni-zpravy>.
- [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] ÚZIS ČR: *Aktuální informace č.43/2013*. [online]. [cit. 2016-29-03]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_43.pdf.
- [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.

PERFORMANCE OF SOCIAL WORK IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL, A CASE REPORT

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

Serious mental illness affects all areas of human life and causes various kinds of discrimination in all areas of daily functioning. Performance of social work in a psychiatric hospital and impact of medical social worker at the connection of health and social care for patients in difficult social situations can't be one of aspect of a comprehensive approach of the treatment process. Through case studies is reflected process of realization of social work in selected psychiatric hospital and the importance of cooperation between all actors in the field of health and social care.

KEYWORDS:

health and social care, social work, social services, medical social worker, skills, psychiatric care, mental illness

HODNOCENÍ STRACHU U DĚTÍ V SOUVISLOSTI S PROVEDENÍM OPERAČNÍHO ZÁKROKU

ZUZANA HLUBKOVÁ
LUCIE SIKOROVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
V OSTRAVĚ

ABSTRAKT

Cíl: Cílem práce bylo zjistit vliv vybraných způsobů přípravy dětí k operaci na jejich strach spojený s provedením operačního zákroku. **Metodika:** Výzkumný soubor tvořilo 86 dětí ve věku 2 - 6 let. Byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Technikou získávání dat pro výzkumné šetření bylo strukturované pozorování a rozhovor. K hodnocení přítomnosti strachu u dětí byla využita mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International. Děti byly podle provedené intervence rozděleny do intervenční (experimentální) a kontrolní skupiny. Hodnocení probíhalo v období- před edukací (intervencí), po edukaci v předoperačním období a po operaci. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5%. **Výsledky:** Šetřením bylo zjištěno, že stanovením ošetřovatelské diagnózy Strach (00148), podle algoritmu určující znak – související faktor – ověření, není rozdíl mezi dětmi z intervenční o kontrolní skupiny. Ošetřovatelská diagnóza Strach byla alespoň v jednom z hodnocených období stanovena u 85 jedinců z celkového

počtu 86 dětí. Rozdíl v hodnocení strachu mezi intervenční a kontrolní skupinou se prokázal v četnosti zastoupení určujících znaků pro ošetřovatelskou diagnózu Strach. Děti z intervenční skupiny vykazovaly po provedení intervence v předoperačním období výrazně nižší četnost výskytu určujících znaků stanovené diagnózy Strach ($p=0,0003$). **Závěr:** Psychická příprava dítěte k operaci sice nemůže zcela zbavit dítě strachu, ale jejím hlavním cílem je pomoci dítěti hledat jeho vlastní vnitřní síly a obranné mechanismy, díky kterým ohrožující situaci zvládne adaptivněji, a posilovat jeho sebevědomí.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dítě, operace, příprava k operaci, strach, herní terapie

ÚVOD

Nemoc a hospitalizace narušují běžný plnohodnotný život dítěte a promítají se do celé jeho osobnosti, jsou traumatizujícími životními zkušenostmi pro dítě každého věku i pro jeho rodiče nebo osoby pečující o dítě. I krátký pobyt v nemocnici může mít negativní dopad na celou rodinu (Sedlářová, 2008, s. 154, Shields, 2001, s. 29 – 37, Sylva, Stein, 1990, s. 3 - 8). Dítěti při vstupu do prostoru určeného k lékařským vyšetřením a procedurám či konfrontaci s prostředím nemocnice vzrůstá jeho krevní tlak, zvyšuje se tepová frekvence a mění se elektroaktivita srdce a mozku, narušují se dýchací pohyby i další fyziologické parametry, které jsou známkami narůstající úzkosti a strachu (Valenta, 2008, s. 112-113, Li, 2007, s. 1919 - 1926). Po zjištění, že dítě musí podstoupit operační zákrok, zažívá celou řadu emocí, včetně strachu, úzkosti, hněvu, pocitu viny a smutku (Justus R., 2006, s. 35-43).

Diagnostikovat strach, zejména u malých dětí, je obtížné, protože není k dispozici žádná metoda, jež by poskytovala jeho objektivní obraz. (Fortier, M. A. et al, 2010, s. 318-322). Pocity a mentální pochody lze u dětských chirurgických pacientů determinovat prostřednictvím obrazových testů, rozhovorem a hrou (Hušťavová, L., 2007, s. 542-546). Jednou z možností pro zhodnocení strachu u dětí sestrou je využití mezinárodní klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA International Taxonomie II - definice a klasifikace 2009 – 2011, která obsahuje ošetrovatelskou diagnózu (00148) Strach (NANDA International, online, Herdman, 2010, s. 252 – 253, Herdman, Kamitsuru, 2014, s. 336-337).

Při hospitalizaci dítěte, z důvodu provedení operačního zákroku, je důležité jeho strach zhodnotit a poskytnout vhodné intervence redukující tyto negativní emoce. Reakce dítěte na hospitalizaci závisí na mnoha faktorech, jako jsou věk, diagnóza, dřívější hospitalizace, podpora rodiny a jistota domácího prostředí, podpora zdravotnického personálu, délka hospitalizace, emocionální zdraví dítěte a také předchozí příprava (Leifer, 2004, s. 554, Dorková, Šrahůlková, 2010, s. 50 – 55, Wright et al., 2007, s. 52 - 79).

Při plánovaných operacích, kdy je času na přípravu k hospitalizaci více, by dítě mělo být na hospitalizaci a provedení operačního zákroku předem připraveno (Matějček, 2001, s. 85-87). Studie Vaezzadeh et al. (2011, s. 461 – 466), Li (2007, s. 1919-1926), Justus R. (2006, s. 35-43), Li a Lam (2003, s. 882 – 887), Li, Lopez (2008, s. 63 – 73) potvrdily, že u dětí, které jsou připraveny k operaci a mají podporu po celou dobu hospitalizace, se snížil výskyt strachu, úzkosti, emocionálních problémů, separační úzkosti, poruch spánku a došlo k rychlejšímu zotavení. Studie provedená Li (2007, s. 1919-1926) potvrzuje pozitivní vliv terapeutické hry v rámci předoperační přípravy, vliv byl prokázán na snížení srdeční akce, krevního tlaku a nižší výskyt komplikací při indukci anestezie. Důležitý díl herní terapie se realizuje právě v této oblasti, v oblasti humanizace léčebné péče (Valenta, 2008, s. 112-113).

V ideálním případě by rodiče spolu s dítětem měli přípravu k operaci absolvovat ještě před příjmem k hospitalizaci (Leifer, 2004, s. 558, Justus, 2006, s. 35 - 43). Tato zkušenost snižuje v dítěti úzkost, zvyšuje jeho znalosti a pomáhá dítěti zvládnout zátěžovou situaci v době, kdy je přijato k samotnému provedení operačního zákroku (Justus R., 2006, s. 35-43). Studie Spencer & Franck (2005, s. 547 – 553), LaMontagne (1993, s. 235 – 237) potvrzují, že nejvíce stresující a ohrožující pro dítě je indukce anestezie, která by měla být zahrnuta v edukaci dítěte formou terapeutické hry.

Důležitý je individuální přístup sestry k dítěti i jeho rodičům (Gulášová, Breza, Görnerová, 2015, s. 157). Studie Waiters, Coad (2006, s. 27 – 29) zdůrazňuje význam a vliv komunikačních dovedností sester a považuje podání konfliktních informací za škodlivé. Dlouhodobou snahou zdravotníků je zavést změny, které sníží negativní důsledky pobytu dítěte v nemocnici. Příkladem může být využití terapeutické hry (Vaezzadeh et al., 2011, s. 461 – 466, Li, 2007, s. 1919 - 1926, Justus R., 2006, s. 35-43, Li, Lam, 2003, s. 882 – 887, Li, Lopez, 2008, s. 63 – 73), zlepšení komunikačních dovedností personálu (Waiters, Coad, 2006, s. 27 – 29), podpora ať už rodiče nebo blízkého člověka při hospitalizaci, umožnění návštěv hospitalizovaného dítěte, snaha personálu se lépe připravit na dítě a jeho doprovod, získat o něm co nejvíce informací nebo mu přátelštěji poskytovat zdravotní péči (Justus R., 2006, s. 35-43, O' Conner-Van, 2000, s. 334-343).

Cílem práce bylo zjistit vliv vybraných způsobů přípravy dětí k operaci na jejich strach spojený s provedením operačního zákroku.

MATERIÁL A METODY

Výzkumný soubor tvořilo 86 dětí (38 dívek a 48 chlapců) ve věku 2- 6 let (modus=5, medián=4), hospitalizovaných ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje. Hospitalizace dětí byla plánovaná, z důvodu provedení operace v ORL oblasti. Podle typu operace byly děti členěny do tří skupin. Děti v první skupině, označené jako AT, podstoupily operaci, při které jim byly odstraněny nosní mandle- adenotomie (AT). Dětem ve druhé skupině, označené jako TE, byla provedena adenotomie a navíc tonzilotomie- zmenšení krčních mandlí či tonzilektomie- odstranění krčních mandlí (TE) nebo radiofrekvenčně indukovaná termoterapie nosních skořep nebo funkční endonazální endoskopická chirurgie (FESS). Dětem ve třetí skupině, označené jako jiná operace, byl proveden jiný typ operace - u dětí ve výzkumném souboru zde patřily operace otoplastika (plastická operace - modelace ušních boltců), mastoidektomie (odstranění zánětlivého ložiska bradavcového výběžku spánkové kosti) a zavedení stipuly (ventilační trubičky do středouší). Děti byly rozděleny do intervenční (experimentální) a kontrolní skupiny, podle typu poskytnuté intervence. Rozdělení dětí podle důvodů operace v kontrolním a intervenčním souboru zobrazuje tabulka č.1.

Tabulka 1: Rozdělení dětí podle důvodu operace v kontrolním a intervenčním souboru

Soubor	Intervenční		Kontrolní		Celkem	
	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)
AT	35	41	42	49	77	90
AT+TE	2	2	2	2	4	4
jiná operace	5	6	0	0	5	6
Celkem	42	49	44	51	86	100

Legenda: **AT**...děti po adenotomii, **AT+TE**...děti po adenotomii a tonzilotomii, **jiná operace**...děti po otoplastice, mastoidektomii, zavedení stipuly, **n** = absolutní četnost, **n (%)**= relativní četnost v %

Byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Technikou získávání dat pro výzkumné šetření bylo strukturované pozorování a rozhovor. K hodnocení přítomnosti strachu u dětí byla využita mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International Taxonomie II - definice a klasifikace 2009 - 2011 (Herdman, 2010, s. 252 - 253), aktuální verze NANDA klasifikace ošetřovatelských diagnóz v českém jazyce při zahájení sběru dat. Hodnocení strachu u dětí probíhalo ve dvou fázích. Nejdříve byla hodnocena přítomnost ošetřovatelské diagnózy Strach (00148), podle algoritmu určující znak -> související faktor -> ověření, kdy pokud byl přítomen alespoň jeden určující znak a alespoň jeden související faktor, následovalo ověření diagnózy. Při pozitivitě všech tří komponentů byla stanovena ošetřovatelská diagnóza (00148) Strach (Marečková, 2006, s. 36 – 38, Herdman, 2010, s. 252 - 253). V druhé fázi byla hodnocena četnost výskytu určujících znaků pro stanovenou diagnózu, z celkového množství 34 určujících znaků, které NANDA International nabízí, bylo u dětí pracováno s celkovým počtem 23 určujících znaků. Zejména pro nízký věk dětí (2 – 6 let) nebyly některé z určujících znaků u dětí identifikovány vůbec. Z celkového množství 34 určujících znaků diagnózy Strach dle NANDA International, bylo u dětí identifikováno 23 různých určujících znaků této diagnózy **zjištěné rozhovorem s dítětem** (sucho v ústech, sděluje zvýšené napětí, nauzea, sděluje obavy, identifikuje předmět strachu, sděluje strach, sděluje nebezpečí, podnět je vnímán jako ohrožení, sděluje sníženou sebejistotu) **identifikované pozorováním dítěte** (snížená produktivita, zvýšená ostražitost, vyhýbavé chování, impulzivnost, zúžené zaměření na zdroj strachu, útočné chování, zvracení, zvýšené pocení, bledost, snížená schopnost učit se, únava, nechutenství) a **měřením vitálních funkcí** (zrychlený pulz a zrychlené dýchání).

Hodnocení strachu u dětí probíhalo v období před provedením intervence (edukace), po edukaci v předoperačním období a v pooperačním období (1 hodinu po operaci).

Záznam hodnocených parametrů probíhal do předem připraveného hodnotícího archu (viz Příloha 1).

Děti byly podle typu provedené intervence rozděleny do intervenční a kontrolní skupiny. Intervenční skupina dětí byla připravena edukační lekci s využitím prvků herní terapie, jež byla vždy přizpůsobena věku, znalostem a vývojové úrovni dítěte. Edukační lekce obsahovala seznámení dítěte a jeho rodiče vhodnou formou s předoperačním a pooperačním průběhem, u dětí formou terapeutické hry s využitím demonstrativní loutky nebo hračky. Dítě spolu s rodičem bylo seznámeno s prostředím dětského oddělení a hernou, kde následovala psychická předoperační příprava terapeutickou hrou - pomocí demonstrační loutky (Petrušky), nafocené alba a s využitím pomůcek k názorné ukázce jednotlivých období. Bylo vysvětleno období předoperačního průběhu (omezení příjmu potravy a tekutin, podání premedikace, cesta na operační sál), perioperačního průběhu (ukázka prostředí operačního předsálí a sálu- personál s rouškou na ústech a čepicích, uspání dítěte s nácvikem „foukání do balónku“ - inhalační masky a probuzení dítěte s přítomností elektrod na hrudníku k monitoraci srdeční aktivity a informace o přítomnosti a důležitosti permanentní žilní kanyly „motýlka“ - ukázka pružné kanyly bez jehly společně s prodlužovací hadičkou a fixačním krytím, a pooperačního průběhu (dospávací pokoj- monitorace vitálních funkcí pulzním oxymetrem a elektrodami na hrudníku ke sledování srdeční aktivity, pooperační průběh na standardním oddělení). Informace byly dítěti poskytnuty skupinově, vždy s přítomností rodiče nebo pečující osoby. Cestou na operační sál byla odváděna pozornost dítěte – vyprávěním pohádky, hry s hračkou nebo ukázkou obrázků. Na přípravě dítěte se podílel celý multidisciplinární tým, který přišel do kontaktu s dítětem v předoperačním období. Děti v kontrolní skupině byly připraveny klasickými metodami dle zvyklostí oddělení (rodiče byli informováni lékařem o operačním zákroku, dostali domů k prostudování informovaný souhlas s výkonem a následně informovali dítě sami dle jejich uvážení).

Před realizací samotného výzkumu byl proveden předvýzkum. Pilotní soubor tvořilo 20 dětí, na jeho základě byla upravena kritéria pro výběr souboru (schopnost dítěte dorozumět se v českém jazyce, písemný souhlas rodiče se zařazením dítěte do výzkumu, ochota rodiče i dítěte spolupracovat, přítomnost blízké osoby, první operace v životě dítěte, operace v ORL oblasti), věkové složení souboru a období hodnocení strachu u dětí. Pro statistické vyhodnocení vlivu intervence (srovnání sledovaných ukazatelů mezi souborem intervenčním a kontrolním) byl použit neparametrický Wilcoxonův test pro dva výběry. Statistické zpracování bylo provedeno programem Stata v. 10. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %.

VÝSLEDKY

Hodnocení strachu podle přítomnosti diagnózy Strach (00148), stanovené při pozitivitě všech tří komponentů podle algoritmu určující znak -> související faktor -> ověření, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi dětmi z intervenční a kontrolní skupiny ani v jednom ze sledovaných období (viz tabulka č. 2). V období před provedením intervence nebyl zjištěn rozdíl ($p=0,199$) ve výskytu diagnózy Strach, v období po realizaci intervence v předoperačním období nebyl mezi intervenční a kontrolní skupinou nalezen významný rozdíl ($p=0,258$). Také v pooperačním období nebyl zaznamenán rozdíl mezi intervenční a kontrolní skupinou ($p=0,529$).

Tabulka 2: Přítomnost ošetřovatelské diagnózy Strach (00148)

Přítomnost diagnó- zy Strach (00148)	Intervenční (n=42)		Kontrolní (n=44)		Celkem		p hodnota
	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	
Před provedením intervence							
ANO	18	21	13	15	31	36	0,199
NE	24	28	31	36	55	64	
Po intervenci v předoperačním období							
ANO	36	42	41	48	77	90	0,258
NE	6	7	3	3	9	10	
Po operaci							
ANO	30	34	34	40	64	74	0,529
NE	12	14	10	12	22	26	

n = absolutní četnost, n (%) = relativní četnost v %

Rozdíly v hodnocení strachu, mezi intervenční a kontrolní skupinou, se zobrazily v zastoupení a množství určujících znaků pro stanovenou diagnózu Strach (00148) po provedení intervence v předoperačním období, což prokázalo účinnost prováděných intervencí. V období před provedením intervence vykazovaly intervenční i kontrolní skupina dětí nesignifikantní rozdíly v hodnocení přítomnosti strachu podle zastoupení a množství určujících znaků pro ošetřovatelskou diagnózu Strach ($p=0,684$). Nejčastěji byly u dětí před provedením intervence identifikovány určující znaky: zvýšená ostražitost ($n=19$) a bledost ($n=7$). Celkem bylo v tomto období u dětí identifikováno ($n=41$) určujících

znaků. Děti z intervenční skupiny vykazovaly v předoperačním období po provedení intervence nižší úroveň strachu než děti ze skupiny kontrolní ($p=0,0004$), podle výskytu určujících znaků pro stanovenou diagnózu Strach (00148), což klinicky znamenalo zlepšení spolupráce dětí z intervenční skupiny. Po provedení intervence byly nejčastěji identifikovány určující znaky: snížená produktivita ($n=50$), zvýšená ostražitost ($n=33$), sucho v ústech ($n=27$), vyhybavé chování ($n=22$), sděluje zvýšené napětí ($n=13$), sděluje obavy ($n=12$). Celkem bylo u dětí v tomto období identifikováno ($n=223$) určujících znaků. V pooperačním období se výrazně uplatnil vliv anestezie, kdy většina dětí buď spala, nebo byla podrážděna a plakala. Nebyl rozdíl mezi dětmi z intervenční a kontrolní skupiny ($p=0,837$). V pooperačním období byly nejčastěji identifikovány určující znaky: zrychlený pulz ($n=42$), sucho v ústech ($n=41$), impulzivnost ($n=28$), útočné chování ($n=22$), vyhybavé chování ($n=17$), nauzea ($n=17$), snížená produktivita ($n=11$), zrychlené dýchání ($n=9$). Celkem bylo v pooperačním období identifikováno ($n=234$) určujících znaků. Zobrazení průměrných hodnot výskytu určujících znaků pro stanovenou ošetřovatelskou diagnózu Strach (00148) zobrazuje tabulka číslo 3.

Tabulka 3: Zobrazení průměrných hodnot výskytu určujících znaků pro ošetřovatelskou diagnózu Strach (00148)

	Intervenční			Kontrolní			p hodnota
	Průměr± s	Min	Max	Průměr± s	Min	Max	
	(*n=18, **n=36, ***n=30)			(*n=13, **n=41, ***n=34)			
Před provedením intervence	1,333±0,97	1	5	1,308±0,63	1	3	0,684
Po intervenci v předoperačním období	2,250±1,795	1	9	3,463±2,123	1	10	0,0004
Po operaci	3,533±2,113	1	10	3,765±2,45	1	11	0,837

(n = absolutní četnost, s – směrodatná odchylka, *n- před intervencí, **n-po intervenci v předoperačním období, ***n-po operaci)

DISKUZE

Programy zabývající se předoperační přípravou umožňují dětem i jejich rodičům prohlédnout si nemocnici, čímž mohou děti získat, v podpůrném prostředí rodičů, zkušenost, která vede ke zmírnění jejich úzkosti, zvýšení znalostí a následnému lepšímu zvládnutí hospitalizace (Justus R., 2006, s. 35-43). Cílem předloženého výzkumu bylo pomocí vhodně provedené intervence v předoperačním období zmírnit strach u dětí a zvýšit jejich znalosti, aktivovat jejich vnitřní síly, obranné mechanismy a zlepšit spolupráci

děti. Šetřením bylo zjištěno, že hodnocení strachu u dětí se v některých jednotlivých časových obdobích mezi intervenční a kontrolní skupinou liší. V našem výzkumu znamenala příprava dítěte v intervenčním souboru seznámení dítěte s předoperačním i pooperačním obdobím a byla využita demonstrační loutka, což může mít vliv na snížení strachu u dětí. Studie Li et al. (2008, s. 63-73) také dokázala účinnost použití demonstrační loutky při přípravě dítěte k operaci ve snižování strachu a úzkosti. Výzkumný soubor tvořily děti ve věku od 7 do 10 let, které byly připravovány k operaci na oddělení jednodenní chirurgie. Li et al. (2008, s. 63-73) uvádí, že děti připravené pomocí demonstrační loutky vykazovaly v předoperačním i pooperačním období méně negativních emocí a úzkostného chování než děti nepřipravené.

Z výzkumu provedeného Vagnoli, Caprilli, Messeri (2010, s. 937-943) s cílem zjistit, která intervence je účinnější při snižování předoperační úzkosti u dětí, lze usuzovat rozdílnou účinnost jednotlivých intervencí. Výzkumný soubor studie Vagnoli, Caprilli, Messeri (2010, s. 937-943) se skládal ze 75 dětí ve věku 5-12 let, které musely podstoupit menší jednodenní chirurgický zákrok. Děti byly náhodně rozděleny do tří skupin: první skupinu dětí (n= 25) doprovázel na operační předsálí společně s rodiči klinikaun, druhá skupina dětí (n=25) byla připravená podáním perorální premedikace (midazolamu) a doprovázena na operační předsálí jedním z rodičů, třetí skupina dětí - kontrolní (n= 25) byla připravena pouze doprovodem jednoho z rodičů. Hodnocena byla úzkost u dětí i rodičů. Úzkost u dětí v předoperačním období byla měřena pomocí modifikované m-YPAS (Modified Yale Preoperative Anxiety Scale) škály. Rodičovská úzkost byla měřena pomocí STAI Y-1/Y-2 (the State - Trait Anxiety Inventory) škály. Z výzkumu vyplynulo, že děti v první skupině (připraveni klinikaunem) byly výrazně méně úzkostné v době před uvedením do anestezie než druhá a třetí skupina. Mezi druhou a třetí skupinou nebyly zjištěny v době před uvedením do anestezie statisticky významné rozdíly. Studie dokazuje, že intervence klinikaunem byla účinnější při snižování úzkosti u dětí v předoperačním období, než přítomnost samotného rodiče nebo podání perorální premedikace midazolamu. V námi provedeném výzkumu byly všechny děti předem premedikovány. Medikamenty byly použity dle ordinace dětského lékaře nebo anesteziologa, čímž se ukázal rozdíl ve snížení strachu u dětí, kterým byla poskytnutá psychická předoperační příprava multidisciplinárním týmem, v kombinaci s premedikací a kontrolním souborem dětí, kterým byla poskytnuta pouze premedikace. V našem výzkumu bylo prováděno odvádění pozornosti po cestě na operační sál u dětí v intervenční skupině. Využito bylo zejména obrázků umístěných na stěnách a zpěvu písniček. Odvádění pozornosti bylo využívání nejen po cestě na operační sál, ale krátkodobě také k překlenutí bolestivých procedur. Také doporučení autorky Řezníčkové (2008, s. 129), ve kterých se zabývala odváděním pozornosti, doporučovaly zaměření pozornosti na jiný stimul než je strach či bolest. Autorka zdůraznila správné načasování odvádění pozornosti. Pokud by odvedení pozornosti započalo příliš brzo, pak dítě omrzí a pokud moc pozdě, pak dítě přes stres a strach nevnímá a nemůže se soustředit (Řezníčková, 2008, s. 129). Autorky Gulášová, Breza, Görnerová (2015, s. 158) zdůrazňují důležitost komunikace s dítětem, ovšem nevhodná komunikace sestry s dítětem a jeho rodiči může být zdrojem bariér (Kačorová, 2010).

V našem výzkumu bylo zjištěno také, že hodnocení strachu u dětí pomocí mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International (Herdman, 2010, s. 252 - 253), dle stanovení ošetřovatelské diagnózy Strach 00148, pozitivitou všech tří komponentů (určující znak, související faktor, ověření), bylo málo senzitivní k rozlišení intenzity strachu u dětí. Diagnóza Strach (00148) byla stanovena alespoň v jednom ze třech hodnocených období u 85 dětí z celkového souboru (n=86). Hodnocení strachu pomocí pouhé přítomnosti ošetřovatelské diagnózy Strach (00148) neprokázala rozdíl účinku předoperační intervence mezi intervenčním a kontrolním souborem. Hodnocení strachu podle přítomnosti množství výskytu určujících znaků pro stanovenou diagnózu Strach (00148), z celkového množství 34 dostupných určujících znaků pro tuto ošetřovatelskou diagnózu, prokázalo účinnost předoperační intervence mezi intervenčním a kontrolním souborem. Děti z intervenčního souboru, tedy připravené multidisciplinárním týmem, vykazovaly přítomnost nižšího množství určujících znaků pro ošetřovatelskou diagnózu Strach (00148) než děti z kontrolního souboru ($p=0,0004$). V hodnocení strachu podle přítomnosti množství výskytu určujících znaků pro stanovenou diagnózu Strach (00148) bylo z celkového množství 34 dostupných určujících znaků pro tuto ošetřovatelskou diagnózu v NANDA- Internatiolnal klasifikaci u dětí po celou dobu výzkumu identifikováno 23 určujících znaků, ostatní nebylo možné využít zejména z důvodů nízkého věku dětí ve zkoumaném souboru.

Do výzkumného šetření byly zařazeny děti s operací v otorhinolaryngologické oblasti. Podle typu operace byly děti členěny do tří skupin. Děti v první skupině podstoupily operaci, při které jim byla provedena operace adenotomie - odstranění nosní mandle. Dětem ve druhé skupině byla provedena adenotomie a navíc tonzilotomie - zmenšení krčních mandlí či tonzilektomie - odstranění krčních mandlí nebo radiofrekvenčně indukovaná termoterapie nosních skořep nebo funkční endonazální endoskopická chirurgie. Dětem ve třetí skupině byl proveden jiný typ operace – otoplastika (plastická operace - modelace ušních boltců), mastoidektomie (odstranění zánětlivého ložiska bradavcového výběžku spánkové kosti) nebo zavedení stipuly (ventilační trubičky do středouší). Studie provedená Li (2007, s. 1919 – 1926) neprokázala vliv operačního zákroku (cirkumcize, operace kýly, oční operace, otorhinolaryngologické operace, dentální operace, ortopedické operace) na přítomnost úzkosti či emocionálních projevů u dětí ($p=0,95$). V našem výzkumu nebylo možné vyhodnotit vliv diagnózy pacienta na přítomnost ošetřovatelské diagnózy Strach (00148) vzhledem k malému počtu respondentů ve druhé a třetí skupině dětí. Vhodné by bylo pokračovat ve výzkumu zařazením většího množství probandů a následně vyhodnotit vliv diagnózy pacienta na přítomnost ošetřovatelské diagnózy Strach (00148).

ZÁVĚR

Příprava dítěte k operaci sice zcela nezbavuje dítě strachu a negativních emocí, ale jejím hlavním cílem je pomoci dítěti hledat jeho vlastní vnitřní síly, díky kterým ohrožující situaci zvládne, a posilovat jeho sebevědomí. Dětská sestra pečující o dítě

a jeho rodinu, bez ohledu na pracoviště (nemocnice, primární péče, akutní péče a jiné), má hlavní zájem na rozvíjení blaha dítěte a jeho rodiny (Sikorová, 2011, s. 28). Z námi provedeného výzkumu vyplývá, že v rámci předoperační přípravy dětí k operaci je nutné myslet na psychickou přípravu dítěte. Bylo zjištěno, že provedení vhodné intervence - edukace, psychické předoperační přípravy terapeutickou hrou, využití demonstrativní loutky nebo hračky, nafocení alba s předoperačním a pooperačním průběhem, využití pomůcek k názorné ukázce jednotlivých předoperačních i pooperačních období, v předoperační přípravě může mít pozitivní vliv na vnímání a prožívání strachu u dětí a vede ke zlepšení jejich spolupráce.

Také je důležité zvolit vhodný hodnotící nástroj. Hodnocení strachu u malých dětí je obtížné, protože hodnotící nástroje, zabývající se touto problematikou, jsou určeny až pro starší věkovou skupinu. Jediným nástrojem hodnotícím strach u dětí, dostupným v českém jazyce, pro využití sestrou je klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International. Hodnocení pomocí mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International (Herdman a kol., 2010, s 252 - 253) ukazuje, že provedení operačního zákroku u dětí je spojeno s přítomností strachu.

Výsledky tohoto výzkumu jsou platné pro zkoumanou skupinu dětí, závěry nelze globalizovat. Bylo by vhodné realizovat další rozsáhlejší studie typu kvantitativního a kvalitativního výzkumu, zabývající se tímto tématem, které by podrobně zkoumaly vliv jednotlivých provedených intervencí v předoperační přípravě. S ohledem na nedostatek nástrojů hodnotící strach u dětí by bylo vhodné zaměřit se na rozšíření této nabídky například využitím nástrojů dostupných v zahraničí.

Příspěvek je dedikován projektu Studentské grantové soutěže Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě SGS02/LF/2013.

Poděkování patří rovněž občanskému sdružení KIWANIS, které věnovalo edukační loutku Petrušku a panenky KIWANIS pro děti.

LITERATURA

- [1] DORKOVÁ, Z., ŠRAHŮLKOVÁ, K. 2010. Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí. In *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 50-55.
- [2] FORTIER, M. A et al. 2010. Perioperative anxiety in children. *Pediatric Anesthesia*. 20(4), s. 318–322.
- [3] GULÁŠOVÁ, I., BREZA, J., GÖRNEROVÁ, L. 2015. Etické aspekty komunikácie sestry s rodičmi detského pacienta. *Logos polytechnikos*. 6(2), s. 157-162.
- [4] HERDMAN, T. H. et al. 2010. *NANDA International - Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009 - 2011*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 480 s.
- [5] HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S. 2014. *NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. 1st ed. Chicester: Wiley-Blackwell, 483 s.
- [6] HUŠŤAVOVÁ, L. 2007. Psychologické následky chirurgického zákroku v detském věku. *Československá psychologie*. 51(5), s. 542-546.
- [7] JUSTUS, R. et al. 2006. Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32, s. 35-43.
- [8] KAČOROVÁ, J. 2010. *Komunikace ve zdravotnictví 1*. Opava: Slezská univerzita v Opavě.
- [9] LA MONTEGNE, L. L. 1993. Bolstering personal control in child patients through coping interventions. *Pediatric Nursing*. 19, s. 235–237.
- [10] LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. české vyd. Praha: GradaPublishing, 988 s.
- [11] LI, H. C. W. 2007. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *Journal of Clinical Nursing*. 16(10), s. 1919-1926.
- [12] LI, H. C. W., LAM, H. Y. A. 2003. Paediatric day surgery: Impact on Hong Kong Chinese children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*. 12, s. 882–887.
- [13] LI, H. CH. W., LOPEZ, V. 2008. Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *Journal for specialists in pediatric nursing*. 13, s. 63-73.
- [14] MACHOVÁ, A., BRABCOVÁ, I. 2010. Úloha sestry v zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí. *Kontakt*. 12(2), s. 144-150.
- [15] MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 264 s.
- [16] MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 147 s.
- [17] NANDA International [online]. ©2016 [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: <http://www.nanda.org/>.
- [18] O' CONNER-VAN, S. 2000. Preparing Children for Surgery—an Integrative Research Review. *AORN Journal*. 71, s. 334-343.

- [19] ŘEZNÍČKOVÁ, A. 2008. Účinné strategie zvládnání strachu a bolesti u dětí. In SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 127-130.
- [20] SEDLÁŘOVÁ, P. et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 240 s.
- [21] SIKOROVÁ, L. 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 208 s.
- [22] SHIELDS, L. 2001. A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*. 48, s. 29–37.
- [23] SPENCER, C., FRANCK, L. 2005. Giving parents written information about children's anesthesia: Are setting and timing important? *Pediatric Anesthesia*. 15, s. 547 – 553.
- [24] SYLVA, K., STEIN, A. 1990. Commissioned review effects of hospitalisation on young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 12 (1), s. 3 – 8.
- [25] VAEZZADEH, N. et al. 2011. The Effect of Performing Preoperative Preparation Program on School Age Children's Anxiety. *Iranian Journal of Pediatrics*. 21(4), s. 461-466.
- [26] VALENTA, M. et al. 2008. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 218 s.
- [27] VAGNOLI, L., CAPRILLI, S., MESSERI, A. 2010. Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Paediatric Anaesthesia*. 20, s. 937–943.
- [28] VYMĚTAL, J. et al. 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 340 s.
- [29] WAITERS, M., COAD, J. 2006. Preparation of children for spinal surgery: an exploratory study. *Paediatric Nursing*. 18(10), s. 27-29.
- [30] WRIGHT, K. D. et al. 2007. Prevention and Intervention Strategies to Alleviate Preoperative Anxiety in Children. *Behavior Modification*. 31(1), s. 52-79.
- [31] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 229 s.

HODNOCENÍ STRACHU

Strach (00148) – Určující znaky

	A) před edukací	B) před operací	C) po operaci
Součet			

A	B	C		A	B	C	
			sděluje děs				sděluje sníženou sebejistotu
			sděluje hrůzu				sděluje strach
			sděluje nebezpečí				sděluje trému
			sděluje obavy				sděluje vzrušení
			sděluje paniku				sděluje zvýšené napětí
			Kognitivní				
			identifikuje předmět strachu				snížená schopnost řešit problémy
			podnět je vnímán jako ohrožení				snížená schopnost učit se
			snížená produktivita				
			Behaviorální				
			impulzivnost				zúžené zaměření na zdroj strachu
			útočné chování				zvýšená ostražitost
			vyhýbavé chování				
			Fyziologické				
			bledost				sucho v ústech
			dyspnoe				únava
			napětí svalů				zrychlené dýchání
			nauzea				zrychlený pulz
			nechutenství				zvracení
			průjem				zvýšené pocení
			rozšíření zornic				zvýšený krevní tlak

Související faktory

			jazyková bariéra				přirozené (např. náhlý zvuk, výška, bolest, ztráta fyzické podpory)
			naučená reakce (např. podmínky, přijímání vzorů nebo identifikace s jinými)				stimuly navozující fobii
			neznalost okolí				vrozené spouštěče (neurotransmitery)
			oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (např. hospitalizace, nemocniční procedury)				zhoršené smyslové vnímání [zejména sluch a zrak]

HERDMANN, T. et al. *NANDA International ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2009-2011*. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

Poznámky:

THE ASSESSMENT OF FEAR IN CHILDREN UNDERGOING SURGICAL PROCEDURES



ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to explore the influence of selected approaches to preoperative preparation of children on perceived fear related to the surgical procedure. **Methods:** The research set comprised 86 children aged from 2 to 6 years. A quantitative research method was employed and the data acquisition technique for the research was structured observation and interview. To evaluate the presence of fear in children, the International Classification of nursing diagnoses of NANDA International was used. Children were divided into an experimental and control group based on the intervention performed. Evaluation was conducted before education (intervention), after education in the preoperative period and after surgery. Statistical tests were evaluated at a significance level of 5 %. **Results:** The investigation revealed that, based on the defining characteristics – related factors – assessment algorithm, the 00148 nursing diagnosis (Fear) did not show significant differences in occurrence between the intervention group and control group. The nursing diagnosis of Fear was identified in 85 individuals out of the total of 86 children in at least one of the assessed periods.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Hlubková
Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství a porodní
asistence
Syllabova 19
703 00 Ostrava
e-mail: z12602@student.osu.cz

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství a porodní
asistence
Syllabova 19
703 00 Ostrava
e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

Differences between the two groups were identified in terms of the proportional representation of defining characteristics of fear. Children from the intervention group showed significantly lower prevalence of the defining characteristics of Fear diagnosis after educational interventions in the preoperative period ($p=0.0003$). **Conclusion:** Despite the fact that psychological preparation for surgery cannot fully eliminate fear in children, it can help the child mobilize their own inner strength and defense mechanisms to cope with threatening situations more effectively and to foster self-confidence.

KEYWORDS:

child, surgery, preparation for surgery, fear, play therapy

ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO KLIENTY V NEMOCNICI

DRAHOSLAVA MIKŠOVSKÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY



ABSTRAKT

Za výkon povolání zdravotně – sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně – sociální péče. Tento pracovník se podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb klienta/ pacienta. Z důvodu zajištění komplexní péče o pacienta / klienta předkládám závazný dokument pro zaměstnance nemocnice, kteří zabezpečují komplexní sociální péči.

KLÍČOVÁ SLOVA:

zdravotně sociální pracovník, sociální péče, nemocnice

1. ÚČEL DOKUMENTU

Tento dokument je závazný pro zaměstnance nemocnice, kteří jsou ve svých pracovních náplních odpovědní za zajištění sociální služby ve vztahu k pacientovi – zdravotnický personál všech oddělení a zdravotně - sociální pracovnice organizace.

Účelem dokumentu je zajistit komplexní péči o pacienta. Vedle lékařské a ošetrovatelské péče zabezpečit i péči sociální. Jedná se o sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

2. DEFINICE POJMŮ A ZKRATEK

2.1 POJMY (DLE ZÁKONA Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ)

Sociální služby:

1. Sociální poradenství - základní a odborné sociální poradenství – poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace.

2. Služby sociální péče – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich zdravotní stav/postižení, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

3. Služby sociální prevence – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, krizová

pomoc, sociální rehabilitace, nízkoprahová denní centra, terénní programy, terapeutické komunity.

Zařízení sociálních služeb:

Centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče.

Sociální intervence:

Sociální zásah a následná sociální práce s klientem směřující k vyřešení jeho stávající sociální situace.

Zdravotně - sociální pracovník:

Povolání definuje zákon č. 96/2004 Sb., (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Zjišťuje klientovy potřeby a v průběhu hospitalizace mu pomáhá hledat optimální řešení jeho sociální situace. Cílem poskytovaného sociálního poradenství je podpořit klienta tak, aby sám mohl adekvátně zvládat svoji sociální situaci po propuštění z nemocnice. Sám klient (popř. zákonný zástupce) se rozhoduje o navrhované metodě řešení své sociální situace. V případě, že navrhovaná odborná rada nebo řešení sociální situace není v souladu s přáním klienta, poté se zdravotně - sociální pracovník musí řídit požadavkem klienta a zároveň jej ale upozornit na případný negativní dopad jeho rozhodnutí a navrhnout a projednat další možnosti řešení jeho sociální situace.

Základním principem sociálního poradenství je akceptace klienta, tedy brát klienta jako osobnost a mít zájem o jeho problém. Respektování práv a přání klienta patří k základním pravidlům služeb sociálního poradenství, včetně respektování práva klienta na odmítnutí pomoci.

2.2 ZKRATKY

MěÚ – Městský úřad

ÚP – Úřad práce

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

IC PŘDN – Intervenční centrum pro řešení domácího násilí

3. VLASTNÍ POSTUP PRÁCE

3.1 ÚVOD

Zadání požadavku oddělení na sociální intervenci u pacienta (více v 3.4. Žádanky o sociální šetření/sociální intervenci u pacienta) ošetřujícím lékařem či nelékařským zdravotnickým personálem.

Na potřebu sociální intervence u pacienta je nutné upozornit co nejdříve od data jeho přijetí do nemocnice.

Založení Sociální karty pacienta (více v 3.5 – Sociální karta pacienta)

3.2 SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ

- Konzultace s ošetřujícím lékařem pacienta.
- Získání dalších potřebných anamnestických údajů z dokumentace pacienta.
- Návštěva pacienta na oddělení – vstupní jednání s pacientem, případně zákonným zástupcem nebo jeho rodinou / blízkými. Zjišťování sociálních potřeb pacienta.
- Stanovení plánu sociální intervence.

3.3 SOCIÁLNÍ INTERVENCE

- Jednání s pacientem, s jeho rodinou / zákonným zástupcem / blízkými v průběhu jeho hospitalizace. Poskytování sociálního poradenství.
- Nabízeny možnosti a společné hledání adekvátního řešení stávající sociální situace pacienta.
- Jednání s pracovníky sociální péče a dalšími pracovníky orgánů státní správy (MěÚ, ÚP, OSSZ), neziskových organizací, a další ...

3.4 ŽÁDANKY O SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ/SOCIÁLNÍ INTERVENCI U PACIENTA

- Zadání žádanky do informačního systému - ambulantní vyšetření:
 - mezioborová pracoviště
 - sociální šetření,
- Výsledky o sociální intervenci odesílány na příslušné oddělení, kde je pacient hospitalizovaný.
- Záznamy o sociální intervenci zároveň evidovány v Sociální kartě pacienta (v evidenci u zdravotně – sociální pracovnice).

Údaje potřebné pro zahájení sociálního šetření u pacienta

- nacionále pacienta/ky
- žádající pracoviště
- dg. pacienta
- informace v textu žádanky:
 - datum přijetí pacienta/ky na oddělení
 - důvod přijetí pacienta k hospitalizaci
 - kontakt na rodinu pacienta
 - důvod sociální intervence u pacienta
 - na kdy je sociální intervence u pacienta . požadována
 - plánované propuštění / případně překlad pacienta
 - ošetřující lékař pacienta

3.5 SOCIÁLNÍ KARTA PACIENTA

- Sociální karta obsahuje anamnestické údaje o pacientovi, sociální zajištění pacienta, cíle sociálního šetření / plán sociální intervence, záznamy o sociální intervenci.
- Součástí sociální karty jsou dále dokumenty - písemné souhlasy a potvrzení od pacientů, úřední korespondence.
- Sociální karta je v evidenci u zdravotně - sociální pracovnice nemocnice.

3.6 ČINNOSTI, KTERÉ ZDRAVOTNĚ – SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V NEMOCNICI (U POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB) VYKONÁVÁ, DEFINUJE V §9 VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB., O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ:

- může provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,
- sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,

- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
- v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

V nemocnici dále:

- Poskytuje psychosociální podporu pacientům v průběhu jejich léčby ve zdravotnickém zařízení.
- Provádí sociální šetření u pacienta a následně provádí sociální intervenci (rozsah, druh, potřeba sociálních opatření) do životní situace pacienta, spolupracuje s orgány veřejné správy a dalšími subjekty, o zjištěných skutečnostech zpracovává sociální zprávu.
- Poskytuje základní sociálně – právní poradenství pacientům v oblasti nemocenského pojištění, pracovního práva, sociálního zabezpečení (nároky na dávky dle státní sociální podpory, zákona o pomoci v hmotné nouzi, o sociálním zabezpečení, o sociálních službách, a další...). Pomoc se sepsáním a podáním žádostí o sociální dávky.
- Poskytuje kontakty na organizace zajišťující sociální pomoc a odborné sociální poradenství.
- Zprostředkovává pomoc pacientům v případě podezření na domácí násilí – intervenční centrum (IC PŘDN).
- Osamělým pacientům zprostředkovává platby poštovních poukázek, doslání důchodu do nemocnice, případně drobné nákupy, příp. zprostředkování vyřízení nového občanského průkazu.
- Je kontaktní osobou pro Dobrovolnický program v nemocnici.
- Podílí se na přípravě propuštění pacientů, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizuje:

Pacienty informuje o možnostech následné péče, poskytuje kontakty na služby a zařízení:

- Zařízení sociálních služeb
- Léčebny dlouhodobě nemocných, Sanatoria
- Péče ve stacionářích
- Pečovatelská a charitní služba
- Osobní asistence

Podílí se na překladi pacienta do jiného zdravotnického zařízení následné péče.

Připravuje pacienty pro ústavní sociální péči.

Sepisuje s pacienty žádosti do domovů pro seniory, domů s pečovatelskou službou, hospiců, domovů pro osoby se zdravotním postižením, azylových domů, zařízení Oblastní Charity a další. Žádosti podává. K žádosti o umístění do zařízení ústavní sociální péče sepisuje zprávu o sociální situaci pacienta.

Zprostředkuje žádosti o zavedení pečovatelské či ošetřovatelské služby, osobní asistence, žádosti o přijetí do denního stacionáře pro seniory.

Informuje o kompenzačních a rehabilitačních pomůckách pro zdravotně postižené (kontakty na půjčovny, druhy komp. pomůcek).

V případě úmrtí pacienta poskytuje pozůstalým odborné poradenství v sociální oblasti.

U osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím.

3.7. LÉKAŘSKÉ VYJÁDRĚNÍ K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE
viz. příloha č. 3

4. MOŽNÉ KOMPLIKACE V POSTUPU PRÁCE

Pozdní upozornění ošetřujících lékařů, nelékařského zdravotnického personálu na případ.

Neúplné anamnestické údaje o pacientovi.

Nedostupnost sociálních služeb a dalších potřebných služeb v místě bydliště pacienta.

5. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Vedoucí pracovníci mají za povinnost prokazatelně seznámit s tímto metodickým pokynem všechny své podřízené.

V případě potřeby provedení sociálního šetření u pacienta a v zájmu vyřešení jeho sociální situace v brzké době, je nutné kontaktovat zdravotně - sociální pracovníci N co možná nejdříve od přijetí pacienta do nemocnice.

6. SOUVISEJÍCÍ LEGISLATIVA

Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách

Zákon č. 329/2011Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

Vyhláška č. 389/2011Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře

Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník

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 a o změně některých souvisejících zákonů

Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných

odborných pracovníků

Vyhláška č. 388/2011Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Metodický pokyn - Péče o seniory a dlouhodobě nemocné pacienty v nemocnici

7. PŘÍLOHY

č. 1: Sociální zajištění

č. 2: Sociální karta pacienta

č. 3: Lékařské vyjádření

č. 4: Vyjádření klienta o řešení své sociální situace

č. 5: Etický kodex sociálních pracovníků

LITERATURA

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. II. část – Sociální péče. 2. rozšířené vydání. Praha: Karolinum, 2004
- [2] JABŮRKOVÁ, M., MÁTL, O.: „*Modernizace sociálních služeb. Inovace ve světě a ČR v kontextu principů evropského sociálního modelu*“ Součást výzkumného projektu Modernizace veřejné správy a vybraných veřejných služeb – ekonomicko – sociální analýza inovačních proudů. Praha: Centrum pro sociální a ekonomické strategie. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, 2003
- [3] JOHNOVÁ, M., SMÉKALOVÁ E., MÁTL, O.: *Zkušenosti z pilotních inspekcí kvality sociálních služeb*. Zpráva pro řídicí výbor ČB projektu
- [4] KOZLOVÁ, Lucie: *Sociální služby*. Vydání 1., Praha: Triton, 2005
- [5] KŘÍŽOVÁ, E.: *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Lékařská fakulta UK, 1998
- [6] *Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením*, MPSV ČR, Praha 2001
- [7] *Kvalita sociálních služeb v poradenství*, MPSV ČR. Praha 2002
- [8] MATOUŠEK, Oldřich a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Vydání 1., Praha: Portál, 2003
- [9] TOMESŠ, Igor: *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vydání, Praha: Sociopress, 2001

Pacient - příjmení a jméno:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Datum přijetí, odd.:

Pojišťovna:

Ošetřující lékař:

Sociální zajištění

Poměry hmotné		PnP	
Poměry bytové			

Péče doma

Podané žádosti do zařízení sociálních služeb	
Kam	Kdy

Cíle sociálního šetření / plán sociální intervence (doporučení)

Datum založení karty:**Propuštěn / a:**

SOCIÁLNÍ KARTA zdravotně - sociální záznam

Příjmení a jméno			
Rozený/á			
Rodné číslo			
Pojišťovna			
Trvalé bydliště			
Přechodné bydliště			

Rodinný stav		Svéprávnost	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
č. OP		Opatrovník	

Pracovní anamnéza	
--------------------------	--

Kontakty na rodinu	
---------------------------	--

Ošetřující lékař	
Praktický lékař	

Příjem na odd.	Datum	Dg.	Propuštění

Datum založení karty:

LÉKAŘSKÉ VYJÁDŘENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU
ŽADATELE/KY O PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

Žadatel/ka:

Příjmení, jméno, titul

rodné příjmení u žen

Rodné číslo

Datum narození

Bydliště (ulice, číslo, pošta, PSČ)

Zdravotní pojišťovna

Číslo OP

Hospitalizace v od:**Praktický lékař žadatele/ky****Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní)**I. Aktuální zdravotní stav****Objektivní nález** (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis)**Diagnozy****Kód dle MKN-10****a) hlavní****b) ostatní choroby****c) alergie****Popis snímku RTG plic (ne starší 3 měsíců). V případě onemocnění hrudních orgánů - i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu**

Závislost na omamných, psychotropních případně jiných látkách:
Pokud ano, jaká:

Je léčen/a nebo sledován/a pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu?
Pokud ano, pro jakou:

Je léčen/a nebo sledován/a pro tuberkulózu?
 Pokud ano,
 v jakém stadiu
 v jaké formě
 kým je sledován

Výsledky vyšetření na bacilonosičství (výtěr z recta, HbsAg)

Potřebuje lékařské ošetření nezadáno

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní poradny, apod.?)
 Pokud ano, kterého:

Potřebuje zvláštní péči – pokud ano, jakou:

II. Schopnost sebeobsluhy:

Schopnost chůze bez cizí pomoci: nezadáno

Kompenzační pomůcky:

hole	<input type="checkbox"/>	brýle	<input type="checkbox"/>
invalidní vozík	<input type="checkbox"/>	sluchadlo	<input type="checkbox"/>
chodítka	<input type="checkbox"/>	zubní protéza	<input type="checkbox"/>
berle	<input type="checkbox"/>		
jiné			

Upoutání na lůžko:

Schopnost polohy v sedě:

na lůžku nezadáno
 v křesle nezadáno

Na lůžku se posadí: nezadáno

Nají se/napije se: nezadáno

Způsob přijímání potravy:

per os
 jiný způsob (popište slovy)

Vykoupe se: nezadáno

Umyje se: nežadáno
Obleče se: nežadáno

Sluch: nežadáno
Zrak: nežadáno

Hygiena: nežadáno
Toaleta: nežadáno
Inkontinence moči: nežadáno
Zaveden PMK:
Inkontinence stolice: nežadáno
Používá pampers

Defekty kůže:
 dekubity (stupeň, lokalizace)
 opruzeniny
 jiné

Je schopen/a slovní komunikace:
Je schopen/a písemné komunikace:
Je schopen/a vzhledem ke zdravotnímu stavu vlastnoručního podpisu?
Dieta:

III. Duševní stav a orientace:

Orientace:
 místem
 časem
 osobou

Stavy noční zmatenosti:

Demence:
 Typ demence:
 Stupeň:

IV. Současná terapie a její dávkování:

V. Jiné údaje:

V dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Vyjádření klienta o řešení jeho sociální situace v průběhu hospitalizace

Jméno a příjmení klienta:

Datum narození:

Bydliště:

- **O pomoc při řešení své sociální situace - mám zájem**
- **Pomoc při řešení své sociální situace - odmítám**
- **Jiné vyjádření:**

V dne
 podpis klienta (pacienta)

Cílem poskytovaného sociálního poradenství zdravotně – sociálním pracovníkem je podpořit klienta tak, aby sám mohl adekvátně zvládat svoji sociální situaci po propuštění z nemocnice. Respektování práv a přání klienta patří k základním pravidlům služeb sociálního poradenství, včetně respektování práva klienta na odmítnutí pomoci.

Zdravotně - sociální pracovník zjišťuje klientovy potřeby a v průběhu hospitalizace mu pomáhá hledat optimální řešení jeho sociální situace pro propuštění z nemocnice. Sám klient (popř. zákonný zástupce) se rozhoduje o navrhované metodě řešení a dalších možnostech řešení své sociální situace. V případě, že navrhovaná odborná rada nebo řešení sociální situace není v souladu s přáním klienta, poté se sociální pracovník musí řídit požadavkem klienta a zároveň jej ale upozornit na negativní dopad jeho rozhodnutí a navrhnout a projednat další možnosti řešení jeho sociální situace. Základním principem sociálního poradenství je akceptace klienta, tedy brát klienta jako osobnost a mít zájem o jeho problém.

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v **dokumentech relevantních pro praxi** sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a **dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách**. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník **dává přednost** profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník **podporuje své klienty k vědomí** vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoli formy diskriminace všem klientům. **Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.**

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. **V případech,**

kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník **podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek** sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnání, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník **podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.**

2.1.7. **Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.**

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.
2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.
2. 4. 6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.
2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.
2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.
- 2. 5. 6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.**

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),

- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

kteřé se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společnosti,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role, a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy

Návrh přijatý valným shromážděním IFSW
(Mezinárodní federace sociálních pracovníků),
Adelaide, Austrálie, 29. 9. - 1. 10. 2004

1. Úvod

Etické uvědomění je nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků. Schopnost a oddanost etickému jednání je základním aspektem kvality služby nabízené uživatelům služeb sociální práce.

2. Definice sociální práce

Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.

3. Mezinárodní konvence

Mezinárodní deklarace a úmluvy o lidských právech vytvářejí obecné standardy a poukazují na práva, která jsou globální společností akceptována. Dokumenty relevantní pro praxi sociální práce jsou:

- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech
- Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace
- Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen
- Úmluva původních domorodých obyvatel (11,0 konvence 169)

4. Principy

4.1 Lidská práva a lidská důstojnost

Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu a blaho každého člověka. To znamená:

1. Respektovat právo na sebeurčení - sociální pracovníci respektují a podporují právo lidí na provádění vlastních výběrů a rozhodnutí, nezávisle na jejich hodnotách a životních rozhodnutích, za předpokladu, že to neohrozí práva a legitimní zájmy druhých.
2. Podporovat právo na participaci - sociální pracovníci podporují plné zapojení a účast lidí, kteří používají jejich služby, taková mi způsoby, aby mohli dosáhnout zmocnění ve všech aspektech rozhodování a jednání, které ovlivňuje jejich život.
3. Jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí - sociální pracovníci se zajímají o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usilují o rozpoznání všech aspektů života člověka.
4. Identifikovat a rozvinout silné stránky - sociální pracovníci se zaměřují na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit, a tak podporují jejich zmocnění.

4.2 Sociální spravedlnost

Sociální pracovníci mají povinnost podporovat sociální spravedlnost ve vztahu ke společnosti obecně i ve vztahu k lidem, se kterými pracují. To znamená:

1. Čelit negativní diskriminaci - sociální pracovníci mají povinnost čelit negativní diskriminaci na základě takových charakteristik, jako jsou schopnosti, věk, kultura, rod nebo pohlaví, rodinný stav, socioekonomický status, politické názory, barva pleti nebo jiné fyzické charakteristiky, sexuální orientace nebo duchovní přesvědčení.
2. Uznat diverzitu - sociální pracovníci rozpoznávají a respektují etnickou a kulturní rozdílnost ve společnostech, kde pracují, berouce při tom v úvahu individuální, rodinné, skupinové a komunitní odlišnosti.
3. Spravedlivě distribuovat zdroje - sociální pracovníci zaručují, že zdroje, které mají k dispozici, jsou rozdělovány spravedlivě ve shodě s potřebami.
4. Čelit nespravedlivé politice a praktikám - sociální pracovníci mají povinnost upozorňovat své zaměstnavatele, tvůrce politik, politiky samotné a veřejnost na situace, kdy lidé žijí v chudobě, když zdroje nejsou adekvátní nebo když rozdělování zdrojů, politika a praxe jsou utlačující, nespravedlivé nebo škodlivé.
5. Pracovat na základě solidarity - sociální pracovníci mají povinnost čelit sociálním podmínkám, které přispívají k sociálnímu vyloučení, stigmatizaci nebo útisku, a pracovat pro sociální inkluzi.

5. Profesionální jednání

Národní členské organizace IFSW mají povinnost rozvíjet a pravidelně aktualizovat svoje vlastní etické normy nebo etické směrnice tak, aby byly konzistentní s prohlášením IFSW. Národní organizace mají také povinnost informovat sociální pracovníky a vzdělavatele v sociální práci o těchto normách a směrnicích.

Sociální pracovníci by měli jednat

v souladu s etickým kodexem nebo směrnicemi, které platí v jejich zemi. Tyto budou obvykle zahrnovat detailnější pravidla v etické praxi specifická podle národního kontextu. Následující obecná doporučení pro profesionální jednání se týkají toho, že:

1. Od sociálních pracovníků se očekává, že budou rozvíjet a udržovat požadované dovednosti a kompetence v oblasti své práce.
2. Sociální pracovníci nedopustí, aby jejich dovednosti byly využity k nehumánním účelům, jako je například mučení nebo terorismus.
3. Sociální pracovníci jednají bezúhonným způsobem. To zahrnuje nezneužívání vztahu důvěry s lidmi, kteří užívají jejich služby, rozeznávání hranice mezi osobním a profesním životem a nezneužívání svého postavení pro osobní obohacení nebo zisk.
4. Sociální pracovníci jednají s lidmi, kteří používají jejich služby, s účastí, empatií a péčí.
5. Sociální pracovníci nepodřizují potřeby a zájmy lidí, kteří užívají jejich služby, svým vlastním potřebám a zájmům.

6. Sociální pracovníci mají povinnost učinit nezbytné kroky v profesionální i osobní péči o sebe na pracovišti i ve společnosti s cílem zajistit, aby byli schopni poskytovat odpovídající služby.
7. Sociální pracovníci zachovávají důvěrnost informací, které se týkají lidí užívajících jejich služby. Výjimky mohou být odůvodněny pouze na základě vyššího etického požadavku (jako je například ochrana života).
8. Sociální pracovníci vyžadují uznání toho, že jsou zodpovědní za své jednání vzhledem k lidem, se kterými pracují, vzhledem ke kolegům, zaměstnavatelům, profesní asociaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.
9. Sociální pracovníci mají povinnost spolupracovat se školami sociální práce, aby podpořili studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.
10. Sociální pracovníci iniciují a zapojují se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a jsou odpovědní za to, že jejich rozhodnutí budou eticky podložena.
11. Sociální pracovníci jsou připraveni uvést důvody svých rozhodnutí, založených na etickém rozvažování, a jsou odpovědní za svoje volby a jednání.
12. Sociální pracovníci pracují na vytváření takových podmínek ve svých zaměstnavatelských organizacích i ve své zemi, aby principy tohoto prohlášení i principy jejich národního kodexu (existuje-li) byly diskutovány, hodnoceny a prosazovány.

Zdroj: Společnost sociálních pracovníků České republiky

ENSURE SOCIAL SERVICES FOR CLIENTS IN THE HOSPITAL



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Drahoslava Mikšovská
doktorandka
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Palackého 1
P. O. Box 104
810 00 Bratislava
Slovenská republika

Oblastní nemocnice Kolín, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
Žižkova 146
280 02 Kolín 3
e-mail: drahoslava.miksovska@
nemocnicekolin.cz

ABSTRACT

As the profession of a health - social worker is considered an activity within the framework of preventive, diagnostic and rehabilitative care in the field of health - social care. The worker is involved in nursing care and meets the social needs of a client / patient. To ensure the comprehensive care of the client / patient I submit a binding document for those hospital employees who provide the comprehensive social care.

KEYWORDS:

health social worker, social care, hospital

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S POKROČILÝM CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM V PALIATIVNÍ PÉČI - POUŽITÉ MĚŘÍCÍ NÁSTROJE VE VÝZKUMU – LITERÁRNÍ PŘEHLED

HELENA NOVOTNÁ
UNIVERZITA PALACKÉHO
V OLOMOUCI
NEMOCNICE TÁBOR, A.S.

MIROSLAV KALA
UNIVERZITA PALACKÉHO
V OLOMOUCI
HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU,
OLOMOUC

ABSTRAKT

Cíl: Literární analýza hodnocení kvality života za použití standardizovaných měřících nástrojů u pacientů s pokročilým srdečním selháním, kterým je poskytována paliativní péče.

Metodika: Pro získání dat za období 2000 – 2015 byly použity elektronické licencované a volně přístupné databáze. Na základě stanovených klíčových slov, jejich kombinací za použití Booleovských operátorů bylo do výběru předkládaného příspěvku zařazeno celkem 14 studií.

Výsledky: Výzkumnými nástroji pro dohledané studie byly ve většině případů generické dotazníky pro hodnocení kvality života, ve 4 případech byl užit specifický dotazník pro srdeční selhání. Analýza 14 studií potvrdila negativní vliv choroby na všechny aspekty kvality života - fyzický, psychický, sociální i spirituální.

Závěr: Kvalita života z pohledu nevléčitelně nemocného může mít velký vliv na způsob jeho prožívání a vyrovnávání se s nemocí, může ovlivňovat jeho potřeby, přání a postoje. Informace o potřebách pacienta tak mohou významně přispět ke zkvalitnění péče v tomto období.

KLÍČOVÁ SLOVA:

kvalita života, chronické srdeční selhání, paliativní péče

ÚVOD

Pokročilé chronické srdeční selhání je onemocněním zatížené velmi významnou morbiditou a mortalitou. Jedná se o pacienty velmi symptomatické při minimálním pohybu nebo již v klidu, o pacienty ve fázi refrakterního srdečního selhání nebo ve stadiu těžkého srdečního selhání, které je ještě zvrátané. Stav je charakterizovaný častými dekompenzacemi s nutností opakovaných hospitalizací (Thoosen et al., 2011, 96). V České republice je incidence udávána 300 000 nemocných s výrazným nárůstem ve vyšších věkových kategoriích (nad 70 let věku). Prevalence je 40 tisíc nových případů ročně (Lazárová et al., 2012, s. 247).

V klinickém obraze pokročilého onemocnění jsou v popředí dušnost a únava, deprese, delirantní stavy zvláště u nemocných vyššího věku, bolesti ischemické i vyplývající z celkového stavu, rozvoj kardiální kachexie se snížením svalové síly, otoky končetin až anasarka, palpitace, nauzea, poruchy kontinence, deficit sebeděče. Indikací k paliativní péči u pacientů s CHSS jsou bezesporu opakované hospitalizace a epizody dekompenzace navzdory optimalizované terapii, vyloučená možnost mechanické srdeční podpory nebo transplantace, nízká kvalita života, pokročilá symptomatologie (NYHA IV), kardiální kachexie, výrazný deficit sebeděče a klinický úsudek o blížícím se konci života (Málek, 2013, s. 115). Jednoznačnou výhodou je domácí paliativní péče ve srovnání s péčí v nemocničních zařízeních. Rozhodujícími faktory pro paliativní péči u pokročilého CHSS by měla být kvalita pacientova života, zhodnocení jeho potřeb, zachování důstojnosti, identifikace toho, kdo, případně co mu může pomoci. Nezbytné je dosažení shody mezi pacientem, jeho rodinou, lékařem specialistou a praktickým lékařem.

CÍL

Cílem příspěvku je předložit dohledané poznatky v oblasti hodnocení kvality života pacientů s pokročilou formou chronického srdečního selhání (CHSS), kterým je poskytována paliativní péče.

METODIKA

Pro vyhledávání studií jsme stanovili následující otázku: *„Jaké výsledky výzkumu budou vyhledány ve vědeckých databázích týkající se kvality života pacientů s pokročilým srdečním selháním, kterým byla poskytována paliativní péče?“* Výzkum původních studií se uskutečnil na základě výzkumné otázky systematickým vyhledáváním v elektronických databázích.

Pro získání relevantních zdrojů byly využity odborné licencované databáze a volně přístupné databáze. Významným zdrojem informací se staly například databáze MEDLINE, Bibliographia medica Českoslovacca (BMČ), Bibliographia medica Slovaca, Web of Science, EBSCO, Springer, Science Direct, Google Scholar.

Vyhledávání relevantních zdrojů proběhlo od srpna do listopadu 2015. Vyhledávacím jazykem byla stanovena angličtina, čeština. Mezi *základní kritéria* pro vyhledávání patřily dostupnost plnotextové verze dokumentu, přímý vztah k vymezenému zkoumanému problému, reflexe výzkumné otázky, užití (a přesný popis a specifikace použitého měřicího nástroje v metodice výzkumu/přehledu). Hledány byly dostupné dokumenty, které byly publikovány v časovém rozmezí let 2000–2015, jež byly současně publikovány v českém, slovenském nebo anglickém jazyce. *Vyřazovacími kritérii* pro dohledané dokumenty byly, odklon od tématu a specifické cílové skupiny osob s pokročilým chronickým srdečním selháním v paliativní péči, neuvedení popisu a přesné specifikace užitého nástroje v metodice výzkumu.

Pro hledání ve výše uvedených databázích byla použita tato klíčová slova: ***kvalita života – pokročilé chronické srdeční selhání – paliativní péče*** (pro databázi Bibliographia medica Čechoslovaca, Bibliographia medica Slovaca). ***Quality of life - advance chronic heart failure - palliative care*** (pro databázi MEDLINE/Pubmed, Web of Science, Science Direct, EBSCO, Springer, Google Scholar). Pro důkladnost nalezení relevantních zdrojů byly použity různé kombinace výše uvedených klíčových slov zapojením Booleovských operátorů AND, OR a NOT.

VÝSLEDKY

Na kvalitu života je nutno nahlížet jako na více rozměrnou veličinu zahrnující nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu též psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty.

Fainsinger (2000, s. 59) definuje kvalitu života ve vztahu k míře úlevy, kterou pociťuje pacient a jeho rodina, a to v rámci čtyř širokých oblastí: fyzické, psychologické, duchovní a existenciální. Tento postoj sdílí Mariela Bertolinová (2000, s. 82), která se věnuje paliativní péči v Buenos Aires. Hovoří o fyzických symptomech, psychologických potížích, sociální a finanční situaci a všechno nakonec vztahuje k oblasti duchovních a existenciálních problémů, které podle ní tvoří dvě hlavní domény, na jejichž základě se vymezuje pojem kvality života. U chronických nevléčitelných onemocnění jsou existenciální problémy a tím spojené potřeby často nadřazeny potřebám fyzickým.

V dohledaných studiích bylo u pacientů s chronickým srdečním selháním použito několik měřicích nástrojů specifických pro hodnocení kvality života spojeného se zdravím (Health Related Quality of Life). Generickými dotazníky byl **SF 36** resp. jeho zkrácená verze **SF 12**. Jednotlivé výsledkové části dotazníku jsou rozděleny do 8 podkategorií a do 2 hlavních kategorií, tj. vlivu psychické složky a vlivu fyzické složky. Osmi podkategoriemi jsou např.: bolest, vitalita, vliv duševního zdraví, fyzické funkce, sociální vlivy. Jeho vyplnění je možné vlastním pacientem či jako rozhovor. Dalším dotazníkem byl **EQ-5D (European Quality**

of Life Questionnaire), který zkoumá 6 dimenzí (pohyblivost, sebeobsluhu, obvyklé činnosti, bolest/obtíže, úzkost/deprese a aktuální zdravotní stav respondenta) (Heo et al., 2005, s. 267). Dotazník WHOQOL – BREF je zkrácenou verzí mezinárodně používaného dotazníku WHOQOL – 100. Byl vytvořen pracovní skupinou pro zjišťování kvality života na základě analýzy dat z 20 výzkumných center z celého světa. **WHOQOL – BREF** se skládá z 26 položek, z nichž 24 je rozděleno do 4 oblastí (domén), které hodnotí kvalitu života v oblastech Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a Prostředí. Položky zaměřené na hodnocení celkové kvality života a celkového zdravotního stavu se vyjadřují v sečtených hrubých skórech, přičemž čím vyšší hodnota, tím lépe hodnocená jednotlivá oblast (Dragomirecká, 2006, s. 21). Mezi specifické nástroje patřily **Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)**, dále pak **Chronic Heart Failure Questionnaire (CHFQ)** a **Seattle Angina Questionnaire (SAQ)**. Dotazník MLHFQ je velmi rozšířený v hojně míře používaný dotazník u pacientů se srdečním selháním. Obsahuje 21 položek, které jsou zaměřeny na jednotlivé symptomy srdečního selhání, které ovlivňují kvalitu života pacienta. Každá položka se hodnotí pomocí 6 bodové Likertovy stupnice rozsahem 0-5 (0 = žádné omezení, 5 = maximální omezení). Dotazníky CHFQ a SAQ jsou obdobně zaměřeny na symptomy a funkční status pacienta a s tím související kvalitu života (Heo, 2005, s. 268).

Na základě analýzy s obsahy dohledaných studií bylo pro zpracování přehledu využito 1 dokument v českém jazyce a 13 v jazyce anglickém (po odstranění duplicit). Celkově bylo nalezeno 14 sdělení, odpovídajících zvoleným kritériím, jejich přehled je uveden v Tabulce 1.

Tabulka 1: Přehled studií vztahující se k hodnocení kvality života u pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči

<i>Autor, rok, země</i>	<i>Účel</i>	<i>Dotazník Typ studie Počet respondentů</i>	<i>Výsledky</i>
Šenkyříková et al. (2014), Česká republika	Zhodnocení kvality života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči	MLHFQ, SAQ, SF-12 Průřezová studie 61 pacientů	Nejnižší kvality života dosáhli respondenti zařazení do studie ve fyzické oblasti, kde nejvíce limitujícím faktorem byla dušnost, otoky dolních končetin, únava a nespavost. Hodnoceno bylo dále emocionální skóre, kde se vyskytly především úzkost a deprese spojená s prognózou nemoci a pocit sociální izolace.
Fotos at al. (2013), Švédsko	Zhodnocení kvality života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči	MLHFQ Průřezová studie 157 pacientů	Ve studii byla nalezena signifikantně nižší kvalita života u pacientů s komorbiditami jako např. diabetes mellitus, hypertenze, onkologická onemocnění.
Farcas, Nastasa (2011), USA	Hodnocení jednotlivých klinických symptomů, emoční stability a sociálních funkcí	CHFQ Deskriptivní studie 100 pacientů	Nejnižší kvalitu života prokázali respondenti v oblasti emoční stability. Za nejvíce obtěžující symptomy považovali dušnost a únavu. Svobodní, vdovy, vdovci nebo osamoceně žijící pacienti vykazovali signifikantně horší kvalitu života v jednotlivých oblastech než respondenti žijící v manželském svazku. Stejně tak vyšší věk souvisel s horší kvalitou života.

<p>Bekelman et al. (2009), USA</p>	<p>Hodnocení symptomů celková zátěž, deprese a spirituální pohoda</p>	<p>Geriatric Depression Scale, Memorial Symptom Assessment Scale, Spiritual Well-being Scale. Komparativní studie 40 pacientů s CHSS a 36 pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním</p>	<p>Ve všech třech měřených oblastech dosáhli pacienti s terminálním CHSS horší úrovně kvality života než pacienti s pokročilým onkologickým onemocněním. Nejvyšší statistickou významnost měla oblast spirituální pohody ($p < 0,01$). Autoři v závěru studie jednoznačně kladně kladný vliv specializované paliativní péče na kvalitu života nemocných.</p>
<p>Hight et al.(2013), Velká Británie</p>	<p>Vliv paliativního přístupu na kvalitu života pacientů s pokročilým CHSS</p>	<p>Care Indicators Tool Deskriptivní studie 348 pacientů s ledvinným a jaterním selháním a s pokročilou CHOPN</p>	<p>Na prvním místě při rozhodování o identifikaci období nemoci, kdy je pro pacienta přínosem paliativní péče by měla být současná i předpokládaná kvalita života pacienta a jeho důstojnost.</p>
<p>Bosh et al. (2004), Nizozemí</p>	<p>Vliv dlouhodobé strukturované paliativní péče (Chronic Care Model) na kvalitu života pacientů s pokročilým CHSS</p>	<p>MLHFQ, Randomizovaná studie 357 pacientů</p>	<p>Chronic Care Model měl zásadním způsobem vliv na intenzitu symptomů, celkově fyzický stav respondentů a tím i celkově pozitivní vliv na kvalitu života.</p>
<p>Boyd (2004), Velká Británie</p>	<p>Zhodnocení kvality života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči</p>	<p>SF -36, Dlouhodobá, Deskriptivní studie 600 pacientů</p>	<p>Trvalá přítomnost dušnosti, únavy a deprese u 68 % pacientů v posledním roce života výrazným způsobem ovlivňoval kvalitu života i v ostatních oblastech jako je duševní a sociální zdraví.</p>

Iqbal et al. (2010), Velká Británie	Zhodnotit faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči a jejich pečovateli	EQ-5D, MLHFQ, Deskriptivní studie 179 pacientů a 139 pečovateli	Závažnost CHSS a komorbidity byly spojeny s horší kvalitou života jak u pacientů s CHSS, tak u jejich pečovateli. Horší socioekonomický stav a nedostatek sociální podpory vedly k signifikantně horší kvalitě života ($p = 0,38$) u pacientů s CHSS a zvýšenému počtu opakovaných hospitalizací. Nejnižší kvalita života pečovateli byla prokázána u žen, které pečovaly o pacienty s CHSS ve stadiu NYHA IV nebo o pacienty, kteří měli jako přidružená onkologická onemocnění.
Friedrich, Böhm (2007), Německo	Vliv řízené paliativní péče na stupeň dušnosti, pocit úzkosti, duševní pohodu	SF – 36 Komparativní studie 115 pacientů	Řízená paliativní péče měla pozitivní vliv na jednotlivé symptomy a zvýšila počet úmrtí v domácí prostředí o 29 % proti skupině bez řízené paliativní péče.
Volz et al. (2010) Švýcarsko	Vliv psychosociální rehabilitace na úroveň deprese, úzkosti a celkového vyčerpání pacientů s CHSS v paliativní péči	HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) Deskriptivní studie 111 pacientů	Stupeň deprese, úzkosti a emočního vyčerpání byl signifikantně nižší než v počátku před zahájením rehabilitačního programu.
Doris et al. (2009) Čína	Vliv relaxační terapie na zlepšení kvality života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči	WHOQOL-BREF Prospektivní studie 121 pacientů rozdělených na intervenční a kontrolní skupinu	Pacienti v intervenční skupině dosáhli celkově lepší úrovně kvality života než ve skupině kontrolní. Výrazný rozdíl byl v doménách emočního a sociálního zdraví.

Konto-dimopoulos et al. (2011) Řecko	Zhodnocení kvality života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči, porovnat vzájemnou korelaci užitých měřících nástrojů	EQ-5D, SF6D Komparativní studie 251 pacientů	Vysoká korelace mezi oběma použitými dotazníky, zejména v terminálním stadiu CHSS, jako vhodnější nástroj pro měření kvality života pacientů s CHSS byl doporučen dotazník EQ-5D.
Junger et al. (2002) Německo	Zhodnocení kvality života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči a porovnat s ostatními neoncologickými onemocněními	SF-36 Komparativní studie 205 pacientů	Kvalita života pacientů s CHSS byla ve všech doménách nižší než u ostatních chronických neoncologických onemocnění (chronická hepatitida, chronické renální selhávání, chronická obstrukční plicní nemoc).
Peters-Klimm (2010) Německo	Zhodnocení kvality života pacientů s pokročilým CHSS v paliativní péči	KCCQ Průřezová studie 318 pacientů	Muži vykazovali horší kvalitu života než ženy, nižší úroveň kvality života korelovala s vyšším věkem a stupněm pokročilosti CHSS.

DISKUZE

Kvalita života se stala jedním z nejčastěji používaných pojmů současné medicíny. Vyjadřuje názor, že zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů. V současné době, pro kterou je charakteristické prodlužování délky života a převaha chronických, dlouhotrvajících nemocí nad nemocemi infekčními, se za hlavní cíl medicíny nepovažuje zdraví nebo prodloužení života samo o sobě, ale zachování nebo zlepšení kvality života (Payne, 2005, s. 34). Chronické srdeční selhání je závažné onemocnění, které zásadním způsobem ovlivňuje a snižuje kvalitu života pacientů. Období posledních 10-15 let dochází k velkému nárůstu počtu pacientů, kteří dospěli do stadia pokročilého chronického srdečního selhání.

Analýza 14 studií potvrdila negativní vliv choroby na všechny aspekty kvality života - fyzický, psychický, sociální i spirituální. Symptomy, které ovlivňují kvalitu života, jsou především dušnost, bolest, nespavost, únava, ale úzkost a deprese. Dle Asociace srdečního selhání Evropské kardiologické společnosti trpí více jak 30 % pacientů v pokročilé fázi CHSS

depresí (Johnson, Gadoud, 2001, s. 40). Jak dokládá přehled českých i zahraničních studií, CHSS významným způsobem ovlivňuje psychosociální a spirituální oblast nemocného člověka. Emocionální vyčerpání bylo potvrzeno u 3 studií. Pacient se potřebuje vyrovnat se změnami ve svém těle nebo se způsobem jak se na ně dívá a s nepředvídatelnou budoucností. Stejně tak i těžce nevléčitelně nemocný často ztrácí svůj původní smysl života a potřebuje najít nový, přijatelný smysl vlastního bytí, což nebývá snadné (Bužgová, 2011, s. 271). Specificky zaměřené intervence na psychosociální oblast nemocného s CHSS jakými je individualizovaná, plánovaná dlouhodobá nebo paliativní péče nejlépe v domácím prostředí pacienta signifikantně zlepšují kvalitu života nemocných.

Výzkumnými nástroji pro dohledané studie byly ve většině případů generické dotazníky pro hodnocení kvality života, ve 4 případech byl užit specifický dotazník pro srdeční selhání.

ZÁVĚR

Chronické srdeční selhání je závažné onemocnění zatížené vysokou prevalencí, morbiditou a mortalitou. V literatuře se hovoří o epidemii 21. století se závažným socioekonomickým dopadem. Pokročilé srdeční selhání je závažné onemocnění, které zásadním způsobem ovlivňuje a snižuje kvalitu života pacientů. V současné klinické medicínské praxi je zdravotní stav pacienta a úspěšnost jeho léčby hodnocen pouze především v jedné rovině, a to nejčastěji pomocí somatických, laboratorních a zobrazovacích markerů. Trendem moderní medicíny je však posuzovat stav pacienta komplexněji, za pomoci i dalších aspektů. Více dimenzionální měřítko k posouzení celé řady životních aspektů představuje kvalita života (Slováček, 2012, s. 16). Informace o potřebách pacienta mohou tak významně přispět ke zkvalitnění péče. U pacientů v pokročilém stádiu nevléčitelného chronického onemocnění je důležité, abychom věnovali zvýšenou pozornost jejich fyzickým, psychickým, sociálním a duchovním potřebám. Hodnocení těchto potřeb je jedním z důležitých priorit paliativní péče.

LITERATURA

- [1] BEKELMAN, D. B., RUMSFELD, J. S., HAVRANEK, E. P. et al. 2009. Symptom burden, depression and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. In *Journal of General Internal Medicine*. 2009, vol. 24, no. 5, pp. 592-8.*
- [2] BERTOLINO, M. 2000. Promoting quality of life near the end of life in Argentina. In *Innovations in End-of-Life Care*. 2000. vol. 2, no. 6. Dostupné z www.edc.org/lastacts.
- [3] BOSH, M., WEIDEN, T., GROU, R. 2009. Structured chronic care and health-related quality of life in chronic heart failure. In *BMC Health Service Research*. 2009, vol. 9, no. 104, pp. 1-8. *
- [4] BOYD, K. J. 2004. Living with the advanced heart failure: a prospective community based study of patients and their carers. In *European Journal of Heart Failure*. 2004, vol. 6, no. 9, pp. 6585-591.*
- [5] BUŽGOVÁ, R. 2014. Porovnání kvality života seniorů v konečném stádiu chronické a onkologické nemoci při hospitalizaci. In *Sborník kongresu XVIII. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: DTO CZ, s.r.o., s. 21-23.
- [6] BUŽGOVÁ, R. 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. In *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 3.
- [7] DORIS, S., F., DIANA, T., F., LEE, J., W. 2009. Improving health-related quality of life of patients with chronic heart failure: effects of relaxation therapy. In *Journal of Advanced Nursing*. 2009, vol. 19, no. 6, p. 392-403. *
- [8] DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF – příručka pro uživatele dotazníků kvality života*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 88 s.
- [9] FAINSINGER, N. 2000. Addressing quality of life at the Edmonton Palliative Care Program. In *Innovations in End-of-Life Care*. 2000, vol. 2, no. 6. Dostupné z www.edc.org/lastacts.
- [10] FARCAS, A.D., NASTASA, L. E. 2011. Quality of life patients with chronic congestive heart failure. In *Medicine International Journal of the Bioflux Society*. 2011, vol. 3, no. 3, pp. 239-245. *
- [11] FOTOS, N.V., GIAKOUIMIDAKIS, K, KOLLIA, Z. et al. 2013. Health related quality of life of patients with severe heart failure - a cross-sectional multicentre study. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013, vol. 27, no. 6, pp. 686-694. Dostupné z <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01078.x>. *
- [12] FRIEDRICH, E. B., BÖHM, M. 2007. Management of end stage heart failure. In *Heart*. 2007, vol. 5, no. 93, pp. 626-63. *
- [13] HEO, S., MOSER, D.K., RIEGEL, B et al. 2005. Testing the psychometric properties of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. *Nursing Research*. 2005, no. 54, pp. 265-72.

- [14] HIGGET, G., CRAWFORD, D., MURRAY, S. et al. 2013. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool: a mixed-methods study. In *BMJ Support Palliative Care*. 2013, vol. 7, no. 4, pp. 86-97. *
- [15] IQBAL, J., FRANCIS, L., REID, M. et al. 2010. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study. In *European Journal of Heart Failure*. 2010, vol. 12, no. 6, pp. 1002-1008. *
- [16] JOHNSON, M., GADOUD, A. 2011. Palliative care for people with chronic heart failure. In *Journal of Palliative Care*. 2011, vol. 27, no. 7, pp. 39-40.
- [17] JUENGER, J., SCHELLBERG, D., KRAEMER, S. et al. 2002. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other diseases and relation to functional variables. In *Heart*. 2002, no. 87, pp. 235-241. *
- [18] KONTODIMOPOULOS, N., ARGIRIOU, M., THEAKOS, N., NIAKAS, D. 2011. The impact of disease severity on EQ-5D and SF6D utility discrepancies in chronic heart failure. In *European Journal Health Economy*. 2011, vol. 12, no. 6, pp. 383-391. Dostupné z doi: 10.1007/s10198-010-0252-4.*
- [19] LAZÁROVÁ, M., MÁLEK, F., TÁBORSKÝ, M. 2012. Péče o pacienty s pokročilým chronickým srdečním selháním. In *Interní medicína pro praxi*. 2012, roč. 6, č. 14, s. 246-249.
- [20] MÁLEK, F., MÁLEK, I. *Srdeční selhání*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2013. 208 s.
- [21] PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 381s.
- [22] PETERS-KLIMM, F., KUNZ, C.U., SZECSENYI, J., MÜLLER-TASCH, T. 2010. Patient and provider-related determinant of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study. In *Health an Quality of Life Outcomes*. 2010, vol. 8, no. 98, pp. 339-348. *
- [23] SLOVÁČEK, L. 2012. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. In *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2012, roč. 5, č. 1, s. 13-17.
- [24] ŠENKYŘÍKOVÁ, M., LUDKA, O., MUSIL, V. et al. 2010. Kvalita života pacientů hospitalizovaných pro akutní dekompenzaci chronického srdečního selhání. In *Cor et Vassa*. 2010, roč. 9, č. 52, s. 583. ISSN 1803-7712. *
- [25] THOSEN, B., GROOTL, M., ENGLES, Y. et al. 2011. Early identification of proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. In *BMC Family Practise*. 2011, vol. 12, no. 123. Dostupné z <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/123>.
- [26] VOLZ, A., SCHMIDT, J. P., ZWAHLEN, M. 2010. Predictors of readmission and health related quality of life in patients with chronic heart failure: a comparison of different psychosocial aspects. In *Journal of Behavioral Medicine*. 2010, vol. 43, no. 6, pp. 13-22. *

* studie autorů zahrnuté do dat analyzovaných v rámci přehledové studie

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ADVANCED CHRONIC HEART FAILURE IN PALLIATIVE CARE - MEASURING INSTRUMENTS USED IN RESEARCH – A LITERATURE REVIEW



ABSTRACT

Aim: Literary analysis of the quality of life using standardized measuring instruments in patients with advanced heart failure, who are given palliative care.

Methods: It was used electronic licensed and freely accessible database to obtain the data for the period 2000-2015. The selection of the paper included a total of 14 studies were selected on the basis of the set of keywords and using Boolean operators.

Results: Generic questionnaires for assessing quality of life were research tools for the majority of identified studies, the specific questionnaire for heart failure was used in 4 cases. Analysis of 14 studies confirmed the negative impact of the disease on all aspects of quality of life - physical, mental, social and spiritual.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Helena Novotná
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd

Nemocnice Tábor, a.s.
Kpt. Jaroše 2000
390 03 Tábor 3
e-mail: helena.novotna@nemta.cz

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd

Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc
Nám. Sadové 4/24
779 00 Olomouc
e-mail: drkala@centrum.cz

Conclusion: The quality of life of terminally ill can have a big impact on the way his experience and coping with illness, it may influence its needs, desires and attitudes. Information about needs of patient can contribute significantly to improving the quality of care in this period.

KEYWORDS:

quality of life, advanced chronic heart failure, palliative care

DIETÁRNÍ ANTIOXIDANTY A INFORMOVANOST SENIORŮ

MILAN PEŠEK
JAN SCHUSTER
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Východiska: Z radikálové teorie stárnutí vyplývá možnost jeho oddálení stálou dotací dietárních antioxidantů. Zejména pro seniory by proto dobrá znalost problematiky antioxidantů byla velmi přínosná.

Cíle: Cílem příspěvku je ověření současného stavu znalostí našich seniorů o antioxidantech. **Metodika:** Hodnocení informovanosti o antioxidantech bylo dotazníkovou metodou provedeno v souboru 100 seniorů starších než 60 let. Zastoupení mužů bylo 33% a seniorů s vysokoškolským a středoškolským vzděláním bylo celkem 79%.

Výsledky: Z hodnocení vyplynulo, že 55 % seniorů neví, co jsou to antioxidanty, 31 % se tímto pojmem nesešlo a 59% nevedlo žádný příklad znalosti nějakého antioxidantu. Zjištěný rozdíl v informovanosti seniorů se základním a vyšším vzděláním byl statisticky průkazný.

Závěry: Výsledky šetření naznačují, že informovanost našich seniorů o antioxidantech není ještě na potřebné úrovni a je proto třeba ji nadále prohlubovat.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dietární antioxidanty, reaktivní kyslíkaté sloučeniny, informovanost seniorů

ÚVOD

Od známé Harmanovy hypotézy z roku 1956 vysvětlující stárnutí jako výsledek progresivních změn způsobených kumulativním poškozením organismu volnými radikály je problematice volných radikálů a látkám, které mohou jejich působení omezit - antioxidantům, věnována soustavná pozornost. Volné radikály a v účincích jim podobné reaktivní kyslíkaté a dusíkaté sloučeniny neradikálové povahy se do organismu dostávají z vnějšího prostředí a vznikají v průběhu metabolických procesů jako jejich vedlejší produkty z molekul štěpením kovalentních vazeb nebo jejich oxidací či redukcí (Darley-Usmar a Halliwell 1996).

Za normálních fyziologických podmínek je podle Stratila (2005) hlavním zdrojem volných kyslíkatých radikálů a reaktivních kyslíkatých sloučenin elektronový transport při respiraci v mitochondriích, peroxisomální metabolismus mastných kyselin, reakce cytochromu P-450 a fagocytující buňky. Podle Štípka (2000) a Racka (2003) nejsou volné radikály a reaktivní kyslíkaté a dusíkaté sloučeniny pro organismus pouze škodlivé, jak jsou zpravidla popisovány ve veřejnosti předkládaných informacích farmaceutických a potravinářských firem. Uplatňují se zejména v imunitním systému při zneškodňování patogenů fagocyty, zúčastňují se také biosyntézy některých fyziologicky významných sloučenin jako např. žlučových kyselin, cholesterolu a detoxikace xenobiotik a některých léčiv. Uplatňují se i při rozmnožování při narušování membrány vajíčka spermií.

Velká pozornost byla věnována studiu negativních účinků volných radikálů ve vztahu k vývoji civilizačních chorob. V tomto ohledu se může projevit s různou intenzitou většina druhů reaktivních látek uvedených v následující tabulce.

Tabulka 1: Přehled kyslíkatých a dusíkatých volných radikálů a jejich reaktivních forem (Štípek 2000).

Reaktivní formy kyslíku	
Volné radikály	Látky, které nejsou volnými radikály
superoxid O ₂	peroxid vodíku, H ₂ O ₂
hydroxylový radikál, HO	kyselina chlorná, HOCl
peroxyl, ROO	ozon, O ₃
alkoxyl, RO	singletový kyslík, O ₂
hydroperoxyl, HO ₂	
Reaktivní formy dusíku	
Volné radikály	Látky, které nejsou volnými radikály
oxid dusnatý, NO	nitrosyl, NO
oxid dusičitý, NO ₂	nitroxid, NO
	kyselina dusitá, HNO ₂
	oxid dusitý, N ₂ O ₃
	oxid dusičitý, N ₂ O ₄
	nitronium, NO ₂
	peroxynitrit, ONOO
	alkylperoxynitrit, ROONO

Nezpochybnitelná je negativní úloha volných radikálů a reaktivních kyslíkatých látek v patogenezi aterosklerozy v souvislostech s oxidací LDL- lipoproteinů krevní plasmy. Přítomnost oxidovaného lipoproteinu, který je pro organismus cizorodou látkou, vyvolává řadu následných reakcí a změn na cévních stěnách, které postupným vytvářením plaku cévy zužují a nakonec až uzavrou (Holeček 2006, Rokyta 2006).

Reaktivní látky a volné radikály mohou také vyvolat nádorová onemocnění a urychlit proces stárnutí organismu. Na podporu tohoto tvrzení je uváděno zjištění, že každou buňku denně napadá průměrně 10000 volných radikálů. (Pánek et al. 2002). Tato skutečnost postupně vede k trvalému poškození biomolekul, bází DNA a ke vzniku mutací (Holeček 2004). Podle téhož autora obecně platí, že čím je organismus starší, tím se jeho reakce a funkce zpomalují a zhoršují. To platí i pro antioxidační ochranu a schopnosti oprav a regenerace volnými radikály poškozených biomolekul a DNA. Při snížené antioxidační ochraně organismu začíná u seniorů častěji působit oxidační stres, při kterém velký rozvoj oxidačních reakcí nestačí organismus tlumit. Navenek se hromadění oxidačních produktů projevuje u starších jedinců hnědými skvrnami, jejichž velikost se postupně s věkem zvětšuje. Pro zpomalení stárnutí je proto především potřeba zvýšit hladinu antioxidačně působících látek v organismu a zajistit trvalou funkčnost jeho antioxidační ochrany pravidelným doplňováním antioxidačně působících vitaminů a ostatních antioxidantů přijímaných z potravin, které jsou označovány jako dietární.

Poznatky výzkumu měly velkou odezvu ve farmaceutickém a potravinářském průmyslu a při existenci různých výrobků obsahujících antioxidanty nepřekvapují proto snahy příjem některých druhů antioxidantů regulovat. K realizaci došlo stanovením referenčních hodnot významných antioxidačně působících látek a jejich začleněním do norem pro doporučený příjem živin DACH, které od roku 2000 společně publikují a aktualizují vědecké společnosti pro výživu Švýcarska, Rakouska a Německa. Tyto normy mají po převzetí platnost i pro ČR. Snížení norem doporučené spotřeby antioxidantů vitaminové a minerální povahy bylo důsledkem vysokého nárůstu spotřeby doplňků stravy s obsahem vysokoprocentních koncentrátů některých syntetických vitaminů, selenu a dalších kovů. Při jejich vysoké spotřebě bylo u některých rizikových skupin zjištěno zvýšené riziko vzniku rakovinného bujení. Některé studie v tomto ohledu provedené proto varují před používáním preparátů a doplňků stravy obohacovaných koncentráty vitaminu E, A, selenu a beta- karotenu zdravým lidem jako prevenci. Nezpochybňují však pozitivní účinky těchto antioxidantů v případě podvýživy a jejich nedostatečného zastoupení v konzumované stravě (Lindahl 2014).

S ohledem na uvedenou možnost negativních účinků preventivního užívání některých antioxidantů v koncentrovaném stavu ve formě tablet, preparátů a doplňků stravy je zřejmé, že tyto pro organismus nezbytné látky by měly být přijímány nejlépe z potravin, v celém vyváženém komplexu ostatních obsažených látek. Z hlediska praktické výživy je proto důležitá dobrá znalost obsahu antioxidantů v jednotlivých potravinách. V případě antioxidačně působících vitaminů byla již tato problematika u nás dobře zvládnuta a obsahy jednotlivých antioxidantů v běžných potravinách byly publikovány. V následující tabulce č. 2 jsou jako příklad uvedeny koncentrace antioxidačně působícího vitaminu E v některých našich potravinách u nás často používaných.

Tabulka 2: Obsah antioxidačně významně působícího vitamínu E v potravinách v mg/kg (Velíšek 1999).

Řepkový olej	140 – 850
Slunečnicový olej	270 – 900
Sójový olej	530 – 2000
Olej z pšeničných klíčků	1650 – 3000
Mouka pšeničná	15 – 50
Rýže	0,4 - 4,5
Brambory	0,6 - 0,9
Jablka	1,8 - 7,4
Pomeranče	2,4 - 2,7
Špenát	16 – 25
Rajčata	3,6 - 4,9
Mrkev	2,5 - 4,5
Maso hovězí a vepřové	2,5 - 7,7
Játra	4,0 - 14,0
Vepřové sádlo	6,0 - 30,0
Ryby	4,0 - 80,0
Mléko	0,2 - 1,2
Sýry	3,0 - 3,5
Máslo	10,0 - 50,0
Vejsce	5,0 – 30

Z uvedené tabulky 2 vyplývá velká variabilita obsahů tohoto antioxidantu v potravinách. S tímto jevem se setkáme a musíme počítat i u jiných antioxidantů. Na kolísání hodnot působí řada faktorů již v prvovýrobě potravinové suroviny a ztráty způsobené zpracováním a skladováním po výrobě. Pro organismus je také významné, s jakou účinností je z dané potraviny určitý antioxidant využit. V tomto ohledu je zpravidla rozhodující způsob zpracování nebo úpravy potraviny před konzumací.

Tabulka 3: Zastoupení významných dietárních antioxidantů v ovoci a zelenině v mg/100g (Kalač 2003).

Potraviny	Kys. askorbová	Lutein	Lykopen	Alfa-karoten	Beta-karoten	Alfa-tokoferol	Rutin	Kvercetin
Borůvka	25,2	0,23	16,5	0,091	0,067	0,496	-	12,57
Grep	38,2	0,19	15,48	0,047	0,121	0,553	292	40,78
Hrozen č.	6,1	0,48	54,73	0,012	0,031	0,215	-	0,48
Hrozen z.	-	0,18	1,31	0,101	0,098	0,302	-	-
Kiwi	65,55	0,25	5,03	0,111	0,103	0,191	-	0,59
Mandarinka	28,6	0,12	0,31	0,109	0,105	0,024	56	20,92
Pomeranč	58,51	0,27	2,51	0,11	0,037	0,232	168	5,02
Ryngle	8,3	0,09	0,53	0,113	0,09	0,112	14,6	-
Brambory	10,2	0,687	0,614	0,106	0,096	0,0278	-	0,308
Brambory vařené	3,5	-	0,316	0,096	0,053	0,0168	-	0,688
Brokolice	125,2	-	0,929	0,079	0,591	1,74	-	-
Celer	10,1	0,0161	-	-	1,933	13,21	5,87	-
Mrkev	5,8	0,493	1,326	0,206	2,241	0,363	35,47	1,958
Okurka	7,2	0,0766	0,349	0,113	0,0889	0,893	3,97	0,014
Paprika	158,9	7,567	253,403	0,127	2,661	0,756	25,47	1,943
Rajče	25,3	2,11	3,335	0,649	0,543	0,0343	-	0,392
Špenát	52,8	-	319,245	-	4,492	0,269	178,26	69,613
Zelí bílé	28,9	-	3,916	0,113	0,092	0,0645	15,59	1,388
Zelí červené	56,2	-	0,0347	0,114	0,011	-	5,08	0,891

Rozhodujícím zdrojem antioxidantů v naší výživě je ovoce a zelenina. V tabulce 3 je uveden také obsah některých významných dietárních antioxidantů, které nemají charakter vitaminů. Společně s ostatními pro výživu důležitými složkami ovoce a zeleniny však prokazatelně velmi příznivě ovlivňují zdravotní stav. Vykazují preventivní účinky a snižují rizika výskytu neinfekčních onemocnění hromadného výskytu.

METODIKA

VÝZKUMNÝ SOUBOR

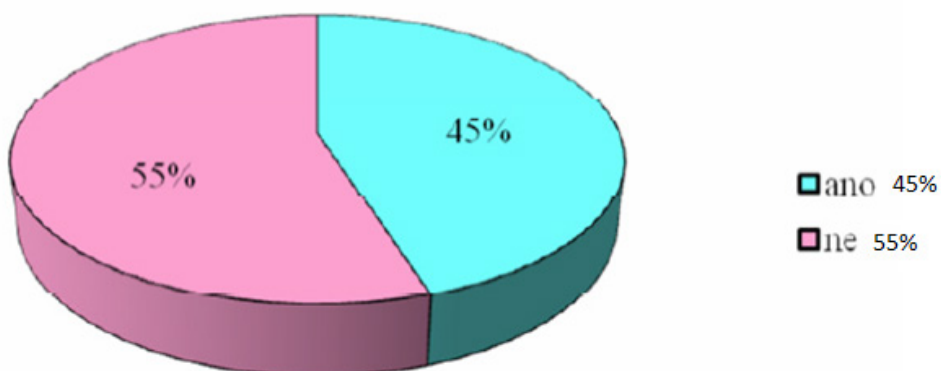
K ověření současné informovanosti našich seniorů o problematice antioxidantů byla použita metoda dotazování formou dotazníku. Po získání souhlasu dvou ubytovacích zařízení pro seniory (jedno bylo ve městě a druhé na venkově) byli senioři seznámeni s vyplňováním dotazníku a s účelem prováděného šetření. K vyplnění dotazníků se na požádání přihlásilo celkem 100 seniorů, z nichž 67% bylo žen a 33% mužů. Počet vrácených a vyplněných dotazníků souhlasil s počtem odebraných. Největší podíl v zastoupení měli senioři starší než 70 let. Jejich podíl činil 55 %. Zastoupených seniorů ve věku 60-70 let bylo 45 %. Z celkového počtu zúčastněných seniorů mělo 29 % vysokoškolské vzdělání, středoškoláků s maturitou bylo 21 %, středoškoláků bez maturity 29 % a základní školní vzdělání mělo 21 % seniorů. Šetření o informovanosti seniorů proběhlo v roce 2014.

Předaný dotazník obsahoval kromě otázek personálních pět otázek spojených s problematikou antioxidantů. Hodnocení rozdílů v informovanosti seniorů ve vztahu ke stupni dosaženého školního vzdělání bylo provedeno statistickou metodou pomocí chí-kvadrát testu podle Wonnacota (1992).

VÝSLEDKY

Údaje získané zpracováním odpovědi na všech pět položených odborných otázek v dotazníku byly zpracovány graficky a četnost odpovědí byla také vyčíslena v procentech. Výsledky zpracování odpovědí na jednotlivé otázky jsou uvedeny v následujícím textu v grafech 1-5.

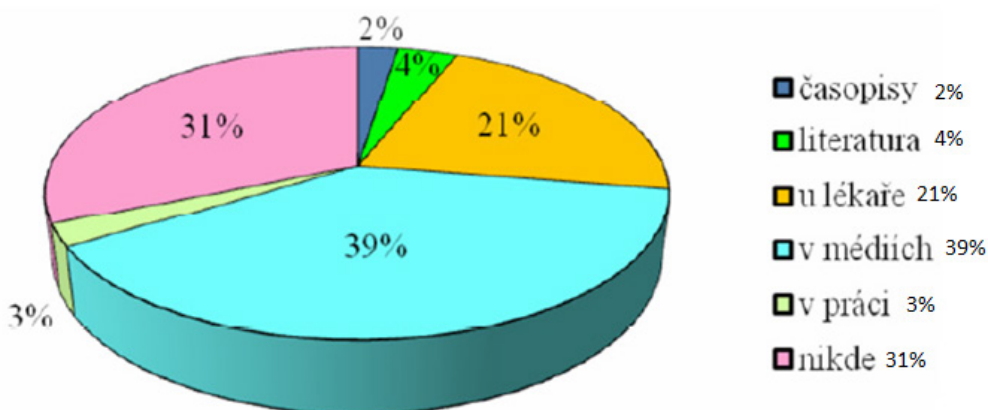
Graf 1: Informovanost seniorů o pojmu antioxidanty



V grafu 1 jsou zpracovány odpovědi seniorů na v dotazníku položenou otázku: „Víte, co jsou to antioxidanty, pokud ano, vysvětlete“. Z grafu1 je patrné, že jen 45% seniorů

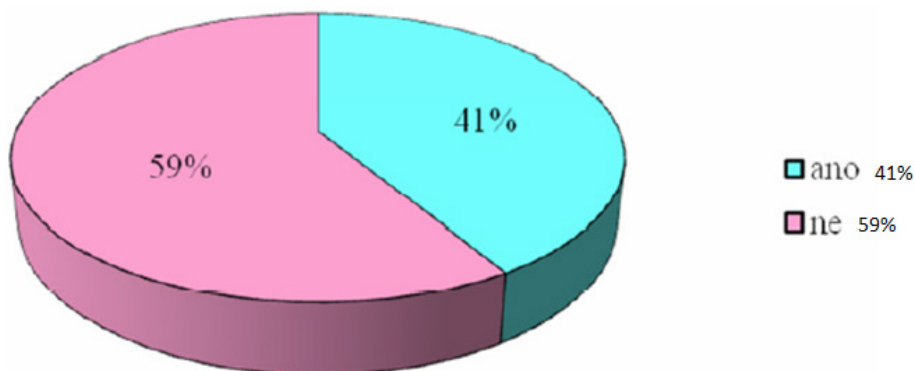
ví, co to jsou antioxidanty. Do skupiny s kladnou odpovědí na položenou otázku byli zařazeni jen ti senioři, kteří kromě odpovědi „ano“, také písemně a správně odůvodnili své rozhodnutí. Nejčastěji uvedli, že antioxidanty chrání organismus před volnými radikály, slouží k prevenci kardiovaskulárních chorob, rakoviny a Alzheimerovy choroby. Z uvedených odpovědí byly vyhodnoceny jen dvě jako chybné. V těchto případech, i když respondentova odpověď na otázku byla „ano“, byla započítána do skupiny otázek se zápornou odpovědí.

Graf 2: Kontakty seniorů s pojmem antioxidanty



V grafu 2 jsou zpracovány odpovědi seniorů na otázku „kde jste se setkal/a/ s pojmem antioxidant uvedte: zda to bylo u lékaře, v časopisech, v práci, v médiích, v literatuře nebo nikde“. Odpovědi na otázku byly rozříděny do jednotlivých uvedených kontaktních míst a jejich četnost byla vyčíslena v procentech. Místo kontaktu „nikde“ vyplnilo 31 % seniorů.

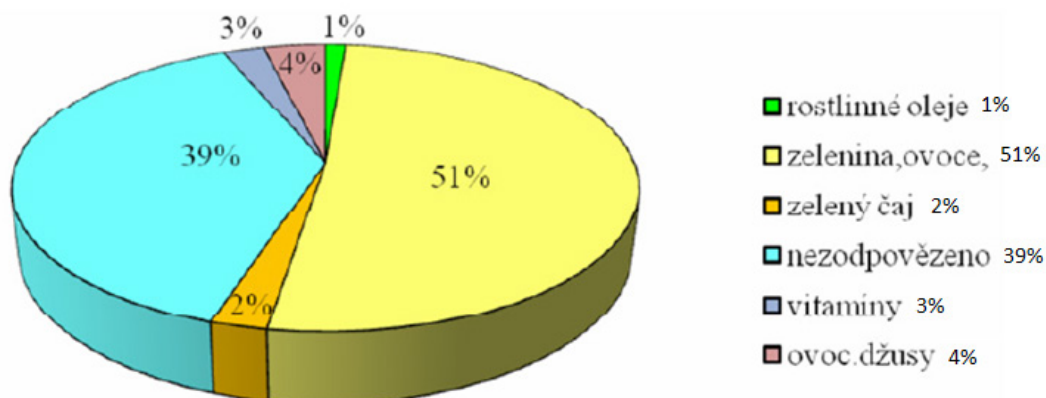
Graf 3: Znalost jednotlivých druhů antioxidantů



V grafu 3 jsou zpracovány odpovědi seniorů na otázku: „Znáte nějaké antioxidanty, pokud ano, jaké?“. Do skupiny s kladnou odpovědí „ano“ byli zařazeni senioři, kteří správně

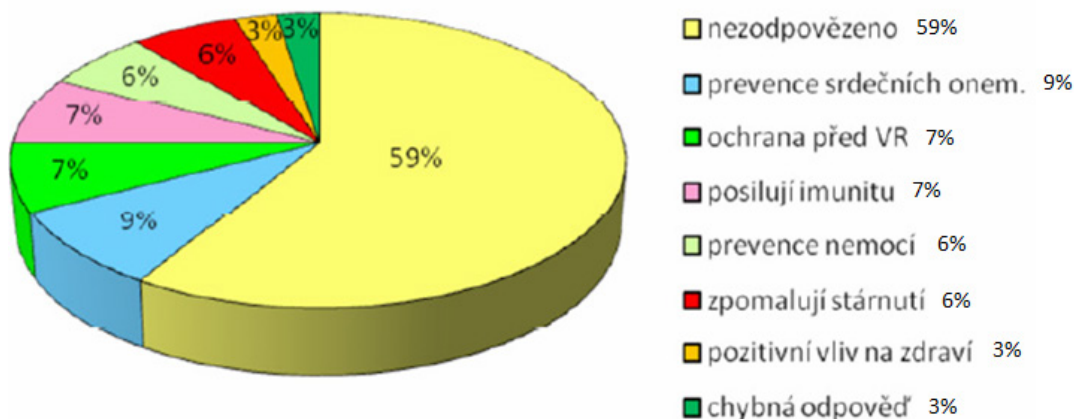
zdůvodnili své rozhodnutí. Nejčastějšími uvedenými antioxidanty v odpovědích byly antioxidanty ze skupiny vitaminů a minerálů.

Graf 4: Zdroje antioxidantů v potravinách a výrobcích



V grafu 4 jsou zpracovány odpovědi na otázku: „*Jaké druhy potravin nebo potravinářských výrobků jsou významným zdrojem antioxidantů, pokud je znáte, uveďte jaké*“. Do skupiny otázek s negativní odpovědí byly zařazeny odpovědi, ve kterých nebyla uvedena žádná konkrétní potravina nebo výrobek, který by patřil ke známým zdrojům antioxidantů. Správné odpovědi byly rozříděny podle uvedených druhů potravin a výrobků do skupin a jejich četnost byla vyčíslena v procentech. Neznalost zdrojů antioxidantů přiznalo 39% seniorů.

Graf 5: Funkce a účinky antioxidantů



V grafu 5 jsou zpracovány odpovědi na otázku: „*Jaké účinky antioxidanty mají a jak se na organismu projevují, pokud víte jaké, uveďte je*“. Uvedené odpovědi na tuto otázku byly podobně jako u předchozích rozděleny do skupin a jejich četnost byla vyčíslena

v procentech. Chybné a neuvedené odpovědi byly zařazeny do skupiny „nezodpovězeno“, z které vyplývá, že znalosti o účincích antioxidantů postrádá 59 % seniorů vyšetřovaného souboru.

DISKUZE

Cílem publikace kromě seznámení s problematikou dietárních antioxidantů je ověření, jak je tato pro zdraví populace důležitá problematika vnímána seniory, jejichž zastoupení v naší populaci se v poslední době významně zvyšuje. Naše orientace na seniory byla proto záměrná. Dietární antioxidanty jsou pro seniory významné tím, že jejich nedostatečný příjem, který z různých důvodů může u seniorů být častější, zvyšuje riziko a urychluje vývoj řady závažných chorob, které seniory často postihují.

Dietární antioxidanty jsou v populaci nejčastěji vnímány jako přírodní látky s preventivními účinky vůči neinfekčním onemocněním hromadného výskytu. I když se vyskytují ve větší míře v řadě potravin, oblibu a vysokou spotřebu mají dosud jen některé z nich. Hodgson a Croft (2010) ve své review o antioxidačně působících flavonoidech v čaji uvádějí, že pravidelné pití čaje snižuje výskyt ischemické choroby srdeční a při ateroskleróze omezuje tvorbu aterosklerotických plátů. Flavonoidy čaje také příznivě ovlivňují agregaci krevních destiček a touto cestou také dobrý stav endothelu tepen. Monahan (2012) připisuje většinu pozitivních účinků antioxidantů v čaji také antioxidantům obsaženým v kakau a čokoládě. Přítomné flavanoly, zejména epikatechin, zlepšují elasticitu cév. Preventivní působení vůči kardiovaskulárním chorobám bylo prokázáno také u flavonoidů quercetinu a katechinu v červeném víně, které kromě toho obsahuje také známý resveratrol. Obsahem těchto antioxidantů ve víně je vysvětlován tzv. francouzský paradox tj. nízký výskyt ischemické choroby srdeční ve Francii při tamní relativně vysoké spotřebě tuků (Constant 1997, Vidavalur et al. 2006). Kalač (2009) uvádí významné preventivní účinky karotenoidního antioxidantu lycopenu z rajčat na rakovinu prostaty, děložního čípku, tlustého střeva, konečníku, jícnu a žaludku. V poslední době se v praxi rozšiřuje nový způsob aplikace vysokých dávek antioxidantu askorbátu, který při intravenózní aplikaci vykazuje ničivé účinky na rakovinné buňky. Aplikace tohoto antioxidantu, který je solí kyseliny askorbové-známého vitamínu C, zvyšuje účinnost chemoterapie a radioterapie při současném snížení vedlejších účinků těchto terapií. Pro seniory je také zajímavá práce Pandi-Perunala (2006) o pozitivních účincích antioxidačně působícího melatoninu na regulaci tělesné hmotnosti v souvislostech se zvyšováním objemu viscerálního tuku spojeného s postupujícím stárnutím.

Pro ověření míry informovanosti našich seniorů o antioxidantech byla zvolena dotazníková metoda, kterou hodnotí Kozel (2005) jako nejpoužívanější metodu sběru primárních dat. Domníváme se, že nevýhoda našeho relativně méně číselného souboru seniorů byla do určité míry vyvážena důkladnou instruktáží před vyplněním dotazníků a jejich osobním předáním, které doporučuje Chrástka (2007) jako nejlepší způsob realizace dotazníkové

metody. Vhodnost tohoto doporučení se nám potvrdila, neboť kromě toho, že nejen souhlasil počet přijatých a vrácených dotazníků, byly všechny vrácené dotazníky správně vyplněné a použitelné. V tomto ohledu mohla také pozitivně působit skutečnost, že v dotazníku byl záměrně zadán relativně nízký počet otázek, které však podle našeho názoru dostatečně pokryly ty části problematiky antioxidantů, které mohou být považovány za základ informovanosti. Domníváme se, že uvedené grafické zpracování a procentické vyčíslení četnosti odpovědí je natolik přehledné a instruktivní, že nepotřebuje další vysvětlující doplnění nebo komentář. Diskuse je proto zaměřena jen na podstatné výsledky vyplývající z celého dotazníkového šetření.

Jak vyplývá z grafů 1, 2 a 3: 55% seniorů respondentů neví, co to jsou antioxidanty, 31 % se s tímto pojmem nikde nesešlo a 59 % respondentů neprokázalo znalost nějakého konkrétního antioxidantu. Tyto zjištěné skutečnosti svědčí o tom, že senioři nevěnují problematice antioxidantů patřičnou pozornost. Míru jejich informovanosti zřejmě ovlivňuje řada faktorů. Z nich jsme sledovali vliv úrovně dosaženého školního vzdělání. Zatímco na otázku „*Víte co to jsou antioxidanty*“ kladně odpovědělo 68 % respondentů se středním a vysokoškolským vzděláním, respondentů se základním vzděláním stejně odpovědělo jen 23%. Testování tohoto rozdílu pomocí chí-kvadrát testu potvrdilo, že tento rozdíl je statisticky významný. Nesporný vliv na informovanost seniorů mají také obvyklé zdroje informací působící ve společnosti. Při posuzování vlivu jednotlivých zdrojů na míru informovanosti v současnosti (viz. graf 2) nemůžeme v problematice týkající se zdraví opomenout vliv působený silným marketingovým tlakem farmaceutických a potravinářských firem, které se snaží uplatnit své výrobky na trhu. Marketing výrobců je zacílen i na seniory, neboť mají se svým zdravotním stavem více potíží než ostatní skupiny populace. Dalo by se proto předpokládat, že míra jejich informovanosti o problematice antioxidantů, bude touto skutečností pozitivně ovlivněna. Musíme však brát v úvahu, že také na mladší generace podobně působí některé specifické vlivy. Podle masového rozvoje cyklistiky a lyžování se dá soudit, že v současné době o zdravý životní styl jeví mladší generace stále větší zájem, který by informovanost o antioxidantech mohl také příznivě ovlivnit. Mladší generace obecně mají také lepší předpoklady k získání potřebných informací osobním využíváním informačních technologií. Informovaností generace středního věku o problematice antioxidantů se zabývala Chalupová (2013). Srovnání výsledků jejího a našeho dotazníkového šetření potvrdilo větší informovanost střední generace.

Z provedeného dotazníkového šetření o úrovni informovanosti našich seniorů o problematice antioxidantů vyplývá, že zejména senioři se základním školním vzděláním nemají z této pro jejich zdraví důležité problematiky potřebné znalosti. Měla by jim být proto věnována v tomto ohledu zvláštní pozornost.

ZÁVĚRY

Dlouholetý a rozsáhlý výzkum potvrdil, že dietární antioxidanty jsou nepostradatelnou součástí ochranného antioxidantního systému našeho organismu. Jejich vhodným využíváním ve stravě můžeme snížit intenzitu destrukce buněk volnými radikály a reaktivními kyslíkatými látkami a docílit tak zpomalení procesu stárnutí a vývoje neinfekčních onemocnění hromadného výskytu. S ohledem na svůj význam by problematika antioxidantů měla být všeobecně známá a to zejména u seniorů, pro které možnost zpomalení stárnutí je aktuální. Ověření současného stavu informovanosti našich seniorů o problematice antioxidantů bylo provedeno v souboru 100 seniorů starších než 60 let. Zastoupení mužů v souboru bylo 33 % a seniorů s vysokoškolským a středoškolským vzděláním bylo celkem 79 %. Bylo zjištěno, že 55 % respondentů nevědělo, co jsou antioxidanty, 31 % se s tímto pojmem nesetkalo a 59 % nevedlo žádný konkrétní příklad antioxidantu. Zjištěný rozdíl v informovanosti seniorů s vyšším a základním vzděláním byl statisticky průkazný. Zjištěné výsledky naznačují, že výchovnou činnost v uvedené problematice bude třeba prohloubit a zaměřit ji zejména na seniory se základním vzděláním.

LITERATURA

- [1] Constant, J.(1997). Alkohol, ischemic heart disease and French paradox. *Clinical kardiology*, 20 (5), 420-24.
- [2] Darley-Usmar, V. & Halliwell, B.(1996). Blood radicals. Reactive nitrogen species. *Pharm. Res.*, 13 (2), 649-662.
- [3] Hodgson, J. & Drift, K.(2010). Tea flavanoids and cardiovascular health. *Molecular aspects of medicine*, 31(6), 459-502.
- [4] Holeček, V. (2008). Stárnutí a možnosti jeho ovlivnění preparáty. Český Těšín: Finclub zpravodaj LG-farma.
- [5] Chalupová ,T. (2013). Antioxidační látky v potravinách. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, katedra Výchovy ke zdraví. 87s.
- [6] Chráška, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada.
- [7] Kalač, P. (2003). *Funkční potraviny,kroky ke zdraví*. České Budějovice: Dona.
- [8] Kalač, P.(2009). Lykopen a tomatin v rajčatech. *Výživa a potraviny*, 64 (4), 89-91.
- [9] Kozel, R.(2005). *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada.
- [10] Lindahl, P.(2014). Antioxidanty podporují vznik rakoviny, ukázala studie. From: <http://www.novinky..cz/veda-skoly/ 326339>.
- [11] Monahan, K. (2011). Effect of cocoa/ chocolate igestion on branchial artery flow- mediated dilatation and its revelance to cardiovascular health and disease in humans.
- [12] *Archives of Biochemistry and Biophysics*, 52 (1), 90 - 94.
- [13] Pandi-Perunal, S.(2006). Melatonin. *FEBS Journal* , 27(13), 2813 - 2838.
- [14] Pánek, J.(2002). *Základy výživy*. Praha: Svoboda Servis.
- [15] Racek, J & Holeček, V.(1999). Enzymy a volné radikály. *Chemické listy* 93,(12), 774 - 780.
- [16] Rokyta, R & Holeček,V. (2006). Volné radikály a nemoci, které nelze ovlivnit antioxidanty. *Vesmír* (10), 617-619.
- [17] Stratil,P.(1993). *ABC zdravé výživy*. Brno: P. Stratil.
- [18] Štípek, S. et al .(2000).*Antioxidanty a volné radikály ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada.
- [19] Velíšek, J. et al.(2002). *Chemie potravin I*. Tábor: Osis.
- [20] Wonnacot, T.(1992) .*Statistika pro obchod a hospodářství*. Praha: Victoria Publishing.

DIETARY ANTIOXIDANTS AND SENIORS AWARENESS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. Ing. Milan Pešek, CSc.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví
Dukelská 9
370 01 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
370 01 České Budějovice
e-mail: schuster@pf.jcu.cz

ABSTRACT

Background: From the radical theory of aging implies the possibility of its delaying by permanent supply of dietary antioxidants. Especially for the seniors good knowledge of antioxidants should be very helpful .

Objective: Rating awareness about antioxidants was conducted by questionnaire method in a group of 80 seniors older than 60 years.

Methods: Representation of men was 33%. University and high school had 79 % of seniors.

Results: The assessment revealed that 55 % of seniors do not know what are antioxidants, 31% did not encounter this term at all and 59 % did not provided an example of knowledge about some antioxidant. The difference in the awareness of seniors

with basic and higher education was statistically significant.

Conclusion: Results of the survey suggest that awareness of our seniors about antioxidants is not yet at the required level, and therefore needs to continue.

KEYWORDS:

dietary antioxidants, reaktive oxygen species, seniors awareness

PODÁVANIE LIEKOV A BEZPEČNOSŤ PACIENTA

GABRIELA ŠTEFKOVÁ
UNIVERZITA PAVLA JOZEFA
ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

ABSTRAKT

Hlavným cieľom zdravotnej starostlivosti je realizovať vysoko kvalitnú starostlivosť a maximalizovať zdravie a pohodu pacienta. Zdravotnícky personál často pracuje v zložitých klinických situáciách a zodpovedá za zaistenie bezpečnosti a kvality starostlivosti o pacientov. Príprava a podávanie liekov je súčasťou každého liečebného procesu s aktívnou účasťou zdravotníckeho pracovníka (asistenta), ktorý spolupracuje so sestrou pri uskladňovaní, príprave a aplikácií liekov. Z uvedeného dôvodu je potrebné vnímať tento proces v širšom kontexte zdravotnej starostlivosti, a nie izolovane. K chybám v medikácii dochádza v rôznych fázach administrácie liekov, a sú najčastejšou príčinou poškodenia pacientov prijatých do nemocníc. Sestry dodržiavajú zásady prípravy a podávania liekov s cieľom zabrániť chybám.

KLÍČOVÁ SLOVA:

lieky, podávanie liekov, bezpečnosť pacientov, sestry

ÚVOD

V zdravotnej starostlivosti je bezpečnosť pacienta aktuálnym celosvetovým problémom. V Luxemburskej deklarácii je zdravotná starostlivosť v súvislosti s bezpečnosťou pacienta popisovaná ako vysoko riziková oblasť (Luxembourg Declaration on Patient Safety, 2015). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a Svetová aliancia pre bezpečnosť pacienta (World Alliance for Patient Safety) sa zaoberá dôležitými postojmi a globálnymi problémami vzťahujúcimi sa na bezpečnosť pacienta (Szekelyová, 2014).

Najčastejšou príčinou narušenia bezpečnosti pacientovho zdravotného stavu sú chyby pri administrácii liečiv. Dôvody pochybenia sú zo strany samotného pacienta alebo zdravotníckeho personálu. Indikátormi bezpečnosti pacienta zamerané na administráciu liekov je sledovanie a registrácia medikačných chýb. Zdravotnícke zariadenia zavádzajú stratégie na zníženia počtu chýb pri administrácii liečiv. Náchylnosť k chybám je často spôsobená prostredím v ktorom tento proces prebieha množstvom liekov, rôznymi cestami aplikácie (periférneho a centrálného riečiska), zavádzaním epidurálnych/spinálnych katétrov, aplikáciou infúzií pomocou rôznych elektronických infúzných zariadení, liekovej rekonštitúcie a iné.

Sestra pri vykonávaní ošetrovateľskej starostlivosti nesie plnú zodpovednosť za výkony, ktoré realizuje. Pri svojej práci je povinná rešpektovať štyri základné zložky ošetrovateľstva: 1. starostlivosť o zdravie, 2. predchádzanie ochoreniam, 3. podieľať sa na zlepšovaní zdravotného stavu a 4. zmierňovať bolesť (Pavlíková, 2007).

BEZPEČNOSŤ PODÁVANIA LIEKOV

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa stretávame s určitým percentom chýb a omylov, a s nimi súvisiacimi nepriaznivými následkami. Medicínsky omyl alebo chybu v liečebnom procese môže spôsobiť lekár, sestra, farmaceut, pacient ale aj spolupacient (Balková, 2015). Chyba - non lege artis postup, znamená zásadnú odchýlku od uvedených všeobecne prijatých postupov. Omyl – čiastočne nesprávna interpretácia diagnostických príznakov a ďalších komplementárnych údajov, môže byť zdrojom pochybenia, ale nie zásadného významu (Balková, 2015). K najčastejším omylom pri užívaní liečiv a pri samoliečiteľstve dochádza v domácom prostredí u dospelých osôb, ktoré si sami liek ordinujú (Ďurišová, 2005).

V medikácii liekov sa môže chyba vyskytnúť pri predpise, výdaji (napr. výdaj lieku s podobným názvom pri nečitateľnom predpise na recepte), príprave a aplikácii lieku.

V liečebnom procese dochádza najčastejšie k chybám pri: aplikácii liečiv, vynechaní dávky, chybnej dokumentácii, preskripcii, nesprávnom monitoringu (Ďurišová, 2005).

Wright (2013) uvádza štyri faktory chýb pri administrácii liečiv u študentov ošetrovateľstva: 1. nesústredenosť pri podávaní liekov, 2. nedostatok vedomosti z farmakológie, 3. nedostatok sebadôvery a 4. nedostatok vedomostí pri vykonávaní liekovej rekonštitúcie.

ZÁSADY PODÁVANIA LIEKOV

Sestra podľa súčasných právnych predpisov má právnu zodpovednosť za prípravu podania liekov, konečné podanie lieku pacientovi a kontrolu účinku podaného lieku (Techniky ošetrovateľstva, 2012). Lieky pripravuje a podáva tak, aby nedošlo k zámene alebo nesprávne postupu pri ich administrácii Podľa Kriškovej a kol. (2006) sestry dodržiavajú „zásady prípravy a podávania liekov“ (ordinácia lieku, sústredenosť pri príprave liekov, opakovaná kontrola liekov, záväznosť ordinácie liekov pre sestru, pravidelnosť podávania liekov, poznanie účinkov liekov, význam terapie).

Malcolm et al. (2010) uvedené zásady formulujú do deviatich pravidiel (liek, pacient, cesta, čas, dávka, dokumentácia, reakcia, odpoveď, forma). Zásady a pravidlá pri administrácii liečiv napomáhajú v nemocničnej starostlivosti preventívne sa vyhnúť chybám (Tab.1).

Tabuľka 1: Zásady podávania liekov

1. správny pacient	6. správna dokumentácia
2. správny liek	7. správna reakcia
3. správny cesta	8. správna forma
4. správny čas	9. správna odpoveď
5. správna dávka	

Zdroj: Malcolm et al., 2010

Správny liek je dôležitým krokom v terapii pacienta. Lieky ordinuje lekár, pričom urobí záznam do dekurzu. V ordinácii liekov je dôležitá alergická anamnéza pacienta. Liek predpísaný lekárom musí zabezpečiť, že je ordinovaný pre stanovenú diagnózu a **správneho pacienta**, pre ktorého je určený. Oslovením pacienta jeho menom a priezviskom je pravidlo korektnej identifikácie pacienta. Avšak identifikačnými náramkami sa zaistí väčšia bezpečnosť pacientov v zdravotnej starostlivosti, predovšetkým v situáciách kedy sa nedá verbálne spoľahlivo overiť totožnosť pacienta. **Správna cesta** podania lieku pacientovi závisí od charakteru lieku, požadovanej rýchlosti, nástupu účinku lieku, dĺžky účinku, od veku a zdravotného stavu pacienta (Krišková et al., 2006). Lieky musia byť podávané v **správny čas** pre zaistenie terapeutickú hladinu v krvi. Nepravidelný časový interval podávania liekov nesie za následok vznik zdravotných rizík pre pacienta. V klinickej praxi sestry musia podať len **správnu dávku** predpísanú lekárom. Až tretina liekových chýb zahŕňa nesprávna dávka podávaného liečiva (Tang et al., 2007). Faktory, ktoré zvyčajne prispievajú k uvedenej chybe sú: skratky, nesprávne alebo zavádzajúce jednotky, nevhodne uvedené desiatinné miesto (Williams, 2007), vek, skúsenosti, lieková rekonštitúcia (Fleming, 2014, Warburton, 2010, McMullan et al, 2010).

V **dokumentácii** pacienta obsahuje ordinovaný liek presný názov, dávku, čas a spôsob podania. Zdravotnú dokumentáciu pacienta v Slovenskej republike upravuje Zákon č. 576/204 Z.z. o zdravotnej starostlivosti,... Akákoľvek zmena v liekovej terapii pacienta, či podanie lieku je zaznamenaná v dokumentácii s podpisom zdravotníckeho pracovníka. Je to dôkaz, že liek bol pacientovi skutočne podaný. Zásadný význam v terapii pacienta má hodnotenie **správnej reakcie** lieku. Ide hlavne o niektoré vysoko rizikové lieky, ako napr. antikoagulanty, antidepresíva, chemoterapeutiká a iné, následkom čoho je nežiadúci účinok ordinovaného lieku. **Správna forma** predpísaného lieku sa pacientovi nesmie zamieňať (napr. injekčná za orálnu) a ani lieky podobného účinku medzi sebou (napr. hypnotiká). Lieky sú dostupné v rozličných formách pre rozličné spôsoby podania. Aplikácia podania liečiva je výrazne závislá od liekovej formy. Najčastejšie sa stretávame s tuhými, polotuhými a tekutými formami podania liekov. Lieková forma je vyvinutá preto, aby bola aplikácia lieku maximálne bezpečná, jednoduchá a aby sa účinná zložka lieku dostala na miesto účinku v organizme (Zamboriová, 2012). Monitorovanie účinku lieku zo **správnou odpoveďou** zahŕňa napr. posúdenie hladiny účinnej látky v krvi pacienta, hladiny glukózy, sledovanie vitálnych funkcií. Taktiež je dôležité získanie informácií od pacienta o užívaní doplnkov výživy, či samoliečiteľstve.

Inou kapitolou chýb a omylov je zlyhanie ľudského faktora, a to napr. porušenie štandardných pravidiel, zlyhanie pozornosti, pamäte jednotlivca, nedostatok vedomostí, pracovných síl, či stres. Môžu byť spôsobené chybou konkrétneho pracovníka alebo chybou v systéme. Dougherty et al (2011) pozoroval rozhodovacie procesy sestier pri príprave kontinuálnej a bolusovej intravenózne liekovej terapie na onkologickom oddelení. Výsledkom bolo zistenie, že najčastejšou chybou pri administrácii infúznej terapie bolo nesústredenosť.

V súvislosti s bezpečnosťou pri manipulácii liečiv je povinnosťou, každého zdravotníckeho zariadenia chybu alebo omyl pri aplikácii liečiv nahlásiť na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Tento krok sa realizuje na základe Metodického usmernenia č.3/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiadúcich udalostí v ústavnej starostlivosti (Vestník č.15/2014).

ZÁVER

V posledných desaťročiach sa zdravotná starostlivosť stala viac komplexnou pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti. Prevencia chýb je dôležitým prostriedkom na zlepšenie bezpečnosti pacienta. Žiadna vedomosť o bezpečnosti pacienta nie je dôležitejšia ako to, ako predísť poškodeniu pacienta. Poskytovateľ, ktorý zabráni vzniku chýb a ich opakovaniam, zlepšuje úroveň a výsledky zdravotnej starostlivosti, a tým nepriamo znižuje aj náklady na liečbu. Každá analýza chýb je o osobnej účasti a zodpovednosti zdravotníckych pracovníkov za dobrú organizáciu bezpečnosti zdravotníckeho zariadenia.

LITERATURA

- [1] BALKOVÁ, H. 2015. Medicínske chyby - ako nepoškodiť pacienta [online]. [cit. 2015-02-04]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/medicinske-chyby-ako-neposkodit-pacienta-479571>.
- [2] ĎURIŠOVÁ, A., KRIŠKA, M. 2005. Znižovanie medicínskych omylov. In *Klinická farmakológia a farmácie* [online]. 2005, roč.19, s. 188-19. [cit. 2015-08-12]. Dostupné na: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2005/03/13.pdf>.
- [3] DOUGHERTY, L. ET AL. 2011. Decision-making process used by nurses during intravenous drug preparation and administration. In *Journal of Advanced Nursing*; 68: 6, 1302-1311.
- [4] FLEMING, S. ET AL. 2014. An evaluation of the drug calculation skills of registered nurses. In *Nurse Education in Practice*; 14:1, 55-61.
- [5] KRIŠKOVÁ, A., BEDNÁRIKOVÁ, E., FARKAŠOVÁ, D., ET AL. 2006. Ošetrovateľské techniky - metodika sesterských činností. Martin. 2006.
- [6] LUXEMBOURG DECLARATION ON PATIENT SAFETY [online]. 2015. [cit. 2015-02-04]. Dostupné na: <https://www.ehtel.eu/activities/tasks-sources/tf-patient-safety-emedication/luxembourg-declaration-on-patient-safety>.
- [7] MALCOLM, E., YISI LIU. 2010. The nine rights of medication administration: an overview. In *British Journal of Nursing* [online]. 2010, Vol. No5 [cit. 2015-08-12]. Dostupné na: <http://publicationslist.org/data/m.elliott/ref-2/Nine%20medication%20rights.pdf>
- [8] Mc MULLAN, M. ET AL. 2010. Patient safety: numerical skills and drug calculation abilities of nursing students and registered nurses. In *Journal of Advanced Nursing*; 66: 4, 891-899.
- [9] PAVLÍKOVÁ, S. 2007. *Modely ošetrovateľstva v kocke*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s.
- [10] SZEKELYOVÁ, J., DIMUNOVÁ, L. 2014. *Manažment rizík a bezpečnosť v operačnom trakte*. Košice: Equilibria s.r.o.
- [11] TANG, F., SHEU, S., YU, S., WEI, I., CHEN, C. 2007. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. In *Journal of Clinical Nursing*; 16 (3):447-57.
- [12] *TECHNIKY OŠETROVATEĽSTVA*. Program rozvoja SZU. 2012. 1. vyd. [online]. Bratislava: SZU [cit. 2016-01-12]. Dostupné na: http://elearning.szu.sk/repository/Techniky_osetrovatelstva.pdf
- [13] Vestník č. 15/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- [14] WARBURTON, P. 2010. Poor numeracy skills must be tackled to cut medication errors. In *Nursing Times*, 106: 9, 13.
- [15] WILLIAMS, P. (2007). Medication errors. In *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*; 37(4):343- 46.
- [16] Zákona č. 576/2004 Z.z.o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.

- [17] WRIGHT, K. 2013. The role of nurses in medication administration errors. In *Nursing Standard*; 27: 44, 35.
- [18] ZAMBORIOVÁ, M. MADUROVÁ, E. 2012. Bezpečné podávanie intravenózneho liečiva (II). In *Sestra*. 2012, roč. 5-6, s. 30-31, ISSN 1335-9444

MEDICATION ADMINISTRATION AND PATIENT SAFETY



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Gabriela Štefková, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1
040 66 Košice
e-mail: gabriela.stefkova@upjs.sk

ABSTRACT

A key aim of nursing is to ensure patient safety. Nurses work in difficult clinical situations that often require multitasking and work steps. However, nurses are responsible for ensuring safety and quality of patient care at all times. Medication errors are common causes of harm to patients admitted to hospitals. Medication administration should be viewed within the wider context of health care rather than as an isolated process. Medication errors can happen at different stages of the administration process, and nurses play a key role. Nurses use traditional medication administration rights to help prevent errors.

KEYWORDS:

medication, medication administration,
patient safety, nurses

FETIŠISMUS V PERCEPCI ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI

HANA VOJÁČKOVÁ
JANA NOVOTNÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Fetišismus patří mezi sexuální deviace. Jedná se tedy o poruchu sexuální preference, jež spočívá ve spoléhání se na některé neživé předměty jako stimulus pro sexuální vzrušení a sexuální uspokojení. Nejčastěji jsou předmětem fetišise oděvní součásti, obuv, ale také některé typy materiálu jako je guma, plastické hmoty, kůže apod. Obecně lze říci, že pohled společnosti na sexuální deviace je negativní. Ve srovnání s ostatními sexuálními deviacemi je pohled na fetišismus společensky nejliberálnější. To může souviset i s tím, že mnohé prvky fetišismu jsou úzce spojeny s tzv. běžnou sexualitou. Realizovaný kvantitativní výzkum byl primárně zaměřen na postoje a názory veřejnosti v kontextu jednotlivých typů sexuálních deviací včetně fetišismu. Technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření. Některými výsledky výzkumu se bude zabývat příspěvek, ve kterém se zaměříme i na vzájemné souvislosti mezi fetišismem a ostatními parafiliiemi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

parafilie, fetišismus, F65.0, sexuální deviace, dotazníkové šetření, fetiš

ÚVOD

Příspěvek se zabývá sexuální deviací, konkrétně fetišismem. Pohled široké veřejnosti na parafilii zjištěnou pomocí dotazníkového šetření. Co je to vůbec fetišismus? Definicí a odborný popis parafilie fetišismus popisuje samostatná část příspěvku, kde jsme se zaměřily na definici podle Světové zdravotnické organizace a odborných publikací zaměřených nejenom na sexuální deviace. V části výsledky výzkumného šetření shrneme získaná data o fetišismu z pilotního dotazníkového šetření.

DEFINICE A POPIS FETIŠISMU

SEXUÁLNÍ DEVIACE A MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (dále již jen MKN-10) jsou sexuální deviace neboli parafilie zahrnuty pod kódem F65 (Poruchy sexuální preference) do sekce „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“. Parafilie jsou podle této klasifikace charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní. (Weiss, 2010)

Světová zdravotnická organizace (dále již jen WHO) (2015) v MKN10- vymezuje základní definice základních typů parafilií a to následovně:

FETIŠISMUS (KÓD F65.0)

Fetišismus je definován jako spoléhání se na některé neživé předměty jako stimulus pro sexuální vzrušení a sexuální uspokojení. Mnohé fetiše jsou ve vztahu k lidskému tělu, jako oděvní součásti a obuv. Jiné běžné příklady jsou charakterizovány určitou strukturou, jako guma, plastické hmoty a kůže. Fetiše se různí ve své důležitosti pro daného jednotlivce. V některých případech jednoduše slouží ke zvýšení sexuálního vzrušení, které je docilováno normálním způsobem. (WHO, 2015)

Etiologie fetišismu není známá. U patogeneze se připouští známky biologické predispozice. Uvažuje-li se v psychosanalytických intencích, tak se může jednat o fixaci v některé fázi psychosexuálního vývoje. (Zemková, 2001) Jedinec zažívá opakovaně silné sexuální puzení a fantazii, týkající se různých předmětů. Jedinec buď jedná podle tohoto puzení, nebo je jím výrazně stresován. Tato preference musí být přítomna nejméně 6 měsíců. Fetiš je nejdůležitějším zdrojem sexuální stimulace nebo podstatný pro uspokojující sexuální odezvu. Fetiše mohou být různé, jako například spodní prádlo, boty, kůže, guma, krev, stolice, moč, náradí, zbraně apod. Za vysoce nebezpečné fetiše jsou považovány části lidského těla jako prsy, genitálie. Tato porucha je velmi naléhavá, proto se fetišisté mohou dostat do střetu se zákonem, neboť za účelem ukojení své touhy mohou krást. (Zemková, 2001)

VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

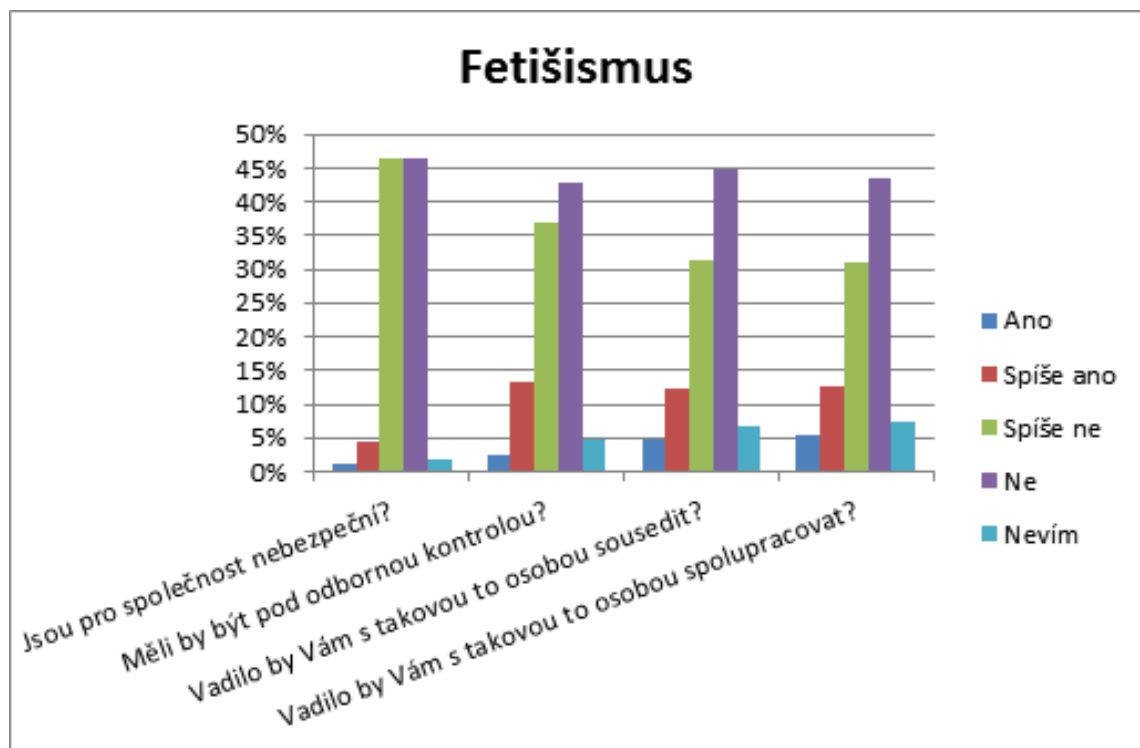
Pod záštitou interního grantu Vysoké školy polytechnické v Jihlavě č. 1200/4/61355 byl realizován pilotní kvantitativní výzkum. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Toto dotazníkové šetření bylo zaměřeno na sexuální deviace v percepci široké veřejnosti. Šetření probíhalo ve fyzické i elektronické podobě v několika etapách v měsících březen až říjen 2015. Data pro kvalitativní výzkum byla získána pomocí anonymního dotazníku, který je tvořen uzavřenými, polootevřenými a otevřenými otázkami.

Celkem se do tohoto výzkumu zapojilo 1 815 respondentů. V rámci genderového rozložení se do výzkumu zapojilo 74 % žen a 26 % mužů.

V dotazníkovém šetření se čistě fetišismem zabývala otázka 15, kde se zkoumaly názory široké veřejnosti na tuto sexuální deviaci.

Celkové názory všech respondentů je možno vidět na obrázku 1.

Obrázek 1: Celkový pohled veřejnosti na Fetišismus

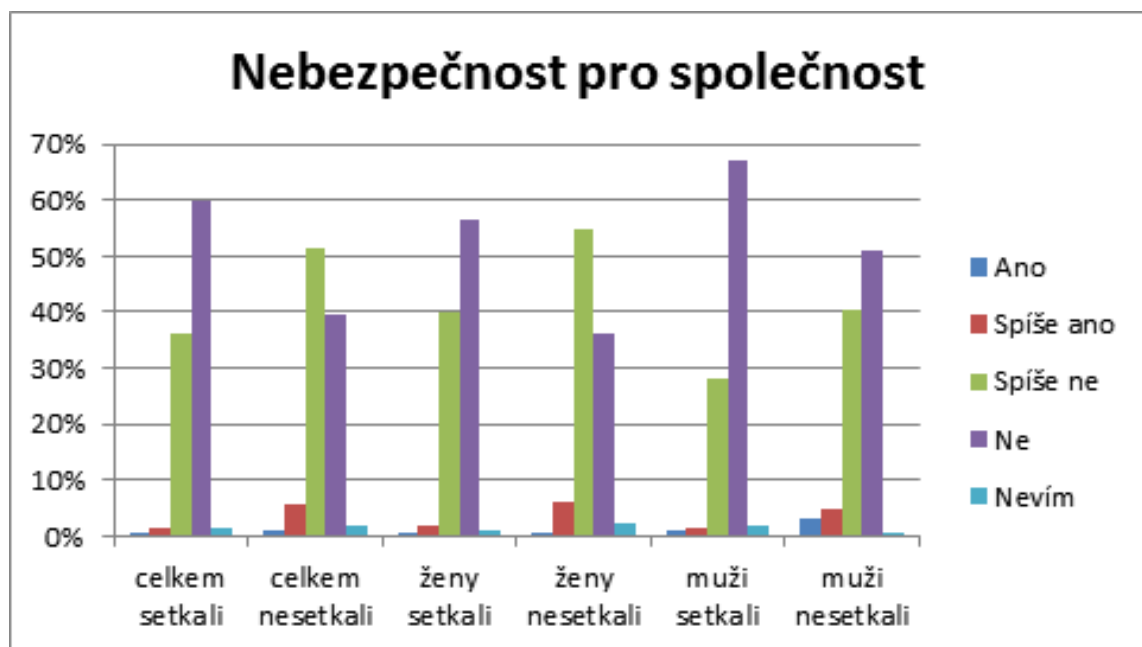


Zdroj: vlastní šetření

Fetišismus jako jedna z úchylek ze sexuálních deviací je u široké veřejnosti vnímána a hodnocena dobře. 92 % respondentů odpovědělo, že Fetišismus není nebo spíše není pro společnost nebezpečný. Podíváme-li se na tuto podotázku z úhlu genderového rozdělení, bydliště a věku, tak zjistíme, že výsledky získané z dotazníkového šetření se shodují s míněním široké veřejnosti na tuto problematiku.

Přestože 92 % respondentů odpovědělo, že nejsou či spíše nejsou pro společnost nebezpeční, tak 15 % respondentů odpovědělo ano nebo spíše ano na danou podotázku Měli by být pod kontrolou. 17 % respondentů by vadilo či spíše vadilo s osobou trpící fetišismem sousedit a 18 % respondentů by vadilo či spíše vadilo s osobou trpící fetišismem spolupracovat. Podrobné výsledky z dělení respondentů na pohlaví a kontaktu s osobou se sexuální deviací fetišismus vidíte na obrázku 2.

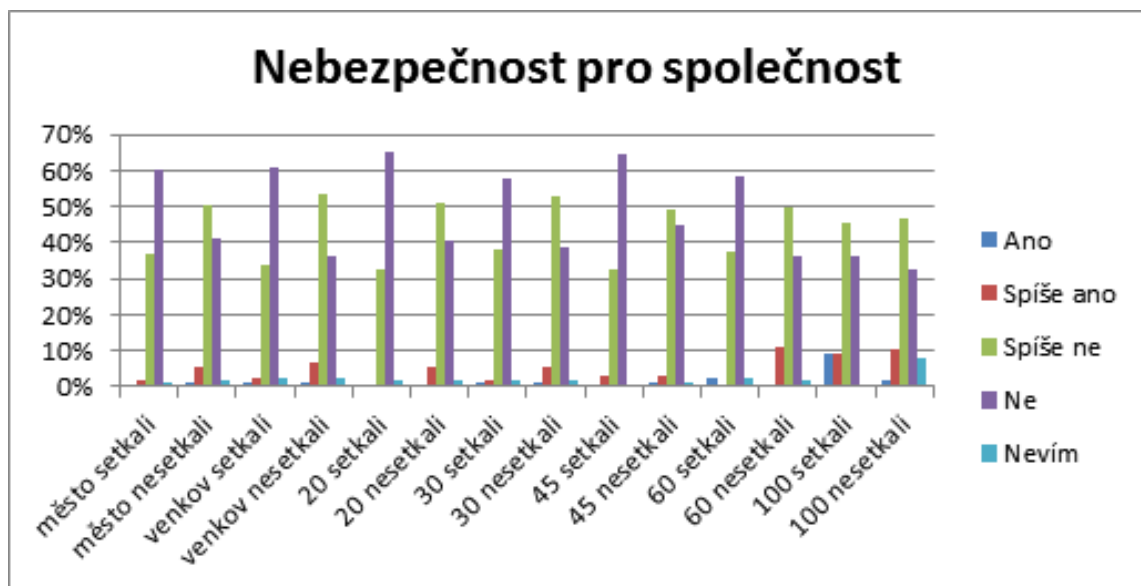
Obrázek 2: Pohled nebezpečnosti pro společnost z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící fetišismem



Zdroj: vlastní šetření

Z hlediska bydliště respondentů jsou k nebezpečnosti pro společnost shovívavější lidé z města, než respondenti žijící na vesnici. Z věkového rozložení je na obrázku 3 vidět, že mladší ročníky jsou u této sexuální deviace tolerantnější.

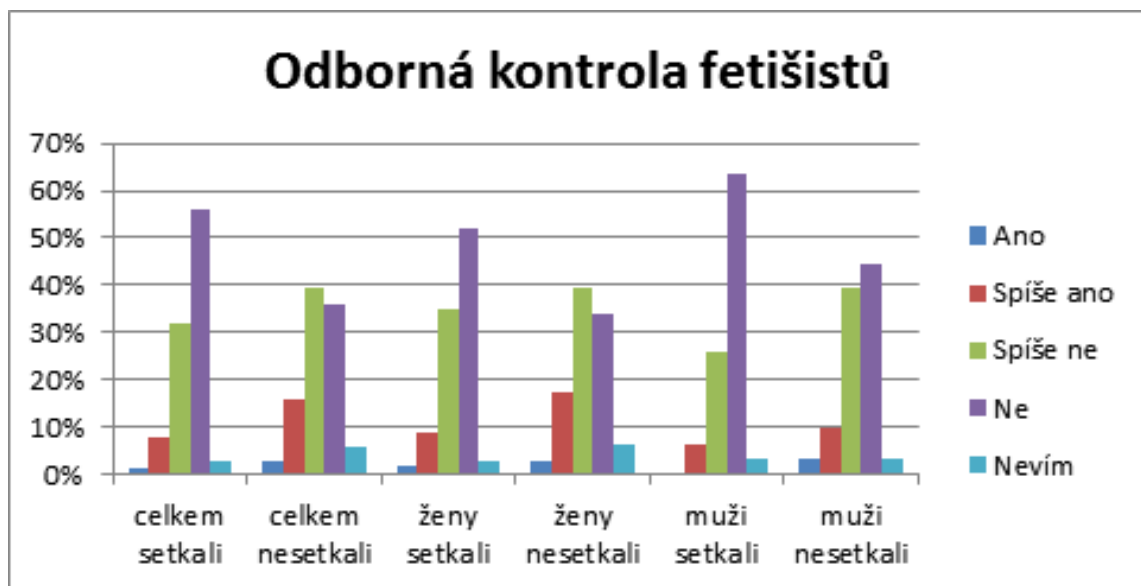
Obrázek 3: Pohled nebezpečnosti pro společnost z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící fetišismem



Zdroj: vlastní šetření

Zaměříme-li se na odbornou kontrolu lidí trpících fetišismem, zjistíme, že respondenti, kteří se v životě nesetkali s touto sexuální poruchou, se více přiklánějí k názoru, že by tito lidé měli být pod odbornou kontrolou. Ve volbách Ano a Spíše ano, je to v celkovém pohledu a v pohledu mužů a žen rozdíl skoro 10 %, což není v celkovém hodnocení, tak markantní, ale i toto ukazuje na fakt, že lidé, kteří nemají o dané problematice dostatečné informace, mohou špatně posuzovat. Podrobné výsledky vidíte na obrázku 4.

Obrázek 4: Odborná kontrola fetišistů z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící fetišismem

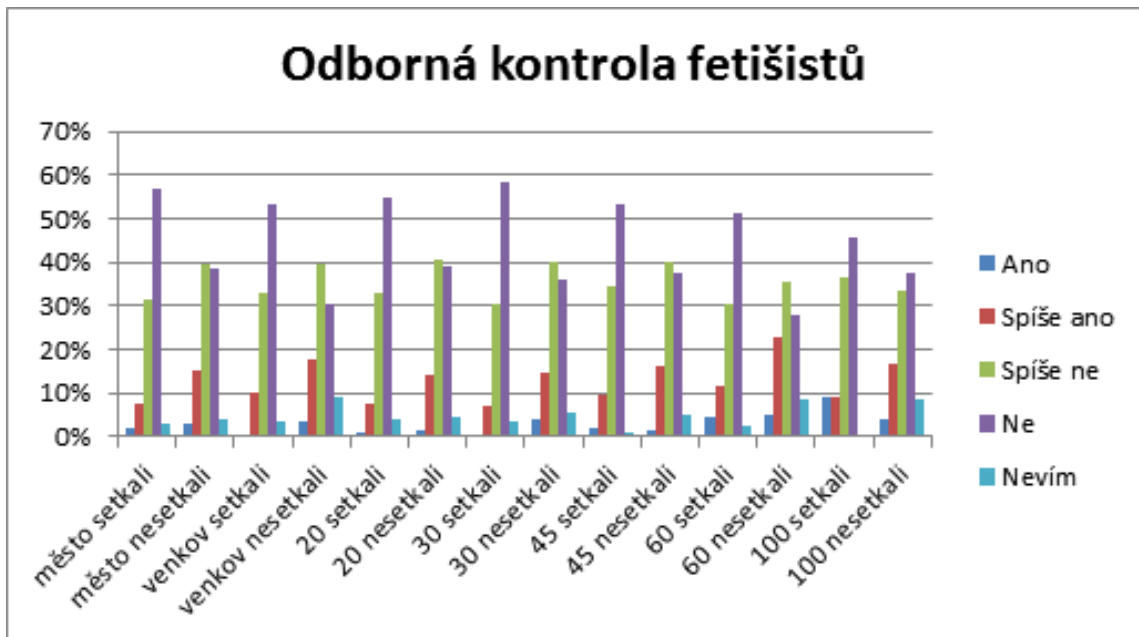


Zdroj: vlastní šetření

Z hlediska bydliště je vidět, že opět přísněji se rozhodovali u této podotázky respondenti bydlící na vesnici, než respondenti žijící ve městě. Respondenti z města, kteří se setkali s osobou trpící fetišismem, odpověděli Ano a Spíše ano v 9 %. U respondentů žijících na vesnici, kteří se setkali s osobou trpící sexuální deviací fetišismem, byla odpověď Ano a Spíše ano zaznamenána v 10 %. Zatímco u respondentů, kteří se nesetkali v životě s osobou trpící parafilní fetišismem to u odpovědí Ano a Spíše ano u města bylo 18 %, na vesnici to bylo 21 %, což je dvojnásobné zastoupení respondentů oproti respondentům, kteří se s osobou trpící fetišismem setkali. Další zajímavostí je, že respondenti bydlící na vesnici, kteří se nesetkali s osobou trpící fetišismem, se v 9 % nedokázali rozhodnout, jakou variantu odpovědi by vybrali. V ostatních kategoriích to bylo kolem 4 %.

Z hlediska věkové kategorie respondenti ve věku 45 až 60 let, kategorie starší dospělost, na tuto podotázku odpověděli nejkritičtěji. 28 % respondentů, kteří se nesetkali s osobou trpící sexuální deviací fetišismem, by chtělo nebo spíše chtělo, aby fetišisté byli pod odbornou kontrolou. To je největší procento ze všech zkoumaných kategorií. Podrobné výsledky vidíte na obrázku 5.

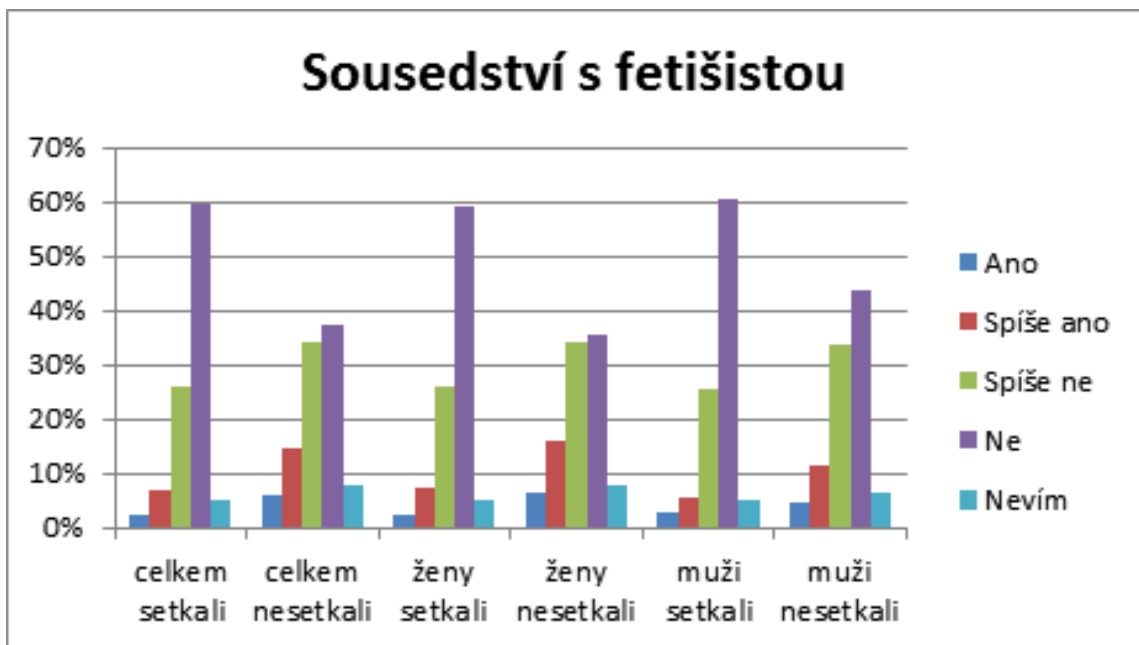
Obrázek 5: Odborná kontrola fetišistů z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící fetišismem



Zdroj: vlastní šetření

U podotázky Vadilo by Vám s takovou osobou sousedit? V dotazníkovém šetření nám vyšly podobné výsledky, jako u podotázky Měli by být fetišisté pod odbornou kontrolou? Podrobné výsledky vidíte na obrázku 6.

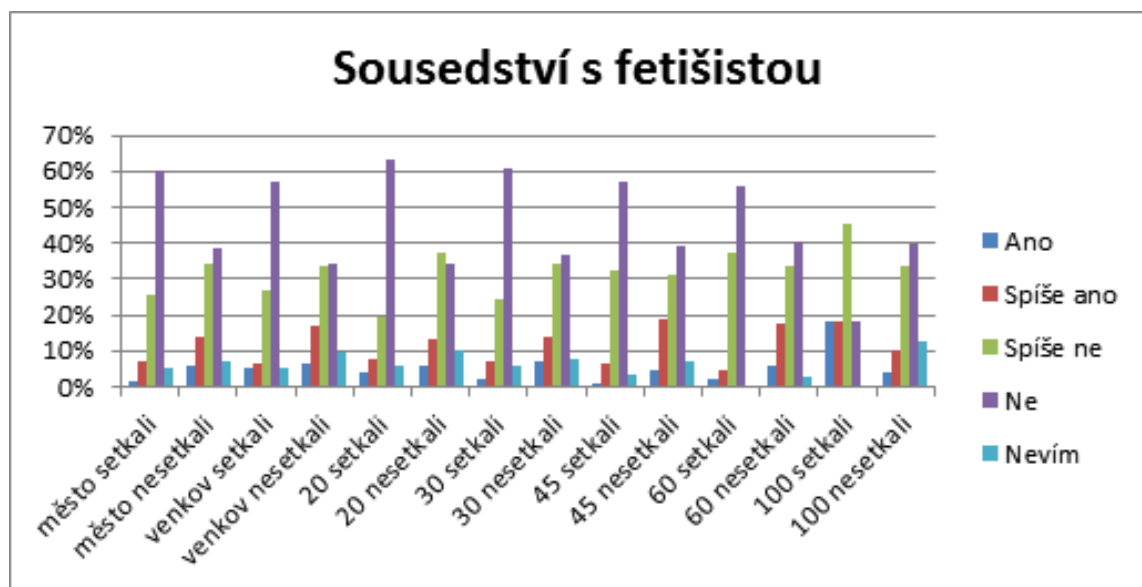
Obrázek 6: Sousedství s fetišistou z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící fetišismem



Zdroj: vlastní šetření

Jednotlivé odpovědi pro podotázku Vadilo by Vám susedství s fetišistou pro kategorie bydliště a věkové rozpození vidíte na obrázku 7. Z obrázku je patrné, že skoro ve všech kategoriích u respondentů, kteří se setkali s osobou trpící fetišismem, by jim nevadilo susedit s fetišistou, jen se vymyká věková kategorie sénium, respondenti starší 60 let, kde by to 36 % vadilo nebo spíše vadilo. V této věkové kategorii jsou tolerantnější respondenti, kteří se s osobou trpící sexuální deviací fetišismus nesetkali. Tam by respondentům vadilo nebo spíše vadilo susedit s fetišistou ve 14 %.

Obrázek 7: Susedství s fetišistou z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící fetišismem

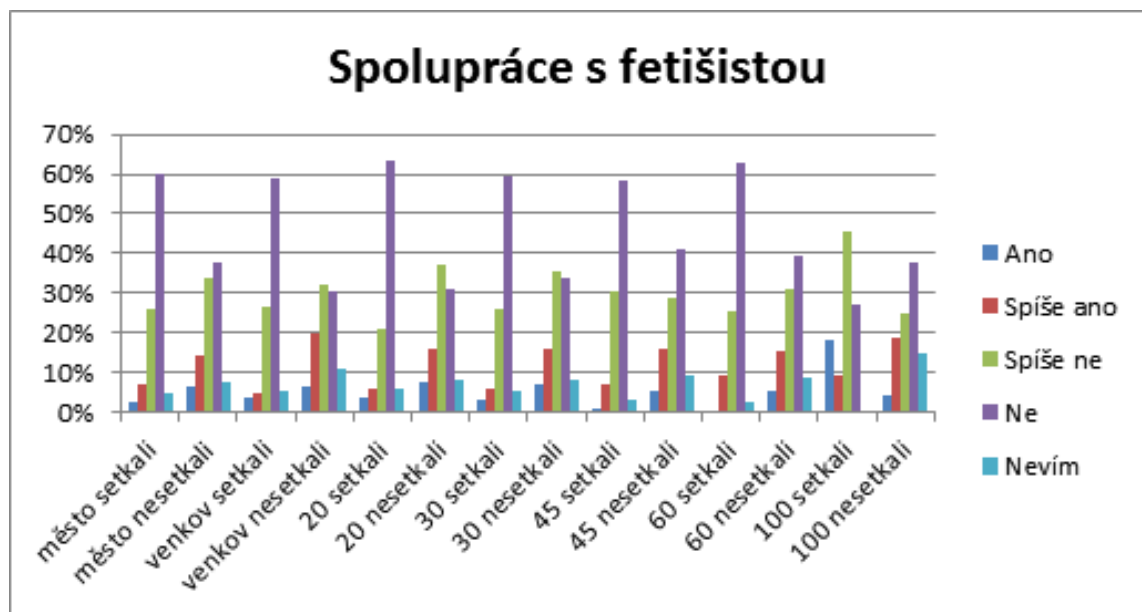


Zdroj: vlastní šetření

Spolupráce s osobou trpící sexuální deviací fetišismus dopadla v dotazníkovém šetření stejně jako podotázka Susedství s osobou trpící fetišismem pro problematiku pohlaví. Proto již nezobrazujeme jejich výsledky odpovědí v grafickém provedení.

V kategorii bydliště u podotázky „Vadilo by Vám s takovou osobou spolupracovat?“ by respondentům bydlících na vesnici, kteří se s osobou trpící parafilii fetišismem setkali, tato skutečnost více vadila než ostatním respondentům. Vadilo nebo spíše vadilo by jim to ve 27 %. Tato kategorie měla u 11 % respondentů odpověď, že neví, jestli by jim spolupráce vadila či nevadila. Podrobné hodnoty vidíte na obrázku 8.

Obrázek 8: Spolupráce s fetišistou z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící fetišismem



Zdroj: vlastní šetření

Testovaná byla jak skupina probandů, kteří se setkali s osobou trpící sexuální deviací fetišismus, tak skupina probandů, které se s takovými osobami neseťkali. Na základě vyhodnocení chí-testu na obou skupinách můžeme říci, že kontakt s osobami trpící parafilii fetišismus ovlivňuje jejich rozhodování při dotazníkovém šetření. Toto tvrzení lze vztáhnout, na celou skupinu, i na skupinu rozdělenou dle pohlaví.

Tvrzení jsme mohly provést na základě výpočtu Pearsonova chí kvadrát testu (test dobré schody). Jedná se o jedno z rozdělení pravděpodobností. Pearsonův chí-kvadrát test porovnává očekávané četnosti jednotlivých částí se skutečnými četnostmi pomocí vzorce:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(X_i - Np_i)^2}{Np_i}$$

Získané hodnoty porovnáváme s kritickou hodnotou příslušného rozdělení chí kvadrátu a to na požadované hladině významnosti. Tyto výpočty lze provést ručně pomocí vzorců a statistických tabulek. Nebo tak, jak jsme postupovali my, pomocí znalostí statistických funkcí MS Excelu. Lze ale využít i konkrétní statistický software. Výpočty jsme prováděli na 5 % hladině významnosti.

Kdybychom zvolili jinou hladinu významnosti, tak by docházelo k jiné interpretaci získaných hodnot. Výsledky chí-testu a p-value najdete v následující tabulce.

Tabulka 1: Výsledky chí testu pro šetření mezi osobami, které se s parafilii setkali, a které se s parafilii nesetkali

	Celkem		Ženy		Muži	
	chí-test	p-value	chí-test	p-value	chí-test	p-value
Jsou pro společnost nebezpeční?	0,9989	0,0254	0,9989	0,0264	0,9993	0,0192
Měli by být pod odbornou kontrolou?	0,9990	0,0248	0,9990	0,0244	0,9990	0,0242
Vadilo by Vám s takovou to osobou sousedit?	0,9985	0,0321	0,9981	0,0380	0,9995	0,0154
Vadilo by Vám s takovou to osobou spolupracovat?	0,9978	0,0411	0,9974	0,0461	0,9992	0,0210

Zdroj: vlastní šetření

ZÁVĚR

Sexuální deviace fetišismus není pro společnost tak nebezpečná jako jiné sexuální deviace. Nebezpečnost této sexuální deviace pro společnost nevidí nebo spíše nevidí 92 % respondentů. Dále je z dotazníkového šetření vidět, že jedinci, kteří se se sexuální deviací fetišismus ve svém životě nikdy nesetkali, mají přísnější názory na tuto parafilii, než jedinci kteří se již u někoho s fetišismem setkali. Tato zjištění byla i statisticky pomocí chí-testu prokázána. Větší informovanost veřejnosti o parafilii fetišismus by přispěl k lepšímu vnímání ve společnosti a odbourání falešných mýtů.

LITERATURA

- [1] WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí*, [online].10. Revize aktualizovaná verze k 1.4.2014, Geneva, World Health Organization, 2008, 874 s. ISBN 92 4 154649 2 (svazek 1), 92 4 154653 0 (svazek 2), 92 4 154654 9 (svazek 3), [cit. 2015-09-21]
Dostupné: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>
- [2] WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [3] ZEMKOVÁ, Pavla. *Nástin sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Manus, 2001, 111 s. ISBN 80-902318-7-X.

FETISHISM IN THE PERCEPTION OF THE GENERAL PUBLIC



ABSTRACT

Fetishism is among sexual deviance. It is therefore a disorder of sexual preference, which involves relying on some inanimate objects as a stimulus for sexual arousal and sexual gratification. Most subject fetishes garment, footwear, but also certain types of material, such as rubber, plastics and leather. Generally, companies that view sexual deviance is negative. In comparison with other indecent is the view of fetishism socially liberal. This may be related with the fact that many elements of fetishism are closely associated with the so-called normal sexuality. Realized quantitative research was primarily focused on the attitudes and opinions of the public in the context of different types of sexual deviations, including fetishism. Data collection was a questionnaire survey. Some results of the research will address the contribution, which will focus on the interrelationship between fetishism, and other paraphilias.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Mgr. Hana Vojáčková, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra technických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: hana.vojackova@vspj.cz

KEYWORDS:

paraphilia, fetishism, F65.0, sexual deviance, survey

SOCIÁLNÍ DOPADY ŽIVOTA S PEDOFILIÍ

JANA NOVOTNÁ
HANA VOJÁČKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Pedofilie je jednou z nejznámějších poruch sexuální preference. V rámci této poruchy je jedinec sexuálně přitahován objekty v prepubertálním věku. Jedinci tohoto zaměření jsou tedy osobami, které preferují u objektu svého erotického zájmu na straně jedné fyzickou nezralost a na straně druhé nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků. Na rozdíl od ostatních poruch, případy spojené s pedofilním pachatelem sexuálního deliktu jsou v médiích velmi často prezentovány. Jedná se o poruchu, jejíž nositel je obecně společností vnímán velmi negativně. Pohled společnosti na pedofily je tedy všeobecně známou skutečností. Jaký, ale je život s pedofilií? Jaké má tato diagnóza dopady na život jedince? Na tyto otázky se snažil najít odpověď realizovaný kvalitativní výzkum. Výzkumný soubor osob s pedofilií byl tvořen 16 muži. Pro sběr dat byla zvolena technika rozhovoru. Výsledky tohoto výzkumu přinášejí pohled na život očima pedofilně orientovaných osob. Rovněž definují hlavní sociální dopady života spojeného s touto diagnózou. Hlubší pochopení aspektů života nositelů této poruchy je základem pro efektivnější odbornou pomoc těmto osobám.

KLÍČOVÁ SLOVA:

pedofilie, parafilie, sociální dopady, kvalita života

ÚVOD

Sexualita je významnou součástí života každého jedince. Stejně jako hlad či žízeň patří i sexualita mezi základní lidské potřeby. Sex představuje rovněž sociální motiv, neboť jeho součástí je i další osoba. K pohlavnímu dozrávání dochází v pubertě, základ sexuální identity je však položen výrazně dříve a to již v prenatálním období. (Atkinson, 2003)

Předmětem tohoto příspěvku však není běžná podoba sexuality, nýbrž jedna její odchylka. Mezi poruchy sexuální preference je možné zařadit více poruch. Tou celospolečensky nejznámější je pedofilie. Tato porucha se stala oblíbeným tématem bulvárních médií, které rády prezentují každý sexuálně motivovaný delikt ve vztahu k dítěti jako čin „šiléného pedofila“. Tímto způsobem jsou vyvolávány xenofobní nálady a celospolečenské obavy o to nejvzácnější co máme, tedy o naše děti. Téma, které by se na první pohled mohlo zdát velmi jasné, má však mnoho daleko hlubších a složitějších aspektů. Není tedy tak černobílé, jak by se na první pohled mohlo zdát.

Co to tedy vlastně ta pedofilie je? Pedofilie je pojmem, jenž pochází z řeckého pais (hoch či dítě) a philós (milovník) což se dá přeložit jako milovník dětí. Obecně lze pedofilii definovat jako sexuální preferenci dětí prepubertálního nebo časného pubertálního věku. (Weiss, 2008; Dušek, Večeřová -Procházková, 2015) U pedofilního jedince se při kohabitaci s dospělými jedinci opačného pohlaví nedostavuje pocit slasti. U mnohých však není možné dlouho správně stanovit tuto diagnózu, neboť jsou schopni „z nedostatku lepšího“ (faute de mieux) kohabituovat i s dospělými jedinci. (Berner, 2015)

Dle typu sexuální deviace je pedofilie zařazena do sexuálních deviací v objektu. Pedofilii je možné rozdělit na heterosexuální, homosexuální a bisexuální. (Šrámková, 2015; Kaňka, 2000) Dle Zvěřiny (2003) je přibližný odhad rozložení v pedofilní populaci následovný. Největší podíl je tvořen heterosexuálními pedofily (cca 47 %), podíl homosexuálních pedofilů je asi 27 % a poslední skupinou jsou bisexuální pedofilové, kteří tvoří asi 25 %. Prevalence této poruchy v populaci není přesně známa.

V současné době rovněž není žádná obecně přijímaná etiologická koncepce vzniku pedofilie. Hlavní dispozicí pro ni je však absence instinktivních mechanismů, které fyziologicky tlumí sexuální aktivitu ve vztahu k dětským objektům. (Weiss et al., 2000)

Pedofilii trpí v převážné většině muži, žen se tato porucha týká jen minoritně. (Pavlovský et al., 2012) Prevalence této poruchy u žen je jen velmi obtížně zjistitelná. Odhady mluví o poměru 1 žena ku 20 mužům. Ženská pedofilie je nejčastěji pod obrazem incestního jednání. Velký podíl sexuální delikvence žen však zůstává latentním. (Zimanová, Weiss, 2008)

Z pohledu laické veřejnosti je pedofilie velmi často zaměňována se sexuálním zneužíváním dětí. Nejdříve je nutné jasně vymezit, co to vlastně sexuální zneužívání dětí je. Jde o sexuální jednání, jež nemusí být spojeno s násilím nebo nátlakem, ale může se jednat i o jakýkoli projev sexuální aktivity s osobou, která není způsobilá vyjádřit s takovou aktivitou právně relevantní souhlas. Z tohoto tedy vyplývá, že se jedná jak o násilné zneužití dítěte, tak i o akt, s nímž dítě v rámci svého svobodného rozhodnutí souhlasilo. (Kovář, 2008)

Osoby s poruchou sexuální preference ve smyslu pedofilie jsou ve skutečnosti jen malou skupinou osob, jež páchá sexuální delikty na dětech. Jedná se asi o 10 % případů pohlavního zneužívání dětí. Mnohonásobně větší skupinu (cca 90 %) tvoří pachatelé, kteří dítě k sexuálním aktivitám využívají jako náhradní objekt. K tomu dochází z důvodu nedosažitelnosti nebo neschopnosti získat dospělý sexuální objekt, který je ve skutečnosti primárně preferovaným. (Pavlovský et al., 2012; Žák, Reissmannová, 2012) Jedná se například o osoby s mentálním deficitem, které nejsou schopné nalézt adekvátní sexuální objekt a tak se pokusí o uspokojení pohlavního pudu s dětmi. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015) Dále to mohou být osoby s organicky podmíněnými poruchami osobnosti, osoby závislé na alkoholu, sadisté, asociální nebo anetičtí psychopaté apod. (Zemková, 2001; Brichtín, 2010)

Pokud již dochází k sexuálnímu zneužívání dítěte, je možné pozorovat výrazné rozdíly v porovnání skupiny pedofilních osob s ostatními skupinami pachatelů těchto sexuálních deliktů. Pedofilní osoby, pokud již páchají sexuální zneužívání na dětech, tak preferují v největší míře masturbaci, expozici genitálu před dítětem, hlazení genitální oblasti, vzácněji pak interfemorální styk (napodobení koitu mezi stehna dítěte). Dokonaný pohlavní styk s dítětem je u této skupiny pachatelů velmi vzácný. Naopak dokonaný koitus je typický pro ostatní skupiny pachatelů páchajících sexuální zneužívání dítěte. (Weiss et al., 2000) Většina pedofilů tedy děti sexuálně nezneužívá, stejně tak jako většina heterosexuálních mužů neznásilňuje ženy. Pedofilní osoby jsou schopny velmi dobře porozumět dětskému světu, a proto se stávají velmi úspěšnými trenéry, učiteli, realizátory širokého spektra volnočasových aktivit organizovaných pro děti a mládež, ale také běžnými přáteli dětí. (Žák, 2009)

Již méně popsanou oblastí je, jaký vlastně je život s pedofilii pro osobu, která touto poruchou trpí. Jakým životním úskalím musí tyto osoby čelit? Tuto oblast se pokusil podkrýt výzkum realizovaný v roce 2015 v rámci interního grantu Vysoké školy polytechnické v Jihlavě.

METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkum byl koncipován jako kvalitativní studie zaměřená na sociální dopady života s parafilii. Nástrojem sběru dat byl rozhovor.

Výběrový výzkumný soubor byl tvořen 16 osobami s pedofilii. Genderově se jednalo ve 100 % o muže. Tyto osoby byly kontaktovány nejčastěji přes sexuologická oddělení psychiatrických nemocnic nebo ambulantní sexuology. Sběr dat byl realizován ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod, Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy a Psychiatrickou nemocnicí Horní Beřkovice.

Samotný sběr dat byl zahájen v březnu a ukončen v listopadu 2015.

VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkum se zaměřoval na tři hlavní sféry sociálních dopadů života s pedofilii. Tyto hlavní sféry byly rozděleny na:

- Aspekty rodinného života
- Aspekty pracovního života
- Aspekty společenského života

Všechny tyto oblasti mají výrazný vliv na kvalitu života jedince.

ASPEKTY RODINNÉHO ŽIVOTA

Rodina je významnou složkou života každého jedince. Její význam pro jedince se v průběhu života mění, ale její místo zůstává nezastupitelné.

Zjištění pedofilní diagnózy u člena rodiny je pro rodinu velmi traumatizující. S touto situací se však musí rodina vyrovnat. To vše se následně odráží v přístupu rodiny k pedofilnímu jedinci.

Z výzkumu vyplynuly tři hlavní způsoby, kterými rodina reagovala na zjištění diagnózy pedofilie u svého člena. Tyto reakce byly označeny jako subvence, degradace vztahu a hostilita (viz schéma č. 1).

Do kategorie subvence byly zahrnuty reakce rodin, které se snažily jedinci s touto diagnózou vzniklou situaci překonat. Jednalo se o snahy rodiny jedinci pomoci svépomocí nebo zprostředkováním odborné pomoci. Dalšími mechanismy, které se začaly u rodin projevat, byla snaha o psychickou a emocionální podporu jedince v této náročné životní situaci. Tato snaha o podporu jedince v některých případech přerostla až do podoby abundandní péče. Tento fenomén souvisí nejčastěji s intenzivní snahou matky ochránit svého potomka od všeho zlého nebo nepříjemného. S touto snahou je možné se setkat zejména u jedinců žijících ve své nukleární rodině. Takto popisuje podporu své rodiny 23letý respondent: „*Nebýt mé rodiny tak nevím. Mamča i ostatní z rodiny za mnou stojí. Opravdu mě drží nad vodou.*“ (dělník, 23 let)

Další kategorií reakcí rodiny je možné pojmenovat jako degradaci vztahů. V těchto případech vede zjištění pedofilní diagnózy k negativním reakcím rodiny ve vztahu k tomuto jedinci. Jedinec se dostává na okraj rodiny, ale stále zůstává její součástí. Jednotliví členové se k této nově vzniklé situaci snaží postavit různým způsobem. Zde dochází k narušení komunikace mezi jedincem a jeho rodinou, projevy nepochopení či narušení rodinných vztahů.

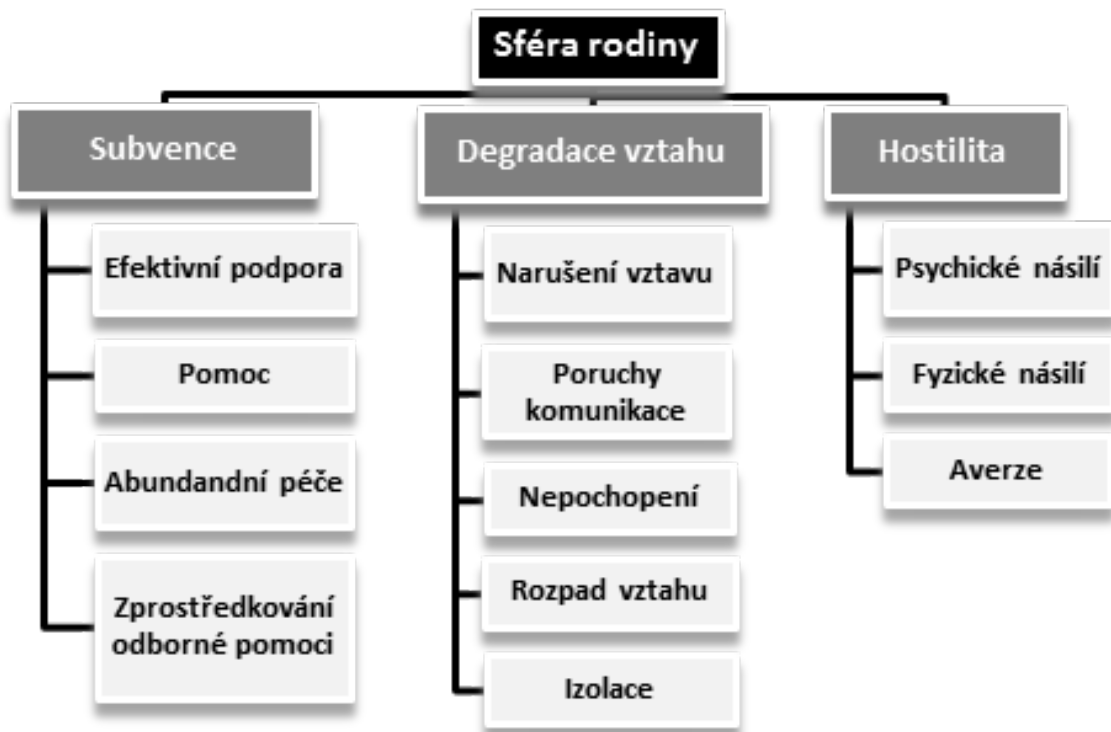
U jedinců žijících v prokreační rodině může dojít až k rozpadu vztahu. Další formou je izolace člena, k níž dochází následkem rozhodnutí samotného jedince. Cílem je dále netrápit svou rodinu další stigmatizací, ke které dochází proniknutím informace o této diagnóze do širšího sociálního prostředí. Jedinec se tak ubírá sám do ústraní a zpravidla minimalizuje kontakt s rodinou.

Poslední kategorií reakcí je hostilita. V tomto případě rodina reaguje na jedince silně negativně jako na útok na integritu celé rodiny.

Hostilní reakce je možné popsat jako averzi, kdy rodina tohoto člena zapudí jako „černou ovci“ a vyloučí jedince ze svého středu, načež zpravidla navazuje přerušení veškerých kontaktů s tímto členem.

Další reakcí je psychické násilí, které začne využívat jako obranu jeden či více členů rodiny. Jedinec ztrácí pocit bezpečí a jistoty, s čímž souvisí i prožívání pocitu bezmoci, depresivní rozlady apod. Podoby takového chování jsou různé, nejčastěji se jedná o nadávání, ponižování a výhrůžky. Bylo popsáno rovněž použití fyzického násilí ze strany některých členů rodiny. Tento typ reakce popisuje reakce jednoho z klientů, který v průběhu rozhovoru uváděl, že byl v průběhu dětství periodicky svým otcem zneužíván. V období, kdy si začal odlišnost své sexuální preference uvědomovat, šel a otci se svěřil. Následující situaci popisuje takto: *„Otec mě v dětství zneužíval, proto jsem čekal, že když mu řeknu jak to se mnou je, pochopí mě. Místo toho mě příšerně zmlátil, čapl mě za vlasy, po těle mi tekla spousta krve a odtáhl mě do koupelny, kde na mě křičel, že mě zničí, že mě dodělá. Tak jsem se mu vytrhl, utekl jsem, vůbec jsem nevěděl, co mám dělat. Měl jsem pocit úplný beznaděje.“* (zedník, 48 let)

Schéma č. 1: Aspekty rodinného života



Zdroj: vlastní výzkum

ASPEKTY PRACOVNÍHO ŽIVOTA

Druhou významnou oblastí je sféra pracovní. Aby jedinec mohl žít plným životem nezávisle na podpoře svého sociálního prostředí nebo státu, musí mít zajištěn pravidelný příjem. Přesto, že by se mohlo na první pohled zdát, že tato sféra nemá významnou souvislost s problematikou pedofilie, opak je pravdou. Se zcela zásadními dopady se setkáváme u jedinců, kteří pracují s dětmi. U ostatních skupin osob s pedofilií souvisí problémy v zaměstnání s častou absencí související s ambulantní nebo ústavní léčbou. Dalším významným faktorem je zjištění informace o této diagnóze na pracovišti. Reakce zaměstnavatelů a spolupracovníků byly rozděleny na indiferentní reakci, hostilitu a eliminaci (viz schéma č. 2).

Indiferentní reakce ze strany pracovního kolektivu nedochází tedy ke změně vztahu či dochází k opětovnému přijetí do kolektivu. Tento stav je vždy pro jedince s pedofilií velkou úlevou a motivací dále se snažit a pracovat. Tak jak uvádí jeden z respondentů: „V práci se to dozvěděli, ale dál mě brali takového, jakej sem. Říkali: makáš a snažíš se a to je pro nás důležité. Já jsem jim za to moc vděčnej, spadl mi obrovský kámen ze srdce.“ (dělník, 27 let) Dalším způsobem reakce pracovního prostředí je hostilita. V tomto případě dochází k nepřijetí osoby s pedofilií do kolektivu. Může dojít ke vzniku stigmatizace jedince, kterého začínají lidé v zaměstnání nálepkovat jako „úchyla“, vyhýbat se mu, ukazovat si

na něj či šířit o jeho osobě další fámy. Tak jak to uvádí jeden z respondentů: „V práci jsem musel skončit, je to takový velký podnik a jak se tam něco šuškuje hned to ví celá fabrika. Opravdu se to nedalo vydržet.“ (dělník, 23)

Ještě více nepříjemné je, pokud dochází k projevům verbální agresivity, kdy je jedinci vyhrožováno, nadáváno apod. Tento tlak vede jedince často k pocitům bezmoci, zoufalství, opuštění zaměstnání apod. Poslední kategorií je eliminace, kdy se k situaci zaměstnavatel postaví tak, že jedince propustí ze zaměstnání. Ze strany pracovního kolektivu může rovněž dojít k fyzickému napadení pedofilního jedince, což u jedince vede k rozvoji obav a úzkosti.

Schéma č. 2: Aspekty pracovního života



Zdroj: vlastní výzkum

ASPEKTY SPOLEČENSKÉHO ŽIVOTA

Nedílnou součástí lidského života je také sféra společenského života, do níž lze zařadit kontakt s jedinci či různými sociálními skupinami. Kontakty s dalšími lidmi jsou základem pro možnost trávení volného času, sdílení informací či získání pomoci v případě náročných životních situací apod.

V rámci této sféry je možné obecně rozdělit reakce sociálního prostředí po zjištění diagnózy pedofilie u jedince na indiferentní reakci, degradaci vztahu a fobickou reakci.

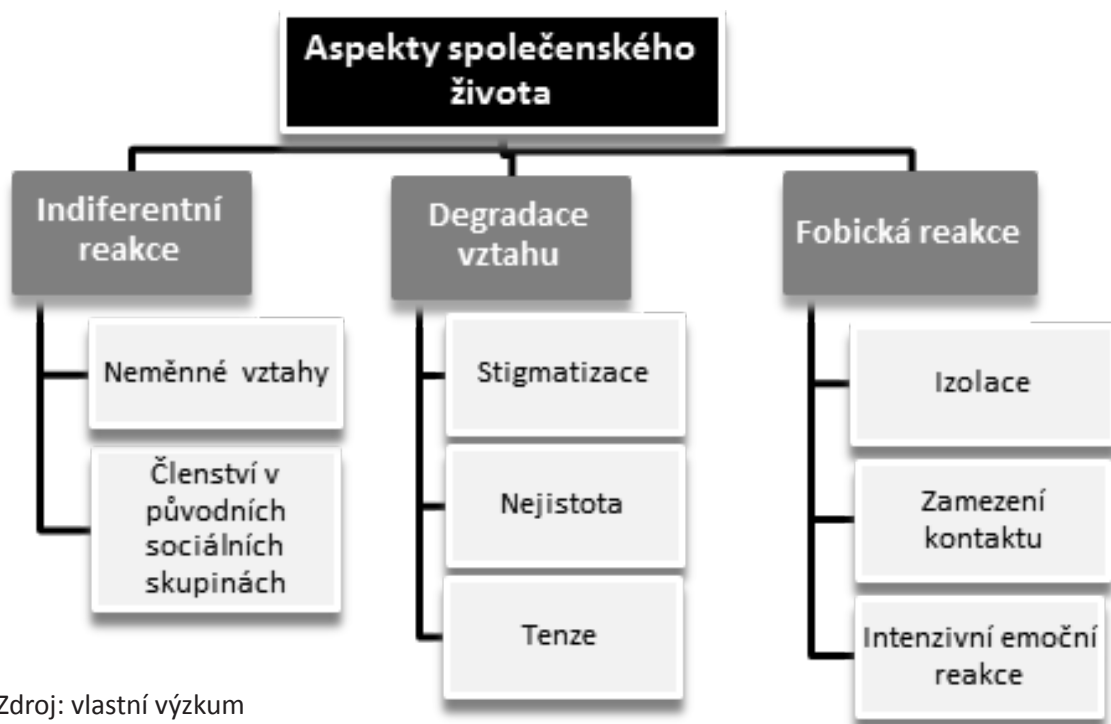
V oblasti indiferentní reakce je změna ve vztahu k jedinci nulová či dochází jen k minimální změně. Členství v původních sociálních skupinách nezaniká, jedinec nadále zůstává jejich členem a dál participuje dle svých možností na jejich činnosti. Tento stav popisuje jeden z respondentů: „Vždycky jsem měl hodně přátel. Nejdřív jsem jim o tom lhal, ale stejně se to dozvěděli. Přesto zůstali mými přáteli.“ (zedník, 48)

Další možnou reakcí sociálního prostředí je degradace vztahu. Jedná se o situaci, kdy jsou vztahy v rámci širšího sociálního prostředí jedince změněny. Může se jednat o stigmatizaci, kdy sociální prostředí na jedince hledí skrze nálepku „pedofila“. Tento fakt je většinou spojen se ztrátou některých přátel a známých. Dále se může jednat o nejistotu a tenzi ve skupinách jejichž členem jedinec je. Lidé nevědí jak na jedince reagovat, obávají se možných rizik spojených s kontaktem s touto osobou či stigmatizace vlastní osoby. Tento stav vede ke snaze vyhnout se kontaktu s jedincem a tím svou nejistotu a tenzi minimalizovat. Reakce jednoho z respondentů na nejistotu a tenzi jeho sociálního prostředí: *„Stačí jeden člověk, který zná jiného člověka a už se to v tu chvíli kupí a navaluje. Budu raději sám, aby se mnou nemuseli trpět ostatní.“* (podnikatel, 31 let)

Poslední skupinou reakcí sociálního prostředí je reakce fobická. V této skupině reakcí se jedná zpravidla o silné a neadekvátní reakce vycházející z povrchní znalosti problematiky, ovlivněním mediálními kauzami či z velké úzkostlivosti.

Mezi tento typ reakcí patří naprostá izolace pedofilního jedince, jejímž základem může být široké spektrum motivů. Rovněž zamezení kontaktů, kdy je pedofilní jedinec informován, že je považováno za nežádoucí, aby byl nadále v kontaktu s dalšími členy sociální skupiny či rodinnými příslušníky těchto členů a to zpravidla z důvodu bezpečnosti či obav ze stigmatizace. Posledním typem reakce je intenzivní emoční reakce, která se často projevuje křikem, pláčem, výčitkami apod. (viz schéma č. 3). Tuto reakci popisuje jeden z respondentů: *„Když jsem potkal svou kamarádku R., na ulici na mě začala křičet, ať vypadnu, že s takovým hajzlem nechce mít nic společného. A ať už ji nikdy nekontaktuju nebo na mě zavolá policajty.“* (úředník, 36 let)

Schéma č. 3: Aspekty společenského života



Zdroj: vlastní výzkum

ZÁVĚR

Pedofilie má tedy charakter celoživotního zaměření, se kterým se jedinci vyrovnávají rozličným způsobem. Někteří se snaží své přirozené tendence zapřít, jiní své zaměření projevují pouze v různých uměleckých dílech (literárních dílech, malbách, sochách apod.) (Šrámová, 2015)

Život s pedofilií je bezesporu velmi náročným údělem, který však každý z těchto jedinců nezvládne tak, aby se nedopustil společensky nepřijatelného chování.

Cílem realizovaného výzkumu bylo nahlédnout na pedofilii z jiného pohledu než je obvyklé. Tedy podívat se na dopady, s kterými se pedofilní jedinci musí ve svých životech potýkat. Diagnóza pedofilie se intenzivně promítá do většiny sfér života tohoto jedince. Z tohoto důvodu je třeba na tuto problematiku nahlížet multidisciplinárně, navazovat intenzivní spolupráci mezi odborníky různých odborností, aby bylo možné pomoci těmto osobám žít kvalitní život a zajistit jim dostatečnou odbornou podporu a informovanost, aby se maximálně minimalizovala možná rizika s touto diagnózou spojená.

LITERATURA

- [1] ATKINSON, L. R. *Psychologie*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003, xxiii, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.
- [2] BERNER, W. *Perverze*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 120 s. ISBN 978-80-247-4854-2.
- [3] BRICHČÍN, S. Kontexty. *Registr deviantů aneb Kdo opravdu ubližuje dětem?* Česká televize, 2010, délka 50 minut, 16. 11. 2010, 22:15. Scénář: Lucie Vopálenská. Dostupné z: <<http://url1.eu/FXO>>.
- [4] DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015, 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [5] KAŇKA, P. *Abeceda homosexuality*. 2000. 20 s. Dostupné z: <<http://url1.eu/Q90>>.
- [6] KOVÁŘ, P. et al. *Sexuální agrese*. 1. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf, 2008, 292 s. ISBN 978-80-7345-161-5.
- [7] PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 98-247-4332-5.
- [8] ŠRÁMKOVÁ, T. *Sexuologie pro zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.
- [9] WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.
- [10] WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání pachatelé a oběti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 212 s. ISBN 80-7169-795-8.
- [11] ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001, 111 s. ISBN 80-902318-7-X.
- [12] ZIMANOVÁ, J. WEISS, P. Homosexuální pedofilie u žen. Česká a slovenská psychiatrie. Praha: Galén. 104 r. 7 č. 362-364 s. ISSN 1212-0383.
- [13] ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-720-4264-5.
- [14] ŽÁK, K. *Pedofilie*. In 17. celostátní kongres k sexuální výchově, Pardubice, 2009. JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.. Sborník referátů, 17. celostátní kongres k sexuální výchově, Pardubice, 2009. první. Brno: Tribun EU s.r.o., 2009. s. 152-155, 155 s. ISBN 978-80-7399-835-6.
- [15] ŽÁK, K. REISSMANNOVÁ, J. *"Pedofilie" v médiích*. In XXIV. Bohnické sexuologické dny, sborník textů. Praha, 2012. první. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 2012. s. 96 -100, 5 s. ISBN 978-80-7204-831-1.

SOCIAL IMPACTS OF LIFE WITH PAEDOPHILIA



ABSTRACT

Paedophilia is one of the best known disorders of sexual preference. Within this disorder, the individual is sexually attracted to objects in prepubertal age. Individuals with this orientation are therefore people who on the one hand prefer a physically immature object of their erotic focus, and on the other hand with the absence of secondary sex characteristics. Unlike other disorders, cases associated with a paedophile perpetrator of sexual misconduct are often presented in the media. This is a disorder, whose wearer is generally perceived very negatively by the society. View of the society on paedophiles is therefore a universally known fact, but what is a life with paedophilia like? What impact does this diagnosis have on an individual's life? The answer to these questions sought to be found in the realized qualitative research. The research group of persons with paedophilia was made up of 16 men. An interview technique was chosen for data collection. Results of this research provide an insight into life through the eyes of paedophile-oriented people. The major social implications of life associated with this diagnosis are also defined. The basis for more effective technical assistance to these persons is a deeper understanding for life aspects of bearers of this disorder.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

Mgr. Hana Vojáčková, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra technických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: hana.vojackova@vspj.cz

KEYWORDS:

paedophilia, paraphilia, social impact,
quality of life

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

PETRA VRŠECKÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Zdraví každého jedince je jednou z nejdříve ceněných komodit. S prodlužující se délkou života se bohužel prodlužuje i období, ve kterém jsme častěji nemocní. Každý z nás již někdy přišel do kontaktu se zdravotnickým zařízením. Dříve bylo rozhodování o nutnosti zdravotní péče a jejího druhu zcela na rozhodnutí lékařů, lékař byl ten, který nejlépe věděl, co je pro pacienta nejlepší a pacient byl v roli příjemce, který se ke své léčbě nemá právo vyjadřovat. Dnes se situace změnila a pacient je ten, kdo rozhoduje o svém pobytu v zdravotnickém zařízení a o léčbě vůbec. Udělený souhlas pacienta s výkonem důležitým pro léčbu je pro pacienta samotného velmi důležitý krok, ale je důležitý i pro lékaře, a to zejména z forenzních důvodů. V příspěvku jsou uvedeny základní náležitosti a formy informovaného souhlasu, jeho platnost, možnosti odvolání a neposkytnutí informovaného souhlasu. Dále ten, kdo je oprávněn pacienta informovat a samozřejmě i legislativa, o kterou se můžeme opřít. Ve výzkumné části jsou prezentována nejzajímavější data z výzkumu u pacientů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

legislativa, informovaný souhlas,
pacient, zdravotnický pracovník, léčba

ÚVOD

Lidské zdraví patří mezi jednu z nevyšších hodnot našeho života. Zdraví ovšem není samozřejmostí a s přibývajícím věkem se téměř u každého z nás začínají objevovat nějaké zdravotní potíže. V dávných dobách lidé spoléhali na šamany a zaříkávače. Nicméně s rozvojem věd se začala zdokonalovat i péče o zdraví. Zdravotnictví patří mezi jedno z nejrychleji se rozvíjejících odvětví, spolu s rozvojem diagnostické a léčebné části ovšem vyvstává otázka práva ve zdravotnictví, práv pacientů, práv zdravotníků a podobně.

Dříve byl pacient při rozhodování o zdravotní péči zcela odkázán rozhodnutí lékařů, lékař nejlépe věděl, co je pro pacienta nejlepší a pacient nebyl až na výjimky do rozhodovacího procesu vůbec přizván. Situace se za poslední půl století výrazně změnila. Dnes vyjma akutních výkonů je to i pacient, kdo zasahuje o rozhodování, jestli daný výkon podstoupí, či nikoliv.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Dnes je souhlas pacienta s výkonem důležitý nejen pro pacienta samotného, ale také pro lékaře, který tím předchází případným sporům o to, jestli byl pacient dostatečně informován, či nikoliv.

Informovaný souhlas vychází z několika právních norem, a to zejména:

Z mezinárodních dokumentů, které upravují oblast medicínského práva, stojí za zmínku především

- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně)

České zákonné normy týkající se informovaného souhlasu jsou tyto:

- Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., O zdravotnické dokumentaci
- Listina základních práv a svobod
- Zákon 89/2012 Sb., Občanský zákoník

ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ

V roce 2001 Parlament České republiky ratifikoval mezinárodní Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Jedná se o jeden z významných pramenů práva, který v České republice upravuje problematiku informovaného souhlasu. Tato mezinárodní smlouva byla zpracována

Radou Evropy za účelem zabezpečit každému člověku právo na nedotknutelnost a ochranu základních svobod. (Šustek, Holčapek, 2007)

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, který je účinný od 1. 4. 2012. V § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách je stanoveno, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, pokud zákon o zdravotních službách nestanoví jinak.

Nový zákon o zdravotních službách po více než čtyřiceti letech nahradil zastaralý a mnohokrát novelizovaný zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, a obsahuje úpravu, která byla do té doby součástí jednotlivých zákonů a podzákoných předpisů. Nově stanovuje pravidla pro udělování informovaného souhlasu. (Fiala, Mayer, 2014)

Další zákonnou normou, podle které je třeba postupovat je vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, zde se v příloze č. 1 bod 5 uvádí, jaké údaje má písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb obsahovat.

Od roku 2014 vstoupil v platnost nový občanský zákoník, který obecně posiluje autonomii pacientů. Nový občanský zákoník má víc chránit práva pacientů, klade důraz na informovanost a v mnoha případech i jasný souhlas nemocného. Informovaného souhlasu se týkají zejména § 93-103: Zásah do integrity. (Eliáš, Svatoš, 2014)

NÁLEŽITOSTI INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Naše právní normy jasně stanoví, jak má souhlas vypadat a to v § 31 odst. 2 zákona o zdravotních službách. Pacient musí být informován o:

- příčině onemocnění a jejím vývoji, samozřejmě pokud je taková příčina známa,
- proč budeme provádět dané zdravotní služby včetně poučení o jejich rizicích,
- jiných možnostech léčby, včetně jejich rizik,
- dalším způsobu léčby, který pacient bude potřebovat,
- o omezeních v dosavadním způsobu života,
- možnosti vzdát se informací o svém zdravotním stavu,
- určit osoby, kterým mají být informace týkající se zdravotního stavu pacienta sděleny,
- možnost zákazu podávat informace o pacientovi,
- poučení o tom, že se pacient mohl rozhodnou svobodně
- datum a podpis pacienta a pracovníka, který informace pacientovi sdělil

(Ministerstvo vnitra, 2015)

FORMY INFORMOVANÉHO SOUHLASU V ČR

Pacient má právo znát informace o svém zdravotním stavu. Záleží ovšem na formě, kterou je tato informace podána. Obecně můžeme pacientovi informace sdělit:

- ústně,
- konkludentně,
- písemně.

ÚSTNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jde zejména o situace, které jsou běžné zejména v ordinacích praktických lékařů, například odběr krve, aplikace injekcí a podobně. Problém by mohl nastat při prokazování podání informací, protože tato forma podání informací není prokazatelná.

PÍSEMNÁ FORMA INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Tato forma by měla být vždy, pokud je u pacienta prováděn závažnější terapeutický, nebo diagnostický výkon.

Informovaný souhlas je právním úkonem, proto by měl mít potřebné náležitosti a měl by být poskytován a udělen:

- svobodně,
- vážně,
- určitě,
- srozumitelně,
- měla by být zohledněna vůle pacienta.

(Haškovcová, 2007)

KDO INFORMUJE PACIENTA

Naše právní úprava stanoví pouze to, že to musí být zdravotník k takovému výkonu způsobilý. Výklady této normy se příliš neliší, pokud se jedná o výkony, které provádí lékař, měl by to být lékař, který pacienta informuje, protože on je v tu chvíli zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného povolání. Jsou ovšem i výkony, které provádí sestry, zde je podle výkladů práva dostačující, aby o příslušném výkonu informovala sestra. (Šustek, Holčapek, 2007)

KDO JE INFORMOVÁN

Dle Úmluvy o biomedicíně je to každý dospělý člověk, který je právně způsobilý na informovaný souhlas. Ovšem pak je tu ještě otázka dětí a osob právně nezpůsobilých. Zde informovaný souhlas uděluje osoba, která je zákonným zástupcem nezletilého, nebo osoby právně nezpůsobilé. Ovšem je nanejvýš vhodné takou osobu přiměřeným způsobem o léčbě informovat. (Haškovcová, 2007)

KDY MÁ BÝT PACIENT INFORMOVÁN

Pacient má být jednoznačně informován před výkonem, pokud tomu samozřejmě je schopen. (Policar, 2010)

PLATNOST INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Informovaný souhlas má platnost pouze v takovém případě, byl li udělen svobodně a informovaně. Musí být udělen na základě objektivních a pravdivých informací. Dále je třeba, aby splňoval všechny náležitosti tak, jak je vyžaduje náš právní řád. (Haškovcová, 2007)

TRVÁNÍ INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Informovaný souhlas pacient nedává natrvalo, o to, po jaké době, nebo v jakých situacích by se měl obnovovat, se vedou diskuze. Nicméně podle prof. Haškovcové by se měl informovaný souhlas obnovovat vždy, pokud je pacient léčen dlouhodobě a pokud se nějakým způsobem mění postup léčby, nebo diagnostiky. (Haškovcová, 2007)

ODVOLÁNÍ INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Dle Úmluvy o biomedicíně se může informovaný souhlas odvolat kdykoliv, což pro pacienta znamená, že může vyslovit nesouhlas s dalším poskytováním péče i těsně před výkonem, ke kterému dal před tím souhlas. Odvolat může pacient pouze péči budoucí, nevztahuje se na již provedené výkony. (Haškovcová, 2007)

ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Jedním ze základních práv pacientů je nejen mít přehled o zdravotní péči, která mu bude poskytována, ale i tuto péči odmítnout, což musí být respektováno. Toto odmítnutí musí být ovšem řádně zdokumentováno, nejlépe písemnou formou. Součástí odmítnutí zdravotní péče, tzv. negativního reverzu je vysvětlení možných komplikací a důsledků vyplývajících z odmítnutí zdravotní péče. Pokud pacient i přes náležité vysvětlení zdravotní péči odmítá, tak zdravotníci nesmí zdravotní péči provést

a nenesou za to právní důsledky. (Šustek, Holčapek, 2007)

NEPOSKYTnutí INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Jak již bylo uvedeno, před každým terapeutickým a léčebným výkonem musí pacient vyslovit s tímto zákrokem souhlas.

Léčba bez informovaného souhlasu v případě, že by pacient mohl a měl být informován je neetická a i v případě, že by byla úspěšná, tak se stává právně napadnutelnou. (Ptáček, Bartůněk, 2011)

Jestliže by totiž zdravotník provedl léčebné, nebo diagnostické výkony bez souhlasu pacienta, pak by všechny tyto výkony byly považovány za protiprávní. (Haškovcová, 2007)

NEJČASTĚJŠÍ CHYBY

V české republice bohužel neexistuje jednotná forma pro informovaný souhlas. O to větším důvodem je vyvarovat se nejčastějších pochybení v jeho formulaci jako například:

- informovaný souhlas nemá formální náležitosti (nečitelnost, chybí podpisy),
- informovaný souhlas je příliš obecný,
- informovaný souhlas je příliš podrobný (odrazuje pacienty zejména výčtem rizik),
- chybí údaje o rizicích spojených s poskytovanou péčí,
- chybí údaje o výsledku péče, nebo výkonu,
- chybí alternativy výkonu,
- informovaný souhlas předkládá pracovník, který je k tomuto výkonu nezpůsobilý. (Haškovcová, 2007)

Tento příspěvek je teoreticko - praktický, proto jsem se rozhodla ve výzkumné části zjistit, jak se propojí teoretická východiska s praxí.

METODY VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK

Hlavní metodou výzkumu byl nestandardizovaný dotazník, který se vztahoval k těmto cílům:

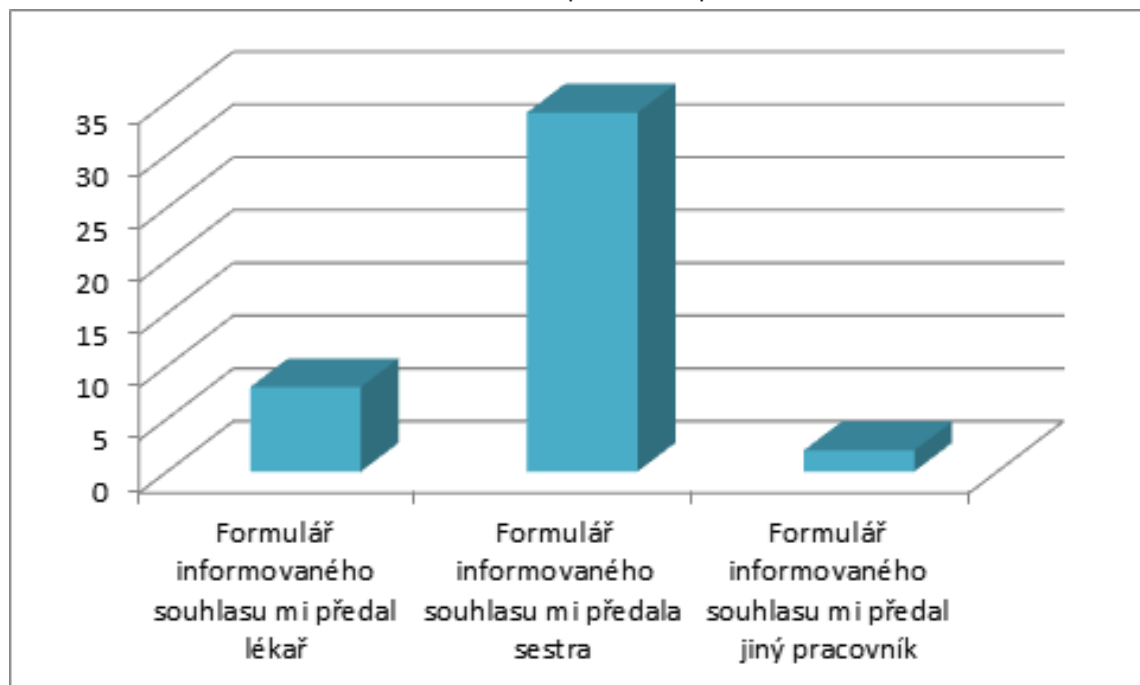
1. zjistit, zda je podávání informací v rámci informovaného souhlasu pouze formální záležitostí
2. zjistit, zda informovaný souhlas pacientovi předává k tomu kompetentní pracovník

Výzkum probíhal v Nemocnici Jihlava, předmětem výzkumu byli pacienti hospitalizovaní na kardiologickém a interním oddělení této nemocnice. Distribuováno bylo celkem 50 dotazníků a zpět se vrátilo 44 správně vyplněných dotazníků. Při zpracování získaných dat jsem použila Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2010.

VYBRANÉ VÝSLEDKY VÝZKUMU

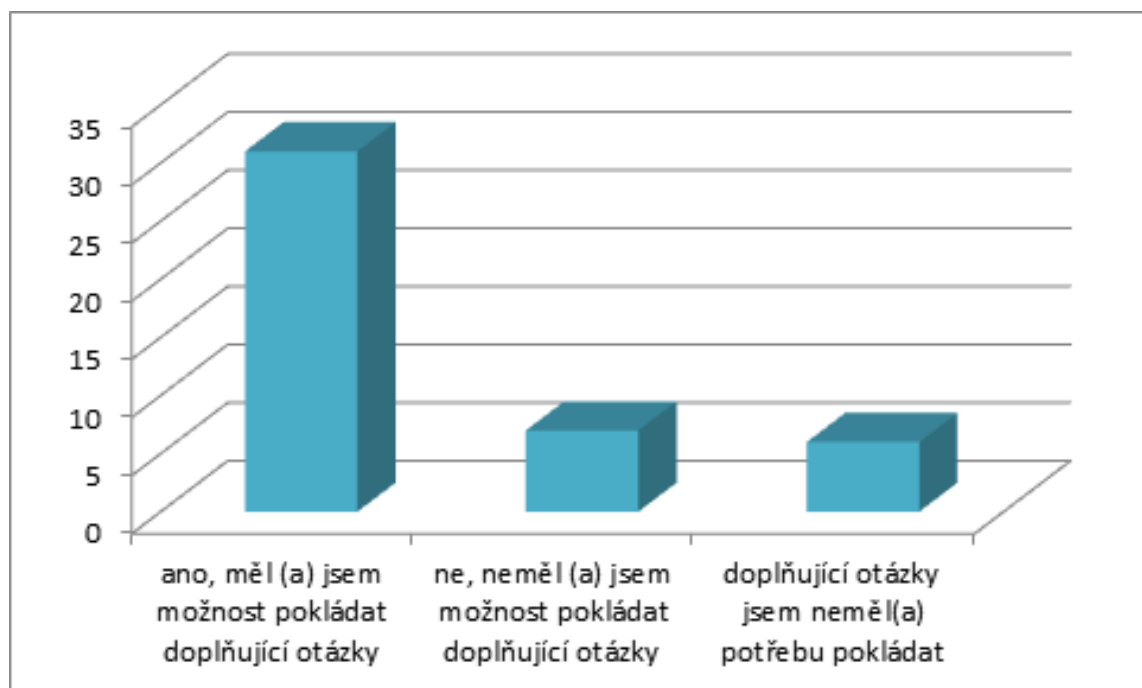
Vybrané otázky šetření týkající se problematiky uvádím v grafech.

Graf č.1: Předání informovaného souhlasu kompetentním pracovníkem



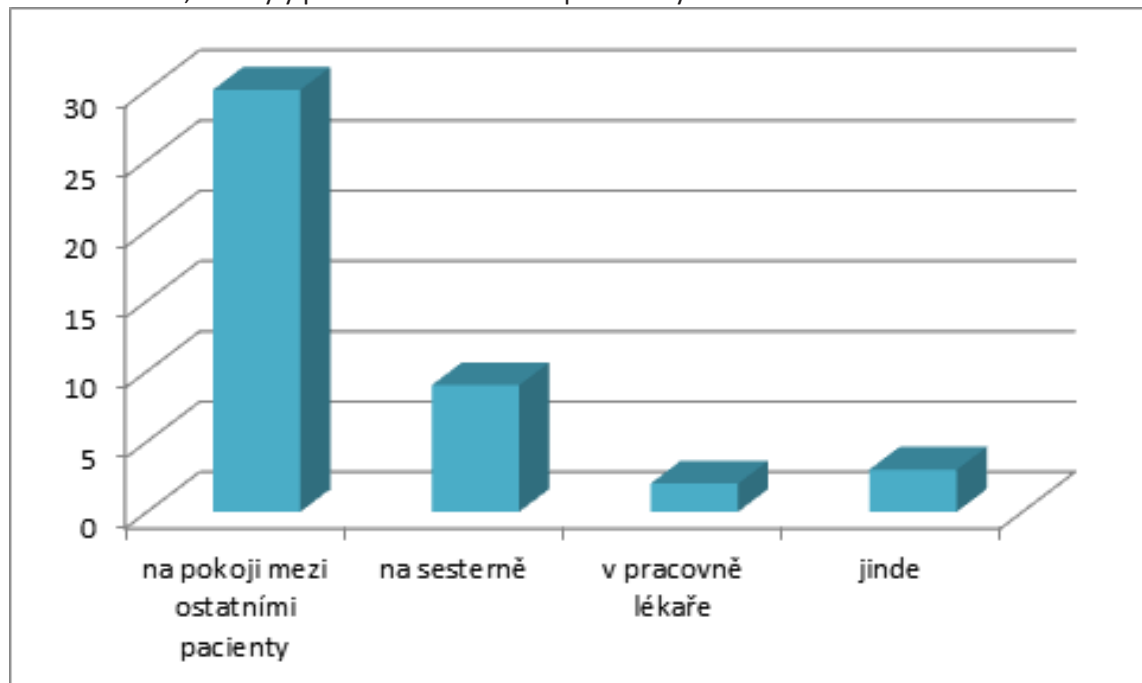
Na otázky tohoto typu odpovídali respondenti takto, většině z nich 34 respondentů (78 %) informovaný souhlas předala všeobecná sestra, 8 respondentům (18 %) ho předal lékař a 2 respondentům (4 %) ho předal jiný pracovník nemocnice.

Graf č.2: Možnost pokládání doplňujících otázek



Na otázku, zda se mohli pacienti ptát na souvislosti s plánovaným výkonem a měli možnost klást doplňující informace, odpověděla většina respondentů 31 (70 %) že ano. Respondentů, kteří tuto možnost neměli, bylo 6 (14 %). 2 respondenti (4 %) neměli potřebu se na cokoli dotazovat.

Graf č.3: Místo, kde byly pacientům informace předávány



V dalších otázkách byly řešeny okolnosti místa předání informovaného souhlasu. 30 respondentům (68 %) byly informace ohledně informovaného souhlasu předány na pokoji v přítomnosti ostatních pacientů, u 9 respondentů (20 %) tak bylo učiněno na sesterně, 2 respondentům (5 %) v pracovně lékaře a 3 respondentům (7 %) jinde.

DISKUZE

V posledních letech je problematika informovaného souhlasu stále více probírána v odborných i laických kruzích české veřejnosti. Po výrazné změně společenských poměrů v České republice v roce 1989 se informovaný souhlas stal diskutovanou problematikou nejen medicínského práva v České republice, také problematikou politickou a samozřejmě ekonomickou.

Z uvedených výsledků výzkumu vyplývá, že informovaný souhlas není vždy pacientovi poskytován v souladu s platnými předpisy. K podobným výsledkům došla i kolegyně Petra Marhounová z LF UP v Olomouci, která ve svém výzkumu potvrdila, že největší díl poskytnutí informovaného souhlasu pacientovi se děje na pokoji a to většinou v přítomnosti ostatních pacientů. Naproti tomu Renáta Zárubová z katedry managementu Bankovního institutu vysoké školy Praha došla k pozitivním závěrům, že nejméně polovina pacientů hodnotí informace, které dostávají od svého ošetřujícího lékaře jako dostatečné. Stejnému tématu se ve své práci věnovala i kolegyně Jana Kaslová z PF UK Praha, kde jasně vymezuje jak právo pacienta klást doplňující otázky, tak nutnost, aby pacienta poučila kompetentní osoba, tzn. taková osoba, která je kompetentní k poskytování informací o výkonu, kterého se daný souhlas týká. Totéž potvrzuje ve své práci na téma Právní aspekty informovaného souhlasu pacienta Lucie Jurčíková z PF UP v Olomouci.

ZÁVĚR

Účelem a smyslem informovaného souhlasu není jen formální souhlas pacienta, ani vynucení jeho souhlasu proti jeho svobodné vůli, či získání podpisu, ale detailně pacienta informovat o povaze jeho onemocnění a nutných zákrocích, které mu budou poskytnuty. Základními sounáležitostmi informovaného souhlasu pacienta jsou jasně dány novou právní úpravou. Mezi základní právo každého jedince je rozhodovat o svém, což je touto právní úpravou výrazně posíleno.

LITERATURA

- [1] ELIÁŠ, Karel a Marek SVATOŠ. Nový občanský zákoník 2014: rejstřík : redakční uzávěrka 26.3.2012. Ostrava: Sagit, 2012. ÚZ. ISBN 978-80-7208-920-8.
- [2] FIALA, Petra a Jindřich MAYER. FIALA, Tejkal a partneři, advokátní kancelář, s.r.o. *INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB* [online]. Brno, 2014 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/informovany-souhlas-pacienta-s-poskytovanim-zdravotnich-sluzeb-93584.html>
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 104 s. ISBN 978-807-2624-973.
- [4] MINISTERSTVO VNITRA. *Portál veřejné zprávy* [online]. Praha, 2015 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=98~2F2012&rpp=15#seznam>
- [5] POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 223 s. ISBN 978-802-4723-587.
- [6] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
- [7] ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, xv, 243 s. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6.

INFORMED CONSENT



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Vršecká
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: petra.vrsecka@vspj.cz

ABSTRACT

The health of each individual is one of the most highly prized commodity. With increasing life expectancy, unfortunately, also extends the period in which we are ill more often. Each of us has ever come into contact with health facilities. Previously it was deciding on the need for health care and the choice of the type of care entirely to the discretion of the physician, the doctor was the one who knew best what is best for the patient and the patient was in the role of the recipient, which is to their treatment has the right to express. On the situation has changed and the patient is the one who decides about his stay in the medical facility and treatment for all. Granted patient's consent to the exercise important for his treatment for the patient itself a very important step, but it is also important for doctors, especially for forensic reasons. The paper presents the basic essentials and informed consent forms, its validity, the possibility of appeal and the failure to provide informed consent. Furthermore, who is entitled to inform the patient and of course the legislation on which we can rely. In the research section we present interesting data from research on patients.

KEYWORDS:

legislation, informed consent, patients, health professionals , treatment

KONCEPCE VÝUKY PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI

OTTO ČAČKA
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Psychologie osobnosti poskytuje přehled o koncepcích osobnosti a didakticky uspořádanou formou prezentuje poznatky o skladbě, dynamice i vzájemné součinnosti činitelů osobité integrovanosti a vyspělosti osobnosti. Její individuální charakteristiky jsou určovány dosaženou kvalitou východisek autoregulace. Charakteristiky sebeřízení se opírají o míru rozvoje dílčích duševních funkcí zajišťujících základní orientaci, přes obecné aspekty socializace osvojované sociálním učením, ke stále individualizovanějším a flexibilnějším procesům sebeformování a sebeuplatnění, až po osobní autokultivací rozvíjená sebepřekračující východiska rozhodování kultivované osobnosti. Cílem je nejen optimálnější práce na sobě, ale zvláště osvojení cílů a postupů při práci s klienty.

KLÍČOVÁ SLOVA:

osobnost, struktura, dynamika, dispozice, potřeby, vědomosti, postoje, role, Jáství, vzdělanost, ideály, životní poslání

ÚVOD

Pro práci s lidmi v oborech zdravotně sociální pracovník, všeobecná sestra, stejně jako u budoucích pracovníků v cestovním ruchu je psychologická příprava nezbytnou součástí odbornosti. Psychologie osobnosti představuje určité završení psychologických disciplin. Existuje řada odlišných přístupů a modelů struktury osobnosti. Jsou uváděny modely: horizontální (deskriptivní), vertikální (vrstevové), rysové (faktoriální), situační (dynamické), transpersonální aj. (Drápela 1997).

Pro přiblížení složité problematiky psychologie osobnosti jsme zvolili tzv. vrstevový model (Čačka 2002). Představuje logicky uspořádaný systém psychologických poznatků s jasnou subordinací jednotlivých úrovní duševního dění, takže vytváří ucelený obraz lidské psychiky v jejím životním projevu.

Vrstevové modely duševního dění byly tvořeny již ve starověku (Platon, Aristoteles) a jen v minulém století jich vzniklo *více než deset* (např. Kraus, Kleist, Hayer, Braun, Hoffmann, Rothacker, Lersch, Thiele, Thorne aj.).

Při výkladu hierarchického uspořádání vrstevového modelu duševního dění osobnosti použil F. C. Thorne (in Smékal 1985, 47) výstižně přirovnání k čtyřstupňové raketě. Náplní jednotlivých stupňů jsou podle něj:

1. Základní reflexy na nižších úrovních zajišťující biologické funkce organismu.
2. Návyky a postoje, které jsou nevyhnutelné pro plnění běžných životních úkolů.
3. Funkce vyšší úrovně (sebepojetí, přesvědčení, životní styl atp.) nutné k řešení problémů, které přináší život.
4. Na nejvyšší úrovni jsou to duševní útvary umožňující integraci až k sebepřekonání (transcendenci) v jednání.

Každá vyšší rovina vrstevového modelu osobnosti reprezentuje vždy vyspělejší východiska sebeřízení osobnosti a při tom nijak neruší kvality funkcí v rovině předcházející, ale naopak vede k jejich efektivnějšímu uplatnění.

1. ELEMENTÁRNÍ PROCESY V PRVNÍ VRSTVĚ STRUKTURY OSOBNOSTI

První rovinu modelu vrstev osobnosti [Čačka 2002] reprezentují duševní procesy exponované od raného dětství v bezprostředním kontaktu s realitou (vnímání, myšlení, prožívání, vůle aj.). Jejich kvalita je limitována individuálními dispozicemi a jejich postupným rozvojem na úroveň schopností. Můžeme je dělit na rozumové (ratio), prožitkové (imaginatio) a konativní (actio). Tyto základní duševní procesy však neztrácí na svém významu ani ve zralejším věku. Tvoří nedílnou součást i vyšších a komplexnějších duševních útvarů rozvíjejících se až v pozdějších stádiích vývoje.

1.1 RATIO

Knejelementárnějším racionálně-kognitivním funkcím duševního dění patří vědomí, čítí, vnímání, pozornost, paměť., imaginace a myšlení. V rámci psychologie osobnosti představují tyto procesy výchozí základnu individuálních kvalit duševní činnosti a tvoří i významný faktor jedinečných charakteristik postupně vznikajících komplexnějších útvarů vyšších vrstev duševního dění osobnosti.

V jejich vymezování zůstává méně známá zvláště variabilita kognitivních stylů v přístupu k realitě. Vedle genetické podmíněnosti jsou důsledkem zvláštností procesu vzdělávání. Uvádějí se polarity jako: zaměření spíše na detaily - či na celek, orientace na rozdíly - nebo na podobnosti, postupování "krok za krokem" – nebo intuitivnost a vhled, úzké zaměření - či odstup, ostrost a přesnost odrážení - anebo spíše ulpívání na dříve fixovaném, tendence k reprodukování - nebo spíše objasňování, snaha o objektivní přístup - či důraz na subjektivnost, šíře a stabilita kritérií - anebo jejich nejasnost a povrchnost, interní - či externí východisko kontroly, pomalost a přesnost - rychlost a nepřesnost, rigidita - flexibilita, závislost na sociálním poli - nezávislost a originalita aj. Jedním z aspektů kognitivních stylů je i individuálně dominantní analyzátor. J. Čáp (1993, 242) uvádí ještě konkrétnost - pohotové zobecňování a abstrakce, impulzivnost - uvážlivost. Tyto ustálené typy rozdílných postupů odrážení reality se podílejí v osobitosti přijímání, zpracovávání i vnitřní organizaci informací a tvoří tak jednu z významných charakteristik jedince. Výčet jejich forem není dosud zcela ukončen.

V práci s klienty je potřeba posoudit aktuální kvality dílčích složek psychického dění (např. stability pozornosti, záměrnosti paměti, úrovně myšlenkových operací, včetně míry uplatňování divergentního myšlení atp.). Všechny duševní funkce ochablé nevyužíváním je možné oživit jen postupným zatěžováním.

1.2 IMAGINATIO

Imaginativně-emoční funkce osobnosti reprezentují subjektivní oblast duševního dění. Tvoří je komplex procesů prožívání a chtění, *těsně přiléhající* k vlastnímu Já osobnosti. City doprovází veškeré duševní dění a jsou výrazem jak osobního hodnocení reality, tak i *východiskem* zaměření osobnosti. Soubor obvyklých emočních zkušeností je patrný v trvalejším ladění bazální emocionality (radost - smutek, optimizmus - pesimizmus, senzitivace - represivita aj.), která je relativně stabilní charakteristikou osobnosti.

Člověk není ve svém prožívání jednoznačně determinován *čistě biologicky, stejně jako nejsou jeho emoční reakce výlučně výsledkem učení*. Díky vazbě citů na reálné naplňování potřeb nelze nikdy nikoho natrvalo naučit reagovat "jakkoliv na cokoliv".

1.3 ACTIO

Vyspělost volných procesů i adekvátnost adaptace je dána v každé vrstvě osobnosti dosaženou kvalitou *ratia* a *imaginatia*. Volný proces zahrnuje od výběru cílů sloužících k naplnění nespecifických potřeb, přes propracovávání dalších složek motivu (prostředky, hodnota cíle a míra aktivace) až po rozhodnutí realizovat akci, po kterém teprve následuje volní jednání spojené s neustálým překonáváním frustrujících bloků cílesměrného jednání. Činnost člověka však nespočívá jen v bezprostředním volním vypětí, ale s rozvojem osobnosti také v plánovitém naplňování dlouhodobějších životních projektů.

Spolu s porozuměním struktury a dynamice volných procesů je potřeba napomáhat studentům i ke zvýšení osobní odolnosti ke stresu - jak posílením hladiny frustrační tolerance, tak osvojením postupů uvolňovat napětí společensky přijatelným způsobem a tuto dovednost by pak měli předávat i svým klientům. Hodnota člověka je také v tom, zda dokáže *přijmout i určitou míru bolesti a trápení*. U trpících je proto lepší apelovat spíše na odvalu a trpělivost, než se pokoušet snižovat význam jejich potíží, anebo je vést pouze k zapomenutí, odpuštění atp.

2. KOMPLEXNĚJŠÍ FUNKCE DRUHÉ VRSTVY STRUKTURY OSOBNOSTI

Komplexnější sociálně podmíněné složky druhé vrstvy jsou např. vědomosti, postoje, role aj. Ty tvoří obvyklá východiska jednání zvláště ve školním věku. V dospělosti by člověk uplatňující ve svém sebeřízení pouze naučené poznatky, postoje a společenské normy bez snahy o osobitý přínos zůstal jen konformní osobností.

2.1 VĚDOMOSTI A DOVEDNOSTI

V užším slova smyslu je učení řízeným procesem nabývání vědomostí a dovedností potřebných k optimální orientaci a adaptaci v daném prostředí. Každá funkce druhé vrstvy psychiky osobnosti v sobě vždy zahrnuje všechny procesy vrstvy první. Například součástí učení je nejen pozornost, paměť, představivost či myšlení, ale nezbytně i city a vůle. Na to musí pamatovat každý vychovatel, tedy i sociální pracovník.

Pro zdravotně sociální práci je důležité dobře zvládnout zvláště postupy osvojování vědomostí a dovedností při utváření nových návyků u klientů. Při tom je nezbytné projít všechny fáze postupu od instrukce přes generalizaci, vnější zpětnou vazbu, fázi sebeřízení vnitřní zpětnou vazbou, následující proces diferenciací až po automatizaci úkonů. Je také nutné znát důsledky transferu, reminiscenčního pokroku aj. Jedině tak mohou vznikat návyky spojené s osobním přesvědčením klientů o smyslu realizovaných úkonů.

2.2 POSTOJE

Postojem se rozumí získaná a relativně ustálená tendence k myšlenkové, citové a akční odezvě na určité objekty, osoby, sociální skupiny, pojmy, problémy, situace, hodnoty atp. Postoje urychlují i sjednocují sociální orientaci a reagování v rámci určité komunity.

Jejich rigidita však bývá nejen ve výchovně terapeutickém procesu až škodlivá. Právě tak jako všechny léky nezabírají na každého stejně, musí být nedílnou součástí zdravotně sociální práce i schopnost empaticky vyslechnout názor klienta. V rámci psychologie osobnosti se snažíme u studentů dosáhnout rozvoje emoční inteligence, zvláště pak žádoucí úrovně empatie - formou cvičení (Buda 1988).

2.3 ROLE

Za roli je považován soubor očekávaného chování. Je to tedy určitá nadekretovaná norma pro plnění úkolů. Role sice zcela neblokuje projevy individuality, ale do jisté míry je omezuje. V rámci každé role lze také uplatňovat a rozvíjet i vlastní jedinečné dispozice. Psychologii osobnosti však zajímá spíše, jaké místo přisoudil daný jedinec té které roli v rámci struktury vlastní osobnosti, jak ji pojímá a jak pružně ji naplňuje. *Úplné splynutí s rolí by totiž zbavovalo kritického vztahu k ní i k sobě samému a člověk by pak často jednal nepřiměřeně.* Optimální je registrovat a uplatňovat i širší aspekty situace, než kolik jich zahrnuje jen nějaký předpis.

Učíme studenty, že je sice nutné všechny normy dobře ovládat, ale pro zvýšení účinnosti postupu je někdy také nezbytné tvořivě překonat rigiditu mnohých předpisů. Nad plněním daných *příkazů jakékoliv role* je potřeba si neustále připomínat, že máme i „roli člověka“, kterou bychom neměli nikdy opustit.

3. PSYCHICKÉ ÚTVARY TŘETÍ VRSTVY DUŠEVNÍHO DĚNÍ OSOBNOSTI

Třetí rovina vyspělosti duševního dění představuje již podstatně komplexnější jedinečné tendence osobnosti (sebepoznávání, sebeformování, sebeuskutečňování). Kategorie vědomí Já a jeho složek je v psychologii sjednocujícím, rozvíjeným i ochraňovaným nositelem vlastní identity.

Pojem Jáství označuje organizaci všech složek Já, které vykazují aspekty: kognitivní (sebeuvědomování a sebepoznávání), emocionální (sebehodnocení a sebepojetí) i konativní (ideální Já, seberozvíjení a seberealizace). Ve svém celku představuje dosažená úroveň náplně a míra vyváženosti složek Jáství sjednocující jádro osobnosti, dávající jednotný smysl a směr veškeré duševní činnosti jedince.

3.1 KOGNITIVNÍ SLOŽKY JÁ

3.1.1 Sebeuvědomování

Sebeuvědomování se postupně vyvíjí od dosažení prostého vědomí „jsem“ až po úsilí o prosazení vlastní autonomie. Veškeré subjektivní duševní dění je vázáno na tento nejnaternější zážitek sebe sama (Já myslím, Já cítím, Já chci).

Jako referenční bod duševního dění osobnosti má Já vždy intimní aspekt prožitkový (Já subjekt), který však neustále fluktuuje i s kritickým náhledem na sebe jako na cizího (Já objekt). Tato vnitřní dualita sebeuvědomování má významnou sebevýchovnou i sebeřídící funkci. Střídání obou hledisek této podvojnosti Já jedince neustále aktivuje a zajišťuje žádoucí rozvoj osobnosti. Vědomí „kdo jsem byl, kdo jsem a kým ještě mohu být“, je pro studenty i jejich budoucí klienty velkou posilou vlastní aktivace, kterou je při zdravotně sociální práci potřebné umět využít.

3.1.2 Sebepoznávání

Sebepoznávání je hledání odpovědi na otázku „jaký jsem“. K posouzení individuálních výkonových kvalit je neustále dostatek příležitostí (přiměřenost úsudků, *účinnost jednání atp.*), oproti tomu sebesouzení svých povahových rysů je podstatně náročnější. Vyžaduje dlouhodobou i pravidelnou sebereflexi, spojenou se záznamem a vyhodnocováním. Největším nebezpečím je při tom „lest sebeklamu“. Nejspolehlivější cestou k sebepoznávání je využití psychologických testů. Faktorová analýza odhalila pět pólových primárních rysů osobnosti (stabilita - labilita, aktivita - pasivita, podrobnost - dominance, imaginativnost - racionálnost, introverze - extraverze), které svými kombinacemi umožňují posoudit jedinečný povahový profil jedince.

Co neobjektivnější sebepoznání vlastní způsobilosti je podmínkou stanovení přiměřených cílů, odpovídajících možnostem jedince pro optimální interakci s prostředím. Pro mnohé není snadné toho dosáhnout. Pak se buď předčasně vzdávají, anebo si troufají na úkoly, které nakonec nezvládnou. Adekvátní sebepoznávání je nezbytným východiskem seberozvíjení i seberealizace.

3.2 AFEKTIVNÍ SLOŽKY JÁ

3.2.1 Sebepojetí (Jak chci být vnímán)

Sebepojetí představuje imaginativní sebekoncept, vnitřní obraz sebe, jakému se snažíme podobat a podle kterého pak stylizujeme svůj projev. Osobní sebeztvárnění nás oprostuje od podřizování se pouze nadekretovaným hlediskům a umožňuje aktivní sebeutváření autonomní seberegulace.

Formování a naplňování vlastního sebepojetí postupně prochází od stadia difuzní identity a následujícího stadia sociálně-normativní identity, přes krizi identity, až k dosažení zralé totožnosti (Erikson 1968).

Sebepojetí jedinců s nízkou sebedůvěrou vede ke snaze o sebezabezpečování vůči možným ohrožením, kdežto lidé s adekvátní sebedůvěrou usilují spíše o rozvoj vlastních kompetencí, aby si uměli poradit v jakékoliv krizové situaci. Sociálně zdravotní pracovník by měl být mj. schopen nasměrovat klienta k žádoucí orientaci možného seberozvoje.

3.2.2 Sebehodnocení (Vědomí zač stojím)

Kvalitu osobní sebeúcty podmiňují nejen zkušenosti z dřívějších stádií vývoje, ale i fázově podmíněná labilita spolu s některými primárními rysy (např. extraverte, dominance aj.). Sebevědomí je relativně stabilní rys osobnosti, často i bez vazby na reálné úspěchy či nezdary. Reálnou úspěšnost podmiňuje vždy adekvátní poměr schopností a pílě. Neúspěch vyžaduje obvykle buď zvýšit úsilí, anebo snížit nároky.

Existuje sebehodnocení nejen celkové (zobecněný přístup k sobě samému), ale i dílčí (profesní, studijní, mocenské, ekonomické, estetické aj.). Osobní význam jednotlivých předmětných oblastí se zvláště při selhání promítá do dopadu na celkové sebehodnocení. Nedoporučuje se falešné ujišťování, že „se to zlepší“. Naopak je dobré vést k orientaci na zachované předpoklady s tím, že hodnota člověka je také v tom, jak se dovede vyrovnat s určitými handicapy.

3.3 KONATIVNÍ SLOŽKY JÁ

3.3.1 Sebeaktualizace (Co chci umět)

Podle humanistických psychologů je "sebeuskutečňování" a jeho "pregnantnost" nejvyšším cílem života (Rogers 2014). Tendence k zhodnocení (evalvací) Já souvisí s osobní mírou potřeby výkonu, autonomie, respektu, úcty, obdivu aj.

Snaha o sebeaktualizaci je optimálně plánovitě realizovaný proces práce na sobě. Toho sebezdokonalování vlastních možností lze optimálně dosáhnout především prostřednictvím zájmů (ustálené orientace na určitou *předmětnou* oblast). Zájem je vždy spojen vedle regenerace i s rozvojem poznatků, citovým uspokojením a reálnou aktivitou. Pozitivně tak ovlivňuje všechny složky trojstránkovitosti duševního dění osobnosti. Závislosti (jako např. alkoholismus, gamblerství, drogy aj.) však osobnost nijak nerozvíjí, pouze ji degradují. Napomáhat k rozvoji trvalejších zájmových orientací v souladu s fyzickými, psychickými a sociálními možnostmi je nejen pro klienta vždy přínosem.

3.3.2 Seberealizace (Kým chci být)

Seberealizace spočívá v optimálním uplatnění jedinečných charakteristik osobnosti v rámci možností poskytovaných daným prostředím. Míra aspirace i ambic je značně individuální a přehnaná orientace na úspěšnost, má často i řadu negativních důsledků (obránné mechanismy, podvody aj.). Optimální je vést v rámci životních úkolů k dosažení horní hranice možného sebeuplatnění s naplněním obecné potřeby pomáhat jiným. Vyvážená adaptace v oblasti lásky, práce i zábavy dává člověku nejen pocit životní naplněnosti a spokojenosti, ale je i zárukou jeho normality (Jahodová 1958).

Naše Já je akčním jádrem osobnosti jen když se opírá o realistické sebepoznání, přiměřené sebepojetí i sebehodnocení a adekvátní snahu o seberozvoj a seberealizaci. Při práci na sobě i s klienty je proto potřeba neopomíjet míru vyváženosti dílčích složek Já a pomáhat k jejich rovnováze.

4. NEJVYŠŠÍ INTEGRAČNÍ VÝCHODISKA ČTVRTÉ VRSTVY OSOBNOSTI

Čtvrtou vrstvu duševního dění osobnosti tvoří nejvyspělejší až sebepřekračující východiska jednání kultivované osobnosti, které představují: "vzdělanost" (integrace obrazu světa), životní "moudrost" (harmonizované povědomí řádu světa) a "kultivovanost" (charakter a adekvátní hodnotové vědomí). Žádoucích kvalit této úrovně dosahuje v populaci údajně jen asi čtvrtina jedinců (Kohlberg 1984). Tyto nejvyšší duševní útvary osobnosti se uplatňují hlavně v situacích typu adjustačního (u periodické restruktury hodnotového vědomí) a kreativního (při snaze pozvednout dosavadní úroveň poznání).

4.1 VZDĚLANOST

Vzdělanost je výsledkem procesu vzdělávání a představuje individuálně více či méně ucelený „obraz světa“. Je zpravidla využívána při osobním rozhodování a rušení kognitivních disonancí.

Vzdělanost netvoří jen množství informací, ale především jejich uspořádanost. Podle K. H. Pribrama (1971) musí optimálně uspořádaný systém poznatků splňovat „čtyři R“:

1. REGISTRACI - každá kategorie musí zahrnovat i aspekt vývoje.
2. REPREZENTACI – vnitřní obraz reality by měl mít podobu až trojrozměrné „kognitivní konstrukce“.
3. REKONSTRUKCI - uspořádanost poznatků oboru má vyjadřovat jejich narůstající složitost a jasnou subordinaci. To umožňuje rychlou orientaci i praktickou využitelnost.
4. REORGANIZACI - Věda je otevřený systém, schopný stálého doplňování a restruktury.

Nositelům mentální reprezentace reality v našem vědomí jsou verbálně vyjádřené LOGOGENY i neverbální obrazy zvané IMAGENY.

Verbálně-rationální logika není sama o sobě schopna zachytit širší vztahy reality a má tak převážně komunikační funkci. Podobně argumentace opřená pouze o názorně-prožitkové aspekty by měla příliš subjektivně emocionální charakter. Odpovídající mentální reprezentace reality tak musí zahrnovat oba tyto aspekty. Víme také, že logická řešení problému obvykle následují až po názorně-prožitkovém uchopení problému. Proto má také nositel nápadu často problém vyjádřit jej slovy a někomu jej vysvětlit.

4.1.1 Rozhodování

Existuje rozhodování programovatelné a neprogramovatelné na počítači. V situaci, kterou by počítač nebyl schopen řešit, musí člověk často hledat relativně nejjvhodnější řešení a to navzdory neúplným informacím a pod časovým tlakem. Duševní dění našťastí nikdy nespí a osobní citlivost k práci podvědomí je mnohdy nejlepším rádčem, zvláště při řešení vědomě neuchopitelných problémů. Adekvátnost rozhodnutí však nakonec vždy prověří až realita.

4.1.2 Tvořivost

Tvořivost je "forma lidské činnosti, která přináší něco nového, originálního a současně společensky užitečného" [Hlavsa 1970, 385]. Předpokladem jsou jak specifické schopnosti a vlastnosti jedince, tak naplnění všech etap tvůrčího procesu (viz Pietrasinski 1964). Blokování a absence inovativního a kritického myšlení by vedla nejen k ustrnutí jedince, ale také k regresi společnosti.

4.2 ŽIVOTNÍ MOUDROST

Jsou otázky (např. o smyslu života, smyslu dějin atp.), u kterých již věda mlčí a ponechává na každém, aby si vlastní spekulativní cestou vytvořil určité osobní povědomí „řádu světa“. Dosahovat vnitřní harmonie, zbavovat pocitů nejistoty, napětí, strachu a poskytnout *zážitek vnitřního klidu a řádu napomáhají člověku od nepaměti* především imaginativní aktivity (od mýtů po umění).

Imaginace plní v našem duševním dění nezastupitelnou funkci v oblasti orientační, abreaktivní i anticipační, stejně jako fixační, emancipační i kreativní. Bez imaginace se neobejde ani proces sebepoznávání, sebepojetí či seberealizace, natož nejvyšší integrační, harmonizační a teleologické útvary duševního dění osobnosti (Čačka a kol. 1999). Uvedených 12 funkcí imaginace plní v duševním dění osobnosti významnou roli integrační, harmonizační i orientační.

Jak říká V. E. Frankl (1994): „Touha po smyslu je ústřední silou lidského života“. Čistě

racionální kalkul života vyznívá spíše negativně. Protiváhou je formování osobních ideálů, periodická restrukturační hodnotového vědomí, volba osobního životního poslání aj. Každá snaha o zbavení duševního dění "kouzla" imaginace a realitu prostředků jejího podněcování by nebyla vítězstvím "rozumu", ale právě naopak.

Porozumění dynamice imaginativně-emotivní oblasti v duševním dění osobnosti je významným činitelem optimálního působení i na klienty při mnohdy nesnadné práci zdravotně sociálních pracovníků.

4.3 KULTIVOVANOST

Oproti utilitárnímu charakteru třetí vrstvy je náplní čtvrté „humanisticko-teleologické“ vrstvy snaha o přijetí a naplňování sebepřekračujícího smyslu existence, který směřuje k hodnotám širšího významu např. humanitě, ekologii aj.

Hodnotové vědomí představuje relativně stabilní hierarchické uspořádání systému hodnotových priorit osobnosti. V. Smékal (2012) uvádí přehled hodnotových orientací E. Sprangera (1930) i V. Frankla (1954). E. Spranger vytvořil 6 typů hodnotových priorit: typ ekonomický, mocenský, teoretický, estetický, sociální či náboženský. Kdežto V. Frankl hovoří o třech okruzích hodnot označovaných jako tvůrčí hodnoty (něco umět, dělat a vytvořit), zážitkové hodnoty (něco prožít, někoho milovat aj.) a postojové hodnoty (schopnost nalézt smysl i ve zdánlivě beznadějně situaci). Přijaté žebříček hodnot a vědomí životního poslání se výrazně promítají do charakteru jednání člověka jako „zhodnocené osobnosti“.

Pro studenty oboru zdravotně sociální práce je tato vrcholná oblast východisek sebeřízení osobnosti velmi významná nejen pro vlastní sebevýchovu, ale zvláště pro chápání a formování životních priorit klientů ve snaze dopomoci jim k utváření žádoucí hodnotové orientace (např. probudit snahu pomáhat do posledního dechu svým blízkým a nesoustředit se pouze na svůj těžký životní úděl).

ZÁVĚR


Otázka: "Od kdy je člověk osobností?" je špatně položenou otázkou, vhodnější by bylo ptát se: "Nakolik je člověk osobností?" (Smékal 1985). Podle vrstvové koncepce osobnosti to závisí na tom, ve které z vrstev osobnosti je těžiště východisek klientova sebeřízení. To však nebývá v oblasti ratiá, imaginatíva či actíva vždy vyrovnané.

Každý, kdo pracuje s lidmi, včetně zdravotně sociálních pracovníků, je vždy zároveň vychovatelem. Osvojení vrstevového modelu struktury osobnosti umožní vedle inspirace vlastního sebeformování také orientační diagnózu klienta, ale zároveň napoví i kam a jak mu napomáhat k dalšímu rozvoji osobnosti.

LITERATURA

- [1] BUDA, B.: Čo vieme o empatii?. Bratislava: SPN. 1988. ISBN 80-967148-0-5
- [2] ČAČKA, O.: Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika. 3. rozšířené vydání. Brno: Doplněk, 2002. s. 382. ISBN 80-7239-107-0.
- [3] ČAČKA, O. a kol.: Psychologie imaginativní výchovy a vzdělávání s příklady aplikace. Brno: Doplněk, 1999. s. 398. ISBN 80-7239-034-1
- [4] ČAČKA, O.: Nástin psychologie pro doplňující pedagogické studium. I. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2001. s. 90. ISBN 80-85931-94-X.
- [5] ČÁP, J.: Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy. Praha: ISV, 1996. 302 s. ISBN 80-85866-15-3.
- [6] DRAPELA, V. J.: Přehled teorií osobnosti. Praha: Portál, 1997. 175 s. ISBN 80-7178-134-7.
- [7] ERIKSON, E. H.: Identity. Youth and Crisis. New York, 1968. s. 212.
- [8] FRANKL, V. E.: Vůle ke smyslu. Brno: Cesta, 1994. ISBN 80-7295-084-3
- [9] HLAVSA, J.: Psychologické problémy výchovy k tvořivosti. Praha: SPN. 1981, s. 239. ISBN 144648
- [10] JAHODA, M.: Current Concepts of Positive Mental Health. N. Y.: 1958.
- [11] Kohlberg, L.: The meaning and measurement of moral judgment. In: L. Kohlberg (ed.), The psychology of moral development, Vol. II, San Francisco: CA Harper & Row, 1984. 395 – 425.
- [12] NAKONEČNÝ, M.: Psychologie osobnosti. Praha: Academia, 1995. s. 336. ISBN 80-200-0628-1.
- [13] PIETRASINSKI, Z.: Psychologie správného myšlení. 2. vyd. Praha: Orbis. 1965. s. 238,
- [14] PRIBRAM, K.: Languages of the brain; experimental paradoxes and principles in neuropsychology. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall. 1971. ISBN 0-13-522730-5.
- [15] ROGERS, C. R.: Způsob bytí. Praha: Portál. 2014. s. 344. ISBN 978-áé-262-0597-6.
- [16] RUISEL, I. - RUISELOVÁ, Z.: Vybrané problémy psychológie poznávania. Bratislava: Veda, 2005. s. 308. ISBN 80-224-0334-2.
- [17] ŘÍČAN, P.: Psychologie osobnosti. Praha: Grada, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- [18] SMÉKAL, V.: Přehled psychologie osobnosti. Praha: SPN, 1985. 136
- [19] SMÉKAL, V.: Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister & Principal, 2012. 523 s. ISBN 80-86598-65-9.

CONCEPTION OF TEACHING PERSONALITY PSYCHOLOGY



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

Psychology of Personality The study yields an overview of contemporary theories on Psychology of Personality, and a concise structure of the known facts on the nature and dynamics of multilateral interactions of mental processes in all personality layers-from the elementary ones through the more complex functions and units of integration, all the way to the most complex ones-the Autonomous Self Directing and Self Reliance. At the end of the course student should be able inspect autodiagnosis and manage self-education and helping the other.

KEYWORDS:

personality, structure, dynamics, disposition, needs, knowledge, attitudes, roles, self, education, ideals, mission in life

FOOTBALL SUPPORTERS' BEHAVIOR

PETR SCHOLZ
MASARYK UNIVERSITY

ABSTRACT

Football is a phenomenon of the last decades. Given the long history of spectator sports events consumption it is not a surprising fact that there have also been serious manifestations of spectator aggression. In this context, we realize that the rapid development of sport itself has brought problems and complicated relationships, especially at the professional level. The goal of this paper is to analyze the relationship between supporters' verbal and other expression and their violent behavior at football stadiums in the Czech Republic. Primary data were collected by a questionnaire survey (PAPI method) mainly at the Eden stadium and in part also on other first league football stadiums in 2015. A total of 45 respondents (aged 23.02 ± 8.98 years old) participated in this pilot study and all of the respondents were attending in a stand of home team supporters. In our pilot study, we found that 42.22 % of the supporters found the most serious activity demolishing stadium and other disturbances. Furthermore, 28.89 % of the supporters marked physical aggression against rival supporters in the stadium as a considerable problem. Expressions of racism are considered the most serious expression of violent behavior by 26.67 % of the supporters.

KEYWORDS:

aggressive behavior, football, football hooliganism, supporters

INTRODUCTION

Football is undoubtedly the most popular sport in the world, and subsequently an important aspect of popular culture. The need for professional clubs to operate as more of a business entity has never been greater. But football has a dark side. It is also riven with corruption, racism, homophobia and violence (Dunning, 2012; Williams, 2013; Cashmore & Cleland, 2014).

The most common phenomena associated with football hooligans are fights of hostile groups. Some respectable fans unwillingly also involved in these fights. These fans came to watch a football and only took clothing or accessories (scarf, jersey, cap ...) symbolizing their favorite team. Maybe there is an answer for football clubs why football stadiums are almost empty during matches. For us, there is no wonder, but a lot of respectable fans would rather watch a game on TV than to expose themselves or their beloved relatives and friends a potential danger from the hooligans (Scholz, 2015).

Given the long history of spectator sports events consumption it is not surprising fact that there were also serious manifestations of spectator aggression. Aggression is so difficult to define, social psychologists (as well as many other people, including lawyers) judges and politicians, have spent a great deal of time trying to determine what should and should not be considered aggression (Berkowitz, 1993).

Coakley (1998) defines aggression as behavior that intends to destroy property or injure another person. It is also grounded in a total disregard for the well-being of self and others. Cherry (2015) says that the term aggression refers to a range of behaviors that can result in both physical and psychological harm to oneself, other or objects in the environment. The expression of aggression can occur in a number of ways, including verbally, mentally, and physically. Psychologists distinguish between different forms of aggression and types and different purposes of aggression. The aggression serves a number of different purposes. Especially during the football match, it can express anger or hostility, assert dominance, and intimidate or threaten fans. The spectators' aggression is displayed in various forms.

There are a lot of different scientific studies about explanation of aggressive behavior. The best known study is by Wann & Branscombe (1993). He used the self-esteem maintenance model which describes the strong commitment that fans have with their football team. When the team wins, the fans are inclined to have higher self-esteem and their social identity is enhanced. This is more characteristic for the fans that have stronger relations with their team. The spectators that have low identification with the team, simply need to cut themselves off from the team if the team is not successful, thus maintaining a positive self-image. This is very difficult thing to do for sport spectators that have a high level of identification with their team. Self-esteem tends to decrease with

the team's failures, which can lead spectators or fans to the derogation processes. This is their attempt to restore the damage done to their self-esteem (Slepička & Slepičková 2007; Slepička, Mudrák & Šiška, 2012).

Frosdick & Marsh (2005) state that football fan behavior has been for many years a major cause for concern throughout Europe, especially in Germany, Netherlands, Italy and Belgium, as well as in the United Kingdom. Substantial disturbances at football matches have also been witnessed in the Czech Republic, Greece, Denmark, Austria and other countries in Eastern Europe. Veuthey & Freeburn (2015) point to the fact that although the term hooliganism refers to acts of violence or disturbances that might occur among sports spectators, the term is most often associated with football environment. Frosdick & Marsh (2005) said that violent and anti-social behavior amongst football fans is sometimes referred to as the British disease or English disease.

Unfortunately, oftentimes ignorance and misunderstanding of football hooliganism determines preview on it. It is important to distinguish hooligans from other people who are interested only in football and watch football matches (table 1).

Table 1: Characteristics of the people attending football matches

a) Inactive (objective) spectators. In this group there are four subgroups: (1) irregular visitors of the football matches; frequently is a special type of fashion and snobbery, (2) fans of the other clubs, not teams that are currently playing a football match (3) observers, coaches or other football players from other clubs, and (4), women (especially older ages), who attend the match as the accompanying persons of her partners. W. Heitmeyer & P. Heitmeyer (1998) characterize this type of spectator "consumer-oriented fan". He sits in the stand or seeks a quiet spot on the terraces and wants to see a good football game. Mares et al. (2004) states that he is a passive observer of the game he is not affected by the rivalry of the two teams, and thus the game looks absolutely neutral. He is not interested in football matches only but he visits other sports games and other sports. Oftentimes he is not identified with a particular club and does not wear its symbols, such as scarf, jersey, cap etc. The spectator is not always present at the football stadiums but the football match watches via the internet, television, etc.

b) *Classical football fans ("normal")*. These are the individuals who attend football games. They regularly have a relationship with their club, often due to the stadium is located relatively close to their residence. A fan has certain expectations for development of the match, identifies with the team and therefore takes its success, or lack of it, personally. Football is usually the only popular sport for football fan. Fans' identification is presented mainly by clothing, jerseys, club scarves, caps, T-shirts, flags, badges, etc. For the football fan has been characterized by division into "we" (supporters club) and "they" (fans of other clubs; Slepíčka, 1990). Football-oriented fan attends every match and decks out in his team's colors (W. Heitmeyer & P. Heitmeyer, 1998). These fans can be found mostly on the main grandstands, in some cases even be swayed by the loud cheering and support, sometimes with racist overtones. We note that in other manifestations of spectator violence, this group of spectators usually not involved, except for throw random objects on a pitch.

c) *Hooligans (rowdies)*. The term hooligan was coined in the 1890s as an alternative to ruffian. Now readily applied to the wild and unruly football fan of the 1960s, the term and the on-screen images of undisciplined toughs rekindled a Victorian-style moral panic vocalized by the Conservative Party and fanned by the press (Frosdick, March, 2005). Football hooligans come together in small groups consisting mostly young militantly oriented supporters. They come to football stadiums and their surroundings with the primary objective cause conflict or fight with other similar groups opposing team. These groups (gangs) have their own names, which are defined against unorganized groups and to other groups. Some of these parts are very well organized and do not unite only club rivalry and hatred of the enemy groups, but also political, racial, religious, national, regional or social motives. Hooligans, unlike fans often do not identify with a football club, but only with their group (Mares et al., 2004).

d) *Supporters (ultras)*. This is a highly homogeneous group of fans who strive for the most spectacular development of the match and while avoiding direct conflict, violence and vandalism. They are bearers of choreography in the game, for supporting use fireworks, banners, singing (Sekot, 2013). They greatly enjoy every game and are interested in a club life. During the match we can find them on the side stands behind the goals, which are designed mostly for standing. Almost every fan is dressed to the club jersey, t-shirts or owns at least a scarf of his favorite team (Scholz, 2015).

Source: Processed according to the above sources, 2016.

Scholz (2015) states that in football history there are a lot of wonderful moments, but unfortunately a series of tragic events that have become the life of many football fans. Violence at the football stadiums is a problem since the beginning of the most popular games in the world. However, the football tragedies contributed not only hooligans and troublemakers, but also the often poor conditions at the stadiums or insufficiently qualified organizational services and the police (e.g. tragedies in Moscow 1982, Bradford 1985, Kathmandu 1988, Hillsborough 1989, Piraeus 1991, and Bastia 1992). In recent

years, the issue of football hooliganism has become the subject of intense media, political and academic interest.

MATERIAL AND METHODS

The goal of this paper is to analyze the relationship between supporters' verbal and other expression and their violent behavior at football stadiums in the Czech Republic. Following the goal we set a research question: Which expressions and speeches are considered by football supporters mainly at Eden football stadium the most serious?

The primary survey was conducted at the Eden stadium and other football stadiums in the Czech Republic in 2015. We used PAPI method. Paper and pencil interviewing (PAPI), data obtained from the interview is filled in on a paper form using a pencil (Baker, 1992). The pilot study is focused on the oldest football club in the Czech Republic, so we chose Slavia Prague and their supporters. The next reason for choosing this football club was finding that this section of the stadium (behind the goal) is the most occupied by football supporters. The stand of the stadium for the home supporters is called the end, with the capacity of 3.065 seats. It consists of 5 sectors with 25 seats in 28 rows each. The end is mostly filled up to 2/3, and sold out during matches with attractive away teams e.g. Sparta Prague and Plzeň.

The respondents selection was based on carefully pre-defined factors; e.g. seats 1, 3, 5, 7 in the first row; seats 2, 4, 6, 8 in the second row etc. from all the rows. The respondents were informed about the pilot study and anonymity of the questionnaire. Once they answered the questionnaires, they received a small Slavia club badge each. They had also the opportunity to contact the interviewer on the email stated on the questionnaire list and inform themselves about the partial pilot study results. A total of 45 respondents aged 23.02 ± 8.98 years old participated in this pilot study, of which 36 were men aged 22.63 ± 9.21 years old and 9 women aged 23.29 ± 8.55 years old. All of the respondents were attending in the end.

In our sample there were answers from fans, spectators, and hooligans also. We found out that there are a lot of case studies and scientific manuscripts comparing of fans, spectators, and hooligans. That's why we were not interested in these mentioned groups. The questionnaire was created by Slepíčka (1990) & Slepíčka et al. (2010) and modified to the specific group – supporters. The questionnaire consisted of twenty nine questions; some of them were scalable, where respondents rated on Likert scale individual verbal and other expression and also their violent behavior speeches from the least serious to the most serious. This paper uses quantitative research, methods of analysis, mathematical and statistical methods. For the evaluation of the results was used Statistica 10 program. Almost half of the supporters (42.22 %) passed their final at high school with maturita.

This is influenced by the majority of the sample to be aged at 18 minimum. Other 22.22 % of the supporters state primary school education and 1/5 of the supporters dispose of the university diploma. We can state that 20 % is considered as quite high value, however, majority of the respondents are bachelor degree graduates those continue to pass the Master degree. More detailed information about participants is presented in table 2.

Table 2: Characteristics of the respondents and their achieved education in percentage

PS	VS	HS	C	U	ID
22.22	11.11	42.22	2.22	20.00	2.22

Note. PS – primary school, VS – vocational school (certificate of apprenticeship), HS – high school (maturita), C – college, U – university, ID – I do not wish to express my opinion

Source: Own elaboration, 2016.

RESULTS

In our sample, majority of the respondents own the club symbols (97.78%). There mostly belong a scarf, jersey, shorts, T-shirt, but also silicone wristbands, wallets, blankets, pajamas etc. Only 2.22 % of the supporters do not have the club symbols. 80.00 % of the supporters wear club symbols on home matches. On the other hand, surprisingly, only 17.78 % of the supporters always take their symbols, in case they travel to the away matches on their own, they are afraid of the possible fights with the rival fans and there is a chance they lose their jerseys and scarves. Some respondents during the matches at the rival stadiums do not support their team in the end but they observe the match from the main tribune. However, some stadiums in the Czech Republic (e.g. Vysočina Jihlava) do not allow bringing the colors of the supported team in case you want to be observing the match from the main tribune. If the organizers detect a scarf, jersey, flag or another symbol of the away team, the supporter has to leave it at the entrance and get it once the match is finished. If he refuses to follow these rules, he is therefore sent to the away supporters sector (table 3).

Table 3: Owning a club symbol

wearing club symbols on home matches			wearing club symbols on away matches		
always	sometimes	no	always	sometimes	no
80.00	15.56	4.44	17.78	77.78	4.44

Source: Own elaboration, 2016.

Respondents evaluated the expressions and speeches which can be found at the football stadiums in the Czech Republic. The evaluation was based on the Likert scale (1-5), where the least serious activity was rated 1, the most significant activity received the highest grade, i.e. 5. The examined group of the respondents showed very interesting opinions

to the pyrotechnics. 71.11 % of the supporters consider using pyrotechnics as the least serious problem. This group use pyrotechnics in many cases and bring it to the stadiums. Whistling was unanimously agreed as the least serious activity. This opinion is taken by supporters (86.67 %), as the most serious problem none of the respondents marked this option. Whistling is most often reaction to foul on home player, bad decision of the referee or on the away team if they hold of the game. Some whistling should be noticed during the match, when the home team needs to score, but do not put enough effort. It needs to be mentioned that supporters whistle on their players rarely, when they do not play well the supporters try to encourage them (table 4).

Table 4: Respondents' expressions on firing of pyrotechnics and whistles

firing of pyrotechnics					whistles				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
71.11	17.78	4.44	4.44	2.22	86.67	8.89	2.22	2.22	0.00

Note. 1 – the least serious expression, 5 – the most serious expression

Source: Own elaboration, 2016.

As far as the vulgarity of the end and vulgar expressions usage, we reached approximately the same values. Such expressions are mostly addressed to the head of the Football Association of the Czech Republic and the head of referee committee; also to the referees and some players of the rival team, who react negatively on Slavia Prague. The chant leader is required to initiate chants in reply to a chant from the opposition supporters and fans (e.g. it occurs in the interposing of an imprecation in between a chant of allegiance by the rival supporters and fans. Thus, we can hear a chant of "Slavie!" is transformed into "Slavie (shit) or Slavie! (bitch)". On the other hand, Slavia supporters can chant also on the rival supporters and fans (e.g. "Sparta" is transformed into "Sparta (bark bark) or Sparta! (a bunch of fagots)"; "Plzeň! is transformed into "Plzeň (fucking); "Liberec! is transformed into "Liberec (kiss my ass)"; "Hradec! is transformed into "Hradec (a bunch of fagots)" etc. The chants are rhyme words in the Czech language. Vulgarisms are part of the behavior typical for supporters. (table 5).

Table 5: Respondents' expressions on vulgar chanting

vulgar chants in the stand					individual vulgar expression				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
57.78	31.11	6.67	4.44	0.00	64.44	13.33	8.89	6.67	6.67

Note. 1 – the least serious expression, 5 – the most serious expression

Source: Own elaboration, 2016.

Over 1/4 of the supporters (28.89 %) consider the physical aggression against rivals supporters as the most severe on the stadium. Similar results (22.22 %) could be noticed in physical aggression to the Police of the Czech Republic or riot police. Supporters intend to visit the football matches in order to create choreography and enjoy the match or admire the players. On the other hand, similar results were noticed at this group, for which these activities represent the least serious problem to face at the match. By these aggression demonstration of the supporters, we cannot clearly define whether this is a serious problem or not, as we achieved similar results (table 6).

Table 6: Respondents' expressions on physical aggression

physical aggression against rival supporters at the stadium					physical aggression against Police and riot police				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20.00	8.89	24.44	17.78	28.89	26.67	8.89	20.00	22.22	22.22

Note. 1 – the least serious expression, 5 – the most serious expression

Source: Own elaboration, 2016.

Agreed hooligans fight behind outside the stadium was mentioned by 1/5 of the supporters as the most serious activity. What is more, 60.00 % of the supporters do not care about the fights, but they feel sorry that they are associated with the club. It is certain that all hooligans active in these fights do not consider this as a serious issue. On the other hand, if the rival fan wearing a scarf meets the real hooligan, there is no reason for fear. Hooligan that is conscious about this culture would not fight. The true hooligans are highly disciplined in this field. Furthermore, 11.11 % of the supporters state that the stadium demolition and other riots do not belong to the serious problems. It is interesting, that the stadium demolition is mostly realized on the rival's stadium. We expected higher values for the grade 5, especially by the supporters who are interested in the football match and supported their team (table 7).

Table 7: Respondents' expressions on an arranged hooligan fight and demolishing stadium

arranged hooligan fight outside the stadium					demolishing stadium and other riots				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
60.00	6.67	6.67	6.67	20.00	11.11	8.89	13.33	24.44	42.22

Note. 1 – the least serious expression, 5 – the most serious expression

Source: Own elaboration, 2016.

Almost 1/4 of the fans (24.44 %) is persuaded that the objects throwing on the pitch is the most serious activity, which is declared also by 20.00 % of the other supporters. It is mostly common by the false verdict by the line referee or at the rival's goal celebration in front of the various kinds of audience. The football pitch is often covered by empty or full beer plastic cups, coins or even lighters. We should consider that the referee decision should catalyze the violent clash, even in the situation when they themselves do not behave in line with the football rules. Positively is this behavior perceived as wrong approach on one hand or as a provocation on the other hand. Running to the pitch did not reach such crucial values, which was influenced by the fact that most respondents already broke into the pitch. It happened during the historical proceed to Champions League in 2007, when supporters celebrated this success on the pitch together with the players. The second option was the match with Hajduk Split in 2014, when 15 minutes before the match finished. Hajduk supporters broke into the pitch followed by the Slavia supporters. Both groups greeted at the central circle and yelled together. The racist manifestation was evaluated by 26.67 % of the supporters with the highest grade, 20.00 % of the other supporters consider these expressions against these players as a serious problem (table 8).

Table 8: Respondents' expressions on throwing the subject and expressions of racism

throw in the subject on the pitch					expressions of racism				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15.56	17.78	22.22	20.00	24.44	20.00	22.22	11.11	20.00	26.67

Note. 1 – the least serious expression, 5 – the most serious expression

Source: Own elaboration, 2016.

This issue is one of the most discussed topics all over the world between football managers, top officials, players, fans, and supporters. The campaign to eliminate racism, discrimination and intolerance from football has become a major priority for UEFA (*Union of European Football Associations*) in recent years – and the European body makes full use of its high-profile platforms to send out a key and unequivocal message: No to Racism. Each year, matchday three in the UEFA Champions League and UEFA Europa League highlights the fight against racism and all forms of discrimination in football stadiums throughout Europe, as UEFA gives its full support to the continent's biggest anti-discrimination campaign - the FARE (Football Against Racism in Europe) Action Weeks. This year was also feature matchdays two and three in the UEFA EURO 2016 qualifiers (uefa.org).

DISCUSSION

As far as the supporters are concerned, there are many myths and half-truth about this group among the public. This phenomenon is mostly influenced by the media and reporters describing the stories to be more attractive. This topic is attractive also for the politics and their further ambitious. The supporters distinguish from the common fans and spectators attending football or another sport.

The aim of this paper was to analyze the expressions and speeches of the supporters that relate to behavior and violence at football stadiums in the Czech Republic. In connection with the problem and following the aim we set a research question:

Which expressions and speeches are considered by football supporters mainly at Eden football stadium the most serious?

In our pilot study, we found that 42.22 % of the supporters found the most serious activity demolishing stadium and other disturbances. Furthermore, 28.89 % of the supporters marked physical aggression against rival supporters in the stadium as a considerable problem. Expressions of racism are considered the most serious expression of violent behavior by 26.67 % of the supporters. Triggers for their behavior are mostly alcohol or other addictive substance or referee's mistake.

STUDY LIMITATIONS

We could not use the mathematical statistics – Pearson's chi-square test of independence that allows verifying the statistical dependence of two variables. In our paper, more than 20 % of the cells reached lower frequencies than 5. Furthermore, this is still a pilot study of one club; therefore the results cannot be generalized.

CONCLUSION

The research showed the relatively strong disgust of the supporters from the modern concept of football, where the business and money play the main role. The next resistance is from the long-term and demeaning campaigns waged against supporters. In this situation, there are those who would breathe for their club and they are in a schizophrenic situation. Football is a meaning of life for supporters, not only adrenaline fun. They even take some days off to travel with the team around the Czech Republic or abroad. On the one hand, they support and participate in this modern-football carousel (also respondents with university diploma), and on the other hand, they fight against it during the football matches. This fight is presented nonconformist behavior, using the pyrotechnics, provocations, or simply refusing to adapt to the “new trends”. Sometimes there are seen choreographies with the theme “against modern football”. Supporters usually do not take football as an excuse for riots and fights, but saving essence of football, its sporting spirit, a tradition inherited over generations and purity of thought.

REFERENCE

- [1] BAKER, R. P. New technology in survey research: Computer-assisted personal interviewing (CAPI). *Social Science Computer Review*. 1992. Vol. 10, No. 2, pp 145-157. ISSN 0894-4393.
- [2] BERKOWITZ, L. *Aggression: Its causes, consequences, and control*. New York: McGraw-Hill. 1993. 485 p. ISBN 0-07004-874-6.
- [3] CASHMORE, E. & CLELAND, J. *Football's Dark Side. Corruption, Homophobia, Violence and Racism in the Beautiful Game*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 2014. 114 p. ISBN 978-1-137-37126-3.
- [4] CHERRY, K. *What is aggression?* [online]. [March 27, 2016]. Retrieved from: <http://psychology.about.com>
- [5] COAKLEY, J. *Sports in society: Issues & controversies*. McGraw-Hill. 2004. 576 p. ISBN 978-0-07-255657-5.
- [6] DUNNING, E. Fußball-Hooliganismus als Weltphänomen. *Sozialwissenschaften & Berufspraxis*. 2012. Vol. 35, No. 1, pp 70-91. ISSN 0724-3464.
- [7] FROSDICK, S. & MARSH, P. *Football Hooliganism*. Willan Publishing. 2005. 216 p. ISBN 1-84392-129-4.
- [8] HEITMEYER, W. & HEITMEYER, P. *Jugendliche Fußballfans. Soziale und Politische Orientierungen. Gesellungsformen. Gewalt*. Weinheim: München. 1998. 180 p. ISBN 3-7799-0408-X.
- [9] MAREŠ, M.; SMOLÍK, J. & SUCHÁNEK, M. *Fotbaloví chuligáni: evropská dimenze subkultury*. Brno: Centrum strategických studií a Barrister & Pricipal. 2004. 181 p. ISBN 80-903333-0-3.
- [10] SCHOLZ, P. The Problem of Spectators Violence at the Football Stadiums. *MMK 2015 International Masaryk Conference for PhD Students and Young Researches: Proceedings of the International Scientific Conference*. Hradec Králové: Magnanimitas. 2015. pp 991-997. ISBN 978-80-87952-12-2.
- [11] SEKOT, A. *Sociologie sportu: Aktuální problémy*. Brno: Masarykova univerzita. 2013. 190 p. ISBN 978-80-210-6181-1.
- [12] SLEPIČKA, P. *Sportovní diváctví*. 1990. Praha: Olympia. 213 p. ISBN 80-7033-012-0.
- [13] SLEPIČKA, P.; MUDRÁK, J. & ŠIŠKA, P. Psychosociální aspekty agrese ve sportu. *Czech Kinanthropology*. 2012. Vol. 16, No. 2, pp 11-21. ISSN 1211-9261.
- [14] SLEPIČKA, P. & SLEPIČKOVÁ, I. Problems of sport spectators in sport psychology. *Acta Universitatis Carolinae Kinanthropologica*. 2007. Vol. 43, No. 1, pp 57-68. ISSN 1212-1428.
- [15] SLEPIČKA, P.; SLEPIČKOVÁ, I.; KOTLÍK, K. & LANDA, P. *Divácká reflexe sportu*. Univerzita Karlova: Karolinum. 2010. 182 p. ISBN 978-80-246-1838-8.
- [16] UNION OF EUROPEAN FOOTBALL ASSOCIATIONS. *Social responsibility*. [online]. [March 27, 2016]. Retrieved from: <http://www.uefa.org>

- [17] VEUTHEY, A. & FREEBURN, L. The Fight Against Hooliganism in England: Insights for Other Jurisdictions? *Melbourne Journal of International Law*. 2015. Vol. 16, No. 1, pp 203-255. ISSN 1444-8602.
- [18] WANN, D. L. & BRANSCOMBE, N. R. Sport Fans: Measuring Degree of Identification with Their Team. *International Journal of Sport Psychology*. 1993. Vol. 24, No. 1, pp 1-17. ISSN 0047-0767.
- [19] WILLIAMS, A. M. *Science and Soccer. Developing Elite Performers*. New York: Routledge. 2013. 396 p. ISBN 978-0-415-67210-8.

CHOVÁNÍ FOTBALOVÝCH ULTRAS



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Ing. Petr Scholz, DiS.
Masaryk University
Faculty of Sports Studies
Kamenice 5
625 00 Brno
e-mail: petr.scholz@mail.muni.cz

ABSTRAKT

Fotbal je fenomén posledních desetiletí. I díky fotbalovým fanouškům a především ultras 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. Cílem předloženého příspěvku je analyzovat postoje, zkušenosti a názory mezi fotbalovými ultras ohledně verbálních a dalších projevů na fotbalových stadionech v České republice. Primární průzkum byl proveden v roce 2015 především na stadionu v Edenu v Praze. Využili jsme techniku dotazníkového šetření, metodu PAPI. Této pilotní studie se zúčastnilo 45 respondentů ve věku $23,02 \pm 8,98$ let a všichni pozorují fotbalové zápasy z prostoru za brankou (kotle). Příspěvek využívá kvantitativního výzkumu, metody analýzy a syntézy a matematicko-statistických metod. Z pilotní studie vyplývá, že fotbaloví ultras shledávají největší problémy s fyzickou agresí a rasismem. Téměř 1/2 respondentů (42.22 %) souhlasí, že demolování stadionů a další nepokoje jsou značně závažné aktivity.

KLÍČOVÁ SLOVA:

agresivní chování, fotbal, fotbalové chuligánství, ultras

BENEFITY SILOVÉHO TRÉNINKU PRO REKREAČNÍ BĚŽCE

MICHAL ŠTOHANZL
UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

ABSTRAKT

Hlavním cílem přehledové studie je shrnutí dostupných informací, které se týkají využití silového tréninku ve vytrvalostním běhu se zaměřením na rekreační běžce. Tento integrativní přehled byl vytvořen na základě poznatků z odborné literatury, vědeckých studií a databází odborných textů (SPORTDiscus, MEDLINE, Web of Science, Google Scholar). Klíčovými slovy zadanými do vyhledávání byly: vytrvalostní trénink, silový trénink, souběžný trénink, rekreační běžci, ekonomika běhu.

Publikované studie využívající souběžný silový a vytrvalostní trénink u výkonnostních vytrvalostních běžců zaznamenávají očekávatelný nárůst síly a zlepšení ekonomiky běhu bez dopadu na aerobní kapacitu či laktátový práh. Závěry ze studií zaměřených na rekreační běžce jsou nejednotné a to jak v nárůstu síly, tak i zlepšení výkonnostních ukazatelů. Tento rozdíl je dán patrně jinou kondiční úrovní obou skupin a rozdílnou aplikací souběžného silového a vytrvalostního tréninku, která vyplývá z nejednotnosti v cílech a různé časové dotaci pro trénink.

Předkládaná studie může pomoci trenérům, kteří se zabývají začátečníky a rekreačními běžci k uchopení a aplikaci celé problematiky nebo být podkladem pro další výzkumy v oblasti souběžného silového a vytrvalostního tréninku u rekreačních běžců.

KLÍČOVÁ SLOVA:

vytrvalost, síla, souběžný trénink,
rekreační běh

ÚVOD

Vytrvalostní běh, jako volnočasová pohybová aktivita, získává v současné době stále více aktivních účastníků. V posledních deseti letech dramaticky vzrůstá počet rekreačních běžců, což dokládá nárůst účastníků běžeckých závodů. Podle výroční zprávy organizace Running USA (2015) se téměř zdvojnásobil počet běžců, kteří dokončili běžecký závod z 9 442 tisíc v roce 2005 na 18 750 tisíc v roce 2014. Tento trend je pozorovatelný i u nás, ačkoli zatím neexistuje žádná studie, která by přesněji postihla počty účastníků běžeckých závodů v ČR.

Pro své relativně snadné provedení, dostupnost, malou náročnost na vybavení a čas, se běh stává velmi vhodnou aktivitou, která přináší mnoho zdravotních a psychosociálních benefitů. Za předpokladu, že pohybová inaktivita je spojována s rozvojem civilizačních onemocnění a celkově má negativní dopad na zdraví a psychický stav jedince (ACSM, 2013), může popularita běhu pozitivně přispívat ke zvyšování zdatnosti populace. Z hlediska psychosociálního je provozování běhu jako pohybové aktivity spojováno nejčastěji se zvýšením sebevědomí a víry ve svoje schopnosti, pocit z úspěchu při dokončení tréninku/závodu, uvolnění stresu, sdílení zážitků a navození pocitu životní pohody (Szabo & Abraham, 2013). Díky možnosti provozovat běh jako kolektivní sport mají v současnosti na popularitu běhu obrovský vliv sociální média, kde uživatelé prezentují své zážitky, fotografie nebo díky moderním technologiím mohou vkládat i celé záznamy tréninků či závodů (Pauline, 2014).

Stejně jako narůstá základna jedinců věnujících se vytrvalostnímu běhu, roste i zájem začínajících a rekreačních běžců o zvyšování výkonnosti. Spoustě rekreačních běžců už tedy nestačí jen běhat a zvyšovat objem kilometrů, ale hledají další možnosti a informace o metodách a postupech sportovního tréninku, které by vedly ke zvýšení výkonu či dalším benefitům, které široké spektrum tréninkových možností nabízí. Díky tomu, že rekreační běžci dnes představují největší skupinu sportovních běžců, můžeme sledovat určitý progres i ve výzkumné oblasti, kde se stále více autorů začíná na tyto jedince zaměřovat. Množství těchto studií je však stále zanedbatelné oproti studiím, které se zabývají výkonnostními a vrcholovými běžci. Výsledky a závěry z těchto studií pronikají často beze změn do médií a běžecké populární literatury určené pro začátečníky. To může vést k problémům, neboť nerespektování anatomické, morfologické, fyziologické a funkční odlišnosti mezi vyspělými a začínajícími běžci nevede ke kýženému zlepšení výkonnosti či techniky, ale naopak může mít opačný efekt ústící ve zranění, nebo zanechání činnosti.

Ze širokého spektra metod sportovního tréninku, kterými můžeme doplnit vytrvalostní trénink, se tento příspěvek zaměřuje na možnost využití silového tréninku v přípravě začínajících a rekreačních běžců. Cílem přehledové studie je tedy shrnout informace o možnostech využití silového tréninku v běžecké přípravě a diskutovat jeho problematiku a nevhodnější aplikaci pro rekreační běžce.

SOUBĚŽNÝ VYTRVALOSTNÍ A SILOVÝ TRÉNINK Z POHLEDU VYTRVALOSTNÍHO BĚŽCE

Tréninkový program zahrnující vytrvalostní a silovou přípravu v jednom období je běžně v zahraniční literatuře definován jako „concurrent strenght and endurance training“ (Fyfe et al., 2014). Nejvhodnějším českým ekvivalentem k tomuto termínu se zdá být souběžný vytrvalostní a silový trénink (SSVT). Kombinace silových a vytrvalostních kondičních schopností je často vnímána jako cosi protichůdného. Je to z toho důvodu, že silový a vytrvalostní trénink mají ve svém čistém pojetí interferenční vliv na fyziologickou adaptaci organismu na dané zatížení (Fyfe et al., 2014). Primární adaptace na vytrvalostní trénink zahrnuje zvýšení kapilární hustoty, zvýšení počtu a velikosti mitochondrií ve svalových buňkách a zvýšení aktivity oxidativních enzymů, které zlepšují aerobní metabolismus (Jung, 2003). Silový trénink oproti tomu kapilární hustotu snižuje, stejně jako snižuje hustotu mitochondriální. Zároveň ale zlepšuje nervosvalovou aktivaci svalových vláken a je doprovázen hypertrofií (Barnes & Kilding, 2015). Kritické názory na SSVT tvrdí, že se příčně pruhované svalstvo, jako výkonný orgán pohybu, nemůže efektivně vyrovnat s těmito rozdílnými tréninkovými stimuly, a tak je pro optimální rozvoj jak silových tak vytrvalostních schopností nezbytná dostatečná časová izolace obou metod tréninku (Leverit et al., 1999). Tato argumentace většinou platí, pokud nám jde o primární rozvoj síly. Na druhou stranu pokud chceme primárně rozvíjet vytrvalost, tento názor není relevantní, neboť ačkoli je uváděno, že SSVT brání výraznějšímu silovému rozvoji, tak naopak může pozitivně ovlivnit vytrvalostní výkon (Johnes & Bampouras, 2007).

Tradiční pojetí vytrvalostního běhu (pro účely tohoto článku závodní tratě delší než 5000m) klade velké nároky na rozvoj aerobní vytrvalosti. Cílem vytrvalostního tréninku je zvýšení adaptace dýchacího, kardiovaskulárního a nervosvalového systému, což má za následek zlepšení přenosu kyslíku z okolního prostředí do mitochondrií. Ty pak mohou efektivněji provádět buněčné dýchání a vytvářet tolik potřebnou energii pro svalové buňky a tedy vlastní pohyb (Jones & Carter, 2000). Mezi nejčastěji používané tréninkové metody stimulující vytrvalostní výkon patří dlouhé běhy mírné a střední intenzity, kratší tempové běhy, intervalový trénink, fartlek a regenerační běhy v nízké intenzitě (Midgley et al., 2007). Tradičně je vytrvalostní výkon determinován několika faktory, kde za nejvýznamnější je považována maximální spotřeba kyslíku (VO_{2max}), ekonomika běhu (EB) a laktátový práh (LP). Zlepšení těchto faktorů je dosahováno nejčastěji právě výše zmíněnými aerobními metodami vytrvalostního tréninku. Současné výzkumy ukazují, že i anaerobní trénink hraje důležitou roli ve vytrvalostním výkonu. To vede k teorii, že právě silový trénink může pozitivně ovlivnit základní vytrvalostní faktory a tím zlepšit běžecký vytrvalostní výkon (Jung, 2003). V následujících odstavci se proto pokusíme vysvětlit principy a následně i dopady silového tréninku na jednotlivé základní faktory vytrvalostního výkonu.

EKONOMIKA BĚHU

Ekonomika běhu je popisována jako množství energie potřebné k udržení submaximální rychlosti, která je ovlivněna hmotností běžce a jeho technikou. Běžci lehčí tělesné hmotnosti vynaloží méně energie na uběhnutí dané vzdálenosti při dané rychlosti, což vede k nižší spotřebě kyslíku ve srovnání s těžšími běžci (Saunders et al., 2004). Zlepšení EB je nejčastěji uváděným benefitem SSVT. Barnes & Kilding (2015) ve své přehledové studii zaměřené na strategie ovlivňující EB uvádějí na 19 studií, které potvrzují zvýšení EB vytrvalostních běžců po přidání silového tréninku ke klasickému vytrvalostnímu tréninku. Nárůst EB se pohybuje ve většině těchto případů od 4 do 8 % za období 8-12 týdnů tréninku o frekvenci dvou až tří silových tréninků týdně. Silový trénink může zlepšit EB prostřednictvím několika mechanismů. Nárůst síly, jako výsledek silového tréninku zlepšuje mezisvalovou a vnitrosvalovou koordinaci. Tato synchronizace motorických jednotek ve svalovém vláknech a následná souhra svalových skupin se ve vlastním výkonu pozitivně projevuje na technickém zvládnutí pohybu a oddálení únavy pracujících svalů (Jung, 2003). Silový trénink také zvyšuje dynamickou stabilitu kloubů dolní končetiny a snižuje množství ztráty brzděné energie vynaložené při dokroku a zároveň zlepšuje schopnost svalů zachovat elastickou energii, která se pak může využít při následném odrazu (Saunders et al., 2004).

MAXIMÁLNÍ SPOTŘEBA KYSLÍKU

Maximální spotřeba kyslíku, nebo také maximální aerobní kapacita, vyjadřuje maximální objem kyslíku, jenž je tělo při výkonu schopno zpracovat k tvorbě energie. Obecně přijímané teorie tvrdí, že rozvoj VO_{2max} je možný v zásadě dvěma tréninkovými technikami a to dlouhým během ve střední a vyšší intenzitě 65-85 % VO_{2max} nebo opakovanými běžeckými úseky o vysoké intenzitě 80-100 % VO_{2max} (Jung, 2003). Při provádění silového tréninku zatížení zřídka kdy překračuje hodnotu 50 % VO_{2max} a tudíž nemůže zvýšit hodnotu aerobní kapacity (Jung, 2003). Tento závěr potvrzují přehledové studie Barnes & Kilding (2015) a Munakani & Ellapem (2015), které u běžců absolvující SSVT nezjistily významné změny v hodnotách VO_{2max} . Hodnota VO_{2max} je všeobecně považována za hlavní ukazatel výkonnosti a ze strany výkonnostních i rekreačních běžců panují obavy, že právě SSVT může tuto hodnotu snižovat. Tato obava je však neopodstatněná a vytrvalci účastníci se programů SSVT nepřesahujících 16 týdnů se nemusí obávat o ztrátu aerobní výkonnosti (Jung, 2003)

LAKTÁTOVÝ PRÁH

Laktátový práh (v domácí literatuře používanější pojem anaerobní práh) označuje intenzitu úsilí, kterou je možné udržovat po delší časové období, aniž by docházelo k hromadění laktátu v krvi. Běžec s vyšším LP tedy dokáže běžet na vyšší úrovni VO_{2max} a tím podat vyšší výkon (Jung, 2003). Situace u tohoto faktoru je velice podobná jako

u VO_{2max} . Silový trénink není schopen poskytnout takový stimul, aby ovlivnil úroveň LP a ani předchozí studie na vytrvalostních běžcích nezaznamenaly významnou změnu LP při zařazení SSVT (Munakani & Ellapem, 2015). Jedinou výjimku tvoří neaktivní jedinci charakterističtí sedavým životním stylem bez pravidelné pohybové aktivity, u kterých bylo po zařazení SSVT patrné 12% zvýšení LP (Marcinik et al., 1991) Do této kategorie však běžci dozajista nepatří a proto SSVT není použitelný pro zvýšení LP.

Celkový efekt SSVT bude silně závislý na konkrétní podobě silového tréninku. V případě vytrvalostního běhu musíme využít takové metody silového tréninku, které pozitivně ovlivní nervosvalový systém a zároveň budou mít minimální vliv na svalovou hypertrofii. Zvýšený podíl svalové hmoty by znamenal i zvýšení hmotnosti běžce, což se může negativně projevit na výkonu. Z dostupné literatury zjišťujeme, že za nejvhodnější metody silového tréninku, které se osvědčily při SSVT jsou považovány: a) metoda maximálního úsilí, která je založena na překonávání téměř hraničních odporů s minimálním počtem opakování (Storen et al., 2008), b) metody explozivní a plyometrické, které jsou založeny na principu protažení a následného zkrácení svalu, kde se využívá nahromaděná elastická energie pro následnou excentrickou kontrakci (Paavolainen et al., 1999; Spurrs et al., 2003), c) metody opakovaných úsilí (v zahraniční literatuře této metodě odpovídá spojení „heavy weight training“), které jsou založeny na překonávání velkých, ale nemaximálních odporů kolem 80 % maxima (Johnston et al., 1997, Millet et al., 2002; Aagaard & Andersen, 2010). Ačkoliv silový trénink používaný ve výše zmíněných studiích byl rozličný, je zde patrný určitý opakující se vzor. Silový trénink byl aplikovaný nejčastěji dvakrát nebo třikrát týdně po dobu 8 - 12 týdnů, kdy bylo dosaženo očekávaných výsledků. Jedna tréninková jednotka trvá přibližně jednu hodinu a je zaměřena z větší části na dolní končetiny, nebo jsou využity komplexní cviky. Ty jsou prováděny ve 3 - 6 sériích po 4 - 10 opakováních. Samozřejmě s drobnými změnami podle typu silového tréninku.

Vzhledem k časové náročnosti klasického vytrvalostního tréninku na jedné straně a nutnosti dostatečného času na regeneraci na straně druhé, je pro běžce vždy obtížné zařadit silové bloky do tréninkového programu. Aby se zabránilo interferenci mezi silovým a vytrvalostním blokem tréninku, doporučují Jones & Bampouras (2007) tyto bloky pro největší efekt absolvovat ideálně v rozdílný den nebo v rozmezí nejméně osmi hodin. Využívá se zde pravidlo, že oblast, kterou chceme rozvíjet více, by se měla trénovat dříve. Další doporučení se týká explozivního a plyometrického tréninku, který by neměl být prováděn přímo v závodním období. Tento typ silového tréninku klade výrazné nároky na výkonné orgány vlastního pohybu (na svaly, šlachy a kloubní spojení) a hrozí zde vyšší nebezpečí zranění či negativního dopadu na aktuální výkon vlivem nedostatečné regenerace po náročném tréninku (Larisova, 2014).

Silový trénink nepřináší vytrvalostním sportovcům pouze benefity týkající se výkonu. Velice zajímavou oblastí v tomto ohledu je problematika incidence běžeckých zranění, která narůstá stejně, jako narůstá počet aktivních běžců. Výzkumy naznačují, že silový

trénink snižuje riziko jak akutních zranění, která vzniknou přímo při výkonu pohybové aktivity, tak i těch, která souvisí s dlouhodobým přetěžováním pohybových struktur. Tato protektivní funkce silového tréninku je dána především zvýšením svalové síly, zvětšením kloubní stability, adaptací pojivových tkání na zátěž, zvýšené tuhosti šlach a obsahu minerálů v kostech a posílení slabých svalových skupin (Fleck & Falkel, 1986).

VYUŽITÍ SILOVÉHO TRÉNINKU U REKREAČNÍCH BĚŽCŮ

Je třeba zdůraznit, že všechny výše uvedené poznatky o tom, jak SSVT ovlivňuje vytrvalostní běžecký výkon, byly zjištěny ve studiích, které se zaměřovaly výhradně na výkonnostní běžce. Pro účely našeho článku využíváme klasifikaci běžecké výkonnosti podle Barnes & Kilding (2015), kteří dělí běžce do třech kategorií: vysoce trénovaní běžci, kteří mají $VO_{2max} > 65 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$, výkonnostní běžci, u kterých týdenní kilometráž překročí 30 km a rekreační běžci, u kterých týdenní kilometráž nepřekročí 30 km.

Ačkoliv rekreační běžci dnes představují největší skupinu sportovních běžců, studií, které by hodnotily efekt silového tréninku na parametry vytrvalostního výkonu u této populace je poskromnu. Pokud se zaměříme na rekreační běžce s objemem týdenní kilometráže do 30 km a zároveň vyloučíme studie prováděné na pohybově neaktivní populaci či neběžčích, nacházíme v dostupné literatuře pouze pět studií, které by splňovaly tato kritéria.

Tabulka 1: Vliv souběžného vytrvalostního a silového tréninku na výkonnostní parametry rekreačních běžců.

Zdroj	Účastníci	Trvání	Silový trénink	Výsledek		
				EB	VO_{2max}	Výkon v testu
Albracht & Arampatzis (2013)	n = 26	14 týdnů	4 dny/týden HWT	↑ 4 %	↔	n/a
Ferrauti et al. (2010)	n = 22	8 týdnů	2 dny/týden HWT	↔	↔	n/a
Kelly et al. (2008)	n = 19	10 týdnů	3 dny/týden HWT	↔	↔	↑ 1,7 %
Mikkola et al. (2011)	n = 16	8 týdnů	2 dny/týden EXP	↔	↔	↑ 0,2 %
	n = 17	8 týdnů	2 dny/týden HWT	↔	↔	↑ 2,6 %
Turner et al. (2003)	n = 18	6 týdnů	3 dny/týden PLM	↑ 2-3 %	↔	n/a

EB ekonomika běhu, HWT metoda opakovaných úsilí, EXP explozivní trénink, PLM plyometrický trénink, ↑ zlepšení mezi pre a post testem, ↔ bez rozdílu mezi pre a post testem, n/a neměřeno

Tabulka 1 znázorňuje změnu výkonnostních parametrů po absolvování SSVT u rekreačních běžců. Podobnost tréninkového plánu se studii provedených na výkonnostních běžcích je zřejmá. Forma silového tréninku se drží osvědčených metod (HWT, EXP, PLM), stejně jako trvání a frekvence provádění silového tréninku kopíruje podobný vzor. Kontrolní skupinou ve všech studiích byli běžci, kteří absolvovali pouze vytrvalostní trénink a tvořili vždy přibližně polovinu účastníků. Porovnání studií mezi sebou je v našem případě velmi problematické. Ačkoli počtem účastníků jsou si studie velmi podobné, v délce trvání, frekvenci, metodě a vlastním obsahu silového tréninku narážíme na podstatné rozdíly. Spojujícím prvkem všech studií je fakt, že stejně jako u vrcholových a výkonnostních běžců silový trénink neovlivnil hodnoty VO_{2max} . Ostatní výsledky jsou nejednoznačné. Albracht & Arampatzis (2013) a Turner et al. (2003) zaznamenali jako jediní pozitivní změny v ekonomice běhu. V dalších případech se tato hodnota nezměnila. Ani jedna studie neuvádí přesvědčivé a jasné vysvětlení, proč se nepodařilo silovým tréninkem ekonomiku běhu zlepšit. Mezi nejčastější důvody, vysvětlující tento stav, patřil malý počet probandů, nedostatečná délka intervence nebo nedostatečný impuls poskytnutý silovým tréninkem. Kelly et al. (2008) a Mikkola et al. (2011) (u obou dvou experimentálních skupin EXP i HWT) oproti ostatním navíc zjišťovali, jak se projeví silový trénink ve vlastním sportovním výkonu. Kelly et al. (2008) testovali běžce v běhu na 3000m a ačkoliv hodnoty EB a VO_{2max} zůstaly nezměněny, běžci dosáhli nevýznamného zlepšení času o 1,7 %. Tuto tendenci ke zlepšení si vysvětlují prodloužením kroku, kterého mohlo být dosaženo silovým tréninkem. Mikkola et al. (2011) pozoruje 2,6% nárůst výkonu v maximálním testu na běhátku, který si vysvětluje právě přidáním HWT k vytrvalostnímu tréninku. Tento trend je pozorovatelný i u studií prováděných na výkonnostních běžcích, které dokládají zlepšení vlastního výkonu na testované trati a to o 2,6 % v běhu na 3000m (Millet et al., 2002), 2,7 % v běhu na 300m (Spurrs et al., 2003), 3,1 % v běhu na 5000m (Paavolainen et al., 1999). Pokud se zaměříme i na proměnné, které se přímo nevztahují k vytrvalostnímu výkonu, Kelly et al. (2008), Mikkola et al. (2011) zaznamenali shodně významný nárůst maximální síly, kterou ověřovali na cvičích sloužících i jako nosné prvky silové intervence. Vzhledem k charakteru silového tréninku označují tuto změnu za očekávatelnou.

Na základě publikovaných prací můžeme říci, že efekt SSVT na parametry vytrvalostního výkonu je u rekreačních běžců nižší v porovnání s běžci výkonnostními. Pokud budeme ignorovat fakt nerovnováhy v počtu uskutečněných studií, vysvětlení lze zřejmě hledat ve výkonnostním rozdílu úrovní obou dvou skupin běžců. U výkonnostních běžců byl silový trénink implementován do vysokého tréninkového objemu a výkonnostní úrovně. Kontrolní skupiny, které podstoupily pouze vytrvalostní trénink, proto neměly další potřebný impuls k požadovanému zlepšení, a tedy výraznějších výsledků bylo dosaženo u skupin podstupujících SSVT. U rekreačních běžců je situace odlišná, skupiny kontrolní (pouze vytrvalostní trénink) i experimentální (SSVT) mají vzhledem ke své nízké počáteční výkonnosti ohromný potenciál ke zlepšení. Pokud se zaměříme jen na hledisko vytrvalostního výkonu, nemusí být silový trénink tak podstatný, neboť obě skupiny se

zlepšují rovnoměrně s ním i bez něj. Výkonnostní rozdíl zapříčiněný silovým tréninkem, jenž je patrný u výkonnostních běžců, tedy nemusí být u běžců rekreačních vzhledem k délce sledovaného období vůbec postihnutelný.

Pomineme-li snahu o zvýšení vytrvalostního výkonu, velice významnou oblastí, kde může působit silový trénink ve prospěch rekreačních běžců, je prevence běžeckých zranění. V předchozí kapitole byly popsány, protekční vlastnosti silového tréninku v prevenci běžeckých zranění. Tento fakt může mít u rekreačních běžců dokonce větší význam než u běžců výkonnostních. Tonili et al. (2010) ve své přehledové studii uvádějí, že začínající běžci jsou ke zranění náchylnější než ti pokročilejší a to zejména v oblasti dolních končetin a kolen. Hlavní příčinou je nepřipravenost svalového aparátu na danou zátěž, která vede k přetížení pohybových struktur a následně ke zranění (Hreljac, 2004).

Pro ucelenost celého příspěvku je zde vhodné shrnout i otázku problému začlenění silového tréninku do přípravy rekreačních běžců. Ve své klasické studii Clough et al. (1989) uvádějí mezi hlavní motivy účasti jedinců na rekreačním běhu výzvu, zdraví a fitness a well-being. Proto pro tuto skupinu běžců tedy velice často výkon a úspěch při závodech není, aspoň z počátku, primární cíl. A proto přidání silového tréninku do vytrvalostní přípravy nemusí přesně korespondovat s představou o běžeckém sportu jako takovém. Argumentace výše uvedenými benefity silového tréninku pak pro běžce postrádá význam. Velice často se totiž věnují běhání právě pro to, že nemají zájem o silové cvičení, a to ať už v posilovně tak venku. Prakticky pro všechny formy silového tréninku (a zvláště pak pro ty, které by měly největší efekt vzhledem ke zvýšení vytrvalostního výkonu) je nutná koncentrace na daný cvik, což může být pro někoho v protikladu k vytrvalostnímu běhu, při němž si chce spousta běžců především takzvaně „vyčistit hlavu“. Stejně tak je potřebná určitá základní úroveň ostatních pohybových dovedností, díky kterým bude možno bezpečně absolvovat silový trénink.

V neposlední řadě bude k dalším komplikacím jistě patřit nedostatek volného času. V současné společnosti je nedostatek volného času nejčastěji uváděnou překážkou k provádění pohybových aktivit (Shutzer & Gaves, 2004). Ačkoliv o tomto ospravedlňování nedostatku pohybové aktivity můžeme vést debaty, je jistě pravdou, že určitá část plně zaměstnaných jedinců na 2-3 bloky silového tréninku prostě nemá čas.

ZÁVĚR

Vhodně uchopený souběžný vytrvalostní a silový trénink, přináší vrcholovým a výkonnostním běžcům především zlepšení ekonomiky běhu. To se pozitivně odráží na výkonnosti beze změn v hodnotách LP a VO_{2max} . U rekreačních běžců je situace o poznání složitější. Vzhledem k nedostatku provedených studií a jejich nejednotnosti v metodách a aplikaci silového tréninku, nemůžeme očekávat přímo stejné účinky SSVT jako u výkonnostních běžců. Tato rozdílnost je dána především jinou kondiční úrovní, kdy u výkonnostních běžců je silový trénink začleněn do již poměrně vysokého vytrvalostního základu. U rekreačních běžců tomu tak není. Vzhledem ke své nižší běžecké zdatnosti se totiž efekt přidaného silového tréninku nemusí vůbec na vytrvalostním výkonu projevit. Kromě potencionálního zlepšení vytrvalostního výkonu tedy vhodně provedený a v přiměřených dávkách absolvovaný silový trénink rekreačnímu běžci přináší zvýšení celkové síly a působí jako prevence běžeckých zranění.

Vlastní aplikace silového tréninku do vytrvalostní přípravy rekreačních běžců může být obtížná vzhledem k jeho nárokům na motivaci, pohybové dovednosti umožňující správné provedení cviků a časovou náročnost. Za těchto předpokladů a vzhledem k absenci dalších studií, by bylo vhodné zaměřit další výzkum na zpřesnění informací o tom, jaký minimální objem a konkrétní podoba silového cvičení je nutná k tomu, abychom mohli těžit z benefitů, které silový trénink rekreačním běžcům přináší.

LITERATURA

- [1] AAGAARD, Per; ANDERSEN, Jesper L. Effects of strength training on endurance capacity in top-level endurance athletes. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 2010, 20.s2: 39-47.
- [2] AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, et al. (ed.). *ACSM's health-related physical fitness assessment manual*. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- [3] ALBRACHT, Kirsten; ARAMPATZIS, Adamantios. Exercise-induced changes in triceps surae tendon stiffness and muscle strength affect running economy in humans. *European journal of applied physiology*, 2013, 113.6: 1605-1615.
- [4] BARNES, Kyle R.; KILDING, Andrew E. Strategies to improve running economy. *Sports Medicine*, 2015, 45.1: 37-56.
- [5] CLOUGH, Peter; SHEPHERD, John; MAUGHAN, Ronald. Motives for participation in recreational running. *Journal of Leisure Research*, 1989, 21.4: 297.
- [6] FERRAUTI, Alexander; BERGERMANN, Matthias; FERNANDEZ-FERNANDEZ, Jaime. Effects of a concurrent strength and endurance training on running performance and running economy in recreational marathon runners. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 2010, 24.10: 2770-2778.
- [7] FLECK, Steven J.; FALKEL, Jeff E. Value of resistance training for the reduction of sports injuries. *Sports Medicine*, 1986, 3.1: 61-68.
- [8] FYFE, Jackson J.; BISHOP, David J.; STEPTO, Nigel K. Interference between concurrent resistance and endurance exercise: molecular bases and the role of individual training variables. *Sports Medicine*, 2014, 44.6: 743-762.
- [9] HRELJAC, Alan. Impact and overuse injuries in runners. *Medicine and science in sports and exercise*, 2004, 36.5: 845-849.
- [10] JOHNSON, Ronald E., et al. Strength training in female distance runners: impact on running economy. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 1997, 11.4: 224-229.
- [11] JONES, Andrew M.; CARTER, Helen. The effect of endurance training on parameters of aerobic fitness. *Sports Medicine*, 2000, 29.6: 373-386.
- [12] JONES, Paul; BAMPOURAS, Theodoros M. Resistance Training for Distance Running: A Brief Update. *Strength & Conditioning Journal*, 2007, 29.1: 28-35.
- [13] JUNG, Alan P. The impact of resistance training on distance running performance. *Sports Medicine*, 2003, 33.7: 539-552.
- [14] KELLY, Cherina M.; BURNETT, Angus F.; NEWTON, Michael J. The effect of strength training on three-kilometer performance in recreational women endurance runners. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 2008, 22.2: 396-403.
- [15] LARISOVA, V. Does Resistance Training Improve Running Economy and Distance Running Performance?: Literature Review and Practical Applications. *Journal of Australian Strength and Conditioning*, 2014, 22: 56-62.
- [16] LEVERITT, Michael, et al. Concurrent strength and endurance training. *Sports medicine*, 1999, 28.6: 413-427.

- [17] MARCINIK, Ee J., et al. Effects of strength training on lactate threshold and endurance performance. *Medicine and science in sports and exercise*, 1991, 23.6: 739-743.
- [18] MIDGLEY, Adrian W.; MCNAUGHTON, Lars R.; JONES, Andrew M. Training to enhance the physiological determinants of long-distance running performance. *Sports Medicine*, 2007, 37.10: 857-880.
- [19] MIKKOLA, Jussi, et al. Effect of resistance training regimens on treadmill running and neuromuscular performance in recreational endurance runners. *Journal of sports sciences*, 2011, 29.13: 1359-1371.
- [20] MILLET, GREGOIRE P., et al. Effects of concurrent endurance and strength training on running economy and $\dot{V}O_2$ kinetics. *Medicine and science in sports and exercise*, 2002, 34.8: 1351-1359.
- [21] MUNEKANI, I.; ELLAPEN, T. J. Does concurrent strength and endurance training improve endurance running? A systematic review: sport science. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, 2015, 21.1.1: 46-58.
- [22] PAAVOLAINEN, Leena, et al. Explosive-strength training improves 5-km running time by improving running economy and muscle power. *Journal of Applied Physiology*, 1999, 86.5: 1527-1533.
- [23] PAULINE, Gina. Women's Participation in Endurance Events: An Example of How Far We Have Come. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 2014, 85.1: 4-6.
- [24] SAUNDERS, Philo U., et al. Factors affecting running economy in trained distance runners. *Sports Medicine*, 2004, 34.7: 465-485.
- [25] SCHUTZER, Karen A.; GRAVES, B. Sue. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive medicine*, 2004, 39.5: 1056-1061.
- [26] SPURRS, Robert W.; MURPHY, Aron J.; WATSFORD, Mark L. The effect of plyometric training on distance running performance. *European journal of applied physiology*, 2003, 89.1: 1-7.
- [27] STOREN, Oyvind, et al. Maximal strength training improves running economy in distance runners. *Medicine and science in sports and exercise*, 2008, 40.6: 1087.
- [28] SZABO, Attila; ÁBRAHÁM, Júlia. The psychological benefits of recreational running: A field study. *Psychology, health & medicine*, 2013, 18.3: 251-261.
- [29] *Running USA: Statistics* [online]. 2015 [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.runningusa.org/statistics>
- [30] TONOLI, Door C., et al. Incidence, risk factors and prevention of running related injuries in long-distance running: a systematic review. *Sport & Geneeskunde*, 2010, 43.5.
- [31] TURNER, Amanda M.; OWINGS, Matt; SCHWANE, James A. Improvement in running economy after 6 weeks of plyometric training. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 2003, 17.1: 60-67.

THE BENEFITS OF STRENGTH TRAINING IN RECREATIONAL RUNNING



ABSTRACT

The aim of review is summarize available information about concurrent strength and endurance training in relation to recreational running. Four electronic databases (SPORTDiscus, MEDLINE, Web of Science, Google Scholar) were searched for publication meeting the following inclusion criteria: endurance training, strength training, concurrent strength and endurance training, recreational running, running economy.

Research in performance running indicates that strength training, when supplementing individualized endurance training, leads to improvements in running economy and distance running performance with no significant changes in maximal aerobic capacity or lactate threshold. The effects of concurrent strength and endurance training in recreational running seem equivocal. This difference probably depends on different fitness levels of both groups and different application concurrent strength and endurance training, which results from inconsistencies in goals and different time allocations for training capacities.

The conclusion and findings of review can be used by coaches of beginner runners or by basic knowledge for the future research.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Michal Štohanzl
Univerzita Karlova v Praze
Fakulta tělesné výchovy a sportu
Laboratoř sportovní motoriky
José Martího 269/31
162 52 Praha 6 - Veveřslavín
e-mail: michal.stohanzl@seznam.cz

KEYWORDS:

endurance, strength, concurrent training, recreational running

HLEDÁNÍ LIMITŮ A PŘÍLEŽITOSTÍ V PROCESU SUPERVIZE U STUDENTŮ SOCIÁLNÍ PRÁCE

DAGMAR DVOŘÁČKOVÁ
ADÉLA MOJŽÍŠOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

Cílem této přehledové studie je předložit pohled na supervizi odborné praxe u studentů sociální práce a poukázat na možnosti, limity a příležitosti v průběhu supervizního procesu. Sociální pracovník je pomáhající profesionál, který by měl být schopen komplexně vykonávat svoji práci. Aby mohl svoji práci vykonávat co nejlépe, měl by být schopen reflexe i sebereflexe, dialogu se svými kolegy, s klienty a rodinami klientů, ale také s dalšími institucemi. V průběhu vysokoškolského studia, v oborech zaměřených na sociální práci, studenti absolvují široké spektrum odborných praxí v neziskových organizacích, ale i ve veřejné správě a ve zdravotnických zařízeních. Setkávají se s různými situacemi, ať již ve vztahu s klienty, tak s pracovníky působícími v těchto organizacích. Během jejich odborné praxe absolvují studenti skupinové i individuální supervize, které jim pomáhají se s těmito novými situacemi vyrovnávat. Důležitou roli také sehrává osoba supervizora, jeho zkušenosti a způsob, jakým supervizní setkání vede. Pokud studenti chápou proces supervize jako příležitost sdílení, předávání informací, jako podporu a učení se novým věcem, může být pro jejich osobní i profesní život supervize velkým přínosem.

KLÍČOVÁ SLOVA:

student, sociální práce, supervize, supervizor, reflexe, sebereflexe

ÚVOD

Supervize je často chápána jako metoda práce, která je cíleně zaměřena na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality pracovníka, týmu či celé organizace (Michková, 2008). K rozvoji profesionálních kompetencí lze dosáhnout pomocí kvalifikovaného supervizora, a to prostřednictvím reflexe, podpory a různých supervizních metod a technik (Vaska, 2012). Úlehla (2007) vnímá supervizi jako nadhled, který pracovník potřebuje, aby mohl zpracovat všechny předcházející podněty a informace. V České republice v rámci Asociace vzdělavatelů v sociálních službách jsou nastaveny minimální standardy vzdělávání. V jednom z těchto minimálních standardů, který se týká supervize, je supervizní proces vnímán jako jeden z nástrojů profesního a osobního růstu studentů a studentek, jako jedna z cest podpory studujících k naplnění cílových charakteristik v profilu absolventa. Studující v dynamickém a dialogickém procesu teoretické výuky a odborné praxe vrůstá do profese sociální práce a učí se hledat vlastní identitu sociálního pracovníka v rámci multidisciplinární spolupráce. Supervize je interaktivním prostorem k (sebe)reflexi tohoto procesu organizovaném ze strany školy. Supervize může nabízet a systematicky učit nadhledu nad procesem učení. Jejím předmětem je především odborná praxe studujících, jejich vlastní zkušenost a potřeby, ale také zkušenost a potřeby druhých, které se studující učí rozpoznávat a respektovat (Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP).

Havrdová a Hajný (2008) považují za základní pilíře vývoje supervize dva důležité procesy, a to dialog a reflexi. Uvádí, že pokud je předmětem dialogu pracovní situace, kontext a postupy či vztahy pracovníka k profesi, ke klientům či spolupracovníkům, přičemž je smyslem překročit bloky, jež brzdí tvořivost, spolupráci a kvalitní výkon, stává se dialog supervizí. Podobný názor mají na reflexi. Pokud je předmětem reflexe pracovní kontext a pracovní proces, s cílem poznat a pochopit, a tím se dostat k lepšímu přístupu ke klientům, kolegům či způsobům práce, jde o supervizi.

Supervize hraje klíčovou roli pro profesní rozvoj sociálního pracovníka, pro pozitivní práci s klientem a efektivní fungování organizace. Supervidovaný si osvojuje, jak dávat i přijímat smysluplnou zpětnou vazbu, učí se rozpoznávat životní podmínky klienta, jeho okamžité i dlouhodobé potřeby. Supervizor věnuje pozornost vytvoření bezpečného prostředí, které podporuje vzájemnou důvěru. Supervizor vede supervizi takovým způsobem, který upřednostňuje potřeby a zájmy supervidovaných a klientů, nikoli potřeby supervizora Havrdová a Hajný (2008).

CÍLE A FUNKCE SUPERVIZE

Jestliže chceme definovat, co je cílem supervize, musíme vycházet z toho, co vlastně supervize v sociální práci je, na co je zaměřena a o co usiluje. Konkrétní cíle pak mohou vycházet z úkolů, které se od aktérů v supervizním procesu očekávají (Tsui,

2005). Dlouhodobým cílem supervize je poskytování vhodných a efektivních služeb klientům (Kadushin a Harkness, 2002). Také Havrdová a Hajný (2008) se shodují na tom, že obecným účelem supervize jako profesionální activity je zlepšení či udržení kvality poskytovaných služeb. Takového účelu lze dosahovat různými cestami, a to podle situace, do níž je supervize zasazena.

Dílčí a krátkodobé cíle supervize jsou vždy dojednávány na začátku každého supervizního setkání, aby co nejlépe odpovídaly potřebám supervidovaných. Supervizor je seznámen s tématy, se kterými supervidovaní přicházejí a společně formulují dílčí cíle a zakázku dané supervize (Michková, 2008). Bujdová a Kmec (2012) konstatují, že dalším cílem supervize v sociálních službách může být hledání řešení při nepříznivých sociálních situacích klientů. Howkins a Shohet (2004) uvádějí tři základní funkce supervize, a to vzdělávací, podpůrnou a kontrolní.

Vzdělávací funkce spočívá především v rozvoji dovedností a schopností supervidovaných. Děje se tak pomocí reflektování a vedení dialogu v rámci supervizní skupiny na téma klient.

Podpůrná funkce je způsob reagování na zátěžové situace, do kterých se supervidovaní dostávají. Venglářová (2013) upozorňuje, že pomáhající pracovníci bývají často, v souvislosti s klienty, zahlceni emocemi, bolestí, smrtí, beznadějí, zoufalstvím. To vede k velké emoční zátěži pracovníků. Těmto emocím je třeba věnovat náležitou pozornost, aby nedocházelo ke stresu a k syndromu vyhoření.

Maroon (2012) konstatuje, že vyhoření není pouze osobní záležitostí postiženého, neboť podstatně narušuje pracovní okolí - klienty, jež sociální pracovník označil jako beznadějně, ale ovlivňuje také funkčnost dané organizace, kde sociální pracovník působí.

Kontrolní funkce (někdy také označována jako řídicí, administrativní či normativní) spočívá v kontrole kvality, kdy úkolem supervizora je společně se supervidovaným rozebírat a reflektovat jeho práci, posuzovat například, zda odpovídá standardům kvality v organizaci, v níž supervidovaný pracuje či etickým normám (Howkins a Shohet (2004). Účelem administrativního aspektu supervize může být i zavedení nové metodiky. V souvislosti s touto funkcí supervize je cílem ujasnit si v konkrétní praxi hranice, pravidla a kompetence jednotlivých pracovníků, a tím podpořit kvalitně vykonávanou práci s klienty (Havrdová, 2008).

SUPERVIZE ODBORNÉ PRAXE STUDENTŮ

V sociální práci je supervize ceněná jako zásadní činnost pro odborné vzdělávání a rozšiřování profesních kompetencí. Lze však najít rozdíly u supervize sociálních pracovníků, kteří již pracují s klienty delší dobu a mají určité zkušenosti a mezi

studenty sociální práce, kteří se na svoji pracovní pozici sociálního pracovníka připravují (Bogo, 2008). Odborné praxe studentů sociální práce jsou důležitou součástí jejich odborné přípravy. Studenti přichází poprvé do kontaktu s klienty, zažívají reálné situace v různých organizacích z oblasti sociální práce. V průběhu jejich odborné praxe jsou studenti pod dohledem zkušených supervizorů. a to ve formě skupinových supervizí na půdě Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích. Skupinové supervize doplňují supervize individuální. Skupinové supervize mají pravidelný rytmus, a to na každé dva týdny praxe připadá jedno skupinové supervizní setkání, které trvá tři hodiny. Supervize studentů sociální práce je považována za významný nástroj zvyšování kvality jejich odborné praxe. Supervizor provádí supervizi na základě specifických potřeb supervidovaného.

Vaska (2012) označuje studenty sociální práce jako tzv. „začínající sociální pracovníky“. Uvádí, že těmto začínajícím sociálním pracovníkům by měla být věnována mimořádná pozornost a supervizor by se jim měl věnovat co nejintenzivněji, měl by působit v roli průvodce a pomáhat jim rozšiřovat jejich možnosti při hledání alternativních řešení při práci s klienty. Také Gabura (2007) uvádí, že supervize spojuje teoretickou a praktickou přípravu začínajících sociálních pracovníků.

Začínající sociální pracovníci mají často přehnaná očekávání jejich práce s klientem. Pokud nedojde k naplnění jejich představ, přichází zklamání, pocity selhání a neúspěchů. Také Vaska (2012) uvádí, že v některých případech studenti nejsou dostatečně připraveni, nemají potřebné informace o klientech, o způsobu práce s konkrétní cílovou skupinou apod. Navrátil a Šišláková (2007) poukazují na skutečnosti, které vyvolávají u studentů sociální práce napětí v souvislosti s jejich praktickou přípravou. Jde zejména o bezradnost z neznalostí a z potíží, které doprovázejí aplikaci teoretických poznatků do praxe. Dále se jedná o obavy, že na ně budou kladeny příliš vysoké nároky a strach z nového, který je vnímán jako něco, co neodpovídá jejich dovedostem.

Rizika, která mohou doprovázet studenty sociální práce v průběhu jejich odborné praxe, mohou mít různý charakter. Punová (2014) uvádá, že tato rizika mohou mít podobu ohrožení, překážek či bariér a nepříznivých životních okolností. Tato rizika se mohou vyskytovat na všech ekosystémových úrovních a mohou mít různou intenzitu i četnost. Punová (2014) dále uvádí, že na mikroúrovni (student na praxi) se mohou objevit rizika, která jsou pak dáвана do souvislostí s výskytem stresu u studentů. Zdroje těchto stresů vychází z různých oblastí. Jedná se např. o životní příběh studenta, kdy student volí takový typ praxe, který je propojen s jeho životním, osobním příběhem. V takových případech může existovat riziko identifikace studenta s osudy klientů, ti se pak stávají nástrojem pomoci studentovi. Dalšími riziky mohou být nereálná očekávání vůči praxi či předsudky vůči uživatelům organizace, kde je praxe vykonávána.

Na mezzóúrovni se jedná zejména o rizika, která vyplývají z poskytování praxe ze strany organizace. Punová (2014) konstatuje, že se může jednat o ambivalentní postoj organizace vůči praxi studenta, nedostatečné vymezení role studenta na praxi, nevhodné doprovázení a komunikace se studentem, slabé zajištění osobní ochrany studentů na praxi, nevyhovující umístění organizace či napětí na pracovišti praxe.

Na této úrovni se však mohou vyskytovat rizika, která plynou ze strany školy. Jedná se např. o marginalizaci významu praktického vzdělávání, nedokonalé propojení teoretické a praktické výuky, nedostatečný tým zajišťující praxi, vysoké/nízké požadavky na teoretickou přípravu studentů na praxi, na vypracovávání průběžných a závěrečných úkolů souvisejících s praxí a nekvalifikovaný supervizor (Punová, 2014).

V rámci makroúrovně lze zmínit zastřešení praktického vzdělávání studentů sociální práce tzv. Minimálními standardy vzdělávání v sociální práci ASVSP. Vymezují cílové kompetence a jsou zaměřeny i na reflexi a sebereflexi. Punová (2014) v nich však postrádá prvek podpory resilience. Rovněž kladou menší akcent na organizační uspořádání praxí a nevyjadřují se k jejich finančnímu zabezpečení.

ZÁVĚR

Supervize odborné praxe studentů je jedním ze směrů metody supervize a má podle autorek dva cíle. První cíl je doprovázení studentů, kteří studují sociální práci a praktikují v sociálních a zdravotnických institucích v průběhu studia. Druhým cílem by mělo být naučit studenty používat metodu supervize nejen v průběhu studia při překonávání limitů, ale především v průběhu výkonu profese sociálního pracovníka. Supervize by měla sloužit ke zvyšování profesionálních kompetencí sociálních pracovníků v pracovních vztazích s důrazem na procesy nejen v rámci profesního vzdělávání, ale také v průběhu celoživotního vzdělávání.

LITERATURA

- [1] BOGO, M. a McKNIGHT, K. 2008. Clinical Supervision in Social Work. The Clinical Supervisor. Vol. 24. Issue 1-2. 2008. ISSN 0732-5223.
- [2] BUJDOVÁ, N. a KMEC, J. 2012. Supervision in Social Work. Clinical Social Work Journal. No 3, Vol. 3. 2012. p. 83 – 87. ISSN 2076- 9741.
- [3] GABURA, J. 2007. Supervízia v príprave sociálnych pracovníkov. In Brnula, P. a Koscurová, Z. 2007. Nové trendy v príprave a uplatnení sociálnych pracovníkov. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2007. 296 s. ISBN 978-80-89185-27-6.
- [4] HAVRDOVÁ, Z. a M. HAJNÝ et al. 2008. Praktická supervize. Praha: Galén, 2008. 2012 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- [5] HAWKINS, R. a R. SHOHET. 2004. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- [6] KADUSHIN, A. a HARKNESS, D. 2002. Supervision in Social Work. 4th ed. New York &Chichester: Columbia University Press, 2002. 583 p. ISBN 0-231-12094-X.
- [7] MAROON, I. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál. ISBN 9788026201809.
- [8] Minimální standard vzdělávání v sociální práci. [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.asvsp.org/standardy.php#supervize>
- [9] MICHKOVÁ, A. 2008. Supervize. České Budějovice, JU, Zdravotně sociální fakulta. 2008. ISBN 978-80-7394-145-1.
- [10] NAVRÁTIL, P. a ŠIŠLÁKOVÁ, M. 2007. Praktické vzdělávání v sociální práci. Brno: Tribun, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7399-343-6.
- [11] PUNOVÁ, M., NAVRÁTILOVÁ, J. a kol. 2014. Praktické vzdělávání v sociální práci optikou konceptu resilience. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7759-1.
- [12] TSUI, M. 2005. Social Work Supervision. Context and concepts. 1. s ted., California: SAGE Publications. pp 178. ISBN 0-7619-1767-5.
- [13] VASKA, L. 2012. Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov. Bratislava: IRIS, 2012. 175 s. ISBN 978-80-89238-70-5.
- [14] VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2013. Supervize v ošetrovateľskej praxi. Praha: Grada, 2013. 100 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

FINDING LIMITS AND OPPORTUNITIES IN THE PROCESS OF SUPERVISION FOR SOCIAL WORK'S STUDENTS

ABSTRACT

The aim of this survey study is to present a view on supervision of professional experience in social work students and highlight the possibilities, limits and opportunities in the course of the supervisory process. The social worker is helping professional, who should be able to competently perform their work. To be able to do their work best, he should be capable of reflection and self-reflection, dialogue with colleagues, clients and families of clients, but also with other institutions. In the course of university studies in the fields for social work students receive a broad spectrum of professional experience in nonprofit organizations, but also in offices and medical facilities. Faced with different situations, whether in relation with the clients and the staff working in these organizations. During their practical training, the students have group and individual supervision to help them with these new situations to cope. An important role is also played by the individual supervisor, his experience and the way leads supervision. If students understand the process of supervision as an opportunity to share and exchange information, such as support and learning new things, for their personal and professional lives supervision is great benefit.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních
a speciálněpedagogických věd
Jírovцова 24
370 04 České Budějovice
e-mail: dvoracko@zsf.jcu.cz

doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních
a speciálněpedagogických věd
Jírovцова 24
370 04 České Budějovice
e-mail: mojzis@zsf.jcu.cz

KEYWORDS:

student, social work, supervision,
supervisor, reflection, self-reflection

SPECIFIKA TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ Z HLEDISKA ZNALOSTÍ A DOVEDNOSTÍ VE SVĚTLE VÝZKUMU

JÁN MIŠOVIČ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH



ABSTRAKT

Príspevek sa zaoberá špecifickými rysmi terénnej sociálnej práce. Približuje charakteristiku terénnych sociálnych pracovníkov v ČR na základe výsledkov reprezentatívneho šetrenia. Orientuje sa na ich motiváciu a hlavnú činnosť, na hodnotenie sociálnej práce a štandardov kvality sociálnych služieb, analyzuje konkrétne profesné hodnoty a poukazuje na ich miesto v praxi sociálnej práce a na rolu, ktorú majú vo vzťahu k klientom, prináša pohľad na prednosti a nedostatky terénnych sociálnych pracovníkov. Súčasne naznačuje oblasti poznatkov a dovedností, ktoré vyžadujú väčšiu pozornosť pri ich profesnej príprave.

KLÍČOVÁ SLOVA:

terénny sociálny pracovník, identita sociálnej práce, štandard kvality, poznatky, dovednosti

ÚVOD

Terénní sociální práce, jak je známo, se liší od klasické sociální práce, jednak tím že probíhá v přirozeném prostředí klienta a také tím, že pracovník se snaží o motivaci lidí určitých sociálních skupin, aby se stali uživateli nabízených služeb (Černá, 2008, str. 10). Odborná literatura rovněž poukazuje na to, že terénní sociální práce je „jedním z účinných nástrojů jak předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivců, rodin, či celých skupin z určitých vztahů ve společnosti a z užívání zdrojů a možností, které jsou ve společnosti přístupny většině.“ (Černá, 2008, str. 11). Působení terénní sociální práce je nejvíce spojováno se službami sociální prevence (Jabůrková, 2008, str. 327), přímo v přirozeném prostředí klientů (Fleischmann a kol, 2006, str. 5).

Aktuální údaje MPSV naznačují, že počet sociálně vyloučených lokalit se v průběhu několika posledních let zdvojnásobil a dosahuje počtu 600 (Vavroň, 2015, str. 15). Uplynulý vývoj potvrzuje, že bez politické podpory a pevného legislativního rámce nepomůže sebevětší snaha sociálních pracovníků naplňovat jeden z podstatných cílů terénní sociální práce, předcházet sociálnímu vyloučení. Současně údaj o počtu vyloučených lokalit nic nevyovídá o možnostech a schopnostech terénních sociálních pracovníků podílet se na řešení tohoto problému. Cesta k objasnění jejich potenciálu spočívá v přiblížení specifické identity sociálních pracovníků.

Současné přístupy k problematice identity zdůrazňují její společenskou a kulturní dimenzi a její měnící se podstatu v průběhu doby (Thompson, 2011, str. 111). Identita představuje aktivní proces, kognitivní a emocionální realitu, v rámci níž se klasifikují věci a osoby, současně se jí rozumí postup osvojování si bytí, existence, náležitého chování. Potvrdil to i výzkum nábožensky orientovaných charitativních pracovníků v ČR. Zjistitelnými znaky, jimiž se jednotlivci projevovali a k nimž se hlásili, byly hodnoty a postoje promítající se do osobní identity. Sebepoznání se tak úzce spojuje s preferovanými hodnotami, které aktivizují nebo limitují jednání a determinují akceptovatelnost dostupných vzorců a norem chování pro jednotlivce, ale i spolupatříčnost a sounáležitost se širší skupinou (Mišovič, 2013, str. 64). Identita naznačuje cestu, po níž jednotlivci a kolektivity rozvíjejí své vztahy (Jenkins, 2008, str. 18).

Jeden z postmoderních autorů, Sarup, při úvahách o identitě, podtrhuje důležitost spojení mezi identitou a jejím konkrétním fungováním. Identita představuje podle něj konstrukci, resp. důsledek procesu interakce mezi lidmi, institucemi a praxí, probíhající v určité konkrétní oblasti, definované geografickým územím, politickými nebo náboženskými stanovisky, kategoriemi zaměstnání, jazykem nebo kulturními tradicemi (1996, str. 11). V tomto smyslu chápeme identitu sociálních pracovníků i v našem kontextu. Identita je výrazem toho, kdo jsme a jak se utvářejí naše vztahy k jiným a ke světu, v němž žijeme. Naše životní zájmy, cíle, hodnoty a postoje identitu vyjadřují. Identita nutně ztělesňuje rysy každého jednotlivce, které jsou kolektivně konstruovány (Jenkins, 2008, str. 46).

Na kolektivní konstrukci společenských rysů se významným způsobem podílejí hodnoty. Hodnoty v nejširším slova smyslu představují jeden ze základních postulátů pro motivaci, chování a utváření vztahů a struktur ve společnosti. Vždy jde o něco, co je pro daného člověka podstatné a představuje zdroj jeho chování a celkového vnímání světa (Prudký a kol., 2009a, str. 123). Rokeach definuje hodnoty jako „stabilní přesvědčení, že zvolené chování či existence je sociálně přijatelnější než opačné chování či existence.“ (Cakirpaloglu, 2009, str. 286). Hodnoty pomáhají člověku orientovat se v tom, co je pro něj důležité a maximalizovat tak jeho životní příležitost (Kondrla a kol., 2013, str. 46) a jako komplexní koncepce určují veškeré jeho jednání (Cakirpaloglu, 2009, str. 288).

Hodnotová orientace reprezentuje faktory určující pravidla sociální interakce (Prudký a kol., 2009B, str. 9). Hodnotová orientace člověka se v konkrétním životě projevuje jeho chováním, respektováním určitých norem, internalizací hodnotových systémů obecné i profesní kultury. Ke způsobům chování a k přesvědčení, jenž směřuje k zajištění konečného stavu, se vztahují instrumentální hodnoty (Kondrla a kol., 2013, str. 101). Lidé se realizují ve všech životních sférách prostřednictvím takových základních funkcí, jako jsou funkce znalostní, užitá, funkce sociální identity a funkce udržování sebeúcty. Naplňování funkce sociální identity je významné zejména pro sociální pracovníky, zahrnuje totiž aspekty sebevyjádření a sociální interakce, což směřuje zároveň k identifikaci s osobami vyskytujícími se v soukromém i profesním životě jednotlivce (Bohner. In Hewstone, Stroebe, 2006, str. 285-286).

Identifikace sociálních pracovníků s osobami vyskytujícími se při realizaci jejich profese je důležitá, protože jedincům (potenciálním klientům), v postmoderní době, mohou chybět spolehlivé, historii vyzkoušené, strukturované a obecně akceptované normy. Můžeme konstatovat, že jde o jakousi absenci „kotevních bodů“, nahrazených poněkud různorodými hodnotami postmoderní společnosti. Lidé se tak občas mohou dostat do situace, kdy se v existujících hodnotách stěží orientují a řešení závisí pouze na jejich vlastní zodpovědnosti za konkrétní rozhodnutí, která mohou vést k negativním důsledkům. V rámci společenských změn pak sociální pracovníci musí pružně reagovat na takto se projevující chování (Hanuš, 2007, str. 5).

Hodnoty v sociální práci představují důležitou skupinu faktorů souvisejících s fungováním profese sociálního pracovníka. Autoři zabývající se podstatou sociální práce potvrzují, že hodnoty jsou integrujícím článkem této profese. Určují povahu sociální práce, charakter vztahu sociálního pracovníka a klienta, rovněž ovlivňují metody sociální práce. Úzká spojitost mezi hodnotami a profesní identitou je ovlivněna tím, že aplikované hodnoty sociální práce spoluformují stabilní identitu profese (Flídrová, 2015, str. 154-155). Nečasová v souvislosti s hodnotami uvádí, že „sociální práce bude vždy reflektovat hodnoty (protože intervnuje do důležitých aspektů každodenního života) a zároveň bude také vždy předmětem střetu (protože její cíle nemusejí být vždy nutně akceptovatelné pro všechny členy společnosti).“ (Nečasová, 2001, str. 9).

Payne připomíná, že hodnoty sociální práce směřují k profesním cílům. Zvláště když vyjadřují orientaci na klienty, na jejich pozorné vyslechnutí, chování, zkušenosti (1997, str. 159). Takové kroky zároveň znamenají prevenci před eticky nežádoucím počínáním (Thompson, 2009, str. 125).

Sociální práce v českém prostředí vymezuje své hodnoty v Etickém kodexu sociálních pracovníků České republiky. Analýzy současně ukazují, že „chybí jednotný pohled na hodnoty, z kterých by měla činnost sociálních pracovníků vycházet.“ (Flídrová, Opatrný, 2014, str. 121).

Následující části budou věnovány metodologickému uchopení motivace, hodnot a jejich propojení s identitou sociálních pracovníků, konkrétním poznatkům týkajícím se profesního zaměření, dovedností a znalostí terénních sociálních pracovníků. V závěru shrnujeme hlavní zjištění našeho výzkumu a odpovídáme na výzkumnou otázku, v čem spočívají jejich specifika.

METODOLOGIE VÝZKUMU A DATA

Autoři zabývající se empirickými charakteristikami sociálních pracovníků se soustředí na profil profese jako celku. Ve výzkumu, jehož výsledky předkládáme, vycházíme ze stejného principu, obohaceného o komparaci se skupinou terénních sociálních pracovníků, s cílem identifikovat shodné a rozdílné rysy našich respondentů pracujících v terénu, ve srovnání se celým souborem. Výzkumný blok, který interpretujeme je rozdělený do čtyř problémových okruhů. První byl věnovaný motivům, činnostem a aktivitám sociálních pracovníků. Druhý okruh sledoval posouzení podstaty sociální práce a standardů kvality sociálních služeb. Třetí část zjišťovala hodnocení profesní úrovně spolupracovníků. Čtvrtý okruh identifikoval význam poznatků a dovedností pro terénní sociální pracovníky. V rámci výzkumu jsme ověřovali dvě východiskové hypotézy: H1: Působení terénních sociálních pracovníků na klienty má spíše krátkodobější charakter. H2: Terénní sociální pracovníci se profesně zdokonalují praktickou prací.

Prezentovaná část je součástí projektu s názvem „Pojetí kvality sociální práce v souvislosti se sebedefinováním sociálního pracovníka a jeho pomáhající profese“, jenž se zaměřil na reflexi hlavních oblastí sociální práce u nás. Základní soubor představovali sociální pracovníci ČR, z nichž se vytvářel reprezentativní soubor s využitím metody kvótního výběru. Oporou pro konstrukci výběrového plánu byly údaje MPSV, týkající se počtu pobytových, ambulantních, terénních a administrativních služeb ve všech krajích ČR. Selekce probíhala i v jednotlivých typech sídel podle počtu obyvatel.¹

1 Kvóty na věk a vzdělání sociálních pracovníků nebyly určeny. V průvodním dopise pro tazatele byla poznámka, že prakticky dvě třetiny sociálních pracovníků mají vysokoškolské a vyšší odborné vzdělání. Z hlediska věku je nejvíce zastoupena mladší střední generace 30-44 let a skupina 60letých a starších jenom minimálně. Tyto poznatky vyplynuly z výsledků opakovaných dílčích šetření uskutečněných v rámci jiných studentských a grantových projektů (Jilečková, 2015, Mišovič, 2010, Mišovič, 2011).

Do výzkumu bylo zapojeno 80 studentů I. ročníku bakalářského studia Sociální a charitativní práce, I. ročníku magisterského studia Etika v sociální práci a I. ročníku magisterského studia Pedagogika volného času. Sběr dat proběhl prostřednictvím osobního vyplňování dotazníků. Dotazování se uskutečnilo v květnu až září 2014. Šetření zohlednilo podíly sociálních pracovníků reprezentativně zastupujících jednotlivé kraje, typy zařízení, věkové a vzdělanostní skupiny, velikost sídla, kde dotázaný působí.² Z počtu 694 získaných dotazníků bylo kvůli nedostatkům vyřazeno 2,23 %, pro duplicitu, neúplnost nebo nevhodný výběr pracovníka. Reprezentativní soubor za ČR tvořilo 679 respondentů z více než 440 organizací ze státní, veřejné i neziskové sféry, necírkevního i církevního charakteru. Počet terénních sociálních pracovníků představoval 170. Kontrola údajů a jejich zpracování prostřednictvím programu SPSS proběhlo v říjnu a listopadu 2014. Získaná data jsou interpretována ve své převážné většině na úrovni I. stupně.

Jeden z minulých výzkumů, realizovaných mezi sociálními pracovníky, se soustředil na instrumentální hodnoty, bezprostředně spojené se sociální prací, i na cílové hodnoty, prostřednictvím takových položek jako spokojená rodina klienta, obstat v konkurenci, klid pro všechny, ale i šťastný klient, splněné standardy kvality, dobré mezilidské vztahy (Havrdová 1999, str. 44-45). V okruhu věnovanému hodnotám jsme volili poněkud jiný přístup a při operacionalizaci jsme se soustředili na instrumentální hodnoty, vyznačující se dvěma dimenzemi, intenzitou a směrem. Nás zajímala právě druhá dimenze, směr. Pozornost jsme soustředili na klíčový znak moderní sociální práce, vyznačující se orientací na klienta. Jinými slovy, zaměřili jsme se výhradně na sociálního pracovníka, na jeho typické hodnoty a projevy, na okolnosti utvářející profesní realitu.³

K „PORTRÉTU“ TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

Stejně tak jako u všech sociálních pracovníků, i zaměstnanců terénních služeb ovlivňuje pracovní aktivity motivace, spojená s výběrem profese. Více než dvě pětiny (43 %) deklarovaly snahu pomáhat lidem a prakticky třetina (34 %) chtěla pracovat s lidmi. Na druhé straně více než desetina, resp. prakticky každý sedmý si vybral toto zaměstnání, protože hledal práci.

² Zastoupení podle jednotlivých indikátorů bylo následující: pohlaví - ženy 89,1 %, muži 10,9 %, věk - do 29 let 30,3 %, 30-44 let 47,4 %, 45-59 let 20,9 %, 60 a více let 1,4 %, vzdělání v oboru sociální práce - vysokoškolské 63,2 %, VOŠ 24,3 %, maturita 6,2 %, ostatní 6,3 %, typ zařízení - úřad 22,4 %, pobytové zařízení 26,1 %, ambulantní zařízení 26,7 %, terénní služby 24,8 %, velikost místa bydliště - do 4 999 obyvatel 26,7 %, 5-49 999 obyvatel 41,8 %, 50 000 a více obyvatel 31,5 %, kraje - Praha 10,8 %, Středočeský kraj 10,3 %, Jihočeský kraj 6 %, Plzeňský kraj 5,7 %, Karlovarský kraj 3,5 %, Liberecký kraj 5,3 %, Ústecký kraj 10,8 %, Hradecký kraj 5,3 %, Pardubický kraj 5,6 %, kraj Vysočina 7,1 %, Jihomoravský kraj 5,9 %, Olomoucký kraj 9,3 %, Moravskoslezský kraj 8,7 %, Zlínský kraj 5,7 %.

³ Celostátnímu výzkumu předcházel předvýzkum realizovaný v roce 2013 kvalitativní metodou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, jehož cílem bylo zmapovat subjektivní pohled sociálních pracovníků na sociální práci. Výzkumný soubor tvořilo 25 sociálních pracovníků se základními sociodemografickými údaji, charakteristickými pro oblast sociální práce. Poznatky z předvýzkumu byly využity při formulaci otázek i odpovědí pro standardizované dotazování (Flídrová, 2015, str.155).

Vysokoškolské vzdělání má ve skupině terénních sociálních pracovníků 80 % z nich. S vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním v oboru disponuje 85 % zaměstnanců (63 %, 22 %), maturitu uvedlo 6 % a jinou vzdělaností úroveň prakticky desetina (9 %). U části respondentů zřejmě stále převládá názor, že terénním sociálním pracovníkem se po cílené přípravě může stát i člověk bez středoškolského či vysokoškolského vzdělání (Černa 2008: 10). Lidé do 44 let výrazněji převažují ve věkové struktuře respondentů zabývajících se terénní prací. Představují více než 85 %.⁴ V celém souboru bylo ve stejném věkovém rozmezí o 9 procentních bodů méně pracovníků (77 %). Délka výkonu sociální práce úzce souvisí s věkovou skladbou. Mezi terénními sociálními pracovníky působí v oboru od roku 2010 více než dvě třetiny (68 %), v rámci celku jsou to necelé tři pětiny (59 %).

Na jakou skupinu klientů se orientují terénní sociální pracovníci, ve srovnání s celým souborem, přiblíží tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Orientace na následující skupiny klientů (v %)

Na	Terénní sociální pracovníci	Celk
Seniory	33	28
Děti, mládež, rodiny	18	21
Zdravotně postižené	18	22
Sociálně vyloučené	13	7
Uživatelé návykových látek	7	3
Bezdomovce	7	8
Závislé na dávkách	2	7

(Dopočet do 100 % v prvním sloupci představují závislí na dávkách a oběti domácího násilí, ve druhém sloupci oběti domácího násilí a nezaměstnaní) Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Korelační koeficient se pohybuje na střední úrovni závislosti (0.515)⁵.

Je přirozené, že terénní sociální pracovníci se častěji než ostatní věnují uživatelům návykových látek a sociálně vyloučeným, ale také seniorům. Mezi jejich klienty nepatří oběti domácího násilí a nezaměstnaní.⁶ V rámci evidované terénní sociální práce se

4 Prakticky stejné údaje o věkovém složení terénních sociálních pracovníků přináší i jiný výzkum, v souboru 178 respondentů bylo ve věkovém rozmezí do 45 let celkem 89 % pracovníků (Jilečková, 2015, str. 36). Identické údaje se objevují z hlediska délky praxe. Od roku 2010 působí v oboru 68 % respondentů (Jilečková, 2015, str. 39).

5 Koeficient korelace může nabývat hodnot od 0 do +- 1. Hodnota 0 vypovídá o tom, že mezi srovnávanými jevy není žádný vztah. Čím více se vypočítaná hodnota koeficientu korelace blíží hodnotě 1, tím těsnější je vztah mezi jevy, které srovnáváme.

6 Přesto je rozsah jimi řešené problematiky velmi široký. K tomu se přidává vysoká

uvažuje s různorodou problematikou (Fleischmann 2006, str. 7). Zatím se tam však neobjevila práce se seniory, jenž je nedílnou součástí praktické terénní práce.

Pracovní profil respondentů dokresluje odpovědi na otázku „Jaké jsou, podle Vás, typické charakteristiky sociálního pracovníka ve Vaší organizaci?“ Prezentujeme je v tabulce 2.

Tabulka č. 2: Typické charakteristiky sociálního pracovníka (v %)

	Terénní sociální pracovníci	Celek
Vnímavost, empatie, zohlednění úsudku a prožitků situace klienta	33	24
Práce specialisty, posuzování individuálních okolností situace klienta	29	26
Spravování vlastní agendy, poskytnutí praktické rady, pomoci	28	42
Boj za práva svých klientů, prosazování nejlepšího zájmu klienta	10	8

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Vnímavost, empatie, kterou uvedla třetina respondentů, patří k důležitým rysům terénních pracovníků a umisťuje se na prvním místě. Nejvýraznější rozdíl v jejich prospěch je právě u této vlastnosti (o 9 procentních bodů). I v dalších výpovědích pozorujeme častější zdůrazňování aktivit bezprostředně týkajících se situace klienta, to vše na úkor spravování agendy (o 14 procentních bodů). Už tyto odpovědi naznačují, že orientace na praxi s klientem je mezi samotnými respondenty označována za prioritní.

Činnosti považované na pracovištích dotázaných za důležité přibližují další údaje. Stěžejní aktivita spojená s výkonem práce konkrétního pracovníka je uvedena v následující tabulce.

nemotivovanost části klientů, která práci terénních pracovníků dělá těžší (Jilečková, 2015, str. 45-46).

Tabulka č. 3: Hlavní aktivita sociálního pracovníka na pracovišti (v %)

	Terénní sociální pracovníci	Celek
Poradenská	30	26
Konkrétní pomoc	30	25
Administrativní	14	22
Šetření	8	6
Spolupráce s organizacemi	3	2
Asistence	2	3
Více aktivit	13	14

(Dopočet do 100 % ve druhém sloupci představuje odpověď výplata dávek.)

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Terénní pracovníci se v rámci své základní náplně méně zabývají administrativní činností, častěji se věnují poradenství a konkrétní pomocí klientům, podle tří pětiny respondentů (60 %). V jiných souvislostech, při pohledu na užitečnost administrativní kompetence, 71 % konstatovalo její využití. V celém souboru takto odpovědělo 82 % pracovníků.

POSOUZENÍ PODSTATY SOCIÁLNÍ PRÁCE A STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Chápání samotné podstaty sociální práce je do značné míry determinováno vnímáním jejího základního směřování. Na otevřenou otázku, „Co je podle Vás hlavním posláním sociální práce?“ byla nejčastěji deklarovaná snaha pomáhat v nepříznivé životní situaci. Takto reagovaly téměř dvě pětiny respondentů (38 %). Obecně o pomoci, podpoře se vyslovila o něco více než čtvrtina (27 %). Podporovat kvalitní život klienta či jeho na směřování uvedla shodně více než desetina dotázaných (11 %). Na udržení sociálního fungování položily důraz 4 % pracovníků. Pomáhat v krizi považovala za stěžejní cíl 3 %. Dvě funkce typické právě pro oblast terénní sociální práce se skrývají za takto formulovanými aktivitami, vyhledávací funkce a doprovodní funkce (Bednářová, Pelech 2003, str. 7-8). Zbytek chtěl svými aktivitami zlepšovat společnost (2 %) nebo se nedokázal v tomto směru vyjádřit (4 %).

V souvislosti s otázkou „Kdy se především projevují výsledky dobré sociální práce?“ si respondenti vybírali z nabízených variant následovně: Snázorem „když se klient osamostatní a dokáže řešit problémové situace“ souhlasily tři pětiny dotázaných, po desetině si zvolili odpovědi klienta nasměřuje na řešení situace, pomůže vyřešit problémovou situaci klienta, když je klient spokojený. 5 % spojovalo výsledky dobré sociální práce s pomocí při vyřešení problémů klienta a 5 % uvedlo kombinaci jednotlivých situací.

V literatuře se objevuje stanovisko, podle něhož terénní pracovníci poskytují jednorázové poradenství, které je zaměřeno spíše v duchu „harm reduction“ (Broža, 2008, str. 113). Námi získané poznatky naznačují, že se nejedná o zcela přesnou charakteristiku dnešní terénní sociální práce, resp. že jde o jeden z jejich směrů.

Standardy kvality sociálních služeb se staly nedílnou součástí každodenní sociální práce, přesto se ukázaly určité rozdíly mezi názory terénních sociálních pracovníků a celého souboru. V okruhu terénních pracovníků přikládalo velký, resp. částečný význam standardům téměř 90 % dotázaných (33 %, 56 %). V celém souboru to bylo 85 %. Malý či žádný význam spojuje se standardy 11 % a nedokázalo posoudit 1 % respondentů. Dvě otevřené otázky sledovaly podrobnější zdůvodnění stanoviska. První „Proč takto hodnotíte standardy kvality...?“ přinesla následující odpovědi. Jsou důležité, uvedla více než třetina (35 %). Jde o přínos i zátěž konstatovalo 12 %. Nástroj kontroly kvality vidí ve standardech 11 %, desetina má za to, že záleží na realizaci v praxi, 8 % nevidí přínos, pro 7 % je to určitý návod, udávání směru. Podle 4 % se nedají realizovat, 3 % uvedla jiné odpovědi a 11 % se nedokázalo vyjádřit. Na další z nich „V čem jsou přínosné Standardy kvality sociálních služeb pro vaši organizaci?“ téměř tři pětiny uvedly, že určují obsah (59 %). Desetina vidí přínos pro klienta, 7 % zaznamenává význam pro organizaci, 4 % nevidí žádný přínos, 4 % uvedla jiné odpovědi typu má klady i zápory, nyní se vytvářejí, garantují kvalitu a 16 % nedokázalo odpovědět.

Pracovníci zdůrazňují především to, jak má poskytovaná služba vypadat, jak službu přizpůsobovat individuálním potřebám klientů, resp. připomínají význam procedurálních standardů (Macešek, 2008, str. 58).

HODNOCENÍ PROFESNÍ ÚROVNĚ SPOLUPRACOVNÍKŮ

Několik otázek bylo využito k posouzení profesionální zdatnosti sociálních pracovníků. Jedna z nich zjišťovala, které tři z uvedených dvanácti charakteristik jsou nejvíce typické pro sociálního pracovníka v organizaci respondenta. Odpovědi ilustruje tabulka.

Tabulka č. 4: Tři nejtypičtější charakteristiky sociálního pracovníka v organizaci (v %)

Jednotlivé charakteristiky	Terénní sociální pracovníci	Celek
Komplexní posouzení různorodých a individuálních okolností klienta a jeho situace	48	43
Administrativní úkoly	45	59
Empatický a ochotný přístup	38	26
Znalost příslušné legislativy	36	29
Navázání vztahu s klientem	28	22
Posilování schopností klienta zvládat vlastní situaci	27	26
Aktivní nasazení v rámci řešení klientovi situace	24	20
Spolupráce s dalšími pomáhajícími profesemi	15	19
Zabývat se zejména klientovými specifickými potřebami	14	14
Naplňování práv znevýhodněných	11	1

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU (Součet procent ve sloupcích nepředstavuje 300 %, protože ne všichni respondenti uvedli tři odpovědi.)

Jako první nejtypičtější charakteristiku terénních pracovníků v organizacích uvedla téměř šestina komplexní posouzení klienta a jeho situace (48 %). Druhou nejtypičtější charakteristikou je plnění administrativních úkolů (45 %). Pro některé klienty terénních pracovníků to znamená určitou výhodu zůstat v anonymitě, či mít anonymně vedenou dokumentaci (Hůlová, 2013, str. 477), pro pracovníka je to ale „práce“ navíc.⁷ Jiné oblasti sociální práce jsou však ještě více zatíženy administrativou. V celém souboru je podíl administrativních prací o 14 procentních bodů vyšší.

Třetí a čtvrtou charakteristiku představuje empatický přístup a znalost příslušné legislativy. Obě položky zdůrazňují terénní pracovníci častěji (o 12 a 7 procentních bodů). V dalších směrech se terénní práce od celkové sociální práce neliší, až na dvě charakteristiky. Naplňování práv znevýhodněných je ve srovnání s celým souborem nižší o 8 procentních bodů a vyřizování agendy o 19 procentních bodů.

⁷ Poznatky z kvalitativního výzkumu terénních pracovníků naznačují, že administrativní činnosti spojené s výkonem terénní sociální práce jsou zdrojem negativního vztahu k zaměstnání. Negativní pocity někdy vyvolávají i situace vyplývající z bezprostřední práce s lidmi, kdy klienti i za všestranné pomoci pracovníka se v řešení své situace „nehnou z místa“ delší dobu (Porč, 2013, str.:77-78).

Výzkum byl orientován i na nedostatky v profesních dovednostech. Respondenti při výběru charakteristiky signalizující absenci profesionality sociálního pracovníka uvedli následující.

Tabulka č. 5: Charakteristika signalizující nedostatek profesionality sociálního pracovníka (v %)

Charakteristika	Terénní sociální pracovníci	Celek
Neadekvátní reakce na situaci	28	22
Prodlužování spolupráce s klientem	19	18
Nepochopení klienta	15	19
Nezájem o širší kontext problémů	9	9
Bezradnost	9	9
Předkládání složitých řešení	8	6
Slabá motivace pomáhat	7	9
Nedostatečné pracovní úsilí	5	8

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Dva projevy se nejčastěji objevují v celém souboru, ale zejména v okruhu terénních pracovníků. Jde o neadekvátní reakci na situaci (28 %) a prodlužování spolupráce s klientem (19 %). Nepochopení klienta se vyskytuje mezi terénními pracovníky méně často, než v celém souboru, přesto takto odpovídá prakticky každý sedmý dotázaný. Tyto tři nedostatky vyčerpávají téměř dvě třetiny odpovědí (62 %). Uváděné chyby se nevztahují ani tak ke znalostem pracovníků, jako k jejich dovednostem.

K VÝZNAMU TEORETICKÝCH POZNATKŮ A PRAKTICKÝCH DOVEDNOSTÍ

Následující okruh byl spojený se zjišťováním významu vzdělání a praktických poznatků pro profesionální vybavenost sociálního pracovníka. Hodnocení příspěvku odborného školství k úrovni sociální práce přibližuje tabulka.

Tabulka č. 6: Jak odborné školství přispívá k úrovni sociální práce (v %)

	Terénní sociální pracovníci	Celek
Významně	17	24
částečně	48	39
málo	24	31
vůbec	8	3
neví	3	3

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Výhradně kladné hodnocení odborného školství je v okruhu terénních pracovníků zastoupeno méně (o 7 procentních bodů), než v rámci celku a představuje necelou pětinu. Naopak, jednoznačně záporná odpověď je vyšší (o 5 procentních bodů). Celkově názory terénních pracovníků na příspěvek odborného školství k úrovni sociální práce vyznívají kritičtěji, než stanoviska celku.

Posouzení poměru teoretických znalostí a praktických poznatků u absolventa vysoké školy, po skončení oboru sociální práce, bylo další téma. Výsledky ilustruje tabulka.

Tabulka č. 7: U absolventů vysoké školy oboru sociální práce (v %)

	Terénní sociální pracovníci	Celk
Měl by převažovat podíl teorie	7	8
Teorie a praktické poznatky by měly být napůl	70	77
Mělo by být více praktických poznatků, než teoretických znalostí	23	15

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Převážná většina respondentů v obou souborech se shoduje na potřebě vyváženosti teoretických a praktických poznatků u vysokoškolských absolventů oboru sociální práce. Převahu praktických dovedností by přivítala častěji téměř čtvrtina terénních pracovníků (o osm procentních bodů více než celek). V jiném kontextu, při hodnocení významu profesních znalostí uvedla odpověď velmi necelá polovina terénních pracovníků (47 %). V celém souboru to bylo 56 %. Zbytek tvořily odpovědi částečně a málo.

Sociální pracovníci posuzovali rovněž důležitost speciálního vzdělávání v oboru sociální práce. Jejich názory přináší tabulka.

Tabulka č. 8: Hodnocení důležitosti speciálního vzdělávání v oboru známkou 1-5 (v %)

Hodnocení známkou 1 nejdůležitější, 5 nejméně důležité	Terénní sociální pracovníci	Celk
1	25	32
2	47	47
3	21	17
4	6	3
5	1	1

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Terénní pracovníci hodnotí důležitost speciálního vzdělávání v oboru méně příznivě, než celek, naznačují to udělené známky. Jejich průměr představuje 2,11, zatímco v rámci

celku je to 1,90. Zřetelné rozdíly v průměrné známce v celém souboru je možné pozorovat podle vzdělání. Ve skupině s vysokoškolským vzděláním hodnotili respondentů důležitost speciálního vzdělávání průměrnou známkou 1.83, s VOŠ 1.86, s maturitou 2.23 a jiným vzděláním 2.32, tedy nejméně.

Význam poznatků pro práci s klienty, zjišťovala otevřená otázka: „Od čeho se odvíjí důležitost poznatků, které sociální pracovník potřebuje ke své práci?“ Získané odpovědi přibližuje tabulka.

Tabulka č. 9: Důležitost poznatků, které sociální pracovník potřebuje, určuje (v %)

Určující okolnost	Terénní sociální pracovníci	Celek
Praxe	39	39
Cílová skupina	31	29
Snaha získat vzdělání	6	5
Zaměstnavající organizace	2	3
Schopnost přenést teorii do praxe	2	3
Stávající legislativa	1	3
Neuvedl odpověď	19	18

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Podíl názorů byl prakticky stejný ve skupině terénních pracovníků i v celém souboru. Praxi, resp. cílovou skupinu, se kterou pracují, pokládají více než dvě třetiny (70 %) za faktory, jež rozhodují o důležitosti potřebných poznatků pro pracovníky. Současně prakticky pětina (19 %) nedokázala na otázku odpovědět.

Obrázek o profesní vybavenosti sociálních pracovníků doplní odpověď na uzavřenou otázku o jejich slabínách: „Jaké profesní dovednosti chybí nejvíce vašim spolupracovníkům?“

Tabulka č. 10: Nejvíce chybějící profesní dovednosti mezi spolupracovníky se týkají (v %)

	Terénní sociální pracovníci	Celek
Ekonomických znalostí	20	16
Fundraisingu	19	19
Individuálního plánování	16	13
Psychologických znalostí	14	20
Znalosti legislativy	12	10
Realizace sociálního šetření	5	4
Vedení rozhovoru	3	7
Jiných témat	10	10
Neví	1	1

Zdroj: Výzkum KCHP TF JU

Ekonomické znalosti, znalost individuálního plánování a orientace v legislativě⁸ častěji absentují u některých terénních pracovníků. Tyto tři oblasti uvedla téměř polovina (48 %). Vedení rozhovoru a psychologické znalosti více chybí celému souboru (o 10 procentních bodů). Stojí za pozornost, že první poznatky o fundraisingu v terénní sociální práci se objevily u nás v dostupné literatuře před více než deseti lety (Bednářová, Pelech 2003, str. 26-35), přesto prakticky pětina sociálních pracovníků chybí o tomto zdroji financování základní informace.

ZÁVĚR

Terénní sociální práce má mnohé společné rysy s celým oborem, ale disponuje i určitými specifiky ve vztahu k realizovaným cílům i skupinám klientů, na něž se orientuje. Všechny obory sociální práce mají společné to, že část pracovníků vykonává profesi z důvodu, že se potřebovala uplatnit v nějakém zaměstnání. V okruhu vysokoškolsky vzdělaných je takových 10 %, v souboru respondentů s maturitou 17 % a mezi osobami s nižším vzděláním v oboru 20 %.

Terénní sociální pracovníci jsou z hlediska kvalifikace více „rozděleni“ než ostatní. Častěji mají vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání, současně více absentuje střední odborné vzdělání. Celá tato kategorie pracovníků se vyznačuje i nižším věkovým průměrem a kratší působností v oboru. Pravděpodobně s tím souvisí i větší „nechuť“ k vyřizování administrativních záležitostí.

Následující čtyři vlastnosti terénních pracovníků mezi typickými představovaly ty podstatné. Jde o komplexní posouzení situace klienta, navázání vztahu s klientem, empatický a ochotný přístup a znalost příslušné legislativy. Zejména rozdíl v empatii ve prospěch terénních pracovníků ve srovnání s celkem byl zřetelný (o 12 procentních bodů).

Standards kvality sociálních služeb, jež se staly nedílnou součástí sociální práce a přispívají k identitě sociálních pracovníků, jednoznačně přijímá třetina terénních sociálních pracovníků. Dvě pětiny měly velké či malé výhrady ke standardům nebo uváděly určité podmiňující okolnosti.⁹ Přínosy pro organizaci ocenily tři čtvrtiny a opakované výhrady ke standardům se objevují přibližně u desetiny z nich, přitom o cestách k jejich dosažení se nezmiňoval prakticky nikdo. Mezi těmi, kteří nedokázali zdůvodnit své hodnotící stanovisko, byl každý šestý terénní pracovník. Ukázalo se, že vzdělání v tomto případě nehraje roli.

8 Naopak v tabulce č. 4 se objevuje odpověď o lepší znalosti příslušné legislativy u terénních pracovníků, než u ostatních. Znamená to jejich diferenciaci i v této oblasti.

9 Z rozhovorů s terénními sociálními pracovníky o standardech kvality sociálních služeb vyplývají dva závěry: u dlouhodobých klientů s více než deseti zakázkami je administrativní náročnost velmi vysoká, v souvislosti se zvýšenou mírou administrativních povinností zůstává počet klientů na jednoho terénního pracovníka stejný (Měchurová, 2010, str. 41).

Z krátké tradice terénní sociální u nás vyplývá zdůrazňování její orientace na uživatele návykových látek a na klienty ze sociálně vyloučených lokalit. V souhrnu je však takto orientováno 20 % všech terénních sociálních pracovníků, přitom nejčastější cílovou skupinou jsou senioři, třetina respondentů se věnuje právě jim. V posledních letech se tedy mění okruh klientů terénních sociálních pracovníků. Dosavadní odborná literatura však zatím takové zaměření nereflektuje. Z orientace na uvedenou cílovou skupinu vyplývá i dlouhodobý charakter spolupráce, na rozdíl od doposud zdůrazňovaného jednorázového poradenství. Dnešní charakteristika terénní sociální práce nepotvrzuje první východiskovou hypotézu. Okruh terénní sociální práce se za poslední desetiletí rozšířil a v některých jejích činnostech se uplatňují prvky pobytových a ambulantních služeb.

Druhá východisková hypotéza, která klade důraz na zdokonalování pracovníků prostřednictvím praktické práce v terénu, se potvrdila, protože více než teoretické poznatky část respondentů oceňuje získané praktické zkušenosti. Profesní znalosti považuje za velmi důležité necelá polovina a potřebu převahy praktických poznatků u vysokoškolských absolventů sociální práce zdůraznila více než pětina. Uvedenému požadavku by měla vycházet vstříc i specializace v rámci vyšších ročníků bakalářského studia.

Význam znalostí potřebných pro pracovníky se podle převážné většiny z nich odvíjí od potřeb praxe a cílové skupiny, s níž se zabývají. Práce se specifickými cílovými skupinami (např. uživateli návykových látek) může vyvolat nedostatek profesionality, především neadekvátní reakci na situaci vyvolanou klientem a prodlužování spolupráce s ním. Při identifikaci oblastí s dosavadními nedostatečnými znalostmi se objevovaly zejména ekonomika a fundraising. K jejich doplnění by měla směřovat cílená nabídka školení a kurzů více podpořených MPSV.

Výzkumné závěry celkově signalizují, že skupina terénních sociálních pracovníků, jež disponuje vysokou úrovní vzdělání, pociťuje potřebu pokračovat v získávání dalších znalostí a dovedností, kvůli udržení takové profesní identity, která přispívá k rozvoji sociální práce (Nedělníková, 2008, str. 7). Současně naznačují i potřebu aktuálnější teoretické reflexe terénní sociální práce. Tyto poznatky dávají odpovědi na výzkumnou otázku, jaká jsou hlavní specifika dnešní terénní sociální práce.

LITERATURA

- [1] Bednářová, Z; Pelech, L. 2003. *Slabikář sociální práce na ulici, supervize streetwork, financování*. Brno: Doplněk.
- [2] Bohner, G. 2006. *Postoje*. in: Hewstone, M; Stroebe, W. *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- [3] Broža, J. 2008. *Poradenství v terénní a kontaktní práci*. In Kalina, K. a kol. (Eds.) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- [4] Cakirpaloglu, P. 2009. *Psychologie hodnot*. Olomouc: Palackého universita. Filosofická fakulta.
- [5] Černá, D. 2008. Úvod do terénní sociální práce. In Jaroušková, K; Nedělníková, D. (eds.) *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- [6] Fleischmann, O. a kol. 2006. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně.
- [7] Flídrová, M; Opatrný, M. 2014. Role hodnot v identitě sociální práce. *Sociální práce /Sociálna práca*. 2014, roč. 14, č. 2.
- [8] Flídrová, M. 2015. Problematika aplikace profesních hodnot v sociální práci. *Caritas et veritas*. 2015, roč. 5, č. 2.
- [9] Hanuš, P. 2007. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce /Sociálna práca*. 2007, roč. 7. č. 1.
- [10] Havrdová, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce – metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium.
- [11] Hůlová, K. 2013. *Terénní práce s uživateli drog*. In Matoušek, O. a kol (Eds.) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- [12] Jabůrková, V. 2008. *Základní činnosti terénního pracovníka*. In Janoušková, K; Nedělníková, D. (eds.) *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- [13] Jenkins, R. 2008. *Social identity*. New York, London: Routledge.
- [14] Jilečková, A. 2015. *Syndrom vyhoření v terénní sociální práci*. Bakalářská práce. České Budějovice: TF JU.
- [15] Kondrla, P; Pavlíková, M; Pavlovičová, P; Gál, L. 2013. *Tri aspekty skúmania hodnôt*. Ljiblana: KUD Apokapilsa.
- [16] Macešek, R. 2008. *Standardy kvality pro terénní sociální práci*. In Janoušková, K; Nedělníková, D. (eds.) *Sborník studijních textů*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- [17] Měchurová, J. 2010. *Terénní sociální práce v sociálně vyloučených lokalitách v Plzni*. Bakalářská práce. České Budějovice: TF JU.
- [18] Mišovič, J. 2010. *Názory sociálních pracovníků v sociálních zařízeních bez křesťanské orientace a s křesťanskou orientací, na vztah ke své profesi, k Bohu, víře a náboženství*. České Budějovice: KPT TF.
- [19] Mišovič, J. 2011. *Názory sociálních pracovníků v církevních charitativních zařízeních*. České Budějovice: KPT TF.

- [20] Mišovič, J. 2013. Čím se vyznačuje identita nábožensky zaměřených pracovníků charity? *Caritas et veritas.*(3) 1.
- [21] Nečasová, M. 2001. *Úvod do filosofie a etiky v sociální práci.* Brno: Masarykova univerzita.
- [22] Nedělníková, D. 2008. *Předmluva.* In. Janoušková, K; Nedělníková, D. (Eds.) *Profesní dovednosti terénních pracovníků.* Ostrava: Ostravská univerzita.
- [23] Payne, M. 1997. *Modern Social Work Theory.* Basingstoke: Palgrave.
- [24] Porč, R. 2013. *Smysl v práci pracovníka terénní sociální práce s uživateli nealkoholických drog.* Diplomová práce, Brno: Masarykova univerzita.
- [25] Prudký, L. a kol., 2009a. *Inventura hodnot.* Praha: Academia.
- [26] Prudký, L. a kol., 2009b. *Studie o hodnotách.* Plzeň : Aleš Čeněk.
- [27] Sarup, M. 1996. *Identity, Culture and the Postmodern World.* Edinburg: Edinburg University Press.
- [28] Thompson, N. 2009. *Understanding Social Work.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- [29] Thompson, N. 2011. *Effective Communication.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- [30] Vavroň, J. 2015. V chudinských ghettech žije přes sto tisíc lidí. *Právo.* 27. října

THE SPECIFIC OF FIELDWORKERS FROM THE POINT OF VIEW KNOWLEDGE AND SKILLS IN THE LIGHT OF SURVEY

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

RSDr. Ján Mišovič, CSc.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie
a charitativní práce
370 01 České Budějovice
e-mail: misovic@tf.jcu.cz

ABSTRACT

Contribution deals with specific of fieldwork. It draw the characterization on fieldworkers in Czech Republic on the basis on representative survey. The paper focus on their motivation and main activities, on evaluation of social work and standard of quality of social services, it analyses specific professional values. To point out the caseworkers position in their everyday reality life of social work and to refer to their role they have in relation towards the clients, it brings view of strengths and weaknesses of fieldworkers. Concurrently the article indicates the spheres of knowledge and skills, which require great attention in the process of professional training.

KEYWORDS:

fieldworkers, identity of social work, standards of quality, knowledge, skills



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 65 výtisků

Šéfredaktor: doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

Odpovědná redaktorka 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 Žídek, 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 2016

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682 (PRINT)

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

Registrace **MK ČR E 19390**

RECENZENTI ČÍSLO 2/2016

Mgr. Veronika Baláková (Univerzita Karlova v Praze)

Mgr. Radka Červená (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Jana Číhalová (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)

doc. PaedDr. Emanuel Hurych, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

Mgr. Petra Chymová (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Zdeňka Knechtová (Masarykova univerzita v Brně)

Mgr. Jaroslava Knížková (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Blanka Krovová (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)

Mgr. Andrea Letková (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)

doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

PhDr. Jana Pružinská, Ph.D. (Univerzita Komenského v Bratislave)

PhDr. Monika Punová, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

Mgr. David Rezničenko (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Hana Vorálková (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)