

2017

ROČNÍK 8

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY, VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

přijměte pozvání k novému vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS. Zdánlivě různorodé obsahy jednotlivých příspěvků, propojené optikou zdravotně-sociální problematiky, umožňují pohlédnout na člověka v širokém spektru jeho fungování a dávají možnost připomenout, že každá lidská bytost je jedinečným uspořádáním na úrovni biologické, psychické i sociální.

Věříme, že stránky našeho časopisu Vám opět poskytnou zajímavé a podnětné informace.

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

OBSAH

6

NESPORTOVNÍ CHOVÁNÍ FOTBALOVÝCH FANOUŠKŮ

UNSPORTING BEHAVIOR OF FOOTBALL FANS

Ing. Petr Scholz, DiS.

28

ZMĚNY IMAGINATIVNĚ-EMOTIVNÍCH SLOŽEK OSOBNOSTI V PRŮBĚHU ONTOGENEZE

CHANGES IMAGINATIVE-EMOTIONAL COMPONENTS OF THE PERSONALITY DURING ONTOGENY

doc. PhDr. Otto Čačka

38

KRIZOVÁ INTERVENCE VE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCI

CRISIS INTERVENTION IN HEALTH AND SOCIAL WORK

Mgr. Zdeněk Čermák, Mgr. Lucie Sobotková

52

UPLATNĚNÍ CÍLŮ WHO – ZDRAVÍ PRO VŠECHNY VE 21. STOLETÍ – „ZDRAVÉ STÁRNUTÍ“

THE APPLICATION TARGETS THE WHO – HEALTH FOR ALL IN THE 21ST CENTURY – „HEALTHY AGING“

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA., PhDr. Jozef Babečka

60

UPLATNĚNÍ CÍLŮ WHO – ZDRAVÍ PRO VŠECHNY VE 21. STOLETÍ – „ZDRAVÉ MĚSTO“

APPLYING OBJECTIVES OF THE – WHO HEALTH FOR ALL IN THE 21ST CENTURY – "HEALTHY CITY"

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA., PhDr. Jozef Babečka

68

TRANSKULTÚRNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ: ÁNO ČI NIE?

TRANSCULTURAL NURSING CARE: YES OR NOT?

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA., PhDr. Jozef Babečka

77

POSOUZENÍ STRACHU, DISKOMFORTU A INTERVENČÍ SOUVISEJÍCÍCH S OPERACÍ U DĚTÍ

THE ASSESSMENT OF FEAR, DISCOMFORT AND INTERVENTIONS RELATED TO SURGERY IN CHILDREN

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

89

SPOLUPRÁCE RODIČŮ A SESTER PŘI OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE BĚHEM HOSPITALIZACE: PILOTNÍ STUDIE

THE COOPERATION OF PARENTS AND NURSES TAKING CARE OF THE CHILD DURING HOSPITALIZATION: A PILOT STUDY

Mgr. Zuzana Hlubková, Bc. Romana Lisztwanová

100

SUPERVIZE VE FAKULTNÍ NEMOCNICI BRNO - ZKUŠENOSTI A VÝZVY

SUPERVISION IN THE UNIVERSITY HOSPITAL BRNO - EXPERIENCE AND CHALLENGE

Mgr. Miroslava Ježová, Mgr. Jana Špačková

108

THE US HEALTH CARE REFORM IN 2016

AMERICKÁ REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ V ROCE 2016

Mgr. Helena Lustová

122

MÍSTO SUPERVIZE VE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCI

PLACE OF SUPERVISION IN HEALTH AND SOCIAL WORK

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

129

PARAFILIE A JEJICH ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ ASPEKTY

PARAPHILIAS AND THEIR HEALTH-SOCIAL ASPECTS

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

138

VOYEURISMUS V PERCEPCI ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI

VOYEURISMUS IN THE PERCEPTION OF THE GENERAL PUBLIC

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

153

PARTICIPACE STUDENTŮ OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NA VÝZKUMNÝCH AKTIVITÁCH

PARTICIPATION OF STUDENTS OF THE STUDY BRANCH HEALTH-SOCIAL WORKER ON RESEARCH ACTIVITIES

PhDr. Jana Novotná, Ph.D., Brigitta Křestánová

164

SOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S PATOLOGICKOU SEXUÁLNÍ AGRESIVITOU

SOCIAL ASPECTS OF LIFE WITH PATHOLOGIC SEXUAL AGGRESSION

PhDr. Jana Novotná, Ph.D., doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D., Alena Krejčová

174

PROSTITUCE A JEJÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY

PROSTITUTION AND ITS HEALTH AND SOCIAL ASPECTS

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

195

ZKUŠENOSTI PŘISLUŠNÍKŮ VIETNAMSKÉHO ETNIKA S PÉČÍ V ČESKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

ETHNIC GROUP OF VIETNAMESE AND THEIR EXPERIENCES WITH HEALTH CARE IN CZECH MEDICAL INSTITUTIONS

Bc. Zuzana Smilková, Mgr. Zuzana Škorničková

204

VYUŽITÍ MODELU KULTURNÍCH KOMPETENCÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI: LITERÁRNÍ PŘEHLED

USING THE MODEL OF CULTURAL COMPETENCE IN NURSING PRACTICE: LITERATURE REVIEW

Mgr. Zuzana Škorničková, Mgr. Dita Nováková, Ph.D., Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

OBSAH / CONTENTS

217

ETICKÁ DILEMATA SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ PRACUJÍCÍCH V OBLASTI SOCIÁLNÍ POLITIKY

ETHICAL DILEMMAS OF SOCIAL WORKERS WORKING IN THE FIELD OF SOCIAL POLICY
doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

229

PODMÍNKY PRO VÝKON POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY

THE CONDITIONS FOR THE PROFESSION OF NURSES
Mgr. Petra Vršecká

237

VIDEOREFLEXE JAKO NÁSTROJ EFEKTIVNÍ PŘÍPRAVY STUDENTŮ SOCIÁLNÍ PRÁCE PRO PRAXI

VIDEOREFLECTION AS AN INSTRUMENT OF SOCIAL WORK STUDENTS' PREPARATION FOR PRACTICE
Mgr. Petra Antonů

253

PRÍNOSY A PREKÁŽKY SPOLUPRÁCE V MULTI-DISCIPLINÁRNÝCH TÍMOCH Z POHLEDU SOCIÁLNÝCH A ZDRAVOTNÍCKÝCH PRACOVNÍKŮV

BENEFITS AND BARRIERS OF COLLABORATION IN MULTIDISCIPLINARY TEAMS FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL AND HEALTHCARE WORKERS
Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

266

EFEKT INTERVENČNÍHO 8 - TÝDENNÍHO CVIČEBNÍHO PROGRAMU NA VYBRANÉ PARAMETRY FYZICKÉ ZDATNOSTI A TĚLESNÉHO SLOŽENÍ ŽEN SENIOREK

THE EFFECT OF INTERVENTION 8 - WEEK EXERCISE PROGRAM ON SELECTED PARAMETERS OF PHYSICAL FITNESS AND BODY COMPOSITION OF WOMEN IN SENIOR AGE
Mgr. Dita Hlavoňová, Ph.D., Mgr. Michaela Zhánělová, Mgr. Petra Janíčková, Ing. Tomáš Vodička

286

STRETNUTIA RODINNÉHO KRUGU A ICH VYUŽITIE PRI PRÁCI S RODINOU OHROZENÉHO DIEŤAŤA

FAMILY GROUP CONFERENCES AND THEIR USE IN THE SOCIAL WORK WITH A FAMILY OF A THREATENED CHILD
PhDr. Monika Miklošková, PhD.

NESPORTOVNÍ CHOVÁNÍ FOTBALOVÝCH FANOUŠKŮ

PETR SCHOLZ
MASARYKOVA UNIVERZITA

ABSTRAKT

Fotbal je především v posledních několika desetiletích společenský a sportovní fenomén, vstupující zejména do výrazné scény masové kultury jako přitažlivá forma diváckého zážitku. V této souvislosti si uvědomujeme, že rychlý rozvoj sportu jako takového přinesl problémy a složité vztahy, a to zejména na profesionální úrovni. Cílem příspěvku je analyzovat postoje a projevy chování fanoušků fotbalových utkání na příkladu fotbalového klubu SK Slavia Praha. Výzkum byl proveden v sezónách 2015/16 a 2016/17, údaje byly shromážděny od fanoušků ($n = 462$), ve věku $26,29 \pm 10,19$ let. Příspěvek využívá kvantitativního výzkumu, metody analýzy a syntézy a matematicko-statistických metod. Z výzkumu vyplývá, že fanoušci shledávají největší problém, který se týká demolováním stadionu (79,22 %), na druhou stranu 77,06 % fanoušků tvrdí, že pískání není závažná aktivita.

KLÍČOVÁ SLOVA:

agrese, fotbal, chování fotbalových fanoušků, násilí, Slavia Praha

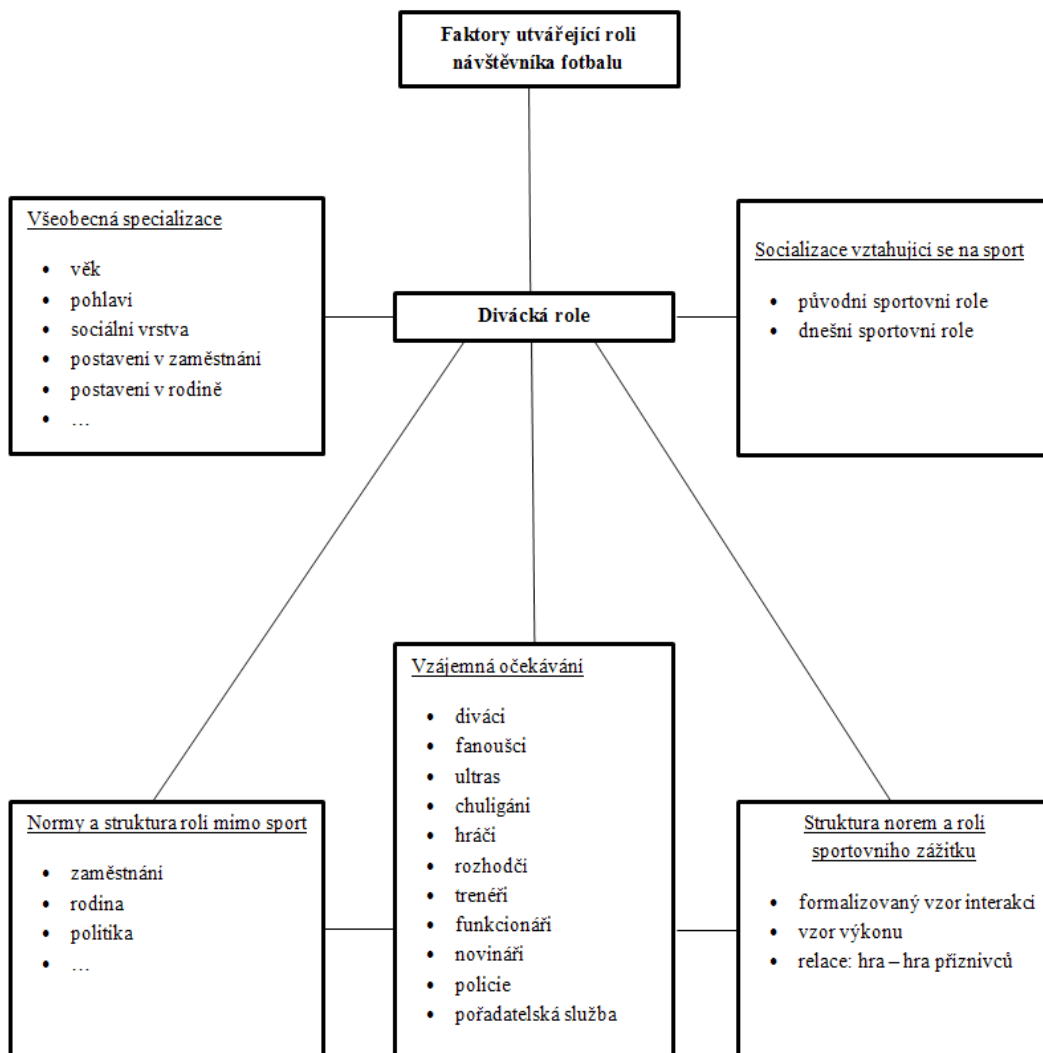
ÚVOD

Sociálně patologické jednání ve sportu a okolo sportu jsou ty jevy, které lze považovat za nemorální, pro sportovní prostředí a pro společnost obecně nežádoucí jevy, jejichž součástí je nebezpečné až deviantní chování sportovců nebo diváků (Taylor, 1992; Hills, 2002; Crawford, 2004; Dart, 2008; Bensimon & Bodner, 2011; Sekot, 2013; Uribe Aramburo & Castaño Pérez, 2014). V tomto smyslu lze hovořit zobecňujícím stanoviskem o hostilitě jako projevu nepřátelství, které je spojeno s agresí (Sekot, 2013). Některým osobám se může zdát, že život je příliš bezpečný a touží po napětí, nebezpečí a nevšedním vzrušení. To všechno sport, konkrétně fotbal nabízí a je i chápán jako možný prostředek kompenzace lidské agrese (Sekot, 2006). Tu Čermák (1999) charakterizuje jako záměrné jednání, jehož cílem je ublížit jiné osobě. Sportovní diváctví tak upoutává stále větší pozornost zejména proto, že s sebou přináší agresivní činy ze strany jednotlivců nebo i některých celých skupin (Slepička, 1984).

Jak uvádí Voigt (1992; In Sekot et al., 2004), tak jednotlivé přístupy k popisu a objasnění chování se v mnohých aspektech u návštěvníků fotbalu odlišují. Můžeme je systematicky uspořádat dle Parsonse, který vychází z teorie sociálního chování. Ten v celkovém systému sociálního chování vyčleňuje čtyři hlavní subsystémy: (1) organismus, (2) osobnost, (3) sociální systém a (4) kulturní systém. V případě fotbalových utkání k nim doplňuje ještě další rovinu – konkrétně podmínky, v kterých se odehrávají. Zasahuje tak všechny relevantní faktory ovlivňující chování návštěvníků, na formování jejich divácké role. Chování návštěvníků ovlivňují i fyzické podmínky na stadionu nebo v hale. Jedná se o celkové architektonické řešení, pohodlí, vybavenost, infrastrukturu, ale i počasí. Příjemné kulturní a pohodlné prostředí působí uspokojivě na návštěvníky a snižuje tak riziko násilného chování.

Sociální role diváka je determinována nejen očekáváním od ostatních příznivců, novinářů, hráčů, trenérů apod. Ve velké míře je podmíněna stupněm všeobecné i sportovní socializace (obrázek 1).

Obrázek 1: Sociální systém chování návštěvníků na fotbalových zápasech



Zdroj: Vlastní zpracování, 2016 dle Voigt, 1992; In Sekot et al., 2004.

Pokud se všechny subsystemy nachází v rovnováze a jsou vzájemně vyvážené, je možné očekávat i přiměřené a vhodné reakce návštěvníků. Pokud se začíná prosazovat jeden na úkor druhého, tedy jeden subsystem se stává dominantním a podřizuje si fungování ostatních, může docházet k deviacím a agresivním projevům (Leška, 2004). Ty také evokují návštěvníky k vytváření atmosféry negativních davových projevů. Právě v nich příznivec klubu ztrácí identitu milovníka fotbalu a upadá do divácké neobjektivnosti a bezduchého fanatismu (Sekot, 2006). Je žádoucí, poznat všechny faktory podmiňující chování návštěvníků, aby bylo vytvořeno co nejpříznivější prostředí na fotbalových stadionech. Záměrnými zásahy poté vyloučit či alespoň minimalizovat negativní faktory, které mohou působit na vznik násilností, konfliktů a výtržností (Leška, 2004).

PŘÍČINY A KONSEKVENCE NESPORTOVNÍHO CHOVÁNÍ

Jak uvádí Slepíčka (1984), tak chování jednotlivé osoby nelze vysvětlit izolovaně od chování ostatních přítomných diváků a fanoušků. Mezi nejvýznamnější situační faktory, které zvyšují pravděpodobnost agresivního chování ve fotbale, lze zařadit (Slepíčka, Hošek & Hátlová, 2009):

Divácké reakce, kdy agresivní chování publika má svůj obraz i v chování fotbalistů. Tato souvislost je ostatně oboustranná, neboť agresivní chování fotbalistů se lehce přenesou na tribuny.

Agresivita soupeřů, agresivně vedený sportovní boj ze strany jednoho ze soupeřů vyvolá podobnou odezvu protivníka. Častokrát některé týmy, případně hráči mají „nálepku“ tvrdě až surově hrajících, což vede již dopředu k obavám soupeřů a k jejich častější odpovědi rovněž zvýšenou agresivitou, např. při vyhocených zápasech typu derby, souboj o 1. místo apod.

Přehnané zdůrazňování významu fotbalového zápasu. Média, několikrát za den upozorňují, že bude odehráno klíčové utkání, které pravděpodobně rozhodne o titulu. Je tak vytvářena emocionálně vypjatá atmosféra, což zvyšuje pravděpodobnost agrese, např. souboj o 1. místo mezi Slavií Praha a Viktorií Plzeň (5. března 2017).

Dílčí neúspěch v průběhu zápasu, zejména v jeho konci a za vyrovnaného průběhu, projevená „slabost“ nebo naopak tvrdost, může rozhodnout utkání, neboť je méně času na jeho nápravu.

Klimatické a terénní podmínky, např. špatná kvalita hrací plochy omezuje uplatnění technických dovedností a do popředí se dostává především síla a agresivita.

Především v kotli vytvářejí fanoušci, ultras i chuligáni více či méně jednotný celek, tj. dav, který vyvolává silný pocit správnosti realizovaných akcí (společné ohnisko pozornosti, koexistence tváří v tvář, odbourávání rozumových zábran apod.). Právě v těchto akcích se mohou projevit motivace a schémata chování, která jsou za jiných okolností skrytá, např. impulsivní agresivita. Konkrétní chování vzniká zpravidla nečekaně, epizodicky a za určitých okolností. Může se jednat konkrétně o „nespravedlivý“ verdikt rozhodčího, (ne)odpískaný pokutový kop, (ne)udělení žluté či červené karty, oslava gólu před fanoušky soupeře, simulování, úmyslné zdržování hry, pokřiky fanoušků soupeře na domácí fanoušky, ukradnutí šály nebo vlajky fanoušky soupeře, nepřiměřený zásah pořadatelské služby nebo Policie České republiky apod.

S tvrzením Slepíčky souhlasí Sekot (2013), který konstatuje, že při studiu agrese na fotbalových stadionech je potřeba zkoumat vlivy dalších sociálních okolností a širších

souvislostí. Především „agresivita masky“, tzv. crowding, charakterizovaný enormní koncentrací lidí na uzavřeném prostoru, spojený se sníženou úrovní harmonizující komunikace neformálního sousedského společenství, přizívuje agresivní chování. V davu se tedy mohou uplatit primitivní, ale silné pudy a emoce, které nejsou brzděny žádnými etickými nebo organizačními normami. Je evidentní, že rovněž neúspěch oblíbeného týmu vyvolá odezvu nejen u příznivců ultras a hooligans, ale i fanoušků. V průběhu zápasu se může jednat o extremistické pokřiky nebo pokřiky proti hostujícímu klubu či hráčům, rozhodčím, příp. funkcionářům, dalším osobám nebo klubům (Balcar 2000; In Smolík, 2010). Jak tvrdí Slepíčka (1984), není výjimkou, že reakce občas vyústí občas do ničení zařízení stadionu, dopravního prostředku, ale i tyto negativní projevy lze spatřit i mimo fotbalový stadion.

Pískání. Pokud fotbaloví příznivci začnou pískat, vyjadřují tím nespokojenost, co vidí a co se odehrává na hrací ploše. Příznivci jednoduše vypískají neúspěšného hráče s ignorantským vztahem ke hře. Dnešní sportovní návštěvník má často mylné představy o fotbalu, ale potřeba určitého citového vnitřního zážitku mu nechybí. Touží po hodnotných výsledcích ve fotbale, po zábavě, ale ve většině případů mu nechybí ani touha po sportovním duševním zážitku. Čím dál tím více se v souvislosti s diváckým ostrakismem hovoří o „vyhoštění“ některých aktivních fanoušků z fotbalových stadionů či sportovních hal (Oborný, 2015). Fischer (2014) uvádí, že pískání fotbalových příznivců je způsobeno třemi hlavními důvody: (1) Dav nesouhlasí s rozhodnutím rozhodčího, (ne) odpískaný pokutový kop, (ne)udělení žluté či červené karty apod. (2) Dav má zášť vůči konkrétnímu hráči z nějakého důvodu a hráč má v danou chvíli míč. Pokud toto tvrzení vztáhneme na největšího rivala Slavie, tak mezi spartánskými hráči, kteří jsou především nenáviděni kvůli přestupu do Sparty, přestože byli vychováni ve Slavii (B. Dočkal, L. Vácha) nebo kvůli simulantství (D. Lafata). (3) Dav nesouhlasí s předváděnou hrou svého týmu, kdy hráči podporovaného týmu polehávají na trávníku, zdržují odkopy, hrají nadměrně dozadu, kdy míč putuje mezi obránci a brankářem a fanoušci chtějí vidět atraktivní fotbal apod.

Vulgarismy. Jak uvádí Šedivý (2014), rozhodčí může dle řádu přerušit a následně ukončit zápas při vulgárních urážkách nebo útocích na "osobní integritu". Problém nastává, co ještě rozhodčí schválí a co nikoliv. Manuál zakázaných slov totiž neexistuje, a tak záleží na citu rozhodčích a delegátů. Všeobecně platí, že předpisům odporuje hromadné sprosté skandování proti konkrétnímu jedinci nebo skupině.

Vulgární výrazy jsou adresovány zejména na bývalou předsedkyni ústřední komise rozhodčích, Dagmar Damkovou a předsedu FAČR Miroslava Peltu, ale také na hráče soupeřícího týmu, který např. emotivně oslavuje gól před slávistickými příznivci. V kotlích jsou kromě vulgárních pokřiků k vidění choreografie s tematikou ACAB (All Cops Are Bastards, všichni policajti jsou bastardi), která je doprovázena stejným pokřikem, případně je tento pokřik doplněn skandováním „český fotbal pro fanoušky“. Aktivní fanoušci všech klubů vedou takto společný boj proti policii. ACAB má ale i řadu jiných vysvětlení od

fanoušků (All Colors Are Beautiful, všechny barvy jsou krásné – proti rasismu), nebo (All Cops Are Best, všichni policajti jsou nejlepší), či (Ani Cihla, Ani Beton), případně 1312, což znamená přepis právě pořadí písmen v abecedě. Fotbaloví ultras a chuligáni bezpečně vědí, co tato symbolika znamená. Jedná se o vyjádření na stranu policie, která vždy nezasahuje adekvátně, pokud se vyskytne nějaký problém.

Jak dále uvádí Šedivý (2014), chování fanoušků nemá kontrolovat přímo hlavní rozhodčí, jenž se má soustředit na utkání, ale čtvrtý sudí a technický delegát. Ti v případě porušení řádů nejdříve nařídí pořadateli, aby hlasatel vyzval k ukončení nepřístojností. Druhým krokem je přerušování zápasu a při třetím provinění hlavní rozhodčí utkání ukončí. Nejedná se pouze o skandování (např. pro tým Baník Ostrava je charakteristický pokřik „Baník pičo“), ale podobné projevy jsou zakázané i na transparentech (opět Baník Ostrava, který představil v zápase se Spartou choreografii s nápisem „Zkurvená Sparta“). V prohlášení Ligového shromáždění je napsáno, že *„kluby se zavazují jednat ve vzájemné shodě o rozvoji bezpečnostních opatření a infrastruktury pro zvýšení bezpečnosti na fotbalových stadionech, dbát na rozvoj kultury fotbalových fanoušků a bojovat proti jakýmkoliv projevům násilí a agresivity při fotbalových utkáních“*. Vulgarismy jsou charakteristické zejména pro ultras a chuligány.

Pyrotechnika. Jak avizuje Šedivý (2016), tak zákaz používání pyrotechniky na fotbalových stadionech platí ve většině evropských států včetně České republiky. Nicméně konstatujeme, že římské svíce nebo dýmovnice jsou k vidění na fotbalových stadionech poměrně často. I když část pyrotechniky pořadatelská služba zabaví, tak aktivní fanoušci vždy naleznou možnost, jak ji přes kontroly u vstupů pronést. Neodradí je ani to, že v případě identifikace osoby, je jim po několika zápasech zákaz vstupu na stadion. Také Disciplinární komise za používání pyrotechniky rozdává pokuty, které pak platí fotbalové kluby. Fanoušci tvrdí, že pyrotechnika není nebezpečná a v hledištích jsou kromě skandování k vidění transparenty „Pyrotechnika není zločin!“ nebo „No Pyro No Party“ (žádná pyrotechnika, žádná párty). Dánský fotbalový klub Brøndby IF vyvíjí bezpečnou pyrotechniku, neboť souhlasí s tvrzením fanoušků, že pyrotechnika k fotbalu patří a vytváří jedinečnou atmosféru. Podařilo se jim snížit teplotu zažehnuté římské svíce tak, že člověk v ohni bez problémů chvíli udrží ruku. Je ale potřeba změnit nejen fotbalové předpisy, ale také zákony. Pokud se to podaří, způsobí zástupci Brøndby revoluci ve fandění.

Vniknutí na hrací plochu. Co se týče České republiky, tak se jednalo např. o semifinálové utkání mezi Slavií Praha a Olomoucí (2011), které se nedohrálo, a kontumačně vyhrál hostující tým. Dále finálové utkání domácího poháru mezi Mladou Boleslaví a Olomoucí v Jihlavě (2011), ligové derby pražských „S“ na Letné (2016). U obou zmiňovaných utkání fanoušci vtrhli na hrací plochu až po závěrečném hvizdu rozhodčího. Fanoušci také vniknou na hrací plochu, pokud jejich oblíbený tým vyhrál pohár nebo titul, a chtějí tento triumf oslavit společně s hráči. Vniknutí na hrací plochu se může stát i v druhé nejvyšší české soutěži, např. při utkání Baník Ostrava-Opava (2016).

V říjnu 2012 vstoupilo v platnost ustanovení § 358 zákona č. 40/2009 Sb. ve znění pozdějších předpisů, trestního zákoníku, týkající se výtržnictví. Ten stanovuje, že kdo se dopustí veřejně nebo na místě veřejnosti přístupném hrubé neslušnosti nebo výtržnosti zejména tím, že hrubým způsobem ruší přípravu, průběh nebo zakončení organizovaného sportovního utkání, bude potrestán odnětím svobody až na dva roky. Navíc ustanovení § 47 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb. ve znění pozdějších předpisů, o přestupcích bylo rozšířeno vložением písmenem g). Jeho současné znění je, že přestupku se dopustí ten, kdo cestou na organizované sportovní utkání, v místě takového utkání nebo cestou zpět z takového utkání má obličej zakrytý způsobem ztěžujícím nebo znemožňujícím jeho identifikaci, (pokuta ve výši až 10 000 CZK, pokud toto poruší).

Vhazování předmětů na hrací plochu. Nejčastěji se jedná při chybném výroku sudího nebo při odkopu hostujícího gólmána, který v závěru zápasu zdržuje, aby domácímu týmu nezbyl dostatek času na vstřelení branky. Může se jednat i o hráče z pole, který naznačí vhození míče a poté předá míč spoluhráči ke vhazování. Nejčastější předměty, které dopadnou na hrací plochu, jsou prázdné či plné kelímky s pivem, plastové lahve, drobné mince, zapalovače, dýmovnice, světlice apod. V zemích jako je např. Turecko, Řecko, Srbsko nejsou výjimkou ani kameny a sedačky.

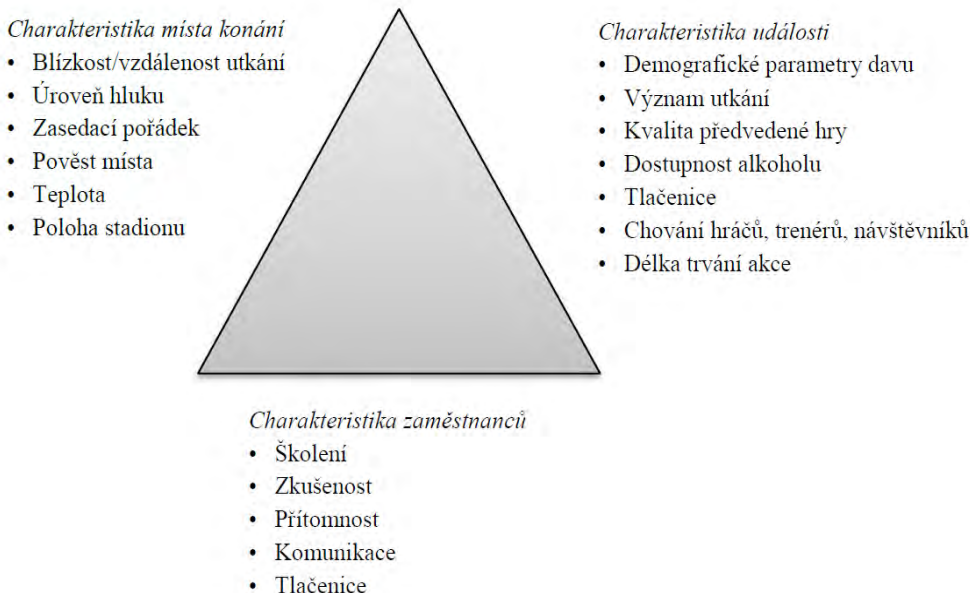
Projevy agrese. Slepíčka et al. (2010) tvrdí, že je potřeba rozlišit u agrese její čtyři aspekty, které jsou ovlivněny sociálním učením a projevují se i u návštěvníků při jejich reakcích. Jedná se o to: (1) jak být agresivní, jaké formy agrese zvolit; (2) kdo je vhodným cílem agrese; (3) které agresivní reakce v diváckém okolí potřebují agresivní odpověď, a (4) ve které situaci je agrese přijatelná a tolerovatelná. Při vzniku a ovlivňování davových reakcí příznivců hraje důležitou úlohu rozhodčí. V mnohých případech (platnost gólů, penaltových zákroků, udělení červené karty apod.) může svým rozhodováním kromě pískání na jeho osobu davové reakce příznivců vyvolat a následně rozpoutat (Slepíčka, 1984).

Cashmore & Cleland (2014) uvádějí, že policie se snaží rozptýlit jakoukoliv formu narušování veřejného pořádku a výskyt agrese, a tak v den utkání hojně používá na rozeznání davu slzný plyn či obušky. Na hrací ploše se může jednat o surovou hru, tzn. úmyslné, násilné chování nebo se záměrem zranit: jedná se tedy o přestupky vedené nepřiměřenou silou, silnou intenzitou (kopnutí, podražení soupeře, vražení do soupeře, udeření soupeře, strčení do soupeře). Městská derby začínají např. zvýrazňovat náboženské i politické rozdíly, zejména mezi skotskými kluby v Glasgow (Rangers a Celtic), anglickými kluby (Liverpool a Everton), ale také mezi kluby ve Španělsku (Barcelona – katalánský nacionalismus a Espanyol – španělský neo-fašismus).

Co se týče České republiky a projevů agrese mezi návštěvníky, mohli bychom aplikovat trojúhelník diváckého násilí (obrázek 2) představující specifické charakteristiky místa, události a personálu, u kterých bylo zjištěno, že souvisí s vyšší mírou diváckého násilí

na stadionech. Zatímco některé z těchto faktorů je obtížné eliminovat nebo alespoň minimalizovat, je důležité pochopit, jak každý jednotlivec přispívá k pravděpodobnosti agrese (Madensen & Eck, 2008).

Obrázek 2: Trojúhelník diváckého násilí a jeho specifické příčiny



Zdroj: Vlastní zpracování, 2016 dle Madensen & Eck, 2008.

Alkohol. V některých kulturách se alkohol považuje za přitěžující rys fotbalového chuligánství, nemůžeme ho ale považovat za hlavní příčinu. Dunning, Murphy & Williams (1988) uvádějí, že konzumaci alkoholu nelze považovat za příčinu výtržnictví, protože ne každý fanoušek, který pije před zápasem nebo i v jeho průběhu vyprovokuje nějakou bitku a je na straně agresorů. To platí i pro fanoušky, kteří konzumují alkohol ve velkém množství. Dokonce i někteří chuligáni před bitkou nepijí, protože potřebují být na 100 % soustředění na protivníka a vyhnout se případnému chycení policií. Ayres & Treadwell (2011) pomocí nestrukturovaných a polo-strukturovaných rozhovorů zjistili, že užívání alkoholu s kokainem napomáhají k extrémnímu násilí, konzumenti nemají přehled o čase a budují si svoji maskulinitu. Palmer (2014) se zabývá dlouhodobě společenským kontextem sportu a alkoholu. Prostřednictvím etnografického výzkumu zjistila, že existuje korelace mezi násilím a požíváním alkoholu obzvláště na fotbalových zápasech (Palmer, 2010). Frosdick & Marsh (2005) hodnotí situaci, že v závislosti na typu zápasu existují rozdílné přístupy v různých zemích, v různých sportech v té samé zemi a dokonce v tom samém sportu nebo i na tom samém stadionu. Zatímco v některých zemích existuje naprostý zákaz, v jiných státech platí na různých místech a pro různé sporty jiné zákony. Například v USA se zákon zakazující alkohol liší stát od státu a sport od sportu. Odlišná

pravidla mohou platit dokonce i v rámci jednoho státu. Na některých stadionech se alkohol vůbec neprodává, někde si lze objednat donášku piva až na přímo na místo. Zajímavý pohled vnáší k této problematice Williams (1992; In Frostdick & Marsh, 2005), kde pojednává o dánských fanoušcích, známých jako „Roligans“. Dánští roligáni jsou proslulí svou nadměrnou konzumací piva. I když jsou opilí, tak jsou přátelští a neztotožňují se s násilným chováním a nelze u nich shledat žádnou agresi či bitky.

Xenofobie. Jak uvádí Šišková (2008), tak xenofobii je možné charakterizovat jako základ pro různé druhy a formy nenávisti, např. rasismu, antisemitismu, šovinismu, nacionalismu apod. Projevuje se v různých formách a různou intenzitou. Může se jednat o písemné a mluvené projevy, fyzická napadání, šarvátky až fyzickou likvidaci. Fotbalová utkání jsou často místem právě rasistických, antisemitských a nacionálně-šovinistických projevů některých aktivních fotbalových příznivců (Mareš, Smolík & Suchánek, 2004).

Rasismus se ve fotbale poprvé objevil v 70. letech 20. století, kdy začali fotbalisté z celého světa přicházet do Premier League. Hráči tmavé pleti byli zasypáni banány a museli čelit opičím posměškům. Terčem rasismu byl sice už ve 30. letech 20. století hráč tmavé pleti, Dixie Dean (Everton FC), ale můžeme konstatovat, že rasismus je poměrně novým jevem (Frostdick & Marsh, 2005). Je téměř neuvěřitelné, že se rasismus stále objevuje ve sportu s multikulturním charakterem. Někde jen přežívá, ale v některých částech světa vzkvétá nevídaným a deprimujícím způsobem. Fanoušci mohou uvést své názory, prosazovat argumenty, dohadovat se, vznést připomínky, analyzovat problémy, navrhnout řešení, představit, předložit apod., jen aby veřejnost věděla, co si myslí. Rasismus je ve sportu, především ve fotbale, stále velkým tématem. Nejznámější případy rasismu v zahraničí se týkají např. hráčů L. Suárez, G. Popov, J. Terry apod. V lednu 2011 byl za něj potrestán útočník Liverpoolu, L. Suárez. Rasistické urážky směřovaly na P. Evru (Manchester United). Suárez dostal pokutu £ 40 000 a stop na deset zápasů, nakonec mu byl trest snížen na osm zápasů (Cashmore & Cleland, 2014). Co se týče publika, tak v srpnu 2010, kdy se odehrával zápas Evropské ligy mezi týmy Karpaty Lvov a Galatasaray Istanbul, ukrajinští fanoušci prezentovali transparent „Turkish pigs get out of Europe!“ (turecká prasata ven z Evropy!). Další případ se stal také na Ukrajině v první lize mezi týmy Arsenal Kyjev a Karpaty Lvov. Příznivci Arsenalu vydávali zvuky opic, když se hráč tmavé pleti dotkl míče. Hráčova rodina okamžitě opustila stadion (Watson, 2013). Dále např. Kevin-Prince Boateng, hráč týmu AC Milán, se v lednu 2013 stal symbolem boje proti rasově motivovaným nadávkám. V přátelském utkání byl urážen fanoušky týmu Pro Patria, a proto odešel ze hřiště. FIFA a UEFA penalizovaly kluby, u kterých shledaly vinu, že tolerovaly rasistické chování fanoušků (Cashmore & Cleland, 2014). Back, Crabbe & Solomos (1999) konstatují, že existuje souvislost mezi rasismem během fotbalových zápasů a nepřijatelným chováním některých jedinců zapojených do chuligánských aktivit. Ďurica (2016) uvádí, že v České republice se rasistické pokřiky objevují od počátku 90. let 20. století. V té době totiž začali za české kluby nastupovat první hráči tmavé pleti. Mezi nejčastější urážky patří bučení na hráče tmavé pleti, nebo skandování „hu, hu, hu“ při jeho

dotyku s míčem. Někteří aktivní příznivci dokonce po vzoru anglických chuligánů házeli na hráče tmavé pleti banány. Takové chování bylo často k vidění na zápasech Viktorie Žižkov ke konci 90. let, kdy hrál za Viktorii Žižkov hráč tmavé pleti K. Chihuri. V posledních letech se ovšem i na českých fotbalových stadionech začali mnohem častěji objevovat hráči tmavé pleti, kteří se stali výraznými posilami „svých klubů“ a také oblíbenci fanoušků.

Opačný případ od února 2017 řeší Sparta Praha. Její hráč, T. Konaté, poté, co si chtěl vynutit přestup do Steaury Bukurešť, byl přerazen v létě do rezervního týmu. V zimní přestávce byl opět povolán do prvního týmu a objevil se i v základní sestavě proti Rostovu v Evropské lize. Tento zápas se mu nepovedl, již ve 32. minutě obdržel červenou kartu a Sparta Praha prohrála 0-4. Následující domácí zápas byl opět v základní sestavě a kotel domácích fanoušků na něj bučel, pískal a dále ho urážel. K vidění byly i vlajky s nápisem „Konaté ven!“. Tvrdé jádro spartánských fanoušků uvádí, že zradil Spartu a již spálilo i dresy s jeho jménem (isport.cz).

Můžeme konstatovat, že v současnosti prakticky za každý tým nastupují k zápasům hráči tmavé pleti, ale v 70. a 80. letech se jednalo o novou otázku a všichni s ní nebyli ztotožnění, a hráči tmavé pleti nebyli vždy vítáni (Cashmore & Cleland, 2014). Z tohoto důvodu se tyto rasistické pokřiky vyskytují už jen sporadicky (Đurica, 2016). Projevy nespportovního chování, hanobení soupeře apod. ale nejsou v České republice trestány (Jansa et al., 2012).

Spíše než rasistické nadávky se při fotbalových zápasech Slavie či Baníku Ostrava vyskytují antisemitská hesla typu „židi“, „jude Slavie“ nebo „polští židi“.

Každé derby pražských „S“ je doprovázeno antisemitskými pokřiky; zápas není přerušen a klub Sparta Praha nebyl za tyto pokřiky pokutován. Fanoušky se sice snaží usměrnit hlasatel, avšak výsledek je opačný, neboť spartánští fanoušci začnou skandovat ještě s větší intenzitou. FAČR tvrdí, že se snaží s urážlivým skandováním bojovat. Jenže, jak je zjevné, fotbalová asociace je citlivá na úplně jiný druh urážek, než je antisemitismus. Je zvláštností, že v roce 2014 fanoušci všech prvoligových týmů skandovali urážky na předsedu FAČR, M. Peltu, přerušovala se utkání, u antisemitských pokřiků však nikoliv (Pokorný, 2015).

MATERIÁL A METODY

Cílem příspěvku bylo analyzovat postoje a projevy chování fanoušků fotbalových utkání na příkladu fotbalového klubu SK Slavia Praha. Zajímaly nás zejména negativní jevy v průběhu fotbalových zápasů a projevy agrese. V návaznosti na cíl jsme stanovili výzkumnou otázku (VO1) za účelem lepšího popsaní a zhodnocení chování fanoušků fotbalových utkání.

VO1: Které projevy považují fanoušci na fotbalových stadionech za nejvíce závažné?

Byla využita metoda analýzy a matematicko-statistické metody. Při povaze zkoumaného jevu se jeví jako nejvhodnější kvantitativní přístup. Proto byl jako základ využit dotazník (Slepička 1990), který byl aktualizován a zaměřen také na demografickou strukturu sportovních diváků, motivaci jejich návštěvnosti, chování na stadionu apod. (Slepička et al. 2010).

Byla zvolena metoda sběru dat – dotazování, konkrétně „Pen And Paper Interviewing“ (PAPI). Byla využita primární data, která byla sesbírána technikou dotazníkového šetření v sezónách 2015/16 a 2016/17. Sběru primárních dat předcházelo studium odborné literatury. Po zpracování a zkompletování teoretických východisek práce bylo přistoupeno k samotnému výzkumu. Ten byl rozdělen do tří částí; a to pilotní studie, předvýzkum a sběr dat (Disman, 2002; Hendl, 2012).

Dotazník, který byl distribuován pouze v kotli, musel být rozšířen o otázky, které se týkaly pyrotechniky, rasismu, vulgárních projevů, pískání a vběhnutí na hrací plochu (Scholz, 2015). Tento dotazník obsahoval 29 otázek; některé z nich byly škálové, kde respondent mohl ohodnotit na Likertově stupnici (1-5) jednotlivé projevy od nejméně závažných po nejvíce závažné. Většina otázek byla ale uzavřených s nabídkou odpovědí. V srpnu 2015 na prvním domácím utkání (Slavia-Liberec) a druhém venkovním utkání (Brno-Slavia) byl dotazník distribuován mezi respondenty v rámci pilotní studie. Byly zjištěny nepatrné nedostatky ve formulaci některých otázek, nabídce odpovědí i cizojazyčných výrazech. U některých otázek chyběla možnost, kde si respondent nepřál uvést svou odpověď. Bylo to z obavy, aby respondenti u většiny otázek neoznačili právě tuto variantu odpovědi. Z etického hlediska ale byla tato možnost doplněna. Dále se jednalo o otázku ohledně současného zaměstnání, kde bylo na výběr 14 možností a respondent měl za úkol vybrat jednu možnost nebo uvést svoje zaměstnání, pokud nebylo ve výčtu. Pro zjednodušení jsme nakonec přistoupeni k tomu, aby každý respondent napsal své současné zaměstnání. Pod otázkou byly kurzívou uvedeny nejčastěji zjištěné profese z pilotní studie (např. student, nezaměstnaný, provozní, manažer apod.). Také byla upravena nabídka odpovědi u otázky, kdy respondent začal navštěvovat fotbalová utkání. Někteří respondenti nerozuměli slovu adolescence, proto bylo nahrazeno synonymem dospívání. Otázka týkající se názorů na jednotlivé projevy, byla považována pravděpodobně za nejtěžší, neboť u několika respondentů nebyla vyplněna správně. Každý projev měl respondent ohodnotit známkou, (1 – nejméně závažný projev a 5 – nejvíce závažný). Někteří respondenti ohodnotili sice nejméně závažná projev známkou 1 a poté pokračovali až do známky 11, neboť projevů bylo celkem 11. Tyto dotazníky byly poté z výzkumu vyřazeny. Dotazník byl distribuován vždy před začátkem utkání, neboť o poločasové přestávce či po skončení utkání, nebyl mezi respondenty o jeho vyplnění zájem. Přibližná délka dotazníku nepřesáhla 10 minut.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 720 osob, které navštěvují fotbalová utkání klubu SK Slavia Praha a sledují je z prostoru za brankou (kotle). V tomto souboru byli zahrnuti fanoušci, ultras, diváci a chuligáni. V našem příspěvku se budeme věnovat kategorii fanoušků, kterých bylo v našem vzorku nejvíce (n=462). Sektor za brankou byl vybrán záměrně, neboť ho navštěvují všechny typy návštěvníků, zejména aktivní fanoušci. Kapacita slávistického kotle je 3 065 míst. Skládá se z pěti sektorů, v každém z nich je přibližně 28 řad po 25 místech. Kotel je zpravidla část stadionu, která je během utkání nejvíce zaplněna (většinou do 2/3), ale s týmy jako je např. Sparta Praha, Viktoria Plzeň nebo Baník Ostrava, je kotel zcela zaplněn. Výběr respondentů probíhal podle předem stanoveného klíče; např. místa 1, 3, 5, 7 v první řadě, místa 2, 4, 6, 8 v druhé řadě apod. Respondenti byli informováni o dobrovolnosti a anonymitě. Pokud vyplnili dotazník, obdrželi za odměnu slávistický odznak. Také měli možnost kontaktovat výzkumníka ohledně průběžných a konečných výsledků. Statistické vyhodnocení dat bylo provedeno v programu Statistica, verze 12.

VÝSLEDKY

a) Sociálně demografické charakteristiky.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 462 osob ve věku $26,29 \pm 10,19$ let; z toho bylo 372 mužů ($26,67 \pm 10,17$ let), 88 žen ($25,05 \pm 10,14$ let) a 2 osoby pohlaví neuvedly. Více než 3/4 fanoušků (80,52 %) bylo svobodných, dokládá to i fakt, že většina fanoušků je v rozmezí mezi 10-17 lety. Téměř 15 % fanoušků (14,72 %) uvedlo, že jsou v manželském svazku nebo registrovaném partnerství, rozvedených bylo 3,46 % fanoušků a zbytek fanoušků (1,30 %) si nepřál uvést svoji odpověď.

Více než 1/3 fanoušků (40,26 %) žije s rodiči, dalších 34,20 % fanoušků žije ve vztahu (manžel/manželka/partner/partnerka), sama bydlí necelá 1/5 fanoušků (17,32 %). Dále 5,19 % fanoušků žije se svými dětmi a stejné procento fanoušků žije s prarodiči, sourozenci nebo s bývalými partnery.

Přes 80 % fanoušků (81,39 %) pochází z úplné rodiny, bezmála 1/5 fanoušků (16,02 %) nepochází z úplné rodiny a 2,60 % fanoušků si nepřálo uvést svoji odpověď.

Co se týče dosaženého vzdělání, tak dotazovaní fanoušci nejčastěji absolvovali střední školu s maturitou (34,63 %) a střední odborné učiliště s výučním listem (21,65 %). Dosažené základní vzdělání označilo 16,45 % fanoušků. Tato hodnota je celkem vysoká, ale není to tak, že fanoušci měli dosažené pouze základní vzdělání a dále se již nevzdělávali. Je to z toho důvodu, že většina fanoušků nebyla dospělých, tudíž ještě středoškolské vzdělání nebylo ukončeno. Dále 12,12 % fanoušků si nepřálo uvést svoji odpověď. Můžeme konstatovat, že více než desetina fanoušků nechtěla označit svoje dosažené vzdělání. Ale téměř všichni fanoušci (92,86 %), kteří si vybrali tuto odpověď, byli v rozmezí 10-14 let,

tzn., ještě neměli ukončenou povinnou školní docházku. Oproti tomu 13,42 % fanoušků získalo vysokoškolský diplom, dalších 1,73 % fanoušků úspěšně ukončilo vyšší odbornou školu.

Mezi nejčastějšími profesemi mezi zkoumanými fanoušky byly označeny manager (6,49 %), OSVČ (3,90 %), dělník (3,46 %), servírka/číšník (2,16 %) a administrativní pracovník (1,30 %). Téměř 1/3 fanoušků (32,47 %) byla ještě studenty a připravovala se na svá budoucí zaměstnání, naopak 3,90 % fanoušků bylo nezaměstnaných.

Přes 1/2 fanoušků (57,58 %) bylo spokojeno se svým dosavadním životem, více než 1/3 fanoušků (35,93 %) byla spíše spokojena. Spíše nespokojeno bylo 3,46 % dotazovaných, nespokojeno pouze (1,73 %) a 1,30 % fanoušků si nepřálo uvést odpověď.

Kromě spokojenosti s dosavadním životem, fanoušci také subjektivně hodnotili vlastní ekonomickou situaci. Desetina fanoušků byla velmi spokojena a téměř 2/3 fanoušků (64,94 %) byly také spokojeny ohledně vlastní ekonomické situace. Musíme konstatovat, že výsledek je značně ovlivněn tím, že téměř 1/3 studentů (32,47 %) žila s rodiči a nemusela se mnohdy zajímat o finanční prostředky, neboť od rodičů častokrát obdržela kapesné. Téměř 1/5 fanoušků (15,15 %) byla spíše nespokojena a zbytek byl nespokojen (3,90 %). Svou odpověď si nepřálo uvést 6,06 % fanoušků.

b) Divácké motivace návštěvnosti, prožitky a projevy.

Více než 1/2 fanoušků (58,44 %) začala navštěvovat fotbalová utkání v dětství, dalších 28,14 % fanoušků v dospívání a zbytek v dospělosti (13,42 %). Poslední možnost byla označována hlavně ženami, které se účastnily fotbalových utkání až s partnerem. Téměř polovina fanoušků (49,78 %) navštívila první fotbalový zápas s rodiči, dále 41,13 % uvedlo kamarády a necelá desetina fanoušků (9,09 %) navštívila první fotbalové utkání sama. V současnosti více než 2/3 fanoušků (70,13 %) navštěvují fotbalová utkání s kamarády, bezmála 1/4 fanoušků (22,94 %) v doprovodu rodiny a pouze 6,93 % fanoušků navštěvuje zápas samo.

Fanoušci navštěvují fotbalová utkání z různých důvodů. Více než 1/2 fanoušků (57,14 %) uvedla za hlavní důvod fandění, poté atmosféru (42,42 %) a zábavu (38,96 %). Více než 1/4 fanoušků (26,41 %) uvedla, že se při fotbalovém utkání odreaguje od soukromých problémů a pracovních povinností. Více než 1/10 fanoušků (12,12 %) navštěvuje fotbalové zápasy kvůli partě. Fanoušci se prostřednictvím fandění nejčastěji snaží podpořit klub (62,34 %), vytvořit atmosféru (51,08 %), odreagovat se (28,57 %), oslabit soupeře (7,79 %) a zastrašit soupeře (4,76 %). Fanoušci se snaží, aby se do fandění zapojily i ostatní tribuny a atmosféra při zápasech byla ještě bouřlivější. Také pomáhají s choreografiemi, někteří dokonce asistují při odpalování pyrotechniky. Ohledně důvodů návštěvnosti a fandění bylo vícero možných odpovědí (max. 3), a proto součty dosahují více než 100 %.

Vlastnictví klubových symbolů. Téměř každý fanoušek vlastní klubové symboly (93,51 %). K nejčastějším symbolům patří šály a dresy, dále slávistická trička, silikonové náramky, peněženky a kraťasy. Na domácí zápasy nosí vždy klubové symboly více než 3/4 fanoušků (77,49 %). Více jak 1/2 fanoušků (54,98 %) nosí vždy s sebou klubové symboly na venkovní zápasy, ale více než 1/5 fanoušků (20,35 %) nedisponuje žádným klubovým symbolem na zápasech, které se hrají na hřištích soupeřů. Je to z toho důvodu, že fanoušci často cestují na zápasy po vlastní ose a bojí se střetu s místními fanoušky. V případné bitce by neradi odevzdali šály, dresy či dokonce vlajky protivníkovi. Zmiňovaní fanoušci proto raději volí sledování zápasu z hlavní tribuny oproti supportu z kotle. Některé fotbalové kluby v České republice (např. Vysočina Jihlava, Olomouc) nepovolují vstup na tribunu s klubovými symboly soupeře. Buď je musí návštěvník odevzdat při prohlídce před vstupem na stadion, nebo musí jít do sektoru pro hosty, kde je povoleno mít klubové symboly.

Bezmála polovinu fanoušků (41,56 %) mrzela prohra Slavie pouze bezprostředně po utkání, více než třetinu fanoušků (34,20 %) do dalšího zápasu, téměř pětina fanoušků (19,91 %) mrzela prohra do nejbližší výhry a pouze 4,33 % fanoušků nemrzela prohra Slavie. I když v minulých sezónách Slavia nehrála o titul mistra ligy, tak pouze 0,87 % fanoušků raději zvolilo televizní přenos, než aby podpořila klub v hledišti. Naopak téměř 1/2 fanoušků (48,92 %) zavítala do hlediště, i když byl přenos zápasu v televizi a 50,22 % fanoušků označilo, že někdy fotbal navštíví a někdy ne. Hlavním důvodem u studentů byl nedostatek finančních prostředků, dále fanoušci uvedli nedostatek času, pracovní povinnosti a počasí. U mimopražských fanoušků rozhodoval i termín a čas výkopu, neboť ne všichni fanoušci se mohli o víkendů dopravit po zápase domů. Co se týče negativních prožitků, tak konstatujeme, že u fanoušků se jedná především o špatnou úroveň předvedené hry, sporné rozhodování sudích a nesportovní chování návštěvníků.

Pyrotechnika. Polovině fanoušků pyrotechnika nevadí (53,24 %), a někdy i se samotným odpalováním pomáhají, ale jedná se spíše o výjimky. Uvádí, že pyrotechnika k fotbalu patří a dotváří atmosféru, i když vědí, že je odpalování pyrotechniky zakázáno. Osobní kontroly pořadatelem u turniketů před vstupem na stadion nejsou až tak důkladné, takže značná část pyrotechniky je na stadion pronesena v oblečení nebo ženami, příp. skrz VIP vstup, kde kontroly neprobíhají. Téměř pětina fanoušků (19,48 %) shledává tuto aktivitu za vážný problém, zejména co se týče bezpečnost i kvůli přerušení zápasu a následné kontumaci. Uvádějí, že při manipulaci s pyrotechnikou hrozí popáleniny, avšak dosud na Slavii nebyl evidován žádný případ popálenin. Souhlasíme, že některé zápasy (Sparta, Plzeň, Baník Ostrava) musely být kvůli nedisciplinovanosti některých osob přerušeny, ale po pár minutách zápasy pokračovaly. Nikdy nebyl zápas ukončen kontumací proti Slavii kvůli pyrotechnice. Zkušenosti s odpalováním pyrotechniky během fotbalového utkání měla necelá desetina zkoumaných fanoušků; z toho 9,09 % pomáhala s pyrotechnikou občas a 0,87 % fanoušků vždy, když byli přítomni na zápase. Více než 90 % fanoušků (90,04 %) nikdy nepomáhalo s odpalováním pyrotechniky.

Pískání. To bylo jednoznačně označeno jako nejméně závažný projev na stadionu. Více než 3/4 fanoušků (77,06 %) ohodnotili tento projev nejnižší možnou známkou (tabulka 1). Konstatujeme, že nejvíce je pískáno na soupeře (občas 43,72 % a často 34,43 %), rozhodčí (občas 55,41 % a často 21,65 %), předsedu FAČR a ostatní činovníky (občas 36,36 % a často 35,50 %). Zaznamenali jsme dokonce i pískání na Slavii (občas 26,84 % a často 2,16 %), zejména když slávističtí hráči nejeví zájem o hru a za Slavii nebojují.

Tabulka 1: Vyjádření fanoušků na odpalování pyrotechniky a pískání

| ODPALOVÁNÍ PYROTECHNIKY (v %) | | | | | PÍSKÁNÍ (v %) | | | | |
|-------------------------------|-------|-------|------|-------|---------------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36,36 | 16,88 | 20,35 | 6,93 | 19,48 | 77,06 | 9,09 | 9,09 | 1,30 | 3,46 |

Pozn.: 1 – nejméně závažný projev, 5 – nejvíce závažný projev

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017.

Vulgární projevy. Pokud se jedná o vulgární skandování celého kotle nebo individuální vulgarismy, můžeme konstatovat, že jsme dosáhli přibližně stejných výsledků. Vulgární výrazy jsou adresovány zejména na Dagmar Damkovou (bývalá předsedkyně ústřední komise rozhodčích) a Miroslava Peltu (předseda FAČR), ale také na hráče soupeřícího týmu, který např. emotivně oslavuje gól před slávistickými příznivci (tabulka 2). Více než 2/3 fanoušků (68,39 %) se vyjadřují občas vulgárně a více než 1/5 fanoušků (20,35 %) se vyjadřuje vždy vulgárně během zápasu. Někteří respondenti dokonce uvedli, že fotbalové zápasy navštěvují kvůli vulgarismům. Zbytek fanoušků (11,26 %) se vyjadřuje během zápasu vždy slušně a vulgarismy nepoužívá.

Tabulka 2: Vyjádření fanoušků na vulgární projev

| VULGÁRNÍ SKANDOVÁNÍ CELÉHO KOTLE (v %) | | | | | VULGÁRNÍ INDIVIDUÁLNÍ PROJEV (v %) | | | | |
|--|-------|-------|-------|------|------------------------------------|-------|-------|------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36,36 | 28,57 | 15,15 | 10,39 | 9,52 | 36,36 | 22,08 | 19,91 | 9,09 | 12,55 |

Pozn.: 1 – nejméně závažný projev, 5 – nejvíce závažný projev

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017.

Fyzická agrese. Více než 1/2 fanoušků (59,31 %) fanoušků považují fyzickou agresi vůči fanouškům soupeře na stadionu za nejvíce závažný projev. Téměř totožné výsledky jsme zaznamenali u fyzické agrese vůči Policii České republiky nebo security. Fanoušci navštěvují fotbalová utkání především kvůli tomu, že si chtějí vychutnat samotnou hru nebo obdivovat hráče (tabulka 3).

Tabulka 3: Vyjádření fanoušků na fyzickou agresi

| FYZICKÁ AGRESE VŮČI FANOUŠKŮM SOUPEŘE NA STADIONU (v %) | | | | | FYZICKÁ AGRESE VŮČI POLICII ČESKÉ REPUBLIKY ČI SECURITY (v %) | | | | |
|---|------|-------|-------|-------|---|------|-------|-------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4,33 | 5,63 | 14,29 | 16,45 | 59,31 | 6,49 | 8,66 | 14,72 | 13,85 | 56,28 |

Pozn.: 1 – nejméně závažný projev, 5 – nejvíce závažný projev

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017.

Chuligánský střet. Ohledně domluveného chuligánského střetu mimo stadion se více než 1/3 fanoušků (33,77 %) vyjádřila, že se jedná o značně závažný problém a ohodnotila ho známkou nejvyšší, tj. 5. O stupeň nižší hodnocení vyjádřila bezmála desetina fanoušků (9,52 %). Právě tyto fanoušky mrzí, že je s těmito bitkami spojován klub. Naopak 28,57 % fanoušků neshledává v domluveném střetu mimo stadion žádný problém a sympatizuje s chuligány. Chuligánské bitky jsou součástí jejich kultury, a pokud násilí toho typu není na stadionu, tak dle fanoušků je to v pořádku. Na druhou stranu, pokud fanoušek soupeře je oděn do dresu a šály a potká chuligána, nemusí mít strach. V tomto jsou praví chuligáni značně disciplinovaní, vědí, o čem je tato kultura a nezbijí fanouška.

Demolování stadionu. Více jak 3/4 fanoušků (79,22 %) označily demolování stadionu a další výtržnosti za nejvíce závažný projev a absolutně nepřípustnou činnost, která by se vůbec neměla spojovat se Slavií. Nejvíce se na této činnosti podílí přímo chuligáni (demolování sedaček, pisoárů apod.). Děje se tak výhradně při výjezdech, kde ničí majetek jiných klubů (tabulka 4). Musíme konstatovat, že zkoumaní fanoušci (97,40 %) se téměř vůbec nezapojují do demolování stadionu a pokud jsou svědky těchto aktivit, raději utíkají do vyšších pater stadionu nebo opouští hlediště. Zbytek fanoušků (2,60 %) se občas podílí na demolování stadionu (zejména na vytrhávání sedaček), aby se jimi mohli chránit před obušky těžkooděnců.

Tabulka 4: Vyjádření fanoušků na domluvený chuligánský střet a demolování stadionu

| DOMLUVENÝ CHULIGÁNSKÝ STŘET MIMO STADION (v %) | | | | | DEMOLOVÁNÍ STADIONU A DALŠÍ VÝTRŽNOSTI (v %) | | | | |
|--|-------|-------|------|-------|--|------|------|-------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28,57 | 12,55 | 15,58 | 9,52 | 33,77 | 0,43 | 3,03 | 4,76 | 12,55 | 79,22 |

Pozn.: 1 – nejméně závažný projev, 5 – nejvíce závažný projev

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017.

Vhazování předmětu na hrací plochu. Téměř 1/2 fanoušků (45,45 %) je přesvědčena, že vyhazování předmětů na hrací plochu je také nejvíce závažná aktivita, což potvrzuje dalších 19,05 % fanoušků, kteří ji označili za příliš závažnou. Nejčastěji se tak děje

při chybném výroku postranního rozhodčího nebo při oslavě gólu soupeřova hráče před domácím publikem a fotbalové hřiště je sypáno prázdnými či plnými kelímky od piva, drobnými mincemi či dokonce zapalovači. Můžeme konstatovat, že jednání rozhodčích se tedy v některých případech může stát i roznětkou násilných střetů, a to i v případech, kdy oni sami jednájí v rozporu s fotbalovými pravidly, což je fanoušky v lepším případě vnímáno buď jako nesprávné jednání, nebo v horším případě přímo jako provokace. U zkoumaných fanoušků jsme zaznamenali, že 12,99 % již vhodilo na hrací plochu nějaký předmět, zbytek fanoušků nikoliv (87,01 %).

Vběhnutí na hrací plochu. Tato aktivita nedosahuje tak významných hodnot, jak jsme předpokládali. Za nejvíce závažný projev ho označilo 37,23 % fanoušku. Musíme vzít v potaz, že dosažené hodnoty jsou ovlivněny faktem, že většina fanoušků již vnikla na hrací plochu (16,45 %). Jednalo se nejprve o historický postup Slavie Praha do Ligy mistrů (2007), kde většina příznivců z kotle oslavovala tento výjimečný okamžik na hřišti přímo s hráči po ukončení utkání. Později, v roce 2014 byl sehrán přátelský zápas s Hajdukem Split, ale zápas byl v 73. minutě přerušen. Chorvatští fanoušci vnikli na hrací plochu, po chvíli byli následováni slávistickými příznivci. U středového kruhu se oba dva tábory pozdravily, skandovaly a společně zpívaly chorály. Poté co se všichni vrátili na tribuny, tak zápas se již nedohrál, neboť na hrací ploše zůstala pyrotechnika, kelímky od nápojů apod. Oba kluby pojí společná minulost a přátelské vztahy, neboť Slavia v roce 1911 asistovala při založení Hajduku v pražské pivnici U Fleků (tabulka 5).

Tabulka 5: Vyjádření fanoušků na vhadzování předmětu a vběhnutí na hrací plochu

| VHAZOVÁNÍ PŘEDMĚTU NA HRACÍ PLOCHU (v %) | | | | | VBĚHNUTÍ NA HRACÍ PLOCHU (v %) | | | | |
|---|------|-------|-------|-------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6,93 | 9,09 | 19,48 | 19,05 | 45,45 | 10,39 | 11,26 | 24,24 | 16,88 | 37,23 |

Pozn.: 1 – nejméně závažný projev, 5 – nejvíce závažný projev

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017.

Rasismus. Projevy rasismu odhodnotila více než 1/2 fanoušků (58,87 %), která shledala vyjádření proti hráčům tmavé pleti za velmi závažný problém. Více než 3/4 fanoušků (80,08 %) nepoužívá rasisticky laděné pokřiky během zápasu, občas je používá 17,32 % fanoušků a často je vypustí z úst 2,60 % fanoušků (bez tabulky).

DISKUSE

Násilí na fotbalových stadionech není diskutováno pouze na úrovni českých fotbalových klubů. Z televize, tisku a internetu se můžeme dozvědět, že právě násilné chování je jedním z faktorů, které odrazují návštěvníky a fanoušky z příjemné atmosféry fotbalových stadionů. FAČR se snaží, aby se z fotbalu stal atraktivní

produkt a z fotbalových zápasů by se měly stát společenské akce jako např. v Anglii a dalších západních zemí. To znamená, že by vymizely sektory na stání, byl by zaveden neustálý monitoring fanoušků, komercializace apod.

Proti tzv. „modernímu fotbalu“, kde se jedná především o business a finance, bojují hlavně ultras a chuligáni ale i někteří fanoušci. Jsou znechuceni z dlouhodobé a až kriminalizující kampaně vedené proti nim a snaží se proti „modernímu fotbalu“ svou účastí na zápasech svého týmu bojovat (pyrotechnika, provokace, vulgarismy apod.). Musíme ale konstatovat, že produkt nebude tak atraktivní jako v Anglii. Skutečnost, že většina fotbalových stadionů je často prázdná, není způsobeno pouze násilným chováním, bitkami chuligánů nebo vulgarismy. Atraktivita českého fotbalu je spíše podprůměrná. Ačkoliv zatím nemáme k dispozici přesná data, můžeme důvodně předpokládat, že hlavními příčinami jsou: nízký komfort pro diváky (zejména v sektoru hostů) a neuspokojivá nabídka občerstvení na některých stadionech, dále se jedná o ovlivňování zápasů, vysoké ceny vstupenek, simulování hráčů apod.

Abychom se setkávali čím dál tím méně se sociálně negativními jevy na tribunách i v okolí stadionů, je více než žádoucí, aby se nyní dostatečně využívala všechna existující preventivní opatření. V současné době se na stadionech prodává pouze nealkoholické pivo, jsou oddělené sektory či tribuny pro skalní fanoušky (kotle), u rizikovějších utkání se prodávají vstupenky na občanský průkaz, osobní prohlídky bývají důkladnější apod. Do budoucna se také uvažuje o adresném ticketingu i kamerovém systému. Podle našeho názoru by se fotbalové kluby a média měly více podílet na vzdělávacím procesu prostřednictvím televizního vysílání, dále na podporu fair play a kriticky hodnotit násilí. Za nejdůležitější typ prevence fotbalového násilí však považujeme osvětu, s jejíž pomocí lze zachytit nové příchozí fanoušky i eventuální chuligány. Záměrem je nasměrovat tyto osoby k pozitivnímu fandění, tj. bez násilí, skupinových i individuálních vulgarismů, rasistických urážek apod. Důležitým aspektem jsou i finanční náklady na bezpečnostní opatření s ohledem na rizikové chování některých skupin návštěvníků, které by zřejmě neměly být hrazeny z veřejných financí.

ZÁVĚR

Podle poznatků, které jsme zjistili terénním výzkumem, musíme konstatovat, že fotbaloví fanoušci shledávají největší problémy s demolováním stadionů (79,22 %) a rasismem (58,87 %). Většina respondentů souhlasí, že fyzická agrese vůči fanouškům soupeře na stadionu (59,31 %) a vůči Policii České republiky či security (56,28 %) jsou značně závažné aktivity. Na druhou stranu, více než 3/4 fanoušků (77,06 %) považuje pískání během zápasu za nejméně závažný problém.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Ayres, T. C. & Treadwell, J. (2011). Bars, drugs and football thugs: Alcohol, cocaine use and violence in the night time economy among English football firms. *Criminology & Criminal Justice*. 12(1), pp 83-100.
- [2] Back, L.; Crabbe, T. & Solomos, J. (1999). Beyond the racist/hooligan couplet: race, social theory and football culture. *British Journal of Sociology*. 50(3), pp 419-442.
- [3] Bensimon, M. & Bodner, E. (2011). Playing with Fire: The Impact of Football Game Chanting on Level of Aggression. *Journal of Applied Social Psychology*. 41(10), pp 2421-2433.
- [4] Cashmore, E. & Cleland, J. (2014). *Football's Dark Side. Corruption, Homophobia, Violence and Racism in the Beautiful Game*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- [5] Crawford, G. (2004). *Consuming Sport – Fans, Sport and Culture*. New York: Routledge.
- [6] Čermák, I. (1999). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta.
- [7] Dart, J. (2008). Confessional tales from former football hooligans: a nostalgic, narcissistic wallow in football violence. *Soccer & Society*. 9(1), pp 42-55.
- [8] Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- [9] Dunning, E.; Murphy, P. & Williams, J. (1988). *The Roots of Football Hooliganism: An Historical and Sociological Study*. London: Routledge & Kegan Paul.
- [10] Ďurica, M. (2016). *Subkultura hooligans u fotbalového klubu Bohemians Praha 1905*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- [11] Fischer, E. (2014). *Why do soccer fans whistle?* [online]. [February 25, 2017]. Retrieved from: <http://dearsportsfan.com/2014/12/10/soccer-fans-whistle/>
- [12] Frosdick, S. & Marsh, P. (2005). *Football Hooliganism*. Devon: Willan Publishing.
- [13] Häring, K. (2017). Kauza Konaté. Chybovali v ní všichni - hráč, klub i fanoušci. [online]. [February 25, 2017]. Retrieved from: <https://isport.blesk.cz/clanek/muj-isport-blogy-redaktori-karel-haring/294870/kauza-konate-chybovali-v-ni-vsichni-hrac-klub-i-fanousci.html>
- [14] Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- [15] Hills, M. (2002). *Fan Cultures*. London: Routledge.
- [16] Jansa, P.; Jůva, V.; Kocourek, J.; Svozil, Z. & Kovář, K. (2012). *Pedagogika sportu*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum.
- [17] Leška, D. (2004). Športoví diváci ako súčasť moderného športu. In Sekot, A. et al. (eds.). *Sociální dimenze sportu*, pp 141-157. Brno: Masarykova univerzita.
- [18] Madensen, T. D. & Eck, J. E. (2008). *Spectator Violence in Stadiums*. Washington: U.S. Department of Justice.
- [19] Mareš, M.; Smolík, J. & Suchánek, M. (2004). *Fotbaloví chuligáni: evropská dimenze subkultury*. Brno: Centrum strategických studií a Barrister & Pricipal.
- [20] Oborný, J. (2015). *Filozofia a šport*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.

- [21] Palmer, C. (2010). Everyday risks and professional dilemmas: fieldwork with alcohol-based (sporting) subcultures. *Qualitative Research*. 10(4), pp 421-440.
- [22] Palmer, C. (2014). Sport and Alcohol – Who's Missing? New Directions for a Sociology of Sport-related Drinking. *International Review for the Sociology of Sport*. 49(3-4), pp 263-277.
- [23] Pokorný, M. (2015). *Skvělá atmosféra s Jude Slavié. Antisemitismus šéfové neřeší*. [online]. [February 25, 2017]. Retrieved from: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/jude-slavie-antisemitske-vyroky-sefy-fotbalu-nevzrusuji/r~e353c1b0e1e811e4a4c00025900fea04/?redirected=1489788461>
- [24] Sekot, A. (2006). Násilí ve sportu. *Sborník z mezinárodní konference: Násilí ve výchově, umění a ve sportu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, pp 50-72.
- [25] Sekot, A. (2013). *Sociologie sportu: aktuální problémy*. Brno: Masarykova univerzita.
- [26] Sekot, A.; Leška, D.; Oborný, J. & Jůva, V. (2004). *Sociální dimenze sportu*. Brno: Masarykova univerzita.
- [27] Slepíčka, P. (1984). Davové reakce sportovních diváků a možnosti jejich ovlivňování. *Teorie a praxe tělesné výchovy*. 32(11), pp 688-694.
- [28] Slepíčka, P. (1990). *Sportovní diváctví*. Praha: Olympia.
- [29] Slepíčka, P.; Hošek, V. & Hátlová, B. (2009). *Psychologie sportu*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum.
- [30] Slepíčka, P.; Slepíčková, I.; Kotlík, K. & Landa, P. (2010). *Divácká reflexe sportu*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum.
- [31] Smolík, J. (2010). *Subkultury mládeže*. Praha: Grada Publishing.
- [32] Šedivý, P. (2014). *Výzva, přerušení, ukončení. Jak mají sudí postupovat při vulgarismech*. [online]. [February 25, 2017]. Retrieved from: http://fotbal.idnes.cz/fotbal-boj-proti-vulgarismum-na-stadionech-fkp-/fotbal.aspx?c=A140417_185412_fotbal_pes
- [33] Šedivý, P. (2016). *Pyrotechnika není zločin. Dánský klub vyvíjí svíce, které neublíží*. [online]. [February 25, 2017]. Retrieved from: http://fotbal.idnes.cz/fotbalovy-klub-brondby-vyvi-ji-bezpecnou-pyrotechniku-p18-/fot_zahranici.aspx?c=A161227_135047_fot_zahranici_pes
- [34] Šišková, T. (2008). *Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi*. Praha: Portál.
- [35] Taylor, R. (1992). *Football and its fans: Supporters and their relations with the game, 1885-1985*. Leicester: Leicester University Press.
- [36] Uribe Aramburo, N. I. & Castaño Pérez, G. A. (2014). Barras de fútbol, consume de drogas y violencia. *Psicología desde el Caribe*. 31(2), pp 243-279.
- [37] Watson, M. R. (2013). The dark heart of Eastern Europe: applying the British model to football-related violence and racism. *Emory International Law Review*. 27(2), pp 1055-1104.

- [38] Zákon České národní rady o přestupcích, 200 § 47 (1990).
- [39] Zákon trestní zákoník, 40 § 358 (2009).
- [40] Zámková, M. & Prokop, M. (2014). Comparison of Consumer Behavior of Slovaks and Czechs in the Market of Organic Products by Using Correspondence Analysis. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. 62(4), pp 783-795.

UNSPORTING BEHAVIOR OF FOOTBALL FANS

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

ABSTRACT

Football is a social and sports phenomenon in the last few decades, especially entering into significant scenes of mass culture as an attractive form of viewing experience. In this context, we recognize that the rapid development of the sport itself brought problems and complicated relationships, especially at the professional level. The aim of this paper is to analyze the attitudes and behavior of the fans' conduct on an example of SK Slavia Prague football club. The research was conducted in seasons 2015/16 and 2016/17, data were collected from fans ($n = 462$) aged 26.29 ± 10.19 years. The paper used quantitative research, methods of analysis and synthesis, and mathematical-statistical methods. The research shows that fans find the biggest problem with demolishing stadium (79.22%), on the other hand, 77.06% of fans state that boo is not a serious activity.

KEYWORDS:

aggression, behavior of football fans, football, Slavia Prague, violence

ZMĚNY IMAGINATIVNĚ- EMOTIVNÍCH SLOŽEK OSOBNOSTI V PRŮBĚHU ONTOGENEZE

OTTO ČAČKA
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Ontogenetická psychologie zkoumá psychické změny osobnosti v průběhu celého života jedince (ontos – ten který jest). V našem přehledu jde pouze o longitudinální postihu vývojových změn imaginativně-emotivních procesů, které jako významní reprezentanti subjektivity tvoří jádro osobnosti. Pochopení principů podmíněnosti změn imaginativně-emotivních funkcí jako jsou city, jáství a vůle přispěje k zlepšení jednání s dětmi, dospělými či staršími klienty.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ontogeneze, interakce, stadia vývoje, imaginativně-emotivní procesy, interakce, podmíněnost vývojových změn, vývojové zákony, osobnost

ÚVOD

Longitudinální prezentaci vývojových změn dílčích imaginativně-emočních procesů zrcadlí mj. zvláště základní vývojový zákon přechodu kvantity v kvalitu, díky kterému je každé vývojové stadium ve svém celku v mnoha ohledech kvalitativně zcela odlišné od projevů předcházejících období, takže se transversálně jedná jakoby o řadu výrazně odlišných lidských bytostí. Z toho vyplývá i náročnost předmětu ontogenetické psychologie oproti běžné psychologii osobnosti, protože se nejedná pouze o akademickou charakteristiku struktury jedné obecné kategorie, ale o postižení specifických odlišností celé řady osobností, kterými se člověk zákonitě stává během své životní pouti. V každém stadiu lze pozorovat výrazně odlišné projevy postupného rozvoje, uplatňování či involuce dílčích duševních funkcí, které jsou tak ve svém celku nositeli výrazných kvalitativních změn psychického dění osobnosti. Takto pojatou látku obsahuje mj. Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace (Čačka 2004).

V daném pojednání se však pokusíme postihnout vývojové změny všech tří složek jednoho z nejvýznamnějších útvarů duševního dění a sice imaginativně-emočních funkcí osobnosti. Vedle racionálně-kognitivních procesů (čivost, vnímání, pozornost, paměť, představivost a myšlení) - které pomáhají na dané úrovni k optimální orientaci jedince v prostředí, jsou imaginativně-emoční procesy (city, jáství a vůle) výrazem čistě osobní reflexe, dosažené integrity a zaměření subjektu bez jakéhokoliv nároku na objektivitu či pravdivost. Tyto funkce jsou jedinečným výrazem subjektivity člověka. Nemá smysl se proto např. ptát: „Je pravda, že je příjemné sehnat právě to, po čem jsem toužil?“. Je totiž čistě jedinečnou vnitřní záležitostí, co je pro koho natolik osobně významné, že mu dosažení toho vyvolává subjektivně pozitivní prožívání. Emoce vznikají mimovolně jako výraz vlastního hodnocení či přitažlivosti objektu, nelze je nikomu nadekretovat ani vědomě ovlivnit, zato se vždy těsně dotýkají našeho Já. Není proto náhodou, že pojmy emoce a motivace mají společný základ ve slově *move* (hýbati se). Vývoj emocí se řídí zákonem diferenciaci a integraci. S úrovní sebeuvědomění a pronikání do složitosti přediva a kvalit vztahů se z elementární libosti či nelibosti dále rozšiřují o hrdost, ponížení, závist, úzkost, křivdu, zklamání, soucit atp. S jejich diferenciací však musí zákonitě postupovat i proces integrace, sjednocující citové reakce pomocí stabilizované struktury cílů a hodnot. Emocionalita jako jemnost prožívání je pak dílem osobní autokultivace. Zatímco jednoho rozdychtí např. jen techno či dechovka, jiní velmi citlivě přijímají i jemné nuance vážné hudby. V tom mnohdy spočívají i vývojové zvláštnosti věkových kohort.

V článku se z čistě didaktických důvodů pokusíme pomocí izolované prezentace vývojových změn dílčích imaginativně-emočních procesů přiblížit studentům vypreparováním jejich charakteristik z celku osobnosti jejich jedinečný dopad v každém vývojovém stadiu, kde se vzhledem k jejich komplexní multifaktorové podmíněnosti může specifická jejich funkce až poněkud ztrácet. Duševní dění osobnosti jako celku však bezesporu představuje svými globálními záměry vždy víc než pouhý soubor částí.

CITY

City jsou vždy výrazem kvality osobního hodnocení vnějších vlivů subjektem. Míra jeho adekvátnosti závisí vždy na dané úrovni chápání vztahů.

Novorozenec je sice „sociálně naivní“, ale není „sociálně slepý“. Podle způsobu jednání matky se začíná utvářet bazální důvěra či naopak odpor vůči světu. Také kojeneček velmi citlivě registruje neverbální komunikaci. Mikropohyby při chování může matka přenášet na dítě i vlastní úzkost či smělost. Od šesti měsíců projevují kojenci při frustraci hněv a v každé nové a nejisté situaci strach. Mívají přirozeně větší důvěru a tedy i vřelejší vztah k dospělým než k vrstevníkům. Od 7 měsíců jsou v nepřítomnosti matky patrné typické projevy „separační úzkosti“.

Batole je značně egocentrické a ovládané emocemi, jejich intenzita však neproniká příliš hluboko. Citové stavy se stabilizují – a to jak pozitivní (stěničnost, optimismus, radostná nálada) tak i negativní (žárlivost, soutěživost, nízká sebedůvěra). „Jazyk citů“ je spolehlivým ukazatelem stále individuálnějších potřeb a cílů. V mezilidských vztazích vykazují dosud nediferencovanou generalizaci. Separační úzkost nabývá ritualizovanou podobu. Postupně se rozšiřuje rozmanitost citů a s rozvojem sebeuvědomění přibývá také strach z hodnocení (významná výchovná páka).

V předškolním věku mají citové procesy často sklon k afektům (vztek, strach), stále významnější je podíl imaginativních aktivit - fikční hra poskytuje abreakci, kresba je prostředkem komunikace, pohádky předávají adaptační mechanismy a hodnotové orientace etnika.

Dětské emoce se vyznačují vesměs stěničností, dobrou náladou a pozitivním postojem k sobě. Postupně se také bouřlivost emocí mění na formalizovanou. Schopnost exprese je v projektivní kresbě spolehlivým indikátorem verbálně dosud obtížně komunikovatelných vztahů a zpřístupňuje vnitřní život dítěte. Děti kreslí spíše srdcem, než rukou. Morálka má u dětí zpravidla jen konvenční charakter, přechází od heteronómie (podrobování se vnějším požadavkům) k autonomní (jednání vedené „zevnitř“ podle přijatých norem). Z východisek rozhodování lze vymezit i typy charakteru (Peck a Havighurst 1960 aj.).

Pro dospívající je charakteristická labilita. Díky své nezkušenosti a impulzivitě zaujímají často extrémní stanoviska. Jsou také velmi citliví na neshody mezi slovy a činy (mezi tím „co je“ a „co má být“). Svůj podíl na tom má často i rozporná společenská realita. Pociťované disonance nutí k intenzivnějšímu vyjasňování situace a hledání přílehavějších kritérií hodnocení sebe i jiných. Postupné formování a stabilita struktur cílů a hodnot vede k vyšší integrovanosti projevu. Rodí se tak zpravidla stále kultivovanější a pružnější osobní východiska sebeřízení. Kulturní zájmy napomáhají k žádoucí vyváženosti rozumových a citových stránek osobnosti. Charakter, jako vnější výraz dosažené úrovně mravního

vědomí, spoluurčuje adekvátní volbu cest a prostředků k dosahování cílů. Reálné usilování a konání by tedy již mělo být v souladu s celkovou orientací osobnosti, s jejím stabilizovaným hodnotovým vědomím.

Výrazné změny v citové oblasti přináší v rané dospělosti přechod od stadia experimentování k ustálenému monogamnímu vztahu. Nové role a s nimi spojené povinnosti v manželství a rodičovství vyvolávají konflikt nově nabyté svobody a ekonomické soběstačnosti s povinnostmi spojenými s naplňováním vývojových úkolů, to mnozí sociálně nezralí jedinci často nezvládnou.

Teprve dospělá a integrovaná osobnost s jistým nadhledem a životní moudrostí, je schopna "jednat s ohledem na sociální důsledky svého projevu pro sebe i pro druhé". Přijaté mravní principy a životní poslání se následně odráží i v individuální síle "svědomí". Po vědomí „my mladí“ přichází vědomí „my rodina“, později „my rod“, až po „my národ“. Stáří je po stránce psychické i fyzické spojeno s řadou involučních změn, s nimiž je potřeba se vyrovnat. Postoj k vlastnímu stárnutí však bývá individuálně rozdílný. Existuje přístup realistický a přijatelně optimistický, avšak také pasivní spojený s úzkostí, depresiemi, afektivními výbuchy, izolací a orientací na minulost. Potřebu sociálního kontaktu ztěžuje nedoslýchavost, pomalost, poruchy paměti, perseverace aj. Kontakt s vrstevníky přináší starému člověku jiné uspokojení než kontakt s mladšími jedinci. Mladí lidé mívají v komunikaci se starým člověkem často až tendenci manipulovat jej až do role pasivního příjemce sdělení a pokynů.

JÁSTVÍ

Druhou významnou složkou imaginativně-emočních funkcí lidské osobnosti je Jáství - jako nejniternější aspekt sebeřízení. Jáství je dosažená úroveň a vzájemná součinnost jednotlivých složek vědomí Já, těmi jsou sebeuvědomění (vědomí jsem), sebepoznávání (představa jaký jsem), sebepojetí (jak bych chtěl být vnímán), sebehodnocení (míra sebejistoty), seberozvíjení (co chci umět) a seberealizace (čím chci být). Dosažení "kognitivně-afektivní konzistence" zralého jáství je významnou podmínkou akceschopnosti dospělého.

Kojenec se s vědomím Já nerodí, ale musí se k vědomí oddělenosti od matky dopracovat. Pomáhá mu k tomu zcela přirozeně narůstající úroveň experimentace, komunikace a motoriky (samostatné přemísťování v prostoru) i uspokojování potřeb.

Skutečnost, že batole již chodí a mluví, přináší pochopitelně i velké pokroky v oblasti sebezažívání. Od dvou let si již říká „Já“ a tím začíná známé období vzdoru. Kromě toho je batole postupně stále citlivější na vlastní hodnocení a tím pak citlivě prožívá i hrdost či ponížení. Vzniká tak další významná výchovná páka.

V předškolním věku je Jáství jako východisko autoregulace ještě nespolehlivé. Každé napomenutí by mělo zahrnovat i naději v odpuštění. Obraz sebe zůstává nesystematický, a proto dítě reaguje spíše na vnější podněty.

V dětství prochází sebezažívání několika stadii: Od stadia „sugesce“ (nekritická závislost na hodnocení autoritami); přes stadium „situační“ (s převládajícím zájmem o vnější svět), až po „akční stadium“ (povrchní sebepožívání na pozadí „my skupiny“).

Sebepojetí tvoří na počátku dětství ještě tříšť nestabilních (krátkodobá role "malé hospodyňky") a odporujících si názorů o sobě („nebojsa“, který neusne sám). Výraznější vliv má sexuální role a to jak na hochy (má odvalu, nepláče, pere se), tak na dívky (usměvavá ochota, citlivost, odvolávání se na křehkost, využívání vzhledu).

Sebedůvěru dětí ovlivňuje pozitivně zvláště realistický přístup - tedy pochvala skutečných kvalit a kritika napravitelných záporů. U invalidů je dobré pomáhat jen tam, kde je to nezbytné. Dopad některých vlastností prochází během vývoje mnohdy až protikladnými změnami (vzdorovitost se mění na samostatnost, urážlivost v hrdost atp.). Škola by měla vést k vědomí, že prospěch je dílem nejen schopností, ale zvláště píle. Hodnocení ze strany kamarádů je dosud spíše povrchní, významnější bývá dosažená pozice a role ve skupině. Nízké sebevědomí vede k předčasnému vzdávání se, naopak sebepřeceňování může vést k volbě aktivit, na které nestačí.

Dospívání je období mezi dětstvím a dospělostí, během kterého se z dítěte stává zodpovědný jedinec s jasným životním plánem. Puberta se zákonitě vyznačuje sklonem k sebepozorování, egocentризmu, nestabilnímu obrazu Já a sebehodnocení. Mnohým se zdá, že o nich vrstevníci mají špatné mínění a mají z toho až depresivní stavy. U děvčat je to častěji než u chlapců (41 % : 29 %). Postupně se formují vlastní kriteria sebehodnocení, nezávislá na postoji referenční skupiny.

Sebepojetí prochází obvykle od "difuzní totožnosti" („jedinci zmatení“), přes fázi "sociální předurčenosti" („jedinci závislí“) a "krizi identity" („jedinci tápající“ - zpřesňující si vlastní životní cíle) až ke "zralé totožnosti", kdy již zvládají požadavky okolí i své vlastní. (Marcia 1966, Macek 2003).

Adolescence je vrcholným stadiem dospívání i úrovně sebepojetí. S narůstající nepřehledností vztahů ve společnosti se však stabilita obrazu sebe často oddaluje a to prodlužuje období nezralosti.

Dospělost spěje od etapy budování pozic k stadiu relativní fáze stability a užívání si získaných výhod, spolu s důvěrou ve vlastní síly. Obvykle jsou v tomto stadiu již dovršeny vývojové úkoly: volba profese, uzavření manželství a rodičovství, i ustálení způsobu trávení volného času. Nové role jsou potvrzením vlastních kompetencí a statusu dospělosti.

Někteří však nezvládnou rozpor ekonomické soběstačnosti a svobody s povinnostmi, které přináší nové životní zařazení.

Ve stáří se při vyrovnávání s úbytkem duševních i tělesných sil preferuje spíše rozumový přístup. Integrita osobnosti ve stáří závisí do značné míry i na zvládnutí úkolů předchozích vývojových období. To vede i k adekvátnímu pochopení vlastního života jako nedílné součásti generační posloupnosti. Je žádoucí orientovat se na dosud zvládnutelné aktivity.

VŮLE

Projevy vůle jsou v každém stadiu výrazem dosažené úrovně ratia a imaginatia - reprezentují tak celkový rozvoj osobnosti.

U batolat se uplatňuje imaginativní sebeřízení při fikční hře. V určité roli tak podávají často vyšší výkony než samy za sebe. Zárodky vůle jsou také v tom, že rády chodí po nerovném terénu, po kládách atp., kdy se musí plně soustředit na každý pohyb. Motivace se začíná individualizovat, vykazuje však dosud i značnou impulzivitu, přelétavost a neperspektivnost. Batolata aktivuje konkrétní zaměřenost motivace (dárek pro maminku).

V předškolním věku můžeme pozorovat i první náznaky empatie (zřeknutí se něčeho pro někoho jiného) jako zárodek altruizmu. Z hlediska vůle jsou významné i počátky tlumení přirozené reakce (přijme i hořký lék pro pozdější uzdravení).

V dětství jsou volní procesy zpočátku vedeny bezprostřední motivací (stačí drobná odměna). Motivace se v průběhu dětství mění z bezděčné na úmyslnou, z proměnlivé a krátkodobé na trvalejší a dlouhodobější, z globální (učit se) na propracovanější (konkrétní předměty), od vnucované po samostatně volenou atp. Děti při plnění úkolů již dokážou překonávat nechuť a tlumit jiné lákavé podněty. V prepubertě by měly začít posuzovat nejen samu událost, ale i pohnutky jednání (například otázkami - je horší rozbít deset talířů omylem anebo jeden schválně?, proč se nemá lhát? atp.).

Zájmy jako komplexní motivační útvary zůstávají však ještě dlouho nevyhraněné (v 8-9 letech uvádí např. jen šplh, hvězdu, vyšívání atp.). Na jejich volbě se podílí spíše subjektivní aspekty než reálné předpoklady úspěchu, ale také pohlaví, výchova, příležitost a zkušenosti. Zájmy slouží dětem především k regeneraci, ale také abreakci i integraci poznatků různých oborů. Téměř 50 % dětí mívá na konci dětství již určitější rozvojový směr.

Ačkoliv jsou pubescenti schopni plnohodnotného volního úsilí, nelze od nich ještě ve všem očekávat potřebnou odpovědnost. V první fázi dospívání tak vedle sebe existují různé úrovně sebekontroly a kvality vůle. Nevyrovnanost a pubertální neklid mohou vést

i k nerozváženým činům. Nezkušenost a nestabilita orientace ztěžují také volbu povolání. Na představy přitažlivých cílů musí začít navazovat promyšlení reálných prostředků k jejich dosažení a překonávání frustrací provázející volní jednání.

V adolescenci postupně vzniká a stabilizuje se osobitá struktura cílů ovlivněná i aspiracemi. Potřebné sebeovládání a sebekontrolu je nutné každodenně cvičit na řadě často i méně příjemných povinností. Konflikty a frustrace nepůsobí vždy traumaticky. Naopak, mohou být i významnými podněty k hledání lepších a přiměřenějších postupů. Zklamání a nespokojenost totiž mohou působit nejen depresivně, ale také mobilizačně. Bezproblémový vývoj by vedl jen k menší odolnosti. Zvyšujícím se tlakem vývojových úkolů vzrůstá mj. váha a prestiž odborného vzdělávání a profesionální přípravy. Nastává čas mnohdy již nezvratných životních rozhodnutí. Prodlužující se perspektiva životních projektů vyžaduje stále dlouhodobější časový plán, rozpracovávání vzdálenějších cílů na jednotlivé úkoly. Kvalita plánovitosti je jedním z nejvýznamnějších kritérií sociální vyspělosti. Dospívající se ale vedle své budoucnosti začínají zajímat i o otázky smyslu života, zařazení ve společnosti, ve světě atp. To akceleruje formování a stabilizaci hierarchie životních hodnot jako základny východisek osobní orientace, spoluutváří se tím i budoucí životní styl a úděl.

Dospělý je dosažením ustálené identity připraven navázat trvalejší monogamní vztah a vzdát se tak části právě dosažené nezávislosti a svobody. Při výběru partnera je třeba zvládnout rozpor mezi vlastnostmi, které jsou atraktivní v prvním kontaktu a vlastnostmi významnými pro trvalejší vztah. Určitou roli hraje jak určitá podobnost (inteligence, životní styl, hodnotová orientace, profesní skupina, sociální vrstva, věk, sebedůvěra aj.), tak i doplňující se odlišnosti (pasivita/aktivita, submise/dominance atp.). Potřeba založit rodinu je ovlivněna vlastní zkušeností z dětství a je i biologickou potřebou. Adaptace na nové role vyžaduje i vymezení soukromí obou partnerů, respektování vzájemných práv i povinností, shodu životního stylu, včetně schopnosti otevřeně komunikovat a řešit problémy. To ale každý nezvládne. Stabilní vztah poskytuje na oplátku teritorium domova umožňující sebepotvrzení i seberealizaci. Otevřená budoucnost s dětmi poskytuje dospělým také nezbytnou životní spokojenost.

Schopnost zvládnout přiměřeným způsobem profesní roli je dalším z psychosociálních kritérií dospělosti. Uspokojuje to potřebu peněz, společenského úspěchu, možnost rozvoje v osobně atraktivní činnosti, včetně naplnění nezávislosti. Rozpor mezi představami nezkušeného pracovníka a realitou vyvolává zpočátku často „šok z reality“, časem se však zpravidla dostaví zaujetí pracovní činností i úsilí o rozvoj kariéry. Snahu o hledání nové alternativy s cílem zlepšení životního programu zpravidla komplikuje tlak rodinných povinností. U většiny žen je zaměstnání jen doplňkem role manželky a matky. Její pracovní start bývá ukončen těhotenstvím. Mužská role je konzistentnější, a proto se jeví jako relativně snazší. Najít si čas na optimální soužití, pracovní povinnosti i záliby,

včetně kontaktů s kamarády, je jediná cesta k uchování duševního zdraví, k ochraně před nervovým vyčerpáním a k udržení pocitu uspokojení a naplněnosti života.

Stáří je zákonitě spojeno se ztrátou profesní role a odchodem do svého soukromí. Představuje tak nesporné omezení mnoha aspektů životního stylu (zúžení kontaktů, aktivit i zájmů a stále krátkodobější plány atp.), to svým způsobem mění postoj ke světu i sobě samému. S úbytkem kontaktů jsou na sebe staří manželé více odkázáni. Partner je zdrojem pocitu jistoty a bezpečí. Mužská role je v domácnosti důchodců zpravidla méně významná, proto mívají i nižší sociální status. Obzvláště stresující situací je nemoc či smrt partnera. Vdovy si obvykle kompenzují pocity osamělosti vytvářením skupin. U osamělých mužů bývá vážným signálem úpadku osobnosti tzv. Diogenův syndrom zanedbaného starce.

Je také stále obtížnější najít oblast, která by pro starého člověka mohla mít ještě smysl. Duševní i motorické funkce, které nejsou zatíženy, postupně upadají. Adaptace na životní styl důchodce vyžaduje určitou stabilnější denní, resp. týdenní, strukturu programu. Někteří postrádají motivaci k jakékoliv aktivitě a uzavírají se doma (syndrom čtyř stěn). Navíc se zvyšuje závislost a pocit strachu z budoucnosti.

Starý člověk potřebuje někam patřit, být někým akceptován, potvrdit si vlastní význam alespoň pro své potomky. Nikdo se celoživotně neobejde bez určité citové jistoty a zázemí.

ZÁVĚR

Příspěvek předkládá průřez vývojových změn těch složek osobnosti, které představují afektivní a konativní stránky osobnosti, tedy nejintimnější stránky lidské subjektivity v průběhu celého života. Vcítění do této duševní oblasti by mělo každému objasnit nejen to, co již zažil, ale připravit jej i na to, co jej teprve čeká. Především by to však mělo usnadnit porozumění klientům různého věku, s nimiž se zdravotně-sociální pracovník bude setkávat a zabránit tak často nezvratným chybám, které by pak mohly zbytečně zatěžovat jejich svědomí.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČAČKA, O. a kol.: *Psychologie imaginativní výchovy a vzdělávání s příklady aplikace*. Brno: Doplněk, 1999. s 398. ISBN 80-7239-034-1
- [2] ČAČKA, O.: *Nástin psychologie pro doplňující pedagogické studium. I*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2001. s 90. ISBN 80-85931-94-X.
- [3] ČAČKA, O.: *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 3. rozšířené vydání. Brno: Doplněk, 2002. s. 382. ISBN 80-7239-107-0.
- [4] ČAČKA, O.: *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 3. vydání. Brno: Doplněk, 2004. s. 379. ISBN 80-7239-107-0.
- [5] KOHLBERG, L. *Essays on Moral Development, Vol. II, The Psychology of Moral Development The Nature and Validity of Moral Stages*. 1. Vyd. Harpercollins College Div, 1984. 768 s. ISBN 0-06-064761-2
- [6] MACEK, P. (2003). *Identita jako proces: vývojový přístup a styly sebedefinování*. In I. Čermák, M. Hřebíčková, P. Macek (Eds.), *Agrese, identita, osobnost* (pp. 180-201). Tišnov: Sdružení SCAN.
- [7] MARCIA, J. E. (1966). *Development and Validation of Ego-Identity Status*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- [8] NAKONEČNÝ, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, s. 336. ISBN 80-200-0628-1.
- [9] PECK, R. F. – HAVIGHURST, R. J. (1960) *The Psychology of Charakter Development*. New York, John Wiley and sons, Inc., 288 s.
- [10] PIAGET, J. (1963). *La construction du riel chez l'enfant*. Neuchatel.

CHANGES IMAGINATIVE-EMOTIONAL COMPONENTS OF THE PERSONALITY DURING ONTOGENY

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

Ontogenetic psychology examines psychological personality changes throughout the entire individual's life (ontos - the one that is). Our survey is aimed only at longitudinal developmental changes of imaginative-emotive processes which as prominent representatives of subjectivity form the core of the personality. Understanding the principles of conditionality of imaginative-emotional functions changes such as feelings, selfhood and will contribute to the improvement of dealing with children, adults and older clients.

KEYWORDS:

ontogenesis, interaction, stages of development, imaginative-emotional processes, interactions, conditionality of developmental changes, developmental laws, personality

KRIZOVÁ INTERVENCE VE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCI

ZDENĚK ČERMÁK
UNIVERZITA PARDUBICE

LUCIE SOBOTKOVÁ
NEMOCNICE PARDUBICKÉHO
KRAJE, A.S.

ABSTRAKT

Příspěvek představuje možnosti využití základů krizové intervence ve zdravotně sociální práci. V úvodu příspěvku je nastíněna současná situace v oblasti poskytování krizové intervence ve zdravotně sociální práci. Následně příspěvek představuje krizi jako základní emoční stav, který má určité podoby a zákonitý vývoj. Zvláštní význam je věnován krizi situačního charakteru, která je u cílových skupin zdravotně sociálních pracovníků nejčastější. Další kapitola představuje krizovou intervenci jako specifickou metodu práce s klienty, kteří se ocitají v náročné životní situaci. Představeny jsou také základní podoby krizové intervence s důrazem na krizovou intervenci tváří v tvář. Následně se příspěvek zabývá vymezením třech specifických skupin krizové intervence ve zdravotně sociální práci a to cílovou skupinou osob se získaným tělesným postižením, v nepříznivé sociální situaci a cílovou skupinou umírajících a jejich rodin. Příspěvek má charakter teoretického diskurzu do problematiky.

KLÍČOVÁ SLOVA:

krize, krizová intervence, zdravotně sociální práce, tělesné postižení, rodina, nepříznivá sociální situace

ÚVOD

Krizová intervence v dnešní sociální, psychologické či pedagogické práci patří mezi jednu ze základních technik práce s klientem prožívajícím jakýmkoliv způsobem nepříznivou životní situaci či s klientem, který je v jejím očekávání (Vodáčková, 2012). V České republice je v současné době oblast tzv. komplexní krizové intervence realizována především v intervenčních a krizových centrech či na linkách telefonické krizové pomoci (Zákon č. 1008/2006 Sb.). Na tyto služby se klienti obrací v situacích, kdy už si sami nevědí se svou krizí rady. Některá krizová centra jsou úzce profilovaná a své služby poskytují jen určité cílové skupině (například dětem, obětem domácího násilí apod.) Jiná mají naopak široké pole působnosti (včetně seniorů, osob se zdravotním postižením, pozůstalých). Krizová intervence ve zdravotně sociální práci (myšleno v praxi zdravotně – sociálního pracovníka pracujícího v zařízeních zdravotních služeb) se týká snad všech cílových skupin zdravotně sociálních pracovníků (vzhledem k tomu, že zdravotně sociální pracovník je povolán takřka vždy, když jde o krizi způsobenou například tím, že bude propuštěn pacient, který nemá být kam propuštěn). Z toho důvodu nabývá krizová intervence v praxi zdravotně - sociálních pracovníků zvláštního významu. Obzvláště uvážíme-li fakt, že cílem zdravotně sociálních pracovníků není jen provádět šetření a na základě tohoto šetření realizovat opatření formou poradenských služeb, ale také sestavovat a realizovat plán psychosociální intervence pacientů (Vyhláška č. 55/2011 Sb.), jejíž součástí může být právě i realizace krizové intervence, byť by byla jen v podobě základní intervence. Na druhou stranu je potřeba si uvědomit, že současná praxe zdravotně sociálních pracovníků je zatížena tím, že je jich velmi málo a často musí „obhospodařit“ sociální potřeby desítky klientů, což samozřejmě znesnadňuje, ne-li přímo znemožňuje kvalitně poskytovat krizovou intervenci. Velmi zásadní je také to, že zdravotně – sociální pracovník může (by měl) krizově intervenovat nejen své pacienty, ale také jejich příbuzné (obzvláště v situacích, kdy se jedná o příbuzné klienta s terminální diagnózou, rodiče dítěte se zdravotním postižením apod.). Vzhledem k faktu, že jsme znalí časových možností zdravotně – sociálních pracovníků (uvědomujeme si, že realizace krizové intervence ve zdravotně – sociální je v současné době spíše v rovině teoretických úvah), má tento příspěvek za cíl na teoretické úrovni seznámit zdravotně - sociální pracovníky s krizí jakožto základním emočním stavem, se kterým se v praxi setkáváme u našich klientů a dále také s bazálními technikami krizové intervence při práci s osobami v nepříznivé sociální situaci, se zdravotním postižením, s umírajícími a jejich příbuznými.

KRIZE JAKO EMOČNÍ STAV

Krise je v současné psychologii nejčastěji vymezována jako určitý bod zlomu (resp. stav, kdy nastal zlom), který nečekaně nastal v životě jedince. Tento stav je charakteristický například tím, že člověk v krizi prožívá intenzivní emoce, jako jsou úzkost, strach, zmatek. Na obecnější rovině můžeme tyto emoce souhrnně popsat jako

stav ohrožení integrity člověka s možným projevem neschopnosti manipulovat s vlastním životem a poruchou adaptace (Kastová, 2010, Vymětal, 1995).

Literatura (Vodáčková, 2012, Špatenková, 2013) uvádí, že krizí rozeznáváme několik druhů. Vždy záleží především na jejich příčině (například krize při hromadných neštěstích, při úmrtí v rodině apod.), která může být různá. V praxi zdravotně sociálních pracovníků se zcela jistě nejčastěji setkáváme s krizí situační.

Situační krizi lze vymezit jako určitou životní událost, při níž se člověk nachází v nepředvídatelném stresu, přičemž zdroje této krize jsou především vnější (jejich zdrojem není například psychopatologie jedince). V rámci situační krize můžeme identifikovat tři kauzální vztahy. Krize jako reakce na ztrátu a její hrozbu (ztráta zdraví, hrozba ztráty zdraví, ztráta práce, bydlení atd.), dále změna a její předpokládání – předvídaní (rozvod, úmrtí partnera, propouštění) a v neposlední řadě také volba (například mezi partnery, dětmi, mezi tím, zda nechat seniora institucionalizovat) (Vodáčková, 2012).

Krize jako emoční stav má určité zákonitosti svého průběhu. Honzák a Novotná (1994) popisují průběh krize jako proces, kterým jedinec prochází. Krize má podle nich čtyři stadia od prodromální fáze (kdy jsou patrné varovné signály, které jedinec většinou přechází bez povšimnutí) přes fázi akutní, která trvá hodiny až dny, dále fázi chronickou až po fázi restituce (kdy se je člověk z krize poučen a pro příště lépe připraven na zvládnání krizové situace). Silverová a Wortmanová (1980 in Mohapl, 1992) pak dodávají, že předvídat reakce lidí na stresové situace lze jen částečně, protože ne všichni lidé reagují na krizi ve schématu šok, popření, agrese, deprese, akceptace, přestože u většiny osob některá z těchto fází při prožívání krize může nastat, přičemž platí základní tvrzení, že vnímání krizové situace a její prožívání je ovlivněno celou řadou součinných faktorů (např. zda žije člověk sám, má rodinu, práci apod.) a je významně interindividuální (Špatenková, 2004).

KRIZOVÁ INTERVENCE JAKO SPECIFICKÁ METODA PRÁCE S KLIENTY V KRIZI

Krizovou intervenci bychom mohli vymezit jako specifickou metodu intervence klienta, který ve svém životě prožívá krizovou situaci. Cílem krizové intervence je zpřehlednit a strukturovat klientovo emoční prožívání situace a pomoci mu zvládnout ohrožující, neproduktivní tendence v jeho chování a jednání. V rámci procesu krizové intervence vede intervent klienta k tomu, aby dokázal využít (nebo nabýt) své kompetence k řešení problémů a zároveň konstruktivně využít k pomoci řešení dané situace tzv. přirozených vztahů. Metodou krizové intervence je tedy navázání (byť jen) krátkodobého terapeutického vztahu, který má za cíl poskytnout bezpečnou oporu klientovi při řešení jeho krizové životní situace (Špatenková, 2004, Špatenková, 2005).

Krizová intervence má několik podob. Základní podobou je krizová intervence “Tváří v tvář”. Tato podoba krizové intervence je charakteristická tím, že je při ní intervent v osobním kontaktu s klientem (Vodáčková, 2010). Při realizaci krizové intervence tváří v tvář bychom měli postupovat dle Baštecké (2013) ve schématu posouzení (situace klienta, zjištění si informací), plánování (technik, metod, postupů, časové osy setkávání), realizace krizové intervence a následně vyhodnocení. Špatenková (2004) považuje za zásadní úvodní navázání kontaktu s klientem a Vodáčková (2012) představuje velmi podrobný popis jednotlivých fází postupu krizové intervence. Zásadní přitom zůstává, že klient může být ve své životní situaci často dezorientovaný a pravděpodobně nebude schopen definovat to, co chce vlastně s interventem řešit (zakázku), pokud nevyhledá pomoc sám a bude osloven v rámci depistáže, může být k možnosti intervence zpočátku i uzavřený. V úvodní fázi naší intervence by tedy vždy mělo být především navázání bezpečného vztahu s klientem, pomoc klientovi zorientovat se v jeho situaci a definovat zakázku. Až poté můžeme s klientem úspěšně přistoupit k prožití a řešení samotného krizového momentu (Baštecká, 2013, Vodáčková, 2012). V oblasti poskytování zdravotně sociální péče většinou intervenujeme hospitalizované klienty, se kterými většinou není potřeba domluvit více než jednu schůzku. Postupovat pomalu a dle stanoveného plánu je zvláště zásadní v situacích, kdy budeme intervenovat klienty, kteří prožívají velmi náročné životní situace, a to například takové, které jsou uvedeny v následujících kapitolách.

Druhou nejčastěji využívanou podobou krizové intervence je tzv. telefonická krizová pomoc. Její velkou výhodou je především její dostupnost a dosažitelnost pro každého, kdo potřebuje okamžitou intervenci v krizové životní situaci. V rámci poskytování zdravotně – sociální intervence ji můžeme použít jako návaznou službu v případě, že jsme poskytli alespoň základní krizovou intervenci anebo dokonce jako službu primární v situaci, kdy víme, že dostupnost krizové intervence pro našeho klienta není možná (například v situaci, kdy nemáme kapacity nebo není žádný intervent vůbec přítomen). Nově se rozvíjející podobou krizové intervence je podoba internetová, kterou můžeme také klientům doporučit (Špatenková, 2004, Baštecká, 2013).

VYBRANÉ TECHNIKY KRIZOVÉ INTERVENCE

Již výše bylo zmíněno, že terapeutickým prostředkem krizové intervence je především mezilidská interakce – terapeutický vztah. Toto pojetí vychází z rogeriánského pojetí psychoterapie a staví na třech nosných pilířích, o které se musí terapeut opírat při vytváření terapeutického vztahu. Mezi tyto pilíře patří především akceptace a úcta ke klientovi, empatie (schopnost vcítění nebo nalazení se na klienta) a autenticita, tedy opravdovost (Plháková, 2006).

V rámci tohoto přístupu také byly vyvinuty určité terapeutické techniky, které se dnes s úspěchem využívají i v krizové intervenci.

První z nich je aktivní naslouchání, tedy metoda, která nám umožní ihned navázat kvalitní kontakt s klientem a především vytvořit bezpečné prostředí. Baštecká uvádí, že formulace, které volíme při kontaktu s člověkem v krizi, mohou mít charakter povzbuzující, objasňující, rekapitulující, reflektivní, shrnující, zhodnocující. K aktivnímu naslouchání ovšem patří i schopnost dotazování. K tomu využíváme různé typy otázek, mezi které můžeme zařadit například otázky lineární (přímé), které užíváme především v situacích, kdy potřebujeme zjistit informace o situaci, která klienta přivedla do krizového stavu. Dále užíváme otázky cirkulární, které pokládáme tehdy, když potřebujeme, aby klient dosáhl většího vhledu do své životní situace. Reflexivní otázky nám napomáhají k tomu, aby klient pochopil různé úhly pohledu na svoji situaci, a strategické otázky volíme v situacích, kdy potřebujeme klienta nasměrovat v rozhovoru jiným směrem (Hanuš, 2006, Baštecká, 2005). Při dotazování se nedoporučuje pokládat otázku proč, a to vzhledem k tomu, že tato otázka signalizuje touhu po vysvětlení a zároveň upevňuje klienta v tom, že zřejmě jednal špatně (Špatenková, 2013). V rámci rozhovoru dále můžeme užít například techniku parafrázování, kdy převyprávíme klientův příběh tak, abychom dali dohromady to nejpodstatnější, co nám klient sdělil. Díky této technice máme možnost si také ověřit, zda klienta dobře chápeme. K rozšířenému parafrázování můžeme řadit také techniky emočního zrcadlení (kdy neparafrazujeme jenom slovní sdělení, ale pracujeme také s emocemi) a metodu rekapitulace, kdy shrnujeme vše, co bylo v rámci rozhovoru sdělené (Špatenková, 2004, Vodáčková, 2007).

Komplexní a v krizové intervenci často užívanou metodou je mapování pozitivních zkušeností z předchozích krizí. Krizí ve svém životě zažíváme každý z nás mnoho. Většina jich je individuálních, ale některé lze pozorovat takřka u každého z nás. Jedná se o krize vývojové (například období prvního vzdoru, puberta, krize třicátníků, syndrom prázdného hnízda). Vývojové krize v drtivé většině případů zvládneme bez větších zásahů odborníků a právě proto je v rámci krizové intervence dobré s klientem probrat copyngové (zvládající) strategie, které užíval při řešení těchto vývojových krizí v minulosti (Hanuš, 2006). Další metodu, kterou užíváme v situaci, kdy není klient schopen pojmenovat spouštěč krize, je metoda zvaná "Poslední kapka". Asi nejzásadnější a nejdůležitější technikou, se kterou se setkáme i v rámci poskytování základní krizové intervence, je práce s emocemi. Práce s emocemi v krizové intervenci je zásadní a má dvě základní podoby: dokázat emoce normalizovat a prožít. Řada osob, které jsou v krizi, považují své emoční chování za nepříjemné, často se stydí za to, že pláčou, popř. za to, že mají občas agresivní ataky. Ve zvláště těžkých chvílích, které krize provázejí, se mohou klienti svěřit s tím, že v minulosti uvažovali o tom, že spáchají sebevraždu. V takových situacích intervent rozhodně nesmí tyto vzpomínky zlehčovat, klienta chlácholit či ho vyzývat k tomu, aby nebrečel. Zásadní je, poskytnou klientovi bezpečné prostředí, ve kterém bude mít možnost vyjádřit své emoce a naučit se s nimi pracovat (Baštecká, 2004, Křivohlavý, 2006, Vodáčková, 2012).

HOSPITALIZACE JAKO KRIZOVÁ SITUACE

Z pohledu krizové intervence lze hospitalizaci jednoznačně vymezit jako situační krizi ve všech jejích podobách. Můžeme ji vykládat jako krizi způsobenou změnou, a to zejména životního standardu jedince, dále změnou způsobenou nutností podřídit se řádům zdravotnického zařízení, ztrátou soukromí, kontaktu s rodinou apod. Krize u hospitalizovaného člověka může nastat také v důsledku ztráty perspektivy, možností vykonávat své zájmy, práci a jiné. Významný vliv může také hrát předpokládání dlouhodobé hospitalizace či bolestivých zákroků. Všechny tyto faktory mohou stát u založení tzv. hospitalismu neboli negativní reakce na nemoc a hospitalizaci, který se projevuje psychickým (psychická deprivace, zvýšená depresivita, stereotypie, apatie, agresivita) a fyzickým strádáním (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Hospitalismem jsou ohroženi všichni hospitalizovaní pacienti, avšak jeho krajní podoby nejvíce ohrožují tzv. křehké pacienty, tedy děti a seniory (Křivohlavý, 2002).

Krizová intervence v oblasti zmírnění rizik hospitalismu má charakter spíše režimových opatření, než tradičních metod krizové intervence (například tvář v tvář). Tato opatření můžeme rozdělit na opatření při příjmu pacienta (zajištění příjemného prostředí, podávání dostatečných a srozumitelných informací, seznámení pacienta s oddělením, možnost stálého kontaktu s rodinou, zjištění potřeb nemocného, co největší individualizace prostředí), dále opatření v průběhu hospitalizace (časté kontakty s rodinou, využití podpory dobrovolníků, zajistit dostatečné možnosti komunikace, personalizované prostředí, pravidelná kontrola přístupu personálu) (Kalvach, Čeledová, Holmerová, 2011).

KRIZOVÁ INTERVENCE U OSOBY SE ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Na oddělení následné péče byl přijat 50 letý muž po amputaci levé dolní končetiny v koleni. Amputace byla provedena z důvodu zanedbaného syndromu diabetické nohy a celkově zanedbané léčby diabetu mellitu II, typu. V rehabilitačním záznamu se dočítáme, že muž odmítá spolupracovat a používat kompenzační pomůcky. V kontaktu s fyzioterapeutkami působí agresivně. Agresivní chování je dokumentováno i v záznamech všeobecných sester, které ve svých zápisech popisují kolísavou náladu pacienta, hraničící s depresí a zároveň agresivním chováním.

Získané tělesné postižení popsané v úvodním příkladu z praxe, znamená pro klienta značný zásah do sebepojetí. Krizová situace, ve které se v současné době nachází, může mít charakter rolové a funkcionální ztráty (z mobilního muže imobilním, z pracujícího invalidou a další) tedy ztráty určitého specifického místa jedince v sociální síti (Špatenková, 2004). Dále může znamenat ztrátu v oblasti perspektivy budoucnosti a v neposlední řadě si můžeme jeho neprotektivní chování vysvětlit také jako reakci na ztrátu somatickou – tedy poruchu adaptace na změnu struktury svého těla, která je pochopitelná, avšak ve zdravotnických zařízeních (přes deklarovaný holistický přístup) s ní není ve většině případů

nijak pracováno (Vodáčková, 2012). Přitom představa, že pacient, který přijde lékařským zákrokem o část dolní končetiny, se dokáže s touto situací (ještě v institucionálním, zdravotnickém prostředí) sám vyrovnat je opravdu naivní.

V případě, kdy krizově intervenujeme člověka v podobném případě, který uvozuje tuto kapitolu, nemáme k dispozici žádné speciální techniky krizové intervence a dokonce ani kapitoly v české či zahraniční literatuře, které by nás odkazovaly ke konkrétním technikám a metodám práce (srovnej Špatenková, 2011, Vodáčková, 2012 a další). Musíme si tedy vystačit s obecnými postupy krizové intervence tzv. tváří v tvář. Zásadní přitom je, že krizová intervence se zde stává technikou, díky které můžeme osobu se získaným tělesným postižením lépe provést procesem adaptace na tuto změnu, přičemž platí, že je odůvodnitelné, považovat takovou ztrátu za traumatickou životní situaci, se kterou je potřeba specificky zacházet (Vágnerová, 2004).

Vodáčková (2012) doporučuje, abychom traumatizovanému klientovi vždy vytvořili podmínky pro to, aby se mohl cítit bezpečně, což v podstatě znamená, dát klientovi čas a prostor proto, aby mohl vyjádřit své emoce a zpracovat svou životní situaci. Při práci s traumatizovanými klienty se zvláště osvědčují techniky zrcadlení a potvrzení emocí. Vyjádřit emoce můžeme klientovi pomoci například větami: Vidím, že máte starosti..., Kolik bolesti je ve Vás... Jak se cítíte být bezmocný... Zásadní je také klienta utvrdit v tom, že jeho emoce jsou v pořádku a že je namístě je prožívat. Užíváme například těchto formulací: Je v pořádku, že se takto cítíte ... Každý by se ve Vaší situaci cítil smutný. Emoční projevy extrémní podoby stresu mohou někdy bránit racionálnímu zpracování náročné životní situace, či mohou klienta přímo ohrožovat. V takovém případě se doporučuje užít techniku kotvení (uzemnění), kdy můžeme klientovi nabídnout fyzický uklidňující kontakt, možnost opřít se nohama o zem, orientace na zklidnění dýchání apod.

V případě, kdy se nám podaří klienta alespoň částečně zaintervenovat, je vždy vhodné vyzvat jej k tomu, aby si nechal pomoci od své rodiny resp. je dobré rodinu do intervence zahrnout. V takové fázi je pak dobré poskytnout i sociální poradenství týkajících se případných dávek, služeb, které by mohl daný pacient využít s tím, že vždy nezapomínáme před kontakt na krizovou linku a krizové centrum. Sociální poradenství v této situaci může mít pro klienta také rozměr stabilizace v krizi, protože může pomoci vyřešit odpovědi na existenční otázky.

KRIZOVÁ INTERVENCE S OSOBAMI V NEPŘÍZNIVÉ SOCIÁLNÍ SITUACI

Na interní oddělení byla přivolána zdravotně – sociální pracovnice k provedení šetření u 30 leté klientky, která byla do nemocnice přivezena z lavičky v parku. Pacientka byla hospitalizována z důvodu zápalu plic. Při jednání se zdravotně-sociální pracovnicí pacientka uvádí, že nemá práci, nemá kde bydlet, nevidá své děti. Pod tíhou dané situace se rozpláče. V dokumentaci sester se zdravotně – sociální pracovnice

dočítá, že pacientka nerespektuje léčebný režim, kouří na pokoji, na dlouhou dobu opouští oddělení ...

Jednou z nejpočetnějších skupin osob, které intervenují zdravotně – sociální pracovníci jsou zcela jistě osoby v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení, tedy bezdomovci. Okruh sociálních problémů těchto pacientů je de facto vždy stejný. Zdravotně – sociální pracovníci se nejčastěji podílí na řešení jejich bytové situace po propuštění, zajištění dokladů, dostatečně úrovně finančních příjmů, řešení dluhů, následných služeb apod. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Při krizové práci s osobami bez přístřeší je vždy nutné si uvědomit, že často jednáme s lidmi, kteří jsou experty na generalizované psychosociální selhání, tedy lidmi, jejichž životním stylem může být v extrémních případech chronické selhávání ve všech oblastech svého života (Vágnerová, 2012). Jedná se osoby s nízkou mírou seberegulace, motivace, vůle, špatným sebeobrazem, v jejichž smýšlení o vlastní osobě dominuje pocit nekompetentnosti (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013). Je nutné si také uvědomit, že při práci s takovým člověkem nemáme příliš mnoho možností, opřít se o kvalitní sociální vazby (Vágnerová, 2012).

Při krizové intervenci poskytované osobám bez přístřeší využíváme obecných postupů a zásad krizové intervence, přičemž musíme mít na paměti výše zmíněná specifika těchto osob. Základním rámcem krizové intervence přitom zůstává, že bychom měli pomoci člověku zorientovat se v jeho životě, umožnit mu vyjádřit své emoce a reorganizovat své chování a prožívání. Při opakovaných setkáních bychom měli s takovým pacientem především řešit (nabídnout) možnost otevřené budoucnosti související se zajištěním bytové situace, finančních prostředků, práce a návazných služeb (Šupková, 2007).

KRIZOVÁ INTERVENCE S UMÍRAJÍCÍMI

V léčebně dlouhodobě nemocných je povolána zdravotně – sociální pracovníce k 70 leté ženě, která je v terminálním stádiu rakoviny děložního čípku. Pacientka si přeje jen popovídat si. Je sama, nemá děti ani jiné příbuzné. Při rozhovoru je zřejmé, že pacientka není s diagnózou zcela smířena. Přes velmi závažný zdravotní stav komplikovaný značnými bolestmi věnuje celou konverzaci tématu návratu do pracovního procesu.

Práce s umírajícími pacienty patří k jedné z nejnáročnějších pomáhajících profesí. Ve zdravotnických zařízeních patří umírání ke každodennímu koloběhu a to hlavně vzhledem k faktu, že až 60 % Čechů umírá v nemocničním zařízení (umírání.cz, 2016). Přestože tyto obecně známá fakta jsou diskutována řadu let, stále nemáme v českých nemocnicích vybudovaný dostatečný systém služeb a podpory pro umírající a také pro jejich příbuzné (Macková, 2015), a také personál, který s nimi pracuje. Za takovéto situace je tedy dobrovolně na bedrech pomáhajících pracovníků, aby se vyškolili v technikách pomoci

umírajícím a pozůstalým a přestože jim systém nepřeje, se je pokusili intervenovat. Péče o psychiku zaměstnanců je v českých nemocnicích zatím stále ještě poměrně rozšířené tabu.

Macková (2015) navrhuje koncepci řešení krize umírajícího (nejen) seniora pomocí (v podstatě krizového) rozhovoru. V úvodní fázi rozhovoru je potřeba uvědomit si, za jaké situace k pacientovi přicházíme. Hraje zde roli řada proměnných. Například: Přicházíme na přání pacienta nebo personálu? Zná pacient svou diagnózu?

Na základě zorientování se v situaci pacienta pak můžeme volit přímé nebo nepřímé dotazovací techniky. V úvodní fázi je dle Mackové (2015) zásadní především to, aby dal pracovník pacientovi jasně najevo, že jej bere vážně a je připraven s ním jeho problémy řešit. Další fázi rozhovoru můžeme nazývat jádrovou. Zde pracujeme s hlavním tématem rozhovoru a přitom důsledně sledujeme a diskutujeme skrytá témata. Vždy je dobré být připraven na to, že pacient může chtít diskutovat i nad rámec problémů, pro který rozhovor vzniknul (například vyřízení závěti) a začne komunikovat například o strachu ze smrti. V takovém případě je v pořádku, že pracovníka může taková situace zaskočit. Pracovník by však vždy měl být schopen své jednání okomentovat a vysvětlit nebo si i dát čas na to, než odpoví. Poslední fází rozhovoru je fáze závěrečná. Pokud se jedná o rozhovor, ve kterém řešíme konkrétní klientův problém, je dobré si s klientem stanovit postupy a cíle, kterými bude zajištěno řešení problému. V případě, že se jedná o situaci, kdy je s klientem hovořeno například o blížící se smrti, je vždy dobré rozhovor končit s tím, že klient ví, že jeho sdělení jsou u pracovníka v bezpečí, že pracovník chápe jejich váhu, a že pro něj tato sdělení nejsou problematická a v případě potřeby je bude s pacientem dále probírat (Macková, 2015). V případě, že si není zdravotně-sociální pracovník dostatečně jistý svými znalostmi a kompetencemi v poskytování krizové intervence umírajícím, doporučuji navštívit zavedené české hospice, ve kterých je tento druh krizové intervence poskytován, a které nabízejí možnost poučit se z dobré praxe.

KRIZOVÁ INTERVENCE S POZŮSTALÝMI

Zdalekého slovenského města dorazila do léčebny dlouhodobě nemocných dcera, která byla dva dny před tím informována, že jí v léčebně zemřela matka, se kterou se dvacet let neviděla. Dcera se dostavila proto, aby si převzala pozůstalost a úmrtní listy. Během tohoto předávání dcera působila útočně, a to slovně i fyzicky. Několikrát donutila sestru, aby vysypala obsah pytle s pozůstalostí na zem a nechala ji v ní hledat desetikorunu, která měla být podle soupisu věcí v peněžence a nebyla tam. Po té, co sestra šla do své peněženky, aby dceři dala desetikorunu ze svého, se dcera rozplakala.

Krizová intervence s pozůstalými je v současné době samostatnou oblastí v rámci krizového poradenství. Pro tento typ krizové intervence jsou školeni speciální pracovníci, kteří provázejí pozůstalé procesem truchlení a poskytují jim pomoc a podporu. Jedná se

o tzv. certifikované poradce pro pozůstalé. V rámci okamžitého poskytnutí intervence ve zdravotnickém zařízení se však tyto poradci považují za návaznou službu, protože v první linii kontaktu s pozůstalými jsou stále především sestry, zdravotně sociální pracovníci a lékaři (Špatenková, 2013).

Z pohledu krizové intervence můžeme pozůstalé považovat za ty, u nichž vznikla krize v důsledku vztahové ztráty, kterou vymezujeme jako částečnou nebo úplnou příležitost být v kontaktu, komunikovat či být v emociální nebo fyzické blízkosti určité osoby (Špatenková, 2004). Komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakcí na ztrátu pak Špatenková (2011) nazývá truchlením. Kubíčková (in Špatenková, 2001) vymezuje truchlení jako čtyř fázový proces, ve kterém pozůstalý prochází fázemi od šoku přes fázi sebekontroly, regrese až po adaptaci na nově vzniklý život bez bližního. Zdravotně – sociální pracovník se zřejmě nejčastěji setká s pozůstalými v první fázi truchlení, která může být charakterizovaná zmateností, otupělostí, ale také agresí a celkové nepochopení situace, ve které se ocitl. Ostatní fáze truchlení by měl v případě potřeby pozůstalého již ošetřit pracovník krizového centra nebo výše zmíněný certifikovaný poradce pro pozůstalé.

Co se týče krizové intervence v první fázi truchlení vždy je zásadní především rychlé navázání kontaktu a poskytnutí podmínek k možnosti vyjádřit své emoce. Krizový intervent by měl ukázat maximální účast, Špatenková (2004) doporučuje využít vět:

„Je mi to líto“, „Jsem tu, abych Vám mohl pomoci.“, „Je dobře, že se mnou o smrti Vašeho blízkého hovoříte“.

Při práci se vztahovou krizí se vždy opíráme o přirozené zdroje pozůstalého jako je rodina, přátelé, kolegové. Ti nám mohou být velmi nápomocní. V případě, kdy tyto zdroje chybí, můžeme nabídnout časově omezené setkávání nebo následné služby (Baštecká, 2013, Vodáčková, 2012).

Pro pracovníka poskytujícího takto bleskovou krizovou intervenci je vždy dobré, když si před příchodem pozůstalého pohovoří o průběhu hospitalizace zemřelého s ošetřujícími a lékařským personálem. Některá truchlení mohou totiž být komplikovaná značnou zlostí na personál, a to obzvláště u dlouho trvajících hospitalizací pacientů, kteří se z pohledu zdravotnické psychologie označují jako obtížní (pacient musel být například kurtován, v noci nespál, bloudil, byl dlouhou dobu v terminálním stadiu života, byl agresivní). Svě místo v předání těchto informací má i to, jak se choval příbuzný při návštěvách, protože zvláště komplikované truchlení prožívají pozůstalí, kteří svého příbuzného nechali hospitalizovat proti jeho i své vůli a ještě za jeho života prožívali pocit selhání (které se projevovalo zvýšenými nároky na personál, vyvolávání konfliktní situací apod.) a zpronevěry vůči příbuznému, který se úmrtím ještě více prohloubí. V takovém případě by měl být zdravotně – sociální pracovník dostatečně osvěcovaný a neměl by se s krizovou intervencí pouštět do „nejistých vod“, poskytnout příbuzným základní krizový servis

a především, nenechat se atypickými projevy pozůstalých zaskočit. Na druhou stranu by měl vždy pozůstalým nabídnout kontakty na návazné služby (Baštecká, 2013).

ZÁVĚR

Krizová intervence má ve zdravotně sociální práci dle našeho názoru nezastupitelnou pozici. Každý zdravotně – sociální pracovník by měl být vzdělán minimálně v jejich základech, aby dokázal, poskytnou alespoň základní krizový servis (nejen) pacientům, kteří se nachází v krizové situaci. V tomto příspěvku bylo zmíněno jen několik technik a především velmi málo cílových skupin, kterých se může krizová intervence ve zdravotnickém zařízení týkat. Mezi další cílové skupiny, o kterých lze v rámci krizové intervence uvažovat, patří například matky po komplikovaných porodech, bezdětné páry, které se opakovaně pokouší o početí, ženy po perinatální ztrátě, ale i matky, které opustí své děti. Dále to mohou být všichni onkologičtí pacienti, pacienti, jimž nemoc do života přináší nezvyklá omezení (například dialyzovaní pacienti) apod. Nikdy bychom ovšem neměli zapomínat na krizovou pomoc příbuzným, kteří tvoří nedílnou součást týmu podílejícího se na uzdravení pacienta. Samostatnou a dosud neuspokojivě řešenou otázkou krizového servisu ve zdravotnických zařízeních je pomoc a poradenství určené pro personál.

Příspěvek si kladl za cíl představit techniky základní krizové intervence u vybraných cílových skupin, mezi které byly zaraženy osoby v nepříznivé sociální situaci, osoby se získaným postižením, osoby v terminálním stadiu a v neposlední řadě také pozůstalí. Vzhledem k těmto cílovým skupinám byla představena různá pojetí krize, základní techniky práce s těmito klienty s důrazným odkazem na návazné služby.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce* [online]. Praha: Grada, 2013 [cit. 2016-11-25]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4195-6.
- [2] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy* [online]. Praha: Grada, 2005 [cit. 2016-11-25]. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0708-X.
- [3] ČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: Sbírnka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 20/2011. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
- [4] ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sbírnka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [5] HANUŠ, Petr a Kateřina HELLEBRANDOVÁ. *Krizová intervence*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-84-9.
- [6] HONZÁK, Radkin. *Krise v životě - život v krizi*. B.v. Praha: Road, 1994. ISBN 8082285600.
- [7] KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1370-5.
- [10] MACKOVÁ, Marie. *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*. Brno: Marie Macková, 2015. ISBN 978-80-260-8949-0.
- [11] MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, 33 (1992). ISBN 80-7067-127-0.
- [12] PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0871-X.
- [13] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
- [14] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.
- [15] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. Sociologie (ISV). ISBN 80-85866-82-X.
- [16] ŠUPKOVÁ, Danuše. *Zdravotní péče o bezdomovce*. 2007. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0.
- [17] UMÍRÁNÍ.CZ. *Proč Češi neumírají doma* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>
- [18] VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.

- [19] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [20] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.
- [21] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
- [22] VYMĚTAL, Jan. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.
- [23] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

CRISIS INTERVENTION IN HEALTH AND SOCIAL WORK



ABSTRACT

The contribution presents the possibility of using the basics of crisis intervention in health and social work. The current situation in the field of crisis intervention in health and social work is outlined in the introduction of the contribution. Then the contribution presents a crisis as a fundamental emotional state that has certain form and inevitable development. The special attention is paid to the crisis of the situational character, which is the most common at the target health and social workers. The following chapter presents a crisis intervention as a specific method of working with clients who find themselves in a difficult life situation. There are also presented the basic forms of crisis intervention with an emphasis on crisis intervention face to face. Subsequently, the contribution deals with the definition of three specific types of crisis intervention in health and social work, it means with the target group of people with acquired physical disability, the socially disadvantaged people and the target group of the dying people and their families. The contribution has the character of theoretical discourse into the problematic.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zdeněk Čermák
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně
sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice - Černá za Bory
e-mail: zdenek.cermak@upce.cz

Mgr. Lucie Sobotková
Nemocnice Pardubického kraje a.s.
Kyjevská 44
532 03 Pardubice
e-mail: lucie.sobotkova@nempk.cz

KEYWORDS:

crisis, crisis intervention, health and social work, handicapped, family, unfavorable social situation

UPLATNĚNÍ CÍLŮ WHO – ZDRAVÍ PRO VŠECHNY VE 21. STOLETÍ – „ZDRAVÉ STÁRNUTÍ“

ABSTRAKT

Autoři v příspěvku poukazují na uplatnění cílů WHO - Zdraví pro všechny ve 21. století - " Zdravé stárnutí ". Hlavním úkolem tohoto cíle je, aby do roku 2020 měli lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podíleli na životě společnosti. Stáří je časová etapa života, přirozený úsek v ontogenetickém vývoji člověka. Má své znaky a odlišnosti, kterými se liší od předchozích životních etap. Cílem je zastavení progresu choroby a předcházení vzniku trvalých následků. Důraz se klade na včasné poskytnutí potřebné ošetrovatelské péče. Můžeme uvést např. Screening hypertenze, screening nádorových onemocnění, diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění atd.

Mezi specifika stáří patří polymorbidita, mikrosymptomatologie onemocnění, fenomén „ledovce“, výskyt atypických nebo vzdálených příznaků, sklony k protažovanému nebo chronickému průběhu chorob atd. Hlavním cílem kvalitní komunitní péče je udržení starého člověka co nejdéle v jeho původním prostředí, zachování soběstačnosti, zmírnění utrpení a udržení kvality života na maximální možné životní úrovni. Hlavním úkolem společnosti a komunitního ošetrovatelství je, aby starý člověk byl co nejdéle schopen zůstat v původním domácím prostředí, soběstačný a s co nejvyšší životní úrovni.

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

JOZEF BABEČKA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

KLÍČOVÁ SLOVA:

zdraví, stárnutí, stáří, nemoc

ÚVOD

V květnu 1998 na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v Amsterdamu byly odborníky Světové zdravotnické organizace ustanoveny základní principy péče o zdraví pro členské státy ve všech společenských souvislostech. Zdraví je jedním ze základních lidských práv. Jedním z hlavních cílů dnešních vlád, jak v Slovenské republice, tak i v České republice je dle této deklarace ochrana a rozvoj zdraví obyvatelstva všech věkových skupin, snížení výskytu onemocnění a úrazů a omezení strádání, které lidem přináší. Je to koncepce racionálního a dobře strukturovaného modelu komplexní péče o společnost, zdraví a jeho rozvoj. Vypracovaly ho týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků na zdravotní politiku a ekonomiku a byly rozpracovány do 21 cílů, které by měly být uskutečněny do roku 2020. Jedním z těchto 21 bodů je i cíl č. 5- zdravé stárnutí (Machová, Kubátová et al., 2010).

ÚKOLY WHO PRO 21. STOLETÍ – ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Hlavní úkolem tohoto cíle je, aby do roku 2020 měli lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podíleli na životě společnosti. Celkový zdravotní potenciál lidí nad 65 let je možné hodnotit nejen délkou života – jako aspekty mortality, ale především funkční zdatnosti – aspekty disability a spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči – jako aspekty účelnosti a únosnosti nákladů a v neposlední řadě i zdravím podmíněné kvality života – aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie a participace (Hanzlíková et al., 2007). Podle posledních demografických prognóz se předpokládá, že v polovině století bude obyvatelstvo České a Slovenské republiky podle stávajících trendů natality a mortality patřit k nejstarším populacím na světě a v seniorské populaci bude i přibývat osob ve věku nad 80 let. Koncept zdravého stárnutí vychází z představ, že na funkčním stavu ve stáří se kromě neovlivnitelné biologické involuce podílí také onemocnění (ovlivnitelné prevencí a účelovou intervencí), kondice (ovlivnitelná životním způsobem a intervenčními programy) a vlivy prostředí, včetně jeho náročnosti (rizika úrazů, bariéry a hendikepující situace). Mezi hlavní zdravotní rizika ve stáří patří projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc), osteoporóza (v souvislosti s pády a úrazy), osteoartróza, chronická obstrukční plicní nemoc, smyslová postižení, deprese, poruchy výživy (malnutrice) a dekonidice (hypokinetický syndrom). Indikátory cíle WHO 21. století- „zdravé stárnutí“ jsou úmrtnost ve vztahu k věku a příčinám smrti, nemocnost a invalidita u starších lidí.

Tento cíl byl rozdělen do dílčích úkolů. Jeden z dílčích úkolů je: střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20%. Při tomto úkolu zůstává závažným problémem bezpečnost a účelnost nemocničních pobytů seniorů z hlediska nadměrného výskytu komplikací (hospitalismus, nesoběstačnost), nezvládnutí mnohočetné nemocnosti ve stáří a víceoborovosti,

neúčelné řešení obsazování lůžek s nadměrným překládáním do zařízení následné péče, účinnost domácí ošetrovatelské péče, snížení prevalence závažných projevů chorob kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních (kontrola projevů a rizikových faktorů již ve středním věku). Kontrola arteriální hypertenze, poruch lipidového metabolismu, prevence a kompenzace diabetes mellitus, kontrola metabolicky významné obezity, nikotinizmus – v souvislosti s prokrvením životně důležitých orgánů (mozek, srdce, ledvin a dolních končetin).

Mezi opatření, která přispívají ke snížení prevalence funkčně významných úrazů a jejich důsledků patří např. snížení prevalence osteoporózy u žen, zdravotně výchovné programy zaměřené na zvýšení bezpečnosti prostředí, zlepšení dostupnosti a účelnosti využití kompenzačních pomůcek, rekondiční a fyzioterapeutické programy pro seniory s poruchami stability a chůze. Zlepšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory, prevence komplikací ústavní péče, zkvalitnění propouštěcího procesu hospitalizovaných geriatrických pacientů – rozvoje ústavní a komunitní rehabilitace, podpora programů občanských sdružení v oblasti tělovýchovy zaměřených na podporu pohybových aktivit stárnoucí populace.

Dalším z dílčích úkolů cílů WHO- zdravé stárnutí je- nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti. Cílem reformy sociálních služeb je podporovat důstojný, samostatný život osob v přirozeném prostředí – v domácnosti, v komunitě. Jako prostředky ke zlepšení těchto služeb je doporučeno použít koncept „rizikového seniora“ především na komunitní úrovni, způsob dispenzarizace zdravotního a funkčního stavu, koordinace poskytovaných zdravotních a sociálních služeb (problémy domácího násilí, zanedbávání a týrání seniorů), metodiku zabránění lékových interakcí v důsledku polyfarmacie, vytvořit předpoklady pro rozvoj služeb zlepšujících funkční potenciál rizikových seniorů v pokročilém stáří, aktivity prevence (primární i sekundární), ergoterapie, fyzioterapie, rekondiční programy, hodnocení a zlepšování kvality výživy, podpora komunitních a poradenských programů, seniorských organizací (Šafránková, Nejedlá, 2006), vytvořit předpoklady pro kompenzaci hendikepů prostředí, pro zvyšování jeho bezpečnosti a pro optimalizaci domácí ošetrovatelské péče, zejména bezbariérové úpravy, komunikační, signalizační a telemonitorovací systémy, účelné poskytování kompenzačních a zdravotních pomůcek, optimalizace domácích sociálních služeb, kvalitní výchova pracovníků pro domácí péči schopných zajistit životní standart seniorů odkázaných na cizí pomoc i v domácích podmínkách. Vytvořit podmínky pro respitní spolupráci s rodinou a pro rozvoj domácích zdravotně sociálních služeb.

DEFINICE STÁŘÍ

Stáří je časová etapa života, přirozený úsek v ontogenetickém vývoji člověka a má své znaky a odlišnosti, kterými se liší od předchozích životních etap. Všechny změny, které vznikají, jak změny somatické, psychické, sociální či duchovní, mají regresivní charakter a jsou nezvratné.

Stáří můžeme rozdělit na tři období:

1. období od 60-65 do 74 let – vyšší věk, presenium
2. od 75 do 89 let – vysoký věk, vlastní stáří, senium
3. nad 90 let – dlouhověkost (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Takto rozdělujeme pouze kalendářní věk. Ten je určen datem narození člověka, ale neříká nic o samotném biologickém věku, zdravotním stavu, ani o soběstačnosti člověka. Tyto dva nemusí být totožné.

V populaci celosvětově narůstá počet starých lidí, proto se tato otázka stává globálním problémem současného světa a musí být řešena jednotlivými vládami i mimovládními institucemi. Stárnutí lidské populace je významným společenským, ekonomickým, biologickým, etickým a teologickým problémem a je třeba tento problém řešit poskytováním širokého spektra služeb jak zdravotních, tak i sociálních. Většina lidí po šedesátém roku života má alespoň jedno chronické onemocnění, po osmdesátém roce pak tři a více a nejméně polovina osob starších 85 let vyžaduje významnou pomoc při vykonávání běžných životních aktivit (Ministerstvo zdravotnictví). Postoje jednotlivých států ke stáří jsou odlišné a to podmiňuje i stupeň nezávislosti a úroveň sociálního postavení starého člověka.

PREVENCE VE STÁŘÍ

Velmi důležitou roli v práci komunitní sestry v dosahování cílů WHO pro 21. století je prevence. A to prevence primární, sekundární, tak i terciální. Prevencí lze zlepšit jak samotnou kvalitu života, tak může vést k ochraně nebo zlepšení tělesného a duševního zdraví jednotlivce. Primární prevencí je pro ty, u nichž se ještě nevyskytují symptomy narušeného zdraví. Jsou to aktivity pohybové, cvičení, odpočinek, aktivity zaměřené na výživu, péče o sebe sama, prevence úrazů, péče o duševní zdraví, o např. kůži, dutinu ústní a podobně. V sekundární prevenci je pomýšleno na vyhledávání onemocnění v raných stádiích, jejich diagnostiku a možnosti léčby. Cílem je zastavení progresu choroby a předcházení vzniku trvalých následků. Důraz se klade na včasné poskytnutí potřebné ošetrovatelské péče. Můžeme uvést např. screening hypertenze, screening nádorových onemocnění (tlustého střeva, plic, prsu, prostaty, kůže aj.), diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění, demence, deprese, závislost na lécích, závislost

na alkoholu, tabakismus a podobně (Bašková, 2009). Patří zde také získávání informací o životním stylu, sociálním stavu, o dostupných či využívaných možnostech sociální pomoci, o finančním zabezpečení, o bytových podmínkách. Terciální prevence jak pak zaměřena na předcházení komplikací chorob a vzniku závislosti na pomoci druhých.

SPECIFIKA VE STÁŘÍ

Podmínkou pro kvalitní poskytování komunitní péče ve stáří je, aby komunitní sestra dobře znala změny ve stáří, jako jsou změny na úrovni somatické, psychické, sociální a duchovní a syndromy a symptomy typické pro starší věk. Mezi tato specifika patří polymorbidita, mikrosymptomatologie onemocnění, fenomén „ledovce“, výskyt atypických nebo vzdálených příznaků, sklony k protahovanému nebo chronickému průběhu chorob, možné komplikace, akcelerační fenomén. To vše se projevuje jak ve zdravotním stavu, tak i v sociálním stavu. Tyto typické příznaky procesu stárnutí a stáří se v geriatrici označují jako zvláštní klinické syndromy (Vatehová, Vateha, 2013). Mezi příklady těchto syndromů patří poruchy spánku, závratě, syndrom hypostatické hypotenze, synkopy, poruchy elektrolytového a vodního metabolismu, syndromy poruchy acidobazické rovnováhy, poruchy termoregulace ve smyslu hypotermie, poruchy pocitu žízně, imobilizační syndrom, inkontinence moči a stolice, lékový abstinenci syndrom, amentní stav, dementní syndrom, deprese, dekubity, změny ve smyslovém vnímání aj.

KOMUNITNÍ PÉČE VE STÁŘÍ

Hlavním cílem kvalitní komunitní péče je udržení starého člověka co nejdéle v jeho původním prostředí, zachování soběstačnosti, zmírnění utrpení a udržení kvality života na maximální možné životní úrovni. Tato péče poskytuje komplexní péči na základě podrobného posouzení stavu. Sestra v komunitní péči hodnotí somatický stav (výživa, vyprazdňování, spánek, hydratace), psychický stav (vědomí, paměť, nálada, myšlení a úroveň jiných kognitivních funkcí) a funkční stav. Komunitní sestra posuzuje míru soběstačnosti nebo závislosti na pomoci druhých na základě posouzení funkčního stavu. Funkční stav je individuální schopnost vykonávat aktivity denního života a aktivity s použitím pomůcek. Mezi aktivity denního života (activities of daily living, ADL míra) patří příjem potravy, oblékání, motorika, schopnost umýt se, schopnost udržet moč a stolici a sebezpečí v souvislosti s udržení moči a stolice. Podle závislosti v daných aktivitách sestra určí index nezávislosti od A – nezávislý ve všech šesti funkcích, po G – závislý ve všech šesti funkcích. Mezi aktivity s použitím pomůcek (instrumental activities of daily living, IADL míra) patří příprava jídla, hospodaření s penězi, nakupování, použití telefonu, lehké domácí práce, těžké domácí práce (Draganová et al., 2006). V hodnocení sociálního stavu se v rámci komunitního ošetřovatelství sestra zajímá o rodinu, postavení starého člověka v rodině, rodinné vztahy, citové vazby, zda posuzovaný žije s rodinou nebo sám, o sousedské a přátelské vztahy, bytové podmínky, finanční zabezpečení, dostupnost sociálních služeb a jejich využívání posuzovanou osobou. V tomto posouzení

se setra zaměří na možné problémy jako je psychické týrání, fyzické týrání, finanční nebo materiální zneužívání, zanedbání péče či jiné nevhodné chování. Životní styl hodnotí komunitní sestra dle osobních zvyků, stravování, aktivního a pasivního odpočinku, zájmů, koníčků, dle způsobů zvládnání stresu. Hodnocení duchovního stylu se týká duchovních potřeb, potřeb sebeúcty, vědomí vlastní hodnoty a důstojnosti, potřebu lásky, přátelství, důvěry, porozumění, potřebu vztahu k absolutnu, potřebu naděje. Jsou významnou součástí života člověka. Celková anamnéza je pro komunitní sestru důležitá při určení aktuálních a potenciálních problémů, umožní doporučit opatření (Kozierová et al., 1995). Plánování, realizování intervencí a vyhodnocování přitom sestra provádí ve spolupráci s posuzovaným člověkem, s jeho rodinou. Spolupracuje přitom s jinými členy týmu, jako jsou fyzioterapeuti, nutriční asistenti, geriatři, psychologové, s různými zařízeními, které poskytují služby pro staré lidi (geriatrická centra, hospice, penzionsy pro důchodce, aj.), s jinými organizacemi, jako např. kluby důchodců, agenturami domácí ošetrovatelské péče, s církevními institucemi. Mezi nejčastější aktivity komunitní sestry patří edukace, poradenství, organizace péče, vykonávání základních ošetrovatelských technik, spolupráce s dalšími členy týmu, institucemi a v neposlední řadě i spolupráce s rodinnými příslušníky. Do práce sestry v této oblasti patří i péče o umírajícího, o poskytnutí pomoci a podpory pozůstalým. Jednou z dalších složek péče o starého člověka je i politická aktivita, kdy sestra obhajuje práva těchto lidí na všech úrovních.

Hlavním úkolem společnosti a komunitního ošetrovatelství je, aby starý člověk byl co nejdéle schopen zůstat v původním domácím prostředí, soběstačný a s co nejvyšší životní úrovní. Pokud toto již není možné z jakéhokoliv důvodu, přichází tzv. dlouhodobá péče. Jedná se o komunitní institucionální péči v domovech – penzionech pro důchodce, domovy důchodců, geriatrická centra, kluby důchodců, centra denní péče pro důchodce a agentury domácí ošetrovatelské péče, hospice.

ZÁVĚR

Při uplatnění cílů WHO pro 21. století je důležitým krokem rozvoj a podpora komunitního ošetrovatelství, poskytování komunitního ošetrovatelství formou ošetrovatelského procesu potřebným lidem, konkrétně lidem starým, aby měli možnost svoji poslední etapu života prožít co nejdéle v domácím prostředí, obklopeni rodinou, přáteli, co nejdéle zůstali soběstačnými a s co nejvyšší životní úrovní, případně bylo co nejmenší jejich strádání, utrpení a byly u nich uspokojeny všechny bio-psycho-sociální potřeby.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Výchova k zdraví*. Martin, Osveta, 2009. 226s., ISBN 978-80-8083-320-2
- [2] DRAGANOVÁ, H. et al., 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin, Osveta, 2006, 195s., ISBN 978-80-8063-240-3
- [3] HANZLÍKOVÁ, A., a kol., *Komunitní ošetrovatelství*, 1. české vydání, Osveta Martin, 2007, 271s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- [4] KOZIEROVÁ, B., et al. 1995. *Ošetrovatelstvo 2*, 1995, Osveta Martin, Slovenská republika, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
- [5] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 280+4 s. ISBN 80-247-1148-6.
- [6] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 212+4 s. ISBN 80-247-1777-8.
- [7] VATEHOVÁ, D., VATEHA, R. 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin, Osveta, 2013, 20BN 9788080633837
- [8] Ministerstvo zdravotníctví [online]. 04/2015 [cit.24. 4. 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

THE APPLICATION TARGETS THE WHO – HEALTH FOR ALL IN THE 21ST CENTURY – „HEALTHY AGING“



ABSTRACT

In the article authors point to incorporate the objectives of WHO - Health for All in the 21st Century - Healthy Aging. The main task of this objective is that by 2020, people over 65 years to fully utilize their health potential and actively participate in society. Age is a time phase of life, the natural stretch in the ontogenetic development of man and have their own characters, differences which differs from the previous stages of life. The aim is to stop the progression of the disease and prevent permanent sequelae, Among the specifics of age include polymorbidity, mikrosymptomatologie disease, the phenomenon of the iceberg, the incidence of atypical or distant symptoms, prone to protracted and chronic course of disease etc. The main objective of quality community care is to keep the old man as long as possible in its original environment, maintaining self-sufficiency, alleviating suffering and maintaining quality of life at the highest possible standard of living. The main task of the company and community nursing is that the old man was able to stay as long as possible in its original home, self-sufficient and with the highest standard of living.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Ústav zdravotníckych disciplín
Námestie 1. mája 1
811 06 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotníckych študií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: ivica.gulasova@vspj.cz

PhDr. Jozef Babečka
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Námestie 1. mája 1
811 06 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: jozef.babecka@hotmail.com

KEYWORDS:

health, target, aging, old age, disease

UPLATNĚNÍ CÍLŮ WHO – ZDRAVÍ PRO VŠECHNY VE 21. STOLETÍ – „ZDRAVÉ MĚSTO“

ABSTRAKT

Autoři se v příspěvku věnují uplatnění cílů WHO – Zdraví pro všechny ve 21. Století – „Zdravé město“. Hlavní úloha je likvidovat nemoci, speciálně klíčové infekční nemoci. Společným úsilím mnoha států je předcházet hrozbám a nebezpečím pro lidstvo. Vyhnout se válkám, epidemiím, čelit přírodním katastrofám. V současné době existuje 18 národních sítí a tisíce měst a obcí se aktivně účastní v USA a Kanadě, v Evropě, a stále více také v rozvojovém světě, z nichž všechny do různé míry odrážejí přístupy a hlavní myšlenky projektu. Města, obce, regiony se sdružují do tzv. národních sítí, které jim umožňují výměnu zkušeností v oblasti podpory kvality veřejné správy, kvality strategického plánování a řízení s ohledem na udržitelný rozvoj, kvalitu života a zdraví. Evropská síť Zdravých měst podporuje 6 strategických cílů. Díky projektu „Zdravé město“ směřuje municipalita k vytýčenému cíli, při čemž dochází k širokému zapojování občanů a navazování komunitních partnerství. Projekt Zdravé město není ani o lékárnách, ani o lékárnách, ale o zdravém „organismu“. Každoročně se Zdravá města ČR zapojují do různých projektů jako je Den Země, Dny zdraví, Zdravá škola, Den bez tabáku atd. Všechna Zdravá města spojuje především myšlenka kvalitnějšího, zdravějšího a spokojenějšího života svých občanů.

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

JOZEF BABEČKA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

KLÍČOVÁ SLOVA:

WHO, zdravé město, zdraví

ÚVOD

V posledním desetiletí je pojem „Zdravé město“ často diskutovaným tématem, a to hned z několika důvodů. Především se jedná o ideu propojení udržitelného rozvoje měst, dobré kvality života a zdraví a jeho prevence. Pod pojem zdravé město spadá široké spektrum aktivit a zájmů od prevence úrazů či bezpečnosti v dopravě až po zdravé stárnutí či podporu pohybových aktivit či jiných, zdraví prospěšných, akcí. Konkrétní poslání každého zdravého města tedy může z hlediska místních specifik spočívat prioritně v něčem jiném, což dává volnost a možnost realizace unikátních projektů. Na druhou stranu jde o prestižní projekt, za jehož označením se velká část municipalit pouze schovává a jejich aktivity jsou minimální. Důvod je prostý a od doby počátku ekonomické krize také dost jasný. Uškrtené rozpočty měst či regionů a následné schvalování minima peněz určených pro aktivity pod záštitou Zdravých měst jsou v první řadě viditelné na „nepovinných“ aktivitách měst.

Projekt Zdravé město je jedním z globálních projektů Světové zdravotnické organizace. Projekt nejen zaměstnává vlády a místní samosprávy svých členů, ale také je propojuje díky spolupráci na inovativních projektech.

Tento projekt je jedním z dobrých příkladů a vysvětlením toho, co v praxi znamenají pojmy jako je udržitelný rozvoj, či co blíže představují jednotlivé dokumenty týkající se trvale udržitelného rozvoje, zdraví, zdravého životního stylu a kvality života.

VÝVOJ PROJEKTU „ZDRAVÉ MĚSTO“

Společným úsilím mnoha států je předcházet hrozbám a nebezpečím pro lidstvo. Vyhnout se válkám, epidemiím, čelit přírodním katastrofám. Je objevena cesta k postupné eliminaci zjevných i skrytých vlivů, jež ohrožují lidské zdraví a životy. Jejím počátkem je poznání, že život a zdraví člověka jsou tou největší hodnotou, a že ochrana a podpora zdraví je nejen právem, ale i povinností každého člověka. Rovnost ve zdraví je lidským právem a národy světa se o tento fakt zasadily tím, že je ustanovily do Listiny základních lidských práv a svobod. Uplatňování tohoto práva se stává závažným požadavkem lidí v současnosti.

První snahy Zdravých měst WHO pocházejí již z roku 1970, kdy se objevuje záměr prosadit myšlenky „veřejného zdraví“. Samotné hnutí Zdravých měst můžeme datovat až k roku 1984, kdy vzniklo v kanadském Torontu, a velice rychle expandovalo do Evropy. Mezinárodní Projekt Zdravé město byl OSN, respektive WHO, iniciován v roce 1988. K projektu byly přizvány nejvýznamnější evropské metropole. Již za prvních deset let trvání projektu (1988-98) se v Evropě do sítě zapojilo přes 1100 měst ve 29 zemích (Machová, Kubátová, 2010). V současné době existuje 18 národních sítí a tisíce měst a obcí se aktivně

účastní v USA a Kanadě, v Evropě, a stále více také v rozvojovém světě, z nichž všechny do různé míry odrážejí přístupy a hlavní myšlenky projektu (Machová, Kubátová, 2010).

WHO byla průkopníkem v oblasti reformy zdravotní politiky po celou dobu jeho 44 let působení. Od samého počátku však více uznává zdraví než nepřítomnost nemoci s důrazem na interakci mezi fyzickým, duševním a sociálním rozměrem.

Odborníci WHO při OSN vytvořili a koncipovali projekt dlouhodobé strategie k dosažení lepšího zdraví pro všechny obyvatele naší planety nazvaný Zdraví pro všechny (Hanzlíková, et al., 2004). V květnu roku 1977 byly položeny základní prvky tohoto dokumentu, což je celosvětově uznávaná strategie směřující k rozvoji zdraví. Hlavní cíl této strategie tvoří cíl sociální. Víze tohoto dokumentu byly, že do roku 2000 všechny státy, respektive jejich obyvatelé, dosáhnou takového zdravotního stavu, který jim umožní vést sociálně-ekonomicky produktivní život. Koncepce Zdraví pro všechny je nesmírně důležitá pro vznik dalších mezinárodních dohod či národních akčních plánů (např. Akční plán zdravého životního prostředí pro Evropu).

Vývoj strategie pokračoval a rokem 1980 byla nastolena společná evropská politika. Vývoj vyvrcholil v roce 1984, kdy členské státy přijímají regionální strategie Health For All (HFA) s 38 cíli, z toho 6 zásad je základem HFA. Nerovnosti v oblasti zdraví mezi jednotlivými zeměmi by tak měly být sníženy, protože hlavním cílem HFA je spravedlnost. Různé společenské vrstvy by měly spolupracovat na zajištění toho, aby lidé měli přístup k podmínkám pro zdraví a ochraně před environmentálními riziky.

21. listopadu 1986 proběhla v Ottavě první mezinárodní konference o podpoře zdraví. Tato konference byla především reakcí na nárůst očekávání nového hnutí podporujícího veřejné zdraví. Na této konferenci byla předložena Ottawská charta pro podporu zdraví, listina (Ottawa Charter for Health Promotion), která uvádí hlavní postupy, jak dosáhnout zdraví pro všechny do roku 2000. V této listině je jako nezbytný předpoklad pro „Zdraví“ uveden výčet 8 důležitých věcí: mír, útočiště, vzdělání, jídlo, příjem, ustálený ekonomický systém, dostatečné zdroje a spravedlnost (Twenty steps for developing a Healthy Cities project).

Systém zdravotní péče se musí zaměřit na primární zdravotní péči v těch oblastech, kde lidé žijí a pracují. Mezinárodní spolupráce by měla být použita k řešení zdravotních problémů, které překračují hranice států. V celé Evropě se projekty Zdravých měst zabývají překlady těchto principů do praxe prostřednictvím místní úrovně (Bašková et al., 2009).

První mezinárodní konference o podpoře zdraví se konala v Ottawě dne 21. listopadu 1986. Na této konferenci byla předložena charta opatření k dosažení zdraví pro všechny do roku 2000 a dále. Tato konference byla především reakcí na rostoucí očekávání na nové veřejné zdraví hýbající celým světem. Jednání se soustředila na potřeby v průmyslově vyspělých

zemích, ale bylo vzato v úvahu, že obdobné problémy jsou i ve všech ostatních regionech. Je postaven na pokroku dosaženém Světovou zdravotnickou organizací prostřednictvím Deklarace primární zdravotní péče (the Declaration on Primary Health Care) v Alma-Ata (Partner for a Healthier Community).

Na evropské úrovni vznikla Evropská síť Zdravých měst s více než 90 členy z řad měst a obcí z 30 zemí, které se zavázaly ke zdravému a udržitelnému rozvoji. Města jsou spojena pomocí národní, regionální, městské či tematické sítě Zdravých měst.

Do Evropské sítě také patří 30 národních sítí Zdravých měst s více než 1300 městy, obcemi či regiony. Připojení měst k Evropské síti Zdravých měst je prováděno na základě kritérií, která jsou každých pět let obnovována a vytváří tak jednotlivé fáze. Současná fáze V (2009 – 2013) byla podpořena v Záhřebské deklaraci (13. – 15. 10. 2008), která staví na znalostech, zkušenostech a úspěších dosažených během dvaceti let existence hnutí evropských Zdravých měst. Hlavním cílem je posilování a podpora opatření ke zdraví a rovné příležitosti přístupu ke zdraví, udržitelnému rozvoji a sociální spravedlnosti [Švec, 2010].

STRATEGICKÉ CÍLE EVROPSKÉ SÍTĚ ZDRAVÝCH MĚST

Města, obce, regiony se sdružují do tzv. národních sítí, které jim umožňují výměnu zkušeností v oblasti podpory kvality veřejné správy, kvality strategického plánování a řízení s ohledem na udržitelný rozvoj, kvalitu života a zdraví. Česká Zdravá města reprezentuje na mezinárodní úrovni Národní síť Zdravých měst ČR (NSZM ČR), která navazuje na evropskou síť zdravých měst.

Evropská síť Zdravých měst podporuje těchto 6 strategických cílů:

1. podporovat politiku a akce na ochranu zdraví a udržitelného rozvoje jak na místní úrovni, tak napříč evropským regionem, s důrazem na faktory ovlivňující zdraví, lidi žijící v chudobě a potřeby ohrožených skupin,
2. posílit postavení národních sítí Zdravých měst v souvislosti s politikou zdraví, vývojem, veřejným zdravím a regenerací měst s důrazem na národní spolupráci na místní úrovni,
3. generovat politiku na základě praktických expertiz, poznatků a metod, které mohou být použity k podpoře zdraví ve všech městech v regionu,
4. podporovat solidaritu, spolupráci a pracovní vztahy mezi evropskými městy a sítěmi a s městy a sítěmi, které se účastní hnutí ZM,
5. sehrávat aktivní roli při prosazování zdraví na evropské a světové úrovni díky partnerství s dalšími subjekty zabývajícími se otázkou rozvoje měst a sítě místních orgánů,
6. zlepšit dostupnost WHO Evropské sítě pro všechny členské státy v evropském regionu.

Města v Evropské síti zdravých měst se zaměřují na 3 hlavní témata:

1. péče a podpora příznivého životního prostředí
2. zdravé bydlení
3. zdravý vzhled města

POJETÍ PROJEKTU „ZDRAVÉ MĚSTO“ V ČR

Projekt „Zdravé město“ se opírá o městskou samosprávu, která mu poskytuje základní zázemí. Postup ke „Zdravému městu“ však není pouze záležitostí vedení municipality, zastupitelstva či úřadu - neobejde se bez každodenní úzké spolupráce s řadou místních partnerů - neziskovými organizacemi a spolky, podnikateli, provozovateli služeb, školskými zařízeními, zdravotnickými institucemi a řadou dalších subjektů včetně široké veřejnosti (Liba, 2007).

„Zdravým městem“ může být municipalita, která se systematicky a dlouhodobě zabývá zdravím, kvalitou života, udržitelným rozvojem a počítá s aktivním zapojením občanů do spolurozhodování o věcech veřejných. Nejedná se tedy pouze o stav životního prostředí, ale zejména o zdravý životní styl lidí a odpovědnost vůči budoucím generacím.

Díky projektu „Zdravé město“ směřuje municipalita k vytýčenému cíli, při němž dochází k širokému zapojování občanů a navazování komunitních partnerství. Projekt Zdravé město není ani o lékářích, ani o lékárnách, ale o zdravém „organismu“. Jak je zdravý člověk, tak může být i zdravé město, jde tedy o soubor, sladění mnoha oblastí rozvoje, jako například životního prostředí, dopravy, bezpečnosti, volného času atd.

Pro „Zdravá města“ je velmi významná dobrá a funkční spolupráce mezi městem a jednotlivými partnery v rámci projektu „Zdravé město“ (př. nevládní organizace, školy, instituce, firmy apod.). Jednou z osvědčených a efektivních forem místní spolupráce mezi radnicí a partnery projektu Zdravé město jsou akce a kampaně pro veřejnost.

Město, to znamená jeho samospráva, podniky, instituce, neziskové i příspěvkové organizace, spolky a občané, ovlivňují prostředí, ve kterém žijí a pracují a tím také ovlivňují zdraví. Zdravé město si tento svůj vliv uvědomuje, analyzuje, plánuje a řídí. Zdravá města spolupracují a sdružují se do národních a mezinárodních sítí. Zdravá města u nás jsou sdružena do Národní sítě Zdravých měst České republiky (DataPlán).

Cílem Projektu „Zdravé město“ (PZM) je zlepšit prostředí ve městě. Projekt se intenzivně zabývá všemi oblastmi života ve městě, které mohou mít vliv na zdraví a pohodu obyvatel. Nejedná se pouze o stav prostředí, ale zejména o životní styl lidí a o jejich pocit spokojenosti. Důležitou změnou je prosazování principu udržitelnosti na úrovni města. To

znamená, že aktivity současných generací nesmějí negativně ovlivnit možnost dosažení stejné kvality života generací příštích.

Projekt je založen na třech hlavních pilířích. Prvním je podpora zdraví města v širokém smyslu slova. Zdraví ne jen z lékařského hlediska ale i spokojenost, zdravé životní prostředí, bezpečný pohyb dětí cestou do školy, bezpečné město v každou denní i noční hodinu pro všechny obyvatele atd. Druhým pilířem je udržitelnost v rámci města a regionu. Důraz je kladen na prevenci – výchovu a osvětu ke zdravému životnímu prostředí, úspory materiálu a energií, bezodpadové technologie apod. Třetí pilíř je komunikace mezi vedením města a obyvateli, podpora aktivit obyvatel, postavení rodiny jako základu komunity a společenský život.

Hlavním přínosem projektu je lepší přístup k informacím o dotacích a grantech a dobrý obraz města před veřejností. Klade se důraz na komunitu, město jako domov, město pro lidi. PZM přinese pozitivní změny i v místní samosprávě ve prospěch kvality života obyvatel. Tyto změny se projeví v prioritách samosprávy a v nových činnostech, které bude město pro obyvatele zajišťovat.

UPLATNĚNÍ CÍLŮ WHO PROJEKTU „ZDRAVÉ MĚSTO“ V ČR

Národní síť zdravých měst ČR má 128 členů, s regionálním vlivem na 2641 měst a obcí, ve kterých žije 5,945 milionu obyvatel (57% populace ČR). Tento fakt ukazuje, že městům a obcím v ČR není lhostejné zdraví obyvatel a že cíle WHO projektu Zdravé město se snaží aplikovat v praxi.

Každoročně se „Zdravá města“ ČR zapojují do různých projektů jako je Den Země, Dny zdraví, Zdravá škola, Den bez tabáku, Evropský týden mobility, Dny bez úrazů, Pochod všech generací, Rok stromů, Města, kde stojí za to žít apod. Zdravá města ČR také spolupracují se zdravými městy v jiných zemích např. se Švýcarskem, vyměňují si nabyté zkušenosti a navzájem se inspirují v projektech. Zároveň každé zdravé město v ČR si projektuje i své vlastní aktivity uplatňující cíle WHO. Vhodné je uvést pár příkladů z praxe:

- Město Bohumín zřídilo „Senior taxi“, v místech, kde není zavedena MHD či příměstská doprava je Senior Taxi výbornou volbou pro přepravu seniorů na důležitá místa ve městě.
- Město Boskovice vybuďovalo systém tísňového volání pro seniory.
- Město Chrudim přišlo s projektem Komunitní kompostování na sídlišti.
- Město Turnov zavedlo slevu na odpad za jeho třídění.
- Městu Jílové se podařilo snížit energetickou náročnost budov díky termoventilům a za ušetřené peníze nakoupilo rostliny, kterými byly ozeleněny plochy v centru města.
- Město Litoměřice se pyšní úklidovou akcí s názvem „Čisté město – to je na nás“.

- Město Most přišlo s projektem „hravé čtení – senioři dětem“, kde senioři čtou dětem, pomáhají tak dětem rozvíjet slovní zásobu, zlepšovat vyjadřování apod. Tato aktivita obohacuje všechny zúčastněné (Dobrá Praxe).

Vliv měst a obcí po celé ČR na zdraví, udržitelný rozvoj a kvalitu života je tedy značný. Jak je vidět, každé zdravé město se aktivně podílí na uplatnění cílů WHO. Zdravá města neustále přináší nové a nové inspirující aktivity vedoucí ke zlepšení života svých občanů.

ZÁVĚR

Jak je zdravý člověk, tak může být zdravé i město. Jde tedy o sladění mnoha oblastí zvyšování úrovně a kvality života občanů. Životní prostředí, doprava, sociální oblast, bezpečnost, školství, volný čas atd., to vše jsou oblasti důležité pro každého z nás. „Zdravé město“ je prestižní označení pro město (dobrá vizitka a známka kvality), které je aktivně zapojeno do Projektu „Zdravé město“, který iniciovala Světová zdravotnická organizace WHO. Všechna Zdravá města spojuje především myšlenka kvalitnějšího, zdravějšího a spokojenějšího života svých občanů. Proto se intenzivně zabývají všemi oblastmi života, které mohou mít vliv na zdraví a pohodu obyvatel (životním a sociálním prostředím, rozvojem města, apod.).

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Výchova k zdraví*. Martin, Osveta, 2009. 226s., ISBN 978-80-8083-320-2
- [2] HANZLÍKOVÁ, A., a kol. 2007. *Komunitní ošetřovatelství*, 1. české vydání, Martin, Osveta, 2007, 271s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- [3] LIBA, J. 2007. *Zdravie v kontexte edukácie*. Prešov, Prešovská univerzita, 2007 254s.
- [4] MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, J. et al. 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha, Grada, 291 s., ISBN 978-80-247-2715-6
- [5] ŠVEC, P. 2010. *Národní síť Zdravých měst ČR: Jak Zdravá města v České republice podporují místní Agendy 21* 1. vyd. Praha: Český ekologický ústav. 8 s.
- [6] DataPlán – portal pro strategické řízení a udržitelný rozvoj [online]. c2011 [cit. 9. 11. 2015]. Dostupný z: <<http://www.dataplan.info/cz/home>>.
- [7] Dobrá Praxe [online]. Inspirace a dobré postupy v tématech MA 21 [cit. 9. 11. 2015]. Dostupný z: <<http://dobrapraxe.cz/>>.
- [8] Partner for a Healthier Community [online]. Healthy City Fall River [cit. 9. 11. 2015]. Dostupný z: <<http://www.gfrpartners.com/HealthyCity-WhatIs.html>>.
- [9] Twenty steps for developing a Healthy Cities project [online]. c1997, [cit. . 9. 11. 2015].

APPLYING OBJECTIVES OF THE – WHO HEALTH FOR ALL IN THE 21ST CENTURY – "HEALTHY CITY"



ABSTRACT

The authors of the report devoted to application of the objectives of the WHO Health for all in the 21st Century - „Healthy City“. Its main task is to liquidate disease, especially key infectious diseases. The joint efforts of many states is to prevent threats and risks to human beings. We avoid wars, epidemics, natural disasters face. In present time exists 18 national networks and thousands of cities and towns to actively participate in the USA and Canada, Europe, and, increasingly, in the developing world, all of which, to varying degrees reflect the approach and the idea of the project. Cities, towns, regions are grouped into so-called national networks, allowing them to exchange experiences in promoting the quality of governance, strategic planning and quality management with a view to sustainable development, quality of life and health. European network Healthy Cities supports six strategic objectives. The project „Healthy City“ is directed to the municipality against objectives and where there is widespread involvement of citizens and establishing community partnerships. Healthy City Project is not about doctors or the pharmacy, but about healthy „body.“

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Ústav zdravotníckych disciplín
Námestie 1. mája 1
811 06 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotníckych študií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: ivica.gulasova@vspj.cz

PhDr. Jozef Babečka
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Námestie 1. mája 1
811 06 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: jozef.babecka@hotmail.com

Every year, the Healthy Cities involved in various projects such as Earth Day, Days of Health, Healthy School No Tobacco Day etc. All Healthy Cities brings together mainly the idea of better quality, healthier and happier life for their citizens.

KEYWORDS:

WHO, healthy cities, health

TRANSKULTÚRNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ: ÁNO ČI NIE?

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

JOZEF BABEČKA
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

ABSTRAKT

Autori sa v príspevku zaoberajú problematikou transkultúrne ošetrovateľstvo, jeho definíciou, históriou, jeho vývojom, vzdelávaním v tomto subodbore, názormi laickej verejnosti, názormi a skúsenosťami sestier z praxe. Osobitnú pozornosť venujú Dr. Madeileine Leiningerovej zakladateľke multikultúrneho ošetrovateľstva.

Poukazujú na vývoj a rozdiely transkultúrneho ošetrovateľstva v Európe a na transkultúrne ošetrovateľsku starostlivosť na Slovensku.

Príspevok ďalej vyzdvihuje význam vzdelávania sestier v transkultúrnom ošetrovateľstve. Cieľom príspevku je poukázať na význam vzdelávania v oblasti transkultúrneho ošetrovateľstva a vyjadrenie názoru o potrebe transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti v praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

transkultúrna ošetrovateľská
starostlivosť, história, vzdelávanie
v transkultúrnej spoločnosti

ÚVOD

Rozmanitosť kultúr v Slovenskej republike je pomerne značná a čoraz rozmanitejšia. Prijatím Slovenska medzi členské štáty Európskej únie v roku 2004, nárast kultúrneho vedomia klientov, kultúrna fluktuácia, zvyšujúci sa záujem klientov o cestovanie za poznáním, dovolenkou, pracovnou príležitosťou, štúdiom a v neposlednom rade masívny rozmach migrácie od roku 2015 nám núka otázku, či je potrebná transkultúrna ošetrovateľská starostlivosť na Slovensku. Vďaka migrácii sa Európa trvalo menív rôznorodú multikultúrnu spoločnosť. Pohyb ľudí v Európe je rastúcim fenoménom, ktorý prináša výzvy pre služby zdravotnej starostlivosti. Príslušníci etnických menšín sú v porovnaní s domácim obyvateľstvom viac vnímaví k ochoreniam.

“Ľudia v pohybe nikdy nespádajú do jednej kategórie, môžu to byť imigranti, vnútorne presídlené osoby, interní migranti, utečenci, navrátilci, obeť obchodu s ľuďmi, žiadatelia o azyl, iregulárni migranti, vrátane zdravotníckych profesionálov.“ (Preambula 8. konferencie európskych ministrov zdravotníctva: Ľudia v pohybe).

Celá táto skupina ľudí je potencionálnym klientom zdravotníckych služieb odkázaných na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti.

Klienti, ktorí k nám prichádzajú z odlišného kultúrneho prostredia majú odlišné potreby, vedomosti o zdraví a chorobe, odlišné skúsenosti s liečbou a ošetrovaním a často i odlišné očakávania zdravotníckeho personálu, čo nám núka ďalšiu otázku. Sú naše sestry na túto situáciu pripravené? Obstoja pri ošetrovaní klienta z iného kultúrneho prostredia z jeho rozdielnymi kultúrnymi hodnotami?

Jediným riešením tejto problematiky starostlivosti o klienta z odlišnej kultúry by malo byť primerané a vhodné poskytovanie transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti.

HISTÓRIA

DR. MADEILEINE LEININGEROVÁ - ZAKLADATEĽKA MULTIKULTÚRNEHO OŠETROVATEĽSTVA

Po 2. svetovej vojne sa výrazne zintenzívnila migrácia obyvateľstva a nastal masívny rozvoj hospodárstva a svetovej ekonomiky, objavili sa a začali používať nové technológie, čím sa vytvorili pre človeka nové možnosti.

Tieto zmeny motivovali v 50. rokoch 20. storočia Dr. Madeleine Leiningerovú, americkú sestru uvažovať nad potrebou zahrnúť do ošetrovateľského vzdelávania a praxe problematiku ku klientom z iných kultúr. Problematikou ošetrovateľstva a antropológie z hľadiska výskumu a prvotný termín transkultúrne ošetrovateľstvo sa pripisuje obdobiu

60. rokov 20. storočia. Nové trendy v starostlivosti o zdravie obyvateľov priniesli zmeny aj vo vzdelávaní sestier na Slovensku.

VÝVOJ A ROZDIELY TRANSKULTÚRNEHO OŠETROVATEĽSTVA V EURÓPE

Za posledných 15 rokov vzrástol počet publikovaných výskumných štúdií európskych autorov z oblasti starostlivosti o pacientov z odlišných kultúr i v Európskom kontexte. Európskou organizáciou zastrešujúcou transkultúrne ošetrovateľstvo je ETNA (European Transcultural Nursing Association) (Zeleníková, Vrublová, 2011).

Otázkou je, či ponímanie transkultúrneho ošetrovateľstva tak, ako je chápané prostredníctvom Transcultural Nursing Society (Transkultúrnou ošetrovateľskou spoločnosťou), je vhodné i pre európsku populáciu, v ktorej je historický kontext vytvárania multikultúrnych spoločností odlišný od spoločností, v ktorých tento koncept pod vedením M. M. Leiningerovej vznikol. Transkultúrne ošetrovateľstvo je často mylne pokladané za odbor zameraný na imigrantov a rozdielne etnické skupiny trvalo žijúce na určitom území. Základný rozdiel medzi multikultúrnou spoločnosťou USA, či Austrálie a európskymi spoločnosťami je ten, že v európskych krajinách je stále jasné, kto je domácou kultúrou a kto cudzou. Táto skutočnosť je zdôraznená i v odporúčaní Výboru ministrov Rady Európy členským štátom o zdravotníckych službách v multikultúrnej spoločnosti (Rec/2006/18), prijatom na 979. zasadaní zástupcov ministrov.

Ťažiskom transkultúrneho prístupu v európskych štátoch je predovšetkým rozvoj transkultúrnych zručností, ako prevencia diskriminácie a rasizmu.

TRANSKULTÚRNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ NA SLOVENSKU

V multikultúrnej Európe, ktorej členom je aj Slovensko, je potrebné chápať problematiku multikultúrnej populácie a vedieť na ňu reagovať.

Multikultúrnosť znamená nielen rôznosť kultúr, ich prejavov a správaní, ich tradícií, hodnôt, významov a noriem, ale aj hľadanie spôsobov ich spolužitia od existencie vedľa seba, k rešpektu, tolerancii až k dialógu a spolupráci (Průcha, 2001).

Práve z tohto dôvodu vyplýva, že hlavnou úlohou by mala byť multikultúrna výchova celej spoločnosti a poskytovanie transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti, s erudovanými sestrami a zdravotnými pracovníkmi, komunikačnou zručnosťou, schopné vnímať ľudí z inej kultúry s rešpektovaním ľudských práv a holistického pohľadu na človeka.

Začiatky majú prameniť v študijných programoch, ktoré umožňujú objasňovať špecifiká kultúr, tradícií, názorov, filozofiu života a myslenia potencionálnych klientov/pacientov danej spoločnosti. Multikultúrna výchova môže mať veľmi rôznorodé podoby. Aby bola

skutočne efektívna, nemôže byť len rozprávaním a „kázaním“ o potrebe multikultúrneho porozumenia a transkultúrnej starostlivosti.

Efektívna bude len vtedy, ak sa sestram poskytne zážitok kultúrnej rozmanitosti, ak sa im umožní stretnúť sa s pohľadmi a postojmi príslušníkov odlišných kultúr.

Kultúrne prostredie Slovenska bolo a je často hlboko tolerantné voči príslušníkom iných kultúr, stále je však poznačené aj neznášanlivosťou.

VZDELÁVANIE V TRANSKULTÚRNOM OŠETROVATEĽSTVE

OŠETROVATEĽSTVO A VZDELÁVANIE

“Transkultúrne ošetrovateľstvo je významnou oblasťou vzdelávania a praxe orientované na komparatívne významy kultúrnej starostlivosti a praktík jedinca rovnakej alebo odlišnej kultúry. Cieľom je poskytnúť kultúrne zhodnú a diferencovane odlišnú ošetrovateľskú starostlivosť pre zdravé a choré jedince, alebo im pomôcť prekonať nepriaznivé podmienky, chorobou či umieraním kultúrne vhodným spôsobom” (Leininger, 2002, s. 46).

Záver Európskej rady, Deklarácie z 8. konferencie ministrov zdravotníctva členských štátov EU dokazujú, že je “najvyšší čas” presunúť transkultúrne ošetrovateľstvo z roviny teoretických výkladov do roviny ošetrovateľskej praxe. Masívny a trvalý vzostup populačnej migrácie, nárast kultúrneho vedomia klientov, prehĺbovanie rozdielov medzi kultúrou bohatých a chudobných a tým súvisiace problémy v oblasti potrieb ošetrovateľstva rizikových klientov poukazuje na potrebu vzdelávania pracovníkov v zdravotníckom systéme. Aj Slovensko by malo patriť medzi krajiny, v ktorých je vzdelávanie v oblasti kultúrnych kompetencií, kultúrnych zručností transkultúrnej starostlivosti prioritné.

VÝZNAM VZDELÁVANIA V TRANSKULTÚRNOM OŠETROVATEĽSTVE

Predpokladom poskytovania adekvátnej transkultúrnej starostlivosti má byť erudovaný a empatický pracovník so znalosťou poskytovania senzitívnej zdravotnej starostlivosti. Štandardné postupy, získané vzdelaním a praxou, pri poskytovaní kultúrne špecifickej starostlivosti v transkultúrnom ošetrovateľstve majú v plnej miere uplatňovať holistický prístup akceptovaním etických hľadísk a základných ľudských práv.

Poznanie, chápanie a využívanie spoločných a rozdielných znakov kultúr sú základom transkultúrneho ošetrovateľstva. Sestry tvoria najpočetnejšiu skupinu pracovníkov v zdravotníctve, ktorá je najbližšie k pacientom. Vzhľadom na nové trendy starostlivosti o zdravie v transkultúrnom ošetrovateľstve sú kladené stále vyššie nároky na zvýšenie kvality starostlivosti, ktorá vyžaduje okrem zvládnutia ošetrovateľských a klinických

predmetov, absolvovanie psychologických, spoločensko-vedných a pedagogických disciplín.

Nedostatok informácií a neznalosť doteraz z neznámych kultúrnych kompetencií je možné zvládnuť vhodným vzdelaním zdravotných pracovníkov ale i celej spoločnosti, ktorá pozostáva zo štyroch základných stupňov:

1. kultúrne sebauvedomenie (uvedomovanie si seba samého) – začína skúmaním našich vlastných vnútorných hodnôt a presvedčení
2. kultúrne vedomosti – informácie o kultúre z rôznych zdrojov
3. kultúrna vnímavosť (senzitivita) – obsahuje empatiu, medziľudskú komunikáciu, dôveru a rešpekt, schopnosť prijať druhého a byť prijatý a prekážky v kultúrnej vnímavosti
4. kultúrne kompetencie – tento stupeň vyžaduje schopnosť syntézy a aplikácie predchádzajúcich stupňov a ich praktické využitie v odborných ošetrovateľských činnostiach, ako je assesment potrieb, stanovenie ošetrovateľských diagnóz a ošetrovateľských intervencií (Papadopoulos, 2006).

Vedomosti o transkultúrnom ošetrovatelstve a starostlivosti sú mostom k preklenutiu odlišností klientov/pacientov rozličných kultúr.

NÁZORY NA TRANSKULTÚRNU OŠETROVATEĽSKÚ STAROSTLIVOSŤ

NÁZORY LAICKEJ VEREJNOSTI

Globálny nárast migrácie vo svete, média poukazujúce na pohyb súvisiace s kultúrnou fluktuáciou prináša zo sebou konfrontácie a možnosti komunikácie ľudí z rozličných kultúr, čo zahŕňa v sebe rôzne pozitíva i negatíva. Pri konfrontácii ľudí z odlišných kultúr častokrát dochádza neprímeraným predsudkom a negatívnym postojom zo strany majoritnej či minoritnej skupiny. “Predsudok môže mať rôzne podoby – predsudok voči náboženstvu, voči farbe pleti, voči fyzickému vzhľadu, etnický predsudok a podobne” (Dúbrava a kol., 2006, s.52).

NÁZORY ĽUDÍ SÚ OVPLYVŇOVATEĽNÉ MÉDIAMI A NÁZORMI DRUHÝCH ĽUDÍ A ŽIAĽ VÄČŠINOU VEDÚ K NEGATÍVNÝM POSTOJOM A PREDSUDKOM, AKO SÚ:

- neuznávanie jazyka minority, či iných kultúr
- neuznávanie zvyklostí náboženských rituálov a zvykov iných kultúr
- agresívne správanie voči migrantom
- strach z chorôb migrantov
- neuznávanie stravovacích návykov (racionálna výživa, kultúra a hygiena stravovania)
- rasové nezrovnalosti - vedené k násiliu a agresivite (rasizmus)

- „stereotyp v multikulturalizme“ (hodnotenie príslušníkov inej kultúry stále rovnakým spôsobom len na základe ich vonkajších alebo nepodstatných znakov, alebo na základe nedostatku informácií napr. terorizmus moslimov, tzv. zafixovaný obraz, ktorý ovplyvňuje správanie a postoje).

Multikultúrna výchova by mala v súčasnom období tvoriť neoddeliteľnú súčasť vzdelávania celej spoločnosti, s cieľom tolerancie a rešpektu odlišných kultúr.

NÁZORY A SKÚSENOSTI SESTIER

Každý zdravotný pracovník, sestra, poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť prináša do profesionálneho života určité názory, postoje a skúsenosti vyplývajúce z komunity a rodiny, v ktorej žije. Predpokladom humánne poskytovanej transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti v podpore zdravia, eliminovania rizikových situácií, choroby a smrti by malo byť poznanie vlastnej kultúry, seba samej a vedieť sa tak vyvarovať kultúrnych predsudkov a negatívnych postojov k iným, ako aj skreslenému chápaniu iných kultúr.

DOTERAJŠIE ŠTÚDIÁ Z RÔZNYCH VÝSKUMOV A NÁZORY OPÝTANÝCH SESTIER VYKAZUJÚ, ŽE MEDZINAJČASTEJŠIE PROBLÉMY PRI POSKYTOVANÍ STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV A KLIENTOV Z INÝCH KULTÚR PATRIA:

- komunikačné bariéry- neovládanie jazyka
- odlišné vnímanie ľudí z inej kultúry (národnostná alebo rasová odlišnosť)
- používanie humoru, ktoré býva často nepochopené klientmi z odlišnej kultúry alebo pochopené zle
- pocity frustrácie u sestier, keď pacienti nerozumejú a opačne – pocity frustrácie u pacientov s inokultúrou, keď im sestry nerozumejú
- nepochopenie kultúrne podmienených rituálov a zvyklostí (napr. pri narodení, úmrtí, hygiene, stravovaní, náboženské zvyky)
- problémy v odlišných predstavách o postupech pri ošetrovaní (napr. potreba prítomnosti člena z rodiny, zákaz dotykov pri vyšetrovaní a iné)
- problémy pri stravovacích návykoch (napr. výber vhodného jedla)
- nevedomosť sestier doteraz z neznámych kultúrnych kompetencií.

ZÁVER

Transkultúrne ošetrovatelstvo patrí medzi nové a v poslednom období čoraz častejšie používané pojmy, ktoré vyžaduje od zdravotných pracovníkov, sestier, ale aj od celej spoločnosti nové vedomosti a nový prístup.

Európa je kontinentom pôvodných, veľmi starých kultúr. V multikulturalite Európy je vždy jasná dominantná kultúra, ale napriek tomu kultúrna migrácia prináša so sebou potrebu poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti aj pacientom a klientom z iných kultúr.

Názory laickej verejnosti a odborných pracovníkov v ošetrovatelstve poukazuje na rôzne predsudky a prekážky. V ošetrovateľskej praxi je nenahraditeľný záujem o človeka, vzájomný rešpekt, otvorenosť a etické jednanie. Napriek tomu, že niektoré sestry vyjadrujú strach z ošetrovania a komunikácie s pacientmi/klientmi iných kultúr, odpoveďou na potrebu transkultúrneho ošetrovatelstva je nasledovná:

| | |
|---|-----|
| Je potrebná transkultúrna ošetrovateľská starostlivosť? | ÁNO |
| Sú naše sestry na túto situáciu pripravené? | NIE |
| Obstoja pri ošetrovaní klienta z iného kultúrneho prostredia? | ÁNO |

V transkultúrnom ošetrovatelstve je dôležité chápať problematiku multikultúrnej populácie, reagovať na jej potreby, zvyšovať spokojnosť a dosiahnuť spoluprácu pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, čím dochádza k zosúladeniu starostlivosti a kultúry. Je veľmi dôležité, aby mali sestry potrebné a správne vedomosti o odlišnostiach rôznych kultúr.

Rozvojom kultúrnych kompetencií a kultúrnej vnímavosti sa zefektívňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, a to nie len etnickým menšinám, ale tiež širokej laickej verejnosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Deklarácia 8. konferencie európskych ministrov zdravotníctva Rady Európy. [Online]. Dostupné z: <<http://www2.health.gov.sk/redsyst/rsi.nsf/976ec0027178d08ac1256b15004f187c/d2ba76d65dd4174ec12573d400361113?OpenDocument>>. [cit. 2010-06-23].
- [2] DÚBRAVOVÁ, V. a kol. 2006. MULTIKULTI na školách. Bratislava: Durlák, Nadácia Miroslava Šimečku, 2006. ISBN 80-89008-21-6.
- [3] FÜLLOPOVÁ, S. a kol. 2009. MultikultaART – spoznaj kultúru menšín. Bratislava: Vydavateľstvo Lúč pre OZ Človek v ohrození, 2009. ISBN 978-80-7114-777-0
- [4] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2004. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-303-x
- [5] KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. 2006. Transkultúrne ošetrovateľstvo a jeho zakladateľka MadeleineLeiningerová. In Molisa – ošetrovateľské listy Šariša. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2006, s.35 – 37. ISBN 80-8068-480-4.
- [6] LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. a kol. 2006. Základy multikultúrneho ošetrovateľstva. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. ISBN 80-8063-216-2.
- [7] PRŮCHA, J. :Multikultúrná výchova. Praha: ISV nakladateľství, 2001. ISBN 80-85866-72-2.
- [8] KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. 2006. Transkultúrne ošetrovateľstvo a jeho zakladateľka MadeleineLeiningerová. In Molisa – ošetrovateľské listy Šariša. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2006, s.35 – 37. ISBN 80-8068-480-4.
- [9] PAPADOPOULOS, I. 2006. Transcultural Health and Social Care. Developing of Culturally Competent Practicioners. 1st. Ed. London: Elsevier, 2006, 351p. ISBN 0-443-10131-0.
- [10] RECOMEMMENDATION Rec (2006)18 of the Committee of Ministers to memberstates on health services in a multicultural society (Adopted by the Committee of Ministers on 8 November 2006 at the 979th meeting of the Ministers' Deputies). [online]. Dostupné z: <<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75#RelatedDocuments>> . [cit. 2010-06-25].

TRANSCULTURAL NURSING CARE: YES OR NOT?



ABSTRACT

The authors of the article dealing with the issue of transcultural nursing, its definition, history, its development, education in this subodborne, the general public views, opinions and experiences of nursing practice. Particular attention is paid to Dr. Madeileine Leininger founder multicultural nursing. They point to developments and differences transcultural nursing in Europe and transcultural nursing care in Slovakia. Post also highlights the importance of nursing training in transcultural nursing. The aim of this paper is to highlight the importance of education in transcultural nursing and express an opinion on the need for transcultural nursing practice.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Ústav zdravotníckych disciplín
Námestie 1. mája 1
811 06 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotníckych štúdií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: ivica.gulasova@vspj.cz

PhDr. Jozef Babečka
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Námestie 1. mája 1
811 06 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: jozef.babecka@hotmail.com

KEYWORDS:

transcultural nursing care, history,
education in transcultural society

POSOUZENÍ STRACHU, DISKOMFORTU A INTERVENČÍ SOUVISEJÍCÍCH S OPERACÍ U DĚTÍ

ZUZANA HLUBKOVÁ
LUCIE SIKOROVÁ
OSTRAVSKÁ UNIVERZITA

ABSTRAKT

Porovnat možnosti hodnocení strachu a diskomfortu v předoperačním a pooperačním období u dětí předškolního věku. Srovnat efektivitu vybraných intervencí k přípravě dětí předškolního věku na operační výkon. Metodika: Byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Výzkumný soubor tvořilo 96 dětí ve věku od 2 do 6 let. Technikou získávání dat pro výzkumné šetření bylo strukturované pozorování podle hodnotící škály FLACC (Merkel, 1997 in Kalousová et al., 2008) pro hodnocení diskomfortu u dětí. Pro sebehodnocení strachu dítětem bylo využito obrázkových škál Children's Fear Scale (McMurtry et al., 2011) a The Koala Fear Questionnaire (Muris et al., 2003). Pro přípravu dětí k operaci byly využity 2 druhy intervencí – klasická příprava a edukační lekce. Hodnocení probíhalo v době před provedením edukační lekce (při prvním kontaktu s dítětem), bezprostředně před odjezdem na operační sál a 60 minut po operaci. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Výsledky: Hodnotící nástroje pro sebehodnocení strachu nebyly využitelné u všech dětí ve výzkumném souboru, některé děti nebyly schopné spolupráce, nebo nechtěly svůj strach prostřednictvím obrázkové škály označit. Výzkumné šetření prokázalo

statisticky významný rozdíl mezi skupinou dětí připravenou edukační lekcí a klasickou přípravou. Děti připravené edukační lekcí měli statisticky signifikantně nižší strach i diskomfort z operačního výkonu, který se projevoval bezprostředně před odjezdem na operační sál, ale také po operaci. Závěr: Hodnocení strachu, které dítě prožívá během předoperačního a pooperačního období je obtížné zejména pro nedostatek hodnotících nástrojů určených pro věkovou kategorii dětí mladších 6 let. Vhodné by bylo zaměřit další zkoumání na ověření a adaptaci jiných nástrojů hodnotících strach určených pro tuto věkovou kategorii. Výběr vhodné intervence pro přípravu dětí k operaci hraje důležitou roli v prožívání strachu a diskomfortu z operačního výkonu u dětí.

KLÍČOVÁ SLOVA:

strach, diskomfort, dítě, operace

ÚVOD

Problematice strachu z operace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 84) a volbě vhodné intervence pro přípravu dětí k operaci (Li et al., 2008, s. 63-73, Vagnoli, Caprilli, Messeri, 2010, s. 937-943, Carmen et al., 2015, 1000319 s. 1-4) je věnována stále větší pozornost. Sestra tráví s pacientem před operací čas a může mu pomoci přečkat toto období a minimalizovat nežádoucí psychický stav využitím vhodných intervencí (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 85). Individuální přístup sestry k dítěti a jeho rodičům sehrává velmi důležitou roli (Gulášová, Breza, Görnerová, 2015, s. 157). Strach patří mezi interní bariéry komunikace (Dančová, 2015, s. 8, Nováková, Jenerálová, 2015, s. 97), což může komplikovat jeho hodnocení u dětí v předoperačním a pooperačním období.

Měřicí nástroje pro hodnocení strachu z operace nejsou v klinické praxi běžně užívané. Různé specifické a nespecifické nástroje pro hodnocení strachu jsou využívány spíše v rámci výzkumných účelů (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 86). Existují standardizované nástroje pro hodnocení strachu z operace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 86), ovšem není k dispozici žádná metoda pro využití hodnocení strachu u malých dětí, 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). Zhodnotit přítomnost strachu je možné pomocí ošetřovatelské diagnózy Strach (00148) z mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International Taxonomie II (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 304-305), která má využití pro všechny oblasti ošetřovatelské péče, ve všech věkových kategoriích, u pacientů i jejich rodin (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015, s. 102). Na základě znaků z neverbální komunikace pacienta může sestra lépe zjistit potřeby, které pacient nezná nebo nemůže verbalizovat (Dančová, 2015, s. 8).

Cílem šetření bylo porovnat možnosti hodnocení strachu a diskomfortu v předoperačním a pooperačním období u dětí předškolního věku. Srovnat efektivitu vybraných intervencí k přípravě na operaci u dětí v předškolním věku.

MATERIÁL A METODY

Byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Technikou získávání dat pro výzkumné šetření bylo strukturované pozorování a rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo 96 dětí (43 dívek a 53 chlapců) ve věku od 2 do 6 let (modus=4, medián=4). Děti byly přijaté k plánované otorinolaryngologické operaci do vybrané nemocnice Moravskoslezského kraje. Všechny děti indikované k plánované operaci přicházely do nemocnice s úplným předoperačním vyšetřením. Děti byly rozděleny do dvou skupin, podle přípravy k operaci, která u nich byla realizována. U dětí v první skupině (n=60) byla provedena „*klasická příprava*“ dle zvyklostí oddělení. Informován o výkonu byl rodič, který dítěti sdělil informace dle svého uvážení. Děti přicházely v doprovodu rodiče (zákonného

zástupce) ráno v den operace. Děti ve druhé skupině (n=36) absolvovaly „**edukační lekci**“ v doprovodu rodiče den před operací, poté odcházely domů. K hospitalizaci přicházely stejně jako děti z první skupiny ráno v den operace. Edukační lekce byla přizpůsobena věku, vývojové úrovni a znalostem dítěte, probíhala vždy za přítomnosti rodiče a byla provedena dětskou sestrou. Během edukační lekce bylo využito prvků herní terapie, které pomohly k seznámení dítěte s předoperačním i pooperačním průběhem. Edukační lekce realizovaná prostřednictvím vykládání pohádky dítěti, využívala terapeutické hry prostřednictvím demonstrativní loutky, určené pro přípravu dětí k operaci, nebo pomocí malé hračky. Dítě i přítomný rodič měli možnost reálně a díky fotoalbu s předstihem poznat personál a prostory, se kterými přijde dítě během operace do styku. Dítěti i jeho rodiči byl individuálně vysvětlen, dle věku a vývojové úrovně dítěte, předoperační průběh (omezení příjmu stravy a tekutin, podání premedikace, cesta na operační sál), operační průběh (ukázka prostředí operačního předsálu a sálu- personál s rouškou na ústech a operační čepicí, 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- ukázka pružné kanyly bez jehly společně s prodlužovací hadičkou a fixačním krytím- „motýlkem“) a pooperačním obdobím (dospávací pokoj- monitorace vitálních funkcí pulzním oxymetrem a elektrodami na hrudníku ke sledování srdeční aktivity, pooperační průběh na standardním oddělení).

Strach a diskomfort u dětí v obou skupinách byly hodnoceny v době před provedením edukační lekce (při prvním kontaktu s dítětem), bezprostředně před odjezdem na operační sál a 60 minut po operaci (pilotním výzkumem zjištěno a konzultováno s anesteziology, že 60 minut po operaci je doba, kdy je dítě plně „probuzeno“, to znamená vliv anestetik, využívaných pro děti, kterým je prováděn tento typ operace, je již minimální).

Pro **hodnocení strachu dítětem** bylo využito obrázkových škál Children's Fear Scale (dále CFS) autorů McMurtry et al. (2011) a obrázková – koalová část škály The Koala Fear Questionnaire (dále KFQ) autorů Muris et al. (2003). Tyto škály nejsou dostupné v českém jazyce, proto bylo vyžádáno souhlasu autorů a následně byl proveden překlad pokynů k použití obrázkových škál do jazyka českého. V první fázi byla škála přeložena z původního jazyka (angličtiny) do českého jazyka výzkumníkem a odborným překladatelem, ve druhé fázi byly odborníky v oblasti ošetrovatelství na Ústavu ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařské fakulty, Ostravské univerzity konzultovány rozdíly v překladech a stanovení české verze. Ve třetí fázi probíhal jiným odborným překladatelem překlad z češtiny do angličtiny a v závěrečné fázi byly odborníky z ošetrovatelství diskutovány rozdíly v přeložené a původní verzi. Po splnění tohoto procesu byla stanovena česká verze pokynů k obrázkovým škálám Children's Fear Scale (McMurtry et al., 2011) a The Koala Fear Questionnaire (Muris et al., 2003). Po konzultaci s psychologem byla pro hodnocení strachu vždy dítěti nejdříve nabídnuta škála třech obrázků The Koala Fear Questionnaire (Muris et al., 2003), až poté škála pěti obrázků Children's Fear Scale (McMurtry et al., 2011).

Obrázková škála Children's Fear Scale (McMurtry et al., 2011) obsahuje 5 obličejů, které ukazují odlišné výrazy strachu. První tvář zleva „není vůbec vystrašená“ reprezentuje 0 bodů, druhá tvář „už je trochu zděšená“ je hodnocena 1 bodem, střední tvář „trochu více“ zastává 2 body, předposlední a poslední tváře „až k nejvíce vystrašenému“ odpovídají hodnotě 3-4 body. Dítě je seznámeno s obličejem a pokynem: „Podívej se na tyto tváře a vyber jednu, která ukazuje, jak se cítíš - jaký máš strach“. Celkové skóre škály se pohybuje v rozmezí 0-4 body. Platí, že čím vyšší je hodnota, tím má dítě větší strach.

Obrázková část škály The Koala Fear Questionnaire (Muris et al., 2003) je zastoupena 3 obrázky koalů, kteří představují různé výrazy. První koala zleva nemá vůbec strach a je hodnocen 1 bodem, prostřední koala se trochu bojí, což představuje 2 body, poslední koala má velký strach, který odpovídá bodové hodnotě 3 bodů. Dítě označuje obrázek, podle toho „jak se cítí“. Celkové skóre škály se pohybuje v rozmezí 1-3 body. Platí, že čím vyšší je hodnota, tím má dítě větší strach.

Diskomfort u dětí byl posuzován prostřednictvím škály FLACC (Merkel, 1997 in Kalousová et al., 2008). Jedná se o observační škálu hodnotící bolest a diskomfort u dětí ve věku 2 měsíce-7 let (Kalousová et al., 2008, s. 7-11, Merkel, 1997, s. 293-297). Hodnotící škála FLACC (Merkel, 1997, s. 293) posuzuje pět kategorií - tvář, končetiny, aktivitu, křik/pláč a utižitelnost dítěte. Jednotlivé kategorie jsou hodnoceny v rozmezí 0-2 body podle reakce dítěte na bolest či diskomfort. Celkové skóre je v rozmezí 0-10 bodů, kdy 0 bodů značí, že je dítě bez bolesti, 1-3 body znamenají mírnou bolest nebo diskomfort, 4-6 bodů představuje střední bolest nebo diskomfort, hodnota 7-10 bodů zastupuje silnou bolest nebo diskomfort.

Realizací výzkumu předcházela pilotní studie, na jejíchž výsledcích byla upravena kritéria pro výběr souboru, věkové omezení souboru dětí od 2 do 6 let a období hodnocení dítěte. Vstupní kritéria pro zařazení dítěte do souboru byla věk dítěte, předpoklad spolupráce rodiče (stvrzený písemným souhlasem) a dítěte, schopnost komunikovat nebo dorozumět se v českém jazyce, první operace či výkon v anestezii u dítěte a operace v otorinolaryngologické oblasti.

Výsledky výzkumu byly zpracovány a vyhodnoceny ve spolupráci s Centrem epidemiologického výzkumu Lékařské fakulty Ostravské univerzity. Pro statistické zhodnocení vlivu přípravy dětí k operaci bylo využito statistických testů- pro kategoriální data χ^2 test, t-test a Fisherův exaktní test (v případě počtu pozorování v buňce menší než 5), pro pořadová data byl použit neparametrický Wilcoxonův test pro dva výběry. Statistické testy byly hodnoceny na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$.

VÝSLEDKY

OBDOBÍ PŘED PROVEDENÍM EDUKAČNÍ LEKCE (PŘI PRVNÍM KONTAKTU S DÍTĚTEM)

Hodnocení strachu dítětem prostřednictvím obrázkových škál Children's Fear Scale a The Koala Fear Questionnaire neukázalo signifikantní rozdíl mezi skupinou dětí připravenou edukační lekcí a klasickou přípravou. Hodnocení strachu pomocí obrázkové škály KFQ bylo schopno celkem 92 dětí ($p=0,933$), hodnocení strachu podle škály CFS bylo schopno celkem 82 dětí ($p=0,070$). V případě škály KFQ nebyly schopny svůj strach hodnotit 4 děti, prostřednictvím škály CFS nebylo schopno svůj strach označit 14 dětí. (viz tabulka 1)

Diskomfort hodnocený prostřednictvím škály FLACC nesignifikoval rozdíl mezi oběma skupinami ($p=0,927$). (viz tabulka 2)

OBDOBÍ BEZPROSTŘEDNĚ PŘED ODJEZDEM NA OPERAČNÍ SÁL

Hodnocení strachu dítětem prostřednictvím obrázkových škál Children's Fear Scale a The Koala Fear Questionnaire ukázalo signifikantní rozdíl (CFS $p=0,012$; KFQ $p=0,026$) mezi oběma skupinami ve prospěch dětí připravených edukační lekcí. Hodnocení strachu pomocí koalové škály KFQ bylo schopno celkem 93 dětí, hodnocení strachu podle obličejové škály CFS bylo schopno celkem 81 dětí. V případě škály KFQ nebyly schopny svůj strach hodnotit 3 děti, prostřednictvím škály CFS nebylo schopno svůj strach označit 15 dětí. (viz tabulka 1)

Diskomfort hodnocený prostřednictvím škály FLACC rovněž identifikoval statistický významný rozdíl v období bezprostředně před odjezdem na operační sál. Děti připravené edukační lekcí prokazovaly výrazně nižší hodnoty diskomfortu ($p=0,004$) než děti připravené klasickým způsobem. Nejvyšší hodnocení diskomfortu nebo bolesti (7-10 bodů) nebylo zjištěno u žádného z dětí připravených edukační lekcí. (viz tabulka 2)

Tabulka 1: Sebehodnocení strachu u dětí podle The Koala Fear Questionnaire a Children's Fear Scale

| Období hodnocení | The Koala Fear Questionnaire | | Children's Fear Scale | |
|--|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | počet hodnocených dětí (n)* | statistický výsledek (p) | počet hodnocených dětí (n)* | statistický výsledek (p) |
| před edukací (období prvního kontaktu s dítětem) | 92 | 0,933 | 82 | 0,070 |
| bezprostředně před odjezdem na operační sál | 93 | 0,012 | 81 | 0,026 |
| po operaci | 82 | 0,000 | 71 | 0,000 |

* všechny děti nebyly schopny svůj strach prostřednictvím sebehodnotící škály hodnotit

POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Hodnocení strachu dítětem prostřednictvím obrázkových škál Children's Fear Scale a The Koala Fear Questionnaire zaznamenalo statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami. Hodnocení strachu pomocí koalové škály KFQ bylo schopno celkem 82 dětí (**p<0,000**), hodnocení strachu podle obličejové škály CFS bylo schopno celkem 71 dětí (**p<0,000**). V případě škály KFQ nebylo schopno hodnotit svůj strach 14 dětí, prostřednictvím škály CFS **nebylo schopno svůj strach označit 25 dětí.** (viz tabulka 1)

Diskomfort zhodnocený škálou FLACC identifikoval statistický významný rozdíl v období po operaci. **Děti připravené edukační lekcí** prokazovaly výrazně nižší hodnoty bolesti diskomfortu (**p=0,011**) než děti připravené klasickým způsobem. (viz tabulka 2)

Tabulka 2: Zhodnocení diskomfortu podle škály FLACC

| Soubor | edukační lekce | | klasická příprava | | p hodnota |
|---|----------------|-------|-------------------|-------|-----------|
| Před edukací (období prvního kontaktu s dítětem) | | | | | |
| Výsledek škály FLACC | n | n (%) | n | n (%) | 0,927 |
| Nemá bolest (0 bodů) | 6 | 6 | 13 | 14 | |
| Mírná bolest nebo diskomfort (1 – 3 body) | 17 | 18 | 28 | 29 | |
| Střední bolest nebo diskomfort (4 – 6 bodů) | 10 | 10 | 14 | 15 | |
| Silná bolest nebo diskomfort (7 – 10 bodů) | 3 | 3 | 5 | 5 | |
| Bezprostředně před odjezdem na operační sál | | | | | |
| Nemá bolest (0 bodů) | 14 | 15 | 12 | 12 | 0,004 |
| Mírná bolest nebo diskomfort (1 – 3 body) | 21 | 22 | 28 | 29 | |
| Střední bolest nebo diskomfort (4 – 6 bodů) | 1 | 1 | 6 | 6 | |
| Silná bolest nebo diskomfort (7 – 10 bodů) | 0 | 0 | 14 | 15 | |
| Po operaci | | | | | |
| Nemá bolest (0 bodů) | 7 | 7 | 8 | 8 | 0,011 |
| Mírná bolest nebo diskomfort (1 – 3 body) | 21 | 22 | 19 | 20 | |
| Střední bolest nebo diskomfort (4 – 6 bodů) | 7 | 8 | 21 | 22 | |
| Silná bolest nebo diskomfort (7 – 10 bodů) | 1 | 1 | 12 | 12 | |

DISKUZE

Sebehodnocení strachu dítětem podle obrázkových škál Children's Fear Scale (McMurtry et al., 2011) a The Koala Fear Questionnaire (Muris et al., 2003) nebylo u všech dětí ve věku od 2 do 6 let proveditelné. Některé děti nebyly schopné spolupráce a nechtěly svůj strach na obrázkové škále označit. Studie Shamim, Ullah, Khan (2015, s.174-178) uvádí, že sebehodnocení dítětem je obvykle možné až od 4. roku života. Více dětí bylo schopno svůj strach sebehodnotit na koalové škále The Koala Fear Questionnaire (Muris et al., 2003), jež obsahuje pouze 3 obrázky, než obrázkové škále 5 obličejů Children's Fear Scale (McMurtry et al., 2011). Lze tedy usuzovat, že škála The Koala Fear Questionnaire (Muris et al., 2003) je vhodnější pro sebehodnocení strachu u dětí.

V rámci ošetřovatelského procesu byla ke stanovení ošetřovatelských diagnóz u dětí využita NANDA International Taxonomie II (Herdman, 2010, s. 252 - 253). Podle této metody byla u dětí stanovena ošetřovatelská diagnóza Strach (00148) celkem u 94 % dětí (n=90) zařazených do výzkumného šetření.

Hodnocení pomocí škály FLACC (Merkel, 1997, s. 293) identifikovalo rozdíly v diskomfortu u dětí před operačním výkonem. Škála FLACC je primárně určena pro hodnocení bolesti u dětí (Merkel, 1997, s. 293, Kalousová et al., 2008, s. 7-11), ovšem děti přijímané k plánovanému operačnímu výkonu měly absolvovaná veškerá předoperační vyšetření a byly zdravé, schopné výkonu v celkové anestezii. Nepředpokládá se tedy, že by děti ještě před operačním výkonem trpěly bolestí, přesto škála FLACC indentifikovala bolest a diskomfort v předoperačním období. Domníváme se tedy, že děti prožívaly diskomfort před operačním výkonem. Po operaci se určitě projevil v rámci tohoto hodnocení i vliv bolesti, nicméně přesto byl identifikován rozdíl mezi dětmi podle zvolené intervence v předoperačním období. Po operaci měly děti připravené edukační lekcí výrazně nižší hodnoty škály FLACC, tedy méně bolesti a diskomfortu než děti připravené k operaci klasickým způsobem.

Studie Shamim, Ullah, Khan (2015, s.174-178) doporučuje škálu FLACC pro hodnocení dítěte sestrou v bezprostředním pooperačním období. Hodnocení podle škály FLACC se liší v období bezprostředně po operaci (15 minut) a 60 minut po operaci. Nejpřesněji byly schopny podle škály FLACC hodnotit sestry, až poté lékaři, nespolehlivě hodnotili podle škály FLACC rodiče. (Shamim, Ullah, Khan, 2015, s.174-178)

Výzkumné šetření odhalilo statisticky signifikantní rozdíl v přítomnosti strachu u dětí před i po operaci podle zvolené intervence v předoperačním období. Děti připravené edukační lekcí přizpůsobené věku, vývojové úrovni a znalostem dítěte, jež probíhala vždy za přítomnosti rodiče a byla provedena dětskou sestrou, měly výrazně nižší hodnoty strachu než děti připravené klasickým způsobem dle zvyklosti oddělení. Nejdříve bylo hodnocení

strachu i diskomfortu provedeno u všech dětí v období prvního kontaktu s dítětem, aby se vyloučila přítomnost strachu či diskomfortu z jiného důvodu, čímž by byl zkreslen efekt provedené intervence. V období prvního kontaktu nebyl statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami. Před operačním výkonem, bezprostředně před odjezdem na operační sál, se projevil statisticky signifikantně nižší strach u dětí připravených edukační lekcí. Sebehodnocení dítětem prostřednictvím obrázkových škál Children's Fear Scale a The Koala Fear Questionnaire svědčilo ve prospěch dětí připravených edukační lekcí.

Studie Li et al. (2008, s. 63-73), která zkoumala účinnost demonstrační loutky, prokázala u dětí připravených k operaci tímto způsobem méně negativních emocí a úzkostného chování v předoperačním i pooperačním období. Studie Vagnoli, Caprilli, Messeri (2010, s. 937-943), Carmen et al. (2015, 1000319 s. 1-4) prokázaly větší účinnost přípravy dětí k operaci nemocničním klaunem na hladinu úzkosti u dětí než přítomnost rodiče či premedikace před výkonem. K podobným výsledkům došla Li (2007, s. 1919-1926) zkoumající efekt přípravy dětí k operaci prostřednictvím edukační lekce obsahující prvky herní terapie.

Po operaci, v čase 60 minut od ukončení operačního výkonu, byly nalezeny statisticky signifikantní rozdíly. Významně nižší hodnoty strachu měly děti ve skupině připravené edukační lekcí než děti připravené klasicky dle zvyklostí oddělení.

ZÁVĚR

Hodnocení strachu, které dítě prožívá během předoperačního a pooperačního období je obtížné zejména pro nedostatek hodnotících nástrojů určených pro věkovou kategorii dětí mladších 6 let. Vhodné by bylo zaměřit další zkoumání na ověření a adaptaci jiných nástrojů hodnotících strach určených pro tuto věkovou kategorii. S ohledem na nedostatek nástrojů hodnotících strach u dětí by bylo vhodné zaměřit se na rozšíření této nabídky například využitím nástrojů dostupných v zahraničí. Výběr vhodné intervence k přípravě dětí k operaci je klíčový pro jejich strach a diskomfort prožívaný v souvislosti s operačním výkonem.

Výsledky tohoto výzkumu jsou platné pro zkoumanou skupinu dětí, závěry nelze globalizovat. Bylo by vhodné realizovat další rozsáhlejší studie typu kvantitativního i kvalitativního výzkumu, zabývající se tímto tématem, které by podrobně zkoumaly vliv jednotlivých provedených intervencí v přípravě dětí na operaci.

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

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] CARMEN, S. G. M. et al. Reduction of Preoperative Anxiety in Children Using Non-Pharmacological Measures. *Journal of Nursing and Care*, 2015, 4(6): 1000319: 1-4.
- [2] DANČOVÁ, G. Komunikační segment v interakci sestry – pacient. *Logos polytechnikos*. 2015, 6(2): 5-10.
- [3] FORTIER, M. A. et al. Perioperative anxiety in children. *Pediatric Anesthesia*. 2010, 20(4): 318–322.
- [4] GULÁŠOVÁ, I., BREZA, J., GÖRNEROVÁ, L. Etické aspekty komunikácie sestry s rodičmi detského pacienta. *Logos polytechnikos*. 2015, 6(2):157-162.
- [5] HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S. et al. 2015. NANDA International - Ošetrovateľské diagnózy: Definície a klasifikácie 2015 - 2017. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-5-4123.
- [6] HERDMAN, T. H. et al. NANDA International - Ošetrovateľské diagnózy: Definície a klasifikácie 2009 - 2011. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3-4231.
- [7] HUŠŤAVOVÁ, L. Psychologické následky chirurgického zákroku v detskom veku. *Československá psychologie*. 2007, 51(5):542-546.
- [8] JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetrovateľská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4-4124.
- [9] KALOUSOVÁ, J. et al. Bolest u dětí: Hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, 9(1):7-11 [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200801-0002.php>
- [10] LI, H. C. W. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *Journal of Clinical Nursing*. 2007,16(10):1919-1926.
- [11] LI, H. CH. W., LOPEZ, V. Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *Journal for specialists in pediatric nursing*. 2008,13: 63-73.
- [12] MCMURTRY, C.M., NOEL, M., CHAMBERS, C.T., MCGRATH, P.J. Children's fear during procedural pain: Preliminary investigation of the Children's Fear Scale. *Health Psychology, Advanced Access Online*. 2011. Adapted from the (adult) Faces Anxiety Scale: MCKINLEY, S., COOTE, K., STEIN-PARBURY, J. S. Development and testing of a faces scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, 41: 73-79.
- [13] MERKEL, S.I., VOEPEL-LEWIS, T., SHAYEVITZ, J.R., MALVIYA, S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*. 1997, 23(3):293-297.
- [14] MURIS, P., MEESTERS, C., MAYER, B. et al. The Koala Fear Questionnaire: a standardized self-report scale for assessing fears and fearfulness in pre-school and primary school children. *Behaviour Research & Therapy*. 2003, 41(5): 597-617.

- [15] NOVÁKOVÁ, L., JENERÁLOVÁ, M. Edukace – součást ošetrovatelského procesu. Logos polytechnikos. 2015, 6(1): 96-103.
- [16] SHAMIM, F., ULLAH, H., KHAN, F. Postoperative pain assessment using four behavioral scales in Pakistani children undergoing elective surgery. Saudi Journal of Anaesthesia [online]. 2015, 9(2): 174-178 [cit. 2017-03-07]. DOI: 10.4103/1658-354X.152874. ISSN 1658-354x. Dostupné z: <http://www.saudija.org/text.asp?2015/9/2/174/152874>
- [17] VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A. Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-2475304-1.
- [18] VAGNOLI, L., CAPRILLI, S., MESSERI, A. Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? Paediatric Anaesthesia. 2010, 20: 937–943.

THE ASSESSMENT OF FEAR, DISCOMFORT AND INTERVENTIONS RELATED TO SURGERY IN CHILDREN

ABSTRACT

Objective: The objective of the present study was to evaluate assessment methods for fear and discomfort in the pre-operative and post-operative period in pre-school children and to compare the effectiveness of selected interventions in the preparation of pre-school children for surgery. **Methods:** A quantitative design was applied in the present research with a research sample comprising 96 children aged 2 to 6. Data acquisition was performed by means of structured observation based on the FLACC assessment scale (Merkel, 1997 in Kalousová et al., 2008) in order to assess discomfort in children. Pictorial scales were used for self-assessment of fear by the children (Children's Fear Scale, McMurtry et al., 2011, and The Koala Fear Questionnaire, Muris et al., 2003). Two types of interventions were employed for preparation of children pre-operatively – a routine preparation procedure vs. educational sessions. Assessment was performed at baseline before the educational session (during the first contact with each child), later on immediately before transfer to the operating theatre, and 60 minutes post-op. Statistical tests were evaluated at a significance level of 5 %. **Results:** The self-assessment scales for fear measurement were not applicable in all children in the sample due to cases of non-compliance or reluctance to mark the level of fear in the pictorial scale. The results indicate that there are statistically significant differences relative to the type of intervention selected in pre-operative preparation of children. Children prepared with educational

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

sessions showed significantly lower levels of fear and discomfort related to surgery as manifest immediately before transfer to the operating theatre, as well as post-operatively. **Conclusion:** Assessment of fear experienced by children pre-operatively and post-operatively is hampered by the scarcity of assessment tools designed for children younger than 6. Further research should focus on validation and adaptation of other fear assessment scales for the latter age group. The appropriate choice of preparation interventions in children before surgery plays an important role in the perception of fear and discomfort prior to surgery.

KEYWORDS:

fear, discomfort, child, surgery

SPOLUPRÁCE RODIČŮ A SESTER PŘI OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE BĚHEM HOSPITALIZACE: PILOTNÍ STUDIE

ABSTRAKT

Cíl: Zjistit, jaká je spolupráce rodičů a sester při ošetřování dítěte během jeho hospitalizace. Metodika: Výzkum byl realizován kvantitativní metodou pomocí standardizovaného dotazníku The Nurse Parent Support Tool (Miles, 1999), který zjišťoval úroveň poskytované bio-psycho-sociální podpory dětem a rodičům sestrou během hospitalizace dítěte. Výzkumný soubor tvořilo 108 respondentů, 81 rodičů a 27 sester. Šetření probíhalo ve vybrané nemocnici Moravskoslezského kraje, na dětském a novorozeneckém oddělení. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Výsledky: Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že spolupráce rodičů a sester je na vysoké úrovni. Nejlepší spolupráci sester s rodiči označovalo skóre 5, rodiče hodnotili průměrným skóre $4,42 \pm 0,69$, sestry $4,40 \pm 0,55$. Rodiče vnímají vysokou odbornou úroveň poskytované péče sestrou lépe než sestry samotné ($p=0,045$). Nejníže hodnocenou doménou byla informovanost a komunikace se zdravotnickým personálem. Rodiče poukazují zejména na nedostatky ze strany sester v oblasti představení se dítěti i rodičům a podávání informací o své roli vůči dítěti. Závěr: Ošetřování dítěte sestrou nespočívá pouze v realizaci odborných výkonů, ale především v poskytování

ZUZANA HLUBKOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

ROMANA LISZTWANOVÁ
SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ
NEMOCNICE TŘINEC, P.O.

komplexní ošetrovatelské a holistické péče dítěti i jeho rodiči. Empaticky a individuálně poskytovaná péče je jedinou možností pro zajištění dobré kooperace rodičů při ošetřování jejich hospitalizovaného dítěte.

KLÍČOVÁ SLOVA:

hospitalizace, dítě, rodiče, sestra, spolupráce

ÚVOD

Nemoc dítěte a jeho hospitalizace je stresující zážitek pro většinu rodičů (Sanjari et al., 2009, s. 120-130, Gulášová, Breza, Görnerová, 2015, s. 157-161). Péče zdravotníků na dětských odděleních není zaměřena jen na nemocné dítě, ale v centru jejího zájmu je celá rodina (Vacušková et al., 2009, s. 12). Děti mají právo na rodičovskou péči v nemocnici, která je také právem rodičů. (Vacušková et al., 2009, s. 44-45). Jejich účast v péči o hospitalizované dítě se stala základním kamenem moderního pediatrického ošetřovatelství, nicméně v klinické praxi jsou pozorovány rozdíly v definování účasti na této péči. Rozpory mohou vznikat mezi tím, co rodiče chtějí dělat a co mohou dělat pro své dítě během hospitalizace. Jiná očekávání může mít i zdravotnický personál, který má různé požadavky vůči rodičům. Zvyšuje se tak riziko možného konfliktu mezi rodičem a zdravotníkem, což může vést k neefektivní spolupráci (Power, 2008, s. 622-641). Je proto důležité s rodiči navázat trvalou komunikaci a v rámci jejich bio-psycho-sociální podpory se zaměřit především na oblast emocí, rodičovské sebedůvěry, poskytování informací a péče svému dítěti (Miles et al., 2003, s. 62-64, Sanjari et al., 20019, s. 120-130, Dančová, 2015, s. 5-10, Lambert, Glacken, McCarron, 2011, s. 569-582). Podpora poskytovaná rodičům během ošetřování jejich dítěte v nemocnici zlepšuje poskytování ošetřovatelské péče (Sanjari et al., 2009, s. 120-130). Komunikace se může zdát jako jedna z nejjednodušších a nejpřirozenějších věcí. Ale ne vždy je jednoduché navázat kontakt a vést rozhovor. (Nováková, Jenerálová, 2015, s. 97) Navázání spolupráce s rodinou je tím důležitější, čím závažnější onemocnění dítěte je a čím více je dítě ohroženo dlouhodobými komplikacemi nebo trvalým postižením (Fendrychová et al., 2005, s. 34). Dojem, který ošetřující personál vyvolá, má vliv na pozitivní zkušenost z pobytu v nemocnici a určuje úspěšnou adaptaci pacienta a jeho rodiny na hospitalizaci (Leifer ,2004, s. 558-559). Spokojenost a pozitivní zkušenost s hospitalizací je dobrou zpětnou vazbou a potvrzením, že navázání spolupráce bylo úspěšné (Ondriová et al., 2013, s. 33).

Cílem šetření bylo zjistit, jaká je spolupráce rodičů a sester při ošetřování dítěte během jeho hospitalizace.

MATERIÁL A METODY

Byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Technikou získávání dat pro výzkumné šetření byl standardizovaný dotazník The Nurse Parent Support Tool (Miles, 1999). Výzkumný soubor tvořilo celkem 108 respondentů, z toho 81 rodičů hospitalizovaných dětí ve věku od narození do 6 let věku a 27 sester pracujících na dětském a novorozeneckém oddělení ve vybrané nemocnici Moravskoslezského kraje. Nejvíce respondentů z kategorie rodičů bylo ve věkové skupině 31-40 let a nejpočetnější skupina sester ve věku 41-50 let (viz tabulka 1). Průměrný věk sester byl tedy celkově vyšší, než věk rodičů, tomu odpovídá i délka praxe, kdy 52 % sester uvedlo, že pracuje v oboru více než 21 let.

Tabulka 1: Věk rodičů a sester

| Rodiče | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) | Sestry | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|
| 15-18 let | 0 | 0% | 15-18 let | 0 | 0% |
| 19-25 let | 11 | 14% | 19-25 let | 3 | 11% |
| 26-30 let | 27 | 33% | 26-30 let | 1 | 4% |
| 31-40 let | 35 | 43% | 31-40 let | 4 | 15% |
| 41-50 let | 7 | 9% | 41-50 let | 13 | 48% |
| 51-60 let | 1 | 1% | 51-60 let | 6 | 22% |
| Celkem | 81 | 100% | Celkem | 27 | 100% |

Dotazník The Nurse Parent Support Tool (Miles, 1999) zjišťuje rozsah bio-psycho-sociální podpory poskytované rodičům během hospitalizace dítěte. Dotazník obsahuje 21 uzavřených otázek, které se zaměřují na čtyři oblasti: 1. komunikace a poskytování informací, 2. emocionální podpora, 3. zvyšování rodičovské sebedůvěry a 4. poskytování odborné péče dětskému pacientovi. Jednotlivé položky se hodnotí podle stupnice od 1 do 5 (1 - skoro nikdy, 2 - ne velmi často, 3 - někdy, 4 - většinou, 5 - skoro vždy), přičemž vyšší skóre znamená větší podporu od ošetřujícího personálu vnímanou rodiči. Dotazník dále obsahuje 2 otázky otevřené, kde rodiče mohli vyjádřit své názory a zkušenosti. Po získání souhlasu autorky dotazníku byl proveden překlad z původní anglické verze certifikovaným překladatelem, dále byl vytvořen vlastní překlad dotazníku The Nurse Parent Support Tool. Rozdíly mezi těmito dvěma překlady byly zanedbatelné, byly porovnány a přezkoumány odborníky pro klinickou praxi na Ústavu ošetrovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě. Tento výzkumný nástroj byl také modifikován ke zhodnocení poskytované podpory z pohledu sestry, což umožnilo získat náhled a porovnat postoje rodičů a sester. Dotazník byl dále doplněn o demografické údaje respondentů, přičemž zajišťoval anonymitu a byl zcela dobrovolný.

Výsledky šetření byly zpracovány a statisticky vyhodnoceny. Pro statistické zhodnocení ve srovnání výsledků dotazníkového šetření mezi rodiči a sestrami byl využit Mann-Witney test. Statistické testy byly hodnoceny na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$.

VÝSLEDKY

1. DOMÉNA DOTAZNÍKU – KOMUNIKACE A PODÁVÁNÍ INFORMACÍ

V této doméně rodiče a sestry vyjadřovali své názory týkající se podávání informací o zdravotním stavu dítěte, rozhodování o léčbě, seznámení s personálem a pochopení zákroků, které dítě podstupuje, dále projevení zájmu o pohodlí a podporu rodičů ze strany

sester. Doména komunikace a podávání informací nezaznamenala statisticky signifikantní rozdíl mezi sestrami a rodiči ($p=0,058$).

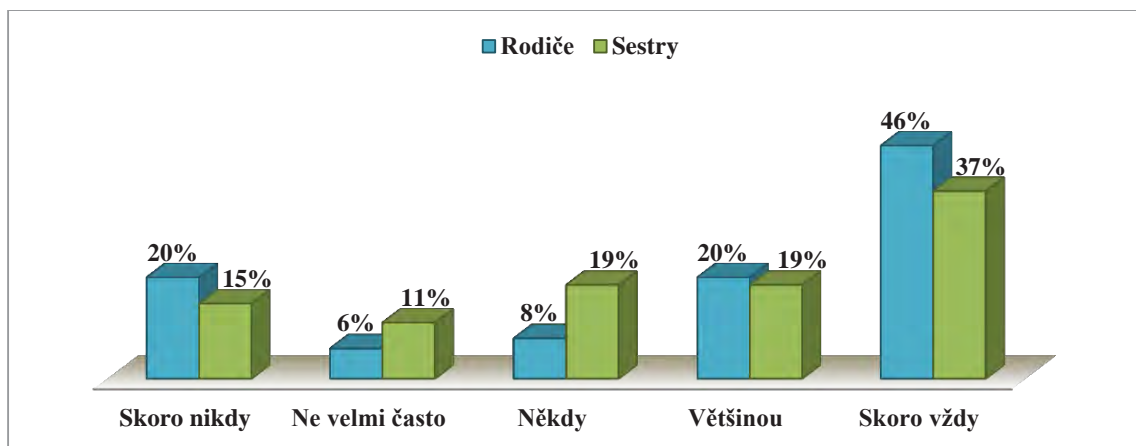
Celkem 75 % rodičů bylo sestrami skoro vždy informováno o zdravotním stavu svého dítěte, 48 % rodičů bylo informováno většinou a pouze 11 % uvedlo ne velmi často. Sestry však viděly v podávání informací rodičům ze své strany určité rezervy. Pouze 22 % sester uvedlo, že informují rodiče o zdravotním stavu dítěte skoro vždy, 48 % většinou a 4 % sester uvedlo skoro nikdy, přičemž v otevřených otázkách uváděly, že v informování o zdravotním stavu dítěte mají malé kompetence oproti lékařům. V dotazníku uvedli 4 z 81 rodičů, že sestry neprojevily zájem o jejich pohodlí, stejně tak jako 9 rodičů nebylo zahrnuto do diskuse, když se rozhodovalo o léčbě jejich dítěte, skoro nikdy a 4 ne velmi často, přičemž jeden respondent podotkl: „...na diskusi nebyl čas, bylo třeba jednat rychle“.

20 % respondentů z řad rodičů nebylo seznámeno s personálem a jeho rolí v péči o nemocné dítě skoro nikdy, 6 % ne velmi často a 8% někdy (viz. Graf 1). Názor jednoho z rodičů: „*Jméno se dá přečíst z cedulky, ale je sympatické, když se personál představí jménem při prvním kontaktu s rodičem*“. Z dotazníkového šetření vyplývá, že pouze 37 % sester se představí rodičům skoro vždy (viz. Graf 1)

Tabulka 2: Vyhodnocení dotazníku The Nurse Parent Support Tool dle jednotlivých domén

| Doména | Soubor | N | Průměr | SD | Medián | Modus | Min | Max | p hodnota |
|--|--------|----|--------|------|--------|-------|------|-----|-----------|
| Doména 1 Komunikace a podávání informací | Rodiče | 81 | 4,25 | 0,80 | 4,56 | 5 | 2,11 | 5 | 0,058 |
| | Sestry | 27 | 4,21 | 0,47 | 4,22 | 4,22 | 2,67 | 5 | |
| Doména 2 Emocionální podpora rodičů | Rodiče | 81 | 4,35 | 0,78 | 4,67 | 5 | 2,00 | 5 | 0,122 |
| | Sestry | 27 | 4,30 | 0,44 | 4,33 | 4,33 | 3,67 | 5 | |
| Doména 3 Zvyšování rodičovské sebedůvěry | Rodiče | 81 | 4,35 | 0,76 | 4,75 | 5 | 2,25 | 5 | 0,224 |
| | Sestry | 27 | 4,44 | 0,28 | 4,50 | 4,25 | 4,00 | 5 | |
| Doména 4 Péče poskytována dětmi | Rodiče | 81 | 4,75 | 0,41 | 5,00 | 5 | 2,80 | 5 | 0,045 |
| | Sestry | 27 | 4,67 | 0,32 | 4,80 | 4,80 | 3,60 | 5 | |

Graf 1: Seznámení s personálem



Otázka povzbuzování doprovodu hospitalizovaných dětí, kdy sestry dávaly najevo, že rodiče odvádějí dobrou práci, když se snaží pomoci svému dítěti, byla 8 % rodičů vyhodnocena jako skoro nikdy, přičemž v otevřených otázkách uvedli, že pomoc dítěti vnímají jako samozřejmost a povinnost rodiče a tudíž nepotřebují povzbuzení ze strany sestry.

Lépe než rodiče vnímaly sestry podporu v pokládání otázek ohledně zdravotního stavu dítěte, kdy 12 % rodičů uvádí, že nebyli povzbuzováni v pokládání otázek skoro nikdy, přičemž 80 % těchto odpovědí bylo u rodičů, jejichž děti byly hospitalizovány na dětské jednotce intenzivní péče.

2. DOMÉNA DOTAZNÍKU - EMOCIONÁLNÍ PODPORA RODIČŮ

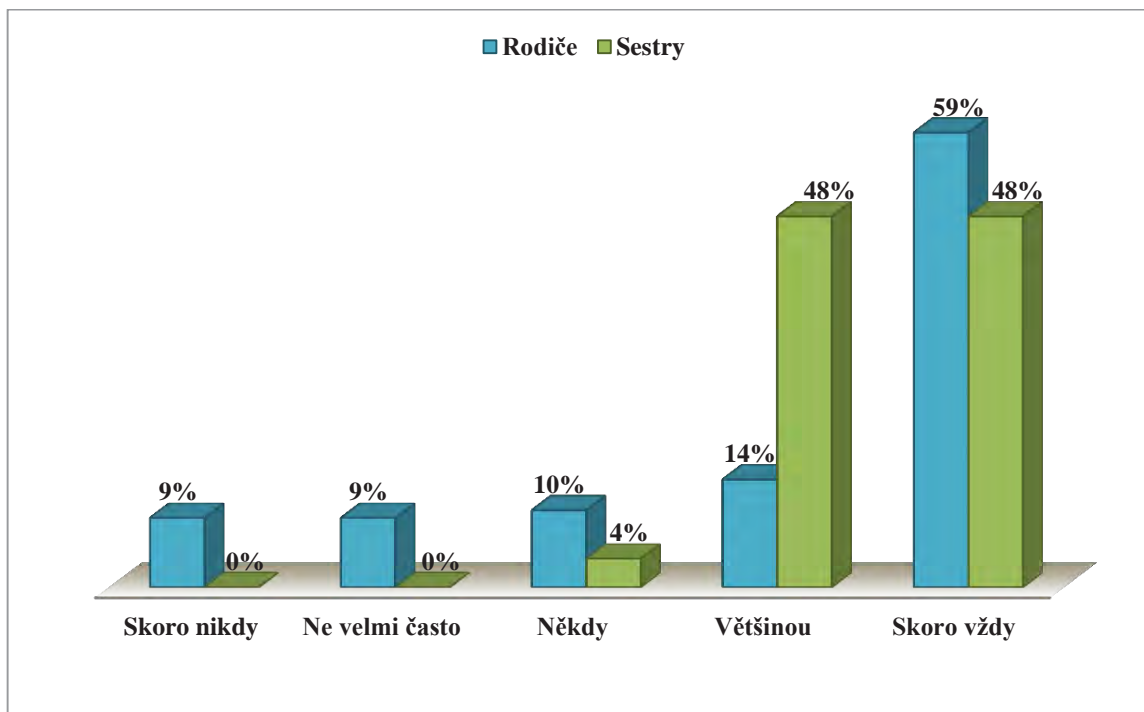
Tato doména hodnotí reakce sestry na obavy, strach a pocity rodičů a vzbuzování pocitu důležitosti rodiče. Doména emocionální podpory rodičů nezaznamenala signifikantní rozdíl mezi rodiči a sestrami ($p=0,122$). Podpora týkající se pocitů, strachu a obav rodičů byla nejvýše hodnocená 59 % rodičů, druhé nejvyšší hodnocení uvedlo 26 % rodičů. Celkem 52% sester uvedlo, že pomáhají mluvit o strachu a obavách rodičům skoro vždy nebo většinou. Reakce sestry na starosti a obavy rodičů byly taktéž hodnoceny u rodičů v 86 % možností skoro vždy nebo většinou, zde však sestry hodnotily svoje reakce lépe, než uváděli rodiče, až 97 % sester uvedlo možnost v dotazníku skoro vždy nebo většinou. Z dotazníkového šetření rovněž vyplývá, že podporování pocitu důležitosti u rodičů sestry hodnotí lépe, než jak je vnímají samotní rodiče.

3. DOMÉNA DOTAZNÍKU - ZVYŠOVÁNÍ RODIČOVSKÉ SEBEDŮVĚRY

Třetí doména se zaměřuje na edukaci péče o dítě a uklidnění dítěte během zákroku. Zjišťuje, zda sestry dovolují rodičům zapojit se do péče o dítě kdykoli je to možné a nechávají rozhodnout rodiče o tom, zda během procedur zůstanou nebo odejdou. Ani ve třetí doméně nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi rodiči a dětmi ($p=0,224$). Pozitivní bylo zjištění, že 88 % rodičů hodnotilo zapojení se do péče o své dítě kdykoliv to bylo možné nejvyšším skóre stejně jako sestry. Možnost rozhodnout se, zda během zdravotních procedur zůstanou nebo odejdou, vnímají rodiče o něco hůře než sestry.

V otázkách edukace jak pečovat o dítě a jak jej ukonejšit během zákroků 28 % rodičů ohodnotilo intenzitu intervencí sester jako skoro nikdy, ne velmi často nebo někdy, zatím co pouze 4 % sester uvedlo možnost někdy a 96 % sester uvedlo možnost většinou nebo skoro vždy (viz. Graf 2). U těchto otázek poznamenalo několik respondentů, jež byli v dotazníkovém šetření v roli doprovodu, že rodič zná své dítě lépe než sestra a měl by vědět jak své dítě ukonejšit.

Graf 2: Edukace sester jak ukonejšit dítě během zákroku



4. DOMÉNA DOTAZNÍKU - PÉČE POSKYTOVANÁ DĚTEM

Čtvrtá doména obsahuje otázky týkající se odborné péče. Rodiče hodnotili sestry, jak jsou vnímavé k potřebám dítěte a jak na ně reagují. Sestry v této doméně hodnotily reakce ze svého pohledu. Byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl mezi rodiči a sestrami ($p=0,045$), rodiče hodnotili oblast péče poskytovanou dětem lépe než sestry samotné.

Nejvýše byla ohodnocena otázka, zda sestry dobře pečovaly o dítě, kdy 93 % respondentů uvedlo nejvyšší možné skóre. Optimistický přístup sester ohledně zdraví dítěte, sestry vidí lépe, než jak jej vnímali rodiče.

Vnímání a reakce sester na zvláštní potřeby dítěte taktéž hodnotili rodiče vysokým skóre. Otázka, zda sestry ukazují, že mají rády dítě, byla ze strany rodičů i sester vnímána kladně.

DISKUZE

Analýza dotazníkového šetření ukázala, že spolupráce rodičů a sester je na vysoké úrovni. Sanjari et al. (2009, s. 120-130) uvádí průměrné skóre dotazníku NPST (Miles, 1999) $4,1\pm 0,7$. Celkové skóre od rodičů v tomto šetření bylo $4,42\pm 0,69$.

Nejlépe vnímali rodiče i sestry doménu 4 týkající se poskytování odborné péče dětem. Rodiče i sestry hodnotili nedostatečně představení se ošetřujícího personálu a seznámení rodičů s jejich funkcí vůči dítěti. Naopak nejlépe ohodnocená byla položka, která vyjadřovala názor, zda se sestry o dítě staraly dobře.

Rozdíl v hodnocení spolupráce mezi rodiči a sestrami při ošetřování dítěte byl nalezen podle věku a vzdělání. Rodiče s vyšším věkem a vzděláním častěji odpovídali na otevřené otázky, kde mohli vyjádřit své názory a připomínky. Oceňovali především úsměv, ochotu, starostlivost, příjemné vystupování, empatický a profesionální přístup. Maminky na novorozeneckém oddělení prospěšně vnímaly ukázky péče o dítě, rady ohledně cvičení po porodu a pomoc při kojení. Rodiče, jejichž dítě bylo přijato na jednotku intenzivní péče nebo dětské oddělení pozitivně vnímali zapojení do péče o nemocné dítě a odpočinek, který jim dopřály sestry, když se dítě uklidnilo. Rodiče rovněž vysoce ocenili vlídný přístup herní specialistky, která seznamuje děti a rodiče se zákrokem a následným děním. Ze studie Sanjari et al. (2009, s. 120-130) vyplývá, že rodiče s nižším vzděláním vnímají emocionální podporu více a projevují větší starostlivost o zdraví svého dítěte, mohou proto mít vyšší potřebu této podpory. Vzdělání rodičů může tedy ovlivňovat pochopení a obavy související s nemocí dítěte. Co se týče vzdělání sester, 89 % uvedlo středoškolské vzdělání (všeobecné a registrované sestry se specializací), 4 % uvedlo vyšší odborné vzdělání a 7 % ukončené bakalářské studium. V tomto kontextu studie Coyne (2006, s. 3150-3158) uvádí, že pozitivní postoje vůči rodičovské účasti na péči o dítě byla spojena s vysokou úrovní vzdělání sester.

Vliv na úroveň vnímané podpory rodičů měl dle dotazníkového šetření typ hospitalizace (akutní nebo plánovaná péče). Rodiče dětí, kteří přicházeli do nemocnice plánovaně, byli ochotnější a lépe připraveni ke spolupráci s personálem. To odpovídá i výsledkům průzkumu, které ukazují, že podpora rodičů na jednotce intenzivní péče, tedy v akutní péči, je rodiči vnímána níže než na standardních odděleních.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejčastější délka hospitalizace dětí byla v této době od 3 do 7 dnů, z čeho bylo 52 % akutních a 48 % plánovaných příjmů. Počet dnů v nemocnici však na vnímání podpory rodičů neměla téměř žádný vliv. Taktéž Sanjari et al. (2009, s. 120-130) ve své studii uvádí, že nebyl nalezen žádný významný rozdíl podílející se na podpoře rodičů při analyzování délky hospitalizace.

Rodiče v dotazníkovém šetření uvedli, že byli sestrami dostatečně informováni o zdravotním stavu svého dítěte. Sestry však uváděly v podávání informací rodičům o zdravotním stavu dítěte nedostatečné kompetence. Ve studii Power, Franck (2008, s. 622-641) se obě skupiny shodly na tom, že rodiče by mohli spolupracovat s ošetřovatelským personálem lépe, kdyby byly ze strany sester uvedeny přesnější instrukce a pokyny. Sestry v této studii vyjádřily potřebu zpětné vazby od rodičů a více času na komunikaci. Rodiče zase zdůraznili, že komunikace je nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje pozitivní zkušenost z pobytu v nemocnici. Studie Coyne (2006, s. 3150-3158) zjistila, že některé sestry měly potíže ve spolupráci s rodiči zejména z důvodu nedostatku komunikačních dovedností.

Emocionální podpora týkající se pocitů, strachu a obav rodičů byla dostatečně splněna u více než poloviny respondentů, naopak sestry viděly v této podpoře ve svém jednání nedostatky. Studie Coyne (2006, s. 3150-3158) uvádí úzkost rodičů jako překážku v jejich schopnosti zpracovávat informace o účasti na péči. Sestry v této souvislosti hovořily ve studii o významu umožnit rodičům dostatek času na přizpůsobení se hospitalizaci.

V zapojení se do péče o své dítě kdykoliv to bylo možné, hodnotilo 88 % rodičů nejvyšším skóre, stejně jako sestry. Ve studii Power, Franck (2008, s. 622-641) rodiče uvedli, že jejich přínos je spíše v pomoci sestrám, než v aktivním zapojení se do péče o dítě. Dále studie uvádí, že sestry často očekávaly přítomnost rodičů při bolestivých postupech, ale ne vždy se zeptaly, jestli chtějí. Z této studie také vyplývá, že rozpory mohou vznikat mezi tím, co rodiče chtějí a co mohou dělat pro hospitalizované děti. Studie Coyne (2006, s. 3150-3158) zase uvádí, že ačkoli většina sester si je vědoma toho, jak je pro rodiče únavný a stresující pobyt v nemocnici s dítětem, přesto očekává od rodičů soustavnou péči o dítě. Nejvýše ohodnocena byla otázka, zda sestry dobře pečovaly o dítě, kdy 93 % respondentů uvedlo nejvyšší možné skóre. Taktéž byl vysoko ohodnocen optimistický přístup sester ohledně zdraví dítěte. Ve studii Sanjari et al. (2009, s. 120-130) dosáhla tato otázka z pohledu rodičů nejvyšší průměrné skóre. Vnímání a reakce sester na zvláštní potřeby dítěte taktéž hodnotili rodiče vysokým skóre. V těchto otázkách nebylo pozorováno

výrazné rozdílné vnímání z pohledu rodičů a sester. Studie Coyne (2006, s. 3150-3158) ukazuje, že sestry se vyhýbají konfliktním rodičům, kteří se následně stanou rozrušenými a rozzlobenými, což ještě zhoršuje situaci. Dále uvádí, že tendence ignorovat rozzlobené rodiče může znamenat, že potřeby těchto rodičů a jejich dětí jsou přehlíženy.

ZÁVĚR

Podpora rodičů ve své bio-psycho-sociální jednotě vede k lepší psychické i fyzické pohodě rodičů, která je předpokladem lepší spolupráce a zabraňuje vzniku konfliktu. Holistický a empatický pohled na dítě a jejich rodiče vede sestru k většímu pochopení reakcí a chování rodičů i dětí a přispívá ke kvalitnější komplexní péči o dětského pacienta.

Sestra by se neměla zaměřovat pouze na odborné výkony v oblasti poskytování péče, ale měla by se snažit vcítit do pocitů rodičů a dětí. Práce dětské sestry je zaměřena na celou rodinu a spolupráce s rodiči si zakládá na prvním dojmu ošetřujícího personálu, který je také základem pro kladnou zkušenost na pobyt v nemocnici a celkově kvalitnější komplexní péči o dětského pacienta.

Umění respektující komunikace nejen s rodiči a dětmi, ale i s ostatními zdravotnickými pracovníky je klíčem k efektivní spolupráci, která vede především k rychlejšímu návratu dítěte ke zdraví. Zpětná vazba rodičů sehrává významnou úlohu v komunikaci a umožňuje sestře zjistit, zda jsou její informace srozumitelné.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] COYNE, I. Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. *Journal of Clinical Nursing* [online]. December 2008, 17(23):3150–3158. [cit. 2017-03-05]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652702.2006.01928.-x/abstract>
- [2] DANČOVÁ, G. Komunikační segment v interakci sestry – pacient. *Logos polytechnikos*. 2015, 6(2): 5-10.
- [3] FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. et al. Péče o kriticky nemocné dítě. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
- [4] GULÁŠOVÁ, I., BREZA, J., GÖRNEROVÁ, L. Etické aspekty komunikácie sestry s rodičmi detského pacienta. *Logos polytechnikos*. 2015, 6(2):157-162.
- [5] LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- [6] MILES, M. S., CARLSON, J., BRUNSSSEN, S. The Nurse Parent Support Tool. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 1999, 14(1): 44-50 [cit. 2017-03-08]. DOI: 10.1016/S0882-5963(99)80059-1. ISSN 0882-5963. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596399800591>
- [7] MILES, M. S. Support for parents during a child's hospitalization. *Living with illness* [online]. 2003, 103(2):62-64 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.nursingcenter.com/lnc/journalarticle?Article-ID=404195>.
- [8] NOVÁKOVÁ, L., JENERÁLOVÁ, M. Edukace – součást ošetrovatelského procesu. *Logos polytechnikos*. 2015, 6(1): 96-103.
- [9] ONDŘIOVÁ, I., HUDÁKOVÁ, A., PAVELKOVÁ, M. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra*. 2013, (1):33-35. [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pece-468686>.
- [10] POWER, N., FRANCK, L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing (JAN)* [online]. June 2008, 62(6): 622–641. [cit. 2017-03-17]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04643.x/abstract>.
- [11] SANJARI, M. et al. Nursing support for parents of hospitalized children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* [online]. 2009, 32(3): 120-130. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01460860903030193>
- [12] VACUŠKOVÁ, M. et al. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 1. Brno: NCONZO, 2009. ISBN 978-80-7013-491-7.
- [13] LAMBERT, V., GLACKEN, M., MC CARRON, M. Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model. *Journal of Advanced Nursing (JAN)* [online]. March 2011, 67(3): 569-582. [cit. 2017-02-27]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091913>.

THE COOPERATION OF PARENTS AND NURSES TAKING CARE OF THE CHILD DURING HOSPITALIZATION: A PILOT STUDY

ABSTRACT

Objective: The objective of the present study was to determine the level of cooperation between parents and nurses in an inpatient paediatric care setting. **Methods:** A quantitative design was applied in the present research with a standardized questionnaire (The Nurse Parent Support Tool, Miles, 1999) to determine the level of bio-psychosocial support offered to children and their parents by the nurse professional during hospitalization. The research sample comprised a total of 108 respondents (81 parents and 27 nurses). The survey was conducted in a paediatric and neonatal unit of a selected hospital in the Moravian-Silesian Region. Statistical tests were evaluated at a significance level of 5 %. **Results:** Data analysis suggests that co-operation between parents and nurses is on a high level. The best co-operation of nurses and parents was represented by score 5. Mean score reported by parents was $4.42 \pm 0,69$, by nurses $4.40 \pm 0,55$, respectively. Parents perceive a higher quality of care provided by nurses compared to nurses themselves ($p=0.045$). The lowest scores were identified in the domain of information level and communication with health care staff. Primarily, parents pointed

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Hlubková
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
e-mail: zuzana.hlubkova@fvp.slu.cz

Bc. Romana Lisztwanová
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetřovatelství
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava

Nemocnice Třinec, p.o.
Dětské oddělení
Kaštanová 268
739 61 Třinec
e-mail: roma66@seznam.cz

out to shortcomings in the way that nurses introduce themselves to both the children and their parents, and in the area of communicating nurses' role toward the child. **Conclusion:** Nursing care of paediatric populations does not rely solely on the implementation of practical nursing procedures. It is also based on provision of complex and holistic nursing care to the child and its parents. Empathy and individualization in care are the only way of ensuring good cooperation of parents while their child is subject to nursing care in hospital settings.

KEYWORDS:

hospitalization, child, parents, nurse, cooperation

SUPERVIZE VE FAKULTNÍ NEMOCNICI BRNO - ZKUŠENOSTI A VÝZVY

MIROSLAVA JEŽOVÁ
JANA ŠPAČKOVÁ
FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

ABSTRAKT

Článek nabízí různé úhly pohledu na supervizní realitu v českém ošetrovatelství a představuje konkrétní způsob implementace supervize do klinické praxe. Zkušenost se zaváděním supervize ve zdravotnickém zařízení, která vznikla na základě grantového projektu, je propojením získaných teoretických znalostí a prováděné supervizní činnosti s klinickou realitou. Příspěvek popisuje supervizní činnost realizovanou Supervizním týmem Fakultní nemocnice Brno. V rámci supervizního programu se na pracovním poli setkává profesionální podpora a vzdělávání. Hlavním smyslem takto vedené práce je péče o nelékařského zdravotnického pracovníka, který díky dobré psychické pohodě a odbornému růstu zajistí kvalitní ošetrovatelskou péči svým pacientům.

KLÍČOVÁ SLOVA:

supervize, ošetrovatelství, nelékařský zdravotnický pracovník, profesionální podpora, vzdělávání

ÚVOD

Supervize v českém ošetrovatelství je v současné době stále v počátcích, zatímco například v oblasti sociální práce je praktikována již několik let. Nabízí se otázka: „Proč tomu tak je?“ Ošetrovatelství samotné je obor specifický a rozmanitý. Proto je důležité zamyslet se nad tím, zda je možné aplikovat supervizi na všechny ošetrovatelské obory stejně (Vaňková, 2011). Někteří zahraniční autoři se domnívají, že neexistuje-li v ošetrovatelském kontextu přesné vymezení tohoto pojmu, nemůže efektivně fungovat ani supervize samotná (Vaňková, Bártlová, 2015). Nejasné vymezení supervize doplňuje i její současný, stále nedokončený legislativní rámec. Navíc neexistuje zákonem podpořený dokument, který by jasně vymezoval kvalifikační požadavky na supervizora v ošetrovatelství. Je otázkou, kdo by vlastně měl nelékařské zdravotnické pracovníky neboli „nelékaře“ supervidovat.

Překážky na cestě k zavádění supervize do klinické praxe uvádí často ve svých publikacích Venglářová. Ty se týkají nejen aspektů organizačních nebo psychologických (Venglářová, 2013), ale problematické se zdá i hledisko střetu dvou vzájemně propojených a přesto odlišných světů. Současné setkávání „světa nelékařů“ se „světem lékařů“ mluví v českém zdravotnictví spíše pro systém hierarchie než pro systém spolupráce (Venglářová, 2016). A právě spolupráce je pro supervizi v ošetrovatelském kontextu nepostradatelným prvkem. V neposlední řadě ovlivňuje úspěšnost zavádění supervize do klinické praxe samotný pojem. V pomáhajících profesích obecně, u pracovníků pohybujících se v ošetrovatelských oborech rovněž, vyvolává především mýtus kontroly. Supervizor je velmi často ztotožňován s osobou, která dohlíží/dozírá na práci (Havrdová, Hajný, 2008). Výše uvedené, i když ne příliš pozitivní vymezení supervize pro klinickou praxi, otevírá současně prostor pro myšlenky a nápady, které se mohou zabývat tím, jak supervizi v ošetrovatelství definovat a realizovat. Inspirací pro jasné charakterizování a zavádění supervize do ošetrovatelského kontextu jsou zahraniční supervizní zkušenosti a klinické modely aplikované v oboru ošetrovatelství v minulém století, kupříkladu v USA nebo Anglii (Vaňková, Bártlová, 2015). V ČR jsou zajímavou motivací fungující supervize poskytované pomáhajícím profesionálům v hospicích na základě Standardů hospicové paliativní péče (APHPP, 2007). Velkou výzvou je doposud první kvalitativní výzkum s nelékařskými zdravotnickými pracovníky publikován v České republice, ve kterém je na zavádění supervize v ošetrovatelství nahlíženo očima samotných nelékařských pracovníků (Zítková, Ježová, Špačková, 2016).

METODIKA ZAVEDENÍ SUPERVIZE NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI BRNO

Fakultní nemocnice Brno je největším zdravotnickým zařízením na Moravě. Pracuje v něm více než 5 000 zaměstnanců, z toho přibližně 3 360 na pozici nelékařský zdravotnický pracovník. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. patří do této kategorie pracovníků

všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent, zdravotnický laborant, radiologický laborant, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut, ošetřovatel, sanitář, zdravotně-sociální pracovník.

Supervize byly pro nelékařské zdravotnické pracovníky zahájeny v roce 2012 v rámci grantového projektu nemocnice s názvem „Vytvoření metodiky supervize u NLZP s interním a chirurgickým zaměřením“. Supervizory byly tři všeobecné sestry, absolventky magisterského programu, oboru ošetřovatelství a výcvikového programu Systemická supervize a koučování pro pomáhající profesionály. Projekt trval tři roky. V jeho průběhu bylo zrealizováno 108 supervizních setkání s 12 supervizními skupinami. Na základě výsledků tohoto projektu byla vytvořena koncepce supervizí pro nelékařské zdravotnické pracovníky v rámci Fakultní nemocnice Brno. Při plánování možné supervizní práce jsme se zaměřily na dva hlavní aspekty. Tím prvním byla podpora pomáhajícím profesionálům v ošetřovatelství v různých fázích jejich profesního rozvoje. Druhým aspektem byla neznalost samotného pojmu a z ní plynoucí mylné představy o supervizi a supervizorech. To nás přivedlo k myšlence vzdělávat nelékařské zdravotnické pracovníky v této problematice v jednodenních a dvoudenních kurzech.

ZAMĚŘENÍ SUPERVIZNÍHO PROGRAMU

Supervizní program ve FN Brno je zaměřen nejen na samotnou supervizní práci, ale i na vzdělávání „nelékařů“ v supervizním tématu. Při zavádění supervize jsme zohlednili tři základní kontexty - svět organizace, svět supervidovaných a svět supervizorů (Baštecká, Čermáková, Kinkor, 2016).

Fakultní nemocnice Brno jako organizace přístupná novým myšlenkám, vnímala a nadále vnímá supervizi jako součást organizační kultury a péče o zaměstnance. Považuje ji za užitečný nástroj podporující profesní růst a rozvoj zaměstnanců. Chápe ji také jako prostředek podpory, kterým lze upevňovat stabilitu zaměstnanců a zvyšovat jejich pracovní spokojenost. Snahou nemocnice je dotvářet podmínky pro supervizi dle aktuálních požadavků, které plynou z realizované supervizní práce. Tento postoj je srovnatelný s myšlenkou podpory „organizačního učení“ a „učící se organizace“ (Vaňková, 2015).

Svět supervidovaných v ošetřovatelském kontextu musí být vnímán odlišně v různých fázích profesního rozvoje – v období přípravy na profesi v rámci vzdělávání, v období adaptační fáze profesního rozvoje a v období profesního růstu. V konečném důsledku patří supervize i do rámce celoživotního vzdělávání sester (Vaňková, Marková, 2010). Současně nastavený supervizní koncept je vnímán především jako bezpečný prostor k vytvoření si vlastního pohledu na svou profesi. Kvalita vztahu mezi supervizorem a jednotlivými účastníky v rámci supervizní spolupráce je pro všechny účastníky supervizního procesu jedním z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují efektivitu supervize (Kilminster, Jolly,

2000). Díky souběžně realizovanému vzdělávání v oblasti supervize pomalu roste zájem nelékařských zdravotnických pracovníků různých klinických oborů o supervize.

Náš svět, svět supervizorů, chápe supervizi v ošetrovatelském prostředí především jako podporu těm, kteří pomáhají. Profesní podpora poskytovaná nelékařským pracovníkům byla a zůstává naší hlavní motivací.

Ať už se jedná o supervize vztahově-komunikační nebo případové (Baštecká, 2016), rozvíjejí v nelékařských zdravotnických pracovnících potřebu reflektovat vlastní profesní činnost. Havrdová a Hajný uvádějí: „*právě potřeba reflektovat komplexní činnosti, které nemají pouze technickou povahu, a zejména takové, kde jde o člověka, jeho mezilidské vztahy a naplnění smyslu, je jádrem supervize*“ (Havrdová, Hajný, 2008). V tom případě se supervize stává efektivním způsobem práce, která vede ke zvyšování kompetencí pomáhajících profesionálů.

Supervize znamená proces spolupráce, jehož výsledkem je změna. V supervizním programu ve FN Brno byly hned na začátku stanoveny cíle, které by měly být v průběhu aplikované supervizní činnosti naplněny a v tom případě by měly být také vytvořeny rozdíly u „nelékařů“, kteří se se supervizí v rámci vytvořeného projektu postupně setkávají. V tabulce č. 1 jsou uvedeny základní cíle podpory a vzdělávání v supervizním programu ve FN Brno.

Tabulka č. 1: Cíle supervizního programu ve FN Brno

| Cíle supervizní práce | Cíle vzdělávání |
|--|---|
| Reflexe a rozvoj vlastní ošetrovatelské praxe | Informovanost pomáhajících profesionálů v ošetrovatelství o supervizi a možnostech jejího využití v ošetrovatelství |
| Zlepšení, řešení provozních záležitostí v rámci jednotlivých týmů | Pojetí supervize jako jedné z dostupných forem profesionální podpory pracovníků v klinické praxi |
| Sbližování norem, postojů v rámci organizace a poznávání různých oborů | Zařazení supervize do vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků |

VÝSLEDKY SUPERVIZNÍ PRÁCE

Od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2016 byla zahájena supervizní práce téměř 30 skupin nelékařských zdravotnických pracovníků v adaptačním procesu. Supervizní setkání probíhaly jednou měsíčně, v časovém rozsahu 8-12 měsíců, do ukončení adaptačního procesu. Supervize probíhaly také u nelékařských pracovníků s různou délkou odborné praxe, na vyžádání jednotlivých klinických pracovišť, a zájem byl rovněž o individuální supervize. Tuto možnost využilo 33 zaměstnanců. V rámci společných setkání získali supervidovaní prostor k vyjádření svých názorů, postojů a emocí v bezpečném a respektujícím prostředí. Následující vyjádření účastníků supervize korelují s atributy supervizní práce, které jsou v textu uvedeny. Jedná se především o bezpečný prostor, stanovený cíl nebo potřebu užitku ze setkání.

„Na supervizi se mi nejvíc líbilo, že problémy, či věci, které mne nebo jiné trápili, jsme probírali s lidmi ze stejného oboru, nemocnice, či dokonce kliniky, což se v soukromém životě podaří málokdy.“

(všeobecná sestra, 26 let)

„Nemohu "vypíchnout" jedno určité téma, jelikož jich bylo několik, ať už téma otevřel kdokoliv, vždy bylo řešení, či názory účastníku užitečné.“

(zdravotnický asistent, 22 let)

„Ze všeho, co jsme probírali, jsem si odnesla ten „svůj“ kus, který je pro mne přínosem. Uvítala bych, kdyby takové supervizní setkání jednou za čas proběhlo i nadále.“

(všeobecná sestra, 24 let)

VÝSLEDKY VZDĚLÁVÁNÍ

V oblasti vzdělávání v supervizním tématu prošlo za uplynulých 24 měsíců výukou 219 vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří pracují na pozici vrchní a staniční sestra, úseková sestra, úsekový laborant, úsekový radiologický laborant, vedoucí nutriční terapeut. Proškoleno bylo také 427 školitelů adaptačního procesu a mentorů z různých oborů klinické praxe. Účastníci vzdělávacích aktivit získali ucelenou představu o supervizi samotné a jejích možnostech. Následující názory účastníků vzdělávacích akcí korespondují s naší představou, proč realizovat vzdělávání v supervizní oblasti. V rámci hodnocení jednodenních seminářů využili školitelé a mentoři možnost zachování anonymity.

„Získala jsem představu o tom, co supervize je a o jejím využití v praxi.“

„Oceňuji schopnost naslouchat a vést k samostatnému řešení. Ráda bych v tom pokračovala a pracovala na sobě.“

„Napadá mě, že jsem měla příjemný pocit a i přes počáteční nedůvěru bych se nebála obrátit se na tuto pomoc.“

„Oceňuju vůbec možnost supervize ve FN Brno. Znamená to, že zaměstnavatel vnímá své zaměstnance jako lidské bytosti.“

Jako poslední, uvádíme názor jedné z účastnic dvoudenního vzdělávacího kurzu.

„Ráda bych vám poděkovala za supervizní činnost, kterou pro nás děláte, a řekla vám, že vaše práce má smysl! “

(vedoucí pracovník, 40 let)

ZÁVĚR

Supervize v ošetrovatelském prostředí stále není běžně využívána ani přijímána. Ohlasy nelékařských zdravotnických pracovníků ve Fakultní nemocnici Brno na takto zvolenou formu podpory a vzdělávání chápeme jako zřetelný projev zamyšlení se „nelékařů“ nad důležitostí supervize v ošetrovatelském kontextu. I proto věříme, že supervize má šanci stát se nedílnou součástí profese nelékařských zdravotnických pracovníků.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] APHPP, MZ ČR. Standardy hospicové paliativní péče. [online]. [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece/>
- [2] BAŠTECKÁ B., ČERMÁKOVÁ V., KINKOR M. *Týmová supervize. Teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2016, 328 s. ISBN 978-80-262-0940-9.
- [3] HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 209 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- [4] KILMINSTER, S. M., JOLLY, B. C. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical Education*, 2000, 34 (10), 827-840.
- [5] VAŇKOVÁ M. Základní metodický rámeček pro realizaci supervize v českém ošetrovatelství, 2015. [online]. [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/zakladni-metodicky-ramec-pro-realizaci-supervize-v-ceskem-osetrovatelstvi/>
- [6] VAŇKOVÁ M., BÁRTLOVÁ S. Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetrovatelství. Historical and foreign legacy for the supervision concept in the Czech nursing. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2015, 17 (1), s. 38-48. ISSN 1212-4117.
- [7] VAŇKOVÁ M., MARKOVÁ E. *Supervize jako čas vyhrazený na (řízenou) reflexi o klinické práci*. Recenzovaný sborník příspěvků z konference Cesta k modernímu ošetrovatelství, 2010, s. 68-74.
- [8] VENGLÁŘOVÁ M. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013, 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
- [9] VENGLÁŘOVÁ, M. Jak zavést supervizi do zdravotnických zařízení? 2016. [online]. [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: <http://listy.supervize.eu/temata/precetli-jsme-zavaz-jde-zavest-supervizi-do-zdravotnickych-zarizeni/>
- [10] ZÍTKOVÁ M., JEŽOVÁ M., ŠPAČKOVÁ J. Klinická supervize očima účastníků – zkušenost z prostředí onkologického ošetrovatelství. *Psychologie pro praxi*, Praha: Karolinum, 2016, roč. 51, 1-2, s. 35-46. ISSN 1803-8670.

SUPERVISION IN THE UNIVERSITY HOSPITAL BRNO - EXPERIENCE AND CHALLENGE



ABSTRACT

The article offers different perspectives on the supervision reality in the Czech nursing and it represents one of the ways of implementation of supervision in clinical practice. Experience with the implementation of supervision in particular healthcare facility, which came into existence on the basis of a grant project, is the combination of the gained theoretical knowledge and carried out supervisory activities with clinical reality. The paper describes the supervisory activities carried out by Supervision team of University Hospital Brno. Within the supervision programme, professional support and training meet in the working area. The main purpose of such a guided work is taking care of health professionals, who ensure quality nursing care to their patients thanks to the good mental peace and professional growth.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Miroslava Ježová
Supervizní tým Fakultní nemocnice
Brno
Jihlavská 25
625 00 Brno
e-mail: Jezova.Miroslava@fnbrno.cz

Mgr. Jana Špačková
Supervizní tým Fakultní nemocnice
Brno
Jihlavská 25
625 00 Brno
e-mail: Spackova.Jana@fnbrno.cz

KEYWORDS:

supervision, nursing, health
professional, professional support,
education

THE US HEALTH CARE REFORM IN 2016

HELENA LUSTOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUĎĚJOVICÍCH

ABSTRACT

This article points out the basic structure and intentions of the 2010 Health Care Reform Act, publicly known as Obamacare, such as better access to health care, greater motivation to buy affordable insurance, the enrolment of a more low income population into the state-run insurance programs and the improvement in keeping the overall costs down. The article shows the impact of the 2010 reform after six years in the process. The expected results have not been fulfilled and several serious flaws have emerged. Health insurance costs more and the insurance market competition has been going down. State programs have been enrolling more people into the system but the overall costs have been on the rise. The article compares the 2016 election proposals of the strongest candidates for the American presidency in the area of health care. The Democratic Party nominee Hillary Clinton's plan introduced the view of keeping Obamacare, which included saving the best parts, solving the flaws and building on the program. The Republican candidate and now the new US president Donald Trump came up with a different solution for the health care system requiring the end of 2010 "disastrous" health care reform, eliminating the role of the state in the system and mainly supporting market forces.

KEYWORDS:

health care, reform, insurance, market, coverage, costs, competition, Medicare, Medicaid, penalty, subsidies, taxes, premiums, president, elections

1. INTRODUCTION

The current health care reform (mostly known as the Obamacare) has been the biggest step for democratic politicians after President Bill Clinton's efforts. Enacted in 2010, it is the largest social legislation in United States history. It includes 2000 pages and consists of three documents: the Patient Protection, the Affordable Care Act (ACA) and the Healthcare and Education Reconciliation Act.¹

The law deals with a wide range of topics mainly covering the health insurance market rules and governmental public programs but it also includes the health care delivery reforms and the health care workforce.²

The first and the most publicly watched issues of obtaining health insurance for all uninsured Americans and reducing the overall costs, have not been fulfilled according to the expectations. On the contrary, the administrative complexity of the law and its structural flaws have caused the costs to rise.³

Some of the significant features of the law will be introduced as well as the existing flaws. The reform process will be shown by the comparison of figures in available data sources. Using the comparative method, the possible future of the reform and its improvements will be looked at within the political programs of the two strongest 2016 presidential candidates.

2. THE PRIMARY GOALS OF THE 2010 REFORM

The primary goals of the law include⁴:

- Simple access to health insurance for Americans who cannot obtain coverage from their employers
- The enrolment of more people into the system through either subsidies (financial help from the government for people's insurance) or a penalty (a fine which has to be paid by people who can afford the insurance, but still have remained uninsured)
- The expansion of Medicaid (an insurance program for low-income Americans)
- The requirements of minimum standards for every purchased insurance plan

HEALTH INSURANCE ACCESSIBILITY

Many Americans who could not obtain their health insurance through their employers had two choices before Obamacare. They could buy insurance on their own or they could stay uninsured. However, even if they were willing to obtain coverage for themselves, they could be denied because of pre-existing health conditions. Uninsured people risked (and are still risking) personal bankruptcy caused by medical bills. The 2010

law wants to make sure that every person would have a chance to buy coverage and to enrol in the system, even if they were sick.⁵

SUBSIDIES AND PENALTIES

Due to the fact that obtaining health care insurance became mandatory, the law has to make sure that people will not enrol into the system only when they are sick. Subsidies are financial support provided by government in order to help poor people with their monthly premiums (money they have to pay for their insurance). These go directly to the insurance company and the amount depends on their income (from 133 per cent to 400 per cent of the FPL, the Federal Poverty Level). If one willingly does not obtain insurance for himself or herself, he or she has to pay a penalty. Penalties, which are lower at the beginning but become higher afterwards, make a part of the leverage for the other government payments into the health care system (i.e. subsidies).⁶

THE EXPANSION OF MEDICAID

This has been controversial step, so far. In order to enrol poor people with income up to 133 per cent of the FLP, the law had to require individual states to expand their Medicaid programs. It has opened the question how the states will, in a long term, finance this process.⁷

THE REQUIREMENTS OF MINIMUM STANDARDS

The minimum standards of covered care called the Ten Essential Benefits (EHBs) were included in the law in order to solve the problem of underinsured people. The insurance companies offered limited and cheaper coverage on the market before the reform. One could buy this coverage, which financially covered only serious injuries, for example. This option was very popular among small businesses that bought this coverage for their employees. The EHBs include, among other benefits, maternity and new-born care, prescription drugs or preventive services.⁸

3. THE EXISTING FLAWS IN THE 2010 REFORM

Several problematical areas within the 2010 reform praxes have developed. Those will be briefly introduced in this chapter and include the problems with the penalty system, the insurers, the coverage expansion, the system of subsidies, the premiums, the insurance competition and public spending.

PENALTIES

Four million individuals will have to deal with the decision in 2016 to either obtain coverage for themselves or pay a penalty; 69% of these people have incomes 400% below the Federal Poverty Level (FPL).⁹

Among those who can pay for their coverage are younger people with modest incomes who are not motivated to buy insurance and enrol into the system. They would rather pay the penalty.¹⁰ Their decision affects the fact that coverage for young people is artificially overpriced in order to keep the lower-price insurance for older enrollees.¹¹

Poorer people can be excluded from paying the penalty if the lowest-priced coverage would cost them more than 8 % of their household income. Those who are not excluded rather pay for it because the insurance would cost them a lot more. In 2014, the amount for not having insurance was \$285 (or 1% of income) per household. For the year 2016, the amount was estimated on \$2,085 (or 2.5%) per household.¹²

Some poorer people have chosen the option to pay a penalty and then they obtained basic health care through free medical clinics. These free clinics were founded to help mostly uninsured people and their burden, in the number of patients, has not been taken away by the reform.¹³

INSURERS

In accordance with the 2010 reform, insurers cannot refuse or charge higher rates for coverage even if a person who wants to buy insurance is sick. This causes problems if someone does not obtain coverage until that particular moment of sickness comes. Such individuals save money, but their actions can ruin the whole insurance market due to the fact that young people (who would sustain the financial balance) are not included.¹⁴

Insurers had to also change or end their insurance plans in order to meet all the minimal health care standards of the reform. It affected mainly so called “mini-med” insurance plans with limited benefits coverage. These plans were affordable for low- income people and offered by many small businesses and even by unions.¹⁵

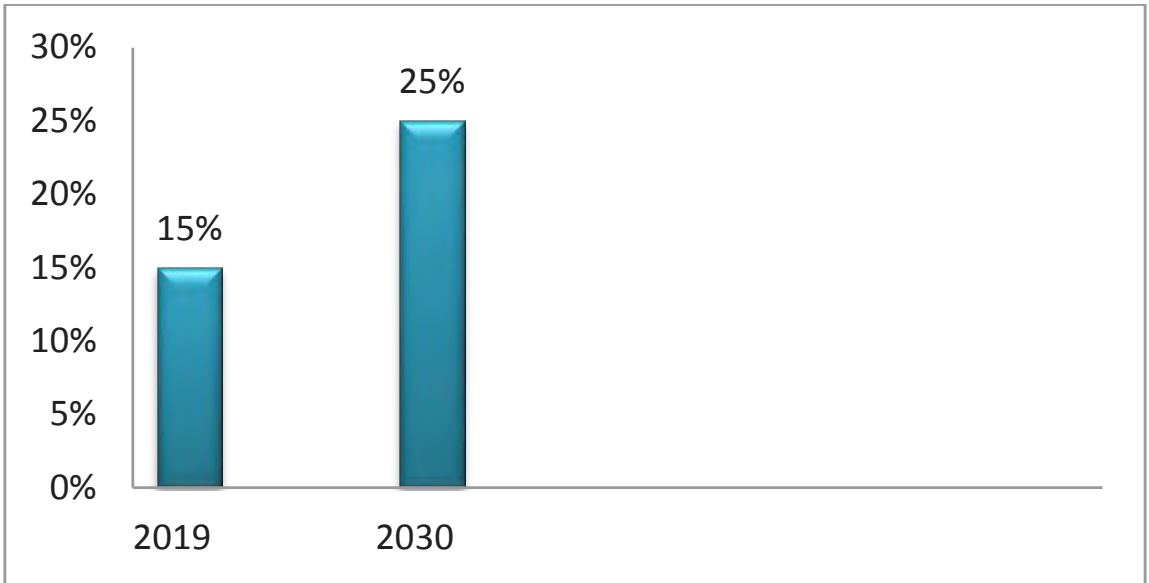
COVERAGE EXPANSION

In order to include more low income people into the system and get them covered, the reform had to save money through Medicare, the state insurance program for seniors. It was done by cuts in Medicare’s budget. Medicare has been dealing with these cuts by reducing the fees paid to health care providers such as hospitals, nursery homes, clinics etc. These actions can force providers to demand higher payments from private insurers

or even withdraw from the Medicare program (i.e. not providing care for Medicare patients). The access for seniors to obtain health care might be in danger in future.¹⁶

Cuts in Medicare are politically unattractive and even members of Congress (who have been supporting the reform) are reluctant and have reversed their opinion regarding Medicare payment reductions. Specifically, 61 Senators and more than 300 members of the House of Representatives are against those cuts.¹⁷

Figure 1: How many providers will lose money on their Medicare Business¹⁸



Data Source: Centers for Medicare and Medicaid Services. 2012 Annual report of the boards of trustees of the federal hospital insurance and federal supplementary medical insurance trust funds (accessed through Wilensky, G. (2012). The Shortfalls of “Obamacare”. The New England Journal of Medicine, [online] Vol. 367, pp. 1479-1481. Available at: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1210763#t=article> [Accessed 28 Oct. 2016].

THE SYSTEM OF SUBSIDIES

The subsidies represent state financial support to people who want to buy their insurance. The flaw of this supportive system is its complexity. Even if a person qualifies for subsidies, there are many aspects which influence the final amount. We are talking about changes in income during the year, family size, different conditions in person’s country residence and the completion of all of the needed paperwork. The complicated system has caused the exact opposite result. In 2014, a report showed that 50% of people applying for subsidies ended up owing money back to the government. On the top of that, the cost-sharing subsidies are effectively helpful only to people with an

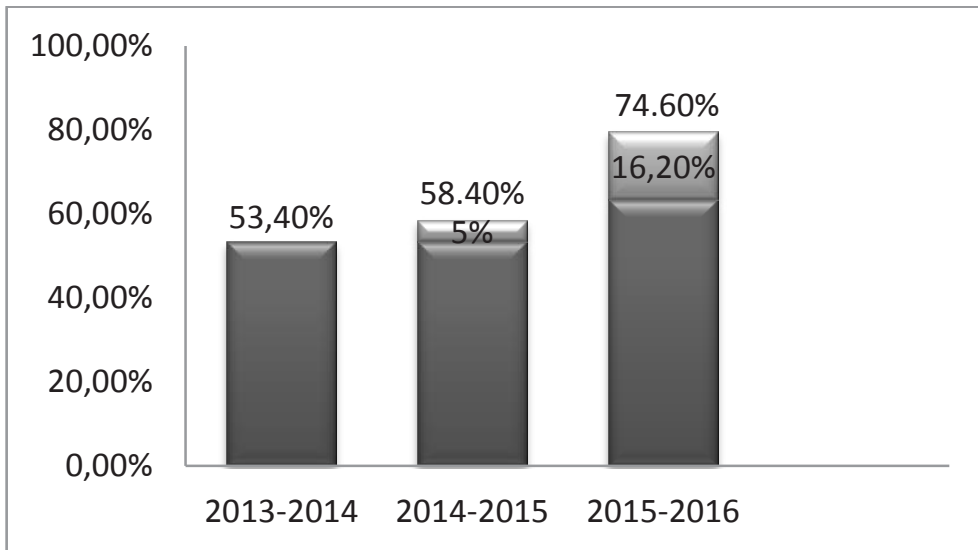
income between 100 to 150% of the FPL. For those people, the subsidies cover 94% of all their coverage expenses. As for the rest of the individuals and small companies as well, the out of pocket expenses are considerable.¹⁹

If there are not eligible for these subsidies, the individuals and small businesses have to share their medical expenses, depending on the insurance plan they are paying for. The scale goes from 40% out of pocket for the cheapest insurance (bronze plan) to 10% out of pocket with the most expensive insurance (platinum plan).²⁰

PREMIUMS

The majority of Americans have been waiting for more affordable health care. Nowadays, the average American family pays about 35 per cent of their income for health care. In spite of the fact that a reduction of the health care cost was promised, there has been a constant rise in the price of all types of premiums (i. e. money one has to pay to an insurance company for his coverage). Between 2013 and 2014 premiums on the individual and small employers market, there has been an increase of 53% in average. Since then, the premiums have been constantly going up. An annual rise is expected for the future years as well.²¹

Figure 2: The increase of premiums in the individual and small employers market in the years 2013-2016.²²



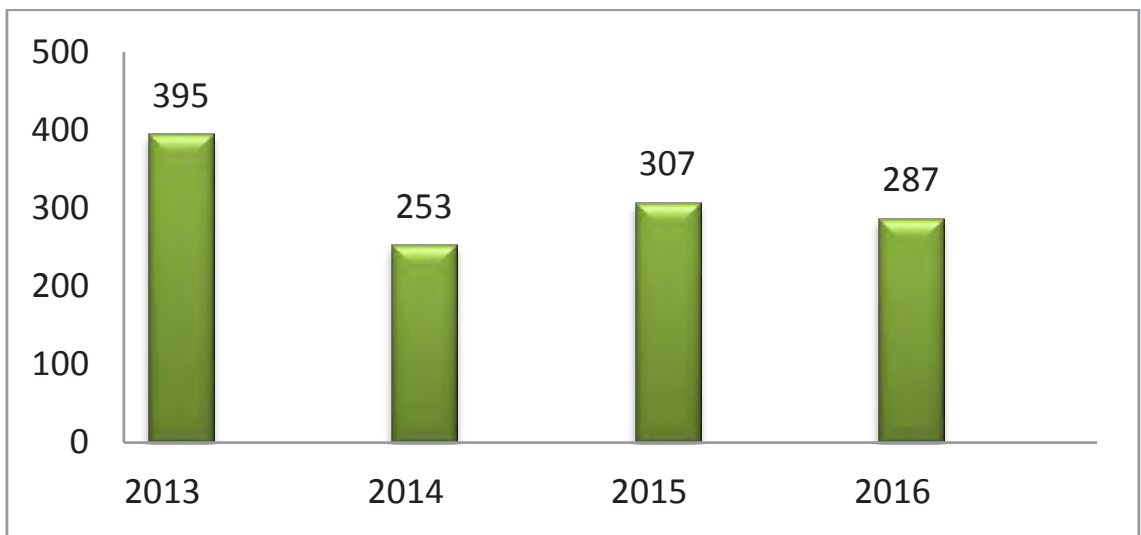
Data Source: Heritage Foundation Center for Data Analysis calculations (accessed through Moffit, R. (2016). Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems. The Heritage Foundation, [online] Vol. 3109, p. 5. Available at: <http://www.heritage.org/research/reports/2016/04/year-six-of-the-affordable-care-act-obamacares-mounting-problems> [Accessed 28 Oct. 2016].

INSURANCE COMPETITION

Instead of an expected increase in competition, Americans have been facing the decrease in number of insurers operating in the insurance market in recent years. The decreasing number of insurers leaving the market is the most visible in rural areas of the United States. For example, there have been 15 insurers in the individual and small employers market in New York in 2016, but only one in Wyoming, two in Vermont, Oklahoma or West Virginia.²³

The lack of competition in the insurance market equals higher prices and a lower quality of service. Insurers can much more easily get the healthiest people and drop the sickest customers through these rates.²⁴

Figure 3: The decreasing number of insurers in the individual and small employers market in the years 2013-2016.²⁵



Data Source: Heritage Foundation Center for Data Analysis calculations (accessed through Moffit, R. (2016). Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems. The Heritage Foundation, [online] Vol. 3109, p. 7. Available at: <http://www.heritage.org/research/reports/2016/04/year-six-of-the-affordable-care-act-obamacares-mounting-problems> [Accessed 28 Oct. 2016].

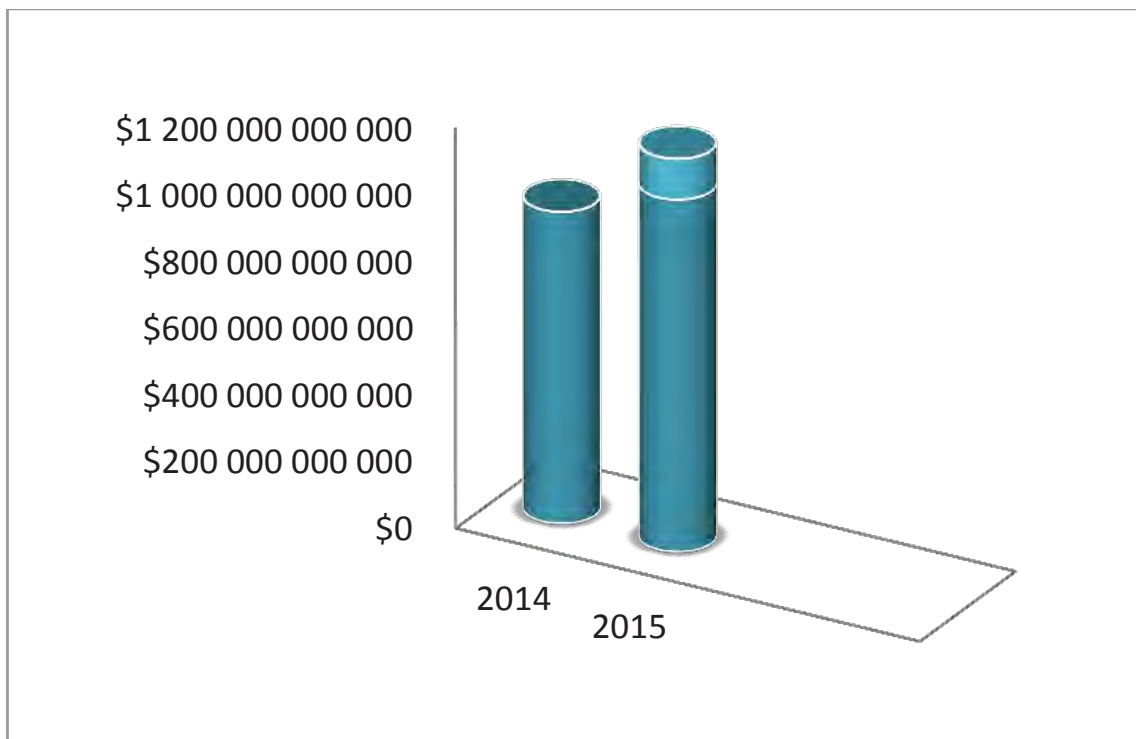
PUBLIC SPENDING

During the economic recession between years 2007 and 2009, there was a slowdown in the growth of health care spending. Since that time, there has been a constant rise mainly in public spending. Between the years 2013 and 2015, Medicaid spending increased by 32%. In 2015, the federal government spent \$936 billion on health

programs (i.e. Medicare, Medicaid, the ACA financial arrangements) which is 13% more in comparison with the year 2014.²⁶

In order to be able to finance the 2010 reform and public programs, a significant tax increase has been planned as well. Due to its unpopularity, some of these taxes have been postponed. The expected tax burden will affect individuals and possibly endanger their insurance benefits offered by their employees.²⁷

Figure 4: The increase of federal government spending on health care programs²⁸



Data Source: Congressional Budget Office, Budget and Economic Data (accessed through Moffit, R. (2016). Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems. The Heritage Foundation, [online] Vol. 3109, p. 10. Available at: <http://www.heritage.org/research/reports/2016/04/year-six-of-the-affordable-care-act-obamacares-mounting-problems> [Accessed 28 Oct. 2016].

4. THE PRESIDENTIAL ELECTIONS 2016 – HOW WILL THE HEALTH CARE REFORM CHANGE?

The 2010 reform has not stopped the increase of the overall health care costs and it has developed certain weak spots which have to be fixed. It is up to the next US president to deal with those flaws.

It is useful to compare the two final strongest presidential candidates – Hillary Clinton, representing the Democratic Party’s view, and Donald Trump, whose plan is built on Republican Party values, and their promises about the expected changes for better health care system.

Generally, Hillary Clinton wanted to save the best parts of the 2010 reform and, at the same time, reduce the overall costs. Her opponent, Donald Trump, called Obamacare an expensive “disaster” and the US health care one of the most important things which had to be changed. His view includes complete replacement of the reform with a different and cheaper solution.²⁹

None of those two candidates has brought the idea of a single-payer system which represents the closest model to the Canadian one and offers a state guaranteed insurance and health care for all citizens.

HILLARY CLINTON’S ELECTION PROPOSALS FOR THE US HEALTH CARE SYSTEM

Clinton, building on Obamacare, wanted to make several changes including:

- the Expansion of the tax credits – financial help for people, who need to buy their insurance on the individual market place³⁰
- the Expansion of Medicare – letting people enrol in the Medicare Program earlier in life, at the age of 55³¹
- the Addition of a government-run insurance plan in the marketplaces, i.e. raising the competition and lowering the prices of the private insurance plans³²
- More federal funding for the greater expansion of Medicaid and the enrolment of more low-income people into the system in order to give them proper health care³³
- Audits of insurance companies – to make sure they follow the law and treat their customers fair as well as to give an authority to each state to modify or block unreasonable health insurance rate increases³⁴
- Financial control of drug producing companies and the elimination of corporate tax deductions for direct-to-consumer advertising³⁵

DONALD TRUMP’S VIEW OF THE CHANGES FOR BETTER HEALTH CARE SYSTEM

Donald Trump in his election proposals came with the idea of complete replacement of the Obamacare and he promised to help the health care system in those specific steps:

- Creating tax-free saving accounts in order to help people with out of pocket health care spending and amending the current tax code. Americans could deduct health insurance from their taxes.³⁶

- Creating state-based segments in the market for very sick people who cannot obtain coverage due to their health condition.³⁷
- Increasing the competition and lower prices by allowing companies to sell insurance across the state lines³⁸
- Transforming Medicaid by giving the autonomy over this federal program to the individual states³⁹

COMMON 2016 ELECTION INTERESTS IN THE HEALTH CARE REFORM

The important concern in the health care issue has been the extremely high drug prices. Both Clinton and Trump, in their election proposals, suggested allowing Americans to buy cheaper drugs from overseas. Clinton wanted to negotiate lower prices with US producers via Medicare and also require drug manufacturers to provide same discounts (rebates) for Medicaid and Medicare.⁴⁰

They both required price transparency from health care providers about out-of-pocket money, doctor networks or prescription of drugs costs.⁴¹

CONCLUSION

The main goals of the 2010 health care reform have not been fulfilled. The access to health care has been lowered by higher prices and the diminishing number of insurers in the insurance market. Most significantly, the overall costs have been on the rise.

The 2010 health care reform, as we know it, is at the end of its existence. The way of those changes will depend on the new president's ability to push changes and improvements through Congress. The new president Donald Trump will have to make visible progress in lowering overall health care spending, require price transparency from all segments of the health care system and ensure fair market forces. All of these changes have to lead to better financial conditions in the insurance market for people. Americans should be allowed to get quality, accessible and affordable health care.

This article is a part of the project of the specific research GAJU no 157/2016/H.

SOURCES

- [1] Lim, L. (2014). *Beyond Obamacare. Solving the Healthcare Cost Problem*. Mustang: Tate Publishing and Enterprises, LLC, p. 57. See Wilensky, G. (2012). The Shortfalls of “Obamacare”. *The New England Journal of Medicine*, [online] Vol. 367, pp. 1479-1481. Available at: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1210763#t=article> [Accessed 28 Oct. 2016]. See also Moffit, R. (2016). Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems. *The Heritage Foundation*, [online] Vol. 3109, p. 4. Available at: <http://www.heritage.org/research/reports/2016/04/year-six-of-the-affordable-care-act-obamacares-mounting-problems> [Accessed 28 Oct. 2016].
- [2] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 4.
- [3] Ibid
- [4] Lim, L. *Beyond Obamacare. Solving the Healthcare Cost Problem*, p. 58.
- [5] Ibid
- [6] Ibid, pp. 58-60.
- [7] Ibid, p. 68.
- [8] Ibid, pp. 60-61. See obamacarefacts.com. ObamaCare | Health Insurance Exchange. [online]. Available at: <http://obamacarefacts.com/obamacare-health-insurance-exchange/> [Accessed 28 Oct. 2016].
- [9] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 12.
- [10] Wilensky, G. The Shortfalls of “Obamacare”.
- [11] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 16.
- [12] Pratini, N. (2014). How Much the Health Insurance Penalty Will Cost You. U.S. NEWS & WORLD REPORT, [online]. Available at: <http://money.usnews.com/money/blogs/my-money/2014/01/20/how-much-the-health-insurance-penalty-will-really-cost-you> [Accessed 28 Oct. 2016].
- [13] Adrews, M. (2016). Free Clinics Expanding Mission To Help Insured Patients With High Expenses. KAISER HEALTH NEWS, [online]. Available at: <http://khn.org/news/free-clinics-expanding-mission-to-help-insured-patients-with-high-expenses/> [Accessed 28 Oct. 2016].
- [14] Wilensky, G. The Shortfalls of “Obamacare”.
- [15] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 15.
- [16] Wilensky, G. The Shortfalls of “Obamacare”. See Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 12.
- [17] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 4.
- [18] Wilensky, G. The Shortfalls of “Obamacare”.

- [19] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 6.
- [20] www.bcbsm.com. What's the difference between bronze, silver, gold and platinum plans? BLUE CROSS, BLUE SHIELD, BLUE CARE NETWORK of Michigan [online] Available at: <http://www.bcbsm.com/index/health-insurance-help/faqs/topics/buying-insurance/metal-tiers.html> [Accessed 28 Oct. 2016].
- [21] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, pp. 4- 6.
- [22] Ibid, p. 5.
- [23] Sheth, S. (2016). Where Hillary Clinton and Donald Trump stand on healthcare. [online] BUSINESS INSIDER. Available at: <http://www.businessinsider.com/clinton-and-trump-on-healthcare-2016-9> [Accessed 28 Oct. 2016]. See Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, pp. 6-7.
- [24] Moffit, R. Year Six of the Affordable Care Act: Obamacare's Mounting Problems, p. 6.
- [25] Ibid, p. 7.
- [26] Ibid, pp. 8-10.
- [27] Ibid, pp. 10-11.
- [28] Ibid, p. 10.
- [29] Humer, C., Stephenson, E. How Trump, Clinton would fix the 'crazy' U.S. health system. [online] REUTERS. Available at: <http://www.reuters.com/article/us-usa-election-obamacare-idUSKCN12I103> [Accessed 28 Oct. 2016]. See *CNN LIVE. Breaking News. Trump Speaks in Battleground Ohio* (2016). [TV programme] CNN.
- [30] Humer, C., Stephenson, E. How Trump, Clinton would fix the 'crazy' U.S. health system.
- [31] Ibid
- [32] Ibid
- [33] Humer, C., Stephenson, E. How Trump, Clinton would fix the 'crazy' U.S. health system. See kff.org, (2016). Snapshot of Where Hillary Clinton and Donald Trump Stand on Seven Health Care Issues. THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION [online] Available at: <http://kff.org/health-reform/issue-brief/snapshot-of-where-hillary-clinton-and-donald-trump-stand-on-seven-health-care-issues/> [Accessed 28 Oct. 2016].
- [34] Sheth, S. Where Hillary Clinton and Donald Trump stand on healthcare. See kff.org. Snapshot of Where Hillary Clinton and Donald Trump Stand on Seven Health Care Issues.
- [35] kff.org. Snapshot of Where Hillary Clinton and Donald Trump Stand on Seven Health Care Issues.
- [36] Sheth, S. Where Hillary Clinton and Donald Trump stand on healthcare. See Humer, C., Stephenson, E. How Trump, Clinton would fix the 'crazy' U.S. health system.

- [37] Humer, C., Stephenson, E. How Trump, Clinton would fix the 'crazy' U.S. health system.
- [38] Sheth, S. Where Hillary Clinton and Donald Trump stand on healthcare. See Humer, C., Stephenson, E. How Trump, Clinton would fix the 'crazy' U.S. health system.
- [39] kff.org. Snapshot of Where Hillary Clinton and Donald Trump Stand on Seven Health Care Issues.
- [40] Sheth, S. Where Hillary Clinton and Donald Trump stand on healthcare. See Humer, C., Stephenson, E. How Trump, Clinton would fix the 'crazy' U.S. health system.
- [41] kff.org. Snapshot of Where Hillary Clinton and Donald Trump Stand on Seven Health Care Issues.

AMERICKÁ REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ V ROCE 2016



KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Helena Lustová
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie
a charitativní práce
Kněžská 8
370 01 České Budějovice
e-mail: lustova@tf.jcu.cz

ABSTRAKT

Tento článek poukazuje na základní strukturu a záměry reformy z roku 2010 o zdravotní péči (americkou veřejností nazývanou Obamacare) jako je například zajištění lepšího přístupu ke zdravotní péči, zvýšení motivace ke koupi cenově dostupného pojištění, zahrnutí více obyvatel s nízkými příjmy do státních programů a udržení celkových finančních nákladů. Článek ukazuje efekty reformy z roku 2010 po šesti letech její aplikace. Současné výsledky neodpovídají očekáváním a některé závažné nedostatky vycházejí na povrch. Zdravotní pojištění je dražší a konkurence na trhu klesá. Státní programy přijaly více lidí do systému pojištění, ale celkové náklady zdravotního systému jsou stále na vzestupu. Dále článek srovnává volební návrhy nejsilnějších kandidátů na amerického prezidenta z roku 2016 v oblasti zlepšení zdravotní péče. Plán demokratické kandidátky Hillary Clinton zahrnuje udržení reformy z roku 2010 ve smyslu zachování nejlepších částí, řešení jejích nedostatků a postavení dalších kroků na jejích základech. Republikánský kandidát a nově zvolený prezident Donald Trump ve svém volebním příslibu navrhuje odlišné řešení pro systém zdravotní péče zahrnující

ukončení současně „katastrofální“ reformy zdravotnictví, eliminaci úlohy státu v systému zdravotnictví a hlavně podporu tržní síly.

KLÍČOVÁ SLOVA:

zdravotní péče, reforma, pojištění, trh, pojistné krytí, náklady, konkurence, Medicare, Medicaid, penále, finanční příspěvek, daně, náklady na pojištění, prezident, volby

MÍSTO SUPERVIZE VE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCI

ADÉLA MICHKOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

ABSTRACT

Príspevek se věnuje otázce využití supervize zdravotně sociálních pracovníků a sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Prezentuje dílčí výsledky výzkumu Supervize v sociální práci 2016, jehož cílem bylo zmapovat míru využití supervize v sociální práci a zdravotně sociální práci v ČR a postoje zadavatelů a potenciálních zadavatelů k supervizi. Výzkum navazuje na obdobné šetření realizované v r. 2007.

Výzkum byl realizován formou dotazníkového šetření mezi vedoucími pracovníky přímo nadřízenými zdravotně sociálním pracovníkům.

Porovnání výzkumů z roku 2007 a 2016 poukazuje na rostoucí zájem o supervizi ve zdravotnických zařízeních – supervizi aktuálně využívá 58 % organizací (v r. 2007 to bylo 42 %), přičemž významným podpůrným faktorem pro zavedení se jeví především oblast vzdělání vedoucích pracovníků - manažeři se vzděláním v sociální práci jeví o supervizi větší zájem než vedoucí pracovníci s jiným zaměřením. Supervize realizovaná na pracovištích je většinou vedoucích pracovníků (92 % z nich) vnímána jako přínosná a zvyšující se informovanost jim umožňuje dojednat

supervizi dle potřeb pracoviště. Ke hlavním zjištěním výzkumu jako celku však patří prokázání pozitivního vlivu povinného zakotvení supervize na její využívání v těch oblastech sociální práce, u kterých je supervize součástí standard kvality, a to (v dlouhodobém horizontu) bez negativního efektu na faktický přínos supervize, tj. nepotvrdily se obavy, že povinně realizovaná supervize bude prováděna pouze formálně. Tyto i další výsledky prezentovaného výzkumu mohou přispět do diskuze o místě supervize ve zdravotnictví nejen u zdravotně sociálních pracovníků.

KEYWORDS:

supervize, zdravotně sociální práce, standardy kvality, zadavatel

ÚVOD

Tento příspěvek se věnuje problematice supervize ve zdravotně sociální práci, resp. v sociální práci v resortu zdravotnictví. Supervize jako nástroj zajišťování kvality se v sociální práci začala ustavovat již před více než sto lety a ve světě se po celou tu dobu vyvíjela. Zdravotně sociální práce byla jednou z oblastí sociální práce, rozvíjely se společně a supervize s nimi. I v anglosaském prostředí, kde je supervize využívána déle a ukotvena lépe než v České republice, se její podoba pro potřeby zdravotnictví utvářela velmi dlouho. Na straně jedné bylo třeba nejdříve oddělit profesionální a osobní růst, tzn. vymezit hranice supervize a terapie (Yegdich 1999), na straně druhé se obsah pojmu supervize blížil mentoringu, když byla pojímána jako forma dlouhodobého vedení mladšího pracovníka jeho starším a zkušenějším kolegou. (Milne 2007)

S postupujícím propojováním zdravotní a sociální péče se např. ve Velké Británii posouvá i vnímání pojmu supervize ve zdravotnictví. Care Quality Commission (nezávislá instituce regulující poskytování zdravotní a sociální péče v Anglii) ve svém metodickém materiálu definuje supervizi jako proces podporující, upevňující a rozvíjející profesionální znalosti, dovednosti a hodnoty jednotlivců i týmů. (2013) Tamtéž jsou pak uvedeny cíle supervize ve zdravotně sociální péči: reflektování vlastní praxe, hloubkový rozbor jednotlivých případů, podpora změny v profesionální činnosti a sledování rozvojových potřeb pracovníka. Procesní charakteristiky této supervize jsou totožné s pojetím většinově přijímaným u nás.

V českém prostředí je díky naší historické zkušenosti situace jiná, supervize ve zdravotnictví dosud ukotvena není. Sociální práci jsme začali znovu systematicky budovat až po roce 1989 a zdravotně sociální práce je ještě mladší. Zdravotně sociální práce jako samostatný, jasně ohraničený obor byla poprvé vymezena legislativou v roce 2004, kdy byl přijat zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Zdravotně sociální práce navazuje na pozici tehdejších sociálních sester a formálně je zařazena mezi zdravotnická povolání, ačkoliv věcně je nepochybně jednou ze specializací v rámci sociální práce. Trendy a přístupy, které se v sociální práci prosadily a mají v ní své místo, se ve zdravotně sociální práci prosazují déle a obtížněji – mj. právě proto, že je svou příslušností ke zdravotnictví od hlavního proudu odtržena. V plném rozsahu to platí i pro supervizi.

STRUČNĚ K VÝZKUMU

Text předkládá a interpretuje část výsledků výzkumu zaměřeného na využití supervize v sociální práci, který proběhl v období červenec - říjen 2016. Výzkum sledoval míru využití supervize, charakteristiky využívané supervize, informovanost a postoje k supervizi a překážky při zavádění supervize.. Výzkum navazoval na obdobné šetření z roku 2007 a byl proveden v totožném designu, výsledky je tak možné srovnávat a sledovat vývoj v čase. V obou případech byl ke sběru dat využit internetový dotazník

a respondenty byli přímí nadřízení sociálních pracovníků, tj. obvykle střední management organizací jako zadavatelé či potenciální zadavatelé supervize.

Do výzkumu v r. 2007 bylo zapojeno celkem 447 subjektů. V aktuálním výzkumném šetření jsou zpracovávána data celkem od 620 subjektů.

S žádostí o zapojení se do výzkumu byla oslovena všechna pracoviště z oblasti sociálních služeb, zdravotní péče, školských zařízení a veřejné správy, na nichž působí sociální pracovníci či zdravotně sociální pracovníci, tj. byl osloven celý základní soubor. Informace byly čerpány z registrů a databází příslušných ministerstev.

V následujícím textu budou porovnávána data z podsouboru zdravotnických zařízení, sociálních služeb a oblasti sociálně-právní ochrany dětí. Počty respondentů a návratnost dotazníků v těchto podsouborech jsou uvedeny v tab. 1. Jak bude zmíněno dále, část subjektů působí ve více oblastech současně, nejčastější je dle očekávání kombinace sociálních služeb a zdravotní péče.

Při samotné interpretaci a zobecnění získaných zjištění je třeba mít na zřeteli limity šetření, a to především skutečnost, že vyplněné dotazníky vrací více respondenti s kladným postojem ke zkoumané problematice (např. Chrástka, 2007).

Tab. 1: Počty respondentů a návratnost dotazníků v jednotlivých podsouborech

| | Počet oslovených subjektů *) | Počet zpracovaných dotazníků | Návratnost dotazníků |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Sociální služby | 2067 | 424 | 20,5% |
| Sociálně-právní ochrana dětí | 213 | 85 | 39,9% |
| Zdravotnická zařízení | 284 | 65 | 22,9% |

* Základní soubor bez subjektů, které neměly v příslušném registru/databázi uvedenu platnou e-mailovou adresu

VYUŽITÍ SUPERVIZE VE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCI

Dle dat z výzkumu je supervize zdravotně sociálních pracovníků aktuálně využívána v 38 zdravotnických zařízeních, což tvoří 58,5 % souboru. V průměru pracoviště využívají supervizi 6 let (nejvyšší udaná hodnota byla 18 let). V r. 2007 využívalo supervizi 41,7 % pracovišť a průměrná délka zkušenosti se supervizí byla tehdy 2,5 roku (nejvyšší udaná hodnota pak 9 let). Z dat je zřejmé, že pracoviště, na nichž byla supervize v minulosti zavedena, v jejím využívání pokračují, lze tedy předpokládat, že si svůj význam na většině pracovišť obhájila.

Rostoucí zájem o supervizi zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních lze očekávat i do budoucna, Z pracovišť, které zatím supervizi nevyužívají, ji hodnotí

jako potenciálně přínosnou pro své pracoviště 66 % respondentů. 29 % z pracovišť, které supervizi aktuálně nevyužívají, zvažuje v blízké době její zavedení a má i více či méně konkrétní představu o tom, jak bude do chodu pracoviště zasazena. Respondenti aktuálně akcentují podpůrnou funkci supervize při zvládání pracovní zátěže, v roce 2007 dominoval požadavek, který se dá shrnout do kategorie “řešení problémů”. Sledování změn v požadavcích zadavatelů na charakter supervize, ačkoliv i zde jsou výsledky velmi zajímavé, však není v možnostech tohoto textu.

Pro uvažování nad faktory ovlivňujícími míru využití supervize ve zdravotnictví je významné zjištění, že subjekty, které poskytují výlučně zdravotní péči, zajišťují svým zdravotně sociálním pracovníkům supervizi jen ve 28,1 %. Ty organizace, které jsou současně i poskytovateli sociálních služeb, využívají supervizi v 92,6 %. Odlišnosti mezi těmito dvěma podsoubory lze pak nalézt také v charakteristice využívané či plánované supervize. Zatímco zdravotnická zařízení, která současně poskytují sociální služby, v převážné většině (71 %) zajišťují supervizi všem odborným pracovníkům a téměř polovina využívá supervizi vedoucího pracovníka (45 %), u výlučně zdravotnických zařízení je supervize častěji realizována a plánována jen pro pracovníky v přímé péči (50 %) a supervize vedoucího pracovníka je využívána jen ojediněle.

Shodně s ostatními podsoubory je i ve zdravotnických zařízeních využívána převážně supervize externí (92 %). Toto rozšíření externí supervize, kdy je kladen důraz především na její podpůrnou složku, je specifikem České republiky. Kadushin a Harkness (2014) uvádějí, že např. v USA pracuje 85 % supervizorů v oblasti sociální práce na pozici interních supervizorů, kdy má supervize více administrativní charakter.

FAKTORY PODPORUJÍCÍ VYUŽITÍ SUPERVIZE VE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCI

Z výsledků lze identifikovat dva faktory související s rostoucí mírou využití supervize u zdravotně sociálních pracovníků. Prvním je výrazný posun v oblasti kvalifikace respondentů, tj. přímých nadřízených zdravotně sociálních pracovníků. Zatímco v r. 2007 mezi respondenty převládalo zdravotnické vzdělání (vyjma zdravotně sociální práce), v r. 2016 dominuje vzdělání v sociální práci (viz tab. 2).

Tab. 2: Oblast vzdělání respondentů - přímých nadřízených zdravotně sociálních p

| | 2007 | 2016 |
|--------------------------|-------|-------|
| Sociální práce | 15,9% | 38,5% |
| Zdravotně sociální práce | 13,6% | 18,5% |
| Jiný zdravotnický obor | 41,0% | 30,8% |
| Jiné | 29,5% | 12,2% |

Jak je patrné z dat uvedených v závěru předchozí kapitoly, druhým významným faktorem je povinnost práce pod supervizí. Zdravotnická zařízení, která jsou současně poskytovatelem některé sociální služby a vztahují se na ně tedy Standardy kvality sociálních služeb (dále jen SQSS), využívají supervizi 3x více než ta pracoviště, která poskytují pouze zdravotní péči.

Vliv povinného zakotvení supervize lze doložit také daty z podsouboru poskytovatelů sociálních služeb a z oblasti sociálně-právní ochrany dětí (dále jen SPOD). V tab. 3 je znázorněn posun v míře využití supervize u jednotlivých podsouborů – porovnání údajů z r. 2007 a r. 2016. Nejvýznamnější rozdíl je patrný v oblasti sociálně-právní ochrany dětí. Lze předpokládat, že významnou roli zde hrály, obdobně jako v roce 2007 u sociálních služeb, standardy kvality.

| Tab. 3: Počet subjektů využívajících supervizi | | |
|---|----------|----------|
| | Rok 2007 | Rok 2016 |
| SPOD* | 34,5% | 100,0% |
| sociální služby | 76,9% | 87,5% |
| zdravotní péče | 41,7% | 58,5% |

* V r. 2007 v rámci obecních úřadů z rozšířenou působností vyhodnocovány společně s oblastí sociální péče.

V roce 2007 byla supervize jednoznačně nejvíce využívána v oblasti sociálních služeb a průměrná délka zkušenosti se supervizí byla 3 roky, přičemž 50 % poskytovatelů zavedlo supervizi v letech 2005 - 2007, tj. v době, kdy byl diskutován a následně přijat a uveden v platnost zákon o sociálních službách vč. SQSS.

Obdobnou situaci můžeme sledovat v oblasti sociálně-právní ochrany dětí. Ta se během téměř desetiletého mezidobí, které uplynulo od předchozího výzkumu, vydala stejnou cestou jako sociální služby. S novelou zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí v roce 2013 (zákon č. 401/2012 Sb.) vstoupily do legislativy standardy kvality sociálně-právní ochrany. A právě v podsouboru SPOD byla supervize v r. 2016 využívána ve 100%. Význam standardů podporuje i zjištění, že 75 % pracovišť SPOD začalo využívat supervizi až po roce 2012 (56,6% v letech 2012 – 2014, tedy bezprostředně po vydání standardů). V průběhu interpretace dat bylo sledováno i riziko, že supervize jako povinně ustanovená či nařízená činnost bude realizována a vykazována pouze formálně, bez faktického přínosu. Supervizi, jak se zdá, se toto riziko vyhnulo. Jak již bylo zmíněno výše, supervizi jako jednoznačně přínosnou či převážně přínosnou pro pracoviště hodnotí 92,4 % respondentů, kteří s ní mají zkušenost. I mezi těmi, kteří supervizi zaváděli výhradně „z povinnosti“ (68 subjektů z 508, které supervizi využívají), je hodnocení přínosu supervize překvapivě příznivé – jako přínosnou ji hodnotí 80,9 % respondentů z těchto organizací.

ZÁVĚR

V příspěvku jsou prezentovány dílčí výsledky výzkumu Supervize v sociální práci, z oblasti zdravotně sociální práce. Ve všech sférách, v nichž působí sociální pracovníci, lze stále sledovat trend rostoucího zájmu o supervizi. Výzkum dokládá, že povinné zakotvení supervize významně zvyšuje míru využívání supervize, a to bez významnějšího negativního vlivu na kvalitu supervize (resp. subjektivní hodnocení jejího přínosu), i ta pracoviště, která k supervizi přivedla povinnost, ji hodnotí jako přínosnou.

V souvislosti s periodickou diskuzí o kladech a záporech povinného ukotvení supervize (v kterémkoliv oboru) je zajímavé porovnání podsouboru zdravotnických zařízení. V zařízeních poskytujících výlučně zdravotní péči je supervize využívána výrazně méně a s převažujícím zájmem o supervizi pracovníků v přímé péči. V organizacích poskytujících současně zdravotní péči a sociální služby je častěji supervize poskytována celému týmu (všem odborným zaměstnancům) a je hojně využívána supervize vedoucích pracovníků.

Významným faktorem souvisejícím s rozvojem supervize ve zdravotně sociální práci se rovněž jeví oblast kvalifikace manažerů – přímých nadřízených pracovníků, tj. faktických zadavatelů supervize, směrem k vyššímu zastoupení sociálních pracovníků na těchto pozicích.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Care Quality Commission. Supporting information and guidance: Supporting effective clinical supervision. (2013). Dostupné z https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130625_800734_v1_00_supporting_information-effective_clinical_supervision_for_publication.pdf
- [2] CHRÁSTKA, M. Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [3] KADUSHIN, A. AND D. HARKNESS *Supervision in Social Work*. Edition ed. New York: Columbia University Press, 2014. ISBN 978-0-231-15176-4.
- [4] MILNE, D. An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 2007, 46(4), 437-447.
- [5] MICHKOVÁ, A. Supervize v sociální práci v České republice. Disertační práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích v r. 2009. 125 s. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ce8u2a/>
- [6] YEGDICH, T. Lost in the crucible of supportive clinical supervision: supervision is not therapy. *Journal of Advanced Nursing*, May 1999, 29(5), 1265-1275.

PLACE OF SUPERVISION IN HEALTH AND SOCIAL WORK



ABSTRAKT

The paper discusses the issue of the use of supervision of health and social workers and social workers in health care. Partial results of the research "Supervision in social work 2016" are presented and interpreted. The research continues to a similar survey carried out in 2007. The research was designed like a questionnaire survey among managers of health and social workers.

Comparing surveys from 2007 and 2016 highlights the growing importance of supervision in health care - supervision currently is used in 58 % of organizations (42 % in 2007). Results show the importance of area of managers' education - those, who are social workers, seem more interested in supervision than other managers. 92 % of managers describe supervision of health and social workers like beneficial and supporting process in their workplaces.

The main finding of whole research is, that mandatory supervision as a part of quality standards influences very strong and positively to implementing supervision (in those areas of social work, where quality standards are provided).

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně
sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: Adela.Michkova@upce.cz

KLÍČOVÁ SLOVA:

supervision, health and social work,
quality standards, authority

PARAFILIE A JEJICH ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ ASPEKTY

JANA NOVOTNÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Parafilie neboli sexuální deviace jsou závažnou zdravotnickou tématikou, která má velmi výrazný přesah i do dalších disciplín. Mezi ty hlavní patří medicína, psychologie a sociální práce. Obecně je možné rozdělit zdravotní aspekty do dvou hlavních skupin, a to na aspekty v souvislosti s léčbou a důsledky související s realizovanými postupy či sexuálními praktikami. Sociální aspekty života s parafilii je možné rozdělit na aspekty ve vztahu k rodině, zaměstnání a aspekty společenské. Příspěvek je zaměřen na definování základních zdravotně-sociálních aspektů obou uvedených skupin. Prezentované výsledky vychází z kvalitativního výzkumu realizovaného v rámci interního grantu VŠPJ.

KLÍČOVÁ SLOVA:

parafilie, zdravotní aspekty, sociální aspekty

SEXUALITA A PARAFILIE

Poruchy sexuální preference (dále již jen parafilie) jsou v esencialistickém pojetí poruchami vrozenými. Takovýto typ sexuálního chování překračuje hranice stanovená pro tzv. normální sexualitu. (Weiss, 2010)

Ze sexuologického hlediska je možné považovat za normální konsensuální sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery. Tyto sexuální aktivity současně nevedou k psychickému nebo tělesnému poškození zdraví. (Šulová, Fait, Weiss et al., 2011)

Duševní život jedince se opírá o uvědomění si vlastního já a rozděluje sexuální motivaci do dílčích motivačních stavů závislých na komunikaci mezi partnery, na jejich vzájemných sexuálně motivovaných výzvách a odpovědích. Sexuální chování není tedy vysvětlitelné jednotným sexuálním pudem. Sexuální chování je určováno komunikačním procesem na podkladě dílčích motivačních stavů, kdy jedinec na specifické sexuální podněty odpovídá specifickými sexuálními reakcemi. Sexuální chování zahrnuje celou škálu aktivit, které mají za cíl signalizovat sexuální zájem subjektu a také navodit sexuální zájem případných objektů. (Pavlovský, 2012)

ZDRAVOTNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S PARAFILIEMI

Zdravotní důsledky zásadně nesouvisí s vlastní přítomností parafilie u jedince nýbrž především s terapií těchto poruch nebo s realizovanými postupy či sexuálními praktikami.

a) Zdravotní aspekty v souvislosti s léčbou

Do této kategorie je možné zařadit především hormonální léčbu, která je u některých poruch indikována. Hormonální léčba s sebou přináší množství nežádoucích účinků, které mohou mít vliv na život parafilního jedince. Hormonální léčba vede k celkovému útlumu sexuality tohoto jedince, tento fakt má však dopad na jedincovu sexualitu partnerskou a tedy nedevariantní. Dalším významným faktorem je dočasná neplodnost, která může opět působit partnerské potíže a komplikovat snahu jedince o potomka. Mezi další důsledky hormonální léčby patří nárůstu tělesné hmotnosti, feminizace vzhledu, únava, nauzea, osteoporóza apod.

Dalším významným tématem spadajícím do kategorie zdravotních aspektů patří tematika terapeutické kastrace. Terapeutická kastrace je chirurgický zákrok, při kterém dojde k odstranění varlat. Pro kastraci ve smyslu této definice pak lze užít i termín oboustranná orchiektomie. Kromě odnětí varlat lze použít se stejným účinkem i operaci, při níž je odstraněna pouze hormonálně aktivní testikulární tkáň, přičemž kůra varlete, která

pohlavní buňky ani hormony netvoří, se ponechá ve skrotu i s nadvarlaty a chámovody (tzv. „testikulární pulpektomie“). Funkčním důsledkem kastrace je výrazný pokles hladiny testosteronu v krvi, jehož následkem je pokles sexuální apetence na úroveň, kterou je jedinec schopen lépe kontrolovat, zachována přitom zůstává extratestikulární, zvláště nadledvinková tvorba tohoto hormonu, tedy asi 5 % hodnoty před kastrací. (Zvěřina, Weiss, Hollý, 2014) Po tomto výkonu se jedinec může potýkat s obdobnými zdravotními problémy jako je hormonální léčby. Jedná se především o výrazné omezení partnerské sexuality, nezvratnou neplodnost, psychické problémy, osteoporóza, změna tělesné hmotnosti, třes a feminizace vzhledu tohoto jedince. (Zvěřina, 2014; Weiss, 2008)

b) Zdravotní důsledky související s realizovanými postupy či sexuálními praktikami

Do této kategorie je možné zařadit úrazy související s realizací přepadení či znásilnění objektu. V tomto případě se jedná o poranění, k nimž dochází při realizaci sexuální delikvence, například u patologické sexuální agresivity. Mechanismus vzniku poranění souvisí s napadením a zápasem či průběhem samotného znásilnění oběti. Nejčastěji se jedná o hematomy, škrábance, drobné tržné rány apod.

Dále důsledky související s realizací extrémních sexuálních praktik. Zde se může jednat jak o nebezpečné formy realizace partnerské sexuality, tak i o nebezpečné autoerotické postupy. V rámci této kategorie je rizikový např. sadomasochismus. Některé techniky, které jsou při sadomasochistické sexualitě používány pro dosahování vzrušení, mohou přinášet zdravotní rizika různé intenzity od poruch integrity kůže až po mozkovou asfyxii. Mozkové asfyxie je dosahováno dušením, věšením nebo škracením s cílem dosáhnout většího sexuálního vzrušení. Důsledkem těchto postupů může být vznik hypoxického poškození mozku nebo i smrt.

METODIKA A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Pod záštitou interního grantu Vysoké školy polytechnické v Jihlavě č. 1200/4/1611 byl realizován kvalitativní výzkum. Toto kvalitativní šetření bylo zaměřeno na sociální dopady života s parafilii. Jako technika sběru dat bylo zvoleno interview.

Šetření probíhalo na sexuologických odděleních nebo u klientů sexuologických ambulancí a to v měsících březen 2015 až prosinec 2016. Celkový výzkumný soubor byl tvořen 56 jedinci s různými typy parafilii.

VÝSLEDKY

SOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S PARAFILIEMI

Při pohledu na sociální aspekty života s parafiliiemi je třeba vzít v úvahu, v jaké situaci se jedinec aktuálně nachází. Obecně je tuto situaci možné rozdělit do dvou skupin. V první skupině se nachází jedinci, jejichž parafilie nebyla dosud odhalena a ve druhé ti, u nichž došlo k odhalení parafilie.

a) Skupina neodhalených parafiliků

Jedinci u nichž nedošlo k odhalení parafilie nebo jedinci odhalení, kteří popisují období před vlastním odhalením jejich parafilie, popisují jen minimální nebo žádné sociální důsledky života s parafilii. Problémy, jež jsou v rámci této skupiny popisovány, je možné zařadit do kategorie neuspokojení v partnerských vztazích.

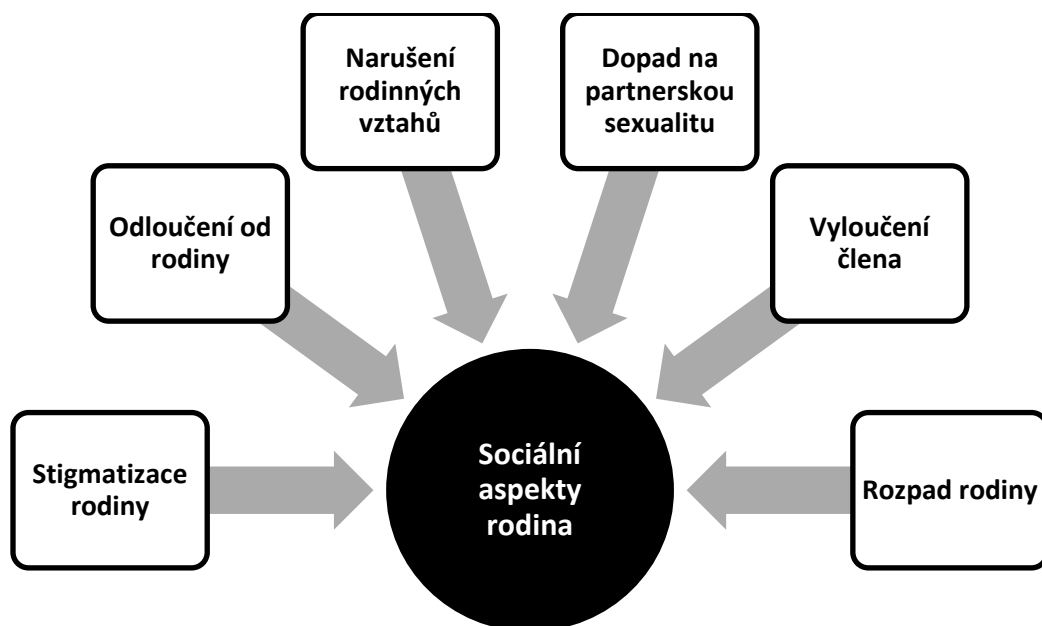
Specifickou skupinou jsou jedinci páchající sexuální delikvenci. Ti často popisují obavy související s odhalením, vyšetřováním či samotným výkonem trestu. Častý model vyrovnání se tímto psychickým tlakem je abúzus alkoholu.

b) Skupina odhalených parafiliků

U skupiny odhalených parafiliků má ve vztahu k sociálním důsledkům zásadní roli, o jaký typ parafilie se jedná. Z pohledu společnosti je možné parafilie rozdělit na ty, které jsou ze společenského hlediska problematické (např. patologická sexuální agrese, sadismus, pedofilie) a ty, které nikoliv (např. voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, masochismus, fetišismus).

Jedinci trpící skupinou společensky problematických parafilii se ve svém životě potýkají s výrazně větším počtem i intenzitou sociálních dopadů své poruchy. Této skupině se věnuje podrobnější analýza sociálních dopadů.

Schéma č. 1: Sociální aspekty v percepci rodiny

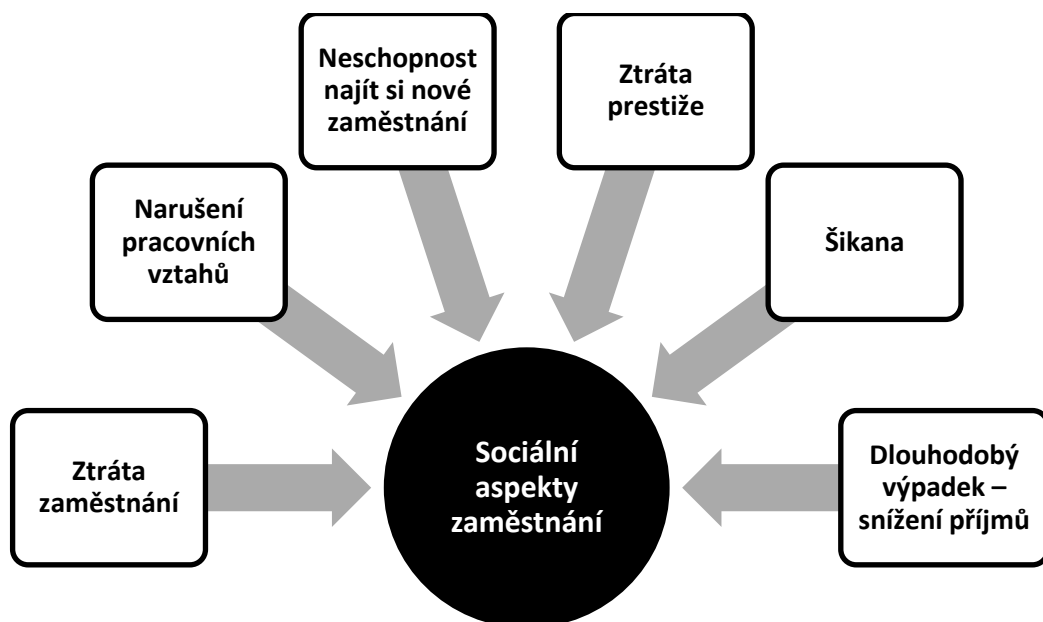


Zdroj: vlastní výzkum

Z pohledu rodiny přináší život s parafilní osobou mnohá úskalí. Hlavní aspekty ovlivňující rodinu je možné rozdělit do dvou skupin a to na vnitřní faktory a vnější faktory. Mezi hlavní vnitřní faktory patří různě intenzivní narušení vztahů mezi jednotlivými členy rodiny, dopady na partnerskou sexualitu až po vyloučení člena rodiny či rozpad rodiny.

Vnější faktory ovlivňují rodinu na základě působení sociálního prostředí. Mezi hlavní faktory této skupiny patří stigmatizace rodiny jejím sociálním prostředím, jako jsou sousedé, přátelé apod. Další nezanedbatelný dopad na rodinu má různě dlouhé odloučení parafilního jedince od rodiny v souvislosti s léčbou či výkonem trestu.

Schéma č. 2: Sociální aspekty v percepci zaměstnání



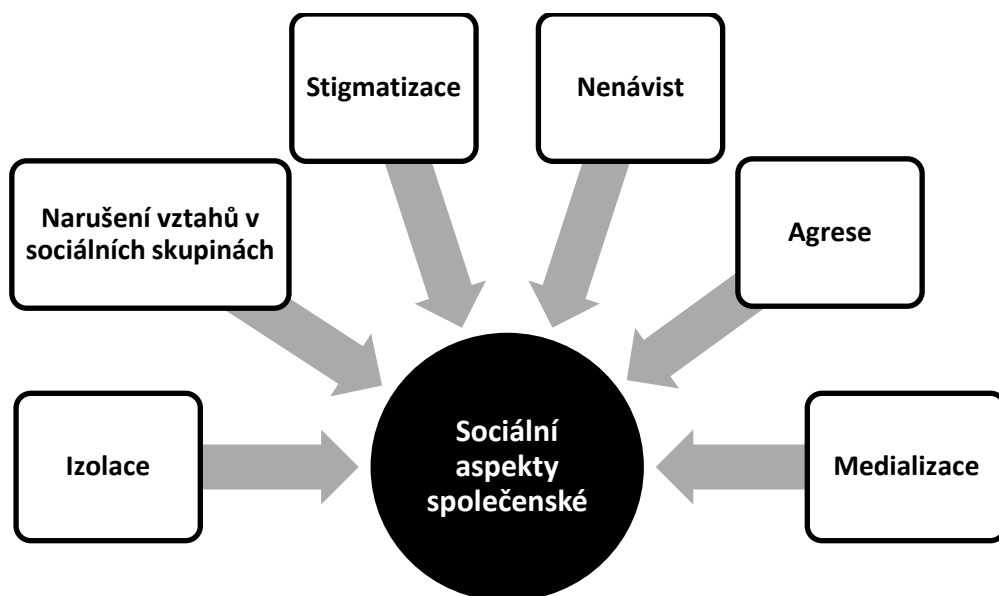
Zdroj: vlastní výzkum

V rámci sociálních aspektů souvisejících se zaměstnáním je možné rozlišit spektrum reakcí od neutrálních až po ukončení pracovního poměru. Uvedené schéma je zaměřeno na negativní dopady související s pracovní sférou parafilní osoby. Do této kategorie patří narušení vztahů na pracovišti, šikana za strany některých kolegů či nadřízených či ztráta prestiže daného jedince. Dalším významným faktorem je ztráta zaměstnání a na ni často navazující dlouhodobý výpadek příjmu, který má dopad na ekonomickou situaci celé rodiny.

Příkladem zásadních problémů pramenících ze sféry zaměstnání může být muž, který byl celý život učitelem na základní škole. Tento jedinec byl zadržen v souvislosti s držetím a šířením dětské pornografie. Na základě sexuologického vyšetření byla potvrzena diagnóza pedofilie. Tato informace se na maloměstě, v němž působil, rychle roznesla a s mužem byl ukončen pracovní poměr. Tento muž již nemá možnost ve svém oboru najít uplatnění, což mu působí nemalé psychické i ekonomické problémy.

Další problematikou je nalezení nového zaměstnání, to může souviset s nezaměstnaností v období před zjištěním parafilie nebo s kriminální kariérou jedince. Popřípadě se jedná o následek propuštění z předchozího zaměstnání.

Schéma č. 3: Sociální aspekty v percepci společnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Společenské aspekty zahrnují reakce užšího i širšího sociálního prostředí parafilního jedince. Tyto reakce mohou být od neutrálních až po silně negativní. Uvedené schéma se zaměřuje na negativní aspekty společenské sféry. Jedinec, o němž se jeho sociální prostředí dozví, že je parafilním, začne zpravidla na tohoto jedince vytvářet tlak. Tento tlak má různé podoby a je zásadním způsobem závislý na typu parafilie, kterou tato osoba trpí.

Mezi reakce sociálního prostředí je možné zařadit narušení vztahů v sociálních skupinách, izolaci, nenávist a agresi vůči parafilní osobě. Další oblastí, která může silně ovlivňovat život jedince, ale i jeho širší rodiny a přátel, je stigmatizace. Specifickým fenoménem je medializace kauzy parafilního jedince, jež má ještě výraznější dopady na život tohoto jedince.

ZÁVĚR

Parafilie jsou závažnou poruchou, která se nedá vyléčit, ale je nutné, aby se s ní jedinec naučil žít takovým způsobem, aby neporušoval zákonné ani morální normy společnosti, v níž žije.

Parafilní jedinec se musí potýkat s problémy v různých oblastech. V rámci tohoto příspěvku byla vybrána oblast zdravotní a sociální. Zdravotní aspekty souvisí nejčastěji s léčbou parafilii. Další oblastí jsou důsledky různých realizovaných postupů či specifických sexuálních praktik.

Skupinu sociálních dopadů života s parafilii je možné rozdělit podle oblastí, kterých se týká, a to na rodinnou, pracovní a společenskou sféru. Intenzita důsledků v daných oblastech je ovlivněna mnoha individuálními faktory, jako jsou vztahy v rodině, prestiž, typ zaměstnání, socioekonomická úroveň přátel apod.

Život s parafilii s sebou bezesporu přináší mnoho komplikací a problémů, kterým musí tento jedinec sám čelit. Na stranu druhou diagnóza parafilie nemůže být omluvou pro páchaní jakékoli společensky škodlivé činnosti.

Tento výzkum byl financován z prostředků Interní grantové soutěže Vysoké školy polytechnické Jihlava jako projekt č. 1170/4/1713 „Parafilie a jejich zdravotní a sociální aspekty“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 98-247-4332-5.
- [2] ŠULOVÁ, L. FAIT, T. WEISS, P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
- [3] WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.
- [4] WEISS, P. et al. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492 8.
- [5] ZVĚŘINA, J. *Terapie sexuálních delikventů – mezinárodní standardy*. Česká a Slovenská psychiatrie. 2012, 108, č. 1, 35 – 40 s. ISSN 1212-0383.
- [6] ZVĚŘINA, J. WEISS, P. HOLLÝ, M. *Výsledky terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů*. 2014. 45 s. Dostupné z: <<http://1url.cz/ytpHh>>.

PARAPHILIAS AND THEIR HEALTH-SOCIAL ASPECTS



ABSTRAKT

Paraphilias or sexual deviances are a serious health topic which has a very significant overlap into other disciplines. Medicine, psychology and social work are included among the main ones. Generally, it is possible to divide health aspects into two main groups, particularly to aspects related to treatment and to consequences associated with implemented procedures or sexual activities. Social aspects of life with paraphilias can be divided into aspects related to the family, employment and social aspects. This paper focuses on defining essential health and social aspects of both mentioned groups. Presented results based on qualitative research were conducted in the framework of the internal grant by VŠPJ.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.
Vysoký škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 1556/16
586 01 Jihlava
e-mail: jana.novotnai@vspj.cz

KLÍČOVÁ SLOVA:

paraphilias, health aspects, social aspects

VOYEURISMUS V PERCEPCI ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI

JANA NOVOTNÁ
HANA VOJÁČKOVÁ
MICHAELA PRUKNAROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Voyeurismus je jednou ze sexuálních deviací (neboli parafilií). Při této poruše je vzrušení dosahováno pozorováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů. Tento příspěvek se zaměřuje na názory a postoje veřejnosti ve vztahu k voyeurismu. Předkládaná data byla získána na základě kvantitativního šetření realizovaného pod záštitou interního grantu VŠPJ. Obecně lze říci, že pohled společnosti na sexuální deviace je neutrální. Ve srovnání s ostatními sexuálními deviacemi je pohled na voyeurismus společensky liberálnější. Realizovaný kvantitativní výzkum byl primárně zaměřen na postoje a názory veřejnosti v kontextu jednotlivých typů sexuálních deviací včetně voyeurismu. Technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření. Některými výsledky výzkumu se bude zabývat příspěvek, ve kterém se zaměříme i na vzájemné souvislosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

voyeurismus, názory, veřejnost, parafilie

DEFINICE A POPIS PARAFILIE

Termín parafilie, dříve známý pod pojmem sexuální deviace, byl poprvé použit v roce 1980. Radíme sem široké skupiny sexuálních poruch. Dodnes máme platné definice, podle kterých pak byla parafilie určena. Kritéria, která vyžadovala, aby se u jedince vyskytovaly opakované sexuální fantazie, sexuální potřeby nebo sexuální chování, které by zahrnovaly:

1. Nehumánní objekty.
2. Utrpení nebo ponížení sebe nebo partnera.
3. Děti nebo jiné nesouhlasící osoby.

Parafilie jsou také charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé nebo bizarní. (Weiss, 2008)

Sexuální deviace (parafilie) považujeme za kvalitativní odchylku struktury sexuálního motivačního systému. Vnější projev sexuálních deviací zahrnují širokou škálu aktivit od neškodného a spíše jen společensky obtížného chování (exhibice) až po nejbezpečnější trestní činy proti lidské důstojnosti, zdraví či životu obětí.

Rozlišujeme parafilie na deviace v aktivitě a deviace v objektu. Kromě toho rozdělení rozeznáváme deviace kombinované či polymorfní – u nichž se vyskytuje více druhů deviantních preferencí. (Weiss, 2010)

DĚLENÍ SEXUÁLNÍCH DEVIACÍ

a) Deviace v aktivitě

Jedná se o poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Můžeme sem zařadit voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologickou sexuální agresivitu, agresivní sadismus, sadomasochismus a jiné. (Weiss, 2010)

b) Deviace v objektu

Jako deviace v objektu označujeme kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy, tedy tím, na jaký objekt je orientovaná sexuální touha. Patří sem především pedofilie, fetišismus a transvestitismus. (Weiss, 2010)

Do této kategorie je možné zařadit také jiné deviace v objektu, mezi nejvýznamnější z nich patří:

- Nekrofilie, což je preference parafiliků být v přítomnosti mrtvého těla a fascinace vším okolo pohřbů a mrtvol.
- Dále zoofilie, jež je charakterizována preferencí zvířat jako sexuálních objektů.
- Při pyrofilii je sexuálního vzrušení dosahováno ohněm, přičemž je tato porucha nezřídka spojená i se zakládáním požárů. Výskyt této parafilie je poměrně řídký. (Weiss, 2010)

VOYEURISMUS (KÓD F65.3)

Voyeurismus je definován jako vracející se nebo přetrvávající tendence dívat se na osoby v sexuálním nebo intimním chování, jako je svlékání, aniž o tom pozorovaný objekt ví. Obyčejně vede k sexuálnímu vzrušení a masturbaci. (WHO, 2015)

Termín voyeurismus pochází z francouzského slova voir – vidět.

Určitá sexuální zvědavost, je vlastní většině mužů i žen, a však v případě pravé deviantní motivace jedinec není schopen dosáhnout sexuálního uspokojení jiným způsobem než špehováním. Popřípadě pokud je takovéto dosahování vzrušení upřednostňováno před partnerskými sexuálními aktivitami. (Šulová, Fait, Weiss et al., 2011) Z tohoto tedy vyplývá, že ne každý, kdo pozoruje sexuální aktivity nebo nahotu jiných, musí trpět voyeurismem. U voyeurismu je zrušení dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících objektů (svlékajících se či masturbujících žen, souložících párů), spojeného s masturbací. (Weiss, 2010)

Mezi možné alternativy voyeurismu je dle Moneyho zařadit:

- Skoptolagnie, která spočívá v pozorování objektů při sexuálních aktivitách.
- Skoptofilie, při níž jsou pozorovány nahé objekty.
- Mixoskopie, kdy dochází k pozorování souložících párů.
- Piktofilie, kdy jedinec upřednostňuje obscénní nebo pornografické obrazy či videonahrávky, které sleduje sám nebo se svým partnerem.

Tyto preference na rozdíl od pravého voyeurismu většinou nesplňují požadavek anonymity objektů nebo požadavek, aby objekty o tom, že jsou sledovány, nevěděly. (Weiss, 2008)

Při vlastní realizaci tohoto typu aktivit tento parafilik sleduje svůj objekt zájmu, přičemž je vzrušen či masturbuje a nemá tendenci jakýmkoli způsobem na sebe sledovaný objekt upozorňovat. (Pavlovský et al., 2012) Proto ve většině případů zůstávají voyeurů neodhaleni a nedostávají se do konfliktu se zákonem. Pokud však jsou přistiženi při masturbaci, mohou být stíháni za výtržnictví. (Weiss, 2008)

Voyeuři tráví často celé hodiny obcházením domů či dívčích internátů. Mají vytipovány své trasy, u nichž přesně vědí kdy a kde, mohou sledovat své zvolené objekty v intimních situacích. (Šulová, Fait, Weiss et al., 2011)

Problém s realizací tohoto typu sexuality lze částečně řešit společensky akceptovaným způsobem, a to uspokojováním sexuální potřeby sledování při striptýzových show, peep-show, či používáním vizuální pornografie.

Prevalenci voyeurů nelze zcela přesně určit. Voyeuři mnohdy pomoci nevyhledávají a většinou nejsou při svých aktivitách přichyceni. (Weiss, 2010)

V rámci zrealizovaných výzkumů bylo zjištěno, že u voyeurů je často zjištěna sociosexuální opožděnost, která se projevuje menším množstvím sexuálních zkušeností, studem před ženami, pocity méněcennosti. V ostatních základních parametrech se podstatně tato skupina nelišila od obecné populace. (Weiss, 2008)

METODIKA A VÝZKUMNÝ SOUBOR

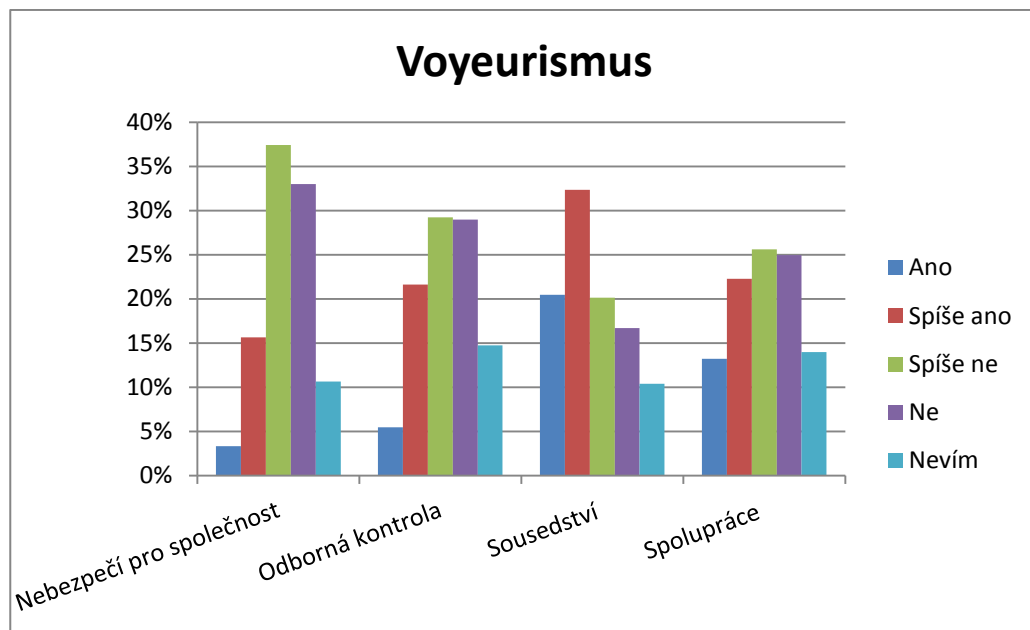
Pod záštitou interních grantů Vysoké školy polytechnické Jihlava číslo 1200/4/61355 a číslo 1200/4/1611 byl realizován kvantitativní výzkum. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Toto dotazníkové šetření bylo zaměřeno na sexuální deviace v percepci široké veřejnosti. Šetření probíhalo ve fyzické i elektronické podobě v několika etapách v měsících leden 2015 až říjen 2016. Data pro kvalitativní výzkum byla získána pomocí anonymního dotazníku, který je tvořen uzavřenými, polootevřenými a otevřenými otázkami. Respondenty byla laická veřejnost. Počet respondentů činil 3 332, z toho 69 % tvořily ženy. Z celkového počtu respondentů tvořili zhruba 29 % lidé, kteří se s voyeurismem osobně setkali. Podíl respondentů žijících ve městě činil 74 %. V dotazníkovém šetření jsme pro identifikaci po respondentech požadovali informace o pohlaví (žena, muž), věku (kategorie do 20 let, 20–30 let, 30–45 let, 45–60 let, nad 60 let), bydliště (dle statistických dat do 1 999 obyvatel, 2 000 - 4 999 obyvatel, 5 000 - 9 999 obyvatel, 10 000 - 19 999 obyvatel, 20 000 - 49 999 obyvatel, 50 000 - 99 999 obyvatel, 100 000 - 999 999 obyvatel, 1 000 000 a více obyvatel), dokončeném vzdělání (základní, vyučen v oboru, středoškolské, vyšší odborné, vysokoškolské, vysokoškolské postgraduální). U bydliště jsme do výsledků nebrali jednotlivé kategorie, ale venkov (do 1 999 obyvatel) a město (zbylé kategorie bydliště). Výsledky pro respondenty vzhledem k dosaženému vzdělání jsme do tohoto příspěvku neuváděli.

VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Shrneme-li výsledky otázky 16: „Uvedte prosím své názory na Voyeuery. a) Jsou pro společnost nebezpeční? b) Měli by být pod odbornou kontrolou? c) Vadilo by Vám s takovou to osobou sousedit? d) Vadilo by Vám s takovou to osobou spolupracovat?“

s možnostmi odpovědí Ano, Spíše ano, Spíše ne, Ne, Nevím z dotazníkového šetření, tak celkové názory všech respondentů je možno vidět na obrázku 1.

Obrázek 1: Celkový pohled veřejnosti na Voyeurismus

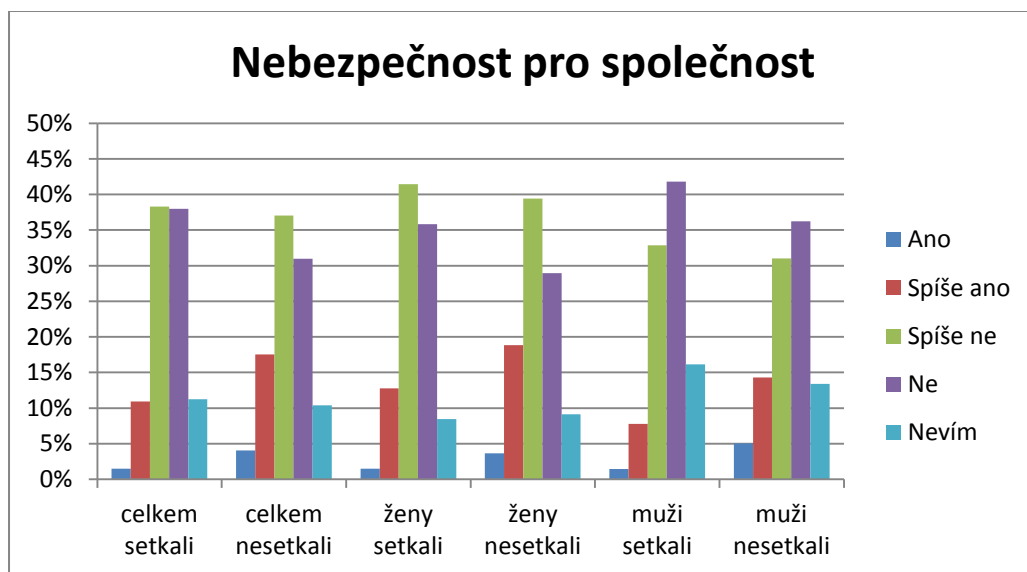


Zdroj: vlastní šetření

Většina respondentů nevnímá nebezpečí spojené s voyeurismem, 37 % odpovědělo „spíše ne“ a 33 % odpovědělo „ne“, tj. dohromady 70 % respondentů. 77 % respondentů, kteří se s voyeurismem osobně setkali, nebezpečí (spíše) nevnímají.

Rozdíl v odpovědích žen a mužů není velký, muži vnímají menší riziko, což je přirozené. Muži byli ve svých odpovědích, ale jednoznačnější než ženy, když více volili z odpovědí „ano“, „ne“, na druhou stranu více odpovídali „nevím“. Odpovědi napříč věkovými skupinami se neliší, stejně tak odpovědi lidí z měst a venkova. Podrobné výsledky z dělení respondentů na pohlaví a kontaktu s osobou se sexuální deviací voyeurismus jsou uvedeny na obrázku 2.

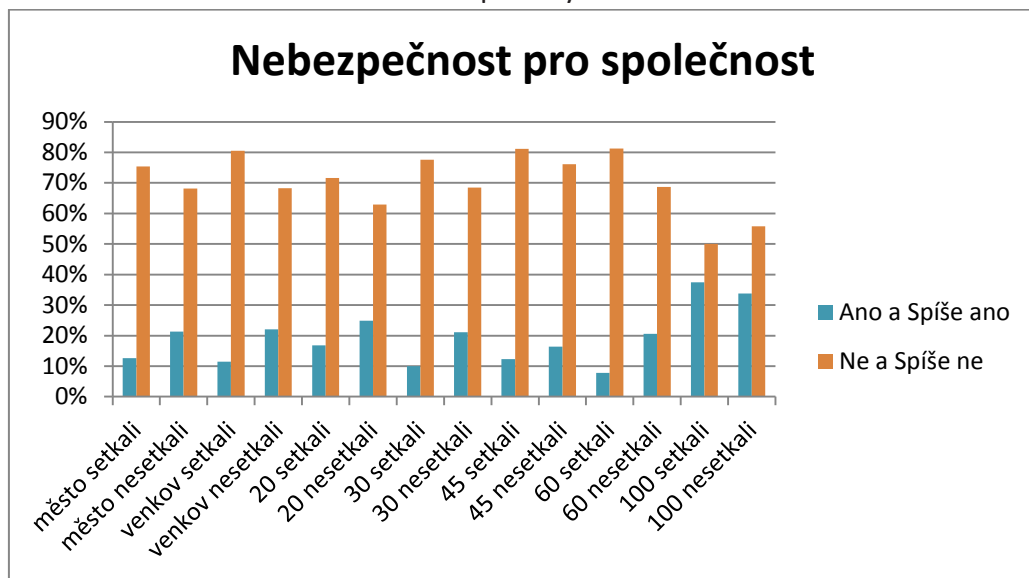
Obrázek 2: Pohled nebezpečnosti pro společnost z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící voyeurismem



Zdroj: vlastní šetření

Nebezpečnost pro společnost je nízká. Ve většině kategorií pro bydliště a věk, respondenti odpovídali Ne nebo Spíše ne v 70 % – 80 %. Z výsledků je zajímavé, že respondenti, kteří se s danou parafilí nesetkali, tak hodnotí méně příznivě nebezpečnost, tj. osoby trpící voyeurismem jsou dle jejich názoru pro společnost nebezpečnější. Podrobné výsledky pro součtové varianty Ano a Spíše ano, Ne a Spíše ne z dělení respondentů ve věkové kategorii a kontaktu s osobou se sexuální deviací voyeurismus vidíte na obrázku 3. Pro kratší popisek vodorovné osy jsme v grafu uváděli pouze horní hranici věkové kategorie.

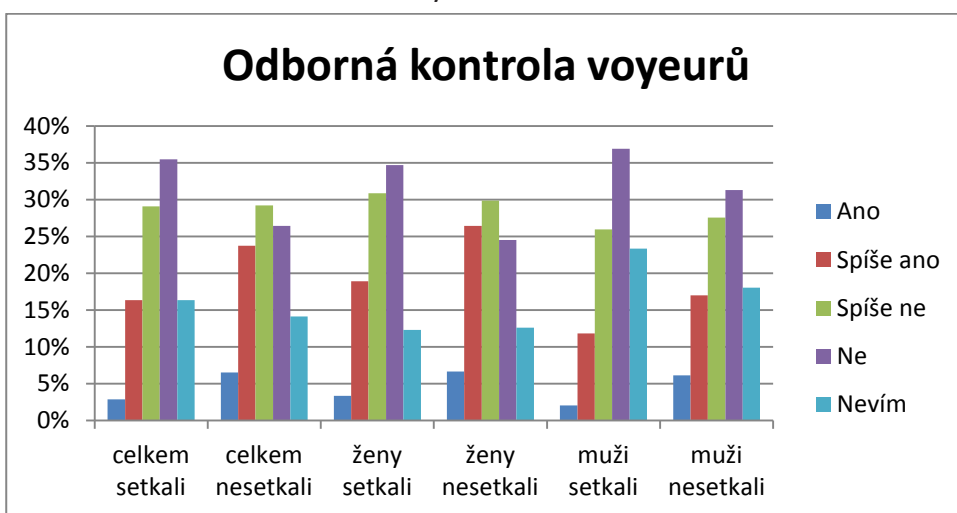
Obrázek 3: Pohled nebezpečnosti pro společnost z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící voyeurismem



Zdroj: vlastní šetření

Zaměříme-li se na odbornou kontrolu lidí trpících voyeurismus, zjistíme následující. Zhruba 60 % mužů i žen si myslí, že voyeurů odbornou kontrolu (spíše) nepotřebují, pouze 5 % respondentů odpovědělo jednoznačně „ano“. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 22 % a „nevím“ 15 % respondentů. Rozdíl v odpovědích žen a mužů je opět patrný v jednoznačnosti odpovědí, jinak jsou ale názory podobné. Podrobné výsledky vidíte na obrázku 4.

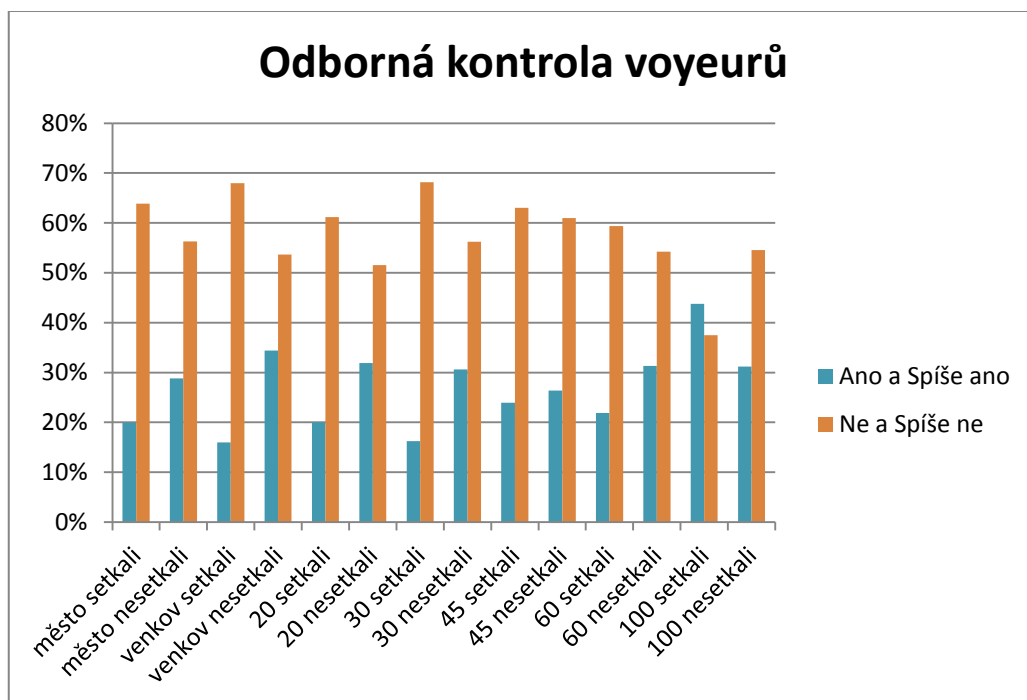
Obrázek 4: Odborná kontrola voyeurů z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící voyeurismem



Zdroj: vlastní šetření

Z hlediska bydliště je vidět, že stejně tak se neliší názory lidí z měst a venkova ani s postupujícím věkem. Lidé, kteří se s voyeurom osobně setkali, odpověděli v 65 % případů, že voyeuři by (spíše) neměli být pod kontrolou. Proti předcházející otázce Nebezpečnosti pro společnost se respondenti u této otázky, vyjadřují, že je potřebná Odborná kontrola voyeurů. Nepotřebnost odborné kontroly voyeurů respondenti uvádějí dle jednotlivých kategorií v 50 % – 70 %. Je pravdou, že u této otázky je i hodně odpovědí ve volbě Nevím, tj. respondent se nemůže rozhodnout, jestli je či není vhodná odborná kontrola voyeurů. A to dokonce až v pětině až desetině případů. Podrobné výsledky pro součtové varianty Ano a Spíše ano, Ne a Spíše ne vidíte na obrázku 5.

Obrázek 5: Odborná kontrola voyeurů z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící voyeurismem

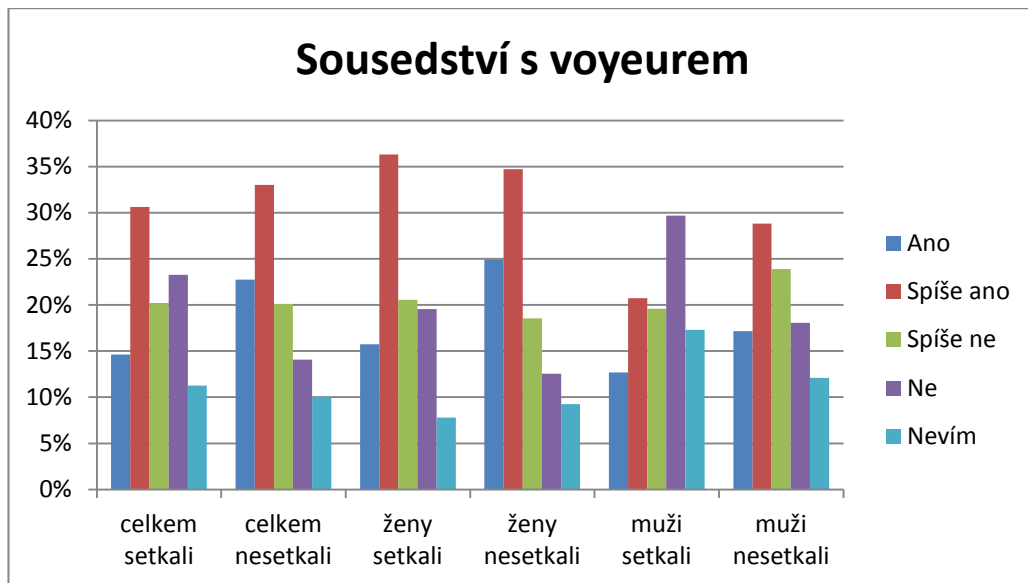


Zdroj: vlastní šetření

Z předešlých odpovědí vyplývá, že zhruba 70 % lidí (spíše) nevnímá nebezpečí voyeurismu a že tito lidé (spíše) nepotřebují odbornou kontrolu (60 %). Paradoxně však 52 % respondentů odpovědělo, že by jim vadilo s takovou osobou sousedit, 37 % respondentů odpovědělo „ne“ nebo „spíše ne“. Respondenti, kteří měli osobní zkušenost, ve 45 % odpovídali „ano“ nebo „spíše ano“.

Ženy odpovídaly dohromady v 58 % případů „spíše ano“ a „ano“, muži pouze ze 42 %. Ukazuje se také velký rozdíl v tom, že mladým ženám by vadilo s takovou osobou více než ženám starším. Muži naopak s postupujícím věkem čím dál více odmítají s voyeurom sousedit. Podrobné výsledky vidíte na obrázku 6.

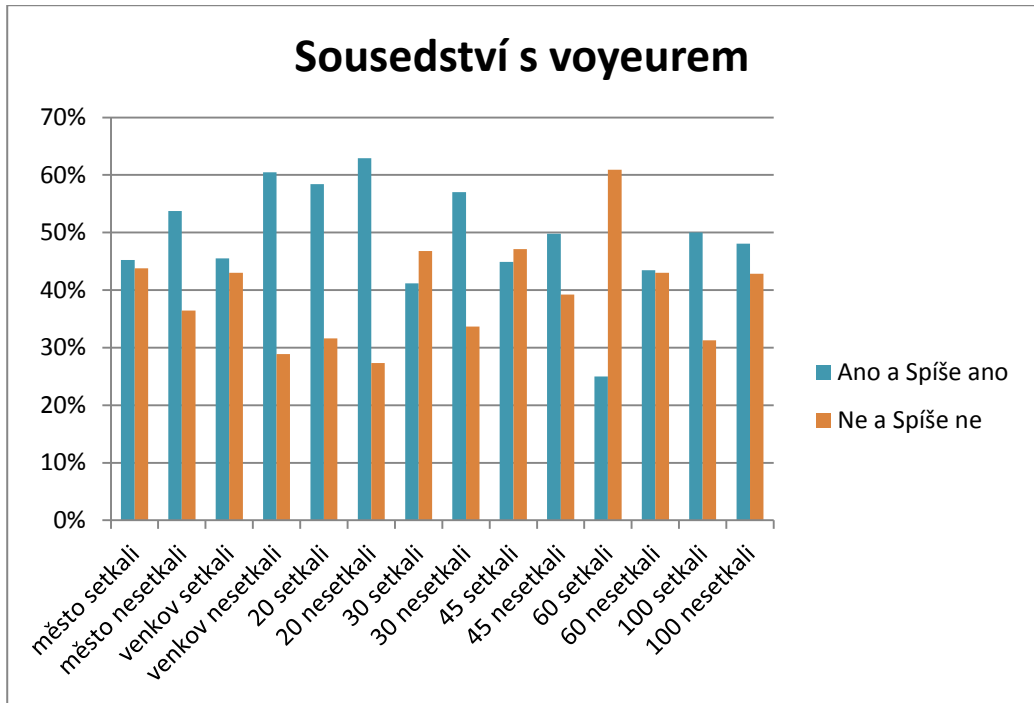
Obrázek 6: Sousedství s voyeurom z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící voyeurismem



Zdroj: vlastní šetření

Porovnáme-li respondenty, kteří se s danou sexuální deviací setkali s respondenty, kteří se nesetkali a součtové odpovědi z variant Ano a Spíše ano versus Ne a Spíše ne, tak můžeme konstatovat, že více procent u respondentů ve variantě Ne a Spíše ne se vyskytuje pouze u respondentů, kteří se setkali s osobou trpící voyeurismem ve třech věkových kategoriích (20 – 30 let, 30 – 45 let, 45 – 60 let). Ostatní vadí sousedit s voyeurom. Podrobné výsledky pro součtové varianty Ano a Spíše ano, Ne a Spíše ne vidíte na obrázku 7.

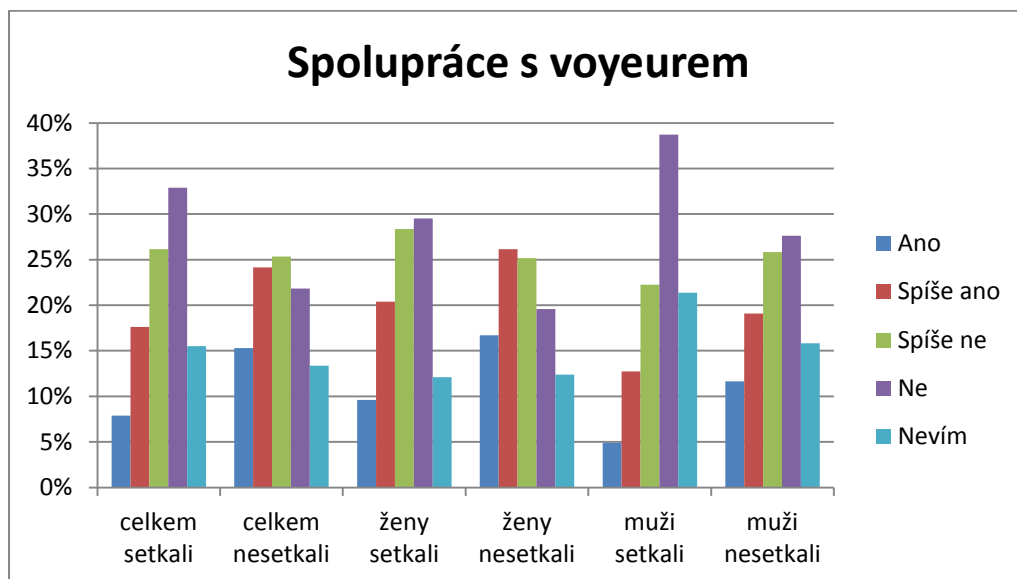
Obrázek 7: Sousedství s voyeurem z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící voyeurismem



Zdroj: vlastní šetření

Spolupráce s osobou trpící sexuální deviací voyeurismus dopadla v dotazníkovém šetření neutrálně. Zhruba 50 % lidí odpovědělo, že by jim (spíše) nevadilo s voyeurem spolupracovat (lidé s osobní zkušeností dokonce v 60 % odpovědí). Asi 39 % respondentů odpovědělo, že vzájemná spolupráce by jim vadila nebo spíše vadila. Tolerantnější ke vzájemné spolupráci jsou respondenti, kteří se s osobou trpící voyeurismem již v životě setkali, tudíž z vlastní zkušenosti vědí, jací tito lidé jsou. Podrobné hodnoty vidíte na obrázku 8.

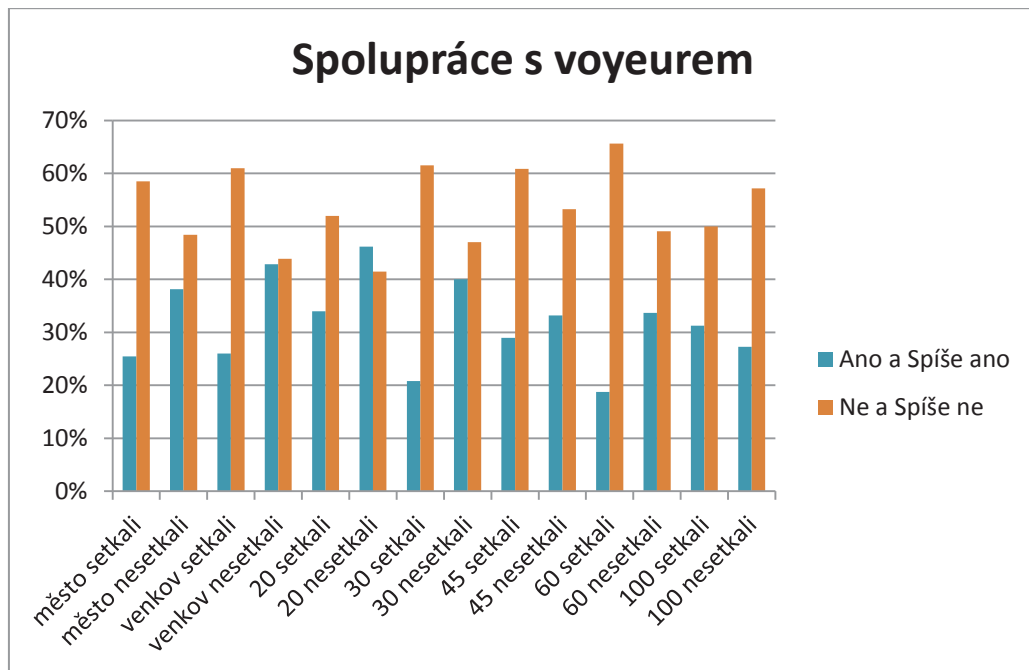
Obrázek 8: Spolupráce s voyeurem z pohledů pohlaví a kontaktu s osobou trpící voyeurismem



Zdroj: vlastní šetření

Pro kategorii bydliště a věkovou kategorii, jsou odpovědi od respondentů, kteří se s osobou trpící voyeurismem nesetkali opět přísnější než respondentů, kteří se s osobou trpící voyeurismem setkali. Je zvláštní, že nejmladší věková kategorie (do 20 let), která se nesetkala s voyeurem, tak v 21 % by měla problém s touto osobou spolupracovat. Takto kritická není žádná jiná kategorie, ať se to týká genderové otázky, bydliště či věku. Nejméně kritičtí do 5 % respondentů byla věková kategorie 30 – 45 let, 45 – 60 let, těch respondentů, kteří se setkali s osobou trpící voyeurismem. Podrobné hodnoty pro součtové varianty Ano a Spíše ano, Ne a Spíše ne vidíte na obrázku 9.

Obrázek 9: Spolupráce s voyeurem z pohledů bydliště, věku a kontaktu s osobou trpící voyeurismem



Zdroj: vlastní šetření

Na získaných datech se provedlo testování pomocí 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 se porovnají s kritickou hodnotou příslušného rozdělení chí kvadrátu a to na požadované hladině významnosti. Tyto výpočty lze provést ručně pomocí vzorců a statistických tabulek nebo pomocí znalostí statistických funkcí MS Excelu. Lze ale využít i konkrétní statistický software.

Testovaná byla jak skupina probandů, kteří se setkali s osobou trpící voyeurismem, tak skupina probandů, které se s takovými osobami nesetkali. Na základě vyhodnocení chí-testu na obou skupinách můžeme říci, že kontakt s osobami trpící parafilíí voyeurismem ovlivňuje jejich rozhodování při dotazníkovém šetření. Toto tvrzení lze vztáhnout, na celou skupinu, i na skupinu rozdělenou dle pohlaví. Výsledky Pearsonova testu najdete v následující tabulce.

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

| | celkem | ženy | muži |
|-----------------------------|--------|--------|--------|
| Nebezpečnost pro společnost | 0,9939 | 0,9957 | 0,9911 |
| Odborná kontrola | 0,9847 | 0,9869 | 0,9853 |
| Sousedství s voyeurom | 0,9819 | 0,9890 | 0,9275 |
| Spolupráce s voyeurom | 0,9656 | 0,9777 | 0,9498 |

Zdroj: vlastní šetření

Získané hodnoty v tabulce vynásobíme-li hodnotou 100, tak dostáváme hodnotu v procentech, s jakou přesností můžeme data interpretovat. Prohlédneme-li si tabulku tak přesnost dat je nejnižší u otázky „Vadilo by Vám sousedství s voyeurom v kategorii mužů“, a to 92,75 %. Lze konstatovat, že získaná data jsou věrohodná a ukazují, co si o dané sexuální deviaci myslí široká veřejnost.

ZÁVĚR

Odchylky v oblasti sexuální orientace jsou považovány za deviace. Na vzniku těchto poruch mohou mít podíl genetika, psychosociální, ale i další faktory. Za deviaci se označuje dlouhodobé abnormální sexuální zaměření, kdy člověk vyhledává neobvyklé situace, aktivity i předměty, k vlastnímu uspokojení (např.: fetišismus, voyeurismus, atd.). Voyeurismus je sexuální odchylka, kde se jednotlivci zaměřují na anonymní sexuální objekty. Nejčastěji se jedná o pozorování souložících párů či ženské nahoty. Voyeuři se nedostávají často do střetu se zákonem, protože nebývají přistiženi.

Z výsledků realizovaného výzkumu vyplynulo, že názory a postoje veřejnosti ve vztahu k voyeurům jsou spíše tolerantní. Obecně nejsou veřejností tyto osoby vnímány jako nebezpečné, jen v některých případech spíše obtěžující. Na vzorku respondentů bylo prokázáno, že kritičtější pohled na danou problematiku mají respondenti, kteří se s danou osobou trpící voyeurismem nesetkali. Potvrdili naši nevyřčenou domněnku, že je potřeba dělat osvětu u široké veřejnosti na jednotlivé sexuální deviace. Dalším závěrem je, že většina respondentů nechce mít za sousedy voyeuery.

Tento výzkum byl financován z prostředků Interní grantové soutěže Vysoké školy polytechnické Jihlava jako projekt č. 1170/4/1713 „Parafilie a jejich zdravotní a sociální aspekty“.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 98-247-4332-5.
- [2] ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
- [3] WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. vyd. 1. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [4] WEISS, Petr. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7178-634-9.
- [5] WHO. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- [6] ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vydání. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-720-4264-5.

VOYEURISMUS IN THE PERCEPTION OF THE GENERAL PUBLIC



ABSTRAKT

Voyeurism is one of sexual deviance (or paraphilia). This malfunction is achieved by observing the excitement of intimate behavior of unsuspecting anonymous objects. This paper focuses on the opinions and attitudes of the public in relation to voyeurism. The presented data were obtained on a quantitative survey conducted under the auspices of the internal grant VŠPJ. Generally, the view of sexual deviance is neutral. In comparison with other indecent is the view of voyeurism socially liberal. Realized quantitative research was primarily focused on the attitudes and opinions of the public in the context of different types of sexual deviation, including voyeurism. Data collection was a questionnaire survey. Some results of the research will address the contribution, which will focus on mutual respect.

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

Michaela Prukňarová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
studentka oboru Zdravotně sociální
pracovník
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: pruknaro@student.vspj.cz

KLÍČOVÁ SLOVA:

voyeurism, opinions, public paraphilia

PARTICIPACE STUDENTŮ OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NA VÝZKUMNÝCH AKTIVITÁCH

JANA NOVOTNÁ
BRIGITTA KŘEŠŤANOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Studenti oboru zdravotně sociální pracovník Vysoké školy polytechnické Jihlava mají možnost, se mimo běžné výuky a absolvování praxe zapojit i do různých dalších aktivit. Jednou z nabízených možností je zapojení do činnosti různých projektů. V rámci interního grantu VŠPJ - Sociální dopady života s parafilií měli studenti možnost se dle svého zájmu zapojit do různých typů výzkumných aktivit. Příspěvek je zaměřen na zkušenosti studentů v aktivním zapojení do aktivit realizovaných v rámci tohoto projektu. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že zapojení studentů je z jejich pohledu hodnoceno převážně pozitivně. Jako nejobtížnější aktivita byla studenty hodnocena prezentace výsledků výzkumu na odborných konferencích a příprava odborných textů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

student, výzkum, projekt, grant, zkušenost

VÝZKUM V OBLASTI PARAFILIÍ

V ýzkum v oblasti zdravotní péče i sociální práce hraje významnou roli v posunu již známých znalostí. Sociální práce jako etablovaná disciplína je oborem, kde se mimo jiné klade důraz na používání nejnovějších poznatků. Jedním ze způsobů, jak získat informace z nových oblastí nebo hlubších znalostí v oblastech již známých, je bezesporu výzkumná činnost. (Matoušek, et al., 2013)

Výzkum znamená proces vytváření nových poznatků. Jedná se o systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji do našeho oboru.

Ve stále složitějším světě se výzkum provádí s cílem zodpovídat otázky vznikající v nejrůznějších oblastech. Člověk dokáže cíleně získávat potřebné informace, analyzovat každodenní situace, popisovat svůj svět, zodpovídat si otázky o příčinách a následcích sledovaných událostí. (Hendl, 2016)

Jedním z témat, jehož sociálně zdravotní aspekty nejsou doposud úplně popsány, jsou parafilie. Parafilie neboli sexuální deviace jsou charakterizovány přítomností setrvalé dispozice nebo kompulzivního puzení k neobvyklým a sociálně neakceptovaným sexuálním objektům. (Zvěřina, 2003)

Sexualita představuje jeden ze základních individuálních i interpersonálních motivů v životě každého jedince. Člověk se rodí jako tvor sexuální a pohlavnost ho provází v podstatě po celý život. (Weiss, 2008) I přes moderní dobu je téma lidské sexuality pro mnohé velmi citlivé, a pokud mluvíme o sexualitě deviantní, tak často i tabuizované.

Specifika výzkumné činnosti zaměřené na toto téma souvisí především s citlivostí tématu. Jedná o faktory, které u kvantitativní části výrazně snižují ochotu respondentů na otázky v dotazníku odpovídat. V kvalitativní části výzkumu hraje významnou roli obtížná dostupnost výzkumného souboru, tedy osob s parafilií. Dále hraje roli i to, že toto téma je zaměřeno přímo na sexualitu, což vede k nižší ochotě respondentů se do výzkumu zapojit. Rovněž byly kladené zvýšené nároky na komunikační schopnosti a dovednosti výzkumníků při realizaci vlastních rozhovorů s osobami se sexuálními deviacemi.

INTERNÍ GRANT SOCIÁLNÍ DOPADY ŽIVOTA S PARAFILIÍ

V ysoká škola polytechnická Jihlava (dále již jen VŠPJ) je mladou vysokou školou, která vzdělává studenty v širokém spektru oborů. Jedním z humanitních oborů zde akreditovaných je i obor zdravotně sociální pracovník. Tento příspěvek je věnován zapojení studentů tohoto oboru do jednoho z podpořených interních grantů (dále již jen projekt).

Vysoká škola polytechnická Jihlava každým rokem vypisuje interní grantovou soutěž, v rámci níž je možné přihlásit různé interní granty. Do těchto grantů se mimo akademické pracovníky mohou zapojit také studenti.

Podporu na rok 2016 získal grant č. 1200/4/1611 Sociální dopady života s parafilii, který navazuje na interní grant VŠPJ č. 1200/4/61355 - Sociální dopady poruch sexuální preference (výzkumné šetření) podpořený v roce 2015.

Hlavním řešitelem tohoto grantu je PhDr. Jana Novotná, Ph.D. z katedry sociální práce a spoluřešitelem je Mgr. Hana Vojáčková, Ph.D. z katedry technických studií a externí spolupracovníci z praxe. Dále je do projektu v roce 2016 zapojeno 12 studentek oboru zdravotně sociální pracovník v různých ročnících studia.

Vlastní projekt má čtyři hlavní cíle:

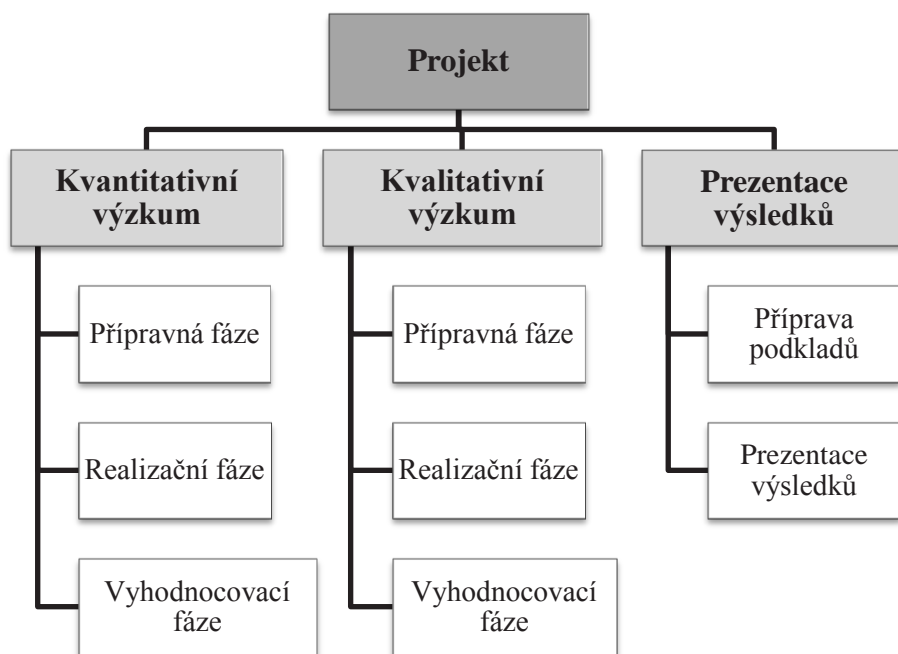
1. Primárním cílem je mapovat sociální dopady života s parafilii.
2. Sekundárním cílem je mapovat názory široké veřejnosti na osoby s parafilii.
3. Terciárním cílem je umožnění studentům VŠPJ zapojit se do aktivit spojených s výzkumnou a publikační činností.
4. Kvartérním cílem je pokračování a prohlubování spolupráce se zařízeními zaměřenými na péči o osoby s parafilii.

Na základě podané výzvy se měli studenti možnost do tohoto projektu zapojit. Na začátku projektu se přihlásilo 15 studentek oboru zdravotně sociální pracovník, ale aktivně do realizovaných činností se zapojilo pouze 12 studentek.

Každá ze zapojených studentek měla možnost zvolit si, v jakém rozsahu a na jakých výzkumných či prezentačních aktivitách se bude podílet.

Cílem tohoto předkládaného šetření bylo zmapovat přínosy a negativa zapojení studentů do vědecké práce z jejich pohledu.

Schéma č. 1: Základní sekce aktivit v rámci projektu



Zdroj: Vlastní projekt

METODIKA A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumná část tohoto příspěvku prezentuje výsledky analýzy písemné zpětné vazby od studentů, kteří se aktivně zapojili do realizace projektu Sociální dopady života s parafilií. Výzkumný soubor byl tvořen 12 studentkami různého ročníku studia oboru Zdravotně sociální pracovník VŠPJ.

VÝSLEDKY

Tabulka č. 1: Možnosti aktivit pro zapojení studentů do projektu

| Činnosti studentů v rámci projektu | | |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Kvantitativní etapa | Kvalitativní etapa | Ostatní |
| Účast na tvorbě dotazníku | Realizace rozhovorů | Práce s dokumenty |
| Zadávání elektronického dotazníku | Analýza rozhovorů | Příprava příspěvku na konferenci |
| Šíření dotazníku | Interpretace rozhovorů | Příprava odborných textů a článků |
| Vyhodnocování dotazníku | | Prezentace výsledků na konferenci |

Zdroj: Vlastní výzkum

Do výzkumných činností (viz tabulka č. 1) se studenti zapojovali na základě vlastního zájmu. „K projektu jsem se přidala, protože mě zajímala práce s touto cílovou skupinou, jejich příběhy a postoje.“ (studentka č. 2)

Studenti pracovali pod vedením hlavní řešitelky projektu a dalších akademických pracovníků nebo ve spolupráci s odborníky z praxe. Některé činnosti dělali individuálně, jiné ve dvojicích nebo skupinkách.

Tabulka č. 2: Hodnocení činnosti práce s dokumenty

| Práce s dokumenty | |
|--------------------------------|---------------------|
| Pozitiva | Negativa |
| Studium zdrojů | Stereotypní činnost |
| Ověření teorie a praxe | Časová zátěž |
| Pochopení hlubších souvislostí | |
| Nenáročná činnost | |

Zdroj: Vlastní výzkum

Práce s dokumenty (viz tabulka č. 2) patřila do kategorie méně zajímavých činností, do nichž se studenti zapojovali. Jejich velkou výhodou byla možnost realizace ve zvoleném čase a místě bez omezení.

Pozitivně byly hodnoceny především získané poznatky studiem literárních zdrojů a hlubší pochopení souvislostí týkající se problematiky parafilií. Dalším pozitivním faktorem byla nenáročnost vlastní činnosti.

Mezi negativa patřila především stereotypnost prováděných úkonů a časová zátěž, která s některými úkony souvisela.

Tabulka č. 3: Hodnocení zapojení do dotazníkového šetření

| Dotazníkové šetření | | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Elektronická verze | | Fyzická verze | |
| Pozitiva | Negativa | Pozitiva | Negativa |
| Úspora času | Neosobní kontakt | Komunikace | Odmítnutí |
| Vyšší počet respondentů | Méně informací | Pozorování reakcí | Stud |
| | | | Nižší návratnost |

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni studenti se různou měrou zapojili do šíření fyzické nebo elektronické podoby dotazníku. Měli tedy možnost poznat výhody i nevýhody těchto typů výzkumného šetření (viz tabulka č. 3). Práce s elektronickým dotazníkem byla hodnocena pozitivně především v souvislosti s možností rychlého šíření především přes sociální sítě. Popisovanými negativy byl neosobní kontakt s respondenty a nemožnost případného doplnění informací či zodpovězení otázek respondenta. U šíření fyzické podoby dotazníku byla pozitivně hodnocena především možnost komunikace s respondenty. Negativa této etapy sběru dat souvisela především s citlivostí tématu, na něž byl dotazník zaměřen. Z tohoto důvodu se studentky setkávaly se studem či neochotou respondentů dotazník vyplnit.

Tabulka č. 4: Hodnocení zapojení do realizace a přepisu rozhovorů

| Práce spojená s rozhovory s parafilními osobami | | | |
|---|----------|--------------------------------------|-------------------------|
| Realizace rozhovorů s klienty | | Přepis rozhovorů | |
| Pozitiva | Negativa | Pozitiva | Negativa |
| Přímý kontakt | Neochota | Možnost slyšet hlas reálného klienta | Šum v nahrávkách |
| Navázání vztahu důvěry | Strach | Zajímavé případy | Vysoké psychické nároky |
| Ověření teorie a praxe | Stud | | Časová náročnost |
| Více informací | | | |
| Komunikace | | | |
| Významná zkušenost | | | |

Zdroj: Vlastní výzkum

Realizace rozhovorů patřila mezi nejnáročnější činnosti, jichž se studenti v projektu účastnili. I přesto bylo celkové hodnocení této etapy převážně pozitivní (viz tabulka č. 4). Pozitivně byla hodnocena možnost přímého kontaktu s parafilními jedinci a prověření si vlastních komunikačních schopností i ve vypjatých situacích. Mezi hlavní negativa patřil strach a stud o některých tématech mluvit s dospělými muži a neochota či neschopnost některých respondentů odpovídat na položené otázky jinak než jednoslovně.

Další činností, do níž se studenti zapojovali, byly přepisy rozhovorů s parafilními klienty. Jako přínosné popisovali studenti možnost slyšet zajímavé případy ústy hlavních aktérů. A seznámit se často s podrobnými popisy jejich činů.

Negativně byly hodnoceny šumy v nahrávkách způsobené ne vždy vhodným prostředím pro vlastní realizaci rozhovorů a časovou náročnost. Specifickou oblastí byly především vysoké psychické nároky. Nejobtížnější bylo zpracování rozhovorů, které obsahovaly popis sexuální delikvence páchané na dětech. V případě potřeby měli studenti možnost konzultace s vedoucí projektu.

„Některé pasáže pro mě byly dost náročné. Nebyla to práce na jedno odpoledne z toho důvodu, že se mi z určitých částí výpovědí nedělalo vůbec dobře. Slyšet veškeré ty detaily – občas bylo moc.“(studentka č. 8)

Tabulka č. 5: Hodnocení participace na prezentaci výsledků

| Prezentace výsledků projektu | | | |
|---|-----------------|--|------------------|
| Příprava odborných příspěvků a textů | | Prezentace výsledků na konferencích | |
| Pozitiva | Negativa | Pozitiva | Negativa |
| Studium zdrojů | Obavy | Nové zkušenosti | Tréma |
| Nové zkušenosti | Nezkušenost | Výzva | Náročná příprava |
| Ověření teorie a praxe | | Navázání kontaktů | |
| Týmová práce | | Setkání s odborníky | |
| Zlepšení vlastních dovedností | | Nové dovednosti | |
| Nové informace | | Práce s trémou | |

Zdroj: Vlastní výzkum

Posledními hodnocenými oblastmi byla příprava odborných textů a prezentace výsledků výzkumu na konferencích.

Co se týká přípravy odborných textů, šlo především o příspěvky do odborných sborníků, na nichž studenti participovali pod vedením některého akademického pracovníka. Studenti se zde setkali poprvé s tímto typem systematické vědecké práce, což bylo pro některé zapojené zpočátku náročné (viz tabulka č. 5). Co se týká hodnocení této činnosti, byla hodnocena převážně pozitivně jako možnost nové zkušenosti, práce v týmu, získávání nových znalostí a dovedností.

Jako negativum studenti hodnotili především obavy, zda zadaný úkol zvládnou a málo zkušeností při práci s odborným textem.

Posledním bodem byla prezentace výsledků projektu na konferencích v různých městech České republiky. Tato činnost kladla velké nároky na dovednosti studentů. V rámci pozitivní části hodnocení studentky uváděly možnost získání nových zkušeností a dovedností. Možnost setkat se s odborníky z různých oblastí a navázat s nimi kontakt. Ale také pracovat s vlastní trémou. Mezi negativa byla řazena především náročná příprava příspěvku a jeho prezentace. A především tréma související s vystupováním před odborným plénem.

„Jsem ráda, že jsem se do projektu zapojila, některé fáze byly časově náročné, ale byla to pro mě další zkušenost, možnost komunikovat a taky možnost výletu.“ (studentka č. 12)

DISKUSE

Z výsledků šetření jasně vyplynulo, že aktivní zapojování studentů do výzkumných aktivit je studenty samotnými přijímáno a hodnoceno velmi pozitivně. Na základě zapojení do výzkumného procesu si ověřují získané teoretické poznatky, které obohacují vlastními zkušenostmi. Toto zjištění podporuje i Kapp (2014), který ve své publikaci klade velký důraz na aktivní zapojování studentů do témat, jež jsou jim v rámci studia zprostředkovávány.

V rámci zapojení do projektových aktivit, měli studenti možnost kriticky zhodnotit své schopnosti širším spektru činností. Jako nejobtížnější byla hodnocena aktivita zaměřená na prezentaci získaných výsledků (viz tabulka č. 5). Tréma při prezentaci výsledků na konferencích byla jedním z nejvýznamnějších negativních faktorů, s nimiž se studenti museli vypořádat. Jak uvádí Novák (2014) *tréma je psychický stav, který je charakterizovaný zvýšenou mírou vzrušení, napětí a strachu. Tento stav souvisí s očekáváním vlastního neúspěchu v náročných a důležitých situacích*. Samotný výstup před odborným plémem působil na jednotlivé studentky jako velký stresor. Na stranu druhou získaly před samotným výstupem silnou podporu od ostatních studentů i akademiků a následně získaly i prožitek pozitivní zpětné vazby od odborného publika i od projektového týmu. Což v konečné fázi vedlo k prožitku pozitivní zkušenosti.

Dle Knihové (2015) *je zaujmout studenta a aktivně ho zapojit do výuky je základním předpokladem pro dosažení studijních úspěchů. Pedagogická praxe však poukazuje na skutečnost, že dosáhnout aktivní participace studentů na výuce není v současnosti v našich podmínkách vůbec snadné. Ani nejrůznější inovativní pedagogické metody, od gamifikace až po multimediální prezentace, nemusejí vždy přinést kýžený úspěch*.

Na základě zapojení studentů do výzkumného projektu se podařilo to co je dle Knihové (2015) velmi obtížné a to zaujmout studenty a podnítit v nich takový zájem, aby byli ochotni věnovat část své energie do nepovinných činností. Přínos těchto zkušeností mnozí z nich zhodnotí při dalším studiu či až v čase až vstoupí do praxe.

ZÁVĚR

Student v průběhu svého studia získává množství teoretických i praktických poznatků, které mu následně umožňují uplatnění v praxi. Zapojení do výzkumné činnosti je jednou z dalších forem přípravy studentů, při níž si mohou osvojit dovednosti, které využijí při zpracovávání a obhajobě své diplomové práce. Dále jsou tyto poznatky užitečné při zpracovávání odborných textů a projektů. A v neposlední řadě své poznatky mohou využít ve své budoucí praxi. Prezentace výsledků výzkumu je završením veškerého úsilí badatelské činnosti našeho týmu.

Naše představy o problému tvoří teoretický a pojmový rámec studie, předběžné i konečné výsledky byly přehledně organizovány tak, aby z nich bylo možné maximálně vytěžit. Studenti přispěli do pokračování projektu novým neotřelým pohledem na tuto tematiku a odnesli si cenné zkušenosti, z nichž budou moci v budoucnu těžit.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [2] KNIHOVÁ, Ladislava. Aktivní zapojení studentů do výuky jako klíč k úspěchu (student engagement) [online]. [cit. 2017-06-05]. Dostupné z: 1url.cz/Atd3i
- [3] KAPP, Karl M, Lucas BLAIR a Rich MESCH. The gamification of learning and instruction fieldbook: ideas into practice. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc., 2014. s. 22-23. ISBN 978-111-8674-437.
- [4] MATOUŠEK, O. et al. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [5] NOVÁK, Tomáš. Tréma - jak s ní bojovat. Praha: Grada, 2014. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4775-0.
- [6] WEISS, P. Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 351 s. ISBN 80-717-8634-9.
- [7] ZVĚŘINA, J. Sexuologie (nejen) pro lékaře. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-720-4264-5.

PARTICIPATION OF STUDENTS OF THE STUDY BRANCH HEALTH-SOCIAL WORKER ON RESEARCH ACTIVITIES



ABSTRAKT

Students of the study branch Health-social worker at College of Polytechnics Jihlava have the opportunity, apart from mainstream schooling and attendance of practical training, to be also involved in other various activities. One of the options is participation in the activities of different projects. Within the internal grant by VŠPJ – Social impact of life with paraphilia, students had the opportunity to engage in various types of research activities according to their interest. The contribution focuses on the experience of students in active participation in the activities implemented under this project. Questionnaire outcome shows student involvement mostly positive from their point of view. Students evaluated the presentation of questionnaire outcome results on professional conferences as most difficult and professional lecture preparation as well.

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

Brigitta Křestánová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
studentka oboru Zdravotně sociální
pracovník
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: kresta06@student.vspj.cz

KLÍČOVÁ SLOVA:

student, research, project, grant, experience

SOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S PATOLOGICKOU SEXUÁLNÍ AGRESIVITOU

JANA NOVOTNÁ
ALENA KREJČOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

JIŘÍ TŮMA
VYSOKÁ ŠKOLA TĚLESNÉ
VÝCHOVY A SPORTU PALESTRA,
S. R. O.

ABSTRAKT

Patologická sexuální agresivita je jednou ze sexuálních deviací (parafilií). Osoby trpící touto poruchou pociťují sexuální vzrušení a uspokojení překonáváním odporu napadeného anonymního objektu a minimalizací jeho kooperace. Příspěvek prezentuje hlavní sociální aspekty života jedince s touto diagnózou. Presentované výsledky vychází z realizovaného kvalitativního šetření financovaného na základě interního grantu Vysoké školy Polytechnické Jihlava.

KLÍČOVÁ SLOVA:

patologická sexuální agresivita, sociální aspekty, parafilie

PARAFILIE A NORMA

Parafilie neboli deviantní sexuální chování je takové chování, které vybočuje z hranic stanovené normality. Podstata parafilie spočívá v odlišné struktuře sexuální motivace, jež utváří podobu sexuální poruchy a vede k vnějším projevům deviantního chování. Dle mezinárodní klasifikace nemocí je parafilie charakterizována fantasiemi, impulzy či praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní či bizarní. (Weiss et al, 2010)

Sexuální deviace se jako porucha duševního zdraví často zaměňuje s jiným jevem, a to se sexuální delikvencí, která však značí porušení sociálních a právních norem. Mezi devianty a delikventy je tak laicky častokrát kladeno pomyslné rovnítko, přitom pouze zhruba čtvrtina sexuálních deliktů je spojena se sexuální deviací, která má pak nejčastěji formu sexuální agrese či sadismu. (Zvěřina, 2003)

Mezi obecná diagnostická kritéria parafilii patří následující: jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit. Jedinec buď touhám vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován. Preference je přítomna nejméně šest měsíců. (Weiss, 2002; Chmelík, 2003)

ROZDĚLENÍ PARAFILII

Parafilie je možné rozdělit do dvou hlavních skupin a to na deviace v aktivitě a deviace v objektu. Mimo těchto základních se rozlišují také deviace kombinované či polymorfní, u nichž se vyskytuje současně více druhů deviantních preferencí. Ty se však vyskytují vzácněji. (Weiss, 2002; Chmelík, 2003)

a) Deviace v aktivitě jsou charakterizovány jako poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Do této kategorie spadají parafilie jako voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologická sexuální agresivita, agresivní sadismus, sadomasochismus a jiné podobné poruchy. (Weiss, 2002)

Do této skupiny spadají také poruchy, které lze všeobecně nazvat poruchami v dvoření, tj. chování, které představuje veškeré deformované nekoitální erotické chování na veřejnosti i v ústraní. (Brichcín et al., 1996)

b) Deviace v objektu označují kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy, tedy tím, na jaký objekt je orientována sexuální apetence. Patří sem pedofilie, fetišismus a transvestitismus. (Weiss, 2002)

PATOLOGICKÁ SEXUÁLNÍ AGRESIVITA

Patologická sexuální agresivita je považována za jednu z nejnebezpečnějších sexuálních deviací. Agresora vzrušuje a uspokojuje napadení a překonávání odporu anonymního objektu s cílem dosažení pohlavního styku, orálního dráždění či masturbace. (Weiss, 2008) Agresor zároveň minimalizuje kooperaci oběti a samotnému útoku nepředchází slovní komunikace. (Pavlovský, 2009)

U patologické sexuální agresivity není patrná žádná sadistická vloha v pravém slova smyslu (pachatel oběť netrýzní, ani neprodlužuje její utrpení), parafilik se však chová jako predátor – svou oběť po vyhlédnutí pronásleduje a přepadá ji pak ze zálohy na opuštěném místě, či na místě, které žena nemůže opustit, povalí ji na zem a vyhrožuje jí poraněním nebo zabitím. (Weiss et al, 2010)

Někdy se zdá, že patologická sexuální agresivita je určitou vývojovou fází, zejména u mladých mužů bez sexuálních partnerských zkušeností. Byla by chyba považovat je za neschopné konvenční sexuální adaptace proto, že spáchali několik sexuálně agresivních deliktů. (Zvěřina, 1991)

Z forenzně sexuologického hlediska je třeba tuto poruchu sexuální preference považovat za vysoce společensky závažnou. Obvykle se u ní ovládací schopnost pachatelů posuzuje jako podstatně snížená a doporučuje se ochranné sexuologické léčení, a to nejčastěji ústavní formou. (Pavlovský, 2009)

U běžného muže slouží signály sexuálního násilí (jako např. nesouhlas na straně oběti a její výraz strachu, utrpení a diskomfortu nebo použití síly na straně pachatele) jako inhibitory sexuálního vzrušení. U sexuálních agresorů pak tento inhibiční proces není vyvinut, nebo dočasně selhává. (Weiss, 2002)

Jistá podskupina patologické sexuální agresivity je tušérství a frotérství. Tito lidé dosahují sexuálního vzrušení tím, že se v neosobních situacích tisknou na neznámé ženy (frotéři) a eventuálně je i osahávají (tušéři). Frotérství a tušérství bývá někdy úvodním stadiem v rozvoji nebezpečné patologické sexuální agresivity. (Pavlovský, 2009)

TYPY PATOLOGICKÝCH SEXUÁLNÍCH AGRESORŮ

Prroulx a Beauregard (in Beech et al., 2009) uvádějí dělení sexuálních agresorů do čtyř kategorií: sadistický, agresivní, příležitostný a kompenzující.

a) Sadistický typ sexuálního agresora je charakterizován tím, že pachatel je v době před samotným činem zahlcován sexuálními fantaziemi a negativními emocemi, jako jsou zloba a úzkost. Neopomenutelnou skutečností je také to, že často hraje roli vliv psychoaktivních

látek (alkohol, drogy). Sadistický sexuální agresor si pečlivě svůj útok plánuje, volí si dopředu místo, na němž k přepadení dojde. Pečlivě si též vybírá nástroje, jichž chce při útoku užít – nejčastěji jde o pásku, pouta, provaz, nůž či zbraň. Na závěr si zvolí neznámou oběť, která bude odpovídat jeho sexuálním fantasiím. Někteří ze sadistických sexuálních agresorů si vybírají prostitutky, zatímco jiní naopak volí ženy, které jsou na první pohled více zranitelné (zvláště mladé a věkově menší ženy). Na počátku útoku je oběť znehybněna a separována. Jakmile oběť útočník dostane pod svou kontrolu, donutí ji k různým sexuálním úkonům, jako je od běžného koitálního styku až po orální či anální sex. V některých případech dochází také k týrání oběti (pálení, kousání, bití) a k mrzačení jejích intimních oblastí. Ponižování oběti probíhá na rovině verbální i fyzické. Míra zranění je tedy různá a výjimkou není ani úmrtí oběti. V takovémto případě se pachatel snaží tělo schovat. (Beech et al., 2009)

b) Agresivní typ sexuálního agresora se vyznačuje intenzivními pocity zloby a touhou po pomstě vůči ženskému pohlaví. Často u nich dochází k zvýšené míře požití alkoholu či jiných psychoaktivních látek. Méně zřídka se u nich vyskytují sexuální fantazie. Tento typ sexuálního agresora si neplánuje svůj čin dopředu, nevybírá vhodné místo činu a ani nehledá specifický typ oběti – vyberou si tu, která je aktuálně dostupná. Jeho útok je bleskový a relativně krátký, často ani nedojde ke znehybnění oběti. Cílem je co největší psychické a fyzické ublížení. Pakliže se oběť intenzivněji fyzicky brání, může dojít ke zvýšení zloby pachatele a v důsledku toho dochází k více devastujícím zraněním. Řídké nejsou ani situace úmrtí, v takovém případě pachatel tělo oběti zanechá na místě. (Weiss, 2002)

c) Příležitostný typ sexuálního agresora v době před spácháním trestného činu není cloumán pocity zloby a nemá ani sexuální fantazie. Často jsou však pod vlivem drog či alkoholu. Tento typ sexuálního agresora je psychopatologickou osobností, která je orientována na okamžité uspokojení vlastních potřeb a není schopna empatie či respektu k cizím přáním. Svůj čin nijak neplánuje a nevybírá si ani specifickou oběť, jde o projev predátorského aktu vyvolaného danou situací. Příkladem může být situace, kdy se seznámí s nějakou ženou v baru a ta ho odmítne. Oběti nebývají obvykle výrazněji fyzicky zraněny ani ponižovány. Pakliže přistoupí na pachatelův návrh kooperace, nedojde k výraznějšímu fyzickému ublížení. Pakliže oběť nesouhlasí, může dojít k použití síly, ale zřídka kdy dochází ke spoutání nebo použití zbraně. (Beech et al., 2009)

d) Kompenzující typ sexuálního agresora si svými činy kompenzuje své hluboce uložené pocity vlastní neschopnosti, méněcennosti. Tito pachatelé jsou popisováni jako nejistí, málo sebevědomí. Jejich hlavním motivem je ovládnout alespoň dočasně nějakou ženu a potvrdit si tak, že jsou dobrými milenci. Před samotným činem u nich dochází k bohatým sexuálním fantasiím. Tento typ sexuálního agresora si velice pečlivě svůj čin plánuje, volí co nejvhodnější místo činu a vybírá si oběť dle specifických požadavků. Oběti mohou být znehybněny a separovány, avšak málokdy jsou spoutané. V průběhu činu užívá pachatel násilí, aby si dokázal fyzickou převahu nad svou obětí. Může být použita i zbraň, ale jejím

účelem je jen zastrašit oběť, nikoli jí způsobit zranění. K zranění či ponižování dochází jen zřídka. (Beech et al., 2009)

SOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S PATOLOGICKOU SEXUÁLNÍ AGRESIVITOU

Sociologické modely vycházejí ze skutečnosti, že sexuálně agresivní chování je podmíněno stavem společnosti, vzdělaností a soběstačností žen, postojem společnosti k násilí v určitých situacích, mocenskými vztahy mezi pohlavími a generacemi apod. (Weiss, 2002)

Pachatelé sexuální agrese bývají – oproti pachatelům jiných sexuálních deliktů – většinou mladšího věku a to nejčastěji do 30 let. K prvním delikventním aktivitám u nich dochází do dvacátého roku věku. Ve světle těchto faktů je nutno neopomenout potřebu rozlišovat mezi nebezpečnými sexuálními agresory a nezralými a sociosexuálně nevyvinutými mladými muži. (Zvěřina, 2003; Chmelík, 2003)

Velmi časté je také spojení spáchání sexuálního deliktu pod vlivem alkoholu či spojení s jinými delikty nesexuálního charakteru. Abúzus alkoholu je nacházen až u 70 % sexuálních agresorů. Výjimkou není ani maladaptace profesionální i partnerská. Z hlediska vývoje osobnosti hraje nemalou roli také častý konflikt s otcovskou postavou (otec hostilní či ve výchově chybějící), konflikty v manželství rodičů či výchova v ústavních zařízeních. (Weiss, 2002)

V případě sexuálního vývoje se nezřídka vyskytují také ranější a četnější sexuální kontakty, ať již dobrovolného rázu či z donucení. Nemalé procento sexuálních agresorů se však naopak potýká s puritánskými až rigidními postoji k otázkám sexuality. U těchto pachatelů není zřídka jevem předčasně zahájená sexuální iniciace, jež je však následována dlouhým obdobím bez jakékoli sexuální aktivity (s výjimkou autoerotických činností). Patologičtí sexuální agresori nejsou v převážné většině schopni citově se angažovat v partnerských vztazích a nejsou schopni je ani dlouhodobě udržet. (Chmelík, 2003; Weiss, 2002)

Chování deviantního sexuálního agresora má mnohé rysy chování predátorského – svou oběť často po vyhlédnutí vskrytu pronásleduje, přepadá ji pak ze zálohy na opuštěném místě či na místě, které žena nemůže opustit, povalí ji na zem, eventuálně použije zbraň a vyhrožuje jí poraněním nebo zabitím. Útok je prudký, bez předchozí verbální komunikace. Někdy může od objektu vyžadovat vaginální či anální soulož, jindy orální dráždění či masturbaci. (Zvěřina, 2003)

METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Pod záštitou interních grantů Vysoké školy polytechnické v Jihlavě č. 1200/4/61355 a 1200/4/1611 byl realizován kvalitativní výzkum. Jako technika sběru dat byl zvolen rozhovor. Toto šetření bylo zaměřeno na sexuální deviace a jejich sociální dopady. Šetření probíhalo v několika etapách v měsících leden 2015 až říjen 2016.

Výzkumný soubor byl tvořen klienty s parafilii, kteří byli kontaktováni na sexuologických odděleních psychiatrických nemocnic a sexuologických ambulancích. Celkový soubor byl tvořen 56 respondenty. Výběrový výzkumný soubor byl tvořen 18 osobami s patologickou sexuální agresivitou.

VÝSLEDKY VÝZKUMU

Schéma č. 1: Sociální dopady ve vztahu k rodině ve fázi zjištění parafilie



Zdroj: vlastní výzkum

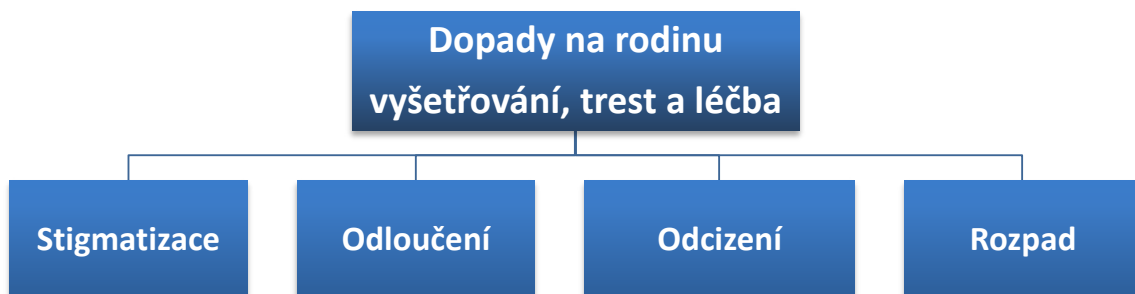
Akceptace znamená, že parafilik je svou rodinou přijat bez ohledu na svou poruchu. Tato skupina respondentů nepopisuje žádné významné dopady na rodinné vztahy. Často se v těchto případech stává, že rodina o této situaci věděla už déle. Obecně lze tedy říci, že rodina sexuální preferenci svého člena respektuje.

Šok, v tomto případě je rodina silně zaskočena zjištěním odlišné sexuální preference svého člena rodiny. Další narušení fungování rodiny souvisí také s trestním stíháním apod. Po odeznění prvotního šoku se většinou rodina snaží na situaci aklimatizovat a jedince tolerovat.

Nepřijetí, prvotní šok rodiny na klientovu preferenci, vede ke zhoršení a často k narušení vztahů v rodině. Toto zhoršení může být povahy krátkodobé či trvalého charakteru.

Rozpad, je nejzávažnější důsledek zjištění odlišné preference u jedince. Rodina v tomto případě nezvládne tuto náročnou životní situaci vyřešit. Tento stav se projevuje nepřijetím jedince a následně vede až k vyloučení tohoto jedince z rodiny.

Schéma č. 2: Sociální dopady ve vztahu k rodině ve fázi vyšetřování, odsouzení a léčby



Zdroj: vlastní výzkum

Stigmatizace, rodina prožívá silnou stigmatizaci v souvislosti s vyšetřováním, odsouzením či následnou medializací případu. Dalším významným faktorem je šířením informací v sociálním prostředí rodiny, které se odráží na sníženém hodnocení kvality života této rodiny.

Odloučení, rodina se musí vyrovnat odloučením otce od rodiny, které je dlouhodobé. S tím souvisí nejen citové odloučení od manželky a dětí, ale také změna ekonomické situace rodiny.

Odcizení, v souvislosti s dlouhodobým odloučením otce může dojít k odcizení manželů či partnerů. Zvláště závažné dopady může mít tento fakt v případě malých dětí, které jsou z nenadání výrazně omezeny v kontaktu s otcem, čímž může dojít k narušení jejich vztahu.

Rozpad rodiny, dlouhodobost řešení důsledků souvisejících se sexuální delikvencí páchanou těmito klienty může snadno vést k rozpadu vztahu (manželství). Jedinec tráví různě dlouhou dobu ve vězení či na sexuologických odděleních, psychiatrických zařízeních. Rozpad rodiny je pro klienty velmi bolestný.

Schéma č. 3: Sociální dopady ve vztahu k zaměstnání patologického sexuálního agresora



Zdroj: vlastní výzkum

Část klientů je nezaměstnaná již v době zjištění sexuální delikvence nebo se živí pácháním drobné kriminality. Toto schéma se věnuje části respondentů, kteří v době prokázání sexuální delikvence byli zaměstnáni.

Neutrální reakce, v tomto případě jsou klientovy problémy v zaměstnání přijaty bez pozitivních či negativních reakcí. Zaměstnavatel a spolupracovníci jedince i nadále tolerují a nevyklučují jej ze společných aktivit.

Negativní reakce, zaměstnavatel nebo zaměstnanci na parafilního jedince reagují negativně. Často zůstává na pracovišti izolován a sám je popuzován k tomu, aby pracoviště opustil.

Propuštění, po zjištění klientova stavu nemá zaměstnavatel z různých důvodů zájem dále jedince zaměstnávat a tak jej ze zaměstnání propustí.

Problém získat práci, tento problém souvisí s mnoha faktory, klientovy pracovní schopnosti, morálka a společenské povědomí o jeho delikvenci. S tím často souvisí i zápis v trestním rejstříku a to je pro každého zaměstnavatele stigmatem svědčícím spíše pro nepřijetí zaměstnance.

ZÁVĚR

Parafilie jsou specifickou tématikou, která je velmi citlivou, neboť se týká lidské sexuality. U patologické sexuální agresivity není patrna žádná sadistická vložka v pravém slova smyslu, přesto patří tato porucha k nejnebezpečnějším parafilním vûbec.

Velmi důležitá je léčba, díky které klient získá náhled na svou poruchu a může se ji naučit ovládat, také sociální práce, která slouží především k resocializaci těchto parafilních osob. Tento druh klientů často bývá nepochopen ať už svou rodinou, přáteli, či zaměstnavatelem a spolupracovníky. Je důležité vědět, že člověk si svou sexuální preferenci nevybírání, ale musí se s ní naučit žít tak, aby nenarušoval celospolečenské normy.

ZDROJE

- [1] BEECH, A. R., CRAIG, L. A., BROWNE, K. D.: *Assessment and treatment of sex offenders: a handbook*. Chichester: Wiley – Blackwell, 2009. ISBN 978-0-470 019000-9.
- [2] BRICHČÍN, S., KOLÁŘSKÝ, A., NETÍK, K., WEISS, P.: *Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN: 80-85121-16-6.
- [3] CHMELÍK, J. a kol.: *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-739-6.
- [4] PAVLOVSKÝ, P. a kol.: *Soudní psychiatrie a psychologie – 3., rozšířené a aktualizované vydání*, Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2618-2
- [5] WEISS, P.: *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978 80-7367-419-9.
- [6] WEISS, P. et al. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492 8.
- [7] ZVĚŘINA, J.: *Lékařská sexuologie*. Jinočany: H&H, 1991. ISBN 80-85467-04-6.
- [8] ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-720-4264-5.

SOCIAL ASPECTS OF LIFE WITH PATHOLOGIC SEXUAL AGGRESSION



ABSTRAKT

Pathological sexual aggression is one of sexual deviance (paraphilias). People suffering from this disorder feel sexual arousal and satisfaction of overcoming the resistance of the contested anonymous objects and minimizing its cooperation. The contribution presents the main social aspects of life of individuals with this diagnosis. Presented results are based on a qualitative survey funded by internal grant by College of Polytechnics Jihlava.

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

doc. PhDr. Jiří Tůma, Ph.D.
Vysoká škola tělesné výchovy a sportu
PALESTRA, s. r. o.
Katedra pedagogiky a psychologie
Slovačíkova 400/1
197 00 Praha 19 – Kbely
e-mail: tuma@palestra.cz

Alena Krejčová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Studentka oboru Zdravotně sociální
pracovník
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: krejco19@student.vspj.cz

KLÍČOVÁ SLOVA:

pathological sexual aggression, social aspects, paraphilia

PROSTITUCE A JEJÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY

JANA NOVOTNÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Prostituce je jedním ze sociálně patologických jevů, který je s lidským pokolením propojen od pradávna. Prostitucí se rozumí sexuální aktivity prováděné za úplatu. Tento fenomén je úzce spojen se zdravotními aspekty, spočívajícími primárně v riziku přenosu sexuálně přenosných chorob a také se sociálními aspekty, které zahrnují širokou paletu přidružených sociálně patologických jevů a sociálních důsledků souvisejících s poskytováním sexuálních služeb. Příspěvek rovněž prezentuje kazuistiku 22leté ženy se zkušeností s prostituční kariérou.

KLÍČOVÁ SLOVA:

prostituce, prostituující osoby, zdravotní aspekty, sociální aspekty, sociálně patologické jevy

ÚVOD

Prostituce je fenoménem, s kterým se můžeme setkat napříč všemi historickými etapami lidstva. To je také jeden z důvodů, proč se prostituci říká „nejstarší řemeslo“. Jedná o jev, který je ve společnosti přítomen bez ohledu na státní zřízení. Přestože byly opakovaně silné snahy o její potlačení či vymýcení, nikdy k tomu ve skutečnosti nedošlo. Z tohoto důvodu se nedá očekávat, že by v moderním světě byly tyto snahy zcela efektivní. (Munro, Giusta, 2016)

Prostituce je sociálně-patologickým jevem, který je závislý především na poptávce po tomto typu služeb a kupní síle poptávajících.

1. DEFINICE PROSTITUCE

Prostituci je možné definovat různými způsoby:

Jedná se o heterosexuální nebo homosexuální styk pro finanční nebo materiální zisk. Prostituce zahrnuje různé formy sexuálních služeb jako je manuální stimulace, orální sex, anální sex apod. (Hartl, 2010)

Na definici prostituce je možné také nahlížet z různých úhlů. Z věcného úhlu pohledu je prostituce považována za poskytování sexuálních služeb za úplatu či jinou protihodnotu. Další možný úhel pohledu nahlíží na prostituci z pohledu morálky. Zde je prostituce vykládána jako oddání se hanebnému životu, veřejné vystavení, zaprodání se nebo propůjčování se. Třetím úhlem pohledu je sociální rozměr prostituce, který říká, že prostituce vzniká jako specifická reakce na sexuální potřeby členů společnosti, v níž společensky uznané nebo tolerované formy sexuálního styku nepokrývají všechny spotřeby. Vzniká tak poptávka po sexuálních službách, což zákonitě vede ke vzniku nabídky těchto služeb. (Matoušek et al., 2013)

2. MOTIVACE K ZAHÁJENÍ PROSTITUČNÍ KARIÉRY

Podle Matouška (2005) je možné rozdělit motivaci k zahájení prostituční kariéry do tří základních skupin, a to motivace vnějším tlakem, vlastní potřebou a racionální rozvahou.

a) Motivace vnějším tlakem, do této kategorie patří ženy, které jsou k prostituci vmanipulovány v souvislosti s okolnostmi a okolím. Velkou skupinu tvoří dívky opouštějící dětský domov, které nemají možnost vrátit se ke své rodině nebo „útěkaři“ z různých typů zařízení.

Další skupinou jsou ženy, které přebírají roli jediného živitele rodiny, přičemž nejsou schopny zajistit dostatečný příjem rodiny. Tento dlouhodobý tlak může vést ke vstupu ženy do sexbyznysu.

V neposlední řadě se jedná o ženy a dívky ze sociálně hraničních rodin, kde je častá chudoba, násilí, nezaměstnanost, ponižování apod. Tato žena příklonem k prostituční kariéře získává často nové postavení v rodině, neboť se stává významným ekonomickým přínosem.

b) Motivace vlastní potřebou, do této kategorie se řadí ženy, které do prostituce vstupují především v souvislosti se svým promiskuitním chováním a touhou po sexuální variabilitě.

c) Motivace racionální rozvahou, v tomto případě žena na základě své rozvahy zjistí, že v rámci této sféry je možné získat v krátkém čase velké množství finančních prostředků. Mezi další výhody uváděné touto skupinou žen patří možnost práce v nočních hodinách a jen v některé dny v týdnu a rovněž možnost oddělit svůj „pracovní“ a osobní život.

Tato motivace převažuje často u žen samoživitelek nebo studentek, které tak přes den plní své běžné každodenní úkoly a večer vydělávají peníze. (Matoušek, 2005; Matoušek, et al., 2013)

3. ZDRAVOTNÍ ASPEKTY PROSTITUCE

Mezi nejvýznamnější zdravotní aspekty prostituce patří bezesporu sexuálně přenosné choroby. Riziko přenosu těchto chorob do značné míry souvisí s častým nedodržováním pravidel bezpečného sexu.

Dalšími významnými zdravotními riziky je jistě nechtěná gravidita, ale také dopady některých sociálně patologických jevů pojících se s prostitucí, jako jsou důsledky závislosti a násilného chování apod.

3.1 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ INFEKCE

Chorob, které jsou přenosné pohlavním stykem, je široké spektrum. Obecně lze tato onemocnění rozdělit do dvou velkých skupin, a to na klasické venerické choroby a sexuálně přenosné choroby druhé generace. (Driák, 2012)

V kontextu prostituce jsou tyto choroby velkým nebezpečím. Tlak klientů na poskytování sexuálních služeb bez ochrany v současných letech nebezpečně roste. Podle výzkumu, zaměřeného na pracovní podmínky prostitutek, požaduje sex bez kondomu až 83 % zákazníků. (Karásková, 2016)

3.1.1 KLASICKÉ VENERICKÉ CHOROBY

Klasické venerické choroby jsou téměř výhradně přenášeny pohlavním stykem. K oboru dermatologie byly přiřazeny v souvislosti s pestrými průvodními kožními a slizničními projevy. Tato onemocnění podléhají zákonnému hlášení, evidenci, depistáži, léčení a prevenci, jejich léčba náleží do oboru dermatovenerologie. (Štork, 2013; Driák, 2012)

Incidence pohlavně přenosných nemocí, které podléhají povinnému hlášení, se v České republice poslední roky zvyšuje. V roce 2013 bylo hlášeno celkem 2131 pohlavně přenosných nemocí. Z toho 1421 případů bylo onemocnění kapavkou, 710 případů syfilis. Onemocnění lymfogranuloma venereum se na našem území vyskytuje jen ojediněle (v minulosti hlášeno pouze 9 případů). U granuloma inguinale nebyl zaznamenán žádný případ onemocnění. (Kubicová, 2015)

a) Kapavka (Gonorrhoea)

V Evropě je kapavka druhou nejčastější bakteriální sexuálně přenosnou infekcí po chlamydiových infekcích genitálu. Předpokládaný celosvětový počet onemocnění v roce 2008 byl odhadován na 106 miliónů případů. (Driák, 2012)

Původcem onemocnění je gramnegativní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*. (Boštíková, et al., 2015) Kapavka je bakteriální infekce, která postihuje primárně sliznici urogenitálního traktu. Může však také způsobit zánět oční spojivky, rekta a vzácně i sliznice nosu, úst a laryngu. Projevuje se hnisavým zánětem postižené lokality. Krevní cestou může dojít k zánětu pohybového systému, endokardu a oční duhovky. Postihuje především věkovou skupinu mezi 15-35 lety. (Kubicová, 2015; Černá, 2014)

b) Syphilis (Příjice)

Syfilis je chronickým systémovým infekčním onemocněním. Onemocnění je přenášeno především pohlavním stykem, dále transuterinní cestou na plod při infekci matky, zcela vzácně pak jiným způsobem (nepohlavní cesta). (Boštíková, et al., 2015)

Původcem onemocnění je spirochéta *Treponema pallidum*. Rizikovou populací jsou mladí dospělí ve věku 15-19 let. (Kubicová, 2015)

Klinicky se u syfilis rozlišují čtyři stadia: primární stadium s kožní lézí 3-90 dní po nákaze, sekundární stadium s nejrůznějšími projevy od kožních až po orgánové 4-10 týdnů po primárním infektu, asymptomatické latentní stadium a terciární stadium, které se objevuje 3-5 let po počáteční infekci ve třech různých formách (gumatózní syfilis, pozdní neurosyfilis a kardiovaskulární syfilis), přičemž v tomto stadiu již postižené osoby nejsou infekční. Zvláštní formou je kongenitální syfilis, kdy k nákaze plodu může dojít během těhotenství nebo při porodu. (Bohoněk, et al., 2015)

c) Měkký vřed (Ulcus molle)

Měkký vřed postihuje anogenitální oblast. Klinické projevy tohoto onemocnění spočívají především ve vzniku genitálních vředů (chancroid) a tříselných abscesů (bubo). Původcem je gramnegativní bakterie *Haemophilus ducreyi*. (Poláčková, 2016)

Na našem území se tato choroba vyskytuje jen vzácně, hlavní výskyt je především v tropech a subtropích. (Kubicová, 2015)

d) Lymphogranuloma venereum – inguinale

Lymphogranuloma venereum je sexuálně přenosná infekce způsobená *Chlamydia trachomatis* sérotypy L1, L2 nebo L3. Tato choroba je častá především v oblasti tropů a subtropů. (Borsje, Reijden, Soetekouw, 2016)

Na genitálu vzniká malá nebolestivá papulovezikula, která se rozpadá do vřídka o velikosti čočky, který se rychle hojí a může zůstat nepovšimnut. Za jeden až několik týdnů dojde k rozšíření do mizních uzlin v tříslech, přítomná je zvýšená teplota, třesavka, bolesti hlavy a kloubů, uzliny měknou a tvoří se abscesy perforující četnými píštělemi. (Poláčková, 2016)

e) Granuloma inguinale (Donovanóza)

Je onemocnění genitálu, které způsobuje *Calymmatobacterium granulomatis*. Projevuje se vznikem plošného vředu s hypertrofickou spodinou. Vyskytuje se v tropech a subtropích. (Kubicová, 2015)

3.1.2 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY DRUHÉ GENERACE

Do kategorie sexuálně přenosných chorob druhé generace se řadí onemocnění pohlavně přenositelné (sexually transmittable diseases) jež se dříve za pohlavní choroby nepovažovaly. Sexuální kontakt je pouze jednou z možných cest nákazy a podle vyvolávajícího agens se dělí na několik skupin dle původce. (Driák, 2012)

Tabulka č. 1: Sexuálně přenosné choroby druhé generace

| SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY DRUHÉ GENERACE | |
|---|--|
| Bakteriální sexuálně přenosné infekce | |
| Chlamydiové nákazy | <ul style="list-style-type: none"> • Celosvětově nejčastější bakteriální sexuálně přenosné infekce • Chlamydiové urogenitální infekce (50 % všech urogenitálních nákaz) • Až v 80 % probíhají asymptomaticky • Závažné následky - sterilita a chronické pánevní bolesti • Podléhají povinnému hlášení, depistáži a dispenzarizaci |
| Bakteriální vaginóza | <ul style="list-style-type: none"> • Vaginální bakterióza • Onemocnění způsobené přemnožením anaerobních bakterií • Pohlavním stykem lze přenést mnohé aerobní bakterie: - streptokoky, stafylokoky, enterokoky, gramnegativní aeroby • U homosexuálních osob se mohou vyskytovat sexuálně přenosné shigelózy |
| Protozoární sexuálně přenosné infekce | |
| Trichomonas vaginalis Donné | <ul style="list-style-type: none"> • Původce Bičenka poševní (<i>Trichomonas vaginalis</i>) • Způsobuje lidskou urogenitální trichomoniázu • Rozvrat poševní mikroflóry, opakované záněty • Zvyšuje citlivost vůči viru HIV |
| Entamoeba histolytica | <ul style="list-style-type: none"> • Původce Měňavka úplavičná (<i>Entamoeba histolytica</i>) • Způsobuje lidskou měňavkovou úplavici příp. onemocnění jater |
| Giardia lamblia | <ul style="list-style-type: none"> • Původce Lamblie střevní (<i>Giardia intestinalis</i>, <i>G. lamblia</i> nebo <i>G. duodenalis</i>) • Lamblióza je celosvětově nejčastější průjmové onemocnění vyvolané prvokem • V České republice je též poměrně časté |

Virové sexuálně přenosné infekce

| | |
|---|--|
| Lidské papilomaviry | <ul style="list-style-type: none">• Jeden z více než 100 různých typů papilomavirů• Napadá lidské buňky• V lidské populaci se jedná o běžné viry• Většina typů nevyvolává žádné známky nebo symptomy onemocnění a infekce odezní bez léčení• Asi 30 typů HPV je známo jako genitální HPV, postihují oblast genitálií a mohou vyvolat změny buněk sliznice děložního hrdla• Bez léčby – se mohou někdy změnit v rakovinné buňky• Jiné typy HPV mohou způsobit genitální bradavice a benigní změny děložního hrdla |
| Herpesviry | <ul style="list-style-type: none">• Nejčastější virové infekce člověka• Provází je změny na kůži a sliznicích - tvorba puchýřků• Infekce může postihnout i centrální nervový systém a vnitřní orgány• Při infekci plodu může dojít ke vzniku malformací |
| Virus hepatitidy B a C | <ul style="list-style-type: none">• Záněty (histologické změny) jaterní tkáně virového původu |
| Cytomegalovirus | <ul style="list-style-type: none">• Původce Cytomegalovirus patří mezi herpetické viry• Vyskytuje se u 60 % zdravé populace a až u 90 % imunokompromitovaných osob• Infekce zpravidla probíhá bez jakýchkoliv příznaků |
| Virus lidské imunodeficiency (HIV) | <ul style="list-style-type: none">• Od získání infekce do vzniku AIDS uplyne obvykle řada let• Postupně se objevují pestré klinické projevy patřící k jednotlivým stádiím HIV infekce |
| AIDS | <ul style="list-style-type: none">• Acquired Immunodeficiency Syndrome• Syndrom získaného imunodeficitu |
| Virus molluscum contagiosum | <ul style="list-style-type: none">• Původce Molluscum contagiosum virus• Vysoce nakažlivé kožní onemocnění• Projevuje se vznikem mnohočetných infekčních puchýřků po celém těle |
| Condylomata accuminata | <ul style="list-style-type: none">• Špičaté flíčky, benigní genitální bradavice způsobené HPV• Podléhají povinnému hlášení |

Mykotické sexuálně přenosné infekce

| | |
|-------------------------|--|
| Candida albicans | <ul style="list-style-type: none">• Původce kvasinka Candida albicans• Přibližně 80-90 % mykóz je vyvoláno tímto druhem• Kandidy lze přenést pohlavním stykem• Asi čtvrtina recidiv kandidové vulvovaginitidy se přičítá na vrub sexuálnímu styku |
|-------------------------|--|

Ektoparazitární sexuální přenosné infekce

| | |
|-------------------------------|---|
| Sarcoptes scabiei | <ul style="list-style-type: none">• Infekční choroba způsobená zákožkou svrabovou• Původcem zákožka <i>Sarcoptes scabiei</i>• Projevuje se nepříjemným svěděním a kožními změnami v podobě oděrek (exkoriací), pupínků a skvrn |
| Phthirus pubis | <ul style="list-style-type: none">• Původcem Veš muňka (<i>lidově filcka</i>)• Přenáší nemoc zvanou pediculosis pubis• Mezi její symptomy patří krev na spodním prádle, hnis, strupy, ekzémy |
| Mycoplasma hominis | <ul style="list-style-type: none">• Původce <i>Mycoplasma hominis</i>• Součástí normální vaginální flóry u 20-50 % zdravých žen• Způsobuje infekce ženského pohlavního ústrojí a novorozenecké infekce• U mužů k rozvoji infekce nedochází |
| Ureaplasma urealyticum | <ul style="list-style-type: none">• Původce <i>Ureaplasma urealyticum</i>• Většinou nezpůsobuje žádné potíže• Komplikace bývají spojené se zánětem močové trubice nebo vaginální infekcí• U gravidních žen je riziko vzniku zdravotních komplikací |

(Dvořáková, 2009; Driák, 2012; Štokr, 2013)

3.2 NECHTĚNÁ GRAVIDITA

Nechtěná gravidita patří mezi rizikové faktory úzce spojené s prostitucí. Velmi rizikovým faktorem nechtěné gravidity je intoxikace návykovými látkami. K otěhotnění dochází často rovněž při přechodu z ilegálních drog na legální substituci (Subutex). A to z důvodu, že po tomto přechodu dochází k znovunavrácení nebo upravení menstruačního cyklu. Nezřídka k nechtěné graviditě dochází také pod vlivem alkoholu. (Weiss, et al., 2010)

Nechtěná gravidita sebou přináší jak psychické, tak i zdravotní a sociální důsledky a bývá spojena v nemalém procentu s interrupcí. Cílem interrupce je vyřešení náročné životní situace, do níž se žena v souvislosti se svou graviditou dostala. Interrupce je proces, při němž je odstraněno plodové vece z dělohy. (Šulová, Fait, Weiss, et al., 2011)

3.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY NÁSILÍ

Prostituující osoby se často stávají obětí různých forem násilí. Nejčastějším pachatelem tohoto násilí bývá kuplíř nebo klient.

Důsledky násilného chování ve vztahu k prostituujícím osobám mohou mít široké spektrum podob souvisejících primárně s formou násilí. Od obav, úzkostí, strachů a depresí až po různé stupně poškození zdraví od hematomů, odřenin, přes řezné rány, zlomeniny, klinické příznaky škrce nebo dušení až po smrt oběti.

3.4 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY ZÁVISLOSTÍ

V souvislosti se závislostmi je možné se setkat s velkým množstvím zdravotních rizik. U každé návykové látky se jedná o odlišná zdravotní rizika.

Závislost na alkoholu zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, nádorových onemocnění jícnu, žaludku a tenkého střeva. Dále dochází k vysokému krevnímu tlaku, poruchám nervového systému, rozvoji duševních poruch a u pijáků piva je uváděn také vyšší výskyt nádorových onemocnění tlustého střeva. (Marádová, 2006)

Závislost na canabinoidech způsobuje riziko poškození centrální nervové soustavy (zhoršení paměti, poruchy soustředění apod.), zvýšené riziko nádorových onemocnění plic, chorob cévních, halucinací a depresí apod.

Závislost na stimulantcích vede k poruchám spánku a paměti, poškození sliznice dutiny nosní (v souvislosti s intranazální aplikací), u gravidit vzniká riziko poškození plodu, injekční aplikace sebou přináší riziko tromboflebitidy, trombózy, embolie nebo nákazy hepatitidou či virem HIV. (Šulová, Fait, Weiss, et al., 2011)

Závislost na opiátech způsobuje riziko poruch centrální nervové soustavy, snížení imunity, u gravidit vzniká riziko poškození plodu, u mužů dochází k rozvoji impotence, je zde také zvýšené riziko infekcí související s nitrožilní aplikací drogy a riziko exitu v souvislosti s předávkováním.

Lékové závislosti mohou vést k poruchám spánku, agresivitě, bolestem svalů, křečím, epileptickým záchvatům, útlumu centrální nervové soustavy nebo až k bezvědomí. Vždy záleží na typu zneužívané lékové skupiny. (Marádová, 2006)

4. SOCIÁLNÍ ASPEKTY PROSTITUCE

Sféra prostituce je úzce propojena s velkým množstvím sociálně patologických jevů. Mezi ty nejvýznamnější bezesporu patří násilí, závislosti, kriminalita, nezaměstnanost a další.

4.1 NÁSILÍ V KONTEXTU PROSTITUCE

Problematika násilí je s prostitucí velmi úzce spojena. Prostitující ženy mohou být vystaveny různým formám sexuálního násilí v souvislosti s výkonem své profese ze strany klientů, ale také se může jednat o násilí, jež není spojené se sexualitou a to například násilí ze strany kuplířů a obchodníků s bílým masem.

Dle výzkumu Malinové se 90 % prostituujících žen setkalo s nějakou formou násilí. Může se jednat jak o formu psychickou, jako jsou nadávky a ponižování, tak i o formu fyzickou od drobných útoků až po život ohrožující fyzické napadení. Například škrcení a dušení zažilo 17 % prostituujících žen. (Karásková, 2016)

4.1.1 SEXUÁLNÍ NÁSILÍ

Pojem sexuální násilí začíná být u nás i ve světě nahrazován pojmem sexualizované násilí. Důvodem je přesnější vystižení podstaty tohoto činu, neboť základem tohoto činu není sexuální touha, ale používání sexuality jako nástroje moci. (Kutálková, Kobová, 2014)

Vlastní sexuální násilí, včetně vykořisťování a zneužívání, označuje jakýkoliv čin, pokus nebo výhrůžku sexuálního charakteru, která vede nebo může vést k fyzické, psychologické a emocionální újmě. Sexuální násilí je ovlivňováno mnoha faktory, působícími v řadě sociálních, kulturních a ekonomických kontextů. (Blatníková, Faridová, Zeman, 2014)

Sexuální násilí je tedy projevem agrese a nechtěče a zahrnuje celé spektrum sexuálních aktivit, od sexuálního slovního nátlaku až po tělesný kontakt (nechtěné líbání, dotyky a manuální stimulace), vrcholem je znásilnění – násilný pohlavní styk. (Záhumenský, et al., 2010)

Vlastním násilím jsou více ohroženy osoby poskytující sexuální služby na ulici, neboť noční kluby i některé priváty mají bezpečnostní opatření. Méně brutální podobu ataků, jako jsou nadávky, nevyplacení dohodnuté odměny či okradení, zažila většina prostitutek. Mezi sexuální násilí, které ženy zažívají od zákazníků velmi často, patří také nucení k nechráněnému sexuálnímu styku nebo rizikovým praktikám. (Karásková, 2016)

4.1.2 SEXUÁLNÍ NÁTĹAK

U sexuálního nátlaku použije pachatel násilí, pohrůžku násilí či pohrůžku jiné těžké újmy. Těmito prostředky pachatel přiměje oběť k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování. Jedná se o ochranu před jednáním, při kterém nedochází k fyzickému pohlavnímu kontaktu s pachatelem, avšak pachatel oběť nutí, aby ona sama prostřednictvím svého těla a na něm prováděných erotických nebo sexuálních úkonů nebo jeho obnažováním působila na sexuální vnímání pachatele. Na tomto vlastním sexuálním

jednání se pachatel sám nepodílí, ale poté, co oběť k němu donutil či přiměl, mu v zásadě jen přihlíží, pozoruje ho, aby se tak sexuálně vzrušoval. (Šámal, et al., 2010)

4.1.3 ZNÁSILNĚNÍ

Světová zdravotnická organizace vymezuje znásilnění jako fyzické či jiné donucení k sexuálnímu kontaktu bez souhlasu jednoho z partnerů (Krug, et al., 2002).

Určujícím rysem znásilnění v současnosti již není ani tak samotný sexuální akt, ale spíše narušení fyzické a duševní integrity oběti. Právě donucení a nesouhlas oběti jsou charakteristiky, které ze znásilnění dělají kriminální čin. (Blatníková, Faridová, Zeman, 2014) V rámci prostituce se jedná o aktivity, k nimž je prostituující osoba donucena přesto, že je jasně odmítá např. anální styk.

4.1.4 SEXUÁLNÍ VRAŽDY

Nejnebezpečnější formou sexuálního násilí jsou sexuální vraždy. Osoby poskytující sexuální služby za úplatu jsou rizikovou skupinou především v souvislosti se snadnou dostupností pro pachatele.

Sexuální vraždu je možné vymezit jako úmyslné usmrcení jiné osoby, při němž pachatel zároveň zasahuje do sexuální sféry oběti. Do tohoto pojetí spadají jak případy úmyslného usmrcení oběti v souvislosti s uspokojením sexuální potřeby pachatele, tak i případy, kdy úmyslné usmrcení není motivováno sexuálně, byť pachatel na dosud žijící či již mrtvé oběti jistě sexuální aktivity realizuje (např. aby šokoval okolí nebo ještě více zasáhl blízké oběti). (Blatníková, Faridová, Zeman, 2014)

Sexuální vraždy mají široké spektrum podob. V rámci některých sexuálních vražd je možné se setkat s pobodáním, rozřezáním, proražením nebo jiným zmrzačením oblasti genitálu oběti. Pohlavní zmrzačení může rovněž zahrnovat vynětí pohlavních orgánů a odstranění prsou u ženských obětí. Dále také zahrnuje činnosti jako pózování, vztyčení a vyztužení těla, vkládání předmětů do tělních dutin, kanibalismus (konzumace krve či masa) a nekrofilii. Vraždy jsou založeny na fantazií posedlých pachatelích. Těmto typům vrahů nestačí pouze zabít, ale mají navíc nutkavou potřebu předvést své fantazie na svých obětech a na jejich tělech. (Stolín, 2005)

4.1.5 NÁSILÍ BEZ SEXUÁLNÍHO KONTEXTU

Mimo násilí, které jeví sexuální kontext, se osoby prostituující mohou setkat i s dalším různými formami násilí. Jedná se nejčastěji o násilí ze strany kuplířů nebo násilí související s obchodem s bílým masem.

4.2 KRIMINALITA V PERCEPCI PROSTITUCE

Sprostituční sférou se pojí velké množství trestné činnosti. Je s ní spojena kriminalita mravnostní, majetková, násilná, drogová nebo různé formy organizovaného zločinu.

Tato trestná činnost může být páchaná na osobách prostituujících, jejich klientech nebo dalších osobách nebo společnosti.

Mezi **trestné činy páchané na osobách prostituujících** patří kuplířství, omezování nebo zbavení osobní svobody, ublížení na zdraví, obchodování s lidmi, zavlčení do ciziny, znásilnění a mnohé další. Také trestné činy související se sexuálním násilím, které byly popsány v předchozí kapitole.

Do kategorie **trestných činů páchaných na klientech sexuálních služeb** patří především krádež, loupež, vydírání, šíření nakažlivé choroby apod.

Mezi **trestné činy ve vztahu k jiným osobám nebo společnosti** patří šíření toxikomanie, výtržnictví, zanedbání povinné výživy, účast na zločinném spolčení, ohrožování mravnosti apod. (Trestní zákoník, 2015; Gřivna, Scheinost, Zoubková, et al., 2014)

4.3 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A ZÁVISLOSTI

Závislosti jsou závažnou problematikou, která s prostitucí často koreluje. Příčin, které vedou u této skupiny k rozvoji závislosti je více, mezi ty nejvýznamnější patří závislost jako součást životního stylu prostituujících, jako prostředek řešení náročné životní situace nebo závislost jako prostředek nátlaku na osobu prostituující.

Rizika závislosti v kontextu prostituce je možné rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří rizika související s užíváním těchto návykových látek. Mezi která patří především poškození zdraví různé intenzity přímo související s typem užívané látky a způsobem jejího podávání. Druhá skupina rizik vyplývajících ze závislosti na návykových látkách souvisí s větším sklonem k rizikovějšímu chování osob, které požíly návykovou látku.

4.3.1 SPECIFIKA HLAVNÍCH SKUPIN NÁVYKOVÝCH LÁTEK V KONTEXTU SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ

V posledních letech stoupá počet osob, které provozují sexuální aktivity pod vlivem návykových látek. Toto chování je považováno za velmi rizikové především v souvislosti s odbouráváním zábran pod vlivem návykových látek a vyššího výskytu rizikového chování. (Bourne, et al., 2014)

Studie zaměřené na prostituuující osoby působící v nočních klubech prokazují silné propojení této činnosti s užíváním legálních i nelegálních návykových látek. Podle rozsáhlé Belgické studie užívají prostituuující osoby v největší míře alkohol, mezi další často užívané látky patří marihuana, kokain a benzodiazepiny. Více než třetina sexuálních pracovníků uvedla závislost na některé z návykových látek nebo na kombinaci více návykových látek. (Nunen, 2013)

a) Alkohol

Alkohol je psychoaktivní látka, která může vést k rozvoji závislosti. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k rozvoji spektra zdravotních problémů, ale má dopady také sociální a ekonomické. (WHO, 2014)

Po požití alkoholu dochází k odbourávání zábran a zvýšení sexuálního apetitu. Bylo prokázáno, že osoby pod vlivem alkoholu ochotněji přistupují k méně obvyklým sexuálním praktikám, častěji praktikují rizikový a nechráněný sex. V percepci sexuální agresivity vedou nízké dávky alkoholu ke stupňování agresivity a naopak dávky vyšší agresivitu spíše tlumí. (Vavřínková, 2011)

b) Opiáty

Jedná se o tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Klasickým představitelem skupiny opiátů je diacetylmorfin – heroin, morfin, kodein. (Kalina, et al., 2015)

Užívání heroinu je často spojeno s velmi rizikovým sexuálním chováním. Neřídčným jevem je u osob závislých na opiátech realizace sexuálních služeb výměnou za dávku drogy. Nedostatek finančních prostředků a potřeba uspokojovat svou drogovou závislost může být také příčinou vstupu do sféry sexbysnysu.

Dalším významným faktorem jsou i obavy z nástupu abstinenčních příznaků, které vedou častěji k rizikovému chování, např. k sexu bez kondomu. Následkem tohoto faktu je rovněž prokázána zvýšená incidence infekčních chorob (HIV, hepatitida C) a sexuálně přenosných chorob. (Vavřínková, 2011)

c) Stimulancia

Klasickým představitelem skupiny stimulačních drog je kokain. Mezi stimulační drogy patří i naše nejrozšířenější droga metamfetamin – pervitin. (Kalina, et al., 2015)

Kokain v menších dávkách obvykle zvyšuje chuť na sex, usnadňuje erekci a zintenzivňuje prožitek orgasmu. Dodává také energii pro déle trvající sexuální aktivitu. Vystupňovaná sexuální touha může vést u žen až k hypersexuálnímu chování. Pod vlivem kokainu lidé přistupují častěji k rizikovějšímu chování a netradičním praktikám. (Šulová, Fait, Weiss, et al., 2011)

Další významnou drogou patřící do této skupiny je pervitin. Stimulantcia obecně prodlužují dobu trvání sexuálního styku, dodávají energii k většímu výkonu a oddalují orgasmus. U uživatelů pervitinu se objevuje také často větší kreativita spojená se širokým spektrem sexuálních praktik, často i netradičních nebo považovaných běžně za nepřijatelné, jako je skupinový sex, sadomasochistické praktiky apod.

Intoxikace snižuje zábrany a rozvolňuje hranice, na druhou stranu bývá těžké dosáhnout uspokojení zvýšené chuti na sex. Spolu s praktikami, jako je skupinový nebo anální sex, větší promiskuitou a delším trváním koitu, tvoří tento fakt výsledný obraz pervitinu jako jedné z nejrizikovějších omamných látek z hlediska přenosu HIV a sexuálně přenosných chorob.

V souvislosti s výraznou délkou koitu po užití pervitinu trpí také ženy často mechanickým poraněním pohlavních orgánů. Rovněž se nezdá stává, že jsou ženy pod vlivem drogy nuceny k praktikám, s nimiž nesouhlasí. Výskyt znásilnění a zneužití v anamnéze uživatelů pervitinu je velmi vysoký. (Vavřínková, 2011)

d) Canabinoidy

Přírodní drogy vyráběné z konopí se řadí mezi látky s halucinogenním účinkem. V Evropské unii je nejrozšířenější ilegální drogou. Prevalence se odhaduje na 10-20 %. (Kalina, et al., 2015)

Intoxikace canabinoidy může vyvolat jak příjemné tak i nepříjemné pocity. Pokud je intoxikace příjemná vede k bohatšímu prožitku ze sexuální aktivity. Obvykle se také prodlužuje doba potřebná k dosažení orgasmu u obou pohlaví, někdy vede až k anorgasmii. Sexuální apetit bývá po požití této látky zvýšen. (Šulová, Fait, Weiss, et al., 2011)

Chronické užívání marihuany prokazatelně přechodně a vratně ovlivňuje reprodukční funkce mužů i žen. Dále užívání této látky snižuje zodpovědnost při sexuálních aktivitách, zvyšuje se rizikové chování a uživatelky této drogy bývají sedmkrát častěji nakaženy pohlavní chorobou než ostatní ženy. (Vavřínková, 2011)

e) Lékové závislosti

Lékové závislosti jsou obecně podceňovány a pokládány za méně problematické ve srovnání se závislostmi na jiných drogách. Jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Dalším problémem je, že dlouho probíhají skrytě. (Marádová, 2006)

Mezi nejčastěji zneužívanými patří léky s psychotropním efektem. Mezi nejčastěji zneužívanými lékovými skupinami patří opioidy, benzodiazepiny, psychostimulantia, antiepileptika, antidepresiva apod. Intoxikace je podobná stavu opilosti, navození celkového zklidnění, redukce strachu a úzkosti, vyšší dávky mohou vést k poruchám vědomí. (Kalina, et al., 2015)

Osoby závislé na lécích jsou zvýšeně rizikové ve vztahu ke znásilnění, k přenosu pohlavně přenosných chorob, dle svého účinku mohou léky povzbuzovat nebo naopak utlumovat sexuální apetit.

4.4 NEZAMĚSTNANOST

Nezaměstnanost je závažným sociálním a ekonomickým problémem, který velmi negativně ovlivňuje situaci rodiny i jednotlivců. Osoby prostituující často nemají žádné legální zaměstnání nebo pracují legálně jen za velmi nízkou mzdu. Rovněž partneři těchto osob se často rekrutují ze skupiny nezaměstnaných, což staví prostituující osobu do role jediného živitele rodiny. (Matoušek, et al., 2013; Šídová, Poláková, Malinová, 2013)

5. KAZUISTIKA

Na prostituční dráhu se ženy dostávají na základě různých motivací a příčin. Následující kazuistika je věnována ženě, která patří do skupiny žen, jejichž motivací pro vstup do prostitučního byznysu byla racionální rozvaha. V období jejího raného vývoje nic nenavědčovalo tomu, že by se životní dráha respondentky měla směřovat k prostituci. Zlomovým okamžikem se stalo navázání partnerského vztahu následované potřebou získání větších finančních prostředků.

Eva je 22letá žena, jež úspěšně dokončila pouze základní vzdělání, následně sice ve studiu pokračovala na střední škole zemědělské, ale toto studium nedokončila z důvodu „jiných zájmů“ jak sama tvrdí. Ani do budoucna si Eva neplánuje studium dokončit. Jejím krédem je: „Nejlepší škola je sám život.“ Nukleární rodina respondentky byla velmi dobře ekonomicky zajištěná. Oba rodiče zastávali vysoké posty a také společně vychovávali své dvě dcery. V dětství a během začátků dospívání respondentka se svou rodinou ráda cestovala. Této záliby se vzdala poté co navázala vztah se svým přítelem. Sestra Evy je o dva roky mladší a žije se svou vlastní rodinou v malé obci nedaleko krajského města.

K zhoršení vztahů v rodině došlo v období, kdy respondentka navázala vztah se současným partnerem, se kterým rodiče rezolutně nesouhlasili. Příčinou tohoto postoje rodičů byla primárně silná závislost muže na nitrožilní aplikaci tvrdých drog. V percepce respondentky je v současnosti tato závislost již v pořádku. „Dřív bral pořád, teď je to úplně v pohodě dává si jen o víkendů a přes tejděn je čistej.“ Přesto, že její partner byl silně závislý na drogách, Eva užívání tvrdých drog neguje. Další závislostí, s níž se její partner potýkal, byl gambling. Závislost na výherních automatech přiznává i sama respondentka. „Jednou jsem takhle přijela v půl šestý z práce a měla jsem chuť si zahrát, tak jsem vzala televizi, co jsem dostala od našich, a donesla do zastavárny. Dostala jsem za ní 3000,- a za chvíli je prohrála a šla zas domů.“ Posledním velkým problémem, který Eva zmiňuje, je také velká zadluženost obou partnerů, o níž však rodiče doposud nevědí.

V současné době má Eva se svým přítelem dceru v kojeneckém věku. S otcem dítěte Eva není sezdána, ale žijí ve společné domácnosti. Tato rodina žije v pronajatém rodinném domě, který je ve velmi špatném technickém stavu, v domě nejsou zřízeny rozvody elektřiny ani vody. Přes tento havarijní stav objektu, který je lokalizován na venkově, rodina platí nájemné ve výši 15 000 Kč měsíčně. Tato výše nájemného byla dohodnuta s pronajímatelem nemovitosti za podmínek, že rodina bude tuto výši nájemného hradit po dobu tří let a po uplynutí této lhůty dojde k převedení vlastnických práv z pronajímatele na rodinu v domě žijící. Tato skutečnost však není smluvně stvrzena, jedná se výhradně o ústní dohodu mezi oběma stranami.

V oblasti vztahů je pro Evu nejdůležitější její partner a dcera. Partner (bez zaměstnání) je o 5 let starší a jejich vztah trvá již asi 8 let. Jedná se však o vztah velmi nestabilní, který je provázen množstvím rozchodů a opětovných návratů. Výjimkou z tohoto rytmu nebylo ani období gravidity respondentky. V pravidelném kontaktu je Eva se svou sestrou, které velmi důvěřuje. S přáteli má jen povrchní vztahy. Stejně se vyjadřuje i o vztazích s kolegyněmi z nočního klubu, kde působí. *„S holkama v podniku je to těžký, žádný z nich nevěřím a určitě bych si jí nepozvala domů, aby mi pohlídala dítě. A mimo podnik se s nikým nevidám, nemám na to čas.“*

Nikdo se sociálního okolí respondentky neví o její prostituční kariéře a to včetně jejího současného partnera, který se domnívá, že v nočním klubu působí na pozici barmanky.

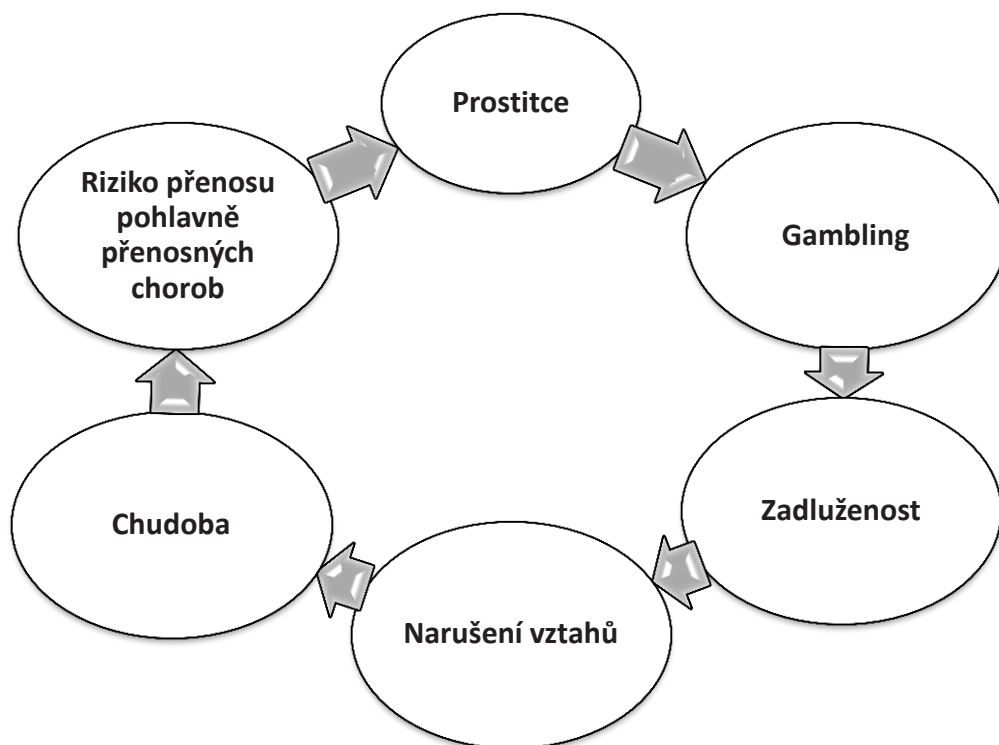
Po ukončení studia na střední škole respondentka začala krátce pracovat v průmyslu jako dělnice pásové výroby. Tato práce jí z hlediska vysoké fyzické náročnosti a nízkého platového ohodnocení naprosto nevyhovovala. Začala tedy hledat práci méně náročnou a výrazně více finančně ohodnocenou. Přes doporučení od svých známých získala kontakt na privát, kde byly poskytovány sexuální služby čtyřmi prostituujícími ženami. Zde tedy zahájila svou prostituční kariéru. V rámci působení v tomto zařízení se seznámila s majitelem jednoho nočního klubu. Na základě tohoto kontaktu se rozhodla opustit privát a pokračovat v prostituci právě v tomto nočním klubu. V současné době působí v sexbyznysu již čtyři roky.

Svůj volný čas věnuje respondentka primárně své dceři nebo svým koníčkům, kterými jsou zvířata. Eva doma chová dvě kočky a dva psy. Přes uváděný silný vztah ke zvířatům jsou psi dlouhodobě nabízeni k prodeji. Hlavním důvodem nákupu psů bylo získání dalších finančních prostředků prodejem odchovaných štěňat, k čemuž v souvislosti s neplodností psů nedošlo. *„Pořizovala jsem si dogu, abych z ní měla peníze na štěňatech, ale ona je nějak nemocná, tak mi to veterinářka zakázala, tak jí chci dát pryč.“*

Co se týká vizí do budoucna, Eva plánuje velkou rodinu, přála by si v následujícím roce opět se svým partnerem otěhotnět. Změnu v pracovní oblasti rozhodně neplánuje. *„Jsem ještě mladá, tak chci dělat tohle, dokud budu moct a pak se uvidí, třeba něco zdědím.“*

Závěrem: Eva je mladá žena, která si velmi zakládá na nezávislosti na své nukleární rodině. Prožívá velmi dobrý pocit z osamostatnění se a založení své vlastní rodiny. Svou prostituční kariéru vnímá jako možnost se snadno a rychle dostat k vysokým finančním příjmům bez těžké práce a mrhání časem v práci. Sociálně patologické jevy spojené s jejím životem nevnímá jako problém a svůj život celkově hodnotí pozitivně.

Schéma č. 1: Sociální a zdravotní aspekty prostituce v percepci uvedené kazuistiky



Zdroj: kazuistika

Z kazuistiky vyplývá mnoho především sociálních problémů, z nichž některé se týkají přímo respondentky a jiné se vyskytují v jejím bezprostředním sociálním okolí. Mezi hlavní jevy týkající se přímo respondentky patří prostituce s širokým spektrem sociálních i zdravotních rizik s ní souvisejících. Dále se jedná o gambling, který zásadním způsobem zhoršuje ekonomickou situaci rodiny a prohlubuje již tak velkou zadluženost obou partnerů. Chudoba, která do značné míry souvisí s lehkovážným způsobem života a nesprávnými rozhodnutími. Tato rodina se vystavuje velkému riziku ztráty domova při neschopnosti uhradit nepřiměřeně vysokou částku spojenou s úhradou nájemného za dům s nevyhovujícími podmínkami pro bydlení. Rovněž narušení vztahů s rodinnými příslušníky, ale také přáteli.

Mezi sociální aspekty v bezprostředním okolí respondentky patří především drogová závislost partnera, jeho gambling a zadlužení, ale také nezaměstnanost, která staví respondentku do pozice jediného živitele rodiny.

ZÁVĚR

Prostituce je sama osobě závažným sociálně patologickým jevem, na který se velmi snadno napojují další nežádoucí jevy. Z historických zkušeností boje s prostitucí je zřejmé, že je to fenomén, který je ve společnosti velmi hluboko zakořeněn a jeho úplné vymýcení se zdá nemožným. Z tohoto důvodu je třeba snahy odborné veřejnosti napnout do oblasti minimalizace rizik s prostitucí spojených, a to jak ve vztahu k osobám prostituujícím, tak i k široké veřejnosti.

Z uvedené kazuistiky vyplývá, že přestože se u respondentky jednalo o svobodné rozhodnutí vstoupit do sexbyznysu, musí se potýkat s množstvím dalších především sociálních problémů, které s jejím životním stylem souvisí.

Tento článek vznikl pod záštitou interního grantu Vysoké školy polytechnické Jihlava podpořeného v roce 2017 pod názvem Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BLATNÍKOVÁ, Š. FARIDOVÁ, P. ZEMAN, P. *Násilná sexuální kriminalita - téma pro experty i veřejnost*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2014. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 978-80-7338-143-1.
- [2] BOHONĚK, M. ZÁKOUCKÁ, H. LANDOVÁ, L. SLÁDKOVÁ, E. Nové testy pro screening syfilis u dárců krve. *Transfuze a hematologie dnes*. Praha: Mladá fronta, 2015, 21 (3), 143-151. ISSN 1213-5763.
- [3] BORSJE, A. REIJDEN, W. SOETEKOUW, R. Lymphogranuloma venereum presenting with erythema nodosum. *International Journal of STD & AIDS*. 2016, 27 (14), 1354-1355. ISSN 09564624.
- [4] BOŠTIKOVÁ, V. PRÁŠIL, P. SALAVEC, M. BOŠTIK, P. Vybrané virové a bakteriální perinatálně přenosné infekce - pohlavní infekce. *Pediatric pro praxi*. Praha: Solen, 2015, 16 (1), 37-39. ISSN 1213-0494.
- [5] BOURNE, A. REID, D. HICKSON, F. RUEDA, S. TORRES. WEATHERBURN, P. *The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. London: Technical Report. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014. ISBN 978-1-906673-18-5.
- [6] ČERNÁ, E. Gonorrhoea, diagnostika a léčba, komplikace v podobě abscesu Bartholiniho žlázy. *Dermatologie pro praxi*. Praha: Solen, 2014, 8 (3), 108–114. ISSN 1802-2960.
- [7] DRIÁK, D. Sexuálně přenosné infekce a spermicidy. *Časopis lékařů českých*. Praha: Nakladatelství Olympia, s. r. o., 2012, 150 (10), 459-462. ISSN 0008-7335.
- [8] DVOŘÁKOVÁ, K. Nejčastější sexuálně přenosné infekce a možnosti jejich léčby. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2009, 23 (1), 24-29. ISSN 1212-7973.
- [9] GRĚVNA, T. SCHEINOST, M. ZOUBKOVÁ, I. et al., *Kriminologie*. 4. vyd. 2014, Praha: Wolters Kluwer, a.s., 536 s. ISBN 970-80-7478-614-3.
- [10] HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [11] KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
- [12] KARÁSKOVÁ, I. *Výzkum v sexbyznysu: téměř každá prostitutka zažila od klientů násilí*. [online]. 2016, [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://1url.cz/LtRyd>
- [13] KRUG, G. E. MERCY, A. J. DAHLBERG, L. L. ZWI, B. A. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002, vol. 360, no. 9339, 1083–1088. ISSN 0140-6736.
- [14] KUBICOVÁ, M. Pohlavně přenosné nemoci u dospívajících. *Pediatric pro praxi*. Praha: Solen, 2015, 16 (6), 404–409. ISSN 1213-0494.
- [15] KUTÁLKOVÁ, P. KOBOVÁ, Ľ. ed. *Sexuální násilí: proč se nikdo neptá?*. Praha: In Iustitia, 2014. ISBN 978-80-260-5793-2.
- [16] MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislosti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí v roce 2006, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.

- [17] MATOUŠEK, O. KODYMOVÁ, P. KOLÁČKOVÁ, J. ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [18] MATOUŠEK, O. KŘIŠŤAN, A. ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [19] MUNRO, V. GIUSTA, DELLA. M. *Demanding sex: critical reflections on the regulation of prostitution*. Burlington, VT: Ashgate, 2008. ISBN 9780754671503.
- [20] NUNEN, V. K. Legal and illegal drug use among female sex workers in bar and club prostitution in Belgium: A quantitative and qualitative study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 21 (1), 2014, ISSN 0968-7637.
- [21] POLÁČKOVÁ, Z. Přehled pohlavně přenosných onemocnění. *Urologie pro praxi*. Praha: Solen, 2016, 17 (3), 124–128. ISSN 1213-1768.
- [22] STOLÍN, M. Rozbor sexuálních vražd. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: Tiskárna Jihočeský Inzert Expres, s.r.o., 2005, 1 (2), 119-122. ISSN 1804-7858.
- [23] ŠÁMAL, P. et al., *Trestní zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2010. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-178-9.
- [24] ŠÍDOVÁ, L. POLÁKOVÁ, J. MALINOVÁ, H. *Ze sexybyznysu na trh práce?: přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. Brno: Rozkoš bez rizika, 2013. ISBN 978-80-260-4963-0.
- [25] ŠTORK, J. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-898-8.
- [26] Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., *Trestní zákoník*. vyd. 7. Praha: Armex, 2015. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-38-0.
- [27] VAVŘINKOVÁ, B. Vede užívání psychotropních látek k rizikovému sexuálnímu chování?. *Česká gynekologie*. 76 (1), 2011, 56-59. ISSN1210-7832.
- [28] WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [29] WHO, *Global Status Report on Alcohol and Health, 2014*. Geneva: World Health Organization, 2014. ISBN 978-92-4-1-56475 5.
- [30] ZÁHUMENSKÝ, J. NEUMANNOVÁ, H. VOJTĚCH, J. ZMRHALOVÁ B. ŠOTTNER, O. MIKYSKOVÁ I. SÝKOROVÁ, J. HALAŠKA, M. Sexuální násilí na ženách. *Soudní lékařství*. 55 (3), 2010, 40-42. ISSN 1210-7875.

PROSTITUTION AND ITS HEALTH AND SOCIAL ASPECTS



ABSTRAKT

Prostitution is one of social phenomena connected with mankind since time immemorial. Prostitution means sexual activity carried out for consideration. This phenomenon is closely linked to health aspects consisting primarily in the risk of transmission of sexually transmitted diseases and also social aspects which include a wide variety of associated social pathologies and social consequences related to the provision of sexual services. The contribution also presents a case study covering 22-year-old woman's experience with prostitution career.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

KLÍČOVÁ SLOVA:

prostitution, prostitutes, health aspects,
social aspects, socially pathological
phenomena

ZKUŠENOSTI PŘÍSLUŠNÍKŮ VIETNAMSKÉHO ETNIKA S PÉČÍ V ČESKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

ZUZANA SMILKOVÁ
ZUZANA ŠKORNIČKOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

ABSTRAKT

Úvod: V České republice bylo k 30. 6. 2016 evidováno celkem 480 191 cizinců. Nejsilnější minoritní skupiny pochází z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. Je třeba si uvědomit, že všichni tito lidé jsou potencionálními příjemci nejen zdravotní, ale i sociální péče a nelékařský zdravotnický personál by měl chápat rozličné kulturní postoje k problematice narození, života a smrti.

Cíl: Zjistit kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika, které by mohly ovlivnit poskytovanou ošetrovatelkou péči při hospitalizaci v českých zdravotnických zařízeních.

Metodika: Výzkumné šetření proběhlo formou polostrukturovaných rozhovorů. Vzorem pro tvorbu otázek je Model kulturních kompetencí dle Purnella. Otázky byly rozděleny do 12 oblastí dle dvanácti domén modelu. Soubor respondentek tvořily 3 klientky vietnamského etnika hospitalizované ve zdravotnických zařízeních ve Zlínském kraji.

Výsledky: Kulturní specifika u klientek vietnamského etnika se nejvíce dotýkají oblastí porodu a šestinedělí, stravování a péče

o umírající. V poporodním období si ženy dopřávají pouze rychlou a velmi teplou sprchu a dodržují přísný klidový režim. Během šestinedělí nesmí chodit ven, a pokud se vydají na krátkou procházku, musí být teple oblečené a mít šátek přes hlavu. Potrpí si na velké množství čerstvé zeleniny, ovoce a ryb. K pití mají nejraději zelený čaj nebo čistou vodu. Klientky shodně uvedly, že nejí mléčné výrobky a tučné maso, z toho důvodu jim nevyhovuje skladba nemocniční stravy. Vietnamci mají velkou úctu k umírajícím. Je pro ně typické, aby člověk umíral doma obklopen rodinou, proto často žádají o propuštění umírajícího do domácí péče.

Závěr: Každá kultura zaujímá jiný postoj ke zdraví a nemoci a každá kultura má vlastní představu o tom, co je „normální“. Je nezbytné, aby se ošetroující personál orientoval v problematice multikulturního ošetrovatelství. Za kulturně kompetentní péči můžeme považovat právě tu, která je založena na individuálním přístupu ke klientům.

KLÍČOVÁ SLOVA:

purnellův model, kultura, multikulturní ošetrovatelství, vietnamské etnikum

ÚVOD

Od roku 1990 je Česká republika pro řadu migrujících obyvatel cílovým státem. Proto by měla být připravena na to, že se zde setkávají lidé různého původu, rasy, náboženství, morálky. K 30. 6. 2016 bylo na území České republiky evidováno celkem 480 191 cizinců, kdy každým dnem tato hodnota narůstá (Český statistický úřad, 2016). Danému trendu napomáhá nejen výhodné umístění České republiky, ale i otevření hranic v minulosti politicky izolované Československé socialistické republiky. Nejsilnější minoritní skupiny na území České republiky pochází z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu (Šimonová, 2012).

Je třeba si uvědomit, že všichni tito lidé jsou potencionálními příjemci zdravotní péče. Proto je nutné zaměřit vzdělávání zdravotníků tak, aby chápali rozličné kulturní postoje k etice narození, života a smrti. V celosvětovém měřítku můžeme považovat za kvalitní ošetrovatelskou péči právě tu, která je založena na individuálním přístupu ke klientovi (Kutnohorská, 2013).

Existuje řada ošetrovatelských modelů, které se věnují problematice multikulturního ošetrovatelství. Mezi tyto modely patří i Model získávání kulturních kompetencí dle Larryho Purnella, který začal vznikat po roce 1991 (Rolantová, 2012).

Purnellův model můžeme aplikovat na všechny etnické skupiny. Purnellův model je holistický se specifickými otázkami a strukturou pro definování odlišností jednotlivých kultur. Tento model můžeme využít nejen při vzdělávání zdravotníků v oblasti kulturně kompetentní péče. Své uplatnění nalezne i v oblasti psychologie, ošetrovatelství, sociologie a zdravotně-sociální sféry (Rolantová, 2012).

Purnellův model je postaven na tom, že všichni zdravotníci by měli disponovat informacemi o kulturních odlišnostech. Model pracuje s přesvědčením, že jedna kultura není lepší jak druhá, pouze jsou odlišné. Každý má právo na to, aby byla respektována kultura, ze které vyšel. Je nezbytné, aby se pracovníci pomáhajících profesí orientovali v problematice multikulturního ošetrovatelství, jinak nemohou poskytovat kvalitní péči (Rolantová, 2012).

Purnellův model je graficky znázorněn jako kruh, který má čtyři kružnice (Obr. 1). Vnější kružnice představují společnost, komunitu, rodinu a vnitřní jedince. Vnitřní kružnice je složena z 12 domén, které tvoří organizační strukturu modelu. Mezi jednotlivé domény patří komunikace, rodina – role a organizace, problematika zaměstnanosti, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství, rodičovská praxe, rituály spojené se smrtí, spiritualita, zdravotnické praktiky a poskytovatelé zdravotnické péče (Maňhalová, Tthová, 2016).

Obr. 1: Model kulturních kompetencí (Kutnohorská, 2013)



Ústav zdravotnických informací a statistiky uvedl, že v roce 2015 vyhledalo 103 887 cizinců na našem území lékařskou pomoc. První příčky obsadili občané Slovenské republiky (22 609), následovali Ukrajinci (11 804), Rusové (8 453), Němci (7 381) a Vietnamci (6 137). Vzhledem k tomu, že Vietnamci tvoří významnou složku naší společnosti a z vyjmenovaných minorit jsou nám kulturně nejvzdálenější, rozhodly jsme se zaměřit naší pozornost právě na klienty hlásící se k vietnamské minoritě (Ústav zdravotnické informatiky a statistiky, 2015).

METODIKA

Pro výzkum bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Zvolená metoda nám umožnila tvořit kreativně doplňující otázky během rozhovoru, čímž jsme získaly poměrně podrobné informace (Kutnohorská, 2009). Cílem rozhovorů bylo zjistit kulturní specifika péče o klienty vietnamského etnika, hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních.

Rozhovory proběhly v srpnu a září roku 2016 na gynekologicko-porodnických odděleních nemocnic ve Zlínském kraji. Soubor respondentek tvořily 3 ženy vietnamského etnika ve věku 18 - 50 let. Kritériem pro zařazení respondentek do výzkumného šetření bylo podepsání informovaného souhlasu s výzkumem, kde byly seznámeny nejen s cílem výzkumu, ale i s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit. Dále musely být klientky starší

18 -ti let a musely aktivně mluvit česky. Pro výzkumné šetření nebyla důležitá diagnóza, pro kterou byly klientky hospitalizovány. Výzkum byl schválen etickou komisí.

Vzorem pro tvorbu otázek je Model kulturních kompetencí dle Purnella. Otázky byly rozděleny do 12 oblastí (topografie, komunikace, role a organizace v rodině, problematika pracovních sil, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, rituály smrti, spiritualita, praktiky zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče, těhotenství) dle dvanácti domén modelu. Celkem rozhovor obsahoval 119 otázek, které byly během rozhovoru dále rozvíjeny.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Dále byla provedena transkripce, kdy text byl doslovně přepsán do spisovného jazyka. Poté jsme získaný text analyzovaly pomocí obsahové analýzy textu a provedly jsme kódování dat a následnou kategorizaci.

VÝSLEDKY

S ohledem na rozsah rozhovorů a na základě obsahové analýzy textu, jsme se rozhodly interpretovat výsledky těch oblastí, kterých se kulturní specifika klientek vietnamského etnika nejvíce dotýkají. Konkrétně se jedná o oblasti stravování, péče o umírající, porodu a šestinedělí. Pro lepší orientaci byla vytvořena tabulka se základními identifikačními údaji respondentek. Každé respondentce bylo místo iniciálu přiřazeno jedno písmeno z abecedy.

| Tabulka č. 1. Identifikační údaje respondentek | | | |
|---|------------|---------------|----------------------|
| | A | B | C |
| Národnost | Vietnamská | Vietnamská | Vietnamská |
| Věk | 50 | 23 | 43 |
| Doba pobytu v ČR | 18 let | Od narození | 35 let |
| Zdravotní pojištění | Ano | Ano | Ano |
| Vzdělání | Základní | Vysokoškolské | Střední bez maturity |
| Rodinný stav | Vdaná | Svobodná | Vdaná |

Zdroj: vlastní

KATEGORIE STRAVOVÁNÍ

Všechny respondentky (A, B, C) uvedly, že mají výhrady k nemocničnímu stravování. Nevyhovuje jim, jak chutí, tak samotnou skladbou. Respondentky uvedly, že dávají přednost své tradiční kuchyni. Ve vietnamské kuchyni je základní potravinou rýže, kterou připravují na nespočet způsobů. Dále hojně připravují ryby, konzumují velké množství zeleniny a maso. Respondentky shodně uvedly, že připravované maso nesmí být tučné. K pití mají nejraději zelený čaj nebo čistou vodu. Čaje nijak nedochucují. Respondentka A uvedla: „ Čaj i koření si nechávám dovést z Vietnamu, když se tam někdo jede podívat,

zdejší má takovou zvláštní chuť.“ Dále ženy uvedly, že nejí mléčné výrobky. Respondentky A a C se vyhýbají i pečivu. Z toho důvodu osloveným ženám nemocniční strava nevyhovuje, a nechávají si nosit jídlo z domova. Respondentka B však uvedla: „Často bývá problém s místem v lednici a na oddělení chyběla mikrovlnná trouba, kde by si své jídlo ohřála.“

KATEGORIE PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Vietnamci mají velkou úctu k umírajícím. Je pro ně typické, aby člověk umíral doma obklopen rodinou, proto často žádají o propuštění umírajícího do domácí péče. Většinou jim je ze stran nemocnic vyhověno. Respondentka A uvedla: „Lidé mají umírat tam, kdy žili celý život.“ Respondentka C uvedla: „U nás ve Vietnamu člověk umírá doma se svou rodinou. Rodina se pak postará o rozloučení. Tělo doma zůstává maximálně den.“ Respondentka B uvedla: „Věříme v reinkarnaci, duše člověka je stále s námi.“ Vietnamci upřednostňují pohřbívání zesnulého do země, což mělo význam hlavně v minulosti. Klientka A uvedla: „V minulosti se ve Vietnamu ostatky po pár letech od pohřbu vytáhly a důkladně očistily. Pak byly znovu pečlivě uloženy do hrobu.“

KATEGORIE POROD A ŠESTINEDĚLÍ

Z následující kategorie byla záměrně vynechána respondentka s písmenem B, protože nebyla těhotná a nikdy nerodila. Vietnamky přikládají těhotenství a porodu velký význam. Obzvláště v poporodním období dodržují přísný klidový režim. Nesmí příliš vstávat z lůžka a chodit smí pouze v předklonu. Věří, že uvedený styl chůze pomáhá ke správnému zavnutí dělohy. Respondentka C dále uvedla: „Po porodu žena nesmí jíst ryby, krevety, tučné maso.“ Respondentka A dodává: „Žena po porodu si nesmí mýt ruce ve studené vodě.“ V poporodním období si ženy dopřávají pouze rychlou a velmi teplou sprchu a dodržují přísný klidový režim. Během šestinedělí nesmí chodit ven, a pokud se vydají na krátkou procházku, musí být teple oblečené a mít šátek přes hlavu.

Oblast hygieny může vést ke sporu mezi klientkou a porodní asistentkou, protože na odděleních šestinedělí se klade velký důraz na častou hygienu rodidel. Na závěr respondentka A, která prožila první těhotenství ve Vietnamu, uvedla: „U nás doma mi nebyla poskytnutá taková zdravotní péče, jako v České republice.“

DISKUSE

Výzkum probíhal na gynekologicko-porodnických odděleních nemocnic ve Zlínském kraji. Soubor respondentek tvořily 3 ženy vietnamského etnika ve věku 18 - 50 let. Všechny oslovené ženy mluvily plynule česky, tudíž jsme neměly problém s komunikační bariérou. S ohledem na rozsah rozhovorů, jsme se rozhodly interpretovat výsledky těch oblastí, kterých se kulturní specifika klientek vietnamského etnika nejvíce dotýkají. Konkrétně se jednalo o oblasti stravování, péče o umírající, porodu a šestinedělí.

Všechny respondentky (A, B, C) uvedly, že mají výhrady k nemocničnímu stravování. Nevyhovuje jim, jak chutí, tak samotnou skladbou. Respondentky upřednostňují svou tradiční domácí kuchyni, kde vaří z tradičních surovin. Uvedené odpovědi žen se shodují s publikací od Tthové, které uvádí, že rýže, nudle, bylinky a syrová zelenina jsou základními složky vietnamské kuchyně (Tthová, 2010). Respondentky si z toho důvodu nechávaly donášet vlastní jídlo z domu. Avšak respondentka B uvedla: „Často bývá problém s místem v lednici a na oddělení chyběla mikrovlnná trouba, kde by si své jídlo ohřála.“ Zůstává tedy otázkou, zda je v silách vedení nemocnice zajistit přístup k mikrovlnné troubě a tím zvýšit vietnamským klientkám komfort při pobytu v nemocnici.

Vietnamci mají velkou úctu k umírajícím. Je pro ně typické, aby člověk umíral doma obklopen rodinou, proto často žádají o propuštění umírajícího do domácí péče. Pokud člověk umře v nemocnici, probíhá rozloučení ve smuteční místnosti, kde se sejde celá rodina. Respondentky uvedly, že jim v dané situaci vychází nemocnice vstříc, což hodnotí pozitivně.

Poslední kategorie se zabývala porodem a šestinedělím. Z této oblasti byla záměrně vyřazena respondentka B, které nemá s těhotenstvím a porodem žádné zkušenosti. Vietnamské ženy přikládají těhotenství velký význam. Většinou s nimi tento stav prožívá celá rodina. Respondentka A hodnotila prenatální péči v České republice pozitivně. Jako jediná dotazovaná žena měla možnost srovnat prenatální péči jak v České republice, tak ve Vietnamu. Jak žena uvedla: „U nás doma mi nebyla poskytnutá taková zdravotní péče, jako v České republice.“ Toto tvrzení se shoduje s výzkumem Novákové z roku 2015, kde se autorky zabývaly prenatální péčí u žen z vybraných minorit, kde mimo jiné věnují pozornost klientkám vietnamského etnika (Nováková a kol, 2015). K prenatální péči neměla výhrady ani respondentka C, tak však nemá vlastní zkušenost z Vietnamu.

Dále respondentky (A, B) uvedly, že zejména v raném šestinedělí dodržují přísný klidový režim. Nesmí příliš vstávat z lůžka a chodit smí pouze v předklonu. Věřící, že uvedený styl chůze pomáhá ke správnému zavnutí dělohy. Respondentka A dodává: „Žena po porodu si nesmí mýt ruce ve studené vodě.“ V poporodním období si ženy dopřávají pouze rychlou a velmi teplou sprchu. I tak se snaží vietnamské ženy proces sprchování omezit na minimum, což může vést k rozporům mezi porodní asistentkou a klientkou. Protože na tuzemských odděleních šestinedělí se klade velký důraz na častou a důkladnou hygienu rodidel.

ZÁVĚR

Trendem posledních let je celosvětová migrace obyvatelstva. Daný fenomén se nevyhýbá ani České republice, která se pro mnohé migranty stává cílovou stanicí. Díky tomu se i u nás střetávají lidé rozdílných sociálních a kulturních standardů a náboženství. Je nutné si uvědomit, že každá kultura má specifický postoj ke zdraví a nemoci a každá kultura má vlastní představu o tom, co je „normální“. Je nezbytné, aby se ošetřující personál orientoval v problematice multikulturního ošetřovatelství. Za kulturně kompetentní péči můžeme považovat právě tu, která je založena na individuálním přístupu ke klientům (Ferencová, Lizáková, 2014).

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika, které by mohly ovlivnit poskytovanou ošetřovatelskou péči v českých zdravotnických zařízeních. Oslovené ženy hodnotily poskytovanou ošetřovatelskou péči kladně. Respondentka, která prožila své mládí ve Vietnamu, uvedla, že daná úroveň péče by jí v rodné zemi nebyla nikdy poskytnuta. Při interpretaci výsledků jsme se zaměřili na kategorie, kde jsme shledali zásadní rozdíly mezi vietnamskou a českou kulturou. Kulturní specifika u klientek vietnamského etnika se nejvíce dotýkají oblastí porodu a šestinedělí, stravování a péče o umírající.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Český statistický úřad [online]. [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>
- [2] FERENCOVÁ, Martina a Lubomíra LIZÁKOVÁ, 2014. *Manažment zdravotníckých zariadení a uspokojovanie kulturně podmienených potrieb klientov*. Kontakt, roč. 16, č. 2, s. 123-129. ISSN 1212-4117.
- [3] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- [4] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [5] MAŇHALOVÁ, Jana a Valérie TÓTHOVÁ, 2016. *Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi*. Kontakt, roč. 18, č. 2, s. 69-74. ISSN 1212-4117.
- [6] NOVÁKOVÁ a kol. 2015. Specifika prenatální péče u žen vybraných minorit. *Praktická gynekologie*, roč. 19, č.1, s. 66-70. ISSN 1211-6645.
- [7] ROLANTOVÁ, Lucie, 2012. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetrování minorit*. České Budějovice. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [online]. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: https://theses.cz/id/zurzqx/Disertan_prce_Rolantov.pdf
- [8] ŠIMONOVÁ, Daniela, 2012. *Jak jednat při ošetrování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení*. *Praktická gynekologie*, roč. 16, č. 2-4, s. 114-120. ISSN 1211-6645.
- [9] TÓTHOVÁ, Valérie, 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
- [10] Ústav zdravotnické informatiky a statistiky ČR [online]. [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/cerpani-zdravotni-pece-cizinci>

ETHNIC GROUP OF VIETNAMESE AND THEIR EXPERIENCES WITH HEALTH CARE IN CZECH MEDICAL INSTITUTIONS

ABSTRAKT

Introduction: On 30. 6. 2016 there were registered 480,191 foreigners in the Czech Republic. The most numerous groups of minorities are from Ukraine, Slovakia and Vietnam. It is important to be aware of the fact that all these people are possible clients of not only health but also social care, and paramedical staff should understand varied cultural attitudes to issues of birth, life and death.

Aims: To find out cultural differences among Vietnamese clients (females) which could influence nursing provided in Czech medical institutions.

Methodology: The research was led as semi-structured interviews. The questions were made in the manner of Purnell's Model of cultural competences. The questions were divided into twelve parts in accordance to the spheres of the model. The group of respondents comprised of three Vietnamese female clients hospitalized in health institutions in the district of Zlín.

Results: Cultural specifics of Vietnamese clients mostly bear on delivery and puerperium, nourishment and care of dying patients. After delivery women treat themselves to quick hot shower and keep rest-cure. They cannot go out during their

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Bc. Zuzana Smilková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
53210 Pardubice
e-mail: zuzanazarembova@seznam.cz

Mgr. Zuzana Škorníčková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

puerperium and if they go for a short walk, they have to wear warm clothes and have their head covered. They are partial to big amounts of fresh vegetables, fruit and fish. They like drinking green tea or pure water. The clients were in agreement of refusing dairy products and fatty meat. Therefore hospital diet does not suit them. Vietnamese have a big respect for their dying relatives. It is typical for them to die at home surrounded by their family. Therefore they often request discharge of their dying family member to home care.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Purnell model, culture, multicultural nursing, vietnamese ethnic

VYUŽITÍ MODELU KULTURNÍCH KOMPETENCÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI: LITERÁRNÍ PŘEHLED

ABSTRAKT

Cíl Cílem příspěvku je pomocí analýzy literárních zdrojů zmapovat dosavadní využití Purnellova Modelu kulturních kompetencí v ošetrovateľské praxi.

Východiska Existují ošetrovateľské modely, které se věnují problematice multikulturního ošetrovateľství a které usnadňují plánování a realizaci péče o klienty z různého kulturního prostředí. Jak uvádějí Tóthová et al. (2010, s. 23-25), mezi takové modely patří například model kulturních kompetencí Purnella, model pro rozvíjení kulturní kompetence autorů Papadopoulos, Tilki a Taylor. Sagar (2012) mluví ve své publikaci o modelu vycházejícího slunce Leiningerové, modelu rozvoje kulturní způsobilosti autorky Bacote, modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Giger a Davidhizarové.

Metodika Vyhledávání relevantních článků proběhlo od května do července 2016. Byly prohledány zahraniční elektronické databáze EBSCO, CINAHL Plus with Full Text, Science Direct, Scopus a ProQuest. Zadána klíčová slova byla transcultural nursing, Purnell, Model for cultural competence a jejich kombinace s využitím booleovských operátorů. Vyhledávání bylo zaměřeno na odborné recenzované

ZUZANA ŠKORNIČKOVÁ
MARKÉTA MORAVCOVÁ
UNIVERZITA PARDUBICE

DITA NOVÁKOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

články vydané v rozmezí let 1995 až do současnosti. Zařazujícím kritériem byl jazyk dokumentu český, slovenský nebo anglický.

Výsledky V databázích bylo nalezeno 370 publikací. Po zhodnocení názvu práce a abstraktu zbylo 25 publikací odpovídajících stanoveným kritériím, se kterými bylo pracováno, a byl u nich vyhledán plný text. Konečný počet dokumentů, které byly podrobeny analýze, je šest. Purnellův model byl v ošetrovateľské praxi doposud využíván převážně ve Spojených státech amerických v různých oborech.

Závěr Model kulturních kompetencí je využitelný v různých nelékařských oborech. Vždy je při využití tohoto modelu společným cílem zjistit kulturní specifika klientů, kteří využívají ošetrovateľskou péči.

KLÍČOVÁ SLOVA:

literární přehled, model kulturních kompetencí, Purnell, Purnellův model, transkulturní ošetrovateľství

ÚVOD

V dnešní globalizované společnosti je migrace lidí přirozeným jevem a tento jev není možné ignorovat a opomíjet. Lidé mají různé důvody k migraci, například politické, ekonomické, ale i osobní. Migrace sebou přináší jak pozitiva, tak i negativa pro samotného migranta, ale i pro cílovou destinaci.

K 31. 12. 2015 bylo hlášeno na území České republiky (dále ČR) 464 670 cizinců (včetně azylantů). Ke stejnému datu legálně pobývali na území ČR nejčastěji občané Ukrajiny (106 019 osob), Slovenska (101 589 osob), Vietnamu (56 958 osob), Ruska (34 972 osob), Německa (20 464 osob) a Polska (19 840 osob) (Ministerstvo vnitra ČR, 2016). Z hlediska věkové struktury mezi cizinci ze třetích zemí jednoznačně dominují osoby ve věku 15 – 64 let. V tomto věkovém rozmezí se nachází více jak 83 % z celkového počtu cizinců z třetích zemí (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČRPSV, 2016).

S touto situací souvisí také to, že jsou i česká zdravotnická zařízení stále více navštěvována klienty z odlišného kulturního prostředí. Zdravotnický personál těchto zařízení by měl umět poskytovat péči kulturně diferencovanou, kulturně kompetentní a kulturně citlivou. Jak uvádí Tothová et al. (2010, s. 26), personál v českých nemocnicích není veden k tomu, aby dokázal efektivně pečovat o cizince. Nejčastějším důvodem jsou podle Kutnohorské (2013, s. 67) jazykové bariéry a neznalost kulturních rozdílů, což může vést k tomu, že se poskytovaná péče stává necitlivou vůči specifickým potřebám cizinců. Jedním z možných řešení může být realizace ošetrovatelské péče pomocí modelů zaměřených na multikulturní ošetrovatelství, které se detailně zaměřují právě na kulturní specifika, která péči mohou v různé míře ovlivňovat.

Existují ošetrovatelské modely, které se věnují problematice multikulturního/transkulturního ošetrovatelství a které usnadňují plánování a realizaci péče o klienty z různého kulturního prostředí. Jak uvádí Tóthová (2010, s. 23-25), mezi takové modely patří například Model kulturních kompetencí Purnella, Model pro rozvíjení kulturní kompetence autorů Papadopoulos, Tilki a Taylor. Sagar (2012) ve své publikaci hovoří o Modelu vycházejícího slunce Leiningerové, Modelu rozvoje kulturní způsobilosti autorky Bacote, Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Giger a Davidhizarové.

V rámci tohoto sdělení jsme se zaměřili na využití Purnellova Modelu kulturních kompetencí. Jeho největší přínos spatřujeme v tom, že model je využitelný u všech poskytovatelů zdravotní péče a je vhodný pro klienty z odlišných kulturních prostředí a zachycuje oblasti postihující celou holistickou bytost člověka (Purnell, 2013, s. 15). Purnell definuje kulturní kompetenci jako rozvoj vlastních schopností přizpůsobovat ošetrovatelskou péči klientům. Mělo by se však jednat o vědomý proces poskytování

kulturně kompetentní péče a respektování rozdílných kultur klientů tak, aby nedocházelo k nedorozumění (Purnell, 2013, s. 16).

Empirický rámec Purnellova modelu poskytuje základ pro poskytovatele zdravotní péče, učitele, výzkumníky, manažery a správce ve všech zdravotních odvětvích. Jeho cílem je poskytnout holistické, kulturně kvalifikované, léčebné zásahy; podporu zdraví a wellness; prevenci zranění a nemocí a udržení a obnovení zdraví. Teorie a model čerpají z biologie, antropologie, sociologie, ekonomie, geografie, historie, ekologie, psychologie, fyziologie, politologie, farmacie a výživy stejně tak, jako z teorií komunikace, rozvíjení rodiny a sociální podpory. Model může být použit v klinické praxi, vzdělávání, výzkumu a v administrativních a manažerských službách, týkajících se péče o zdraví nebo k analýze organizační kultury (Purnell, 2013, s. 16).

Zajímalo nás především jeho využití v dosavadních výzkumech zaměřených na poskytování multikulturní/transkulturní péče v české a světové klinické praxi. Náš zájem o využití Purnellova modelu v dosavadních výzkumech souvisí především s naším širším cílem využít rámec tohoto modelu v české klinické praxi.

METODIKA

Cílem příspěvku je pomocí analýzy literárních zdrojů zjistit možnosti využití Purnellova Modelu kulturních kompetencí v ošetrovatelské praxi.

Pro vyhledání relevantních zdrojů, které se věnují problematice využití Modelu kulturních kompetencí v praxi, byly ze zahraničních elektronických databází prohledány EBSCO, CINAHL Plus with Full Text, Science Direct, Scopus a ProQuest.

Rešeršní otázka byla sestavena dle formátu PICO, aby následně mohlo dojít k vyhledání co nejlepších klinických důkazů a zní: Je Model kulturních kompetencí (I) využíván nelékařským zdravotnickým personálem pro kulturní zhodnocení (O) u klientů z odlišných minoritních skupin (P)?

Při vyhledávání byla zadána klíčová slova: *Model for cultural competence, Purnell. cultural assessment* a jejich kombinace s využitím booleovského operátora „AND“. Byly zadávány i alternativy klíčových slov: *multicultural nursing, Purnell Model, Larry Purnell*.

Vyhledávání a zhodnocení relevantních zdrojů probíhalo na základě obsahové analýzy textu od května do července 2016. V textech byly analyzovány typ studie, způsob využití Purnellova modelu, výzkumný soubor a jeho uplatnění v klinické praxi. Vyhledávání bylo zaměřeno na odborné recenzované články vydané v rozmezí let 1995 až do současnosti. Rok 1995 byl jako počátek zvolen z důvodu „vzniku“ Modelu kulturních kompetencí v tomto roce. Dalším zařazujícím kritériem byl jazyk dokumentu český, slovenský nebo

anglický. Vyřazujícím kritériem byly dokumenty, které se věnují Modelu kulturních kompetencí v teoretické rovině a nenabízí možnost praktického využití, anebo využití modelu v jiném prostředí než zdravotnickém.

VÝSLEDKY

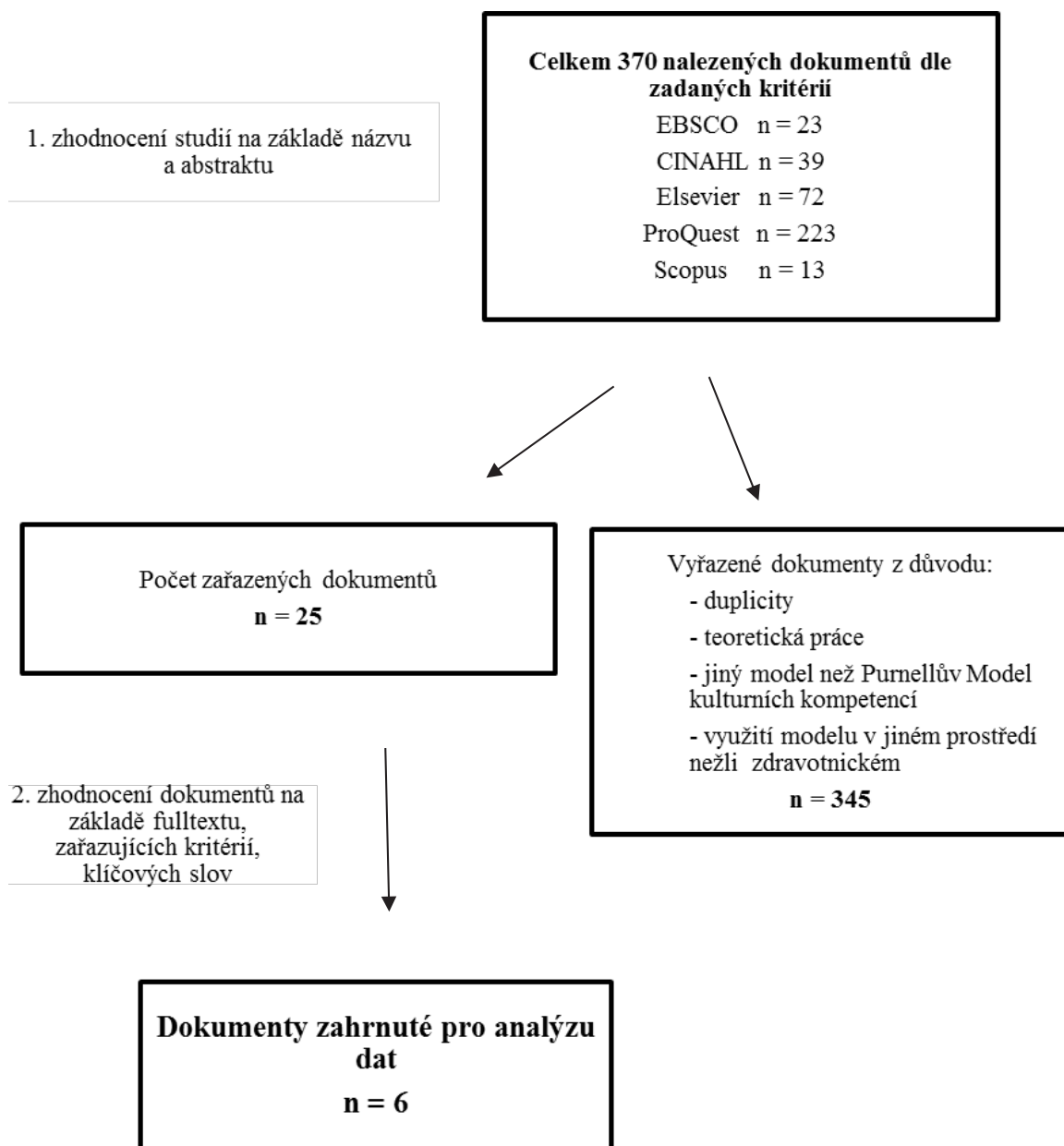
V databázích, které byly prohledávány, bylo nalezeno celkem 370 publikací. Po zhodnocení názvu práce a abstraktu bylo vyřazeno 345 dokumentů, které nesplňovaly námi stanovená základní kritéria. S ostatními 25 dokumenty bylo pracováno dále a byl u nich vyhledán plný text. Po jeho zhodnocení bylo vyřazeno 19 dokumentů, které nesplňovaly zařazovací kritéria, například nebyl využit Purnellův model kulturních kompetencí nebo nebyl výzkum realizován v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, neodpovídala klíčová slova nebo jejich synonyma. Konečný počet dokumentů (viz Obr. 1), které byly podrobeny analýze, je šest, z toho tři studie jsou teoretického charakteru s praktickým využitím, ve dvou studiích je provedeno kvalitativní výzkumné šetření a v jedné studii kvantitativní výzkumné šetření. V teoretických studiích je vysvětleno užití Purnellova modelu pro konkrétní oblast ošetrovatelské péče, v kvalitativních studiích je popsán výzkumný design, použitá metoda výzkumného šetření, soubor respondentů a závěry a u kvantitativního šetření je taktéž popsána metodika šetření, soubor respondentů a shrnutí stěžejních výsledků. V Tabulce 1 jsou pro přehlednost a rychlejší orientaci v analyzovaných publikacích uvedeny tyto údaje: autor, rok vydání, zdroj publikace, země využití a způsob užití modelu kulturních kompetencí.

Tab. 1: Seznam vyhledaných publikací

| Autor, rok | Zdroj | Stát využití modelu | Způsob využití modelu |
|--|---|---------------------|---|
| Black, JD. - Purnell, L. 2012 | <u>Journal of Physical Therapy Education</u> , 2002 Spring; 16(1): 3-10. (8p) | USA | Zvyšování kulturních kompetencí dle Purnellova modelu u fyzioterapeutů a jejich klientů. Dle jednotlivých dvanácti domén modelu jsou popisovány konkrétní situace v poskytování péče klientům odlišné etnicity. Jsou zde uvedeny konkrétní možné příklady kulturního střetu a návod jak jim předcházet. |
| Rodríguez, G. - Muñoz, A. - Komura Hoga, L. 2014 | <u>Revista Latino-Americana de Enfermagem</u> , Mar/Apr 2014; 22(2): 187-196. (10p) | Chile | Kvalitativní šetření metodou Pozorování-Účast-Reflexe. Práce je zaměřena na zkušenosti sester, které imigrovaly do Chile. Autoři prováděli kvalitativní šetření formou etnografického rozhovoru s 15 zdravotními sestrami. Hlavní důraz byl kladen na domény Přehled/dědictví, komunikace, pracovní síly, organizace a role v rodině, biokulturní ekologie, praktiky zdravotní péče. Popis a zkušenosti by měly pomoci imigrujícím sestram zajistit co nejlepší podmínky ve zdravotnickém zařízení. |
| Phelps, LD. – Johnson, K. 2004 | <u>Journal of Community Health Nursing</u> , 2004 Winter; 21(4): 203-215. (13p) | USA | Práce pojednává o vytvoření návodu na poskytování kulturně kompetentní péče obyvatelům z Haiti. Design: literární rešerše, rozhovory s obyvateli z Haiti pro ověření vyhledaných informací. Další krok byl výběr organizačního rámce = Purnellův model. Nakonec prezentace výsledků pomocí tvorby internetových stránek určených pro informace o multikulturní péči. |

| | | | |
|--|---|------------|---|
| Warren, BJ. 2002 | Journal of the American Psychiatric Nurses Association, December 2002; 8 (6): 209-213 (5p). | USA | Práce pojednává o využití modelu The Interlocking Paradigm of Cultural Competence jako o modelu, který vznikl na podkladě prací Peplau, Leininger, Nichols, Campinhy-Bacote a Purnella. Tento model má pět hlavních faktorů, které reprezentují teoretický a filosofický proces a hodnotící komponenty. V práci jsou jednotlivé faktory diskutovány v souvislosti s užitím v oblasti psychiatrického zdraví u sester a jejich klientů z odlišných rasových a etnických kulturních skupin. |
| Law, K. - John, W. 2012 | Nurse Education in Practice, November 2012; 12(6): 371-375 (4p). | UK | V této práci je na bezdomovectví nahlíženo jako na specifickou skupinu lidí, kterou je možné posuzovat z multikulturního hlediska. Uplatňování transkulturní teorie k péči o lidi bez domova je přidám další nástroj k těmto teoriím prostřednictvím rozšíření jejich poměrně úzkého zaměření na etnický původ. |
| Nieto-Vázquez, M. - Tejeda, MJ. - Colin, J. - Matos, A. 2009 | Journal of Cultural Diversity, 2009 Winter: 16 (9) : 171-178 (7p). | Porto Rico | Na základě Purnellova modelu kulturních kompetencí a "Health Belief Model" byl vytvořen rámec studie, jejímž účelem je zjistit účinky vzdělávacích intervencí na znalosti o osteoporóze portorických žen ve věku 18-25 let. Byl použit design randomizované kontrolní skupiny, pre-test a post-test. V článku jsou uvedeny návody, jak výsledky studie využít ve zdravotnické praxi. |

Obr. 1: Algoritmus vyhledávání relevantních zdrojů



ZÁVĚR

V šesti analyzovaných článcích byl využit Purnellův model jako samostatná metoda či ve spojení s dalšími metodami a nástroji. V tabulce 1 jsme se především zaměřili na identifikační údaje daného článku a na základní popis designu publikovaného výzkumného šetření. Dále uvádíme základní poznatky, které autoři v souvislosti s Purnellovým modelem uvádí.

1. STUDIE TEORETICKÉHO CHARAKTERU S NÁSTINEM PRAKTICKÉHO VYUŽITÍ PURNELLOVA MODELU

Do této skupiny analyzovaných publikací jsme zařadili 3 studie.

Black a Purnell (2002) ve své práci uvádí potřebu zvyšování interpersonálních a komunikačních dovedností u fyzioterapeutů poskytujících péči klientům z různých kulturních prostředí. Jestliže by nebyly respektovány kulturní zvláštnosti klientů, mohlo by dojít k neefektivní léčbě, ba dokonce k poškození klienta. Toto se týká zejména oblasti dotyků na určitých tělesných partiích, které jsou léčeny. Pro fyzioterapii jsou to místa obvyklá, ovšem klient je může vnímat jako velmi nevhodná. V tomto článku je nabídnuta možnost jak vychovávat fyzioterapeuty a zároveň klienty v souvislosti s různorodostí kultur. Dále Black a Purnell (2002) analyzují jednotlivé domény Purnellova modelu a uvádí konkrétní příklady možného kulturního střetu a návod, jak jim předcházet. Za hlavní body aplikace kulturního porozumění do praxe autoři považují rozvíjení porozumění své vlastní existence, dále prokazování znalostí a pochopení klientovy kultury, akceptování a respektování kulturních odlišností a přizpůsobení péče tak, aby byla ve shodě s požadavky klienta.

Purnellův model může být použit i jako vzor pro tvorbu jiných prací. Jak uvádí Warren (2002) ve svém článku, kulturní kompetence je klíčovým faktorem v rozvíjení ošetrovatelské péče v oblasti mentálního zdraví. Model „*The Interlocking Paradigm of Cultural Competence*“ (IPCC) uvedený ve Warrenově článku je založený na dobré praxi. Tento model staví na práci autorů Peplau, Leininger, Nichols, Campinhy Bacote a Purnell a má pět hlavních faktorů, které reprezentují teoretický a filosofický proces a dále hodnotící komponenty. Těmito faktory jsou: terapeutické hodnoty, pohled na svět, proces a orientace. V práci jsou jednotlivé faktory diskutovány v souvislosti s užitím v oblasti psychiatrického zdraví u sester a jejich klientů z odlišných rasových a etnických kulturních skupin. IPCC je model pro poskytování dobré praxe, který je aplikovatelný pro sestry poskytující péči v oblasti psychického zdraví. Paradigma kombinuje teoretické pohledy zúčastněných sester a expertů v oblasti kultury. Kulturně kompetentní sestra využívá odbornou ošetrovatelskou péči a kulturní znalosti se základním cílem partnerské spolupráce s klienty k dosažení vhodných výsledků.

Teorie transkulturní péče nemusí být uplatňována pouze na klienty z odlišného kulturního prostředí. Law a John (2012) ve svém článku demonstrovali užití teorie transkulturní péče na lidech bez domova. Tuto sociální skupinu chápou jako skupinu, na kterou by se mělo nahlížet jako na transkulturně odlišnou. V článku shrnují pojetí kultury od jednotlivých autorů, kteří se multikulturní tematikou zabývají, například pojetí kultury od Leininger, Giger-Davidhizar, Campinhy Bacote a Purnella. Mnoho velmi dobře známých transkulturních teorií (Ramsden, 1992; Campinha-Bacote, 2002, 2008; Andrews and

Boyle, 2002; Leininger, 1982, 1991, 2002; Purnell, 2002; Giger and Davidhizar, 2004) obecně odkazují na kulturní skupiny z hlediska etnicity. Aplikací transkulturní teorie na skupinu lidí bez domova může být pole působnosti u etnického zaměření rozšířeno na kulturní skupiny zahrnující například pohlaví, věk, sexualitu a postižení.

2. KVALITATIVNÍ STUDIE

Ve skupině kvalitativních studií jsou uvedeny dvě publikace.

Rodríguez, Muñoz a Komura Hoga (2014) ve své práci využili Purnellův model kulturních kompetencí jako rámec pro kvalitativní šetření metodou Pozorování – Účast - Reflexe. Jednotlivé domény modelu poskytly prostor pro zjištění zkušeností imigrujících sester. Autoři prováděli rozhovory s patnácti zdravotními sestrami, které imigrovaly do Chile. Hlavní důraz byl kladen na následující domény: přehled/dědictví, komunikace, pracovní síly, organizace a role v rodině, biokulturní ekologie a praktiky zdravotní péče. Cílem studie bylo zjistit zkušenosti věnující se kulturním rozdílům u sester, které imigrovaly do Chile a které zde pracují ve zdravotnických zařízeních. Jak uvádí Rodríguez, Muñoz a Komura Hoga (2014), průzkum a popis těchto zkušeností může přispět k cílené podpoře nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přicházejí do cílové země vykonávat své povolání. Stejně tak to může pomoci samotným zdravotnickým institucím, aby se mohly na příchod budoucích zaměstnanců lépe připravit a měly možnost jim tak zajistit co nejpříhodnější podmínky. Zdravotní sestry, které imigrují do určité země, potřebují být začleněny do nového kulturního prostředí, seznámit se se standardy, přizpůsobit se novým normám a hodnotám, které jsou zde uznávané. Data byla sbírána ve dvou zdravotnických zařízeních. Kritéria pro zařazení respondentek do šetření byla: imigrující zdravotní sestra, získané vzdělání v zemi původu, práce alespoň jeden rok v nemocnici v Chile a dobrovolná účast ve studii. Sestry uváděly, že při poskytování ošetrovatelské péče jim někdy brání jejich vlastní potřeba začlenit se do nové kultury. Rozdíly v pracovním zázemí, zodpovědnosti, způsobu řízení, vedou spíše ke snižování pocitu sebejistoty a sestry se cítí nejisté v novém kulturním prostředí. Samozřejmě jsou tyto pocity závislé na úrovni komunikace, zkušenostech a vztazích s kolegy. V celkovém kontextu byly respondentky spokojené.

Phelps a Johnson (2004) ve své práci pojednávají o případové studii jednoho menšího zdravotnického zařízení, které na svých webových stránkách vytvořilo návod, jak poskytovat kulturně senzitivní a kompetentní péči obyvatelům původem z Haiti. K vytvoření webových stránek vedlo několik kroků: rozsáhlá literární rešerše zdrojů věnujících se kultuře Haiti a víře ve zdravotní péči. Prohledávanými databázemi byly CINAHL a Medline. V dalším kroku byly prováděny rozhovory s obyvateli z Haiti, jejichž cílem bylo ověření informací z vyhledaných zdrojů. Rozhovory byly uskutečňovány pomocí kontaktů ve zdravotnickém zařízení a většina respondentů mluvila anglicky. Rozhovory byly semistrukturované se 6 klienty a tazatel pokládal otázky typu: „*Jaká je zdravotní péče ve Vaší komunitě? Jaké jsou největší rozdíly ve zdravotní péči v USA a na Haiti? Jak mohou být poskytovatelé*

péče v Delaware nejvíce nápomocni obyvatelům z Haiti? Uvedené odpovědi, které nebyly nalezeny v databázích, byly například, že obyvatelé z Haiti hodně věří přírodní medicíně a bylinkám. Dále se respondenti domnívali, že nedostatek peněz znamená žádná lékařská péče. Další častou odpovědí na otázku týkající se rozdílů mezi USA a Haiti byla špatná hygiena, znečištěná voda a z toho vznikající zdravotní komplikace. Ve třetím kroku výzkumného šetření proběhl výběr organizačního rámce. Tím byl Purnellův model pro jeho komplexnost a aplikaci na mnoho oborů uvnitř i vně zdravotní péče. Výběr metody prezentace výsledků byla další otázka, kterou si autoři kladli a nakonec zvolili tvorbu webových stránek. Důvodem je výhoda studování z domu a ušetření času dojížděním, dostupnost informací prakticky pro každého a uplatnění informací v praxi přímo při poskytování péče ve zdravotnickém zařízení. Jedním z důvodů, proč byl návod vytvořen právě pro imigranty z Haiti, je jejich rychle vzrůstající populace v USA a dále velká jazyková bariéra. Ačkoli se hispánská kultura stává jednou z hlavních ve Spojených státech, i nadále je na ní nahlíženo jako na cizí. Názory na kulturu obyvatelů z Haiti jsou často spojovány se strachem a nebezpečím z náboženství Voodoo a infekce HIV/AIDS. Ve zdravotnickém zařízení byly některé materiály přeloženy do nejrozšířenějšího jazyka Haiti (Creole), ale mnoho imigrantů neumí číst.

3. KVANTITATIVNÍ STUDIE

Studie Nieto-Vázquez et al. (2009) je studií s kvantitativním designem výzkumného šetření a ve své práci autoři upozorňují na výskyt osteoporózy. U deseti procent hispánských žen starších 50 let se vyskytuje osteoporóza. Portorické ženy jako členky rostoucí populace mohou čerpat benefity z edukačních programů zaměřených na větší informovanost o této problematice. Avšak neexistují preventivní programy primárně určené mladým ženám, které by mohly vést ke snížení rizikových faktorů osteoporózy u těchto žen. Dle autorů užití Purnellova modelu podporující zvyky, hodnoty, víru a normy může ovlivnit rizikové faktory osteoporózy, zejména ve věku adolescence a mladé dospělosti. Jako teoretický rámec této studie byl použit „Health Belief Model“ (HBM) zaměřený na osteoporózu a Model kulturních kompetencí dle Purnella. HBM slouží jako průvodce použitelný k vysvětlování, předvídání a ovlivňování chování souvisejícího se zdravím jednotlivců. Purnellův model kulturních kompetencí pomáhá dle autorů článku manažerům a poskytovatelům péče navrhovat preventivní programy a intervenční opatření, která jsou komplexní a kulturně terapeutická. V této studii jsou zahrnuty 4 hlavní domény Purnellova modelu: biokulturní ekologie, výživa, vysoce rizikové chování a praktiky zdravotní péče. Dle Nieto-Vázquez et al. (2009) uznání portorické kultury je základem porozumění tomu, jak tato kultura ovlivňuje znalosti, víru ve zdraví a vlastní zodpovědnost ve vztahu k nemoci, v tomto případě k osteoporóze. Pro daný výzkum byl použit design randomizované kontrolní skupiny, pre-test a post-test. Experimentální i kontrolní skupina se podrobila pre-testu, který zahrnoval zjištění znalostí o osteoporóze, vyplnění Osteoporosis Health Beliefs a Osteoporosis Self-Efficacy, které byly identifikovány jako tři závislé proměnné. Experimentální skupina byla podrobena léčbě (intervenční edukační program), který

je považován za nezávisle proměnnou. Za určitý čas byly obě skupiny znovu testovány post-test měřením pomocí tří škál (znalosti o osteoporóze, Osteoporosis Health Beliefs a Osteoporosis Self-Efficacy). Výzkumu se zúčastnilo 105 žen ve věku 18 - 25 let. Ženy, které absolvovaly edukační program týkající se onemocnění osteoporózou, měly větší snahu dodržovat preventivní opatření než ženy, které vzdělávací program neabsolvovaly, a byla u nich větší adherence především ve formě preventivního programu. V článku jsou dále uvedeny návrhy, jak výsledky studie využít ve zdravotnické praxi. Konkrétně by sestry měly zvyšovat znalosti žen z jiné kultury, aby pochopily význam intervencí a minimalizovaly riziko vzniku chronických onemocnění.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BLACK, J., PURNELL, L. 2002. Cultural competence for the physical therapy professional. In *Journal Of Physical Therapy Education*, 2002, vol. 16, no. 1, pp. 3-10.
- [2] KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013.
- [3] LAW, K., JOHN, W. 2012. Homelessness as culture: How transcultural nursing theory can assist caring for the homeless. In *Nurse Education in Practice*, 2012, vol. 12, no. 6, pp. 371-374.
- [4] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Aktualizovaná „Koncepce integrace cizinců ve vzájemném respektu“ a postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců v roce 2016*. [online]. 2016.[cit. 2016-06-07]. Dostupné na internetu: http://www.mpsv.cz/files/clanky/25571/Priloha_c._2_Aktualizovana_Koncepce_integrace_cizincu___ve_vzajemnem_respektu_a_Postup_pri_realizaci_aktualizovane_Koncepce_integrace_cizincu_v_roce_2016.pdf.
- [5] MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. Ministerstvo vnitra České republiky [online]. 2016. [cit. 2016-05-17]. Dostupné na internetu: <http://www.mvcr.cz/>.
- [6] NIETO-VÁZQUEZ, M., TEJEDA, MJ., COLIN, J., MATOS, A. 2009. Results of an osteoporosis educational intervention randomized trial in a sample of Puerto-Rican women. In *Journal of Cultural Diversity*, 2009, vol. 16, no 4, pp. 171 – 177.
- [7] PHELPS, L., JOHNSON, K. 2004. Developing local public health capacity in cultural competency: a case study with Haitians in a rural community. In *Journal Of Community Health Nursing*, 2004, vol. 21, no. 4, pp. 203-215.
- [8] PURNELL, L. 2013. *Transcultural Health Care. A culturally Competent Approach*. 4th edition. F. A. Davis.
- [9] RODRÍGUEZ, G., MUÑOZ, A., KOMURA HOGA, L. 2014. Cultural experiences of immigrant nurses at two hospitals in Chile. In *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 2014, vol. 22, no. 2, pp. 187-196.
- [10] SAGAR, PL. 2012. *Transcultural Nursing Theory and Models: application in nursing education, practice, and administration*. 1st edition. Springer Publishing company.
- [11] TÓTHOVÁ, V., et al.. 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010.
- [12] WARREN, BJ. 2002. The interlocking paradigm of cultural competence: A best practice approach. In *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2002, vol. 8, no. 6, pp. 209-213.

USING THE MODEL OF CULTURAL COMPETENCE IN NURSING PRACTICE: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Aim The aim of the work is to make an analysis of literary sources and to determine the possibility of using Purnell's Model for cultural competence in nursing practice. We focused on its use in different nursing fields in the Czech Republic and also in other countries.

Background It exists nursing models, which are helpful for planning and realization of nursing care about clients from different cultural groups. Tóthová et al. (2010, s. 23-25) say that among these models belongs for example Purnell model for cultural competence, model for developing cultural competence by Papadopoulos, Tilky and Taylor. Sagar (2012) writes in his work about Leininger's Sunrise model, Campinha-Bacote's The culturally competent model and The Giger – Davidhizar transcultural assessment model.

Methodology Searching of relevant literary sources was done from May to July in 2016. We searched in foreign electronic databases EBSCO, CINAHL Plus with Full Text, Science Direct, Scopus and ProQuest. Keywords are: transcultural nursing, Purnell, Model for cultural competence and their combination with using of bools operators. The searching was focused on expert-reviewed articles Publisher between 1995 and 2016. Inclusion criteria were Czech, Slovak and English language.

Results In the databases were found 370 documents. After analysis of name and abstract of documents we had 25 documents and we read

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Zuzana Škorníčková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: mgr.dita.novakova@seznam.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: marketa.moravcova@upce.cz

fulltext. After that we left six documents, which were analysed. Purnell model for cultural competence is used in different field of nursing practice, the most often in the United States.

Conclusion The model for cultural competence is used in different nursing fields, but common aim is to find cultural specifics of clients, who need nursing care.

KEYWORDS:

literature review, model of cultural competence, Purnell, Purnell Model, transcultural nursing

ETICKÁ DILEMATA SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ PRACUJÍCÍCH V OBLASTI SOCIÁLNÍ POLITIKY

DAVID URBAN
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

V předkládaném článku autor poukazuje na problematiku dilemat sociálních pracovníků pracujících v oblasti sociální politiky, konkrétně na úřadech práce. Cílem předkládaného článku je poukázat na možné způsoby řešení dilematických situací, se kterými se na úřadech práce setkávají sociální pracovníci v přímém kontaktu s klienty. V první části článku je téma teoreticky představeno a popsáno na základě dostupné odborné literatury, v další výzkumné části se pak zaměřuji na konkrétní dilematické situace, se kterými se setkávají pracovníci úřadu práce a na způsob, jak tyto situace řeší. Data pocházejí z vlastního kvalitativního výzkumného šetření (ze sondy do dané problematiky), které probíhalo u vybrané skupiny pracovníků úřadů práce. V závěru článku pak poukazuji na možnosti zvládnutí popsaných dilemat a dále na problematičnost celé situace, především pak kvůli stále nově se tvořícím dilematickým situacím, se kterými se pracovníci v praxi setkávají a které mohou mít (negativní) dopad na kvalitu jejich práce.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dilema, sociální práce, sociální pracovník, etika, sociální politika

ÚVOD

V praxi sociální práce se sociální pracovníci často dostávají do situací, ve kterých se musí rozhodovat a volit, jak se zachovat. Mnohdy se stává, že pracovník je nucen volit mezi dvěma rozdílnými situacemi, protichůdnými tendencemi (Matoušek a kol., 2001). Tyto protichůdné tendence, které se v sociální práci projevily již na přelomu 19. a 20. století lze obecně označit dilematy (Matoušek a kol., 2001). Dilema je tedy nutná volba mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi (Klimeš, 1981, s. 112), případně se také jedná o situaci, kterou Thompson (2015) popisuje jako „být chycen uprostřed“. Cichá a kol. (2010) uvádějí, že do etického dilematu se pracovník dostane v takovém případě, kdy se má rozhodnout pro jedno z řešení, ze kterých ani jedno není jednoznačně správné a optimální.

Reamer (2015) uvádí, že etická dilemata se v sociální práci objevují v několika formách. Dle Kašparové, Urbana (2013) existuje několik možností, jak dilemata rozlišovat - můžeme je mezi sebou rozeznávat podle různých kritérií. Například Musil (2004) dělí dilemata na „všední dilemata řadových pracovníků“ do kterých řadí sedm dilematických dvojic (např. množství klientů, nebo kvalita služby, atd.) a na „dilemata strategická“ (zde popisuje pět situací, např. změna klienta, nebo změna prostředí, atd.). Dále také Navrátil (2001) se věnuje tématu dilemat soudobé sociální práce a popisuje tzv. dilemata vývojová, mezi která řadí následující dilematické dvojice: „formalizace a de-formalizace“, „profesionalizace a de-profesionalizace“, „normativnost a nenormativnost“, „pomoc a sociální kontrola“, „polyvalence a specializace“ a „sociální práce jako věda a umění“.

Celá řada autorů (Musil, 2004; Matoušek a kol., 2001; Škoviera, 2007; Mojžíšová, Urban, Kajanová, 2012; Dosoudilová, Francuchová, 2008 aj) pak popisuje dilematické dvojice či situace, které se vztahují k oblasti sociální práce. Jedná se buďto o popis takových dilematických situací, které bychom mohli aplikovat na mnoha příkladech sociální práce (např. Musil, 2004), případně se jedná o popis takových dilematických situací, která vyvstávají sociálním pracovníkům přímo z práce s určitou cílovou skupinou – zde se např. Škoviera (2007) věnuje dilematům náhradní výchovy, případně Kašparová, Urban (2013) reflektují etická dilemata v sociální práci s romskými klienty. V předkládaném článku bych se rád zaměřil na jednu z dalších oblastí, ve které sociální pracovníci pracují a setkávají se s celou řadou dilematických situací. Jedná se o pracovníky působící v oblasti sociální politiky, konkrétně na úřadech práce. Cílem předkládaného článku je popsat dilemata, se kterými se tito sociální pracovníci na úřadech práce nejčastěji setkávají.

NEJČASTĚJŠÍ DILEMATA SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ NA ÚŘADECH PRÁCE

Musil (2004, s. 8) interpretuje příběh Petera Blaua, který v roce 1957 zkoumal přístup pracovníků amerického úřadu sociální pomoci. V rámci toho výzkumu zjistil, že nově nastoupivší sociální pracovníci kritizovali služebně starší kolegy za

to, že nejsou dostatečně citliví a pružní. Chtěli pomáhat chudým a těšili se, že s klienty naváží vřelé, byť ne důvěrné vztahy. Zaskočila je však složitost administrativních povinností a nepřístupnost klientů. Během několika měsíců se s některými obtížemi naučili zvládat požadované úkony a na klienty se naučili dívat z hlediska oficiálních procedur. Musil (2004, s. 8) ve spojitosti s výše popsanou situací dále uvádí, že praktický přístup ke klientům bývá do značné míry výsledkem snahy pracovníků vypořádat se s pracovními podmínkami. To mimo jiné znamená přijmout ustálené vzory chování, které nemusí odpovídat původním představám pracovníka. Tito nově nastoupivší sociální pracovníci se podřídili zavedeným postupům a smířili se s nedůvěřivostí klientů. Časem přišli na to, že v úřadě existují zaběhlé zvyklosti, které umožňují přijatelným způsobem překlenout dilema mezi oficiální procedurou a orientací na klienta (Musil, 2004, s. 8). Obdobně i Banks (2001) uvádí, že začínající pracovníci často nemají dostatek znalostí a zkušeností, díky čemuž často nedokážou tak obratně vyřešit danou situaci, jsou často zmatení a nejistí, kdežto pracovník s delší zkušeností již ví, jaké principy uplatnit a jak se v situaci zorientovat.

Při úvahách nad dilematy je nutné uvědomit si také faktory, které mohou vznik dilematických situací zapříčinit. Těchto faktorů je celá řada. Jedním ze zdrojů dilemat může být přímo daná organizace, resp. kultura organizace, jak ji popisuje Musil (2004). Jedná se právě o Musilem (2004) výše zmiňovaná existující pravidla a postupy, které se v jednotlivých organizacích vyskytují, a které mohou být na jedné straně právě zdrojem dilematických situací (ve smyslu rád bych se zachoval tímto způsobem, ale není to typické na našem pracovišti, resp. kultuře naší organizace), na straně druhé pak mohou napomoci v řešení dilematické situace (ve smyslu rád bych jednal tímto způsobem, bylo by to možná přínosnější, ale mělo by to jistá úskalí klienta, atd., nicméně takto se v rámci našeho pracoviště nepostupuje). Dalším zdrojem dilematických situací mohou být nadřazení sociálních pracovníků a pracovní podmínky na pracovišti (Hubíková, Havlíková, Musil, Kubalčíková, 2015), případně další profese, se kterými sociální pracovníci přicházejí do kontaktu – v této souvislosti Musil (2004) popisuje termín „ideologické hegemonie“, jiných profesí, kdy sociální pracovníci v organizacích se často ocitají v pozici dílčí skupiny, která má možnost pracovat v souladu s ideologií svého oboru jen do určité míry. Je nucena přizpůsobovat cíle a obsah své práce představám pracovníků jiných oborů – v české společnosti např. ekonomů, právníků, lékařů, psychiatrů nebo psychologů (Musil, 2004, s. 28). Zdrojem dilemat mohou být také např. zadavatelé, kterými Janebová, Hudečková, Zapadlová, Musilová (2015: 27) chápou volené zástupce a jimi delegované osoby (politici a manažeři), kteří někdy uplatňují na sociální pracovníky/ice požadavky, které mohou být v rozporu s právy klientů, nebo svou nečinností ohrožují práva lidí, vůči kterým cítí sociální pracovníci odpovědnost. Dalším zdrojem dilematické situace může být také klient, jeho nízká odhodlanost ke spolupráci, vzájemné sympatie a antipatie (Musil, 2004). Z profesionálního i etického hlediska je velmi citlivá otázka hranic a jejich propustnosti, což platí všude tam, kde se objevují přenosové a protipřenosové mechanismy (Weiss a kol., 2011, s. 71). A v neposlední řadě může být zdrojem dilemat či překážek k úspěšné

práci s klientem přímo sociální pracovník – jeho morální citlivost k tématu a míra vlastního nasazení pro danou věc (Musil, Nečasová, 2008), případně i pohlaví sociálního pracovníka či výše jeho vzdělání (Urban, 2015).

METODA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK

Cíl vlastního výzkumného šetření (realizované sondy do dané problematiky) koreluje s cílem předloženého článku – cílem výzkumu bylo identifikovat a popsat dilematické situace, se kterými se setkávají sociální pracovníci na úřadech práce (Hmotná nouze) a jak tato dilemata řeší. Data byla sbírána prostřednictvím kvalitativního sběru dat, metodou dotazování, technikou polořízeného rozhovoru. Předmětem tohoto šetření bylo zjistit: a) S jakými dilematy se oslovení pracovníci setkávají?, b) Jak tyto dilematické situace řeší? Komunikační partneři byli vyzváni, aby se k těmto dvěma výše uvedeným otázkám volně vyjádřili. Data byla posbírána celkem od 9 pracovníků/pracovnic vybraných úřadů práce na základě dostupnosti – jednalo se o ty pracovníky, na které jsem měl kontakt (především osobní) a kteří byli ochotni podílet se na rozhovorech. S ohledem na anonymitu respondentů blíže nespecifikuji region sběru dat. Rozhovory byly zaznamenány prostřednictvím poznámek evidovaných tazatelem. Ty nemají charakter doslovného přepisu, nicméně umožňují zachytit přímé výroky respondentů.

Dále jsou prezentovány a popsány ty dilematické situace, které oslovení respondenti identifikovali a popsali (jedná se o výčet všech zmiňovaných dilematických situací, přičemž některá uvedená dilemata oslovení respondenti opakovali). U jednotlivých dilemat jsou pak uvedeny i konkrétní úvahy a problémy, které daní sociální pracovníci při svém rozhodování zvažují.

S ohledem na vysycení získaných informací (dilemata a způsoby jejich řešení se opakovala) bylo pak vlastní výzkumné šetření ukončeno. Autor si je vědom toho, že s ohledem na počet získaných odpovědí nelze získané informace generalizovat, nicméně prezentovaný přehled předkládá čtenáři nejčastější situace, se kterými se oslovená cílová skupina respondentů potýká.

Dilema „**poskytnout či neposkytnout dávku**“ je typicky vázáno na ty dávky, které nejsou nárokové, jejichž poskytnutí či neposkytnutí, případně výše dávky, je ponechána v kompetenci sociálního pracovníka (např. mimořádná okamžitá pomoc). V takovém případě je sociální pracovník postaven před nutnost učinit rozhodnutí, přičemž faktorů, které zvažuje, je několik. Jednak a) při poskytnutí dávky se informace o poskytování dané dávky může rozšířit mezi členy rodiny či širší okruh příbuzných/známých, kteří se objektivně nemusejí nacházet v obdobně tíživé sociální situaci. Ti pak také mohou vyžadovat danou dávku a neposkytnutí této dávky může být zdrojem konfrontace těchto neúspěšných žadatelů s daným sociálním pracovníkem. Sociální pracovník by se však měl b) na druhou stranu vyvarovat toho, aby z důvodu obavy z této konfrontace plošně danou

dávku neposkytoval a tím tedy nepřiznal dávku i tomu, jehož životní situace by danou pomoc vyžadovala.

„Někdy se stává, že tady mám pani, opravdu tu pomoc potřebovala, dávku jsem jí poskytla. Ale hnedka druhý den sem přišlo plno dalších lidí, že prý chtějí taky peníze. No když jsem zjistila, co a jak a posoudila tu jejich situaci, tak jsem jim tu dávku nedala. No to byl hned oheň na střeše. A že si na mě budou stěžovat, že jí (klientce z předchozího dne, pozn. autora) jsem to dala a jim že nic. Oni si prostě neuvědomují, že to není úplně pro všechny. Takže pak si taky někdy říkám, komu to přiznat a komu ne.“

Oslovená respondentka v této souvislosti uváděla, že jako způsob řešení daného dilematu je potřeba opravdu zodpovědně zvažovat každou žádost a v případě rozhodnutí si stát za svým stanoviskem. Jako důležitou oporu v dané věci spatřuje však i jednotný přístup všech pracovníků a vedení:

„No je důležité prostě správně žádost posoudit, a když se už tak rozhodnu, tak si za tím stát. Jako důležitá je pro mě taky opora ze strany vedoucí a i to, že tu všichni máme jednotné postupy, jak ty věci posuzovat, to je důležitý.“

Někteří pracovníci však mohou přistoupit k opačnému způsobu – přiznání dávky komukoliv, kdo splňuje alespoň minimální požadavky pro poskytnutí této dávky, avšak zde může naopak docházet k frustraci sociálního pracovníka – může ztrácet přesvědčení o svých kompetencích a rozhodovacích pravomocích, což může v konečném důsledku vést až k syndromu vyhoření, který popisuje např. Maroon (2012).

„No já nevím, někdy si říkám, zda má cenu to vše zvažovat a zjišťovat. Když jim to nepřiznám, tak je hned problém, hned si na mě stěžují a řeší se to. Ale dávat to zase skoro všem jak na běžícím pásu, to tu ani nemusím být, to je pak o ničem.“

Zmiňovaná frustrace může být podpořena např. i společenskou odpovědností k hospodaření s finančními prostředky – někteří sociální pracovníci uvádějí jistou míru odpovědnosti, neboť dávky jsou vypláceny z daní ostatních obyvatel a měly by sloužit k překonání tíživé sociální situace, nikoliv podporovat klienta v závislosti na dávce. Vědomí této skutečnosti oslovení respondenti udávají jako dobrý námět pro řešení dané situace – je potřebné mít tuto skutečnost v patrnosti a s vědomím toho k řešení nastalé situace přistupovat.

„Jako říkám si, že přece jsou to taky peníze od nás všech, že by se s nima mělo nakládat hospodárně. Sice ze svého to nedávám, ale že by mi na tom nezáleželo, to se taky říct nedá. A tohle vědomí mi pomáhá při rozhodování.“

Dilematická situace „kvalita práce či kvantita klientů“ je pravděpodobně jedno z dilemat, které lze nalézt ve všech odvětvích sociální práce, a zcela jistě nejenom zde. I sociální pracovníci na úřadech práce jsou limitováni množstvím klientů, jejichž požadavky musí vyřídit a přiklonění se k jedné či k druhé z variant s sebou nese celou řadu problematických situací. Pokud sociální pracovník upřednostňuje „kvalitu práce“ (především pak ve formě většího objemu věnovaného času osobnímu kontaktu s klientem), potýká se s velkým množstvím nevyřízené dokumentace a jiné práce. Na tu mu nebude zbývat čas v rámci jeho pracovní doby, a buď bude muset přistoupit k rychlejšímu vyřízení/vypracování této dokumentace, což může vést k chybám a nepřesnostem v dokumentaci, případně bude muset tuto nepřímou činnost práce s klientem (vypracování dokumentace) vyřídit ve svém vlastním volnu nad rámec pracovní doby.

„Já se snažím věnovat klientům hodně času, vše jim vysvětlit, probrat to s nima. Pak ale logicky nestíhám vše sepsat, protože mezitím se mi tam udělá fronta... No někdy tu nad tím pak sedím po úředních hodinách, nebo si nějaké složky musím vzít domů. Jako někdy to je dilema, říkám si, jestli tolik času věnovat lidem, kolegyně berou jednoho za druhým a mají vždy vše brzy hotové. Nevím někdy.“

„Snažím se jim (klientům, pozn. autora) vše vysvětlit, no pak je to horší s těma papírama, to si to buď musím vzít domů, nebo prostě to v rychlosti nějak napsat... Pro mě ale víc jak ten papír je důležitý ten klient. Ale kolegyně mi říkaly, abych těma rozhovorama neztrácela tolik času, že pak nestíhám. Mají pravdu, někdy prostě nevím, co dřív...“

Oslovení pracovníci se proto shodují, že jako způsob řešení dané situace je potřeba přihlížet k naléhavosti situace, ve které se klient nachází a také i k vlastním pracovním povinnostem, které musí daný pracovník aktuálně zvládnout. Po vyhodnocení těchto okolností je pak možné vybraným klientům a jejich kazuistikám věnovat více času.

Dalším negativním dopadem výše popisované dilematické situace může být to, že se tento sociální pracovník bude potýkat s kritikou ze strany svých kolegů, kteří budou muset vyřídit větší množství klientů, případně i některou práci za tohoto sociálního pracovníka. To může mít negativní dopad do osobních i pracovních vztahů sociálního pracovníka a jeho kolegů.

„No několikrát tu na mě byly holky našťvaný, že mám velkou frontu a že za mě musí ty klienty vyřizovat oni. No já vím. Ale já si zase říkám, jak kvalitně jim oni poradí?“

Na druhou stranu, pokud sociální pracovník nebude věnovat, dle svého přesvědčení, dostatek času a podpory klientovi, může to mít negativní dopad na jeho vnímání smysluplnosti vlastního pracovního zařazení a vykonávané práce.

„No já bych se prostě cítila blbě, když bych to odflákla. Řekla bych jim, že to najdou tam a tam...Když bych jim to pořádně nevysvětlila.“

K popisovanému dilematu „kvalita práce či kvantita klientů“ lze uvést Musilem (2004, s. 36) popisovanou podobnou situaci. Musil (2004) uvádí, že kdyby sociální pracovníci na problém každého klienta reagovali přiměřeně jeho situaci a kdyby to dělali s příliš velkým počtem klientů, jejich schopnost vstřícně reagovat by se vytratila, protože na další klienty by nezbyl čas.

Někteří sociální pracovníci tuto dilematickou situaci mohou následně řešit tak, že v množství klientů začnou upřednostňovat pouze některé klienty - tím pádem mohou pouze vybraným, těm „nejpotřebnějším, nejzranitelnějším“ poskytnout více prostoru a svého času, ostatním pak časový prostor standardní (podobně jak v doporučení pracovníci uvádějí výše). Takto se ale následně staví před dilema další, které Musil (2004) charakterizuje jako dilema „neutralita, či favoritismus“, tedy „upřednostňovat některé klienty či neupřednostňovat“. Při upřednostňování klientů mohou vybraným lidem zevrubně poskytnout potřebné informace a potřebný čas pak ušetřit při konzultaci s ostatními. Dilema ale může vzniknout v tom, na základě čeho „potřebnost“ klienta posuzovat, jak klienty třídit? Podobně jako uvádí Musil (2004) i někteří sociální pracovníci používají kritérium výskytu dětí a mladistvých v rodině/domácnosti, případně závažnost zdravotního stavu.

„No někdy řeším, jestli někoho neupřednostňuju, jako že mu věnuju třeba víc času, víc vysvětluju, tak to jako myslím. Asi by se mělo přistupovat ke všem stejně, ale když vidím, že jsou tam prostě malý děti, nebo že ten člověk je na tom fakt špatně po zdravotní stránce, tak tam asi jako jo, to se mu snažím maximálně pomoci. Pak ale ten čas musím někde nahnat, tak prostě některým pak ale poradit takhle nemůžu, nemůžu jim ten čas věnovat. Ale někdy z toho mám prostě špatný svědomí.“

Pokud by sociální pracovnice alespoň některé klienty neupřednostňovala, tedy se stejným vysokým nasazením by přistupovala ke každému případu, bude se potýkat se situací, kterou jsem popsal výše, tedy v rámci dilematu kvalita práce, nebo kvantita klientů. Pokud by neupřednostňování mělo vést k rychlému vyřizování klientů s minimem poskytnutých potřebných informací, může mít tento způsob práce negativní dopad pro pracovní spokojenost sociálního pracovníka.

„Někdy si říkám, zda místo věnování hodně času některým klientům nenajet na rychlé vyřízení, říct jim to podstatné a konec.“

Jako doporučení na zvládání dané situace pracovníci uváděli několik možností – jednak si vybírali tzv. „potřebnějších klientů“, „či závažnějších kazuistik“ odůvodňovali morálně – „přeci jim někdo musí pomoci, a kdo jiný z profesní oblasti, když ne sociální pracovník“.

Tato myšlenka tedy pracovníkům pomáhala zvládat danou situaci, kdy ne všem klientům věnovali stejný čas a pracovní nasazení.

Na druhé straně, jako další způsob řešení dané situace, pracovníci zmiňovali potřebu rovnosti v přístupu ke klientům, kdy za účelem tohoto rovného přístupu je potřeba přistupovat ke všem klientům stejně, se stejným pracovním nasazením a časovou dotací na daný případ.

Další dilema s názvem „individuální či univerzálně jednotný přístup“ se objevuje u těch pracovníků, kteří realizují sociální šetření a mohou se setkávat s klienty, jejichž životní situace by ze subjektivního pohledu sociálního pracovníka vyžadovala např. zvýšení stupně příspěvku na péči. Nicméně tito klienti během sociálního šetření např. uvádějí, že konkrétní sledované úkony často s více či méně obrovskými překážkami a sebezapřením zvládají (nemají jinou možnost). Tím pádem jsou v dané oblasti soběstační. Častým příkladem těchto klientů mohou být i starší osoby, které si nechtějí na svou „nemohoucnost stěžovat“ a před sociálním pracovníkem deklarovat závislost na svém okolí. Na druhé straně se sociální pracovníci během šetření setkávají i s těmi klienty, jejichž situace nemusí být v rámci subjektivního vnímání sociálního pracovníka tak problematická oproti klientům z předchozího případu, ale tito další klienti buď nemají takové odhodlání a sebezápor, případně vědí, jaké odpovědi pro potřeby sociálního šetření uvést. Na základě znalosti různých typologií klientů může mít sociální pracovník dilema, zda má skutečně zaznamenávat odpovědi klientů v rámci sociálního šetření tak, jak je oni sami uvedou (univerzálně jednotný přístup), nebo zda by mohl/měl klienta, který se snaží být maximálně soběstačný, svými otázkami navést k takové odpovědi, která by mohla být potřebným podkladem pro posuzování výše příspěvku na péči (individuální přístup).

V prvním případě by sociální pracovník pravděpodobně jednal dle stanovených pravidel a měl by rovný přístup ke klientům, subjektivně by ale mohl cítit nespokojenost a frustraci z této situace, což i někteří pracovníci uváděli. Ve druhém případě by sice mohl pomoci „potřebnému klientovi“, ale pravděpodobně by tak jednal v rozporu s některými pravidly. *„Kolikrát třeba ty lidi, mají doma zimu, nejsou ale schopni si zatopit, natož nanosit dříví do baráku. Když pak vidím, jak paní přes velké bolesti a s otoky nohou musí každý den ráno vstávat do zimy a po polínku si sama nosit dříví, napadne mě, že by jí příspěvek na péči mohl hodně pomoci. To stejné s vařením nebo hygienou. V konečném důsledku to paní vlastně zvládá, ale za jakých podmínek...?“*

Oslovení pracovníci se snaží přistupovat ke všem klientům rovným přístupem, nicméně uvádějí, že v některých případech je pro ně daná situace opravdu problematická a z osobní roviny nepříjemná. Někteří pracovníci uvádějí, že jim pomáhá uvědomit si tu skutečnost, že realizované sociální šetření je pouze jednou ze součástí podkladů pro posouzení výše příspěvku na péči, díky čemuž může být rozhodný pro příspěvek na péči např. zdravotní stav daného klienta.

ZÁVĚR

Z výše uvedeného textu je patrné, že dilemata jsou tématem, se kterým se při své práci setkává celá řada sociálních pracovníků, přičemž za účelem řešení těchto dilematických situací musí sociální pracovník, jak uvádí Cournoyer (2016), znát etický kodex sociálních pracovníků a musí umět rozeznávat, zda v dané situaci má přednost etický princip, či zákonná povinnost. Ve svém příspěvku jsem se zaměřil právě na pracovníky úřadu práce, přičemž si jsem vědom toho, že prezentované dilematické situace nejsou vyčerpávajícím seznamem všech dilemat, se kterými se pracovníci ve své praxi setkávají. Nicméně i na těchto dilematech je patrné, že řešení těchto a podobných situací může být pro celou řadu pracovníků problematické. Důležité je i sledovat způsob, jak se pracovníci se vzniklými situacemi vypořádávají. V průběhu článku jsou prezentována některá doporučení, která bych na tomto místě rád shrnul. Předně pracovníci uvádějí, že je potřeba zodpovědně zvažovat každou (podanou) žádost klienta a pokud v dané věci učiní pracovníci nějaké rozhodnutí, je důležité mít jednak dané rozhodnutí dobře odůvodněné (jak pro sebe, tak pro klienta a pro své nadřízené), dále pak je potřeba za svým rozhodnutím si pevně stát. Velmi pomáhá také případná podpora nadřízených pracovníků. Důležité pro práci a řešení nastalých situací je také potřeba vhodně si rozvrhnout svůj pracovní čas a rozčlenit jej dobře mezi potřebnou administrativu spojenou s výkonem práce, stejně jako mezi přímou práci s klienty, přičemž v některých případech je potřeba zohlednit některá specifika a naléhavost situace, se kterou se klienti na pracovníky obracejí. Pro některé pracovníky je také důležité to vědomí, že jejich práce je součástí celého administrativního procesu, který s činností a např. s posuzováním žádostí souvisí, díky čemuž rozhodnutí o dané žádosti (např. o příspěvku na péči), není pouze v jejich kompetenci a odpovědnosti, ale záleží i na dalších faktorech.

Z celého popisu dilematických situací a námětů na jejich řešení je však zřejmá nejednoznačnost přístupu k dané problematice (každému pracovníkovi může z dané situace vyvstávat dilema jiné, případně žádné; a podobné je to i s náměty na řešení). Avšak společným jmenovatelem všech popisovaných situací je náročnost spojená s rozhodováním a řešením dané situace. Navíc celý proces není konečný, ale při práci v praxi vznikají stále dilemata nová (např. vlivem legislativních změn v sociálních službách), které mohou (negativně) zasahovat nejen do práce sociálního pracovníka, ale i do kvality poskytované služby, stejně jako do její finanční stránky (Mojžíšová, Urban, Kajanová, 2012, s. 63). A právě z tohoto důvodu je potřeba problematice dilemat věnovat zvýšenou pozornost a hledat možná řešení.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] Banks, S. *Ethics and values in social work*. 2nd ed. Houndmills; New York: Palgrave, 2001, xv, 217 s. ISBN 0-333-94798-3.
- [2] Cornouyer, B. R. *The Social Work Skills Workbook*. Boston: Cengage Learning, 2016. ISBN 978-1-305-63378-0.
- [3] Cichá, M., Goldmann, R., Mátel, A. *Základné pojmy etiky*. In Mátel, A. a kol. *Etika sociálnej práce*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 183 s. ISBN 9788089271856.
- [4] Dosoudilová, K., Francuchová, M. *Typická dilemata v terénnej sociálnej práci pro terénnej pracovníky*. In Janoušková, K., Nedělníková, D. eds. *Profesní dovednosti terénnej pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 550 s. ISBN 978-80-7368-503-4.
- [5] Hubíková, O., Havlíková, J., Musil, L., Kubalčíková, K. *Pracovní podmínky výkonu sociálnej práce v rámci agendy příspěvku na péči*. In *Sociální práce/Sociálna práca*. 2015, č. 2, roč. 15. s. 5 - 24. ISSN 1213-6204.
- [6] Janebová, R., Hudečková, M., Zapadlová, R., Musilová, J. *Příběhy sociálních pracovníků a pracovníků, kteří nemlčeli – Způsoby řešení dilemat*. In *Sociální práce/Sociálna práca*. 2015, č. 2, roč. 15. s. 25 - 39. ISSN 1213-6204.
- [7] Kašparová, V., Urban, D. *Etická dilemata v sociální práci s romskými klienty*. *Kontakt*. 2013, roč. 15, č. 3, s. 314 – 323. ISSN 1212 – 4117.
- [8] Maroon, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- [9] Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
- [10] Mojžíšová, A., Urban, D., Kajanová, A. *Existují dilemata v sociální práci o kterých se nemluví?* In Truhlářová, Z., Levická, K. (Eds.) *Od teorie k praxi od praxe k teorii*. Hradec Králová: Gaudeamus, 2012. s. 63 – 68. ISBN 978-80-7435-138-9.
- [11] Musil, L. *“Ráda bych Vám pomohla, ale...” Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. 243 s. ISBN 80-903070-1-9.
- [12] Musil, L., Nečasová, M. *Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků*. In Šrajer, J., Musil, L. (eds.) *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Alebert, 2008. s. 83 – 106. ISBN 978-80-7326-145-0.
- [13] Navrátil, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
- [14] Reamer, F. G. *Social Work Values, Ethics, and Licensing Standards*. In Corcoran, K., Roberts, A., R. *Social Workers' Desk Reference*. Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-932964-9.
- [15] Škoviera, A. *Dilemata náhradní výchovy*. Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-318-5.
- [16] Thompson, N. *Understanding Social Work. Preparing for Practice*. Palgrave, 2015. pp. ISBN 978-1-137-49709-3.

- [17] Urban, D. *Sociální práce s romskými rodinami*. Praha: NLN, 2015. 108 s.
ISBN 978-80-7422-457-7.
- [18] Weiss, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011. 352 s.
ISBN 978-80-7367-845-6.

ETHICAL DILEMMAS OF SOCIAL WORKERS WORKING IN THE FIELD OF SOCIAL POLICY

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: david.urban@vspj.cz

ABSTRACT

In the present article the author highlights the problem of dilemmas of social workers working in the field of social policy, namely at the labor offices. The aim of the present article is to identify and describe some dilemmatic situations which these workers face, and dealing with. The first part of the topic is generally introduced and described theoretically based on the available literature, the next part is focused on specific dilemmatic situations which encounter and dealing social workers. In conclusion the article point out the problematic situation, especially because of the still newly formed dilemmas with which employees experience and which may have (negative) impact on the quality of their work.

KEYWORDS:

dilemma of social work, social worker, ethics, social policy

PODMÍNKY PRO VÝKON POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY

PETRA VRŠECKÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

V současné době se opět začíná velmi diskutovat o povolání všeobecné sestry a to z více hledisek zároveň. Jednak je to problematika nedostatku všeobecných sester, jednak problematika vzdělávání, jednak problematika přetěžování a podobně. V tomto příspěvku se chci věnovat zejména pracovním a životním podmínkám všeobecných sester jako subjektu ošetřovatelského týmu. Povolání všeobecné sestry je nesmírně náročné a nemůže ho dělat každý, proto je třeba si uvědomit, že pokud nebudou mít sestry alespoň základní podmínky pro výkon svého povolání, tak se budeme neustále potýkat s jejich nedostatkem a tím se může ohrozit chod celého zdravotnictví v České republice. Podmínky pro výkon povolání jsou samozřejmě dány legislativou, ale i pracovním prostředím.

KLÍČOVÁ SLOVA:

všeobecná sestra, spokojenost, pracovní podmínky, životní podmínky

ÚVOD

Každý z nás upřednostňuje povolání podle svých hodnot. Tento sklon se samozřejmě projevuje již v době volby vzdělání a prvního povolání. Pracovní prostředí můžeme rozdělit podle několika kritérií.

Pracovní prostředí je souhrn materiálních a společenských předpokladů pro práci v pracovního procesu, je dáno stavebním, prostorovým a strojním vybavením pracovišť, technologickým procesem, hygienou i estetickou úrovní a organizací práce spolu s vhodnou tepelnou, ventilační, světelnou a zvukovou pohodou. Pracovní prostředí je pro člověka prostředím, ve kterém žije, aby ho měnil k stále větší dokonalosti.

Povolání všeobecné sestry může probíhat v různých prostředích. Můžeme jej zařadit z části do prostředí výkonového – kde nalezneme výkony zajišťující hygienu pacienta, příprava a aplikace injekcí, infúzí, léků a podobně, také patří do prostředí psychologické podpory pacientů – kam můžeme zařadit psychologickou podporu při i po sdělení diagnóz, před i po operačních výkonech a v nespočetně mnoho dalších situacích.

PODMÍNKY PRO VÝKON POVOLÁNÍ

Pracovní podmínky můžeme dle Josefa Koubka rozdělit na několik částí.

Fyzikální podmínky

jde o pracovní ovzduší (jeho teplotu, vlhkost,..), osvětlení, přiměřenost hluku, barevné rozvržení pracoviště,...

Sociálně psychologické podmínky práce

ty souvisejí s kontaktem se spolupracovníky a vztahy na pracovišti.
(Koubek, 2013)

HISTORICKÝ VÝVOJ

Ošetrovatelská péče sahá až do středověku a je spojena s šířením křesťanství. S péčí o člověka se však v historii setkáváme mnohem dříve v předkřesťanských kulturách. Zkušenosti s léčbou a ošetřováním nemocných se předávaly z generace na generaci ústním podáním. Lidé využívali zkušenosti z přírodního léčitelství, nejčastěji z bylin a jejich účinků na lidský organismus. Ošetřování nemocných probíhalo zejména v jejich domácím prostředí. Nemůžeme tedy mluvit o žádném specifickém prostředí pro výkon zdravotnického povolání, ani o dobrých pracovních podmínkách. (Kutnohorská, 2010, Bužgová, Plevová 2011).

S postupem staletí se však pracovní podmínky mírně zlepšovaly, nicméně ošetřovatelky pracovaly v nemocnicích, tehdejších špitálech, avšak poměry byly stále velmi nuzné. K velkému posunu došlo v minulém století, kdy například v brožuře pro ošetřovatelskou školu ve školním roce 1918-1919 byly dány instrukce, jaké mají být pracovní podmínky absolventů. Ale to bylo vlastně spíše přání než realita. (Kafková, 1992)

Práce sester byla skutečně náročná, je třeba si uvědomit, že v této době přicházela spousta nemocných do nemocnic špinavá, zavšivená, pohublá a v rozedraných šatech. Civilní ošetřovatelky žily převážně na pokojích nemocných, pouze oddělené zástěnou. (Kutnohorská, 2010)

Práce byla velmi náročná i po stránce časové, sloužily se dlouhé 24 – 36 hodinové služby a nemnoho peněz.

V roce 1950 konečně došlo k uzákonění osmihodinové pracovní doby. Pracovní doba byla rozdělena do tří směn, na jedné ošetřovatelské jednotce pracovaly čtyři sestry, z toho tři byly směnující a čtvrtá byla staniční. Pracovní týden trval šest dní. V neděli se sestry střídaly po dvanácti hodinách služby. (Kafková, 1992)

ŽIVOTNÍ A PRACOVNÍ PODMÍNKY VŠEOBECNÝCH SESTER

ŽIVOTNÍ PODMÍNKY VŠEOBECNÝCH SESTER

Životní podmínky všeobecných sester jsou samy o sobě velmi obsáhlou kapitolou. Tyto podmínky jsou ovlivňovány mnoha faktory, jedním z nich je i životní styl dané sestry. Životní styl je ovlivňován množstvím faktorů, jsou to například pohybová aktivita, výživa a pitný režim, regenerace, pracovní režim a volný čas, vliv okolního prostředí, sociální vztahy, úroveň lékařské péče a jiné. Tyto faktory utváří životní styl a dle jejich jednotlivé úrovně je pak životní styl kvalitní. (Vattaiová, 2013) Výzkum týkající se zdravého životního stylu všeobecných sester publikovala v roce 2013 Vybíhalová, výzkum probíhal v prostějovské nemocnici a týkal se vlivu povolání sestry na životní styl. Hlavním cílem výzkumu bylo odhalit, jak povolání sestry ovlivňuje životní styl. Výsledky jsou zajímavé, nicméně nikoliv alarmující. Nejvíce „problematických“ odpovědí se vyskytlo v oblasti příjmu potravy, tekutin, spánku, stresových situací a fyzické únavy. (Vybíhalová, 2013)

PRACOVNÍ PODMÍNKY VŠEOBECNÝCH SESTER

Pracovní zátěž sester je definována jako emocionální a fyzická reakce, která vyplývá ze vzájemné interakce sestry a pracovního prostředí. Dochází k tomu, že požadavky, které jsou na sestru kladeny v pracovním prostředí, převyšují schopnost jejího zvládnutí (Hladký, Žídková, 1999)

Ovšem je třeba si uvědomit, že práce všeobecné sestry je velmi náročná i psychicky. Na podmínky při práci a zátěži s tím spojenou pamatuje i nařízení vlády č. 361/2007 sb., kdy hlava 5, § 31 vymezuje podmínky ochrany zdraví při práci s psychickou zátěží a to vymezením psychické zátěže:

Práci s psychickou zátěží se rozumí práce

- a) spojená s monotonií,
- b) ve vnuceném pracovním tempu,
- c) v třisměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu,
- d) vykonávaná pouze v noční době.

(www.zakonyprolidi.cz)

SOUČASNÝ POHLED SESTER

Česká asociace sester (ČAS) zaznamenala, že stoupá počet nespokojených zdravotníků z ošetrovatelské praxe poukazující na nevhodné pracovní podmínky, neadekvátní personální a technické vybavení pracovišť, nárůst administrativy a další fakta ohrožující kvalitu poskytované péče. Jedním ze způsobů, jak ověřit, zda se jedná o pravdy, polopravdy, nebo mýty bylo ověření dotazníkovým šetřením, zda jsou informace pravdivé. Průzkum proběhl v období červen až červenec 2013. Jako výzkumná metoda byl zvolen strukturovaný anonymní dotazník, který byl především určen pro pracovníky v přímé péči o nemocné. „Dotazník v elektronické podobě (internetový odkaz) byl rozeslán na 15 569 e-mailových adres současných i bývalých členů ČAS a zároveň byl zveřejněn na webových stránkách asociace a stránce ČAS v rámci sociální sítě Facebook. Vyplněno bylo celkem 5935 dotazníků, což z celkového počtu zdravotníků v ČR tvořilo 4,5 % nelékařů a 6,4 % sester a ze statistického hlediska je možné tento vzorek považovat za dostatečně reprezentativní. Provedené dotazníkové šetření poukázalo na několik problémových oblastí, které negativně ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče. Jako nejpalčivější se ukázaly: nedostatečné personální obsazení pracovišť, nárůst administrativy, problémová komunikace na různých úrovních a nedostatečné finanční ohodnocení.“ (Pelikánová, 2013)

Další výzkum na dané téma provedla v roce 2011 ve své bakalářské práci Lucie Kohoutová na téma Profesní psychosociální zátěž všeobecné sestry a pracovní podmínky.

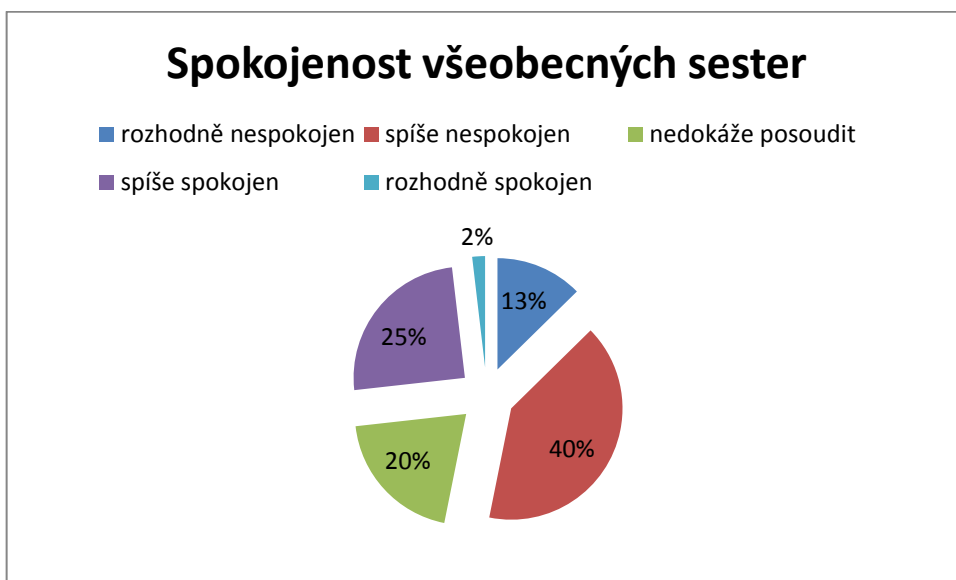
Z uvedeného výzkumu vyplývá, že pokud sestry nedbají o svůj duševní rozvoj, tak se velmi často cítí vyhořelé. (Kohoutová, 2011)

„Bártlová (2006) ve své studii "Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice" prokázala, že sestry vyjadřují se svou prací větší či menší mírou spokojenosti nebo se k ní

vyjadřují neutrálně. V tomto výzkumu byly nejvíce spokojeny se svou prací starší sestry, s delší praxí, zaměstnané v soukromém sektoru, a to zejména u praktických lékařů (Vévoda, 2013).

Některé z příčin nedostatku sester můžeme najít i v řadě dalších zemí. Lze k nim přiřadit zejména následující faktory – pracovní stres v důsledku pracovního vytížení s velkou odpovědností; zdravotní a bezpečnostní rizika spojená s výkonem práce; nerovnováha mezi kvalifikačními nároky profese, pracovním úsilím a finančním ohodnocením; směnný provoz, přesčasy; složité vztahy na pracovišti. Podobné výsledky potvrdili ve svém výzkumu norští autoři Krogstad et al. (2006). Sestry v norských nemocnicích uvádějí vedení a organizaci jako nejvýznamnější faktor, který má dopad na jejich spokojenost. Při absenci správného vedení a organizace jsou sestry frustrované a více inklinují k tzv. vyhoření. V rámci výzkumu Lindové z roku 2007 téměř 90 % sester označilo faktor "možnost péče o pacienta" jako činitel, se kterým jsou ve své práci nejvíce spokojeny. Na druhé pozici se umístil faktor "kvalita poskytované péče" (88,1 %) a "pracovní vztahy s lékaři" (83,4 %). „ (Haroková, Gurková, 2012)

Jeden z významných výzkumů poslední doby byl proveden v rámci diplomové práce studentky Jany Sovové v roce 2014. Výzkumný vzorek reprezentovalo celkem 268 respondentů z řad všeobecných sester. Vzhledem k povolání všeobecné sestry, která je typickou pro ženy, tak byl celkový zorek respondentů žen a mužů v poměru 255 : 13. Nejpočetnější skupinou respondentů byly mladé sestry ve věku 26 až 35 let. Studentka se věnovala výzkumu spokojenosti všeobecných sester se zdravotnictvím jako takovým. Ve zmíněném výzkumu 40 % sester vykazuje spíše nespokojenost a dokonce 13 % všeobecných sester je rozhodně nespokojeno. (Sovová, 2014)



ZÁVĚR

Většina z nás si volí povolání podle svých přání a hodnot. Tento sklon se nepochybně projevuje již v době výběru vzdělání i volbě prvního povolání. Pracovní prostředí je pro nás velmi důležitou součástí, která jistě mnohdy ovlivňuje i výběr pracovního místa. Spokojenost v práci je velmi důležitou kategorií v celkové spokojenosti se svým životem. Pracovní podmínky u všeobecných sester mají mnoho podkapitol nicméně je velmi důležité, aby byly co nejlepší, neboť výkon povolání všeobecné sestry ovlivňuje péči o zdraví nás všech.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. Ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.
- [2] HAROKOVÁ, Silvie a Elena GURKOVÁ. Pracovní spokojenost sester. In: <http://www.osu.cz/> [online]. [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1669.pdf>
- [3] HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890-5.
- [4] KAFKOVÁ, Vlastimila. Z historie ošetrovatelství. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, 185 s. ISBN 80-701-3123-3.
- [5] KOHOUTOVÁ, Lucie. Profesní psychosociální zátěž zdravotní sestry a pracovní podmínky. Zlín, 2011. Dostupné z: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/16147/kohoutov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. František Vízdal, CSc.
- [6] KOUBEK, Josef. Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky. 3. vyd. Praha: Management Press, 2013, 367 s. ISBN 80-726-1033-3.
- [7] KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
- [8] PELIKÁNOVÁ, Martina. Průzkum: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. In: Zdraví.E 15 [online]. 2013 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pruzkum-pracovni-podminky-zdravotniku-v-cr-472800>
- [9] SOVOVÁ, Jana. Spokojenost sester se současným stavem českého zdravotnictví. [NursesSatisfactionwiththeCurrentSituation in the Czech HealthcareSystem]. Praha, 2014. 46 str. 1 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Prošková, Eva.
- [10] VATTAIOVÁ, Monika. Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry. In: Zdraví E 15 [online]. 2013 [cit. 2014-05-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osobni-pohoda-a-zivotni-styl-budouci-sestry-466836>
- [11] VÉVODA, Jiří. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024747323.
- [12] VYBÍHALOVÁ, Lenka. Vliv povolání sestry na životní styl. In: Zdraví E 15 [online]. 2013 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-povolani-sestry-na-zivotni-styl-469289>
- [13] Zákony pro lidi: Nařízení vlády č. 361/2007 Sb. Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361> [online]. [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>

THE CONDITIONS FOR THE PROFESSION OF NURSES



ABSTRACT

Each of us prefers professions according to their values. This tendency is of course reflected already in the choice of education and first occupation. The working environment can be classified according to several criteria. The working environment is a summary of the material and social conditions for the work of the workforce is due to construction, spatial and mechanical equipment centers, technological process, hygiene and aesthetic levels and organizations work together with a suitable thermal, ventilation, lighting and sound comfort. The working environment is a human environment in which he lives, so he switched to still greater perfection. Occupation nurses can take place in different environments. We can put the parts into the environment of power - where you can find performances to ensure the hygiene of the patient, preparation and application of injection, infusion, medication, etc., also belongs to the environment of psychological support for patients - which can include psychological support during and after communication diagnoses before and after operation performance and in innumerable other situations.

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

KEYWORDS:

general nurse, satisfaction, working conditions, living conditions

VIDEOREFLEXE JAKO NÁSTROJ EFEKTIVNÍ PŘÍPRAVY STUDENTŮ SOCIÁLNÍ PRÁCE PRO PRAXI

PETRA ANTONŮ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Komunikační dovednosti pracovníka jsou jedním z pilířů kvalitní sociální práce. Stejně tak je pro sociálního pracovníka klíčová schopnost sebereflexe. Článek se věnuje otázce, zda je při studiu sociální práce věnován dostatečný prostor nácviku těchto základních dovedností, případně, jak by mohl takový trénink vypadat. Představena je zde metoda VERP, jako jedna z propracovaných metod videoreflexe, která může sloužit jako základ pro tréninkový model systematického zlepšování komunikačních dovedností studentů sociální práce.

KLÍČOVÁ SLOVA:

sociální práce, kompetence, profesní příprava, komunikační dovednosti, sebereflexe, video, videotrénink interakcí, video feedback, VERP

KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI JAKO ZÁKLADNÍ KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

V roce 1999 Karel Kopřiva napsal dnes již legendární knihu pro pomáhající pracovníky *Lidský vztah jako součást profese*. Zdůrazňuje v ní mimo jiné fakt, že v pomáhajících profesích má prvořadý význam kvalita lidského vztahu. (Kopřiva, 1999) Stejně tak i Havrdová v textu o kompetencích v praxi sociální práce (1999) uvádí, že v této profesi *“klienti nejvýše hodnotí laskavost, ochotu, vřelost, vstřícnost, obětavost, důvěryhodnost - tedy především lidský vztah a hodnoty”*. Kopřiva dále uvádí, že *“příslušné dovednosti se však ve školách většinou neučí”*. (Kopřiva, 1999, str. 15)

Jak moc se změnila realita vzdělávání v sociální práci za posledních bez mála 20 let od doby, kdy byly napsány tyto dva významné texty? Kladou instituce, které dnes vzdělávají sociální pracovníky, větší důraz na schopnost být vlídný a trpělivý? Rozvíjí se na školách empatie? Jak moc se toto prakticky trénuje?

Je zřejmé, že pokud jde o osobnostní a povahové rysy, důležitý je dobrý výběr studentů, kteří do oboru vstupují. Zde jsou školy bohužel často limitovány demografickými trendy či ekonomickými tlaky. Přesto však může studium v tomto ohledu schopnosti studentů ovlivnit, neboť vedle osobnostních předpokladů, budování vztahu s klientem ovlivňují především komunikační dovednosti, které se dají trénovat.

Komunikační dovednosti – konkrétně kompetence „Rozvíjet účinnou komunikaci“ je také na prvním místě v soustavě kompetencí v praxi sociální práce, jak je formulovala Havrdová (1999). Tato kompetence je míněna jako základní stavební kámen pro další dovednosti. *“Ze schopnosti navázat dobrý kontakt vyrůstá veškerá další práce s klientem...”* (Havrdová, 1999, str. 51.)

Jak uvádí Kopřiva (1999) na rozdíl od jiných profesí, kde se pracuje s lidmi, klienti v kontaktu s pracovníkem pomáhajících profesí *“potřebují víc než pouhou slušnost: (...) pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že je pracovník neodsuzuje. [Klienti] pátrají po signálech, které by jim pomohly vytušit kvalitu prožitků pracovníka při vzájemném kontaktu. Nacházejí je při každém setkání v drobných neverbálních projevech pracovníka. Nemusí je ani vědomě vnímat. Stačí, že tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která klienty posiluje či naopak sráží. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný.”* (Kopřiva, 1999 str. 15) Pro klientův pocit jsou důležité drobné detaily projevu jako např. naklonění těla, oční kontakt, ale i tempo či tón hlasu. Sociální pracovník by tedy měl být natolik citlivý, aby si těchto detailů byl vědom a uměl s nimi pracovat. Studium sociální práce by tak mělo obsahovat nějakou formu tréninku citlivosti a vnímavosti k detailům v komunikaci.

JAK SE KOMUNIKACE TRÉNUJE V PRŮBĚHU PROFESNÍ PŘÍPRAVY?

Otázkou zůstává, zda mají studenti v rámci aktuálních studijních plánů na VŠ i VOŠ dostatek prostoru trénovat tyto dovednosti, zda mají podněty k sebereflexi a příležitosti zvyšovat sebedůvěru ve své komunikační schopnosti. Dle Minimálního standardu vzdělávání v sociální práci ASVSP¹ by absolventi škol sociální práce měli mít „...*takové komunikační a psychosociálně terapeutické dovednosti (...), aby byli způsobilí k výkonu práce s klienty,...*“. Kde, či jak se tedy tyto dovednosti studenti reálně učí? Věnuje se této oblasti pozornost, adekvátní jejímu významu?

Každá škola využívá praktické tréninky či výcviky v odlišné míře. Oblast komunikace na úrovni vyšších odborných škol či bakalářských oborů sociální práce bývá často zapojena do teoretických předmětů (úvod do psychologie, sociální psychologie, metody sociální práce, atp.). Průřezově se téma komunikace objevuje v mnoha předmětech, většinou zde však není prostor pro dlouhodobější trénink a praktické osvojování konkrétních komunikačních dovedností. Na některých školách probíhá nácvik interakce v rámci psychosociálních výcviků, případně v rámci supervize praxí, či při předmětu “Sociální práce s jednotlivcem”. Výjimečně se pak objevují speciální předměty věnované komunikaci, jako např. “Komunikace s klientem”, který nabízí katedra sociální práce Ostravské univerzity. V této souvislosti je zajímavý návrh nového standardu pro bakalářský stupeň studia, který předložil O. Matoušek na valné hromadě Asociace vzdělavatelů v sociální práci 30. 3. 2017. Matoušek zde uvádí mezi povinnými kurzy také kurz “Komunikace s klientem”, a to ve formě tréninkové výuky v malých skupinách. V souvislosti s tím, co bylo řečeno výše o významu komunikačních dovedností, by jistě měl mít podobný kurz své místo v každé přípravě sociálního pracovníka.

REFLEXE KOMUNIKACE PODLOŽENÁ VIDEOZÁZNAMEM

“Při nabývání schopností navázat s klientem kontakt, vytvořit atmosféru důvěry, dbát přiměřené neverbální komunikace či přizpůsobit komunikaci klientovi, je možné využít literaturu či kurzy, nejlepší školou a nejlepším zdrojem učení je však vidět sám sebe na videu. (Havrdová, 1999, str. 51)

V dalším textu bych ráda upozornila na významný přínos, který na poli tréninku komunikačních dovedností může mít na školách videoreflexe založená na principech metod Videotrénink interakcí (VTI) a především VERP (Video Enhanced Reflective Practice). Jedním z hlavních principů těchto metod je stavění reflexe na těch úsecích nahrávky, kde je viditelná úspěšná interakce. Tím se tyto metody odlišují od jiných způsobů využití videa, kde se reflexe zaměřuje na analýzu chyb, které aktéři na nahrávce udělali. Pokud je reflexe zaměřená na chyby, je zde riziko růstu nechuti studentů k sebereflexi jako takové, riziko snižování sebevědomí i motivace k další práci. Jak je vysvětleno dále,

1 Online dostupné na <https://www.asvsp.org/standardy/>

analýza videa založená na rozboru slabých míst není vhodná ani z hlediska efektivnosti učení. VTI i VERP naopak zvědomují efektivní postupy, ukazují pozitivní dopad komunikace na klienta a podporují pozitivní sebezpojetí studentů.

V tomto kontextu se dá říct, že VERP i VTI jsou metody, které souzní s trendem „strength-based perspective“. Jak uvádí Punová (2014) oproti deficitním modelům, které vedou k deprimaci a pocitům, že nejsem svou situací schopn zvládnout, se tento trend zaměřuje na silné stránky, které jsou přirozenými zdroji, díky nimž mohou jedinci dosáhnout požadovaných změn. V sociální práci se běžně pracuje s pojmem zmocnění (empowerment), ke kterému „sociální pracovníci vedou své klienty. Konkrétně pomáhají jedincům, rodinám a komunitám vidět a využít své kapacity (...)“ (Punová, 2014) Stejným způsobem by pak mělo fungovat zplnomocnění i na úrovni kontaktu lektora a studenta sociální práce.

ZRCADLOVÉ NEURONY A VÝZNAM SLEDOVÁNÍ ÚSPĚŠNÝCH MOMENTŮ

Pro tuto praxi, vytvořil biologický argument objev systému zrcadlových neuronů. Tzv. zrcadlové neurony se aktivují ve chvíli, kdy pozorujeme nějaký úkon u jiného člověka, a aktivují se stejně, jako kdybychom daný úkon dělali sami. *“Neuron tedy „zrcadlí“ reakci jiného neuronu, neboli se chová tak, jakoby sám pozorovatel daný úkon prováděl.”*² Pokud tedy na videu vidíme pracovníka reagujícího vztekle, arogantně či neempaticky, naše aktivované zrcadlové neurony reagují dříve než bychom v diskusi navrhli účinnější postupy. *„Existence zrcadlových neuronů vysvětluje, proč využití negativních momentů z videa nepřináší změnu, a to i přesto, že se zároveň vede diskuse zaměřená na preferované chování. Je to proto, že obraz zpracováváme skrze pocity rychleji než spojíme myšlení.“* (Cross a Kennedy, 2011, str. 65)

VIDEOMODELING A SELFMODELING

Zacílení na povedené momenty nahrávky podporuje i teorie sociálního učení, kterou rozvinul Albert Bandura (Bandura, 1997, in Kennedy 2011), a která zdůrazňuje, že pro učení sociálních dovedností je důležité pozorování lidí okolo nás. Ti se stávají modely chování. Máme přirozenou tendenci učit se pozorováním ostatních. Výzkumníci (Lantz, 2005 in Kennedy 2011) objevili, že např. pro lidi s mentálním postižením funguje toto “pozorující učení” nebo “modelování” nejlépe, když se model velmi podobá pozorovateli (jde o výšku, barvu vlasů, etnicitu, atp.) a pokud má v očích pozorovatele stejný či vyšší status. Dostupnost kamery a techniky vedlo k dalšímu logickému kroku - učit lidi s mentálním postižením sociální dovednosti při využití jich samých jako modelů na videu. Figueira (in Kennedy, 2011) to nazývá “video self-modeling”. Zde se dostáváme z roviny podpory kompetencí studentů či pracovníků do podpory kompetencí klientů. Dovednosti, které si chce klient osvojit, jsou rozděleny na jednotlivé kroky, ve kterých je mu poskytnuta

² Online dostupné na https://cs.wikipedia.org/wiki/Zrcadlov%C3%BD_neuron

podpora a při které je natočen na video. Při editaci nahrávky jsou momenty chyb, nejistoty a podpory vynechány a je sestříháno video, kde dotyčný provádí danou činnost bez chyb a bez pomoci. Na tuto nahrávku se pak může klient opakovaně dívat, prožívat moment úspěchu a podporovat tak své sebevědomí vzhledem ke zvládnutí daného úkonu. Pro tuto metodu použití videa („as-if-successful“) pro podporu učení, se používá pojem Video Feedforward. (Kennedy, 2011)

Videozáznam, na kterém student vidí sám sebe v kontaktu s klientem, nabízí studentovi navíc i možnost tzv. videokonfrontace (či sebekonfrontace). Student konfrontuje to, co si o sobě myslel, s tím, co vidí na video. Člověk, který např. postrádá sebedůvěru ve své schopnosti (což u studentů může být pochopitelné), je konfrontován s ukázkou sebe na nahrávce, kde se mu např. podařilo navázat kontakt s klientem, a která tak nabourává jeho negativní sebehodnocení. Využívá se tedy těchto pozitivních důkazů (které mohou být i výjimkami z jinak nefunkčního vzorce), na rozdíl od dokazování chyb či nekompetence. Student může vnímat rozdíl mezi obrazem o sobě, a tím, co vidí na video. Wels (2004, in Kennedy, 2011) upozorňuje na fakt, že je přirozené, že se člověk v momentě takové konfrontace snaží zmenšit prostor mezi oběma pohledy na sebe a to poskytuje motivaci k pozitivní změně. (Kennedy, 2011)

VERP

Metoda v zahraničí označovaná jako VERP (Video Enhanced Reflective Practice) využívá pro podporu pomáhajících pracovníků při jejich profesionálním rozvoji právě principy selfmodelingu i fungování zrcadlových neuronů. Tato metoda může být inspirativní i pro tvorbu tréninkového modelu pro studenty. VERP se využívá ve světě již okolo 20ti let, vyvinul se z u nás známější metody videorénink interakcí (VTI) a vychází ze stejných hodnot, teorie i principů³. Způsob formulace cílů účastníků, způsob mikroanalýzy videa, způsob jakým se na video nahlíží - to vše je v souladu s VTI.

Pro VERP i VTI platí „Hodnoty a přesvědčení“ zpracované organizací *Association for Video Interaction Guidance*. Jde o hodnoty jako respekt, důvěra, naděje, účast, kooperace, uznání, propojení, empatie. Přesvědčení, ze kterých vychází VTI i VERP jsou formulována následovně:

- Každý dělá to nejlepší, co v dané chvíli může.
- Všichni lidé, i ti v nepříznivých situacích, mají kapacitu na změnu.
- Lidé mají vnitřní potřebu se propojovat s druhými.
- Lidé musí být aktivně zapojeni do procesu jejich vlastní změny.

³ VERP pracuje především skupinovou formou s profesionály, kteří natáčejí a editují svá videa sami. Vedle toho VTI pracuje individuálním způsobem s rodinami a videa zde většinou natáčejí i edituje videotrenér. V ČR se VERP a VTI většinou nerozlišuje a pojem VTI se využívá jak pro práci s rodinami, tak s profesionály.

- Pojmenování a ocenění silných stránek je klíč k tomu podpořit změnu.
- Uznání a empatický ohled na to, co lidé zvládají, buduje důvěru.

(Kennedy, Landor, Todd, 2015, str. 20)

JAK KONKRÉTNĚ PROBÍHÁ KURZ VERP

VERP probíhá většinou ve zhruba 12 ti členné skupině a pracuje s krátkými videozáznamy pracovní interakce účastníků kurzu s jejich klienty. Účastníci mohou být pracovní tým z jedné organizace, či lidé z různých pracovišť.

Úvodní setkání

Úvodní VERP setkání je zaměřeno na porozumění tomu, co tvoří dobrou komunikaci. Účastníci se seznamují s tím, jak vypadá naladěná interakce, z jakých principů se vychází při práci s videem, je jim ukázán způsob mikroanalýzy interakce na videu a mohou si analýzu na některých nahrávkách sami vyzkoušet. Jsou představeny otázky etiky při práci s videem, nutnost souhlasů všech natáčených, i problematika bezpečného uložení nahrávek. Je možné při úvodním setkání účastníky seznámit také se způsobem práce s videokamerou dalšími nutnými technologiemi. Doporučuje se (Kennedy, Landor, Todd, 2015) v této fázi zapojit i aktivity působící jako „icebreak“ - pro vytvoření atmosféry vhodné ke sdílení osobních (i když ne soukromých) otázek.

Účastníci si při tomto úvodním setkání formulují svůj cíl, či svou konkrétní otázku, na kterou se chtějí v kurzu zaměřit (v angl. “helping question”). Např. “Jak mohu pomoci Petrovi, aby byl více samostatný?”. Cílem by nemělo být změnit chování druhého, ale objevit to, co pro tuto změnu mohu udělat já sám. (Kennedy, Landor, Todd, 2015)

Natáčení

Všichni účastníci pak do příštího setkání připraví krátkou videonahrávku sebe v kontaktu s klientem. Již znají základní principy z úvodního setkání a se snaží toto teoretické pochopení aplikovat v praxi. Jak upozorňují Kennedy, Landor a Todd (2015), většinou na tomto videu bývá účastník více naladěný, než normálně. To lze využít při následné editaci úspěšných momentů.

Výběr momentů - editace:

Účastník poté sám vybere (vystříhá) z videa momenty, kdy “věci jdou lépe, než obvykle”. Podařené momenty vybírá vzhledem ke dvěma aspektům: 1) k definovaným principům naladěné interakce a 2) vzhledem ke svému cíli. (Kennedy, Landor, Todd, 2015).

Analýza:

Ve VERP, stejně jako ve VTI se využívá mikroanalýza, kde se “naladěná interakce” detailně zkoumá moment po momentu. Zkoumá se vliv komunikace na chování druhého. Výjimky

z jinak neúspěšné interakce se stávají modely pro budoucí rozvoj a změnu. Důležité je, že tento model je poskytován z repertoáru samotného člověka. Není mu předkládán žádný modelový "ideální pracovník". Tato dovednost tedy je v jeho kapacitě a součástí jeho zkušenosti. (Kennedy, Landor, Todd, 2015)

Společné setkání (Shared Review):

Účastníci přinášejí tyto vybrané ukázky na společné setkání. Zde každý zvlášť reflektuje svou nahrávku s VERP lektorem. Je podporován k reflexi toho, co se na videu děje, čím k tomu přispěl, jaký vliv to má na druhé a jejich chování. Video je často zastavováno a vráceno zpět tak, aby se objevily i drobné detaily, které přispěly k naladěné interakci (gesto, změna postoje těla, mimika, slovo či práce s hlasem). Video zde funguje jako "retrospektivní zrcadlo" (Kennedy, Landor, Todd 2015). Ostatní účastníci sledují tento rozbor i diskusi a na závěr připojí své (naladěné) komentáře. Atmosféra musí být v průběhu setkání maximálně podporující a bezpečná, zvlášť vzhledem k tomu, že dívat se sám na sebe na videu bývá pro účastníky kurzu velmi náročné. Landor (2015) však na druhou stranu v této souvislosti varuje před přehnaným užíváním pochval. Lektor i účastník jsou rovnocenné osoby a chvála může tuto rovnováhu narušit, neboť lektora staví do pozice "soudce". Lepší cesta než pochvala je pojmenování konkrétního chování, které je viditelné na videu a které vedlo k úspěšné interakci. Ideální je, když toto objeví účastník sám, či skrze podpůrné otázky lektora ("Čím jste to udělal, že se zrovna teď ztišila?"). Podstatné je, že VERP lektor dává prostor, plně přijímá iniciativy účastníka před tím, než přichází se svými myšlenkami. Na závěr setkání účastníci přezkoumají svou otázku ("hlepinq question"), natočí si, co je potěšilo, zvolí si cíle pro další setkání a rozhodují se, jakou situaci pro příště natáčet.

Účastník se zde učí sám od sebe (self-modeling) a stejně tak i z "koučování" a diskuzí o videu s VERP lektorem. Čerpá dále i z nápadů, zkušeností, pozorování a zpětné vazby ostatních. (Kennedy, Landor, Todd, 2015)

Tato setkání, na která si účastníci nosí své nahrávky, se opakují 3-5x po dobu několika měsíců tak, aby účastníci měli mezi setkáními možnost objevné principy aplikovat v praxi. (Strathie, Strathie, Kennedy, 2011) Při posledním setkání pak vybírají záběry, které dokládají, jak se jejich úvodní otázka proměnila v povedené momenty. Společně skupina reflektuje svou "cestu učení" a oslavuje dosažené úspěchy. (Landor 2015)

Jak upozorňují Kennedy, Landor a Todd (2015) úspěšnost metody VERP závisí na tom, nakolik VERP lektor sám ztělesňuje kvality naladěné interakce a na aktivním a otevřeném učebním stylu účastníka kurzu.

Pro práci ve VERP skupině se od účastníků předpokládá možnost přinášet nahrávky z běžných situací při práci s klientem. Vzhledem k tomuto předpokladu se mohou objevit obavy a to hned na několika rovinách:

- **Obavy účastníků** z toho, že je bude někdo s kamerou “okukovat”, či kritizovat. Je přirozené, že pracovníci/studenti mají obavy z představy, že jejich profesní výkon bude někdo hodnotit. Je důležité, opakovaně ubezpečovat účastníky i klienty, že žádné video nebude využito k zesměšnění nebo kritice. Je nutné zdůraznit, že to, jaké momenty z videa ukáží skupině, budou vybírat účastníci sami tak, aby ukázali to nejlepší, co se jim na nahrávce podařilo. Úzkost z natáčení se dá také snížit využitím stativu či statického položení kamery tak, aby nemusel být přítomen další člověk, který interakci natáčí. Účastník VERP kurzu pak může být s klientem sám, natočí interakci bez přítomnosti nikoho dalšího a z videa posléze vybere momenty, se kterými je spokojený a chce je prezentovat ostatním. Využití stativu však může být komplikací při natáčení interakce s malými dětmi či jinak dynamickými protějšky.
- **Obavy, že se klient nebude chtít natáčení zúčastnit.** Zkušenost ukazuje (Strathie, Strathie, Kennedy, 2011, str. 179), že *“když je (klientům) vysvětleno, že jsou natáčeni proto, aby pomohli pracovníkům rozvinout jejich praxi či zlepšit jejich komunikaci, většinou jsou ochotni spolupracovat”*.
- **Obavy, že organizace nebude chtít povolit natáčení.** Organizace, v rámci které by docházelo k natáčení interakce s klienty, může mít k natáčení zdrženlivý postoj, což většinou pramení z otázek kolem právního ošetření souhlasů všech aktérů s natáčením, i z otázek kolem následného využití natočeného materiálu tak, aby nedošlo ke zneužití. Tyto obavy etického charakteru jsou na místě a je nutné je ošetřit. Dnes však většina zařízení pořizuje fotodokumentaci, případně i videonahrávky z akcí, které využívá k prezentaci své služby, či k zachování vzpomínek pro klienty a jejich rodinné příslušníky. Za tímto účelem většinou mívá také podepsán od klientů, potažmo jejich zákonných zástupců souhlas s pořizováním této dokumentace. Někdy je možné tento souhlas využít i pro videoreflexi pracovníků, která směřuje ke zkvalitnění dané služby. Případně je možné sepsat speciální souhlas klienta či jeho zástupce s natáčením s jasným vymezením co se s danou nahrávkou stane, kdo ji uvidí, případně se i vymezení, že nahrávka po využití ke zpětné vazbě bude smazána.

EFEKTIVITA METODY VERP

Je známé, že člověk se nejvíce naučí, pokud učí druhé (zachová si 90% z lekce), 75% pak, pokud je do učení zapojeno cvičení, ve srovnání s 5 ti % z poslechu přednášky. (Rogers,

2007 in Kennedy, 2011) Obecně se dá říct, že čím aktivnější je student, tím více učení je "uchováno". (Kennedy, 2011) U VERP kurzu jde o kombinaci přednášky (krátce), audio-vizuální mikroanalýzy videonahrávek a skupinové zpětné vazby (cvičení, diskuse, reflexe). (Strathie, Strathie, Kennedy, 2011) Při prezentaci své videonahrávky se pak uskutečňuje i úroveň učení ostatních, neboť zde student na svých nahrávkách ostatním pojmenovává a ukazuje konkrétní komunikační prvky viditelné na videu.

Vedle efektivity, která vyplývá z charakteru práce ve VERP skupinách (cvičení, reflexe, učení druhých), existuje i několik výzkumných prací, které dokládají efektivitu VERP metody na základě výzkumu. Ruben Fukkink, profesor na University of Amsterdam, se dlouhodobě věnuje otázce, jaký efekt na rozvoj komunikačních dovedností mají metody jako je VTI či Video Feedback. Video feedback (VF) je známou metodou využívanou v mnoha programech terciálního vzdělávání pro zlepšení komunikačních dovedností. Jak uvádí Fukkink, Huijbregts a Todd (2015) VERP je jeho specializovanou formou. A proto výzkumníci využívají závěry ze svých studií i pro metodu VERP.

Z výzkumu výše jmenovaných vyplynulo, že videofeedback nabízí možnost hluboké analýzy a zpětné vazby k rovině verbální (obsah toho, co bylo řečeno), paraverbální (intonace, hlasitost, tempo atp.) i neverbální (např. postavení těla, oční kontakt, gesta). V meta-analýze věnující se přínosu videofeedbacku pro profesionály (Fukkink, Trienekens and Kramer, 2011) se ukazuje, že jde o efektivní metodu pro rozvoj klíčových profesionálních interakčních kompetencí. Výzkum potvrdil i efektivitu videofeedbacku při rozvoji schopnosti vnímání (např. dívání se na druhého, využití ticha, pokládání otevřených otázek), schopnosti informovat (vysvětlit věci srozumitelně, mluvit klidně) i ve vztahové oblasti (např. projevovat empatii). (Fukkink, Huijbregts, Todd 2015)

Jak upozorňuje Fukkink (Fukkink, Huijbregts, Todd, 2015), pro budoucí výzkum efektivity metody videofeedback je potřeba především zaměřit se na follow-up měření, neboť v současné době je málo známo o dlouhodobých efektech metody.

Vliv videofeedbacku, konkrétně VERP kurzu, zkoumal také např. Robin Sen, lektor na University of Sheffield, a to u čerstvých absolventů sociální práce, kteří pracovali s rodinami (Sen, 2015). Tito absolventi prošli pěti setkáními v průběhu sedmi měsíců a přinášeli videonahrávky svého kontaktu s rodiči. Na setkáních byly vybírány momenty úspěšné a naladěné interakce. Účastníci si definovali své silné stránky a zaznamenávali si je spolu s „pracovními body“ v oblasti komunikace. Hodnotili sebe sama na škále 1-10 dle toho, jak se v dané oblasti cítili být kompetentní. V kurzu bylo využito několik dotazníků (zaměřené na zpětnou vazbu a sebehodnocení před a po kurzu). Stejnými dotazníky prošla i skupina sociálních pracovníků, která se neúčastnila VERP skupiny. Sebehodnotící dotazníky poskytly důkazy podporující hypotézu, že VERP skupina udělala větší pokrok v průběhu kurzu.

Existují tak důkazy, že VERP podporuje rozvoj klíčových dovedností sociálních pracovníků, zahrnující efektivní komunikaci, schopnosti reflexe a kritické analýzy. Vedle toho podporuje i principy zplnomocnění a kultury „nehledání viníka“ (no blame culture). (Sen, 2015)

SEMINÁŘ VTI⁴ PRO STUDENTY OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VŠPJ

Na katedře sociální práce Vysoké školy polytechnické Jihlava je realizován od letního semestru 2015 volitelný seminář Videotrénink interakcí.

Seminář je zatím postaven jako 6 čtyřhodinových bloků (vyučovací hodiny). Při úvodním setkání je zacíleno obecně na profesní komunikaci a to, proč má smysl používat pro profesní reflexi video. K prožitku tohoto tématu jsou použity např. cvičení, ve kterém si studenti zkouší všimnout projevů verbálních, neverbálních i paraverbálních roviny komunikace dvou aktérů (2 studenti probírají nějaké téma, třetí je pozorovatel). Poté porovnávají svou schopnost reflektovat zpětně všechny roviny u obou komunikujících na základě svého pozorování, poznámek a vzpomínek, proti reflexi, která je podložena videem. Studenti tak objevují sílu a možnosti, které přináší videozáznam pro rozvoj profesionálních kompetencí, neboť nahrávka se dá opakovaně vracet, zastavovat, zkoumat zastavený obrázek, vypínat zvuk a zaměřovat se pouze na neverbální rovinu, zpomalovat video tak, aby byly znatelné detaily naladění, zrcadlení atp.

ANALÝZA VIDEÍ PŘINESENÝCH LEKTORKOU

Vedle teorie a cvičení jsou na každém setkání využívány videonahrávky, které přináší lektorka ze své praxe. Studenti získávají díky nahrávkám jasnou představu, co teoretické pojmy (jako např. aktivace, kompenzace) znamenají v reálném kontaktu s klientem. Sami si také cvičí svou schopnost analýzy komunikace na videu i svou citlivost vyhledávat drobné detaily.

VLASTNÍ NAHRÁVKY STUDENTŮ

Vobdobí mezi setkáními mají studenti za úkol natáčet své vlastní nahrávky, kde se zaměřují na trénink dovedností probíraných na poslední hodině (např. schopnost věnovat soustředěnou pozornost druhému, naladit se na druhého, či třeba schopnost naladěně provést druhého činností, která je pro něj nová či náročná). Dle svých možností natáčí buď s klienty, dětmi, případně i dospělými ve svém okolí. V některých případech je natáčení uskutečněno přímo v rámci hodiny - např. natáčení diskuse či kooperace studentů. Dle pokynů pak studenti doma připravují analýzu nahrávky, vybírají povedené momenty,

⁴ Třebaže charakterem seminář odpovídá VERP kurzům, nese název metody VTI, neboť jde o „mateřskou“ metodu, ze se které VERP vyvinula. Jak už bylo zmíněno, v ČR se běžně od sebe tyto metody nedlišují a využívá se spíše vžitý pojem „videotrénink interakcí“.

keré pak přinášejí na hodinu. Poté skupině prezentují své vybrané úseky a pojmenovávají jednotlivé prvky, které jsou na videu viditelné. Lektor pozitivně přerámovává negativní sebehodnocení studenta, pomáhá pojmenovávat verbální i neverbální prvky, které student použil neuvědoměle, a měly pozitivní efekt na komunikaci s druhým. Student si tak mimo jiné spojuje odborný slovník z oblasti teorie komunikace s obrazem, který vidí před sebou, případně i se zážitkem, který se mu pojí k natočené situaci. Studenti také získávají cenný materiál pro sebereflexi - reflektují vlastní silné a slabé stránky. Konfrontují svůj obraz o sobě s realitou zachycenou na nahrávce.

Další rovinou, kterou je možné na setkání zapojit, je zpětná vazba od ostatních studentů. Dle reakcí studentů, kteří se většinou vždy velmi obávali natáčení, pro ně bylo přínosné zažít společnou analýzu svého videa, o kterém si většinou mysleli "že tam nic není" a poté byli udiveni, kolik zajímavých momentů tam bylo objeveno. Studenti vedle toho také velmi kvitovali možnost vidět videa svých spolužáků. Zvláště v případě, že se někomu nepodařilo nahrávku zrealizovat či ji natočil tak, že nebylo možné na ni analyzovat komunikaci, byly pro něj nahrávky kolegů inspirací pro další natáčení.

Při závěrečném setkání jsou shrnuty získané poznatky a zkušenosti. Studenti pracují po celou dobu kurzu s tabulkou konkrétních komunikačních dovedností. V ní se na počátku kurzu u každé dovednosti sebehodnotí na škále a průběžně si do ní dělají poznámky tak, jak objevují své dovednosti i slabé stránky na svých videích. Sebehodnocení na škále pak probíhá i na konci kurzu. Na závěrečné hodině studenti definují své silné stránky i oblasti k dalšímu rozvoji.

PROBLEMATICKÉ MOMENTY SEMINÁŘE, NÁVRHY INOVACE, DALŠÍ ROZVOJ

- Při první realizaci semináře (letní semestr akademického roku 2014/2015) dostávali studenti po každém bloku za úkol natočit vlastní nahrávku "v terénu". Cílem bylo nastavit vysokou míru aktivity studentů, aby se jednalo opravdu o praktický nácvik a co největší pole pro sebereflexi a sebezkušenost. Při těchto úkolech se však studenti potýkali s nelehkým problémem zajistit pro natáčení vhodného partnera. Vzhledem k obtížím, které to studentům přinášelo, již v dalších ročnících ubylo těchto úkolů v terénu a přibýly nahrávky natáčené přímo v hodině. Analýzu pak vždy připravují studenti sami doma či ve skupinkách.
- Seminář VTI, tak jak je výše popsán, obsahuje především nahlédnutí do jednotlivých rovin naladěné interakce, studenti se seznamují s pojmy, s teorií, mohou si vyzkoušet natáčení, analýzu interakce, zvyknou si na to vidět se na videu a získají nový pohled na sebe z vnějšku. Jedním z výstupů semináře pro studenty by měla být formulace svých silných stránek a oblastí pro rozvoj - co do budoucna více trénovat. V takto pojatém semináři je však stále velký podíl teorie. **Pro skutečný trénink definovaných dovedností by bylo třeba navázat následným seminářem** (např. VTI II či Komunikace

s klientem). Tento druhý kurz by celý byl postaven pouze na nahrávkách z praxe, které by přinášeli studenti, a na jejich analýze. Tato práce by se již blížila tomu, jak probíhají VERP skupiny.

- Dle návrhu Matouška na nový vzdělávací standard (2017, str. 9) magisterská úroveň již trénink komunikace neobsahuje. Právě zde by však (např. v rámci Komunikace s klientem II) mohlo být osvojování kompetencí prohloubeno o větší míru sebereflexe, byl by zde prostor rozšířit teoretický rámec, ale i prostor trénovat dovedností v nových kontextech - jako je např. vedení porady.
- Proto, aby seminář byl opravdu přínosný a poskytoval možnost sebereflexe studentům, je potřeba zajistit podmínky pro natáčení. Zvláště pro realizaci druhého navazujícího kurzu, který by stál především na nahrávkách studentů "z terénu", by byla zapotřebí podpora školy ve vytvoření takových podmínek, aby studenti mohli tyto nahrávky pořizovat. Mohlo by se jednat o nějakou formu dohody s některým z pracovišť praxí, kde by byly sjednány souhlasy k natáčení.

POVINNĚ ČI VOLITELNĚ?

Zájem studentů VŠPJ o seminář VTI je kolísavý a důvody mohou být různé. Vedle čistě technických otázek, které se týkají způsobu sestavování rozvrhu, zde mohou hrát roli obavy z natáčení a dívání se na sebe na videu. Takové pocity jsou přirozené a setká se s nimi prakticky každý, kdo si představí, že se při jeho práci před něj postaví někdo s kamerou. Může jít o strach z následné kritiky, který by se však dal rozptýlit větší informovaností o tom, jakým způsobem VTI a VERP funguje. Jde v jistém smyslu o vystoupení z komfortní zóny, které ale člověka posouvá významně dále na jeho profesní cestě. Nemělo by právě vysokoškolské studium před studenty klást takové výzvy?

Během několika semestrů realizace tohoto semináře ve volitelné podobě lze dospět k názoru, že je třeba zvážit zařazení podobného tréninku mezi povinné předměty, jak navrhuje Matoušek (2017). Vždyť když se vrátíme na počátek tohoto textu, komunikační dovednosti jsou základní a klíčové dovednosti sociálního pracovníka. V návrhu lze jít ještě dále - proč nezkoumat, nakolik si student osvojil komunikační dovednosti i při závěru studia? Při některých výcvicích v rámci dalšího vzdělávání je běžné u závěrečné zkoušky dokládat nabyté kompetence videonahrávkou kontaktu s klientem. Je pochopitelné, že nejde o zkušenost, na kterou by se účastníci kurzů těšili. Garantuje však kvalitu absolventů daného kurzu. Proč by tedy podobný proces nemohl fungovat i na vysoké škole, pokud má generovat kvalitní pracovníky do praxe?

ZÁVĚR

Vzhledem k tomu, že komunikace je považována za základní dovednost sociálního pracovníka, je potřeba se zamyslet, zda je na školách věnován dostatečný prostor praktickému tréninku těchto dovedností. Návrh O. Matouška, který obsahuje zařazení povinného předmětu „Komunikace s klientem“ do bakalářské úrovně studia sociální práce má v tomto ohledu svůj hluboký smysl. Tento kurz by však musel být realizován v malých skupinách, výsostně prakticky s důrazem na rozvoj sebereflexe studentů.

K tomuto cíli nejlépe poslouží videonahrávky, na kterých se studenti sami uvidí, kde mohou zvyšovat svou citlivost i své komunikační kompetence. Metody, využívající video k profesnímu rozvoji a zpětné vazbě, především metoda VERP, ale i jiné (Video Feedback, Video Feed Forward, VTI - angl. Video Interaction Guidance) jsou ideálním nástrojem, který je možné pro tuto práci se studenty využít.

Obavy studentů z natáčení jsou většinou rozptýleny po prvních zkušenostech, kdy zjistí, že mohou prezentované momenty sami vybírat a že celá analýza nahrávky se zaměřuje na úspěšné momenty. Klíčová je v tomto smyslu atmosféra vytvořená na semináři a způsob komunikace lektora semináře se studenty. Lektor by měl při analýze studentských videí i při diskusích se studenty „modelovat“ naladěné interakce, které pak studenti aplikují při svém kontaktu s klienty. V tomto prostředí poté vzniká bezpečná atmosféra, kde je možné se otevřít a pracovat na svém rozvoji.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BOKOVÁ, Ludmila. Videotrénink interakcí v azylových domech pro matky s dětmi. Nepublikováno.
- [2] CROSS, Jenny a Hilary KENNEDY. How and Why does VIG Work. In: *Video interaction guidance: a relationship-based intervention to promote attunement, empathy, and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011, s. 58-81. ISBN 978-1-84905-180-4.
- [3] ELICHOVÁ, Markéta a Anna SÝKOROVÁ. Kompetence sociálního pracovníka: co učí školy a co vyžadují zaměstnavatelé. *Sociální práce / Sociálna práca*. Brno, 2015, 15(1), 79-95. ISSN 1805-885x.
- [4] Focus on the Learner: The Change Agenda [online]. 2003 [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <http://www2.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/6EF2BB45-6C9F-4744-8611-B856D2833C23/0/2837focuslearne03.pdf>
- [5] FUKKINK, Ruben G., Noortje TRIENEKENS a Lisa, J.C. KRAMER. Video Feedback in Education and Training: Putting Learning in the Picture. *Educational Psychology Review*. 2011 (23), 45–63. ISSN 1573-336X.
- [6] FUKKINK, Ruben, Sanne HUIJBREGTS a Liz TODD. Effects of Video Enhanced Reflective Practice (VERP). In: Kennedy Hilary, Miriam Landor, Liz Todd. *Video Enhanced Reflective Practice: Professional Development through Attuned Interactions*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2015, s. 242-254. ISBN 9781849054102.
- [7] HAVRDOVÁ, Zuzana. Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
- [8] HAVRÁNKOVÁ, Olga. Případová práce. In: Matoušek, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 2. Praha: Portál, 2008, s. 67-81. ISBN 8071785482.
- [9] KENNEDY, Hilary, Miriam LANDOR a Liz TODD. Video enhanced reflective practice: professional development through attuned interactions. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2015. ISBN 9781849054102.
- [10] KENNEDY, Hilary, Miriam LANDOR a Liz TODD. Video interaction guidance: a relationship-based intervention to promote attunement, empathy, and wellbeing. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011. ISBN 978-1-84905-180-4.
- [11] KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8.
- [12] LANDOR, Miriam. How and Why Video Enhanced Reflective Practice (VERP) Works. In: Kennedy Hilary, Miriam Landor, Liz Todd. *Video Enhanced Reflective Practice: Professional Development through Attuned Interactions*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2015, s. 60-70. ISBN 9781849054102.
- [13] MATOUŠEK, Oldřich. Koordináty vzdělávání sociálních pracovníků. Nepublikováno. Příspěvek přednesený na valné hromadě Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Březen 2017.

- [14] Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP. Asociace vzdělavatelů v sociální práci [online]. 2014 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.asvsp.org/standardy/>
- [15] PUNOVÁ, Monika a Jitka NAVRÁTILOVÁ. *Praktické vzdělávání v sociální práci optikou konceptu resilience*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7337-1.
- [16] ROGERS, Jenny. *Adults learning*. 5th ed. Maidenhead: Open University Press, 2007. ISBN 9780335225354.
- [17] SEN, Robin, Carole CHASLE a Bev JOWETT. Just Conversations: VERP as a Tool for the Development of Communicative Skills in Social Work Practice. In: Kennedy, Hilary, Miriam Landor, Liz Todd. *Video Enhanced Reflective Practice: Professional Development through Attuned Interactions*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2015, s. 160-172. ISBN 9781849054102.
- [18] STRATHIE, Sandra, Calum STRATHIE a Hilary KENNEDY. Video Enhanced Reflective Practice. In: Kennedy, Hilary, Miriam Landor, Liz Todd. *Video Interaciton Guidance: A Relationship-Based Intervention to Promote Attunement, Empathy and Wellbeing*. 1. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011, s. 170-180. ISBN 9781849051804.
- [19] TOMOVÁ, Šárka a Lubomír ŠTĚPÁNEK. Využití videotréninku ve výuce komunikačních dovedností. *Logos Polytechnikos*. Třebíč, 2013, 4(1), 51-58. ISSN 1804-3682.
- [20] ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788086429366.
- [21] Zrcadlový neuron. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Zrcadlov%C3%BD_neuron

VIDEOREFLECTION AS AN INSTRUMENT OF SOCIAL WORK STUDENTS' PREPARATION FOR PRACTICE

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Petra Antonů
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra sociální práce
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: petra.antonu@vspj.cz

ABSTRACT

Communication skills are one of the core competencies for quality social work. Similarly, the ability of self-reflection is crucial for social workers. The article deals with the question of whether the training of these essential skills is sufficient when studying social work or how such training might be carried out. The VERP method is presented as one of the sophisticated methods of video reflection that can serve as a basis for a training model of systematic improvement in the communication skills of social work students.

KEYWORDS:

social work, competence, professional training, communication skills, self-reflection, video, video training of interactions, video feedback, VERP

PRÍNOSY A PREKÁŽKY SPOLUPRÁCE V MULTI- DISCIPLINÁRNÝCH TÍMOCH Z POHĽADU SOCIÁLNYCH A ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

JANA GABRIELOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Článok sa zaoberá spolupracou v multidisciplinárnych tímoch z pohľadu sociálnych a zdravotníckych pracovníkov. Kvalitatívna štúdia bola realizovaná prostredníctvom rozhovorov u 15 respondentov – šesť sociálnych pracovníkov a deväť zdravotníckych pracovníkov. Cieľom výskumu bolo zistiť, aké sú prínosy a prekážky vzájomnej spolupráce v multidisciplinárnych tímoch. Sociálni a zdravotnícki pracovníci zdôrazňovali najmä prínosy spolupráce pre klientov/pacientov. Respondenti uvádzali nasledovné prekážky spolupráce: nedostatok času na spoluprácu, nedostatočné poznanie rolí iných profesionálov v tíme a rozdielny prístup ku klientovi/pacientovi.

KLÍČOVÁ SLOVA:

multidisciplinárny tím, sociálna práca, spolupráca, zdravotníctvo

ÚVOD

Cieľom článku je zodpovedať základnú výskumnú otázku: „Aké sú benefity a prekážky vzájomnej spolupráce v multidisciplinárnych tímoch podľa sociálnych a zdravotníckych pracovníkov?“

V súčasnej dobe je spolupráca sociálnych a zdravotníckych pracovníkov podľa viacerých autorov (Abramson, Mizrahi, 2003; Bronstein, 2003; Payne, 2000 a pod.) nevyhnutným krokom smerujúcim k zlepšeniu a skvalitneniu poskytovania zdravotných a sociálnych služieb pacientom/klientom.

Existuje viacero dôvodov, prečo už nie je dostačujúce poskytovať zdravotnú a sociálnu starostlivosť bez vzájomnej previazanosti. Za jeden z dôvodov je možné považovať vývoj „definície“ zdravia. Koncept zdravia, ako je definovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou, vychádza zo skutočnosti, že zdravie je nielen otázkou fyzického stavu jedinca, ale i jeho duševnej a sociálnej pohody. Nie je to iba neprítomnosť choroby (Kebza, 2005). Táto definícia naznačuje, že zdravie nie je iba kategóriou medicínskou, ale aj sociálnou (spoločenskou).

Argumentom podporujúcim spoluprácu v zdravotnej a sociálnej starostlivosti je aj to, že zdravotnú a sociálnu starostlivosť nie je možné kategoricky oddeľovať. Podľa Šustrovej (2012) nemôžeme povedať, že pacienti potrebujú iba zdravotnú alebo iba sociálnu starostlivosť. Potreba prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti je u niektorých skupín obyvateľstva zreteľnejšia ako u iných. Typickými príkladmi, kde je toto prepojenie veľmi žiaduce je starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím (Repková, Sedláková, 2012), osoby s duševným ochorením (Rosenberg, Weissman, Fu Keung Wong, 2014; Warner, 2013) a osoby vyššieho veku (Hrozenká a kol., 2008; Kalvach a kol., 2014).

Aktuálnosť tejto problematiky podčiarkuje aj to, že je už niekoľko rokov predmetom záujmu zahraničných výskumníkov. Bolo zrealizovaných viacero výskumov zameraných na spoluprácu sociálnych a zdravotníckych pracovníkov (napr. Abramson, Mizrahi 2003; Gocan, Laplante, Woodend, 2014; Ambrose-Miller, Ashcroft, 2016). Avšak v Slovenskej a Českej republike existujú len minimálne výskumné zistenia vzťahujúce sa k spolupráci zdravotníckych a sociálnych pracovníkov v praxi. V Slovenskej a Českej republike sa v súčasnosti výskumne zisťovanie zameriava skôr na deskripciu súčasného stavu sociálnej práce v zdravotníctve. Napríklad Mojtovej, Sedlárovej a Šrank (2013) pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov so sociálnymi pracovníkmi pôsobiacimi v nemocniciach zisťovali, aká je náplň sociálneho pracovníka v zdravotníctve, aké sú bariéry práce sociálneho pracovníka a pod.

Spolupráca sociálnych a zdravotníckych pracovníkov v multidisciplinárnych tímoch má prínosy najmä pre klientov/pacientov. Spolupráca odborníkov zameraných na zdravotnú

a sociálnu starostlivosť umožňuje poskytnúť pacientovi/klientovi kvalitnejšiu starostlivosť. Každý z odborníkov (lekár, sociálny pracovník) prináša svoj uhol pohľadu na klientovu situáciu – lekár medicínsky a sociálny pracovník sociálny (Dhooper, 2012). Každý člen má isté skúsenosti, zručnosti, svoj spôsob myslenia a videnia sveta. Pri spoločnom riešení sa skúsenosti a zručnosti jednotlivých členov kombinujú, na problém je nahliadané z rôznych uhlov pohľadov a tým sa ponúkajú širšie možnosti riešenia (Kolajová, 2006).

K ďalším prínosom spolupráce v multidisciplinárnych tímoch patrí to, že výkon tímu prevyšuje súčet možností všetkých členov tímu. Tímová činnosť zvyšuje efektívnosť práce, spája ľudí, ktorí sa vzájomne dopĺňujú, obohacujú a inšpirujú sa nápadmi svojich kolegov. Tak sa zvýši nielen výkon skupiny ale i výkon každého člena (Kolajová, 2006).

Aj keď v praxi spolupráca sociálnych a zdravotníckych pracovníkov existuje, nie je ešte na takej úrovni, aby prinášala čo najväčší osov nielen pre klienta/pacienta ale aj pre profesionálov. Stále ešte existujú prekážky, ktoré sťažujú vzájomnú spoluprácu.

Niektorí autori (Simpkin, 2002; Gehlert, 2012) sú presvedčení, že prekážkou spolupráce sociálnych a zdravotníckych pracovníkov sú rozdielne filozofické paradigmy. Napríklad Gehlert (2012) sa vyjadrila, že lekári sú trénovaní ako vedci a cítia sa komfortnejšie pri využívaní vedeckého prístupu pri starostlivosti o pacienta. Na druhej strane sociálni pracovníci uprednostňujú subjektívne dáta. Ak to vzťahujeme na filozofické východiská, tak pozitivizmus zdôrazňuje objektívne poznanie, zatiaľ čo konštruktivizmus vyzdvihuje subjektívne poznanie.

Sociálni pracovníci sa zameriavajú na špecifické situácie jednotlivých klientov (v dôsledku konštruktivizmu), lekári sa viac zameriavajú na univerzálne platné a štatistikou potvrdené dôkazy (dôsledok pozitivizmu). Pri vzájomnej spolupráci a komunikácii môže dochádzať k problémom v interakcii lekár – sociálny pracovník spôsobené rozdielnymi a vzájomne sa vylučujúcimi filozofickými východiskami.

Podľa niektorých autorov (Cowles, Lefcowitz, 1992; Netting, Williams, 1996) k prekážkam spolupráce patrí aj odlišné posudzovanie životnej situácie pacientov/klientov. Podľa uvedených autorov medicína preferuje skôr biomedicínsky model zdravia a sociálna práca uprednostňuje ekologicko-sociálny model zdravia. Ekologicko-sociálny model sa zameriava na celú osobnosť jedinca ako člena rodiny a spoločnosti, patriaceho do určitej kultúry a plniaceho občianske a sociálne roly a snaží sa porozumieť kultúrnym, sociálnym a individuálnym hodnotám a posúdiť ich vzťah k zdraviu (Holčík, Kaňová, Prudil, 2005). Teda nahliada na človeka holisticky, ako na bio-psycho-sociálno-spirituálnu bytosť. Na druhej strane biomedicínsky model sa zameriava na biologickú podstatu zdravia a choroby a biologické činitele, ktoré ich ovplyvňujú (Pavlíková, 2007).

Ďalšou prekážkou spolupráce je nepoznanie rolí iných odborníkov (Abramson, Mizrahi, 2003) a nejasnosť rolí (Kodymová, 2015) v multidisciplinárnom tíme. Podľa Ambrose-Millera a Ashcrofta (2016) pre fungovanie tímu je nevyhnutné poznať roly a kompetencie ostatných členov. Avšak jednotliví členovia prichádzajú do tímu s rôznym stupňom znalostí, pokiaľ ide o kompetencie a roly iných profesionálov.

Reeves a kol. (2009) k prekážkam spolupráce zaraďujú tiež nedostatok času a nedostatok dôvery a rešpektu v multidisciplinárnom tíme.

Výskum bol zameraný na zistenie toho, ako sociálni a zdravotnícki pracovníci pôsobiaci v praxi vnímajú vzájomnú spoluprácu v multidisciplinárnych tímoch. V súlade s týmto cieľom boli stanovené dve čiastkové výskumné otázky (ČVO):

- ČVO1: Aké sú benefity vzájomnej spolupráce v multidisciplinárnych tímoch podľa sociálnych a zdravotníckych pracovníkov?
- ČVO2: V čom vidia zdravotnícki a sociálni pracovníci prekážky ich vzájomnej spolupráce?

MATERIÁL A METÓDY

Výskum spočíval v používaní kvalitatívnych výskumných metód a techník. Technika zberu dát prebiehala pomocou neštandardizovaných rozhovorov. Zber dát bol realizovaný počas októbra a novembra 2016. Rozhovory boli vedené autorkou článku, nahrávané na diktafón a doslova prepísané. Pri analýze transkripcie rozhovorov bola použitá metóda otvoreného kódovania. Prepísané rozhovory boli rozdelené na analytické jednotky (slová, vety, slovné spojenia). K jednotlivým segmentom, boli priradené kódy. Otvorené kódovanie prebiehalo metódou „*ceruzka a papier*“. Kódy boli zoskupené podľa podobností a vnútorných súvislostí do tried, kategórií a podkategórií.

Výber výskumného súboru bol realizovaný zámerným výberom. Vo výskume boli stanovené tieto kritéria pre výber respondentov:

- z hľadiska pracovného zaradenia to museli byť sociálni pracovníci (alebo zdravotno-sociálni pracovníci), zdravotné sestry a lekári,
- museli mať skúsenosť s spoluprácou v multidisciplinárnych tímoch a
- pracovať v zariadení alebo na oddelení, v ktorom dochádza k prepojeniu zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Do výskumu bolo zapojených 15 respondentov. Vzhľadom na to, že naším cieľom bolo zistiť percepciu medziodborovej spolupráce dvoch skupín pracovníkov (sociálnych a zdravotníckych pracovníkov), snažili sme sa o čo najviac rovnomerné zastúpenie oboch skupín. A tak je náš výskumný súbor tvorený 6 sociálnymi pracovníkmi (4 sociálnymi

pracovníkmi a 2 zdravotno-sociálnymi pracovníkmi) a 9 zdravotníckymi pracovníkmi (4 lekármi a 5 zdravotnými sestrami). Našou snahou bolo, aby sa vo výskumnom súbore nachádzali aj sociálni a zdravotnícki pracovníci pôsobiaci v zdravotníckych zariadeniach (fakultné nemocnice) a v zariadeniach spadajúcich do oblasti sociálnych služieb (domovy pre seniorov, nezisková organizácia). Z tohto dôvodu respondenti boli zamestnancami nemocníc (7 respondentov), domova pre seniorov (5 respondentov) a neziskovej organizácie (3 respondenti). Tabuľka 1 poskytuje detailnejšie informácie o výskumnom súbore.

Tabuľka 1: Socio-demografické údaje respondentov

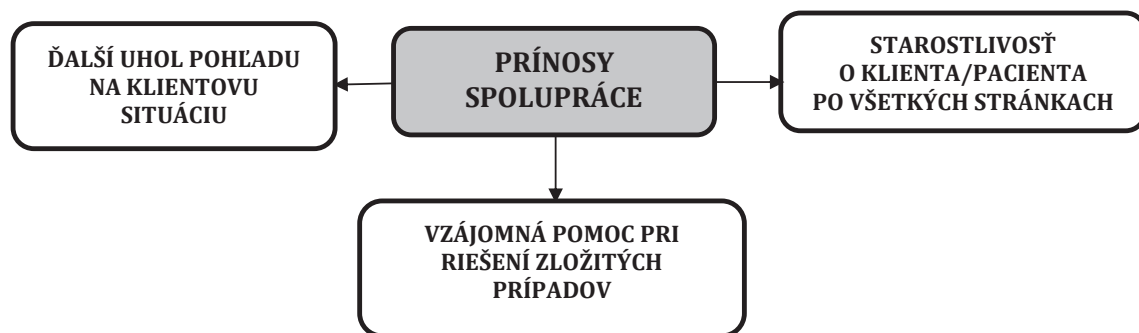
| Respondent | Pohlavie | Vzdelanie | Pracovné zaradenie | Typ zariadenia |
|------------|----------|---------------|--------------------------------|-----------------------|
| R1 | žena | vysokoškolské | lekárka | fakultná nemocnica |
| R2 | žena | vysokoškolské | lekárka | fakultná nemocnica |
| R3 | žena | vysokoškolské | lekárka | fakultná nemocnica |
| R4 | muž | vysokoškolské | sociálny pracovník | domov pre seniorov |
| R5 | žena | vysokoškolské | sociálna pracovníčka | domov pre seniorov |
| R6 | muž | vysokoškolské | zdravotno-sociálny pracovník | fakultná nemocnica |
| R7 | žena | vysokoškolské | zdravotno-sociálna pracovníčka | fakultná nemocnica |
| R8 | žena | stredoškolské | zdravotná sestra | domov pre seniorov |
| R9 | žena | stredoškolské | zdravotná sestra | domov pre seniorov |
| R10 | žena | vysokoškolské | zdravotná sestra | fakultná nemocnica |
| R11 | žena | vysokoškolské | lekárka | fakultná nemocnica |
| R12 | žena | stredoškolské | zdravotná sestra | domov pre seniorov |
| R13 | muž | vysokoškolské | sociálny pracovník | nezisková organizácia |
| R14 | žena | vysokoškolské | sociálna pracovníčka | nezisková organizácia |
| R15 | žena | stredoškolské | zdravotná sestra | nezisková organizácia |

VÝSLEDKY A DISKUSIA

V tejto časti sú prezentované a diskutované výsledky výskumu, ktorého predmetom bolo zistiť, ako sociálni a zdravotnícki pracovníci pôsobiaci v praxi vnímajú vzájomnú spoluprácu v multidisciplinárnych tímoch. Je štruktúrovaná podľa čiastkových výskumných otázok. Stanovili sme si dve čiastkové výskumné otázky.

ČVO1: Aké sú benefity vzájomnej spolupráce v multidisciplinárnych tímoch podľa sociálnych a zdravotníckych pracovníkov?

Obrázok 1: Prínosy spolupráce



Zdroj: vlastný výskum

Priama výpoveď respondenta vzťahujúca sa k ďalšiemu pohľadu na klientovu situáciu R5 (sociálna pracovníčka v domove pre seniorov): „Každý člen tímu sa u klienta zaujíma o časť, takže vo chvíli, keď ten človek bude mať blbú náladu, bude nahnevaný, ja nebudem vedieť, či ho niečo nebolí alebo či je to preto, že mu nejde televízor, pretože neprišiel údržbár. Tak ja si myslím, že každý môže o tom človeku niečo povedať, že ho napríklad niečo nahnevalo, že ho niečo bolí, že mu nechutil obed, že dlho neprišla rodina. Ale podľa mňa základom multidisciplinárneho tímu je, že tam bude kvalitné odovzdávanie informácií, pretože keď každý bude vedieť kúsok, ale nepovie to nikomu ďalšiemu, tak to je potom podľa mňa akoby stále na mŕtvom bode.“

Prínos spolupráce v multidisciplinárnom tíme spočíva podľa respondentov v tom, že členovia tímu získajú ďalší pohľad na klientovu situáciu. Z výpovedí respondentov vyplýva, že kvalitné odovzdávanie informácií je predpokladom toho, že každý odborník v tíme získa ucelený pohľad na klienta a to mu umožní lepšie pochopiť klientovu/pacientovu situáciu. Aj Švec (2008) sa domnieva, že kvalita odovzdávania znalostí sa prejavuje kvalitou starostlivosti o klienta (seniora).

Priame výpovede respondentov vzťahujúce sa k starostlivosti o klienta/pacienta po všetkých stránkach

R10 (zdravotná sestra v nemocnici): „Prínos vzájomnej spolupráce je pre pacienta, klienta v tom, že má všetky informácie od osôb, ktoré sú zainteresované na starostlivosti o neho. Než, aby som mu ja podala nejaké kusé informácie, tak je lepší niekto, kto mu podá ucelené informácie.“

R4 (sociálny pracovník v domove pre seniorov): „Ja si myslím, že je to prínosom vždy pre klienta, ktorý bude zabezpečený po všetkých stránkach.“

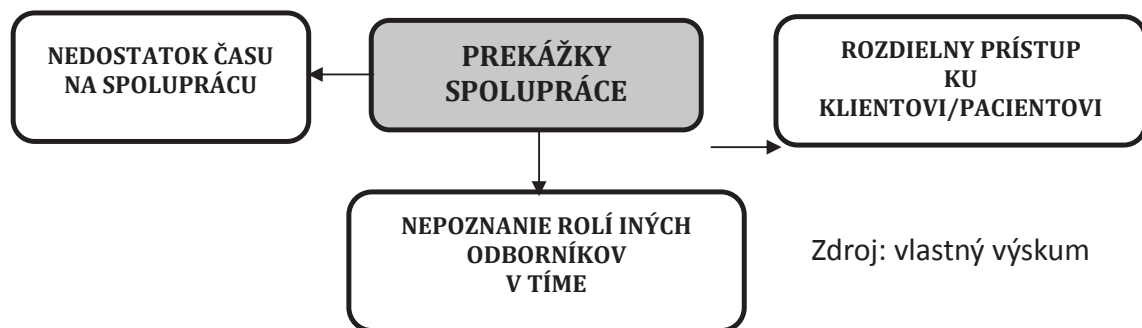
R7 (zdravotno-sociálna pracovníčka v nemocnici): „Spolupráca v multidisciplinárnom tíme je dôležitá v tom, že pokiaľ dôjde k tomu, že je pacient prepúšťaný domov, tak je dôležité, aby sme ho prepúšťali vybaveného informáciami, jednak o zdravotnej stránke jeho stavu a jednak informáciami o tom sociálnom, čo sa môže v tej sociálnej oblasti, aké má možnosti a i rodina, aby bola informovaná.“

K prínosom spolupráce podľa respondentov patrí aj to, že starostlivosť o klienta/pacienta je zabezpečená po všetkých stránkach a klient disponuje relevantnými informáciami či už o svojom zdravotnom stave alebo sociálnej situácii.

Priama výpoveď respondenta vzťahujúca sa k pomoci pri riešení zložitej situácie R11 (lekárka v nemocnici): „Všetci sú odborníci na niečo, zdieľajú svoje skúsenosti a odborné znalosti a môžu si poskytovať konzultácie. Keď je tam nejaký individuálny prípad, ktorý je zložitý, tak členovia multidisciplinárneho tímu ho môžu riešiť spoločne z viacerých strán.“ V nadväznosti na prvú výskumnú otázku, respondenti zdôrazňovali predovšetkým prínosy spolupráce pre klientov/pacientov. Podobný názor zastáva aj Kodymová (2015, s. 5): „Využitie multidisciplinárnych tímov je v praxi sociálnej práce nesmierne cenné pri dosahovaní pozitívnych výsledkov intervencií, najmä v prospech klientov v náročných alebo zložitých situáciách, ktorých riešenie sa nachádza na pomedzí pôsobnosti viacerých rezortov či inštitúcií.“ Aj Dhooper (2012) uvádza, že spolupráca odborníkov zameraných na zdravotnú a sociálnu starostlivosť umožňuje poskytnúť pacientovi/klientovi kvalitnejšiu starostlivosť.

ČVO2: V čom vidia sociálni a zdravotnícki pracovníci prekážky ich vzájomnej spolupráce?

Obrázok 2: Prekážky spolupráce



Zdroj: vlastný výskum

Priama výpoveď respondenta vzťahujúca sa k nedostatku času na spoluprácu:

R3 (lekárka v nemocnici): „*Najväčší limit vidím v časovom faktore. Máme toľko pacientov, že ani ja a ani sociálny pracovník nemáme toľko času venovať sa jednotlivým pacientom a vzájomne spolupracovať, ako by to bolo častokrát potrebné.*“

Nedostatok času na spoluprácu považujú respondenti za prekážku vzájomnej spolupráce. Rovnako aj Reeves a kol. (2009) uvádzajú, že k prekážkam spolupráce patrí nedostatok času. Respondenti uvádzali, že nemajú ani dostatok času venovať sa samotným klientom/pacientom. Na základe výpovedí respondentov sa domnievame, že keď si majú zdravotnícki a sociálni pracovníci vybrať, či budú venovať svoj čas starostlivosti o klienta/pacienta alebo vzájomnej spolupráci, zvolia si starostlivosť o klienta/pacienta.

Priame výpovede respondentov vzťahujúce sa k nepoznaniu rolí iných odborníkov v tíme: R4 (sociálny pracovník v domove pre seniorov): „*Ja úplne neviem, čo je rola zdravotnej sestry. Ja úplne neviem, či to dokážem kompetentne vyhodnotiť a domnievam sa, že nie. Ja svoje limity vidím v tom, že akoby nerozumiem role tej zdravotnej sestry. Nevieť, aký je objem ich práce a čo s tým užívateľom presne robia.*“

R2 (lekárka v nemocnici): „*Rola sociálneho pracovníka je dôležitá ale neviem presne, čo v sebe zahŕňa. Myslím si, že pomáha zorientovať sa v možnostiach sociálnej starostlivosti (pobyt v domove dôchodcov, hospic, azylové domy).*“

Za jednu z prekážok považujú respondenti nepoznanie rolí iných odborníkov v tíme. Viaceré výskumy (Cowles, Lefcowitz, 1992, 1995; Abramson, Mizrahi, 2003) poukázali na to, že medzi odborníkmi nie je zhoda v tom, čo je náplň profesie sociálneho pracovníka v zdravotníctve, v čom môže byť sociálny pracovník prínosom pre multidisciplinárny tím. Aj podľa Kuzníkovej a kol. (2011) nie je postavenie zdravotne sociálneho pracovníka v tíme špecialistov dostatočne vyjasnené a často dochádza k problémom vo vzájomnej komunikácii a pri vymedzovaní kompetencií a pracovných náplní.

Zahraničné výskumy akcentovali najmä to, že zdravotnícki členovia tímu majú nedostatočné znalosti o role a kompetenciách sociálneho pracovníka v tíme. Avšak náš výskum ukázal, že ani sociálni pracovníci nemajú jasnú predstavu o tom, čo je náplňou profesie zdravotnej sestry. Z toho vyplýva, že nie je dostačujúce zvyšovať povedomie iba o profesii sociálneho pracovníka ale je tiež potrebné zamerať pozornosť na rolu a kompetencie zdravotníckych pracovníkov. K tomu by mohlo napomôcť medziodborové vzdelávanie. Ak by podľa Barra (2010) súčasťou vzdelávania zdravotníckych a sociálnych pracovníkov boli medziodborové edukačné programy, mohli by prispieť k vzájomnému približovaniu oboch pomáhajúcich odborov, a teda i k zníženiu, a neskôr aj k prekonaniu týchto bariér. Zároveň medziodborové vzdelanie prispieva k zlepšeniu znalostí o medziodborovej spolupráci (Hammick et al. 2007, Reeves et al., 2009).

Priame výpovede respondentov vzťahujúce sa k rozdielnemu prístupu ku klientovi/pacientovi:

R8 (zdravotná sestra v domove pre seniorov): *„Podľa sociálneho pracovníka si môže jesť, čo chce. Podľa môjho, keď ja vidím tie komplikácie, ktoré tomu človeku komplikujú život, mal by držať diétu. Nie je to zakaždým, ale je tu pravdepodobnosť vzniku problému, napríklad u cukrovky, keď sa nedodržiava diéta. Ja to mám cez zdravie a oni (sociálni pracovníci) o tom, čo si kto povie.“*

R5 (sociálna pracovníčka v domove pre seniorov): *„Zdravotnícki pracovníci by mali viac komunikovať, mali by sa snažiť, aby tá starostlivosť o človeka bola holistická.“*

K ďalšej prekážke, ktorú respondenti uvádzali, patrí rozdielny prístup ku klientovi/pacientovi. Zdravotnícki pracovníci sa viac zameriavajú na zdravotnú stránku, pričom sociálni pracovníci sa usilujú o holistický prístup. Naše zistenia sú v zhode so zisteniami zahraničných autorov (napr. Cowles, Lefcowitz, 1992; Netting, Williams, 1996).

ZÁVER

Sociálni a zdravotníci pracovníci zdôrazňovali najmä prínosy spolupráce pre klientov/pacientov: zabezpečenie starostlivosti o klienta/pacienta po všetkých stránkach, iný uhol pohľadu na klientovu situáciu. Okrajovo spomínali aj prínos pre samotných členov multidisciplinárnych tímov, a to vzájomnú pomoc pri riešení zložitých prípadov. Spolupráca v multidisciplinárnych tímoch má prínosy nielen pre klientov/pacientov ale aj pre samotných členov tímu a organizáciu. Respondenti na benefity zo vzájomnej spolupráce nazerajú najmä z hľadiska prospechu pre klientov/pacientov. Je to samozrejmé, keďže cieľom či už sociálnych alebo zdravotníckych pracovníkov je pomoc klientovi/pacientovi pri riešení jeho životnej situácie. Takže na prvom mieste by mal byť klient/pacient. Avšak sa domnievame, že by bolo vhodné, aby pracovníci uvažovali aj o prínosoch spolupráce v širších súvislostiach. K tomu by mohlo napomôcť aj už vyššie spomínané medziodborové vzdelávanie.

Respondenti uvádzali nasledovné prekážky spolupráce: nedostatok času na spoluprácu, nedostatočné poznanie rolí iných profesionálov v tíme a rozdielny prístup ku klientovi/pacientovi.

Medziodborové vzdelávanie možno považovať za jedno z potenciálnych riešení na prekonanie týchto prekážok. V nadväznom výskume by bolo preto vítané upriamiť pozornosť aj na súčasný stav a budúcnosť medziodborového vzdelávania v oblasti zdravotnej a sociálnej problematiky v Slovenskej a Českej republike.

Výskum má niekoľko limitov, ktoré sa napriek vynaloženému úsiliu nepodarilo eliminovať. Limitom výskumu je tá skutočnosť, že naše výsledky vzťahujúce sa k vzájomnej spolupráci sociálnych a zdravotníckych pracovníkov nie je možné z dôvodu veľkosti a zloženia výskumného súboru zovšeobecniť. Za ďalší limit možno považovať nerovnomerné rozloženie výskumného súboru z hľadiska pohlavia. V našom výskume bolo 12 žien a 3 muži. Uvedená nerovnomernosť je spôsobená najmä tým, že na pozícii sociálnych pracovníkov a zdravotných sestier pracujú prevažne ženy.

Napriek vyššie uvedeným limitom sa domnievame, že výskum má aj silné stránky. Silnou stránkou výskumu je najmä tá skutočnosť, že takto orientovaný výskum sa ešte nerealizoval, respektíve nie je nám známe, že by sa v podmienkach Slovenskej alebo Českej republiky takýto výskum realizoval.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ABRAMSON S. J., MIZRAHI, T. (2003). Understanding Collaboration Between Social Workers and Physicians: Application of a Typology. *Social Work in Health Care*, Vol. 37, No. 2, p. 71–99. ISSN 1541-034X.
- [2] AMBROSE-MILLER, W., ASHCROFT, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*, Vol. 41, No. 2, p. 101-109. ISSN 1545-6854.
- [3] BARR, H. (2010). Medicine and the making of interprofessional education. *The British Journal of General Practice*, Vol. 60, No. 573, p. 296-299. ISSN 1478-5242.
- [4] BRONSTEIN, L. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, Vol. 48, No. 3, s. 297–306. ISSN 0037-8046.
- [5] COWLES, L, LEFKOWITZ, M. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting. Part II. *Health & Social Work*, Vol. 20, No. 4, p. 57–65. ISSN 1545-6854.
- [6] COWLES, L., LEFKOWITZ, M. (1992). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting. Part I. *Health & Social Work*, Vol. 17, No. 1, p. 57–65. ISSN 1545-6854.
- [7] DHOOPER, S. S. (2012). *Social work in Health Care*. London: SAGE Publication, 341 p. ISBN 978-1-4522-0620-2.
- [8] GEHLERT, S. (2012). Communication in Health Care. In GEHLERT, S., BROWNE, T. *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: John Wiley & Sons, p. 237-262. ISBN 978-0-470-64365-5.
- [9] GOCAN, S., LAPLANTE, M. A., WOODEND, A. K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's Family Health Teams: A review of the literature. *Journal of Interprofessional Practice and Education*. Vol. 33, No. 3, p. 1–19. ISSN 1916-7342.
- [10] HAMMICK, M. et al. (2007) A best evidence systematic review of interprofessional education. *BEME Guide no. 9. Medical Teacher*, Vol. 29, No. 8, p. 735-751. ISSN 1466-178X.
- [11] HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. (2005). *Systém péče o zdraví a zdravotnictví. Východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- [12] HROZENSKÁ, M. a kol. (2008). *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [13] KALVACH, Z. a kol. (2014). *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 100 s. ISBN 978-80-87953-08-2.
- [14] KEBZA, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [15] KODYMOVÁ, P. (2015). *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Sešit sociální práce 3*. Praha: Ministerstvo práce sociálních věcí. 55 s. ISBN 978-80-7421-088-4.

- [16] KOLAJOVÁ, L. (2006). Týmová spolupráce. Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
- [17] KUZNÍKOVÁ, I. a kol. (2011). Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [18] MOJTOVÁ, M., SEDLÁROVÁ, K., ŠRANK, M. (2013). Klinický sociální pracovník. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. 263 s. ISBN 978-80-558-0269-5.
- [19] NETTING, E. F., WILLIAMS, F. G. (1996). Case manager-physician collaboration: Implications for professional identity, roles and relationships. *Health & Social Work*, Vol. 21, No. 3, p. 216–224. ISSN 1545-6854.
- [20] PAVLÍKOVÁ, S. (2007). Modely ošetrovatelstva v kocke. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- [21] PAYNE, M. (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave Macmillan, 268 p. ISBN 978-0-333-72977-9.
- [22] REEVES, S. et al. (2009). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane database of systematic reviews*, No. 4, p. 1-22. ISSN 1469-493X.
- [23] REPKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, D. (2012). Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla, výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 74 s. ISBN 978-80-970993-9-8.
- [24] ROSENBERG, G., WEISSMAN, A., FU KEUNG WONG, D. (2014). *Clinical Case Management for People with Mental Illness: A Biopsychosocial Vulnerability-Stress Model*. London: Routledge. 272 p. ISBN 978-07-890-2855-6.
- [25] SIMPKIN, M. (2005). Holistic Health Care and Professional Values. In: Shardlow S., ed. *The Values of Change in Social Work*. London and New York: Tavistock/Routledge, s. 57–76. ISBN 978-0-415-01838-8.
- [26] ŠUSTROVÁ, M. (2012). Sociálna práca v zdravotníctve. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce s. Alžbety, 122 s. ISBN 978-80-8132-041-5.
- [27] ŠVEC, V. (2008). Sdílení znalostí v interdisciplinárním sociálně zdravotnickém týmu. *Pedagogická orientace*, Vol. 18, No. 4, s. 19–33. ISSN 1211-4669.
- [28] WARNER, R. (2013). *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. London: Routledge. 410 p. ISBN 0-415-21267-7.

BENEFITS AND BARRIERS OF COLLABORATION IN MULTIDISCIPLINARY TEAMS FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL AND HEALTHCARE WORKERS

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

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

ABSTRACT

The article deals with collaboration in multidisciplinary teams from the perspective of social and healthcare workers. A qualitative study was conducted through interviews with 15 respondents – six social workers and nine healthcare workers. The research aim was to find out which benefits and barriers of mutual collaboration are in multidisciplinary teams. Social and healthcare workers particularly emphasized the benefits of cooperation for clients/patients. Respondents reported the following barriers of collaboration: lack of time for cooperation, insufficient identification of other professionals' role in the team and different approach to the client/patient.

KEYWORDS:

multidisciplinary teams, social work, collaboration, health care

EFEKT INTERVENČNÍHO 8 - TÝDENNÍHO CVIČEBNÍHO PROGRAMU NA VYBRANÉ PARAMETRY FYZICKÉ ZDATNOSTI A TĚLESNÉHO SLOŽENÍ ŽEN SENIOREK

DITA HLAVOŇOVÁ
MICHAELA ZHÁNĚLOVÁ
PETRA JANÍČKOVÁ
TOMÁŠ VODIČKA
MASARYKOVA UNIVERZITA

ABSTRAKT

Výzkumným cílem projektu bylo prokázat pozitivní signifikanci mezi aplikací zvoleného intervenčního cvičebního programu, tělesnou zdatností a složením těla u žen seniorek ve věku 60 - 76 let. Vstupní i výstupní diagnostika úrovně tělesné zdatnosti byla provedena pomocí 2 motorických testů („chair stand test“ a „1- mile walk test“), svalová síla dolních končetin byla diagnostikována prostřednictvím izokinetické dynamometrie a vstupní a výstupní hodnoty tělesného složení jsme získali bioimpedanční metodou na přístroji InBody 720. Všechna zmiňovaná vyšetření jsme provedli u komparační (10 žen) i intervenční (14 žen) skupiny žen seniorek. Intervenční skupina prošla pohybovým programem, který probíhal po dobu 8 týdnů v intenzitě 2 x týdně a zahrnoval kombinaci silového a aerobního tréninku. Pozitivní vliv intervenčního cvičebního programu se výrazně projevil v posuzovaných parametrech tělesné zdatnosti experimentální skupiny. K statisticky významnému zlepšení došlo v obou testech tělesné zdatnosti „chair stand

test“ a „1 – mile walk test“. Po dokončení intervence jsme zaznamenali rovněž statisticky významné změny v síle dolních končetin. Došlo k signifikantnímu zvýšení silových schopností především u flexorů (dominantní) pravé dolní končetiny a to při všech úhlových rychlostech (60°/s-1, 120°/s-1, 240°/s-1) a při úhlové rychlosti 240°/s-1 i u flexorů levé dolní končetiny. Předpokládané změny tělesného složení se u intervenční skupiny žen nepotvrdily. Hladina statistické významnosti byla definována na $p < 0,05\%$. Tato studie poukazuje na nutnost provádění pravidelné pohybové aktivity v souvislosti se stárnutím, rizikem ztráty funkční mobility a nezávislosti v pozdějším věku.

KLÍČOVÁ SLOVA:

stárnutí, funkční mobilita, silový a vytrvalostní trénink

ÚVOD

Stárnutí je často doprovázeno snížením fyziologických a funkčních schopností a vede ke ztrátě svalové hmoty a síly. Z mnoha studií je odvozeno, že tento účinek začíná přibližně po čtvrtém desetiletí lidského života a je indikován 5% ztrátou svalové hmoty za dekádu. Po 65 letech věku je ztráta ještě výraznější. Věkem podmíněná ztráta svalové hmoty je pomalý, ale nezadržitelný proces s nežádoucími účinky pro kvalitu života seniorů. Ztráta svalové hmoty a síly v průběhu stárnutí může zvýšit riziko chronických onemocnění, jako je osteoporóza, artritida a celkové zhoršení pohybu. V zájmu zachování pohyblivosti kloubů doporučují odborníci rozvíjet pravidelné koordinační cvičení a cvičení na rozvoj svalové síly (Bunc, 2013; Gába, 2010). Studie prokázaly pozitivní vliv pohybové aktivity na psychickou i fyzickou kondici (především na kardiovaskulární systém a pohybový aparát) a rozvoj pohybových schopností (síla, vytrvalost, rovnováha, manuální zručnost, obratnost, pružnost). Důležitou komponentou funkční zdatnosti je aerobní vytrvalost a to především chůze, která má přímý vztah k funkční mobilitě seniorů (Gába, 2009). Podle jiných autorů (Schlicht, 2001; Kamel, 2002) je za neefektivnější intervenční program považován silový trénink, při dostatečném důrazu na frekvenci, intenzitu a dobu trvání cvičení. Významnou roli silových intervenčních programů uvádějí především jako prevenci výskytu sarkopenie. Většina autorů však naznačuje, že ideální cvičební program musí sestávat z obou typů cvičení s cílem zlepšit složky funkční způsobilosti seniorů. Dle autorů Simon a Andel (2006) může cvičení vést ke zlepšení v různých oblastech funkční zdatnosti dokonce i u velmi starých osob, které vedou sedavý způsob života. U jednotlivců mohou funkční změny způsobit, že činnost z každodenního života se snadněji provádí. Zmínění autoři charakterizovali úroveň fyzické zdatnosti a jejich výsledky naznačují, že účast v pravidelných cvičebních programech (jak aerobní i silový trénink) vyvolává řadu pozitivních reakcí, které přispívají ke zdravému stárnutí a mohou hrát významnou roli v prevenci nebo snížení funkčního poklesu u starších osob. Studie od Cyarto (2008) porovnávala funkční výkonnost u specifického domácího cvičení v porovnání se skupinovým a výsledky potvrdila vyšší úspěšnost po skupinovém cvičení především u flexibility dolních končetin u starších osob a zaznamenali také změny v síle, aerobní vytrvalosti a dynamické rovnováze.

Pro zjištění vlivu intervenčního programu je zapotřebí vyhodnocení tělesné způsobilosti. Úroveň tělesné způsobilosti je nezbytným předpokladem pro udržení nezávislosti a vykonávání každodenních aktivit. Tělesná způsobilost je dána úrovní jednotlivých komponent tělesné zdatnosti (svalová síla, vytrvalost, flexibilita, stabilita), které podléhají procesům stárnutí. Velmi využívaným prostředkem pro testování tělesné způsobilosti bývá subjektivní hodnocení kvality fyzického zdravotního stavu doplněné o objektivní hodnocení tělesné zdatnosti pomocí motorických testů "30-Second Chair Stand Test", který je součástí standardizovaného Senior Fitness Testu a "1-Mile Walk Test", testu zjišťujícího aerobní zdatnost a sílu dolních končetin (Kramperová, 2014; Warren, 1993). Vedle těchto prostředků zaměřených na určení úrovně motorických schopností seniorů,

je využívána k definování stavu pohybového aparátu, a případnému identifikování faktorů spojených s poklesem jeho funkcí, izokinetická dynamometrie. Mnozí autoři (De Rekeneire, 2003; Rubenstein, 2000; Jubrias, 1997) uvádí, že nejvyšší síly bývá dosaženo mezi 2-4 opakováním testování izokinetickou dynamometrií, s tím, že pro diagnostiku u této skupiny populace bývá nejčastěji využíváno 3-6 opakování za použití úhlových rychlostí ($60^\circ/s^{-1}$, $120^\circ/s^{-1}$, $180^\circ/s^{-1}$ a $240^\circ/s^{-1}$).

Pro snadnější vytvoření designu pohybové intervence jsme vybrali aktuální výzkumy, které uplatňují intervenční programy zaměřené na zlepšení vybraných parametrů fyzické kondice a ideální cvičící program pro starší generaci, jejichž obsah splňoval určitá kritéria. Výzkumy byly prováděny s reprezentativním vzorkem 15-200 lidí (60 let a více). Dobrovolníci byli rozděleni do dvou skupin (experimentální a kontrolní skupina). Minimální doba trvání intervenčního programu byla čtyři týdny s frekvencí 2-3 týdně a 60- 90 minut (DiBrezza, 2005; Fahlman, 2007; Takeshima, 2007; Toraman, 2004). Zmínění autoři používali pro intervenční program silový nebo vytrvalostní typ tréninku, případně kombinaci s jedním z těchto tréninků. Radaelli (2013) ve své studii došel k závěru, že trénink s malým objemem, který vyžaduje méně času na dokončení a tím zvyšuje účast seniorů na cvičení a jeho dodržování, může zmírnit procesy stárnutí stejně jako vysokoobjemový trénink. Na základě těchto skutečností jsme vytvořili výzkum a metodiku měření pro seniory a zapojili je do cvičebního programu ke zlepšení funkční mobility seniorů.

Výzkumným cílem našeho projektu bylo prokázat pozitivní signifikanci mezi aplikací zvoleného intervenčního cvičebního programu, tělesnou zdatností a složením těla žen seniorek nad 60 let.

METODIKA

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Studie se zúčastnilo 24 žen ($66,4 \pm 4,63$ let, výška $166,1 \pm 5,43$ cm, váha $70,1 \pm 11,41$ kg) navštěvující Univerzitu třetího věku MU a sdružení Aktivní babička (Brno, Česká republika). Ženy byly vybrány náhodným výběrem a rozděleny na intervenční a komparační skupinu (14 osob – intervenční skupina: $65,1 \pm 3,94$ let, výška $166 \pm 4,85$ cm, váha $69,5 \pm 6,41$ kg a 10 osob – komparační skupina: $68,2 \pm 5,14$ let, $166,3 \pm 6,43$ cm, $71 \pm 16,49$ kg). V době diagnostikování netrpěla žádná z žen kardiovaskulárními a neuromuskulární problémy a byly bez ortopedických problémů. Všechny testované osoby poskytly informovaný souhlas k účasti v projektu.

DIAGNOSTIKA

Obě skupiny podstoupily vstupní a výstupní diagnostiku úrovně tělesné zdatnosti, síly dolních končetin a složení těla. Diagnostika složení těla byla provedena pomocí bioelektrické impedanční metody zařízením InBody 720. Tělesná zdatnost byla testována

pomocí vybraných motorických testů: "30-Second Chair Stand Test", který je součástí standardizovaného senior fitness testu a a "1-Mile Walk Test", zjišťujícího aerobní zdatnost. Úroveň síly dolních končetin byla identifikována pomocí izokinetického dynamometru. Všechna testování probíhala krátce před a po 8 týdenní intervenci.

Pro vyhodnocení tělesného složení jsme vybrali základní parametry: BMI (body mass index), PBF/% (procentuální množství tuku) a SMM/kg (množství kosterní svaloviny). Všechna měření probíhala za standardních podmínek, vždy v dopoledních hodinách v prostorách FSpS MU a testované osoby byly poučeny o průběhu měření.

Úroveň svalové síly dolních končetin zjišťoval test „30-Second Chair Stand“ (sed-vztyk ze židle za 30 sekund). Probandky seděly na židli, s chodidly na šířku ramen, paže měly překřížené na prsou a byly instruovány, aby se během testu neopíraly zády o židli. Testované osoby opakovaly co nejrychleji vztyk ze sedu na židli po dobu 30 sekund. Test byl proveden jedenkrát a započítával se celkový počet vzpřímených stojů za 30 sekund (Rikli a Jones, 1999).

Aerobní zdatnost byla měřena pomocí testu „1-Mile Walk“ (chodecký test na 1 míli). Test byl proveden na atletickém oválu a cílem probandek bylo ujít co nejrychleji po vnitřní dráze oválu vzdálenost 1 600 m. Základní instrukcí pro test bylo: „Jdi, jak nejrychleji můžeš, avšak neriskuj své zdraví. Používej normální způsob chůze, jdi ustáleným tempem.“ Měřil se čas, za který testovaná osoba úsek urazila. Doba trvání testu závisí na věku, pohlaví a trénovanosti, lze očekávat trvání 13 až 20 minut (Warren, 1993).

Pro diagnostiku silových schopností dolních končetin byl použit izokinetický dynamometr Cybex Humac Norm (Stoughton, MA, USA). Bilaterální diagnostika byla realizována za využití širokého spektra vybraných úhlových rychlostí v izokinetickém režimu testování ($60^{\circ}/s^{-1}$, $120^{\circ}/s^{-1}$, $240^{\circ}/s^{-1}$), kde byly hodnoceny změny silových schopností extenzorů a flexorů kolene. Pro eliminaci zapojení nediodagnostikovaných svalových skupin byly použity fixační pásy dle doporučení výrobce. Před každou z diagnostikovaných úhlových rychlostí bylo provedeno pět zahřívacích pokusů s narůstající silovou intenzitou. První z těchto pěti opakování bylo familiarizační, s tím že každé další opakování bylo provedeno se vzrůstající intenzitou silového výkonu (vždy o 25%) až do maximálního silového výkonu (100%). Mezi zahřívacími opakováními a opakováními pro generování dat (ostrými pokusy) byla pauza 30 s. Uvedené hodnoty maximální síly se vztahují k nejvyššímu silovému projevu z pěti opakování jak pro flexi, tak extenzi. Mezi úhlovými rychlostmi byla stanovena pauza pro regeneraci po 120s. Odpočinek mezi diagnostikováním pravé a levé končetiny byl 300s. Testování proběhlo v rozsahu pohybu 90° . Výsledky testování jsou uváděny v N.m. Sběr dat proběhl jedním pracovníkem, testované osoby byly verbálně motivovány k dosažení maximální síly. Data obsahují gravitační korekci.

INTERVENČNÍ PROGRAM

8-týdenní intervenční cvičební program, probíhal v intenzitě 2x týdně 60 minut včetně deseti minutového rozehrání a deseti minutového závěrečného zklidnění a protažení.

1x týdně aerobní chodecký trénink s kontrolou srdeční frekvence: délka trvání 20 minut při 60% maximální srdeční frekvence. Po každých dvou týdnech došlo k navýšení intenzity i doby chůze (zvýšení o 5 minut doby chůze a 5 % z maximální srdeční frekvence) až na konečných 35 minut chůze při intenzitě na 75% maximální srdeční frekvence. Chodecký trénink probíhal vždy na outdoorovém 235m okruhu a uplynulá doba chůze byla vyhlášena každou minutu. Za účelem sledování srdeční frekvence byl využit systém Polar team, který umožňuje sledování více subjektů najednou. Pomocí online přenosu byly subjekty sledovány a jejich rychlost a tepová frekvence udržována na dané hladině, rovněž byly probandky odrazovány od chůze ve dvojicích.

1x týdně silový trénink: kruhový trénink, 6 cviků na předem stanovených posilovacích strojích. První 2 týdny probíhalo cvičení se 14 opakováními ve dvou sériích se zátěží ve výši 50% stanoveného 1RM. Hmotnost zátěže byla postupně po každých dvou týdnech navyšována o 10% predikovaného 1RM a snižován počet opakování až na konečných 8 opakování ve dvou sériích se zátěží ve výši 80% stanoveného 1RM.

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Získaná data byla zpracována pomocí softwaru Statistica 12, firmy Statsoft. K vyhodnocení výsledků byl využit T-test pro závislé proměnné. Hladina statistické významnosti byla definována na $p < 0,05\%$.

PODMÍNKY VÝZKUMU

Projekt byl realizován v rámci interního specifického výzkumu fakulty sportovní studií MU pod názvem: Efekt pohybové intervence na vybrané ukazatele mobility, tělesné zdatnosti a složení těla žen seniorek. (ROZV/20/FSPS/09/2015). Všem zúčastněným byl předán popis výzkumu, spolu s komplexním vysvětlením diagnostických metod. Studie byla schválena etickou komisí FSpS MU.

VÝSLEDKY A DISKUSE

1. POROVNÁNÍ UKAZATELŮ FYZICKÉ ZDATNOSTI A TĚLESNÉHO SLOŽENÍ PŘED A PO INTERVENCI

Výsledky měření potvrzují pozitivní vliv zvoleného intervenčního cvičebního programu, který se výrazně projevil v posuzovaných parametrech tělesné zdatnosti intervenční

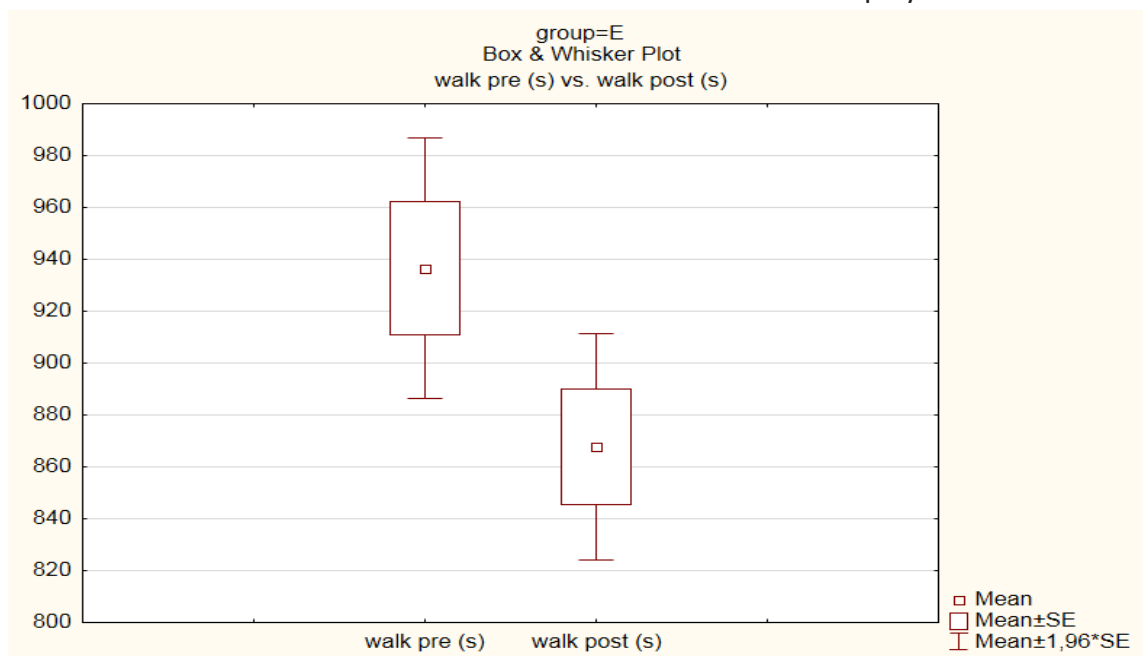
skupiny v souladu s našimi předpoklady. Můžeme konstatovat, že k statisticky významnému zlepšení a to na 1% hladině významnosti došlo v obou zvolených testech tělesné zdatnosti „chair stand test“ a „1 – mile walk test“. Naopak v rozporu s našimi předpoklady nedošlo k statisticky významné změně u žádného z vybraných parametrů tělesného složení před a po pohybové intervenci. U komparační skupiny žen se po 8 týdnech bez intervenčního cvičebního programu neobjevily statisticky významné změny v žádném z posuzovaných parametrů tělesného složení ani fyzické zdatnosti (tab. 1).

Tab. 1: Průměrné hodnoty vybraných parametrů tělesného složení a fyzické zdatnosti u intervenční a komparační skupiny žen před a po pohybové intervenci

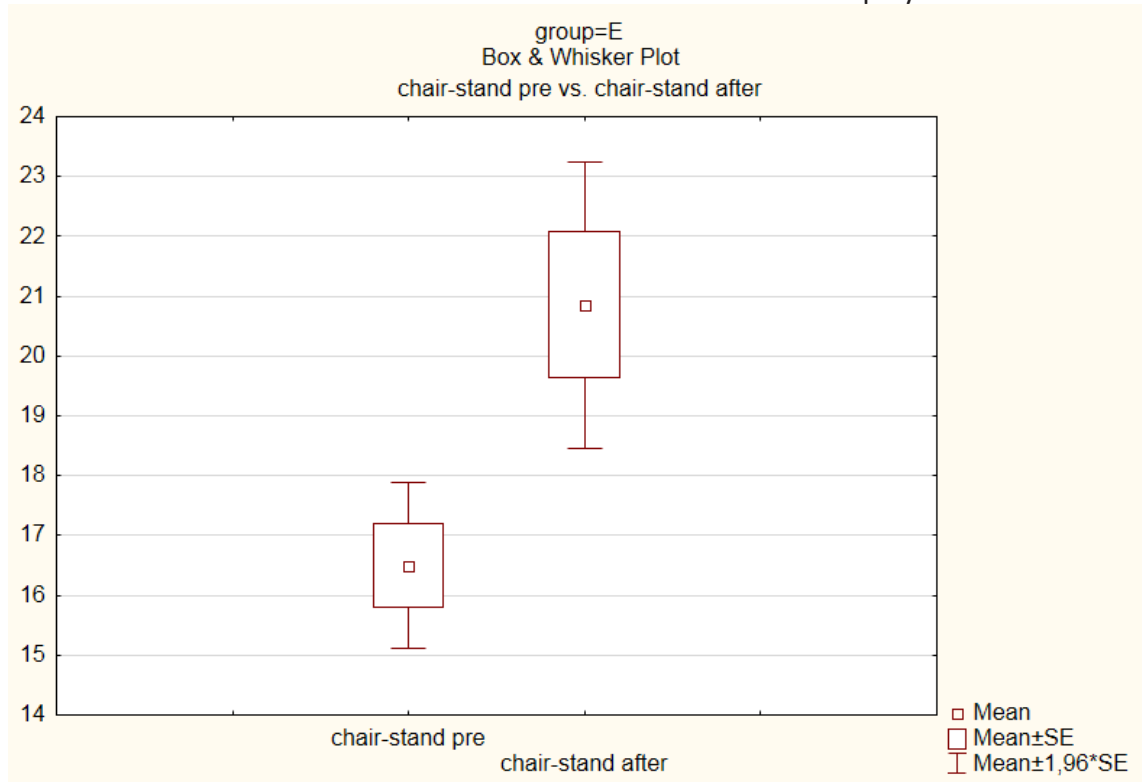
| | věk | výška | Váha (kg) před | Váha (kg) po | BMI před | BMI po | SMM (kg) před | SMM (kg) po | PBF (%) před | PBF (%) po | Sed vztyk před | Sed vztyk po | 1,6 míle před | 1,6 míle po |
|------------|-------|-------|----------------|--------------|----------|--------|---------------|-------------|--------------|------------|----------------|--------------|---------------|--------------|
| Int | 65,14 | 166 | 69,46 | 70,04 | 25,2 | 25,45 | 25,81 | 25,81 | 31,7 | 32,23 | 16,5 | 20,86 | 936,5 | 867,7 |
| | | | | | | | | | | | | * | | * |
| SD | 3,94 | 4,85 | 6,41 | 6,12 | 2,18 | 2,11 | 2,38 | 2,18 | 4,62 | 3,87 | 2,65 | 4,57 | 96,03 | 83,18 |
| Ko | 68,2 | 166,3 | 71,04 | 71,76 | 26,0 | 26,1 | 25,86 | 25,83 | 31,19 | 31,51 | 15,3 | 16,8 | 948,8 | 934,5 |
| SD | 5,14 | 6,43 | 16,49 | 16,80 | 6,60 | 6,76 | 2,83 | 2,42 | 9,17 | 9,38 | 4,90 | 4,89 | 60,04 | 78,36 |

Int – intervenční skupina, Ko – komparační skupina, SD – směrodatná odchylka, BMI – body mass index, SMM (kg) – množství kosterní svaloviny, PBF (%) – procentuální množství tuku
* p < 0,01

Obr 1: Grafické znázornění změn 1- mile walk testu u intervenční skupiny vlivem intervence



Obr 2: Grafické znázornění změn chair stand testu u intervenční skupiny vlivem intervence



Obrázek 1 ukazuje, že došlo k statisticky významnému poklesu průměrných hodnoty testu 1 - mile walk test u intervenční skupiny žen. Z průměrné hodnoty $936,5 \pm 96,03$ s (15:36,5 minut) před intervencí byl zaznamenán statisticky významný pokles na 1% hladině významnosti na hodnotu $867,7 \pm 83,18$ s (14:27,7 minut) po 8 - týdenní pohybové intervenci. Naměřené hodnoty u intervenční skupiny v chodeckém testu i před intervencí ukazují výrazně lepší výsledek v porovnání s ostatními studiemi stejně starých žen. Kramperová (2014) uvádí u žen nad 60 let průměrnou hodnotu tohoto testu 17 minut a Warren (1993) u 28 žen průměrného věku 73,5 let naměřil hodnotu 17,6 minut. Žádná z žen naší intervenční skupiny ve věku 60 – 75 let nedosáhla v chodeckém testu výkonu nad 19 minut (min 13:49,5 - max 18:12,2 minut), což by značilo nízkou úroveň aerobní zdatnosti.

Rovněž v druhém testu fyzické zdatnosti chair stand testu se prokázalo statisticky významné zlepšení na 1% hladině významnosti u intervenční skupiny žen. Průměrná hodnota před intervencí vzrostla z původních $16,5 \pm 2,65$ opakování na $20,86 \pm 4,57$ opakování po 8 týdnech pohybové intervence (obr. 2). Naše výsledky před intervencí se tak téměř shodují se studií Kramperové (2014), která uvádí u žen nad 60 let průměrnou hodnotu tohoto testu 16,7 vztyků. Naproti tomu Adamo (2015) uvádí u stejně starých žen průměrnou hodnotu chair stand testu pouze 12,8 vztyků. Pozitivní na našich výsledcích je, že pouze 2 ženy intervenční skupiny dosáhly před intervencí výkonu pod hranicí 15 opakování, což

může signalizovat budoucí ztrátu tělesné nezávislosti (Rikli a Jones, 2013). Po intervenci pak tuto kritickou hranici překročily všechny ženy dané skupiny.

Kramperová (2014) oba zmíněné motorické testy fyzické zdatnosti dává do souvislosti se subjektivním hodnocením fyzického zdraví seniorek, tzn. čím vyšší hodnota v testu sed - vztyk a čím nižší hodnota chodeckého testu, tím lepší je subjektivní hodnocení fyzického zdraví u daných osob.

U intervenční skupiny žen však nebyly zaznamenány signifikantní změny vlivem 8 týdenní intervence u žádného z vybraných parametrů tělesného složení (váha, BMI, SMM, PBF - tab. 1). Na základě našich výsledků tělesného složení z hlediska obezity můžeme konstatovat, že průměrná hodnota BMI žen intervenční skupiny před intervencí ($25,2 \pm 2,18 \text{ kg/m}^2$) i po intervenci ($25,5 \pm 2,11 \text{ kg/m}^2$) je těsně nad hranicí vymezující normální tělesnou hmotnost, tzn. v oblasti preobezity. Potěšující je zjištění, že žádná z žen této skupiny se před ani po intervenčním programu nenacházela dle hodnot BMI nad hranicí obezity (maximální hodnota $29,8 \text{ kg/m}^2$). Zoico (2004) ve své studii potvrdil, že vysoké hodnoty BMI ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$) jsou spojeny s větší pravděpodobností funkčního omezení v populaci starších žen. Tento předpoklad rovněž potvrzuje náš soubor pohybově aktivních seniorek, protože žádná z žen intervenční skupiny se nedostala nad tuto hranici. Pro porovnání v naší studii z roku 2012 (Hlavonova, 2012) mají české ženy věkové kategorie 60 – 69 let průměrné BMI $27,4 \text{ kg/m}^2$ a v kategorii nad 70 let $27,9 \text{ kg/m}^2$. Ve studii Kramperové (2014) má soubor 42 postmenopausálních žen nad 60 let průměrnou hodnotu BMI $27,7 \text{ kg/m}^2$.

Pro posouzení procentuálního množství tělesného tuku v tělesném složení zkoumaného vzorku probandek jsme použili kategorizaci dle Heyward a Wagner (2004) pro ženy nad 55 let. Průměrná hodnota PBF žen intervenční skupiny měla hodnotu $31,7 \pm 4,62 \%$ před intervencí, respektive $32,2 \pm 3,87 \%$ po intervenčním programu, což je oblast nadprůměrných hodnot tělesného tuku v těle pro danou věkovou kategorii žen. 5 žen této skupiny se před intervencí pohybovalo dle PBF dokonce v oblasti obezity, což je spojováno s možnými zdravotními komplikacemi, poklesem fyzických schopností a zvýšeným rizikem funkčního omezení. Visser (1998) pozoroval ve své studii silný pozitivní vztah mezi procenty tělesného tuku a funkčním omezením ve stáří. Nutno podotknout, že většina žen, které se dle hodnot PBF dostaly nad hranici obezity, se pohybují svými hodnotami těsně nad hranicí 35 %, která vymezuje oblast obezity pro tuto věkovou skupinu. Po intervenci byly nad touto hranicí již pouze 2 ženy. V naší starší studii (Hlavonova, 2012) jsme u českých žen věkové kategorie 60 – 69 let a nad 70 let zaznamenali hodnoty PBF 35,5%, respektive 37,9%. Dle autorů Zoico (2004) a Visser (1998) hraje tělesná hmotnost, body mass index a procento tělesného tuku důležitou roli při funkčním omezení a tělesným postižením u starších mužů a žen.

2. POROVNÁNÍ UKAZATELŮ SILOVÝCH SCHOPNOSTÍ DOLNÍCH KONČETIN PŘED A PO INTERVENCI

Efektivita výše popsaného intervenčního programu byla dále ověřena formou izokinetické dynamometrie. Izokinetickou dynamometrií byly sledovány změny silových schopností dolních končetin v souladu s cíleným zaměřením intervenčního programu. Výsledky statistického zpracování v tabulce 2 ukázaly, že ke staticky významnému zvýšení hodnot po intervenci došlo u intervenční skupiny zejména u flexorů kolenního kloubu při všech úhlových rychlostech ($60^\circ/s^{-1}$, $120^\circ/s^{-1}$, $240^\circ/s^{-1}$). U kontrolního souboru byly výsledky silových schopností dolních končetin před a po intervenci bez signifikantních změn (tab. 3).

Tab. 2: Průměrné hodnoty parametrů silových schopností dolních končetin na izokinetickém dynamometru pro intervenční skupinu před a po pohybové intervenci

| Int | 60 LF | 60 RF | 60 LE | 60 RE | 120 LF | 120 RF | 120 LE | 120 RE | 240 LF | 240 RF | 240 LE | 240 RE |
|-------------|---------|--------------|---------|---------|---------|--------------|---------|--------|--------------|--------------|---------|--------|
| Před | 48,69 | 48,46 | 101,77 | 107,62 | 37,69 | 38,15 | 80,38 | 87,46 | 22,69 | 25,08 | 51,31 | 59,77 |
| (SD) | (13,16) | (12,26) | (18,13) | (13,80) | (11,53) | (9,41) | (14,05) | (9,88) | (9,00) | (6,29) | (13,28) | (4,88) |
| Po | 50,38 | 52,92 | 101,62 | 108,85 | 39,77 | 42,69 | 82,92 | 89,00 | 25,85 | 27,92 | 55,77 | 60,62 |
| (SD) | (10,00) | (10,19) | (17,05) | (14,30) | (8,76) | (8,16) | (12,01) | (9,33) | (9,54) | (5,99) | (9,24) | (5,78) |

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Tab. 3: Průměrné hodnoty parametrů silových schopností dolních končetin na izokinetickém dynamometru pro komparační skupinu před a po pohybové intervenci

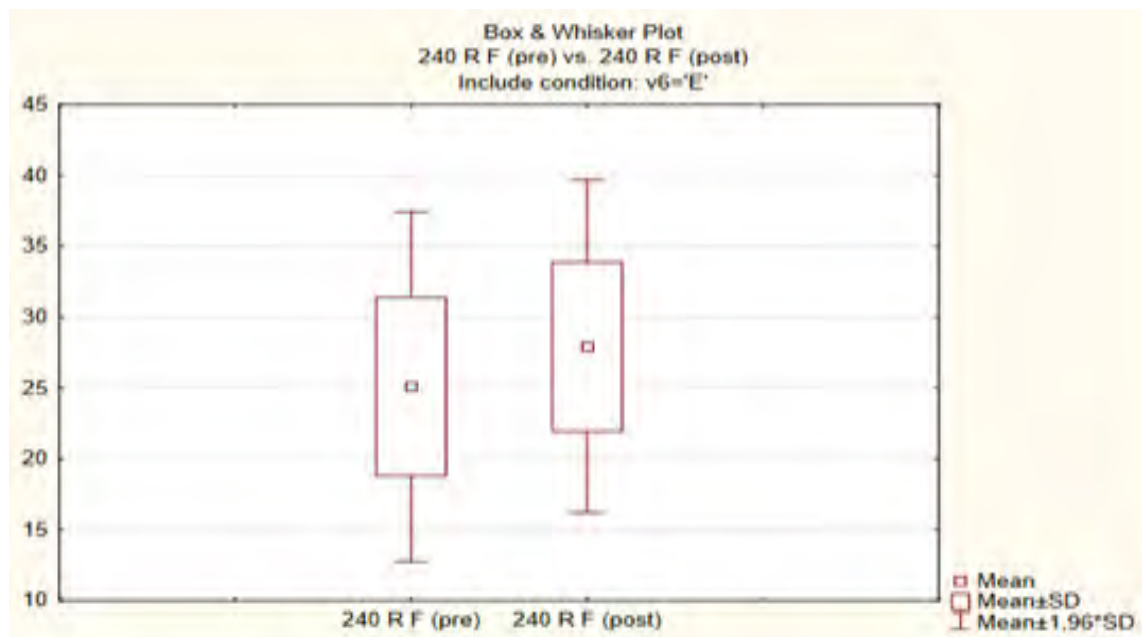
| Kom | 60 LF | 60 RF | 60 LE | 60 RE | 120 LF | 120 RF | 120 LE | 120RE | 240 LF | 240 RF | 240 LE | 240 RE |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|
| Před | 43,22 | 45,44 | 91,00 | 98,67 | 34,00 | 35,44 | 69,89 | 78,22 | 19,56 | 24,00 | 45,33 | 51,66 |
| (SD) | (14,45) | (14,35) | (23,66) | (21,53) | (10,06) | (9,04) | (15,70) | (18,47) | (6,56) | (6,22) | (10,37) | (13,02) |
| Po | 44,56 | 47,00 | 89,11 | 95,78 | 34,67 | 38,44 | 71,11 | 76,22 | 21,00 | 26,00 | 46,00 | 51,11 |
| (SD) | (8,60) | (8,93) | (20,00) | (15,84) | (7,00) | (9,08) | (14,25) | (12,07) | (6,65) | (5,92) | (12,43) | (10,28) |

60,120, 240 – úhlová rychlost $60^\circ/s^{-1}$, $120^\circ/s^{-1}$, $240^\circ/s^{-1}$

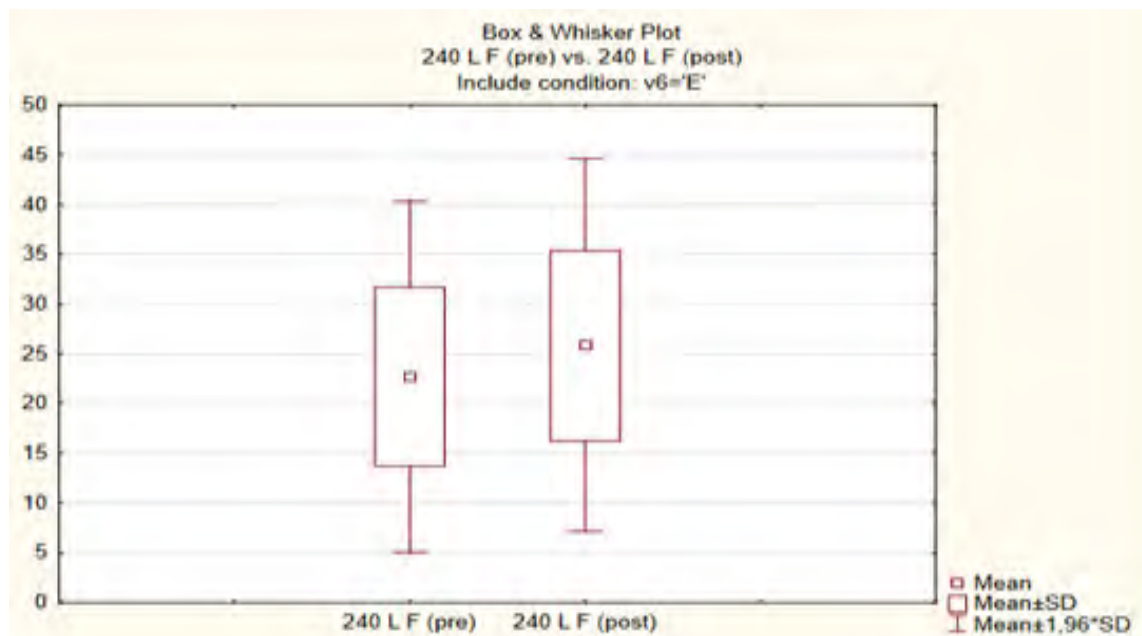
LF (RF) – flexory levé (pravé) dolní končetiny, LE (RE) – extenzory levé (pravé) dolní končetiny

Před (Po) – intervenčním programem, SD – směrodatná odchylka

Obr. 3: Grafické znázornění změn silových schopností pravé dolní končetiny (240RF) u intervenční skupiny vlivem intervence

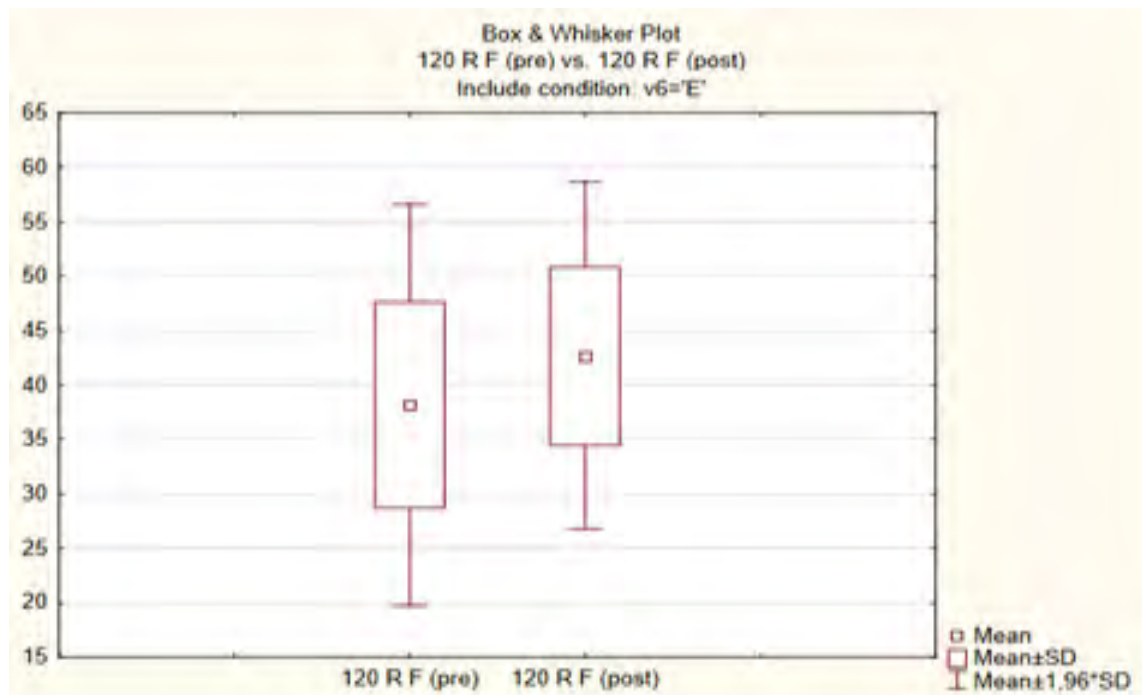


Obr. 4: Grafické znázornění změn silových schopností levé dolní končetiny (240LF) u intervenční skupiny vlivem intervence

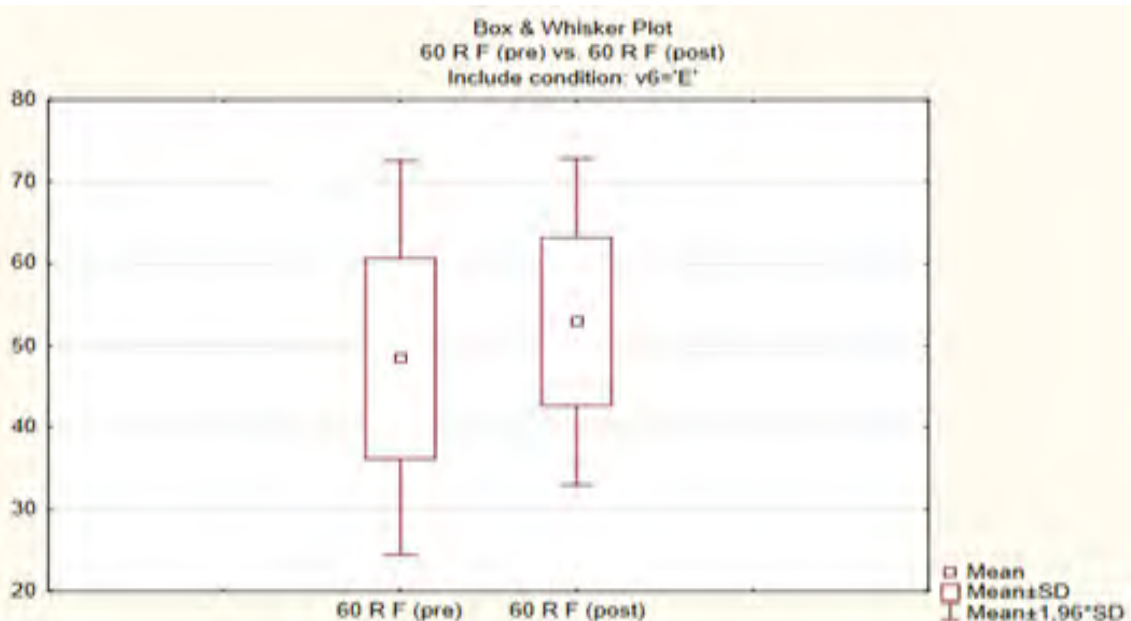


Na základě měření můžeme konstatovat signifikantní zlepšení intervenční skupiny žen u parametrů 240RF i 240LF, tzn. u flexorů pravé i levé dolní končetiny při úhlové rychlosti $240^{\circ}/s^{-1}$ (Tab. 2, Obr. 3 a 4). U pravé dolní končetiny došlo k statisticky významnému zvýšení hodnot na 5% hladině významnosti z $25,08 \pm 6,29$ N.m na $27,92 \pm 5,99$ N.m. U levé dolní končetiny se hodnoty statisticky významně zvýšily dokonce na 1% hladině významnosti z $22,69 \pm 9,00$ N.m na $25,85 \pm 9,54$ N.m. Toto signifikantní zvýšení poukazuje na nárůst explozivní složky síly obou dolních končetin intervenční skupiny žen.

Obr. 5: Grafické znázornění změn silových schopností pravé dolní končetiny (120RF) u intervenční skupiny vlivem intervence



Obr. 6: Grafické znázornění změn silových schopností pravé dolní končetiny (60RF) u intervenční skupiny vlivem intervence



Další zaznamenané změny byly u intervenční skupiny i v případě parametrů 120RF a 60RF pravé dolní končetiny. Po dokončení 8 týdenní intervenci jsme při úhlové rychlosti $120^\circ/s^{-1}$ zaznamenali signifikantní zvýšení u pravé dolní končetiny z $38,15 \pm 9,41$ N.m na $42,69 \pm 8,16$ N.m. Při úhlové rychlosti $60^\circ/s^{-1}$ došlo k statisticky významnému zvýšení u pravé dolní končetiny z původních hodnot $48,46 \pm 12,26$ N.m na $52,92 \pm 10,19$ N.m (Tab. 2, Obr. 5, 6). Můžeme tedy konstatovat, že zvolený intervenční cvičební program se významně projevil u silových schopností dominantní (pravé) dolní končetiny při všech úhlových rychlostech a u explozivní složky síly levé dolní končetiny při úhlové rychlosti $240^\circ/s^{-1}$. Což se shoduje se studií Frontera (1991), kde nejsou patrné signifikantní rozdíly mezi dominantní a nedominantní stranou, pouze výsledky dominantní strany jsou rovněž statisticky významné. U žen ve věku 65 - 78 let uvádějí autoři hodnoty izokinetické svalové síly kolenního kloubu dominantní nohy při flexi (60RF) 49 ± 10 N.m a 240 RF (29 ± 8 N.m), přičemž u žen našeho souboru jsme zaznamenali vyšší hodnoty těchto parametrů. Ve zmíněné studii Frontera (1991) byla absolutní izokinetická síla flexe svalových skupin kolenního kloubu starších žen o 15,5% nižší než u mladších věkových skupin stejného pohlaví, což souvisí s úbytkem svalové hmoty se zvyšujícím se věkem. Ztráta svalové kosterní hmoty je součástí procesu stárnutí a je zhoršována nečinností. Nicméně, existují důkazy, že starší dospělí osoby mohou zvýšit svalovou hmotu s výkonem. Můžeme tedy říci, že stupeň denní fyzické aktivity, například množství chůze, má nejen v seniorském věku vliv na množství svalové hmoty. Výzkum zkoumající vztah mezi chůzí a s věkem související svalovou atrofií dolních končetin u starších žen ukazuje, že nebyly zaznamenány významné rozdíly mezi skupinou žen seniorského věku vykonávající rychlou a pomalou

chůzi v tloušťce svalů dolních končetin. U kontrolní skupiny, však byla patrná svalová atrofie a to především u quadriceps femoris. Výsledky této studie naznačují, že starší lidé, kteří jsou schopni pohybu, bez ohledu na jejich rychlosti chůze, vykazují střední stupeň atrofie související s věkem, zatímco u těch, kteří nechodí, se objevuje závažnější atrofie, a to zejména u čtyřhlavého stehenního svalu (Ikezo, 2011). Sipilä (1996) ve své studii dodává, že u starších žen, jsou účinky fyzického vytrvalostního (chodeckého) tréninku na svalovou sílu a rychlost chůze obdobné jako působení silového tréninku. Pijnappels a kol. (2008) v pilotní studii dokazují, že nižší odporové cvičení zaměřené na dolní končetiny má potenciál také ke zlepšení rovnováhy. Pokud jde o prevenci pádu, autoři naznačují, že maximální síla předkopávání je důležitým cílem při provádění pohybových intervencí u starších osob k udržení jejich fyzické soběstačnosti. Pinto (2013) potvrdil, že i krátkodobý (6 týdnů trvající) silový tréninkový program byl účinný při zvyšování kvality svalů extenzorů kolen starších žen, což vedlo rovněž k příznivému zvýšení jejich funkční kapacity. Zmíněné výzkumy tak podtrhují správnost námi zvoleného intervenčního chodeckého a silového cvičebního programu a předložené výsledky.

ZÁVĚR

Získané hodnoty parametrů tělesného složení a výsledky vybraných motorických testů potvrzují předpoklady, že fyzicky aktivní osoby staršího věku budou vykazovat lepší výsledky základních ukazatelů obezity (BMI, PBF) i fyzické zdatnosti posouzené prostřednictvím testů síly dolních končetin a aerobní vytrvalosti v porovnání referenčními daty pro danou věkovou skupinu i v porovnání s pohybově neaktivními jedinci stejného věku. Testované subjekty pro tuto studii, byly fyzicky aktivními seniorkami. U žádné z nich nebyly diagnostikovány pohybové, kardiovaskulární nebo neuromuskulární problémy, proto můžeme konstatovat, že změny pohybového aparátu před intervencí byly způsobeny přibývajícím věkem, nikoli následky zdravotních omezení.

Data prezentována v této studii ukazují podstatné změny ve svalové síle dolních končetin u starších žen, které absolvovaly intervenční pohybový program. U skupiny cvičících seniorek byly zaznamenány pozitivní změny pohybového aparátu v síle dolních končetin a to především ve flexi kolenního kloubu a vytrvalostních schopností. Můžeme tedy konstatovat, že vlivem intervenčního programu došlo ke zlepšení mobility žen v pokročilém věku především v oblasti izokineticke síly dolních končetin a vytrvalostních schopností testované pomocí "1 mile testu". Následné statistické zpracování dat poskytlo ucelený obraz silových schopností dolních končetin a poskytlo významnou zpětnou vazbu aplikovaného intervenčního programu pro objektivní hodnocení silových schopností dolních končetin vybrané skupiny populace.

Vzhledem k získaným výstupním výsledkům musíme konstatovat, že zvolený intervenční cvičební program se statisticky významně projevil pouze na parametrech tělesné zdatnosti probandek a nikoliv na vybraných parametrech tělesného složení. K potvrzení

nebo vyvrácení zjištěných výsledků by bylo žádoucí provádět podobný program s větším souborem a vhodné by rovněž bylo dle našeho názoru doplnit anamnézu jednotlivých probandek o zjištění jejich výživových zvyklostí a pohybových aktivit před a v průběhu intervenčního cvičebního programu, které mohly významně ovlivnit konečné výsledky jejich tělesného složení.

I přes zmíněné nedostatky výsledky dokazují, že účast v pravidelných cvičebních programech způsobí výrazné zlepšení silových schopností a celkovou funkční schopnost seniorů. Vzhledem k tomu, že funkční schopnost je definována jako fyziologická kapacita k provádění běžné každodenní aktivity bezpečně, nezávisle a bez zbytečné únavy, je třeba vytvořit vhodné podmínky pro kvalitu a obsah aktivního života seniorů. Naším cílem by proto mělo být zachování kvality života tak dlouho, jak je to možné, což je ve stáří spojené s těmito atributy: být tak dlouho, jak jen to jde soběstačný a nezávislý, co nejdéle udržet funkční kondici a moci provádět všechny činnosti každodenního života. Jen k udržení nebo zlepšení kvality života v procesu stárnutí hraje důležitou roli vhodně zvolená a pravidelně prováděná fyzická aktivita. Kromě síly a vytrvalosti je potřeba rozvíjet i další potřebné cvičení a zaměřit se na vývoj balančních schopností a rychlostní reakce.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ADAMO, Diane E., Susan A. TALLEY a Allon GOLDBERG. Age and task differences in functional fitness in older women: comparisons with senior fitness test normative and criterion-referenced data. *Journal of Aging and Physical Activity* [online]. 2015, vol. 23, no. 1, s. 47-54. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1123/JAPA.2012-0317>
- [2] BUNC, Václav, Pavel HRÁSKÝ a Marie SKALSKÁ. Pohybové aktivity seniorů—benefity a problémy. In Hana ŠTĚPÁNKOVÁ, ed. *Sborník příspěvků z mezioborové konference o stárnutí 26. až 27. října 2012 v Praze* [online]. Praha: Psychiatrické centrum, 2013, s. 24-30 [vid. 13. 3. 2016]. ISBN 978-80-87142-20-2. Dostupné na: www.starnuti2012.cz
- [3] CYARTO, Elizabeth. V., Wendy J. BROWN, Alison L. MARSHALL a Steward G. TROST. Comparison of the effects of a home-based and group-based resistance training program on functional ability in older adults. *American Journal of Health Promotion* [online]. 2008, vol. 23, no. 1, s. 13-17. [vid. 13. 3. 2016]. Online ISSN 2168 - 6602. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4278/ajhp.07030120>
- [4] DE REKENEIRE, Nathalie, Marjolein VISSER, Rita PEILA, Michael C. NEVITT, Jane A. CAULEY, Frances A. TYLAVSKY, Eleanor M. SIMONSICK a Tamara B. HARRIS. Is a fall just a fall: correlates of falling in healthy older persons. The health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2003, vol. 51, no. 6, s. 841-846. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: DOI: 10.1046/j.1365-2389.2003.51267.x
- [5] DIBREZZO, Ro, Barbara B. SHADDEN, Blake H. RAYBON a Melissa POWERS. Exercise intervention designed to improve strength and dynamic balance among community-dwelling older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* [online]. 2005, vol. 13, no. 2, s. 198-209. [vid. 10. 4. 2016]. Online ISSN 1543-267X. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1123/japa.13.2.198>
- [6] FAHLMAN, Mariane, Amy MORGAN, Nancy McNEVIN, Robert TOPP a Debra BOARDLEY. Combination Training and Resistance Training as Effective Interventions to Improve Functioning in Elders. *Journal of Aging and Physical Activity* [online]. 2007, vol. 15, no. 2, s. 195 - 205. [vid. 10. 4. 2016]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1123/japa.15.2.195>
- [7] FRONTERA, Walter R., Virginia A. HUGHES, Karyn J. LUTZ a William J. EVANS. A cross-sectional study of muscle strength and mass in 45- to 78-yr-old men and women. *Journal of Applied Physiology* [online]. 1991, vol. 71, no. 2, s. 644-650. [vid. 20. 6. 2016]. Online ISSN: 1522-1601. Dostupné z: <http://jap.physiology.org/content/71/2/644>

- [8] GÁBA, Aleš, Jana PELCLOVÁ, Miroslava PŘIDALOVÁ, Jarmila RIEGEROVÁ, Iva DOSTÁLOVÁ a Lucie ENGELOVÁ. The evaluation of body composition in relation to physical activity in 56–7310 year old women: a pilot study. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*. Olomouc, Palacký University Olomouc, 2009, vol. 39, no. 3, s. 21-30. ISSN 2336 – 4912
- [9] GÁBA, Aleš, Miroslava PŘIDALOVÁ, Jana PELCLOVÁ, Jarmila RIEGEROVÁ, a Lenka TLUČÁKOVÁ. Analýza tělesného složení a pohybové aktivity u českých a slovenských žen. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca* [online]. 2010, vol. 19, no. 3, s. 152 – 159. [vid. 13. 3. 2017]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Ales_Gaba/publication/236342564_Analyza_t_e_lesneho_slozeni_a_pohybove_aktivity_u_ceskych_a_slovenskych_zen/links/00463518358f944a30000000.pdf
- [10] HEYWARD, Vivian H. a Dále R. Wagner. *Applied body composition assessment*. Second Edition. Human Kinetics, 2004. ISBN 0-7360-4630-5
- [11] HLAVOŇOVÁ, Dita, Jan CACEK, Pavel GRASGRUBER a Tomáš KALINA. Indicators of obesity in various age groups of the female population in the Czech Republic. *Gymnasium*, 2012, roč. 13, č. 2, s. 21-29. ISSN 1453-0201
- [12] IKEZOE, Tome, Natsuko MORI, Masatoshi NAKAMURA, a Noriaki ICHIHASHI. Atrophy of the lower limbs in elderly women: is it related to walking ability?. *European Journal of Applied Physiology* [online]. 2011, vol. 111, no. 6, s. 989-995. [vid. 10. 4. 2016]. Dostupné z: doi:10.1007/s00421-010-1728-8
- [13] JUBRIAS, Sharon A., Ib R. ODDERSON, Peter C. ESSELMAN a Kevin E. CONLEY. Decline in isokinetic force with age: muscle cross-sectional area and specific force. *European Journal of Physiology* [online]. 1997, vol. 434, no. 3, s. 246-253. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: DOI: 10.1007/s004240050392
- [14] KAMEL, Hosam. K., Diana MAAS a Edmund H. Duthie Jr. Role of Hormones in the Pathogenesis and Management of Sarcopenia. *Drugs & Aging* [online]. 2002, vol. 19, no. 11, s. 865-877. [vid. 13. 3. 2016]. Dostupné z: doi:10.2165/00002512-200219110-00004
- [15] KRAMPEROVÁ Veronika, Michal ŠTEFFL a Jan HELLER. Vztah úrovně tělesné způsobilosti a subjektivního vnímání kvality fyzického zdraví seniorek. *Česká kinantropologie*. Praha: Česká kinantropologická společnost, 2014, vol. 18, no. 4, s. 75–82. ISSN 1211 – 9261
- [16] PIJNAPPELS, Mirjam, J. C. E van der BURG, Neil D. REEVES a Jaap H. van DIEEN. Identification of elderly fallers by muscle strength measures. *European Journal of Applied Physiology* [online]. 2008, vol. 102, no. 5, s. 585-592. [vid. 20. 2. 2017]. Dostupné z: DOI: 10.1007/s00421-007-0613-6
- [17] PINTO, Ronei S., C. S. CORREA, R. RADAELLI, E. L. CADORE, L. E. BROWN a M. BOTTARO. Short-term strength training improves muscle quality and functional capacity of elderly women. *Age* [online]. 2013, vol. 36, no. 1, s. 365 – 372. [vid. 9. 6. 2017]. Dostupné z: DOI: 10.1007/s11357-013-9567-2

- [18] RADAELLI, Regis, C. E. BOTTON, E. N. WILHELM, M. BOTTARO, F. LACERDA, A. GAYA, K. MORAES, A. PERUZZOLO, L. E. BROWN a R. S. PINTO. Low-and high-volume strength training induces similar neuromuscular improvements in muscle quality in elderly women. *Experimental Gerontology* [online]. 2013, vol. 48, no. 8, s.710 – 716. [vid. 9. 6. 2017]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.exger.2013.04.003>
- [19] RIKLI, Roberta E. a C. Jessie JONES. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* [online]. 1999, vol. 7, no. 2, s. 129-161. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1123/japa.7.2.129>
- [20] RIKLI, Roberta E. a C. Jessie JONES. Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. *The Gerontologist*. [online]. 2013, vol. 53, no. 2, s. 255-267. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gns071>
- [21] RUBENSTEIN, Laurence Z., Karen R. JOSEPHSON, Peggy R. TRUEBLOOD, Steven LOY, Judith O. HARKER, Fern M. PIETRUSZKA a Alan S. ROBBINS. Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [online]. 2000, vol. 55A, no. 6, s. 317-321. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/55.6.M317>
- [22] SCHLICHT, Jeffrey, David N. CAMAIONE a Steven OWEN. Effect of intense strength training on standing balance, walking speed, and sit-to-stand performance in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [online]. 2001, vol. 56, no. 5, s. 281-286. [vid. 13. 3. 2016]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.5.M281>
- [23] SIMONS, Robert a Ross ANDEL. The Effects of Resistance Training and Walking on Functional Fitness in Advanced Old Age. *Journal of aging and health* [online]. 2006, vol. 18, no. 1, s. 91-105. [vid. 13. 3. 2016]. Dostupné z: doi.:10.1177/0898264305281102
- [24] SIPILA, Sarianna, J. MULTANEN, M. KALLINEN, P. ERA a H. SUOMINEN. Effects of strength and endurance training on isometric muscle strength and walking speed in elderly women. *Acta Physiologica Scandinavica* [online]. 1996, vol. 156, no. 4, s. 457-464. [vid. 20.2.2017]. Dostupné z: DOI: 10.1046/j.1365-201X.1996.461177000.x
- [25] TAKESHIMA, Nobuo, Nicole L. ROGERS, Michael E. ROGERS, Mohammod M. ISLAM, Daisuke KOIZUMI A UNGCHUL LEE. Functional fitness gain varies in older adults depending on exercise mode. *Medicine and science in sports and exercise* [online]. 2007, vol. 39, no. 11, s. 2036-2043. [vid. 10. 4. 2016]. Dostupné z: DOI: 10.1249/mss.0b013e31814844b7

- [26] TORAMAN, N. Fusun, Alparslan ERMAN a Evren AGYAR. Effects of multicomponent training on functional fitness in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* [online]. 2004, vol. 12, no. 4, s. 538-553. [vid. 20. 2. 2017]. Dostupné z: doi: 10.1123/japa.12.4.538
- [27] VISSER, M., T. B. HARRIS, J. LANGLOIS, M. T. HANNAN, R. ROUBENOFF, D. T. FELSON, P. W. F. WILSON a D. P. KIEL. Body fat and skeletal muscle mass in relation to physical disability in very old men and women of the Framingham heart study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [online]. 1998, vol. 53A, no. 3, s. 214 – 221. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/53A.3.M214>
- [28] WARREN, Beverly J., Nicole L. DOTSON, David C. NIEMAN a Diane E. BUTTERWORTH. Validation of a one-mile walk test in elderly women. *Journal of Aging and Physical Activity* [online]. 1993, vol. 1, no. 1, p. 13–21. [vid. 13. 3. 2016]. Dostupné z: doi: 10.1123/japa.1.1.13
- [29] ZOICO, E., V. Di FRANCESCO, J. M. GURALNIK, A. BARTOLANI, S. GUARIENTO, G. SERGI, O. BOSELLO a M. ZAMBONI. Physical disability and muscular strength in relation to obesity and different body composition indexes in a sample of healthy elderly women. *International Journal of Obesity* [online]. 2004, vol. 28, s. 234-241. [vid. 20. 6. 2016]. Dostupné z: doi:10.1038/sj.ijo.0802552

THE EFFECT OF INTERVENTION 8 - WEEK EXERCISE PROGRAM ON SELECTED PARAMETERS OF PHYSICAL FITNESS AND BODY COMPOSITION OF WOMEN IN SENIOR AGE

ABSTRACT

Research objective of the project was to demonstrate the positive significance of the applications selected intervention exercise program, physical fitness and body composition of women 60-76 years old. Input and output diagnostics fitness levels was performed using two motor tests („chair stand test“ and „1 mile walk test“), muscle force of the lower extremities were diagnosed by isokinetic dynamometry and input and output values of body composition were obtained by bioimpedance analysis on device InBody 720. All the mentioned tests we performed in the control (10 women) and experimental (14 women) groups of women over 60. The experimental group underwent interventional motion program, which ran for eight weeks in the intensity of two times a week and included a combination of strength and endurance training. The positive impact of the intervention exercise program significantly reflected in the assessed parameters of physical fitness experimental group. A statistically significant improvement was seen in both tests of physical fitness „chair stand test“ and „1 -

mile walk test.“ After the intervention we have seen also significant changes in the strength of the lower limbs. There was a significant increase in strength abilities particularly in flexors (dominant) right leg at an angular velocities (60°/ s-1, 120°/ s-1, 240°/ s-1) and at an angular velocity of 240°/ s-1 also flexors left leg. Expected changes in body composition in the experimental group of women were not confirmed. Statistical significance was defined as $p < 0.05\%$. This study highlights the need to perform regular physical activity in the context of aging, the risk of loss of functional mobility and independence in later age.

KEYWORDS:

aging, functional mobility, strength and endurance training

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Mgr. Dita Hlavoňová, Ph.D.
Masarykova univerzita
Fakulta sportovních studií
Katedra atletiky, plavání a sportů
v přírodě
Kamenice 753/5
Brno, 625 00
e-mail: hlavonova@sps.muni.cz

Mgr. Michaela Zhánělová
Masarykova univerzita
Fakulta sportovních studií
Katedra atletiky, plavání a sportů
v přírodě
Kamenice 753/5
Brno, 625 00
e-mail: 259613@mail.muni.cz

Mgr. Petra Janíčková
Masarykova univerzita
Fakulta sportovních studií
Katedra atletiky, plavání a sportů
v přírodě
Kamenice 753/5
Brno, 625 00
e-mail: 213797@mail.muni.cz

Ing. Tomáš Vodička
Masarykova univerzita
Fakulta sportovních studií
Laboratoř biomotoriky
Kamenice 753/5
Brno, 625 00
e-mail: tvodicka@fsps.muni.cz

STRETNUTIA RODINNÉHO KRUHU A ICH VYUŽITIE PRI PRÁCI S RODINOU OHROZENÉHO DIEŤAŤA

MONIKA MIKLOŠKOVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY

ABSTRAKT

V príspevku sa budeme zaoberať jednou z najúspešnejších konferenčných metód na riešenie situácie ohrozených detí, rizikových rodín a zasiahnutých komunit. Rodinné konferencie (na Slovensku používame názov Stretnutia rodinného kruhu) predstavujú nový prístup k riešeniu problémov v rodine a zabraňujú zneužitiu systému. Vychádzajú z princípov restoratívneho (obnovovacieho) práva, ktoré majú svoj nápravný preventívny potenciál pozitívne ovplyvňovať ľudské správanie, posilňovať pozitívnu osobnú identitu, motiváciu k zmene, ale aj iniciovať rodinnú a spoločenskú solidaritu a podporovať sociálne kompetencie mládeže a dospelých. Na rovnakých princípoch je postavený i konferenčný model restoratívnych konferencií využívaný v oblasti páchania trestnej činnosti mladistvými na riešenie problémového správania detí a mladistvých v komunite.

Model Stretnutí rodinného kruhu pracuje s veľkou rodinnou sieťou, školou a komunitou pri hľadaní riešení a plánovania pre zraniteľné deti a mladých ľudí v centre. Rodinné konferencie, tak ako ďalšie restoratívne praktiky ako preventívne a intervenčné programy v oblasti sociálnej ochrany, sociálnej starostlivosti a trestného súdnictva, od roku 1989 intenzívne prenikajú do všetkých krajín sveta po tom, čo praktické výsledky využitia modelu predložili presvedčivé dôkazy o tom, ako partnerský model spolupráce s rodinou a rodinou skupinou a komunitou (ako prirodzenou sociálnou sieťou ohrozenej rodiny) nesú neočakávaný potenciál pri odstraňovaní rizika pre sociálnu patológiu dieťaťa v rodine, ale aj prevenciu a riešenie negatívnych problémov rodiny, komunity, školy, a procesu výchovy a vzdelávania.

KLÍČOVÁ SLOVA:

stretnutie rodinného kruhu, restoratívne praktiky, posilnenie rodinného systému, komunita

ÚVOD

Výsledky longitudinálneho výskumu Ohrozená rodina, ktorým sa mapujú príčiny vyňatia detí z rodiny (Mikloško, 2014), doplnený zberom dát v roku 2016 (Úsmev ako dar, 2017) ako aj skúsenosti nás - terénnych sociálnych pracovníkov s ohrozenou rodinou, nám opakovane potvrdzujú skutočnosť neadekvátne vysokého zastúpenia detí v systéme náhradnej starostlivosti, ktoré by zo svojej biologickej rodiny nemuseli byť vyňaté, pokiaľ by bola rodine poskytnutá v správny čas dostatočná podpora. Hlboko poddimenzovaná sociálna práca s rodinou, akútny nedostatok terénnych sociálnych pracovníkov, a absencia podporných služieb pre rodinu, neumožňuje deťom v ohrození príležitosť pre napĺňanie svojich vývinových a vzťahových potrieb vo svojom prirodzenom prostredí. Jednou z ciest pre zosieťovanie a poskytnutie podpory ohrozenému dieťaťu a jeho rodine, môže byť aj implementácia modelu rodinných konferencií, ktoré sú na všetkých kontinentoch sveta známe ako Family Group Conferences. U nás na Slovensku pre tento konferenčný model práce používame názov Stretnutie rodinného kruhu (SRK).

VÝCHODISKÁ MODELU STRETNUTIE RODINNÉHO KRUGU (SRK)

Všetky rodiny majú z času na čas nejaké problémy, a niektoré pri ich riešení potrebujú pomoc zvonka. V tradičnej rodine dostal pomoc a podporu širokej rodiny pri naplnení svojej tradičnej role jej člen tak, aby sa zabezpečila starostlivosť a ochrana pre dieťa v rámci rodiny. Postupom času prebrala z tejto tradičnej úlohy rodiny mnoho spoločnosť a jej sociálny systém. Keď rolu ochrany dieťaťa prebrala úradná moc, mnohí členovia širšej rodiny sa buď rozhodli vzdať sa svojej tradičnej úlohy v prospech úradnej moci, alebo zistili, že boli z procesu napriek záujmu vylúčení. Narušenie rovnováhy a rozbitie rodinného systému má dlhodobé negatívne dôsledky aj pre nasledujúce generácie.

SRK je cesta ako spojiť rodinu a pre dieťa dôležitých ľudí, aby urobili potrebné rozhodnutia pre najlepší záujem dieťaťa a spoločnými silami vytvorili plán na ich uskutočnenie. Je to praktický nástroj vytvorenia živého partnerstva medzi rodičmi, rodinou, jej sociálnou sieťou a komunitou, v ktorej rodina žije tak, aby boli naplnené potreby dieťaťa. Rodina, vrátane detí, zostáva zodpovedná aj za tvrdé rozhodnutia. Tento inovačný prístup v sociálnej oblasti aktivizuje vlastné kapacity rodiny – zužitkováva zdroje rodiny a ich blízkych, čím sa zabezpečí, že poskytovaná pomoc vychádza z dobrého poznania problému a je odrazom skutočnej potreby a žiadosti klienta. (Pagée, 2016).

Proces prípravy a samotné Stretnutie rodinného kruhu aktivizuje, posilňuje a zužitkúva potenciál širokej rodiny, komunity a blízkych osôb dieťaťa, aby spoločne vytvorili bezpečnú podpornú a vzťahovú sieť pre ohrozené dieťa a jeho rodinu. Model SRK vychádza z tradičných hodnôt všetkých národov, a je v svojej prirodzenej podstate

a svojej jednoduchosti blízky každému z nás. Sila rodiny, rodinných väzieb, spoločnej histórie a vzájomných vzťahov je hodnota, a často opomenutý potenciál, ktorý môže byť katalyzátorom potrebných zmien v rozkolísanom rodinnom systéme. Priznáva nezjednateľnú hodnotu rodiny v živote dieťaťa, a rodinu rešpektuje ako živý systém, ktorého ťažkosti a zmeny, ako i ozdravenie a obnova, zasahujú každého jej člena. Prináša posolstvo významu posilnenia pozície prijímateľa pomoci a jeho vedomia vlastnej hodnoty. Má pôvod na Novom Zélande, je rozšírený na všetkých kontinentoch, z európskych krajín predovšetkým v Holandsku, Nemecku, Belgicku, severských krajinách, Veľkej Británii, Maďarsku, Ukrajine, Chorvátsku. Na Slovensku model Stretnutí rodinného kruhu od roku 2007 realizuje pri svojej práci s rodinou v ohrození Spoločnosť Úsmev ako dar, ktorá má vo svojich regionálnych centrách vyškolených 25 nezávislých koordinátorov SRK.

CIEĽ SRK

Cieľom SRK je za pomoci nezávislého koordinátora a špecifického postupu pri zachovaní charakteristických princípov tohto modelu, vytvoriť podmienky pre obnovenie vnútorných mechanizmov rodinného systému a iniciovať, aktivizovať a využiť jeho vnútorné sily v najlepšom záujme dieťaťa. Správnymi zručnosťami, dobrou individuálnou prípravou všetkých zúčastnených, vytvorením prostredia bezpečia a vzájomného rešpektovania, i potvrdením kompetentnosti a prirodzeného práva členov širokej rodiny byť zaangażovaný do procesu riešenia svojho problému, spája koordinátor SRK členov rodiny a jej sociálnej siete a pripravuje ich na to, aby spoločne hľadali riešenia zadaného problému dieťaťa, prijali zodpovedné rozhodnutia a vytvorili vlastný plán rodiny pre dieťa, s ktorým sú osobitne prepojení. Zámerom je teda rozšíriť kruh okolo ohrozenej rodiny, do jeho stredu postaviť dieťa so svojimi potrebami a vytvoriť okolo dieťaťa bezpečnú sieť z ľudí, ktorým na ňom záleží. Koordinátor SRK je mostom medzi systémom a rodinou, prináša a katalyzuje medzi nimi spoluprácu. (Pagée, 2006). Umožňuje spojenie a porozumenie medzi týmito odlišnými svetmi, medzi ktorými by sa inak mohlo stratiť dieťa a jeho šanca prežiť život, na aký má právo.

SRK sú užitočné kedykoľvek sa jedná o záležitosti dieťaťa a rodiny, v ktorých je potrebné prijať rozhodnutie. Zvyčajne sa využívajú, keď sa rozhoduje:

- kde bude dieťa žiť
- ako zabezpečiť dieťaťu bezpečné prostredie
- ako zabezpečiť lokálnu adresnú podporu pre rodinu, aby lepšie zvládala starostlivosť o deti
- ako predísť vylúčeniu dieťaťa zo školy, ako zabezpečiť podporu, prípadne pomôcť dieťaťu vrátiť sa so školského systému
- ako zabezpečiť adekvátne naplnenie potrieb dieťaťa

- ako pripraviť dieťa, jeho rodinu a školu a ďalšie sociálne prostredie pre návrat dieťaťa z ústavnej starostlivosti (reedukačný detský domov, diagnostické centrum, detský domov ..)
- ako pripraviť rodinu na návrat rodiča z výkonu trestu odňatia slobody
- aký spôsob kontaktu s biologickou rodinou a pôvodným prostredím je pre dieťa v zariadení vhodné
- ako zabezpečiť bezpečie a naplnenie základných potrieb pre rodinu. (Pagée, 2003)
- Model SRK sa tiež využíva v situáciách, ktoré sa týkajú domáceho násillia, rozšírenie kruhu môže byť pri zastavení násillia veľmi užitočné. Obavy z násillia počas konferencie sa ukázali neopodstatnené. SRK stojí pevne na princípoch restorative justice. (Pagée, 2003).

VÝHODY SRK

SRK sú takou formou riešenia problémových situácií v rodine, aká na Slovensku v súčasnosti nemá obdoby. Prináša so sebou riešenie niektorých problémových momentov, ktoré vznikajú pri realizácii opatrení sociálno-právnej ochrany v súčasnosti, napr.:

- berie sa do úvahy postoj a ponuka širokej rodiny, a iných dôležitých ľudí v živote dieťaťa a takisto samotného dieťaťa k otázkam jeho budúcnosti,
- aktivuje sa aj „skrytý - neviditeľný potenciál“ rodiny a jej sociálnej siete, čo pomôže vytvoriť priestor pre také opatrenia, aké by bez zvolania SRK neboli mohli vzniknúť,
- dáva možnosť vciťovať sa a pochopiť motívy konania druhej strany a posilňuje partnerstvo, tímovú spoluprácu a pozíciu klienta,
- dieťa nie je vystavené stresu z dôvodu, že nevie, čo sa s ním bude ďalej diať, pretože je samo prítomné a zapojené do otvorenej komunikácie a procesu riešenia rodinnej situácie,
- pri vyjadrovaní svojich pocitov môže každý kľúčový účastník SRK bezprostredne pociťovať oporu a podporu rodiny (aj širšej) a ďalších blízkych, s ktorými má vzťah, zároveň má k dispozícii v celom procese SRK určenú podpornú osobu. (Eigen Kracht, 2002).

Proces SRK sníma z pliec preťaženého sociálneho pracovníka ťarchu zodpovednosti za jednostranné závažné rozhodnutia. K rozhodnutiu dospeje tím na základe komplexných informácií a dobrého poznania situácie v rodine.

Iba málokedy môže v našich podmienkach sociálny pracovník prípadu rodiny venovať kontinuálnu pozornosť a komplexnú starostlivosť tak, aby poznal špecifické okolnosti rodiny a mohol využiť možnosti ďalších intervencií. Dôležité zdroje v rámci rodiny a sociálnej siete rodiny zostávajú mimo pozornosti profesionálov. Môže to viesť k zbytočným oneskoreným zásahom – keď už problém rodiny je tak vypuklý a ohrozujúci, že je nevyhnutný zásah

často v neskorej fáze problému, kedy smeruje zväčša k vyňatiam a umiestňovaniu detí, ktoré by pri včasnejšom naštartovaní spolupráce záchranej siete okolo dieťaťa a inom spôsobe práce mohli zostať v známom prostredí.

Mandát sociálneho systému chrániť dieťa už zväčša nepokračuje logicky očakávanou systematickou prácou s rodinou na jej stabilizácii a obnove. Sociálna práca s rodinou v dôsledku poddimenzovaných ľudských a ďalších zdrojov zostáva po uplatnení mandátu chrániť dieťa bez následného dôrazu na uplatnenie svojho ďalšieho mandátu – zachovať stálosť vzťahov a kontinuity života dieťaťa v jeho rodine. Spolupráca s rodinou po vyňatí dieťaťa je zväčša nedostatočná a deti sú často trvalo odlúčené od svojej širšej a často aj nukleárnej rodiny. Z výskumov a praxe v sociálnej sfére vieme, aké má tento fenomén dopady.

SRK predstavuje možnosť naštartovať pri práci s rodinou odlišný proces. Problém rodiny reálne naďalej zostáva problémom rodiny, široká rodina za podpory svojej sociálnej siete má možnosť vytvoriť svoj vlastný plán na jeho riešenie a využiť pritom svoje dostupné zdroje tak, aby dieťa mohlo zostať v jej strede, alebo v bezpečnom neprerušenom kontakte so svojimi blízkymi osobami.

SRK AKO PREVENCIA VYŇATIA DIEŤAŤA

Limitované možnosti sociálnej práce na Slovensku, neumožňujú realizovať riešenia, ktoré ponúka teória sociálnej práce s rodinou. Podľa longitudinálneho výskumu Ohrozená rodina v kontexte príčin vyňatia detí z rodín, ktorým Spoločnosť Úsmev ako dar, ako detašované pracovisko Trnavskej Univerzity, od roku 2006 analyzuje rizikové faktory umiestňovania detí do náhradnej starostlivosti, sa opakovane potvrdzuje skutočnosť, že 54 - 56% detí vynímaných zo slovenských rodín sú deti, ktoré by vôbec nemuseli byť vyňaté, alebo by mohli po veľmi krátkom čase preklenutia krízy vrátené do svojich rodín, pokiaľ by sa rodinám poskytla adekvátna pomoc a potrebná intervencia. (Mikloško, 2011, Mikloško, 2014). Tento fakt a jeho hlbšia analýza v kontexte výskumu, vypovedajú skôr o nerozvinutých životných a rodičovských zručnostiach rodičov vynímaných detí, ako o sociálnej patológii v rodine. (Mikloško, 2014).

Narastajúca kritická sociálno-ekonomická situácia rodín, ktorá odráža len špičku ľadovca ekonomickej situácie krajiny, bytovej a sociálnej politiky štátu, reflektuje súčasne hlboko poddimenzovaný a nekomplementárny systém sociálnej opory ľuďom nachádzajúcim sa v situácii ohrozenia. Enormne narastajú požiadavky a nároky na sociálnych pracovníkov a iných odborníkov v sociálnej práci s rodinami. Tí však permanentne a dlhodobo narážajú na časové, personálne, finančné, a ďalšie limity. Sociálny pracovník sociálno-právnej ochrany detí a mládeže na jednotlivých úradoch má vo svojej agende i 200-300 rodín, ktorým reálne ani pri najlepšej vôli nedokáže poskytnúť adekvátne služby. Nemá možnosť ponúknuť rodine potrebnú formu pomoci. Mnohé rodiny v náročných životných

situáciách s problémom, ktorý ich premohol, ostávajú veľakrát izolované, a nedokážu si už sami pomôcť, ani vyhľadať účinnú pomoc. „Prípady“ sa rieši až v akútnej fáze krízy, ktorá je už pre deti vážnym ohrozením. Absentuje prevencia a práca s rodinou v čase, kým je ešte aspoň čiastočne funkčná, aby sa adresne posilnila, podporila a ozdravila. Zorganizovanie SRK pre rodiny v ohrození, ktoré vstupujú do systému SPOD, je konkrétnym nástrojom včasnej intervencie a vytvára účinnú záchrannú sieť širšej sociálnej siete rodiny bez toho, aby bola zaťažená agenda pracovníkov SPOD. Eliminuje vydanie závažných opatrení SPOD v prípadoch, kedy nie je vyňatie z rodiny skutočne nevyhnutné.

SRK AKO PREVENCIA PRERUŠENIA RODINNÝCH VÄZIEB DIEŤAŤA

Význam rodiny v živote dieťaťa je neodškriepiteľný.

Výzvou a kľúčovou úlohou sociálnej práce s rodinou je posilnenie rodinného systému.

Vyňatie dieťaťa z rodiny kvôli náročným životným situáciám, v ktorých sa nachádzajú, a následné nariadenie ústavnej výchovy, znamená pre mnohé slovenské deti dlhodobé, niekedy trvalé prerušenie významných životných vzťahov a väzieb, stratu svojich vzťažných osôb a prerušenie životného kontinua. Výskum Sociálna práca v DeD (ÚaD, 2014) hovorí o tom, že 28% detí v DeD nemá žiadne kontakty so svojou rodinou, 38% detí má kontakty s rodinou, ale nepravidelné, a len 34% detí v DeD má kontakty so svojou rodinou na pravidelnej báze, z toho však len polovica v intenzite, ktorá by mohla zodpovedať emocionálnym potrebám dieťaťa cez dostatočne intenzívne kontakty so svojimi blízkymi.

Spôsob starostlivosti o deti v ústavnej starostlivosti síce naplňuje niektoré základné potreby detí, no nedokáže adekvátne zabezpečiť prostredie vhodné pre komplexný zdravý vývin dieťaťa.

Podľa štatistiky Ústredia PSVR SR z roku 2013, (www.mpsvrs.gov.sk) slovenské deti zostávajú v systéme ústavnej starostlivosti v priemere 4 roky. Až 10% detí odchádza z DeD až po dovŕšení dospelosti. Mnohé vzťahovo neukotvené, vykorenené deti, po niekoľkoročnom pobyte pri dovŕšení dospelosti opúšťajú detský domov s túžbou vrátiť sa medzi „svojich“ ľudí. Cez Stretnutie rodinného kruhu môžeme účinne znovunapájať deti na prerušené vzťahy so svojimi blízkymi, ešte lepšie - cez SRK môžeme pri deťoch vstupujúcich do systému zabezpečiť, aby k prerušeniu väzieb dieťaťa s jeho blízkymi osobami nedochádzalo.

VÝZNAM PARTNERSTVA A TÍMOVEJ SPOLUPRÁCE PRI OCHRANE DETÍ

Narastajúci počet rodín v ohrození a narastajúci počet detí v inštitúciách volá po zmene filozofie systému a hľadania nových zdrojov a riešení. Je nevyhnutné ťažisko práce a zároveň finančné toky sociálnej starostlivosti presmerovať do terénu a včasnej intervencie, riešiť príčiny problémov, mobilizovať vnútorné zdroje rodiny a jej prirodzenej širokej podpornej siete, doplniť a zosieťovať existujúce zdroje podpory a tímovou partnerskou spolupracou citlivo presunúť zodpovednosť za riešenie problémov naspäť na rodinu a jej komunitu, a tak budovať občiansku spoločnosť. SRK sú priamym naplnením týchto požiadaviek.

Stretnutia rodinného kruhu sú konkrétnou cestou partnerskej spolupráce a reálnym posilnením širokej rodiny, ako aj praktickým využitím potenciálu komunity v prospech ohrozených detí. Moc, ktorú rodine rozhodovací model SRK ponúka, je zdrojom posilnenia i motiváciou pre rodinný systém prevziať zodpovednosť za riešenia.

Deťom prospieva, ak sú vzťahy medzi kľúčovými dospelými pozitívne, ak sú vzťahy negatívne, deti trpia.

PROCES MODELU SRK

ÚLOHA KOORDINÁTORA – FACILITÁTORA SRK

Stretnutie rodinného kruhu pripravuje, organizuje a vedie špeciálne pripravený koordinátor/facilitátor. Je nezávislý a nie je zamestnancom, ani spolupracovníkom žiadnej inštitúcie, či organizácie, ktorá má moc a kompetencie rozhodovať, nariadiť, alebo poskytovať starostlivosť. Treba upozorniť na tento zásadný princíp, nevyhnutný k naplneniu filozofie modelu, už v prvých rokoch implementácie modelu sa objavujú prípady, kedy sú klienti – rodiny „predvolaní“ na „rodinnú konferenciu“ na pôdu úradu, či zariadenia na výkon opatrení, kde sa moderátorom cielene riadenej diskusie stáva zamestnanec danej inštitúcie, ktorý podľa vopred dohodnutých úloh plánu vyzýva členov rodiny prihlásiť sa k vykonaniu niektorej úlohy! Takéto spoločné stretnutie viacerých členov rodiny (nielen identifikovaného člena rodiny) je zaiste jedným z pozitívnych krokov v sociálnej práci, avšak nemá nič spoločné s modelom, ani posolstvom rodinných svojpomocných konferencií (Stretnutí rodinného kruhu), a teda nemôžeme vtedy ani očakávať také pozitívne výstupy, aké nám umožňuje dôsledné dodržiavanie modelu v jeho základných princípoch. Kľúčovým a podstatným prvkom je teda nezávislosť koordinátora procesu rodinných kruhov. Koordinátor nesmie byť nijako zaangažovaný na výstupoch zo SRK.

Koordinátor pripravuje a organizuje SRK. Rozširuje okruh účastníkov okolo dieťaťa na maximum a zodpovedá za dôkladnú prípravu každého účastníka. Čím viac zdrojov, tým lepšie. Úloha koordinátora je kľúčová i tam, kde sa jedná o poskytovanie informácií o SRK rodine, sociálnej sieti, referentom a sociálnym pracovníkom. Rola koordinátora je veľmi diskrétna, rešpektujúca intimitu a systém rodiny, výrazne sa však odlišuje od roly iných zainteresovaných a nenahraditeľných profesionálov zahrnutých do prípadu, napr. sociálneho pracovníka, alebo sociálneho poradcu. Je postavená na tvorivých zručnostiach, ale súčasne má postavené jasné hranice úloh, zodpovednosti a času. Dá sa povedať, že zručnosti zahrnuté v schopnosti umožniť druhým mať prístup k najkvalitnejším informáciám a najlepšej príležitosti urobiť dobré rozhodnutia vyžaduje ďaleko vyššiu úroveň zručností ako zručnosti nevyhnutné pre vykonávanie samotnej práce koordinátora. Samotnej SRK predchádza systematická príprava všetkých účastníkov rodinného kruhu, t.j. nukleárna rodina, široká rodina, priatelia, blízke osoby dieťaťa, učiteľ, vychovávateľ, sociálny pracovník úradu, zariadenia, poradca, psychológ, ktokoľvek, kto je do života dieťaťa zaangažovaný, a to podľa striktných princípov a filozofie SRK pod vedením špecificky pripraveného nezávislého koordinátora/facilitátora s osvedčením akreditovaného subjektu pre prípravu a vedenie SRK.

SRK výrazne závisí od dobre zvládnutej role koordinátora. Tak ako v iných oblastiach na poli sociálnej práce je samotný koordinátor hlavným nástrojom práce. Takýto prístup nevyhnutne požaduje dobrú prípravu, prístup koordinátorov ku kvalitnému tréningu, príležitosť integrovať naučené do praxe a mať podporu v procese prípravy, realizácie a hodnotenia uskutočnených SRK, aj pravidelnú supervíziu svojich prípadov. Jeho partnerom je navrhovateľ SRK, teda sociálny pracovník rodiny, sociálny pracovník detského domova, samosprávy, škola...

FÁZY PROCESU SRK:

A. Podnet na usporiadanie SRK zo strany navrhovateľa SRK (navrhovateľom môže byť sociálny pracovník úradu, samosprávy, zariadenia, MVO, ale podnet na zorganizovanie SRK môže dať ktokoľvek, kto vníma problém dieťaťa (škola, lekár, príbuzní, susedia, rodinné známi, inštitúcia náhradnej starostlivosti, miestna samospráva, komunitný pracovník, tréner,...)

B. Prípravná fáza - spolupráca navrhovateľa s koordinátorom SRK, príprava členov širokej rodiny a profesionálov zapojených do problému rodiny pre účasť na SRK. (Pokiaľ je rodina v systéme SPOD, kľúčovým účastníkom procesu je sociálny pracovník SPOD).

C. Samotné Stretnutie rodinného kruhu má tri časti:

1. Poskytovanie informácií – prípadový sociálny pracovník objasní riziká, ktoré dieťa ohrozujú, ak by sa ďalej situácia neriešila. Vysvetlí členom rodiny zákonné podmienky a minimálne požiadavky zo strany kolízneho opatrovníka, ktoré musia byť v pláne rodiny zohľadnené, aby dieťa nebolo v budúcnosti ohrozené. Rodinou prizvaní odborníci a profesionáli ako poskytovatelia služieb, ktoré by rodina mohla vo svojom pláne zužitkovať (učiteľ, odborník na špecifické služby – napr. liečebný pedagóg, špeciálny pedagóg, terapeut, odborník na závislosti, koordinátor svojpomocných, podporných skupín, lektor programu rozvoja rodičovských zručností, psychológ, atď.) objasnia problém dieťaťa zo svojej strany a spolu so zástupcom úradu ponúknu, ako môžu byť nápomocní pri riešení problému. Rodina v tejto fáze kladie prítomným profesionálom otázky a kedykoľvek sa môže zapojiť do diskusie.

2. Dôverný čas pre rodinu – Rodinná rada – rozhodovacie stretnutie širokej rodiny a ľudí blízkych dieťaťu bez účasti profesionálov, pri ktorom si široká rodina a jej sociálna sieť aj na základe poskytnutých informácií vytvára plán riešenia.

3. Odsúhlasenie plánu riešenia problému a uznanie jeho legitímnosti kompetentným sociálnym pracovníkom - rodina za pomoci - facilitátora SRK objasňuje jednotlivé body svojho plánu, sociálny pracovník potvrdí legitímnosť plánu a schvaľuje plán ako záväzný podklad pre ďalšie kroky procesu sanácie rodiny. Neakceptovanie plánu rodiny zo strany sociálneho pracovníka môže nastať len v prípade, že plán nie je pre dieťa bezpečný a nereflektuje minimálnu požiadavku vyplývajúcu z mandátu sociálneho pracovníka z hľadiska sociálno-právnej ochrany dieťaťa.

D. Realizácia plánu – široká rodina a jej blízke osoby a celá zosieťovaná podporná sieť realizujú vlastné naplánované úlohy, pričom využívajú procesom identifikované podporné služby a odbornú pomoc

E. Hodnotiaci proces – následne prebiehajú hodnotiace stretnutia rodinného kruhu, ktoré sú postavené na posilňovaní pozitívnych skúseností z úspešnej realizácie zvládnutých postupných krokov. Hodnotiace stretnutia rodiny podľa potreby, zvyčajne po 3, 6 mesiacoch a po 1,5 roku. (Ashley, C., Holton, L., Horan, H., Wiffin, J., 2006).

V prípade, že situácia v rodine a plán rodiny vyžaduje monitorovanie plnenia plánu, napr. ak je rodina v systéme sociálnoprávnej ochrany, dohodne rodina a sociálny pracovník SPOD na SRK presný spôsob monitorovania plnenia plánu a časový interval.

Jazyk používaný na stretnutí

SRK sa vedie v jazyku, ktorým hovorí rodina. V prípade, že referent, koordinátor a sociálni pracovníci nehovoria jazykom, ktorý používa rodina, musí byť nájdené riešenie.

Miesto konania SRK

Miesto konania SRK je determinované rodinou v spolupráci s koordinátorom.

Finančné zabezpečenie

SRK je financované referujúcou inštitúciou, alebo poskytovateľom SRK z projektových zdrojov

STRETNUTIA RODINNÉHO KRUHU AKO EFEKTÍVNY A JEDNODUCHÝ NÁSTROJ:

- získania autentického obrazu o rodinnom systéme
- efektívneho mapovania silných stránok a potrieb rodiny
- tímového plánovania pre dieťa a jeho rodinu (úrad, DeD, samospráva, odborné služby, široká rodina, komunita)

KEDY POUŽIŤ SRK?

Vždy...

- keď treba urobiť plán pre rodinu

Kedykoľvek...

- je potrebné zinicovať aktivitu

Zakaždým...

- keď je potrebné urobiť nejaké rozhodnutie (Pagée, 2006).

ČO HOVORIA VÝSLEDKY?

Výsledky výskumov našej partnerskej organizácie Eigen Kracht, ktorí uskutočnili vyše 10.000 SRK ukazujú, že 87,5 percenta rodín si prostredníctvom SRK dokázalo pripraviť a realizovať dobrý a bezpečný plán na vyriešenie problémovej situácie, pričom k jeho úspešnému naplneniu potrebovali v priemere len 20 % profesionálnej asistencie štátnych a neštátnych sociálnych služieb. 80% úloh dokázali pokryť svojim vlastnými silami a vytvorili stabilnú sieť podpory rodine v núdzi, zaistiť bezpečie dieťaťa a naštartovať uzdravujúci proces v rodinnom systéme. (Eigen-Kracht, 2016).

Na Slovensku sme doteraz pri svojej sociálnej práci s rodinou mohli zrealizovať Stretnutia rodinného kruhu pre 130 rodín. Naše výsledky zatiaľ i v tomto malom počte zhruba kopírujú výstupy našich skúsenejších kolegov z partnerských organizácií: 82% rodín, ktorým bolo Stretnutie rodinného kruhu ponúknuté zorganizovať, si dokázalo v procese SRK vytvoriť bezpečný a komplexný plán, ich plány riešenia boli kompetentným sociálnym

pracovníkom zodpovedným za vedenie prípadu rodiny potvrdené ako dobrá spoločná stratégia celého podporného tímu pri riešení aktuálnej situácie dieťaťa, od sociálneho systému potrebovali rodiny k realizácii plánu riešenia v priemere pomoc len v 37% plánovaných úloh, po 1,5 roku od uskutočnenia SRK bolo zrealizovaných v priemere 76 % úloh vyplývajúcich z rodinných plánov. Niektoré rodiny si väčšinu úloh dokážu samostatne prebrať na seba a svoju podpornú sieť, pre iné bola SRK príležitosť skutočne porozumieť súvislostiam problému, identifikovať svoje potreby a dať ich do súladu s požiadavkami sociálneho systému a ponukou svojich blízkych, či zaangažovaných profesionálov a dobrovoľníkov. Pre iné bol proces SRK predovšetkým prínosom v prelomení izolácie, v obnovení komunikácie so širšou rodinou, či komunitou, ktorá sa im tak mohla stať potrebnou oporou. (UaD, 2015).

V niektorých prípadoch (cca 18 %) je už rodinný systém tak narušený, a sociálna sieť rodiny paralyzovaná, že riešenie pre dieťa zostáva na iniciatíve samotného sociálneho pracovníka a jeho profesijného tímu, ktorý však už v ďalšej prípadovej práci s dieťaťom a jeho rodinou môže zužitkovať potenciál tých členov rodinnej siete, ktorí boli procesom prípravy SRK zo strany nezávislého koordinátora vyhľadani, a sú pripravení k individuálnej spolupráci aj napriek tomu, že samostatne ako rodinná sieť spoločne nedokázali zafungovať. (UaD, 2015). Tieto procesom SRK práčne vyhľadané širšie väzby a vzťahové osoby dieťaťa v ohrození, sú pre ďalšiu individuálnu prácu s dieťaťom mimoriadne dôležité, ako podpora pri individuálnej práci s dieťaťom - porozumení aktuálnym udalostiam v jeho živote, spracovávaní traumy z odlúčenia a straty blízkych osôb, pri zachovaní stálosti a kontinuity v živote dieťaťa i pri vytváraní zdravej osobnej a rodinnej identity a posilnení vedomia vlastnej hodnoty aj v následnej náhradnej starostlivosti.

Výsledky Stretnutí rodinného kruhu nám potvrdzujú ich význam a efektívnosť. Pri zachovaní a dôslednom dodržiavaní princípov modelu jeho proces katalyzuje uzdravovací proces rodiny a mobilizuje zdroje rodiny. Je to praktický nástroj vytvorenia živého partnerstva medzi rodičmi, rodinou, jej sociálnou sieťou, komunitou, v ktorej rodina žije, a profesionálmi zaangažovanými na riešení problémov rodiny tak, aby boli naplnené potreby dieťaťa v ich strede. Zorganizovanie stretnutia rodinného kruhu je veľmi účinná cesta ako spojiť širokú rodinu a iných dôležitých ľudí, aby urobili potrebné a zodpovedné rozhodnutia na základe komplexných informácií. Rodina, vrátane detí, zostáva zodpovedná aj za tvrdé rozhodnutia. Riešenia prijaté zvnútra rodiny môžu a ukazujú sa byť oveľa efektívnejšie ako v tradičnom postupe sociálnej práce. Blízke osoby dieťaťa už nezostávajú len nestrannými pozorovateľmi vývinu udalostí v ohrozenej rodine a následných realizovaných krokov úradnej moci v živote blízkeho dieťaťa. Svoj vzťah s dieťaťom môžu premeniť na niečo konkrétne a konštruktívne, čo ich mobilizuje a premieňa bezmocnosť na tvorivú moc hľadania riešení. Motiváciou je vzťah, spoločná história alebo príbuzenský vzťah, ktorý s ohrozeným dieťaťom majú.

Plán rodiny bol z uskutočnených SRK kompetentným sociálnym pracovníkom zodpovedným za vedenie prípadu rodiny, potvrdený ako dobrá spoločná stratégia celého podporného tímu pri riešení aktuálnej situácie dieťaťa v 96% prípadov, teda úspešnosť SRK môže vyhodnotiť ako 96%. Od sociálneho systému (konkrétneho sociálneho pracovníka, TSP, alebo iných profesionálov v systéme), potrebovali rodiny k realizácii svojho plánu riešenia v priemere pomoc len v 37% plánovaných úloh, po 3 mesiacoch od uskutočnenia SRK bolo zrealizovaných v priemere 76 % úloh vyplývajúcich z rodinných plánov. Niektoré rodiny si väčšinu úloh dokážu samostatne prebrať na seba a svoju podpornú sieť, pre iné bola SRK príležitosť skutočne porozumieť súvislostiam problému, identifikovať svoje potreby a dať ich do súladu s požiadavkami sociálneho systému a ponukou svojich blízkych, či zaangažovaných profesionálov a dobrovoľníkov. Pre iné bol proces SRK predovšetkým prínosom v prelomení izolácie, v obnovení komunikácie so širšou rodinou, či komunitou, ktorá sa im tak mohla stať potrebnou oporou.

Analýza 130 stretnutí rodinného kruhu, do ktorých bolo zapojených 26 Úradov práce, soc. vecí a rodiny a 21 detských domovov (UaD, 2015) hovorí:

- Približne 30% Stretnutí bolo úspešne realizovaných v rómskych rodinách.
- 82% rodín, ktorým bolo Stretnutie rodinného kruhu ponúknuté zorganizovať, sa dokázalo v procese SRK zmobilizovať a na svojom SRK vytvoriť bezpečný a komplexný plán. V niektorých prípadoch (18 %) bol už rodinný systém tak narušený, a sociálna sieť rodiny paralyzovaná, že pre danú chvíľu nebolo možné usporiadať SRK. Zosieťovanej časti rodiny bolo ponúknuté Stretnutie podporného kruhu (prípadová konferencia).
- Na 96% stretnutí si rodinná sieť vytvorila plán, ktorý bol akceptovaný ako záväzný plán riešenia situácie dieťaťa. 2% rodín spoločný plán na svojom SRK nevytvorili, v 2% prípadov sa pôvodne pripravované SRK nakoniec v priebehu stretnutia prebehlo ako prípadová konferencia - stretnutie podporného tímu rodiny, vzhľadom k závažnej zmene okolností v rodine neprišli niektorí členovia rodiny a prítomná časť rodiny vytvárala plán riešenia spoločne s prítomnými odborníkmi (netvorili plán počas súkromného času pre rodinu).
- V priemere sa jedného SRK zúčastnilo 12 účastníkov. Z toho v priemere 8 členov rodiny a 4 odborníkov, profesionálov z podpornej siete rodiny.
- Jeden plán obsahoval v priemere 7,47 úloh. Úlohy sa týkali predovšetkým skvalitnenia starostlivosti o dieťa, pomoci pri starostlivosti o deti, vyriešenia podmienok bývania, rozvoja rodičovských zručností, dodržiavania školskej dochádzky, nadviazania kontaktu dieťaťa odlúčeného od rodiny, možnosti návratu dieťaťa do rodiny.

KLÚČOVÉ PRVKY SRK

S pomínané prínosy modelu SRK môžeme však očakávať len pri zachovaní základných princípov a kľúčových prvkov modelu. Ohrozené dieťa sa dostáva v procese prípravy a realizácie Stretnutia rodinného kruhu do bezpečného širokého kruhu blízkych ľudí. Priestor na vyjadrenie a porozumenie potrebám a túžbam dieťaťa musí byť principiálne procesom SRK zabezpečený. Hlas dieťaťa, zabezpečenie podpornej osoby pre jeho účasť na SRK, dôkladná príprava, priebežné i následné ošetrovanie prežívania dieťaťa a kľúčových osôb v procese sú zásadnými prvkami modelu SRK. (Pagée, 2006).

Vyhľadanie, zosieťovanie, zapojenie a individuálna príprava čo najväčšieho počtu členov širokej rodiny a iných blízkych a podporných osôb, ale i všetkých zainteresovaných profesionálov, je pre výsledok procesu rozhodujúce. V procese prípravy a realizácie SRK je kľúčová rola nezávislého koordinátora, zachovanie princípu dobrovoľnosti a dôsledné vyhradenie dôverného, súkromného času pre rodinu počas samotného stretnutia, na ktorom členovia rodiny a dieťaťu blízke osoby zostavujú svoj plán. Koordinátor systematicky vyhľadáva a osobne pripravuje každého účastníka stretnutia, či z rodinnej siete, alebo zainteresovaných subjektov a inštitúcií. Zabezpečí, aby sa každý účastník Stretnutia cítil bezpečne a rešpektovaný. (Ashley, C., Holton, L., Horan, H., Wiffin, J., 2006).

Koordinátor SRK nie je nijakým spôsobom zaangažovaný na výsledku a výstupoch procesu. Jeho úloha je prepojiť, premostiť svet rodiny a svet systému. Dostať tieto dva svety do efektívnej komunikácie, spolupráce a vzťahu postavenom na vzájomnej úcte. V záujme dieťaťa hľadať porozumenie optike jeden druhého, a potvrdiť špecifickú rolu každého účastníka procesu, každého človeka v živote dieťaťa. Každý člen sociálnej siete dieťaťa sa musí v celom procese cítiť bezpečne, v plnej slobode a rešpekte voči svojim možnostiam i limitom. Dostať dostatok priestoru porozumieť faktom reálnej situácie a existujúcich ohrození pre blízke dieťa. Mať slobodu prijať zodpovedné rozhodnutie na základe relevantných informácií sám za seba.

Prípadový sociálny pracovník získava prácou nezávislého koordinátora – facilitátora SRK do svojho tímu 6-14 ľudí ochotných a schopných spolupodieľať sa na realizácii komplexného riešenia pre dieťa. (Pagée, 2016).

BEZPEČIE A PRÍNOS PRE KAŽDÉHO

Bezpečné, rešpektujúce a posilňujúce prostredie pre každého účastníka SRK (tak rodinu, ako profesionálov), pocit istoty a zabezpečenie, že hlas a názor, prežívanie dieťaťa bude rešpektované, sú nosnými princípmi modelu SRK, dieťa, ale aj iní členovia rodiny, majú takúto oporu zabezpečenú cez špeciálne pripravenú podpornú osobu, ktorá dáva zraniteľným členom rodinného systému istotu vyjadriť, čo potrebujú. Každé Stretnutie rodinného kruhu je úplne jedinečné, tak ako je jedinečná každá rodina.

Treba vnímať špecifiká a byť pružný v procese prípravy i počas samotného stretnutia. Koordinátori pracujú preto pod supervíziou, a pod metodickým vedením kontinuálne rozvíjajú svoje facilitačné a koordinátorské zručnosti.

Zorganizovanie Stretnutia rodinného kruhu sú v práci s rodinou v našej organizácii vždy voľbou číslo 1, nie vždy je táto cesta reálna a možná. Nič nie je univerzálne, ani Stretnutia rodinného kruhu nie sú všeliek, ktorý za pár týždňov zmení všetky rodinné problémy niekoľkých generácií. Je to ale dobrá a autentická cesta, ako začať. Nemáme na nej čo stratiť, vždy môžeme len získať. A ten, kto na tejto ceste získava vždy, je dieťa a jeho rodina, ale i každý profesionál otvorený vidieť svet dieťaťa a jeho blízkych v tej autentickej celistvosti, prijať túto realitu, a zodpovedne ju zakomponovať do svojej role a úloh v živote konkrétneho dieťaťa.

Cieľom implementácie Stretnutí rodinného kruhu je sprostredkovať rodinám možnosť vytvoriť si vlastný plán riešenia svojej zložitej situácie, prijať vlastné rozhodnutia a zosieťovať vlastnú podpornú sieť, ktorá im bude adekvátnou a dlhodobou podporou. Priamym účastníkom programu SRK (členom rodiny, členom širšej sociálnej siete – susedom, priateľom, členom farského spoločenstva, miestnej komunity, rodičom spolužiakov ohrozených detí, atď., ako aj participujúcim odborníkom a profesionálom – sociálnym pracovníkom, kolíznym opatrovníkom, zástupcom úradov, samosprávy, inštitúcii, kde deti vyrastajú, škôl, ktoré deti navštevujú...) tak chceme umožniť získať osobnú skúsenosť s týmto jedinečným modelom odlišného prístupu k rodine v ohrození, kde sa každý jeden člen jej sociálnej siete stáva súčasťou riešenia, a vytvára bezpečný kruh okolo dieťaťa. sprostredkovať im zážitok z prípravy, priebehu a dopadov ich vlastnej konferencie, ich vlastného Stretnutia rodinného kruhu.

Túto osobnú skúsenosť dobrej praxe môžu potom účastníci Stretnutí rodinného kruhu - z radov členov rodiny, i radov profesionálov - šíriť ďalej, ako svoje osobné poslanstvo sily rodinných väzieb a nezjednateľnej hodnoty rodiny v živote dieťaťa.

Na záver niekoľko citátov priamych účastníkov SRK:

„Je veľa možností ako prijímať rozhodnutia. Pre mňa je dôležitý proces, akým sa toto rozhodovanie deje. SRK bola veľmi odlišná od množstva stretnutí, ktorých som sa dovtedy zúčastnila. Široká rodina dostala zodpovednosť a moc ovplyvniť riešenie svojej situácie.“

„Veľký rozdiel nastal v mojom vzťahu s rodinou, videla som veľkú zmenu v sebahodnote mladého človeka, ktorého sa SRK dotýkala, rovnako som pozorovala, že i medzi členmi rodiny nastali veľké posuny v ich vnímaní sociálnych služieb.“

„SRK je najpozitívnejší progresívny prvok za 20 rokov mojej skúsenosti v sociálnej práci.“

„Sociálny pracovník už nie je jediný ponechaný na všetku prácu – a obavy? Tie patria k našej práci, tým sa nevyhneme.“

„Situácie v sociálno-právnej ochrane detí vedú často rodiny a aj profesionálov k zažívaniu pocitov, akými sú – chaos, zneistenie, oslabenie, často sme mimo “kontrolu” nad situáciou. Je to záležitosť dôvery – veľký skok v doterajšej praxi – požiadať obe strany, aby pracovali spoločne a dobrovoľne – v rámci SRK.. Je to často o navrátení dôvery a SRK to robia.“

„Ešte stále si spomínam na pocity, ktoré som mal, keď som čakal vo vedľajšej miestnosti, kedy ma po skončení svojho privátneho času rodina zavolá dnu. Vtedy som si uvedomil ako sa oni cítia, keď sú oni zavolaní do miestnosti, kde sedí skupina profesionálov - úradníkov. Ja som vtedy vnímal svoj profesionálny status a nebolo mi ľahko. (UaD, 2015).

Ďakujeme za dôveru spolupracujúcim inštitúciám i jednotlivcom, za odhodlanie umožniť zverenému dieťaťu stretnutie jeho rodinného kruhu, a za spoločnú skúsenosť so silou rodiny a jej podpornej siete, pri implementovaní modelu SRK. Uvítame i Vaše ctené námety a reflexie.

POUŽITÉ ZDROJE:

- [1] Ashley, C., Holton, L., Horan, H., Wiffin, J.: The Family Group Conference Toolkit. Family Rights Group 2006. ISBN: 1871515475
- [2] Eigen Kracht is the kern. Information voor organisations. (Folder) Voorhout: Eigen Kracht Centrale. Handboek voor conference coordinators (2002). Voorhout: OKS/WESP.
- [3] EigenKracht, Pagée, R. van: Transforming Care In: .Magazine of the EU Forum for restorative justice. 2016
- [4] Mikloško, J. (2011). Ohrozená rodina na Slovensku, analýza kontextu vyňatia detí z prirodzeného prostredia v rokoch 2006 až 2010. Bratislava.2011. 194 s. ISBN: 978-80-970879-0-6
- [5] Mikloško, J. (2014). Vývoj situácie ohrozených rodín na Slovensku v rokoch 2006 až 2013. Bratislava.2014. Spoločnosť Úsmev ako dar, Inštitút ochrany práv dieťaťa a rodiny, Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR, 236 s. ISBN: 978-80-970879-5-1
- [6] Pagée, R. van (2001). The Eigen-kracht conference. The shift van hulpverlening naar dienstverlening. In: The Netherlands Tijdschrift Child care 3, pagina's 154-162.
- [7] Pagée, R. van (redactie) (2003). Eigen Kracht. Family Group Conference in The Netherlands. Van model naar invoering. Amsterdam: SWP
- [8] Pagée, R. van (2016): Training for FGC coordinators, Bratislava, 2016
- [9] ÚaD, Spoločnosť Úsmev ako dar. (2014). Správa z výskumu Sociálna práca v detských domovoch, interný materiál Spoločnosti ÚaD a Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Bratislava. 2014
- [10] ÚaD, Spoločnosť Úsmev ako dar (2015).Výročné zhodnotenie uskutočnených SRK (interný materiál Spoločnosti UaD), 2015
- [11] ÚaD. Spoločnosť Úsmev ako dar (2017). Ohrozená rodina na Slovensku, analýza kontextu vyňatia detí z prirodzeného prostredia v rokoch 2006 až 2016. Interný materiál Spoločnosti pripravený k vydaniu. Bratislava.2017
- [12] www.mpsvrsr.gov.sk
- [13] www.usmev.sk

FAMILY GROUP CONFERENCES AND THEIR USE IN THE SOCIAL WORK WITH A FAMILY OF A THREATENED CHILD



ABSTRACT

The contribution will deal with one of the most successful conferencing methods of solving cases of the children at risk, needed families and harmed communities.

Family Group Conference works with a large family network, school and community in finding solutions and planning for vulnerable children and young people at the center. Its principles are classified into broad groups of restorative practices, which represent a new approach to solving all kind of problems and preventing negative influence of the abuse of the system. Based on the principles of restorative law having its corrective preventive nature potential to positively influence human behavior, reinforce positive personal identity, motivation to change, but also to initiate family and community solidarity and support social competencies of the youth and also involved adults. Restorative practices have begun to practice preventive programs for social protection, social

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Monika Miklošková, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Ústav sociálnych disciplín
Námestie 1. mája č. 1
811 01 Bratislava

metodik modelu SRK v Spoločnosti
priateľov detí z detských domovov
Úsmev ako dar
Ševčenkova 21
851 01 Bratislava
e-mail: mikloskova@usmev.sk

care and criminal justice, intensively penetrate since 1989 in all countries of the world after its practical results have submitted convincing evidence of how the conference partnership model of teamwork with the family, and family close groups and communities in carries unexpected potential in eliminating the risk to the child's social pathology in the family, but also the prevention and resolution of negative community, school, family and educational problems.

KEYWORDS:

stabilization of the family, institutional care, child's return from the children's home to the family



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 38 výtisků

Šéfredaktor: doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

Odpovědný redaktor čísla:

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

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. (Univerzita Karlova v Praze)

prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc. (Univerzita Palackého v Olomouci)

doc. RNDr. Helena Brožová, CSc. (Česká zemědělská univerzita v Praze)

doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc. (Vysoké učení technické v Brně)

Ing. Jiří Dušek, Ph.D. (Vysoká škola evropských a regionálních studií)

Ing. Veronika Hedija, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc. (Univerzita Karlova v Praze)

prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc. (Masarykova univerzita)

Mgr. Petr Chládek, Ph.D. (Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích)

prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D. (Univerzita Palackého v Olomouci)

prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Ján Pavlík (Vysoká škola ekonomická v Praze)

doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc. (Vysoká škola ekonomická v Praze)

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

prof. Ing. Jan Váchal, CSc. (Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích)

doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

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 2017

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682 (PRINT)

ISSN 2464-7551 (ONLINE)

Registrace **MK ČR E 19390**

RECENZENTI ČÍSLO 2/2017

Mgr. Veronika Baláková, PhD. (Univerzita Karlova)

doc. Ing. Iva Brabcová, PhD. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Mgr. Jana Číhalová (OA, SZŠ a SOŠS Jihlava)

PhDr. Petra Doucková (Nemocnice Jihlava)

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

doc. PaedDr. Emanuel Hurych, Ph.D. (Vysoká škola polytechnická Jihlava)

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD. (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave)

Mgr. Zdeňka Knechtová (Masarykova univerzita v Brně)

Mgr. Jaroslava Knížková (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod)

PhDr. Livia Kollárová, PhD. (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave)

PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D. (Masarykova univerzita)

Mgr. Andrea Letková (SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod)

Mgr. Kateřina Pokorná (Nemocnice Havlíčkův Brod)

PhDr. Jana Pružinská, PhD. (Univerzita Komenského v Bratislave)

PhDr. Monika Punová, Ph.D. (Masarykova univerzita v Brně)

Mgr. David Rezníčenko (Nemocnice Havlíčkův Brod)

Mgr. Jan Schuster, Ph.D. (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)