

#33 (2) / 2019

CZASOPISMO INDEKSOWANE
NA LIŚCIE CZASOPISM
PUNKTOWANYCH MNiSW
(7 PKT., CZĘŚĆ B, NR 992)

CZASOPISMO NAUKOWE
HUMANUM POWSTAŁO
W 2008 ROKU

CZŁONKAMI REDAKCJI
I RADY NAUKOWEJ SĄ
UZNANI BADACZE Z POLSKI
I ZAGRANICY

HUMANUM

ISSN: 1898 8431



HUMANUM



Institut Studiów Międzynarodowych
i Edukacji w Warszawie

33 (2) / 2019

INDEX  COPERNICUS
INTERNATIONAL

CZASOPISMO INDEKSOWANE
NA LIŚCIE CZASOPISM
PUNKTOWANYCH MNiSW
(7 PKT., CZĘŚĆ B, NR 992)

CZASOPISMO NAUKOWE
HUMANUM POWSTAŁO
W 2008 ROKU

CZŁONKAMI REDAKCJI
I RADY NAUKOWEJ SĄ
UZNANI BADACZE Z POLSKI
I ZAGRANICY

HUMANUM

MIEDZYNARODOWE STUDIA SPOŁECZNO-HUMANISTYCZNE
INTERNATIONAL SOCIAL AND HUMANITIES STUDIES

INSTYTUT STUDIÓW MIĘDZYNARODOWYCH I EDUKACJI HUMANUM

KOLEGIUM REDAKCYJNE | Editorial boards:

Redaktor Naczelny / Chief Editor
prof. dr hab. Paweł Czarnecki

Sekretarz redakcji / Assistant editor:
mgr Aleksandra Nowosad

REDAKTORZY TEMATYCZNI | Section Editors:

ks. prof. dr hab. Tadeusz Bąk
prof. dr hab. Wojciech Słomski
prof. dr hab. Stanislav Szabo

REDAKTORZY JĘZYKOWI | Language Editors:

Język polski: mgr Tomasz Sańpruch
Język słowacki: Mgr. Andrea Gieciová-Čusová
Język czeski: PhDr. Mariola Krakowczykóvá, Ph.D.
Język rosyjski: Andrey Stenykhin MA

REDAKTOR STATYSTYCZNY | Statistical Editor:

mgr Marcin Moniuszko

REDAKTOR TECHNICZNY | Technical Editor:

mgr Michał Głaczyński

OPRACOWANIE GRAFICZNE, SKŁAD I ŁAMANIE |

Graphic design: mgr Rita Schultz

RADA NAUKOWA | Scientific Council:

Przewodniczący / Chairman: J. E. Bp Prof. ThDr.
PhDr. Stanislav Stolarik, PhD. (Słowacja)

CZŁONKOWIE | Members:

Dr h.c. prof. Ing. Jozef Živčák, PhD. (Słowacja),
Dr h.c. Prof. Daniel J. West Jr. PhD. FACHE, FACMPE
(USA), prof. PhDr. Anna Žilová, PhD. (Słowacja),
Prof. Devin Fore, PhD. (USA), Prof. zw. dr hab.
Wojciech Słomski, Prof. MUDr. Vladimír Krčmery
DrSc. Dr h.c. Mult. (Słowacja), Prof. Ing. Alexander
Belohlavek, PhD. (USA), prof. h.c. doc. MUDr. Maria
Mojžešová, PhD. (Słowacja), Prof. dr hab. Ewgenii
Bobosow (Białoruś), Prof. PhDr. Vasil Gluchman,
CSc. (Słowacja), ks. Prof. PhDr. Pavol Dancak, PhD.
(Słowacja), Doc. PhDr. Nadežda Krajčová, PhD.
(Słowacja), JUDr. Maria Bujňáková, CSc. (Słowacja),
Prof. dr hab. Nella Nyczkało (Ukraina), Prof. dr hab.
Jurij Kariagin (Ukraina), PhDr., Marta Gluchmanova

Lista recenzentów | List of reviewers:

znajduje się na stronie www.humanum.org.pl
oraz na końcu ostatniego numeru
w danym roczniku | list of reviewers available at
www.humanum.org.pl and in the last issue of volume

Adres redakcji i wydawcy | Publisher: Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum,

ul. Złota 61, lok. 101, 00-819 Warszawa www.humanum.org.pl / Printed in Poland

Co-editor – International School of Management in Prešov (Slovakia)

© Copyright by The authors of individual text

ŻADEN FRAGMENT TEJ PUBLIKACJI NIE MOŻE BYĆ REPRODUKOWANY, UMIESZCZANY W SYSTEMACH PRZECHOWYWANIA INFORMACJI LUB PRZEKAZYWANY
W JAKIEJKOLWIEK FORMIE – ELEKTRONICZNEJ, MECHANICZNEJ, FOTOKOPII CZY INNYCH REPRODUKCJI – BEZ ZGODNY POSIADACZA PRAW AUTORSKICH
WERSJA WYDANIA PAPIEROWEGO HUMANUM MIĘDZYNARODOWE STUDIA SPOŁECZNO-HUMANISTYCZNE JEST WERSJĄ GŁÓWNA

ISSN 1898-8431

Czasopismo punktowane Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Polsce. Lista B, 7 pkt, poz. 992
The magazine scored by Ministry of Science and Higher Education in Poland. List B, 7 points, pos. 992

33 (2) / 2019



Spis treści

RAMIRO DÉLIO BORGES DE MENESES, PAWEŁ CZARNECKI: A moral e as morais em R. Carnap: pelo caminho da lógica simbólica lógica / <i>The moral and morality according to R. Carnap: by the symbolic logics</i>	3
RAMIRO DÉLIO BORGES DE MENESES, PAWEŁ CZARNECKI: Extensão e infinito em Hilbert: pela filosofia da matemática / <i>According to Mathematics's Philosophy: the extension and infinite</i>	19
PAWEŁ CZARNECKI: Profilaktyka i działania profilaktyczne w teorii pracy socjalnej / <i>Prevention and prevention's activities in the theory of social work</i>	31
IVICA GULÁŠOVÁ, JOZEF BABEČKA, LADA CETLOVÁ, PAWEŁ CZARNECKI: Zásady výživy u pacientů s epilepsií / <i>Dietary principles in patients with epilepsy</i>	49
IVICA GULÁŠOVÁ, JOZEF BABEČKA, LADA CETLOVÁ, PAWEŁ CZARNECKI: Zdravotní rizika u obyvatelstva v České republice / <i>Health Risks of Population in the Czech Republic</i>	57
IVICA GULÁŠOVÁ, JOZEF BABEČKA, VLASTA DVOŘÁKOVÁ, PAWEŁ CZARNECKI: Odpovědnost versus právo v ošetrovatelské praxi / <i>Responsibility versus Right in Nursing Practice</i>	65

Spis treści – cd.

IVICA GULÁŠOVÁ, LENKA GÖRNEROVÁ, JOZEF BABEČKA, PAWEŁ CZARNECKI: Zásady realimentace pacientů po operaci / <i>Principles of patient realimentation after surgery</i>	73
IVICA GULÁŠOVÁ, LENKA GÖRNEROVÁ, JOZEF BABEČKA: Zásady výživy u pacientů s chronickou renální insuficiencí / <i>Dietary principles in patients with chronic renal insufficiency</i>	83
DENISA ŠUKOLOVÁ, HANA KOCUROVÁ, LENKA ROVŇANOVÁ: Leadership in education – current international research	91



Ramiro Délio Borges de Meneses

Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Paredes, PORTUGAL

Paweł Czarnecki

Faculty of Aeronautics, Technical University of Košice, Slovakia

A moral e as morais em R. Carnap: pelo caminho da lógica simbólica lógica / *The moral and morality according to R. Carnap: by the symbolic logics*

Summary

On this article, I explain the critical position to ethic in relation to logic analysis foundation from the “Viena Circle”. However, there are conditions to carry out the application from the verifiability principle of language philosophy, by the thinking of R. Carnap, and the deontic logic plays a very important role to the bioethical foundations.

Keywords: Propositional Ethic, verifiability, R. Carnap, logical semantic, deontic logic, bioethical foundations.

INTRODUÇÃO

Com co-fundador do Circulo de Viena defendera Carnap, que uma proposição não analítica só tem *sinn* (sentido) se for verificável e o *meaning* (significado) será o processo de verificação. Mas, mais tarde substituiu a verificabilidade pela conformabilidade. A epistemologia contém tantos problemas lógicos, quantos psicológicos. Estas últimas questões referem-se ao processo do conhecimento, à sua materialidade e aos acontecimentos mentais, mediante os quais chegamos ao conhecimento de algo, segundo Carnap. As questões epistemológicas, deste género, seguramente poderão expressar-se *formaliter*, porque, pela análise epistemológica, o problema da verificação de um enunciado terá que referir-se às proposições de observação, que são deduzíveis da proposição. Logo, a epistemologia, depois da eliminação dos elementos psicológicos e metafísicos, será uma parte da “sintaxe”,

segundo a perspectiva formal de Carnap. Pretendemos afirmar, neste texto, que a ética e a bioética não são uma reflexão sintáctica, mas antes procuram um fundamento semântico. Assim, pretendem-se traduzir os problemas das éticas, no modo material de falar, comumente usados, em modos deónticos. Esta possibilidade de os traduzir mostra que possuem, segundo a lógica simbólica, uma semântica formal.

ANÁLISE EPISTEMOLÓGICA: PELO VALOR LÓGICO

A epistemologia deve significar como se poderá “verificar” uma parte do conhecimento, isto é, como se poderá justificar um conhecimento autêntico. Segundo o neopositivismo lógico, verifica-se o conteúdo de certo conhecimento, relacionando-o com os conteúdos de outros conhecimentos, que se supõem válidos. Na verdade, um conteúdo será reduzido a outro ou será epistemologicamente analisado.¹ Naturalmente, a lógica ensina a derivação da validade de algumas proposições (*Setzungen*) e da validade pressuposta de outras proposições. De facto, a diferença é que a derivação lógica tem elementos através da reorganização dos conceitos, dado que, na proposição derivada, não pode surgir qualquer conceito novo. É característico de uma derivação epistemológica que o conhecimento a ser analisado, isto é, que a sentença deve justificar-se e contenha um conceito que não se mostra nas premissas. Segundo Carnap, para determinar o significado dos conteúdos dos conhecimentos, a epistemologia deve investigar os objectos da ciência em suas várias subdivisões (ciências naturais e culturais). Devem ser averiguados os outros conceitos a que se pode reduzir o conhecimento do objecto dado. Logo, empreende-se uma análise dos objectos, onde se reduzem os objectos superiores aos inferiores. Assim serão chamados objectos, epistemologicamente fundamentais, aqueles que não podem ser reduzidos. Poderemos formular o propósito da análise epistemológica sem ter que usar expressões da filosofia tradicional. Devemos retroceder até ao conceito de “implicação” segundo a lógica proposicional.² A ciência esteve, durante tempos, na posse de um grande número de resultados da análise epistemológica. Ela tem respostas sem estar na posse das questões, isto é, sem ter a capacidade de indicar o sentido preciso dessas respostas. As conhecidas radicam na cognição dos processos de consciência de outra pessoa, que se baseia na percepção dos movimentos das sentenças linguísticas.

De facto, segundo Carnap, acontece que as análises deste tipo constituem parte fundamental do procedimento psicológico. Será somente através deste procedimento de formação conceitual que a psicologia determina os seus objectos. No entanto, veremos que este procedimento nada mais é do que a análise epistemológica, que determinará um estatuto para as ciências empíricas e não empíricas, como será o caso da Ética ou da Bioética. A análise epistemológica é uma reflexão de conteúdos das experiências, mais precisamente aparece como análise teórica. O estatuto epistemológico das éticas não se preocupa somente com o conteúdo teórico da experiência. Será, pois, uma análise semântica das condutas humanas.³ Poderemos fazer uma avaliação epistémica de qualquer experiência que estiver enunciada e até que medida esta experiência se acrescentou ao conhecimento teórico. Também

1 Cf. R. CARNAP, *Scheinprobleme in der Philosophie*, Hamburg, Felix Meiner, 1961, 6–7.

2 Cf. *Ibidem*, 8–9.

3 Cf. *Ibidem*, 9.

poderemos dispensar a avaliação epistémica desse constituinte sem, deste modo, diminuir a extensão do nosso conhecimento.

Pelo pensamento de Carnap, para se encontrar o critério para a análise epistemológica, aquilo que temos a fazer será deixar claro porque decidimos que a relação epistemológica, entre o núcleo e a parte secundária da experiência S , será obtida entre a e b , mas não entre b e a , porque esta relação não vale, de modo algum, entre os constituintes da experiência S . O critério, para a relação epistemológica, criando um estatuto para o conhecimento empírico e para a reflexão ética (filosofia dos valores), entre a parte secundária e o núcleo de uma experiência, reside na possibilidade de justificação de um conhecimento contra o qual se formulou uma dúvida metodológica, através de outra forma de conhecimento, cuja validade se admitiu.⁴ Por um lado, pressupomos que esse procedimento é epistemologicamente inquestionável, por outro, a epistemologia constituirá um sistema a partir do qual se inspeccionam criticamente as condutas individuais.⁵ Ao retroceder até ao método de uma ciência especial, para decidir acerca de uma dada questão epistemológica, não introduzimos essa ciência como pressuposto para um sistema válido do conhecimento.

Para Carnap, ainda não estamos preocupados com a questão de saber se os conhecimentos da ciência especial devem ou não ser considerados correctos, mas antes com a questão de saber se vale ou não a relação de dependência epistemológica entre os objectos do campo científico. Aceita-se, em Carnap, cada vez mais amplamente o facto de que o autopsicológico e o heteropsicológico possuem um carácter epistemológico inteiramente diferente. Actualmente, poderemos negar esse facto somente se estamos ligados a certas convicções metafísicas. A diferença epistemológica, entre o heteropsicológico e o autopsicológico, tornar-se-á evidente através da investigação da relação epistemológica entre o psicológico e o físico.⁶

A análise lógica das experiências, nas quais se reconhecem as ocorrências heteropsicológicas, mostrou que, em todos os casos possíveis (E_1 , E_2 , E_3), o constituinte a (a percepção do físico) é epistemologicamente suficiente, enquanto que o constituinte b (a ideia da ocorrência heteropsicológica reconhecida) é dispensável relativamente à primeira. Pela análise epistemológica, Carnap chegou à conclusão que, em cada caso, o constituinte a é o núcleo epistemológico, enquanto b é a parte secundária. Poderá demonstrar-se que b é dado epistemológica, assim como logicamente, depende de a .

Para estabelecer isto, formulámos previamente dois critérios diferentes: a justificação de b com base em a e a possibilidade de a suposição do erro na de b , quando a será dado. Estes critérios aplicam-se ao reconhecimento das ocorrências heteropsicológicas.⁷ O reconhecimento das ocorrências heteropsicológicas, segundo as perspectivas do Circulo de Viena, retrocede até ao reconhecimento de um evento físico. Expressamos, assim, que os objectos heteropsicológicos são epistemologicamente secundários em ordem aos objectos físicos. Seria até mesmo mais fácil demonstrar

4 Cf. R. CARNAP, *Meaning and Necessity, a study in Semantics and Modal Logic*, London, The University of Chicago Press, 1956, 205.

5 Cf. *Ibidem*, *Scheinprobleme in der Philosophie*, 10–11.

6 Cf. *Ibidem*, 12.

7 Cf. *Ibidem*, 13–14.

isto, já que dificilmente existem prejuízos emocionais, que obscureciam este facto. Teríamos que mostrar que o reconhecimento dos eventos culturais, como de uma religião ou conduta moral, se baseiam no reconhecimento dos processos psicológicos dos portadores daquele processo cultural e no reconhecimento de suas documentações físicas.⁸ A Ética, segundo Carnap, vive da não-factualidade, tendo os seus enunciados outro sentido e não serão usados como critério para a significabilidade dos enunciados.

O significado de um enunciado reside no facto de que ele expressa um estado das coisas. Se um enunciado ostensivo não expressa um estado das coisas, então não tem qualquer significado, dado que só aparentemente é um enunciado.

Se o enunciado expressa um estado das coisas, então é significativo para todos os eventos e será verdadeiro se esse estado de coisas existe ou falso se ele não existe. Poderemos saber se um enunciado é significativo, mesmo antes de saber se ele é verdadeiro ou falso. Carnap é claro ao afirmar, e com aplicabilidade nas éticas, se um enunciado se fundamenta através das experiências passadas, e não mais pode ser testado, então temos a mesma confiança nele, como temos num enunciado testável. A Ética satisfaz-nos com enunciados desse tipo, uma vez que em física e química o enunciado é testável.⁹

Estas reflexões conduzem, segundo Carnap, ao enunciado do “princípio da verificabilidade”, que se poderá referir como o conteúdo das experiências se se liga pelo menos indirectamente com a experiência, de tal modo que se pode indicar qual é a experiência possível, que o confirmaria ou refutaria. As experiências fundamentá-lo-iam ou ele é testável ou ainda tem pelo menos conteúdo factual, mas não estão nem fundamentadas nem testáveis.¹⁰ Os valores éticos entram em jogo, mas não há qualquer conexão com a verdade e a falsidade. Finalmente, deverá dizer-se dizer que, para o neopositivismo, somente os enunciados, que possuem conteúdo factual, são teoricamente significativos e poderão enunciar-se pelo princípio da verificabilidade. Os enunciados ostensivos, que não podem, em princípio, estar fundamentados pela experiência, são carentes de significado.

Schlick, co-fundador do Circulo de Viena, não idealiza que a possibilidade de verificação não repousa em qualquer verdade da experiência, em alguma lei da natureza ou em qualquer outra proposição verdadeira, de ordem geral, uma vez que é determinada, segundo as nossas definições, pelas normas, que foram fixadas, para a nossa língua ou que podemos estabelecer arbitrariamente a qualquer momento. Todas essas normas apontam para definições indicativas e, através delas, a verificabilidade está vinculada à experiência.¹¹

8 Cf. R. CARNAP, *La costruzione logica del mondo*, tradução do alemão, Milano, Fratelli Fabri, 1966, 113–117.

9 Cf. *Ibidem*, 114–115.

10 Cf. R. CARNAP, “Experience and Meaning”, in: *Philosophical Review*, 43, 1934, 137–138.

11 Cf. M. SCHLICK, “A Causalidade e as causalidades em M. Schlick”, in: *Eikasia*, 18, 2008, 1–25.

ÉTICA SEMÂNTICA SEGUNDO CARNAP: VALOR ANALÍTICO

Para Carnap, este saber é a filosofia dos valores (axiologia) como ramo mais relevante da filosofia moral. A palavra “ética” usa-se em dois sentidos diferentes. Às vezes a “ética” refere-se a certas investigações empíricas, por exemplo, as psicológicas e sociológicas, sobre acções dos seres humanos, atendendo à origem destas acções a partir dos sentimentos e das volições e seus efeitos.¹² Pelo pensamento de R. Carnap, a Ética é uma investigação empírica. Pertence a uma ciência empírica mais do que à filosofia. Mas, num segundo momento, a Ética é fundamentalmente diferente por ser filosofia dos valores ou da normatividade moral. Poderemos, segundo Carnap, denominá-la como Ética normativa. Esta não se refere a uma investigação pretendida sobre o que é o bem ou sobre o que é o mal, sobre o que é correcto fazer ou o que é incorrecto.¹³ Desta feita, o propósito desta Ética normativa radica no estabelecimento de regras para o agir humano ou apresenta-se como conjunto de juízos sobre valores morais.¹⁴ Assim, o termo e conceito de Ética têm, para Carnap, dois sentidos (*sinn*), um gramatical e lógico e outro axiológico. Em Carnap, há uma diferença de formulação se estabelecermos uma norma ou um juízo valorativo. Logo, uma norma implica uma forma imperativa (não matarás). O juízo axiológico correspondente será: matar é um mal.¹⁵ Esta diferença de formulação, na prática, chegou a ser muito importante ao longo do pensamento filosófico, desde a ética teleológica de Aristóteles até ao deontologismo kantiano, passando pela aretologia medieval, influenciada pela Teologia. Mas, num enunciado valorativo, matar é um mal, mesmo que a regra seja uma expressão de determinado desejo, tem a forma gramatical de uma declaração, orientando-nos para uma Ética proposicional, onde surge uma semântica moral constituída, também, como Ética declarativa, que terá a sua crítica na Escola de Frankfurt, como uma Ética narrativa. Na perspectiva de Carnap, esta forma conduziu muitos filósofos a pensar que um enunciado valorativo é afirmativo e deve ser verdadeiro ou falso. A isto chamar-se-ia uma ética tautológica por influência da teoria semântica do cálculo lógico das proposições da Lógica Matemática. Mas, na realidade, um juízo axiológico não é senão uma ordem com uma forma gramatical. Poderão ter efeitos sobre as acções dos homens e estes poderão estar em concordância com os nossos desejos ou não.¹⁶ Isto mostra-se com significado, quando aplicamos, a tais enunciados, o método da análise lógica. Segundo Carnap, do enunciado “matar é um mal” não poderemos deduzir nenhum juízo para futuras experiências. Logo, este enunciado não é verificável e não tem um sentido teórico e, isto mesmo, será somente verdadeiro para todas as sentenças axiológicas. A primeira é deduzível de enunciados psicológicos, relativos ao carácter ou às reacções emotivas das pessoas. Estas sentenças são verificáveis e não existem sem o *meaning*.¹⁷ Segundo Carnap, a primeira deduz-se como enunciado psicológico, relativo ao carácter ou às reacções emotivas, pertencendo à Psicologia e não à Filosofia, mas antes à Ética. Apesar das sentenças da ética normativa terem formas de regras ou de enunciados axiológicos,

12 Cf. R. CARNAP, *Filosofia y Sintaxis Lógica*, trad. do inglês, México, Centro de Estudios Filosóficos, 1963, 14.

13 Cf. *Ibidem*, 15; *Idem*, *Logical Foundations of Probability*, Chicago, The University of Chicago Press, 1951, 9–10.

14 Cf. *Idem*, *Pseudoproblemi nella Filosofia*, tradução do alemão, Milano, Fabbri 1966, 1–6.

15 Cf. R. D. BORGES DE MENESES – “O Mal em Kant e Ricoeur: pelo itinerário da negligência”, in: *Acção Médica*, 68, 2004, 245–255.

16 Cf. R. CARNAP, *Filosofia y Sintaxis Lógica*, 15.

17 Cf. *Idem*, *Meaning and Necessity, a study in Semantics and Modal Logic*, 23–25.

carecem de sentido teórico e não se apresentam como enunciados científicos.¹⁸ No sentido de se evitarem equívocos, deveremos dizer que, de nenhum modo, negamos a possibilidade e a importância de uma investigação científica sobre os enunciados, bem como os actos da valorização. Ambos constituem acções de indivíduos e formam, como todas as espécies de actos, possíveis objectos da investigação empírica.

Para Carnap, estes enunciados históricos e sociológicos imprimem actos axiológicos, que se apresentam como proposições científicas, pertencentes à Ética, no primeiro sentido dado a este conceito.¹⁹ De acordo com alguns pensadores, as proposições axiológico-éticas significam-se como enunciados em relação às consequências dos actos considerados. Logo, denominar bom ou mau, a um género de conduta, significa dizer que é adequado ou inadequado para determinado propósito. Na verdade, pelo pensamento do filósofo do Circulo de Viena, referir que “matar é mau” poderá traduzir-se em que matar não é um procedimento adequado na vida de uma comunidade harmoniosa. Logo, sobre as bases de alguma interpretação desta espécie, como função instrumental de interesses humanos ou de questões analógicas, uma proposição de valor tem um conteúdo cognoscitivo.²⁰

Mas, na linha do neopositivismo lógico, representado pelo pensamento de Carnap, supomos que um filósofo recusa dar às proposições axiológicas qualquer hermenêutica, que as torne analíticas e sujeitas à comprovação por meio da evidência empírica. Mas, um determinado acto é bom, não porque possa ter alguma consequência, mas em virtude da sua natureza intrínseca. Segundo o pensamento do filósofo e lógico do Circulo de Viena, as proposições de valor podem denominar-se absolutas diferentemente de outras mencionadas, perante aquelas que são relativas em determinados propósitos.²¹ Com muita frequência usa-se a palavra “significado”, no domínio da Ética proposicional, *in lato sensu*, querendo acentuar que o género do significado, que negamos ao enunciado de valor absoluto, será exclusivamente o *meaning* cognoscitivo. Seguramente que estes sentidos possuem significados expressivos, emotivos e volitivos. Tal facto reveste-se de grande interesse para a eficiência moral. A Ética, segundo Carnap, é proposicional e aqui são analisadas as sentenças empíricas, como investigações psicológicas e sociais, sobre as acções dos actos humanos, atendendo aos sentimentos lógicos.

Se a moral é o objecto da Ética, então esta converte-se em objecto da Metafísica. Logo, a meta-ética é reflexão crítica que analisa o discurso da ética nos pressupostos e nos limites. Aqui surge o fundamento metafísico da Ética, que não foi analisado por Carnap. Segundo este pensador do neopositivismo lógico, a grande tese desta Filosofia assevera que os enunciados metafísicos têm uma função expressiva e não uma função representativa. Os enunciados metafísicos não são nem verdadeiros nem falsos, porque nada afirmam e não contêm nem conhecimento, nem erro e permanecem à margem do conhecimento.²² Para Carnap, a única tarefa da Filosofia realiza-se pela análise lógica. Em todas as considerações feitas, incluindo as da moral, pratica-se uma

18 Cf. *Idem*, *Logical Foundations of Probability*, 15–16.

19 Cf. *Idem*, *Der logische Aufbau der Welt*, Hamburg, F. Meiner, 1961, 30–32.

20 Cf. *Idem*, *Scheinprobleme in der Philosophie*, 302–304.

21 Cf. *Idem*, *Der logische Aufbau der Welt*, 69–71.

22 Cf. R. CARNAP, *Filosofia y Sintaxis Lógica*, 19; *Idem*, *Logical Syntax of Language*, Chicago, The University of Chicago Press, 1950, 10–25.

análise lógica. Assim, a Ética percorre o caminho da semântica da conduta humana.²³ Não será possível elaborar uma sintaxe ética, dado que esta reflexão prática não é axiomatizável devido à liberdade, consciência e responsabilidade e demais variáveis éticas. Contudo, será relevante dizer que, com Carnap, a Ética revela-se como análise lógica das diversas condutas humanas. Assim, a Ética transforma-se numa forma de apresentar os enunciados morais como proposições sujeitas à semântica.

Segundo o pensamento de Ricoeur, criticamos a reflexão de Carnap ao dizer que se poderá relacionar a moral com aquilo que estimamos como bom. A Ética faz referência à orientação perante uma vida plenificada sob o signo das boas acções, resultando daqui o carácter de projecto. A moral apresenta-se como algo que se impõe como obrigatório. O domínio da moral caracteriza-se pelo aparecimento da norma. Ricoeur, na sua Ética, pretendeu justificar a necessidade de submeter a Ética à prova da norma. Assim, a Ética inclina-se para uma intenção, a moral, porém, desdobra essa intenção e dá-lhe a sua efectivação, traduzindo-a tendo em consideração as ameaças e os obstáculos, que, naturalmente, se opõem à sua realização. Segundo Ricoeur, a relação da norma com a intenção, da moral com a ética é não só de subordinação, mas também significará uma relação dialéctica, dado que a norma possui repercussões na intenção. Entretanto, Carnap irá subordinar a Ética à Análise Lógica da linguagem. A moral possui uma intenção semântica, que vem da linguagem analítica da Ética. Mas, Carnap não faz referência a esta posição, devido à crítica a Kant. A Ética salienta um conjunto de normas ou regras que se caracterizam pela vida da liberdade e pela universalidade da obrigação. No primeiro caso é subtraída a estima de si mesmo, no segundo surge o respeito. No primeiro, a distinção entre “ser” e “dever ser” fica mais definida; no segundo mais radicalizada.²⁴ Porém, Carnap apresenta a ética como lógica da moral no aspecto proposicional. A ética é uma análise lógica da moral para chegar a ser uma moral lógica de proposições. Com efeito, a lógica deontica estuda os modos referentes à noção de Obrigação. Os conceitos submetidos à sua análise são os normativos (éticos, jurídicos, etc). Na verdade, os funtores modais deonticos são os seguintes: obrigatório, permitido, proibido e indiferente. Tal como no caso dos funtores modais aléticos, basta um só como primitivo para a definição dos demais. Escolhendo o “obrigatório”, simbolizado por L, seguir-se-á um número abstracto de uma classe de acções.

Existem outros conceitos deonticos que se aplicam a pares de actos. Serão particularmente marcantes os da compatibilidade, incompatibilidade, verificabilidade e da implicação. Na verdade, as lógicas deonticas, fundamentais para fundamentar formalmente a Bioética, determinariam a sua globalização linguística, que serão de estrutura analítica à lógica modal alética. Seguindo as classes da Lógica Modal, que poderão seguir os esquemas de Von Wright, diremos, em ordem à fundamentação da Bioética, pela Lógica Formal Moderna, que se podem decifrar em diferentes modos: Modos Aléticos: necessário, possível, contingente e impossível. Estes são as formas clássicas modais e apresentam um interesse puramente formal. Os Modos Epistémicos (verificado, refutado, não-refutado, conformável, etc) referem-se à teoria da ciência, orientando-se para operações não-formadas, sendo empíricas, por meio das quais se estabelecem ou destróiem afirmações na ciência ou no conhecimento

23 Cf. *Idem, Introduction to Semantics*, Chicago, The University of Chicago Press, 1948, 25–36.

24 Cf. P. RICOEUR, *Soi-même comme un Autre*, Paris, Seuil, 1990, 199–227. ; G.H. Von WRIGHT, *An Essay in Modal Logic*, Amsterdam, 1951, 12–79.

comum. Finalmente, temos os Modos Deonticos (obrigatório, permitido, indiferente e proibido, etc) que são de especial interesse no estudo das linguagens normativas. Todos estes elementos modais, particularmente, os deonticos fundamentam linguisticamente a Ética e a Bioética, dando-lhe novo sentido lógico-simbólico. A posição de Carnap é diferente da apresentada por Habermas e Apel através de uma ética discursiva (comunicativa ou dialógica), que insiste na referência da norma consensualizada no diálogo racional. Assim são afectados por ela e por aqueles que de uma forma ou de outra, actualizam o contratualismo, desde o ponto de vista dos que propõem como decisivo o respeito pelo que se decidiria numa situação hipotética de contrato originário pela justiça (Rawls). Naturalmente que a perspectiva de Carnap vai na linha da filosofia analítica e não por anteriores orientações. Assim, será impossível em Carnap uma fundamentação ontológica da Ética. Aquilo que existe é uma linguagem lógica da ética como análise formal de normas ou de juízos axiológicos. A Ética em Carnap não é um complexo de enunciados metafísicos, como aqueles que pretendem descrever conhecimentos acerca de algo que se encontra, ora mais além de toda a experiência, ora sejam a verdadeira essência das coisas ou sobre as “coisas em si”. Na verdade, a Ética assentaria sobre enunciados não verificáveis.²⁵ Em função da negação da Metafísica, a Ética aparece como forma de “análise lógica”, caracterizada por meio de um discurso semântico, onde se assinala o valor de verdade ou de falsidade das proposições morais. A Ética servirá não pela gnoseologia da moral, mas, em Carnap, aparece como determinação tautológica da moral. Segundo Carnap, os metafísicos não podem evitar a clivagem dos enunciados não verificáveis, porque se os tornarem verificáveis, a decisão, acerca da verdade ou falsidade de suas doutrinas, dependerá da experiência e, por conseguinte, pertenceria ao campo da ciência empírica. A Ética não faz parte do âmbito das ciências empíricas, como bem salienta Carnap.²⁶ Carnap também entende a Ética como investigação científica ao fazer-se investigação proposicional, sobre sentimentos e volições, pelos seus efeitos sobre as gentes. Este é que será o verdadeiro sentido para Carnap, aparecendo como ciência pragmática.²⁷ Talvez fosse interessante, no aspecto crítico, segundo a perspectiva de Ricoeur, afirmar, em última instância, o primado da “estima de si” e com ele o da teleologia, ao formar uma complexa definição de Ética como o agir da vida realizada, com e para os outros, em instituições justas. A Ética, em Carnap, não se revela como saber da “praxis” e para a “praxis” a partir do ponto de vista do que “deve ser”, isto é, apresenta-se como saber da acção correcta, não meramente teórica, estimulando para a “acção pragmática”, ainda que toque a cada pessoa o saber aplicar tudo isto às situações concretas.

VERIFICABILIDADE: VALOR EM BIOÉTICA

A função da análise lógica consiste na referência de todo o conhecimento, de toda a afirmação da ciência ou da vida quotidiana, com vista a clarificar o sentido de tal enunciado e das conexões entre eles. Para Carnap, existem duas ordens de verificação (directa ou indirecta). Se o problema se refere a uma proposição, que afirme algo relativo a uma percepção actual, então o enunciado pode provar-

25 Cf. R. CARNAP, *Logical Syntax of Language*, 50–75; *Idem*, *Der logische Aufbau der Welt*, 46–48, 64–67.

26 Cf. *Idem*, *Filosofía y Sintaxis Lógica*, 11–12; *Idem*, *Der logische Aufbau der Welt*, 69–72.

27 Cf. *Idem*, *Logical Syntax of Language*, 80–86.

se directamente por meio desta percepção. Se tomamos um enunciado universal, que se refere a todas as coisas ou acontecimentos que podem dar-se no tempo e no espaço, então uma lei natural será mais clara que o número de casos examináveis. Consequentemente, a proposição resulta como hipótese.²⁸ No pensamento lógico-analítico de Carnap, toda a asserção, no amplo domínio da ciência, tem este carácter como bem se afirma sobre as percepções actuais sobre outras experiências e será verificável por meio delas. Esses enunciados acerca de futuras percepções inferem-se conjuntamente de outras proposições já verificadas.

Para Carnap, o que dá um significado teórico a um enunciado não são as imagens e os pensamentos, mas a possibilidade de deduzir dele proposições perceptivas, por outras palavras, a possibilidade da sua verificação. Na verdade, carecemos de toda a imagem efectiva do campo electromagnético, bem como do campo gravítico. Com efeito, as proposições, que os físicos afirmam acerca destes campos, possuem um perfeito sentido, porque delas são deduzidos enunciados perceptivos. Todavia, a única objecção a estes enunciados seria que não encontramos maneira de os verificar.²⁹ Assim, o princípio da verificabilidade é fundamental para se poder definir ou descrever o estatuto epistemológico da reflexão ética, bem como das ciências da natureza. Um dos aspectos da Bioética, nos dias de hoje, devido à sua projecção, reside no estatuto epistemológico. Segundo a filosofia de Carnap, o princípio da verificabilidade dá-nos a oportunidade de as proposições dos saberes terem valor científico, quando justificadas pela experiência. A Ética não deve referir-se somente ao homem, mas “deverá” estender o olhar para a biosfera, no seu conjunto, ou melhor para cada intervenção científica do homem sobre a vida em geral, necessitando de um fundamento epistemológico.³⁰

Entendendo a Ética como estudo sistemático da conduta humana, considerada à luz de valores e de princípios, unem-se os dois sentidos dados por Carnap, que vão desde uma investigação empírica até a uma filosofia dos valores. Sempre que há sintonia entre valores e princípios com os factos, então estamos perante uma conformabilidade ética na sequência do pensamento de Carnap. Assim, a riqueza desta relação intencional epistemológica (factos, valores e princípios morais) encontra-se informada pela “verificabilidade” na sequência da semântica de Carnap. Todavia, a Ética é muito mais do que o estudo das tautologias, nas investigações empíricas, e será mais orientada para uma filosofia dos valores. O objectivo da epistemologia, segundo Carnap, é a formulação de um método para a justificação das *Erkenntnisse*. Assim, a epistemologia deve especificar como se pode justificar uma parte do conhecimento, isto é, como se pode mostrar que essa é um conhecimento científico. Uma tal justificação não é absoluta, mas relativa.³¹

Também a lógica ensina a derivação da validade de algumas proposições (*Setzungen*) pela validade pressuposta de outras. Na proposição derivada, não pode ocorrer qualquer conceito novo. Será característico de uma derivação epistemológica que o conhecimento a ser analisado, isto é, que a sentença se deve justificar e contenha um conceito que não ocorre nas premissas. A epistemologia deve investigar os

28 Cf. *Idem*, *Logical Foundations of Probability*, 386–391.

29 Cf. *Idem*, *Meaning and Necessity*, 233.

30 Cf. E. SGRECCIA, *Manual de Bioética, I, Fundamentos e Ética Biomédica*, tradução do italiano, S. Paulo, Edições Loyola, 1996, 24.

31 Cf. R. CARNAP, *Scheinprobleme in der Philosophie*, 2–4.

conceitos da ciência empírica nas várias sub-divisões (das naturais às culturais). Com efeito, empreende-se uma análise dos objectos, onde se reduzem os superiores aos inferiores e chamam-se objectos epistemologicamente fundamentais.³² Poderá descrever-se, com Carnap, um método que conduziria a resultados que geralmente se reconhecem pertencerem à epistemologia. Este método de análise é o que se significa, se falarmos da análise epistemológica. Segundo Carnap, se por verificação se entende o estabelecimento completo da verdade, então uma sentença universal, por exemplo, nunca poderia ser particular. Com efeito, não podemos verificar a lei, mantendo as suas instâncias particulares, isto é, as sentenças que deduzimos da lei e de outras proposições previamente estabelecidas. Numa série contínua de experiências, não se encontra nenhuma instância negativa. Mas, se o número de instâncias positivas aumentar, então a nossa confiança na lei aumentará. Na verdade, ao invés da verificação, poderemos falar de confirmação gradativa da lei.³³ Ao empreender as investigações metodológicas, especialmente concernentes à verificação, é importante distinguir entre questões lógicas e empíricas. Os conceitos lógicos pertencem à sintaxe e os empíricos são descritivos, isto é, não lógicos e pertencem ao campo da Biologia, da Psicologia e da Bioética, pelo pensamento de Carnap, ou seja, pela teoria do uso da linguagem como grau especial da actividade humana. Por um lado, os termos e juízos descritivos pertencem à pragmática, onde se encontram as éticas, desde a fundamental até às aplicadas; por outro, surge a análise lógica pertencente ora à semântica (se se refere ao significado e à interpretação) ora à sintaxe (se é formalizada).

Pelo pensamento de Carnap, a Ética e suas extensões vivem da “análise lógica”. Deixaram de ser uma reflexão categoricamente normativa do agir ou da conduta. Segundo o pensador de Koenigsberg, a observância da norma é um “dever” (*Pflicht*), mas este “dever” surge da *Vernunft* (razão). O elemento de universalidade dos princípios do nosso comportamento, enquanto expressão da natureza racional, não é heterónimo, surge como expressão da autonomia. Enquanto seres racionais damos conta das leis do agir e será isto que fundamenta a liberdade (*Freiheit*) que possuímos enquanto seres racionais. Esta ideia de liberdade constitui o *pathos* da filosofia moral de Kant.³⁴ Nesta medida, o fundamento epistemológico da Ética estaria na natureza racional do homem. Isto não é novo, dado que os estóicos (Zenão da Stoa) já tinham definido que os deveres éticos surgiam da participação do homem no *logos*.

A esta concepção reage o Circulo de Viena, numa nova análise, criticando o sentido e evolução da ética. Este saber pragmático surge como linguagem, não observável, mas testável na própria conduta pela “análise lógica”. Para Carnap, a Ética aparece como nova reflexão, onde as proposições, que se podem conhecer, estão baseadas nas experiências morais ou se apresentam sob a forma de uma proposição modal alética, segundo a leitura formal das lógicas deonticas.

De alguma forma, a linguagem da ciência será restrita ao exigir, que não se admitam os predicados descritivos e, portanto, as sentenças sintéticas, a menos que elas tenham alguma relação com observações possíveis numa conexão, que se deve caracterizar de

32 Cf. *Ibidem*, 4.

33 Cf. R. CARNAP, “Verifiability, truth and verification”, in: *Journal of Philosophy*, 31, New York, 1934, 144–148.

34 Cf. W. PANNENBERG, *Fondamenti dell’Etica, prospettive filosofico-teologiche*, tradução do alemão, Brescia, Queriniana, 1998, 69.

maneira adequada.³⁵ A posição de Schlick, co-fundador do Circulo de Viena, sobre a Ética, é diferente de Carnap, ao dizer que o verdadeiro problema da liberdade, tal como em ética, somente foi confundido com a questão do indeterminismo. A liberdade ética, no pensamento de Schlick, pressuposta pelo conceito de responsabilidade, não contradiz a causalidade, senão que, pelo contrário, seria inexistente sem ela. Apesar da crítica do Circulo de Viena, aqui representada pelo pensamento de Carnap, a Ética não deixa de se relacionar com o conceito de pessoa e com os princípios da moral, na busca de uma fundamentação metafísica, que é negada pelo neopositivismo. Talvez esta fundamentação nunca seja aceite universalmente, nas suas possibilidades e desafios, devido à questão epistemológica. Na linha do neopositivismo lógico, a Ética, na cultura pós-moderna, aparece como “pragmática moral”. A objectividade do mundo ético deveria ser vista como conformidade com as normas. Tal conformabilidade, na linha de Carnap, torna-se dúbia apenas quando vista como algo mais do que foi analisado, isto é, como modo de obter acesso a algo que se baseia em práticas correntes da justificação. Parece paradoxal a justificação ontológica da Ética ao repousar sobre a análise lógico-simbólica da linguagem não observável.³⁶ Ao aceitar isentar a ética, obra ecuménica da excelência (virtude) da normatividade (dever), de toda a fundamentação metafísica, além de quebrar o estatuto epistemológico da mesma, não procuramos exonerar, da mesma tarefa, as diversas éticas filosóficas. É difícil construir uma Ética apenas numa base neopositivista, à medida do Circulo de Viena, porque temos que ressaltar a seriedade da obrigação, que perpassa a moral, dado que a sua exigência participa da transcendência da consciência.

A normatividade incondicional, que vivenciamos na raiz da consciência, desemboca na conceitualização de princípios do pensar e do agir humanos e encontra-se e vive-se para além da análise lógica. Uma coisa é a linguagem ética, outra será aquela que é formal, dada em proposições não-observáveis a que chamamos de Ética Analítica, na linha do pensador de Viena, onde este saber é uma linguagem empírica.

O princípio da verificabilidade, identificando o significado e as condições empíricas, reduziu a Filosofia a um conjunto de sequências assignificativas de sinais, retirando à Metafísica o direito de ocupar um lugar no domínio do conhecimento. Se o domínio do conhecimento é esgotado pela Lógica, pela Matemática e pelas ciências empíricas, então poderemos perguntar: qual o estatuto epistemológico do empirismo, enquanto sistema de afirmações aparentes? Qual o sentido da proposição que afirma a validade do princípio da verificabilidade?

Para Schlick, se é necessário explicitar o significado de uma proposição, então será óbvio que essa explicitação não pode ser feita, exclusivamente, em termos de outras proposições. A Filosofia não seria uma teoria, exprimindo factos, mas uma actividade para indicar o inexprimível. Em suma, o princípio da verificabilidade não remeteria para nenhum facto, mas antes seria a regra orientadora da actividade filosófica na busca do significado das proposições da ciência. Com efeito, segundo Carnap, a Filosofia teria duas funções: uma positiva e outra negativa. Ambas referem-se à análise da linguagem, tal como se encontram no domínio da Ética. Finalmente, dizer que a Ética possui duas linguagens. Estas duas são, de um lado, o conjunto de

35 Cf. R. CARNAP, “Von der Erkenntnistheorie zur Wissenschaftslogik”, in: *Actes du Premier Congrès International de Philosophie Scientifique*, 8, 1935, 1–16.

36 Cf. R. CARNAP, *Foundations of Logic and Mathematics*, vol. 1, *International Encyclopaedia of Unified Science*, Chicago, The University of Chicago Press, 1939, 10–15.

sistemas éticos que integram as culturas, em determinada época da humanidade, com suas intuições, carências e fundamentações, sempre perpassadas pelo imperativo ético; do outro, a necessidade de um consenso empírico, prático e efectivo, que só poderá resultar do debate livre e organizado, desembocando na determinação de normas mínimas a fim de se manter uma indispensável coerência na acção. Toda a linguagem, tal como a Ética, poderia ser especificada em termos de um conjunto de sinais primitivos, que constituiriam, por um lado, um conjunto de “regras de formação”, indicadoras de como obter expressões complexas por combinações de expressões mais simples, exclusivamente na base de suas formas visíveis e, por outro, um conjunto de regras de transformação restritas à forma das expressões, capazes de reflectir os modos válidos da inferência.

ANÁLISE LÓGICA: VALOR EM BIOÉTICA

Um dos aspectos fundamentais do pensamento de Carnap poderá ter utilidade para a Bioética. Como aproveitamento das suas ideias, encontramos-as no princípio da verificabilidade. A Bioética parte da racionalidade humana secular e universalmente aceite. As proposições da Bioética implicam uma testificabilidade, porque partem da experiência empírica oriunda da biomedicina e da biotecnologia. O princípio da verificabilidade poderá permitir a ponte das éticas para a biomedicina e para a biotecnologia. A Bioética poderá descrever-se como estudo sistemático das questões de valor, que surgem nos novos campos do comportamento. Ainda se poderá conceber como o estudo sistemático do comportamento humano no domínio das ciências da vida e dos cuidados de saúde, enquanto comportamento perspectivado à luz dos valores e princípios morais.³⁷ A Bioética poderá seguir um método positivo, desde o plano sistemático até à casuística. Poderá dizer-se que o sentido de cada proposição da conduta clínica, segundo a axiologia, busca a sua verificação no dado experimental. A negação da existência de um mundo externo seria uma proposição tão metafísica, quanto a sua afirmação. Por conseguinte, uma visão empírica da Bioética não nega os aspectos transcendentais da mesma, senão que destituídas de sentido, na mesma medida, tanto a negação quanto a afirmação do transcendente, como os valores que se encontram na Bioética. A Bioética introduz uma nova maneira de falar, porque sujeita a novas regras, que vai da sistemática da conduta moral da vida clínica até à influência da biotecnologia, caracterizada por normas e valores. Tem um sistema de referência linguística, para as novas entidades, que surgem dos elementos que a Medicina lhe fornece.³⁸ Deveremos, aproveitando elementos metodológicos do neopositivismo do Circulo de Viena, distinguir dois tipos de questões de existência: em primeiro lugar, as questões da existência de certas entidades do novo tipo no interior do sistema de entidades, representado pelo sistema linguístico de referência, que surgem da normatividade e da excelência da conduta humana. Chamamo-las de “questões internas”; em segundo lugar, surgem as questões concernentes à existência ou à realidade do sistema de entidades, como um todo, chamadas “questões externas”, que advêm da biomedicina, fornecendo os dados para adequada reflexão ética.³⁹

37 Cf. F. JAVIER ELIZARI, *Questões de Bioética*, tradução do espanhol, Porto, Perpétuo Socorro, 1996, 10–11

38 Cf. L. ARCHER *et alii*, *Novos Desafios da Bioética*, Porto, Porto Editora, 2001, 23–24.

39 Cf. R. CARNAP, *Meaning and Necessity*, 207–209.

Poderemos encontrar as respostas, ou através de métodos puramente lógicos ou através de métodos empíricos, dependendo do sistema de referência ser lógico ou factual e sendo este último representado pela biomedicina. Assim, a Bioética parece pertencer ao mundo das coisas e ao munda das vivências. Implicará uma metodologia dual, dado que, segundo a análise lógica, é por sua natureza reflexão implicativa (à medida da apresentada pela Lógica Simbólica). Será, de facto, este o contributo da Ética Analítica para a Bioética, por um lado, fornecer uma metodologia lógica, para abordar os problemas, e, por outro, apresentar nova forma semântica para os problemas da biomedicina. Como se trata de uma “ética da linguagem”, terá grande significado na aplicação e na implicação formal para o estudo e fundamentação linguística da Bioética. Esta será uma ética de implicações em função dos progressos clínicos e biotecnológicos.⁴⁰ A Bioética terá muito que aproveitar da Ética Proposicional, sobretudo, no domínio das metodologias implicativas, permitindo uma leitura epistemológica do seu enquadramento ético, criando uma nova linguagem. A Lógica Simbólica, proclamada por Carnap, identifica os enunciados dotados de significação ao exigir a sua ligação a outros mais simples, que, por sua vez, repousam nos dados empíricos. Aqui entrará a lógica da conduta moral na Bioética.

A Lógica constitui o procedimento metodológico comum e indispensável a todas as ciências, pois procura estabelecer o sentido de cada noção por um processo de reduções, até aquelas que se salientam pelos dados empíricos. Deste modo, assegura um tratamento unitário a todas as demais disciplinas científicas, propondo reduzir todos os conceitos que entram na formação do discurso pelos correspondentes dados sensíveis imediatos. No limite, será possível estabelecer o quadro susceptível para assegurar a concepção científica das realidades. Assim, pelo pensamento do Circulo de Viena, a tarefa científica poderia ser realizada pela Lógica Formal Moderna, em virtude do poder que ela manifesta ao alcançar a precisão necessária nas definições de conceitos e nos enunciados, ao formalizar os procedimentos intuitivos pela inferência do pensamento ordinário, isto é, defini-los de forma rigorosa e controlados pelo mecanismo dos sinais lógicos. Naturalmente que a Bioética, como “reflexão implicativa”, participa das duas linguagens, quer externa (biomedicina) quer interna (axiológica e principiológica).

A Bioética necessitará da “análise lógica”, porque esta permite, por um lado, depurar a linguagem das ambiguidades, nas suas formas correntes e, por outro, desfazer a ideia de que o pensamento metafísico seria capaz de organizar um conhecimento próprio, a partir das suas representações, como aconteceu pelo ditame kantiano da razão pura, que reduzia todos os conhecimentos, cientificamente válidos, aos juízos sintéticos *a priori*.

CONCLUSÃO

Naturalmente, os juízos éticos podem ser encarados *in genere* como prescrições, isto é, como expressões destinadas a servir de guia para a própria conduta ou como padrão ou medida do valor ou desvalor da conduta. Antes de mais, os juízos morais referem-se a actos livres e, por conseguinte, responsáveis e imputáveis e, nisso, coincidem com as prescrições jurídicas, sociais ou religiosas. Entretanto,

40 Cf. *Idem*, “Testability and Meaning”, in: *Philosophy of Science*, 3,1936, 14-15.

a moral revela-se como instância última da conduta humana, do mesmo modo que a religião. Em contraposição com os imperativos dogmáticos, as prescrições morais apresentam um carácter de razoabilidade, isto é, expressam-se como detentoras, de modo implícito, das razões que corroboram os seus comandos. Desta feita, as características específicas das prescrições morais seriam, a nosso ver, as seguintes: auto-obrigação (as normas morais não podem ser cumpridas apenas externamente, mas em consciência); universalidade dos juízos morais (os graus de obrigação moral referem-se a todo o ser humano) e, finalmente, as prescrições morais apresentam-se pela incondicionalidade em função dos imperativos morais. Noutra perspectiva do Circulo de Viena, os metafísicos não podem evitar a clivagem dos enunciados não verificáveis, porque se os tornarem verificáveis, a decisão, acerca da verdade ou falsidade de suas doutrinas, dependerá da experiência e, por conseguinte, pertencerá ao campo da ciência empírica. A Ética não faz parte do âmbito das reflexões empíricas. A Ética não se revela como saber da “praxis” e para a “praxis”, a partir do ponto de vista do que “deve ser”, isto é, revela-se como saber da acção correcta, não meramente teórica, estimulando a acção pragmática, ainda que toque a cada pessoa o saber aplicar tudo isto às situações concretas. Isto significa que a ética, tal como Carnap sugere, não deverá ser um saber carente de conseqüências pragmáticas, o qual está condicionado pelo princípio da verificabilidade. Existem duas ordens de verificação, seja directa seja indirecta. Se o problema se refere a uma proposição, que afirme algo relativo a uma percepção actual, então o enunciado pode provar-se por meio da percepção actual.

Se tomamos um enunciado universal, que se refere a todas as coisas ou acontecimentos, que podem dar-se em quaisquer tempos e lugares, então uma lei natural será mais clara do que o número de casos examináveis. No pensamento lógico-analítico de Carnap, toda a asserção, no amplo domínio da ciência, tem este carácter e afirma-se sobre as percepções actuais ou de outras experiências e será verificável por meio delas. Esses enunciados, acerca de futuras percepções, deduzem-se conjuntamente com outras proposições já verificadas. Para Carnap, o que dá um significado teórico a um enunciado, não são as imagens e os pensamentos, mas a possibilidade de deduzir proposições perceptivas, por outras palavras, a possibilidade da sua verificação. Com efeito, as proposições, que os físicos afirmam acerca dos campos (gravítico e electromagnético), possuem um perfeito sentido, porque delas são deduzidos enunciados perceptivos. Todavia, a única objecção a estes enunciados seria que não encontramos maneira de os verificar. Assim, o princípio da verificabilidade é fundamental para se poder definir ou descrever o estatuto epistemológico da reflexão ética, bem como descrever o fundamento da física. Para Carnap, a ética aparece como nova reflexão, onde as proposições, que se podem conhecer, estão baseadas nas experiências morais ou se apresentam sob a forma de uma proposta implicativa, como é o caso do princípio da verificabilidade. Um dos aspectos fundamentais do neopositivismo lógico de Carnap, com relevância para a Ética, encontra-se nos critérios do significado. O problema não reside somente na testabilidade das sentenças comportamentais, mas no seu fundamento semântico. Com efeito, a Ética possui duas linguagens. Estas duas são, de um lado, o conjunto de sistemas morais, que integram as culturas, em determinada época da humanidade, com suas intuições, carências e fundamentações, sempre perpassadas pelo imperativo ético; do outro, a necessidade de um consenso empírico, prático e efectivo, que só poderá resultar do debate livre e organizado, desembocando na determinação de normas, a fim de se manter, na

humanidade, uma indispensável coerência no agir. O princípio da verificabilidade é significativo na determinação epistemológica, originando a possibilidade de descrever a Ética como ciência, com estatuto próprio e não empírica e como seria pelo pensamento de Carnap, que determinaria o âmbito especializado para a aplicação dos princípios da valorização e do discernimento. Os estudiosos da Ética Geral e das aplicadas discutem sobre a possibilidade de um paradigma adequado, que estructure epistemologicamente esta ciência. Enquanto uns preferem um paradigma antropológico, que busque as suas raízes na dignidade da pessoa humana, outros inclinam-se para a principiologia, que faz apelo à autonomia, beneficência e justiça.⁴¹ Com efeito, a Ética poderá estudar o sentido semântico das morais e dos factos empíricos ao contribuir para um estatuto epistemológico das mesmas, mas só no seu aspecto formal, como também pelas proposições atómicas ou moleculares de vários sentimentos éticos e suas aplicações.⁴² O estatuto epistemológico não poderá vir da Lógica Simbólica, nem da “análise lógica” das condutas morais. Surgirá antes do condicionalismo imposto pelas variadas antropologias, as quais dão fundamento Epistemológico à Ética.

41 Cf. J. ROMAN FLECHA, *La Fuente de la Vida, Manual de Bioética*, Salamanca Sígueme, 1999, 38–39.

42 Cf. R. CARNAP, *Der logische Aufbau der Welt*, 145–146.



Ramiro Délio Borges de Meneses

Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Paredes, PORTUGAL

Paweł Czarnecki

Faculty of Aeronautics, Technical University of Košice, Slovakia

Extensão e infinito em Hilbert: pela filosofia da matemática / *According to Mathematics's Philosophy: the extension and infinite*

Summary

According to Hilbert the infinite and extension are a regular idea, and a very important role in mathematics plays, because there are new possibilities according to logic foundations and philosophical implications to the infinite languages, from mathematic to philosophy by the Hilbert's formalism.

Keywords: Continuity, Infinite, Hilbert, Cantor, Mathematical Analysis, and logical foundations.

INTRODUÇÃO

O infinito potencial, segundo a Análise Matemática, reinserir-se na teoria de Weierstrass sem ser colhido pela agudeza da sua crítica. Portanto, é o problema do infinito que nos incumbe esclarecer definitivamente no sentido indicado. E assim como nos processos de passagem ao limite do cálculo infinitesimal, o infinito, no sentido do infinitamente pequeno e do infinitamente grande, mostrou-se como modo de falar, assim devemos reconhecer o infinito no sentido de totalidade, onde figura nas demonstrações como algo meramente aparente. As operações com o infinitamente pequeno foram substituídas por processos finitos, os quais produzem o mesmo resultado e conduzem às relações formais. Também os métodos de inferência com o infinito devem geralmente ser substituídos por processos finitos que produzem exactamente o mesmo resultado, isto é, argumentos e métodos que permitem obter

fórmulas e teoremas.¹ Também antigas objecções que, há muito tempo, supúnhamos resolvidas reaparecem em novos trajes. Novamente, algumas mentalidades aceitam que, mesmo que se possa introduzir um conceito sem o risco de contradições e que se possa provar isso, ainda assim não é certo o direito de ser introduzido. Foi exactamente a objecção que, a seu tempo, prevaleceu contra os números imaginários, quando se dizia: que o seu uso não nos conduzirá a contradições. Porém, a sua introdução não está justificada, pois as grandezas imaginárias não existem. Ora, para verificarmos a legitimidade em introduzir novo conceito, além de provarmos que é consistente, o único critério que ainda podemos impor é a aplicabilidade deste. Na verdade, a aplicabilidade é necessária e constitui a mais alta instância. Desde sempre, o infinito agitou o espírito da humanidade, mais profundamente que outra qualquer questão.²

1 – A continuidade é a primeira impressão que temos dos conceitos naturais e da matéria. Quando consideramos um pedaço de metal ou o volume de um fluido, temos a impressão de que eles são ilimitadamente divisíveis e que uma parte qualquer, por menor que seja, gozará das mesmas propriedades. Mas, em qualquer lugar no qual se refinaram adequadamente os métodos de pesquisa na Física da Matéria se encontraram limites à divisibilidade, que não decorrem da insuficiência das nossas tentativas, mas da natureza das coisas. Consequentemente, a tendência da ciência moderna pode ser compreendida como emancipação do infinito pequeno em vez do antigo princípio: *Natura non facit saltus*. Mas afirmar-se-á o contrário: *a natureza dá saltos*.

Mas a física não se deteve na teoria atômica da matéria. No final do século passado apareceu a teoria atômica da electricidade à primeira vista mais estranha. Enquanto até então a electricidade passava por um fluido e a sua imagem era a de um agente que opera continuamente, agora também se mostra constituída de electrões positivos e negativos. E o resultado final, em cada caso, é que, na realidade, não se encontra em lugar algum um contínuo homogéneo que admita a divisibilidade, realizando o infinitamente pequeno. Novamente é a ciência moderna, especialmente a Astronomia, que introduz essa questão e que procura resolvê-la não através dos recursos insuficientes da especulação metafísica, mas mediante motivos amparados na experiência e na aplicação das leis naturais. Aqui também foram encontradas grandes objecções ao infinito. A geometria euclidiana conduz necessariamente à admissão de que o espaço é infinito. Embora a geometria euclidiana seja, na verdade, uma construção e um sistema consistente, não implica que vigore na realidade. Isto (se o espaço real é ou não euclidiano) pode ser determinado por observação e pela experiência. As tentativas de provar a infinitude do espaço contêm gravíssimos erros. Pelo facto de por fora de uma parte do espaço haver mais espaço decorre, apenas, que o espaço será ilimitado, mas não que seja infinito! Porém, finito e ilimitado são qualidades que não se excluem. A pesquisa matemática fornece o modelo natural do mundo finito na denominada geometria elíptica. E a renúncia à geometria euclidiana já não é hoje uma especulação puramente matemática ou filosófica, pois também chegamos a isso por outra via que, originalmente, não se relaciona com a questão da finidade do universo. Einstein mostrou a necessidade de

1 Cf. HILBERT D., BERNAYS P., *Die Grundlagen der Mathematik*, Band I, Berlin, Springer-Verlag, 1914, 6–10.

2 Cf. HILBERT D., "Ueber das Unenliche", in: *Mathematische Annalen*, 95, 1925, 161.

abandonar a geometria euclidiana. Apoiado na teoria da gravitação, ele também se referiu a questões cosmológicas e mostrou que é possível haver um Universo finito.

- 2 – A finitude da realidade foi estabelecida em duas direcções: tanto para o infinitamente pequeno quanto para o infinitamente grande. Todavia, pode ser verdade que o infinito possui um lugar bem justificado no nosso pensamento e que desempenhe o papel de um conceito indispensável. Observemos, pois, como o infinito se comporta na ciência matemática e, por agora, interroguemos a mais pura e mais ingénua proliferação do espírito humano a Teoria dos Números. Tomemos uma fórmula da variedade de fórmulas elementares, por exemplo:

$$1^2 + 2^2 + 3^2 + \dots + n^2 = \frac{1}{6}n(n+1)(2n+1)$$

Como podemos substituir n por qualquer número inteiro, por exemplo, por $n = 2$ ou $n = 5$. Esta fórmula pode tomar uma infinidade de valores e isso é, evidentemente, a principal qualidade desta. Portanto, ela fornece a fórmula que representa a solução de um problema aritmético e que exige uma ideia própria para a sua prova, enquanto as igualdades numéricas especiais

$$1^2 + 2^2 = \frac{1}{6} \cdot 2 \cdot 3 \cdot 5$$

$$1^2 + 2^2 + 3^2 + 4^2 + 5^2 = \frac{1}{6} \cdot 5 \cdot 6 \cdot 11$$

se podem verificar pelo cálculo, não oferecendo qualquer interesse especial.

Já, na geometria elementar do plano, o método dos elementos ideais encontra aplicação. Nesse contexto, somente os pontos e as rectas do plano são objectos originalmente reais e efectivamente existentes. Para eles vigora, entre outros, o axioma da associação: por dois pontos passa sempre uma única recta. Daqui decorre que duas rectas intersectam-se, no máximo, num ponto. Todavia não vigora o teorema de que duas rectas se intersectam sempre num ponto, já que as duas rectas podem ser paralelas. Sabemos que, introduzindo elementos ideais, são pontos infinitamente afastados. Assim, conseguimos obter o teorema de que duas rectas se intersectam num e só ponto como verdade universal.³ Assim como em Geometria utilizamos uma infinidade de rectas paralelas entre si, para definir um ponto ideal, em certos sistemas, utilizamos uma infinidade de pontos ideais para definir um *número ideal*. E este é o emprego mais genial do princípio dos elementos ideais. Em geral, se isso ocorre no interior de um corpo de números algébricos, reencontraremos as simples e bem conhecidas leis da divisibilidade, vigentes para os habituais números inteiros 1, 2, 3, 4, Aqui já estamos no domínio da Aritmética Superior. Aproximemo-nos agora da mais bela estrutura da Matemática, e da mais ramificada, a Aritmética. Todos sabem o papel decisivo que o infinito aí desempenha e que a Análise Matemática, de

³ Cf. HILBERT D. BERNAYS P., *Die Grundlagen der Geometrie*, Stuttgart, Teubner, 1968, 20–25.

certo modo, constitui uma sinfonia do infinito. Os avanços vigorosos, obtidos pelo cálculo infinitesimal, devem-se principalmente à operação com sistemas matemáticos de uma infinidade de elementos. Tal como foi fácil identificar o “infinito” como “muito grande”, logo surgiram inconsistências como os denominados paradoxos do cálculo infinitesimal já parcialmente conhecidos na antiguidade pelos sofistas. Foi fundamental que se reconhecesse a impossibilidade de serem estendidos ao contexto do infinito muitos teoremas válidos para o contexto finito, como a parte é menor que o todo, a existência de mínimo e a comutabilidade da ordem das parcelas ou dos factores de uma soma ou produto. No início deste discurso, referi que, graças especialmente à perspicácia de Weierstrass, essas questões foram plenamente esclarecidas. Hoje em dia, a Análise é um regulamento infalível, não só no seu domínio mas tornou-se instrumento prático para o uso do infinito.⁴

Mas a Análise não nos conduz à compreensão da natureza do finito. Pelo contrário, isso só nos foi facilitado por uma disciplina, situada mais perto do modo filosófico de considerar as coisas, que foi convidada a lançar uma nova luz sobre todas as complexas questões sobre o infinito. Esta disciplina é a teoria dos conjuntos, criada por Cantor, que dá lugar à teoria dos números transfinitos, a qual constitui o próprio núcleo da doutrina deste matemático. Ela parece-me a mais admirável fluorescência do espírito matemático e mesmo uma das mais altas façanhas da actividade intelectual. O que é, então, esta teoria? Se quisermos caracterizar, em poucas palavras, a nova concepção do infinito sugerida por Cantor, poderemos dizer que na Análise lidamos apenas com o infinitamente pequeno e o infinitamente grande, conceitos limitantes, como alguma coisa que está a tornar-se e a aparecer. Lidamos com o denominado “infinito potencial”. Este manifesta-se, quando, por exemplo, consideramos a própria totalidade dos números 1, 2, 3, 4, ... como unidade acabada ou quando consideramos os pontos de um segmento como totalidade de coisas que existem todas em simultâneo. Esse tipo de infinito é designado infinito actual. Já Frege e Dedekind, altamente estimados pelos seus estudos acerca dos fundamentos da matemática, tinham usado o infinito actual, independentemente um do outro, para fundar a Aritmética, sem quaisquer intuições ou experiências, baseadas somente sobre a pura lógica, fazendo apenas uso de deduções puramente lógicas. Dedekind esforçou-se por derivar a noção de número finito, de modo puramente lógico pelo emprego essencial do conceito de conjuntos infinitos, em vez de obtê-la pela intuição. Porém, Cantor configurou o conceito de infinito actual. Contemplemos os dois exemplos de infinito:

1. 1, 2, 3, 4, ..., n, n+1
2. Os pontos do segmento de 0 a 1 ou, equivalentemente, a totalidade dos números reais entre 0 e 1.

É perfeitamente natural tratar estes exemplos do ponto de vista do seu tamanho. Mas este tratamento revela resultados surpreendentes que para os matemáticos de hoje em dia são familiares. Consideremos o conjunto de todos os números racionais, isto é, de todas as fracções: $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, $\frac{1}{4}$, ..., $\frac{3}{8}$, Demonstra-se que,

4 Cf. LORTA G., *Storia della Matematica*, Torino, Società Tipografia Editrice Nazionale, 3 Volume, 1933, 16–29.

na perspectiva da pluralidade, este conjunto não é maior que o conjunto dos números inteiros. Dizemos que os números racionais podem ser contados de modo habitual, isto é, são numeráveis. E o mesmo ocorre com o conjunto das suas raízes, portanto com o conjunto de todos os números algébricos. O segundo exemplo é análogo ao primeiro. Surpreendentemente, o conjunto de todos os pontos de um quadrado ou de um cubo não é maior que o conjunto dos pontos do intervalo de 0 a 1. E o mesmo facto acontece com o conjunto das funções contínuas. Quem pela primeira vez examinasse estes aspectos poderia concluir que, pela perspectiva da pura pluralidade, haveria apenas um único infinito. O que é falso! Os conjuntos, nos dois exemplos, não são equivalentes. Pelo contrário, o conjunto (2) não é numerável. Logo, é maior que o conjunto (1). Aqui se insere o que é novo e característico da teoria de Cantor.⁵ Mas, Cantor edificou, com grande sucesso, a teoria dos números transfinitos e criou um cálculo perfeito para eles. Finalmente, graças ao importante trabalho de Frege, Dedekind e Cantor o infinito foi elevado ao trono e saboreou o instante do mais elevado triunfo.⁶ A reacção não tardou a chegar e mostrou-se dramática. Tudo foi exactamente análogo ao que ocorreu durante o desenvolvimento do cálculo infinitesimal. No entusiasmo da descoberta de novos e importantes resultados, os matemáticos prestaram pouca atenção à legitimidade dos métodos dedutivos. Com efeito, o mero emprego das definições e dos métodos dedutivos que, gradualmente, se tornaram habituais, produziram contradições, originando paradoxos na teoria dos conjuntos, que aos poucos se tornaram cada vez mais graves. Foi o caso de uma contradição encontrada por Zermelo e Russel, cuja divulgação na comunidade matemática teve efeito devastador. Perante esses paradoxos, Dedekind e Frege renunciaram ao seu ponto de vista e abandonaram a polémica. Dedekind hesitou por longo tempo em permitir uma nova edição de seu notável ensaio “Was sind und was sollen die Zahlen”. Também Frege reconheceu como errónea a inclinação do seu livro “Grundgesetze der Arithmetik”, tal como confessou no seu epílogo. E os mais veementes ataques foram dirigidos, dos mais diversos lados, contra a doutrina de Cantor. A reacção foi tão violenta que mesmo os conceitos mais comuns e proveitosos, e os métodos dedutivos mais simples e importantes da Matemática, foram atacados tendo o seu emprego sido ilícito. Na verdade, não faltaram defensores do pensamento clássico. Porém, as suas acções de defesa foram muito débeis e, além disso, não se concentraram nos pontos vitais. Foram propostas numerosas e variadas explicações para os paradoxos.⁷

- 3 – Devemos reconhecer que não é suportável por muito tempo a situação em que hoje nos encontramos perante os paradoxos. Poderemos perguntar: Se na Matemática, que se constitui como modelo de certeza e de veracidade, as construções conceituais e as inferências, por todos amplamente aprendidos, ensinados e usados, conduzem ao absurdo, então onde se encontrarão a certeza e veracidade, que o pensamento matemático recusa? Existe porém uma via plenamente satisfatória para enfrentar os paradoxos sem trair esta

5 Cf. FRAENKEL A., *Essays on the Foundations of Mathematics*, Jerusalem, At the Magnes Press, 1966, 309–311.

6 Cf. FREGE G., *Kleine Schriften*, Zweite Auflage, Berlin, G. Olms, 1990, 163–166.

7 Cf. RUSSELL B., “Les Paradoxes de la logique”, in: *Revue de Métaphysique et de Morale*, 14, 1906, 60–63.

ciência. Até aqui verificámos que o infinito, na verdade, não se encontra na realidade, sejam quais forem as experiências e as observações e seja qual for a ciência a que recorramos. Será o pensamento acerca das coisas tão discrepante dessas coisas? Poderá o processo de pensar ser tão diferente do actual? Em suma, poderá o pensamento estar tão afastado da realidade? Pelo contrário, não é claro que, quando acreditamos reconhecer a realidade do infinito, em qualquer acepção, apenas nos deixamos induzir pela circunstância de termos encontrado dimensões grandes ou pequenas e que tão frequentemente ocorrem na realidade? E a dedução lógica, alguma vez nos enganou ou nos abandonou, quando a empregámos em coisas ou em acontecimentos reais? Não, a dedução lógica é imprescindível. Ela induz-nos em erro apenas quando aceitamos definições arbitrárias, em especial aquelas que envolvem uma infinidade de objectos. Então, aplicamos a dedução lógica de modo inadmissível, isto é, não atendemos as condições evidentemente necessárias ao seu emprego. E, quanto ao reconhecimento de que tais condições existam e de que devam ser observadas, encontramos-nos de acordo com os filósofos, sobretudo Kant. O pensador de Koenigsberg achava – e isto constitui uma parte integrante da sua doutrina – que a Matemática dispõe de um conteúdo consolidado independentemente da lógica e que, por isso, jamais poderá ser fundada apenas sobre a lógica, motivo pelo qual os esforços de Frege e de Dedekind seriam malogrados. Como condição adicional para usar a dedução lógica e realizar operações lógicas algo deve ser dado como certos objectos concretos extra-lógicos, presentes intuitivamente na experiência directa, antes de todo o pensamento. Para que as deduções lógicas sejam certas, devemos estar aptos a ver cada aspecto destes objectos e as suas propriedades, diferenças, sequências (e as proximidades devem ser dadas) juntamente com os objectos, como algo que não pode ser reduzido a algo mais e que não requer qualquer redução. Esta é a filosofia que se considera necessária à Matemática e, geralmente, a todo o pensamento, a todo o entendimento e a toda comunicação científica. Na Matemática, e de acordo com esta teoria, são objecto da nossa consideração os próprios símbolos, cuja estrutura é imediatamente reorganizada. Consideremos a natureza e os métodos da Teoria dos Números como finita. Certamente que ela é constituída mediante estruturas numéricas obtidas através de considerações materiais e intuitivas. Porém, a Matemática não consiste unicamente em equações numéricas, nem tão pouco pode ser reduzida a elas. Podemos afirmar que ela é instrumento quando aplicada aos números inteiros e produz equações numéricas correctas. Para realizar tal investigação, dispomos apenas do mesmo método concretamente finito, como foram usados na construção da própria Teoria dos Números, para derivar as equações numéricas. Esta exigência científica pode de facto ser encontrada, isto é, será possível obter por métodos puramente intuitivos e finitos, exactamente como instituímos a verdade na Teoria dos Números, determinando também aqueles juízos que garantem a validade do instrumento matemático.⁸

Na Teoria dos Números, teremos os símbolos numéricos

1, 11, 111, 1111,

⁸ Cf. HARDY G.H., WRIGHT E.M., *An introduction to the Theory of Numbers*, fifth edition, Oxford, Clarendon Press, 2002, 1–10.

onde cada símbolo é reconhecível pelo facto de conter somente a “unidade”. Estes símbolos numéricos, que são eles mesmos a nossa matéria, não têm qualquer significado. Mas requeremos em adição a estes símbolos, mesmo na Teoria Elementar do Número, outros símbolos que têm significado e que servem para facilitar uma comunicação. Por exemplo, o símbolo 2 é usado como abreviatura para o símbolo numérico 11 e o símbolo 3 como abreviatura para o símbolo numérico 111. Além disso, usamos símbolos como $+$, $=$ e $>$ para comunicar.

Logo, $2 + 3 = 3 + 2$ pretende comunicar que $2 + 3$ e $3 + 2$, quando as abreviaturas são levadas em conta. São o mesmo símbolo numérico, ou seja, o símbolo 11111. Similarmente $3 > 2$ serve para comunicar o facto de que o símbolo 3, isto é, 111 é maior do que o símbolo 2, isto é, 11, ou seja, que o último símbolo é uma parte apropriada do anterior. Usamos também letras a , b , c para uma comunicação. Assim $b > a$ significa que o símbolo numérico b é maior do que o símbolo numérico a . Deste ponto de vista, $a + b = b + a$ significa o facto de que o símbolo numérico $a + b$ é o mesmo que $b + a$. O conteúdo deste significado pode também ser provado com dedução material. De facto, este tipo de tratamento intuitivo pode levar-nos longe.

Mas poderemos dar um exemplo onde este método intuitivo é ultrapassado. O maior número primo conhecido tem 39 dígitos:

$$p = 170\ 141\ 183\ 460\ 469\ 231\ 731\ 687\ 303\ 715\ 884\ 105\ 727.$$

Por um método bem conhecido, devido a Euclides, podemos dar uma prova que remete para dentro da estrutura finita e da proposição que, entre $p + 1$ e $p! + 1$, existe pelo menos um “número primo”. A própria proposição encaixa-se na aproximação finita e a expressão “existe” serve apenas para abreviar a expressão: é certo que $p + 1$, $p + 2$, $p + 3 \dots$ ou $p! + 1$ são números primos.

Além disso, existe um número primo tal que:

1. $> p$ e ao mesmo tempo é
2. $\leq p! + 1$.

Estamos aptos para formular um teorema que defini e somente uma parte do que o teorema de Euclides expressa, ou seja, o teorema que diz “existe um número primo maior do que p ”. Embora este teorema seja muito mais fraco em termos de conteúdo – afirma somente parte do teorema – a passagem do teorema de Euclides a este parece completamente inofensivo. A proposição “existe” com determinada propriedade encontra-se em perfeita conformidade com a nossa aproximação finita. Mas uma proposição, como ambos $p + 1$ ou $p + 2$ ou $p + 3 \dots$ ou (sem fim) \dots , tem determinada propriedade. É ela mesmo um produto lógico infinito. Do nosso ponto de vista, uma proposição existencial da forma “existe um número com determinada propriedade” tem somente a significância de uma proposição parcial, isto é, considera-se como parte de uma proposição determinada. Um formulário mais preciso pode, entretanto, ser desnecessário para muitas finalidades. A análise de uma proposição existencial, cujo conteúdo não possa ser expresso por uma disjunção finita, leva-nos ao

infinito. Similarmente, negando uma proposição geral, isto é, que se refere a símbolos numéricos arbitrários, expressa uma proposição do transfinito. Por exemplo, se a é um símbolo numérico, então $a + 1 = 1 + a$ é universalmente verdadeiro, sendo na nossa perspectiva incapaz da negação finita. Veremos isto melhor se considerarmos que este resultado não pode ser interpretado como conjunção de muitas equações numéricas infinitas por meio de “e”, mas somente como julgamento hipotético que afirma algo para o caso, quando um símbolo numérico é apresentado. Consequentemente, não podemos discutir uma equação tal como a referida anteriormente, onde um símbolo numérico arbitrário ocorre. Tal argumento, sendo uma aplicação da lei do terceiro excluído, fica na pressuposição que o resultado da validade universal de tal equação é capaz de negação.⁹ Se permanecermos dentro do domínio das proposições finitas, temos, como regra, leis lógicas complicadas. A sua complexidade torna-se não maneável quando as expressões “tudo” e “existe” são combinadas e quando ocorrem em expressões dentro de outras. Em resumo, as leis lógicas que Aristóteles ensinou e que os homens usaram desde sempre, começaram a pensar-se que não se mantinham. O Filósofo ficou-se por uma semântica lógica na Analítica Prior, sem possibilidade de uma sintaxe. Poderíamos, naturalmente, desenvolver as leis lógicas que se mantêm para o domínio das proposições finitas. Mas não adiantaria nada desenvolver tal lógica, porque não queremos deixar de usar as leis da lógica de Aristóteles.

- 4 – Refira-se como $i = \sqrt{-1}$ foi introduzido para preservar, na forma mais simples, as leis da Álgebra (por exemplo, as leis sobre a existência e número das raízes de uma equação). Os factores ideais foram introduzidos para preservar as leis da divisibilidade para todos os números algébricos (por exemplo, um divisor ideal comum para os números 2 e $1 + \sqrt{-5}$ foram introduzidos, embora tal divisor não existe) e similarmente para manter as regras formais simples da lógica ordinária de Aristóteles ao suplementar as proposições finitas com proposições ideais. É um pouco irónico que os métodos dedutivos, que Kronecker atacou, sejam as contrapartes exactas de que Kronecker admirou tão entusiasticamente no trabalho de Kummer na Teoria dos Números, considerando-se como realização mais elevada da Matemática.¹⁰

É notável também como facto prometededor que para obter proposições ideais necessitamos somente, para continuar numa forma natural e óbvia, do desenvolvimento que a teoria dos fundamentos se tem submetido. Certamente, devemos aperceber-nos que mesmo a matemática elementar vai além do ponto de vista da intuitiva Teoria dos Números, como a temos interpretado. Não inclui o método da computação algébrica com letras. As fórmulas foram usadas exclusivamente para uma comunicação da Teoria dos Números. As letras traduzem símbolos numéricos. Na Álgebra, consideramos expressões contendo letras como estruturas independentes que formalizam teoremas materiais da Teoria dos Números. No lugar das proposições sobre símbolos numéricos, temos fórmulas que são elas mesmas os objectos concretos do estudo intuitivo.

9 Cf. KREISEL G., KRIVINE J.L., *Éléments de Logique Mathématique*, Paris, Dunod, 1967, 18–26.

10 Cf. BAKER A., *Transcendental Number Theory*, Cambridge, University Press,, 1975, 24, 48, 53.

No lugar da prova material do número teórico, temos a derivação de uma fórmula, através de outra, de acordo com regras determinadas. Daqui, como vemos na Álgebra, ocorre uma proliferação de objectos finitos. Até agora os únicos objectos eram os símbolos numéricos como 1, 11, ..., 11111. Só estes eram os objectos do tratamento material. Mas a prática matemática vai mais além, mesmo na Álgebra. Certamente, mesmo quando do nosso ponto de vista finito uma fórmula é válida relativamente ao que significa, por exemplo,

$$a + b = b + a$$

onde a e b são símbolos numéricos particulares. Não obstante, preferimos não usar esta forma de comunicação, mas substituí-la pela fórmula:

$$a + b = b + a$$

Esta última fórmula não está em nenhuma comunicação imediata de alguma coisa com significado. Será simplesmente uma determinada estrutura formal, cuja relação às últimas proposições finitas serão:

$$2 + 3 = 3 + 2,$$

$$5 + 7 = 7 + 5,$$

consiste no facto de que, quando a e b são substituídos na fórmula pelos símbolos numéricos 2, 3, 5, 7, as proposições finitas são obtidas. Assim, concluímos que a , b , $=$, $+$, assim como toda a fórmula $a + b = b + a$, não significam nada sozinhas e não mais do que os símbolos numéricos. Ainda assim podemos derivar dessa fórmula outras fórmulas a que atribuímos o significado, ou seja, interpretando-as como comunicações de proposições finitas. Generalizando esta conclusão, concebemos a matemática como suporte de dois tipos de fórmulas. Primeiramente, aquelas a que as comunicações importantes de proposições finitas correspondem; e, em segundo, outras fórmulas que não significam nada e que são as estruturas ideais de uma teoria. Em Matemática encontramos proposições finitas que contêm apenas símbolos numéricos, por exemplo:

$$3 > 2, 2 + 3 = 3 + 2, 2 = 3,$$

que do nosso ponto de vista finito são imediatamente intuitivas e percebidas sem recurso a qualquer outra coisa. Estas proposições podem ser negadas verdadeira ou falsamente. Pode-se aplicar a lógica de Aristóteles sem restrições, sem ter precauções especiais. O princípio da não-contradição mantém-se para elas, isto é, a negação de uma destas proposições e da própria proposição não podem ser ambas verdadeiras. *Tertium non datur* mantém-se para elas, isto é, uma proposição ou a sua negação é verdadeira. Para dizer que uma proposição é falsa, será equivalente dizer que a sua negação é verdadeira. Em adição a estas proposições elementares, que não apresentam problemas, também encontramos mais proposições finitas. Surgem proposições finitas que não poderiam ser divididas em proposições parciais. Finalmente, introduzimos proposições ideais, para que as leis ordinárias da lógica se mantivessem universalmente. Mas como estas proposições ideais, ou seja, as fórmulas não significam nada,

dado que não expressam proposições finitas e as operações lógicas não podem ser materialmente aplicadas, enquanto elas podem ser proposições finitas. É, assim, necessário formalizar as operações lógicas e as provas matemáticas. Esta formalização implica traduzir relações lógicas em fórmulas. Daqui, em adição aos símbolos matemáticos, devemos também introduzir símbolos lógicos.

Além das variáveis matemáticas a, b, c, \dots vamos ter também variáveis lógicas, ou seja, variáveis proposicionais A, B, C, \dots ¹¹ Felizmente a mesma preestabelecida harmonia que observamos como operativa na história do desenvolvimento da ciência, que ajudou Einstein, dando-lhe o cálculo invariante já totalmente desenvolvido para a teoria gravitacional, vem também à nossa cabeça. Encontramos o cálculo lógico já trabalhado com certo avanço. Para falar a verdade, o cálculo lógico foi desenvolvido originalmente de um ponto de vista completamente diferente. Os símbolos lógicos foram originalmente introduzidos a fim de se transmitir conhecimento. Ainda é consistente com o nosso ponto de vista finito negar todo o significado aos símbolos lógicos, tal como negamos o significado aos símbolos matemáticos e declarar que as fórmulas do cálculo lógico são proposições ideais que não significam nada sozinhas. Possuímos, no cálculo lógico, uma linguagem simbólica que poderá transformar proposições matemáticas em fórmulas e expressar a dedução lógica por meio de procedimentos formais. Em analogia à transição da Teoria de Números material à Álgebra formal, tratamos agora os sinais e os símbolos de operação do cálculo lógico pela abstracção do seu significado. Assim obtemos finalmente, em vez do conhecimento matemático material que é comunicado na língua ordinária, apenas um conjunto de fórmulas contendo os símbolos lógicos que são gerados sucessivamente de acordo com certas regras. As regras onde as fórmulas são derivadas de outras, correspondem à dedução material. A dedução material é substituída por um procedimento formal governado por regras. A transição rigorosa de um tratamento simplista para um formal é efectuada. Consequentemente, para ambos os axiomas (que mesmo assim é visto ingenuamente como verdades básicas, têm sido tratados por muito tempo na axiomática moderna como meras relações entre conceitos) e para o cálculo lógico foi suposto originalmente para ser uma língua diferente. Certas fórmulas que servem como base para a construção da estrutura formal da matemática são chamados de “axiomas”.¹²

- 5 – No aspecto filosófico, a expressão da sucessão dos números naturais não apresenta um fim, visto que depois de cada “número natural” há outro (sucessor primário) onde esta sucessão possui infinitos elementos. Com efeito, a sucessão dos números naturais constitui o exemplo mais simples do que chamamos o infinito matemático. Pode considerar-se que se trata de um “infinito potencial” – por maior que seja um número natural, há sempre outro depois dele – por oposição ao chamado “infinito actual”, conceito que intervém sempre que, num raciocínio haja que atender “simultaneamente” a todos os elementos de um conjunto não finito. Assim, os dois graus analógicos de “infinito” possuem um elemento comum, no âmbito da quantidade abstracta, referindo-se como propriedade formal de um conjunto finito devido à sucessão numérica.

11 Cf. LEWIS C.I., LANGFORD H., *Symbolic Logic*, 2^o edition, New York, Dover, 1939, 10–16.

12 Cf. POPPER K., “New Foundations for Logic”, in: *Mind*, 56–57, 1947, 48.

A existência do “infinito actual” (aleph-zero) tem sido objecto de alguma contestação quer para filósofos, quer para matemáticos. Na verdade, foi sempre um conceito que dominou toda a Matemática, tendo desempenhado um grande papel importante a moderna teoria dos conjuntos criada por Cantor.¹³

Assim, afirmações como o todo é maior (>) do que as partes, que valiam para conjuntos finitos, deixaram de ter sentido para conjuntos, que são “infinitos”, precisamente como resultado de novas definições. Mas, o uso não orientado do conceito de conjunto depressa conduziu a alguns paradoxos, sendo o primeiro apresentado por Russel, em 1901, que obrigara a outra revisão crítica dos fundamentos da Matemática, com o objectivo de encontrar para o raciocínio formal, uma base lógica que se possa mostrar isenta de contradições. Na linha de uma reflexão sobre o “infinito”, quando D. Hilbert julgava estar à beira de provar a consistência da Aritmética, surgiu, em 1931, o teorema de Gödel a mostrar que se uma teoria é não contraditória e admite um modelo, que contenha o sentido formal do infinito e da aritmética elementar, então existem, nessa teoria, proposições que não são “decidíveis”, quer dizer: nem demonstráveis nem refutáveis. Daqui o interesse do infinito no sentido lógico e no domínio da gnoseologia.¹⁴ Com efeito, em 1963, chegou-se à conclusão que, tal como foram possível criar no século XIX geometrias não-euclidianas, não aceitando o quinto postulado das rectas paralelas de Euclides, também será possível desenvolver uma teoria não-cantoriana dos conjuntos, alterando um dos axiomas da teoria o chamado “axioma da escolha”, o qual poderá ser substituído pela negação da hipótese do contínuo. Mas, se a intuição criadora continuará a ser um elemento vital de toda a Matemática, não menos o será no caso do Infinito.¹⁵ Tal como o contínuo e a densidade, que tem a ver com a extensão formal da Teoria dos Conjuntos, também o infinito é uma propriedade formal do número. Desde os números naturais até aos complexos esta qualidade está presente (secundária), porque existe formal e transcendentalmente no pensamento do matemático, podendo ou não fundamentar-se na realidade. Para uma adequada noção de infinito e para uma reflexão sobre as relações entre o finito e o infinito seria necessária uma filosofia que conjugasse as proposições de Platão, Aristóteles, Plotino e S. Tomás de Aquino, N. de Cusa e da filosofia do espírito, que unisse a participação, a causalidade, a analogia e a teoria do acto e da potência. Só uma autêntica metafísica do acto de ser resolveria as antinomias aparentes e mostraria que a transcendência da acção humana implica, no seu movimento, a transcendência metafísica do acto de ser. Além do horizonte que a Matemática nos abre sobre o infinito, necessariamente surgem as perspectivas necessárias, para os aspectos ontológicos e gnoseológicos, que afectam o mundo do “Infinito”.¹⁶ O matemático de Koenigsberg colocou, de forma adequada, as relações entre lógica e a matemática e seguiu de perto o pensamento do filósofo de Koenigsberg (1724–1804), ao afirmar que a matemática não se fundamenta somente na lógica. Fala-nos de uma lógica conectiva – *inhaltliche*

13 Cf. KURATOWSKI K., MOSTOWSKI A., *Set Theory*, Amsterdam, North-Holland Publishing, 1968, 61, 68, 86, 169, 173, 179, 182, 188, 191, 195, 206.

14 Cf. GONSETH F., *Philosophie mathématique*, Paris, Hermann, 1939, 25–27.

15 Cf. KAUFMANN F., *Das Unendliche in der Mathematik und sein Ausschaltung*, Wien, Deuticke, 1930, 40–68.

16 Cf. MANNO A.G., *Filosofia della Matematica, natura e fondamento della matematica*, Milano, Marzorati, 1972, 196–198.

logik – ou de uma “lógica real” que assegure a exactidão da nossa dedução. A matemática não poderá ser somente fundamentada pela lógica, mas necessita dos fundamentos gnoseológicos e ontológicos, para caracterizar ora o valor e limites das proposições formais, ora o grau de perfeição ou o existir das mesmas. Finalmente, dizer que Hilbert termina por salientar que o “infinito matemático” (potencial e actual) se apresenta como a ideia orientadora no sentido kantiano. Assim, Hilbert optou pelo “formalismo” em Matemática perante o logicismo e o intuicionismo.¹⁷

CONCLUSÃO

Quando Cantor descobriu os números transfinitos, chamados números de segunda classe, a pergunta que se levantou imediatamente, é se este método transfinito de contagem permite definir conteúdos conhecidos da outra parte que não são contáveis em sentido ordinário. Se os pontos de um intervalo, isto é, os números reais, podem ser contados por meio de uma tabela dada previamente então surgirá o famoso problema do contínuo que Cantor colocou. Embora alguns matemáticos pensassem que poderiam dispor deste problema, negando a sua existência, as seguintes observações mostram quão errado eles estavam: o problema da continuidade é ajustado fora de outros problemas pela sua beleza. Mais, oferece a vantagem sobre outros que reúnem estas duas qualidades: por um lado, métodos novos são requeridos para a sua solução, desde que métodos velhos não resolvam, por outro, a solução própria é de grande importância por causa dos resultados a serem obtidos. Nem existe na natureza nem fornece uma base legítima para o pensamento racional. Contrariamente às antigas aspirações de Frege e de Dedekind, adquirimos a convicção de que, como condição prévia à possibilidade, são indispensáveis certas representações e certos juízos intuitivos de que a lógica sozinha não é suficiente.

¹⁷ Cf. MANNO A.G., *Filosofia della Matematica*, 206–207.



Paweł Czarnecki

Faculty of Aeronautics, Technical University of Košice, Slovakia

Profilaktyka i działania profilaktyczne w teorii pracy socjalnej / *Prevention and prevention's activities in the theory of social work*

Summary

The purpose of social work is to solve already existing social problems and take preventive measures. The term 'social prevention', like 'social work', has two basic meanings. First, it means all activities that do not create problems that require intervention by social assistance institutions; secondly, the field of science (discipline within sociology), the subject of which is these activities, and the goal of finding optimal methods and techniques to prevent the emergence of social pathologies.

Key words: prevention, social work.

Celem pracy socjalnej jest zarówno rozwiązywanie już istniejących problemów społecznych, jak i podejmowanie działań prewencyjnych. Termin „profilaktyka społeczna”, podobnie zresztą jak „praca socjalna”, ma dwa podstawowe znaczenia. Po pierwsze, oznacza on ogół działań, w wyniku których nie powstają problemy wymagające interwencji ze strony instytucji pomocy społecznej¹; po drugie, dziedzinę nauki (dyscyplinę w obrębie socjologii), której przedmiotem są owe działania, a celem znalezienie optymalnych metod i technik pozwalających zapobiegać powstawaniu patologii społecznych.

Wyodrębnienie dyscypliny badawczej, która zajmowałaby się przyczynami problemów społecznych oraz poszukiwałaby sposobów eliminowania tych przyczyn,

1 W języku potocznym pojęcie „profilaktyka” oznacza „działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom. Ogólnie: stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof itp.” *Mały Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1997. Z kolei według w pedagogice społecznej profilaktyka to ogół działań zapobiegających negatywnym zjawiskom w rozwoju i zachowaniu się jednostek i grup społecznych. Por. W. Okoń, *Słownik Pedagogiczny*, PWN, Warszawa 1992, s. 228.

wynika z faktu, iż dziedziny zajmujące się zblizoną problematyką ujmują jedynie jej niektóre aspekty. Stosunkowo najpełniej badaniem przyczyn problemów społecznych zajmuje się pedagogika społeczna oraz teoria pracy socjalnej, jednak skuteczne oddziaływanie profilaktyczne wymaga spójnego współdziałania także w tych płaszczyznach życia społecznego, które nie stanowią domeny tych dwóch dziedzin, takich jak edukacja, służba zdrowia, resocjalizacja, środki masowego przekazu itp. Poszukiwaniem metod zapobiegania negatywnym zjawiskom społecznym zajmują się ponadto takie dziedziny wiedzy, jak teoria resocjalizacji, psychologia, socjologia itd. Każda z tych dyscyplin bada jednak, jak wspomniałem, tylko pewne aspekty owych negatywnych zjawisk, gdy tymczasem rzeczywistość społeczna nie składa się z obszarów odpowiadających przedmiotom badania tych poszczególnych nauk, lecz stanowi spójny zbiór czynników, które oddziałują na jednostki i grupy społeczne jednocześnie, wzajemnie się warunkując i modyfikując.

Fakt ten sprawia, że nie znamy obecnie wszystkich przyczyn powodujących występowanie dysfunkcji społecznych, a tym samym nie jesteśmy w stanie skutecznie im przeciwdziałać. Ogólnie rzecz biorąc, do dysfunkcji społecznych dochodzi z powodu spłotu czynników o charakterze psychologicznym, społecznym i ekonomicznym, dlatego podejmując działania profilaktyczne należy brać pod uwagę wszystkie te obszary jednocześnie. Pamiętać jednakże należy, że wszelkie prognozy dotyczące oddziaływania tych czynników mają charakter statystyczny, tzn. odnoszą się do całych populacji, nie zaś do jednostek czy grup, których uczestnicy powiązani są ze sobą bezpośrednimi relacjami.

Cechą szczególną profilaktyki jest fakt, iż nie dąży ona do wprowadzenia pozytywnych zmian w rzeczywistości społecznej, a jej celem jest utrzymanie stanu aktualnego, uznawanego za zadowalający. Ma ona z jednej strony nie dopuścić do pojawienia się zjawisk czy cech uznawanych za negatywne, a z drugiej utrzymać zjawiska czy cechy uznawane za pozytywne². Ponadto celem profilaktyki społecznej jako ogółu działań zapobiegających negatywnym zjawiskom społecznym jest z jednej strony niedopuszczenie do powstawania patologii, które jeszcze nie istnieją, zachodzi zaś istotne prawdopodobieństwo ich wystąpienia, z drugiej natomiast przeciwdziałanie nasileniu się już istniejących patologii. Dlatego przed wprowadzeniem w życie działań profilaktycznych należy rozstrzygnąć, jakie zjawiska i cechy uznaje się za negatywne, a jakie za pozytywne. Konieczne jest również określenie dziedziny działania, tzn. wskazanie obszarów zagrożonych powstaniem negatywnych stanów rzeczy. Określenie tej dziedziny opiera się na prognozowaniu procesów, które jeszcze nie nastąpiły, dlatego w profilaktyce społecznej niezwykle istotna jest umiejętność przewidywania przyszłych zdarzeń. Odrębną sferę profilaktyki społecznej, w której praca socjalna ma do odegrania zasadniczą rolę, stanowi zatem diagnostyka zagrożeń umożliwiająca opracowywanie i wdrażanie programów profilaktycznych.

Przed przystąpieniem do działań profilaktycznych musimy zatem odpowiedzieć na pytanie, czemu zamierzamy zapobiegać i w jakim obszarze rzeczywistości społecznej. Drugą równie ważną kwestią jest pytanie, jak należy zapobiegać, a więc pytanie

2 Zauważyć tu jednak należy, że zanikanie pozytywnych zjawisk i cech jest równoznaczne ze zmianami na gorsze, dlatego w dalszej części pracy mówić będziemy o profilaktyce jako działaniach zapobiegających takim właśnie negatywnym zmianom. Zgodnie z terminologią używaną w literaturze przedmiotu ogół tych negatywnych zmian określać będziemy mianem dysfunkcji społecznej lub patologii społecznej.

o metody profilaktyki. Zanim jednak przejdziemy do omówienia metod profilaktyki, warto poświęcić kilku słów podstawowym klasyfikacjom działań profilaktycznych. W literaturze spotyka się wiele różnych klasyfikacji, tu jednak zwrócimy uwagę jedynie na kilka najczęściej stosowanych. I tak według J. Kwaśniewskiego wyróżnić możemy profilaktykę kreatywną, polegającą na utrzymaniu i wzmacnianiu postaw akceptowanych społecznie, oraz profilaktykę defensywną, służącą blokowaniu i eliminowaniu postaw społecznie nieakceptowanych. Innymi słowy, profilaktyka polegać może na wzmacnianiu zachowań i postaw pozytywnych i sposób reagowania zgodnych ze społecznie akceptowanymi normami lub też na blokowaniu zachowań i postaw negatywnych³.

W tym drugim przypadku profilaktyka zmierzać może bądź do eliminowania czynników sprzyjających niedostosowaniu społecznemu bądź też do wspomagania sił witalnych jednostki, tak aby stała się ona niepodatna na wpływ tych czynników. Chodzi tu w głównej mierze o zaspokojenie podstawowych potrzeby społecznych jednostki, takich jak potrzeba przynależności lub potrzeba sukcesu. Przykładem działań ułatwiających zaspokojenie potrzeb jest organizowanie różnego rodzaju zajęć pozaszkolnych dla młodzieży (sportowych, artystycznych itp.). Zajęcia te mogą odbywać się w grupach, które powstają z inicjatywy pracownika socjalnego lub tworzą się spontanicznie. Działania te oparte są na założeniu, że jednostki postępują w sposób ryzykowny dla siebie i swego otoczenia (np. sięgają po alkohol lub narkotyki) z powodu niemożności rozwoju w określonych sferach życia. Metoda ta jest skuteczna przede wszystkim w pracy z dziećmi i młodzieżą, nie ogranicza się też bynajmniej do środowisk zagrożonych patologiami. Jej największą zaletą jest relacja kosztów (ekonomicznych, personalnych) do uzyskanych rezultatów⁴.

W zależności od celów działania profilaktyczne można podzielić na trzy grupy. Do grupy pierwszej należą działania zapobiegające degradacji psychofizycznej (np. opieka zdrowotna), skierowane do całej społeczności, nie zaś jedynie do środowisk zagrożonych patologiami społecznymi. Drugą grupę stanowią działania, których celem jest diagnozowanie przypadków niedostosowania społecznego na wczesnym etapie, zanim jeszcze pojawią się objawy patologii. Wreszcie do trzeciej grupy zaliczyć należy działania zapobiegające lub łagodzące negatywne skutki społeczne patologii. Z punktu widzenia pracy socjalnej szczególnie ważna jest grupa druga i trzecia. Praca socjalna jest tutaj skierowana do społeczności szczególnie narażonych na patologie (grupy wysokiego ryzyka) oraz do grup społecznych i jednostek, u których występują już przejawy niedostosowania społecznego. W pracy z osobami niedostosowanymi społecznie działania profilaktyczne należy łączyć z pracą terapeutyczną⁵.

Możliwy jest też klasyfikacja profilaktyki społecznej ze względu na metodę oddziaływania. Podstawową metodą jest działalność informacyjna dotycząca istoty patologii mechanizmów jej powstawania, skutków dla jednostki i społeczeństwa itd. Przekonanie o skuteczności informowania w walce z patologiami opiera się na założeniu,

3 J. Kwaśniewski, *Profilaktyka społeczna: związki ze stylami polityki społecznej oraz implikacje dla nauki*, „Prace IPSiR UW 1978. T. 3 Zachowania dewiacyjne i kierunki oddziaływania”.

4 Por. S. Górski, *Profilaktyka społeczna*, „Oświata i Wychowanie” 1986, nr 40, s. 14 i nast. Warto tu zauważyć, że z ekonomicznego punktu widzenia profilaktyka jest o wiele mniej kosztowna niż działania terapeutyczne i rekompensujące.

5 Profilaktyka różni się od terapii tym, iż nie ma ona charakteru reaktywnego, tzn. podejmuje się badania zanim jeszcze nastąpią niepożądane stany rzeczy. Por.

że ludzie podejmują zachowania ryzykowne ze względu na brak wiedzy o ich możliwych skutkach. Równie ważne są działania wychowawcze, takie jak kształtowanie umiejętności komunikowania się z grupą, samooceny, samokontroli, rozwiązywania konfliktów, podejmowania decyzji i brania na siebie odpowiedzialności. Kształcenie umiejętności opiera się z kolei na przekonaniu, że wiedza o szkodliwych skutkach pewnych zachowań nie jest wystarczająca, ponieważ nawet osoby dysponujące wiedzą podejmują takie zachowania z powodu braku wystarczających kompetencji społecznych⁶.

Ze względu na rodzaj podmiotu, do którego skierowane są działania profilaktyczne, wyodrębnić możemy profilaktykę skierowaną do dzieci i młodzieży, osób dorosłych, społeczności i środowisk lokalnych. Z kolei według kryterium stopnia zagrożenia patologiami profilaktykę można podzielić na działania skierowane do grup niskiego ryzyka, np. wszystkich uczniów w szkole (profilaktyka uniwersalna). Celem tych działań jest głównie informowanie o zagrożeniach i rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach ryzykownych. W pracy socjalnej działania tego rodzaju podejmuje się przede wszystkim w pracy z grupami i społecznościami. Odrębną grupę, do której skierowana są działania zapobiegające patologiom, stanowią osoby podwyższonego ryzyka, a więc takie, u których wystąpiły już pierwsze objawy niedostosowania społecznego (profilaktyka selektywna). Ponieważ u tej grupy dysfunkcje już występują, celem profilaktyki jest ograniczenie ich czasu trwania oraz zmniejszenie szkód dla jednostki i jej otoczenia spowodowanego przez zachowania dysfunkcyjne. Są to głównie działania o charakterze terapeutycznym, podejmowane przez pedagogów, psychologów, nauczycieli, rzadziej przez pracowników socjalnych. I wreszcie trzecią grupę stanowią jednostki, u których dysfunkcje społeczne już się rozwinęły, np. osoby uzależnione od alkoholu (profilaktyka wskazująca)⁷. W pracy socjalnej z osobami z tej grupy profilaktyka stanowi jeden z elementów całego szeregu działań, a jej celem jest zapobieżenie powtórzeniu się niedostosowania społecznego po zakończeniu innych działań.

W odróżnieniu od profilaktyki uniwersalnej skuteczna profilaktyka wskazująca wymaga specjalistycznego przygotowania, co oznacza, że pracownicy socjalni powinni dysponować wiedzą z zakresu profilaktyki społecznej. Jest to wiedza z zakresu psychologii, która pozwala uniknąć błędów w trakcie wdrażania programów profilaktycznych⁸, jak i wiedza z zakresu profilaktyki społecznej jako teorii, a więc aktualnych koncepcji, wyników badań, metod przygotowywania, oceniania i wdrażania programów terapeutycznych itp. Niezbędna jest również wiedza o symptomach zagrożeń (np. fizjologicznych i behawioralnych objawach zażycia narkotyku) oraz o substancjach odurzających często zażywanych w danym środowisku. Ponadto

6 Z. Gaś, *Profilaktyka uzależnień*, WSiP, Warszawa 1993, s. 14 i nast.

7 W literaturze z zakresu pedagogiki społecznej można spotkać się z określeniami „profilaktyka uprzedzająca”, „objawowa”, „powstrzymująca” i „kreatywna”. Powszechnie używa się również określeń „profilaktyka pierwszorzędowa” (skierowana do całych społeczności), „drugorzędowa” (skierowana do grup o podwyższonym ryzyku dysfunkcji) i „trzeciorzędowa” (skierowana do jednostek obciążonych rozwiniętymi patologiami). Por. M. Deptuła, *Specyfika oddziaływań wspomagających rozwój społeczny inspirowany psychologią humanistyczną*, w: *Opieka i wychowanie w rodzinie*, pod red. Cz. Kępińskiego, UMCS, Lublin 2003, s. 39 i nast.

8 Pracownicy socjalni mogą korzystać z gotowych programów profilaktycznych. Niektóre z nich wymienia B. Woynarowska. Por. też, *Profilaktyka*, hasło w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, pod red. T. Pilcha, Wydawnictwo „Zak” Warszawa 2005

pracownicy socjalni powinni zapoznawać się, a w miarę możliwości sami prowadzić na swoim terenie badania ankietowe na temat najważniejszych dysfunkcji i zachowań ryzykownych. W diagnostyce służącej działaniom profilaktycznym należy rzecz jasna wykorzystywać również pozostałe narzędzia stosowane w „zwykłej” pracy socjalnej: wywiad, rozmowę, obserwację, analizę dokumentacji, konsultacje ze specjalistami z innych dziedzin itd.

Z punktu widzenia społeczeństwa jako całości praca socjalna może być postrzegana jako działanie z dziedziny profilaktyki społecznej. Łagodzenie problemów życiowych osób, które nie radzą sobie o własnych siłach, skutkuje wszakże zmniejszeniem skali patologii społecznych, a tym samym przyczynia się do poprawy stanu całego społeczeństwa. Celem pracy socjalnej jest nie tylko zaspokojenie potrzeb bytowych i pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z codziennym funkcjonowaniem w środowisku społecznym, lecz także kształcenie umiejętności radzenia sobie z problemami dnia codziennego, rozwiązywania konfliktów, wychowywania dzieci itd., kompetencje te zaś służą nie tylko rozwiązaniu problemów już istniejących, lecz także tych, które pojawiają się w przyszłości. Nawet opiekuńcza funkcja pracy socjalnej posiada aspekt profilaktyczny, jako że zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych jednostek przyczynia się do zmniejszenia się w społeczeństwie zjawisk patologicznych uwarunkowanych ubóstwem.

Warto tu zresztą zauważyć, że niektóre koncepcje pracy socjalnej kładą większy nacisk na wzmacnianie tych umiejętności, które pozwalają podopiecznym na zwiększenie kontroli nad własnym życiem (w przeciwieństwie do tych koncepcji i modeli pracy socjalnej, które największe znaczenie przypisują zaspokojeniu podstawowych potrzeb bytowych). Znaczenie profilaktyki społecznej w poszczególnych koncepcjach pracy socjalnej można więc potraktować jako kryterium służące klasyfikacji tych koncepcji.

Podkreślić również należy, że praca socjalna nie jest jedyną profesją zaangażowaną w profilaktykę społeczną. Prowadzenie działań o charakterze profilaktycznym należy również do obowiązków placówek dydaktycznych i wychowawczych, służby zdrowia, policji, wymiaru sprawiedliwości, samorządu terytorialnego organizacji pozarządowych, a nawet organizacji religijnych. Skuteczna profilaktyka możliwa jest wówczas, gdy działania tych wszystkich instytucji przebiegają w sposób skoordynowany i harmonijny. Dlatego tak ważne w edukacji do pracy socjalnej jest kształcenie umiejętności współpracy z przedstawicielami innych instytucji i organizacji zajmującymi się różnymi aspektami problemów społecznych.

Ponadto, jeżeli potraktujemy pracę socjalną jako ciąg następujących po sobie, uporządkowanych działań, to profilaktyka okazuje się być jednym z jej zasadniczych etapów (obok ratownictwa, opieki i pomocy). W niektórych przypadkach wszystkie funkcje pracy socjalnej następują po sobie, często jednak niektóre występują w formie szczątkowej lub nie występują w ogóle (np. ratownictwo). Z tego punktu widzenia interwencję profilaktyczną możemy potraktować jako rodzaj pracy socjalnej zredukowanej jedynie do jednego etapu.

Podobnie jak pozostałe funkcje pracy socjalnej, także funkcja profilaktyczna obejmuje pracę z przypadkiem, pracę z grupą oraz pracę ze społecznością. W pracy z przypadkiem podstawowym celem, obok rozwiązania doraźnych problemów

bytowych, jest doprowadzenie podopiecznego do stanu, w którym będzie on zdolny do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Tymczasem, jak zauważa C. de Robertis, możliwość regresu i powrotu do wcześniejszego stylu życia należy do podstawowych zagrożeń związanych z zakończeniem pracy z przypadkiem, ponieważ niektórzy podopieczni po zakończeniu kontraktu socjalnego tracą zdolność do wykonywania zadań, których wykonywanie nie sprawiało im trudności pod okiem pracownika socjalnego. Możliwość regresu istnieje również w pracy z grupą, w której po wycofaniu się pracownika socjalnego mogą powrócić zażegnane już konflikty. Regres ów, pisze autorka, stanowi wyraz obawy przed przyszłością spowodowanej utratą bezpieczeństwa, jaka dawała opieka pracownika socjalnego⁹.

Profilaktyka w codziennej pracy socjalnej sprowadzać się zatem powinna do takiego kierowania relacją z podopiecznymi, dzięki której po zakończeniu kontraktu socjalnego podopieczni nie utracą zdolności panowania nad własnym życiem. Dlatego zakończenie pracy z podopiecznym powinno być poprzedzone działaniami przygotowującymi go do samodzielnego funkcjonowania. Służy temu m. in. zmniejszanie częstotliwości kontaktów w miarę zbliżania się momentu zakończenia współpracy, poinformowanie podopiecznego o reakcjach emocjonalnych, które mogą u niego wystąpić po zakończeniu kontaktu, zwrócenie uwagi na postępy, jakich dokonał podopieczny w okresie współpracy z pracownikiem socjalnym, a także udzielenie informacji o działających na danym obszarze instytucjach, z których pomocy podopieczny może skorzystać w razie pojawienia się problemów przerastających jego możliwości¹⁰. Wszystkie te zabiegi nie służą bezpośrednio przemianie podopiecznego, a ich celem jest zapobieżenie ponownemu powstawaniu rozwiązanych już problemów, są to więc *de facto* działania profilaktyczne.

Oprócz działań zapobiegających powtórzeniu się określonych problemów w pracy socjalnej podejmuje się także działania o charakterze czysto profilaktycznym, zmierzające do zapobieżenia negatywnym procesom, który jeszcze nie zaistniały. „Prewencja (w pracy socjalnej, przyp. aut.) – piszą R.A. Skidmore i M.G. Thackeray – polega na tym, aby zachować wazon w całości, nie zaś sklejać go z kawałków. Interesuje się ona utrzymaniem zintegrowanego i dojrzałego funkcjonowania osobności i stosunków międzyludzkich, a nie sklejanem połamanych ludzkich odruchów”¹¹. Charakter prewencyjny mają z pewnością wszelkie działania o charakterze edukacyjnym i wychowawczym. Np. dostarczenie osobie uzależnionej lub zagrożonej uzależnieniem informacji o rozwoju uzależnienia i sposobach walki z nim w niektórych przypadkach sprawia, iż osoba ta decyduje się na zmianę trybu życia, skutkiem czego nie dochodzi do rozwinięcia się dalszych stadiów uzależnienia. Pracownicy socjalni mają też do odegrania kluczową rolę jeśli chodzi o wykorzystanie środków przeznaczanych na realizację programów antyalkoholowych, tworzenie środowisk wspierających osoby uzależnione, oddziaływanie na opinie władz różnego szczebla, składanie propozycji zmian prawnych itp. Ogólnie rzecz biorąc, pracownicy socjalni powinni występować jako rzecznicy reprezentujący interesy osób dotkniętych lub zagrożonych dysfunkcjonalności społeczną.

9 Por. C. de Robertis, *Metodyka działania w pracy socjalnej...*, s. 287.

10 Tamże, s. 289 i nast.

11 R.A. Skidmore i M.G. Thackeray, *Wprowadzenie do pracy socjalnej...*, s. 324.

Jednym z obszarów, na których powinna być realizowana tak pojęta profilaktyka, jest system pomocy społecznej: im system ten funkcjonuje sprawniej i im bardziej racjonalnie jest zorganizowany, tym większa jest ilość jednostek i grup, do których pracownicy socjalni są w stanie dotrzeć na wczesnym etapie rozwoju dysfunkcji społecznych. Wymiar profilaktyczny ma również teoria pracy socjalnej i pedagogiki społecznej, których ostatecznym celem nie jest przecież gromadzenie wiedzy na temat praktyki pracy socjalnej, lecz poszukiwanie optymalnych metod niesienia pomocy. Odkrywając przyczyny problemów społecznych oraz poszukując sposobów ich rozwiązywania nauka przyczynia się bez wątpienia do zapobieżenia nasilaniu się negatywnych zjawisk społecznych.

Funkcję profilaktyczną pełni również animacja społeczna, której celem w pracy socjalnej jest przede wszystkim aktywizowanie jednostek, grup i społeczności¹². Animacja ułatwia adoptowanie się do zmian społecznych, zwiększa umiejętności społeczne, w tym również takie, które ułatwiają rozwiązywanie problemów (negocjowanie, zawieranie kompromisów, komunikowanie), ułatwia integrację z grupą, integruje społeczności lokalne, aktywizuje do pracy na rzecz dobra wspólnego, ułatwia kontakt z szeroko rozumianą kulturą itd. Znaczenie animacji społecznej stale wzrasta i wzrastać będzie nadal wraz z rozpadem tradycyjnych relacji społecznych, atomizowaniem się społeczności i powstawaniem społeczeństwa masowego.

Do zadań pracowników socjalnych związanych z profilaktyką należy również informowanie społeczeństwa o celach i znaczeniu pracy socjalnej. W Polsce panuje obecnie przekonanie, że rola pracowników socjalnych sprowadza się do opieki nad osobami z marginesu społecznego. Przekonanie to jest do pewnego stopnia słuszne w odniesieniu do obecnego modelu opieki społecznej, jeżeli jednak praca socjalna ma w naszym kraju odgrywać rolę porównywalną do tej, jaką spełnia w krajach bardziej rozwiniętych, wówczas model ten należy zreformować. Z tego punktu widzenia wszelkie reformy zwiększające zakres pracy socjalnej i jej rolę w społeczeństwie należy traktować jako działania z zakresu profilaktyki społecznej.

Pamiętać też należy, że w naszym społeczeństwie występują obecnie problemy, które w okresie PRL nie istniały, a którym praca socjalna powinna przeciwdziałać także w ramach profilaktyki. Zastąpienie gospodarki centralnie planowanej przez gospodarkę opartą na wolnym rynku stały się źródłem frustracji i poczucia obniżenia statusu społecznego u znacznej części społeczeństwa. Pojawiło się zjawisko rozwarstwienia społecznego, które, choć występuje we wszystkich krajach rozwiniętych, w Polsce jest szczególnie duże i wciąż się zwiększa. Ponieważ rozwarstwienie jest jedną z głównych przyczyn problemów społecznych, zadaniem polityki społecznej powinni być zapobieganie jego pogłębianiu się i łagodzenie jego skutków. Jednocześnie nie należy zapominać, że pojawianie się nowych problemów społecznych, takich jak bezrobocie, rozpad tradycyjnego modelu rodziny, społeczna izolacja osób niepełnosprawnych i starych, duża liczba osób uzależnionych od itd., stanowi wprawdzie konsekwencję przemian współczesnych społeczeństw, jednakże owym negatywnym zjawiskom towarzyszą również zjawiska pozytywne. Młodzi ludzie zagrożeni są wprawdzie bezrobociem, jednak ilość możliwości osobistego rozwoju i kariery zawodowej, jaka rozpościera się obecnie przed jednostką, jest bez porównania większa niż kiedykolwiek w historii.

12 J. Klimczak-Ziółek, *Animacja społeczna w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia*, w: *Praca socjalna wobec współczesnych problemów...*, s. 85.

Profilaktyka w pracy socjalnej nie może ograniczać się do którejś z tych metod (tzn. pracy z przypadkiem, pracy z grupą lub pracy ze społecznością), ponieważ zmiany w jednym obszarze pociągają za sobą skutki w dwóch pozostałych obszarach, które wzajemnie się wzmocniają. Dlatego optymalnym rozwiązaniem jest prowadzenie działań profilaktycznych zarówno w wymiarze jednostkom, jak i grupowym i społecznym. Ponadto patologie społeczne przejawiają się we wszystkich sferach funkcjonowania jednostki i grupy, dlatego również działania profilaktyczne powinny obejmować wszystkie te sfery (rodzinę, szkołę, zakład pracy, najbliższe środowisko itd.). Rolę animacji społecznej należy docenić szczególnie w Polsce, gdzie społeczności lokalne są słabo zintegrowane, a społeczeństwo obywatelskie, które w krajach o ugruntowanej demokracji opiera się jednak na wspólnotach lokalnych, nadal bardzo słabe¹³.

Profilaktyka społeczna obejmować powinna różne sfery życia społecznego (rodziny, szkoła, zakłady pracy) oraz do instytucje państwa (zmiana norm prawnych i zasad działania instytucji w celu lepszego zaspokajania potrzeb ludzi). Wydaje się jednak, że podstawową płaszczyzną, na której w praktyce realizuje się działania profilaktyczne, jest społeczność lokalna (co nie wyklucza rzecz jasna stosowania w profilaktyce metody indywidualnego przypadku, pracy z grupą oraz pracy ze społecznością). Jest tak z kilku powodów. Przede wszystkim sam charakter profilaktyki sprawia, iż opiera się ona na prognozach dotyczących możliwych zagrożeń, a formułowanie takich prognoz możliwe jest przede wszystkim w odniesieniu do większym grup ludzkich. Ponadto jedynie na poziomie społeczności lokalnych możliwa jest skuteczna integracja działań profilaktycznych wdrażanych przez instytucje państwowe i organizacje pozarządowe. Wreszcie po trzecie jedynie dla społeczności lokalnych można opracowywać długofalowe, wieloletnie strategie i programy profilaktyczne.

Profilaktyka może być wprawdzie skierowana do większych lub mniejszych grup (np. grup podwyższonego ryzyka lub osób już dotkniętych patologiami), jak jednak wspomniałem, wyodrębnienie takich grup i opracowanie dla nich programów profilaktycznych jest uzależnione od specyfiki poszczególnych społeczności lokalnych, toteż można owe programy „cząstkowe” traktować jako element strategii profilaktycznej skierowanej właśnie do społeczności lokalnych.

Ponadto należy pamiętać, iż w każdej grupie społecznej jest pewien odsetek osób obciążonych określonymi problemami. Profilaktyka drugo- i trzeciorzędowa nie dociera do jednostek zagrożonych lub już obciążonych patologiami, które nie należą do grup ryzyka, a oddziaływanie profilaktyki pierwszorzędowej na te osoby wydaje się być zbyt słabe. Dobrym przykładem jest tutaj narkomania wśród młodzieży w Polsce. Z badań wynika, że w latach dziewięćdziesiątych z narkotykami opiatowymi i nieopiatowymi (marihuana) zaczęła eksperymentować młodzież wywodząca się z tzw. dobrych domów, która stanowiła wzorzec do naśladowania dla młodzieży z rodzin gorzej sytuowanych materialnie¹⁴. Praca socjalna, która skupia się przede wszystkim na jednostkach i środowiskach najuboższych, nie jest rzecz jasna w stanie przeciwdziałać patologiom powstającym w rodzinach nie przejawiających skądinąd oznak dysfunkcyjności.

¹³ Por. tamże, s. 87 i nast.

¹⁴ Por. M. Watson, *Spoleczno-gospodarcze uwarunkowania narkomanii w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania” 1990, s. 148 i nast.

Konieczność pracy profilaktycznej obejmującej społeczność lokalną, a ostatecznie całe społeczeństwo wynika z faktu, że powstawaniu problemów w społecznym funkcjonowaniu jednostek sprzyjają zarówno cechy jednostkowe, jak i cechy środowiska. Profilaktyka zmierzać zatem powinna do wyeliminowania lub przynajmniej osłabienia szkodliwego oddziaływania obydwu tych rodzajów czynników. Wbrew pozorom trudno jest jednak precyzyjnie zidentyfikować wszystkie te czynniki, ponieważ podlegają one zmianom wraz z całym społeczeństwem. Do najważniejszych czynników sprzyjających powstawaniu dysfunkcji społecznych zalicza się na ogół niewłaściwe relacje rodzinne, błędy wychowawcze, niepowodzenia w szkole, przynależność do grup obarczonych patologiami społecznymi, eksperymentowanie z substancjami odurzającymi, zbyt wczesna inicjacja seksualna itp. Czynniki te mogą nakładać się na siebie, potęgując ryzyko wystąpienia problemów dostosowaniu społecznym¹⁵.

Działania o charakterze profilaktycznym powinny obejmować jednocześnie różne płaszczyzny aktywności człowieka (intelektualną, emocjonalną, społeczną, ekonomiczną), toteż przed przystąpieniem do działania konieczne jest opracowywanie tzw. programów profilaktycznych, czyli po prostu spójnych planów działań zapobiegających powstawaniu patologii społecznych w określonym środowisku. Realizowanie tego rodzaju projektów powinno w każdym przypadku stanowić element szerszego programu zmierzającego do przekształcenia rzeczywistości społecznej w pożądanym kierunku. Przygotowywanie i wdrażanie lokalnych programów profilaktycznych jest (a w każdym razie być powinno) jednym z zadań pracowników socjalnych¹⁶. Warto tu zauważyć, że wśród rutynowych zadań pracowników są już takie, które stanowią jednocześnie podstawę profilaktyki (np. diagnozowanie, skali i przyczyn ubóstwa oraz wykluczenia społecznego na danym terenie).

Idealny program profilaktyczny powinien być dostosowany do grupy lub społeczności lokalnej, w której będzie realizowany¹⁷. Charakterystyka podmiotu działań profilaktycznych, a więc potrzeb i deficytów grupy docelowej, stanowi pierwszy etap konstruowania programu. Na etapie tym należy przypisać zadania specjalistom z poszczególnych dziedzin (jeżeli program tego wymaga). Następnie określa się cele i metody działania, dzieląc proces realizacji programu na etapy oraz wyznaczając konkretne zadania i cele cząstkowe, które powinny zostać zrealizowane na każdym z etapów. Zwrócić należy uwagę, aby owe cząstkowe cele dawały się precyzyjnie zmierzyć, co ułatwi zarówno końcową ewaluację programu, jak i wprowadzanie korekt w zależności od aktualnych warunków realizacji programu. Ponadto konieczne jest wskazanie środków materialnych i niematerialnych (źródła finansowania, wsparcie ze strony władz lokalnych, wsparcie spoza lokalnej społeczności itd.) umożliwiających zrealizowanie programu. W następnej kolejności przygotować należy strategię oceny (pomiaru) programu profilaktycznego a także wskazać potencjalne trudności, na jakie napotkać może realizacja programu¹⁸. Z uwagi na możliwość wystąpienia różnego rodzaju trudności, konstruując plan, należy dopuścić możliwość pewnych

15 *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, pod red. G. Witkiewicz, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.

16 Program profilaktyczny różni się od typowego projektu socjalnego przede wszystkim tym, że przewidziane w nim działania są realizowane w długim okresie czasu, obejmującym niekiedy wiele lat.

17 Z. Gaś, *Psychoprofilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998, s. 25.

18 Z. Gaś, *Profilaktyka uzależnień*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993, s. 53 i nast.

odstępstw od założeń dotyczących realizacji celów cząstkowych, w przeciwnym bowiem razie może się okazać, że z uwagi na zbyt małą elastyczność niemożliwe stanie się dostosowanie programu do zmieniających się okoliczności. Ostatnią fazą jest ocena dokonywana według wcześniej przyjętej strategii, która powinna uwzględniać warunki realizacji programu oraz stosunek użytych środków do osiągniętych celów. Na każdym etapie należy prowadzić szczegółową dokumentację, dzięki której możliwe będzie ponowne wykorzystanie programu w innych społecznościach.

Skuteczny program profilaktyczny powinien spełniać kilka warunków. Przede wszystkim, jak wspomniałem, musi on być adekwatny do lokalnych warunków, co oznacza m. in., że w jego konstruowaniu powinni brać udział pracownicy socjalni, którzy najlepiej orientują się w skali i rodzaju zagrożeń na swoim terenie. W przygotowaniu programów profilaktycznych uczestniczyć mogą także nauczyciele, policjanci, lekarze, przedstawiciele środków masowego przekazu czy duchowni, a osoby, które w pracy zawodowej stykają się z szeroką gamą problemów społecznych występujących w danej społeczności. Programy te, jak wspomniałem, powinny odnosić się do różnych sfer życia jednostek i grup, dlatego muszą obejmować szerokie spektrum metod i form działania. Jeżeli na danym terenie wdrażanych jest wiele różnorodnych form profilaktyki społecznej, tworzących spójny system¹⁹, to konstruując program, należy pamiętać o dostosowaniu go do tego systemu np. poprzez unikanie dublowania zadań²⁰. Program powinien obejmować możliwie wiele różnorodnych strategii działania, co zwiększa jego skuteczność²¹. Ponieważ najskuteczniejsze okazują się programy skierowane do społeczności lokalnej, należy starać się włączyć w realizację programu cała społeczność, ze szczególnym uwzględnieniem grup zagrożonych różnego rodzaju dysfunkcjami.

Wspomniałem powyżej o możliwości ponownego wykorzystania opracowanych już programów profilaktyki w różnych społecznościach lokalnych. Należy tu jednakże zaznaczyć, że poszczególne środowiska społeczne oraz społeczności lokalne obciążone są patologiami w różny sposób. Różnice te zachodzą zarówno co do skali tych patologii, jak i ich rodzajów. Dla przykładu, alkoholizm jest patologią występującą we wszystkich niemal środowiskach społecznych i społecznościach lokalnych, jednakże pomiędzy poszczególnymi grupami społecznymi zachodzą wyraźnie różnice co do skali tego problemu oraz jego charakteru (np. sposobu picia). Jak zauważają J. Sierosławski i J. Zamecka, w niektórych środowiskach po alkohol sięgają dzieci i młodzież, podczas gdy gdzie indziej problem ten dotyczy prawie wyłącznie dorosłych. Różne są także skutki nadużywania alkoholu: niekiedy są to jedynie skutki zdrowotne, a kiedy indziej oprócz skutków zdrowotnych występuje problem przemocy i przestępczości²². Uwzględnienie społecznego kontekstu problemów społecznych jest zatem podstawowym warunkiem skuteczności działań profilaktycznych.

19 W krajach rozwiniętych system taki istnieje na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.

20 J. Koczurowska, *Standardy jakości programów profilaktycznych*, w: *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, s. 115 i nast.

21 Wynika to z faktu, że różne rodzaje zachowań, które mogą prowadzić do rozwinięcia się dysfunkcji społecznych, często występują razem, warunkując się nawzajem i wzmacniając (np. alkohol prowadzi do agresji i przestępczości, narkomania do prostytucji), dlatego zapobieganie wystąpieniu dysfunkcji w jednej sferze życia przyczynia się do zmniejszenia prawdopodobieństwa jej wystąpienia w innych sferach.

22 J. Sierosławski, J. Zamecka, *Jak budować lokalne strategie profilaktyczne*, w: *Profilaktyka w środowisku lokalnym...*, s. 67.

Wprawdzie najskuteczniejsze okazują się programy profilaktyczne adresowane do społeczności lokalnych, jednak w obrębie tych społeczności występują istotne różnice w poziomie wykształcenia i zamożności, problem niedostosowania społecznego nie dotyka zatem w równym stopniu wszystkim członków społeczności, lecz jedynie wybrane grupy. Kolejnym problemem w pracy ze społecznością lokalną jest fakt, iż nie wszyscy członkowie społeczności lokalnej mogą być objęci profilaktyką społeczną. Stąd powstaje konieczność docierania w pierwszym rzędzie do tych grup, które z jednej strony są zagrożone problemami społecznymi, a z drugiej wykazują się stosunkowo dużą podatnością na oddziaływania o charakterze edukacyjnym i wychowawczym.

Grupą taką jest przede wszystkim młodzież szkolna. Wczesne zapobieganie negatywnych zjawiskom w wymiarze indywidualnym i społecznym pociąga za sobą stosunkowo najniższe koszty w stosunku do uzyskanych rezultatów, jest też stosunkowo najłatwiejsze z uwagi na obowiązek szkolny, który w naszym kraju obejmuje młodzież do ukończenia 18 roku życia. Warto też zwrócić uwagę, że w zasadzie cały system edukacyjny pełni w krajach rozwiniętych funkcję profilaktyczną, nie tylko bowiem wyposaża on młodzież w wiedzę i umiejętności zapewniające w przyszłości odpowiednio wyższy poziom życia, lecz także zapobiega zjawiskom, które w mikroskali uznalibyśmy za patologiczne, takie jak analfabetyzm i wykluczenie społeczne. Zwraca na to uwagę m. in. M. Wojciechowski: „Cele profilaktyki, która młodego człowieka ma wyposażać w harmonijnie funkcjonującą osobowość, dzięki której będzie on dokonywał w życiu pozytywnych wyborów, (...) stają się tożsame z celami konstruktywnego wychowania”²³.

Działania profilaktyczne wobec dzieci i młodzieży należy podejmować zarówno w szkole, jak i w środowisku pozaszkolnym. Praca profilaktyczna w szkołach jest niezbędna dlatego, że to właśnie środowisko szkolne bywa jednym z głównych czynników sprzyjających patologiom społecznym wśród młodzieży. Niestety szkoła często nie spełnia we właściwy sposób swoich funkcji dydaktyczno – wychowawczych i panuje w niej klimat niesprzyjający poczuciu bezpieczeństwa, co skłania dzieci i młodzież do sięgania po używki, uczestnictwa w grupach rówieśniczych już obciążonych patologiami, przemocy itd²⁴. Uzasadniona wydaje się zatem teza, iż działaniami profilaktycznymi powinna zostać objęta nie tylko młodzież szkolna, lecz także same szkoły.

W pracy z dziećmi i młodzieżą profilaktyka spełnia ma dużo większe znaczenie społeczne niż w pracy z osobami dorosłymi. Wynika to rzecz jasna z faktu, iż dzieci i młodzież są w o wiele większym stopniu podatne na oddziaływanie wychowawcze. Działania profilaktyczne wobec dzieci i młodzieży charakteryzują się zatem większą skutecznością, choć z drugiej strony wszelkie błędy popełniane w trakcie tych działań również przekładają się na postawy i zachowania w większym stopniu niż u osób dorosłych.

Do błędów popełnianych podczas realizacji zadań profilaktycznych należy posługiwanie się materiałami mogącymi posłużyć jako rodzaj instruktażu, wypowiedziania

23 M. Wojciechowski, *Czy pedagogika ma coś wspólnego z profilaktyką uzależnień?*, „Remedium” 1994, nr 4, s. 8.

24 L. Pytka, *Klimat społeczny instytucjonalnych środowisk wychowawczych*, „Studia Pedagogiczne” 1983, t. XLVI, s. 221.

opinii, które mogłyby zostać odebrane jako usprawiedliwienie pewnych zachowań (np. „żyje się tylko raz”, „każdy wiek ma swoje prawa” itp.), podkreślenia krótkotrwałych, pozytywnych skutków zażywania substancji psychoaktywnych (podniesienie nastroju, przyływ energii, polepszenie pamięci itd.) zamiast ukazywania długofalowych zgubnych skutków (np. głębokich zmian w psychice albo zmian neurologicznych), zapraszanie na spotkania osób niekompetentnych, stawianie sobie wygórowanych celów, brak świadomości własnych ograniczeń itp.

Na terenie szkoły programy profilaktyczne realizowane są pod nadzorem dyrekcji szkoły, jednak w poza szkołą, zwłaszcza w środowiskach korzystających z pomocy opieki społecznej, pracownik socjalny jest często jedyną osobą, która może podejmować działania profilaktyczne w stosunku do dzieci i młodzieży. W środowiskach tych profilaktyka jest szczególnie ważna, ponieważ ze względu na wzorce zachowań, z jakimi dzieci i młodzież stykają się w domu, zagrożenie patologiami jest wśród nich znacznie wyższe²⁵. Pracownik socjalny pracujący z dziećmi i młodzieżą zagrożoną alkoholizmem i narkomanią powinien oczywiście posiadać wiedzę na temat działania środków odurzających i ich skutków dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Jeżeli podejmuje działania profilaktyczne z własnej inicjatywy, wówczas powinien je realizować w porozumieniu z dyrekcją szkoły oraz gronem nauczycielskim. Powinien on również uczestniczyć w spotkaniach nauczycieli i pedagogów szkolnych z rodzicami (wywiadówkach), które są doskonałą okazją do koordynacji działań dotyczących uczniów przejawiających oznaki niedostosowania społecznego²⁶.

Mimo iż praca profilaktyczna z dziećmi i młodzieżą jest trudniejsza niż praca z dorosłymi, wymaga bowiem wiedzy z zakresu psychologii rozwojowej oraz dużego wyczucia pedagogicznego, to jednak zasadnicze cele profilaktyki są takie same²⁷. Także tutaj można wyróżnić trzy poziomy profilaktyki: profilaktykę pierwszorzędową, skierowaną do dzieci i młodzieży w określonych przedziałach wiekowych, profilaktykę drugorzędową, skierowaną do dzieci i młodzieży pochodzącej ze środowisk obciążonych patologiami, oraz profilaktykę trzeciorzędową, obejmującą jednostki przejawiające oznaki dysfunkcji. Podkreślić należy, iż w odniesieniu do młodzieży sprawiającej trudności wychowawcze (ucieczki z domu, wagary, agresja wobec opiekunów itp.) celem profilaktyki jest zarówno zapobieżenie nasileniu się zachowań niepożądanych w okresie dorastania, jak i wystąpieniu patologii w późniejszym okresie życia.

Profilaktyka w pracy z młodzieżą obejmuje zarówno sferę intelektualną (nauczanie o faktach związanych z patologiami), jak i emocjonalną (uczenie właściwych reakcji i zachowań). Podstawową metodą profilaktyki jest informowanie. Działania profilaktyczne powinny dostarczać zarówno wiedzy o możliwych zagrożeniach, jak i pewnych umiejętności praktycznych pozwalających ustrzec się przed tymi zagrożeniami. Ważne jest uświadomienie dzieciom, że zjawiska patologiczne, takie jak picie alkoholu i zażywanie narkotyków, nie stanowią normy, lecz przeciwnie, dotyczą

25 B. Urban, *Zachowania dewiacyjne młodzieży i podstawy profilaktyki*, w: *Zjawiska patologii społecznej*, pod red. T. Sołtysiak, Bydgoszcz 1995, s. 109.

26 A. Arendarska, *Scenariusz spotkania z rodzicami czyli wywiadówka profilaktyczna*, PARPA, Warszawa 2001.

27 Odmienne są jednakże zasady konstruowania programów profilaktyki dla szkół. Por. Z. Gaś, *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000.

zdecydowanej mniejszości młodych ludzi. Ponadto należy wyposażyć dzieci w umiejętność rozpoznawania sytuacji potencjalnie groźnej, a także nauczyć radzenia sobie z presją otoczenia.

Metoda ta jest skuteczna w pracy z osobami, które nie uświadamiają sobie długofalowych skutków własnych ryzykownych zachowań. Należy jednak pamiętać, że przekazywanie samych informacji o szkodliwych skutkach zażywania substancji psychoaktywnych może jednakże nie być skuteczne w pracy z młodzieżą. Dzieje się tak dlatego, że młodzi ludzie wykazują tendencję do dostrzegania jedynie doraźnych, bezpośrednich skutków swoich decyzji, które w tym przypadku są z ich punktu widzenia pozytywne. Mniejsze znaczenie w momencie podejmowania decyzji mają natomiast odległe w czasie, negatywne skutki. Dlatego w pracy z młodzieżą zasadnicze znaczenie ma kształcenie umiejętności przeciwstawiania się presji środowiska rówieśniczego²⁸.

Młodzież szkolna jest w sposób szczególny narażona na niektóre rodzaje patologii²⁹. Do najpoważniejszych zagrożeń należy bez wątpienia narkomania i alkoholizm, dlatego do najważniejszych zadań w dziedzinie profilaktyki problemów młodzieży należy przeciwdziałanie uzależnieniom. Profilaktykę uzależnień można rozumieć jako zespół działań zmierzających do ograniczenia ilości osób zażywających substancje psychoaktywne, a tym samym do ograniczenia szkód ponoszonych przez te osoby i ich społeczne otoczenie.

W przypadku uzależnień działania profilaktyczne należy podejmować już we wczesnym okresie dzieciństwa, ponieważ wczesny kontakt z alkoholem czy narkotykami stanowi jedną z głównych przyczyn problemów z uzależnieniem w późniejszym okresie życia. Badania pokazują, że wiele dziedzin po raz pierwszy sięga po alkohol już w wieku 9 - 12 lat, a w grupie wiekowej 15 - 18 lat poważne szkody spowodowane spożywaniem alkoholu dotyczą 10 - 15% nastolatków. Coraz więcej dzieci i młodzieży sięga również po narkotyki³⁰.

Dlatego szczególnie skuteczne w dłuższej perspektywie czasowej okazują się wszelkie działania, w wyniku których następuje opóźnienie wieku, w którym młodzież po raz pierwszy sięga po środki odurzające. Z badań wynika bowiem, iż im później następuje tego rodzaju inicjacja, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo uzależnienia. Działaniem profilaktycznym jest również zabieranie dzieci z rodziny z problemem alkoholowym. Decyzja o zabranii dziecka z rodziny ma na celu zapewnienie mu fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa, co już samo w sobie jest działaniem profilaktycznym, ponadto zapobiega przejmowaniu przez dziecko społecznych wzorców zachowań.

Do największych zagrożeń dzieci i młodzieży należy zażywanie substancji psychoaktywnych, czyli alkoholu i narkotyków. W Polsce w porównaniu w ciągu ostatnich dwudziestu lat nastąpiła radykalna zmiana podejścia do problemu uzależnień wśród młodzieży. O ile w latach osiemdziesiątych istniało zaledwie kilka skromnych programów profilaktycznych o tematyce antyalkoholowej, to obecnie sytuacja uległa

28 Metoda ta wydaje się natomiast mniej skuteczna w pracy z osobami dorosłymi, których podatność na presję otoczenia jest znacznie mniejsza.

29 *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, pod red. J. Grzelaka i M. Sochockiego, PPP Sumus, Warszawa 2001.

30 R. E. Vogler, W. R. Bartz, *Nastolatki i alkohol. Kiedy nie wystarczy powiedzieć „nie”*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999.

zdecydowanej poprawie. Dostępnych jest wiele rozbudowanych programów przeznaczonych dla różnych grup docelowych (w tym dla różnych grup wiekowych dzieci i młodzieży szkolnej) i dotyczących takich patologii, jak narkomania, przemoc, prostytucja czy przestępczość³¹.

Jak wspominałem, działania profilaktyczne w pracy z młodzieżą powinny obejmować zarówno samą młodzież, jak i jej środowisko społeczne, czyli przede wszystkim rodzinę i szkołę. Tymczasem wydaje się, że jednym z mankamentów obecnego modelu profilaktyki wśród młodzieży jest jego fragmentaryczność. Wprawdzie szkoły mają obowiązek realizować programy profilaktyczne, jednak działania profilaktyczne w istocie sprowadzają się do pewnej ilości zajęć szkolnych i nie są uzupełniane działaniami w środowisku pozaszkolnym. W środowiskach zagrożonych patologiami pracownicy socjalni mogą wprawdzie podejmować wysiłki o charakterze profilaktycznym, jednak wysiłki te nie mogą przynieść większych rezultatów, jeżeli nie zostaną skoordynowane z działaniami pozostałych instytucji odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemów społecznych. Można się tutaj zastanowić nad wprowadzeniem pewnych elementów z dziedziny polityki społecznej do programów szkolnych, a więc traktowaniem wiedzy o dysfunkcjach społecznych tak, jak traktuje się każdy inny przedmiot szkolny. Nie chodzi tu oczywiście o to, by dzieci i młodzież nauczać technik stosowanych przez pracowników socjalnych, lecz by uświadomić młodym ludziom skalę i istotę problemów socjalnych a także przedstawić rodzaje zagrożeń dotyczących młodych ludzi. Pewne próby w tym zakresie bywają podejmowane przez szkoły, nie jest to jednak działanie systematyczne i skoordynowane na poziomie całego systemu edukacji.

Pamiętać jednakże należy, że nawet najlepsza profilaktyka nigdy nie doprowadzi do całkowitego wyeliminowania przypadków niedostosowania społecznego. Ludzie podejmują często zachowania ryzykowne bez wyraźniej przyczyny, jedynie dlatego, że znaleźli się w określonej sytuacji. Dlatego też skuteczność profilaktyki jest uzależniona nie tylko od osobistego zaangażowania pracowników socjalnych i przedstawicieli innych zawodów, lecz także od szeregu innych, często przypadkowych czynników. Dużym problemem jest np. społeczna tolerancja dotycząca pewnych negatywnych postaw i zachowań. Wśród młodzieży akceptowane jest zażywanie narkotyków, a w całym społeczeństwie panuje ogólne przyzwolenie na nadużywanie alkoholu. Samorządy realizują wprawdzie gminne programy profilaktyczne, jednak z uwagi na brak środków finansowych zmuszone są zawężać ich zakres lub też rezygnować z pewnych działań wiążących się ze znacznymi nakładami. Dla przykładu likwidacja sklepu monopolowego działającego w małej gminie wiejskiej przyczyniłaby się z pewnością do ograniczenia spożycia alkoholu wśród młodzieży, ponieważ jednak sklep przynosi gminie stały dochód, gmina może nie chcieć go zlikwidować. Duży wpływ na styl życia wywierają również media oraz reklama, która wydaje się być tym bardziej szkodliwa, że w wielu przypadkach zwrócona jest do młodzieży (np. reklama piwa). Nic zatem dziwnego, że działania profilaktyczne wobec dzieci i młodzieży nie przynoszą jak dotąd zadowalających rezultatów, a z danych statystycznych wynika, że ilość nieletnich, którzy nie mieli kontaktów z substancjami odurzającymi, stale maleje³².

31 Por. J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, CMPPP, Warszawa 2002; K Ostaszewski, *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium” 2005, nr 7–8; P. Stępnia, *Praca i pracownicy socjalni w przeciwdziałaniu przestępczości. Propozycje modelowe*, w: *Służba więzienna wobec problemów resocjalizacji penitencjarnej*, pod red. W. Ambrozika i P. Stępnia, Wydawnictwo UAM, Poznań 2004.

32 Wskazują na to m. in. przeprowadzane cyklicznie co cztery lata *Międzynarodowe badania*

Nie zmieniają się również przyczyny patologii społecznych. Według M. Jarosz w latach siedemdziesiątych główną przyczyną patologii były realia ekonomiczne i społeczne, takie jak ubóstwo, trudne warunki mieszkaniowe, niewłaściwe funkcjonowanie systemu opiekuńczo – wychowawczego, rozpad tradycyjnego modelu rodziny, bezrobocie, wzrost znaczenia środków masowego przekazu, industrializacja itp.³³. Z kolei do głównych przyczyn patologii wśród dzieci i młodzieży autorka ta zaliczyła dysfunkcjonalność rodzin. Czynniki te, jak wiadomo, sprzyjają powstawaniu patologii społecznych także obecnie.

Zwrócić ponadto należy uwagę, że w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat skala patologii społecznych nie tylko się nie zmniejszyła, lecz uległa wyraźnemu nasileniu. W drugiej połowie lat siedemdziesiątych A. Lipka wymienił następujące rodzaje patologii zagrażające młodzieży: przestępczość, alkoholizm, toksykomania, samobójstwa, prostytutka, choroby weneryczne, uciezki z domów i placówek opiekuńczo – wychowawczych, pasożytnictwo społeczne oraz choroby psychiczne spowodowane nieprzystosowaniem społecznym³⁴. Można tu mieć wątpliwości, czy choroby weneryczne i choroby psychiczne powinny zostać uznane za patologie społeczne, z drugiej zaś strony jednym z najpoważniejszych zagrożeń stało się uzależnienie od narkotyków, jednakże ogólnie rzecz biorąc sporządzona przez A. Lipkę lista wydaje się być aktualna także obecnie. Co więcej, stan ten zamiast ulegać stopniowej poprawie wraz ze zmianą systemu i bogaceniem się społeczeństwa, wydaje się ulegać pogorszeniu. Do przedstawionej powyżej listy patologii należy doliczyć zjawiska nowe, które wówczas nie występowały (bezrobocie, rozwarstwienie społeczne, zorganizowana przestępczość), a po drugie wiele z występujących już wówczas patologii uległo nasileniu (narkomania, przestępczość, prostytutka nieletnich, ubóstwo itd.).

W Polsce zadaniem pracowników socjalnych jest nadal przede wszystkim dbanie o zapewnienie podopiecznym warunków pozwalających na fizyczne przetrwanie. Wprawdzie zaspokojenie materialnych potrzeb podopiecznego w pewnej mierze chroni go przed niektórymi patologiami, a im wyższy jest poziom tego zaspokojenia, tym mniejsze wydaje się prawdopodobieństwo zachowań aspołecznych, jednakże nie wszystkie dysfunkcje społeczne są spowodowane czynnikami o charakterze ekonomicznym. Funkcjonujący obecnie model pracy socjalnej okazał się użyteczny w latach dziewięćdziesiątych, kiedy to w wyniku transformacji duże grupy społeczne zostały pozbawione środków do życia, teraz jednak staje się on w coraz większym stopniu przestarzały. Z uwagi na dużo mniejsze środki, jakie ma do dyspozycji pomoc społeczna w Polsce, także działania o charakterze profilaktycznym nie mogą być prowadzone w takim wymiarze jak w krajach bardziej rozwiniętych gospodarczo, co jednak nie oznacza, że należy traktować je marginalnie. Profilaktyką należy objąć w pierwszym rzędzie te środowiska, w których ryzyko wystąpienia zjawisk patologicznych jest wyższe niż w reszcie społeczeństwa, obecnie jednak nawet grupy szczególnego ryzyka nie są poddane oddziaływaniom profilaktycznym ze strony instytucji pracy socjalnej.

nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC) oraz prowadzone pod auspicjami Rady Europy i Grupy Pompidou Europejskie Badania Szkolne Dotyczące Alkoholu i Innych Substancji Psychoaktywnych (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD).

33 *Wybrane zagadnienia patologii społecznej...*, s. 9 i nast.

34 A. Lipka, *Zjawiska patologii społecznej wśród młodzieży*, Warszawa 1977, s. 12 i nast.

Czynnikiem o największym znaczeniu będzie w najbliższym okresie konieczność dostosowywania standardów pracy socjalnej i opieki społecznej do standardów obowiązujących w Unii Europejskiej. Konieczność wdrożenia w życie unijnych regulacji już obecnie oddziałuje na kształt pracy socjalnej w Polsce (np. poprzez programy kształcenia pracowników socjalnych, przepisy prawa), a w najbliższej przyszłości ta tendencja niewątpliwie jeszcze się nasili. Zwiększać się będzie zarówno poziom kompetencji pracowników socjalny oraz ich pozycja zawodowa, jak i ich możliwości oddziaływania na życie społeczne poprzez rozszerzenie form i obszarów pracy socjalnej. Oznacza to, że zmniejszać się będzie funkcja opiekuńcza pracy socjalnej, a na znaczeniu będą zyskiwać jej pozostałe funkcje, w tym właśnie funkcja profilaktyczna. Dlatego wydaje się, że w niedalekiej przyszłości instytucje pracy socjalnej zaczęną spełniać część funkcji, które obecnie spełniają inne podmioty odpowiedzialne za rozwiązywanie problemów społecznych, np. zakłady karne³⁵.

Czas pokaże, czy spełnią się prognozy, według których w przyszłości problemy socjalne będą się pogłębiać. Można się obawiać, że panujący w społeczeństwie indywidualizm doprowadzi prędzej czy później do zaniku także tych więzi społecznych, które jeszcze istnieją, obawa taka opiera się jednak na wyłącznie na założeniu, że współczesne procesy społeczne trwać będą także w przyszłości. Jednakże równie dobrze przyjąć można, że trend ten w końcu się odwróci, a ludzie czuć się będą odpowiedzialni nie tylko za swój własny los, lecz także za stan społeczności, w której żyją.

Rola pracy socjalnej nie musi więc w przyszłości polegać jedynie na dostarczaniu opieki jednostkom, które nie otrzymują wsparcia ze strony rodziny czy przyjaciół. Wpływ pedagogiki społecznej na przemiany świadomości nie podlega dyskusji, a pracownicy socjalni zamiast, jak do tej pory, być dysponariuszami pomocy instytucjonalnej, staną się instrumentem, dzięki którym można będzie odwrócić niekorzystne z punktu widzenia bezpieczeństwa socjalnego tendencje społeczne.

Na zakończenie tego rozdziału warto przypomnieć, że znaczenie pracy socjalnej w społeczeństwach rozwiniętych wzrasta systematycznie od okresu jej powstania na początku XX w. i prawdopodobnie wzrastać będzie nadal. Praca socjalna będzie w przyszłości ograć jeszcze większą rolę niż obecnie. Będzie ona nie tylko formą opieki nad jednostkami najsłabszymi pod względem socjalnym, lecz stanie się również narzędziem aktywnego kreowania zmian społecznych. Jej znaczenie będzie tym większe, im szybciej będzie zmieniać się rzeczywistość i im szybciej społeczeństwo będzie musiało się do tej rzeczywistości dostosowywać. Rozwijać się też będzie teoria pracy socjalnej, dzięki czemu działalność pracowników socjalnych będzie się opierać na coraz lepiej uzasadnionych podstawach teoretycznych. Przypuszczać zatem można, iż w najbliższym okresie znacznie profilaktyki w pracy socjalnej w Polsce będzie się zwiększać.

35 Por. np. P. Stępnik, *Od resocjalizacji do pracy socjalnej; o konieczności zmiany postępowania*, „Opieka – Wychowanie – Terapia” 1999, nr 2.

LITERATURA

1. Arendarska A., *Scenariusz spotkania z rodzicami czyli wywiadówka profilaktyczna*, PARPA, Warszawa 2001.
2. Deptuła M., *Specyfika oddziaływań wspomagających rozwój społeczny inspirowany psychologią humanistyczną*, w: *Opieka i wychowanie w rodzinie*, pod red. Cz. Kępińskiego, UMCS, Lublin 2003.
3. Gaś Z., *Profilaktyka uzależnień*, WSiP, Warszawa 1993.
4. Gaś Z., *Profilaktyka uzależnień*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993.
5. Gaś Z., *Psychoprofilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998.
6. Górski S., *Profilaktyka społeczna*, „Oświata i Wychowanie” 1986, nr 40.
7. Kwaśniewski J., *Profilaktyka społeczna: związki ze stylami polityki społecznej oraz implikacje dla nauki*, „Prace IPSiR UW 1978. T. 3 Zachowania dewiacyjne i kierunki oddziaływania”.
8. Lipka A., *Zjawiska patologii społecznej wśród młodzieży*, Warszawa 1977.
9. *Mały Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1997.
10. Okoń W., *Słownik Pedagogiczny*, PWN, Warszawa 1992.
11. *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, pod red. G. Witkiewicz, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
12. *Profilaktyka*, hasło w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, pod red. T. Pilcha, Wydawnictwo „Zak” Warszawa 2005.
13. Pytka L., *Klimat społeczny instytucjonalnych środowisk wychowawczych*, „Studia Pedagogiczne” 1983, t. XLVI.
14. Stępniać P., *Od resocjalizacji do pracy socjalnej; o konieczności zmiany postępowania*, „Opieka – Wychowanie – Terapia” 1999, nr 2.
15. Stępniać P., *Praca i pracownicy socjalni w przeciwdziałaniu przestępczości. Propozycje modelowe*, w: *Służba więzienna wobec problemów resocjalizacji penitencjarnej*, pod red. W. Ambrozika i P. Stępniać, Wydawnictwo UAM, Poznań 2004.
16. Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, CMPPP, Warszawa 2002; K Ostaszewski, *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium” 2005, nr 7–8.
17. Urban B., *Zachowania dewiacyjne młodzieży i podstawy profilaktyki*, w: *Zjawiska patologii społecznej*, pod red. T. Sołtysiak, Bydgoszcz 1995.
18. Vogler E. R., Bartz R.W., *Nastolatki i alkohol. Kiedy nie wystarczy powiedzieć „nie”*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999.
19. Watson M., *Społeczno-gospodarcze uwarunkowania narkomanii w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania” 1990.
20. Wojciechowski M., *Czy pedagogika ma coś wspólnego z profilaktyką uzależnień?*, „Remedium” 1994, nr 4.



Ivica Gulášová

Jozef Babečka

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Slovakia

Lada Cetlová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Czech Republic

Paweł Czarnecki

Faculty of Aeronautics, Technical University of Košice, Slovakia

Zásady výživy u pacientů s epilepsií */ Dietary principles in patients with epilepsy*

Summary

The article provides basic information on nutritional principles in patients with epilepsy. Epilepsy is the oldest known neurological disease. There are approximately 50 million individuals worldwide with epilepsy, more than 70,000 patients in the Czech Republic. This is a chronic neurological disease characterized by repeated seizures of various clinical images and abnormal brain cerebral neurons. Epilepsy is divided into symptomatic and idiopathic. The main goal of treatment is to significantly improve the patient's quality of life. This is best achieved by removing seizures or at least limiting their frequency and intensity where elimination of seizures is not possible.

The core of the paper points to regime measures and the importance of the regulation of living is important. Observance of regular sleep and wakefulness, single-phase sleep with regular downtime and getting up. A varied diet is the basis of nutrition. Patient nutrition interferes practically with all the functions of the organism and basically affects health. The patient should eat a variety of foods in a reasonable amount. Patients should also try to reduce salt consumption. You should also watch the salt hidden in the food. Try to reduce the consumption of sugar. It is also important to drink fluids. At least 2 liters a day is recommended. Water plays an important role in maintaining the stability of the internal environment in the body. It is advisable to drink various kinds of drinks, suitable for natural water, fruit teas, unsweetened juices. All types of alcoholic beverages are forbidden for patients with epilepsy. Alcohol reduces the effects of antiepileptic drugs. Opportunities for pharmacists and epizootics are known as ketogenic diets that have been successfully applied in the world for a long time. Depending on the degree of ketosis and the effect on spasticity, the nutrient relation is shifted in favor of proteins and carbohydrates. It is a special diet choice that contains a high fat content with an adequate amount of protein but a very limited amount of carbohydrates.

Although overall prognosis is generally favorable for standard epilepsy (most patients experience complete seizures over time), roughly one-third of patients fail to achieve a non-invasive condition even with the right treatment. Adherence to proper nutrition in patients with epilepsy and adherence to a healthy lifestyle is one of the treatment priorities.

Keywords: Nutrition principles. Patient, Epilepsy, Diet.

ÚVOD

Epilepsie (padoucnice) je nejstarší známá neurologická choroba. Na celém světě trpí epilepsií přibližně 50 milionů jedinců, v České republice pak více než 70 000 pacientů. Další 1-4 % populace prodělají v životě zcela ojedinělý epileptický záchvat (situační paroxysmus-při momentální nepříznivé konstelaci zevních a vnitřních faktorů, typický v pubertě), který samotný ještě není možné pokládat za epilepsii (Tyrlíková, Bareš, et al. 2012).

Jedná se o chronické neurologické onemocnění, charakterizované opakovanými záchvaty různého klinického obrazu a abnormními výboji mozkových neuronů. Základní podmínkou vzniku epileptického záchvatu je existence různě rozsáhlé, místně ohraničené populace epileptických neuronů v mozku, pro něž se užívá název: epileptické ohnisko. Epileptický neuron se od zdravé nervové buňky zásadně liší svou funkční schopností generovat patologické výboje. Při větším množství těchto dysfunkčních neuronů nedokáže již okolí efektivně modulovat jejich chování a patologické výboje jsou skupinami neuronů odpalovány synchronně a rytmicky (Brozman, et al., 2011).

EPILEPTOGENNÍ PODNĚTY

Mezi nejčastější podněty patří **přerušované světlo, alkohol, farmaka typu pentylentetrazolu a bemegridu**. Jeli rozvoj záchvatu pravidelně vázán na určitý podnět, mluvíme o epilepsiích reflexních. Významnou složku v záchvatovém mechanismu tvoří záchvatová pohotovost. Jde o celkovou schopnost mozku reagovat záchvatem. Je podmíněna geneticky a výrazně kolísá při vývoji jedince. V dětském věku je vysoká s vrcholy okolo druhého roku a v pubertě, v dospívání se pak snižuje (Brozman, et al., 2011). **Obdobně se záchvatová pohotovost zvyšuje v mělkém spánku, při menstruaci a v těhotenství.**

Etiologie epilepsie dělíme na symptomatické a idiopatické:

Symptomatické mohou být podmíněné řadou mozkových postižení. Mezi nejčastější patří příčiny traumatické, nádorové, zánětlivé, degenerativní, cévní, metabolické a toxické.

Idiopatické jsou označovány ty případy, kdy se ani po důkladném vyšetření neodhalí příčina epileptických záchvatů. Důležitá je zde predispozice.

KLASIFIKACE ZÁCHVATŮ

Parciální záchvaty: s elementární symptomatologií - motorickou, senzitivní, senzoricou, vegetativní, psychickou (probíhají bez poruchy vědomí). S komplexní symptomatologií- počítají symptomatologii elementární s následnou kombinací dysfunkcí více systémů (jsou spojené s poruchou vědomí). Se sekundární generalizací (přecházejí v záchvat tonicko- klonický).

Primárně generalizované záchvaty: absence typické, atypické, myoklonické záchvaty, klonické a tonické záchvaty a atonické záchvaty.

Neklasifikované epileptické záchvaty (Tyrlíková, Bareš, et al. 2012).

DIAGNOSTIKA

Mezi specifika epilepsie patří jeho nepředvídatelnost a mnohdy zákeřnost záchvatů, také často protahovaná diagnostika spojená s nutností provedení řady vyšetření. Epilepsie se u většiny pacientů stanoví na základě popisu záchvatů a EEG vyšetření. Kromě vlastního popisu záchvatu samotným pacientem je důležitá i objektivní anamnéza od osob, které záchvat viděli. Provádí se i podrobné neurologické vyšetření, CT i MR vyšetření mozku. Laboratorní analýza krevního vzorku patří mezi základní vyšetření. Laboratorně se vyšetřuje biochemické parametry (toxikologický screening, jaterní testy, acidobazická rovnováha. Tato vyšetření mohou objasnit etiologii epileptického záchvatu. Vyšetření mozkomíšního moku je nezbytné u febrilního epileptického státnu a u pacientů, kde přetrvávají etiologické pochybnosti. Nejistota, ve které je pacient před stanovením diagnózy po týdny i měsíce ponechán, poměrně často sama o sobě vede k vývoji nežádoucí reaktivity. Z té se může vyvinout generalizovaná úzkostná porucha, kterou při podrobnějším vyšetření zjistíme asi u 11 % všech pacientů s epilepsií (Brozman, et al., 2011). Při vyšetření je vhodné pacienta srozumitelně seznámit s diagnostikou a prognóze onemocnění s důrazem na nutnosti dobré spolupráce.

PRŮBĚH A PROGNOZA

U správně léčené epilepsie je prognóza celkem příznivá, dochází i k úplnému vymizení záchvatů a úpravě EEG křivky. Přesto asi u 30 % epileptických pacientů ani u správné léčbě kombinací antiepileptik nedojde k odstranění záchvatů. Nazýváme to farmakorezistentní epilepsie. U pacientů se objevuje řada psychických změn: deprese, útlívanost, strojenost v chování, vyšší vznětlivost, těžkopádné myšlení, porucha paměti, vzácně i demence.

Hlavním cílem léčby je významné zvýšení kvality života pacienta. Toho se nejlépe dosáhne odstraněním záchvatů, nebo alespoň omezení jejich frekvence a intenzity tam, kde eliminace záchvatů není možná.

Během záchvatu **zabraňujeme traumatům zejména v klonické fázi** (odstraníme například ostré předměty z blízkého okolí). Pokud je to možné, a zvláště na konci záchvatu, kdy následuje hluboká porucha vědomí bez křečí, ukládáme pacienta do

polohy na boku. **Zabráníme tím aspiraci, z úst odstraníme cizí předměty a dbáme o udržení průchodnosti dýchacích cest.** V akutní fázi aplikujeme benzodiazepiny, nejčastěji rektálně (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos, et al. 2016). Většinu epileptiků postihují jen mírnější záchvaty.

Farmakoterapie u epilepsie musí být správně zvolena (podle typu epileptických záchvatů nebo syndromů) vždy pravidelná a dlouhodobá. Léčbu zahajujeme zpravidla v okamžiku, kdy je diagnóza epilepsie jistá. Pouze výjimečně v případě, kdy je epilepsie velmi pravděpodobná a riziko plynoucí z případné recidivy záchvatu převyšuje riziko farmakoterapie. Názory kdy nasadit léky, zda po prvním záchvatu, nebo teprve při jeho opakování a případně kdy vysadit se do značné míry různí. Především musí být zváženo individuální riziko plynoucí pro pacienta z dalšího záchvatu, jeho typ a případná vazba prvního záchvatu na poruchu životosprávy. Současně bychom neměli bezdůvodně oddalovat zahájení farmakoterapie. Léčbu zahajujeme nízkými dávkami jednoho antiepileptika, při přetrvání záchvatů i po jeho vyřádování (dosažení terapeutické hladiny) provádíme záměnu za druhé antiepileptikum. Při přetrvávajícím neúspěchu léčby teprve v další fázi volíme nevhodnější kombinaci dvou, maximálně tří antiepileptik. Výhodné je používání retardovaných forem léků, které minimalizují nevhodné kolísání hladiny účinné látky v séru. V klinické praxi je aktuálně v ČR používáno přibližně dvacet antiepileptik. Aktuálně je množství dalších látek s antiepileptickými účinky stále ve vývoji. Volba léků je pacientovi vybírána přímo na konkrétního pacienta. Zohledňujeme přitom především účinnost léků na přítomný typ záchvatů či epileptického syndromu a také jeho snášenlivosti. Je třeba věnovat pozornost i nežádoucím účinkům ve vztahu ke specifickým skupinám nemocných. Cena léků by měla být až na posledním zvažovaném faktorem v pořadí. Neodmyslitelnou součástí farmakoterapie musí být v indikovaných případech také správně volená léčba anxiety, deprese, nespavosti či vzácné psychotické symptomatologie.

Rozeznáváme tři základní skupiny antiepileptik:

- antiepileptika I. generace – zahrnují nejstarší preparáty (fenotoin)
- antiepileptika II. generace – bývají lékem první volby (karbamazepin, valproát, benzodiazepiny)
- antiepileptikum III. generace – jsou nejnovější léky (lamotrigin, topiramát, gabapentin).

Během léčby se kontrolují hladiny léků v séru. Sledujeme nežádoucí efekty léčby (únava a snížení koncentrace) (Tyrlíková, Bareš, et al. 2012). V indikovaných případech u pacientů s epilepsií vyžadujeme zákaz řízení motorových vozidel. V pracovní oblasti patří nemožnost výkonu práce ve výškách, u zdrojů sálavého tepla, rotačních strojů, běžících pásů, u otevřeného ohně a vysokého napětí.

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Přichází v úvahu u **farmakorezistentních pacientů**. Jejím cílem je odstranění záchvatu resekci funkčně změněného, izolovaného epileptického ložiska. Méně často přerušáním drah šířením výbojů alespoň zabránit záchvatům a snížit frekvenci tonicko- klonických záchvatů (Brozman, et al., 2011). **Podmínkou operačního**

zákroku je dobrá spolupráce pacienta, přesná identifikace epileptického ložiska a operabilita v dané lokalitě.

REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Z obecných opatření má velký význam úprava životosprávy. Nezastupitelnou roli v léčbě epilepsie hrají režimová opatření. V tomto smyslu musí být pacient důkladně a nejlépe opakovaně poučen. Většina klinických a experimentálních studií jednoznačně prokázala, že nepravidelnost ve spánkovém režimu může vést ke zvýšené frekvenci záchvatů. Režimová opatření jsou proto důležitá dodržovat. **Dodržování pravidelné doby spánku a bdění, jednofázový spánek s pravidelnou dobou uléhání i vstávání. Zákaz alkoholu** patří mezi základním terapeutickým opatřením u všech epileptických pacientů.

Zásady zdravého životního stylu u pacientů s epilepsií – se zaměřením na výživu:

1. Pestrá strava je základ výživy. Výživa pacienta zasahuje prakticky do všech funkcí organismu a zásadně tak ovlivňuje zdraví. Pacient by měl jíst různé druhy potravin v přiměřeném množství. Jíst zdravě, znamená žít zdravě. Strava, která pozitivně ovlivňuje zdraví, není ani jednotvárná, ani málo chutná, ale naopak. Pacient by měl jíst pestrou stravu, zajistí si tak dostatečný a vyvážený přísun živin, minerálů, vitamínů a dalších látek. Udržení si vhodné tělesné váhy. Má-li pacient problémy s váhou, omezí množství kalorického jídla a přidá zeleninu a pravidelný pohyb. Pacienti s epilepsií by měli omezit maštění, spotřebu uzenin, tučných mas a máslových moučníků. Důležitá je i konzumace dostatečného množství ovoce, zeleniny a příloh. Měli by si dopřávat zeleninu ke každému jídlu, moučníky nahradit ovocem a ořechy. Do stravy pravidelně zařazovat dostatečné množství celozrnných výrobků. Pacienti by se měli snažit omezit i spotřebu soli. Měli by si dát pozor i na sůl skrytou v potravinách. Chuť na slané je zvyk a slanou chuť lze i nahradit různými druhy koření. Snažit se omezit spotřebu cukru. Cukr je zdrojem energie – kalorií. Zvýšená spotřeba může vést k obezitě. Proto by se měli pacienti snažit omezit spotřebu sladkostí i sladkých nápojů. Důležité je i množství vypitých tekutin. Je doporučováno alespoň 2 litry denně. Vody hraje důležitou roli v udržení stálosti vnitřního prostředí v těle. Je vhodné pít různé druhy nápojů, vhodná je přírodní voda, ovocné čaje, neslazené džusy.
2. Pro pacienty s epilepsií jsou zakázány všechny druhy alkoholických nápojů. Alkohol snižuje účinky antiepileptických léků. Na základě zkušeností z každodenní praxe i nedávno publikovaných studií na dané téma je zjištěno, že malé množství alkoholu obvykle nezvyšuje frekvenci záchvatů, a proto by v zásadě mohla být dospělým pacientům s epilepsií konzumace limitovaného množství alkoholu povolena (Aura, 2016). Velkou pozornost je potřeba věnovat limitnímu množství alkoholu, která je přísně individuální a jeho přesné stanovení je prakticky nemožné. Stejně jako nelze v praxi zajistit respektování doporučeného limitu samotným pacientem, či zabránit poruchám spánkového režimu, které se s používáním alkoholu velmi často pojí. Z praktického hlediska proto zůstává abstinence mezi režimová opatření i nadále obecně přítomná. **Lidé postižení epilepsií by se měli vyhýbat zvýšené fyzické námaze.** Únava může zvyšovat náchylnost k záchvatům.

- Vhodné pro pacienty jsou i **doplňky stravy**, které mohou zajímavým způsobem podpořit léčbu tohoto onemocnění a zlepšit celkový stav. Pacienti užívající antiepileptika však nesmějí v žádném případě léčbu přerušit ani snížit dávky bez doporučení lékaře. **Žádné přírodní prostředky nemohou být náhradou za předepsané léky.** Nejčastější podpurné léky při léčbě epilepsie jsou doporučovány **vitamíny B komplexu, kyselina listová, vitamín E, lecitin a vitamín B6.** Pro posílení mozku a funkce nervů je vhodné užívat i vápník a hořčík (Urbánková, 2008).

KETOGENNÍ DIETA

Možnosti, která dává šanci i farmakorezistentním epileptikům, je zvaná ketogenní dieta, která se již delší dobu ve světě úspěšně aplikuje. V České republice, ale zatím není moc rozšířená (Urbánková, 2008). Již od dvacátých let 20. století je známo, že ketoacidóza vyvolaná hladověním snižuje křečovou pohotovost při epilepsii. Tentýž efekt má ketoacidóza, která se vyvine při výživě velice bohaté na tuky (až více než 80 % dodávané energie) a chudé na sacharidy. Klasická ketogenní dieta, zavedená v USA na dětských klinikách, dodává dětem, které nereagují, anebo nedostatečně reagují na farmakoterapii epilepsie, 99 % energie ve formě tuků. Poměr tuků na straně jedné k proteinům a sacharidům na straně druhé, vztažený na hmotnost, je 4:1. **Podle stupně ketózy a podle účinku na křečovou pohotovost se relace živin posune ve prospěch proteinů a sacharidů.** Jde o speciální volbu stravy, která obsahuje vysoký obsah tuků s adekvátním množstvím bílkovin, ale velmi omezený objem cukrů (sacharidů). Je to velmi přísný dietní režim, individuálně vytvořený pro konkrétního pacienta. Každé jídlo během dne musí obsahovat přesně vypočítaný obsah živin. **Ketogenní dieta přitom není vhodná pro každého pacienta s farmakorezistentní epilepsií a děti.** Je proto nutné pečlivě vybírat podle platných indikačních kritérií. **Je náročná na práci týmu lékařů a nutričních specialistů.** Důležitá je také spolupráce a motivace rodičů dětí s epilepsií. Je vhodné najít pacienta s farmakorezistentní epilepsií, který dobře spolupracuje a má zájem tento typ léčení podstoupit. Výběr jídelníčku pro tyto pacienty je náročný na přípravu, protože dávky potravin musí být přesně odvažovány. **Léčebný efekt ketogenní diety nastupuje pozvolna, obvykle v průběhu několika týdnů.** Při správném výběru vhodných pacientů, správném dodržování dietního režimu a režimu kontrol nejsou zaznamenávány závažné nežádoucí účinky. **Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří migréna, bolesti hlavy či změny nálad.** Je to z důvodu vzniku ketolátek, které působí na mozkovou činnost. Někteří pacienti pociťují výkyvy nálad více, někteří naopak nemusí vůbec. Vše je velmi individuální. Během diety se pacient může setkat se vznikem zácpy, únavou i malátností. **Malátnost a únava může být častá, a to díky snížení příjmu sacharidů.** Přesný mechanismus účinku u ketogenní diety není známý. Předpokládá se pozitivní vliv stabilní hladiny cukrů na činnost mozku. Dále dieta s vysokým obsahem tuků upravuje činnost mitochondrií a tím energetickou situaci jednotlivých buněk. Jsou popsány mnohé další efekty diety. **Například i pouhé omezení energetického příjmu může snižovat počty záchvatů.** Při metabolismu stravy bohaté na tuky tělo používá stejné metabolické cesty jako při hladovění, kdy využívá tukové zásoby. **Strava pro pacienty, kteří takovou dietu drží, je doplněná o potřebné vitamíny a minerály** (Starnovská, Chocenská, 2006).

Zavedení ketogenní diety by mělo být zvaženo po selhání dvou až tří správně zvolených a dávkovaných antiepileptik především u dětí se symptomatickými generalizovanými epilepsiemi. **Dieta však vykazuje dobrou účinnost i u pacientů s ložiskovými epilepsiemi, kteří nejsou vhodnými kandidáty pro epileptochirurgickou léčbu.** Obvykle bývá doporučována u pacientů s vysokou frekvencí záchvatů – **dvou a více týdně.** V poslední době se objevily práce dokumentující použití ketogenní diety u dospělých pacientů. **Vzhledem k náročnosti dodržování diety je relativní kontraindikací špatná spolupráce pacienta či jeho rodiny.** Na ketogenní dietu však nereaguje každý pacient (Urbánková, 2008). Z celkového počtu 21 dětí léčených touto metodou po 2 roky zůstalo 30% bez záchvatů, 35% se zlepšilo a 35% dětí na dietu nereagovalo. Hlavně nedostatečné pokrytí potřeb proteinů inhibuje u části dětí růst a tělesný vývoj. Protože se tyto diety nadměrně bohaté tukem nedají podávat po delší dobu vznikly pokusy nahradit běžný tuk v potravě do značné míry mimořádně ketogenním triglyceridem s mastnými kyselinami se středně dlouhým řetězcem. Stupeň ketoacidozy při pokrytí 60% energie odpovídá zhruba pokrytí 75% energie běžnými tuky. Emulze umožnily dosáhnout příznivého účinku asi u 50% dětí, které nereagovaly, anebo reagovaly nedostatečně na antikonvulzivní terapii. Nejlepších výsledků se dosahuje u dětí ve stáří od 2 do 5 let. Děti starší než 10 let již tuto jednostrannou dietu nesnáší. Kromě výjimek nepřichází ketogenní dieta v úvahu u dospělých. Zhruba u 5% pacientů se při této dietě vyvíjí nefrolitiáza (Svačina, Mullerová, Bretšnajdrová, 2012). Není bezpečně známo, jaké mechanismy účinku jsou pokladen antikonvulzivního působení ketoacidozy.

Dieta se obvykle drží po dva roky. Nemá-li dostatečný efekt anebo ji pacient netoleruje, lze ji ukončit dříve. Podobně jako u antiepileptické léčby se stále diskutuje o tom, jakým tempem ketogenní dietu ukončit. Srovnávající frekvenci recidiv záchvatů v závislosti na rychlosti snižování poměru ketogenní diety není žádný rozdíl mezi pomalým a rychlým vysazením. Tam, kde léčba neměla dostatečnou odezvu a netrvala déle než 12 týdnů, lze dietu ukončit rychleji, obvykle během 2–3 týdnů (Svačina, 2008). Efekt ketogenní diety dlouhodobě přetrvává i po jejím ukončení u mnoha pacientů.

OLIGOANTIGENNÍ DIETA

Tato dieta se skládá z omezeného počtu potravin, které jíme jednou týdně či řidčeji, dítě je má rádo a nevyvolávají mu žádné potíže. Může se například skládat z jednoho masitého jídla denně (třeba z jehněčího či krocaního masa), jednoho nebo dvou polysacharidových (škrobových) jídel (rýže, brambory či ovesná mouka), ovoce (například hrušky), zeleniny (zelené fazole, brokolice), rostlinného oleje (například olivový), soli, vody a případně z multivitaminů a minerálů. **Upozorňujeme, že během této diety nemá dítě v žádném případě trpět hladu a má spotřebovávat dostatečné množství potravin a tekutin, protože podvýživa či dehydratace mohou vyvolat komplikace** (Svačina, Mullerová, Bretšnajdrová, 2012). Podáváním této diety vymizela, anebo se snížila křečová pohotovost, pokud se epilepsie vyskytovala v kombinaci s migrénou, nebo s hyperkinetickým syndromem, efekt se však nedostavil, jestliže tato průvodní onemocnění chyběla.

Bezglutamová dieta – jsou potvrzené i vztahy mezi epilepsií a přecitlivostí na gluten. A to zejména tehdy, jestliže se daly prokázat intracerebrální kalcifikace. V některých studiích se podařilo u třetiny pacientů podáváním výživy bez glutenu snížit počet záchvatů na 50 % (Svačina, Mullerová, Bretšnajdrová, 2012).

Vitamín E – podle některých údajů snížením koncentrace vitamínu E zvýší křečovou pohotovost a suplementace tohoto vitamínu sníží počet a intezitu epileptických záchvatů.

ZÁVĚR

Přestože je obecně u standardně léčené epilepsie prognóza celkem příznivá (u většiny pacientů dojde po čase k úplnému vymizení záchvatů), zhruba u jedné třetiny nemocných se ani při správné léčbě nepodaří dosáhnout bez záchvatového stavu. **Dodržování správné výživy u pacientů s epilepsií a dodržování zdravého životního stylu patří mezi priority léčby.**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AURA – *informace o epilepsii*, dvouměsíčník, Společnost E/ Czech Epilepsy Association o.s., Praha 2016.
2. BARTŮNĚK P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. et al. 2016. *Vybranné kapitoly z intenzivní péče*. Grada, Praha 2016. ISBN 978-80-271-9328-8.
3. BROZMAN, M. et al. 2011. *Neurologia – učebnice pro zdravotnické odbory univerzitního studia*. Martin: Osveta. 2015. 188s., ISBN 978-80-8063-339-4.
4. KASPER H. 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Grada, Praha 2015 ISBN: 978-80-247-4533-6.
5. MIKŠOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Martin: Osvěta, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
6. TYRLÍKOVÁ, I., BAREŠ, M. et al. 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2012 ISBN 978-80-7013-540-2.
7. STARNOVSKÁ, T., CHOCENSKÁ., E. 2006. *Nutriční terapie*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-726-2387-7.
8. SVAČINA, Š. 2008. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
9. SVAČINA, Š., MULLEROVÁ, D., BRETŠNAJDROVÁ, A. 2012. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Praha: Triton. 2012.331s., ISBN 978-80-7387-347-9.
10. URBÁNKOVÁ, P. 2008. *Klinická výživa v současné praxi*. Brno: NCNZO, 2008. ISBN 978-80-7013-473-3.



Ivica Gulášová

Jozef Babečka

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Slovakia

Lada Cetlová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Czech Republic

Paweł Czarnecki

Faculty of Aeronautics, Technical University of Košice, Slovakia

Zdravotní rizika u obyvatelstva v České republice / *Health Risks of Population in the Czech Republic*

Summary

The aim of our contribution is to briefly describe the health risks to people in the Czech Republic. It is necessary to realize that health concerns not only the human being but also the environment, it is the result of mutual relations between the organism, the psychic and the personality of the individual and the surrounding environment. Health is most damaging to smoking, poor nutrition, low physical activity, excessive psychological stress, excessive alcohol consumption, drug abuse, risky sexual behavior. Demography is a doctrine of the population, it deals with dynamic and statistical indicators - population, migration, etc. The most important method is demographic statistics. Mortality or mortality is the ratio of the number of deaths to the given disease to the total number of inhabitants in the given administrative unit. For example, breakdowns into groups of men, women, children under 15 or occupations, injuries, etc.

Prevention is a set of measures to prevent any undesirable phenomenon such as illness, drug addiction, crime, accidents, failure in school, social conflicts, violence, environmental disasters, and so on. Primary prevention is specific and non-specific. Specific is targeted against disease or against the risk of disease. Primary non-specific prevention means activities leading to the strengthening and development of health through health education or a health-conscious lifestyle. Secondary prevention attempts to capture the phenomena in a timely manner and prevent their deepening, spreading and the like. It focuses on particularly vulnerable groups, such as youth, minorities or the socially weak. Tertiary prevention seeks to prevent repetition, such as crimes, illness, drug addiction, and so on. It focuses on people who have just been cured, punished, and the like.

Lifestyle is a style that includes forms of voluntary behavior in given life situations that are based on individual choices from different options. The health status of the company is assessed mainly on the basis of morbidity and mortality. The sickness, incidence and prevalence of illnesses in the population is the ratio of the number of ill persons to the number of persons at risk in the population and in the time period. It expresses the incidence and prevalence indicators.

Keywords: Health risks. Disease. Prevention. Mortality.

Vynějšší složité a stále se měnící vtahy mezi člověkem a životním prostředím jsou výsledkem nejen biologického, ale především sociálně-ekonomického vývoje lidské společnosti. V poslední době pozorují stále se snižující úroveň znalostí občanů v dané problematice. Díky tomuto stále se zvyšujícímu se trendu v dnešní době jen málokdo rozezná výstražné signály, lidé nevědí, jak na ně správně zareagovat a jak se zachovat. I tyto rizika sebou přináší naše moderní doba. Vést zdravý životní styl neznamená pouze eliminovat zdravotní rizika ohledně lidského zdraví, ale znamená přispívat i ke zdraví přírodního prostředí. **Je zapotřebí si uvědomit, že se zdraví týká nejen člověka samotného, ale i okolního prostředí, je tedy výslednicí vzájemných vztahů mezi organismem, psychikou a osobností jednotlivce a mezi životním prostředím, které ho obklopuje.** Lidé si mohou své zdraví vlastním jednáním nejen posílit, ale i poškodit. O zdraví každého jedince je nezbytné pečovat už od jeho narození, neboť stále platí, že prevence je levnější než léčba. Cílem našeho příspěvku je stručně popsat jaké jsou rizika pro zdraví lidí v České Republice.

Zdraví je jedna z nejvýznamnějších hodnot života, avšak pro různé lidi znamená realitu zcela odlišnou, např. pro lékaře nepřítomnost nemoci, choroby, úrazu, pro sociologa člověka dobře fungujícího ve všech sociálních rolích, humanista si představí člověka, který se pozitivně vyrovnává s životními úkoly, idealista člověka, kterému je dobře tělesně, duševně a sociálně. Existuje mnoho různých teorií, které nám předkládají význam slova zdraví. Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako „stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody“.

Demografie je nauka o obyvatelstvu, zabývá se dynamickými a statistickými ukazateli – počet obyvatel, migrace apod. Nejdůležitější metodou je demografická statistika. Důležitým faktorem pro sledování zdravotního stavu obyvatel je sledování nemocnosti (Komárek, Provazník, 2011).

Mortalita neboli úmrtnost udává poměr počtu zemřelých na dané onemocnění k celkovému počtu obyvatel v daném správním celku. Například rozdělení na skupiny muži, ženy, děti do 15 let nebo dle profesí, úrazů atd.

Prevence (z lat. *praevenire*, předcházet) je souhrn opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám a podobně.

Primární prevence je specifická a nespecifická. Specifická je zaměřená proti nemocem nebo proti rizikům vzniku nemoci. Primární prevence nespecifická znamená aktivity vedoucí k posilování a rozvíjení zdraví zdravotní výchovou či zdravotně žádoucím životním stylem (Machová, Kubátová, 2010).

Sekundární prevence se snaží příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování, šíření a podobně. Zaměřuje se na zvláště ohrožené skupiny, například mládež, menšiny nebo sociálně slabé.

Terciární prevence se snaží zabránit opakování, například trestných činů, onemocnění, drogové závislosti a podobně. Je zaměřena na osoby právě vyléčené, propouštěné z výkonu trestu a podobně (Bašková et al., 2009).

Životní styl je styl, který zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Zdravotní stav společnosti se hodnotí hlavně na základě nemocnosti a úmrtnosti.

Nemocnost, výskyt a působení nemocí v populaci představuje poměr počtu nemocných osob k počtu osob v riziku v dané populaci a v časovém období. Vyjadřuje se ukazateli incidence a prevalence.

WHO – světová zdravotnická organizace od svého vzniku v roce 1948 podporuje Světová zdravotnická organizace mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. Cílem činnosti organizace je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny.

Hlavní strategické záměry WHO jsou:

- omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace;
- podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek;
- rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné;
- rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií.

(Komárek, Provazník, 2011).

Zdravotní rizika – zdraví nejvíce poškozuje kouření, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, nadměrná konzumace alkoholu, zneužívání drog, rizikové sexuální chování.

Kouření je podle zákona č. 37/1989 Sb. zvláštní druh toxikomanie, který škodlivě působí na zdraví kuřáků i nekuřáků bezprostředně vystavených účinkům kouření (Zdravotní služby, 2012).

Je definováno jako vdechování tabákového kouře. Takto se do organismu dostává více než 2000 různých látek, které mají mnohdy významné negativní účinky na lidský organismus. Podle WHO (2015) je užívání tabáku charakterizováno pravidelností a nutkavostí. Abstinence tabáku je pak ve většině případů provázena syndromem odnětí (tedy přítomností tzv. abstinčních příznaků). Jedná se o naučené chování, které u většiny pravidelných kuřáků dříve nebo později komplikuje fyzická závislost na nikotinu. Kuřáctví je zařazeno jako nemoc (F 17.X drogová závislost) a jako každá nemoc si zaslouží prevenci a léčbu (Krejčí, Šulová, Rozum, Havlíková, 2010).

ONEMOCNĚNÍ SPOJENÁ S KOUŘENÍM

Rakovina: nejčastější je rakovina plic, ale rozhodně se rakovina může postihnout kterýkoliv orgán lidského těla, vředová choroba žaludku a dvanácterníku, infarkt myokardu, kuřáci mají horší kvalitu spermií, problémy s otěhotněním, kouření je nejčastější příčina získané slepoty, zvyšuje kazivost zubů, kuřákům intenzivněji vypadávají vlasy, kouření zdvojnásobuje riziko cukrovky, kuřáci jsou častěji v depresi a je u nich větší pravděpodobnost ke spáchání sebevraždy, kuřák má 3x vyšší pravděpodobnost, že onemocní roztroušenou mozkomíšní sklerózou.

NESPRÁVNÁ VÝŽIVA

Výživa je základní podmínkou života. Nesprávná výživa je velmi často příčinou nemocí. Člověk při výběru stravy, jejího množství, složení, ale i podmínek jejího přijímání musí využít svých rozumových schopností. Člověk, chce-li zůstat zdravý a v dobré kondici, musí vědomě svůj způsob stravování usměrňovat.

Základy zdravé racionální výživy spočívají v přizpůsobení výživy potřebám organismu, přizpůsobení výživy fyzickému i duševnímu vývoji jedince, aplikaci nejnovějších poznatků do stravovacího režimu, strava k zamezení rozvoji aterosklerózy, strava není karcinogenní.

Lékaři tvrdí, že za 75 procent všech nemocí může nesprávná výživa. Podle profesora Štěpána Svačiny nejsou informace o tom, jak zdravě jíst a žít v české společnosti dostatečně rozšířené. Také proto, že mezi skutečnými nutričními terapeuty je podle něj celá řada výživových poradců, kteří ve skutečnosti jen distribuují potravinové doplňky (Svačina, 2008).

NÍZKÁ POHYBOVÁ AKTIVITA

Pohyb je jednou ze základních potřeb člověka. Lidské tělo je vyvinuto k pohybu a aktivitě. I když je v klidu, provádí dechové pohyby, běží cirkulace krve, srdeční stahy, pohyb střev a dalších orgánů, včetně jednotlivých buněk – krvinky, spermie. Přemísťování těla v prostoru je umožněno aktivním pohybem (výsledek vlastní pohybové aktivity) nebo pasivním pohybem (využitím zvířat nebo techniky). Pro zachování zdraví je nejdůležitější aktivní pohyb. Onemocnění pohybového aparátu je v ČR na druhém místě příčin krátkodobé a dlouhodobé pracovní neschopnosti. Je i častým důvodem odchodu do invalidního důchodu. V obou případech se jedná i o velmi významné zhoršení kvality života. Příčiny vzniku onemocnění pohybového aparátu mají základ již v dětství, kdy se vlivem nesprávného zatížení pohybového aparátu rozvíjí svalová nerovnováha, která vede k vadnému držení těla. Několikahodinové sezení ve školních lavicích pokračuje vyseďáváním ve družině, u domácích úkolů, televizorů, videí, počítačů (Čevela, Čeledová, 2010). Svůj podíl má i ergonomicky nevyhovující nábytek, vysoká psychická zátěž a zejména nedostatek všestranného pohybu. Tyto rizikové faktory se i během dalších let školní docházky nejzávažněji podílejí na prohlubující se svalové nerovnováze, zhoršené koordinaci a špatné pohybové ekonomice. To vede k rychle nastupující únavě a k poklesu celkové výkonnosti (Stojan, 2008). Vadné držení těla tak přispívá v dospělosti k degenerativním změnám na páteři, často provázené bolestí.

NADMĚRNÁ PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

Duševní hygiena neboli psychohygiena je nauka o tom, jak si chránit a upevňovat duševní zdraví a jak zvyšovat odolnost člověka vůči nejrůznějším škodlivým vlivům. Poskytuje návod, jak cílevědomě upravovat životní styl a životní podmínky tak, aby se nejen zabránilo nepříznivým vlivům, ale aby se co nejvíce uplatnily vlivy posilující naši duševní kondici, duševní rovnováhu. Má člověka naučit, jak předcházet psychickým obtížím (Kelnarová, Matějková, 2008). Pokud již nastaly, učí ho, jak je nejlépe zvládat. Přínos psychohygieny spočívá v prevenci somatických a psychických nemocí, v dobré pracovní výkonnosti – vyrovnaný člověk se dokáže dobře koncentrovat na práci i odpočinek, ve fungujících sociálních vztazích – člověk, který je duševně zdravý, kladně působí na své okolí v subjektivní spokojenosti – vyrovnaný člověk neprožívá citová vypětí.

NADMĚRNÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

Alkohol je dobrý tehdy, když potřebujeme něco zapít – ať už je to něco příjemné nebo zlé. Když to zapijeme moc dlouho, tak se ale utopíme (Medicína v aforismech, Svatopluk Káš)

Použití většího množství alkoholu vede k opilosti. Dlouhodobé zneužívání vede k závislosti na alkoholu – alkoholizmu – je to stav, při němž je postižený závislý na alkoholu, a pokud jej nemá, objeví se abstinenční příznaky. Abstinenční syndrom – souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí, respektive nedostatku drogy, na níž je vytvořena závislost. Abstinenční syndrom se může projevovat různým způsobem a s různou intenzitou. Rozlišujeme mezi abstinenčním syndromem psychickým a fyzickým. Abstinenční syndrom se projevuje různě u různých typů osobnosti postiženého, významnou roli hraje struktura osobnosti postiženého, rodinné či partnerské zázemí. Základním právem každé lidské bytosti je právo na zdraví a na kvalitu života. Ochrana a podpora zdraví a kvality života dětí a mládeže jsou zakotveny v Úmluvě OSN o právech dítěte a jsou součástí zdravotní politiky SZO Zdraví 21. Cíl 12 požaduje, aby děti do 15 let nepožívaly alkohol vůbec. Alkohol je příčinou každého třetího úmrtí chlapců a mladých mužů mezi 15. a 29. rokem na úrazy, dopravní nehody, otravy alkoholem, sebevraždy a jaterní a nádorová onemocnění. Alkohol musíme považovat za tvrdou, silně návykovou drogu, obzvláště v psychicky těžkých obdobích, kdy se stává berličkou. Její nebezpečnost spočívá v tom, že je všude, je legální a patří k různým rituálům (např. oslavy). Nastala zvláštní doba, kdy není outsiderem ten, kdo pije alkohol, ale ten, kdo abstinuje (Komárek, Provazník, 2011). Platí to především u mládeže. Konflikt se společností tedy nemá ten, kdo pije, ale ten kdo nechce pít.

ZNEUŽÍVÁNÍ DROG

V praxi se osvědčila definice podle Komárka, Provazníka (2011) droga je každá látka, která splňuje dva základní požadavky: má tzv. **psychotropní účinek** – působí na psychiku (mění prožívání okolní reality i „vnitřní naladění“ člověka) a **může vyvolat závislost** – míra nebezpečí vzniku závislosti je u různých drog odlišná, může být větší nebo menší, ale riziko závislosti je přítomno vždy.

V běžném společenském kontextu jsou dnes jako drogy označovány téměř výhradně ty omamné a psychotropní látky, které jsou v našem státě zákonem zapovězeny, resp. je zakázána jejich výroba a distribuce – tj. NELEGÁLNÍ DROGY (Čevala, Čeledová, Dalanský, 2009). Za zmínku stojí, že pojem „droga“ je v češtině někdy používán nejen pro označení látek, ale v přeneseném smyslu slova i pro označení činností vyvolávajících nějakou formu závislosti (gambling – hra jako droga, workoholismus – práce jako droga, netolizmus – závislost na virtuálních drogách, tj. návykové sledování televize, závislost na počítači).

DROGOVÁ ZÁVISLOST – TOXIKOMÁNIE

Pojem toxikománie je odvozen od řeckých slov toxikon – jed a mania – šílenost, zuřivost, nadšení. Toxikománie – dle WHO – duševní a někdy také tělesný stav vyplývající ze vzájemné interakce mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnou chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují puzení brát drogu stále nebo opakovaně pro její účinky na psychiku, někdy také z obav před abstinenceními účinky. Úzus – užití, užívání, abúzus – zneužití či zneužívání (Komárek, Provazník, 2011). Rozlišuje se abúzus bez návyku, kdy si subjekt dokáže drogu kdykoli odepřít a abúzus s návykem, kdy subjekt již drogu nutně potřebuje a není schopen svobodně se rozhodovat a kdykoli si ji odepřít.

RIZIKOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

„Sexuální zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není to jen nepřítomnost nemoci, dysfunkce či vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a partnerství, stejně jako schopnost mít uspokojení z bezpečného sexu prostého nátlaku, diskriminace a násilí. Aby bylo sexuální zdraví dosaženo a udrženo, musí být sexuální práva všech osob respektována, chráněna a naplňována“ (WHO, 2002).

Sexuálně přenosné choroby jsou onemocnění přenášející se pohlavním stykem, jejich šíření je úzce vázáno na sexuální zvyklosti a chování. Onemocnění se přenáší sekrety sliznic, krví, slinami či spermatem a každoročně se objeví cca 500 mil. nových případů na světě (Machová, Kubátová, 2010). Nejzávažnější průběh, šíření a následky mají v tzv. třetím světě. Postihují především pohlavní ústrojí, případně močový trakt nebo ostatní orgány.

AIDS (ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME)

Původce – agens AIDS byl v roce 1981 v USA poprvé rozpoznán nové onemocnění. Dostalo jméno AIDS, zkratka anglického Acquired Immune Deficiency Syndrome (vyjadřuje podstatu onemocnění). Syndrom získaného imunodeficitu, česky-soubor příznaků, které vedou ke ztrátě imunity, tj. obranyschopnosti organismu. Lidský organismus napadený HIV je vnímavější k infekčním a nádorovým onemocněním. V roce 1983 objevili nezávisle na sobě vědecké týmy v USA a ve Francii původce onemocnění AIDS-virus, který byl nazván HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka). Virus napadá v organismu

zejména bílé krvinky (T lymfocyty), množí se v nich a později je zabíjí. Dochází k výraznému poklesu počtu bílých krvinek a tím k selhávání imunity a rozvíjí se v onemocnění AIDS (Rovný, Bielik, 2011).

ZÁVĚR

Při spracovávání našeho příspěvku, jsem zjistili, že výchova ke zdraví by se neměla zahájit již od narození, jak jsme uvedli v úvodu. **Výchova ke zdraví se musí zahájit již když žena čeká své dítě.** Přece matka ta rozhoduje, co dá svému dítěti „do vínku“, musí si rozmyslet zda bude kouřit atd.. Předmět „Výchova ke zdraví“ je již vyučován na základních, středních a vysokých školách, ale z našeho pohledu je to nedostačující, protože rizika se stále modernizující dobou se zvyšují. Pravdou je, že v České Republice se průměrný věk obyvatelstva zvyšuje. Za posledních 20 let se průměrně zvýšil o 7 let (Komárek, Provazník, 2011). Velkým problémem České Republiky je obezita, ta je spojená s mnoha nemocemi, jak jsem již uváděli, alkohol je velký problém z hlediska dostupnosti, zavedli bych větší postihy při prodeji alkoholických nápojů mladistvým. S kouřením Český stát na tom není nejlépe, uvidíme co přinese zákaz kouření v restauracích. Rizikové faktory můžeme ovlivnit pouze správnou výchovou. My děláme prostředí, ve kterém žijeme a které nás ovlivňuje. Jedině my můžeme naše zdraví z velké části ovlivnit. Sami se musíme nad sebou zamyslet.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta. 2009. 226s., ISBN 978-80-8063-320-2.
2. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha, Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.
3. ČEVELA R., ČELEDOVÁ, L. 2010. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2831-5.
5. KOMÁREK, L., PROVAZNÍK, K. 2011. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha, 3. Lékařská fakulta UK, Nadace CINCI. 2011, 99s., ISBN 978-80-260-1159-0.
6. KREJČÍ M., ŠULOVÁ L., ROZUM F., HAVLÍKOVÁ D., 2010. *Výchova ke zdravému životnímu stylu*. Plzeň, vydavatelství FRAUS, 2010. ISBN 978-80-7238-930-8.
7. MACHOVÁ J., KUBÁTOVÁ D., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha, Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2715-8.
8. ROVNÝ, I., BIELIK, I. et al. 2011. *Vybrané kapitoly z veřejného zdravotnictví*. Bratislava: Interpharm, 2011, 591s., ISBN 978-80-89057-33-7.
9. STOJAN, M., 2008. *Dopravní výchova dětí a mládeže jako jeden z pilířů ochrany zdraví a prevence úrazů*. Brno, MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-078-4.
10. SVAČINA, Š. 2008. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.



Ivica Gulášová

Jozef Babečka

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Slovakia

Vlasta Dvořáková

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Czech Republic

Paweł Czarnecki

Faculty of Aeronautics, Technical University of Košice, Slovakia

Odpovědnost versus právo v ošetrovatelské praxi / *Responsibility versus Right in Nursing Practice*

Summary

In our paper, we approach legal responsibilities in nursing practice. Right now almost any human activity is regulated and the area of human health care is no exception. Thanks to the development of medicine and nursing, care for the sick is becoming increasingly sophisticated, but also more risky. The intention is to provide a brief overview of the issue of legal responsibility of the nurse, both from the point of view of law, ethics, and especially from the perspective of sister practice. Because the nurse is the one who is closest to the pacifier (client) of the sparse medical presontal.

Our goal is to clarify some legal concepts and to describe some areas of nursing care provided by legislative standards. And not only from the law of healthcare, but also from other branches of law related to this profession. Because this issue is very extensive, we would like to focus primarily on the actions and legislative norms that relate to the work of the general nurse at the bed and in the outpatient clinic. We will also point out the activities that the nurse performs daily. They define the law as „a set of generally binding rules of conduct and conduct of the members of society.“ Laws are the result of consciousness and will; in relation to legal standards it can be described as legal action. According to the Civil Code, a legal action means a behavior that is capable of producing legal consequences.

The unlawful conduct is inconsistent with the law, we call it unlawful. The result is an illegal state and the legal order imposes an obligation to correct or eliminate the situation. In practice, nursing is perceived as nursing care, which takes place at a certain time. It is targeted at a person in a state of health and the environment.

Nursing care is fairly clearly defined by Act No. 372/2011 as a set of activities and measures taken to determine the level of health, prevention and treatment of diseases and disorders, to improve and ma-

intain health, and to alleviate suffering, including reproductive and parturition, by healthcare professionals. Confidentiality is one of the basic rules of medical ethics. The conclusion of the article is devoted to the legal responsibility of healthcare workers and the fact that the responsibility of healthcare workers is generally considered to be large, has its roots in perceiving health as one of the highest values of a person.

Keywords: Law. Secrecy, Legal responsibility, Nursing practice, Nurse.

ÚVOD

Právem je v současnosti upravována téměř kterákoliv lidská činnost a oblast péče o lidské zdraví není výjimkou. Jde o sféru činnosti, jež se váže k nejcitlivějším aspektům bytí, neboť se dotýká lidského života a zdraví, a je proto na místě, aby právo nezůstalo stranou (Holčapek, 2011, s. 11–18). Díky rozvoji medicíny a ošetrovatelství se stává péče o nemocné stále dokonalejší, ale také rizikovější. Všeobecná sestra jako poskytovatel ošetrovatelské péče a nepostradatelný člen zdravotnického týmu je nucena čelit jak rostoucím nárokům na svou odbornost, tak i náročným požadavkům na odpovědnost za poskytovanou péči, a to zejména odpovědnost právní. Pro poskytování kvalitní a bezpečné péče je nezbytné, aby sestra dobře znala své práva a povinnosti stanovené zákonem a byla si vědoma právní odpovědnosti, jež jí z výkonu ošetrovatelského povolání plyne, neboť odpovědnost je určujícím prvkem profesionality (Gulášová, 2009).

V našem příspěvku přibližujeme právní odpovědnosti v ošetrovatelské praxi. Jejím záměrem je poskytnout stručný přehled problematiky právní odpovědnosti všeobecné sestry jak z pohledu práva, etiky, tak zejména z pohledu sesterské praxe. Protože právě sestra je ta, která z veškerého zdravotnického personálu je u pacienta (klienta) nejbližší. Naším cílem je objasnit, některé právní pojmy a popsat některé oblasti poskytované ošetrovatelské péče upravené legislativními normami. A to nejen z práva zdravotnického, ale i jiných odvětví práva, které s tímto povoláním souvisí. Protože je tato problematika velice rozsáhlá, chtěli bychom se věnovat především těm činnostem a legislativním normám, které se týkají práce všeobecné sestry u lůžka a v ambulanci. Dále poukážeme na činnosti které všeobecná sestra denně vykonává.

Právo je normativní mechanismus pro regulaci vztahů v lidské společnosti. Vondráček a Wirthová (2009) právo definují jako „soubor obecně závazných pravidel chování a jednání členů společnosti“

PRÁVNÍ JEDNÁNÍ

Jednání člověka je výsledkem jeho vědomí a vůle; ve vztahu k právním normám ho lze označit jako právní jednání. Podle občanského zákoníku se právním jednáním rozumí takové chování, které je schopno vyvolat právní následky. Právně jednat tedy znamená projevit vědomě a jasně svou vůli a tím vyvolat vznik, změnu nebo zánik práv a povinností, jež právní norma s takovými projevy spojuje. Právní jednání člověka může být s právní normou v souladu (například uzavření pracovní smlouvy) nebo v rozporu (nezaplacení dluhu řádně nebo včas), (Vondráček et Wirthová, 2009).

PROTIPRÁVNÍ JEDNÁNÍ

Jednání, které je v rozporu s právními předpisy, označujeme jako protiprávní. Jeho výsledkem je protiprávní stav a právní řád ukládá povinnost vzniklou situaci napravit nebo odstranit (Vondráček, Wirthová, 2009).

OŠETŘOVATELSVÍ

V praxi je ošetřovatelství chápáno jako ošetřovatelská péče, která se vykoává v určitém čase. Je orientovaná na osobu, která se nachází v určitém stavu zdraví a prostředí. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelskou péči (zdravotní péči) poměrně jasně definuje zákon č. 372/2011, a to jako soubor činností a opatření konaných ke zjištění úrovně zdraví, prevenci a léčbě nemocí a vad, ke zlepšení a udržení zdravotního stavu a k zmírnění utrpení, včetně pomoci při reprodukci a porodu, prováděných zdravotnickými pracovníky (Holčapek, 2011).

POSTUP LEGE ARTIS

Dne 1. dubna 2012 nabyl účinnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Nově máme tedy dvě platné definice.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně, pramen nejvyšší právní síly, regulující poskytování zdravotní péče v České republice, článkem 4 stanoví, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

Účinnost čl. 4 Úmluvy v českém právním řádu reflektuje „dosluhující“ zákon o péči o zdraví lidu ust. § 11 odst. 1, který stanoví povinnost poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (Holčapek, 2011).

Nový zákon o zdravotních službách zavádí do právního řádu i novou definici postupu lege artis. Pacient má podle § 28 odst. 2 zákona právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Toto ustanovení je třeba vykládat za pomoci ust. § 4 odst. 5 zákona, vymezující náležitou odbornou úroveň jako poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. (www.epravo.cz/top/clanky/nova-definice-lege-artis-a-zakon-o-zdravotnich-sluzbach).

Postup lege artis je závazný pro všechny kategorie zdravotnických pracovníků, tedy i pro zdravotní sestry. Za postup non lege artis je možno považovat např. přecenění vlastních schopností, nedostatečnou odbornost, nešetrné a nevhodné jednání s pacienty, špatné vedení zdravotnické dokumentace, přehlédnutí nebo výkon

činností, k nimž nemá dotyčná osoba odbornou způsobilost. Došlo-li postupem *non lege artis* k poškození zdraví, může být sestra (ale i ostatní zdravotničtí pracovníci) volána k odpovědnosti a sankcionována podle zákoníku práce nebo trestního či přestupkového zákona a poškozený se může dovolávat sanace škody po zdravotnickém zařízení. V praxi je někdy obtížné určit, zda bylo postupováno *lege artis* či nikoliv, neboť nikde není předně definováno, co je a co naopak není postup *lege artis*. A jak již bylo zmíněno, postup *lege artis* znamená v souladu s dostupnými poznatky vědy a se současnou praxí (Munzarová, 2005). **V této souvislosti pak vyvstává otázka, zda některé poznatky lze již považovat za dostatečně ověřené a použitelné v praxi. Využitelnost poznatků je také často podmíněna i jinými aspekty jako např. dostupnost, nákladnost či náročnost.** Posouzení, co je a co není postupem *lege artis* přísluší tedy především medicíně, nikoli pouze právu.

POVINOST MLČENLIVOSTI

Dodržování mlčenlivosti patří k základním pravidlům zdravotnické etiky. Každá všeobecná sestra se setkává s mnoha důvěrnými informacemi o pacientovi, tyto informace jsou důvěrné. Je zcela přirozené, že pacient si přeje, aby informace zůstaly utajeny. V etickém kodexu práv pacientů je stanoveno: Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Je také jedním ze základních předpokladů důvěry pacienta ke zdravotnickým pracovníkům. Jestliže by pacient nemohl očekávat, že informace, které lékaři či sestře sdělil zůstanou důvěrné, nemůžeme ani my očekávat, že nám pacient sdělí všechny informace, které od něj požadujeme. „Je třeba, aby pacient u zdravotnických pracovníků viděl jejich důvěryhodnost, která chrání důstojnost, osobnost a soukromí každého pacienta bez rozdílu“ (Munzarová, 2005). Ochrana těchto informací není však dána pouze etickými normami, ale i řadou norem právních. Zákon č. 20/1966 Sb. stanovuje mezi jinými povinnostmi zdravotnických pracovníků i povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zbaven v důležitém státním zájmu. Listina základních práv a svobod stanovuje v čl. 10 právo každého člověka na zachování jeho lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a ochranu jeho jména. Dále pak právo na ochranu před zasahováním do soukromého a rodinného života. Každý člověk má též právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. „Na toto ustanovení je třeba upozornit, neboť při tvorbě blanketů zdravotnické dokumentace jsou uváděny citlivé údaje, které nelze označit za údaje potřebné ke splnění stanoveného úkolu – to je k poskytování zdravotní péče“ (Vondráček, Dvořáková, Vondráček, 2009).

PRÁVO VE ZDRAVOTNICTVÍ

Přestože na první pohled jsou právo a zdravotnictví dva zcela odlišné obory, ve skutečnosti se denně intenzivně setkávají, neboť poskytování zdravotní péče zahrnuje nejen aspekty medicínské, ale i aspekty právní, a tato skutečnost začíná v současnosti nabývat na významu. Poskytování zdravotní péče je složitý proces ovlivněný řadou faktorů a jeho výsledky jsou bedlivě posuzovány laickou i zdravotnickou veřejností.

S velmi dynamickým rozvojem medicíny vstupuje zdravotní péče do lidských životů stále zdatněji a vzbuzuje stále větší očekávání. V důsledku toho se navyšuje počet chyb, kterých se poskytovatelé péče vůči pacientům dopouštějí, a tyto chyby společně se soudobým akcentem na práva každého člověka včetně nároku na „zadostiučnění“ v případě jejich porušení způsobují, že v oblasti zdravotnictví dostává větší prostor i právo (Bruha, Prošková, 2011).

V podmínkách českého státu zdravotnické právo jako samostatná disciplína existuje poměrně krátce a větší pozornosti se mu dostává až v posledních letech, kdy proniká do odborné literatury i výuky právnických a lékařských fakult (Munzarová, 2005). Tento postup je však pozvolný, neboť někteří odborníci stále považují zdravotnické právo pouze za souhrn právních předpisů regulující právní otázky související s medicínou a poskytováním zdravotní péče, nikoliv za samostatný obor (Císařová a kol., 2004), přestože podřadit celou zdravotnickoprávní problematiku pod jiné právní odvětví je obtížné (Mach, 2006).

LEGISLATIVA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ačkoliv se právní předpisy dotýkají snad každé oblasti našeho života, lze říci, že v kontextu poskytování zdravotní péče nabývají na obzvláštním významu (Šoltés, Pullman, 2008). Oblast zdravotnického práva je upravována mnoha právními předpisy. Kromě mezinárodních úmluv a ústavních předpisů se jedná o širokou škálu zákonů a podzákoných předpisů, které se poskytování zdravotní péče věnují buď v obecném pojetí, nebo specificky upravují jeden úsek zdravotní péče. Dále do problematiky zdravotnického práva silně zasahují také některé právní předpisy práva občanského, trestního a správního; jmenujme například zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, jehož některá ustanovení s poskytováním zdravotní péče přímo souvisí (trestný čin šíření nakažlivé choroby, nedovoleného přerušování těhotenství, neposkytnutí pomoci aj.), (Mach, 2006).

ETICKÉ KODEXY

Kromě právních předpisů upravují poskytování zdravotní péče rovněž mnohé etické kodexy. Kodexem rozumíme souhrn obecných pravidel pro určitou činnost; ve zdravotnické praxi má svůj velký význam, neboť poukazuje na to, co je správné. Přestože etické kodexy se v právních normách v mnohém odrážejí, právně závaznými zpravidla nejsou. Pokud při poskytování péče dojde ke vzniku právního sporu, nebudou rozhodujícím kritériem kodexy, ale platné právní předpisy (Císařová, Sovová, 2004.). Zavazovat zdravotnického pracovníka však kodex může z titulu profesní příslušnosti, neboť některé etické kodexy jsou zároveň základními stavovskými předpisy profesních organizací, např. Etický kodex České lékařské komory (Mach, 2006).

Etický kodex sester naznačuje, že odpovědnost v povolání všeobecné sestry není pouze záležitostí empatie a citového zaujetí nebo naopak precizní, avšak neosobní péče, nýbrž že vyžaduje rovnováhu mezi těmito aspekty, což v důsledku umožňuje poskytovat ošetrovatelskou péči kvalitně a bezpečně (Gulášová, 2009).

ODPOVĚDNOST PRÁVNÍ

Odpovědnost patří k typickým atributům každého normativního systému. Je tedy sporné, zda vůbec lze jednoznačně definovat odpovědnost jako obecný pojem, neboť její problematika se dotýká mnoha oblastí lidské společnosti. Hovoří se o odpovědnosti morální či etické, právní, politické nebo kolektivní, a najít společného jmenovatele je obtížné. Můžeme říci, že právní odpovědnost je jedním z druhů odpovědnosti společenské, „jednou vrstvou ve společenské struktuře odpovědnosti člověka“ (Holčapek, 2011).

PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST VE ZDRAVOTNICTVÍ

Oblast právní odpovědnosti ve zdravotnictví je v naší společnosti problematikou čile diskutovanou a vysoce aktuální. Právní vztahy mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem, potažmo zdravotnickým zařízením, jsou velmi spletité, a proto právní odpovědnost spojená s poskytováním zdravotní péče a výkonem zdravotnického povolání představuje mezi ostatními druhy právní odpovědnosti oblast poměrně specifickou a náleží k přitažlivým právním tématům jak z pohledu teoretického, tak i stran praktické aplikace (Vondráček, Wirthová, 2009).

Při poskytování zdravotní péče se běžně uplatňuje většina z druhů právní odpovědnosti. Největší význam se nepochybně připisuje odpovědnosti občanskoprávní a trestněprávní, dále pak pracovněprávní, disciplinární a případně smluvní. Legislativní ukotvení právní odpovědnosti ve zdravotnictví lze označit za jednu z nejvýznamnějších a zároveň nejkomplicovanějších oblastí práva vůbec. Zabývá se jí celá řada právních předpisů; stávající úprava vychází zejména z Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o lidských právech a biomedicině, dále ze zákona o zdravotních službách, zákonů o zdravotnických povoláních, vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků, občanského zákoníku, trestního zákoníku a mnoha dalších. Odpovědnost při poskytování zdravotní péče je v právním řádu (u nás i v zahraničí) většinou chápána jako odpovědnost za nesprávné, protiprávní jednání – tj. ne za příznivý výsledek, který není možné v medicíně garantovat, nýbrž pouze za vynaložení náležitého úsilí. Pro vyvození odpovědnosti je tedy namísto zabývat se prokazováním, zda došlo k protiprávnímu jednání. Odpovědnost se může dle českého práva vztahovat jak na poškození zdraví, tak i na újmu na osobnostních právech. Je důležité si uvědomit, že odpovědnost za poškození zdraví může představovat nejen vznik zhoršení zdravotního stavu poškozeného, ale také jeho nedostatečné poučení, resp. neposkytnutí potřebných informací, které může vést až k neplatnosti souhlasu s vyšetřením či léčbou, a to aniž by po odborné stránce byly prováděny chybně (Holčapek, 2011).

PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Právní postavení zdravotnických pracovníků v současnosti směřuje ve srovnání s jinými profesemi k většímu rozsahu povinností, k větší míře zasahování veřejné správy a tím k větší právní odpovědnosti. Je to dáno do značné míry právní úpravou výkonu zdravotnických povolání, neboť podléhají - podobně jako např. výkon

advokacie – silné veřejnoprávní regulaci v podobě samostatné zákonné úpravy (Brůha a Prošková, 2011). Skutečnost, že se odpovědnost zdravotnických pracovníků všeobecně hodnotí jako velká, má své kořeny ve vnímání zdraví jako jedné z nejvyšších hodnot člověka (Šoltés, Pullman, 2008).

PŘÁVNÍ ODPOVĚDNOST VŠEOBECNÉ SESTRY

V České republice je právní odpovědnost sestry legislativně upravena především v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhlášce o činnostech zdravotnických pracovníků. **Tyto předpisy podrobně definují, co je činností sestry, a stanovují její odpovědnost za to, že své povolání vykonává pouze v rozsahu dosaženého vzdělání a nepřekračuje vymezené kompetence** (Gulášová, 2009).

ZÁVĚR

Když jsme pracovali na této práci, zamýšleli jsme se kolik právních předpisů souvisí s povoláním sestry. Sestra je jako poskytovatel ošetrovatelské péče konfrontována s řadou právních předpisů, včetně těch, které upravují její právní odpovědnost. Je nezbytné, aby sestra dobře znala svá práva a povinnosti stanovené zákonem a byla si vědoma právní odpovědnosti, jež jí z výkonu ošetrovatelského povolání plyne. V současné době bohužel tato problematika není vyučována na zdravotnických školách v samostatném předmětu a v bakalářském studijním programu je vyučována pouze v rámci volitelných předmětů. V praxi vidíme, že tato neznalost je velký problém, protože mnoho z nás nezná ani práva pacientů. Řešením této situace může zvýšení atraktivity vzdělávacích akcí s právní tematikou pro sestry, častější informování sester o legislativních změnách prostřednictvím odborných ošetrovatelských periodik a zvýšení právního povědomí budoucích všeobecných sester již v rámci studia.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E. 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2011. ISBN 978-80-7357-661-5.
2. ČISAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, E. 2004. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2004. ISBN 80-86199-75-4.
3. GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Osveta. 2009. 127s., ISBN 978-80-8063-307-3.
4. HOLČAPEK, T. 2011. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2011. ISBN 978-80-7357-643-1.
5. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo I, II*. Martin: Osveta. 1995. 1474s., ISBN 80-217-0528-0.
6. MACH, J. 2006. *Medicína a právo*. V Praze: C. H. Beck, 2006. Beckova edice ABC. ISBN 807179-810-X.
7. MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, Avicenum. 2005. 153s., ISBN 80-247-1024-2.
8. ŠOLTÉS, L., PULMAN, R. 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta. 2008. 256s., ISBN 80-8063-287-8.
9. VONDRÁČEK, J., DVOŘÁKOVÁ, V., VONDRÁČEK, L. 2009. *Medicínskoprávní terminologie: příručka pro právní praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-31513.

10. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1919-3.
11. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.



Ivica Gulášová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Slovakia,
Vysoká škola polytechnická Jihlava, Czech Republic

Lenka Görnerová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Czech Republic

Jozef Babečka

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Slovakia

Paweł Czarnecki

Faculty of Aeronautics, Technical University of Košice, Slovakia

Zásady realimentace pacientů po operaci / *Principles of patient realimentation after surgery*

Summary

Clinical nutrition has a very significant role in surgery. There is a two-way relationship between the patient's performance and the nutritional status of the patient, and they are in interaction. Dietary intake can be affected not only immediately but, more importantly, over the long period of time. In this article is described the issue of GIT interventions that require specific approaches to nutritional intervention. In relation to surgery, we distinguish the preoperative, perioperative and postoperative periods, and it is necessary to distinguish the period immediately after surgery and the convalescence period, which is often associated with realimentation. In those stages, nutritional intervention has specific objectives with respect to the patient's health and nutritional status. In recent years is used the so-called „immunonutrition“, which is the use of specific nutritional components for therapeutic purposes. However, the main objective remains to prevent or optimally resolve eventual malnutrition.

Key words: clinical nutrition, surgical operation, realimentation, nutritional intervention, malnutrition.

ÚVOD

Klinická výživa je významným nástrojem, který provází jednotlivé etapy operačního období. Má své specifické úkoly v období diagnostikování, kdy z důvodu nemoci celá řada lidí musí dodržovat nějakou dietu, v přípravě pacienta na zákrok, kdy je potřeba vyprázdnit trávicí trakt, ovšem bez rizika podvýživy, a v neposlední řadě také po úspěšně zvládnutém výkonu kdy potřebuje pacient nabrat nové síly, popřípadě nadále držet specifickou dietu s ohledem na novou situaci. Je tedy zcela evidentní, že klinická výživa má v chirurgii velmi významné postavení.

OPERAČNÍ VÝKON A VÝŽIVA

Mezi operačním výkonem a výživovým stavem pacienta platí oboustranný vztah, jsou tedy ve vzájemné interakci. Příjem stravy může být ovlivněn nejen přímo, ale co je závažnější, dlouhodobě. Záleží na věku pacienta, závažnosti původního onemocnění, typu a délce operačního výkonu a následným omezením, která s sebou operační výkon přináší (například resekce žaludku). Pouze lehčí operační výkony u jinak zdravých pacientů nevedou k nedostatečnému nutričnímu zajištění organismu. Naproti tomu celá řada chirurgických výkonů, například orgánové resekce, transplantace, výkony na gastrointestinálním traktu, popřípadě výkony s pooperačními komplikacemi a zdlouhavé předoperační diagnostické postupy mohou vést k malnutrici. Odhaduje se, že dvacet až padesát procent operovaných má střední až vysoký stupeň malnutrice (Zeman et al, 2003).

Vyšší riziko malnutrice při a po operačním výkonu mají pacienti již před výkonem malnutriční, s těžkou formou diabetu, s vážnými srdečními chorobami, s jaterní cirhózou, s morbidní obezitou. Pacient v malnutrici je ve vyšší míře ohrožen pooperačními komplikacemi.

NUTRIČNÍ INTERVENCE V CHIRURGII

Ve vztahu k operačnímu výkonu rozlišujeme období předoperační, perioperační a období pooperační, přičemž je potřeba rozlišovat období bezprostředně po operaci a období rekonvalescence, které bývá mnohdy spjata s realimentací. Nutriční intervence má v těchto jednotlivých etapách určité cíle s ohledem na zdravotní a nutriční stav pacienta. Nejvyšším cílem však zůstává předcházení, popřípadě optimální řešení již vzniklé malnutrice.

Zásady nutriční péče v pooperačním období - po odeznění anestezie podáváme tekutiny po lžičkách. Parenterální výživa je indikována nemocným, kterým nelze podat výživu enterální cestou nebo pokud podání výživy enterální cestou nepokrývá energetické potřeby nemocného. Podle Evropské společnosti pro enterální a parenterální výživu (ESPEN – European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) je doporučeno zahájit komplementárně parenterální výživu, pokud není jinou formou výživy dodáno více než 60 % potřebné energie (Kohout, Rušavý, Šterclová, et al. 2010).

Dříve se podávala parenterální výživa všem a následně nízkokalorická strava, ve snaze snížit infekční komplikace. 20 – 30 kcal/kg ideální hmotnosti lze považovat za bezpečný příjem, s výjimkou morbidně obézních pacientů. Energetický poměr základních živin by měl být 2 : 3 : 5 (bílkoviny : tuky : sacharidy) (Voleková, Šatník, 2008).

Vhodnější formou výživy se jeví enterální výživa, která bývá zahájena dávkami 10 – 20 ml/hodinu, dle tolerance. Její dávky se postupně zvyšují.

V posledních letech se využívá tzv. „imunonutrice“, tedy podávání konkrétních výživových složek za léčebným účelem. Především se jedná o některé aminokyseliny, kdy například glutamin pozitivně působí na střevní imunitní systém a permeabilitu při parenterálním podání, s následným snížením délky hospitalizace. Má význam pro rychle se obnovující buňky a jeho potřeba po jakémkoliv traumatu narůstá.

MOŽNÉ REAKCE ORGANISMU NA OPERAČNÍ VÝKON

Přechodné zvýšení krevního tlaku a pulzu, přechodné snížení diurézy, snížení hladiny albuminů, negativní dusíková bilance, snížené vylučování sodíku, zvýšené vylučování draslíku, pokles tělesné hmotnosti, rezervního tuku, ale také aktivní tělesné hmoty (Mikšová, 2006).

TYTO METABOLICKÉ REAKCE OBVYKLE NETRVAJÍ DÉLE NEŽ 3 – 5 DNÍ, PO ZAHÁJENÍ REALIMENTACE OBVYKLE USTOUPÍ

Dalšími negativními vlivy, zvláště po závažnějších operacích mohou být zvracení, delší pobyt na lůžku, operační rána (zvláště pokud se nehojí), revize zákroku, delší hladovění, bolest, ztráty bílkovin výpotkem, infekce. Průběh pooperačního období závisí na předoperačních změnách ve funkci operovaného orgánu, na původní chorobě, na průběhu hojení, na přizpůsobování funkce operovaného orgánu, popřípadě funkce ostatních orgánů po resekci.

Realimentace v prvních dnech po operaci u vybraných diagnóz – den operace bývá označován jako den 0 („nultý“). V tento den ještě doznívá anestezie. Obvykle zahajujeme podávání tekutin – čaj po lžičkách. Pokud jde o výživu pacienta, je určen lékařem individuální postup dle druhu a průběhu výkonu.

OPERACE V DUTINĚ BŘIŠNÍ

Specifickou skupinou jsou zákroky na gastrointestinálním traktu (GIT), kdy je k návratu k plnohodnotné výživě per os potřebná obnova peristaltiky a průchodnosti GIT (například odchod plynů a stolice). Teprve potom zahajujeme realimentaci. Běžná výživa obvykle není možná dva až šest dní po operaci (Zeman et al, 2003). Postupy nutriční intervence závisí na předpokládaných změnách ve funkci operovaných orgánů, na původní chorobě a nutričním stavu pacienta, na procesu hojení a výskytu komplikací a na indikaci cílové diety.

OPERACE ŽALUDKU

Prvních 6 hodin po operaci nepodáváme nic per os. Rovněž 8 hodin před operací nebylo nic podáváno per os. Po operaci:

- 0. – 1. den:** Slabý čaj – černý, heřmánkový, šípkový – mírně slazený, po lžičkách (nejvýše 30ml), parenterální výživa.
- 2. den:** Mléko do čaje 50-100ml, evidovat přijaté tekutiny, v poledne netučný vývar po doušcích.
- 3. den:** Čaj s mlékem, dieta č. 0 tekutá v 5 denních porcích. Mírně slazený čaj, slabá bílá káva. Z pokrmů například netučný vývar s mrkvovou šťávou, jablečný, meruňkový kysel. Dieta je bez masa.
- 4. den:** Mléčné bílkoviny – tvaroh, žervé, strava kašovitá 6x denně bez masa, rozpustná vláknina, která je obsažena v ovoci je mixovaná, vejce naměkko, suchary, piškoty, máslo.
- 5. – 6. den:** Dieta č. 1 kašovitá, netučné libové maso, kaše, masové omáčky, těstoviny s masem, lisovaná nenadýmavá zelenina a podobně.
Při normálním pooperačním průběhu je strava podávána v 6 – 8 denních porcích ve formě mechanicky, termicky a chemicky šetřící stravy.
- Od 7. dne:** Dieta č. 4 s omezením tuku, poté dieta č. 2 šetřící nadále častěji a v menších porcích. Ochranný léčebný režim – dlouhou dobu podáváme stravu v menších dávkách, tekutiny odděleně od hustého jídla, jíst pravidelně a lehce stravitelné pokrmy (Grofová, Chocenská, 2007).

RESEKCE ŽALUDKU NEBO TOTÁLNÍ GASTREKTOMIE

Postup je stejný jako po operaci žaludku. Při nekomplikovaných stavech se nedoporučuje dlouho hladovět (Kyslan et al., 2010). Cílem je zabránit větším úbytkům na hmotnosti (ne více než 3 - 4kg). Dietní postup určuje lékař, některé dny lze 2 – 3x opakovat. Důležité je jíst pomalu a po jídle odpočívat. Jíst pravidelně v kratších intervalech a menších porcích. Strava by měla být chuťově i vzhledem přitažlivá.

KOMPLIKACE PO OPERACI ŽALUDKU

Časný postprandiální syndrom: Objevuje se brzy po jídle (do 30 minut), je způsoben tím, že 1. klička tenkého střeva je brzy naplněna, začne nasávat tekutinu z krve, dochází k pocitu plnosti, bolesti v nadbříšku, bledosti, pocení, průjmu, slabosti (Kyslan et al., 2010). **Léčba:** malé porce jídla, častěji, nepodávat jídla s vysokou osmotickou aktivitou – cukr, sladká. Po požití jídla si jít lehnout.

Pozdní postprandiální syndrom: Z rychlého vyprazdňování (žaludku), ze střeva se rychle začnou vstřebávat S, stoupne glykemie, začne se vylučovat inzulin, hladina rychle klesne – dojde k hypoglykémii – slabost, pocení, třes. Obtíže nastanou zhruba 2 - 3 hodiny po jídle. Opatření jsou stejná jako u časného postprandiálního syndromu.

BANDÁŽ ŽALUDKU

- 1. den po operaci:** Pít pomalu po doušcích, mezi doušky vyčkat minutu až dvě, nepít najednou víc než 100 ml. Pít jen čaj nebo minerální vodu bez bublinek. Celkový příjem tekutin 2 – 2,5 l/den.
- 2. - 6. den:** Podáváme tekutou stravu. Pít po malých doušcích, ne najednou více než 200 ml. Pít různé druhy ovocných nebo zeleninových šťáv, proteinové nápoje, odstředěné mléko, vývary, krémové polévky cezené přes jemné síto.
- 7. – 13. den:** Podáváme kašovitou stravu. Stále je doporučeno pít po malých doušcích, maximálně 200 ml najednou. Jíst pomalu, stravu rozžvýkat, jíst pomocí malých lžiček. Soustředit se na přijímání stravy, nedělat u jídla nic jiného. Lze zařadit rozmixovanou zeleninu, rozmixované maso, bramborovou kaši. Nepodáváme tuhou a vláknitou zeleninu a ovoce, které způsobují nadýmání. Pít 5 až 15 minut před začátkem jídla, po skončení jídla přijímat další tekutiny asi za hodinu.
- 14. - 27. den:** Lehká strava s nízkým obsahem vlákniny. Pít po malých doušcích, ne více než 200 ml najednou. Jíst po malých soustech, pečlivě žvýkat. Maso mixovat s výjimkou mletého, možno vyzkoušet rybu bez mixování, podobně vyzkoušet šunku, včetně drůbeží, dát si lehkou přílohu. Zelenina a ovoce – ne vláknitá, doporučuje se krátce povařit, podusit nebo upravit na páře. Pít zejména mezi jídly, ne při jídle, alespoň 2,- l denně. Postupně se navracíme k běžné konzistenci stravy, ale samozřejmě v menším množství (Grofová, Chocenská, 2007). Důležité je jíst pomalu, dobře žvýkat, vyhýbat se přeslazeným, příliš kořeněným, kyselým, tučným, příliš horkým či studeným pokrmům. Postupně rozšiřovat sortiment zeleniny a ovoce – krájet nadrobno. Pít dostatek nekalorických tekutin. Při slabosti se napít nejlépe vývaru, který dodá do organismu sůl.

Zhruba po 4 týdnech je manžeta usazená v požadované pozici připravena na první zaplnění žaludku – co by měl pacient znát: dieta po počáteční fázi (od 4. týdne po operaci), potraviny, které mohou vyvolat problémy: potraviny s hrubými vlákny (hovězí, slupky z ovoce a zeleniny), kyselé zelí, pomeranče, grepy, zelený salát, cereálie s hrubými zrny, ne velké množství vysoce energetických potravin: zmrzlina, cola, dorty, koláče, tučné omáčky, sušenky, brambůrky, čokoládové bonbony, více alkoholu, mít nízkokalorickou stravu s dostatečným přísunem vitamínů a minerálů, v restauracích vynechávejte předkrmy nebo jezte předkrm jako hlavní jídlo, pijte před jídlem a během jídla konzumujte jen málo tekutin.

OPERACE ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Nejčastějším zákrokem je vynětí žlučníku nebo kamene (Kyslan et al., 2010). Rychlost dietního postupu určí lékař. Začínáme čajem po lžičkách, dále dietou č. 0 tekutou (pouze vybrané pokrmy, například bujón), dále se podává dieta č. 4S s vyloučením volného tuku, pak dieta č. 4 s omezením tuku. Pokud je kámen odstraněn laparoskopicky, podává se již první den po operaci dieta č. 4. (Marková, 1996).

RESEKCE STŘEV – RESEKCE TENKÉHO STŘEVA

Prizpůsobení stravy závisí na tom, jak velká část střeva byla odejmuta (Kyslan et al., 2010). Je snížena resorpce stravy a zrychlená střevní pasáž, proto oddělujeme tekutiny od husté stravy. Častá je nesnášenlivost mléka. Tučky zařazujeme v přiměřeném množství a v jednoduché formě (čerstvé máslo). Zkrácením tenkého střeva dochází k narušenému vstřebávání některých živin, které pak nestráveny přechází do tlustého střeva, kde způsobují kvasné nebo hnilobné procesy, dochází tak k plynatosti a průjmům. Dietní postup a snášenlivost potravin je individuální. Strava lehce stravitelná, menší dávky častěji (Grofová, Chocenská, 2007). Po operaci podáváme nejprve čaj po lžičkách, parenterální výživu. Další dny přecházíme na enterální výživu a tekutou stravu. Jednotlivé formy klinické výživy lze kombinovat. Postupně přecházíme na dietu č. 5 s omezením nestravitelných zbytků.

SYNDROM KRÁTKÉHO STŘEVA

Stav, kdy dochází ke ztrátě podstatné části absorpční plochy tenkého střeva, často tedy po resekcí. Zásadní roli hraje lokalizace zasaženého úseku, ztráty jejunu – bývají lépe tolerovány (Kyslan et al., 2010). Ileum – má sice velkou adaptační schopnost, ale jedná se o významné místo pro vstřebávání vitamínu B12, žlučových solí. Proto při ztrátě více než 100 cm ilea nastane ztráta žlučových solí, objeví se hypercholesterolemie, a perniciózní anemie z důvodu sníženého vstřebávání vitamínu B12. Naproti tomu se zvýší vstřebávání šťavelanů, proto omezuje potraviny s obsahem kyseliny šťavelové, abychom nenavýšovali riziko vzniku kamenů. Pokud je střevo delší než 30 cm, opatrně převádíme pacienta na enterální výživu. U pacientů s neporušeným tlustým střevem podáváme vyšší dávky sacharidů a bílkovin, těch až 2g/kg tělesné hmotnosti. Někdy je nutná restrikce tuků.

REALIMENTACE PO OPERACI ŽALUDKU

Alespoň půl roku zachovávat zásady dietního stravování ve smyslu šetřící stravy. Pokrmy se podávají pouze v lehce stravitelných úpravách. Dbáme na dostatek vitamínů, především B komplexu a D. Pokud se objeví hyperacidita, podáváme dietu č. 2. Přibližně po půl roce přecházíme na běžnou stravu, s vyloučením potravin, které pacient i nadále nesnáší (Urbánková, 2008). Často se vyskytuje nesnášenlivost sladkých pokrmů, mléka, pikantního jídla, koncentrovaných vývarů, šťáv z mas.

REALIMENTACE PO RESEKCI ŽALUDKU

Hlavní zásady životosprávy: Chybí funkce rezervoáru stravy, pravidelnost ve stravování, Plnohodnotná strava. Zaměřit se na dostatek železa a vápníku, protože je snížena jejich resorpce. Vitamín B12 lze podávat intramuskulárně, menší objem dávek (tekutiny při jídle max. 100 – 150 ml), rovnoměrně rozdělit stravu během dne, jíst častěji a méně – možno mít **stravu rozdělenou až do 7 – 8 denních jídel** (například se odděluje podávání polévky a hlavního jídla), může se objevit nesnášenlivost mléka, sladkých nápojů, zákaz kouření a pití alkoholu, vyvážený pohybový režim, **každodenní 8 hodinový spánek**, vhodnější jsou šetrnější úpravy pokrmů (Grofová, Chocenská, 2007).

REALIMENTACE PO BANDÁŽI ŽALUDKU

Žaludeční manžeta má za úkol navodit dřívější pocit sytosti, neboť bandáž bývá zpravidla indikována pacientům s morbidní obezitou za účelem redukce hmotnosti (Kyslan et al., 2010). Má pomoci vyhnout se přejídání a snížit celkový denní příjem energie. Podmínkou úspěchu je změna stravovacích návyků a dietní kázeň.

Doporučení pro stravování: Jakmile pacient přejde na tuhou stravu, zůstane u ní, nesmí konzumovat kalorické nápoje, konzumovat jen 3 malá jídla denně, jíst v malých porcích a vše dobře rozkousat, jíst jen do pocitu sytosti, nejíst mezi hlavními jídly – „nemám hlad, nejím“, dodržovat pitný režim 2 – 2,5l/den – nekalorické nápoje, Nekonzumovat nápoje při jídle – pít před jídlem nebo dostatečně dlouho po jídle, dbát na příjem ovoce a zeleniny (2 – 3ks zeleniny denně, 1 – 2 ks ovoce, volit méně sacharidové, zpočátku bez slupek), chléb a obiloviny jsou limitovány kvůli vysoké energetické hodnotě, jíst jen hodnotné potraviny – ovoce, zeleninu, maso, vejce, obiloviny. Vhodnější jsou tuhé potraviny, vyhýbat se tekutým, maso, ryby, drůbež, vejce je nutno přijímat kvůli příjmu kvalitních bílkovin, vybírat libové a méně tučné druhy, mléčné výrobky – pozor na mléko a jogurty, jsou tekuté, proto je musíme omezovat na 500 ml za den (Svačina, 2008). Tuky jen v malém množství, upřednostňujeme rostlinné oleje, věnovat se nejméně 30 minutám pohybu denně.

REALIMENTACE PO OPERACI ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Je možné narušení funkce jater. Strava bohatá na bílkoviny a sacharidy, omezujeme množství tuků. Dieta č. 4 s omezením tuku se dodržuje asi dva měsíce. Jedná se o dietu plnohodnotnou po energetické i biologické stránce. Zakázán je alkohol. Strava je lehce stravitelná, častěji v menších dávkách. Po půl roce při správné funkci jater přecházíme na dietu č. 3 základní, ovšem s přiměřeným množstvím tuku, především obsaženého v živočišných potravinách.

REALIMENTACE PO OPERACI PANKREATU

Strava lehce stravitelná, omezujeme tuky. Pokud se objeví lehká forma diabetus mellitus, podáváme dietu č. 9S diabetickou šetřící.

REALIMENTACE PO OPERACI STŘEV

Dieta je velice individuální, záleží na původním onemocnění (Crohnova nemoc, karcinom) a typu operace. Jiné realimentační postupy budou uplatňovány po resekci, jiné po zavedení stomie. Zvláštní přístup vyžadují rovněž průjmy, popřípadě obstipace.

Potravinová pyramida – základním pravidlem pro udržení optimální rovnováhy přijímaných živin je pestrá strava, ve které jsou zastoupeny všechny základní živiny – bílkoviny, tuky, sacharidy, vitaminy, minerální látky, stopové prvky a vláknina. Odborníci na výživu používají potravinovou pyramidu jako zjednodušené grafické

znázornění optimální skladby výživy, která slouží k rychlé a snadné orientaci při sestavování potřebného denního příjmu energie. **Potravinová pyramida je rozdělena do čtyř základních skupin**, a to **podle výživové hodnoty potravin i velikostí porcí** (Svačina, 2008). Žádná z těchto skupin potravin neobsahuje všechny životně důležité látky, není významnější nebo nemůže být nahrazena potravinami z jiné skupiny. Pro zachování správné skladby je proto třeba do jídelníčku zařadit potraviny z každé skupiny.

PRVNÍ SKUPINA

Do této nejrozsáhlejší skupiny patří těstoviny, obiloviny, rýže, různé ovesné výrobky, kukuřice, chléb, celozrnné výrobky, brambory a luštěniny. Tyto potraviny jsou bohaté nejen na sacharidy, které tělu dodávají rychle využitelnou energii, ale také některé vitaminy a minerální látky a jsou důležitým zdrojem vlákniny. **Doporučená denní dávka: 3 – 6 porcí potravin z této skupiny denně.** Jedna porce představuje: např. 1 krajíc chleba, 125 g brambor, 5 lžic fazolí, čočky a jiných vařených luštěnin, 2 vrchovaté lžíce vařené rýže nebo těstovin, 3 lžíce obilovin.

DRUHÁ SKUPINA

Ovoce a zelenina, druhá významná skupina potravin. Jsou bohaté na vitaminy, zejména vitamin C, antioxidanty jako ochranné složky, minerální látky a vlákninu. **Doporučená denní dávka: 3 – 5 porcí zeleniny, 2 – 4 porce ovoce.** Jedna porce představuje: např. středně velký kus čerstvého ovoce, středně velkou misku zeleniny, 6 lžic kompotovaného nebo jinak konzervovaného ovoce, 100 ml ovocného džusu.

TŘETÍ SKUPINA

Třetí skupinu lze rozdělit na další dvě menší skupiny. Řadí se sem potraviny jako libové maso, drůbež, ryby a vejce, které jsou bohaté nejen na bílkoviny, nezbytné pro většinu základních funkcí organismu a obnovu buněk, ale také na minerální látky, například železo, zinek a hořčík a vitaminy skupiny B. **Doporučená denní dávka: vzhledem k tomu, že organismus potřebuje relativně méně bílkovin, je stanovena na 1 – 3 porce denně.**

Jedna porce představuje: např. 70 g tepelně zpracovaného masa (po kuchyňské úpravě), 120 – 140 g ryb, 2 – 4 vejce týdně, maximálně 2 vejce denně. Dále se do této skupiny řadí mléko a mléčné výrobky, kysané mléčné nápoje, jogurty, sýry, tvaroh atd. Kromě bílkovin obsahují i vitaminy skupiny A a D. **Doporučená denní dávka: 3 – 4 porce denně.** Jedna porce představuje: např. 200 ml mléka, 50 g tvrdého nebo taveného sýra, 125 g jogurtu, 100 g tvarohu nebo tvarohového sýra.

ČTVRTÁ SKUPINA

Čtvrtou skupinu, která by měla být v denní skladbě potravin zastoupena v nejmenším množství, představují jídla s vysokým obsahem tuků a cukrů. Při výběru tuků upřednostňujeme rostlinné oleje (řepkový, olivový, slunečnicový) a tuk obsažený

v rybách. Cukr jako sladidlo, čokolády, cukrovinky, moučníky a ostatní sladké potraviny by měly být zařazeny do denní skladby potravin s rozvahou. **Doporučená denní dávka: maximálně 1 – 5 porcí s doporučeným poměrem tuk: sacharidy = 3 : 2.**Jedna porce představuje: např. 10 g másla, 1 lžičku oleje, 1 lžíci salátového dresinku nebo majonézy, 1 lžíci smetany. Pro cukr platí, že jedna porce představuje 3 lžičky cukru, 1 lžíce džemu nebo medu, 50 g čokolády a pod. (Svačina, 2008).

TEKUTINY

Skupinou, která je stejně důležitá jako uvedené potraviny, ale zpravidla není v pyramidě zakreslena, jsou tekutiny. Dostatečný příjem tekutin je nezbytný pro správnou funkci organismu. Doporučená denní dávka je 1,5 – 2 litry denně. V horkých letních dnech, při ztrátách tekutin pocením nebo průjmy je nutné množství nápojů zvýšit až na 3 litry denně. Vhodné jsou neperlivé stolní vody, minerální vody, ovocné a bylinné čaje, zelený čaj, černý čaj, ředěné ovocné a zeleninové šťávy apod.

ZÁVĚR

Popsaná byla problematika zákroků na GIT, které vyžadují specifické přístupy v nutriční intervenci. Jednak se jedná o zákroky v prostředí bezprostředního kontaktu s potravou a celá řada původních diagnóz vede k malnutrici, popřípadě celé řadě potíží, spjatých s příjmem stravy.

LITERATURA

1. GROFOVÁ, Z., CHOČENSKÁ, E. 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1868-2.
2. KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠTERCLOVÁ, Z., et al. 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi, s. r. o. ISBN 978-80-87250-08-2.
3. KYSLAN, K. et al. 2010. *Chirurgia I. Vybrané kapitoly pre štúdium ošetrovatelstva*. Martin: Osveta. 2010.158s., ISBN 978-80-8063-312-7.
4. MARKOVÁ, J. 1996. *Nutriční terapie má budoucnost*. Zdtavotnické noviny. 54 (37). ISBN 0004 – 1996.
5. MIKŠOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. Martin: Osvěta, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
6. STARNOVSKÁ, T., CHOČENSKÁ, E. 2006. *Nutriční terapie*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-726-2387-7.
7. SVAČINA, Š. 2008. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
8. URBÁNKOVÁ, P. 2008. *Klinická výživa v současné praxi*. Brno: NCNZO, 2008. ISBN 978-80-7013-473-3.
9. VOLEKOVÁ, M., ŠATNÍK, V. 2008. *Manuál klinickej výživy*. Martin: Osveta. 2008. 95 s., ISBN 978-80-8063-247-8.
10. ZEMAN, M. et al. 2003. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. 200š. 524 s., ISBN 80-7169-705-2.



Ivica Gulášová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Slovakia,
Vysoká škola polytechnická Jihlava, Czech Republic

Lenka Görnerová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Czech Republic

Jozef Babečka

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Slovakia

Zásady výživy u pacientů s chronickou renální insuficiencí / *Dietary principles in patients with chronic renal insufficiency*

Summary

New researches confirm that nutrition, along with modern therapeutic procedures, is of great importance for the optimal treatment of chronic renal insufficiency. Necessary is the reduction in total protein intake based on the level of renal function. Low protein diets can reduce uremic symptoms in non-dialysis patients with chronic renal failure and can slow down the progression of renal insufficiency in patients with chronic renal insufficiency. At present, protein-restricted diets are used in conjunction with a nutritional therapist. Long-term administration of low-protein diet is contraindicated in patients with end-stage chronic renal failure, with uremic complications, with severe signs of urine retention and electrolytes and with poor compliance with low-protein diet. A low-protein diet with ketoanalogues can not only stabilize renal function but also has a beneficial effect on blood pressure, proteinuria, lipid profile and calcium phosphate metabolism. Depending on the size of diuresis, blood pressure, sodium and fluid balance and potassium levels, the maximal intake of fluids, sodium and potassium should be considered.

Keywords: chronic renal failure, diet therapy, low-protein diet, uremia.

ÚVOD

Ledviny jsou pro člověka životně důležitý orgán, který zajišťuje mnoho nezbytných funkcí a to od zbařování těla odpadních látek, přes řzení objemu krve a regulaci krevního tlaku, endokrinních funkcí až po zajištění homeostázy. Onemocnění ledvin je celá řada, často se jedná o poruchy kombinované, postihující více orgánů či orgánových systémů dohromady.

Nové poznatky potvrzují, že pro optimální léčbu, ale také prevenci celé řady chorob, má spolu s moderními terapeutickými postupy velký význam i výživa.

Chronické selhání ledvin je postupné selhávání funkcí ledvin, které se vyvíjí jako konečné stadium nebo následek různých onemocnění ledvin (Gulášová, 2011). Charakterizuje ho postupný zánik nefronů a progresivní snižování glomerulární filtrace, tubulárních funkcí a průtoku ledvin.

Etiologie chronického selhání ledvin není jednotná. S chronickou insuficiencí se můžeme setkat v průběhu kteréhokoli difúzního postižení ledvin, nejčastěji při různých formách glomerulonefritid, intersticiálních nefritid, renovaskulárních a systémových onemocnění. Funkce ledvin mohou selhat i při některých ložiskových onemocněních ledvin, např. u chronické pyelonefritidy, tuberkulózy ledvin, polycystické ledviny a pod. (Teplan, 2001).

K insuficienci ledvin vedou i některá metabolická onemocnění, a to jak primárně, tak i sekundárně. Ze sekundárních metabolických postižení ledvin jsou to především **diabetes mellitus** a **primární a sekundární amyloidóza** ledvin, u kterých nacházíme glomerulární léze s depozicí mukopolysacharidů do kapilár glomerulů. Klinický obraz těchto onemocnění zpočátku charakterizují nefrotický syndrom (proteinurie, hypoproteinémie a disproteinémie, edémy a hyperlipoproteinémie), insuficience ledvin se vyvíjí až v pozdějších stádiích tohoto onemocnění. Pokles renálních funkcí u chronického selhání ledvin může souviset s hypovolémií a hypotenzí, které snižují průtok krve ledvinami. Hypovolémie může být i důsledkem ztrát vody a elektrolytů při neslané dietě a po podávání diuretik. V popředí morfologického obrazu chronické renální insuficience je **postupný zánik nefronů**.

Patogenezi chronické renální insuficience a následné změny vysvětlují dvě teorie. Klasickou teorií, podle které jde jen o částečné neúplné poškození nefronů, se vysvětlují některé tubulární poruchy (Mačák, Mačáková, Dvořáčková, 2012). Podle současných názorů platí tato teorie pouze pro určité druhy tubulopatií, jako např. vrozené tubulopatie, intersticiální nefritidy apod. Podle teorie „intaktilního nefronu“ jsou při chronické insuficienci v ledvině dva druhy nefronů. Jeden typ nefronu normálně funguje a druhý následkem destrukce některé části nefronu nefunguje. Reziiduální zdravé nefrony se při chronické renální insuficienci adaptují na zvýšené zatížení (Teplan et al., 2015). Průměrná glomerulární filtrace na jeden zbylý nefron stoupá dvojnásobně, až trojnásobně, proto se zrychluje tok tubulární tekutiny a vzniká osmotická diuréza. Zbylé nefrony pracují na hranici funkční kapacity, proto ledviny již nejsou schopny se přizpůsobit změnám přívodu elektrolytů a vody. Klesá koncentrační a diluční schopnost ledvin a vzniká izostenurie. K časným změnám při chronické renální insuficienci patří vzestup plazmatické koncentrace látek, jejich vylučování závisí na glomerulární filtraci. Indikátorem stupně glomerulární

poruchy je plazmatická koncentrace kreatininu. Plazmatické koncentrace kyseliny močové a anorganického fosfátu se zvyšují až při poklesu glomerulární filtrace na jednu čtvrtinu normy. Vylučování sodíku a draslíku bývá až do terminálních stádií renální insuficience normální, protože tubuly resorbují méně sodíku a secernují více draslíku. Ledviny nejsou schopné se adaptovat na rychlé změny přívodu vody a elektrolytů. Zatížení organismu vodou může vést k tvorbě edémů nebo k intoxikaci vodou a větší ztrátou vody (zvracením, průjmy apod.) k dehydrataci (Viklický, Janoušek, Baláž et al., 2008).

LÉČEBNÉ POSTUPY PŘI CHRONICKÉM SELHÁNÍ LEDVIN

Konzervativním léčením rozumíme úpravu či příznivé ovlivňování metabolických odchylek při chronickém selhání ledvin dietní cestou a medikamentózní. Tento terapeutický postup může být postačující u nemocných, u nichž se clearance endogenního kreatininu neklesla pod 0,1 – 0,2 ml/s, resp. kreatinin v séru nepřestoupil hodnotu 500 – 600 $\mu\text{mol/l}$, kdy již zpravidla bývá nutné zařazení do dialyzačně transplantačního programu (Gulášová, 2011). Dříve, než se nemocní dostanou do takto pokročilého stádia chronického selhání ledvin, je třeba připravit k zařazení do dialyzačně transplantačního programu (Gulášová, 2011).

ÚPRAVA PŘÍJMU PROTEINŮ A ENERGIE

Principem diet je redukce celkového příjmu bílkovin podle úrovně renální funkce na 0,8 - 0,3 g/kg/den (a fosfátů na 1,2 – 0,6 /den) s event. suplementací ketoanalogy (při výraznější redukci bílkovin) a kalcium spolu s dostatečným energetickým příjmem (cca 150/kJ/den). Podle velikosti diurézy, krevního tlaku, bilance sodíku a tekutin a hladiny kalia je nutno dále zvážit povolený příjem tekutin, sodíku a draslíku. Dlouhodobé podávání nízkobílkovinné diety je kontraindikováno u nemocných v terminálním stádiu chronické renální insuficience (nutná dialyzační léčba), s uremickými komplikacemi (polyneuropatie, perikarditida, medikamentózně nekorigovatelná hypertenze, těžká metabolická acidóza), s těžkými známkami retence vody a elektrolytů se špatnou kompliancí k nízkobílkovinné dietě. Proteinový metabolismus je možno podpořit přechodným podáváním proteoanabolik jednou týdně po dobu několika týdnů. K dietám přidáváme též některé vitaminy: vitamin C (50–100 mg), pyridoxin (50 mg), kyselinu listovou (10 mg) (Vránová, 2013). Nepodáváme vitaminy A a E, jejichž hladiny bývají v chronické renální insuficienci normální či zvýšené. Pokud nevede snížení příjmu proteinů k nedostatečnému poklesu obvykle zvýšené hladiny kyseliny močové, je potřeba doplnit nízkou dávkou alopurinolu.

ÚPRAVA PŘÍJMU TEKUTIN A NATRIA

Nemocným s chronickou renální insuficiencí může být ohrožen jak retencí tekutin, tak dehydratací. Hypervolémie se může projevovat hypertenzí až se známkami srdeční insuficience. Dehydratace vede k dalšímu snížení reziduální glomerulární filtrace s následným zvýšením koncentrace kreatininu a urey v séru. Představu o bilanci sodíku získáváme sledováním jeho příjmu (potrava, infúze, léky)

a vylučování. Při vyrovnaném sodíkovém obratu a stabilizované hmotnosti podáváme v dietě přibližně tolik natria, kolik se ho vylučuje močí. Nemocným, kteří retinují tekutiny, podáváme furosemid, obvykle ve větších dávkách (zpravidla 125-1000 mg denně).

ÚPRAVA PŘÍJMU KALIA

V terminálních stádiích chronické renální insuficience je nemocný ohrožen rozvojem hyperkalémie avšak v polyurické fázi nebo při větších extrarenálních ztrátách se může rozvinout hypokalémie. Při nízkobílkovinné dietě se příjem kalia pohybuje kolem 20 mmol/den, takže pro udržení rovnovážného stavu postačí je-li ledvinami vylučováno 20 – 30 mmol/den. Jestliže je tendence k rozvoji hyperkalémie, podáváme furosemid, který může zvýšit koncentraci vylučovaného kalia reziduálními nefrony. Ke zvládnutí akutních nebezpečných hyperkalémií používáme hypertonickou glukózu s inzulinem a kalcium podanou i.v. Zvýšenou hladinu kalia též příznivě ovlivňuje zmírnění těžké metabolické acidózy. Při oligoanurii a zvýšeném katabolismu bývá nutná urgentní hemodialýza.

Při hypokalémii zvyšujeme přísun kalia v potravě, event. doplňujeme kalium per os (při nejčastější metabolické acidóze podáváme KHCO_3 nebo kalciumcitrát) (Vránová, 2013).

ÚPRAVA ACIDOBAZICKÉ ROVNOVÁHY

Déletrvající acidóza má nepříznivé metabolické důsledky (proteinový katabolismus, renální osteopatie, anémie). Nemocným upravujeme vnitřní prostředí nejčastěji perorálním podáním NaHCO_3 tak, aby deficit bází nepřesahoval 5 mmol/l (Vránová, 2013). Alkalizační účinek má také CaCO_3 , jehož podávání je indikováno při poruchách kalciofosfátového metabolismu.

ÚPRAVA PORUCHY KALCIOFOSFÁTOVÉHO METABOLISMU

Porucha kalciofosfátového metabolismu vede u nemocných s chronickou renální insuficiencí k vývoji renální osteopatie. Při poklesu koncentrace sérového kalcia pod dolní hranici normy podáváme kalciové soli, např. CaCO_3 1 – 3 g/den. Kalcium je též obsaženo v přípravcích ketoanalogů esenciálních aminokyselin. Současně podáváme aktivní metabolity vitamínu D.

Zvýšenou hladinu fosfátů se snažíme ovlivnit snížením jejich příjmu v dietě. K vazbě fosfátů ve střevě lze použít kalciové soli, např. kalciumkarbonát nebo kalciumacetát (Svačina, 2008).

ÚPRAVA KREVNÍHO OBRAZU

Anémie patří je konstantnímu nálezu při chronické renální insuficienci a nemocní jsou na ni většinou dobře adaptováni. Základním lékem renální anémie je rekombinantní erythropoetin.

U pacientů léčených erythropoetinem je také nutná trvalá suplementace preparáty železa (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Ke zlepšení krevního obrazu přispívá vyrovnaní metabolického stavu při nízkoproteinových dietách a podávání pyridoxinu a listové kyseliny.

LÉČBA ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE A ZPOMALENÍ PROGRESE RENÁLNÍ INSUFICIENCE

Adekvátní léčba arteriální hypertenze zpomaluje progresi chronické renální insuficience jak u diabetické nefropatie, tak u jiných nefropatií. Léčba hypertenze také snižuje kardiovaskulární riziko, které mají pacienti s chronickou renální insuficiencí vyšší než pacienti s normální funkcí ledvin. Cílový krevní tlak by měl být u pacientů s chronickou renální insuficiencí nižší než 130/85 mm Hg, u pacientů s proteinurií > 1 g/24h dokonce nižší než 125/75 mm Hg. Toto lze zpravidla dosáhnout jen kombinací několika antihypertenziv. Lékem volby jsou u pacientů inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin (event. antagonisté angiotenzinu), které zpomalují progresi chronické renální insuficience výrazněji než jiná antihypertenziva. V kombinační léčbě se dále používáme diuretika, antagonisty kalcia, β -blokátory a centrální sympatolytika. U dialyzovaných pacientů je cílový krevní tlak 140/90 mm Hg (Klener, Tesař, 2003). Hypertenze dialyzovaných pacientů je často volumodependentní a lze ji korigovat dialyzační ultrafiltrací. Příznivý vliv dlouhodobého podávání nízkobílkovinné diety na progresi renální insuficience nebyl dosud v klinických studiích jednoznačně potvrzen.

DIALYZAČNÍ METODY LÉČBY SELHÁNÍ LEDVIN

Hlavní funkcí ledvin je eliminace odpadových produktů dusíkového metabolismu a udržení stálého vnitřního prostředí. Optimální metodou náhrady funkce ledvin je transplantace ledvin. Dialyzační metody náhrady funkce ledvin zmírňují (ale nenormalizují) poruchy vnitřního prostředí u pacientů s chronickým renálním selháním ledvin a umožňují těmto nemocným dlouhodobé přežití. Základní dialyzačními metodami používanými v léčbě chronického selhání ledvin jsou hemodialýza (HD) a peritoneální dialýza (PD). Hemoperfúze a plazmaferéza patří k očišťovacím metodám krve, které jsou prováděny v dialyzačních střediscích, ale nepatří k metodám terapie selhání ledvin (Lachmanová, 1999).

DIETNÍ OPATŘENÍ

Jedním z principů konzervativní léčby je dietní režim. Na místě je redukce celkového příjmu bílkovin podle úrovně renální funkce. Nízko proteinové diety zmírňují u nedialyzovaných pacientů s chronickým selháním ledvin uremické příznaky a u pacientů s chronickou renální insuficiencí mohou zpomalovat progresi renální insuficience. V současné době diety s omezením bílkovin používáme ve spolupráci s dietologem (dietní sestrou) u motivovaných pacientů s chronickou renální insuficiencí k zpomalení její progresi. Dlouhodobé podávání nízkobílkovinné diety je kontraindikováno u nemocných v terminálním stadiu chronického selhání ledvin

(nutná dialyzační léčba) s uremickými komplikacemi (polyneuropatie, perikarditida), s těžkými známkami retence moči a elektrolytů a se špatnou kompliancí k nízkobílkovinné dietě (Gulášová, 2006). V současné době zpravidla dlouhodobě nedoporučujeme nižší příjem bílkovin než 0,6g/kg/den, event. se suplementací ketoanalogy esenciálních aminokyselin. Nízkobílkovinná dieta s ketoanalogy může nejen stabilizovat renální funkci (Vránová, 2013), ale má i příznivý vliv na kontrolu krevního tlaku, proteinurie, lipidového profilu a kalcium-fosfátového metabolismu.

DIETA PŘI DIALÝZE

Dialyzovaní pacienti by měli mít dostatečný příjem bílkovin (1,2 – 1,5 g/kg/den) a energetický přísun (150 až 160 kJ/kg/den), příjem tekutin je nutno upravit dle velikosti diurézy (u anurických pacientů 500 ml/den), u oligoanurických nemocných je nutná přísná restrikce draslíku (s nutností vynechat potraviny s vysokým obsahem draslíku, tj. např. ovoce, džem, houby, luštěniny), často je nutná i restrikce fosforu (0,8 – 1,5 g/den) (Hrubý, Mengerová, 2010). Vhodná je suplementace vitamínů řady B a C.

PŘÍJEM BÍLKOVIN

Vhodný denní příjem bílkovin by měl činit okolo 1,2 g/kg/d (libové maso v libovolné kuchyňské úpravě a vaječný bílek jsou nejvhodnější)-

OMEZENÍ SODÍKU

Zdrojem jsou uzeniny a konzervované výrobky, velké množství sýrů (niva, syrečky, balkánský sýr, zrající sýry, ale i eidam), pochutiny (chipsy, slané tyčinky, olivy), některé minerálky (vhodnější jsou proto stolní vody), velmi často celozrnné pečivo a polotovary, sójová omáčka, vegeta), nahradit při vaření sůl kořením -např. pepřem, paprikou, čerstvými i sušenými bylinkami či citrónem (Gulášová, 2006).

OMEZENÍ DRASLÍKU

Zvýšené množství je obsaženo ve většině druhů ovoce a zeleniny, k nejbohatším patří meruňky, banány, melouny, hrozny, kiwi, rajčata, mrkev, paprika, houby, sušené ovoce (meruňky, švestky), sušené houby a luštěniny, hodně draslíku je i v bramborách, odkud ho můžeme odstranit vylouhováním do vody (oloupané a nakrájené brambory namočíme na několik hodin – nejlépe přes noc – do vody, vodu před vařením slijeme).

OMEZENÍ FOSFORU

Hlavním zdrojem jsou mléko a mléčné výrobky, ze sýrů především tavené a tvrdé, naopak je vhodnější jíst čerstvé sýry typu lučina (žervé), z masných výrobků játra, paštiky, uzené maso a uzeniny včetně šunky (pro obsah „rychlosoli“), mořské ryby, zejména ty, z kterých nelze odstranit kompletně před jídlem kosti, vejce, hlavně

žloutek, včetně sóji a sójového masa, výrobky z celozrnné mouky, ovesné vločky, kakao, čokoláda, ořechy, Coca-cola a některé další sycené nápoje, pivo, instantní výrobky, polévky v sáčku (Vránová, 2013), sušená smetana do kávy, instantní nápoje včetně nápojů z automatu – tedy i instantní káva (zrnková nebo překapávaná je možné pít).

OMEZENÍ TUKŮ

Všeobecně jsou považovány za vhodnější rostlinné oleje než ztužené rostlinné tuky, nahradit sádlo olejem (slunečnicovým, olivovým, sezamovým, ev. řepkovým bez kyseliny erukové), na chleba mazat kvalitní margarín místo másla.

OMEZENÍ PURINŮ

Vynechání příp. výrazné omezení: játra, ledvinky, mozeček a jiné vnitřnosti, uzeniny, zvěřinu, masové polévky a omáčky, nadbytek masa, zejména mladých zvířat (telecí, kuřecí apod.) velké množství purinů je ve všech druzích masa, čím mladší zvíře, tím větší obsah purinů v mase (Vránová, 2013), sardinky, slanečky, luštěniny (hrách, fazole, čočku), zelený hrášek, houby, špenát, fíky, čokoládu, kakao, silný černý čaj, zrnkovou kávu a alkohol.

Množství přijatých tekutin za den okolo 500 – 1000 ml dle množství diurézy. Mezi vhodné tekutiny lze zařadit např. pitná (stolní) voda, bylinné a ovocné čaje, omezeně černý a zelený čaj (Gulášová, 2006).

ZÁVĚR

Terminální stadium chronické renální insuficience zpravidla provází hyperkalémie. Chronickou renální insuficienci dále charakterizuje také porucha vylučování vodíkových iontů a porucha tvorby amoniaku v ledvinách. Následkem toho klesá pH krve, snižuje se koncentrace bikarbonátů a vzniká metabolická acidóza s kompenzační hyperventilací (Kussmaulovo dýchání). Při chronické renální insuficienci vznikají i poruchy hospodaření organismu s fosfáty. Sekundární hyperparathyreoidismus vyvolaný hypokalcémií je příčinou nedostatečné reasorbce fosfátů tubulech. Hypokalcémie vzniká důsledkem snížení resorpce vápníku ze střeva. Současně se snižuje i vylučování vápníku močí, ale celková bilance vápníku v organismu je negativní. Trpí přeměna vitamínu D v ledvinách. Porucha je rezistentní na podávání vitamínu D. U pacientů dialyzovaných za použití heparinu ohrožuje život srdce tamponáda srdce. Následkem toxického poškození srdce, hypertenze a hyperhydratace vzniká zpravidla srdeční insuficience. Typickým nálezem v terminálních stádiích onemocnění jsou tzv. uremické plíce a uremická pneumonie.

POUŽITÁ LITERATURA

1. GULÁŠOVÁ, I. 2011. *Dialýza ako liečba obličkového zlyhania*. Lekárske listy. Sano-ma magazines: Bratislava. 2011/č. 20, roč. 27, s. 8, ISSN 1335-4477.
2. GULÁŠOVÁ, I. 2006. *Zmeny životného štýlu u dialyzovaných pacientov*. Kontakt: České Budějovice. roč. VIII., č.1., 2006. s.58-65, ISSN 1212-4117.
3. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O. 2010. *Dieta u chronických onemocnění ledvin*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2010. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 7. ISBN 978-80-87250-07-5.
4. KLENER, P., TESAŘ, V. 2003. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2003. Scripta. ISBN 80-7262-209-9.
5. LACHMANOVÁ, J. 1999. *Očistňovací metody krve*. Grada: Praha. 1999.124s., ISBN 80-7369-749-4.
6. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, J. 2012. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.
7. SVAČINA, Š. 2008. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
8. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
9. TEPLAN, V. et al. 2015. *Nefrologie vyššího věku*. Praha: Mladá Fronta, Edice AESKULAP. 2015. 358s., ISBN 978-80-204-3521-7.
10. TEPLAN, V. 2001. *Nefrologie - minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001. Levou zadní. ISBN 80-7254-167-6.
11. TEPLAN, V. 1999. *Dieta při onemocnění ledvin a močových cest: dietní zásady*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999. Diety. ISBN 80-7254-017-3.
12. VIKLICKÝ, O. et al. 2013. *Predialýza*. Praha: Maxdorf Jessenius. 2013. 298 s., ISBN 978-80-7345-356-5.
13. VIKLICKÝ, JANOUŠEK, BALÁŽ et al., 2008. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. Praha: Grada. 2008. 380s., ISBN 978-80-247-2455-3.
14. VRÁNOVÁ, D. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.



Denisa Šukolová

Matej Bel University in Banská Bystrica, Slovakia
denisa.sukolova@umb.sk

Hana Kocurová

Matej Bel University in Banská Bystrica, Slovakia
hana.kocurova@umb.sk

Lenka Rovňanová

Matej Bel University in Banská Bystrica, Slovakia
lenka.rovnanova@umb.sk

Leadership in education – current international research

Summary

This review study is concerned with an overview of current international research related to the topic: leadership in education¹. The topic's importance and popularity is the underlying motivation for writing this study as it can be considered one of the keystones for successful educational institutions and policies. On the other hand, criticism is often raised due to the quality of empirical evidence which should support and verify the measures implemented into practice. The theoretical analysis includes studies published in magazines included in the WOS (Web of Science) database in the last 5 years (work was completed in October 2019) that are associated with keywords “educational/school/teacher leadership”. The 75 studies were found and later analysed with regards to different points of view: geographical origin, thematic perspective and several methodological aspects. The results are discussed in the study.

Keywords: educational leadership, school leadership, teacher leadership, research.

1. INTRODUCTION

According to the OECD Report (Pont, Nusche, Moorman 2008), leadership is an important topic within educational policies in many countries and a significant subject of scientific research. Educational experts are interested in this

¹ The study was created as a part of Slovak Research and Development Agency (APVV/SRDA) project 17-0557 *Psychologický prístup k tvorbe, implementácii a overovaniu kompetenčného modelu rozvoja lídrov v edukácii/ Psychological Approach to Creation, Implementation and Verification of the Competency Model of Leaders' Progress in Education.*

field mainly because it represents opportunities for creating the base for necessary institutional changes which would lead to success. The interconnection between leadership and schools' improvement has been already documented in a few studies (see e. g. Leithwood et al. 2004) and Schleicher (2015) even states that 21st century schools are defined by strong leadership, confident teachers and innovative approaches. According to foreign authors, the particular interest in the leader in education (hereinafter LiE) can be categorised into two main strands. The first strand mostly includes school management (educational/school leadership) and the second strand refers to the teachers' level (educational/teacher leadership). Generally, it includes both encouraging and influencing other people in order to achieve common goals (Pont, Nusche, Moorman 2008).

Leadership in Education: Topic's Expansion in Context

Leadership is one of the most researched phenomena in social sciences. It is because the effective functioning of any social group is determined by the qualities of its leader who is usually seen as responsible for both achievements and failures of the entire group regardless of his/her actual input or unpredictable external factors (Weber, Camerer, Rottenstreich, Knez, 2001; Bass, Bass 2008). 100 years of social psychologists' research concerned with leadership was marked by enthusiasm resulting from the popular topic and incrementally valid progress on the one hand, but by many paradigmatic shifts, false signals and contradictory findings on the other (Antonakis, Day 2018). Despite all of this, this vast knowledge base is currently considered a source for all organisational structures in various sectors and industries including education.

Some authors consider the 80's a breakthrough period in education when attention was slowly drawn to the necessary changes in schools' management preparation and development. Subsequently, the beginnings of the 21st century were particularly important once the school management emerged essentially as the main problem in educational reforms (Hallinger 2003). In the next few years, the schools' leadership became a central subject for many experts from different countries even though the topic was relatively new and still developing; thus building upon high-quality empirical data was difficult. Årlestig et al. (2016) point out the situation in Brazil and China where the term "leadership" was rarely used in scientific studies. In contrast, English-speaking countries had a long-standing tradition of empirical and conceptual research related to management in education including leadership which is closely related to institutional management.

The analytical tool Google Trends provides evidence that the topic of "education" together with the word "leadership" is one of the most searched lexical collocations since 2004. No wonder, since countries try to adjust their educational systems to the needs of contemporary society and thus the expectations with regard to schools and their management changed.

Leadership in Education: Some of the Problematic Research Areas

It is a known fact nowadays that LiE plays a crucial role in improving school results on various levels. The areas affected are: school atmosphere, teachers' motivation and input and the teaching process itself (Pounder, Ogawa, Adams 1995; Leithwood, Jantzi 2000; Leithwood et al. 2004). In addition to effectiveness itself, the question of LiE's conceptualization of competencies became a centre of attention. Together with attempts related to the creation of complex models (e. g. Gajardo, Carmenado 2012; NEA, NBPTS, CTQ 2014; JFF, CCSSO 2017), a need to define specific leadership aspects that are applicable and effective in educational context arose.

The idea that transformative leadership influences important organizational attitudes and results has been sufficiently validated by now (Bass 1998; Avolio 1999). Moreover, the research in an educational context shows the recognizable positive connection between transformative leadership and: (1) evaluation of school conditions together with teachers' determination to change (Fullan 2002); (2) students' results (Sun, Leithwood 2013); (3) classroom management effectiveness (Khany, Ghoreishi 2014). The evidence of other concepts' effectiveness is not that obvious (e. g. instructional, innovative, moral, servant, cultural or political relevant). It is a fact that some of them are just a "slogan" and a marketing tool (Leithwood et al. 2006; Nedelcu 2013) lacking the empirically verified theoretical framework (Dinham et al. 2011).

Furthermore, it is obvious that the LiE trend is connected to the need of specific training for teachers and managers in schools which would allow them to react efficiently in extending roles and responsibilities. In spite of enthusiasm and broad consensus among the practitioners and policymakers in regard to the impact of professional development on the improvement of a leader's knowledge, skills and abilities, it is clear that empirical evidence proving the effectiveness of training and its impact on LiE development is limited (Davis et al. 2005; Maruyama, Ryan 2014).

Explicitly Defined Goals of the Study

The schools of the future (as depicted by international trends) are open organisations constantly learning and adapting to ongoing changes (Marsick, Watkins 1999). It is also clear that any attempts to introduce systematic changes are unsuccessful unless they are implemented on the level of education process and learning (McKinsey, Company 2007). Teachers and school managers with leadership potential thus themselves stand in the centre of attention as creators and multipliers of innovations and common visions. The recent interest in the discussed matter together with massive interest in the topic may contribute to its huge popularity which will lead to implementation of unverified facts. As Hackman and Wageman (2007) noted, no other topic from behavioural science offers such a misalignment between the richly written theory and what can actually be said about it with regard to empirical evidence (see also Bennis 1959). In this context, the goal of this paper is to explore the production of the current high-quality research and its nature using the the following questions: (1) Which countries have shown the greatest production of high-quality research within LiE recently?; (2) Which topics are discussed in the high-quality research within

LiE recently?; (3) Which type of research within LiE was done recently?. Based on the answers to the aforementioned questions, the study's conclusion will try to determine the relationship between the knowledge level within LiE and its actual quality.

2. METHODS

The presented review study is a theoretical type of descriptive research study as it introduces a systematic review with regard to new knowledge based on existing facts. The analysis includes 75 research studies published in the last 5 years in the most prestigious database, Web of Science (WOS). The searching for studies took place in October 2019 and included only magazine databases (excluding monographs, chapters in monographs and articles in almanacs) and the studies were found via the keywords “educational/school/teacher leadership”. After a detailed research of study abstracts, six were excluded because they treated the LiE topic only indirectly. Therefore the final analysis includes 69 studies.

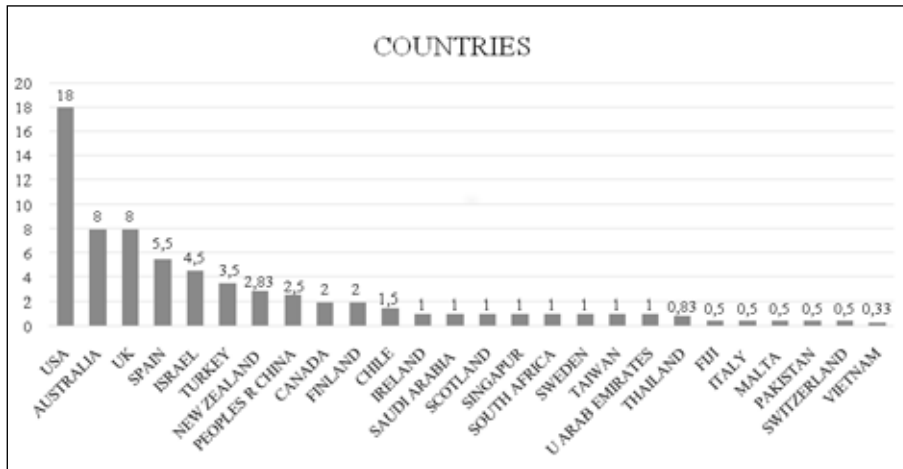
The WOS database was selected because of the strict process of peer-review and the lowest number of published works with suspicions of predatory practices (Macháček, Srholec 2016). After establishing the definitive number of studies, the principles of both qualitative and quantitative content analysis were applied.

The validation of the qualitative analysis results was guaranteed by two independently categorizing coders.

3. RESULTS

The first research question tried to identify the countries that have recently shown the greatest production of high-quality research within LiE (in the last 5 years). Every study that was incorporated into the analysis ($N = 69$) represented one entire unit, but only a portion of the unit was assigned to study's co-authors who came from different countries (this means that the entire unit was distributed between the number of the different countries of origin if needed, regardless of the number of authors).

The results of the first analysis are presented in Graph 1. Three countries with the highest portion regarding production of the research within LiE are: USA ($f = 18$), Australia ($f = 8$) and UK ($f = 8$). In the last 5 years, authors from English-speaking countries ($n = 6$) wrote approximately 58% of the total number of published high-quality studies within LiE in spite of the fact that these countries together represent roughly only one fourth of the total number of countries included in the research (26 countries with reported production of results in the last 5 years were compared). The WOS database has not registered any Slovak or Czech article about LiE published in the magazine during the given period.



Graph 1. Production of research in the last 5 years with regard to geographical origin according to WOS database.

The second research question is concerned with thematic content analysis of the high-quality research within LiE in the last 5 years. In the Table 1, the results presented clearly show that the three most frequent themes are associated with the next areas: (a) conceptualization of LiE ($f = 13$), (b) preparation and development aspects ($f = 12$) and (c) influences and impacts of LiE on different conditions of school operations, on their members and on their students ($f = 10$). Other important themes are: analysis of educational policies connected to LiE ($f = 9$), production of research within LiE linked chronologically with a certain geographic area ($f = 7$) and last but not least, interest in schools' directors ($f = 6$).

Table 1. Analysis of thematic focus of research within LiE

Directors - different aspects of LiE	
(f)6	<i>Cultural influences</i>
	<i>Leadership style</i>
	<i>Specific development</i>
	<i>Working in special environment</i>
	<i>Identity of director as a leader</i>
	<i>Determiners of fluctuation</i>
Delimitation/implementation of certain type of LiE	
(f)13	<i>Culturally responsive LiE</i>
	<i>Instructional LiE</i>
	<i>Transformative LiE</i>
	<i>Distributive LiE</i>
	<i>Comparison of different models of LiE</i>

(f)13	<i>Development of efficient LiE model for implementing changes at schools</i>
	<i>Development of LiE model for inclusive environment and the need for social equality</i>
	<i>Development of LiE model for school representatives – middle management</i>
	<i>New approach to complex conceptualisation of LiE</i>
	<i>Examples of good practice of implementation of LiE at schools</i>
Functional aspects of leadership in school environment (impacts, correlations)	
(f)10	<i>Teachers' satisfaction with work</i>
	<i>Organizational variables</i>
	<i>Students' results</i>
	<i>Digital technologies</i>
	<i>Overall change of organization</i>
	<i>School's micro-policy/relations</i>
Preparation of LiE – developing aspects	
(f)12	<i>Preparation of inclusive leaders</i>
	<i>Professional programme of development</i>
	<i>Adaptation and initiation programmes</i>
	<i>Ethical principles during preparation</i>
	<i>Programme for leadership preparation of postgraduate students</i>
	<i>Programmes for leadership preparation of directors/teachers in countries</i>
	<i>Chronological development of programmes in countries</i>
	<i>Methods of financial support for LiE and for changes' sustainability</i>
LiE in specific conditions (environment)	
(f)5	<i>Dialogic Leadership in community schools</i>
	<i>LiE - English-language teachers for non-native speakers</i>
	<i>LiE – Physical education teachers in culturally diversified classrooms</i>
	<i>Relational leadership in community schools</i>
	<i>Culturally relevant leadership in different contexts</i>
Geographical and chronological map of LiE research results' production	
(f)7	<i>Comparison of two areas</i>
	<i>General international map of knowledge production</i>
	<i>Knowledge production in one geographic area</i>

Leader's personality and identity	
(f)5	Values/motivation/personal traits/characteristics
	Emotions
	Building of confidence
	<i>Identification with reforms on personal level</i>
	<i>Methods of self-reflection</i>
Analysis of educational policy within LiE	
(f)9	<i>Critical analysis of the research</i>
	<i>Examples of the reforms' implementation at schools</i>
	<i>Development of innovations' implementation and schools' autonomy strengthening</i>
	<i>Students' results in the context of educational policy</i>
	<i>Analysis of the educational policy in a certain country</i>
	<i>Professional standards</i>
Developing the measuring tool	
(f)2	Measuring of specific type of leadership
	Measuring of one's own developmental progress

The last area of analysis focused on methodological aspects published in LiE studies included in the WOS database. In Table 2, the presented results point to the fact that theoretical methods prevail in the research (61%) while its substantial part consists of studies lacking a systematic (scientific) approach ($f = 16$, 38%). Quantitative analyses were found in 12 empirical studies (meta-analyses and mixed empirical and selected theoretical-empirical research) which represents 17% of the total production of high-quality research results during the evaluation period. Qualitative analyses were found in 13 empirical studies which represents 19% of the total production of high-quality research results during the evaluation period. At the same time, two methodological studies were found.

Table 2. Analysis of methodological focus of research within LiE

Theoretical research	
(f)42	<i>Review study of literature</i>
	<i>Review synthesis of studies</i>
	<i>Systematic review study</i>
	<i>Systematic conceptual approach to the theory development</i>
	<i>Critical essay</i>
	<i>Review study of literature – unsystematic (lacking methodology)</i>
	<i>Integrative review e study</i>

Empirical qualitative research	
(f)9	<i>Self-study</i>
	<i>Multiple case study</i>
	<i>Case study</i>
Empirical quantitative research	
(f)4	<i>Meta-analysis</i>
Empirical mixed research	
(f)5	<i>Evaluation study</i>
	<i>Action research</i>
	<i>Comparison of schools</i>
Theoretical-empirical research	
(f)7	<i>Combination of review study and questionnaire</i>
	<i>Combination of review study and multiple case study</i>
	<i>Combination of review study and evaluation</i>
	<i>Combination of review study and ethnography</i>
Methodological research	
(f)2	The measuring tool's development
	Tool's development and its testing

4. DISCUSSION

The discussion is led in the context of several presented findings.

1. **Authors from English-speaking countries wrote approximately 58% of the total number of published high-quality LiE studies in spite of the fact that these countries together represented roughly only one fourth of the total number of countries included in the research.** The abovementioned finding corresponds with statements of Ärlestiga et al. (2016) that these countries have a long-standing tradition of empirical and conceptual research with regard to management in education including leadership which is closely related to institutional management. Even according to other authors, the Anglo-Saxon scientists have provided major contributions to production of LiE research since the 80's (Hallinger, Bryant 2013; Walker, Hallinger 2015). Only in the 90's, publications (other than Anglo-Saxon) started to appear (Hallinger, Hammad 2017). As stated further by Hallinger (2019), the Asian, African and Latin-American literature increasingly constitutes a significant part of knowledge production in the last 5 years.
2. **Slovakia does not have any LiE articles published in the magazine and included in WOS database during the given period.** This finding can't be considered surprising as public, scientific and political discourse has not yet integrated the leadership concept in Slovakia as an explicit part of school management (see

e. g. professional standards of directors), nor are innovations put into practice through the teachers – leaders. In fact, even the opposite trends could be considered. The existing empirical evidence suggests that Slovak teachers have taken the “counter-reforms” stance. Research conducted in 2015 with a sample of 954 teachers shows that as many as 81% of teachers think that society does not give priority to education and 85% cannot see any significant positive changes in education after 1989 when the socialist regime in Slovakia fell and the democratic era began. At the same time, as many as 43% of Slovak teachers would like to revert to the system in place before 1989 (Porubský et al. 2016).

3. **The three most frequent themes were associated with these areas: conceptualization of LiE, preparation and development aspects of LiE and finally, influences and impacts of LiE on different operating conditions of schools, on their members and on their students.** This finding is in accordance with the paper’s starting points and implemented overview of literature within this topic since the authors of this paper recognized these themes as crucial at the beginning. At the same time, many authors point to the fact that the relationship between articles about the topic and clearly verifiable positive impacts on educational practice (quantified functionality of competency models, evidence of positive impacts of the implemented methods and training forms and LiE development) is unbalanced and argues against exactness (Leithwood et al. 2006; Nedelcu 2013; Davis et al. 2005; Maruyama, Ryan 2014). Our analyses support these claims. The LiE field is characterized by prevailing theoretical frameworks of research (even often unsystematic), especially when tackling the questions about conceptualisation of LiE’s theoretical approaches and their competency frameworks, but at the same time, the lack of documentation of effects may be observed even in questions about LiE’s preparation and development (if some evaluation study exists, its character is rather qualitative and the positive impact is verified rather on subjective level, not on the performance-related objective level). The vast meta-analyses were mostly concerned with verification of positive impacts with regard to indicators such as students’ achievement, teachers’ satisfaction with their work and selected organizational variables. Once again, the conclusion supports the documented starting points which point out that quantitative empirical evidence has been focusing especially on those studies which present LiE’s positive impacts on different operating conditions of schools and their members.
4. **It was found that theoretical methods prevail in the research (61%) and that its substantial part consists of studies lacking systematic (scientific) approach (f = 16. 38%) – quantification of phenomena is a procedure used with less frequency in both theoretical and empirical studies.** Within the context of this conclusion, it is necessary to mention that many theoretical review studies evaluated quantitative researches as well. Yet, it would be inappropriate to talk about sufficiently proven positive effects in many researched areas because meta-analytical methods were not applied. The future endeavours of researchers should be directed to these questions.

LITERATURE

1. Antonakis, J, Day, D. V., Leadership – past, present and future, w: Antonakis, J., Day, D. V. (eds.), *The nature of leadership*, Thousand Oaks 2018, s. 3–26.
2. Avolio, B. J., *Full Leadership Development: Building the Vital Forces in Organizations*, Thousand Oaks (CA) 1999.
3. Årlestig, H., Day, C., and Johansson, O., *International School Principal Research*, w: Årlestig, H., Day, C., and Johansson, O. (eds.), *A Decade of Research on School Principals: Cases from 24 Countries*, New York 2016, s. 1–9.
4. Bass, B. M., Bass, R., *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications (4th ed.)*, New York 2008.
5. Bass, B., *Transformational Leadership: Industry, military, and educational impact*, Mahwah (NJ) 1998.
6. Bennis, W. G., *Leadership theory and administrative behavior: The problem of authority*, w: *Administrative Science Quarterly*, nr. 3, 1959, s. 259–301.
7. Davis, S., Darling-Hammond, L., LaPointe, M., Meyerson, D., *Review of Research, School Leadership Study: Developing Successful Principals*, Palo Alto (CA) 2005.
8. Dinham, S., Anderson, M., Caldwell, B., Weldon, P., *Breakthroughs in school leadership development in Australia*, w: *School Leadership & Management: Formerly School Organisation*, nr. 2, 2011, s. 139–154.
9. Fullan, M., *The Change Leader*, w: *Educational Leadership*, nr. 8, 2002, s. 16–20.
10. Gajardo, F. G., Carmenado, I., *Professional certification for school principals: approach of a competence based profile for education quality improvement*, w: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, nr. 46, 2012, s. 917–925.
11. Hackman, J. R., Wageman, R., *Asking the right questions about leadership*, w: *American Psychologist*, nr. 62, 2007, s. 43–47.
12. Hallinger, P., *Science Mapping the Knowledge Base on Educational Leadership and Management from the Emerging Regions of Asia, Africa and Latin America, 1965–2018*, w: *Educational Management Administration & Leadership*, 2019.
13. Hallinger, P., *The Emergence of School Leadership Development in an Era of Globalization: 1980–2000*, 2003.
14. Hallinger, P., Bryant, D., *Mapping the Terrain of Educational Leadership and Management in East Asia*, w: *Journal of Educational Administration*, nr. 51 (5), 2013, s. 618–637.
15. Hallinger, P., Hammad, W., *Knowledge Production on Educational Leadership and Management in Arab Societies: A Systematic Review of Research*, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr. 47, 2017, s. 20–36.
16. Jackuart, P. et al., *Studying leadership. Research, design and methods*, w: Antonakis, J., Day, D. V. (eds.), *The nature of leadership*, Thousand Oaks 2018, s. 411–437.
17. *Jobs for the Future & the Council of Chief State School Officers, Leadership Competencies For Learner-Centered, Personalized Education*, Boston (MA) 2017.
18. Khany, R., Ghoreishi, M., *One the Relationship between Teachers' Sense of Responsibility and Transformational Leadership Style*, w: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, nr. 136, 2014, s. 302 – 307.
19. Leithwood, K., Day, P., Sammons, A., Harris, A., Hopkins, D., *Successful school leadership: What It is and how it influences pupil learning*, Nottingham 2006.
20. Leithwood, K., Jantzi, D., *The effects of transformation leadership on student engagement with school*, w: *Journal of Educational Administration*, nr. 2, 2000, s. 112–129.

21. Leithwood, K., Seashore-Louis, K., Anderson, S., Wahlstrom, K., How leadership influences student learning (Learning from Leadership Project Executive Summary), New York 2004.
22. Macháček, V., Srholec, M., Predátorské časopisy ve Scopusu. Praha 2016.
23. Marsick, V. J., Watkins, K. E., Looking again at learning in the learning organization: a tool that can turn into a weapon!, w: The Learning Organization, nr. 5, 1999, s. 207–211.
24. Maruyama, G., Ryan, C. S., Research Methods in Social Relationships (8th ed.), UK 2014.
25. McKinsey & Company, How the world's best-performing school systems came out on top, OECD Publishing 2007.
26. NEA, Center for Teaching Quality, National Board for Professional Teaching Standards, and the National Education Association, w: The Teacher Leadership Competencies, 2014.
27. Nedelcu, A., Transformational approach to school leadership: Contribution to Continued improvement of education, w: Manager – Change and Leadership, nr. 17, 2013, s. 237–244.
28. Pont, B., Nusche, D., Moorman, H., Improving School Leadership, Vol. 1: Policy and Practice, OECD Publishing 2008.
29. Porubský, Š. a kol., Kurikulum základnej školy očami učiteľov (empirické zistenia), Banská Bystrica 2016.
30. Pounder, D. G., Ogawa, R. T., Adams, E. A., Leadership as an organization-wide phenomena: Its impact on school performance. w: Educational Administration Quarterly, nr. 4, 1995, s. 564–588.
31. Schleicher, A., Schools for 21st-century learners. International summit on the teaching profession, OECD Publishing 2015.
32. Sun, J., Leithwood, K., Transformational School Leadership. Effect on Student Achievement, Leadership and Policy in Schools, w: Cambridge Journal of Education, nr. 4, 2013, s. 418–451.
33. Walker, A., Hallinger, P., A synthesis of reviews of research on principal leadership in East Asia, w: Journal of Educational Administration, nr. 4, 2015, s. 554–570.
34. Weber, R., Camerer, C., Rottenstreich, Y., Knez, M., The illusion of leadership: Misattribution of cause in coordination games, w: Organization Science, nr. 5, 2001, s. 582–598.

LIST OF ARTICLES SELECTED TO BE ANALYZED

1. Akram, M., Kiran, S., İLĞAN, A., Development and Validation of Instructional Leadership Questionnaire, w: International Journal of Organizational Leadership, nr 6, 2017, s. 73–88.
2. Alhosani, A. A., Singh, S. K., Al Nahyan, M. T., Role of school leadership and climate in student achievement: the mediating role of parental involvement, w: International Journal of Educational Management, nr 6, 2017, s. 843–851.
3. Allison, V. A., Ramirez, L. A., Co-mentoring: The Iterative Process of Learning about Self and "Becoming" Leaders, w: Studying Teacher Education, nr 1, 2016, s. 3–19.
4. Asuga, G. N., Scevak, J., Eacott, S., Educational leadership, management and administration in Africa: an analysis of contemporary literature, w: School Leadership & Management, nr 4, 2016, s. 381–400.
5. Berkovich, I., School leaders and transformational leadership theory: Time to part ways?, w: Journal of Educational Administration, nr 5, 2016, s. 609–622.

6. Çoğaltay, N., Karadağ, E., The Effect of Educational Leadership on Organizational Variables: A Meta-Analysis Study in the Sample of Turkey, w: *Educational Sciences: Theory and Practice*, nr 2, 2016, s. 603–646.
7. Cogaltay, N., Yalcin, M., Karadag, E., Educational leadership and job satisfaction of teachers: a meta-analysis study on the studies published between 2000 and 2016 in Turkey, w: *Eurasian Journal of Educational Research*, nr 62, 2016, s. 255–282.
8. Cruz-González, C., Domingo Segovia, J., & Lucena Rodriguez, C., School principals and leadership identity: A thematic exploration of the literature, w: *Educational Research*, nr 3, 2019, s. 319–336.
9. De Nobile, J., Towards a theoretical model of middle leadership in schools, w: *School Leadership & Management*, nr 4, 2018, s. 395–416.
10. Devi, M., Fernandes, V., The preparation of Fijian school leaders: a framework for principal preparation in a South Pacific context, w: *Journal of Educational Administration and History*, nr 1, 2019, s. 53–65.
11. Diem, S., Young, M., Considering critical turns in research on educational leadership and policy, w: *International Journal of Educational Management*, nr 7, 2015, s. 838–850.
12. Dudley, D. A., Pearson, P., Okely, A. D., Cotton, W. G., Recommendations for policy and practice of physical education in culturally and linguistically diverse Australian secondary schools based on a two-year prospective cohort study, w: *School Psychology International*, nr 2, 2015, s. 172–188.
13. Elder, K. I., Prochnow, J. E., PB4L School-Wide: What Will Support the Sustainability of the Initiative?, w: *New Zealand Journal of Educational Studies*, nr 1, 2016, s. 83–97.
14. Elonga Mboyo, J. P., Moving forward amidst the swirls: Reframing the relational approach as a step 'beyond' leadership, w: *Research in Educational Administration & Leadership*, nr 1, 2019, s. 47–79.
15. Eyal, O., Rom, N., Epistemological trends in educational leadership studies in Israel: 2000–2012, w: *Journal of Educational Administration*, nr 5, 2015, s. 574–596.
16. Fairman, J. C., Mackenzie, S. V., How teacher leaders influence others and understand their leadership, w: *International Journal of Leadership in Education*, nr 1, 2015, s. 61–87.
17. Flessa, J., Bramwell, D., Fernandez, M., Weinstein J., School leadership in Latin America 2000–2016, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr 2, 2017, s. 182–206.
18. Fraise, N. J., Brooks, J. S., Toward a theory of culturally relevant leadership for school-community culture, w: *International Journal of Multicultural Education*, nr 1, 2015, s. 6–21.
19. Fusarelli, B. C., Fusarelli, L. D., Riddick, F., Planning for the future: Leadership development and succession planning in education, w: *Journal of Research on Leadership Education*, nr 3, 2018, s. 286–313.
20. Gálvez, I. E., El liderazgo escolar como ámbito de la política educativa supranacional, w: *Bordón. Revista de pedagogía*, nr 1, 2015, s. 71–84.
21. Ganon-Shilon, S., Schechter, C. Making sense of school leaders' sense-making, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr 4, 2017, s. 682–698.
22. Gilbert, K. A., Investigating the use and design of immersive simulation to improve self-efficacy for aspiring principals. w: *Journal of Information Technology Education: Innovations in Practice*, nr 16, 2017, s. 127–169.
23. Grant, C., Excavating the South African teacher leadership archive: Surfacing the absences and re-imagining the future, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr 1, 2019, s. 37–55.

24. Greany, T., More fragmented, and yet more networked: Analysing the responses of two local authorities in England to the Coalition's 'self-improving school-led system' reforms, w: *London Review of Education*, nr 2, 2015, s. 125–143.
25. Greany, T., Waterhouse, J., Rebels against the system: Leadership agency and curriculum innovation in the context of school autonomy and accountability in England, w: *International Journal of Educational Management*, nr 7, 2016, s. 1188–1206.
26. Gurr, D., Drysdale, L., An Australian perspective on school leadership preparation and development: credentials or self-management?, w: *Asia Pacific Journal of Education*, nr 3, 2015, s. 377–391.
27. Hallinger, P., Bryant, D. A., Exploring features of highly productive research contexts in Asia: a comparison of knowledge production in educational leadership in Israel and Hong Kong, w: *Asia Pacific Journal of Education*, nr 1, 2014, s. 165–184.
28. Hallinger, P., Chen, J., Review of research on educational leadership and management in Asia. A comparative analysis of research topics and methods, 1995–2012, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr 1, 2015, s. 5–27.
29. Hardwick-Franco, K. G., Educational leadership is different in the country; What support does the rural school principal need?, w: *International Journal of Leadership in Education*, nr 3, 2018, s. 301–314.
30. Hitt, D. H., Meyers, C. V., Beyond turnaround: a synthesis of relevant frameworks for leaders of sustained improvement in previously low-performing schools, w: *School Leadership & Management*, nr 1, 2018, s. 4–31.
31. Honig, M. I., Donaldson Walsh, E., Learning to Lead the Learning of Leaders: The Evolution of the University of Washington's Education Doctorate, w: *Journal of Research on Leadership Education*, nr 1, 2019, s. 51–73.
32. Karadağ, E., Bektaş, F., Çoğaltay, N., Yalçın, M., The effect of educational leadership on students' achievement: a meta analysis study, w: *Asia Pacific Education Review*, nr 1, 2015, s. 79–93.
33. Kearney, S., Beginning teacher induction in secondary schools: A best practice case study, w: *Educational Research*, nr 4, 2017, s. 784–802.
34. Khalifa, M. A., Gooden, M. A., Davis, J. E., Culturally responsive school leadership: A synthesis of the literature, w: *Review of Educational Research*, nr 4, 2016, s. 1272–1311.
35. King, F., Ní Bhroin, O., Prunty, A., Professional learning and the individual education plan process: implications for teacher educators, w: *Professional Development in Education*, nr 5, 2018, s. 607–621.
36. Kutsyruba, B., Walker, K., The lifecycle of trust in educational leadership: An ecological perspective, w: *International Journal of Leadership in Education*, nr 1, 2015, s. 106–121.
37. Lovett, S., Dempster, N., Flückiger, B., Personal agency in leadership learning using and Australian heuristic, w: *Professional development in education*, nr 1, 2015, s. 127–143.
38. McCarthy, M., Reflections on the evolution of educational leadership preparation programs in the United States and challenges ahead, w: *Journal of Educational Administration*, nr 3, 2015, s. 416–438.
39. Medina, J. P., Larraguibel, D., Zenteno, D., Guarda, F., Liderazgo escolar en tiempos de crisis. : El Caso de dos Liceos del Centro sur de Chile después del 27F, w: *REICE: Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, nr 2, 2016, s. 45–62.
40. Mowat, J. G., McMahon, M., Interrogating the concept of 'leadership at all levels': a Scottish perspective, w: *Professional Development in Education*, nr 2, 2019, s. 173–189.

41. Mullen, C. A., What's Ethics Got to Do With It? Pedagogical Support for Ethical Student Learning in a Principal Preparation Program, w: *Journal of Research on Leadership Education*, nr 3, 2017, s. 239–272.
42. Murphy, J., Torre, D., Vision: Essential scaffolding, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr 2, 2015, s. 177–197.
43. Ng, F. S. D., Nguyen, T. D., Wong, K. S. B., Choy, K. W. W., Instructional leadership practices in Singapore, w: *School Leadership & Management*, nr 4, 2015, s. 388–407.
44. Normore, A. H., Issa Lahera, A., The evolution of educational leadership preparation programmes, w: *Journal of Educational Administration and History*, nr 1, 2019, s. 27–42.
45. Olofsson, A. D., Lindberg, J. O., Fransson, G., Hauge, T. E., Uptake and Use of Digital Technologies in Primary and Secondary Schools – a Thematic Review of Research, w: *Nordic Journal of Digital Literacy*, nr 4, 2011, s. 207–225.
46. Oplatka, I., Understanding Emotion in Educational and Service Organizations through Semi-Structured Interviews: Some Conceptual and Practical Insights, w: *The Qualitative Report*, nr 6, 2018, s. 1347–1363.
47. Oreg, S., Berson, Y., The Impact of Top Leaders' Personalities: The Processes Through Which Organizations Become Reflections of their Leaders, w: *Current Directions in Psychological Science*, nr 4, 2018, s. 241–248.
48. Paletta, A., Bezzina, C., Governance and leadership in public schools: Opportunities and challenges facing school leaders in Italy, w: *Leadership and Policy in Schools*, nr 4, 2016, s. 524–542.
49. Pan, H., Nyeu, F., Chen, J., Principal instructional leadership in Taiwan: lessons from two decades of research, w: *Journal of Educational Administration*, nr 4, 2015, s. 492–511.
50. Redondo-Sama, G., Liderazgo dialógico en comunidades de aprendizaje, w: *Intangible*, nr 3, 2015, s. 437–457.
51. Revelo, E. R., Micropolítica escolar y el liderazgo directivo en la escuela, w: *Revista Educación*, 2017, s. 1–14.
52. Saarivirta, T., Kumpulainen, K., School autonomy, leadership and student achievement: reflections from Finland, w: *International Journal of Educational Management*, nr 7, 2016, s. 1268–1278.
53. Sanders, M. G., Crossing boundaries: A qualitative exploration of relational leadership in three full-service community schools, w: *Teachers College Record*, nr 4, 2018, s. 1–36.
54. Sánchez, A. V., Liderazgo: una clave para la innovación y el cambio educativo, w: *Revista de Investigación Educativa*, nr 2, 2019, s. 301–326.
55. Santamaría, L., Santamaría, A., Toward culturally sustaining leadership: Innovation beyond 'school improvement' promoting equity in diverse contexts, w: *Education Sciences*, nr 4, 2016, s. 1–8.
56. Shah, S. R., The Significance of Teacher Leadership in TESOL: A Theoretical Perspective, w: *Arab World English Journal (AWEJ)*, nr 4, 2017, s. 240–258.
57. Snodgrass Rangel, V. A review of the literature on principal turnover, w: *Review of Educational Research*, nr 1, 2018, s. 87–124.
58. Sun, J., Conceptualizing the critical path linked by teacher commitment, w: *Journal of Educational Administration*, nr 5, 2015, s. 597–624.
59. Terosky, A. L., Enacting instructional leadership: perspectives and actions of public K-12 principals, w: *School Leadership & Management*, nr 3, 2016, s. 311–332.
60. Tian, M., Huber, S. G., Mapping the international knowledge base of educational leadership, administration and management: a topographical perspective, w: *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 2019, s. 1–20.

61. Tian, M., Risku, M., Collin, K., A meta-analysis of distributed leadership from 2002 to 2013. Theory development, empirical evidence and future research focus, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr 27, 2016, s. 1–19.
62. Tintoré Espuny, M., Líderes educativos y justicia social. Un estudio comparativo, w: *Perspectiva Educacional*, nr 2, 2018, s. 100–122.
63. Torrance, D., Forde, C., Redefining what it means to be a teacher through professional standards: Implications for continuing teacher education, w: *European Journal of Teacher Education*, nr 1, 2017, s. 110–126.
64. Truong, T. D., Hallinger, P., Sanga, K., Confucian values and school leadership in Vietnam: Exploring the influence of culture on principal decision making, w: *Educational Management Administration & Leadership*, nr 1, 2016, s. 77–100.
65. Valdés Morales, R., Gómez–Hurtado, I., Competencias y prácticas de liderazgo escolar para la inclusión y la justicia social, w: *Perspectiva Educacional*, nr 2, 2019, s. 47–68.
66. Walker, A., Hallinger, P., A synthesis of reviews of research on principal leadership in East Asia, w: *Journal of Educational Administration*, nr 4, 2015, s. 554–570.
67. Wingrove, D., Hammersley-Fletcher, L., Clarke, A., Chester, A., Leading Developmental Peer Observation of Teaching in Higher Education: Perspectives from Australia and England, w: *British Journal of Educational Studies*, nr 3, 2017, s. 365–381.
68. Young, M. D., Winn, K. M., Reedy, M. A., The Every Student Succeeds Act: Strengthening the focus on educational leadership, w: *Educational Administration Quarterly*, nr 5, 2017, s. 705–726.
69. Zhang, W., School leadership development in China: a case study of schools in one district education bureau, w: *Education*, nr 3, 2019, s. 505–519.

ABOUT AUTHORS

Mgr. Denisa Šukolová, PhD.

She has been working at the Faculty of Education Matej Bel University in Banská Bystrica since 2014, where she focuses on area of adult education at the Department of Andragogy and the Educational Research Center. Her research is aimed on the quality of schools and universities, leadership in education, professional training of teachers, scientific literacy in adults and educators, and various methodological issues of quantitative and qualitative research in educational sciences.

doc. PaedDr. Lenka Rovňanová, PhD.

Since 2009, she has worked as a lecturer at the Department of Education at the Faculty of Education of Matej Bel University in Banská Bystrica (Slovakia). Previously, she worked for 19 years at various regional educational positions. In her scientific research activities, she explores the teaching profession, university training of future teachers, the theory of education and for many years, she has cooperated with schools, educational establishments and different members of the NGO sector in the field of sexual education. She also publishes in these fields.

Mgr. Hana Kocurová

She is a graduate of the study program Teaching Psychology and Ethical Education at the Faculty of Education of Matej Bel University in Banská Bystrica (2018). She is a student of doctoral studies in the study program Education Science within

the solution of the project APVV 17–0557 *Psychological Approach to Creation, Implementation and Verification of the Competency Model of Leaders' Progress in Education* since the academic year 2018–2019. The topic of her dissertation is *Analysis of the present state of leaders' development in Slovak education*. It is also the topic of her research and publications.

Informacja dla Autorów

Redakcja „Humanum” zaprasza do współpracy Autorów, którzy chcieliby publikować swoje teksty na łamach naszego pisma. Uprzejmie informujemy, że przyjmujemy do publikacji artykuły nie dłuższe niż 20 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków ze spacjami na stronę), a w przypadku recenzji – niż 8 stron. Do artykułów prosimy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim (wraz z angielskim tytułem artykułu) o objętości do 200 słów. Prosimy o niewprowadzanie do manuskryptów zbędnego formatowania (np. nie należy wyrównywać tekstu spacjami czy stosować zróżnicowanych wypukleń, wyliczeń itp.). Sugerowany format: czcionka Arial, 12 pkt., interlinia 1,5. Piśmiennictwo zawarte w artykule należy sformatować zgodnie z tzw. zapisem harwardzkim, zgodnie z którym lista publikacji istotnych dla artykułu ma być zamieszczona na jego końcu i ułożona w porządku alfabetyczny. Publikacje książkowe należy zapisywać:

Fijałkowska B., Madziarski E., van Tocken T.L. jr., Kamilska T. (2014). Tamizdat i jego rola w kulturze radzieckiej. Warszawa: Wydawnictwo WSM.

Rozdziały w publikacjach zwartych należy zapisywać:

Bojan A., Figurski S. (2014). Nienowoczesność – plewić czy grabić. W.S. Białokozowicz (red.), Nasze czasy – próba syntezy. Warszawa: Wydawnictwo WSM.

Artykuły w czasopismach należy zapisywać:

Bobrzyński T.A. (2009). Depression, stress and immunological activation. British Medical Journal 34 (4): 345-356.

Materiały elektroniczne należy zapisywać:

Zientkiewicz K. Analiza porównawcza egocentryka i hipochondryka. Żart czy parodia wiedzy? Portal Naukowy „Endo”. www.endo.polska-nauka.pl (data dostępu: 2014.07.31).

W tekście artykułu cytowaną publikację należy zaznaczyć wprowadzając odnośnik (nazwisko data publikacji: strony) lub – gdy przywołane jest nazwisko autora/nazwiska autorów w tekście – (data publikacji: strony), np.: Radzieckie władze „[...] podjęły walkę z tamizdaten na dwóch płaszczyznach: ideologicznej i materialnej” (Fijałkowski i wsp. 2014: 23). lub: Radziecka prasa, jak stwierdzają Fijałkowski i współnicy, „Lżyła autorów druków bezdebitowych” (2014: 45). W przypadku przywoływanych tekstów, gdy nie ma bezpośredniego cytowania, należy jedynie podać nazwisko i rok publikacji (bądź sam rok, jeśli nazwisko autora pada w tekście głównym). W odnośnikach w tekście głównym należy w przypadku więcej niż dwóch autorów wprowadzić „i wsp.”, np. (Fijałkowski i wsp. 2014). W tekście piśmiennictwa (tj. alfabetycznie ułożonej literaturze) prosimy wymienić wszystkich autorów danej publikacji. Więcej o zasadach stylu harwardzkiego m.in. na Wikipedii (http://pl.wikipedia.org/wiki/Przypisy_harwardzkie). Uwaga, przypisy krytyczne, inaczej tzw. aparat krytyczny, prosimy w miarę możliwości zredukować do minimum i wprowadzać do głównego tekstu manuskryptu.

Zaznaczamy, że Redakcja nie płaci honorariów, nie zwraca tekstów niezamówionych oraz rezerwuje sobie prawo do skracania tekstów.

Teksty prosimy przysyłać drogą elektroniczną za pomocą formularza na stronie WWW: <http://humanum.org.pl/czasopisma/humanum/o-czasopiśmie> lub na adres e-mailowy: biuro@humanum.org.pl

Do tekstu należy dołączyć informację o aktualnym miejscu zamieszkania, nazwie i adresie zakładu pracy, tytule naukowym, stanowisku i pełnionych funkcjach. Każdy tekst przesłany pod adres Redakcji z prośbą o druk na łamach czasopisma podlega ocenie. Proces recenzji przebiega zgodnie z założeniami „double blind” peer review (tzw. podwójnie ślepej recenzji). Do oceny tekstu powołuje się co najmniej dwóch niezależnych recenzentów (tzn. recenzent i autor tekstu nie są ze sobą spokrewni, nie występują pomiędzy nimi związki prawne, konflikty, relacje podległości służbowej, czy bezpośrednia współpraca naukowa w ciągu ostatnich 5 lat). Recenzja ma formę pisemną i kończy się stwierdzeniem o dopuszczeniu lub niedopuszczeniu tekstu do druku.

W związku z przypadkami łamania prawa autorskiego oraz dobrego obyczaju w nauce, mając na celu dobro Czytelników, uprasza się, aby Autorzy publikacji w sposób przejrzysty, rzetelny i uczciwy prezentowali rezultaty swojej pracy, niezależnie od tego, czy są jej bezpośrednimi autorami, czy też korzystali z pomocy wyspecjalizowanego podmiotu (osoby fizycznej lub prawnej).

Wszystkie przejawy nierzetelności naukowej będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające Autorów, towarzystwa naukowe itp.).

Do przedłożonych tekstów z prośbą o druk, Autor tekstu jest zobowiązany dołączyć:

1. Informację mówiącą o wkładzie poszczególnych Autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji, kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. wykorzystywanych przy przygotowaniu publikacji), przy czym główną odpowiedzialność ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
2. Informację o źródłach finansowania publikacji, wkładzie instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów.

