

O B S A H

Editorial



OCHABA, R.: Vývoj kontroly alkoholu na Slovensku

Originálne práce



SLEZÁKOVÁ, I.: Telesná inaktivita a Body Mass Index (BMI) denných študentov Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave



DEMISOVÁ, L: Význam peer prístupu v podpore zdravia u detí a mládeže. Hodnotenie efektivity peer programu „ Môj život“ .

Prehľadné referáty



BIELIK, I., STANČIAK, J., TÓTH, K.: Právne aspekty kontroly alkoholu vo verejnom zdravotníctve.



FÜLÖPOVÁ, A.: Tvorivý manažér v zdravotníctve

Vývoj kontroly alkoholu na Slovensku z pohľadu verejného zdravotníctva

Editorial

História a vývoj systematického úsilia o znižovanie následkov užívania alkoholu nie sú také dlhé, ako by sa zdalo. Najprv sa alkohol, najčastejšie víno, považovalo v mytológiách za dar Božstva. Neskôr boli stavy, ktoré nadmerné užívanie alkoholu spôsobovalo, považované a stále ich mnohé kultúry sveta pokladajú za odsúdeniahodné. Ma druhej strane, sa spoločnosť stretáva s fenoménom abstinencie, ktorú, ako protipól alkoholizmu, spoločnosť neuznáva a považuje za niečo, čo je mimo spoločenskej normy.

V roku 1840 začínajú na Slovensku vznikať spolky miernosti a v roku 1847 sa dokonca aj Ľudovít Štúr vo svojej pamätnej reči na Uhorskom sneme dotkol potreby prijatia zákonných opatrení proti alkoholizmu. Dá sa istou dávkou zjednodušenia povedať, že od tohto obdobia datujeme viaceré systematické pokusy s cieľom prijatia komplexnejších opatrení v boji proti alkoholizmu. Rezort zdravotníctva bol iniciátorom mnohých opatrení s cieľom ochrany obyvateľstva pred účinkami alkoholizmu. Pritom slovo „boj“ sa skloňovali pri poňatí opatrení veľmi často. Treba zdôrazniť, že v období 20. storočia nastal prudký rozmach v metódach a liečebných postupoch, ktoré poskytovali ľuďom závislým od alkoholu pomoc. Prvé protialkoholické zákony na území Slovenska predstavujú v oblasti histórie kontroly alkoholu medzník. Aj keď sa slovo kontrola používalo v iných významoch, práve obdobie po prvej svetovej vojne predstavuje z hľadiska prijatia legislatívnych opatrení s cieľom kontroly alkoholu prielom. Najprv to boli zákony prijaté v rokoch 1922 a 1948, ustanovenie protialkoholických zborov v roku 1956 a mnohé iné. Tieto opatrenia mali v prvom rade znížiť výskyt negatívnych prejavov správania, ktoré súviselo s užívaním alkoholu. Predovšetkým nárast kriminality bol výsledkom nadmerného užívania alkoholu u obyvateľstva Slovenska a Čiech. V roku 1962 bol prijatý ďalší zo série zákonov proti alkoholizmu, keďže trestná činnosť s tým súvisiacia stále narastala. V rámci systému zdravotnej osvety a prevencie vznikali ustanovizne, ktoré mali nepriaznivý trend konzumácie alkoholu a dopadov na nárast kriminality zvrátiť. Vznikol Ústav zdravotnej výchovy a neskôr Národné centrum podpory zdravia, ktoré boli časom včlenené do Úradu verejného zdravotníctva SR, respektíve regionálnych úradov verejného zdravotníctva, ktorých sieť a predovšetkým činnosť nám mohli závidieť v zahraničí. Obsahom činnosti týchto inštitúcií bolo plánovanie, koordinácia a výkon prevencie a podpory zdravia obyvateľstva. Zámerom vtedajších odborníkov v oblasti verejného zdravotníctva sa stala kontrola alkoholu a iných návykových látok, kde nie je predpoklad úplného zastavenia konzumácie či užívania. Kontrola predaja a užívania alkoholu predstavuje v systéme verejného zdravotníctva tie oblasti, ktoré sú pod vplyvom regulácie a koordinácie zo strany štátnych organizácií, respektíve orgánov verejného zdravotníctva. Jedným z nástrojov kontroly alkoholu je aj výchova ku zdraviu a podpora zdravia. Právne normy, národné programy predstavujú v oblasti podpory zdravia účinný prostriedok, ktorý v dlhodobom horizonte vedie k zníženiu indikátorov ako: výskyt užívania alebo nadužívania alkoholu, výskyt kriminality u detí a mládež, výskyt domáceho násillia, výskyt dopravných nehôd pod vplyvom alkoholu a iné. Inštitucionálne a organizačné podmienky priali koordinovanému úsiliu s cieľom znižovania prevalencie užívania alkoholu. Z tohto dôvodu vláda SR prijala prvý národný akčný plán pre problémy s alkoholom v roku 2002, ktorý bol v histórii kontroly alkoholu prvým multirezortným dokumentom, ktorý bol zameraný na všetky oblasti a stanovil úlohy, zodpovednosť, časové plnenie a finančné krytie. V roku 2006 opäť vláda SR prijala v histórii programov druhý národný akčný plán pre problémy s alkoholom, kde však už absentovalo finančné krytie, respektíve na realizáciu aktivít sa v rozpočte nepočítalo. Problém či nepochopenie? Nedostatok financií, či nedostatok argumentov? Ťažko povedať. Napriek nemeniacemu sa trendu za ostatných 10 rokov a vysokej úrovne konzumácie alkoholu na Slovensku sa bránime širšej podpore pre intervencie. Tu sú dôvody, prečo by tomu malo byť inak:

1. Neklesá štandardizovaná úmrtnosť na chronické ochorenia pečene a cirhózu za posledných 5 rokov.
2. Neklesá spotreba čistého alkoholu na osobu na Slovensku za posledných 12 rokov.
3. Neklesá počet problémových užívateľov alkoholu na Slovensku za posledných 10 rokov okrem destilátov.

Okrem týchto argumentov sa derie na povrch otázka, či kontrola alkoholu získala náležitú podporu a či je tento stav zodpovedajúci praxi. Respektíve, či riziko užívania a nadužívania alkoholu nepredstavuje závažný spoločenský a zdravotný problém. Postupne sa znížil počet organizácií, odborov a oddelení, ktoré sa problematikou kontroly návykových látok z pohľadu výchovy ku zdraviu a podpory zdravia na Slovensku za obdobie takmer 50 rokov zaoberali. Pritom kľúčové dokumenty z pohľadu podpory zdravia, spomeniem Národný program podpory zdravia ale aj zákon č. 219/1996 Z.z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb, sú v gescii rezortu zdravotníctva. V zmysle Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom vyplynuli pre verejné zdravotníctvo nové úlohy:

Podpora kontroly predaja a dostupnosti alkoholu

- Epidemiologické sledovanie situácie monitorujúce rôzne aspekty konzumácie a postoje detí a mládeže k užívaniu alkoholu,
- Obmedzenie sociálnej dostupnosti alkoholu - zmena sociálnych stereotypov, postojov k experimentácii a užívaniu alkoholu,
- Podpora obmedzenia počtu predajných miest alkoholických nápojov a obmedzenie doby predaja.
- Zákaz reklamy na alkohol.
- Vzdelávanie odborných pracovníkov v primárnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- Informovanie, vzdelávanie a zvýšenie povedomia o dopade škodlivého užívania alkoholu,
- Výkon poradenskej činnosti v prevencii drogových závislosti v poradniach ochrany a podpory zdravia na úradoch verejného zdravotníctva (časovo obmedzované poradenstvo s cieľom ovplyvniť, alebo zmeniť správanie klienta a to konkrétne k životnému štýlu).

V oblasti koordinácie a výkonu politiky kontroly alkoholu je z týchto dôvodov potrebné podporiť kľúčovú úlohu sektoru verejného zdravotníctva. V zahraničí je kompetencia koordinácie a výkonu niektorých nástrojov kontroly alkoholu uložená úradom verejného zdravotníctva. Dokumenty, ako Národný program podpory zdravia a Národný akčný plán pre problémy s alkoholom, definujú koordinačnú funkciu rezortu zdravotníctva. Obdobná kompetencia sa vzťahuje aj na výkon prevencie, edukácie a poskytovania poradenstva zo strany úradov verejného zdravotníctva. V tejto súvislosti bude do budúcnosti potrebné vybudovať centrum koordinácie a regionálne centrá výkonu kontroly alkoholu na Slovensku. Otázkou v tejto súvislosti navyše ostáva, či by nebolo žiaduce budovať centrá a odbory kontroly návykových látok ako takých. Výzva je to obrovská.

PhDr. Róbert Ochaba, MPH

Katedra výchovy ku zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU v Bratislave

Telesná inaktivita a Body Mass Index (BMI) denných študentov Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

Autor: Ivana Slezáková
Fakulta verejného zdravotníctva SZU

Kľúčové slová

Telesná inaktivita, Body Mass Index, obezita, vysokoškolskí študenti, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Súhrn

Práca prináša poznatky o negatívach, ktoré vyplývajú z nedostatočnej fyzickej aktivity všeobecne. Popisuje však aj správnu formu a spôsob telesného pohybu, ktorý celkovo podporuje lepší zdravotný stav obyvateľstva. V práci je uvedená epidemiológia obezity a výpočet BMI a jeho klasifikácia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. Metódou práce je anonymný prieskum dotazníkovou metódou, ktorý je aplikovaný na denných študentov Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Porovnávajú sa dve skupiny respondentov, „športovci“ a „nešportovci“ a ich BMI. Výsledkami práce sú porovnania dvoch skupín študentov a ich BMI, dôvod prečo jednotlivé skupiny nevykonávajú častejšie fyzickú aktivitu, ich voľnočasové aktivity a stravovanie.

Úvod do problematiky

Fajčenie, fyzická inaktivita, nadmerná konzumácia alkoholu, psychosociálne rizikové faktory, stres a nezdravá výživa sú najdôležitejšie rizikové faktory životného štýlu. Tieto rizikové faktory tvoria viac ako polovicu (asi 60%) zo všetkých podieľajúcich sa na vzniku neinfekčných chorôb. Nielen osobná zodpovednosť jednotlivcov a spoločnosti za svoje zdravie určuje výskyt rizikových faktorov. Čím zodpovednejší a vzdelanejší jednotlivci a populácia tým je nižší výskyt týchto rizikových faktorov. (2)

Fyzická inaktivita, alebo nedostatok pohybu je považovaná za nezávislý rizikový faktor aterosklerózy. U mladých ľudí sa doporučuje vykonávať aeróbne cvičenie 4 – 5- krát za týždeň po 20 – 30 minút. Takto správne zvolená telesná aktivita by mala mať tri fázy (zahriatie, záťažová fáza, vydýchanie) a jej energetický výdaj za týždeň by mal predstavovať 1 500 – 2 000 kcal. (1)

Fyzická inaktivita, resp. sedavý spôsob života (v dôsledku zmien v zamestnaní a v doprave, sledovania televízie a pod.), sa stáva narastajúcim problémom verejného zdravotníctva, vedie k mnohým zdravotným poruchám vrátane KVCH, artériovej hypertenzie, diabetu, osteoporózy a aj chronických porúch pohybového aparátu. (4) Pravidelná fyzická aktivita je súčasťou a základným predpokladom úspešnej primárnej aj sekundárnej prevencie

chorôb. Pohyb je prejavom, ale aj podmienkou života a zdravia. Pohyb by mal byť súčasťou každodenného života.

Telesnú – fyzickú aktivitu definujeme v podpore zdravia ako „telesný pohyb vykonávaný svalovou silou a spojený s výdajom energie“. Pravidelná fyzická aktivita je základom zmeny životného štýlu, pomáha prekonať ďalšie zmeny, najmä nutričné, nefajčenie a zvládanie stresu. Pozitívny vplyv na zdravie má systematická, pravidelná, intenzívna a primerane dlhotrvajúca fyzická aktivita. Pozitívny vplyv sa prejavuje zlepšením výkonnosti myokardu ako aj zlepšením elasticity steny ciev, prehĺbuje dýchanie, zlepšuje sa pružnosť hrudníka, zvyšuje sa výkonnosť svalov a pľúcna ventilácia, ďalej zvyšuje vylučovanie endorfínov, čo má euforizujúci účinok, zlepšuje zvládanie stresu pozitívne pôsobí na depresie, zvyšuje sebadôveru a kvalitu života. Fyzická aktivita zvyšuje pľúcnu kapacitu a telesnú zdatnosť a môže mať ďalšie zdravotné prínosy. Osoby, ktoré sú fyzicky aktívne, majú nižšiu celkovú úmrtnosť, pravdepodobne v dôsledku menej častého výskytu chronických ochorení, vrátane kardiovaskulárnych chorôb. U menej aktívnych ľudí je celková úmrtnosť vyššia. Pravidelné aeróbne cvičenie posilňuje a lepšie adaptuje srdcovocievny, svalový, kostrový a neurohumorálny systém. Cvičenie zvyšuje tréňovanosť, takže človek je schopný vykonať väčšie množstvo práce pri nižšej pulzovej frekvencii a pri nižšom krvnom tlaku. Pravidelná fyzická aktivita prináša okrem iného pôžitok z cvičenia, celkovú pohybovú schopnosť a príjemné pocity. (4)

Nedostatočný výdaj energie pri telesnej inaktivite spôsobuje vznik obezity.(1). Výskyt obezity sa neustále zvyšuje nielen u nás, ale aj v ďalších vyspelých krajinách. Trápi nielen dospelých, ale čoraz častejšie postihuje dospievajúcich a deti v stále nižších vekových kategóriách . Štúdie ukazujú, že v rozvojových krajinách sa obezita vyskytuje častejšie u vyšších socio- ekonomických vrstiev a u mestskej populácie. V rozvinutých krajinách je obezita častejšia u osôb s nižším vzdelaním a príjmom a u vidieckej populácie. Genetické dispozície determinujú reguláciu a príjem potravy, výber alebo preferenciu potravín, niekedy až návyk konzumovania niektorých pokrmov, energetickú rovnováhu, zloženie kostrového svalu, predispozície k fyzickej aktivite, schopnosť spaľovať tuky a sacharidy, faktory súvisiace s energetickým výdajom, s hladinami a aktivitou telových hormónov a iné. Obezita nie je s najväčšou pravdepodobnosťou výsledkom poruchy jedného génu, ale na jej vzniku sa podieľajú vo väčšej či menšej miere rôzne gény, ktoré sa neuplatňujú samostatne, ale v interakcii na určitom genetickom pozadí. Vrodené faktory sa navzájom podmieňujú a zároveň prelínajú s rôznymi vonkajšími vplyvmi ako je výživa, pohybová aktivita, stres, fajčenie, chemické toxíny v prostredí. Okrem toho k rozvoju nadváhy prispieva aj tukové tkanivo, ktoré pôsobí ako endokrinný orgán. Hormóny, ktoré sa v tuku tvoria, negatívne ovplyvňujú reguláciu energetického metabolizmu, termogenézu a výdaj energie, citlivosť tkanív k inzulínu, podporujú syntézu mastných kyselín a funkčnosť iných orgánov. (5)

V modernom priemyselnom svete je najčastejšou formou poruchy výživy obezita. (6) Hlavným kritériom na meranie obsahu tuku v tele sa stal tzv. index telesnej hmotnosti (BMI= body mass index). BMI je definovaný ako

pomer: **hmotnosť v kg/výška v m** . (3)

Tabuľka č. 1 **Body Mass Index (BMI) kategórie podľa WHO** (7)

BMI	
menej ako 18,5	podváha
18,5-24,9	normálna hmotnosť
25,0-29,9	nadváha
30,0-39,9	obezita
viac ako 40,0	ťažká obezita

Výskyt obezity sa za posledné dve desaťročia zvýšil trojnásobne. Polovica zo všetkých dospelých a každé piate dieťa v Európskom regióne WHO má nadváhu. Z nich je jedna tretina už obéznych a tento pomer sa rýchlo zvyšuje. Tento trend je obzvlášť znepokojivý u detí a mládeže, ktorí si túto epidémiu prenášajú so sebou do dospelosti, a tak vytvárajú rastúce zdravotné bremeno pre ďalšiu generáciu. Obezita tiež silno ovplyvňuje ekonomický a sociálny vývoj. Nadmerná hmotnosť a obezita dospelých sú zodpovedné až za 6 % výdavkov na zdravotnú starostlivosť v Európskom regióne. Nadváha a obezita najviac postihujú ľudí z nižších socio-ekonomických skupín, čo zas naspäť prispieva k rozširovaniu zdravotnej a ďalších nerovností. (8)

Metodika práce

V priebehu letného semestra akademického roku 2006/2007 a zimného semestra akademického roku 2007/2008 som vykonala anonymný prieskum dotazníkovou metódou u denných študentov Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave Fakulty verejného zdravotníctva v odbore Verejné zdravotníctvo a Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, v odbore Fyzioterapia, Pôrodná asistancia, Urgentná zdravotná starostlivosť a Ošetrovateľstvo.

Dotazník tvorilo 28 otázok s rôznym počtom návrhov riešení. V 15-tich otázkach mohol respondent doplniť svoju vlastnú odpoveď a v dvoch otázkach doplnil svoju výšku a váhu. Otázky boli zamerané na zistenie životného štýlu mládeže zvlášť na zistenie príležitostí užívania drog, alkoholu a cigariet, zistenie postoja k svojej telesnej aktivite, názoru na vlastné stravovanie a vyplnenie voľného času. Výsledky dotazníkov som graficky, matematicky a štatisticky spracovala v programe Microsoft Excel pomocou Funkcií. Respondent mal v dotazníku uviesť svoju váhu a výšku. Na základe údajov im bol vypočítaný a na základe týchto kritérií pridelený Body Mass Index (BMI) podľa tabuľky č. 1.

Ako základné delenie respondentov a ich následné porovnávanie som si zvolila skupinu „**športovcov**“ a „**nešportovcov**“. Do kategórie „nešportovcov“ boli zaradení tí respondenti, ktorí v otázke „Aký máš postoj k telesnej aktivite“ označili odpoveď „nešportujem“. Do kategórie „športovcov“ boli zaradení tí respondenti, ktorí v tej istej otázke označili jednu z možností „som profesionálny športovec“ alebo „športujem najmenej 4-5 krát do mesiaca“.

⇒ Prieskumu sa zúčastnilo celkovo 234 respondentov z toho bolo 150 respondentov (64%) z Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií (ďalej len FOaZOŠ) a 54 respondentov (36%) z Fakulty verejného zdravotníctva (ďalej len FVZ). Z toho bolo 202 žien (86%) a 32 mužov (14%).

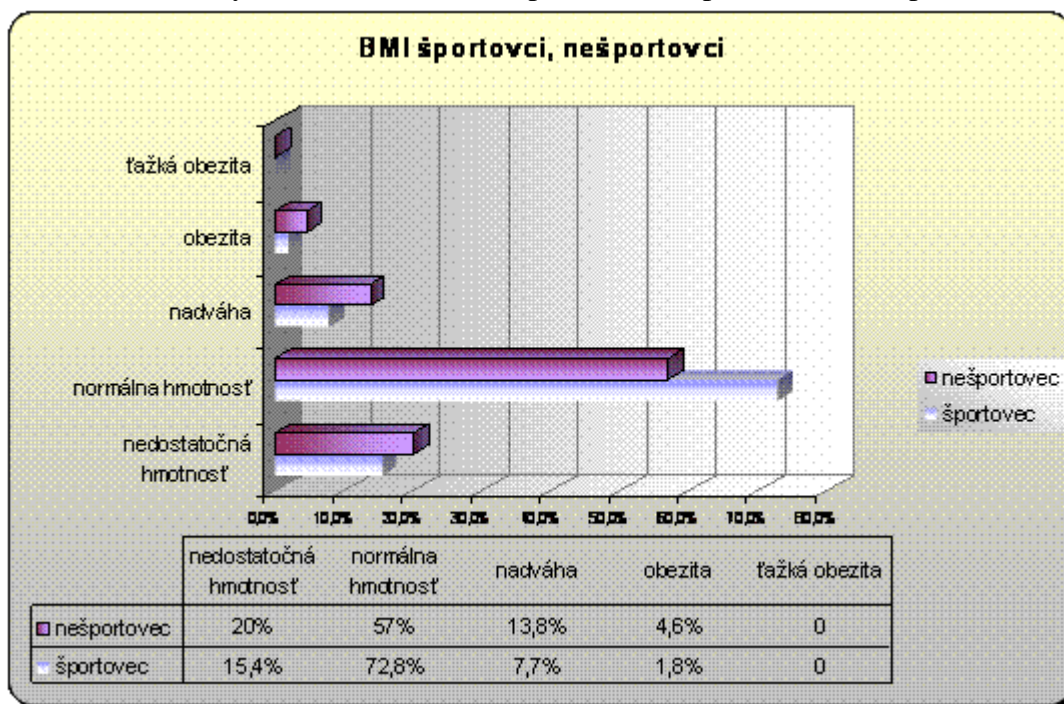
⇒ 72,2% (169) športovcov a 27,8% (65) nešportovcov.

Výsledky práce

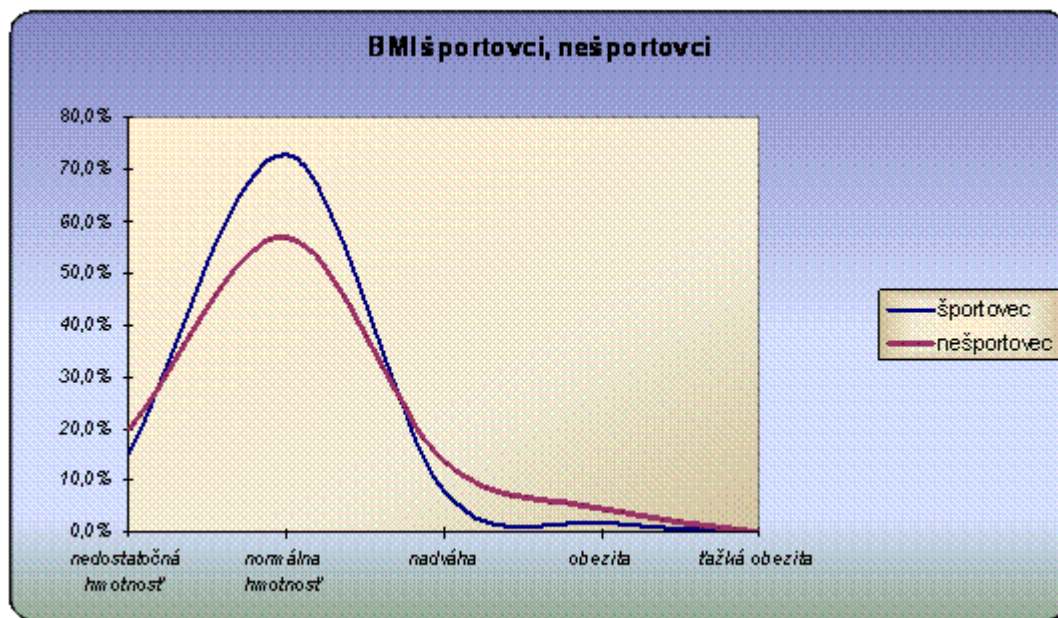
Tabuľka č. 2 Postoj respondentov k telesnej aktivite

	n	%
som profesionálny športovec	12	5,1
športujem najmenej 4-5 krát do mesiaca	157	68%
nešportujem	65	27,8%
	234	100%

Graf č. 1 Body Mass Index (BMI) v porovnaní u športovcov a nešportovcov



Graf č. 2 Body Mass Index (BMI) v porovnaní u športovcov a nešportovcov- krivka

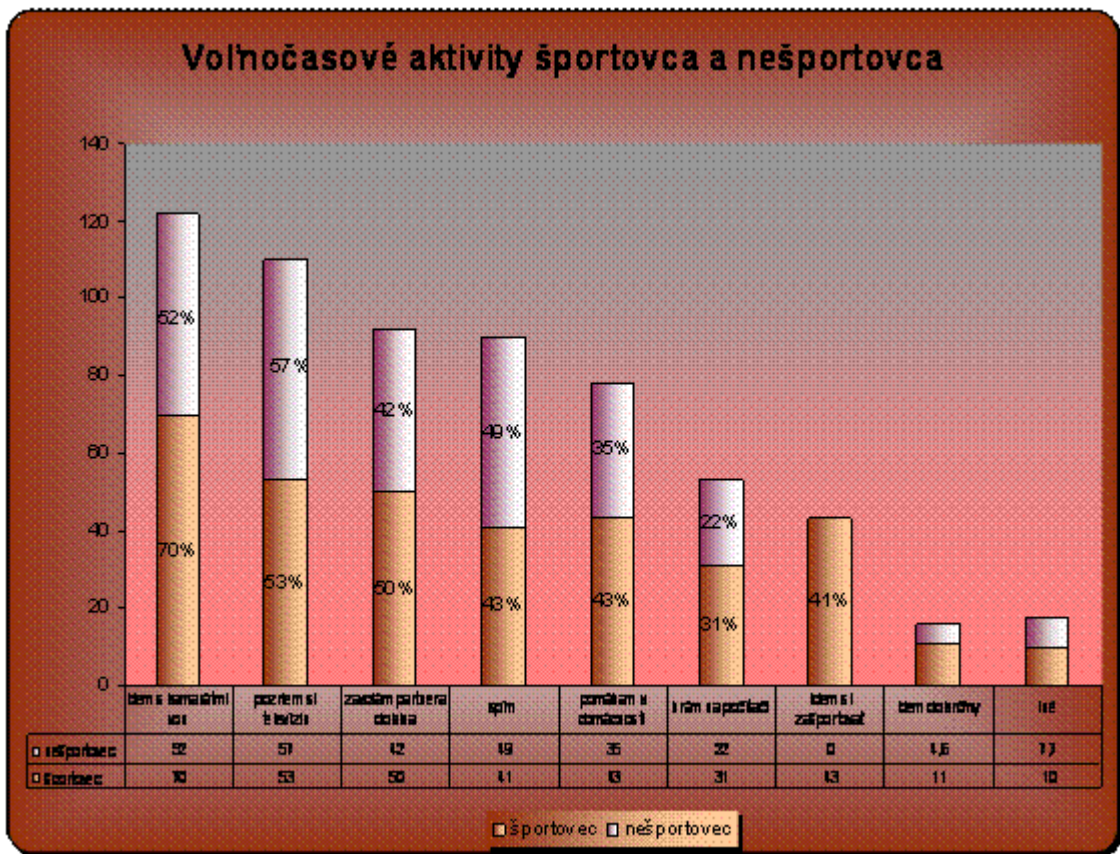


Graf č. 2 Body Mass Index (BMI) v porovnaní u športovcov a nešportovcov- krivka

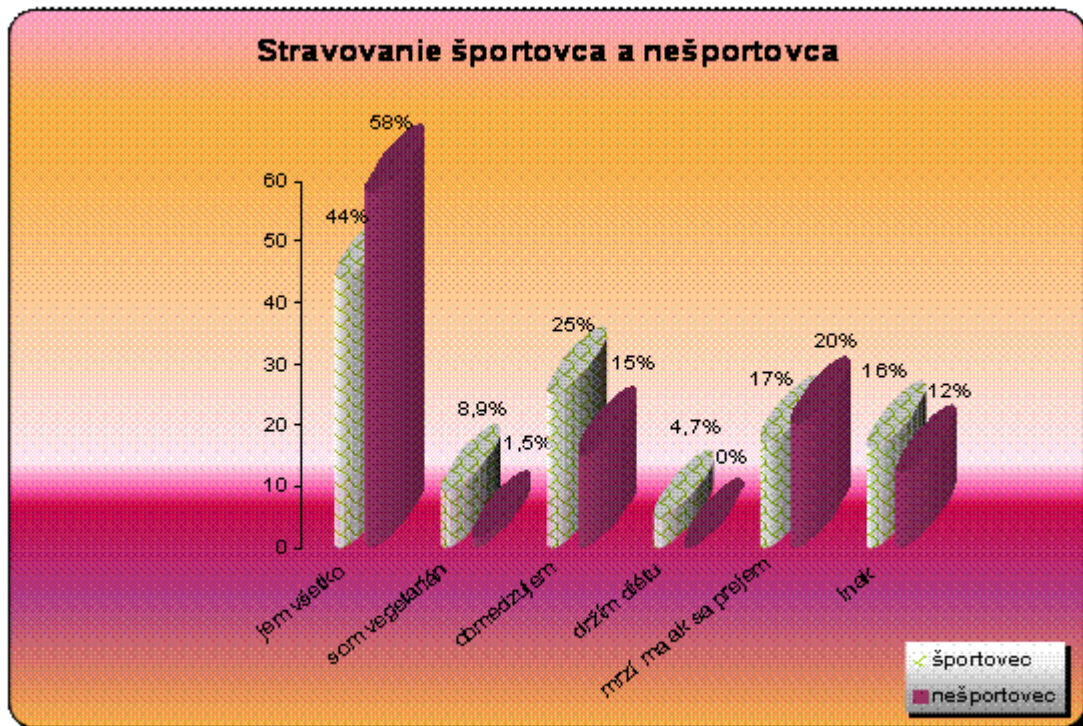
Tabuľka č. 3 Porovnanie dôvodu častejšieho nevykonávania športovej aktivity skupiny športovcov a nešportovcov

	športovci		nešportovci	
	n	%	n	%
<i>nestíham naraz chodiť do školy, učiť sa a aj športovať</i>	120	70	44	68
<i>myslím, že na to, aby som začal/a športovať potrebujem peniaze</i>	8	4,7	3	4,6
<i>mojim koníčkom je hra na hudobnom nástroji, alebo iná aktivita, nie športovanie</i>	5	3	10	15
<i>v mojom okolí nie sú žiadne priestory na telesnú aktivitu</i>	7	4,1	3	4,6
<i>na to, aby som znížil/a svoju hmotnosť nemusím športovať, stačí, keď začnem s diétou</i>	2	1,2	3	4,6
iné	25	16	6	9,2

Graf č. 3 Voľnočasové aktivity športovca a nešportovca



Graf č. 4 Spôsob stravovania v porovnaní športovca a nešportovca



Diskusia

Z výsledkov mojej práce, pri ktorej som sa zamerala na veľmi špecifickú vzorku respondentov, budúcich zdravotníkov, denných študentov Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave vyplynuli zistenia, že **športuje 73% študentov** (5,1% je profesionálnych športovcov a 68% športujúcich 4-5 krát do mesiaca) a **nešportuje 27,8%**

študentov. Ako najčastejší dôvod častejšieho nevykonávania športovej aktivity študenti určili **nedostatok voľného času** (športovci 70%, nešportovci 68%) a 15% nešportovcov má **iné záľuby ktorým sa venuje**. 47% športovcov a 14% nešportovcov je so svojou kondíciou spokojných, 42% športovcov a 22% nešportovcov by na sebe chcelo začať pracovať. Z mojich výsledkov, ktoré som graficky znázornila v grafe č. 1 vyplynuli zistenia, že väčšina športovcov má podľa kategorizácie BMI normálnu hmotnosť (72,8%). U nešportovcov je to 57%. Nedostatočnú hmotnosť sa vyskytuje na 2. mieste. Má ju 20% nešportovcov a 15,4% športovcov. Je to z výsledkov jeden z najzaujímavejších poznatkov. Na prvom mieste je Normálna hmotnosť a na druhom Nedostatočná hmotnosť a to vo veľmi vysokom percente. Častejšia je však u nešportovcov čo je pochopiteľné. Nedostatok telesnej aktivity spôsobuje okrem iného aj ochabnutie svalstva, čo teda samozrejme aj menšiu telesnú hmotnosť. Znázornenie rozdielného podielu BMI hodnôt u športovcov a nešportovcov vyplýva aj z grafu č. 2, z ktorého je jasne vidieť vyšší podiel respondentov v kategórii Nadváha a Obezita u nešportovcov oproti športovcom. Nadváha sa vyskytla u 13,8% nešportovcov a 7,7% športovcov. Obezita 4,6% u nešportovcov a 1,8% u športovcov. Ťažká obezita sa nevyskytla u žiadneho z respondentov pričom nemožno zabudnúť na fakt, že z celkového počtu respondentov 4 neuviedli svoju váhu a výšku a preto im nemohol byť vypočítaný BMI. Je však vysoko pravdepodobné, že sa v týchto 4 prípadoch mohol vyskytovať extrém či už by to bola Nedostatočná hmotnosť alebo Ťažká obezita. Možno mal respondent iný dôvod neuvedenia svojich údajov.

70% športovcov a 68% nešportovcov označilo nedostatok voľného času ako dôvod prečo nevykonávajú športovú aktivitu častejšie. Stále otázkou je, ako vyplňajú svoj voľný čas nešportovci. Až 15% ich uviedlo, že sa venujú iným záujmovým koníčkom. Čo je u vysokoškolského študenta pochopiteľné, že pri náročnom vysokoškolskom štúdiu nevie zosúladiť svoje záujmy s voľným časom a zároveň telesnou aktivitou. Jeho prioritou je iná aktivita, taká ktorá má pre neho vnútornú hodnotu. Je pozitívne, že mladí ľudia sa venujú iným činnostiam ako iba povinnostiam čím prirodzene rozvíjajú svoj talent a poznajú svoj rebríček hodnôt. Avšak aby sa nenudili tak až 57% ich pozerá televíziu, 52% ich ide s kamarátmi von a 49% spí (graf č. 3). Z toho vychádza, že nešportovci majú iné záujmy ako športovci, pri voľnom čase pozerajú televíziu alebo idú von s kamarátmi, majú vyššie BMI a častejšie nadváhu alebo obezitu.

Záver

Cieľom tejto práce je poukázať na význam vybraných aspektov životného štýlu, zvlášť na telesnú aktivitu u denných študentov Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Z výsledkov vyplynuli zistenia, že športuje 73% a nešportuje 27,8% študentov. Väčšina športovcov má podľa kategorizácie BMI normálnu hmotnosť (72,8%). U nešportovcov je to 57%. Nedostatočnú hmotnosť sa vyskytuje na 2. mieste. Má ju 20% nešportovcov a 15,4% športovcov. Na prvom mieste je Normálna hmotnosť a na druhom Nedostatočná hmotnosť a to vo veľmi vysokom percente. Prieskum bol aplikovaný na vzorku respondentov, budúcich „zdravotníkov“, denných študentov

zdravotníckych odborov Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave od ktorých sa očakáva že aj v zdravotníckych odboroch zostanú pracovať. Budú prichádzať do kontaktu s pacientami a klientami a budú môcť podporovať a ovplyvňovať ich životný štýl pozitívnym smerom. Táto vzorka respondentov je však už staršia mládež až dospelá populácia, u ktorej ešte môže dôjsť k pozitívnym zámenám v náprave samých seba, preto je potrebné všetky preventívne opatrenia na predchádzanie nesprávnych návykov životného štýlu aplikovať na jednotlivca ešte v detskom veku a jeho matku.

Literatúra

1. ADAMEOVÁ, A.: Životný štýl a ateroskleróza. In: Lekárnik. 8, 2003, č. 10, s. 34-36,
2. EGNEROVÁ, A. - GULIŠ, G.: Epidemiológia neinfekčných chorôb. Učebné texty. Trnava: FZaSP, Trnavská univerzita Katedra HE, SAP, 2001, 129 s., ISBN 80 – 88908 – 81 – 7
3. GINTER, E. - HAVELKOVÁ, B.: Demografické údaje o prevalencii nadváhy a obezity u dospelaj populácie: Slovensko a svet. In: Medicínsky monitor. Bratislava. 2004,č. 6, str. 14-16,
4. JURKOVIČOVÁ, J.: Vieme zdravo žiť? Univerzita Komenského v Bratislave. Bratislava. 2005. 165 s. ISBN 80-223-2132-X
5. SKYBOVÁ, K.: Obezita – dedičnosť a prostredie. <http://www.bedekerzdravia.sk/slovakindex.php?id=77obezita2005> Zo dňa 30. 11. 2005
6. VÁVROVÁ, J.: Stravovanie v predškolských zariadeniach s klasickým a alternatívnym charakterom. In: II. Národná konferencia škôl podporujúcich zdravie. Zborník príspevkov z konferencie. Bratislava. Ústav zdravotnej výchovy. 1997. s. 210-213, ISBN 80-7159-098-3
7. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_(part1).pdf) z 16.12.2007
8. <http://www.who.sk/pdf/obezita.pdf> z 10.3. 2008

Adresa autora:

Ivana Slezáková

Fakulta verejného zdravotníctva SZU Bratislava

Limbová 12

833 03 Bratislava 37

e-mail: ivana.slezakova@szu.sk

Význam peer prístupu v podpore zdravia u detí a mládeže.

Hodnotenie efektivity peer programu „Môj život“.

Bc. Lucia Demesová

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove

Riaditeľ: MUDr. Jozef Sládek, MPH

Súhrn:

Úvod: Prieskum realizovaný v rámci rovesníckeho programu „Môj život“ v okrese Trebišov hodnotí prvú etapu intervencií (krátkodobý účinok) zameraných na podporu a upevnenie zdravého životného štýlu u 14 -15 ročných žiakov základných škôl okresu Trebišov.

Výsledky: Vedomosti: Efektivita uskutočnených intervencií sa prejavila štatisticky významným vzostupom vedomostí vo vzťahu k všetkým nosným témam programu. *Postoje a správanie:* Po intervencii nebola zistená štatisticky významná zmena v postojoch a správaní. Zistilo sa však, že 60% respondentov vstupovalo do programu so žiadúcimi postojmi a správaním. Vo výstupnom dotazníku potvrdilo takéto žiadúce postoje a správanie o 10% viac opýtaných (70% respondentov), čo možno hodnotiť pozitívne.

Záver: Výsledky prieskumu poukazujú na vhodný výber metodiky poskytovania vedomostí – cestou zážitkového učenia. Touto metódou sa podarilo v rámci zdravotno-výchovných intervencií prvýkrát dosiahnuť tak významný vzostup vedomostí, čo je podmienené opakovaným pôsobením rovesníkov na cieľovú skupinu. Avšak aj u ďalších dvoch premenných (správanie a postoje) možno pozorovať pozitívny vývoj. Skutočnosť, že nedošlo k štatisticky významnej zmene postojov a správania, môže korešpondovať s faktom krátkeho trvania intervencie (4 mesiace). Tým sa zároveň potvrdzuje potreba ďalšieho systematického a dlhodobého prístupu vo výchove k zdraviu⁽⁸⁾, na začiatku ktorého sa program nachádza.

Kľúčové slová: peer výchova, intervenčný program, efektivita

Úvod

Peer výchova predstavuje formu pôsobenia medzi vrstovníkmi navzájom. Je výsledkom poznatkov získaných na celom svete i súčasťou vzrastajúceho trendu podpory zdravia. Východiskom peer výchovy je filozofia, že

jedinec sa stotožní skôr s niekým, kto mu je bližší z hľadiska sociálneho zázemia, veku, roly, záujmov a spôsobu chovania. Princíp peer výchovy je postavený na aktívnom zapojení vopred pripravených, zdravo žijúcich vrstovníkov – peer poradcov.^(1,5) Skutočnosť, že aktivisti odmietajú sociálne nežiadúci spôsob života, prenikavo zvyšuje účinnosť preventívnych programov. (1, 2, 3, 4, 5)

Postavenie peer výchovy v prevencii a podpore zdravia

Žijeme v dobe, v ktorej sa posiluje vplyv miestnych komunít a občanov v otázkach podpory zdravia. Deti a mladí ľudia boli v minulosti, a aj dnes sú, v mnohých situáciách považovaní len za objekt preventívnych aktivít. Ukázalo sa však, že je nutné považovať ich za možný zdroj pre tvorbu preventívnych programov. Práve peer výchova umožňuje zvýšenie účasti mladých ľudí na realizácii podpory zdravia a prenesenie väčšej časti zodpovednosti na nich samotných. (1)

Vo verejno-zdravotnej problematike sa peer prístup orientuje predovšetkým na prevenciu fajčenia, konzumácie drog, násilia, sexuálneho zdravia a ďalších oblastí. Veľký priestor pre jej uplatnenia je v problematike nezdravého životného štýlu.⁽¹⁾

PEER Program „Môj život“ v okrese Trebišov

Peer Programu "Môj život" je zameraný na podporu zdravia a primárnu prevenciu v oblasti rizikových faktorov životného štýlu a prevenciu patologických sociálnych javov u mladých ľudí.

Cieľom programu je dosiahnuť, aby žiaci základných (ZŠ) a stredných škôl (SŠ) (na základe pozitívneho ovplyvnenia postojov a rozvoja sociálnych zručností) vedeli odolávať negatívnym vplyvom okolia a aby si vypestovali a upevnili zdravý spôsob života.

Cieľové skupiny programu: Intermediálna cieľová skupina - 16 až 17 roční študenti SŠ. Konečná cieľová skupina - 14-15 roční žiaci ZŠ a 16-17 roční študenti SŠ.

Nosné témy programu: partnerské vzťahy, reprodukčné zdravie, zdravé stravovanie a poruchy príjmu potravy, alkohol a fajčenie.

Metódy práce: Využívajú sa metódy sociálnej psychológie: sociálno-psychologický výcvik s dôrazom na zážitkové formy učenia, ktorý sa kombinuje s informačným prístupom. Hlavnou črtou tohto programu je dôraz kladený na rozvoj sociálnych kompetencií, kritického myslenia, zodpovedného rozhodovania pomocou nácviku, posilňovania a modelovania. Cestou týchto metód si študenti a žiaci uvedomujú rôzne sociálne vplyvy, ktoré vedú k rizikovému správaniu a upevňujú sa u nich schopnosti odolávať týmto vplyvom. Tieto metódy práce sa v rámci programu uplatňujú: pri výcviku peer aktivistov; pri besedách s charakterom skupinovej práce, ktoré realizujú peer

aktivisti u rovesníkov; pri workshopoch a počas súťaží.

Časový plán intervenčného pôsobenia je rozvrhnutý do dvoch školských rokov. U konečnej cieľovej skupiny sa uskutoční 15 vyučovacích hodín (ďalej len „hodín“) intervencií. V prvom roku 10 hodín zameraných na nosné témy programu. Intervencie v druhom roku sa zameriavajú na prehĺbenie a zafixovanie naučených pozitívnych vzorcov správania a na ďalší rozvoj asertívnej komunikácie. Súčasťou programu je hodnotenie účinnosti intervencií z hľadiska krátkodobého a hlavne dlhodobého.

Vyhodnotenie prvej etapy prieskumu hodnotiaceho krátkodobú účinnosť intervencií

Cieľ: 1. *Zhodnotiť východiskovú situáciu u adolescentov* – t.j. ich vedomosti a postoje k rizikovému správaniu a ich rizikové správanie pri vstupe do programu. 2. *Vyhodnotiť krátkodobú efektivitu* – zistenie krátkodobých výsledkov sa uskutočňuje bezprostredne po skončení programu. Predpokladá sa pozitívna zmena vedomostí, postojov a zmena správania. Hodnotenie krátkodobého efektu programu poskytuje predbežnú informáciu o vhodnosti zvolenej metodiky. Získané poznatky sa nevyhnutne overujú hodnotením dlhodobého efektu programu.

Metodika: Pre hodnotenie krátkodobého účinku sa použil tzv. „Pre - a post test“ Respondenti zodpovedali dva anonymné dotazníky – vstupný a výstupný. Prvá časť dotazníka slúžila na demografickú, socio-ekonomickú a antropometrickú charakteristiku súboru respondentov. Jej účelom bolo identifikovať pôsobiace individuálne faktory a faktory prostredia pôsobiace na rozvoj rizikových postojov a správania. Účinnosť intervencií sa hodnotila na základe súborov otázok sledujúcich vedomosti, postoje a správanie cieľovej skupiny vo vzťahu k nosným témam programu. Posledná časť výstupného dotazníka bola zameraná na hodnotenie kvality programu z hľadiska toho, ako respondenti posudzujú prínos programu pre seba. Do analýzy boli zaradené spárované, úplne vyplnené dotazníky od respondentov, ktorí sa zúčastnili prieskumu pred aj po intervencii. Údaje z dotazníkov sa spracovali v programe Excel a EPIINFO s využitím štatistických nástrojov pre analýzu údajov.

Charakteristika súboru: Cieľovú skupinu prieskumu tvorili 14 - 15 roční žiaci (8. ročník), navštevujúci mestské ZŠ, ktorí absolvovali 10 hodín intervencií v rozmedzí troch mesiacov. Z celkového počtu N=146 žiakov zúčastnených na besedách a na prieskume, bolo do analýzy zaradených 115 respondentov - chlapci 53%(n=61), dievčatá 47% (n=54). (Poznámka: N =146 žiakov predstavuje 37% z celkového počtu ôsmakov v okrese navštevujúcich mestské ZŠ so slovenským vyučovacím jazykom.)

Výsledky a diskusia:

Východisková situácia: Hodnotilo sa pôsobenie rizikových faktorov (RF). Z nich sa uplatňujú: „*V škole sa cítim - skôr zle až zle*“, túto skutočnosť uvádza 22% respondentov (pre porovnanie v Košickom kraji (KE)

15,5%, v SR 18,5% respondentov⁽⁹⁾). Pôsobenie tohto RF je potrebné bližšie analyzovať. Z RF sa u cieľovej skupiny uplatňujú len málo: 1. *Nezamestnanosť* - 3% otcov, 12% matiek. Pre porovnanie v KE otec 6,9%, matka 14,3%; v SR otec 4,9%, matka 11,5%⁽⁹⁾. 2. *Nudím sa* (odpovede – „viac áno ako nie“ a „stále“) 9%, v KE 16,5%, v SR 9%. Nízky podiel vyššie uvedených RF v skupine respondentov vytvára predpoklad pozitívneho ovplyvnenia osobnosti a teda postojov a správania cieľovej skupiny pred intervenciami.

Zhodnotilo sa pôsobenie protektívnych faktorov: Výrazne sa uplatňujú:

1. *Žijem v úplnej rodine* uviedlo 89% (v Košice 87%, v SR 85%⁽⁹⁾);
2. *Pociťujem lásku vo svojej rodine* 91% (Košice 85%, SR 90%);
3. *V rodine sa cítim skôr dobre až dobre* 98% (Košice 95%, SR 95%);
4. *Moje konanie najviac ovplyvňujú rodičia* 42% (Košice 51%, SR 50%);
5. *Mám vytvorené podmienky pre realizáciu záľub* - 93% (Košice 76%, SR 78%);
6. *Nikdy nepociťujem nedostatok peňazí* 64% (Košice 28%, SR 34,39%).

Silné pôsobenie vyššie spomínaných protektívnych faktorov, vytvára pozitívny základ pre formovanie osobnosti každého jedinca, čo má potom priaznivý vplyv na ich správanie pred ich účasťou v intervenčnom programe.

Z protektívnych faktorov sa neuplatňuje *tréning* rozvoja sociálnych kompetencií. Na tréningu odmietanie rizikového chovania sa zúčastnilo 26% respondentov; efektívnej komunikácie 11%; kritického myslenia len 9% opýtaných. Táto skutočnosť sa uplatňuje ako významným RF, ktorý znásobuje zraniteľnosť cieľovej skupiny.

Hodnotenie krátkodobého efektu:

Vedomosti: Po intervencii nastal štatisticky významný vzostup vedomostí vo vzťahu k všetkým nosným témam programu ($p=0,0014$). Priemer počtu respondentov so správnymi odpoveďami na vedomostné otázky bol pred intervenciou 48, po intervencii 64. ***Postoje:*** Po intervencii nenastala štatisticky významná pozitívna zmena v postojoch prospešných pre zdravý spôsob života ($p=0,89$). Priemerný počet respondentov so žiadúcimi postojmi bol pred intervenciou 69 opýtaných, po intervencii 80 (medián: pred 67, po 82).

Správanie: Po intervencii nebol zistený štatisticky významný nárast počtu respondentov správajúcich sa nerizikovo z hľadiska problematiky konzumácie alkoholu, fajčenia a predčasných sexuálnych skúseností a vhodnej snahe v súčasnosti schudnúť ($p=0,699$). Priemerný počet respondentov správajúcich sa nerizikovo bol pred intervenciou 72, po intervencii 82 (medián: pred-83, po-93). Napríklad z hľadiska podielu nefajčiacich respondentov možno povedať, že v súčasnosti *nefajčí* 80% opýtaných (v KE 65%, v SR 61%); *nikdy nefajčilo* 43% respondentov (v KE 34%, v SR 33%). Výrazný protektívny vplyv z rodinného prostredia, nízka nezamestnanosť, vytvorenie podmienok pre realizáciu voľno-časových záľub, malý podiel respondentov

prežívajúcich nudu vytvára základ pre utváranie žiadúcich postojov a pre zdravie nepoškodzujúce správanie. Na základe vyššie uvedených mier centrálného rozptylu je zrejmé, že 60% respondentov vstupovalo do programu so žiadúcimi postojmi a správaním. Vo výstupnom dotazníku prezentovalo žiadúce postoje a správanie 70% respondentov.

Kvalita programu – prínos pre respondenta:

Ako *indikátory* sa použili: 1. Osvojenie obsahu - 50% respondentov uvádza získanie nových informácií a 43% potvrdzuje prehĺbenie a spresnenie poznatkov. 2. Identifikácia sa respondentá s programom - 20% účastníkov uvádza zmenu postoja po intervencii a 13% sa rozhodlo po intervencii zmeniť svoje správanie. Pomerne nízka identifikácia respondenta z hľadiska pozitívnej zmeny postoja môže byť podmienená skutočnosťou, že 60% respondentov vstupovalo do programu so žiadúcimi postojmi. Pre zmenu postoja sa rozhodlo 20% opytovaných, ktorí pochádzajú pravdepodobne zo súboru žiakov s rizikovými postojmi pri vstupe do programu. Na základe zodpovedaných otázok vo vstupnom dotazníku vstupovalo do programu 62% respondentov bez rizikového správania (fajčenie, konzumácia alkoholu, zbytočná redukcia hmotnosti, predčasné sexuálne skúsenosti). Vo výstupnom dotazníku deklarovalo nerizikové správanie 71% respondentov. Ďalej možno predpokladať, že časť respondentov deklarovala zmenu postojov a správania aj, keď ho nezmenila. Tieto predpoklady je potrebné overiť ďalším porovnaním a analýzami s kontrolnou skupinou. 3. Miera spokojnosti s programom bola pomerne vysoká. 84% z celkového počtu opýtaných hodnotí intervenciu ako zaujímavú, 59% respondentov hodnotí spôsob realizácie školskou známkou „1“.

Pretože do zisťovania nebola zaradená kontrolná skupina nemožno s istotou skonštatovať, že zistené účinky skutočne zapríčinil náš intervenčný zásah. Ako dôležitý vplyv je potrebné vziať do úvahy protektívne faktory prostredia a relatívne malú početnosť vzorky.

Záver

Osobnosť človeka aj jeho postoje a správanie sa formuje vplyvom prostredia, v ktorom žije. V našom súbore respondentov sa významne pozitívne prejavila súhra protektívnych faktorov prostredia, ktoré pravdepodobne podmienili, že do programu vstúpilo 60% respondentov s nerizikovými – žiadúcimi postojmi a správaním. Táto skutočnosť môže byť podmienená aj vhodným výberom vekovej skupiny pre realizáciu vo veku nižšom (o 2-3 roky) ako priemerný vek začiatku rizikového správania. ⁽⁷⁾

Za najdôležitejší ukazovateľ efektivity preventívnych programov sa považuje zmena správania, ktorá je podmienená zmenou postojov a mierou vedomostí.⁽⁷⁾ Výsledky skúmania preukázali štatistický významný vzostup u položky vedomostí, čo môže svedčiť o výbere vhodnej metodiky poskytovania vedomostí – zážitkového učenia.

Avšak aj u ďalších dvoch premenných (správanie a postoje) možno pozorovať pozitívny vývoj v zmene postojov a správania. Skutočnosť, že nedošlo k štatisticky významnej zmene postojov a správania, môže korešpondovať s faktom krátkeho trvania intervencie (4 mesiace). Táto skutočnosť potvrdzuje potrebu ďalšieho systematického a dlhodobého prístupu vo výchove k zdraviu⁽⁸⁾, na začiatku ktorého sa program nachádza.

Literatúra:

1. DEMESOVÁ, L., MIŠENDA, P., HRICKO, M.: Peer výchova v prevencii, podpore a rozvoji zdravia. Pracovná skupina UVZ SR „Rovesnícke programy“, 2006, 21s.
2. IVANOVIČ, B., MATULA, Š.: Peer programy a ich miesto v prevencii drogových závislostí. Bratislava : Metodické centrum v Bratislave, 1998, 70 s., ISBN 80-88796-87-3
3. RIHÁKOVÁ, E.: Rovesnícky program pre starších žiakov. Peer program. Bratislava : IUVENTA, Centrum primárnej prevencie drogových závislostí, 2000, 47 s., ISBN 80-88893-59-3
4. OROSOVÁ, O.: Pomoc – prevencia – rovesníci alebo „Preventívne nie nepoškodí...“. Inovatívne metódy v prevencii drogových závislostí v školskej praxi. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2003, 186 s., ISBN 80-7097-502-4
5. NEŠPOR, K. a kol.: Metodika prevence ve školním prostředí. 1996. In: http://www.help24.cz/index.php?page=download&view=prevence_ve_skole, 14.9.2006
6. NEŠPOR, K., FISCHEROVÁ, D., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H.: FIT IN 2001. Praha : BESIP, 1996, 119 s.
7. NEŠPOR, K a kol.: Zásady efektivní primární prevence. Praha : Sportpropag, 1999, 40s.
8. Štandardy pre uplatňovanie peer programov americkej Národnej asociácie peer aktivistov. National Peer Helpers Association , In: www.peerprograms.org, 25.7.2007
9. GAJDOŠOVÁ, E., REŠOVSKÝ, J., MEDERIOVÁ, T.: Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže Slovenskej republiky. Spišská Nová Ves : Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Spišskej Novej Vsi, 2006

Adresa autora :

Bc. Lucia Demesová

Oddelenie podpory zdravia

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove

Jilemnického 3370/2, 075 01 Trebišov

tv. vychova@uvzsr.sk

Právne aspekty kontroly alkoholu vo verejnom zdravotníctve

PhDr. Ivan Bielik MPH,¹ doc. JUDr. Karol Tóth, PhD., MPH, mim. prof.¹, PhDr. Jaroslav Stančíak ,
MPH²

¹ Slovenská zdravotnícka univerzita

² Univerzita sv. Cyrila a Metoda

Súhrn

Príspevok charakterizuje jedno z východísk intervencií v oblasti znižovania škôd spôsobených užívaním alkoholu, ktorým je legislatíva a právo. V oblasti podpory zdravia obyvateľstva je dôležité poznať právne normy a programy, ktoré sa týkajú oblasti znižovania negatívnych následkov užívania alkoholu a ochrany pred zneužívaním alkoholických nápojov. Príspevok analyzuje právne nástroje s cieľom podpory a ochrany zdravia obyvateľstva so zameraním na verejného zdravotníctvo, respektíve podporu zdravia.

Kľúčové slová

Právne normy, programy, alkohol, verejné zdravotníctvo

Úvod

Rámec výkonu politiky kontroly alkoholu na Slovensku je vymedzený prostredníctvom WHO Európskej stratégie na politiku kontroly alkoholu a tiež Stratégie EÚ pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s požívaním alkoholu (Framework, 2006; Stratégia EÚ, 2006). História komplexnej politiky kontroly alkoholu siaha k roku 1992, kedy bol prijatý prvý európsky akčný plán pre problémy s alkoholom. Na Slovensku je v súčasnosti aktuálny Akčný plán pre problémy spôsobené alkoholom, ktorý schválila vláda v roku 2006. Podľa tohto akčného plánu je za výkon politiky kontroly alkoholu zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR, ktoré v dvojročných intervaloch bude predkladať na rokovanie vlády SR správu o plnení jeho úloh. Prvý krát bol akčný plán na Slovensku schválený vládou SR v roku 2002 a na ktorého výkon boli v zmysle uznesenie vlády č. 929 účelovo určené financie vo výške 33 450 000.- Sk.

Vláda SR prijala v roku 1991 Národný program podpory zdravia, kde jednou z priorít bola oblasť odstránenia zdraviu škodlivých vplyvov, kde sa radí aj užívanie alkoholických nápojov, tabaku a drog. V novembri roku 1999 vláda SR schválila Národný program podpory zdravia (Hegyí, 2004). Jednou z priorít aj naďalej ostalo znížiť škody spôsobené alkoholom, drogami a tabakom. Jednou zo stratégií, ktorá majú splniť cieľ programu podpory zdravia je zriaďovanie poradní prevencie drogových závislostí. V tomto smere boli vydané metodické príručky, ktoré majú poradiam zdravia pomôcť pri poskytovaní poradenskej starostlivosti. V tejto súvislosti bol pre poradne zdravia vydaný manuál pre prácu v poradniach prevencie drogových závislostí a manuál pre poradenstvo na odvykanie od fajčenia (Ochaba, 2007).

Právne aspekty kontroly alkoholu

Problematika právnych aspektov kontroly alkoholu je obsiahnutá v mnohých právnych normách, ktoré súvisia

s predajom a konzumom alkoholických nápojov na verejných miestach. Právnu reguláciu je v tomto smere potrebné vnímať s cieľom ochrany a podpory zdravia detí a mládeže, a, v druhom rade, tiež s cieľom ochrany verejného poriadku. Práve tieto dva aspekty sú východiskom pre plánovanie a výkon intervencií vo verejnom zdravotníctve, respektíve v oblasti kontroly alkoholu na verejných miestach (Ochaba, 2008). Z hľadiska plánovania intervencií v podpore zdravia je účinným nástrojom vedúcim k znižovaniu škôd spôsobených alkoholom komunitný prístup (Ochaba, 2007).

Jednou z najdôležitejších právnych noriem v oblasti kontroly a regulácie užívania alkoholu je zákon č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb. Zákon upravuje vymedzenie alkoholických nápojov, vyšetrenie na zistenie alkoholu alebo iných návykových látok a ďalšie podmienky prevádzky protialkoholických záchytných izieb. Z hľadiska verejného zdravotníctva je kľúčová časť o regulácii konzumácie alkoholu na verejných miestach.

S cieľom podpory zdravia obyvateľstva bol prijatý **Národný akčný plán pre problémy spôsobené alkoholom, ktorý** 29. 11. 2006 schválila vláda SR uznesením č. 974/2006. Národný akčný plán pre problémy s alkoholom je formulovaný v intenciách Rámcového programu alkoholovej politiky SZO v Európskom regióne, ktorý bol prijatý SZO Regionálnym výborom pre Európu v septembri 2005 v Bukurešti a je v kontexte národných priorít v tejto oblasti. Definuje ciele, základné princípy, ciele a nástroje. V uznesení vlády sa nepočíta s poskytnutím finančných prostriedkov na plnenie úloh a cieľov plánu na rozdiel od predošlého akčného plánu, ktorý vláda SR prijala 21. 8. 2002 uznesením č. 929/2002, čo je pre praktickú realizáciu intervencií podpory a ochrany zdravia nedostatkom.

Zákon č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov upravuje, okrem iného, oblasť televíznej reklamy. V § 19, ktorý sa týka ochrany ľudskej dôstojnosti a ľudskosti, sa zakazuje do ponúk programov zahrňať výňatky z diel, ktoré znázorňujú používanie strelných zbraní, scény násilia a pohlavného styku, devastácie životného prostredia a zábery, ktoré by mohli navodiť dojem skrytej formy propagácie alkoholizmu, fajčenia a používania omamných látok, jedov a prekurzorov. Takisto sa zakazuje otvorene alebo skrytou formou propagovať alkoholizmus, fajčenie, užívanie omamných látok, jedov a prekurzorov alebo zľahčovať následky užívania uvedených látok. Právna úprava predstavuje z hľadiska ochrany a podpory zdravia detí a mládeže kľúčový význam.

Zákon č. 147/2001 Z.z. o reklame v znení neskorších predpisov ustanovuje všeobecné požiadavky na reklamu, požiadavky na reklamu niektorých produktov, ochranu spotrebiteľov a podnikateľov pred účinkami klamlivej reklamy a neprípustnej porovnávacej reklamy. V zmysle § 5 reklama alkoholických nápojov nesmie dávať do súvislosti spotrebu alkoholu s priaznivým účinkom na telesnú výkonnosť alebo na duševnú výkonnosť. Nesmie tvrdiť, že alkoholické nápoje majú liečivé vlastnosti, povzbudzujúci alebo upokojujúci účinok alebo že pomáhajú riešiť osobné problémy. Reklamy nesmie nabádať na nestriedme požívanie alkoholických nápojov alebo prezentovať abstinenciu alebo triezvosť ako nedostatok a zdôrazňovať obsah alkoholu v nápojoch ako znak ich kvality.

Reklama alkoholických nápojov sa nesmie zameriavať na maloleté osoby, pritom žiadna osoba, ktorú možno považovať za maloletú, sa nesmie v reklame dávať do súvislosti so spotrebou alkoholických nápojov. Oblasť reklamy prostredníctvom tlače patrí v súčasnosti k najdiskutovanejším oblastiam. V súčasnosti na Slovensku je reklama na alkoholických nápoje málo regulovaná a tým dochádza k propagácii užívania alkoholu.

Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje oprávnenie súdu

rozhodnúť o uložení výchovného opatrenia, prípadne vo výnimočnom prípade rozhodnúť o dočasnom odňatí maloletého dieťaťa zo starostlivosti rodičov (alebo iných osôb, ktorým bolo maloleté dieťa zverené alebo o ktoré sa starajú), a to aj proti ich vôli a nariadiť takémuto maloletému dieťaťu pobyt v diagnostických alebo špecializovaných zariadeniach. V závažných prípadoch drogovej závislosti (vrátane alkoholovej) môže súd nariadiť maloletému dieťaťu pobyt v resocializačnom zariadení pre drogovu závislých.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje sociálnoprávnu ochranu detí a sociálnu kuratelu na zabezpečenie predchádzania vzniku krízových situácií v rodine, ochrany práv a právom chránených záujmov detí, predchádzania prehĺbovaniu a opakovaniu porúch psychického vývinu, fyzického vývinu a sociálneho vývinu detí a plnoletých fyzických osôb a na zamedzenie nárastu sociálnopatologických javov.

Vyhláška MZ SR č. 111/2007 ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 164/1997 Z. z. o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla v prílohe č. 1 určuje podmienky minimálnej úrovne duševných a fyzických schopností na vedenie motorového vozidla. Zdravotná spôsobilosť je v tejto súvislosti vylúčená, ak je žiadateľ alebo vodič závislý od alkoholu alebo je neschopný vzdať sa požívania alkoholu. Zdravotnú spôsobilosť abstinujúceho závislého musí potvrdiť lekár, ktorý potvrdí aspoň dvojročnú abstinenciu od alkoholu.

Zákon č. 124/2006 o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci stanovuje pre zamestnávateľov povinnosť kontrolovať zamestnancov, či nie sú pod vplyvom alkoholu. Zamestnanec má povinnosť sa na pracovisku podrobiť tejto kontrole.

Trestný zákon č. 300/2005 Z.z. v zmysle § 175 upravuje podmienky na podávanie alkoholických nápojov mládeži v tom smere, že ten, kto sústavne podáva alebo vo väčšom množstve podá osobe mladšej ako osemnásť rokov alkoholické nápoje, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky.

Zákon č. 315/1996 Z.z. o premávke na pozemných komunikáciách upravuje podmienky na pozemných komunikáciách pre fyzické a právnické osoby a všeobecné povinnosti vodičov, ktorí nesmú požiť počas vedenia vozidla alkoholický nápoj ani užiť inú návykovú látku, viesť vozidlo bezprostredne po požití alkoholického nápoja alebo po užití inej návykovej látky, alebo v čase, keď by ešte mohli byť pod ich vplyvom.

Zákon č. 107/2004 Z.z. o spotrebnej dani z piva, zákon č. 104/2004 Z.z. o spotrebnej dani z vína a zákon č. 105/2004 Z.z. o spotrebnej dani z liehu upravujú zdaňovanie piva, vína a liehu na území Slovenska. Predmetom dane sú pivo, víno a lieh vyrobené na daňovom území, dodané na daňové územie z iného členského štátu alebo dovezené na daňové územie z územia tretieho štátu. Zdaňovanie vplýva na celkovú cenu alkoholických nápojov. Zvýšenie daňového zaťaženia vedie k zvýšeniu spotrebiteľskej ceny alkoholických nápojov a tým nepriamo k zníženiu dostupnosti pre cenu.

Zvýšenie spotrebiteľskej ceny predstavuje v zmysle medzinárodných dokumentov a odporúčaní jeden z účinných nástrojov, ktorý vedie k zníženiu dostupnosti alkoholických nápojov hlavne pre deti a mládež. Vyššia cena predstavuje aj jeden z dôvodov, prečo prestať užívať alebo obmedziť nákup a konzumáciu alkoholických nápojov. Účinnosť daňových opatrení je podmienená súčasne výkonom intervencií v oblasti edukácie, obmedzenia konzumácie alkoholu na verejných miestach a ponukou poradenských zariadení v oblasti problémov spojených s užívaním alkoholu (Ochaba, 2007).

Záver:

Ochrana a podpora zdravia obyvateľstva v súvislosti s užívaním alkoholu predstavuje jednu z kľúčových výziev vo verejnom zdravotníctve. Alkohol predstavuje v porovnaní s ostatnými drogami na Slovensku látku, ktorá je na prvom mieste v indikátore prevalencie. Spôsobuje poznané i nepoznané sociálne, zdravotné, ekonomické a psychologické dopady nielen na samotného užívateľa, ale na najbližšie okolie. Úlohou verejného zdravotníctva je v prvom rade plánovanie a výkon intervencií v intenciách programov a projektov podpory zdravia a v intenciách právnych noriem. Právne normy a národné programy na kontrolu alkoholu predstavujú bázu a predpoklad na podporu a ochranu zdravia obyvateľstva. V tomto smere je prioritné venovať pozornosť úpravám tých noriem, ktoré nedostatočne napĺňajú ciele podpory a ochrany zdravia obyvateľstva. Predpokladom úprav právnych noriem legislatívnou cestou je ich poznanie a hodnotenie ich dopadov na správanie sa obyvateľstva v živote. Vzhľadom k tomu, že sa dlhodobo situácia v oblasti užívania alkoholu nezmenila, je potrebné plánovať úpravy právnych noriem a programov s cieľom znižovania výskytu problémového užívania alkoholických nápojov u dospelých a užívania alkoholu u detí a mládeže. Vzhľadom k náročnosti a komplexnosti plánovania a výkonu intervencií v oblasti podpory a ochrany zdravia v súvislosti s kontrolou alkoholu, je potrebné vytvoriť sieť centier a samostatných odborných útvarov v rámci štruktúry orgánov verejného zdravotníctva. Tieto by odborne, metodicky a výkonne napĺňali ciele národných programov a medzinárodných politík v oblasti kontroly alkoholu, tabaku a drog.

Literatúra:

1. Framework for alcohol policy in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006, 35 p. ISBN 92-890-1384-2.
2. HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D.: Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: SZU, 2004, 149 s. ISBN 80-89171-20-6.
3. OCHABA, R., KOLLÁRIK, T., KAVCOVÁ, E., BAŠKA, T., AVDIČOVÁ, M., KRETOVÁ, E., SALAMONOVÁ, M., ŠIMOROVÁ, A., ŠŤASTNÝ, P.: Manuál pre pracovníkov poradne na odvykanie od fajčenia. Bratislava: ÚVZ SR, 2007, 36 s. ISBN 978-80-7159-165-8.
4. OCHABA, R., MAJTÁNOVÁ, L., ŠIMOROVÁ, A., ŠENKIRIK, R., BIELIK, I., STANČIAK, J., KUCHAROVÁ, B.: Manuál pre poradenstvo prevencie drogových závislostí. Bratislava, ÚVZ SR, 2007, 32 s. ISBN 978-80-7159-168-9.
5. OCHABA, R., ROVNÝ, I., BIELIK, I., HAMADE, J., KAVCOVÁ, E., KIMÁKOVÁ, T., NOCIAR, A., SALAMONOVÁ, M., STANČIAK, J.: Základy kontroly tabaku a alkoholu. Bratislava: ÚVZ SR, 2008, 62 s. ISBN 978-80-7159-170-2.
6. OCHABA, R., ROVNÝ, I.: Kontrola alkoholu z pohľadu komunitných prístupov. Lekársky obzor, 56, 2007, č. 12, s. 505 – 508.
7. ROVNÝ, I., OCHABA, R., BIELIK, I., AVDIČOVÁ, M., BOBROVSKÁ, M., BRUTENIČOVÁ, E., HAMADE, J., KAVCOVÁ, E., KIMÁKOVÁ, T., KIŠŠOVÁ, L., NÉMETOVÁ, D., SALAMONOVÁ, M., TÓTH, K., TURČANOVÁ, E.: Prevencia závislostí a fajčenia tabaku. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2007, s. 144 s. ISBN 978-80-7159-164-1.
8. Stratégia EÚ na podporu členských štátov pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s požívaním alkoholu. KOM 2006/625 v konečnom znení.

MANAŽÉR V ZDRAVOTNÍCTVE

Mgr. Alexandra Fülöpová

Katedra riadenia, Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, vedúci katedry
PhDr. Andrej Kováč, PhD.

Súhrn

Tvorivosť je zručnosť, pomocou ktorej vieme objavovať neobvyklé, ale prakticky užitočné riešenia, ktoré sa vymykajú z rámca bežných štruktúr myslenia. Manažér, ktorý disponuje kreativitou a využíva ju v pracovnom procese, sa upriamuje na skupinovú diskusiu, hľadanie a spoluprácu pri riešení problémov a pracuje na otvorenej komunikácii. Snaží sa podporovať myslenie, nápady, kritiku a záleží mu na neformálnych vzťahoch a spontánnosti. Jeho veľkou úlohou je vytvárať klímu otvorenosti, dôvery a sústredenia sa na prácu, čím dáva priestor na rozvinutie kreatívnej sily nielen u svojich zamestnancov, ale aj svojej vlastnej. Tvorivý manažér by mal odstrániť prekážky, ktoré spôsobujú, že tvorivý potenciál jednotlivcov či skupiny sa nemôže v plnej miere prejaviť a uplatniť. Tvorivá atmosféra na pracovisku pomáha podriadeným viac riskovať, konať slobodnejšie, tvoriť rozmanité a originálne nápady a viac dôverovať vo vlastnú intuíciu. Bariéry a prekážky tvorivosti je možné odstrániť, alebo aspoň z časti eliminovať a to najmä podporou kreatívneho myslenia a rozvíjaním tvorivosti na pracovisku. Pre manažéra je rozvíjanie tvorivosti u zamestnancov veľmi ťažký proces. Zaviesť nový prístup, zmeniť stereotypy a vyžadovať to od zamestnancov, je odvážna a dlhá cesta. Na nej mu môže pomôcť poznanie svojich zamestnancov, prebúdzanie ich fantázie, tvorenie nových myšlienok, podporovanie netradičných nápadov, budovanie dôvery a zodpovednosti, tímová spolupráca, otvorená komunikácia a ukázanie jeho vlastnej bláznivosti a spontánnosti.

Kľúčové slová: kreativita, tvorivý manažér, tvorivá klíma, rozvoj tvorivosti

Úvod

Tvorivosť zamestnancov sa v posledných rokoch stáva komparatívnou výhodou v stále ostrejšom konkurenčnom boji. Je súčasťou manažérskych kompetencií a môžeme ju charakterizovať ako zručnosť, pomocou ktorej vieme objavovať neobvyklé, ale prakticky užitočné riešenia, ktoré sa vymykajú z rámca bežných štruktúr myslenia.

Donedávna bola tvorivosť často spájaná iba s určitými profesijnými oblasťami ako sú reklamné, umelecké či PR agentúry. Dnešná rýchlo sa meniaci doba vyžaduje od človeka iný spôsob myslenia, nové prístupy k riešeniam problémov či pružné reakcie na podnety. Tým záujem o tvorivých ľudí a tvorivosť rastie na všetkých pozíciách čiže aj na pozícii manažéra či vedúceho pracovníka. Preto sa zvyšuje požiadavka pre originalitu, flexibilitu a tvorivý prístup aj v oblasti zdravotníctva na pozícii manažéra v zdravotníckych zariadení.

Tvorivý manažér

Manažéri a vedúci pracovníci majú byť podľa bežných predstáv tvrdohlaví pragmatici. Rutinné myšlienky a lineárna logika môže vyriešiť mnohé každodenné problémy vzniknuté pri práci. Okrem rutinných problémov sa vyskytujú i obtiažne alebo skoro neriešiteľné problémy. Na ne už rutinné myslenie nestačí a musí nastúpiť kreativita (Ramsey, 2001, s. 54).

V súčasnej literatúre sa dá nájsť niekoľko charakteristík tvorivej osobnosti, ktoré súvisia aj s tvorivosťou v pracovnej oblasti. Ak je človek tvorivý v bežnom živote, ťažko sa v pracovnom prostredí bude správať rigidne a netvorivo.

Kreatívnu osobnosť a teda aj kreatívneho manažéra vymedzujú nasledujúce pojmy (P. Žák, 2004):

1. Tolerancia k dvojznačnosti

Tvorivý manažér je zvyknutý vnímať každý problém samostatne, kde neexistuje vopred určené riešenie. Vyhľadáva situácie, ktoré sú bohaté a smerujúce k rôznym výkladom.

2. Stimulačná sloboda

Kreatívny manažér netrvá na limitoch a usporiadanosti, ale vedome prekračuje hranice. Táto sloboda umožňuje pozeráť sa na problém z viacerých pohľadov a obohacuje o nové, neobvyklé impulzy.

3. Funkčná sloboda

Dáva možnosť vidieť bežné veci v nových nepoznaných rozmeroch. Ide o nástroj, ktorý vyplňa stimulačnú slobodu. Manažér funkčne slobodný neberie hrnček len ako prostriedok na pitie, ale dokáže ho akceptovať ako hudobný nástroj, odkladač pier, kvetináč či ťažítka.

4. Flexibilita

Chápe sa ako schopnosť produkovať rozmanité riešenia, ktoré sú obsahovo odlišné.

5. Ochota riskovať

Kreatívny manažér sa nebojí riskovať, pretože si je vedomý, že bez určitého rizika je úspech nemožný.

6. Preferencia zmätku

Pre tvorivého manažéra je zmätok oveľa zaujímavejší ako poriadok a usporiadanie. Vníma ho ako priestor pre riešenie problémov a svojou činnosťou mu dáva usporiadanie.

7. Uspokojenie

Pocit spolupatričnosti s celým procesom riešenia je pre kreatívneho manažéra najväčšou odmenou. Napätie dlhotrvajúceho úsilia prispieva k tvorivosti.

8. Upustenie od stereotypov sexuálnych rolí

Tvorivý manažér nedbá na biologický rozdiel medzi mužom a ženou. Pri riešení problému ide o proces hľadania cesty k úspechu, kde nie je miesto na rodové rozdelenia. Muži a ženy sú vnímaní ako ľudia.

9. Vytrvalosť

Kreatívny manažér sa nebojí prehry a neúspechu. Z nich získava poučenie a sú pre neho hnacím motorom vpred. Je až posadnutý svojím cieľom tak, že neúspech a prekážky ho nemôžu odradiť. Kreatívny človek je sám sebe cieľom.

10. Odvaha

Odvaha je jeden z najdôležitejších predpokladov úspechu tvorivého človeka. Na ceste k cieľu často stojí veľa prekážok, rigidných myšlienok, výsmechu a neporozumenia. Manažér musí disponovať veľkou dávkou odvahy, aby dokázal odolať všetkým nástrahám a bariéram, ktoré ho stretnú.

Tvorivého manažéra okrem vlastností, dispozícií či nadania charakterizuje jeho prístup k práci, spôsob uvažovania a správania sa k ľuďom. A ten je odlišný. Tak čo vlastne tvorivý manažér robí inak ako netvorivý?

- neustále hľadá nepovšimnuté, skryté väzby a príležitosti, pozrie sa na vec znova, z iného uhla a potom ešte raz a podrobnejšie,
- neprijíma ľahko odpoveď NIE na svoje otázky, pokojne ich zmení, aby zaistil, či dostane opačnú odpoveď alebo možnosť riešenia,
- očakáva experimentovanie, vyšetrovanie, objavovanie, hľadanie otázok,
- sústreďuje sa na tvorivý proces riešenia životných problémov s mnohými alternatívami riešenia,
- nebojí sa vyskúšať niečo nové, upokojí neúspech a skúša ďalej,
- víta zmeny a je vždy pripravený využívať príležitosť a riskovať neúspech,
- počíta s tým, že dobré myšlienky môžu prísť z kadekoľvek a vyhýba sa predsudkom pri posudzovaní neobvyklých návrhov,
- pýta sa „Čo sa zatiaľ nevyužilo?“ miesto tradičného „Čo sa v minulosti vždy osvedčilo?“

Tvorivý manažér sa ďalej upriamuje na skupinovú diskusiu, hľadanie, spoluprácu pri riešení problémov, pracuje na otvorenej komunikácii. Snaží sa podporovať myslenie, nápady, kritiku a záleží mu na neformálnych vzťahoch a spontánnosti. Utvára klímu otvorenosti, dôvery a sústredenia sa na prácu, čím dáva priestor na rozvinutie kreatívnej sily nielen svojich pracovníkov, ale aj svojej vlastnej (Zelina, Zelinová, 1990).

Východiskom pre tvorivý profil manažéra je jeho vlastná činnosť, správanie a postoje. A. Petrová (1999, s. 99) uvádza nasledujúce faktory riadenia podnecujúce tvorivosť na pracovisku:

- vysoká dôvera a nedostatok strachu,
- voľná komunikácia, zrozumiteľnosť, jasná stratégia a plánovanie,
- pripúšťanie samostatného konania a samostatného hodnotenia vlastnej práce,
- vzájomná nevynútená faktická kontrola.

Takéto správanie a činnosť manažéra vyvoláva u podriadených dôsledky a reakcie:

- impulzívnejšie a menej kontrolované správanie, väčšiu ochotu riskovať, väčšiu tvorivú hodnotu, dôveru vo vlastnú intuíciu,
- spontánnejšie reakcie a city, expresívnejšie nápady, väčšiu citovú zainteresovanosť, viac spätých informácií v smere hore i dole, vzájomné pôsobenie myšlienok, objavovanie nápadov,

- vzájomnú inšpiráciu, trvalejšiu tvorivú aktivitu, väčšiu rozmanitosť a nonkonformizmus,
- experimentovanie v práci, otvorenosť v konfliktoch a nezhodách, prevaha rozmanitosti správania a tvorivosť nad rutinou.

Podmienky pre tvorivosť

Predpokladom, aby na pracovisku boli tvorivé osobnosti je, aby existovala tvorivá klíma, podmienky pre tvorivú prácu a odbúrali sa všetky bariéry. Ako základné podmienky atmosféry na pracovisku napomáhajúcej k tvorivosti M. Zelina (1990) uvádza:

1. Oceňuje sa myslenie, tvorenie, hľadanie, experimentovanie.
2. Umožňuje sa voľnosť myslenia, sústredenie sa na zlepšenie.
3. Podporuje sa sebavedomie a sebahodnotenie členov.
4. Stimuluje sa originalita, nové myšlienky, prístupy.
5. Podporuje a vyžaduje sa spontánnosť, aktivita a iniciatíva.
6. Zdôrazňuje sa srdečnosť k iným, spolupráca a kritika.
7. Vyžaduje sa účasť všetkých členov skupiny na rozhodovaniach a tvorbe budúcnosti.
8. Podporuje sa orientácia na prácu, optimizmus a viera vo vlastné sily.

Poznanie týchto podmienok a ich porovnanie s reálnymi podmienkami, v ktorých manažéri žijú umožňuje odstrániť všetky prekážky, ktoré spôsobujú, že tvorivý potenciál jednotlivcov či skupiny sa nemôže v plnej miere prejavíť a uplatniť. Tak vznikajú bariéry, ktoré ničia kreativitu u zamestnancov ale aj manažérov.

Medzi najčastejšie bariéry tvorivosti patrí vzbudzovanie strachu, nedôvera, obmedzovanie komunikačných možností, vnucovanie cieľov a prísna kontrola činnosti. Takéto prostredie v zamestnancoch vyvoláva:

- strach pred kritikou, cenzurovanie návrhov druhých, stratu aktivity,
- podporu iba určitých myšlienok, snahu byť stále rozvážny,
- apatiu, stereotyp, rutinu a vzdor,
- obmedzené rozpätie správania i myslenia, závislosť, prevaha konformizmu nad tvorivosťou.

Hlavnou úlohou manažéra je teda poznať a pomenovať bloky kreativity, identifikovať ich príčiny. Druhou veľmi dôležitou úlohou je tieto bloky účinne a proaktívne odstrániť. A treťou úlohou je zamedziť opätovnému výskytu týchto blokov, či už pasívnou (eliminovať problém v budúcnosti) alebo aktívnou (rozvoj osobnosti, zvyšovanie svojho osobného kreatívneho potenciálu a tiež svojich zamestnancov) P. Žák, 2004.

Rozvíjanie tvorivosti na pracovisku

Každý človek je kreatívny. Často však je treba odvahy a určitý prehľad ako kreativitu rozvíjať. To je možné sa naučiť. Byť kreatívny znamená vidieť možnosti dneška i zajtrajška. Vyžaduje si to byť otvorený všetkému novému, neupíňať sa na to, na čo sme zvyknutý a nepozerať na včerajšok. Kreativitu je možné rozvíjať, rovnako ako odvahy k nej a schopnosť využiť každú príležitosť k je rastu.

Práve v zdravotníctve sa neustále vyskytujú rutinné problémy, ktoré sa často opakujú, manažéri a personál v zariadeniach už stráca chuť riešiť ich. Alebo sa vracajú k stále sa opakujúcim možnostiam ich riešenia a zabúda sa na hľadanie nového prístupu. Ponúkame nápady na podporu kreativity na pracovisku a rozvoj kreatívneho myslenia nielen u manažéra ale aj pre zamestnancov:

Prvá oblasť, kde sa dá využiť netradičný prístup, pohľad na vec z druhej strany a zapojenie tvorivosti do pracovnej oblasti je **Tvorivé riešenie problémov**.

Brainstorming na každom rohu

Brainstorming je metóda, ktorá je známa a veľakrát využívaná. Ide o metódu skupinovej práce, ktorá má formou neobmedzenej diskusie, s ideami plnými fantázie, vyústiť v kreatívne myslenie. Pomocou nej je možné získať v krátkom čase mnoho nápadov. Využíva predovšetkým princíp asociácie a odloženého hodnotenia. Aktivita jednotlivcov a spoločná práca v skupine podporuje fantáziu a bohatosť nápadov.

Manažér uvedie problém, zadá úlohu alebo položí otázku a k tomuto zadaniu sa majú v skupine zbierať nápady. Pritom je dôležité dodržiavať nasledujúce pravidlá:

- § každý nápad je prístupný,
- § je zakázaná akákoľvek verbálna alebo mimická kritika,
- § nápady majú byť verbalizované čo najspontánnejšie, rýchle za sebou,

§ všetky výroky sa zapisujú alebo zaznamenávajú iným spôsobom /napríklad zvukový či obrazový záznam/

§ hodnotenie nápadov je až po vyčerpaní všetkých nápadov a nových myšlienok
Manažéri môžu túto metódu zužitkovať skoro všade. Najčastejším využitím je na poradách, kde je treba čo najviac nápadov alebo vyriešiť aj keď stále sa opakujúci problém. Okrem klasického brainstormingu existujú ďalšie varianty:

Negatívny brainstorming

Rozvíja vnímavosť voči problémom. Hľadajú sa negatívne súvislosti v probléme. Pýtame sa: „Čo sa stane, keď problém nebudeme riešiť“, „Čomu sa musíme pri riešení vyhnúť?“. Iná technika negatívneho brainstormingu je obrátenie riešenia naopak. Práve pre hľadanie reklamného sloganu alebo motta je táto technika ideálna. Už existujúce nápady a myšlienky sa prevrátia. Napríklad Vynakladáme viac úsilia môžeme zmeniť na Vynakladáme menej námahy.

Imaginatívny brainstorming

Nápady skupina kreslí, alebo požíva zväčšené obrázky, fotografie, ktoré problém maximálne zobrazuje. Obrázky a fotografie sa dokresľujú, prípadne sa dorábajú a dotvárajú pomocou rôzneho materiálu (farebný papier, špagát, plastové fľaše, slamky, špagle atď.)

Rolestorming

Jednoduchý variant brainstormingu, kde sa účastníci môžu zbaviť pocitu ohrozenia vlastnej identity tým, že vystupujú za niekoho iného. Napríklad: „Pacient by riešil tento problém takto...“ alebo „Zdravotná sestra by postupovala takto...“

Paradoxný brainstorming

Niekedy je užitočnejšie hľadať nápady k tomu, aby úloha stroskotala alebo až také, aby sa problém nevyriešil. Paradoxný brainstorming nie je iba zábava. Veľmi silne rozvíja originalitu a dáva nahliadnúť do netušených súvislostí.

Brainwriting

Je technika podobná brainstormingu. Základným princípom je, že všetky nápady sú zaznamenané tvorcom. Výhodou je, že ľudia nemajú strach vyjadriť svoj názor a nápad, pretože ide o anonymný zoznam nápadov.

6-3-5

Technika, ktorej základom je, že 6 osôb napíše 3 nápady behom 5 minút. Každý má svoj vlastný papier, kde zaznamenáva svoje nápady k navodenej problematike maximálne 10 vetami. Po uplynutí 5 minút predáva svoj papier partnerovi po pravici. Ten pripíše ďalšie tri nápady. Tento proces sa opakuje dovtedy, kým sa nevystriedajú všetci. Na konci je k dispozícii 108 nápadov na šiestich papieroch počas celkovej doby 30 minút. Vzniknuté nápady sú následne hodnotené v skupinovej diskusii.

Nasledujúce návrhy podporujú jednotlivé vlastnosti, ktoré sú súčasťou kreativity. Pomocou nich je možné u zamestnancov exponovať originalitu, flexibilitu, zvedavosť, spontánnosť.

Tabule nápadov

Vedúci pracovníci môžu investovať do tabúl alebo nástieniek. Jednu je možné použiť ako priestor, kde má každý možnosť zverejniť svoje nápady a postrehy bez vyzvania. Manažér môže na ňu napísať tému alebo problém, kde bude miesto na jej doplnenie. Takúto nástienku je najlepšie umiestniť do menej formálneho prostredia ako napríklad kuchynka či chodba. Ľudia najviac nápadov tvoria mimo svojho pracoviska a pracovnej doby, lebo v tom čase majú často veľa iných problémov. Druhú je možné zužitkovať ako plochu na odkazy pre svojich kolegov, heslo dňa či výroky o zdraví, zdravotníctve. A tretia môže slúžiť ako kalendár, kde sa zaznamenávajú porady, spoločenské stretnutie, počasie alebo sviatok kolegov. Pri každej tabuli sa nechajú farebné fixky alebo lepiace papieri. Odkazy a poznámky, kresby, vtipy sa ukážu v priebehu niekoľkých dní, týždňov či po mesiaci. To však nevádi, na kreativitu je treba čas a chuť.

Ak by bola nástienka veľmi verejná, môže sa použiť schránka nápadov. Tá však nie je dostatočne efektívna, lebo tak sa nápady nerozvíjajú, autori sa nemôžu vzájomne inšpirovať.

Na tabulu nápadov nemusí manažér nutne písať problémy z pracovnej oblasti. Môže sa pomocou rôznych úloh alebo cvičení pokúsiť rozvíjať fantáziu a originalitu svojich podriadených. Na tabulu môže manažér nakresliť kruhy s rôznymi kresbami vo vnútri, sú to obyčajné veci z neobyčajného pohľadu. Úlohou je vymyslieť, čo ktorý obrázok znázorňuje. Príklady kruhov s obrázkami:

i è) ? μ ¥ 8 V > © Q Å ?

Například posledný obrázok môže niekomu pripomínať klobúk z vtáčej perspektívy inému oko. Zamestnanci si môžu rozvinúť fantáziu, pozrieť sa na kruh a nájsť neobvyklé veci a súvislosti. Manažér môže na nástienku napísať: „Čo by sa dalo urobiť s 50 plastovými fľašami“, či vyhlásiť súťaž o najbláznivejšie a najfantastickejšie nápady.

Zošity na nápady

Manažér môže venovať každému zamestnancovi poznámkový zošit s tým, aby do neho zapisoval svoje nápady a postrehy na rôzne témy, napr. Ako zlepšiť zdravotnícke zariadenie alebo jeho samostatnú prácu, Ako zmeniť pracovné prostredie či prostredie pre pacientov a návštevníkov. Na konci mesiaca ich môže vyzbierať a otvoriť o nápadoch diskusiu. Ak ľudia nemajú potrebu o svojich námetoch hovoriť so všetkými, diskutovať môžu samostatne. Ak manažér nájde za mesiac v blokoch iba jeden alebo dva nápady, nemusí strácať hlavu. Nápady môžu prísť kedykoľvek a zovšadiaľ.

Zvláštne oči a uši

Ak teda môžu prísť nápady zo všetkých oblastí podniku, je dobré spájať ľudí, ktorí viditeľne veľa spoločnej práce nemajú. Práve to môže pomôcť. Analytik na vývoj počítača môže veľmi rýchlo a originálne zareagovať na návrh reklamy pre určitý program. Skupinové sedenie ľudí z rôznych oblastí pomáha vytvoriť nové myšlienky, ktoré by nevznikli v hlavách jednotlivcov z rovnakého pracovného prostredia.

Lotéria nápadov

Účinne môže zapôsobiť lotéria nápadov raz za tri mesiace. Je to forma motivácie ku kreativite cez odmeny. Každý jednotlivec dostane za nápad lístok s číslom. Po troch mesiacoch sa vylosuje jeden z nápadov a zverejní sa na nástenke. Je predpoklad, že ľudia budú silne motivovaní k tvorbe nových nápadov.

Zmeňte zaužívané veci

Prekvapenie pre svojich kolegov, zamestnancov urobí manažér ak zmení niektoré pravidlá, ktoré boli zaužívané. Môže presunúť porady na iný deň ako bolo pravidelné, prípadne ich presunúť do kaviarne v blízkosti práce, začať ich rozprávaním o snoch. Niektorí ľudia zmeny nemajú radi, ale oni sú súčasťou kreatívneho prístupu k životu. Ak manažér ukáže, že zmeny sú dobré a je dovolené ich robiť, začnú byť otvorenejší a prístupnejší aj oni k nim.

Basketbalový kôš

A čo sa dá robiť, keď ľudia nevedia alebo nevládzu hľadať riešenia. Je možnosť roztrhať papier s nápadmi, každému zamestnancovi dať kúsok a hádzať s nimi do odpadkového koša ako do basketbalového koša. Alebo zo stolov urobiť priestor na pingpong. Prípadne ísť na kávu alebo na prechádzku do parku. Je zbytočné sedieť nad problémom, keď sa nehýbe a nevie sa s ním ísť ďalej. Odreagovaním skupiny a odsunutím riešenia problému sa čas nestráca. Naopak sa získava. Takáto prestávka stačí niekedy len jednu hodinu a po návrate k problému sa rieši sviežo a kreatívnejšie.

Existujú rôzne metódy na pomoc kreativite na pracovisku. Manažér si musí vybrať sám, lebo on svoj pracovný tím pozná najlepšie a vie, čo ľudí vie povzbudiť. Ak sa mu nebude dariť, nemal by sa vzdávať. Na tvorivosť treba vhodnú atmosféru, uvoľnenie a pohodu. Nemožno nikoho do ničoho nútiť. A ak k manažérovi prídu nápady a návrhy, je dôležité poďakovať. Písomne či ústne.

Pre proces výchovy k tvorivosti je podstatné oprieť sa o základné východiská. Ide o takzvané Desatoro tvorivosti, ktoré platia všeobecne pre všetkých ľudí (Zelina, 1995).

1. Každý človek je tvorivý a môže byť ešte tvorivejší.
2. Tvorivosť sa môže prejavovať v každej ľudskej činnosti.
3. Tvorivosť je taká psychická schopnosť človeka, ktorá sa dá rozvíjať, trénovať.
4. Tvorivosť je „ťažká práca“ v tom zmysle, že na to, aby sme zvyšovali svoju tvorivosť, potrebujeme veľa vedieť, poznať, hľadať a experimentovať.
5. Opakom tvorivosti je stereotyp, rutina, schematizmus, dogmatizmus, konformita, zlo, deštrukcia, pesimizmus.
6. Tvorivá osobnosť je systém regulujúci vzťahy človek – svet tak, že produktom je nový a hodnotný výtvor.
7. Najdôležitejším predmetom a cieľom tvorivosti je sám človek.
8. Tvorivosť je prevenciou a liekom proti civilizáčným chorobám človeka.
9. Tvorivosť je najvyššou ľudskou a spoločenskou hodnotou.
10. Tvorivosť je cesta k naplneniu zmyslu ľudského života.

Tvorivosť sa dá aplikovať aj do medziľudských vzťahov a pomocou nich podporovať, stimulovať tvorivosť členov skupín. Aby sa tak stalo, každý člen by mal v skupine vystupovať tak, že aktivizuje ostatných členov, a zároveň ich aj počúva. Má ich inšpirovať, pričom sa používa aj kritika, konštruktívna hádka, ale dodržiavajú sa zásady etiky a kultúry medziľudských vzťahov. To vedie k zodpovednosti každého člena za svoje správanie. Cieľom je vytvoriť vo vzťahoch niečo nové, užitočné. Znakom tvorivosti nielen v pracovnej skupine je to, že členovia sa podporujú, komunikujú, uznávajú. Po čase môže tvorivá skupina nadobudnúť kvality, ktoré sa

prejavujú predovšetkým v otvorenej komunikácii, kooperácii, empatii a akceptácii.

Pre manažéra je rozvíjať tvorivosť u zamestnancov veľmi ťažký proces. Mnohí podriadení môžu reagovať negatívne a vôbec sa do jednotlivých aktivít a podnetov nezapájať. Manažér sa nesmie vzdáť. Zaviesť nový prístup, zmeniť stereotypy a vyžadovať to od ostatných, je odvážna a dlhá cesta. Pomôcť môžu nasledujúce rady:

- Skontaktujte sa – poznajte svojich zamestnancov, zaujímajte sa o to, čo robia cez víkend, čo majú radi, čo ich trápi, čo im prekáža v pracovnom prostredí, zaujímajte sa o nich.
- Zobuďte fantáziu – presvedčajte ich, že predstavovanie a fantazírovanie nie je zlé, ale že podporuje ich prácu a narušuje stereotyp.
- Riešte problémy – dajte im problém, nech sa trápia, hlavne netradične, bez logickej schémy. Je dobré, aby pracovali všetci a najlepšie spolu.
- Uvoľnite sa – rýchla obnova vyčerpaných duševných síl, regenerácia prostredníctvom relaxácie alebo fyzickej aktivity má veľký význam v rozvoji tvorivosti.
- Tvorte niečo nové – v každej oblasti dajte príležitosť, aby produkovali vlastné myšlienky, nápady, príbehy.
- Búrajte bariéry – podporujte každý nápad a snažte sa, aby produkovali čo najviac nápadov, presvedčajte ich, že vymýšľanie nie je zlé ale naopak fantastické
- Budujte dôveru a zodpovednosť – keď si budú veriť, budú schopní zodpovednosti a budú vedieť, že môžu veriť vám, nebude im robiť problém uskutočniť alebo navrhnúť niečo netradičné, nekonvenčné.
- Tvorte tím – snažte sa pomôcť skupine spoznať sa, vybudujte medzi nimi otvorené vzťahy, kde má každý možnosť prejaviť sa, povedať svoj názor či kritizovať.
- Žiadajte spätnú väzbu – pýtajte si hodnotenie situácií vecí, reakcie. Nech sa učia vyjadrovať svoju mienku, postoje, cítenie. Trénujte rozhodovanie a kritiku.
- Podporujte originalitu – vymýšľajte také hry, aktivity, kde sa môže prejaviť čo najväčšie množstvo nápadov
- Ukážte, že tvorivosť je základná hodnota – pomocou aktívnej činnosti skúste zamestnancom ukázať, že tvorivosť ich obohacuje a spôsobuje im radosť. Sprostredkujte im to, že tvorivosť sa naozaj objavuje vo všetkých oblastiach ich života, práci, v súkromí, obchode, spoločnosti. To im ukáže, že tvorivosť je základ života.

Ak nebude fungovať žiadna rada, manažér by sa nemal vzdávať, ale skúšať stále niečo nové. Nenechať sa odradiť. Ak manažér dokáže tvrdo pracovať, podarí sa mu vytvoriť podnetné prostredie, ktoré je uvoľnené a neformálne. V pozitívnej atmosfére pracovného prostredia existuje veľká pravdepodobnosť, že sa prelomia ľady. Manažérska aj práca zamestnancov dostane záblesk, inšpiráciu. Po zámernom bude pokračovať spontánne, po odvahe príde opatrnosť, po fantázií pristúpi overenie skutočnosti, po intuícii zas premýšľanie. Znamená to, že tvorivosť žije vždy. Aj keď sa vyskytne rutinne spracovávanie nových informácií. Tvorivosť je presne v tom, že sa dotýka nielen práce ale človeka samotného.

Literatúra:

- AMABILE, T., M., Jak (ne)zabít kreativitu. In: *Moderní řízení*. 1999, č.6, s.68-KIRST, W., DIEKMEYER, U. 1998, *Trénink tvořivosti*. Praha : Portál, 1998, ISBN 80-7178-227-0.
- PETROVÁ, A. 1999, *Tvořivost v teorii a praxi*. Praha : Vodnář, 1999. ISBN 80-86226-05-0.
- RAMSEY, R., D., Kreativita – manažerska dovednost na přežití. In: *Moderní řízení*, 2001, č. 12, s. 54-55.
- ZELINA, M., ZELINOVÁ, M. 1990, *Rozvoj tvorivosti dětí a mládeže*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00442-8
- ZELINA, M. 1995, *Výchova tvorivej osobnosti*. Bratislava : UK, 1995.
- ZELINA, M. 1996, *Stratégie a metody rozvoja osobnosti dieťaťa*. 2.vyd., Bratislava : Iris, 1996,
- ZELINA, M. 1997, *Ako sa stať tvorivým*. Šamorín : Fontana, 1997.
- ŽÁK, P. 2004, *Kreativita a její rozvoj*. Brno : Computer Pres, 2004, ISBN 80-251-0457-5.

Adresa autora:

Mgr. Alexandra Fülöpová
Katedra riadenia, Fakulta verejného zdravotníctva,

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave,
vedúci katedry PhDr. Andrej Kováč, PhD.