



Sociologie

Anotace předmětu:

Předmět je koncipován jako teoretický. Objasňuje základní sociologické pojmy, teorie a výzkum. Vede ke komplexnímu a všestrannému nazírání na jevy a procesy ve společnosti ve vztahu k medicíně a ošetřovatelství. Studenti se seznámí se základními kategoriemi sociologie, se sociologickými perspektivami zdraví a nemoci a jejich analýzou, získá poznatky a sociálních vztahů v rodině a profesní skupině, s metodami a technikami sociologického výzkumu a možnostmi jejich využití při studiu a v profesní praxi.

Garant předmětu:

Mgr. Andrea Goldírová

1 Sociologie jako vědní disciplína

Sociologie – z lat. societas = společnost + řec. logos = věda

Sociologie je společenská věda, která usiluje o podání celkového obrazu společnosti, její konstituce a fungování. Zabývá se studiem sociálního života jednotlivců, skupin a společnosti. Předmětem je člověk jako společenský tvor, vztahy mezi lidmi a procesy probíhající uvnitř společnosti.

Zvláštnosti sociologie

Souvisí především s tím, že sociologie pojednává o tom, co všichni známe, na co máme nějaký názor – tzv. zdravý rozum, obecný názor (common sense).

Sociologie je věda:

- teoretická a praktická
- obecná a aplikovaná

Teoretická věda – vytváří teorie o fungování společnosti.

Praktická (aplikovaná) věda - pomáhá v každodenním životě.

To je však dnes považováno za ne zcela vhodné.

Obecná - poskytuje obecný, teoretický základ, vysvětlení základních pojmů, stanoví předmět zkoumání, předpokládá metody zkoumání, zkoumá sociální procesy, sociální vazby, společenské pospolitosti.

Aplikovaná – zabývá se sociologií národů, etnik, mládeže, měst, venkova, rodin, médií a politiky.

Literatura:

BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BOUDON, R. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-24407-35-3.

HAVLÍK, R. *Úvod do sociologie*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0381-0.

KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 4. rozšířené vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-25-7.

SIEGRIST, J. *Medizinische Soziologie*. 6. neu bearb. und erw. Aufl. Munchen: Elsevier, Urban & Fischer, 2005. ISBN 34-374-1232-9.

URBAN, L. *Sociologie trochu jinak*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2493-5.

1.1 Věda a vědecké myšlení

Mezi základní charakteristiky vědeckého myšlení patří:

- demokratičnost, disciplinovanost, otevřenost k světu, sebekritičnost, ochota k sebekontrolě, systematicčnost, trpělivost a zvědavost.

Skutečnost je radikálně otevřená a to znamená, že logicky musí být i věda, která reflektuje skutečnost a zároveň má mysl a srdce člověka – vědce. Vědci by nemělo dělat problém přijmout fakt, že se neumí zmocnit všeho, všech tajemství. Proto pokora patří mezi základní charakterové vlastnosti člověka, který praktikuje vědu.

Vědecké myšlení se nespokojí s málem, povrchností a jednoduchostí. Po člověku vyžaduje, aby vnímal skutečnost jinak, aby bral do úvahy hloubku a kontext vědy. Vědec, který si přestane připouštět vlastní chyby, omyly a selhání přestává být vědcem. Stane se fanatikem s narcistními sklony. Z toho vyplývá, že sebekritika a sebereflexe patří mezi další charakterové vlastnosti odpovědného vědce.

Vědecké myšlení je myšlením **kontextuálním**, které se vyznačuje schopností a snahou dávat data do vzájemných vztahů a následnou změnou informace. Následně se tyto informace propojují do modelů, do poznatkových architektur – **teorií**.

A co dělá vědu vědou? Jsou to:

- specifický **předmět** (rozumí se tím, co přesně daná věda zkoumá, nikoli na kom se daná věc zkoumá)
- nezaměnitelná **terminologie** – pojmosloví
- vlastní **metody, teorie, techniky**
- **systematizace** poznatků

Věda je jednou z metod poznávání reality, bojuje s předsudky a stereotypy.

1.2 Předmět sociologie

Vymezení sociologie nelze obsáhnout jednou definicí.

Předmět sociologie zahrnuje: sociální strukturu (strukturní pojetí), sociální chování a jednání (behaviorismus), sociální vztahy a skupiny (formalistické pojetí), společenský systém, sociální změny a sociální interakci, socio-kulturní chování aj.

Sociologie je teoreticko empirická věda se dvěma základními funkcemi:

- **empirická funkce** - společenské jevy popisuje podle vlastních metodologických nástrojů
- **teoretická funkce** – jevy vysvětluje

Sociologie usiluje o komplexní nahlížení na společnost jako celek s cílem formulovat zobecnění, přitom se snaží o poznání jednotlivých jevů - Petrušek na tomto místě zdůrazňuje úlohu sociologie v zájmu o partikulární jevy a procesy, které nejsou součástí předmětu jiných společenských věd (např. fenomén prostituce, módy aj.).

Zároveň má sociologie tyto jevy zkoumat v širokých souvislostech, tj. ve vazbě na jiné sociální jevy (např. zkoumání ekonomických jevů v souvislosti s náboženstvím, morálkou, právem, ideologií...).

Sociologie je vědou **multiparadigmatickou**, která zkoumá a analyzuje společnost spolu s ostatními společenskými vědami.

V historickém vývoji sociologie převládala jednotlivá paradigmata. V současné sociologii existují dvě základní paradigmata:

- **objektivistické** - společnost je chápána jako soubor pevných struktur (norem, hodnot), jimž se jedinec přizpůsobuje.
- **interpretativní** - člověk je zasazen do pevných struktur, které různě interpretuje a podle toho jedná.

1.3 Struktura sociologie

Sociologii je možné strukturovat podle dvou hledisek členění:

- **vertikální členění** (podle úrovně obecnosti): podle toho, jak rozsáhlou skupinu jevů zkoumá:
 - a) empirický výzkum (jedná se o nejnižší úroveň): popisuje konkrétní jevy
 - b) teorie středního dosahu: pokus o vysvětlení určitých skupin podobných jevů (např. teorie malých skupin, rasových předsudků aj.)
 - c) obecné sociologické teorie: souhrn obecných tvrzení, které vypovídají o společnosti jako celku, o každé společnosti nebo o konkrétní společnosti v daném prostoru a čase.
- **horizontální členění** (podle obsahu): podle toho, jaké konkrétní jevy zkoumá, tj. konkrétní sociologické disciplíny.

Co se týče **vertikálního členění sociologie**, je možné mezi obecné sociologické teorie a teorie středního dosahu zařadit ještě obecnou sociologii s primární funkcí konceptualizace pojmosloví sociologie. Graficky znázorněno to bude vypadat takto:

- podle úrovně obecnosti:
 - a) empirický výzkum (fundamentální složka)
 - b) teorie středního dosahu (metodologie)
 - c) obecná sociologie (konceptualizace pojmosloví)
 - d) obecné sociologické teorie (pomyslný vrchol vědy)

Teorii středního dosahu zavedl do sociologie americký sociolog R.K. Merton ve čtyřicátých letech 20. stol. Merton se domníval, že nenastala doba pro vytváření velkých teorií v této vědní disciplíně a proto je nutno postupovat v menších krocích a formulovat teorie s omezeným dosahem. Dnes se používá termínu teorie středního dosahu pro označení dílčích kroků.

Horizontální členění sociologie se zabývá různými konkrétními aspekty sociální skutečnosti.

1.4 Sociologické disciplíny

Sociologické disciplíny můžeme rozdělit do pěti kategorií:

1. zkoumání bio-sociálních a geografických podmínek společenského života – vztahy, etnické skupiny, věkové skupiny, rasové skupiny
2. zkoumání sociálně ekonomické struktury společnosti – společenské třídy a vrstvy, povolání, sociologie volného času, rodin, zájmových skupin
3. zkoumání společenských, pracovních a technických podmínek výroby – sociologie průmyslu, práce, techniky, řízení
4. zkoumání forem společenského vědomí – sociologie kultury, veřejného mínění, práva, výchovy a vzdělávání, vědy, náboženství, jazyka
5. zkoumání společenských institucí – sociologie státu, politiky, armády, zdravotnictví

Členění sociologie na aplikované disciplíny

Zkoumání sociálních forem životního prostředí	sociologie lidských sídel (sociologie měst, venkova, sociologie obyvatelstva)
	sociologie ekologie
	sociologie zdraví a nemoci
Zkoumání sociálně-ekonomické struktury obyvatelstva	sociologie společenských tříd
	sociologie společenských vrstev
	sociologie spotřeby a životní úrovně
	sociologie povolání
Zkoumání společenských, pracovních a technických podmínek výroby	sociologie průmyslu
	sociologie zemědělství
	sociologie reklamy
	sociologie práce
	sociologie techniky
	sociologie podniku
	sociologie řízení
Zkoumání společenského života a různých forem společenského vědomí	sociologie války
	sociologie politiky
	sociologie deviantního chování
	sociologie sportu
	sociologie volného času
	sociologie umění
	sociologie výchovy a vzdělání
	sociologie jazyka
	sociologie veřejného mínění
	sociologie médií a masové komunikace
Zkoumání sociálních forem skupin	sociologie pohlaví
	sociologie rodiny
	sociologie etnických a rasových skupin
	sociologie věkových skupin
Zkoumání sociálních institucí	sociologie vědy
	sociologie státu a práva
	sociologie organizace a byrokracie
	sociologie kultury
	sociologie náboženství
	sociologie zdravotnictví

1.5 Funkce sociologie

Sociologie plní určité základní sociální funkce. Funkcemi sociologie se rozumí poznávání sociální reality a na základě poznání možnost zasahovat do sociální reality.

Podle toho se rozlišuje:

1. funkce kognitivní (poznávací): pro sociologii je to základní funkce. Vlastní smysl sociologie je v poznávání skutečnosti, v popisu a výkladu.

Tuto funkci lze ještě dále dělit na

→ deskriptivní (popisnou) a

→ explanační (teoretickou, výkladovou)

2. funkce praktická (sociotechnická): podle této funkce, sociální poznání má umožnit nějakým způsobem zasahovat do sociální reality a regulovat ji.

3. funkce ideologická: tou se rozumí vědomé vyjadřování určitého skupinového zájmu. Lze rozlišovat různé sociologie, např. konzervativně, liberálně, autoritativně či levicově orientovanou

4. funkce hodnotící: je velmi sporná, mezi sociology dodnes neexistuje konsensus, zda by sociologie měla být vědou hodnotící a zda ji tedy mezi funkce sociologie řadit.

1.5.1 Sociální funkce a funkcionální analýza

Sociální funkce se mohou považovat za jakousi analogii lidských potřeb člověka, neboť k tomu, abychom přežili, musíme uspokojit určité potřeby, tak i ve společnosti musí docházet k realizaci určitých činností, které jsou nezbytné pro existenci, fungování a vývoj společnosti, a právě takové činnosti označujeme za funkce. Stejně tak jako každé lidské potřebě odpovídá určitý způsob jejího uspokojování, odpovídá ve společnosti každé funkci odpovídající instituce. Sociologický význam pojmu funkce se ustálil až v polovině 20. století a měl různé významy, byl velmi používán funkcionalismem (např. R. Linton, J. Herkovits a R.K. Merton). Pojem funkce do sociologie vnesl **H. Spencer**, v rámci svých úvah o analogii mezi organismem a společností (speciální orgány vykonávají specifické funkce ve vztahu k celému organismu). **E. Durkheim** říká, že při analýze kteréhokoli sociálního faktu máme k dispozici pouze dvě možnosti, totiž genetickou analýzu, tj. pokus o odpověď na otázku, jak daný jev vznikl, a určení příčin, které jej způsobují, nebo analýzu funkcionální, tj. pokus o odpověď na otázku, jaký účel ve společnosti plní, k jakému účelu slouží.

Funkcionální analýza je specifická metoda popisu a vysvětlení sociálních jevů používaná především v sociologii a antropologii. Její základy položili Bronislav Malinowski spolu s Alfredem R. Radcliffem-Brownem. Princip funkcionální analýzy spočívá v tom, hledat funkci, jakou v daném sociálním systému (společenství) plní určité kulturní elementy, zejména instituce (podle Malinowského tedy jako soubory pravidel, norem a rolí sloužících k uspokojení přímo biologické potřeby).

K pochopení určité instituce tedy stačilo nalézt odpovídající funkci, v tomto případě tedy potřebu, kterou daná instituce uspokojuje (lidská společenství vytvářejí pouze nezbytné instituce a každé potřebě odpovídá daná instituce).

Když instituce jednou vznikla, je situována do určitých souvislostí, plní určité funkce, a v těchto souvislostech má tedy význam. Funkcionální metoda analýzy sociálních systémů je metoda velice užitečná a plodná.

V rozvoji této metody později došlo k objevu, že tatáž instituce může plnit různé funkce (funkcionální alternativy) a tatáž funkce může být realizována odlišnými institucemi

(institucionální alternativy). Jako příklad použijeme instituci rodiny, u ní můžeme poukázat na funkci biologicko-reprodukční, ekonomickou, socializační. Rodina je tedy polyfunkční instituce, která plní více než jednu funkci. Tyto funkce jsou hierarchizovány podle sociální a kulturní podmíněnosti. Pokud tedy rodina alespoň přiměřeně plní všechny uvedené funkce, může se považovat za plnohodnotnou instituci. Za určitých podmínek však může některé funkce suplovat jiná společenská instituce (např. socializační funkci částečně přebírají výchovná zařízení).

Ke každé funkci tedy, podle analýzy funkce, můžeme přiřadit instituce, základní role, obvyklé fyzikální prostředí, v němž je realizována, symbolické znaky, které ji reprezentují, k úplnému modelu by bylo potřeba ještě dodat základní prostředky a podstatné normy:

Funkce	Instituce	základní role	obvyklé fyzikální prostředí	symbolické znaky
plození a výchova dětí	rodina	otec, matka, děti	domácnost	prsten, svatba
vzdělání	školní soustava	učitel, žáci	školní třída	tabule, sova
obrana státu	armáda	důstojník, voják	kasárna, cvičiště	uniforma, odznak

1.5.2 Robert K. Merton a jeho pojetí funkce

Nejvýznamněji k pojetí funkce v sociologické teorii přispěl americký sociolog **Robert K. Merton** (1910), který tomuto problému věnoval jednu kapitolu své knihy **Social Theory and Social Structure** (1957). Nejprve přistoupil k analýze různých významů pojmu funkce na všech jazykových úrovních (např. formální pozice, úřad, poslání, v angl. dokonce veřejná slavnost) a poté navrhl definovat funkci jako důsledek, který určitá aktivita, proces nebo existence nějakého sociálního či kulturního faktu má pro celek sociální struktury. Funkce je tedy jednoznačně definována především jako důsledek činnosti.

Merton navrhl základní rozlišení na **funkce manifestní**, ty které odpovídají původnímu záměru aktéra, a na **funkce latentní**, které nejsou s těmito záměry v souladu. Také si povšiml, že důsledky určitých aktivit nemusejí být pro systém vždycky pozitivní, navrhl proto rozlišení **eufunkce a dysfunkce** pro odlišení důsledků dané aktivity pro celek.

Eufunkce

Eufunkce je pozitivní důsledek určitých lidských činností, existence určitých sociálních faktů nebo působení určitých institucí či skupin pro celek daného sociálního systému nebo jeho sociální strukturu. Tento pojem byl zaveden do sociologické terminologie **Robertem K. Mertonem**, aby se předcházelo jednoznačné interpretaci pojmu funkce jako pozitivního důsledku lidských aktivit.

Dysfunkce

Pojem dysfunkce byl zaveden R.K. Mertonem jako označení negativních důsledků vědomých lidských činností pro určitý sociální systém a jeho sociální strukturu. Tyto negativní důsledky mohou mít charakter jak záměrný, tak nevědomý. Merton a další autoři poukázali na to, že většina sociálních činností a institucí má dysfunkční důsledky, které jsou většinou ovšem nezamýšlené.

Určité části systému mohou být v eufunkčním vztahu k jedné skupině subsystémů a v

dysfunkčním vztahu k jiné nebo se také jejich vztah může měnit v průběhu času.

Funkce latentní

Funkce latentní se dá definovat jako nezamýšlený, neočekávaný a proto nepředvídaný a často nepředvídatelný důsledek určitých vědomých lidských činností. Nezamýšleného důsledku a jeho fenoménu se dotýká filozofie *Aristotela*, objevuje se i ve středověké filozofii, v zajímavé ekologické souvislosti u *Engelse*, v *Durkheimově* sociologii atd. Do vědecké sociologické terminologie jej zavedl až **Robert K. Merton**. Lidé podle tzv. „zdravého rozumu“ kupují věci proto, aby uspokojili určité potřeby, a kupují drahé věci proto, aby získali nejkvalitnější zboží, tedy, aby uspokojili svou potřebu nejlépe. Ve skutečnosti, jak doložil **Veblen**, lidé kupují drahé věci nikoliv proto, že jsou lepší, ale právě proto, že jsou drahé, neboť tím demonstrují svůj sociální status, aniž si však nutně tuto souvislost uvědomují.

Funkce manifestní

Funkce manifestní je zamýšleným, vědomým, případně veřejně prezentovaným předpokládaným důsledkem určitého lidského jednání. R.K. Merton tento pojem zavedl, aby bylo možno odložit záměrnou a nezáměrnou složku efektů lidských rozhodnutí, motivací, ale především činností. Funkce manifestní jsou zamýšlené důsledky těch činností, které si daná instituce, organizace, skupina či jedinec předsevzala vykonávat. Analýza manifestních funkcí je velice důležitá při zkoumání institucí a organizací, protože umožňuje zjistit rozpory mezi proklamovanými, skrytými a utajovanými cíli.

1.6 Vztah sociologie k ostatním společenským vědám

Než si vysvětlíme vztahy sociologie vs. společenské vědy, definujme si vědu, resp. společenskou vědu.

Věda je obvykle charakterizována jako propojení tří systémů: vědění, činností a institucí, které jsou svázány metodou v určitém systému. Vědu charakterizujeme jako sociální systém orientovaný na tvorbu vědění, sledující jak růst vědění a logiku výzkumu, tak i výzkumné cíle a záměr tvorby. Vědou se uskutečňuje základní lidská potřeba uspořádanosti rozdílné a mnohostranné skutečnosti. Věda se realizuje ve vzájemně propojených činnostech, jejichž cílem je popsat a vysvětlit řád jevů a fenoménů, jejich všeobecné rysy a zákonité vztahy.

Společenskými vědami (sociálními, z lat. socialis = družný) rozumíme moderní označení pro souhrn věd o člověku a společnosti. V rámci anglosaské tradice se rozlišují:

1. Vědy humanitní, patří sem dějiny, filozofie a klasická filologie,
2. vědy sociální, k nimž patří především ekonomie, sociologie, demografie
3. souhrn věd přírodních

Rozdíl mezi humanitními a sociálními vědami je dán mírou kvantifikace, která je v sociálních vědách vyšší než v humanitních a stupněm využívání výzkumných metod, zejména – experimentu a standardizovaného pozorování.

Vztah sociologie k ostatním vědám nebyl v historii stálý a každá koncepce tohoto vztahu akcentovala jiné postavení sociologie v rámci celé klasifikace věd.

Otázka vztahu sociologie k jiným vědám má dva úhly pohledu.

1. pohled obecný, jaký je vztah sociologie k ostatním vědám a jaká je podstata poznatků, metod a teorií
2. pohled na konkrétní ovlivnění sociologických přístupů v průběhu vývoje až po současnost.

Při respektování prvního způsobu pohledu musíme o vztahu sociologie k jiným společenským vědám vypovídat v souladu s jejími strukturálními úrovněmi.

Na úrovni obecné teorie je nejpodstatnější vztah k: filozofii, dějinám, psychologii, ekonomii, kulturní a sociální antropologii.

1.6.1 Vztah k filozofii

Filozofie (z řec. *filos* = milující, *sofia* = moudrost) je podle původního řeckého významu slova „láska k moudrosti“, později se stává vědní disciplínou. Slovo „filozofie“ původně označovalo úsilí o poznání. Teprve později se pod tímto slovem chápalo to, co rozumíme pod vědou, tj. získávání nesporné vědomosti o vztazích, věcech a procesech. Sociologie vděčí filozofii za svůj původ. Vznikla historicky ze sociální filozofie, filozofie státu a filozofie dějin.

Vazba mezi sociologií a filosofií nikdy nezanikla. Téměř každý sociologický směr má určité filozofické podloží. Filozofie dává sociologii základní myšlenkovou orientaci, část pojmového aparátu. Není proto náhodou, že někteří velcí filozofové byli i sociology (Comte, Marx, Weber).

1.6.2 Vztah k dějinám

Dějiny (historii) chápeme buď jako proces probíhající v přírodě a společnosti, nebo jako historiografii, tj. v podstatě soupis jednotlivých významných událostí, případně analýzu jednání historických osobností, snahu o odhalení zákonů.

Sociologie se i při soustředění na současnou společnost neobejde bez znalostí o vývoji, tj. bez historického srovnávacího materiálu.

1.6.3 Vztah k psychologii

Psychologie (z řec. *psýché* = duše, původně dech, *logos* = nauka, slovo) je původně věda o duši, později věda o duševním životě a psychice, o prožívání a chování. Pro sociologii je psychologické poznání důležité. Poznatky o psychických procesech a psychologických aspektech vztahů mezi lidmi jsou pro sociologii inspirující, ale mají význam i pro výstavbu sociologických teorií a výzkumných hypotéz. Vztah sociologie a psychologie je velmi úzký, v některých částech dochází dokonce k oborovému překrývání, např. v oblasti sociální psychologie.

1.6.4 Vztah k ekonomii

Ekonomie (z lat. *oeconomie* = šetrnost, hospodárnost, to z řec. *oikos* = domácnost, *nomos* = věda) je v moderním smyslu obecně nauka o hospodaření, zabývající se jeho různými aspekty. Ekonomie se dělí na podnikovou a národní ekonomii.

Znalost ekonomických teorií je pro sociologii důležitá pro posouzení důležitosti rolí ekonomických činitelů v motivaci sociálního chování a utváření a fungování sociálních struktur. Ekonomické chování může být někdy modelem chování sociálního. Spojitost obou

oborů je jistě dána také tím, že ekonomie a ekonomické myšlení a uvažování se stává významnou částí myšlení společenského.

1.6.5 Vztah ke kulturní a sociální antropologii

Antropologie (z řec. anthropos = člověk, logos = nauka, slovo) je disciplína zabývající se studiem růstu, vývoje a funkce lidského organismu v rámci různých rasových, etnických, kulturních a sociálních skupin v čase a prostoru.

1.6.6 Vztah k demografii

Demografie je vědní obor zabývající se reprodukcí lidských populací. Ta má svou biologickou a sociální stránku. Demografie je empirickým oborem, hodnotí objektivně zjištěná data. Všechny demografické události jsou i výraznými sociálními událostmi. Jádrem demografie je zkoumání procesů porodnosti, úmrtnosti, sňatečnosti, potratovosti, rozvodovosti a migrace. Tyto procesy tvoří v podstatě kostru lidského života a proto je vzájemný vztah demografie a sociologie velmi blízký. K prolínání obou oborů dochází např. ve zkoumání instituce manželství, nebo ve formování společné natalitní politiky.

1.6.7 Vztah ke statistice

Statistiku chápeme jako soustavu metod k získávání a vyhodnocování poznatků, je metodologickou vědou. V klasifikaci věd statistika protíná obsahově vědy jako je fyzika, chemie, biologie, psychologie, ekonomie a sociologie.

Statistika má v sociologii dvě základní funkce:

1. zpřesňuje pojmy, poznatky a metodologické nástroje
2. zvyšuje vysvětlující a předvídající funkci sociologických poznatků.

1.7 Vývoj sociologie

Vývoj sociologie můžeme rozdělit na období protosociologické (předsociologické) a období sociologické (sociologie jako věda).

1.7.1 Období protosociologie

Protosociologie: (předvědecké období) - před vznikem sociologie jako vědy, období od počátku lidské společnosti do počátku 19. století.

Zpočátku člověk nacházel odpovědi v mýtech a magii, pak v náboženských systémech a později se těžiště otázek a odpovědí přesunulo do filosofie. Zárodky všech otázek o životě společnosti se nachází v řecké a římské filosofii. **Demokrita (asi 460 - asi 370 př. n. l.), Platona (427-347 př. n. l.) Aristotela (384-322 př. n. l.)** nelze nazvat sociology. Byli to univerzální učenci s těžištěm položeným ve filosofii. Ale oni také formulovali problémy, kterými se zabývá sociologie do dnešních dnů.

Na antické filosofy navázali křesťanští autoři – Augustus **Aurelius (354-430 n. l.)** a **Tomáš Akvinský (1225-1274)**.

Další vlnu společenských otázek přineslo až období renesance a osvícenství. Souviselo to s pokrokem přírodovědného poznání, rozvojem techniky, zámořskými objevy, novou organizací hospodářského života a proměnami struktury společenských vztahů.

Společností a jejími proměnami se ve svých dílech zabývali např. Ital Niccolo Machiavelli (1469-1527), Francouzi Charles L. Montesquieu (1689-1755), Voltaire (1694-1778), Jean J. Rousseau (1712-1778), Denis Diderot (1713-1784), Angličané Francis Bacon (1551-1626), Thomas Hobbes (1588-1679) nebo Němec Imanuel Kant (1724-1804). Přínosem protosociologických myšlenek byla díla zabývající se utopickými vizemi a projekty ideálních společností, tedy knihy Thomase Moora (1478-1535), Clauda H. de Saint-Simona (1760-1825), Roberta Owena (1771-1858).

1.7.2 Období sociologie

Vznik sociologie jako vědy byl podmíněn z velké míry Francouzskou revolucí. V této revoluci byly rozbořeny neměnné vazby mezi šlechtici a poddanými. V tomto období nastala otázka, jak určit a řídit budoucí směřování společnosti.

Klasická sociologie

Za zakladatele sociologie byl považován francouzský pozitivistický filosof August Comte (1798-1857), který jako první použil slovo sociologie v roce 1839, a to v šestidílné knize Kurz pozitivní filosofie. Přibližně ve stejné době jako Comte zveřejňují své úvahy o vztazích ve společnosti a společenském vývoji také Herbert Spencer (1820-1903), Němec Karel Marx (1818-1883) a Bedřich Engels (1820-1895).

Pět etap dějin sociologického myšlení

1. Protosociologie (4. století př. n. l. až konec 18. století)	2. Klasické období sociologie (19. století až začátek 20. století)	3. období velkých výzkumu 20.–50. léta 20. století
--	--	--

4. Období návratu k velkým teoriím (60.-80 léta 20. století)	5. Postmoderní sociologie 80. léta 20. století až současnost
--	--

1.7.3 Významní představitelé sociologie

Světová sociologie

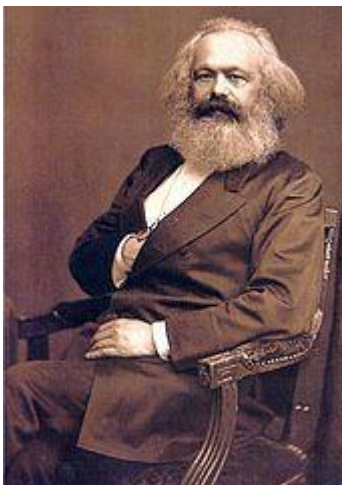
Herbert Spencer



Zdroj: H. SPENCE. In: Wikipedie [online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013] Převzato: http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bjiny_sociologie

Herbert Spencer (1820–1857) - anglický filozof, jeden ze zakladatelů sociologie. Reprezentuje přístup – **naturalisticko–evolucionistický** - společnost je jako živý organismus (naturalizmus), který se vyvíjí od jednoduchých forem ke složitějším podle Vývojového zákona. V rámci vývoje člověk získává více svobody.

K. Marx



Zdroj: K. MARX. In: Wikipedie [online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013] http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bjiny_sociologie

Karel Marx (1818–1883) – německý filozof, materialista. Je zakladatelem teorie konfliktu. Tvrdil, že jednotlivé třídy mezi sebou vedou boj a proto je společnost v konfliktu, protože jsou zde jiné potřeby. Probíhá boj o moc, nedostatkové potřeby a jednota společnosti je pouze iluzí. Konflikt vychází ze společenské struktury a hierarchie, ne z lidské podstaty.

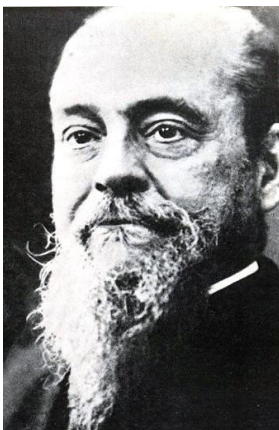
David Émile Durkheim



Zdroj: D.É. DURKHEIM. In: Wikipedie [online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013]
http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bjiny_sociologie

Emile Durkheim (1848–1917) - reprezentant druhé vlny pozitivistického myšlení, chápe sociální jevy jako něco, co je nad jednotlivcem a ovlivňuje ho, jeho pojetí sociologismu se uplatňuje při analýze procesů dělby práce.

Vilfredo Pareto



Zdroj: V. PARETO. In: Wikipedie [online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013]
http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bjiny_sociologie

Vilfredo Pareto (1848-1923) – uznávaný ekonom, chápe sociologii jako logicky-experimentální vědu. Vytvořil teorii vzniku a koloběh elit: vedoucí vrstvy společnosti jsou ve všech sférách, jsou jimi ti nejschopnější (nikoli nejlepší) v dané oblasti vládnout a uchovávat si moc jakýmkoli prostředky (chybí rozměr etického hodnocení). Toto myšlení bylo využito fašistickým režimem – koloběh elit. Dějiny společnosti jsou dějinami nestálého boje o moc mezi ovládanými a ovládajícími, pokud se struktura přestane proměňovat, dochází k revoluci.

Max Weber



Zdroj: M. WEBER. In: Wikipedie[online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013]
http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%Bjiny_sociologie

Max Weber (1864-1920) – významný německý sociolog a historik, který se zabýval i otázkami práva, politiky. Svým dílem předběhl svou dobu a ovlivnil nejdříve evropskou sociologii s emigrační vlnou uprchlíků před nacismem. **Teorie sociálního jednání** – skládá se ze složky racionální, která je příznačná pro moderní společnost), kterou můžeme analyzovat, a iracionální, kterou můžeme pouze chápat (chápaní jednání umožňují kulturní vzorce. Zabýval se politikou a vztahem ekonomiky a náboženství. Je zakladatelem politické vědy - politika je snaha o podílení se na moci a ovlivnění moci.

Georg Simmel



Zdroj: G. SIMMEL. In: Wikipedie[online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013]
http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%Bjiny_sociologie

Georg Simmel (1858-1918) – vlivný německý sociolog – studoval historii, psychologii, filosofii. Ovlivnil další vývoj sociologie v několika oblastech:

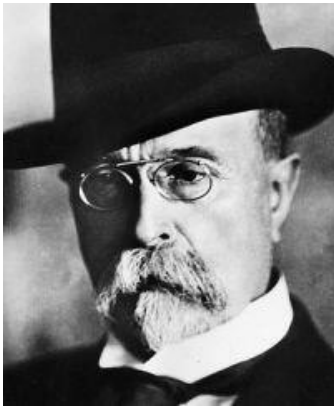
Formální sociologie: zkoumá vztahy uvnitř lidských skupin, zajímá ho jen forma, jak se co děje, nikoli proč.

Studium skupin – zkoumá vztahy jedince k okolí a naopak (**sociální atom**) a vztahy uvnitř malých skupin, a to nejen z hlediska formy, ale i souvislosti jevů (**funkcionalismus**).

Teorie konfliktu: posiluje sebevědomí znesvářených skupin a stanovuje hranice mezi nimi. Podal hluboký rozbor dílčích problémů – role peněz v moderní společnosti, analýza módy

Česká sociologie

T.G. Masaryk



Zdroj: T.G. MASARYK. In: Wikipedie[online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013]
http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bjiny_sociologie

T.G. Masaryk (1850-1937) – zabýval se sociální otázkou, českou a ruskou problematikou. Založil na univerzitě katedru sociologie. Proslul spisem o sebevraždě, napsal příručky k sociologii (vycházel z Comta).

E. Beneš



Zdroj: E. BENEŠ. In: Wikipedie[online]. © 2013 Wikipedie. [vid. 10. 10. 2013]
http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bjiny_sociologie

Edvard Beneš (1884-1948) - byl pokračovatelem Masaryka, věnoval se sociologii politiky.

1.7.4 Základní školy a myšlenkové směry

Tabulka nabízí ilustrativní přehled základních škol a směrů v novodobých dějinách sociologie.

Název školy	Základní představitelé	Poznámky
Pozitivismus	A. Comte E. Durkheim	Pozitivismus - myšlenkový proud, má následující znaky:
Neopozitivismus	P.F. Lazarsfeld W. Ogburn K. Popper	- předmětem vědy jsou a mohou být jenom fakta zjištěná přímou zkušeností - pravdivého a hodnotného poznání skutečností může být dosaženo pouze empirickými metodami - pokroku v lidském poznání dochází normální a nepřetržitou kumulací vědění
Sociologismus	E. Durkheim B. Bouglé M. Mauss	Společenský jev chápe jako svébytné předměty společnost jako osobitou skutečnost svého druhu, která je neredukovatelná na žádné jiné jevy. Jde o extrémní druh sociologické interpretace.
Evolucionalismus	H. Spencer	Je založen na tvrzení, že žádná oblast reality není neměnná, ale neustále se vyvíjí. Společnost je chápána jako složka přírody, a proto pro ni platí stejné evoluční zákony, které už pojmenovaly přírodní vědy.
Formální sociologie	G. Simmel	Německý sociologický směr, který se snaží různým způsobem pojmenovat společenské jevy a sestavit z nich klasifikační (analytické) systémy. Dále byl zaměřen na studium obecných forem společnosti a společenských vztahů. Chápal sociologii jako gramatiku společenského života.
Marxismus	K. Marx	Je řazen k tzv. konfliktuálnímu proudu sociologie
Neomarxismus	H. Marcuse T. Adorno	Zdůrazňuje přetrvávání sociálních institucí z hlediska mocenských zájmů sociálních skupin a z hlediska materiálních podmínek.
Psychologismus	G. Tarde G. Le Bon	Je postaven na myšlence, že jevy a procesy probíhající v lidských skupinách a celé společnosti jsou odrazem duševního života jednotlivců. Sociální jevy jsou převáděny na jevy psychické.
Behaviorismus	B.F. Skinner G.C. Homans	Zabývá se vztahem mezi účinkem chování jedince na prostředí a tím, jak reakce prostředí ovlivňuje jedincovo pozdější chování. Zaměřuje se na pozorovatelné a měřitelné vnější chování jedinců.
Politická sociologie, sociologie	V. Pareto R. Michels G. Mosca	Zabývá se zejména společenskými podmínkami a předpokladu vzniku a rozvoje demokracie v moderní společnosti, fenomén veřejného mínění

politiky	G.E. Sorel	autoritami a elitami disponujícími mocí.
Fenomenologická sociologie	A. Schutz H. Garfinkel	Sociologie, která akcentuje rozlišování vnějších a nahodilých vlastností fenoménu od jeho vlastností podstatných. Chápe se jako věda o podstatách, kterých se lze „dotknout“ odhlížením od vlastností věcí.
Symbolický interakcionismus	G.H. Mead C.H. Cooley H. Blumer	Proud sociologie, který vysvětluje přetrvávání sociálních institucí z hlediska konkrétního jednání a myšlenkových operací jednotlivců.
Strukturalismus	C. Lévi-Strauss N. Chomski	Vychází ze zjištění, že celek (třeba společnost) není vysvětlitelný jako suma jednotlivých složek, ale že je od těchto složek kvalitativně odlišný. Z toho důvodu nejsou zákonitosti celku redukovatelné na zákonitosti jednotlivých složek, z nichž se tento celek skládá. Dle názoru strukturalistů je to zejména jazyk, který determinuje naše myšlení.
Strukturální funkcionalismus	T. Parsons R.K. Merton	Vysvětluje přetrvávání sociálních institucí tak, že budou trvat, dokud budou mít úlohu (funkci) ve společnosti. Patří do funkcionalistického proudu sociologického myšlení.
Konstruktivismus	P.L. Berger T. Luckamnn	Vychází ze systematické snahy u každého sociálního jevu přezkoumat způsob jeho "zkonstruování". Sociální skutečnosti nechápe jako "dané", ale jako vytvářené lidmi. Konstruktivismus vystihují následující tři věty: společnost je výtvozem člověka, společnost je objektivní realita, člověk je sociální produkt.

Teorie sociální směny	G.C. Homans P. Blau	Chápe každé sociální jednání jako akt sociální směny. Směna různých typů lidských činností je pak fundamentem všech společenských vztahů.
Sociobiologie	E.O. Wilson K. Lorenz	Jde o relativně novou vědní disciplínu (70. léta 20. století), která zdůrazňuje biologickou bázi sociálního chování. Velmi blízko má k etologii, genetice.
Etnometodologie	H. Garfinkel	Jeden z nejdůležitějších proudů fenomenologické sociologie a současné sociologie vůbec. Zaměřuje se na analýzu každodenní sociální interakce a na rozbor metod, které lidé v interakci používají k tomu, tj. aby jej učinili z hlediska svých praktických cílů

		racionálním.
Post- strukturalismus a neo- strukturalismus	J. Derrida G. Deleuz J.-F. Lyotard M. Foucault	Založeny jsou na kritice scientismu, na odporu k metafyzice a na ztrátě víry v jakékoli absolutní hodnoty. Naopak akcentují vše individuální a pluralitní.

Sociologické školy a směry se vzájemně doplňují a korigují, ale určitě proti sobě destruktivně nebojují.

1.8 Základní paradigmaty sociologického myšlení

Sociologie je od svého začátku poměrně konzervativní věda. K tomu je předurčená svým teoretickým zaměřením. V první řadě ji zajímá, jak je možné, že společnost dokáže zachovat řád, k jehož respektování jsou vedeni všichni její členové, s větším či menším úspěchem. Největší katastrofu pro sociologii představuje rozpad řádu, chaos a anomie. Při rozpadu řádu přestává společnost existovat. V rámci samotné sociologie tedy vystupuje celá řada směrů a škol, příznivci se v odpovědích na problémy důležité z hlediska teorie společnosti mnohdy významně liší. Některé autory je obtížné jednoznačně zařadit do některého z proudů. Pohled na realitu se na jedné straně liší od jiných společenských disciplín, na druhé straně však od počátku hledá inspiraci v disciplínách přírodních. Pokud bychom se pokusili formulovat základní otázku veškeré sociologie, musela by znít: Jak je možný řád ve společnosti? V odpovědi na tuto otázku se jednotliví sociologové i celé směry výrazně liší. V zjednodušení lze rozlišit tři mohutné větve (směry) sociologického myšlení. Nazveme je směrem konsensuálním, konfliktním a interpretativním. Každý z nich je vnitřně bohatě členěn.

1.8.1 Teorie konsensuální

Teorie konsensuální předpokládají, že základem sociálního řádu je úmluva, podle které se lidé vědomě zavazují, že budou dodržovat pravidla umožňující vzájemné soužití. Lidé jsou odkázáni jeden na druhého, snaží se maximalizovat výhody, které z této skutečnosti plynou, a minimalizovat vzájemné třecí plochy snižující účinnost jejich kooperace. Filozofickým předobrazem je teorie společenské smlouvy. Lidé se sdružují proto, že z toho mají výhody, a bylo by to nerozumné, kdyby se chovali jinak a nerespektovali pravidla soužití. Konsensuální teorie vykládají problém sociální změny jako postupného přizpůsobování systému na měnící se potřeby či vnější okolnosti.

Všechny teorie konsensu vycházejí z následujících předpokladů:

- základem je nepsaná smlouva o dodržování pravidel soužití
- společnost je integrovaná, soudržná, závisí na solidaritě
- členové společnosti uznávají autority, normy, hodnoty, mají závazky
- členové se podřizují konsensu dobrovolně, nátlakem
- jedinci jsou na sebe odkázáni, odstraňují konflikty, mají výhody

Základním směrem je **strukturní funkcionalismus**. Představitel byl **Talcott Parsons (1902-1979)**

Strukturní funkcionalismus:

- studuje funkce, které plní určitý sociální jev ve struktuře společnosti,
- společnost má své potřeby a má-li fungovat, musí být uspokojovány

- srovnávání zdravého lidského organismu a fungující společnosti
- kritizován za abstraktnost, neumí vysvětlit vývoj a změnu, podceňuje úlohu konfliktu

T. Parsons – studoval fašismus, náboženství, zdraví a nemoc, sociologii medicíny, životní cyklus, volební systémy.

Robert King Merton odhalil nedostatky strukturního funkcionalizmu a úspěšně je napravil.

1.8.2 Teorie konfliktu

Teorie konfliktu se domnívá, že jakákoliv forma lidského soužití vyhovuje jen části zúčastněných. Ostatní jsou k účasti na sociálním řádu donuceni, přes nevýhody.

Každý sociální řád privileguje jisté skupiny lidí a ostatní diskriminuje. Různé společnosti se liší kritériem, podle kterého se rozhoduje, kdo a jak bude privilegován a kdo bude na nucené soužití doplácet. Při teorii konfliktu dochází k sociální změně v důsledku střetávání se odlišných zájmů různých skupin téže společnosti. Teorie konfliktu vzniká jako kritická reakce na nedostatky a jednostrannost strukturního funkcionalizmu. Základní myšlenky o povaze společnosti jsou zásadně a zcela odlišné:

- společenský život je založen na protikladech, nepřátelství
- společnosti jsou vnitřně rozdělené, existuje mocenská nerovnost, která přináší konflikty a nátlak
- sociální vztahy vyvolávají opozici, neboť zájmy skupin a vrstev jsou odlišné a protikladné
- součástí života společnosti je změna, vývoj, neznamená však dysfunkci

V 19. století důsledně popsal teorii konfliktu **K. Marx** (třídní konflikt a třídní boj), ale jeho prognózy se nesplnily.

Lewis Coser - americký sociolog, obnovil zájem o studium konfliktů. Dokazuje, že konflikty mohou přispívat k upevnění sociálního řádu.

Jeho názory: konflikt s cizí skupinou pomáhá posilovat identitu vlastní skupiny. Konflikt působí jako pojistný ventil a odvádí často pozornost od důležitých primárních vlastních nedostatků. Rozlišuje konflikt na **realistický** (řeší reálný spor, útočné chování vyplývá ze střetů rozdílných zájmů, silnější zvítězí, konflikt je uzavřen) a **nerealistický** (agrese se stává cílem, vítězství konflikt neukončí - vandalství, skiní ...). Odmítá názor, že konflikt vzniká jen v sekundárních sociálních skupinách, zatímco primární sociální skupiny se vyznačují láskou a porozuměním. V nich existuje tzv. ambivalence citů – je hodně příležitostí ty záporné potlačovat, ale i možnosti je bouřlivě projevit.

Charles Wright Mills představuje kritickou verzi teorie, je pesimistický, katastrofický. Psal v 50. letech, v době studené války supervelmocí, kdy stál svět na pokraji zničení. Prostý člověk je stále více ohrožován – nezaměstnanost, bída, nemoci, hlad, hrozba války, miliardy se vyhazují na zbrojení, zatímco lidé umírají hladem. Lidé děsí budoucnost, rozpadávají se rodiny, nechápou smysl politiky, dostatek volného času vrhá lidi do náruče:

- průmyslu zábavy - zabíjení volného času, televize, video, lunaparky - odcizení. Vzniká pocit zbytečnosti, nudy, úzkosti
- privátní konzum - mít co nejvíc, užívat si světa, konzumovat a nakupovat víc než sused, stáhnout se do soukromí
- drog - ty mohou na čas pomoci na vše zapomenout, zdánlivě řešit, udělat svět bezproblémový a růžový

Mills odhalil latentní rozpory, americkou bohorovnost, bezproblémovost.

1.8.3 Teorie interpretativní

Teorie interpretativní přesunují ohnisko zájmu na každodenní život běžných lidí. Společnost existuje proto, že jednotliví členové společnosti svým jednáním stále znovu společnost vytvářejí. Celá sociální struktura je poměrně labilní produkt všech těchto aktivit. Setrvačnost postupů, způsobu myšlení a reagování je jedinou zárukou toho, že společnost bude existovat poměrně předvídatelným způsobem. Způsob interpretace světa se však může změnit a spolu s tím se změní jednání lidí a může se změnit celý typ společnosti. Interpretativní sociologie není jednotná, má více směrů.

Nejnámější je **symbolický interakcionismus**. Vyznačuje se:

- přesun zájmu od velkých a globálních teorií ke každodennímu životu
- lidé jednají na základě významů, které přiřkládají věcem kolem sebe
- svět je takový, jako ho vidíme a jak ho chápeme
- svět je závislý na našem přístupu k němu, podobu skutečnosti si vytváříme sami - zodpovědnost člověka za svůj svět

V tom se liší chování lidí a zvířat: zvířata nemají strýčky, křtiny ani neděli. Lidé to znají, proto přisuzují různým věcem různé vlastnosti. Chovají se jinak ve středu než v neděli.

1.9 Vybrané základní sociologické pojmy

Anomie

- stav, kdy přestávají platit zákony. Kritický stav společnosti charakterizovaný nejasností, nejistotou, absencí pravidel a norem, jimiž se má řídit chování členů společnosti. Pojem uvedl do sociologie E. Durkheim, aby jim označil potenciální neregulovatelnost vývoje moderní společnosti. Anomie znamená problematičnost cílů a norem jednání, jednak absenci sociálních vazeb mezi jednájícími.

Autorita

- moc, jejíž projevy jsou akceptovány těmi, jichž se týkají. Každá moc má potřebu ospravedlnit svoji existenci. Autorita je taková moc, které se to podařilo. Akceptovat autoritu znamená dobrovolně se zdržet přezkušování toho, co je dáno k ověření, co platí. Autorita vždy znamená oprávněnost přikazovat, regulovat, určovat a řídit. Tato oprávněnost však může být ustanovena a chápána různými způsoby:

- autorita může být uznána proto, že je nemyslitelné v ní nevěřit
- autorita může být založena dohodou či smlouvou zúčastněných
- každá autorita může být považována za mystifikaci, která kryje skutečnou moc

Ve všech případech však platí, že autorita, která by se pevně neopírala o moc, je lehce zpochybnitelná a v delší perspektivě stěží udržitelná.

Demografie

- řecké slovo demos – lid, grafie – popisovat, vědní obor zabývající se reprodukcí lidské populace nebo demografickou reprodukcí. Předmětem demografie jsou tzv. populační jevy jako narození, manželství, úmrtnost, migrace a faktory s nimi spojené. Pojem poprvé uvedl A. Guillard v roce 1855.

Demografická struktura

- v širším smyslu skladba obyvatelstva podle všech jeho zjištěných charakteristik, v užším smyslu v demografii jde o složení populace. Konkrétně jde o podíl, proporcionalita mužů a žen a jednotlivých, různým způsobem vymezených věkových skupin dané populace. V sociologii se demografická struktura popisuje znaky, které se nějakým způsobem vztahují k reprodukci obyvatelstva: kromě podílu mužů a žen, zastoupení věkových skupin podílem ženatých, svobodných a ovdovělých lidí.

Emigrace

- z lat. emigrate – stěhovat se, vystěhovat se. Přestěhování do jiného města, trvale nebo dočasně. Impulzem jednorázových rozsáhlých emigrací může být prudký hospodářský pokles v některých krajinách, případně hladomor jako důsledek klimatizačního výkyvu, nebo válka. Početné migrace se stávají problémem pro imigrační a emigrační země, první ztrácejí velký podíl nejnadanějších částí obyvatel - intelektuální odliv mozků, v druhých se trvale drží komunity imigrantů – jazykově, etnicky a kulturně odlišných od původního obyvatelstva

Fluktuace

- lat. fluktuaci – vlnění, proudění a kolísání. Pojem užíváme pro vyjádření změn pracovního poměru v rámci podniků (odvětví, oblastí) způsobený odchodem a příchodem pracovníků. Úroveň fluktuace závisí na celkové situaci na trhu práce a na schopnosti podniku reagovat na potřeby a požadavky zaměstnavatele. Sociologicky je fluktuace jedna z forem pracovní mobility. Znamená změnu zaměstnavatele, zaměstnání nebo profese (povolání).

Formální organizace a neformální struktura

- pojmy, které v sociologii označují v moderní společnosti vazbu mezi cílem organizace a požadovanými formami jednání na jedné straně a potřebami jednotlivců uchovat si vlastní integritu v rámci složitých a vysoce formalizovaných organizačních struktur na druhé straně, např. E. Mayo ve svých výzkumech dokázal, že z hlediska výkonnosti jednotlivců mají často větší význam mezilidské vztahy na pracovišti než finanční odměna. Tyto vztahy, které jsou odlišné od vztahů v primárních skupinách, označil jako neformální vztahy.

Formální organizace je v dalších výzkumech vnímaná jako model organizace, která má stanovené základní cíle, programy, vnitřní strukturu, která je podřízená sledovanému cíli, pravidla styků a komunikace, systém odměn a trestů. Tento model je modifikovaný reálným životem, protože v reálném fungování organizace lidé vstupují do neformálních vztahů. Reálnou strukturu organizace proto vyjadřuje spojení „Formální organizace a neformální struktura“. Formální organizace nemůže uspokojit potřeby všech členů, není to ani jejím cílem. Také redukuje počet rolí jen na ty, které souvisí s cíli. Neformální struktury je však možné využít k optimalizaci chodu formální organizace.

Formální organizace

- formální skupiny vznikají pro cílevědomé profesionální cíle. V popředí je účelovost. Jsou to plánované sociální útvary na optimální splnění určitých úkolů. Důležitá je dělba práce a spolupráce. Jsou pevně definované pozice a zpravidla se vyhledávají lidé, kteří jsou schopni se začlenit do organizovaných programů.

Hodnotová neutrálnost

- poznání sociálního faktu musí být objektivní bez emocí a předsudků. Důležité je prostředí, které může determinovat respondenta. Znamená to – objektivně poznávat, ne hodnotit. Svoje přesvědčení musí sociolog kontrolovat, musí být objektivní, být nezaujatý.

Individualizace

- pojem, který se vysvětluje ve třech rovinách:

1. dává přednost jednotlivé lidské osobnosti před kolektivem.
2. klade důraz na vlastní práva jednotlivce jako nezbytnou podmínku svobody a umožňuje omezení moci státu a kolektivních orgánů.
3. jako filozofická koncepce, dle které je individuum cílem samo sebe a jeho posláním je seberealizace a sebe kultivace.

Instituce

- pod institucí rozumíme trvalý soubor kulturních vzorců a sociálních vztahů, které jsou organizované tak, že vytváří bázi pro dosahování sociálních cílů a úkolů.

Institucionalizace

- přenos pomocného vytváření norem v sociálním celku, který předpokládá splnění 3 podmínek:

1. mnoho členů, kteří normy přijímají a realizují.
2. Větší počet členů přijímá sociální normy.
3. Sociální normy jsou sankcionované a závazné pro všechny členy sociálního celku

Integrace

(sloučení, semknutí) je proces, který je vytvářený celistvostí, úplností, sjednocením dílčích funkcí (částí) v komplexní celek. Integrace je sociální proces spojení a sjednocení sociálních jevů v komplexní celek. Moderní sociologie zdůrazňuje v integračním procesu význam orientace na společné hodnoty v sociálním celku, realizovaný podílením se na společných příkazech a zákazech chování a hodnot.

Internalizace

- nevědomý, neuvědomovaný proces osvojování hodnotového a normativního systému dané společnosti. Většinou probíhá v dětství v rodině, ale i v dospělosti. Jedinec si musí osvojovat nové normy a přizpůsobovat se změněnému hodnotovému systému. Jedinec normu přijme za svou, norma se stává součástí jeho vlastní osobnosti. Jedinec proto automaticky jedná v souladu se sociálním očekáváním daného společenstva a nepociťuje působení sociální normy jako vnitřní tlak.

Kultura

- pěstování, vzdělání, jedna z centrálních společenských věd, rozvoj. Činnosti, objevované ve výsledcích fyzické a duševní práce. Pojem byl původně spojován s obděláváním půdy. Podle Tylova je kultura nebo civilizace sloučený celek, který zahrnuje vedení, umění, právo, morálku, zvyky a všechny ostatní schopnosti a obyčeje, které si člověk osvojil jako člen společnosti.

Kulturní kapitál

- zvláštní forma získaných předpokladů jedince nebo skupiny k dosažení určitého sociálního statutu. Od 70. let je kulturní kapitál jedním z klíčových pojmů analýzy úkolů systému vzdělávání v sociální reprodukci. Jednotlivci i skupiny podle P.F. Bordury svým



jednáním usilují o začlenění do společenské vrstvy zajímaví se o privilegované postavení. Tato vrstva se vyznačuje specifickými kulturními rysy, vkusem, stylem.

Legitimizace

- uznání práva na výkon moci, uplatnění aktivity. Legitimita je připisována jedinci nebo skupině.

Legitimismus

- pojem týkající se mocenských vztahů ve společnosti se vyskytuje více v politické a právní oblasti.

Legalita

- konformní způsob jednání podle platných zákonů.

Makrosociologie

- soustřeďuje se na zkoumání nadindividuálních jevů života společnosti, např. velkých skupin, kultury, sociální struktury. Zabývá se studiem velkých společenských útvarů – společnost, národ, stát, které spočívají na institucionalizovaných normách a nezávislých na bezprostředních vztazích, jejich členů, studiem vztahů mezi společenskými celky a poznáváním zákonitostí procesů probíhajících v těchto celcích.

Mikrosociologie

- sociologická úroveň, která se soustředí na zkoumání každodenního chování, činností a sociálních interakcí jedinců v malých skupinách.

Mikrosociologický přístup ke zkoumání je založený hlavně na studiu významu a další charakter ovlivňující sociální chování jednotlivců, průběh jejich vzájemného působení a ostatních sociálních činností. Zkoumá ty interakce, které probíhají tvář v tvář. Zabývá se studiem menších sociálních útvarů, jejichž existence je závislá na bezprostředních přímých sociálních vztazích mezi jejich členy.

Metodologie sociálních věd

- nauka o metodách, resp. teorie metod, zkoumání sociálního jedince – nauka o metodách sociálního zkoumání, která se zabývá jejich systematizací, verifikací, standardizací a také převzetí modifikací metod z jiných, příbuzných vědních oborů. Pro metodologii sociálních věd je nejdůležitější kritický postoj, který se týká řady obecných metodologických principů např. ideál objektivitu. Metody objektivitu zaručit nemohou, záleží na jejich výběru, způsobu aplikace. Specifickým nástrojem sociálních věd je metodologický výzkum. V praxi se volí metody dostupné, jednoduché, levné a také obvyklé, běžné. Někdy je metodologie sociálních věd chápána jako jazyk vědy, tvořený pojmy a teoriemi.

Moderní společnost

- společnost jako produkt radikálních změn, ke kterým došlo v oblasti ekonomiky, mocenských vztahů, sociálního uspořádání, stylu života i výkladu světa v zemích západní Evropy, severní Ameriky od počátku novověku. Klíčovou úlohu v těchto zemích sehrála generalizace trhu, která se stala regulátorem chodu, nejen celé ekonomiky ale postupně celé společnosti.

Mortalita

- úmrtnost, je opakem natality.

Natalita

- porodnost – míra porodnosti, hrubá míra porodnosti je daná poměrem celkového počtu narozených v přepočtu na délku jednoho roku v daném období k střednímu stavu obyvatel v roce. Obvykle je konečný podíl násobený 1000 a udává tak míru porodů na 1000 obyvatel a je opakem mortality.

Neformální skupina

- formální a neformální dělení zavedl Bernard Nefer. Skupina je obvykle menší a primárně slouží k uspokojování emocionálních potřeb, jako jsou potřeby uznání a úcty, souhlasu okolí. V rámci formálních velkých skupin se těžko realizují individuální potřeby. Základním prvkem je emocionální vazba spolupatříčnosti.

Osobnost

- soubor trvalých vlastností jednotlivce působící na jeho jednání, soubor vyrůstající z biologických psychologických vlastností a vyplývající z vlivu kultury a ze struktury společnosti, ve které byl jedinec vychovaný.

Populace

- z lat. populus - lid, obyvatelstvo, veřejnost. Souhrn jedinců určitého druhu žijících a reprodukcujících se na vymezeném území. Vztahuje se prakticky na všechny biologické druhy. Dnešní lidská populace zpravidla vznikla v důsledku migrace a míchání původních populací. Populace je definovaná ve vztahu ke zkoumání jedince tj. osobě, určitému území, lokalitě obyvatel, příp. jiným charakteristikám – jako pohlaví, rodinný stav, socioprofesionální znaky, právní, ekonomické apod. Otázkou populace se zabývá demografie.

Primární referenční skupina

Lidé mají některé univerzální rysy, které jsou historicky konstantní. Soubor těchto znaků tvoří lidskou přirozenost. Univerzálnost znaků je daná univerzálností socializačního procesu, ve kterém se získává základní hodnotový systém. Základní ideou je, že člověk porovnává svou vlastní situaci se situací ostatních.

Riziková společnost

- pojem zavedl Ulrich Beck. Ve společnosti jsou rizika a nebezpečí externalizovaná a bagatelizovaná. Modernizace a pokrok technologií vede k rozchodu světa individuů s přirozeným světem lidí.

Rolové očekávání

- očekávaný způsob chování vázaný na určitý sociální status. Sociologie zde vychází z banální zkušenosti, která říká, že většina lidí dělá to, co se od nich očekává. Na oplátku očekávají, že druzí se zachovají stejně. Toto respektování očekávání je základem fungování jedinců, sociálních rolí. Sociální role je jednání očekávané vzhledem k držitelci určité sociální pozice.

Rolový konflikt

- vysvětluje se ve vztahu mezi různými nositeli většinou rozdílných rolí, nebo ve vztahu jednotlivého nositele k určeným rolím. Konflikt mezi rolemi toho samého jedince (matka – manažerka) je řešený časovým nebo prostorovým oddělením jednotlivých rolí



Věda

- soustavná, kritická a metodická snaha o pravdivé a obecné poznání v určité vymezené oblasti skutečnosti

Ideologie

- zpracovaná soustava názorů, postojů, hodnot a idejí založená na formulování zájmů určité skupiny

Náboženství

- ustálená soustava představ o existenci nadpřirozených skutečností, které jsou mimo dosah smyslové zkušenosti

Vědecké myšlení

- snaha pochopit a vysvětlit určitou problematiku, ochota vzdát se mylných hypotéz

Filozofie

- soustavné, racionální a kritické zkoumání skutečnosti, světa a člověka, případně i toho, co je přesahuje

Pravda

- shoda tvrzení se skutečností... každý může mít svou, jinou pravdu

2. Sociologie medicíny

Historický vývoj sociologie je těsně spjat s vývojem medicíny a péče o zdraví.

Literatura:

BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

2.1 Historický vývoj sociologie medicíny

Po II. světové válce nastává zvýšený výzkumný zájem sociologů o medicínu, a to ve vztahu k institucionalizaci a byrokratizaci zdravotnictví, ale i ke zkoumání lidského jednání a chování a jeho změn v období nemoci i léčení. Pro další rozvoj medicíny a péče o zdraví se ukázalo potřebné sledování vlivů sociálních aspektů na duševní a fyzické zdraví člověka. V zahraničí se začíná formovat **zvláštní sociologická disciplína – sociologie medicíny**. Sociální problematikou ve vztahu ke zdraví se zabývaly i dřívější generace lékařů. Dlouhá léta řeší z medicínského hlediska především sociální příčiny nemoci a zdravotní stav obyvatelstva medicínská disciplína zvaná **sociální lékařství či sociální hygiena**.

Z významných autorů sociálního lékařského myšlení je známý R. Virchow (1821-1902), který ve svém časopise „Die medizinische Reform“ použil výraz „sociale Medizin“. Vycházel ze zásady, že změny ve zdravotním stavu populace a v péči o zdraví jsou podmíněny celospolečenskými změnami a civilizovaný stát by měl zajistit svým občanům právo na péči o zdraví, ale též je potřebné, aby občané o své zdraví pečovali a aby mohli zasahovat do péče o zdraví.

Další významnou postavou dějin sociálního lékařství byl A. Grotjahn (1869-1931), který zdůvodnil význam sociálních faktorů pro zdraví populačních a sociálních skupin, dále vysvětlil význam sociálního lékařství pro rozvoj péče o zdraví nastupujícího 20. století. V té době byla již známa etiologie řady nemocí, dochází k pokroku v diagnostice a terapii. Nebylo ale dosaženo výraznějšího úspěchu v boji proti hromadnému výskytu nemocí. Termín „**sociální patologie**“ a „**sociální nemoci**“ se začal objevovat v období, kdy některé nemoci postihovaly celé sociální vrstvy obyvatelstva. Do této skupiny nemocí byla zařazována hlavně tuberkulóza, alkoholismus, pohlavní nemoci, infekční nemoci, vysoká kojenecká a dětská úmrtnost apod.

Pozdější vývoj sociologie medicíny významně ovlivnili **É. Durkheim, M. Weber a představitelé školy symbolického interakcionismu.**

Významné je dílo É. Durkheima – Le Suicidé (1897) mělo medicínsko–sociologický charakter. V díle vychází z teze, že sebevražda není individuálním jednáním, nýbrž v podstatě sociálním. Každý člověk, pokud se dostane do nepříznivé situace, se může stát sebevrahem. Sociální fenomény probíhají podle zákona anomie. Když ve skupině v důsledku společenské krize nebo válkou, jsou zničeny staré pořádky a představy hodnot, aniž by byly nahrazeny novými, mění se chování obyvatel ve smyslu zvyšování počtu sebevražedného chování (anomické sebevraždy). Jednotlivec nepociťuje integraci ve skupině (egoistické sebevraždy, nebo skupinové), normy probíhají v rozporu s osobními zájmy (altruistické sebevraždy). Durkheimova koncepce anomie ovlivnila lékařskou sociologii a sociální patologii.

Na koncepci navazuje Robert K. Merton, který v roce 1938 formuluje souvislost mezi anomii a sociální strukturou. Anomii považuje za důsledek tlaku sociální struktury na sociálního jedince. Projevuje se nekomfortním jednáním. Na práci Mertona navazuje později studie k objasnění deviantního chování a zdraví škodlivého jednání.

Max Weber se jen okrajově zabýval otázkami, které spadají do sociologie medicíny.

I tak svou prací přispěl k vývoji sociologie medicíny. Základním pojmem jeho sociologie je sociální jednání individuů. Poukazuje na společenskou dimenzi individuálního života. Ve svém díle popsal moderní byrokracii a analyzoval ji v typických sociálních způsobech jednání jedince. Odtud vede přímá cesta k moderní sociologii organizace a řízení nemocnic, k formám práce a vzájemné interakce mezi pracovníky zdravotnictví a pacienty. Za prototyp byrokratické organizace mohou být považovány nemocnice, které jsou na první pohled přísně organizovány. Svým vnitřním rozvrstvením a formální strukturou se neliší od byrokratických organizací. Dosažení vytyčených cílů se snaží docílit složitou dělbu práce, propracovanou hierarchii autority, řadou nařízení, stanov, směrnic apod.

Připomenu i školu **symbolického interakcionismu**, kterou představují George H. Mead, Charles H. Cooley, William I. Thomas a Florian Znaniecki.

Mead se věnoval analýze procesu v průběhu, kterého se vytváří sociální Já (Self). Viděl ho v procesu interakce s druhými lidmi prostřednictvím řeči.

Cooley budoval koncepci zrcadlového Já (the looking-glass self). Jedinec si buduje své mínění o sobě tak, že se snaží pohlížet na sebe očima jiných lidí.

Koncepce těchto autorů je základem pro tradiční význam lékařské sociologie, která zkušenosti z nemoci analyzuje prostřednictvím nemocného v kontextu společenského hodnocení.

Druhý přínos symbolického interakcionismu je především v poznání nezdravého způsobu života u dospělých. Rozličné studie ukázaly, že například nejisté sociální Já v adolescenci může vést k nezdravým formám chování ve formě kouření cigaret, alkoholizmu.

Podle práce autorů W.I. Thomase a F. Znanieckeho se chování jedinců podstatně odvíjí od sociálně kulturně definovaných situací, ve kterých se současně uskutečňuje spojení společenských hodnot a individuálního postavení. Pro sociologii medicíny tyto práce jsou metodicky velmi významné proto, že vedly k novému pohledu na posuzování sociálně kulturních rozdílů symptomů nemoci a k formulování společenské definice zdraví a nemoci. Tyto práce byly důležitým pramenem poznání pro **sociologii medicíny**, která vznikla jako sociologická disciplína po II. světové válce v USA. Za zakladatele sociologie medicíny se považují Talcott Parsons, Robert Merton, Anselm Strauss, Eliot Freidson.

V roce 1951 důležitou úlohu sehrálo dílo Talcotta Parsonse „The Social System“.

Parsons chápe medicínu jako instituci sociální kontroly. Vychází z premisy, že rovnováha sociálního systému závisí na tom, jak je u jeho členů motivovaný pocit sociální povinnosti. Pokud tento pocit povinnosti souvisí s plněním jejich rolí, definuje onemocnění jako ohrožení, které umožňuje oprávněně se zbavit těchto povinností. Nemoc z takého důvodu vyžaduje společenskou regulaci. Lékař se stává sociálním kontrolním orgánem v procesu oficiální sankcionizace role nemocného. Nemocný člověk naváže kontakt s lékařem, přijme roli nemocného a dostává společenské uznání svého stavu. Současně se prostřednictvím lékaře může kontrolovat to, co ohrožuje stabilitu společenského systému a co případně může vést k neplnění povinností i u dalších jedinců. Role nemocného, kterou Parsons definoval, patří k základním pojmům sociologie medicíny.

V roce 1957 vydal se svými spolupracovníky knihu „The Student - Physician“, kterou přispěl k formování sociologie medicíny. Dílem byl vytvořen základ pro sociologii výchovy lékařů. Vysoká škola je chápána jako sociální systém, jsou osvětleny role jednotlivých členů, socializační metody, osvojení si postojů a hodnot pro budoucí profesní chování. Taktéž je sledována motivace volby povolání, způsob získávání kvalifikace, adaptace studentů vysokých škol. Dále se zkoumají faktory, které působí na růst odborné kvalifikace.

Teoretikem sociologie medicíny je Eliot Freidson. Ve svém díle „Profession of Medicine“ (1972) zavedl do medicíny teorii konfliktů a poukázal, že jeden z nejdůležitějších specifických sociálních vztahů v této oblasti je vztah lékař – pacient. Tento vztah je možné analyzovat jako konflikt, protože se střetávají dva sociální systémy. Pacient není pasivním vykonavatelem vůle lékaře, jeho jednání je ovlivněno různými faktory - typ onemocnění, kulturní zvyky apod. Často proto dochází ke konfliktům mezi lékařem a pacientem.

V Evropě se rozvinula sociologie medicíny v druhé polovině padesátých let a to hlavně ve Velké Británii a v Německu, později se přidalo Polsko a Československo.

Z německých autorů, kteří se zabývali otázkami sociální medicíny, jsou významní: **Manfred Pflanz, Johann J. Rohde, René König, Arnold Mitscherlich**.

V roce 1962 byly zveřejněny práce („Sozialer Wandel und Krankheit“ (Pflanz M.) a „Sociologie des Krankenhauses“ (Rohde J.J.).

V publikaci „Sozialer Wandel und Krankheit“, se autor zabývá problémy sociologie medicíny a píše o nich jako o jednotném integrovaném celku. Od roku 1920 začínají jednotlivé systematické výzkumy v lékařské sociologii. Všechny počátky předtím nazývá předfází, ve které docházelo ke styčným bodům mezi medicínou a sociologií hlavně v oblasti zdravotní politiky.

Podle Rohdeho sociologie medicíny zkoumá lékařské praxe s jejich speciálními sektory a odbornými skupinami, odborné organizace a sdružení, rozmanitosti jejich forem, nemocnic, klinik, ošetřoven a vztahy k jejich nositeli. Tento široce vymezený předmět má být podle Rohdeho zkoumán ze specifického zorného úhlu a hlavně z hlediska dvou problémů:

- jaká je změna postoje ke zdraví a chorobě vyvolaná vlivem industriální kultury a jejími důsledky

- jaký vliv má racionální technika na strukturu a funkci zdravotnictví

Rohde (1962) ukazuje, že cestou řešení problémů je třeba postupně a systematicky vytvářet sociologický pohled na zdravotnictví jako na velmi důležitou složku společenské činnosti.

Velkým podnětem k rozvoji sociologie medicíny se staly zásadní změny v pojetí zdraví a péče o něj uplatňované ve Světové zdravotnické organizaci (SZO), především program „**Zdraví pro všechny do roku 2000**“. V roce 1977 byl odsouhlasen výchozí záměr a v roce 1984 schválena evropská varianta. Cílem tohoto programu bylo získat pro všechny jedince do roku 2000 takovou úroveň zdraví, která by jim umožnila sociální i ekonomicky produktivní život.

Na půdě SZO byla přijatá i definice zdraví: **zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (infirmity)**“. V medicíně se rozvinul větší zájem o behaviorální a sociální vědy. V Německu dodnes je sociologie medicíny nedílnou součástí výuky na řadě lékařských fakult. V Holandsku se v roce 1986 konal v Groningenu I. kongres Evropské společnosti sociologie medicíny. V roce 1998 se konala VII. konference evropských sociologů medicíny v Rennes ve Francii. Ve světě se dostala sociologie medicíny z původního okraje zájmu do středu pozornosti.

Sociologie medicíny se:

- soustřeďuje na strategie medicínské praxe a formování zdravotní politiky v praktickém použití
- vstupuje do interdisciplinárních výzkumů zdravotního stavu a potřeb zdravotní péče
- převládá zájem o analýzu sociálních, ekologických, kulturních a psychologických vlivů na zdraví
- do popředí se dostává problematika společenské prevence a posilování zdraví
- důraz se klade na studium zdravého způsobu života a činnosti veřejnosti v péči o zdraví a posilování zdraví
- má postavení nejmohutnější sekce evropských a amerických sociologických asociací

Významné postavení v Evropě má anglická medicínská sociologie reprezentována: G. Scamblerem, M. Morganem, D. Blanem, S. Hillierovou.

V jejich pracích nacházíme historická, teoretická i empirická východiska sociologie medicíny.

V Československu docházelo v druhé polovině šedesátých let k dočasné renesanci sociologie, kdy byla ustanovena i sekce sociologie medicíny při Čs. sociologické společnosti. Pořádala semináře k problematice medicíny, zdravotnictví a sociologie. V časopisech se začaly uveřejňovat články věnované sociologii medicíny. Známé jména tohoto období: V. Tolstoj, J. Kebort, J. Patera, O. Štěpánková aj.

V lednu 1967 se konala na Hrubé Skále vědecká konference k problémům vědeckého řízení zdravotnictví a k otázkám sociologie zdravotnictví. V důsledku politických změn byla pozastavená činnost v této sekci. Po roce 1968 se v oblasti společenských věd znásobila nedůvěra a podezřívavost ke všemu, co nebylo oficiálně proklamováno, nebo nebylo součástí tradičně uznávaných neměnných pravd. Ve spojitosti s personálními změnami a dalšími faktory docházelo i k potlačování individuálních snah o formování a řešení sociologických problémů ve zdravotnictví.

Mezi významné výzkumy lze pokládat systematické výzkumy Gladkého o potřebě zdravotní péče v ambulantních službách, studium zdravého způsobu života, gerontologickou problematiku, studium vlivů sociálních faktorů v pediatrii.

Až po revoluci v roce 1989 nastala možnost trvalé existence a rozvoje sociologie medicíny. Od roku 1990 probíhala přeměna celého zdravotnického systému. V tomto období existují sociálně kulturní systémy, kdy jde o komplex specifických projevů a norem. Jde tedy o komplex úloh, hodnot, stanovisek a zvyků, o otázky autority na základě kompetence, vzory chování. Mění se nejen role a činnosti lékaře a zdravotní sestry, role pacienta a nejvíc vztah lékař-pacient. Společenské změny podstatně ovlivní postoje jedinců k vlastnímu zdraví a péči o něj.

Proces proměny systému péče o zdraví závisí na změnách ve vědomí chování a jednání členů, společnosti. Tyto změny neprobíhají rychle, pokud nemají přesně určený řád.

Sociologie medicíny se snaží najít stěžejní problémy, zkoumat změny v praxi, provádět neustále analýzu sociálních vztahů a hledání dalších východisek k dalšímu vývoji.

2.2 Předmět, vývoj a teoretická východiska

Sociologie medicíny je jedna z nejmladších sociologických subdisciplín. Často se setkáváme s různými pojmy například sociologie medicíny, sociologie zdravotnictví, sociologie zdraví, nemoci, medicínská sociologie. Všechny tyto termíny vymezují jeden obecný, základní záměr zkoumat spojitosti mezi různými oblastmi a také problémy medicíny a sociologie.

„**Sociologie medicíny** je vědecká disciplína, která užívá teorie a metody empirické sociologie za účelem rozboru fenoménů „zdraví“ a „nemoc“, stejně jako k analýze vztahů „zdravotnické zařízení“ a „zdravotnické povolání“ ve vzájemné interakci s pacientem.“ (Bartlová, 2005)

Cílem je porozumět, jak působí sociální vliv na vznik a průběh nemoci, na zdraví a jaké jsou důsledky na jedince, ale i na celou společnost.

Na řešení problému prevence, rozpoznávání nemocí, chování pacientů, vyváženost lékařské péče, se podílejí svými poznatky a řešeními také i odborné disciplíny. Jsou to psychosomatika, lékařská psychologie, preventivní medicína, epidemiologie aj.

V sociologii medicíny jde o snahu porozumět sociálnímu jednání lidí. Pojem sociální jednání obsahuje 3 různé roviny (Siegrist, 1988, s. 6):

1) faktor společenského uspořádání upevňujícího sociální pořádky:

- sociální jednání v organizacích (např. činnost v nemocnicích)
- sociální jednání jako výraz sociální role určitého povolání (např. působení lékaře)

2) faktory mezilidských vztahů:

- sociální jednání jako vyjádření společenské skutečnosti (např. vyloučení nemocného z normálních běžných vztahů)
- sociální jednání jako skupinový proces (např. sociální podpora ve skupině ve vztahovém poli)

3) faktor individuální připravenosti k jednání:

- (např. rozhodnutí k jednání, směřující k podpoře a upevnění zdraví).

Lékařské vědy představují soubor vysoce specializovaných oborů. Diferenciační proces v sociologii se teprve rozvíjí. Nutnost spolupráce obou oborů je nutná.

Americký sociolog Robert Straus v roce 1957 rozdělil lékařskou sociologii na dva okruhy:

I. sociology of medicine

II. sociology in medicine

I. Sociology of medicine

Zabývá se medicínou jako společenskou institucí. Je překládána jako sociologie medicíny, sociologie zdravotnictví. Zkoumá zdravotnictví jako společenskou instituci, jeho vztah ke společenské struktuře a jeho strukturu. Na otázky kladené sociologicky s využitím sociologických metod se snaží najít odpověď.

Rozdělení sociologie medicíny podle V. Tlustého (1968, s. 32-33):

1) sociologie zdravotnictví jako společenská instituce

- funkce zdravotnictví ve společnosti
- vztah zdravotnictví k organizaci a řízení společnosti
- vztah zdravotnictví k společenským institucím
- ekonomická funkce zdravotnictví
- organizace jednotlivých složek zdravotnictví
- využívání jednotlivých složek zdravotnictví

2) sociologie zdravotnického zařízení

- jeho organizace
- problémy řízení zdravotnických zařízení
- prestiž jednotlivých zdravotnických zařízení
- ekonomicko-sociologické problémy jednotlivých zdravotnických zařízení
- pracovní podmínky v konkrétních zdravotnických zařízeních

3) sociologie vnitřní struktury zdravotnických zařízení

- vztah ekonomie a struktury zdravotnického zařízení
- formy řízení a autorita uvnitř zdravotnického zařízení
- formy sdělování informací
- interpersonální vztahy uvnitř zdravotnického zařízení

4) sociologie výchovy zdravotnického personálu

- motivace volby povolání
- sociologické problémy vlastního studia

Pro lepší představu o obsahu sociologického bádání ve zdravotnickém zařízení jako jedné z nejdůležitějších částí sociologie zdravotnictví uvádí H. Schelsky tyto základní komplexy výzkumů (Schelsky, 1958, s. 48):

Provozně sociologická analýza – zabývá se sociálními vztahy mezi různými funkčními a odbornými skupinami navzájem i jejich vliv na pacienta.

Odborně sociologická analýza - objasňuje vzory chování a pracovní podmínky jednotlivých kvalifikačních skupin jako jsou lékaři, sestry, ostatní zdravotničtí pracovníci a administrativní aparát, jejich výběr, vzdělávání, a prestiž.

Pracovně sociologické hledisko - vliv moderní techniky a jejich aparatur na sociální a odborné chování těch, kteří s ní pracují.

Výzkum vzájemných účinků mezi nemocnicí a jejím prostředím – jde o dva komplexy problémů: o určení role nemocnice ve zdravotnictví a o vztah nemocnice k všeobecnému sociálnímu prostředí.

Z názoru Schelského si můžeme udělat představu o úkolech a obsahu sociologie.

II. Sociology in medicine

Zabývá se sociálními podmínkami vzniku onemocnění. Sociologii v medicíně můžeme rozdělit takto:

1) sociologické problémy civilizačních chorob

- sociologické otázky srdečních chorob
- sociologická problematika cévních chorob

- novotvary
- vliv životního stylu na utváření civilizačních chorob
- podíl stravy při vzniku těchto chorob
- sociální problematika pohlavních chorob

2) sociologická problematika tzv. návykových chorob

- sociální problémy alkoholizmu
- sociální otázky narkomanie
- sociologické podmínky vzniku lékové závislosti
- problémy kouření a jejich vztah k sociálním aspektům

3) sociologické otázky psychických onemocnění

- problém duševních chorob
- sociologické podmínky frustrace
- suicidia ze sociologického hlediska

4) sociologické problémy úrazů a chorob z povolání

Toto dělení je užitečné při pokusech vymezit a charakterizovat problematiku rychle a stručně.

Vymezení **předmětu sociologie medicíny** je složité, neboť souvisí s rozvojem disciplíny, existuje na rozhraní více vědních oborů. V posledních desetiletích si společenský význam této problematiky vynutil, aby se sociologie medicíny vyvíjela jako relativně samostatná akademická disciplína ve výukové a výzkumné činnosti.

Obor sociologie medicíny vznikl přirozeně s vývojem medicíny a péči o zdraví. Je uznávaným oborem, je zařazený do lékařského studia a tomu odpovídají teoretická řešení jednotlivých problémů.

3 Socializace

Socializace – je proces začleňování člověka do společnosti, v němž dochází k proměnám, jimiž se jedinec postupně vzdaluje od výchozího stavu novorozeněte a stává se z něho člověk jako kulturní bytost schopná fungovat ve složitém systému lidské společnosti.

- socializace je celoživotní proces, nekončící dosažením dospělosti

Dělíme ji na socializaci **primární, sekundární a terciární**:

- **Primární** - od narození do tří let, v rodině, vstřebané normy jsou stabilní, ale mohou se během života měnit
- **Sekundární** – od 3 let do dospělosti, v rodině, ve škole, příprava jedince na jeho roli ve společnosti
- **Terciární** – od dospělosti do smrti, člověk v kontaktu se svým okolím mění své názory a postoje = sociální interakce

Existují dva mezníky socializace jedince do společnosti a oba dva jsou biologické – jeho narození a smrt. Lidský jedinec přichází na svět jen jako potenciální člověk, jako biologická bytost a bytostí společenskou se teprve stane.

Člověkem se stává v **procesu socializace**, jehož výsledkem je získání specificky lidských způsobů psychického reagování, vnímání, myšlení, citění a konání, tedy osvojení si vlastností, které mu umožňují život ve společnosti. (Sollárová, 2008)

Socializace je univerzálním prostředkem kultury a společnosti k zajištění kontroly chování a myšlení svých členů. Prochází jí v určitém smyslu každý lidský tvor a kontrolní mechanismy jsou vbudovány přímo do podstaty té které společnosti. Výsledkem socializace je bytost,

kteřá má nejen nezbytné vědění, ale i internalizovala hodnoty, normy a měřítka své kultury. (Keller, 2005)

Vlivy společnosti jsou značně rozmanité. **Vnitřní a vnější mechanismy** socializace jsou v neustálé interakci. Vnější mechanismy mají nepopíratelný vliv na mechanismy vnitřní. Člověku žijícímu v určité společnosti jsou odkrývány i významy jeho vlastního chování. V důsledku toho se jeho chování stává záměrným. Není to pouze chování člověka, co si uvědomuje, jsou to i procesy jeho myšlení. A tak postupem času začíná kontrolovat nejen svoje chování, ale i svoje myšlení a prožívání. (Vygotskij, 2004)

V globálním smyslu slova socializaci chápeme jako proces celoživotní a zároveň její jednotlivé „pasáže“ jako procesy v podstatě konečné, volně se proplétající a na sebe navazující. Tyto podprocesy je lépe chápat jako učení se nezbytným sociálním rolím.

Proces socializace je vhodné přirovnat například k životu herce na divadle. Dokud je v divadle nový, nedostává žádné větší role, jen jednodušší vedlejší. Dětem je odpouštěno mnohé porušení „dobrých mravů“. Jak se jeho zkušenosti a zručnosti vyvíjejí, tak i vyzrává ve své profesní roli herce. Postupně se k jeho postupující kariéře vztahují komplikovanější a komplexnější role. Co je dále v tomto příoměru viditelné, je skutečnost, že k novému herci na divadle je i obecnost a jeho kolegové mnohem tolerantnější. Pro vývoj jedince je příznačné i to, že se z role subjektu socializace později stává jejím objektem. (Odehnal, 1988)

V běžném životě je nezbytná nejen samotná znalost obsahů sociálních rolí, ale i jejich věrohodné hraní. (Keller, 2005) Člověk má v každé sociální roli určitou odpovědnost a zároveň lidé, kteří se nalézají v oblasti jejího dopadu, bývají ovlivněni různými představami o tom, jaké je správné provedení dané role. Společnost v průběhu svého vývoje zhmotnila konkrétní představy o optimálním naplnění těchto způsobů života. Je dané, jakým způsobem mají být naplňovány sociální role dané pohlavím, věkem, třídním postavením, profesí apod. (Odehnal, 1988)

Při běžném kontaktu s neznámými lidmi poznáme zpravidla socioekonomický status daného člověka v širším slova smyslu. A dokonce pokud jeden z nás překročí pravidla některé své role, druhý si toho nemusí všimnout, ale záleží na míře tohoto přestoupení. Z normativních požadavků společnosti odvozujeme obsah socializace.

Teorie sociálních rolí říká, že člověk, je-li považován za normálního, potom jedná tak, jak to odpovídá jeho pozici ve skupině či společnosti. (Keller, 2005)

Lidé od různé úrovně sociálního statusu očekávají rozdílné naplnění příslušné sociální role. Čím vyšší se tento status v očích subjektu jeví, tím užší jsou hranice pravidel a norem chování, které od objektu očekává. Čím je sociální status dané sociální role větší, tím jsou i pravidla a normy chování přísnější a bedlivěji okolím sledované. Uvedu příklad propasti mezi tím, „co je dovoleno“ bezdomovci a tím „co je vyžadováno“ od politiků, mediálních lidí. Stejně tak běžný člověk žije obklopen pravidly jemu příslušejících sociálních rolí. Těmito normami je ve finále ovlivňován v případě úspěšné socializace především zevnitř sebe sama. (Sollárová, 2008) Zvnitřněná kontrola chování je položena na znalosti možných důsledků chování. Důležitý je i aspekt mnoha vnitřních kontrol, které jsou vyžadovány pouze subjektem, za které je dokonce schopen sám sebe sankcionovat. Mechanismy socializace jsou založeny na procesech učení a regulačních procesech působení činitelů socializace. (Sollárová, 2008) Navíc každá společnost od svých členů vyžaduje jiné vzorce chování. Některé společnosti například vyžadují, aby se dítě osamostatnilo co nejdříve, zatímco v jiných je závislost na rodičích vyžadována po velmi dlouhou dobu. Existují společnosti, ve kterých je metodou socializace poslušnost a podřízenost, v jiných je to zase samostatnost, cílevědomost.

Literatura:

KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 4. rozšířené vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-25-7.

VYGOTSKIJ, L. *Psychologie myšlení a řeči*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-943-7.

3.1 Dělení a činitelé a socializace

Socializaci dělíme na:

- **primární socializaci**
- **sekundární socializaci**

Tzv. **primární socializace** se začíná v raném dětství uvědoměním si svého místa ve světě (koncepte Já) a končí plnohodnotným fungováním ve společnosti dospělých. Po primární socializaci následuje (někdy se můžou navzájem prolínat) tzv. **sekundární socializace**, která probíhá po zbytek života a souvisí zejména s rozvíjením schopnosti žít s lidmi a mezi lidmi (interakcemi), se začleněním do sociální skupiny a osvojením si norem, které ve skupině panují, s učením se sociálními rolím spojeným s určitými pozicemi a schopností najít si přiměřené místo ve složité soustavě sociálních vztahů. Člověk se tedy z biologického tvora stává socializací člověkem společenským a kulturním, dochází nejen k sociální adaptaci, ale také k humanizaci člověka.

Primární socializaci rozdělujeme na záměrnou a nezáměrnou:

Záměrná (vědomá) – deliberate socialization – je záměrné úsilí zejména rodičů a dalších pečovatелů ovlivňovat, vyučovat a vychovávat.

Nezáměrná (nevědomá) – nondeliberate socialization - probíhá každodenním vlivem rodičů a dalších sociálních vzorů v neformálních situacích, kdy člověk (dítě) pozoruje sociální model nebo se s ním integruje. (Jandourek, 2001)

Člověk v průběhu socializace musí:

- **porozumět kultuře společnosti**, ve které žije, osvojit si soubor materiálních a duchovních hodnot, které lidé vytvořili
- přijmout za svůj, tj. **internalizovat** soubor hodnot, které společnost, ve které žije, sdílí a určitý soubor norem, jejichž dodržování společnost vyžaduje, aby ve společnosti vznikl hodnotový a normativní konsensus
- **naučit se** základním způsobem chování v typických sociálních situacích, to znamená, že se musí naučit hrát určité sociální role. (Petrušek, 1994)

V socializačním procesu má nezastupitelnou úlohu sociální (skupinové) prostředí, přičemž rodina je nejvýznamnější ze skupin, které člověka přetvářejí v sociální bytost a formují jeho osobnost, a to zejména v první fázi interakce dítěte s matkou. Jedinec se dozvídá, jak se jmenuje, setkává se s reakcemi na své projevy, později pozoruje a napodobuje jednání druhých lidí.

Tzv. symbolický interakcionismus (George H. Mead) zdůraznil, že vědomí sebe sama se utváří prostřednictvím názoru druhých lidí. (Buriánek, 1996)

V roce 1902 zavedl americký sociolog C. H. Cooley do sociální psychologie pojem „**primární skupina**“. V těchto skupinách člověk získává výchozí sociální zkušenost a současně také základní hodnotový systém a morální standardy. Dle Cooleyho jsou primární skupiny co do vnějších forem a podob proměnlivé, z hlediska svých základních funkcí jsou totožné ve všech lidských společenstvích.

Primární skupina vykazuje tyto znaky: je založena na osobním kontaktu svých členů, je to vždy početně malá skupina, mezi členy vznikají vztahy vysoké vzájemné důvěrnosti, základním motivem členství nejsou vnější pohnutky, ale uspokojení člena skupiny, jedinec je plně angažován a tyto skupiny mají relativně dlouhodobé trvání. Dle Cooleyho tyto znaky vykazují tři typy skupin: rodina, dětské herní skupiny a sousedství. (Petrušek, 1994)

Socializační proces se uskutečňuje v řadě skupin, které nemají povahu primárních skupin, jsou označovány jako „**skupiny sekundární**“, škola, zájmové organizace atd., významnou roli v socializačním procesu hrají **hromadné sdělovací prostředky**.

Pojem „**sekundární skupina**“ byl do sociologie zaveden ve 20. letech 20. století jedním ze zakladatelů tzv. chicagské školy. Dále jsou sekundárními skupinami zejména **asociace, etnické skupiny a společenské třídy a vrstvy**. (Petrušek, 1994)

V interakcích s druhými se tak člověk začleňuje do určité kultury a sociálních vztahů. Sleduje své potřeby a zájmy, určitým způsobem na základě těchto potřeb a postupně získané sociální zkušenosti posuzuje druhé, interpretuje situace, do kterých se dostává a v souladu s těmito interpretacemi koná. (Havlík, 1997)

Proces socializace zahrnuje samostatné děje:

Personalizace - proces utváření svého Já, utváří se aktivní, jedinečná, samostatná a vyzrálá osobnost, která se postupně začleňuje do mezilidských vztahů.

Enkulturační – proces přijímání a osvojování si sociálních norem, hodnot dané kultury, dochází k utváření stylu života, etických a estetických kritérií.

Profesionalizace – proces rozpoznávání společensko-ekonomické dělby úkolů ve společnosti, člověk si osvojuje a zároveň zajímá profesní roli – získává přehled, informace v daném oboru.

Pro každou společnost socializace představuje základní problém, a to z dvou důvodů:

1. jedinci, u kterých neproběhla uspokojivá socializace, nejsou schopni vstupovat do běžných interakcí s druhými členy skupiny, nedokážou respektovat normy běžného soužití a zapojovat se do kolektivního života, kolektivních akcí.
2. společnost bez socializace není schopna předat své normy a hodnoty následující generaci a rozpadá se. (Keller, 2001)

Socializace má také své problematické důsledky. Například kromě kulturních hodnot se přenáší i existující nerovnosti. Jedinec se také může velmi úspěšně socializovat se skupinou, jejíž hodnoty a normy jsou v rozporu s celospolečenskými normami a hodnotami. (Keller, 2001)

Hlavní činitel	Možná kompenzace
----------------	------------------

prenatální období	matka	není žádná přímá kompenzující osoba
rané dětství	matka	otec, sourozenci prarodiče
předškolní a mladší školní věk	rodina	učitelé (školka, škola) spolužáci
starší školní věk a	spolužáci	kamarád/ka, přítel/kyně

střední škola		rodina
práce, vysoká škola	partner/ka, kolegové	přátelé, rodina psychoterapie

Úplné vypadnutí hlavního činitele nemusí znamenat destrukci socializace, pokud je přítomná dostatečná kompenzace. O vlivech špatné socializace se více dozvíte v kapitole důsledky defektní socializace. Dokonalá socializace pravděpodobně neexistuje. Můžeme se pohybovat pouze v určitém rozpětí, lze říct i spektru, vhodné a méně vhodné socializace.

3.1.1 Základní socializační činitelé

Socializační činitelé jsou důvodem, proč se člověk stává příslušníkem daného společenství, nositelem a přenášečem kultury tohoto společenství. V každém socializačním působení je nutný alespoň jeden socializovaný subjekt a alespoň jeden objekt socializace – činitel této socializace. (Odehnal, 1988) V otázce socializace je třeba zmínit i rozdíl mezi tradiční a moderní společností. Dříve byl celý život prožit v komunitě důvěrně známých lidí bez jakékoli anonymity a sociální kontrola byla v tradiční společnosti všudypřítomná. Diktovala chování člověka od narození až do smrti, ale stanovila mu šance i po ní. Mobilita mezi peklem, očistcem a rájem byla zanedbatelná. (Keller, 2005)

V důsledku průmyslové revoluce, urbanizace došlo především ve velkých městech k rozbití tradičních komunit. Tím se vytvořil prostor pro patologicky nízkou sociální kontrolu. Často dochází k tomu, že člověk poskytující pomoc si není jasně vědom svých motivů. A tak dříve svázané procesy socializace jsou rozštěpeny vzájemnou neznalostí, konkurencí a proto rodina, škola, vrstevníci, masová média vytváří nikoli souběžné, ale naopak protichůdné socializační tlaky. (Keller, 2005)

Zde je nutno podtrhnout fakt, že pokud by v jedné fázi hlavní socializační činitel neplnil svou funkci ve smyslu přínosném pro vhodnou socializaci, nebyla přítomná žádná dostatečná kompenzace tohoto jevu, potom jsou ohroženy všechny fáze následující.

4 základní socializační činitelé:

1. rodina (první sociální skupina, se kterou člověk po narození přichází do styku) problém je u rodičů, kteří nemají hodnoty a neznají normy, tudíž nemají ani co předat – po škole se pak vyžaduje, aby tuto funkci rodiny alespoň částečně suplovala

2. škola (už mateřská škola, popř. jesle)

3. vrstevnické skupiny – ve chvíli (puberta), kdy rodina a škola jako socializační činitel ztrácí ve významu a vrstevníci se mohou stát rozhodující

4. masová komunikace

Rodinu dělíme na funkční, nefunkční; úplnou, neúplnou; homogenní, heterogenní, restaurovanou (znovu vzniklou); primární, sekundární; základní, rozšířenou.

Rodina může mít různé výchovné styly:

- **Autoritativní** (příkazy, zákazy, tresty, pevná ruka, žádné diskuze, žádná tolerance, strach)

- **Demokratický** (tolerance, dítě respektuje rodiče, stanované pravidla, dítě vyjadřuje názor, konečné slovo vždy rodič)

- **Liberální** (sociální frustrace, volná výchova, rodičům je výchova jedno, neexistují pravidla, žádný respekt)

Mezi **nevhodné výchovné styly** patří:

- Přehnaně autoritativní, liberální styl
- Pedocentrická výchova (dítě středem)
- Hypersenzitivní (hýčkané dítě, často u jedináčků)
- Zavrhuující (odstrkující výchova)
- Degradující (podceňuje osobnost dítěte)
- Preferující (více dětí, kde je jeden preferován)
- Perfekcionistická (realizace nenaplněných ambicí rodičů prostřednictvím dítěte)
- Brutální (mlácení, přehnané fyzické tresty)

Mezi **vhodné výchovné styly** patří:

- Podpora sebevědomí dítěte (rozumná míra)
- Dítě potřebuje v dospělém správný vzor
- Dostatek času na dítě (zájem o koníčky, kamarády)
- Podpora samostatnosti dítěte
- Nepodceňovat, neshazovat, dostatek lásky, bezpečí, všestranný rozvoj
- Umožnit dítěti beze strachu se projevat

3.1.2 Masová komunikace

Dalším z významných činitelů socializace je i **masová komunikace**.

„Je to veřejné sdělování a sdílení významu mezi lidmi, v němž zdroj, množina původců - komunikátorů, zpravidla organizovaná, zastává trvale roli vzhledem k množině příjemců - publiku, organizovanému či neorganizovanému a časově nebo prostorově vzdálenému. Tato vzdálenost je přemostována sociálně - dalšími účastníky masové komunikace, a předmětně – masovými komunikačními prostředky“. (Janoušek, Slaměník, 1988)

Původcem i příjemcem je množina mnoha jedinců. V případě původce má tato množina organizovaný charakter, v případě příjemce – charakter převážně neorganizovaný. Mezi hlavní původce masové komunikace patří TV, Tisk, Internet.

Nejstarší prostředek masové komunikace byla kniha, po které následoval tisk. Dále se hlavním původcem masové komunikace stal rozhlas, který nahradila kinematografie a televizní vysílání. Televize je v současné době nahrazována internetem. Přímé sledování televizního vysílání je nahrazováno pouštěním nahraných DVD médií.

Televizní přijímač je často využíván na hraní počítačových her a počítač na „surfování“ po internetu. Novým problémem je také chat a psaní blogů. Uživatelé chatů jsou si vědomi nízké míry věrohodnosti sdělovaných tvrzení, přesto při komunikaci přes chat tomuto faktu nepřikládají odpovídající váhu, dokud v průběhu komunikace nenarazí na zjevnou lež.

V jednom výzkumu byl sledován vliv agrese v televizi na projevující se násilí v dětské hře. Jedna skupina dětí byla vystavena sledování násilí v epizodě televizního pořadu, která obsahovala rvačky s nožem, střelbu a pěstní souboje. Druhá skupina byla vystavena nahrávce, která byla plná akce, ale násilí neobsahovala. Poté byly děti vyzvány, aby hrály hru, v níž mohly působit užitečně, nebo být vůči ostatním hráčům agresivní. Děti, které byly vystaveny sledování násilí v televizi, byly vůči ostatním hráčům spíše násilní, často je trestaly a nebyly ochotné s nimi spolupracovat. V další části si mohly děti hrát v místnosti, která obsahovala hračky násilné – pistole, nože a hračky nenásilné – panenky. Děti, které viděly v televizi násilí, si hrály s hračkami násilnými.

Násilí v televizi může mít jiný účinek než je stimulování násilného chování. U člověka, který je vystavován násilí, může vzniknout pocit a dojem, že násilí je normální. Násilí ve videohrách může vést u určitých jedinců k násilné tendenci.

Sociální činnost = **prostředky socializace** – hra, učení, práce

- **hra** – učení se zvládat i sociální situace role, dítě se učí i odreagovávat, má za cíl radost
- **učení** – získávání individuálních zkušeností
- **práce** - převažující sociální činnost člověka dospělého věku, kooperativa, povinnost, houževnatost, apod.), kdy člověk rozvíjí své charakterní vlastnosti (pilnost, svědomitost, apod.,

Předpokladem **správné socializace** je

Adaptace:

- přizpůsobení; jedinec se umí přizpůsobit podmínkám, které na něho působí;
- úplné přizpůsobení všemu

Adjustace

- částečné přizpůsobení podmínek sobě
- specifická forma adaptace
- proces přizpůsobení se společenskému prostředí aktivním zasahováním na straně jedné a přijímáním n a straně druhé

Člověk by měl prožívat i adjustaci a adaptaci – pokud ne, vývoj není harmonický

Neadekvátní způsob přizpůsobování se je:

Maladaptace (mal = nepřizpůsobení)

- nepřizpůsobení se společnosti, sociálním podmínkám
- průběh může být nedokonalý nebo úplně špatný
- může se projevit i poruchami chování, neadekvátní citové reakce; vůči sobě – pocit méněcennosti

Maladjustace

- neadekvátní přizpůsobení sociální roli
- selhávání při řešení problémů související s novou sociální rolí

Maladaptace + maladjustace má dlouhé trvání = poruchy chování

Projevení maladaptace a maladjustace:

- neadekvátní citové reakce – chybné vůči okolí nebo chybné vůči sobě
- dítě v dětském domově: nekomunikativnost, pocit méněcennosti, pomlouvání, uzavírání se do sebe, útek (vysnění si něčeho nereálného)
- vnitřní vyváženost – tendence k jednostrannému přizpůsobování
- neadekvátní volní reakce – nerozhodnost, nedostatečná sebekontrola

3.1.3 Produkty socializace

Produkty socializace se vytvářejí v průběhu socializace

- **sebevědomí** – vědomí sebe sama; nejprve je o fakt uvědomění si sebe sama, vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností
- **sebehodnocení** – proces nahlížení na sebe, hodnocení sebe v kontextu nějakých kritérií, jde o posouzení sebe a své připravenosti něčeho dosáhnout, něco zvládnout nebo vyřešit
- **sebepojetí** – jak jedinec vidí sám sebe, jakou má představu sebe sama

- **sebeaktualizace** - potřeba maximálního využití svých potencialit (subjektu možného), seberozvoje, sebeuskutečnění, sebeuplatnění
- socializace úzce souvisí s **utvářením postojů a vztahů** - zahrnuje: vývoj vztahu k lidem, vývoj kontroly chování, osvojení si chování

Postoje

- nejsou vrozené
- během života se utvářejí postoje na základě socializace, utváří se v rámci sociálních skupin, kterých jsme členem
- postoj = stanovisko, které člověk zaujal; působí jako filtrující a kontrolní orgán (ne vše přijmeme); postoje měníme na základě zkušeností; projevuje se připraveností plnit určité úkoly a cíle

Druhy postojů:

- názor – určitý postoj, kdy převládá představa o něčem
- smyšlení
- víra

Pokud zaujímám určitý postoj – má to vliv na chování jedince

3.2 Mechanizmy socializace

Pět nejdůležitějších mechanismů socializace:

1. vliv prenatálních podmínek na postnatální vývoj
2. vzájemnost vztahů matky a dítěte (např. taktilní doteky matky a dítěte se pohybují na škále od něžných po agresivní a hrubé)
3. role nedospělých vrstevníků ve vývoji (např. společná hra)
4. otevřenost vývojového procesu po celé trvání života (např. socializace jedince v novém, cizím prostředí)
5. role stimulace ve vývoji (např. koordinace oka a ruky se vytvoří správně pouze tehdy, když se může dívat kolem sebe)

Dále dělíme mechanismy socializace na **vnější a vnitřní**.

Mezi **vnější mechanismy** můžeme zařadit veškeré okolí jedince. Vnějšími mechanismy jsou různé společenské instituce, sociální status, přátelé, školní kolektiv, prarodiče.

Mezi **vnitřní mechanismy** musíme zařadit i mozek člověka. Existují přesvědčivé argumenty, že čelní laloky mozkové kůry jsou tím, co dělá člověka člověkem, což je i schopnost korektního sociálního chování. Pokud dojde k poškození frontálních laloků, může dojít k dramatické změně osobnosti.

Vnitřní mechanismy mají také vliv na vnější. Například aktivní matka a klidné introvertní dítě. Nároky matky na pohyb budou jistě přesahovat motivaci dítěte. Můžou vznikat nehody v základním rozložení osobností obou a pravděpodobně jich budou doprovázet celý život, pokud se ani objekt ani subjekt nepřizpůsobí druhému.

Vzájemné nepochopení může vést k útěku do svého světa. Pokud jsou předpoklady dítěte v rovnováze s očekáváním a nároky okolí, bude vhodná a přiměřená stimulace podkladem zdařilé socializace. Čím více budou v rovnováze vnější a vnitřní mechanismy socializace, tím je vyšší pravděpodobnost úspěšné socializace.

Ne každé působení společnosti lze označit jako působení socializační. Odehnal (1988) rozlišuje ještě tři množiny vlivů:

1. Individualizační působení, které není se socializací v rozporu, ale dotváří individuální specifika jedince.
2. Patogenní působení, které způsobuje vznik duševních poruch.
3. Deviantní socializaci, která je odchylkou od socializace.

Proces socializace pak definuje jako působení společnosti, díky němuž se stává postupně více a více členem této společnosti. Zároveň musíme zdůraznit celoživotní proces socializace.

3.3 Důsledky defektní socializace

„Děti držené od narození v izolaci vykazovaly zásadní deficit lidské psychiky a chovaly se v podstatě jako lidem podobní živočichové.“ (Nakonečný, 1997, s. 317)

Úplné odloučení

J.A. Komenský ve svém díle Velká didaktika popisuje příklad tzv. **vlčích dětí**.

K dalším významným patří příběh dvou indických děvčátek Amaly a Kamaly, které byly chyceny ve vlčím doupěti, běhaly po čtyřech, k uchopování předmětů a pití užívaly přímo ústa, lidí se obávaly a cenily na ně zuby, komunikovaly vrčením a skřeky. Trvalo tři roky, než se Kamala (její socializace začala asi v jejích osmi letech) vzpřímila, po šesti letech začala chodit. Po dvou letech řekla první slovo, po čtyřech šest slov, po osmi letech mluvila v jednoduchých větách.

Za první vědecky doložitelný bývá považován případ „divokého hochy z Aveyronu“, který se asi jako 10 až 12 letý vynořil z lesů na přelomu roku 1799 a 1800, pobíhal nahý, jedl kořínky, nemluvil a měl zvířecí chování. Po určité době byl schopný se obléct, chodit na toaletu, dělat jednoduché práce. Je uváděn jako příklad částečně zdařilé opožděné socializace.

Izolace a zanedbanost

Z počátku 19. století vstoupil do dějin případ Caspara Hausera, který vyrůstal zavřený ve sklepech, a když se asi ve svých 17 letech objevil v ulicích Norimberku, měl chování 2-3 letého dítěte. Také v jeho případě měla socializace relativní úspěch.

Dalším případem bylo děvčátko Genie, které bylo od 20 měsíců do 13 let zamčeno, omezováno a týráno otcem. Dívka po této době nebyla schopna stát, běhat, jen se neobratně posuovala. Po určité době zvládla základní hygienické návyky, naučila se jíst, nechala se oblékat. Její znalost jazyka nikdy nepřesáhla úroveň 3-4letých dětí. (Havlík, 2009)

Psychická deprivace

Psychická deprivace je psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. (Matějček, 1974)

- je vážné narušení psychického vývoje, může se projevit v celé struktuře osobnosti, v chování, v sociálním začlenění, v postojích
- lze ji chápat a vnímat jako skrývání, odepírání zájmu, nedostatek něčeho, utrpení z nedostatku smyslových podnětů, dlouhodobý nedostatek tělesných a psychických potřeb, smyslových podnětů

Psychická subdeprivace

Psychická subdeprivace označuje lehčí formu deprivace. Jde o obraz deprivacních příznaků, jenže v méně výrazné a dramatické podobě. Zachycené odchylky jsou lehké, jemné, nenápadné. Nápadnými se stávají až ve svém souhrnu.

Resocializace – obnovování hodnot a norem – např. při návratu lidí z vězení. Resocializace je návrat někam, kde už člověk někdy byl. Pokud neměl nikdy žádné hodnoty, je to těžké.

4 Sociální stratifikace

Pojem **sociální stratifikace** pochází z latinského stratum – tj. vrstva, což znamená, že společnost netvoří homogenní celek, nýbrž se skládá z určitých vrstev. (Sekot, 2002) Sociální rozvrstvení představuje strukturovanou nerovnost mezi různými skupinami lidí. Tato nerovnost je charakterizovaná pro různé typy společností. I v těch nejprimitivnějších kulturách, kde neexistují majetkové rozdíly, se vyskytuje nerovnost mezi jedinci v určité komunitě. Jedná se o nerovnost mezi muži a ženami, mezi mladšími a staršími lidmi.

Sociální stratifikaci definujeme jako strukturovanou nerovnost mezi různými skupinami lidí v rámci určité společnosti.

Pojem sociální stratifikace byl převzat z geologie a v aplikaci na strukturu společnosti představuje hierarchické řazení jednotlivých společenských vrstev.

Pojem společenská – sociální vrstva chápeme jako velkou skupinu, která má shodné, společensky významné znaky, jimiž se liší od ostatních. Zároveň je to soubor osob, jež jsou propojeny určitou vnitřní vazbou a pocitem sounáležitosti. Společenské vrstvy dělíme podle různých kritérií a samozřejmě existuje i více protichůdných pohledů na toto téma. Tyto vrstvy jsou pak hierarchicky řazeny podle toho, jaký mají podíl na statcích, které jsou v dané společnosti ceněné či nedostatkové.

Nejčastěji bývají těmito kritérii: profese, množství majetku, naše hodnoty, podíl na moci či životní styl.

Literatura:

GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

SEKOT, A. *Sociologie v kostce*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-021-2.

ŠMIDRHALOVÁ, E. Sociální stratifikace. *Sociologie* [online]. 1. vyd. 2003 [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z: http://sociologie.topsid.com/index.php?war=socialni_stratifikace.

4.1 Systémy sociální stratifikace

Rozdělujeme čtyři základní systémy sociálního rozvrstvení

Otrokářský systém

Tento typ je založen na vzájemném vztahu otrok a otrokář. V různých společnostech se právní postavení otroků podstatně lišilo. Někdy byli otroci úplně bezprávní lidé a jindy se svým postavením blížili spíše služebnictvu.

Existence otroctví a otrokářství představuje extrémní formu společenské nerovnosti, kdy někteří jedinci se stávají součástí majetku jiných jedinců.

Například v Spojených státech amerických byli otroci využíváni výlučně k fyzické práci na plantážích nebo v domácnostech. Ve starověkých Athénách plnili otroci řadu velmi odpovědných úloh. I když byli vyloučeni z účasti na vojenském a politickém životě, mohli vykonávat další povolání. Někteří otroci dosáhli vysokého vzdělání a působili jako státní

úředníci. V starověkém Římě se někteří z otroků mohli zabývat obchodováním. S otroky, kteří pracovali na plantážích, se v antické společnosti zacházelo krutým a opovržlivým způsobem.

Společenské systémy, které byly založené na tvrdé a nucené práci otroků, se neprojevují sociální stabilitou, protože jedinou cestou k dosažení vysoké produktivity práce otroků byl neustálý dohled a kruté tresty. Takové chování vyvolává masový odpor.

Kastovní systém

Kastovní systém - Kasty je uzavřený stratifikační systém. Základním zdrojem společenské pozice člověka je prestiž, která je úzce spojena s příslušností ke kastě. Příslušnost se dědila z otce na syna, byla přenášena rodově.

Společenská prestiž člena určité kasty byla odvozována, spojována s náboženským učením. Menší význam pro zařazení člověka do určité vrstvy mělo bohatství a politická moc. Kastovní systém zakazuje kontakty mezi členy různých kast, je nezbytně nutné, aby příslušnost k určité kastě byla vždy viditelná.

V kastovním systému byly symboly společenské pozice. Nejčastěji byla pozice člověka symbolizována oděvem, způsobem účesu. Rozvrstvení do kast bylo zejména v agrární společnosti, kde nebyla rozvinuta dělba práce a společenské činnosti nevyžadovaly pohyb lidí a jejich integraci.

Stavovský systém

Stavovský systém (stavy) je budovaný na kritériu moci. Jednotlivé stavy se od sebe liší rozsahem pravomocí. Pravomoci byly úzce propojeny s osobou jejich vykonavatelů. **Stavy** jsou typické pro rozvrstvení evropské středověké společnosti. Stavovský systém neznámá izolaci jednotlivých vrstev od sebe.

Lidé ve společnosti jsou chápáni jako v zásadě podobní. Nemůže mezi nimi existovat zásadní odlišnost jako mezi otrokem a otrokářem. Mezi jednotlivými stavovskými vrstvami existují kanály, kterými se příslušníci nižších stavů mohou dostat na vyšší společenskou pozici. Mechanismus stavovského povýšení má obvykle charakter osobního rozhodnutí těch, kteří mají větší vojenskou, politickou, duchovní nebo organizační moc. Další možností byl postup v rámci moci vojenské.

Udatnost v boji panovník odměňoval povýšením do šlechtického stavu. S příslušností k vyššímu stavu korelovalo větší bohatství. Bohatství bylo výsledkem mocenského postavení člověka a nebylo produktivní ekonomicky. Spíše sloužilo jako symbol společenské pozice majitele. Majetek sloužil k utužování osobní závislosti poddaných a nižších stavů na příslušnících vyšších stavů.

Zjednodušeně řečeno feudálové ve středověku za pomoci vojenské síly vybírali vysoké daně od svých poddaných, které jim pak podle vlastního uvážení a zájmů přerozdělovali.

Stavovský systém rozvrstvení lidí ve společnosti nemá jen historickou podobu evropského středověku, ale můžeme ho nalézt mnohem dříve i mnohem později. Prvky stavovského rozvrstvení, které je založeno především na mocenském postavení a na osobním rozhodování skupiny mocných lidí, bylo možné najít i v zemích reálného socialismu.

Novověkým příkladem stratifikace je nacistické Německo za vlády Adolfa Hitlera.

Třídní systém

Třídní systém je typický pro moderní společnost. Dominantním zdrojem společenského postavení člověka je příjem a bohatství. Společenské třídy definujeme jako skupinu lidí, kteří zaujímají určitou společenskou pozici, protože mají určité postavení v hospodářském

životě. Postavení v hospodářském životě je určeno vlastnictvím a kontrolou produkčních zdrojů. Na rozdíl od stavovského systému je bohatství a majetek v třídním systému spojeno s produktivním vlastnictvím.

4.2 Vybrané termíny

Společnost

Termín **společnost** je jedním z nejširších, nejobecnějších a neurčitých termínů v sociologii. Společností se označuje větší lidská jednotka, která je organizovaná v určitém teritoriu a obnovována sexuální reprodukcí členů, společnost je specifický sociální útvar, zpravidla účelově uspořádaný s vlastním, od jiných sociálních útvarů hodnotovým a normativním systémem, kterým realizujeme své cíle.

Minorita

Je to menší část společenského celku lišící se od majority odlišným původem, národností, náboženstvím. Minorita je skupinou osob, které jsou pro fyzické nebo kulturní charakteristiky odloučeny od ostatních. Ve společnosti, v níž žijí, je s nimi jednáno odlišně a nerovně, status minority s sebou nese vyloučení na plném podílení se na životě společnosti.

Elita

Je malá část společenského útvaru, nejlepší vybraná část určitého celku osob, jehož členové zaujímají vysoké postavení, reprezentují různé funkční, zejména profesní skupiny (např. prominenti z oblasti veřejné zprávy, politických stran, obchodu, vědy, atd.). V soustavě sociálních skupin zaujímá elita místo v horní vrstvě, částečně ve střední vrstvě, svou sociální pozicí vykonává sociální vliv (formulace citů, úkolů) a sociální kontrolu v oblastech sociálního života.

Ve starším pojetí znamenala elita vybranou menšinu na základě tradice, stavovské příslušnosti nebo majetku, která tvořila vládnoucí vrstvu. V moderní demokratické společnosti již jsou elity útvary otevřené.

5 Zdraví

Definování pojmu **zdraví** není jednoduché. Tento pojem používá laická i odborná veřejnost. Někteří autoři se domnívají, že nelze přesně zdraví definovat. Od roku 1948 je v ústavě Světové zdravotnické organizace definice zdraví: „**Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady**“ (WHO, 1948).

Tato definice pokládá lidské zdraví za složitý systém, v němž subsystemy fyzický, psychický a sociální tvoří dynamický celek. Zohledňuje objektivní a subjektivní aspekty zdraví. Slabou stránkou pojetí zdraví je, že obsah definice se opírá o subjektivní pocity člověka, ale nezachycuje jeho dynamiku.

Moderní medicína zahrnuje subjektivitu, lidskou psychiku, emoce, pocity, jako integrální součást lidského zdraví. Vícerozměrnost vymezení pojmu zdraví člověka umožňuje učinit závěr, že jde o **jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím**.

Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. Zdraví lidí je podmíněno tím, do jaké míry dokáží k ochraně, rozvoji a udržení vlastního zdraví přispět jedinci a jakou oporu najdou u ostatních i v celé společnosti.

T. Parsons (1972) vycházel z teorie rolí a definoval zdraví jako „**stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role a povinnosti**“. Zdraví definoval v termínech schopnosti individua plnit společenské úlohy. Ze sociálního hlediska je zdraví sociální konstrukt, který je různý v různých sociálních skupinách. Sociologie studuje zdraví z pohledu společenského a orientuje se především na zájmy komunity.

Německý sociolog K. Winter (1975) definuje zdraví jako „**stav, který dovoluje, aby se podle individuality a životních stádií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke spokojenosti jedince ve vztahu k sociální roli**“.

V této definici se objevují pojmy „stav“ a „životní stádium“.

Zavedením pojmu „stav“ do problematiky zdraví člověka umožňuje pochopit zdraví člověka jako proces, v němž se člověk dokáže přizpůsobovat. Toto přizpůsobování nárokům okolního přírodního a sociálního prostředí je důvodem toho, že zdraví člověka nelze chápat jinak než jako dynamickou skutečnost. Zdraví chápeme jako proces, v němž je možný maximální rozvoj daných možností organismu. Jako životní proces se zdraví mění okamžik od okamžiku spolu s proměnami systému organismus – prostředí.

Rozšířená je i definice R. Bureše (1960), který definoval zdraví jako „**potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí**“. Proto rozeznáváme různé stupně zdraví podle toho jak je schopný organismus přizpůsobit se prostředí. Potenciál organismu se mění spontánně, ale lze ho i cílevědomě zvětšovat a vytvářet tak „pozitivní zdraví“. (Holčík, 1991)

L. Mistríková (2000) vymezuje zdraví jako sociální a sociologický problém. Pohled sociologie na sociální rozměr zdraví je z dvou hlavních aspektů – mikrosociálního a makrosociálního. Tímto pohledem se dá konkretizovat všeobecné tvrzení, že zdraví členů společnosti závisí na charakteru společnosti jako celku. V makrosociální rovině si sociolog všímá ekonomických, politických, demografických determinant. V mikrosociální rovině se sociologie zaměřuje na individuální souvislost zdraví – způsob života konkrétních jedinců i sociálních skupin, názory jedinců a jejich záměry.

Izraelský sociolog **A. Antonowsky** prosazoval filozofický náhled na zdraví vůči nemoci. Zavedl pojem „**pozitivní zdraví**“, zajímal se o problematiku sociálních vlivů na udržení dobrého zdravotního stavu nebo na vznik nemoci. Obrátil medicínskou otázku formulací dotazu, proč člověk ne onemocní, a to i tehdy, jsou-li přítomny zcela určité objektivně prokazatelné patogenní faktory. Místo na patogenezi, která zkoumá rizikové faktory nemocí, se zaměřil na **salutogenezi**, tj. hledání faktorů, které podporují pohyb směrem ke zdraví. Mezi nejdůležitější řadí osobní autonomii, důvěru ve svět a lidi kolem nás, pocit smysluplnosti života. **Salutogenezi** rozumí podporu kladným zdrojům odolnosti člověka a jeho schopnosti odpovídající aktivní adaptaci na potenciálně patogenní podněty prostředí. V této souvislosti doporučila WHO nový přístup ke zdraví tzv. posilování zdraví (health promotion). Posilování zdraví spočívá v aktivním vytváření imunitních schopností organismu, psychiky a chování člověka jako jedince i jako populačních skupin.

Při výkladu kategorie zdraví a nemoci se upíná pozornost teoretiků na závažný aspekt – na aktivní úlohu individua ve vztahu prostředí a lidského organismu. Převedení tohoto pojetí zdraví do praxe se má projevit v podobě prosazování aktivní úlohy každého jedince, zejména v oblasti prevence a podpory jeho zdraví.

Je nutné, aby si lidé uvědomovali, že zdraví je „vzácný statek“, do kterého je nutné v zájmu jak individuální, tak společenské prosperity investovat. To znamená, že by každý člověk měl mít vymezeno své místo, svůj díl kompetence a také odpovědnosti za ochranu svého zdraví.

Literatura:

- DRBAL, C. Politika pro zdraví. *Škola veřejného zdravotnictví IPVZ*. 1998.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století. In: *Erasmus*. 2000.

5.1 Sociální vlivy na zdraví a nemoc

Nejslabším místem odborného a laického myšlení je problematika sociálních vlivů na zdraví. Cílem lékařství byla a je etiologická léčba, která vychází z odhalování příčin onemocnění.

V posledních desetiletích je přijímán názor, že zdraví má mnohofaktorový, bio-psycho-sociální základ. Vzájemná interakce biologického a sociálního prostředí, lidského organismu a způsobu života člověka zapříčiňují nemoci a přispívají k jejich rozvoji.

V moderní společnosti ubývá etiologicky jednoznačných onemocnění. Zvyšuje se zájem o hledání rizikových faktorů a prevenci chorob. Zabránění chorobám a budování pozitivního zdraví jsou dva přístupy, které se vzájemně doplňují a nelze je oddělit. V současné době musíme mít na zřeteli potřebu optimálního rozvoje a využívání všech pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností jedince.

S rozvojem se dostala do popředí problematika negativních důsledků chorob. Součástí preventivní medicíny je ochrana životního prostředí. Poznání negativních důsledků civilizačního procesu je nezbytné pro realizaci potřebných opatření.

Mezi **negativní důsledky** současné úrovně společenského rozvoje patří:

- znečišťování ovzduší, vody, půdy
- nebezpečné změny klimatu
- nadměrný hluk
- zneužívání alkoholu, návykových látek
- kouření
- nedostatek tělesného pohybu
- nadměrný příjem potravy
- rychlé životní tempo a stresy
- nevhodné sexuální chování

Tyto faktory se podílejí na vzniku tzv. civilizačních chorob. Např. na ischemické srdeční chorobě, hypertenzi, zhoubných novotvarech, alergiích, astmatu, diabetu, chorobách pohybového aparátu, psychických poruchách. Jsou to choroby s dlouhodobým průběhem a závažnými následky. Na jejich vzniku se uplatňují i psychosomatické faktory.

Významným faktorem ovlivňujícím zdraví člověka je práce. Pracovní podmínky, pracovní prostředí a pracovní proces kladou na člověka na lidský organizmus člověka určité nároky. Tyto nároky mohou být i nepřiměřené fyziologickým možnostem člověka.

Neschopnost zvládat životní zátěže se považuje v současnosti za jednu z příčin mnoha onemocnění. Lidé zdraví, kteří nebyli schopni zvládat zátěžové situace, onemocněli v mnohem mladším věku.

Studie prokázaly vyšší úmrtnost u lidí s nižší kvalitou a kvantitou sociálních vztahů. Sociální vazby a sociální zázemí přispívají k ochraně zdraví a snižování rizika různých poškození a chorob.

Pro existenci člověka je důležité být v neustálé interakci s lidmi a prostředím.

V období války byli zdraví ti jedinci, kteří žili ve skupinách. Sociální faktory mají vliv na zdraví člověka, jak zdravého, tak i nemocného.

5.2 Zdraví a prevence

Aby člověk mohl uspokojovat své životní potřeby, potřebuje splňovat přinejmenším dva základní předpoklady: být zdravý a být vzdělaný!

Zdraví ve všech jeho aspektech je největší devizou našeho života. Být zdravý je prvním předpokladem ke štěstí, k úspěchu. Zdravý člověk nezískává výhodu jen sám pro sebe, ale přináší hodnoty i svému okolí, společnosti. Zdraví však není samozřejmé a jeho kvalita je proměnlivá, závislá na čase a podmínkách, ve kterých žijeme. Pouze uvědomělým přístupem lze vést lidi k zodpovědnosti za zdraví své i ostatních. Nejen výchovou, ale také osobním příkladem a vzděláváním dětí ve zdravých podmínkách, můžeme zvýšit šance dětí na zdravý život, který žijí nyní a budou žít v dospělosti. Zajištěním zdravých podmínek a zdraví podporujícího prostředí významně přispíváme k tomu, aby se děti vzdělávaly rády. Potřeba vzdělávání člověka 21. století se významně zvýšila od potřeb člověka 20. století. Vlivem rychlého technického rozvoje se zrychlilo životní tempo lidí, objevují se nové pracovní technologie, lidé více komunikují, cestují, rozmanitě tráví svůj volný čas, způsob života se změnil. To vše s sebou nese nové možnosti, ale i nová rizika. Čelit těmto rizikům vyžaduje také jiný přístup ve vzdělávání.

Výchova ke zdraví se stává neodmyslitelnou součástí školního vyučování a lze očekávat, že svou kvalitativní úroveň mnohdy přesáhne možnosti výchovy v rodině. Řadě zdravotních rizik se nedá zcela spolehlivě vyhnout (genetické dispozice, nepříznivé sociální podmínky aj.), přesto způsobem života, jaký vedeme, můžeme některá rizika vedoucí k onemocnění omezit, snížit, potlačit nebo naopak některá rizika zvýšit. Nejúčinnějším a nejlevnějším opatřením je předcházet rizikům výchovou k zodpovědnosti za zdraví, výchovou ke zdravému životnímu stylu a předcházením rizikového chování. S dobrým vztahem ke svému zdraví se člověk nerodí, ale vytváří se postupně v průběhu života tím, jak si je člověk schopen uvědomit rozdíly mezi zdravím a nemocí a posoudit výhody zdraví.

Prevence - lékařsky preventio, preventivní péče - předcházení nemoci (nemocem) a jejich následkům.

Primární prevence – soubor preventivních opatření, která vedou k odvrácení nemoci.

Sekundární prevence – soubor léčebných opatření, kterými se předchází komplikacím nemoci a zhoršení projevů nemoci.

Terciární prevence – předcházení následkům nemoci.

Nespecifická prevence je prevencí tzv. „asociálního chování“. Je nedílnou součástí prevence a cílem nespecifické prevence je přijmout odpovědnost za vlastní zdraví. Nespecifická prevence je komplexní, zaměřená na posílení osobnosti a schopností člověka, na dovednost umět zvládat a řešit problémy. Vychází z podstaty člověka naplňovat vlastní potřeby a vede k přirozenému poznání, při němž dítě nalézá poučení v běžných situacích ze života, a to za podmínky, že je současně podána pravdivá informace.

Pravdivá informace podaná včas, v daném věku přiměřenou formou, je základem nespecifické a později i specifické prevence. *Pouhé naplňování volného času dětí není dostatečnou nespecifickou prevencí!*

Specifická prevence – prevence zaměřená na konkrétní riziko nemoci, která je prováděna cíleně a důsledně.

Zdravý životní styl – zdravý způsob života, který vede k minimalizaci rizik onemocnění.

Podpora zdraví

Proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav. (WHO, 1998)

Neznamená pouze odpovědnost za zdravotnictví, ale vyjadřuje individuální ovlivnitelnost zdraví a odpovědnost za ně prostřednictvím životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě. (Kebza, 2005)

Veřejné zdraví je definováno jako organizované úsilí společnosti s cílem chránit, rozvíjet a navracet zdraví lidí. Jde o kombinaci vědeckých poznatků, dovedností i názorů směřujících k udržení a zlepšení zdraví lidí prostřednictvím kolektivních nebo sociálních aktivit.

5.3 Zdraví poškozující chování

Kouření je nejčastější příčina úmrtí. EU se snaží zabránit lidem, aby začali kouřit, pomáhá kuřákům přestat kouřit, chrání lidi před vlivem tabákového kouře a omezuje reklamu a prodej tabákových výrobků. Povědomí o škodlivých vlivech kouření se zlepšuje, ale i navzdory značnému pokroku je počet kuřáků stále vysoký (přibližně třetina obyvatel). Zdravotní problémy spojené s kouřením zahrnují každoročně přibližně 695 000 úmrtí v důsledku kouření. U téměř poloviny těchto úmrtí jde o osoby ve věku mezi 35 a 69 roky – což je věk značně nižší než střední délka života. Zatímco povědomí o rizicích roste, citlivé skupiny obyvatel stále více požadují ochranu před kontaktem s tabákovým kouřem, který může způsobit nemoc, postižení i smrt.

Strategie EU v této oblasti se vyznačuje uceleným přístupem a zahrnuje legislativní opatření, financování projektů boje proti kouření a informační kampaně.

Evropská unie začlenila boj proti kouření do řady politik EU. Aktivně se podílí na boji proti kouření, zejména prostřednictvím **Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (FCTC)**, která je první mezinárodní smlouvou o zdraví, týkající se veřejného zdraví, kterou podepsalo dosud 168 účastníků.

Tato úmluva zavazuje země na celém světě k činnosti za účelem snížení výskytu úmrtí a onemocnění souvisejících s kouřením a poskytuje rámec pro postupné omezování kouření. Od roku 2005, kdy byla představena, se stala nástrojem pro tvorbu právních předpisů a politik na celosvětové úrovni. Členské státy EU se na tomto procesu spolu s Evropskou komisí aktivně podílejí.

Konference účastníků úmluvy se pořádají každé dva roky. Zúčastněné strany na nich přijímají rozhodnutí, protokoly a pokyny. Konference také dohlíží na to, zda je úmluva prováděna v plném rozsahu.

Konference účastníků úmluvy přijala několik **pokynů**:

- Nekuřácké prostředí
- Reklama a propagace tabáku a sponzorství související s tabákem (zákaz)
- Označování výrobků
- Vztahy s tabákovým průmyslem

Alkohol

Evropská unie je celosvětově oblastí s nejvyšším podílem uživatelů alkoholu a nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu.

Alkohol je třetím nejdůležitějším rizikovým faktorem nemocí a předčasných úmrtí.

Alkohol a návykové látky jsou zodpovědné za společenské, duševní a emoční škody, včetně kriminálních činů a domácího násilí, což představuje obrovské náklady pro společnost.

Alkohol neškodí jen jeho příjemci, ale i lidem kolem něj, členům rodiny a obětem kriminálních činů, násilí a dopravních nehod s účastí alkoholu. S alkoholem stoupá riziko společenských škod. Pro individuálního pijáka platí, že čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší je riziko. Škody v důsledku pití jiné osoby sahají od nepříjemností typu rušení nočního klidu až po závažné dopady, k nimž patří ohrožení manželství, zneužívání dětí, násilí a konečně i zabití člověka. Obecně platí, že čím závažnější trestný čin nebo úraz, tím vyšší je pravděpodobnost, že na něm měl podíl alkohol. **Alkohol** vede k úrazům, duševním i behaviorálním poruchám, způsobuje postižení trávicího traktu, maligní nádory, kardiovaskulární onemocnění, poruchy imunity a onemocnění kostí a má za následek reprodukční a prenatální poškození. Alkohol zvyšuje riziko všech těchto onemocnění a postižení v závislosti na požitých dávkách. Čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší riziko.

Malé dávky alkoholu snižují riziko srdečních onemocnění. Kvalitativní studie a studie zahrnující korekci na možné ovlivňující faktory nacházejí menší riziko při nízké spotřebě alkoholu. Nejvýraznější snížení rizika je dosaženo v průměru při konzumaci 10 g alkoholu ob den. Při spotřebě nad 20 g alkoholu denně se riziko ischemické choroby srdeční již zvyšuje. Zdá se, že riziko srdečního onemocnění je vázáno spíše na etylalkohol než na určitý typ nápoje. Pitím většího množství alkoholu při jedné příležitosti se zvyšuje riziko srdečních arytmií a náhlé smrti pro srdeční selhání.

Riziko smrti v důsledku pití alkoholu je dáno poměrem mezi riziky nemocí a úrazů, která se zvyšují v důsledku alkoholu, a sníženým rizikem srdečního onemocnění po malých dávkách alkoholu.

Omezení nebo ukončení konzumace alkoholu je zdraví prospěšné. Všechna akutní rizika zanecháním pití alkoholu zcela odpadají. I u chronických onemocnění, jakými jsou jaterní cirhóza a deprese, vede omezení spotřeby či abstinence alkoholu k rychlému zlepšení zdravotního stavu.

Alkohol je spojen s mnoha různými fyzickými i duševními zdravotními problémy v závislosti na konzumované dávce, proto poskytovatelé primární zdravotní péče mají příležitost rozpoznat dospělé pacienty podléhající hazardní či škodlivé konzumaci alkoholu.

Primární péče zahrnuje léčbu mnoha nemocí včetně duševních, je třeba pátrat po alkoholu jako jejich možné příčině a zavést příslušnou léčbu. Zejména důležité je snížit riziko poškození druhých osob.

Užívání návykových látek, látek způsobujících závislost, je nebezpečné chování, které může vést až k destrukci jedince. Člověk závislý na návykových látkách obtížněji kontroluje své chování, snižuje se jeho schopnost zvládat stresové situace a bývá náchylnější k řadě duševních a jiným poruchám. To přináší řadu problémů nejen v osobním i společenském životě. Je tedy nebezpečím pro samotného jedince, ale i společnost.

Předcházení užívání návykových látek je prevencí primární. Primární protidrogová prevence je nejúčinnější tehdy, když k ní dochází naprosto přirozeným způsobem výchovou dítěte v rodině, protože jaký postoj zaujímají příslušníci rodiny k alkoholu, kouření apod., takové názorové postoje si postupně formuje dítě již v předškolním věku a tyto charakteristiky si nese i do budoucna.

Základem výchovy protidrogové prevence je poskytnout pravdivé informace o drogách dětem včas a věku přiměřenou formou.

Návykové látky jsou schopny ovlivňovat naše vnímání, chování a vzniká na ně závislost. Častěji se setkáváme s pojmem **drogy**.

Drogy nerozlišujeme podle síly účinku na lehké a tvrdé, přestože se toto rozlišení ujalo ve společnosti, protože účinek drog na organismus je velmi individuální a i tzv. lehká droga je schopna organismus vážně poškodit. Návykové látky dělíme dle způsobu užívání, dle účinné látky a také z hlediska legislativního – na drogy legální a nelegální nebo lépe řečeno na tolerované a netolerované.

Návyk je opakováním získaný sklon (schopnost) k vykonávání určité činnosti. Vybavuje se samočinně, automaticky, bez uvažování a rozhodování. Vzniká buď bezděčně prostým opakováním (dynamický stereotyp), nebo se utváří záměrně cvikem.

Rozdíl mezi návykem a závislostí je dán projevem chování. Zatímco návyk je opakováním získaný sklon tzn. projev naší vůle, závislost projevem vůle není, přestože k jejímu zvládnutí je vůle nezbytná. Často se setkáváme s pojmem psychická a fyzická závislost. Zatímco **psychická závislost** je založena jen na naší vůli, **fyzická závislost** je podmíněná řadou biochemických reakcí v organismu (hormonální změny). Fyzická závislost nemůže existovat bez současné závislosti psychické.

Závislost - drogová závislost – stav psychické i tělesné závislosti na psychoaktivních látkách (drogách) užívaných trvale (kontinuálně) se škodlivými důsledky pro jedince (toxikomana) i pro společnost.

Závislost se vytváří na jednu drogu (monotoxikomanie), například na alkohol, nebo na několik drog (polytoxikomanie), například na alkohol a sedativa.

Drogová závislost postihuje toxikomana psychicky (vede k poruchám psychickým, intelektuálních schopností a společenských vztahů) i tělesně (dochází k poškození jater, srdce a oběhového systému, k celkové kachexii).

Toxikomanie je celosvětovým problémem, o který se lidstvo začalo vážně zajímat začátkem 20. století. V České republice je zákonným opatřením od roku 1955 regulován výdej všech látek vyvolávajících lékovou závislost.

Sexuální zdraví

Evropská unie aktivně prosazuje **sexuální zdraví** a podporuje rozvoj zdravého životního stylu, pokud jde o sexuální chování. Tento cíl se zaměřením na mládež je součástí programu EU v oblasti zdraví na období 2008-2013. V tomto rámci hodlá unie rozvíjet přístupy ke zlepšení sexuálního zdraví všech občanů a podporovat vzájemnou výměnu osvědčených postupů a informací s cílem řešit závažné otázky, jako je těhotenství dospívajících či prevence pohlavně přenosných chorob. Tyto strategie zohlední určité cílové skupiny, budou podporovat rovnost žen a mužů a plně respektovat kulturní rozdíly. Unie podniká kroky k vytvoření evropského partnerství na podporu sexuálního a reprodukčního zdraví u mladých lidí a zranitelných skupin v Evropě. Podpora bezpečného sexu má stěžejní význam, pokud jde o prevenci přenosu nakažlivých nemocí, jako jsou HIV/AIDS a syfilis.

Unie se také zaměřuje na potřeby v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví v rozvojových zemích a významně finančně přispívá ke zlepšování reprodukčního zdraví v těchto zemích.

Výživa

Vyvážená strava a pravidelná tělesná aktivita jsou pro dobrý zdravotní stav nezbytné. V současnosti však Evropané konzumují příliš mnoho kalorií a příliš málo se pohybují. U dětí se v Evropě stále více projevuje nadváha a obezita. Mnoho významných rizikových faktorů, jež přispívají k předčasnému úmrtí, jako je vysoký krevní tlak, cholesterol, index

tělesné hmotnosti a cukrovka, souvisí se stravou a s tělesným pohybem. Z těchto důvodů jsou výživa a tělesná aktivita hlavními prioritami politiky Evropské unie v oblasti veřejného zdraví. V této souvislosti EU zastává názor, že je zapotřebí spojit synergie a zdroje prostřednictvím zapojení všech zainteresovaných stran, včetně potravinářského a reklamního průmyslu, občanské společnosti a sdělovacích prostředků. Cílem činnosti je především zvýšit informovanost a zlepšit návyky, pokud jde o výživu a tělesnou aktivitu.

Hlavní představitele potravinářství, maloobchodu, odvětví stravování, reklamního průmyslu, nevládní zdravotnické organizace na úrovni EU sdružuje Evropská akční platforma pro stravu a tělesnou aktivitu. Tato platforma je fórum pro všechny, kdo jsou schopni se odhodlat k činům.

V květnu 2007 přijala Evropská komise bílou knihu o strategii pro boj s nadváhou a obezitou, která propojuje činnosti v oblasti zemědělství, dopravy, sportu, vzdělávání a také v oblasti veřejného zdraví a potravinářství. Strategie znovu zdůrazňuje význam platformy jakožto modelu pro lepší partnerství na celostátní a místní úrovni a zavádí novou skupinu na vysoké úrovni tvořenou zástupci vlád členských států.

5.4 Determinanty zdraví a zdravotní politika

Zdraví je vysoce ceněnou hodnotou jedince i společnosti. Je jedním z důležitých předpokladů plnohodnotného a kvalitního života jednotlivých lidí i ekonomického a sociálního rozvoje společnosti.

Zvyšování zdraví populace je prioritou, kterou nacházíme v programech všech vyspělých zemí a všech vlád bez ohledu na jejich politickou orientaci.

Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na potenciál zdraví a mohou jej ovlivnit:

- pozitivně (zvýšení odolnosti vůči nemoci)
- záporně (snížení odolnosti nebo vznik onemocnění při překročení adaptačních mechanismů).

Determinanty zdraví, které působí na organismus jako zátěž, nazýváme **stresory**.

Existuje řada faktorů, které mohou ovlivnit účinek stresoru, takovými faktory jsou například:

- kvalita stresoru (chemické, fyzikální, biologické stresory),
- kvantita dávky stresoru (koncentrace, síla, množství stresoru),
- rozložení dávky stresoru v čase,
- souběh stresorů (souběžné působení více stresorů),
- stav organismu (momentální potenciál zdraví),
- zkušenost organismu (návyk na stresor, imunologická připravenost),

Potenciál zdraví je schopnost odolávat stresorům; tato schopnost je:

- dynamická (neustále se měnící díky působení determinant zdraví),
- kvantitativně vyjádřitelná (změřitelná, např. funkčními testy).

Pojem **determinanty zdraví** se přitom užívá pro označení příčin a podmínek, „které určitým způsobem posilují a upevňují nebo naopak ohrožují, oslabují a rozvracejí zdraví“ (Drbal **Chyba! Záložka není definována.**, 1998, s. 42).

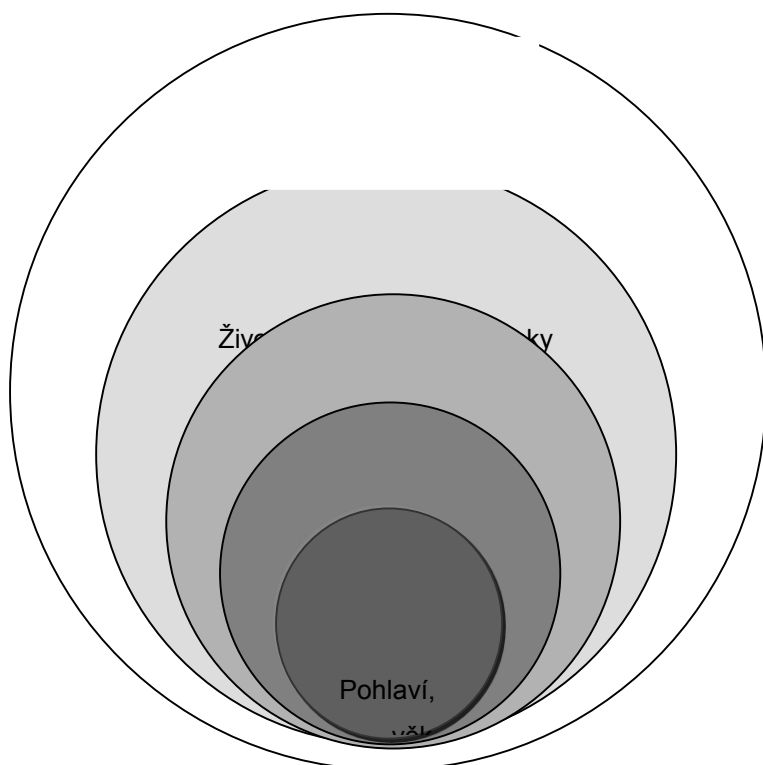
Ve zdraví jednotlivých lidí i celých populací se odráží řada determinantů různé povahy. Determinanty zdraví podle jejich charakteru lze rozdělit na **čtyři základní typy**, a to na genetický základ, životní prostředí, zdravotnický systém a životní styl. Pro praxi je však nutná nejen identifikace jednotlivých determinantů, ale i jejich účinnosti. Téma sociálních

determinant zdraví je rozvíjeno převážně v rámci veřejného zdravotnictví. K oživení studia sociálních determinant zdraví došlo v 70. letech dvacátého století.

Koncept sociálních determinant zdraví vychází z předpokladu, že příčiny nemocí a vzorce jejich distribuce jsou zakořeněny v sociální organizaci společnosti a odrážejí jiné typy sociálních nerovností.

Obrázek 1 znázorňuje působení různých sociálních determinant na zdraví. Toto schéma v podstatě spojuje všechny existující hypotézy a teorie zabývající se nerovnostmi ve zdraví. V centru schématu jsou umístěni jednotliví lidé s určitou genetickou výbavou, která určuje například pohlaví či genetické predispozice k některým onemocněním. Vliv genomu je nepochybný. Poznatky „nové genetiky“ napovídají, že genetická výbava může mít větší podíl na zdraví jedince, než se doposud předpokládalo a současně otevírají otázku její měnitelnosti. (Zdraví 21, 2000) Někteří autoři řadí do středu schématu vedle genomu vnější vlivy, které působí při vývoji dítěte v těle matky a mohou determinovat vznik nemocí v jeho pozdějším životě.

Obrázek 1: Sociální determinanty zdraví



Zdroj: Zdraví 21, 2000

Druhou vrstvu schématu tvoří faktory souhrnně označované jako individuální životní styl. Jde o chování, o kterém můžeme říci, že nad ním má člověk do jisté míry kontrolu. Patří sem kouření, konzumace alkoholu, výživa, apod. Vlivem těchto jednotlivých faktorů se zabývá epidemiologie, z jejíhož pohledu jde o rizikové faktory. Třetí okruh determinant je označován jako sociální prostředí. Lidé nežijí ve vakuu, ale ve vzájemných vztazích s přáteli, příbuznými a lidmi z nejbližšího okolí.

Pracovní a životní podmínky tvoří čtvrtou vrstvu. Jde o širší socioekonomický kontext, který ovlivňuje schopnost člověka udržet si zdraví a určuje dostupnost určitého zboží a služeb. Patří sem faktory jako obytné a pracovní prostředí, bydlení, ale také vzdělání. Zcela vnější okruh determinant v modelu reprezentuje celkové ekonomické a kulturní prostředí společnosti jako celku. Jde o uznávané hodnoty, zaměření politiky i ekonomickou prosperitu.

6 Nemoc v sociologickém kontextu

Nemoc je druhým pojmem vedle zdraví. Při vymezení pojmu nemoc je potřebné a vhodné vycházet z pojetí celistvosti organismu a prostředí. Behaviorální přístup umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví, a to v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají ve vzájemnosti člověk a prostředí.

„Nemoc v tomto pojetí pak není ničím jiným než poruchou tohoto systému. Je to potenciál vlastností organismu, které zmenšují, respektive omezují možnosti organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije. Nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský.“
(Bartlová, 2005, s. 43)

Sociálními rolemi lze charakterizovat společenskou stránku jedince. Nemoc brání člověku, aby plnil role, které vyplývají ze zařazení do konkrétních sociálních vztahů. Může se to týkat jeho rodinných, společenských, profesních činností, včetně soběstačnosti v běžných každodenních činnostech. Nemoc může způsobit narušení komunikace mezi členy skupiny, může snížit schopnost členů skupiny zastávat dané společenské role, plnit stanovené úkoly.

Existuje mnoho různých druhů nemocí a rozličné stupně onemocnění. Při obecné analýze je nutná určitá abstrakce.

„Předmětem zájmu sociologie medicíny je sociální stránka nemoci, tedy nemoc jako sociální stav, u něhož se současně předpokládá biologická porucha.“ (Bartlová, 2005, s. 43)

Parson definuje nemoc: „Jedná se o poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role“.

V pojetí Parsona znamená nemoc deviaci – odchylku od normálu. Hlavním důvodem chápání nemoci jako odchylky je společenská nežádoucnost stavu a odchýlení se nemocného člověka od očekávání, které vůči němu má společnost. Nemoc se liší od deviací v tom, že není následována negativními sankcemi. Lidé nemocného neobviňují z tohoto stavu. Nemoc se často vyskytuje bez vlastního přispění člověka. Dělicí čarou mezi nemocí a deviacemi je kritérium osobní zodpovědnosti.

Zdraví a nemoc lze definovat nejméně ve třech rozličných oblastech (Siegrist, 1988, s. 181):

- **oblast jedince:** cítit se zdravý nebo nemocen – v anglickém jazyce - illness nebo ill health
- **oblast medicíny:** zdraví a nemoc jako splnění nebo odchýlení se od objektivizovaných norem fyziologické regulace, organických funkcí (nemoci a syndromy jako nález – v anglickém jazyce – disease)
- **oblast společnosti:** speciální systémy sociálního pojištění, zdraví a nemoc z hlediska snížení výkonnosti, poskytování pomoci (poskytování zdravotní péče)

Přehled různých pohledů na nemoc daného člověka

Úroveň (pohled z hlediska)	Proces (když se stav mění)	Stav (když je stav setrvalý)
I. Organický stav (pohled patofyziologie)	Choroba (disease)	Poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti
II. Funkční stav (subjektivní poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku)	Nemoc (illnes)	Neschopnost pracovat, nezpůsobilost
III. Sociální stav (pohled druhých lidí na daného člověka)	Nezdravý (sickness)	Zdravotně postižený člověk, invalida, člověk hendikepovaný, znevýhodněný oproti jiným lidem

Literatura:

BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

SIEGRIST, J. *Medizinische Soziologie*. 6. neu bearb. und erw. Aufl. Munchen: Elsevier, Urban & Fischer, 2005. ISBN 34-374-1232-9.

6.1 Fáze nemoci ze sociologického hlediska a vyrovnávání se s ní

Při charakterizování jednotlivých fází nemoci vycházíme z psychických procesů, které jsou následkem somatických symptomů nemoci. Role pacienta úzce souvisí s psychologickými zvláštnostmi, které můžeme pozorovat po celou dobu průběhu nemoci u jedince.

U člověka, který pociťuje změny ve svém zdravotním stavu, začínají probíhat vzájemně propojené procesy, které mohou vést ke změně jeho sociální role.

U jedinců lze pozorovat pokusy o zvládnutí nastupujících změn v organismu praktikami, jež vycházejí z poznatků a samoléčitelských zkušeností v kruhu rodiny, přátel, nebo z informací získaných četbou naučné zdravotnické literatury. Nejčastěji je využívají u „všedních obtíží“ projevující se např. únavou, potíže kloubů a obratlů, zažívající poruchy, nachlazení apod. Většinou užíváme termín „samoléčitelství“, „sebepéče“, „samoléčba“. Samoléčba, laická péče předchází péči profesionální a má dlouhou tradici. Vždy, pokud lidé mohli získat léky

považované za „správné“ nebo měli příbuzné, případně sousedy, kteří jim doporučovali „ověřené metody léčby“, byli náchylní spoléhat se především na tyto zdroje (Sokolovska, 1986). Samoléčba existuje a předpokládá, že pacient přebírá část rozhodnutí a jednání, směřující k léčbě. Často se v tomto smyslu využívá termín **samomedikace**.

Samomedikace je pojem, který byl zaveden do praxe v roce 1963 německým sociologem M. Pflanzem a vyjadřuje laické užívání léků bez předpisů lékaře. Lékaři, kteří samomedikaci podporují, jsou přesvědčeni, že v některých případech se lidé léčí sami a zpravidla žijí zdravěji a mají jiný postoj ke svému zdraví než lidé, kteří se obrací hned na lékaře. Na druhé straně však lékaři tvrdí, že pacient při samoléčení může oddálit správnou diagnózu svých potíží a může promeškat vhodný čas k zahájení správné léčby a tím někdy i nadějí na záchranu života. (Pflanz, 1963, s. 282)

6.1.1 První fáze nemoci

Jde o období, kdy se objevují první symptomy a pacient si začíná uvědomovat své nové postavení. Člověk navštěvuje lékaře tehdy, když dochází k ohrožení jeho každodenní činnosti a má silné bolesti. V první fázi se setkáváme s různými reakcemi. Pacienti mají tendenci výkladu symptomu po svém. Aktivují mechanismy, které mohou mít různé podoby. Někteří jedinci mají sklon svoje onemocnění nadhodnocovat, ulpívají na hypochondrických představách a někteří snižují význam příznaků, bagatelizují je a mávnou rukou, že je to přejde. Další jedinci mají tendenci zatajovat symptomy a nadměrnou aktivitu dokazují své dobré zdraví. Někdy se stává, že člověk uvítá symptomy nemoci, neboť onemocnění mu umožní vyřešit konfliktní situaci, ať již v rodině nebo v práci.

Bauman zjistil, že lidé na posouzení nemoci používají tři různá kritéria:

1. Přítomnost příznaků – zvýšená teplota, bolest ...
2. Vjemy, toho jak pociťují – cítit se dobře, špatně ...
3. Schopnost vykonávat každodenní činnost, v zaměstnání, ve škole apod. (Bauman, 1965)

Někteří autoři uvádějí, že u neurologických pacientů se první fáze neprojevuje, akceptují chorobu a přecházejí hned do druhé fáze.

6.1.2 Druhá fáze nemoci

Druhá fáze nemoci nastává, když nemocný vyhledává pomoc od jiných osob anebo se dostane nemocnému pomoci bez vlastní žádosti.

Vyhledávání zdravotní pomoci „fáze odborná“ nastupuje, když selhala samoléčba.

Pacient vstupuje do situace, která je pro něho neznáma nebo částečně známá. Tato situace je vždy mimořádná a neobvyklá. V minulosti celkové prostředí nemocnice, bílá barva symbolizovala určité odtržení od života. V současnosti jsou nemocnice, zdravotnická zařízení laděná do barev, které vytvářejí příjemné prostředí.

V druhé fázi se u pacienta objevují obavy a strach, které vycházejí především z nejistoty, co mohou očekávat.

Duff a Hollinshead zkoumali strach pacienta z nemoci. 10 % pacientů ukázalo strach malý, 30 % přiměřený a 60 % velký strach. Autoři poznamenávají, že pacienti na chirurgickém oddělení měli větší strach než pacienti na interním. Mezi pohlavím nebylo výrazné diferenciací. Určitou souvislost nacházeli autoři mezi strachem a prognózou. Pacienti s prognosticky těžšími chorobami měli větší strach než pacienti s prognózou lehčí. (Engelhardt, Wirth, Kindermann, 1973, s. 105)

Pacient, který se setkává s nemocí poprvé, je postaven před řadu otázek: jaká bude léčba, jaká bude délka léčení, jaká je pravděpodobnost uzdravení?

Někdy se dostávají u pacienta projevy úzkosti, pochybnosti o správnosti stanovené diagnózy a postupu léčení. Člověk s problémem se dostává do nezvyklé situace, proto je důležité, aby získal psychickou oporu, jak v rodině, tak i ve zdravotnických pracovnících.

6.1.3 Třetí fáze nemoci

Třetí fázi nazveme akceptování choroby, v níž se jedinec na sebe dívá již jako na nemocného, nepokouší se vydávat za zdravého – je srozuměn s rolí pacienta.

Csorbolová uvádí, že hospitalizace může pro nemocného znamenat úlevu z těchto důvodů (Csorbolová, 1966, s. 26):

- zmenší se napětí, které vzniká z neuspokojivého průběhu choroby,
- zmenší se komplex nemocného člověka, který nemohl soutěžit se zdravými,
- zmenší se napětí v porovnání se zdravými lidmi,
- dojde k úlevě v utrpění, která by při domácím léčení nebyla možná

Omezením, změnou prostředí, výživy, společenského kontaktu nemoc vždy nějak zasahuje do duševní stránky člověka. U člověka se objeví zúžení zájmu o věci, které se pacienta bezprostředně netýkají, egocentrismus, hypochondrie. Lze mluvit o „od-socializování“ a „zdětinštění“. Uvedené dispozice chování nejsou přirozeným následkem nemoci, ale jsou individuálně a společensky žádoucím činitelem v procesu uzdravování. Tuto reakci lze považovat za koncentraci energie na vlastní osobu, aby ustál boj s nemocí. Neexistují však žádná pravidla a normy, podle kterých by pacient mohl extrémně reagovat. Jeho extrémní chování by nemělo přesahovat potřebu stavu orientování se na sebe sama. Zde se setkáváme se sociologickým problémem chování se k pacientovi, protože z normativního hlediska by regrese neměla přesahovat potřebnou odpovídající míru.

V průběhu nemoci pacient může vykonávat sociální funkce omezeně, nebo je z plnění sociálních funkcí zcela vyřazen. Zvláště závažná je situace, kdy se jedná o nemoc chronickou, nebo nemoc s trvalými následky.

Každé onemocnění se vyvíjí různě, a to buď vede k uzdravení, nebo přechází do chronicity, někdy může vést až ke smrti.

Změny ve způsobu života se u pacientů mohou v souvislosti s plněním sociálních funkcí podstatně odlišovat.

Při posuzování změn ve způsobu života je nutné vždy vycházet ze znalosti sociálních funkcí, které pacient vykovává, ale i z jeho subjektivního přístupu hodnocení významu jednotlivých funkcí pro další život člověka.

6.1.4 Poslední fáze nemoci

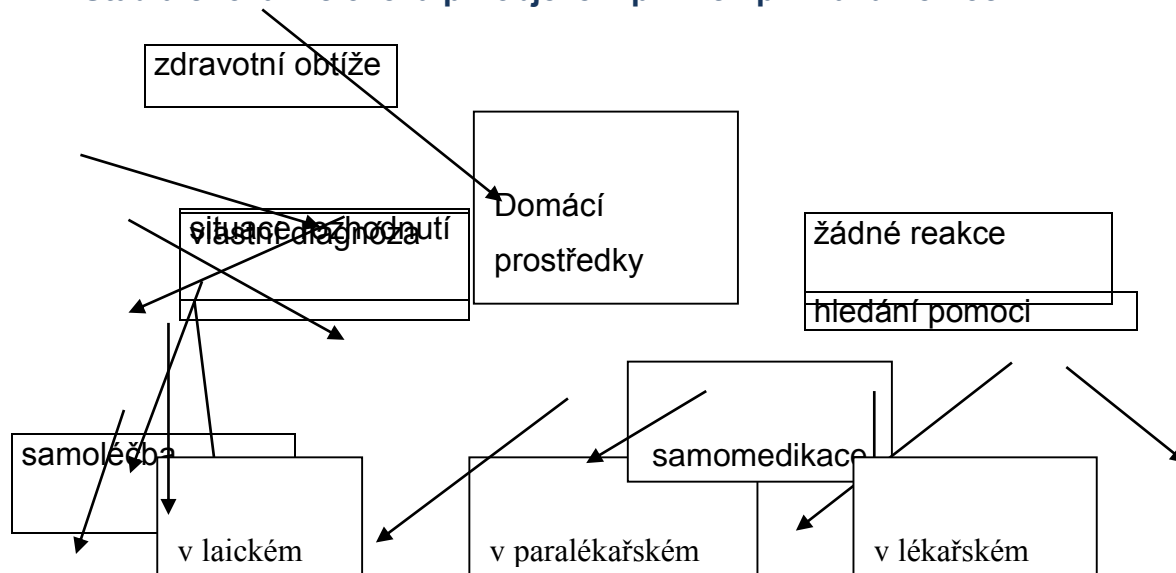
Poslední fázi nemoci nazýváme návrat k dřívějším sociálním funkcím. Pacient se vrací k svým rolím – v rodině, profesi, které zastával před nemocí. Dřív nebo později se vrací psychicky k výchozímu stavu. Někdy se pacient vrací do svého původního zaměstnání, nebo si nemoc vynutí změnu zaměstnání.

Nemoc může vést taky ke změně rolí v rodině, v oblasti trávení volného času apod.

Ve fázi rekonvalescence je nevyhnutné správné předání informací zdravotníkům z lůžkového zařízení ošetřujícímu lékaři a rodinným příslušníkům tak, aby navzájem navazovaly a pomáhaly v procesu uzdravování.

Zobrazování důsledků nemoci v jednotlivých fázích ukázalo, že kromě biologických důsledků jsou významné i důsledky psychického a sociálního rázu. Vzájemný poměr a podoba je jiná u různých onemocnění a odlišných typů pacientů.

Stádia chování člověka při objevení prvních příznaků nemoci



6.2 Sociální a společenské důsledky nemoci

Každá nemoc má sociální důsledky somatických onemocnění. Lze je rozdělit dle kritérií:

Dle doby trvání a tendence nemoci:

- dočasné
- trvalé – standardní
- trvalé - zhoršující se

Největší sociální důsledky má nemoc, která je trvalá, chronická a zhoršující se. Ve většině případů dochází k poškození všech oblastí života člověka.

Další dělení sociálních důsledků:

- nezjevné
- zjevné

Při chorobách jako diabetes, infarkt myokardu (funkční onemocnění) se vyskytují vážné psychické a sociální následky.

Dělení dle změn v činnostech člověka:

- v pracovní činnosti
- v rodinném životě,
- v trávení volného času

Změny v pracovní činnosti.

Prvním významným sociálním důsledkem nemoci je **snížení finančního příjmu** člověka. Jedná se o nejcitlivější důsledek nemoci. Změna zaměstnání vnese do života člověka nutnost osvojit si nové zkušenosti, nabytí nové vědomosti potřebné pro vykonávání nových úkolů. Sdělování informace ohledně změny zaměstnání by mělo být pečlivě zváženo, protože zmínka o změně může vyvolat u člověka nejistotu a depresivní stav.

Zejména pro chronicky nemocné muže středních a vyšších věkových kategorií je z hlediska sociální identifikace velice důležité, jakým způsobem a v jakém rozsahu u nich probíhá obnovení pracovní činnosti.

Novější norská studie uvádí, že míra strachu a deprese během hospitalizace může o rozsahu schopnosti k obnovení pracovní činnosti 6 měsíců po prodělaném srdečním infarktu vypovídat lépe než medicínské a sociodemografické faktory. (Siegrist, 1988, s. 204) Zde mají odborníci z oblasti sociálních věd široké možnosti erudovaně posoudit sociální a psychické důsledky nemoci a napomáhat k zapojení ostatních příslušníků do zvládnutí důsledků nemoci.

Sociální důsledky se projevují i v rodině. Sociální důsledky nemoci mohou vážně narušit vzájemné vztahy mezi partnery. Můžou se měnit vztahy vůči dětem a někdy dochází k nesouladu v sexuálním životě. Také změny v rodinných vztazích působí v obou směrech. Mohou vztah zlepšovat a upevňovat, nebo vést k jejich zhoršování. Druhá možnost je častější a sociologický více závažná. T. Parsons a R. Foxová argumentovali – emocionální účast, která je běžně k dispozici v rodině, může okolnosti léčebného procesu buď zpomalovat, nebo fixovat vytvořené závislosti (Parsons, Foxová, 1959, s. 31). Siegrist pokládá kvalitu a intenzitu emocionálních vztahů za „kritické proměnné“, které mají u různých stylů nemoci různé účinky (Siegrist, 1988, s. 201).

Život s nemocí je ovlivňován vedle jiných faktorů také partnerskými vazbami a jejich kvalitou.

Negativní účinek lze pozorovat u manželů, kteří nejsou schopni pružně obměňovat své navyké sociální role. Např. manželka není výdělečně činná za normálních okolností, nebude schopná zabezpečit rodinu v případě chronického onemocnění partnera, proto je podstatně zúžena perspektiva na úspěšné zvládnutí chorobného stavu.

Největší předpoklad renormalizace s perspektivou přežívání se projevuje u pacientů, jejichž manželství charakterizovala „dvojitá kariéra“, kde pracovní aktivitu vyvíjí jak pacient, tak i jeho manželka.

Celá řada rodin je schopna prostřednictvím mnohostranných adaptačních procesů uplatňovaných v průběhu kariéry nemocného, během ošetřování a pracovního procesu nacházet pro sebe sama akceptovatelný, optimální způsob existence, která jim umožňuje další život, bez velkých změn a životních úprav.

Změny v oblasti trávení volného času.

Změny v oblasti trávení volného času často pacient nese velmi těžce. Omezení činností v společenských, sportovních, kulturních činnostech vede u jedince k psychickým depresím. Velmi důležitá je práce odborníků, rodinných příslušníků a přátel, aby jedinci pomohli se dostat z tohoto stavu a zabezpečili mu návrat do společnosti. Často je nevyhnutelné najít obdobnou činnost, ve které by se člověk plně seberealizoval.

V předešlém textu jsme mluvili o sociálních důsledcích ve třech základních oblastech: v pracovní činnosti, v rodinném životě a v oblasti trávení volného času. V každé této oblasti je možno rozlišovat důsledky ve třech kategoriích:

- **materiální podmínky**, které byly vytvořené společenskou činností člověka, patří sem především podmínky ve výrobní činnosti lidí, způsob stravování, bydlení
- faktory vyplývající u **celospolečenských vztahů ze vztahů ve skupinách** – lidé v nich realizují svůj život (rodina, pracovní skupina)
- faktory vyplývající **ze společenského vědomí**, subjektivní přístup lidí ke způsobu života, k osobní hygieně, k nemoci.

7 Umírání a smrt

V současnosti se nehovoří o umírání a smrti jako o problému.

Tomy Walter (1991) se zabýval touto problematikou ve Velké Británii. Byl přesvědčen, že je nutné přehodnotit názor, že smrt je „tabu“. Uvádí, že od 60. let 20. století se rozvíjí „expresivnější“ kultura mezi středními třídami a ta dovoluje více hovořit o smrti a umírání.

V moderní společnosti nastává smrt převážně v institucích. Většina lidí umírá ve vyšším věku na rozdíl od minulosti, kdy lidé umírali „v rozkvětu života“.

V minulosti docházelo k úmrtím častěji a ztráta byla pocítována o mnoho intenzivněji. Dospělí, kteří umírali, měli velký význam na stabilitu jejich rodin.

Walter uvádí, že v moderní společnosti lidé nedokázali zvládat bolestnou situaci na osobní úrovni, nebo že současná společnost nemá ritualizované způsoby vyjádření žalu, které by byly srovnatelné s dřívějšími.

Lidé v současné době vědí o problematice smrti, ale mají málo příležitostí, jak se s danými informacemi seznámit v žádoucím rozsahu.

Smrt – jedna ze základních mezních situací lidského života.

Lékařským kritériem smrti je ztráta reakcí organismu, úplné vymizení reflexů, ztráta svalových pohybů, zástava dýchání, vymizení fyziologických funkcí, lineární encefalografická křivka, ztráta vědomí a zástava mozkové činnosti.

Ze sociologického hlediska je smrt sociální událost, čímž rozumíme způsob, jakým společnost „uskutečňuje“ smrt (MORALL, 2001).

Ivan Illich (1977) upozorňuje na to, jak je pojímána smrt a souvisí to se strukturou společnosti a čemu daná společnost věří a jaké hodnoty uznává.

Mezi prvky události smrti, které vytvořila daná společnost, patří rituály – posmrtná vyšetření, truchlení, hlídky u mrtvého, čtení závěti, stavba náhrobního kamene, pohřeb do země nebo kremace, finanční a zákonné povinnosti a jiné. Na konkrétní společnosti bude záviset, jaké druhy rituálu budou probíhat.

80 % lidí umírá v nemocnicích nebo jiných institucích.

Umírá se na jednotkách intenzivní péče, interních, chirurgických odděleních, operačních sálech, v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v domovech důchodců apod. Lidé umírají i na silnicích a při jiných nešťastných událostech.

Proto je umírání „typickou“ zkušeností každodenního života.

Umírání je věnována velká pozornost ze stran lékařského, sesterského personálu. Můžeme říct, že smrt je medicalizovaná. Umírání a smrt se staly spíš lékařskou záležitostí než běžnou každodenní událostí. Lékaři úspěšně nahradili náboženský význam obsahu smrti, který nahradil předchozí pohanské představy.

Ivan Illich (1977) tvrdil, že pojem spontánní smrt, která by měla nastat na konci života ve starobě, je medicalizovaný ideál, který vychází z obrazu lékaře, který bojuje se smrtelnými nemocemi.

Předčasná smrt – smrt v nižším věku.

Medicína stále mění podmínky, za kterých dochází ke smrti a v jakém věku život končí.

Podle Illicha byla pozměněná teorie o smrti jako bohem dané a normální události, která je stejná pro všechny. V současné době a společnosti existuje mnoho typů smrti a u každého jedince musí být zjištěno, jaká byla specifická příčina jeho úmrtí. Lidé umírají z nějaké příčiny. Smrt nastává z jedné nebo více nemocí.

Pořadí jednotlivých nemocí se nemění. Zpravidla tam patří nemoci oběhové, dýchací a zažívací soustavy, nádory nebo traumatické úrazy, otravy.

Lidé umírají většinou ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení.

Barney Geaser a Anselm Strauss (1965) provedli studii sociální organizace umírání a smrti v nemocnicích. Pomocí jejich typologie forem komunikace je možné odhalit, jaké formy komunikace probíhají mezi aktéry smrti. Znalosti daných forem umožní vytvořit obecné a individuální zásady, co by se mělo a co by nemělo být sděleno o zdravotním stavu umírajícího.

Ve výzkumu byly typy komunikace zařazeny do jedné ze čtyř forem „**vědomého kontextu**“. Vědomý kontext je dle autorů souhrn toho, co zúčastněný v rámci interakce ví o stavu pacienta.

Analyticky rozlišují **čtyři formy vědomého kontextu**:

Uzavřené uvědomění – personál je uvědomen, pacient nemá tušení.

Podezřívavé uvědomění – na pacienta doléhá podezření, že zemře, aniž by o tom personál věděl.

Uvědomění oboustranného klamání – všichni vědí o stavu pacienta, vzájemně si to nepřiznají.

Otevřené uvědomění – personál i pacient zná reálný stav, vědomosti si sdělují navzájem a realistický stav přehodnocují.

Tyto vědomé kontexty nejsou statické, mění se při vzájemné interakci mezi personálem a umírajícím.

Na lékaři a ošetřujícím personálu spočívá kontrola vědomých kontextů. Taktika uzavřeného uvědomování a uvědomování oboustranného klamání přináší krátkodobě určitou emocionální a interaktivní úlevu.

V důsledku podezřívavého uvědomování může vytvořit nesnesitelnou psychickou zátěž. Otevřený kontext je nejvhodnější forma vztahu k umírajícím, a to jak ze strany lékaře a ošetřujícího personálu, tak i rodiny (BARTLOVÁ, 2005).

Závěry interaktivního přístupu, které autoři ve své medicínsko-sociologické práci zaujali, nacházejí uplatnění i v současnosti. Znalosti různých vztahů mezi umírajícími jsou součástí tanatologie.

Autoři pozorovali umírající v nemocnicích, vyvodili závěr, že umírající procházejí různými sociálními fázemi. Tyto fáze označili za kritické body (critical junctures), které se vztahují k sociálně organizovaným procesům umírání a není je možné zaměňovat za psychologická stadia definovaná např. Küblerovou–Rossovou (1972).

Kübler–Rossová zobecnila prožitky nemocných a formulovala jednotlivá stadia prožívání nemoci v psychické úrovni (šok – popření, hněv, smlouvání, deprese, přijetí).

Zoung a Cullen (1996) uvádějí, že je dokázáno, že se jednotlivá stadia prožívání nemoci definovaná Küblerovou-Rossovou nedají zevšeobecňovat, a že žádné takové schéma nemůže vyhovovat všem lidem s rozdílným lidským chováním a emocemi z různých kultur.

Glaser a Strauss si všímali společensko-environmentálních faktorů blízkosti očekávané smrti a vlivu faktorů na sociální status pacienta. Podle nich pacient absolvuje určitou dráhu – kariéru, od oznámení terminálního stavu, až do okamžiku smrti.

„Co by se mělo dít v jednotlivých úsecích dráhy umírání pacienta a jak dlouho by tyto dráhy měly trvat, je dáno očekáváním a reakcemi lékařů a sester, kteří jsou za pacienta odpovědní, ale kteří musí vzít v úvahu i další administrativní a organizační předpisy a povinnosti. To by znamenalo, že trajektorie dráhy pacientova umírání je rozplánována lékaři a sestrami na základě toho, co považují za normální vzorec či standard pro jedince se stejnými chorobami. Avšak to, jak se postup umírání pacienta zvládne, bude také ovlivňovat byrokratická struktura nemocnice“ (BARTLOVÁ, 2005, s. 67).

Péče o umírající se řídí finančními úvahami a normami organizace. Personál, směny, klinické pomůcky a paliativní terapie jsou stanoveny tak, aby mohli uspokojit potřeby pacienta.

Glaser a Strauss uvádějí existenci - sedmi kritických bodů.

První bod nastává v okamžiku označení za umírajícího. Pacient je přeřazený z „zdravého člověka“, „pacienta“ na člověka „umírajícího“. V důsledku toho dochází ke ztrátě sociálního statusu, člověk nemá žádnou naději ani budoucnost. Blížící se smrt zařazuje tohoto člověka do kategorie „neosobní“ (non-person).

Druhý kritický bod nastává, když se známí umírajícího člověka připravují emocionálně a prakticky na jeho smrt. Když si pacient uvědomuje, že umírá (kontext otevřeného uvědomění), může se emocionálně také přizpůsobit dané situaci.

Třetí kritický bod – fáze, kdy „už se nedá nic dělat“. Depersonalizace pacienta začíná být viditelná. Ošetřovatelský personál může toto období řešit vyhýbáním se blízkému kontaktu s pacientem.

Následující čtyři kritické body jsou překrývající se fáze, které tvoří závěr života.

Čtvrtý kritický bod – „poslední sestup“ – trvá několik hodin až dní. Postupy v nemocnicích se výrazně odlišují. Pacient je ukládán na samostatný pokoj, zvyšuje se dávka léku tlumících bolest, prodlouží se návštěvní hodiny.

Pátý kritický bod – „poslední hodiny“ – udělování posledního pomazání, jiné náboženské obřady.

Šestý kritický bod - „čekání na smrt“ – celodenní přítomnost rodiny, přidělená sestra poskytuje individuální péči.

Nakonec přijde smrt - smrt vede k zahájení organizačních formalit – lékařské potvrzení smrti, mytí těla, převoz těla mrtvého, mytí a dezinfekce postele po zemřelém, odklizení jeho věcí, zápis do ošetřovatelské a lékařské dokumentace, informování příbuzných.

David Sudnow (1967) pozoroval interakce ošetřujícího a lékařského personálu a pacientů zemřelých na oddělení neodkladné péče ve veřejné nemocnici v USA. Jeho pozorování poukazuje na rozdílný přístup ke smrti v závislosti na sociálním postavení a stavu pacienta.

Bylo zjištěno, že v umírání a smrti existuje „společenská nerovnost“. Lékaři a sestry posuzují pacienta dle prestiže a charakteru pacienta. Mnohem více pozornosti a úsilí věnují pacientovi mladému nebo bohatému, a mnohem menší úsilí vynakládají těm, které považují za staré s nízkým společenským postavením.

Sudnow také sledoval, že ošetřující personál se za dramatických okolností po dobu jedenácti hodin snažil oživit dítě, které bylo přivezeno se standardními „příznaky smrti“ (tj. bez prokazatelné srdeční činnosti a dýchání). Když přijela na oddělení starší žena se stejnými příznaky, nebyl proveden žádný lékařský zákrok, žena byla okamžitě prohlášena za mrtvou.

Glaser a Strauss (1968) měli představu, že umírající jsou zbaveni své individuality.

Sudnow dokazoval, že se dělá rozdíl mezi „sociální“ a „biologickou“ smrtí. V jeho studii personál považoval některé pacienty, kteří ještě nebyli „klinicky“ mrtví za mrtvé.

I opak může být pravdou. Pacienti, kteří biologicky zemřeli, (orgány jejich těl přestaly úplně fungovat), mohou být považováni za „živé“, protože příbuzní neakceptují skutečnost, že jejich milovaná osoba zemřela (MULKAY, 1993). Příbuzní biologicky mrtvé osoby mohou smýšlet o ní tak, jako by smrt nenastala. Mluvit o mrtvém, jako o živém, mohou buď krátkodobě, nebo dlouhodobě.

Jakým způsobem se společnost podílí na ovlivňování podmínek smrti, to souvisí s problémem nerovnosti ve zdraví. Tradiční vztah mezi sociální strukturou a mortalitou

ukazuje na to, že člověk chudý se špatným bydlením a nezaměstnaný má větší předpoklad, že zemře mladší, než kdyby byl materiálně zabezpečený a měl dobré zaměstnání.

Literatura:

BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

MORRALL, P. *Sociology and Nursing*. London: Routledge, 2001. ISBN 0415202272.

Periodikum

PARADISO, A. A survey in Puglia: the attitudes and opinions of specialists, general physicians and patients on follow-up practice G s Bio Ca M. In: *Annals of oncology*. 1995, Vol. 6, Suppl 2, pp. 53-56. ISSN 09237534

7.1 Institucionalizace umírání

V minulosti lidé umírali rychle a jejich život nebyl prodlužován terapeutickými zásahy. Nemocní krátce stonali a rychle umírali. Péče o umírající byla laická. V minulosti šlo v podstatě o sociální akt, při kterém lidé věděli, co je čeká, kdo se kolem umírajícího shromáždí. V péči o umírajícího si rodinní příslušníci s ohledem na tradici rozdělovali pečovatelské role. Kněz, sousedé a rodina poskytovali psychickou podporu v nesnadné životní situaci. Nevýhodou klasického modelu umírání byla nepřítomnost profesionálů. Dlouhá století byla lékařská péče poskytována jen majetným občanům. V 19. století dochází ke kontaktu lékařů s umírajícím.

Vývojem doby dochází k institucionalizaci umírání. Péče o nemocné se přesouvá do nemocnic a nabyvá odborného charakteru. Člověk se dostává do neznámého prostředí, psychickou podporu a péči o nejbližší nahrazuje zdravotnický personál. V novém moderním modelu umírání chybí potřebný lidský kontakt a umírání ztrácí charakter sociálního aktu. I když rodina přichází na návštěvu, není dostatečně informována, neví, co má dělat, jak se chovat, co říkat. V současnosti lidé nemají žádnou zkušenost s péčí o umírajícího, a proto rodina předpokládá, že zdravotnický personál - profesionál je tam od toho, aby se o umírajícího postaral.

Moderní péče o umírající přináší odbornou péči a materiální předpoklady důstojného dožití. V 30. letech minulého století se objevují problémy s izolací umírajícího. Někdy převládalo přesvědčení, že je správné zajistit hospitalizovanému, který umírá, potřebný klid, izolovat pacienta tzv. prostorovou izolací tzv. bílou plentou.

Prostorová izolace umírajících znamená sociální zúžení a vyloučení.

Po dlouhé období nebyla umírajícím z hlediska odborného ošetřovatelství věnována speciální pozornost.

Koncem 50. let se začíná otevřeně hovořit o tom, že umírající nemá být izolován, odloučený od rodiny. V tomto období se začíná hovořit o důstojném umírání a důstojné smrti.

Důstojné umírání a důstojná smrt v sobě zahrnují kvalitu poskytované péče, taktéž pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce svého života. Hledal se znovu charakter sociálního aktu.

Klasickým příkladem nacházení sociálního aktu jsou speciální zařízení pro umírající, tzv. hospice. Původně **hospic** znamenal útulek, útočiště. Tento termín byl již používán ve středověku pro tzv. **domy odpočinku**.

Smyslem speciální péče bylo zajistit důstojné umírání. Hospice jsou nepochybně vítaným doplňkovým typem nejrůznějších způsobů péče o umírající.

První hospice byly v Anglii a Americe, později v transformované podobě byly zřizovány v Německu a Rakousku. Po roce 1990 začaly vznikat i v České republice – první hospic byl otevřen v roce 1996 v Červeném Kostelci (Hospic Anežky České). Další hospice byly otevřeny v roce 1998 v Praze, Rajhradě, Plzni a dalších městech.

V ČR proběhlo rozsáhlé šetření pod názvem „Umírání a paliativní péče v ČR“. Výsledky dokazují, že i přes pozitivní změny v posledních desetiletích se velké většině umírajících v ČR stále nedostává odpovídající péče. Výzkum v daném projektu poukázal na:

- naléhavou potřebu zkvalitnění péče o umírající.
- nutnost orientace na umírající v jejich domácím prostředí, spolupráce s rodinou.
- naléhavou potřebu zásadním způsobem zlepšit péči o umírající ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

Návrhy pro zlepšení péče o nevléčitelně nemocné a umírající v ČR:

- vzdělávání zdravotníků a pečujících osob
- působení na odbornou veřejnost
- podpora inovačních místních projektů
- rozvoj domácí paliativní péče
- využití osvědčených postupů ze zahraničí
- soustavná popularizace tématu o umírání

Dalšímu rozvoji hospicové péče v ČR stále brání komplex legislativních, ekonomických, politických a společenských překážek.

7.2 Hospicová péče

Hospice jsou zdravotnická zařízení, ve kterých je možné nevléčitelně nemocné doprovázet na posledním úseku života. Jsou odpovědí lidskosti na velkou bolest naší doby – mnoho starých lidí v terminálním stádiu nemoci, kteří jsou osamělí, nebo jejich blízcí vzhledem k zaměstnání, malé děti apod. nejsou schopni se o ně postarat, vyžaduje celodenní péči. Nemocnice nejsou schopné zajistit prostor pro důstojné umírání a uspokojování emocionálních a duchovních potřeb.

Adekvátní odpovědí na tento aktuální problém jsou hospice, které poskytují paliativní péči, láskyplnou péči a přítomnost ošetřujícího týmu, komunikaci a péči o potřeby duše, které umírající člověk velmi potřebuje.

Hospice jsou vhodným a hlavně humánním řešením utrpení v závěrečném stádiu života.

Hospic nemocnému garantuje, že:

- A) nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- B) bude respektována jeho lidská důstojnost
- C) v posledních chvílích života nebude sám

7.3 Paliativní péče

Paliativní péče je komplexní, na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná pacientům, kteří trpí smrtelnou, nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu.

Jedná se o soubor opatření poskytovaných nemocnému v případě, že **cílem léčby již není a nemůže být uzdravení**, opatření se orientují na tělo nemocného (léčba, mírnění bolesti), na jeho psychiku (psychologická, psychiatrická pomoc), sociální prostředí (pomoc v sociální oblasti, rodinu, rodinné vztahy) a na duchovní stránku jeho osobnosti (na jeho víru).

Nejvyšším cílem paliativní péče je poskytnout nemocnému možnou kvalitu života, zajistit mírnění bolesti, zabránit tělesnému a duševnímu strádání, zachovat lidskou důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Paliativní péče pomáhá nemocnému, aby mohl až do konce života vést podle svých možností aktivní život, a také poskytuje útěchu jeho rodině v průběhu onemocnění a v období smutku.

Paliativní péče

- chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že člověk závěrečnou část svého života se všemi fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně
- chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných a klade důraz na kvalitu života
- vychází z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority
- dokáže úspěšně zvládat bolest a jiné průvodní projevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění
- poskytuje citlivý lidský přístup
- ke zmatenosti pacientů s onkologickým onemocněním přistupuje citlivě a lidsky jako k léčbě bolesti
- je založena na mezioborové spolupráci a zahrnuje lékařské, psychologické, sociální a duchovní aspekty
- nevytrhává nemocné z přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a klidném prostředí
- nabízí všestrannou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka

Poskytování paliativní péče a doprovázení zahrnuje:

- a) zmírnění hlavních příznaků bolesti
- b) výběr nejvhodnějších prostředků k zmírnění utrpení, hodnocení účinnosti aplikovaných prostředků
- c) zahrnutí psychických, sociálních a duchovních potřeb nemocného do plánu péče
- d) podporu jednotlivých rodinných příslušníků v průběhu nemoci pacienta a po jeho smrti
- e) zohlednění etických aspektů, v souvislosti s individuální situací
- f) úcty k životu a jeho přirozenému konci
- g) cílenou a na dané kompetence zaměřenou týmovou spolupráci
- h) podporu a další vzdělávání všech, kteří se na ošetřování, péči a doprovázení podílejí

Paliativní péči poskytují

- odborníci na paliativní péči v hospicích (při některých hospicích jsou zřízeny ambulance paliativní péče)
- ambulance paliativní péče v nemocnicích
- ambulance bolesti
- specializované ambulantní poradny paliativní péče

Paliativní péče pracuje s opiáty:

- pouze tehdy, je-li třeba zvládnout nesnesitelnou bolest.
- Pokud bolest odezní, dávky léků lze snížit nebo zcela vysadit beze strachu z abstinčních příznaků.
- Opiáty aplikované při léčbě bolesti pacientovu psychiku neničí, ale naopak pomáhají k tomu, aby pacient nemusel být vyčerpáván nesnesitelnými bolestmi a mohl komunikovat se svými blízkými.

- Druh a dávkování opiátů (morfin) musí určit pouze zkušený lékař - odborník na paliativní péči, při necitlivém přístupu k pacientovi může snadno dojít k předávkování, což se může odrazit v nadměrném tlumení pacienta nebo v narušení jeho psychiky (bludné, paranoidní představy, halucinace, apod.).

7.4 Etické problémy paliativní medicíny

V oblasti paliativní medicíny v praxi existují etické problémy, které nejsou v souladu s posláním paliativní péče. Jedná se o **systémovou nespravedlnost**, která představuje různou úroveň péče zvládnání bolesti v různých místech ČR, v různých zdravotnických zařízeních (v hospicích je úroveň péče většinou velmi dobrá, v LDN často paliativní péči vůbec nezvládají), v některých místech ČR je rovněž velmi špatná dostupnost paliativní péče.

Dalším problémem je **celkové tlumení pacienta**, namísto lokálního řešení bolesti, u pacienta nastupuje stav bezvědomí (sopor, koma), někde se dokonce praktikuje používání celkové paliativní sedace (úplné usnutí, sedace pacienta), s následným vypuštěním podávání výživy a hydratace organismu, následkem dehydratace dochází k úmrtí pacienta, tj. provedení tzv. "**technické eutanázie**".

7.5 Rizika ohrožující ošetřující personál umírajících

V poslední době se můžeme v různých publikacích dočíst o problematice rizik ohrožujících lékaře a sestry ošetřující umírající a těžce nemocné pacienty.

Barni a kol. (1996) zkoumali stres u onkologů, radioterapeutů a dalších vybraných zdravotnických pracovníků. U 52,7 % zjistili úzkost a 16 % trpělo depresemi.

Převahu tvořily mladé ženy – sestry. Psychickou zátěž si zdravotníci připouštěli a řešili ji omezováním komunikace s pacientem.

Na nedostatečnou komunikaci si stěžují nemocní, ale dochází i k porušení komunikace i mezi kolegy, mezi specializovanými odborníky a praktickými lékaři působícími v terénu. Paradiso a kol. uvádějí, že jedna třetina dotázaných pacientů si stěžovala na nedostatek koordinace lékaře specialisty z lůžkových zařízení s lékařem první linie (Paradiso a kol., 1995, s. 53-56).

Kritické situace s následným stresem lékařů a sester pracujících na jednotkách intenzivní péče, onkologických odděleních apod., při komunikaci s nevléčitelně nemocnými vyžadují psychickou sílu a vyrovnanost. K překonání této zátěže pomáhá často zavedení týmové spolupráce. Ta slouží k informovanosti a spolupráci, umožňuje ventilovat pocity. V týmové spolupráci se lépe řeší konfliktní situace, neboť zde probíhá otevřená komunikace a je také větší schopnosti členů týmu naslouchat jeden druhému.

SYMPTOMY A POTŘEBY PACIENTA		
TĚLESNÉ		
REVERSIBILNÍ	IREVERSIBILNÍ	
bolest i v klidu	paraplegie	<u>PSYCHOLOGICKÉ</u> - pacient ve fázi smíření, manželka ve fázi smlouvání, prognózu znají oba, - zprostředkovat návštěvu syna z prvního manželství (priorita z pohledu pacienta)
dehydratace	kachexia tumorosa	
nespavost	inkontinence	<u>SOCIÁLNÍ</u> - manželka v domácnosti, tři nezaopatřené děti (2, 8 a 9 let), - pacient 12. měsíc v PN, přiznán DI
nausea		
obstipace		<u>SPIRITUÁLNÍ</u> - přeje si návštěvu kněze (manželka už zařídila)
zánět moč. cest		
dekubity		
stomatitis		

8 Vybrané sociální problémy

Literatura:

- BUCHTOVÁ, B. *Nezaměstnanost, psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-24-9006-8.
- MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-85850-61-3.
- MATOUŠEK, O, KODÝMOVÁ, P. a J KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portal, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- PRŮTKOVÁ, T. a P. NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-7378-100-0.

8.1 Sociální problém - nezaměstnanost

V dnešní společnosti většina obyvatel žije klasickým spotřebním stylem života. Sociální dávky zaručují, že i přesto, že člověk nemá zaměstnání, bude mít kde bydlet a co jíst. Dávky však v nezaměstnanosti nezaručí, že si nezaměstnaný bude sám sebe vážit, neboť klasický spotřební styl života, který není možné v nezaměstnanosti dlouhodobě udržet, je vysokou laťkou a status nezaměstnaného je vnímán jako podřadný, méněcenný.

Sociální statut je obecně tvořen šesti základními ukazateli, které tvoří objektivní úroveň sociálního statusu, a to charakteristika povolání, prestiž povolání, podíl na moci, výše vzdělání, výše příjmu a životní styl.

Někdy je sociální statut nezaměstnaného vnímán jako určité stigma, které způsobuje to, že je nezaměstnaný okamžitě společností „zaškatulkován“, pokud se okolí dozví, že je jedinec bez práce.

Řada nezaměstnaných se snaží fakt, že přišli o práci, tajit. Navíc nezaměstnaný není jediný, kdo se bude muset smířit s nižším sociálním statutem. Pokles sociálního statusu vnímá celá rodina.

Nezaměstnanost a důsledky pro společnost

Velká část dlouhodobě nezaměstnaných má negativní důsledky nejen pro nezaměstnané, ale i pro celou společnost. Společnost vykazuje zvýšenou konzumaci drog, nikotinu a alkoholu, objevuje se vyšší výskyt nemocí a nezdravých sociálních jevů, stoupá spotřeba léků. Vznikají rasové a náboženské konflikty, ztrácí se úcta k autoritám, což může mít za následek krizi a následný rozklad společnosti.

Vlivem těchto negativních aspektů se společnost potýká s problémem zvyšující se kriminality.

Kriminalitu můžeme dělit jednak na latentní, která je skrytá, nezjištěná nebo neohlášená, a také na zjevnou, která je zjištěná a vyšetřovaná orgány činnými v trestním řízení. Indikátorem zjevné kriminality jsou policejní a soudní statistiky.

V České republice je zjevná kriminalita nižší než latentní, protože zjevná je dána ochotou postižených nahlásit trestný čin.

Dlouhodobá nezaměstnanost znamená negativní důsledky i z ekonomického hlediska. Státní rozpočet přichází o daně, které by lidé odváděli ze zaměstnání. Naopak rostou výdaje ze státního rozpočtu, které se vydávají na podporu v nezaměstnanosti, sociální dávky, příspěvky na děti, na bydlení a další dávky, rekvalifikační kurzy.

Nezaměstnanost a veřejnost

Na nezaměstnaného je vyvíjen tlak veřejnosti, aby nezaměstnaným nebyl dlouho a do té doby si plnil povinnosti, které jsou se statutem nezaměstnaného spojeny. Očekává se, že pokud není člověk trvale neschopný vykonávat práci (například je v invalidním důchodu) bude se snažit, aby se zapojil co nejdříve opět do pracovního procesu. Pokud je nezaměstnaným člověk delší dobu, veřejnost ho může začít podezřívat, že je líný nebo neschopný.

Od nezaměstnaného se očekává, že bude hledat nové zaměstnání. V některých regionech je však nezaměstnanost tak vysoká, že rizikové skupiny nezaměstnaných, jakými jsou mladí pracovníci do 30 let, příslušníci etnických menšin, ženy, méně kvalifikovaní a starší pracovníci, jsou z trhu práce mnohdy vyloučeni. U těchto skupin lidí je pochopitelné, že po několika odmítnutích ze strany zaměstnavatelů rezignují a smíří se s údělem dlouhodobě nezaměstnaného. To ovšem nebývá akceptováno veřejností. Ta naopak chce, aby nezaměstnaný vzal jakoukoliv práci (byť méně atraktivní, za menší plat, za horších platových podmínek), než aby nepracoval a pobíral podporu a dávky, které jsou placeny z kapes daňových poplatníků. Důvodem tohoto smýšlení je určitá obrana zaměstnané většiny, která může mít za následek, že nezaměstnané vnímá jako podřadné a méněcenné, což se může i fatálně projevit na fyzickém a psychickém zdraví nezaměstnaného.

Nezaměstnanost a její dopady na jedince a rodinu

Díky fungování sociálního státu zajišťujícímu finanční podporu zaručující minimální příjem má nezaměstnanost na společnost menší existenční dopad než ve 30. letech, kdy být nezaměstnaný se rovnalo životnímu ohrožení a i tak nízký životní standard klesl po ztrátě zaměstnání až na čtvrtinu výchozího stavu. Tato lepší situace je způsobena nejen finanční podporou státu, ale i obecně vyšším životním standardem obyvatelstva, kdy úspory a majetek umožňují lepší překlenutí doby nezaměstnanosti, dále zrovnoprávněním a participací žen na pracovním trhu, kdy rodina není závislá pouze na jediném příjmu a také díky mnoha programům pro vytváření pracovních míst nebo podporujících nově vytvořená pracovní místa či programům rekvalifikace.

Nezaměstnanost je i v dnešní době velkým problémem s četnými negativními dopady na nezaměstnané jedince a jejich rodiny. Dopady nezaměstnanosti se logicky prohlubují s délkou doby bez zaměstnání.

V současné době lze říci, že se dlouhodobá nezaměstnanost značně rozšířila a situace v určitých regionech se stává sociálně-politickým problémem. Průměrná délka jednotlivých případů dlouhodobé nezaměstnanosti roste a obecně se dá říci, že čím déle jsou lidé bez zaměstnání, tím je pro ně nalezení nové práce problematičtější a naděje na změnu situace klesá. S prodlužováním doby shánění práce navíc klesá i motivace nezaměstnaného.

Finanční dopady nezaměstnanosti

Finanční dopady se prohlubují s růstem počtu osob, které byly na příjmu nezaměstnaného závislé – s rostoucí velikostí rodiny se zvyšuje i materiální chudnutí nezaměstnaných. Je zde patrná i nepřímá zátěž, kterou finanční obavy vyvolávají – logickou reakcí na nejistotu jsou často úsporná opatření v rodinném rozpočtu. Jako první z něj bývají vyškrtnuty, nebo silně omezeny, aktivity volného času.

Pokud byly tyto aktivity pravidelnou součástí životního stylu, může jejich nedostatek vyvolat nepříjemné pocity.

Nutnost vyjít z podpory v nezaměstnanosti nebo ze sociální podpory představuje velké snížení životní úrovně. Tento dopad je zmírněn, pokud je doba nezaměstnanosti, ovlivňující chod rodiny, krátká nebo má rodina dostatečnou finanční rezervu na překlenutí tohoto nepříjemného období. Lze říci, že čím déle zůstává člověk nezaměstnaný, tím je finanční situace jeho i jeho rodiny horší.

Dopady nezaměstnanosti na rodinu a rodinné vztahy

Člověk, který má již vlastní rodinu, ztratil práci a novou nemůže delší dobu najít, nepocituje následky nezaměstnanosti sám, ale jeho ztráta zaměstnání se úzce dotýká také jeho rodiny. Nezaměstnanost zasahuje nejen partnery či rodiče, ale i děti, širší příbuzenské vztahy a také nepříznivě působí také na zdraví. „Sociální opora ze strany rodiny, zejména životního partnera, patří mezi důležité faktory, které pomáhají zvládnout tuto zátěžovou situaci. Dlouhodobě nezaměstnaný člen rodiny ovlivní rodinné soužití. Protože tato situace prověřuje kvalitu rodinných vztahů, lépe ji zvládají lidé, kteří se mají o koho opřít, kteří mají možnost otevřeně o své situaci hovořit se svými blízkými, a to bez výčitek a bez planého litování“. (Buchtová, 2002)

I přesto, že je opora a solidarita rodiny k nezaměstnanému pozitivní, nejsou negativní dopady (zvláště dlouhodobé) nezaměstnanosti na rodinu nijak zanedbatelné. Jak již bylo uvedeno, tato situace totiž téměř vždy ovlivní rodinné soužití a v rodině může docházet k narušení denních a rodinných zvyklostí, kdy dochází ke změnám v postavení nezaměstnaného jedince v rodinném systému, může vést ke ztrátě jeho statusu a autority. Rodina se v období nezaměstnanosti může stát útočištěm, ale stejně hrozí, že ztráta zaměstnání naruší nebo zcela rozbije rodinné vztahy.

8.2 Sociální problém - bezdomovectví

Chudoba

Chudobu chápeme jako stav, kdy jedinec nebo určitý sociální celek nemůže z vlastních prostředků uspokojovat nejnужnější životní potřeby.

Nová chudoba je spojena s pozicí jedinců i celých sociálních kategorií na trhu práce.

Nejviditelnějším výrazem nové chudoby je právě rostoucí počet bezdomovců. Chudoba je velkým problémem, protože lidé bez domova přišli nejen o střechu nad hlavou, ale v mnoha

případech také o finanční prostředky. Jedná se zejména o problémy se zadlužením, neschopností komunikace s úřady a s tím související problémy se získáváním podpory a jiných sociálních dávek.

Sociální vyloučení

Společenské vyloučení či vyloučení ze společnosti začíná ve chvíli, kdy občan nedokáže nebo nemůže uplatňovat občanská a lidská práva pro svůj zdravotní stav, věk, pohlaví, etnickou příslušnost, nedostatek majetku nebo pro jinou osobní příčinu. Společenské vyloučení nemusí být konečným stavem, má-li společnost sílu a vůli pomoci slabým. Může vyústit ve ztrátu přirozených osobních vztahů, ve ztrátu domova, ve ztrátu střechy nad hlavou, práce vlastní osobnosti bezdomovectví.

Sociálním vyloučením je v dnešní době ohroženo velké množství osob. Můžeme to přisoudit i vědomí, které souvisí s dobou v roce 1989 před převrácením, kdy byla plná zaměstnanost. Tehdy měl každý občan práci zaručenou. Hraje zde velkou roli psychická a zdravotní odolnost jedince, zda se umí přizpůsobit požadavkům společnosti, které na něj kladou stále větší cíle.

Příkladem jsou narůstající požadavky na vzdělání, aby člověk mohl v pracovní pozici dosáhnout možnosti růstu a současně mít záruku navýšení mzdového příjmu. U lidí se sníženými mentálními schopnostmi, lidí nemocných nebo psychicky nebo psychicky nebo u lidí propuštěných z výkonu trestu či mladých lidí opouštějících dětské domovy a výchovné ústavy je velmi potřebná právě sociální ochrana. Zde je velice důležité, aby společnost v takových situacích fungovala, zejména pomoc ze strany státních orgánů a nestátních organizací.

Mezi sociální vyloučení musíme zařadit i jeden velmi závažný problém, a to etnickou příslušnost.

Diskriminace je v dnešní době skutečně závažným problémem a často se stává, že člověk jiné národnosti, přestože splňuje podmínky vzdělání, vede pořádaný život, je zdravý, nemůže ve společnosti právě pro svoji národnost uplatnit svá specifika, a takový člověk, který se díky této diskriminaci ocitne bez příjmu, může rychle přijít o střechu nad hlavou, a proto je potřeba v dnešní společnosti o tomto problému diskutovat.

Osoby společensky znevýhodněné

Společensky znevýhodněnou osobou je taková osoba, která má určitý handicap.

Může jít o problém, díky němuž se můžou dostat do obtížné sociální situace. Tady musí nastoupit pomoc státu nebo nestátních organizací proto, aby tyto osoby mohly být integrovány zpět do společnosti, a mohly být pro ni prospěšné.

Osobami společensky znevýhodněnými se zabývají tzv. sociální kurátoři, pracující na úřadech nebo na odborech sociálních věcí. Jejich klientelu tvoří zejména lidé bez domova. Tito kurátoři jim poskytují poradenský servis, tedy kontakt na úřad práce, informace k zdravotnímu pojištění a nárokům na dávky sociální péče. Dále je důležitá pomoc při vyřizování dokladů a speciální peněžité dávky.

Bezdomovectví

V očích veřejnosti je bezdomovec individuální člověk ležící na lavičce v parku nebo na zastávkách tramvaje, nocující v nočních dopravních prostředcích nebo v neobydlených budovách, které tráví den tím, že nedělá nic jiného, než požívá laciný alkohol, a jeho jednání lze označit za protispolečenské, v určitých okamžicích i jako protiprávní.

Můžeme ho hodnotit jako člověka, který přišel vlastní vinou o práci, rodinu a o střechu nad hlavou, jehož jediným smyslem života je popíjet alkohol. Ovšem špatně je bezdomovec

ztotožňován s daným stereotypem tuláků a povalečů. Z právního hlediska je bezdomovec definován jako "občan bez přístřeší" a je zařazen do kategorie "občanů společensky nepřizpůsobivých". Jde o osobu, která nemá vlastní domov, není žádným regulérním nájemníkem, nežije v obydlí u rodiny, osoby blízké, nebo tento domov nemůže, nebo z vážných důvodů nechce užívat, či naopak jej užívá protiprávně.

Domov v této definici chápeme obecně jako místo, kam jeho uživatel může jinému člověku zakázat, nebo umožnit přístup. Bezdomovci jsou tedy lidé žijící bez stálého bydlení a obvykle i bez stálého zaměstnání, bez finančních zdrojů.

Nejpoužívanější definice v Evropě zahrnuje mezi bezdomovce, které můžeme označit jako osoby bez střechy nad hlavou, také osoby, jež žijí v nedůstojných podmínkách, v různých sociálních zařízeních a ústavech, a osoby, jimž hrozí ztráta bydlení. Existují lidé bez domova, kteří nejsou schopni vzniklou situaci sami řešit a vyhledávají různé formy sociální pomoci. Je to projev extrémní chudoby.

Bezdomovectví je tedy životní situace lidí bez trvalého přístřeší, kteří sice z úředního hlediska trvalý pobyt „papírově“ mají, ale z určitého důvodu v něm nemohou žít, chybí jim pevný a pravidelný příbytek k přenocování.

Nejdůležitější skupiny bezdomovců

Lidé nejvíce ohrožení fenoménem bezdomovectví, kteří bývají námi občany nazýváni neschopnými, které označujeme jako ty, kteří selhali, lze rozdělit do několika charakteristických skupin:

- a) osoby žijící na ulici, neschopné vytvořit osobní vztahy, trpící často mentální vadou, přítomnou nebo minulou
- b) osoby nemocné mentální chorobou, osoby se somatickými či psychosomatickými chorobami
- c) alkoholici
- d) uživatelé omamných látek (drog), patologičtí hráči
- e) osoby fyzicky postižené, skupina, do které můžeme zahrnout epileptiky a osoby postižené vrozenými poruchami
- f) osoby společensky nebo mentálně neadaptabilní, charakterizované svou nestálostí a nestabilitou
- g) osoby ve stavu deprese, úzkosti, sklíčenosti, hledající pomoc a radu
- h) mladí lidé nečekaně se ocitnuvší na ulici, nezaměstnaní, hledající, destabilizovaní
- i) osoby bez trvalého bydliště, navíc nezaměstnaní
- j) ženy osamělé, s dětmi, těhotné, vyloučené rodiči z domova, ženy staré
- k) děti ulice, děti týrané a jinak frustrované, děti sociálně deprivované
- l) osamělí důchodci, toužící po lidském teple a pochopení
- m) propuštění vězni
- n) slepí a hluchí
- o) migranti
- p) nemocní AIDS, HIV pozitivní

Problematika bezdomovectví

V naší společnosti není věnována bezdomovectví náležitá pozornost.

Tento problém se týká celé společnosti, protože lidé bez domova mají různé problémy a dostali se tedy do této situace z různých příčin.

„Bezdomovectví je problém, kterému veřejnost nevěnuje přílišnou pozornost a výzkumem se nikdo nezabývá. Bez znalosti příčin, rozsahu a forem bezdomovectví je těžké zvolit vhodná preventivní opatření.

Je potřeba stanovit pravidla a formy prevence a pomoci lidem, kteří se často ocitnou na cestě, jež vede k nedůstojnému životu a jsou ohrožováni různými formami deprivace, kriminality, závislostí, apod.

Změnou doby a životní stylu došlo k ekonomickému a sociálnímu rozdělení obyvatelstva a obzvláště zranitelné jsou osoby, které se nedokázaly novým změnám přizpůsobit. Jedná se o lidi, kteří nedokážou nést za svůj život odpovědnost a jejichž osobnost může být zneužita k tomu, že skončí bez materiálních prostředků a v určitých případech i bez přístřeší. Jedná se o lidi oslabené mentálně, tělesně, věkem, nízkým vzděláním, sociálním původem, frustrací z dětství, bez zázemí, neschopností navázat přiměřené mezilidské vztahy.

Bezdomovectví a příčiny vzniku

Faktory ovlivňující vznik bezdomovectví jsou tříděny na objektivní a subjektivní.

Objektivní faktory zahrnují celkové společenské klima, například politiku zaměstnanosti, bytovou politiku, postavení etnických minorit, postoj většinové společnosti k marginálním skupinám, sociální politiku daného státu a další dílčí faktory.

Subjektivní faktory spoluutvářejí celkovou sociální situaci jednotlivého člověka, která je podmíněna zejména úrovní jeho vlastní schopnosti sociální adaptace.

V naší společnosti lze za hlavní příčiny přispívající k nárůstu počtu osob bez domova považovat neadekvátní politiku zaměstnanosti, nedostatek sociálních bytů a nevyhovující podporu znevýhodněných osob. Současný systém podpory v nezaměstnanosti spíše prohlubuje pasivitu a závislost.

Není využít potenciál institutu veřejně prospěšných prací, je snadné si ilegálně přivydělávat k podpoře v nezaměstnanosti, pro zaměstnavatele není výhodné nabízet částečné úvazky. Pracovní diskriminace starších lidí, žen a Romů je každodenní realitou, chybí podporovaná pracovní místa pro znevýhodněné osoby na trhu práce a nabídka rekvalifikačních kurzů je velmi omezená.

Skupina občanů s nízkým příjmem si nemůže dovolit platit standardní nájemné, poplatky u lékaře a stávají se z nich neplatiči a posléze lidé bez domova. Poptávka po všech formách sociálního bydlení mnohonásobně převyšuje nabídku a azylová zařízení ji nejsou schopna pokrýt.

„Znalost příčin bezdomovectví je základním předpokladem všech snah o řešení tohoto problému, protože samotné odstraňování následků bezdomovectví je značně neefektivní. Komplikací je zde skutečnost, že ne vždy lze spolehlivě rozlišit, co je příčinou a co následkem bezdomovectví. Alkoholismus může člověka dostat na ulici, někteří bezdomovci však začali pít až v době, kdy se stali lidmi bez domova. A místo alkoholismu si můžeme dosadit nezaměstnanost, kriminalitu, zadluženost, nebo například zdravotní problémy“.
(Prudková, 2008)

Příčin vzniku bezdomovectví je nejspíš tolik, kolik je lidských osudů. Přesto lze mezi různými typy bezdomovců hledat nějaké společné rysy. Ne vždy je život bez přístřeší svobodnou volbou. Lidé ztrácejí střechu nad hlavou, protože nejsou schopni se přizpůsobit rychlým proměnám společnosti, v jejichž důsledku si nedokážou opatřit bydlení pomocí legálních i nelegálních praktik, někteří ztrácejí bydlení v důsledku životní krize, rozpadu manželství, ekonomického bankrotu a podobně.

Člověk, který si zvykne na příjem z podpory v nezaměstnanosti a je mu nabídnuta práce, za kterou by činila finanční odměna jen o něco málo více než je podpora, si velice rychle spočítá, že se mu pracovat nevyplatí. Ráno by museli vstávat, zadruhé by většinou utratil nějaké finanční prostředky za cestu do práce a vzdal by se většiny volného času. Usoudí tedy, že mu bude daleko lépe doma, když si k podpoře v nezaměstnanosti vydělá ještě nelegálně, například dvakrát či třikrát do týdne, kdy může pracovat "načerno", další finance. Bylo by skutečně vhodné, pokud stát práceschopnému člověku dává podporu v nezaměstnanosti, aby si tyto peníze člověk zasloužil například právě v rámci veřejně prospěšných prací.

Charakteristika bezdomovců

Na okraj společnosti se mohou dostat různí lidé s nestejnými problémy. Podobní jsou si v důsledku: ve ztrátě domova a v životě na ulici.

„Někteří bezdomovci žijí zcela mimo civilizaci, v lesích, skalách, přespávají v různých boudách. Nemáme o nich žádné informace, lze se jen domnívat, že ve velké většině trpí psychickými poruchami, které způsobují, že nevyhledávají, ba úzkostlivě odmítají, kontakt s lidmi“. (Prušková, 2008)

Bezdomovci

Jsou to lidé z různých společenských vrstev, s různým vzděláním, invalidní důchodci, alkoholici, trestané osoby ale také lidé, kteří si tento způsob života zvolili sami. Ztráta domova souvisí vždy se spolupůsobením mnoha vnějších i vnitřních faktorů. Uvádí se, že mezi bezdomovci je poměrně vysoké procento rozvedených mužů.

Někteří z nich žili už v manželství rizikovým způsobem života, závislí na alkoholu, na automatech a jejich ženy podaly žádost o rozvod právě z těchto důvodů.

Bez domova se může ocitnout každý, kdo se důsledkem nějakého problému dostane do svízelné životní situace. Může jít o lidi úspěšné, vzdělané, o ženy či muže.

Rizikové skupiny

Bezdomovectvím jsou ohroženi lidé dlouhodobě nezaměstnaní, hendikepovaní, senioři, lidé adaptovaní na život v institucích, příslušníci etnických skupin a migranti. Ztrátou domova jsou ohroženi muži více než ženy, spíše lidé staršího nebo středního věku než lidé mladší. Menší podíl žen mezi bezdomovci se vysvětluje větší orientací žen na mezilidské vztahy. Ženy mají bohatší sociální síť, většinou jsou schopny vytěžit její zdroje a v krizi se obrátit na někoho, kdo se o ně postará.

Muži, kteří jsou méně orientovaní na vztahy, se častěji ocitají osamoceni.

Dále mezi bezdomovci najdeme lidi, kteří jsou závislí na návykových látkách. Závislost na alkoholu samozřejmě může být příčinou, ale také důsledkem bezdomovectví.

Důvodů pro to, aby se stal člověk bezdomovcem, existuje celá řada. Pak velmi záleží na psychické síle člověka, zda dokáže nastalou situaci vyřešit. Může ji řešit formou pomoci v nějaké instituci a pak se vlastním snažením dokáže znovu včlenit do společnosti, nebo se obrátí na fungující rodinu.

Další pomocí může být pomoc od známých či přátel, kteří pomohou tomuto člověku překlenout tuto sociální a životní situaci.

Velké problémy mohou mít psychicky nemocní nebo mentálně postižení lidé, kteří nemusí pochopit tuto složitou situaci, bez pomoci mohou tito lidé zůstat na ulici i několik let, případně až do smrti. Dalším problémem můžou být lidé, kteří si nepřipustí, že se

nedokážou postavit sami na vlastní nohy. Mají názor, že si pomohou sami a že od nikoho jiného pomoc nepotřebují.

Bezdomovectví je projevem selhání v oblasti socializace. Bezdomovci nejsou schopni odpovědného chování, nedokážou se standardním způsobem o sebe postarat. Přijetí role bezdomovce je výsledkem rezignace. Převažují náhodné kontakty s lidmi ze stejné komunity. Sdružování je většinou účelové, jsou vytvářeny jakési subkultury. Vztahy mezi skupinami těchto lidí bývají povrchní, je v nich nedůvěra a nejistota.

V důsledku ztráty citově hlubších vazeb bývají bezdomovci emočně oploštělí, často necitliví i sami k sobě. Riziko takového postoje zvyšuje citová deprivace, závažná negativní zkušenost, duševní nemoc, závislost na drogách a z toho vyplývající egocentrismus a bezohlednost.

8.3 Organizace pracující s bezdomovci

Armáda spásy

Prvotní cíl armády spásy – pomáhat chudým, slabým a odmítaným. Členové Armády spásy byli jedněmi z prvních lidí, kteří se v širším měřítku začali věnovat praktické pomoci lidem bez domova.

Dnes pracuje Armáda spásy v 113 zemích světa a mluví 160 jazyky. Má více jak 1,5 milionu členů ve skoro 28 tisících zařízeních. Jsou to ubytovny pro bezdomovce, dětské domovy, domovy pro seniory, nemocnice, školy.

V Československu začal práci Armády spásy v roce 1919 plukovník Karl Larsson.

Armáda spásy v České republice byla znova zaregistrována dne 17. 5. 1990 jako občanské sdružení.

Občanské sdružení Naděje

Naděje jako spolek je založena dle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Registrována je od 21. 8. 1990 u Ministerstva vnitra.

Naděje je nepolitická organizace s celostátní působností. Někteří členové žijí na Slovensku i v jiných zemích. Naděje vznikla spontánně v srpnu roku 1990, ve chvíli, kdy se na pražských nádražích začaly shromažďovat skupiny rumunských uprchlíků.

První pomocí bylo podávání stravy na nádraží, nouzové ubytování v Praze a posléze činnost ve vládních uprchlických táborech.

V roce 1991 pokračovala dobrovolná práce v uprchlických táborech. Po jejím ukončení se činnost přesunula do Prahy, kde se začalo s přípravou středisek pro činnost Integračního programu, který byl koncipován jako komplex služeb stavebnicového charakteru.

Původně byl určen především pro uprchlíky, ale stále více začali do nově otevřeného střediska v Rumunské ulici v Praze 2 přicházet i naši občané, kteří se ocitli bez přístřeší a bez prostředků. Integrovaný program je určen lidem společensky vyloučeným nebo lidem, kterým společenské vyloučení hrozí. (Matoušek, 2007)

Program IGLOO

Program IGLOO - podpora projektů sociální pomoci, slušného bydlení a zlepšování schopností a možností zaměstnání znevýhodněných osob.

Program IGLOO se snaží znevýhodněným lidem umožnit přístup k sociální pomoci, slušnému bydlení, kvalifikaci a pracovním příležitostem. Cílovou skupinou jsou muži a ženy

potýkající se s problémy, které souvisejí s vyloučením ze společnosti. Jsou mezi nimi také velmi mladí lidé bez kvalifikace, dospělí dlouhodobě nezaměstnaní.

IGLOO plní čtyři klíčové funkce.

- Poskytování rámce stálé sociální podpory ve formě speciálně upravených služeb, které mohou reagovat na konkrétní potřeby jednotlivce, například týkající se osobních, zdravotních a rodinných problémů.
- Zvyšování nabídky kvalitních bytů, dostupných lidem s omezeným příjmem a vhodných jak pro lidi svobodné, tak i pro rodiny, a to rekonstrukcemi starých budov nebo zahajováním nových stavebních projektů.
- Organizování kvalifikačních kurzů, které dávají znevýhodněným lidem příležitost naučit se užitečným dovednostem a získat uznávanou kvalifikaci v oblastech stavebnictví nebo péče o dítě.
- Vytváření nových zaměstnání v oblastech souvisejících s bydlením, stavební a renovační práce a rovněž široký rozsah služeb. Cílem je dát lidem co nejlepší příležitost najít trvalé zaměstnání

9 Sociální role lékaře, pacienta

Literatura:

BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

9.1 Medializace

Dominantním tématem je vztah běžného člověka v roli pacienta k osobě lékaře, respektive k medicínskému personálu.

V historii nebyla existence zdravotnického personálu ničím samozřejmým. Se vznikem moderní společnosti se rozvíjí **moderní koncepce lékařské péče**.

Do této doby byl jedinec v nemoci odkázán na sféry, které bychom definovali jako **laické**:

- **tradiční systémy péče o nemocné** – šamanství, léčitelství, přírodní medicína, přístupy pracující s náboženskými a magickými prvky domácí péče
- **rodina, komunitní péče** (specifické pravidla jednání s nemocným v rámci komunity) sousedská výpomoc

Výše uvedené sféry jsou charakteristické oproti medicínskému přístupu důrazem na tradici, zkušenosti předků a zejména tím, že nejsou založeny na aplikaci vědeckých poznatků. To neznamená, že by neměly svou platnost a účinnost.

S nástupem medicíny se však situace radikálně změnila: lékař - dominantní postava medicíny dostává do sféry své působnosti veškerou oblast péče o lidské zdraví a práce s ním.

Je definován specifickým vzděláním, které je ostatním, „laikům“ nedostupné, aplikací vědeckých postupů při léčbě a dodržováním určitých specifických pravidel.

Do symbolické sféry můžeme samozřejmě započítat i specifický oděv lékaře a propriety, které bývají právě a jen s tímto povoláním spojeny (např. známý symbol stetoskopu, specifická lékařská obuv).

Za nemoc začínají být s proměnou role medicíny ve společnosti považovány i problémy, které mají primárně nemedicínský charakter – stáří, obezita, psychické problémy, drogová

závislost. Medicína začíná stále více zasahovat do oblastí, které byly dříve řešeny jiným způsobem.

Stále více se rozšiřují definice nemocí a kompetence lékařů, dochází tedy k procesu **medikalizace společnosti** (z anglického *medikalization of society*).

Přímým důsledkem tohoto procesu je to, že za nemoc jsou stále více považovány jevy, které byly dříve považovány za normální, přirozené či které nebyly zdůrazňovány – zejména se to týká medicínských definicí psychických poruch, které jsou dány odchylkami od „normálního“ chování, průměrnost je ale dána sociálně, společensky a kulturně.

Role medicíny je přeceňována – medicína se zasloužila o růst délky života v západních společnostech, ale dominantní vliv měly zlepšující se životní podmínky a životní úroveň obyvatelstva.

Úspěch zaznamenávala spíše preventivní než léčebná medicína.

Změna prestiže – medicíně se dostává v moderní společnosti stále větší prestiže (využívání vědeckých poznatků a formalizovanému přístupu k nemoci).

Změna hodnoty zdraví – ve společnosti, která klade důraz na výkonnost, schopnosti, adaptabilitu a aktivitu, je zdraví jedním ze základních předpokladů, jak dostat požadavkům společnosti a obstát v konkurenci ostatních.

Zdraví se tak stává pilířem, na němž lidé mohou stavět své ambice, představy, plány, které chtějí v životě realizovat, rozšíření vlivu medicíny se jeví jako projev humanity.

Ze strany medicíny je vnímané zdraví jako projev solidarity s těmi, kteří trpí nějakými problémy, racionální zdůvodnění obtíží poskytuje jistotu – ne pouze fakt léčby, ale už samo stanovení diagnózy, která definuje příčinu problémů, má pro jedince velký význam. Je-li příčina problému definována, má dotýčný pocit, že je v moci jeho či lékaře problém vyřešit, že „rozumí“ svým problémům, působí uklidňujícím dojmem. Pochopitelně diagnóza samozřejmě není automaticky deklarování schopnosti problému vyřešit, ale subjektivní asociace tohoto typu jsou pro postiženého jedince velmi výrazné.

Medicína racionálním a vědeckým přístupem sejmula stigma z řady donedávna stigmatizovaných a společensky nepřijatelných způsobů chování, které byly morálně odsuzovány (např. duševní choroby, alkoholismus, zneužívání drog ...). Zneužívání drog tedy není již tolik pojímáno jako morální selhání, ale jako postižení nemocí, kterou je možno léčit pomocí standardizovaných postupů, na druhé straně ale často medicína dovoluje stigmatizovat nové skupiny, např. nemocné AIDS.

Stigma – vlastnost, na základě níž jsou jedinci připisovány okolím negativní charakteristiky. Jinak řečeno, jde o znamení méněcennosti v očích ostatních, ať již jde o charakteristiku zjevnou či připsanou. Stigma se projevuje většinou jen v určitých situacích, znevýhodňuje pak svého nositele (často etnické minority, tělesně a duševně postižené, osoby propuštěné z výkonu trestu, určitá povolání atd.).

- profesionální dominance lékařů – díky privilegovanému přístupu k lidskému tělu a jeho ošetřování se lékařská profese do značné míry definovala jako nadřazená profesím ostatním (a to i nižším zdravotnickým profesím). Lékaři začali být považováni za optimální tvůrce sociálních norem, právě toto povolání bývá nejčastěji spojováno s pojmem „expert“

- ztráta přirozených schopností řešit problémy – např. v oblasti psychických poruch jde o nárůst osob, které se svěřují psychoterapeutům, a to často i s problémy, které primárně souvisí s jejich partnerským životem, pracovními problémy atd. Medikalizace a odkaz na

nutnost „obrátit se s problémy na odborníky“ snížila sebedůvěru jedinců ve vlastní schopnosti vyrovnat se s problémy – a netýká se to jen psychických problémů, ale i běžných chorob, které by jinak jedinec zvládl prostřednictvím vlastních prostředků.

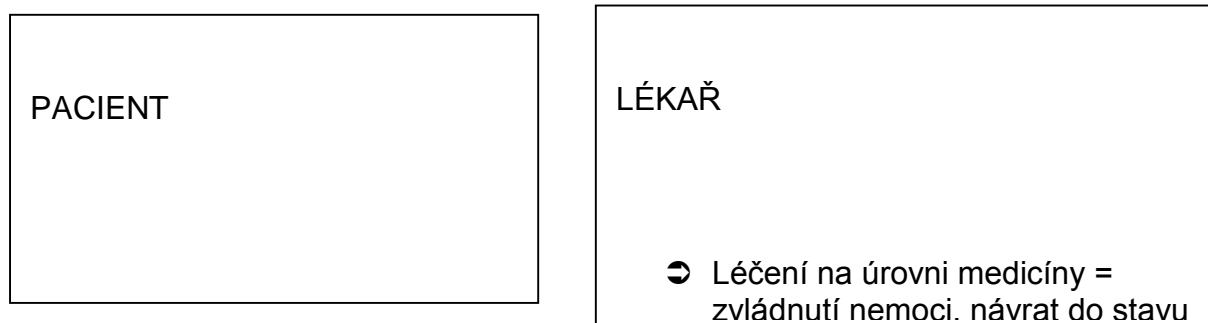
Sociální kontrola – v rámci „boje o zdraví“ medicína disponuje a rozvíjí databáze, které sdružují nejen medicínské, ale i osobní údaje o jedincích. Ty jsou ale zneužitelné. Jedinec je vytržen z běžného života, ze svých vztahů, to zejména v případě hospitalizace.

Základní fáze nemoci ze sociologického hlediska

- projev symptomů u „zdravého jedince“
- vyhledání zdravotnické pomoci
- akceptování stavu choroby, přijetí role pacienta
- proces léčby spolu s postupným návratem ke dřívějším sociálním funkcím a rolím
- stav vyléčení buďto úplného nebo s přistoupením na omezení dané léčenou chorobou (omezení některých soc. rolí – nutnost změny zaměstnání, činností v rodině, společenských a sportovních organizacích apod.); resp. chronický stav – stabilizace nemoci bez úplného vymizení jejich symptomů

9.2 Vztah lékař - pacient

Základ vztahu mezi lékařem a pacientem můžeme definovat následně:



Jelikož v obou případech, jak na straně pacienta, tak na straně lékaře, jde o definici jejich pozic jako sociálních, hrají zde dominantní úlohu očekávané způsoby jednání a míra naplnění těchto očekávání.

V případě pacienta nemluvíme o biologicky objektivním vymezení pacienta jako o osobě, která objektivně trpí některou z chorob, která by byla etiologicky definována. Jde zde primárně o naplnění sociální role.

Vztahem mezi lékařem a pacientem rozumí sociologie medicíny souhrn sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení mezi lékařem a pacientem a rovněž vztah samotného lékaře k předmětu jeho činnosti.

9.2.1 Vybrané modely vztahu lékař - pacient

Existuje mnoho teorií výše definovaného vztahu, zaměříme se na tři vybrané:

Model aktivity – pasivity – pacient se zde chová neaktivně, není schopen jednat samostatně a není to od něj ani vyžadováno.

Je pasivním příjemcem, ve vztahu k lékaři je plně poddán lékařovým rozhodnutím bez možnosti je ovlivnit. Tato podoba vzájemného vztahu je charakteristická zejména pro určité kritické fáze nemoci – šok, delirium, terminální fáze nemocí atd.

Model vedení spolupráce lékařem – pacient se podílí na procesu léčby, a to zejména v oblasti psychiky. Je lékařem motivován k pozitivnímu vztahu k procesu uzdravování, je nabádán k určitému typu jednání a chování.

Jde tedy do značné míry o kooperaci, postavení pacienta by bylo možno vyjádřit větou „Řekněte, co mám dělat a já se vašimi radami budu řídit“. Lékař zde není vykonavatelem, ale zdrojem odborných doporučení. Tento přístup vypadá rovnoprávně, avšak i zde lékař vystupuje z pozice autority, nárokuje si právo rozhodovat o chování pacienta, staví jej do role závislého člověka, který ve vztahu k cíli spolupráce, tedy léčbě nemoci, zastává méně odpovědnou pozici.

Tento model je v naší společnosti nejrozšířenější.

Model vzájemné spolupráce – lékař je v pozici rádce, jeho role spočívá v doporučeních, která nejsou pro pacienta bezpodmínečně závazná. V podstatě zde „pomáhá pacientovi, aby si sám pomohl“. Jeho doporučení se týkají zejména životního stylu, neexistuje zde vztah závislosti pacienta na lékaři.

Je to model typický zejména pro léčbu chronických chorob, kdy je role pacienta velmi zásadní pro úspěšnost léčby – např. léčba závislostí, cukrovka, atp.

Proces dialogu

V procesu dialogu vystupuje lékař jako ten, kdo má mít aktivitu, jako ten, kdo rozhoduje a má moc nad druhým účastníkem rozhovoru – pacientem.

Rozdílný stupeň odborných znalostí staví lékaře do pozice odborníka a pacienta do pozice laika. To poskytuje lékaři pocit moci a vede to nezdědky k tomu, že svůj odborný potenciál přesahuje snahou ovlivňovat i sféry, kam by jeho kompetence neměly spadat.

Rozdílné sociální role vedou k tomu, že je to lékař, kdo má iniciativu a uznávanou kompetenci. Naopak pacient je odsouzen do role „hledáče pomoci“, nikoli rovnocenného partnera při řešení problému.

Specializace lékařských úkonů a využívání stále více technických metod ovlivňují konkrétní interakci – lékař určuje délku, téma i celkový obsah dialogu.

Ve vztahu lékaře a pacienta je citlivou oblastí téma poskytovaných informací. Už z povahy obou rolí je zřejmé, že pacient často trpí „informační nouzí“.

Informační nouze je dána několika důvody:

- „**odlišným jazykem**“ – pacienti často nerozumí odborným výrazům lékařů, hraje zde často roli odlišné sociální zařazení ve společnosti, rozdíl ve stupni vzdělání, kulturních základech atp.

- „**rolí lékaře jako cenzora**“ – lékaři si často přisvojují právo neinformovat pacienta o závažnosti jeho onemocnění, o skutečných příčinách choroby, o prognózách do budoucna. Často tomu tak bývá z obavy nad zhoršením psychického stavu nemocného, nezdědky však lékaři vychází z čistě subjektivních pohnutek a staví pacienta do informačně velmi bezbranné role. To se týká i poměrně problematické praxe nesdělování informací o průběhu nemoci a stavu pacienta jeho blízkým.

9.3 Role pacienta, nemocného

Ze sociologického hlediska je **pacient** označován jako jedinec, kterému specifické okolnosti brání ve výkonu společenských rolí a funkcí, které do té doby plnil.

Jeho sociální role zahrnuje v hrubých rysech 2 práva a 2 povinnosti:

- pacient není považován za odpovědného za svou nemoc a je mu připsáno právo se na nemoc soustředit a být optikou své nemoci posuzován
- jedinec v roli pacienta je zproštěn svých dosavadních povinností
- pacient je povinen dávat najevo nežádoucnost stavu, v němž se nachází a vyhledat kompetentní pomoc
- pacient má při léčbě povinnost spolupracovat s odborníky – lékaři na odstranění příčin nemoci

Toto jsou opravdu jen hrubé rysy, kterými se dá sociální pozice nemocného definovat.

Sociální role pacienta se liší v každém jednotlivém případě – záleží na charakteru a průběhu onemocnění, které pacienta staví do odlišných pozic v rámci sociálních situací. V této souvislosti se v sociologii hovoří o tzv. **kariéře nemocného**. Jde o to, že i v rámci role pacienta můžeme sledovat přechody mezi určitými strukturovanými a danými „pod rolemi“ – ty jsou definovány zejména v dimenzích onemocnění – uzdravení, příjem z práce – důchod, vliv na finanční zajištění rodiny, možnost vykonávat povolání, vliv na rodinný a osobní život.

Typologie nemocných

Typologie nemocných, která bývá v sociologii medicíny užívána:

Hospitalizovaní nemocní – ti přijímají roli pacienta v nejvyhraněnější podobě, jsou do značné míry omezeni ve výkonu většiny sociálních rolí (role zaměstnance, otce/matky, manžela/manželky atd.). Patří sem i nemocní v domácím ošetření, ti ale mohou do určité míry dosavadní sociální role vykonávat.

Nemocní práce schopní – jde o relativně velkou skupinu nemocných, kteří „přepínají“ mezi rolí nemocného a ostatními rolemi. Stav nemoci je pro jejich sociální život dominantní jen v určitých okamžicích – při vyšetřeních, kontrolách, terapeutických zákrocích.

Osoby podílející se na prevenci – jde o osoby, které se do role pacienta dostávají dobrovolně na základě snahy ochránit se před možnými zdravotními problémy. Jde tedy zejména o osoby, které se do kontaktu s lékařem dostávají při preventivních prohlídkách.

Problematické případy pacientů – sem patří často osoby léčící se ze závislostí – na straně jedné plní roli pacienta, na druhé straně neuznávají povinnost předcházet nemoci.

Specifickou skupinou nemocných jsou těhotné ženy, rodičky a novorozenci.

Jde o osoby vyžadující stálou a relativně dlouhodobou lékařskou péči, bývají hospitalizovány, ale nemohou být z povahy své definice považovány za nemocné. Přesto se s nimi v rámci lékařského systému jako s pacienty jedná a oni roli pacienta plní.

Hospitalizovaný pacient

Hospitalizace vnáší do jeho života řadu nových aspektů a řadu omezení. Je specifická svou dočasností a zásadností změn pro jeho běžný život. Projevuje se zejména ve třech oblastech:

- hospitalizace výrazně ovlivňuje každodenní život pacientů – organizace speciální lékařské péče přináší jedinci nutnost jednat podle určitého řádu tak, aby jeho chování bylo co nejvíce předvídatelné. Musí se podřítit rytmu nemocnice, bezchybně a bezodkladně jednat na

základě pokynů nemocničního personálu, je zbaven svého statusu a plně podřízen normám nemocnice, lékařského zařízení. Obecně lze říci, že míra omezení je přímo úměrná velikosti zařízení a jeho typu

- pacient musí být vždy k dispozici – to je jeden z požadavků pro možnost poskytování komplexní odborné péče, pacient je zde silně veden k zaměření se na svou chorobu, musí podřídit svou vůli, přání a touhy dominantnímu tématu nemoci a spolupráci na jejím odstranění

- pacient vystupuje v roli příjemce pomoci a nemá vlastní kontrolu nad uspokojováním životních potřeb – nemocniční personál poskytuje pacientovi většinu ze základních potřeb i tehdy, kdy by jedinec byl schopen si je zajistit sám. To do značné míry vede u pacientů k časté snížené míře sebehodnocení.

9.4 Role lékaře

Role lékaře je funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemocí a na záchranu ohroženého života.

Jednotlivé konkrétní role lékařů se liší v závislosti na oboru činnosti (např. odborník – diagnostik vs. lékař záchranné služby vs. obvodní praktický lékař vs. lékař v hygienické službě).

I když se s rolí lékaře můžeme setkávat již od středověku, jeho role v současném pojetí existuje ve společnosti až od poslední třetiny 19. století.

Činnosti lékaře mají mnohé stránky, které jej odlišují od ostatních povolání. Tou dominantní je skutečnost, že předmětem jeho činnosti je člověk.

V **sociologii medicíny** se rolemi pacienta a lékaře hlouběji zabýval zejména Talcott Parsons. Obě role charakterizuje z pohledu funkcionalistického, tedy z pohledu toho, jakou funkci ve společnosti má vykonávání obou rolí a jak jejich výkon přispívá či nepřispívá k hladkému fungování společnosti.

Role lékaře podle Parsonse spočívá zejména v těchto třech znacích:

- **funkční specifika**, odborná kompetence – je dominantním rysem této role.

Pro výkon této role jsou třeba formální i faktické kompetence – z hlediska odborného dané zejména dosažením příslušného stupně vzdělání v oboru.

Odborná kompetence je dána i postavením konkrétního lékaře v hierarchii – jiná oprávnění rozhodovat má řadový lékař, jiná primář, jiná má praktický lékař a jiná lékař specialista.

- **neutralita z hlediska emocí** – od lékaře je při výkonu jeho role očekáváno jednání bez emocionální účasti. Neznamená to bezcitnost ve vztahu k pacientovi, ale odstup od vnímaných emocí – lékař má brát pacientovi emoce v potaz, ale nemá projevovat soucit, nesmí je prožívat s ním. Musí se omezit na výkon své odborné úlohy a ostatní motivace nesmí projevovat

- **universalismus výkonu role** – role lékaře potencionálně bere v potaz všechny členy společnosti - lékař vykonává svou roli vůči všem jedincům, nikoli jen oborově, sociálně či prostorově vymezené skupině osob. Vychází to z faktu, že do role nemocného může vstoupit kdokoli a lékař musí být připraven svou roli aktivovat vůči každému nemocnému.

Kolektivní orientace jednání – rozumí se tím, že lékař nevychází při výkonu své role ze svých zájmů a motivací, nýbrž ze zájmu pacienta. Má (či měl by) nadřazovat zájmy pacienta zájmům vlastním.

10 Sociální role sestry

Profese sestry prodělala v krátkém údobí výrazné změny. Povolání sestry prodělávalo složitý vývoj nejen v minulosti, ale i v současnosti.

Měnilo se právní, profesionální a regulační postavení sestry. Bez změny nezůstalo také vzdělávání a pracovní podmínky apod.

Sestry tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví – v nemocnicích, ambulantní a komunitní péči. Dle Světové zdravotnické organizace představují sestry a ošetrovatelské profese nezastupitelnou úlohu v systému zdravotní péče a mají nejdůležitější přínos do oblasti zdraví jedinců.

Literatura:

BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BARTLOVÁ, S. a M. JOBÁNKOVÁ. Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. In: *Sestra*. 2001, ročník 11. č. 7-8, s 78-79. ISSN 1210-0404.

10.1 Historie role sestry

Role sestry se formovala na půdě středověkých hospiců a charitativních institucí, které poskytovaly lůžko a nezákladnější péči pro jedince z řad chudiny bez rodiny. Společně bylo pečováno o vdovy, nemocné, staré lidi. Jednalo se o dobročinnou (charitativní) činnost, která se opírala o náboženské základy, prováděnou převážně církevními řády. Charakter péče o jedince v hospicích nevyžadoval odbornou přípravu personálu.

První polovina 19. století zaznamenala diferenciaci hospiců na **chudobince, nemocnice (špitály), starobince a sirotčince**. Vyjmenované instituce si zachovaly charitativní charakter.

V druhé polovině 19. století proniká do nemocnic racionální medicína a tímto vývojem byl položen základ novodobé profesi sestry. Lékař ke své práci potřeboval člověka schopného odborné komunikace a racionálního jednání při ošetrování nemocných. Vývoj role sestry byl ovlivněn dvěma skutečностями:

1. Nemocnice byly v té době určeny pro chudinu. Majetní obyvatelé stonali doma v rodině. To platilo do první světové války. Po druhé světové válce se v nemocnicích poskytovala nejkvalifikovanější lékařská péče.
2. Novodobé nemocnice byly zřizovány převážně ze špitálů – personál, charitativní hlediska.

Sociální role nově vznikající profese civilních sester byla kompromisem dvou po sobě následujících subkultur: **nábožensko-charitativní a medicínsko-racionální**.

Významné místo v rozvoji ošetrovatelství měla Florence Nightingalová.

Florence Nightingalová



Zdroj: <http://www.biography.com//>

Florence Nightingalová (12. května 1820 Florencie, Itálie – 13. srpna 1910, Londýn), byla anglická ošetřovatelka šlechtického původu, autorka odborné literatury a průkopnice srovnávací lékařské statistiky. Byla známá jako "**dáma s lucernou**".

V Londýně založila v roce 1860 první ošetřovatelskou školu. Prosazovala ošetřovatelství jako autonomní povolání, spojené s lékařským povoláním, kterému je ošetřovatelství podřízené.

Zdůrazňovala nevyhnutelnost aktivních přístupů k nemocnému, kladla důraz na prostředí a na dosažení vysoké úrovně ošetřovatelského personálu.

V koncepci Nightingalové se spojuje charitativní a medicínský vývojový trend, který postupně proniká do dalšího vzdělávacího procesu.

Vývoj role sestry byl ovlivněn taky medicínou samotnou. V ní převládalo přírodovědné pojetí zdraví a nemoci (orgánová, laboratorní a přírodovědná medicína). Pozornost se obracela k jednotlivým orgánům a funkcím. Nemocný byl jen pasivním objektem péče zdravotníků. Ošetřování se stalo souhrnem jednotlivých úkonů, aplikací injekcí, měření teploty, podávání léčiv - převládala technická stránka sesterské činnosti. Obsah výuky na školách byl zaměřen více na nácvik ošetřovatelských technik než na péči o člověka s bio-psycho-sociálními potřebami.

Ve 20. století dochází k rozvoji medicínských věd a příchodu technických prostředků do nemocnic. Lékaři se specializovali a bylo nutné přizpůsobit pracovní profil spolupracujících zdravotníků (např. lékař – instrumentářka). Nové specializace vznikaly v laboratorních, technických i sesterských oborech.

Koncem 20. století se s rozvojem moderní společnosti rozvíjí také ošetřovatelství i ostatní zdravotnické profese.

Virginie Hendersonová



Zdroj: <http://www.google.cz //>

Virginie Hendersonová (30. listopad 1897-19. březen 1996) významně ovlivnila ošetřovatelství. Základní funkci sestry vidí v tom, že „pomáhá zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti“ (MATULÍK, 1990, s. 152).

Vývojem prošly nemocnice – od středověkých špitálů po dnešní moderní centra medicíny.

Mezi současné základní funkční subsystémy nemocnic patří:

- medicínský

- ošetrovatelský
- administratívni

Každý subsystem má své typické představitele:

medicinský – lékař, ošetrovatelský – sestra, administratívni – úředník. Tyto systémy jsou propojeny, navzájem se překrývají a doplňují.

V současnosti má stále velký význam administratívni a technický subsystem.

Role sestry ztěžuje subordínace dvěma liniemi. Sestra je podřízena lékaři, na druhé straně je podřízená sesterskému managementu. Tato vícenásobná podřízenost vede k mnohým konfliktům. Současný nárůst administratívni agendy zatěžuje sestry činnostmi, které bezprostředně nesouvisí s ošetrováním nemocných a které je vzdalují od pacientů.

Teoretickým základem vědy ošetrovatelství, která přispívá k hledání identity profese sestry, je **výzkum lidských potřeb z pohledu ošetrovatelské péče** v 11 evropských zemích – členských státech Světové zdravotnické organizace (SZO) v letech 1978-1985.

Sestra byla pořád považována za člena týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Nepochybně to bude nadále hlavní funkcí ošetrovatelství. Neustále se rozšiřují nové odpovědnosti, které vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví (BARTLOVÁ, 2005, s. 129).

Přední místo dostávají činnosti ve vztahu k mentální hygieně, kdy jde o pomoc při zdolávání a vyrovnávání se s nemocí, dále činnosti spojené s funkcí vychovatele a rozšiřováním odborné funkce sestry ve zvyšování úrovně léčebné péče.

Ve Vídni v roce 1988 pod záštitou SZO se konala **I. evropská konference o ošetrovatelství**. Jejím předmětem byly změny v profesi sestry a následně byla zdůrazněna nová role sestry v podmínkách realizace strategie „**Zdraví pro všechny do roku 2000**“. V deklaraci z konference se uvádí, že role sestry spočívá v tom, že má „působit jako partnerka při rozhodování a plánování v řízení místních, regionálních a národních služeb, podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o své zdraví a poskytovat jasné informace o příznivých a nepříznivých důsledcích různého chování a o výhodách a nákladech při volbě určité péče“ (European Conference on Nursing, Summary Report, Vídeň 21. -24. června 1988, s. 5). Tím je zdůrazněna **úloha ošetrovatelské péče v primární zdravotnické péči s tím, že inovované ošetrovatelské služby se mají rozvíjet se zaměřením na zdraví**.

Hlavní zásady sester v primární zdravotnické péči byly charakterizovány takto:

- upevňování a ochrana zdraví, prevence,
- zahrnování jedince, rodiny, veřejnosti do péče a vzetí větší odpovědnosti za své zdraví,
- uspokojování potřeb celé populace,
- mezioborová spolupráce,
- zajišťování kvality péče a využívání technologie.

Naléhavost změn ve vývoji ošetrovatelství vyplynula z analýzy struktury populace, nemocnosti a dalších jiných ukazatelů. Neustále vznikají požadavky na speciální odpovědnost sester vůči pacientovi a jeho rodině.

Rodina jako primární sociální skupina zajišťující bezpečnost svých jednotlivých členů ve zdraví a nemoci se zmenšuje – není sebeobsažnou ekonomickou a sociální jednotkou. Rodina žije ve společnosti, která není jednoduchá, ale rychle se mění a je lehce zranitelná a snadno narušitelná.

Ve světě se upouští v systému zdravotní péče od převažující orientace na chorobu, ale i od soustřeďování pacientů v nemocnicích. Světová zdravotnická organizace (SZO) prosazuje novou strategii, která spočívá v tom, že zdůrazňuje péči, při které by většina nemocných měla být léčena doma.

Systém domácí péče (Home Care)

- je systém péče, které začaly vyspělé státy věnovat pozornost v 70. letech

Důvody: humánní, medicínské, organizační a ekonomické.

Součástí transformace českého zdravotnictví je též zavádění tohoto systému.

Filozofie domácí péče vychází z toho, že každý jedinec je odpovědný za své zdraví.

Pokud tento úkol není schopen sám zvládat, potom nastupuje rodina a její pomoc, dále dobrovolní pracovníci a až na posledním místě činnost erudovaného odborného pracovníka. Všechny služby jsou podřízeny tomu, aby poskytovaná péče umožnila pacientovi co nejdéle pobývat ve známém rodinném prostředí. Cílem takového působení je snaha umožnit pacientovi co nejdelší pobyt v domácím zázemí, oddálit eventuální přijetí do nemocnice, umístění v pečovatelském nebo jiném zařízení (BARTLOVÁ, 1992, s. 15).

10.2 Profesionalizace sester

V dokumentech Světové zdravotnické organizace je neustále věnována pozornost problematice postavení sester v systému zdravotnické péče a ošetřovatelství. V těchto dokumentech se objevují požadavky na **profesionalizaci sester**. V České republice se užívají termíny „profesionální ošetřovatelství a ošetřování“. Ve většině dokumentů je dáno, že jednotlivá doporučení musí být přizpůsobena stavu a podmínkám a možnostem jednotlivých zemí.

Ze sociologického hlediska můžeme profesi nazvat povoláním. Pojem profese se vztahuje k pracovním rolím. Hlavním společným znakem pracovních rolí je omezený a regulovaný přístup k jejich výkonu. Např. sestrou se může stát jen ten, kdo úspěšně absolvoval dané studium.

Profese je charakterizována třemi základními znaky:

První znak je, že určitá skupina pracovníků vykonává relativně stálé činnosti v rámci dělby práce, které jsou společensky uznávané a k jejich výkonu má skupina kompetence.

Druhým znakem je, že tyto činnosti jsou zdrojem prostředků pro obživu pracovníků, kteří je vykonávají. Tímto znakem dochází k odlišnosti od zájmových, dobročinných činností.

Třetím znakem který je podstatný, je, že vydělené činnosti vyžadují určitou kvalifikační přípravu, která poskytuje potřebné znalosti a dovednosti k vykonávání určených činností v rámci odborné kompetence. Tato příprava musí mít společenskou formu a musí být legislativně upravena.

Další znaky profese jsou:

- **Existence systematické teorie** – opírá se o ní stránka výkonu profese. Osvojení profese vyžaduje zvládnutí teorie, jež je spjata s výkonem profese. Studium je legislativně upraveno, prováděno společensky uznávanou formou.

Pracovník jedné profese nemůže být nahrazen pracovníkem jiné profese.

- **Profesní autorita** – ovládání vědomostí a zručností. Je schopen určit priority pro klienta.

- **Systém profesních asociací** – má více funkcí, především pečuje o růst kvalifikace svých členů. Systémem je posilován monopol na odbornou kompetenci.

- **Profesní etika** – normuje vztahy odborníka vůči klientům, vztahy mezi kolegy v profesi. Obsahem je např. zákaz zneužívání vlivu nad klientem k prosazování vlastních zájmů, snižování autority kolegů apod.

Snaha o profesionalizaci je považována za legitimní a přirozenou. Nejdůležitějším prvkem profesionalizace ošetrovatelství je nástup „nového systému ošetrovatelství“ v 80. letech 20. století. Tento systém vychází ze změn ve způsobu vzdělávání sester.

Ve vyspělých státech byl zaveden radikálně změněný sylabus pro sestry, které žádají o státní registraci. Do konce 90. let 20. století bylo všechno vzdělávání sester přesunuto na univerzity. Například Freidson (1988) uvádí, že profesionalizace se stala jediným směrem, jimž se vydalo povolání ošetrovatelství.

Rozhodujícím kritériem profese tohoto autora je autonomie a dominance. Říká: „Představitelé uchazečských povolání včetně ošetrovatelství trvají na tom, že jejich povolání vyžaduje dlouhodobé vzdělání vedoucí k získání speciálních dovedností, včetně abstraktních znalostí a teorie, je často produktem záměrné akce těch, kdo chtějí dokázat, že jejich povolání je profesí a mělo by tudíž dostat autonomii“ (FREIDSIN, 1988, s. 79-80).

Jako problém ošetrovatelství vidí to, že začalo příliš zjevně organizovat své vzdělání se záměrem získat vyšší postavení ve společnosti. Ošetrovatelství zvýšilo svůj status jako povolání a stále v tom pokračuje. Pokus sester o autonomii a dominanci je neustále ovlivňován tlakem poskytovat ekonomicky efektivní zdravotnické služby s vyšším obrátem pacientů. V důsledku rozvoje medicíny většina pacientů nestráví v nemocnici dlouhou dobu jen z toho důvodu, aby byly uplatněny principy nového ošetrovatelství. Uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacientů je problematické, pokud je pacient v nemocnici pár hodin. Během této krátké doby nemusí být možné zjištění potřeb pacientů.

Freidson (1988) tvrdí, že ošetrovatelství nemůže být nikdy nic jiného než jakási poloprofese (semiprofession), neboť vědomostní základna ošetrovatelství je v kompetenci lékařského modelu.

Lékaři jsou odpovědní za stanovení diagnózy, terapii, rozhodování o délce pobytu v nemocnici, a proto mají velký vliv na ošetrovatelskou praxi. Podle různých autorů je ošetrovatelství podřízenou profesí. Profese lékařů je nadále silná a naproti tomu ošetrovatelství představuje relativně bezmocnou profesi.

Následkem celostátního a globálního vývoje podléhají všechny profese změnám.

Profese ošetrovatelství v boji o autonomii naráží na profesi lékařů. Dotýká se zájmů a kompetencí lékařů a vzbuzuje protitlak. Nešťastným řešením by bylo, kdyby v hledání postavení sester docházelo ke konfrontacím, kde výsledkem je jeden vítěz a druhý poražený. Nutná je dohoda spolupráce, prospěch pro všechny strany.

Sestra v České republice splňuje všechny uvedené znaky profese. **Povolání sestry je tedy profesí a její hlavní činnost – ošetrování – je také profesionální.**

Problémem u nás není samotná profesionalizace, ale úroveň, které nyní dosahuje.

Důležité je kladení otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě (v zákonech, vyhláškách, směrnících). Dále je důležité jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperují profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se sestrám připisuje a řada dalších otázek. Na předcházející otázky nelze dát jednoznačné odpovědi proto, že celý zdravotnický systém se nachází v procesu hlubokých změn.

„Sociologické teorie, týkající se rozhodujících funkcí role sester v současné etapě vývoje, se proto stávají součástí vzdělání sester a podmiňují kvalitu jejich výkonu v léčebné péči.“ (BARTLOVÁ, 2005, s. 135).

Jde o sociologické poznatky, které pomáhají sestřám pochopit a rozpoznat:

- hodnoty a postoje jednotlivců, rodin, s nimiž pracuje, a které učí provádět změny v jejich postojích a hodnotách
- dynamiku sociálního systému sestra – lékař – pacient, specifičnost její role tak, aby dokázala spolupracovat v tomto systému k dosažení péče, která podporuje pozitivní zdraví ve všech skupinách, kde péče probíhá,
- zdravotní potřeby jednotlivce i rodiny v populaci mimo terapeutické ústavy tak, aby vyřešila pomocí svých dovedností jejich problémy, navedla na jiné zdravotní profesionály, aby dokázala vysvětlit potřeby ostatnímu zdravotnickému personálu,
- obecné i kulturně specifické kompetence, aby byla sestra schopna pochopit hodnoty fungující v rámci prostředí dané osoby, zejména ty, které mohou ovlivňovat, jakým způsobem tato osoba chápe zdraví a nemoc a také její očekávání, poskytovat citlivou péči o nemocného,
- vlastní roli a normy pro její jednání a chování,
- možnosti a zdroje společnosti k udržení a k ochraně zdraví, aby využívala příležitosti, aby podněcovala v rámci svých možností k účelnému a ekonomicky efektivnímu poskytování zdrojů atd.

Sociologická teorie se stává jedním z důležitých článků v objasňování, ale i v realizaci současných změn v roli sestry.

Sociologická teorie je důležitá součást odborné výchovy a profilu sestry, ale i jako teorie, pomocí které jsou zkoumány pracovní podmínky sester, konflikty mezi sestrami a pacientem, mezi sestrami a lékařem navzájem. Také nabízí možnost zkoumání organizace činností sester, prestiže tohoto povolání a mnoho dalších sociologických problémů spjatých s transformačním procesem, který probíhá v našem zdravotnictví.

10.3 Role sestry v současnosti

Role sestry prodělala složitý vývoj v minulosti, ale mění se i dnes. Dosažení a udržení daných standardů péče vyžaduje po sestřích nové dovednosti, které se v minulosti nepožadovaly. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují nemoc a zdraví jedince nebo skupiny.

Poznání role sestry je nadmíru důležité, protože dokonalé osvojení může vyloučit na jedné straně rigorózní vázání se na pravidla a na druhé straně lehkomyšlné porušování pravidel a chování.

Sociologicky participuje role sestry na základní orientaci na lékaře. Platí pro ni vzory chování, a to: **funkční specifita, univerzalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita.**

Pro roli lékaře a sestry platí stejné vzory, můžeme vyvolat námitku, že nelze v sociologickém poznání dostatečně diferencovat mezi lékařem a sestrou. Naprosto chybný výklad by byl, že sestra může převzít roli lékaře a naopak. Jde o to, že základní jednání zůstávají u lékaře a sestry ve specifických činnostech stejná, liší se zásadně podle věcně-odborného obsahu činnosti. To znamená zcela odlišné kompetence pro sestry a pro lékaře.

Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné. Při charakteristice činností sestry jde o vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry. Jedná se o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když momentálně je nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává (PASEKA, 1971).

V podstatě jde o jednotlivé „dílkčí“ role v následujících oblastech:

- ošetrovatelsko–pečovatelská
- expresivní
- výchovná
- instrumentální (technická)
- poradenství
- podpora a výchova ke zdraví
- organizace a administrativa atd.

Sociologicky správná míra jednotlivých rolí v sesterské profesi spočívá v optimálním kontaktu při ošetřování pacienta, v optimální funkci sestry v kooperační skupině a v optimální rolové integritě. V souvislosti s transformací zdravotnictví budou probíhat taky změny role sestry.

Vlastní výkon je centrálním kritériem realizace profesionální role.

Realizace role sestry ztěžuje to, že je **svou povahou vnitřně konfliktní**.

Zdroj konfliktnosti vyplývá z toho, že pro výkon činností jsou stanoveny přesné normy, ale zdravotničtí pracovníci jsou nuceni je uplatňovat v jedinečných situacích.

Také z psychologického hlediska je **rolová adaptace** obtížná. Normativem role sestry je univerzalizmus a kolektivní orientace. To znamená, že sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné definovat za nemocného, je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření. Přitom vyšla z prostředí, které není kolektivně orientované, její návyky a postoje byly individuální. Sestra si také musí osvojit emocionální neutralitu, která se chápe jako ovládnutí citů. To nelze uskutečnit jednorázovým aktem adaptace na roli sestry. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci, stálý trénink a vzdělávání se.

Adaptace na nové funkce a odpovědnosti, osvojení si role sestry a nových vzorů chování závisí na společenské prestiži povolání.

10.4 Prestiž profese sestry

Prestiž je určitý způsob pozitivního hodnocení, ocenění, úcty, který je prokazován osobám, předmětům, sociálním pozicím apod.

Prestiž je relativní hodnota, je to důležitost a vážnost připisována skupinám, povoláním, na základě určitého obecně uznávaného měřítka. V sociologii se prestiž odvozuje z profese, kterou určitá osoba či skupina osob vykonává.

Od roku 1911 je prestiž předmětem empirického zkoumání. V českých zemích poprvé provedl výzkum prestiže v roce 1937 A. Obrdlík.

V mezinárodní prestižní škále přiřazuje všem profesím bodové hodnoty od 100 do 0. Sestry jsou uprostřed škály spolu s novináři, učiteli (hodnoceny 53-55 body). Výzkumy ukazují, že nelze zjednodušeně usuzovat na skutečnou společenskou prestiž. Lze předpokládat, že se společenské hodnocení povolání sestry podstatně mění vlivem změn probíhajících ve zdravotnictví.

Velmi důležité je i to, jak nahlíží na svou profesi z hlediska prestiže samy sestry.

V letech 2004–2006 probíhal výzkum „Změny v profesi sestry na počátku nového tisíciletí“ (BARTLOVÁ, 2006), který se kromě jiných otázek zaměřil i na otázku prestiže všeobecných

sester v České republice. Společenská prestiž byla vnímána samotnými sestrami jako průměrná nebo nižší. Výzkumem nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v hodnocení prestiže vlastní profese mezi sestrami pracujícími ve státních a soukromých zdravotnických zařízeních. Ani stupeň vzdělání nemá vliv na vnímání společenské prestiže profese sestry.

Uvedená zjištění nevyovídají nic o spokojenosti sester samotných. Je známo, že výkon role sestry je komplikovaný mnohostranností a různorodostí rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role odehrává. Neustále a stále častěji je diskutován syndrom vyhoření.

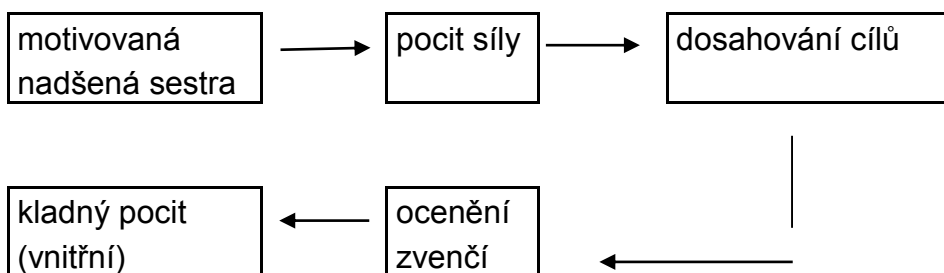
10.4.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření označuje stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako vyprahlost, vyhaslost. Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1974. Setkáváme se s ním však i u jiných profesí, jejichž pracovní náplní je především pomáhat lidem.

Syndrom vyhoření – „burn out syndrome“ může být jak akutní, tak chronický. Příčiny vzniku syndromu lze předpokládat ve zvyšujících nárocích na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, souhrnná zátěž, stres, konflikty na pracovišti.

Syndrom vyhoření není obyčejná únava.

U syndromu vyhoření dochází k narušení řetězce:



Proces, jehož vyvrcholením je vyhoření, často trvá několik let a probíhá v určitých fázích:

- 1. Nadšení** – příchod sestry do práce s ideály – pomoci v uzdravování, s plným nasazením a přesvědčením, že bude poskytovat pacientům kvalitní péči. Je ochotná pracovat nad rámec svých pracovních povinností.
- 2. Stagnace** – počáteční nadšení a motivace časem otupí, sestra slevuje ze svých ideálů, požadavky pacientů ji začínají postupně unavovat, obtěžovat. Vyhýbá se kontaktům s pacienty, přesouvá vinu za problémy na pacienty.
- 3. Frustrace** – sestra prožívá velkou deziluzi a zklamání ze svého povolání.
- 4. Apatie** – sestra dělá jen nejnnutnější práci, vyhýbá se komunikaci s pacientem, vyhýbá se dalšímu vzdělávání.
- 5. Vyhoření** – dosahuje stav úplné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům.

V **oblasti psychické** k hlavním projevům syndromu vyhoření patří:

- ztráta schopnosti radovat se, těšit ze života, ztráta schopnosti empatie, ztráta pocitu zodpovědnosti
- negativní postoje vůči vlastní osobě, vůči práci, instituci, společnosti
- emocionální problémy, agresivita, nervozita

- únava, vyčerpání, pití, abúzus alkoholu a drog, ztráta zájmu

V **oblasti tělesné** k projevům patří:

- porucha spánku
- porucha chuti k jídlu
- zvýšená náchylnost k nemocem, psychosomatickým potížím apod.

Ti, kteří jsou postiženi tímto syndromem, potřebují pomoc druhého člověka, protože sami sobě nejsou schopni pomoci. Čím je proces pokročilejší, tím déle trvá zotavování. Postižení v akutní fázi potřebují získat určitý odstup a více odpočívat. Doporučuje se změna oddělení, rotace, zkrácení pracovní doby. Ke snížení výskytu syndromu přispívá vzájemná podpora členů pracovního týmu, výměna názorů a zkušeností, spravedlivé finanční ohodnocení.

Syndrom vyhoření:

- může být i podnětem k přehodnocení svých priorit, k poznání svých slabých a silných stránek, hranic svých možností
- není postižena jen sestra, ale následkem jejího chování je postižen i pacient. Sestra se vyhýbá pacientům, nekomunikuje s nimi a následně dochází k zhoršené kvalitě ošetrovatelské péče
- má za následek ovlivnění postoje ke spolupracovníkům, přátelům a rodinným příslušníkům
- může být příčinou manželských konfliktů a negativně působí i na mezilidské vztahy

Sestra by měla ve svém životě dbát na tyto oblasti (BÁRTLOVÁ, JOBÁNKOVÁ, 2001, s. 78-79):

- zdravá životospráva
- sport a jiné pohybové aktivity – procházky, turistika
- naučit se odpočívat
- mít dobré přátele a nejen mezi spolupracovníky
- dobré mezilidské vztahy, sociální podpora
- mít svého koníčka, dělat něco pro své potěšení
- dál se učit a vzdělávat
- nebát se změn, brát změnu jako výzvu
- jednat jako aktivní činitel
- stanovovat si dosažitelné cíle
- schopnost projevit humor a emoce
- zdravotník by si měl uvědomovat hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, když ji potřebuje

10.5 Vztah sestra – pacient

Sestra je v období změn strážkyní zájmů pacientů. Tvoří spojovací článek zásadního významu, mají-li pokroky v ošetrovatelství, technice a medicíně vést ke zvýšení úrovně léčebné péče.

Sestra má s pacientem užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi uspokojovat jeho základní biologické potřeby. Jakmile pacient cokoliv potřebuje, nejprve zavolá sestru. Sestra obstarává pacientova přání a potřeby, pacient je na ní často závislý. Supluje také společenské vztahy, je jediná v pravidelném styku s pacientem, zná možnosti pomoci a radí mu ze zkušeností. Má spjení s lékařem a zná lékařská nařízení.

Sestra umí hledat formy komunikace, aby byla schopná identifikovat potřeby pacienta. Sestra zaznamenává a rozlišuje, jak pacient přijímá terapeutickou funkci. Identifikuje shody a neshody mezi tím, co pacient říká a skutečností. Po zhodnocení shody a neshody poskytuje ošetrovatelskou pomoc tak, aby umožnila pacientovi dosažení nejvyšší možné úrovně osobního uspokojení. Zároveň mu pomáhá vyrovnat se s osobními situacemi, které jeho onemocnění provází. Sestra postupuje s vědomím, že pro pacienta je optimum úrovně péče spojené s jeho pocitem, že jde skutečně o něj.

Role pacienta je vždy spojená s konfliktními situacemi. V mnoha případech potíže nemocného vyplývají z rozkolu jednání – v jeho rolích. Před nemocí byl pacient zaměstnaný, podílel se na rozhodnutích a byl nezávislý. V roli pacienta nemůže plnit dřívější sociální role. Je v pozici podřízenosti. Sestra i lékař očekávají, že bude plnit novou roli bez problémů. Přijetí nové role není jednoduché a bez problémů. Sestra musí pacienta v jednání v roli pacienta neustále vést a ovlivňovat.

Častý problém v oblasti vztahu sestra – pacient, je **problém realizace vlastní role sestry ve vztahu k pacientovi**.

Pacienti si stěžují, že postrádají zájem sestry o sebe, o svoje problémy, o nepřilišitě humánní přístup k pacientům, který někdy vede k porušení právních norem. Sestry často nevyužívají možnost navázání kontaktu s pacientem, nemají snahu mu porozumět. V takových případech sestra neplní svou roli ve vztahu k pacientovi. Problémy spočívají v rozdílech mezi normativně a odborně stanovenou rolí a její realizací v praxi.

Výzkumem bylo zjištěno, že sestry vycházely z toho, jak moc je pacient na základě svých potřeb ruší a jak moc potřebuje individuální péči.

O „dobrých“ pacientech se vyjadřovaly: pacient je milý, vlídný, je vděčný, je klidný, vyrovnaný, neruší. „Špatné“ pacienty charakterizovaly sestry: je to hrozný člověk, choulostivý, myslí si, že má sestru jen pro sebe. Neoblíbení pacienti byli takový, kteří mnoho kritizují, mají lékařské znalosti, chtějí se prosadit.

Všechny výzkumy ukazují, že složitý sociální systém – zjednodušeně zobrazen schématem lékař - sestra – pacient má řadu funkčních problémů. Má-li systém fungovat, musí vést i k jednotnému cíli. Mezi členy systému musí být harmonické vztahy a každý člen se má cítit dobře jak sám, tak ve skupině.

Jde o vnější funkci směřující k cíli, která je nazývána **funkcí instrumentální**, a o funkci vnitřní na udržení vzájemných vztahů a motivační rovnováhy u jedinců, tj. **funkci expresivní**.

Sestra provádí funkci expresivní, tj. ty které jsou spojeny s vytvářením terapeutického prostředí, duševní podporou a pochopením pacienta. **Expresivní funkce** má velký význam pro integraci sociálního systému, jehož je pacient nedílnou součástí, pro ucelení výsledků léčebných činností.

Terapeutické prostředí zahrnuje: vhodně působící fyzické, nehlukné a klidné prostředí a příjemné sociální klima. Je důležité, aby pacient chápal, že sestra zná jeho potřeby a cítí s ním. Důležitá je duševní podpora a akceptování pacienta. Nejdůležitější je přítomnost ve správné chvíli, v trpělivosti vyslechnout pacienta a poradit mu. Sestra neustále pomáhá pacientovi přizpůsobit se. **Pro emocionální blaho** pacienta je potřebné vytvořit: příjemné fyzické a psychické prostředí, pečovat o pacienta.

Součástí role sestry je znát terapeutickou funkci své expresivní role.

Sestra má být schopná posoudit efekt svého chování vůči pacientovi a nebýt „falešně“ expresivní. Sestra může pečovat o pacienta jako o osobu a podporovat ho a zároveň udržovat schopnost posuzovat efektivitu svého chování.

Sestra slouží jako prostředník mezi lékařem a pacientem. Udržuje přirozený postoj k pacientovi i k lékaři.

Vztah sestra – pacient – lékař má být harmonický integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem, je interpretem lékaře a jeho činností ve vztahu k nemocnému, zaměřuje své úsilí na získávání pacienta ke spolupráci s ošetřujícím lékařem.

V sociologických úvahách o povolání sestry nejde jenom o jedince provádějícího určité činnosti určitým způsobem, ale i o to, jakou roli hraje v sociálním systému lékař – sestra – pacient.

11 Sociologický výzkum

Sociologický výzkum obecně slouží k získání **kvantitativních** (týkajících se množství) i **kvalitativních** (týkajících se kvality, jakosti) poznatků o sociální realitě a k nalezení vztahů mezi prvky a oblastmi sociální reality.

Získané poznatky mohou být využívány v sociologické teorii nebo v praxi.

Metody a techniky výzkumu tvoří samostatnou a obsáhlou část sociologie.

1. Metody výzkumu - metoda znamená cestu, systém pravidel a principů, prostředek pro dosažení cíle výzkumu.

2. Výzkumné techniky jsou pracovní nástroje pro sběr údajů, potřebných k získání určených dat

Podle M. Schneidera a F. Koudelky rozlišujeme **metody**:

- **statistická** - (vyhodnocování číselných údajů statistickými postupy), vychází z předpokladu hromadného výskytu jevů a procesů, které lze kvantifikovat pomocí matematické statistiky

- **historická** - vychází ze zkoumání vývoje (historie) sledovaného jevu či procesu. Nejde jen o popis, ale o zachycení vývoje a zjištění vnitřních zákonitostí změn. Na základě toho je možno předvídat určité tendence, prognózy v krátkodobé perspektivě

- **experimentální** - užívání je v sociologii značně složité, poněvadž prakticky nelze u společenských jevů a procesů navodit laboratorní podmínky, které by zabránily působení rušivých nežádoucích vlivů

- **sociometrická** - využívá se ke zkoumání vztahů mezi konkrétními členy v malých sociálních skupinách, ze sociologie se poněkud vymyká

- **typologická, srovnávací** - spočívá v konstrukci určitých typů na základě srovnávání jejich vlastností. Sleduje příčiny rozdílů

- **monografická** - spočívá ve všeobecném podrobném zkoumání jednoho jevu (případu). Nevýhodou je, že závěry jsou obecně platné jen pro zkoumaný jev

Přehled sociologických metod podle hlavních kritérií

Procedura	Počet případů	Výběr případů	Vztah ke skutečnosti	Časové souvislosti	Poznání kauzality	Abstrakce zobecnění
-----------	---------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------------	---------------------

Přehled sociologických metod podle hlavních kritérií						
Procedura	Počet případů	Výběr případů	Vztah ke skutečnosti	Časové souvislosti	Poznání kauzality	Abstrakce zobecnění
Statistická	mnoho	náhodný	dána	současnost	funkční závislost	jeden i více znaků - různá úroveň
Experimentální	málo	záměrný	navozena	současnost	možné	izolace 2 proměnných - úzké zobecnění
Monografická	jeden	záměrný	dána	současnost také vývoj	obvykle nelze	komplexní skutečnost - jen popis
Historická	málo	omezené možnosti výběru	dána	minulost	v širokých souvislostech	celé jevy - vývojové tendence
Typologická	málo	záměrný	konstruované typy	současnost i minulost	nemá význam	celé jevy - úzké zobecnění

Zdroj: <http://home.zcu.cz/~dagmar3/metody.html>

Způsob (model) provádění sociologického výzkumu a jeho jednotlivé etapy:

1. Teoretická a metodická příprava

- stanovení výzkumného problému, předběžná analýza, formulace hypotéz, vymezení předmětu (výzkumného vzorku) a vytvoření metodiky zkoumání, vypracování a oponování projektu výzkumu, organizační zabezpečení.

2. Získávání dat a materiálů zvolenými technikami

- instruktáž výzkumníků a samotný sběr dat a jeho průběžná kontrola soustředění získaného materiálu.

3. Zpracování empirického materiálu

- hodnocení materiálu a vyřazení vadného, ověření validity (platnosti) a spolehlivosti, třídění a kódování materiálu, vědecký popis jevů po stránce kvalitativní i kvantitativní, sociologická analýza, formulování závěrů, rozbor zkoumaného problému, důkazy správnosti, zevšeobecnění a začlenění nových poznatků.

- Zpracování empirického materiálu probíhá speciálními metodami za využití výpočetní techniky a obvykle vyžaduje nasazení profesionálního týmu.

4. Praktická aplikace

- získaných poznatků v sociologické teorii i společenské praxi, zpracování a publikace výsledků výzkumu.

Mezi specifické profesionální pojmy patří:

Předvýzkum – ověřuje v praxi navrženou metodologii.

Průzkum - jde o řešení aktuálního konkrétního úkolu s bezprostřední aplikací poznatků pro praxi; ve srovnání s výzkumem nemá vysoké a bezprostřední vědecké cíle, v porovnání s výzkumem je méně komplikovaný.

Reliabilita - spolehlivost měření, odolnost výzkumného postupu proti chybám (vlivu pozorovatele, vlivu prostředí, únavy zkoumaných osob).

Respondent - zkoumaná osoba.

Validita - platnost výsledků měření, míra shody mezi daty a skutečností.

Výzkumník nebo tazatel - osoba, která v terénu získává výzkumná data.

Výběry - výzkum se provádí na vzorku populace, který musí zaručit splnění cílů výzkumu a ve kterém se vyskytuje zkoumaný jev.

Operacionalizace – uvedení měřitelných indikátorů, které naznačují výskyt zkoumaného jevu. Vytvoření operacionálních definic, upřesnění a standardizace pojmů.

Standardizace – metodologický princip zajišťující komptabilitu empirických výzkumů (zajištění stejných podmínek).

Pilotáž – součást předvýzkumu, prováděná na malém vzorku s cílem zjistit reakce respondentů a najít nejlepší výzkumnou metodu.

Hypotéza – empiricky ověřitelná výpověď formulovaná na základě dosavadních poznatků. Připisuje souboru určité vlastnosti, souvislosti, důsledky.

Literatura:

BURIANEK, J. *Sociologie*. Praha: Fortuna, 1996. ISBN 80-7168-754-5.

GEIST, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 80-85605-28-7.

HAVLÍK, R. *Úvod do sociologie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7184-139-0.

JEŘÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-662-5.

Sociologie 2005. In: *Sociologie 2005* [online]. [vid. 2014-07-07]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&sqj=2&ved=0CkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sociologie2005.wz.cz%2Fdokuments%2FSociologie%2FSTUD_Sociologie_vyzkum.doc&ei=CGi6U8XuB8On4gTOioCoDA&usq=AFQjCNERrUZ50N4rPKIYoI2Bm8ZctToZwg.

11.1 Metody sociologického výzkumu

Metodou rozumíme určitý pracovní postup směřující k dosažení stanoveného cíle. Existuje velké množství nejruznějších metod obecně platných nebo použitelných jen v některých vědních oborech.

K obecně platným patří **logické metody** vycházející ze základů formální logiky.

Mezi ně patří:

Indukce je charakterizována přechodem od jednotlivého k obecnému. V sociologii bývá spojována s empirickým přístupem.

Dedukce je přístup opačný - od obecného k jednotlivému. V sociologii se příliš často nepoužívá.

Abstrakce je zevšeobecnění spočívající ve vyhodnocení určitého jevu na základě rozlišování podstatných a nepodstatných znaků. Podstatné znaky jsou pak řazeny do určitého systému.

Generalizace - zevšeobecnění představuje závěr učiněný z omezeného počtu jevů řazených do jedné kategorie. V sociologii má pouze pravděpodobnostní charakter. **Analýza** představuje postup při zkoumání jevů, při němž je celek rozložen na jednotlivé prvky (části). Existuje např. analýza faktorová, obsahová atd.

Syntéza je postup navazující na analýzu, který vyhodnotí jedinečné na stupeň obecně platného. Navazuje na analýzu.

Metoda sekundární analýzy je metodou, která systematicky hodnotí několik tematicky stejně zaměřených prací, vyhodnocuje je z nových kritérií a zobecňuje poznatky na kvalitativně nové

V sociologickém empirickém výzkumu bývá používána celá řada metod. Je třeba si uvědomit, že každá z nich je v určitém slova smyslu jednostranná, proto sociologové při výzkumech současně využívají několika metod, aby eliminovali případné nedostatky jednotlivých metod. Totéž platí i pro konkrétní techniky sociologického výzkumu.

11.2 Techniky sociologického výzkumu

Techniky jsou konkrétní formy získávání informací. Mezi nejčastěji užívané patří dotazník, anketa, rozhovor, pozorování. Mezi specifické techniky patří např. časový snímek a sociometrický test. Každá výzkumná technika je svým způsobem jednostranná a má své výhody i nevýhody. Doporučuje se kombinovat současně při empirickém šetření několik technik, aby byly eliminovány jednostrannosti jednotlivých technik.

V případě dotazníku, ankety a rozhovoru je respondent dotazován.

Je potřebné věnovat nejdříve pozornost problematice otázek.

Dotazování považujeme za metodu a dotazník, anketa, rozhovor jsou technikami. Ke každé hypotéze by měla být konstruováno několik otázek (baterie).

Rozlišujeme několik druhů otázek:

Otázky:

Otevřené (volné) otázky - končící otazníkem bez nabídnutých alternativ odpovědí

Polootevřené (polozavřené) jedná se prakticky o kombinaci otevřených a zavřených otázek

Zavřené (dichotomické) např. ano X ne, + X -, muži X ženy

Filtrační mají za úkol vyloučit respondenty, jichž se problém netýká

Projektivní (nepřímá) je projektivně adresována jiným (co si lidé myslí o ...). Patří sem i tzv. bublinový test.

Kontrolní otázka se jinou formulací táže na totéž

Úvodní otázky měly by být jednoduché a motivující

Sociodemografické otázky slouží jako podklad pro druhé třídění odpovědí (pohlaví, věk, vzdělání, bydliště ...).

Pro formulaci otázek platí, že by měly být:

- Obsahově srozumitelné (dlouhé věty)
- Jazykově srozumitelné (pozor na cizí slova)
- Stručné (krátké)
- Nesmí být sugestivní
- Nesmí být věcně náročné
- Otázka by neměla začínat slovem proč

Pozorování

Je sociologická výzkumná technika, kterou získáváme poznatky o okolním světě, tj. o sociální realitě a jejím prostředí pomocí smyslových orgánů.

Nezbytným předpokladem je požadavek, aby se výzkumník osvobodil od vztahů sociálních, rasových, náboženských, národnostních atd., aby byl schopen objektivně pozorovat jevy sociální reality.

Tento požadavek zdůrazňoval již **Herbert Spencer**.

Předmětem pozorování mohou být:

Lidské výtvoř

- hmotné (bydlení, pracovní prostředí)
- nehmotné (jazyk, zvyky, chování)

Lidské chování

- verbální (vyjadřování, jeho obsah)
- nonverbální (gesta, mimika)

U statických jevů se jedná v podstatě o popis vnějšího prostředí, u dynamických jevů pak o chování, reakce pozorovaných.

Typy pozorování

- | | |
|---|--|
| 1. Neúmyslné, naivní, bezděčné | X vědecké (záměrné, plánovité) |
| 2. Neřízené (co se bude dít?) | X řízené (víme co) |
| 3. Nekontrolované (u kvalitativních) | X kontrolované (u kvantitativních) |
| 4. Nepřímé (sekundární informace ze statistik, obsahových analýz) | X přímé <ul style="list-style-type: none">extenzivníintenzivní |
| 5. Nezúčastněné (pohled zvenčí) | X zúčastněné <ul style="list-style-type: none">utajenéneutajené |
| 6. Individuální | X hromadné (statistické) |
| 7. Terénní | X laboratorní (i klinické) |

Pomůcky pozorování

- slouží výzkumníkům k zachycení jevů. Patří sem kamera, fotoaparát, diktafon, magnetofon, záznamník apod.

Problémy při pozorování

- počet pozorovaných
- počet pozorovatelů
- „normální“ chování pozorovaných
- pečlivá příprava pozorovatelů

Pozorování hraje zpravidla při sociologickém výzkumu roli doplňující techniky. Ve výzkumné zprávě pak musí být přiložen **záznam o pozorování**.

Dotazník

Dotazník

- můžeme považovat za nejpoužívanější výzkumnou techniku pro jeho výhody - poměrně snadno, rychle, ekonomicky, nenáročně získat informace, odpovědi od většího počtu respondentů

- může mít celou řadu konkrétních podob: prezenční listina, záznam, výkaz, list šetření, výzkumný list, dotazník apod.
- musí být zkonstruován tak, aby umožnil splnění cílů výzkumu

Tvorba dotazníku a ověření jeho vhodnosti tzv. předvýzkumem (pilotáží) jsou značně náročné.

Dotazník lze doručit osobně nebo poštou a je třeba zajistit jeho návratnost.

Výhody dotazníku

- relativně málo nákladný
- časově úsporný
- málo náročný na počet výzkumníků
- snadno opakovatelný
- poskytuje možnost rozmyslet si odpověď
- zajišťuje standardnost situace
- umožňuje i nepřímý kontakt - pozorování

Nevýhodou je obtížnost ověřování platnosti a správnosti odpovědí, poněvadž lidé mohou něco jiného psát, myslet si i dělat.

Požadavky správného dotazníku

- musí zahrnovat všechny zkoumané problémy, na něž se má odpovídat
- formulace otázek musí umožňovat možnost odpovědět
- musí motivovat respondenta, ne ho otrávit či znechutit
- otázky musí být srozumitelné, jednoduché, umožňující upřímnost odpovědí
- nesmí být rozsáhlý a časově náročný
- otázky se musí vztahovat k formulovaným hypotézám, aby je mohly testovat (potvrdí se, upřesní či vyvrátí)
- otázky by měly tvořit uzavřený celek

Konstrukce dotazníku

- všechny otázky se musí vztahovat k řešenému problému a musí tvořit uzavřený celek
- na začátku by měly být jednoduché, srozumitelné, motivující
- postupovat od jednoduchých ke složitějším, využít možnosti spojovacích vět (moment únavy - 15-25 min)
- choulostivé otázky uvést neutrálními
- otázky osobního charakteru uvést na konec
- nedávat těžké otázky
- otázky by měly na sebe logicky navazovat
- neměly by začínat slovem *proč?*

Statistické zpracování dotazníků by mělo vycházet z kontroly a vyřazení nepoužitelných, správné očíslování pro případné ilustrace typu odpovědí.

Vlastní statistické zpracování pracuje s absolutními a relativními četnostmi s koeficienty, hladinou významnosti v souladu s pravidly a zákony matematické statistiky.

Rozhovor (interview)

Sociologický výzkum chápe rozhovor (výzkumnou techniku) jako soustavu ústního jednání mezi tazatelem (anketářem) a dotazovaným (respondentem) s cílem získat pomocí otázek informace o zkoumané sociální realitě a jejích souvislostech.

Tato technika byla využívána v etnologii, národopise, kulturní antropologii sociálními pracovníky ve formě případových studií (social surveys).

V sociologii byla propracována až ve 20. století. Vrchol představoval Gallupův ústav pro výzkum veřejného mínění.

Je považován za nejdůležitější techniku. Má různé typy, které se využívají v návaznosti na cíle rozhovoru. Důležitým je zde vztah mezi tázanou osobou a výzkumníkem.

Výzkumník musí znát zásady vedení rozhovoru a nesmí se při rozhovoru dopustit chyb, které by znehodnotily výsledky.

Typy rozhovoru

Nejdůležitější dělení rozhovorů je na:

- řízené (standardizované) a **volné** (nестandardizované).

Standardizovaný rozhovor je čtený dotazník. Jeho výhodou je komparabilita na základě jednotné formulace a pořadí otázek. Je považován za vhodnou doplňující výzkumnou techniku při kvantitativně orientovaných empirických šetřeních. Odpovědi zaznamenává tazatel.

Nestandardizovaný rozhovor představuje volnou rozpravu na zkoumané téma. Je neformální a umožňuje lepší navázání kontaktu. Může posloužit jako ověřující doplňující technika. Musí být pořízen záznam o rozhovoru.

Dále můžeme rozlišit

- rozhovor **zjevný** (protokolovaný) nebo **neformální** (tj. bez záznamu)
- **skrytý** (respondenti neznají účel a cíl rozhovoru).

Podle počtu respondentů pak rozlišujeme rozhovor **individuální a skupinový**.

Podmínky úspěšnosti rozhovoru

- umění navázat a udržet kontakt
- připravenost - znalost problematiky, prostředí
- dodržování norem prostředí - oblečení, jazyk
- umění poslouchat - neovlivňovat, nezasahovat, neutralita
- přesný a pravdivý záznam

Chyby při rozhovoru

1. Chyby tazatele

- odborná nepřipravenost
- nevhodnost (věk, pohlaví, oblečení, jazyk)
- podceňování, vnucování názoru, sugestivní otázky
- přítomnost třetí osoby

2. Chyby prostředí

- nevhodná doba, nevhodné prostředí, nevhodná situace

3. Chyby respondenta

- nechce, neví, nerozumí

Fáze rozhovoru

Přípravná - zahrnuje přípravu tazatelů a výběr respondentů



Zahájení - umění a takt, prolomení nedůvěry, vysvětlení kdo? co? proč?, diskrétnost, anonymita

Průběh - udržet zájem, nepřekročit délku 60min

Záznam - přesný, pravdivý, u nahrávání souhlas respondenta

Zakončení - poděkování, srdečnost, neformálnost přání, základní informace a možnosti získat informaci

Studium dokumentů (práce s dokumenty) je technika získávání sociologických dat z různých **druhů vhodných vybraných dokumentů**, kterými mohou být papírové dokumenty všeho druhu, také filmy, audiokazety, fotografie, noviny, dopisy apod.

S pomocí tzv. obsahové analýzy se z dokumentů vyčlení údaje, potřebné pro splnění cílů výzkumu.

Anketa je jednodušší obdobou dotazníku nebo rozhovoru, sloužící k získání jednoduchých údajů a vhodná je jen pro méně náročnou výzkumnou práci.

Provádí se písemně i ústně, osobně nebo po telefonu.

Častěji slouží pro jiné než sociologické využití, např. pro komerční účely.

Výzkumy veřejného mínění slouží ke zjišťování postojů veřejnosti k vymezeným problémům. Jsou prováděny specializovanými agenturami a jejich využití je velmi často mimo sociologii. Uskutečňují se různými způsoby kladení otázek. V ČR se rozšířily až v posledních letech, např. v souvislosti s volbami.