

Zdravotnictví a sociální práce

vědecký časopis | ročník 9, 2014 | **číslo 1**



| Ošetřovatelství | Veřejné zdravotnictví | LVM |
| Pedagogika | Sociální práce |



**nízkoenergetické
montované
rodinné domy**

Info: 0908 595 000 ■ 0905 701 831

už **21**
rokov
na trhu



- dlhoročné skúsenosti v oblasti výroby a výstavby RD
- individuálny prístup ku každému zákazníkovi podľa jeho potrieb, želaní a finančných možností
- vlastný výrobný podnik - možnosť vidieť výrobu vášho RD
- rýchlosť výstavby 8-12 týždňov
- výrazná energetická a finančná úspornosť
- kvalita, variabilnosť, komfort
- garancia životnosti min. 100 rokov

NOVINKA aj nízkoenergetické murované domy

e-mail: info@ecodom.sk www.ecodom.sk

Pre každé
suché oko



HYPROMELÓZA-P®

Umelé slzy
s pantenolom



OCUhyal C

Umelé slzy
s kyselinou hyalurónovou,
nechtíkom lekárskeym
a bez konzervačnej látky

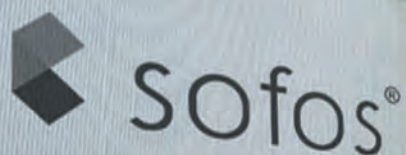


SensiVit®

Zvlhčujúci roztok
s vitamínmi A a E
na unavené
a suché oči

Zdravý pohľad na svet

UNIMED
PHARMA®



Bratislava

Dúbravská cesta 3
841 04 Bratislava

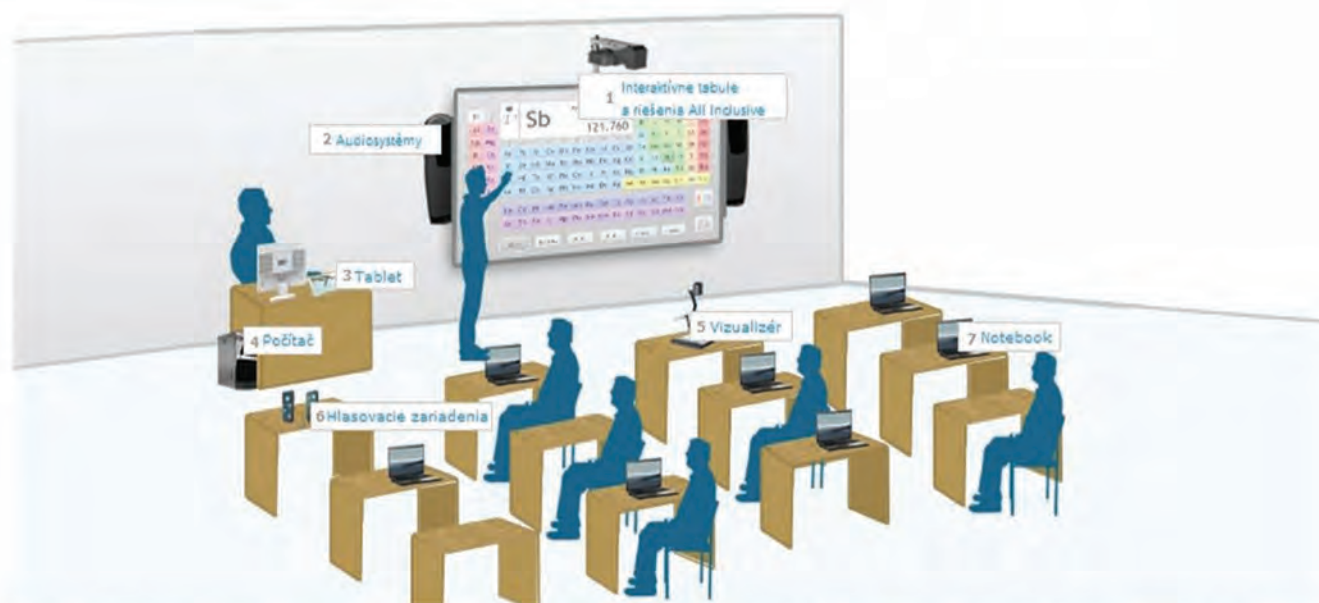
TEL.: 02/54 77 39 80

FAX: 02/54 77 39 05

E-mail: obchodba@sofos.sk

RadiForce® MX-Séria

Klinické náhľadové monitory
vhodné pre univerzálne použitie



Interaktívna učebňa predstavuje a je základom pre komplexné riešenie interaktívneho vyučovania. Je vybavená najmodernejšou didaktickou technikou. Produkty, ktoré tvoria obsah interaktívnej učebne, sú základom pre pútavé a zaujímavé vyučovanie, ktoré v žiakoch a študentoch zanechá neobyčajný zážitok. Hlavným a nosným produktom interaktívnej učebne je „riešenie“ interaktívnej tabule, doplnené o ďalšie produkty, ktoré vidíte na obrázku vyššie.

OBJEDNÁVKA

na časopis Zdravotníctvo a sociálna práca / Zdravotnictví a sociální práce

Vychádza 4 - krát ročne. Cena za kus 1,60 EUR/50 Kč. Celoročné predplatné: 6 EUR/200 Kč.

Pre študentov zdravotníckych a sociálnych odborov: za kus 1,30 EUR/40 Kč. Celoročné predplatné 5 EUR/180 Kč.

Závazne si objednávam:

☐ celoročné predplatné	Počet kusov
☐ časopis č.	Počet kusov
Meno	Priezvisko
Organizácia.....	
IČO	IČ DPH
Adresa pre doručenie.....	
Tel.	Fax
E - mail	Podpis

Objednávky posielat'

Objednávky pre SR

Ing. Lucia Andrejiová
Dilongova 13, 080 01, Prešov, SR
mobil: 00421 905565624
e-mail: landrejiova@gmail.com
č. účtu: 2925860335/1100 SR

Objednávky pre ČR

Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca
VSZ o. p. s., Dušková 7, 150 00 Praha 5, ČR
mobil: 00420/777/17 22 58
e-mail: skorpikova@vszdrav.cz
č. účtu: 246152872/0300, ČR

Vydavateľstvo SR

SAMOSATO, s.r.o., Bratislava
Plachého 53, P.O. BOX 27
840 42 Bratislava 42, SR
IČO: 35971509
IČ DPH: SK 202210756

Vydavateľství ČR

Maurea, s. r. o.
ul. Edvarda Beneše 56
301 00 Plzeň, ČR
IČO: 25202294

Vedecký časopis Zdravotníctvo a sociálna práca • ročník 9. • 2014, č. 1

Vydáva: SAMOSATO, s. r. o., Bratislava, SR a MAUREA, s. r. o., Plzeň, ČR

Redakcia: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. - šéfredaktor; Ing. Lucia Andrejiová - tajomníčka redakcie.

Editor: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc., Co-editor : doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc.

Redakčná rada: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. (Trnava); doc. Ing. Štefan Bugri, PhD. (Prešov); prof. PhDr. Paweł Czarnecki, PhD (Warszawa); prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD. (Prešov); doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD. (Bratislava); Dr.h.c. Prof. Dana Farkašová, PhD (Bratislava); Prof. MUDr. Peter Fedor-Freybergh, DrSc. (Bratislava); doc. MUDr. Alena Furdová, PhD., MPH (Bratislava); prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. (Bratislava); JUDr. Alexander Gros (Nadlác); MUDr. Mikuláš A. Haľko (New York, USA); prof. MVDr. Peter Juriš, CSc. (Košice); Doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD (Příbram); prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. (Rožňava); prof. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. (Wien); prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult. (Bratislava); doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD. (Plzeň); Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (Praha); prof. MUDr. Anna Sabová, PhD., (Nový Sad); prof. MUDr. Jana Slobodníková (Trenčín); JUDr. Žaneta Surmajová, PhD., (Bratislava); prof. PhDr. Milan Schavel, PhD., (Bratislava); prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc. (Košice); vacant (Brno, ČR); prof. PhDr. Valéria Tothová, PhD., (České Budejovice); Prof. JUDr. Robert Vlček, PhD., MPH (Bratislava)

Časopis je recenzovaný. Za obsahovú a formálnu stránku zodpovedá autor. Texty neprešli jazykovou korektúrou.

Adresa redakcie: Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca, Klinika stereotaktickej rádioterapie, OÚSA, SZU a VŠZaSP sv. Alžbety, Heydukova 10, 812 50 Bratislava, Slovenská republika, č. účtu: 2925860335/1100, SR e-mail adresa redakcie: msramka@ousa.sk

Adresa pobočky redakcie: Časopis Zdravotnictví a sociální práce, VSZ o.p.s., Dušková 7, 150 00 Praha 5, Česká republika, č. účtu: 246152872/0300, ČR,

Pretlač je dovolená s písomným súhlasom redakcie • Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú • 4 vydania ročne • EV 4111/10 , Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • ISSN 1336–9326 • Zaregistrované MK ČR pod číslom E 19259 • ISSN 1336–9326 Číslo 1/2014 vyšlo 27. 03. 2014.

Cena za číslo 1,60 EUR. Cena za dvojčíslo: 3,20 EUR

Link na online verziu časopisu: www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk, www.zdravotnictviasocialniprace.cz

OBSAH

<i>Šramka, M.</i> Editoriál	3
<i>Oláh, Z.</i> Oftalmogerontológia II. (Objektívne prejavy vekom podmienených „fyziologických“ zmien orgánu zraku)	5
Ophtalmogerontology II (Objective symptoms of the age related physiological changes of the visual organ)	
<i>Karas, M.</i> The importance and purpose of case conference in the care of endangered families. (Význam a cieľ prípadovej konferencie v oblasti péče o ohrozené rodiny)	12
<i>Szysszka, M., Tomczyk, L.</i> Vybrané funkcie public relation inštitúcií sociálnej pomoci, 20 (Public relations of social assistance institutions)	20
<i>Mijatovic, V., Samojlik, I., Tomic, I., Tomic, N.</i> Hormonálna antikoncepcia – zvyky a informovanosť študentiek Univerzity v Novom Sade, Vojvodina, Srbsko	28
<i>Valachová Subyová, K., Paľun, M.</i> Faktorová analýza ako výskumná metóda	36
(Factor analysis as a research technique)	
<i>Mališková, Z., Mátel, A., Hetteš, M.</i> Zamestnanosť a zamestnateľnosť absolventov sociálnej práce na Slovensku	46
(Social work graduates employment and employability in Slovakia)	
<i>Horkovičová, K., Furdová, A., Krčová, I., Fogelton, A.</i> Frekvencia žmurkania v korelácii so stavom slzného filmu a pacientov so syndrómom slzného oka	53
(Blinking rate correlated with the tear film state of the patient with dry eye syndrom)	

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca vychádza už 9. rok. Vznikol v roku 2006 na Ústave zdravotníctva a sociálnej práce bl. P.P. Gojdiča v Prešove VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., v Bratislave ako odborný časopis. Postupne sa vypracoval na základe kvality Vašich príspevkov na vedecký časopis.

Od roku 2010 sa stal medzinárodným časopisom a vychádza v slovenskej a českej verzii, Vaše príspevky sú teda zahraničnými publikáciami. Od roku 2011 časopis vychádza v printovej aj internetovej forme na Slovensku aj v Čechách. V snahe umožniť prístup študentom k časopisu je internetová forma zdarma.

Od roku 2014 časopis rozširuje tématické zameranie a pokrýva odbory Ošetrovatel'stvo, Verejné zdravotníctvo, Laboratórne vyšetrovacie metódy (LVM) v zdravotníctve, Pedagogika a Sociálna práca. Ako Supplementum časopis sú vydávané štrukturované abstrakty z medzinárodnej konferencie v Prešove. Príspevky z prednášok, postery a ďalšie práce vychádzajú v plnom rozsahu v Zborníkoch vedeckých prác.

Časopis vychádza so súhrnom v slovenskom a anglickom jazyku. Redakcia časopisu v súčasnosti neakceptuje k uverejneniu žiadne články, ktoré ich autori zašlú bez abstraktov. Záujemcom o uverejnenie ich príspevkov pripomínáme potrebu dôsledne rešpektovať pokyny autorom pre písanie príspevkov. V redakčnej rade sú zastúpení odborníci z väčšiny okolitých štátov, Česka, Poľska, Ukrajiny, Rumunska, Srbska a Rakúska i USA. V záujme zvyšovania úrovne časopisu sa redakčná rada časopisu obmieňa. Budeme naďalej preferovať články v anglickom jazyku. Články spracované v anglickom jazyku musia mať slovenský alebo český abstrakt. Našou snahou je dlhodobejší cieľ, rozšíriť vydávanie článkov v anglickom jazyku, aby sa z časopisu postupne stal Central European Journal of Health and Social Work.

V tomto roku si pripomíname rok Sedembolestnej Matky Panny Márie, Patrónky Slovenska. Význam tohoto patrocínia pre Slovensko je nespochybniteľný. Vďaka zakoreneniu vo kresťanskej viere a cyrilometodskej tradícií sa slovenský národ zachoval a nezanikol. Žiadnemu inému národu sa nepodarilo prežiť tak dlho cudziu nadvládu a zachovať si pritom vlastnú identitu, ako sa podarilo Slovákom. Slovanskí vierozvestci, sv. Cyril a Metod, od príchodu ktorých uplynulo vlani 1150 rokov, nám i po 1150 rokoch dávajú možnosť spoznať samých seba, svoje korene. Bohaté dedičstvo, ktoré nám zanechali, nám i po 1150 rokoch pripomína, že i doma máme svetové poklady.

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
šéfredaktor

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove

pod záštitou

Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., v Bratislave

v spolupráci so

Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek

Lekárskou fakultou UPJŠ v Košiciach

Gréckokatolíckou teologickou fakultou PU v Prešove

usporiadajú a zároveň si dovoľujú Vás pozvať na

X. vedecko-odbornú konferenciu s medzinárodnou účasťou

**„ Nové trendy v súčasnom zdravotníctve
a pomáhajúce profesie “**

v dňoch 24. – 25. októbra 2014 v Prešove

Začiatok konferencie je plánovaný na 24. 10. 2014 o 9.00 hod.

TEŠÍME SA NA VAŠU ÚČASŤ

Podrobnejšie informácie budú zasielané záujemcom v I. informácii. Vašu predbežnú účasť s názvom príspevku a abstraktom v SJ a AJ (max. 200 slov) prosíme nahlásiť.

e-mailom do: 30. septembra 2014

landrejiova@gmail.com

tel.: 00421 905565624

OFTALMOGERONTOLOGIA II.
(Objektívne prejavy vekom podmienených
„fyziologických“ zmien orgánu zraku)

OPHTHALMOGERONTOLOGY II.
(Objective symptoms of the age-related „physiological“ changes of the visual organ)

Zoltán Oláh

Abstrakt:

Vekom podmienené morfológické zmeny postihujú pomocné orgány oka ako aj tkaninové štruktúry očnej gule a prebiehajú nenápadne – postupne. Tento proces prebieha celý život a je spojený so stratou vody a mnohými biochemickými zmenami v bunkách a tkanivách organizmu. Ich nástup je individuálny, geneticky daný a nie je viazaný na presnú vekovú skupinu. V príspevku je uvedený prehľad objektívne zistiteľných involučných (ešte „fyziologické“) oftalmo-gerontologických zmien v tkanivových štruktúrach oka a jeho pomocných orgánov.

Kľúčové slová: Prejavy involúcie orgánu zraku. Vekom zapríčinené zmeny na oku.

Abstract:

The age-related morphological changes are affecting supportive organs of the eye and also the eyeball's tissue structures and are gradually progressing undistinguished. This process is ongoing during the entire life and is connected with water loss and many biochemical changes in the cells and tissues of the organism. Their onset is individual, genetically based and without relation to the specific age group. The article presents review of the objective and identifiable involutional (still “physiological”) changes in the tissue structures of the eye and its supportive organs.

Keywords: Signs of involution of the visual organ. Age-related changes at the eye.

ÚVOD

Starnutie je prirodzený a súčasne nevyhnutný fyziologický proces. Prebieha vlastne počas celého života. Proces starnutia, je spojený so stratou vody v bunkách tkanív organizmu (Pacovský a Heřmanová, 1981). Z toho vyplýva aj úbytok aktívnej protoplazmy a zmena spektra bielkovín v bunkách. Samozrejme, že morfológické zmeny prítomné v celom tele sa prejavajú aj v tkanivových štruktúrach oka. Vekom podmienený rozvoj „fyziologických“ zmien orgánu zraku sú objektívne, ale nemajú charakter patologických zmien (Doležalová a kol., 1976). Avšak ich nástup je individuálny, geneticky daný a nie je viazaný na presnú vekovú skupinu (Sachsenweger, 1971).

Gerontologické (morfológické) zmeny v tkanivových štruktúrach oka sa v súvislosti s fyziologickým starnutím organizmu prejavujú postupne:

1. zmenami na pomocných orgánoch oka;
2. zmenami tkanivových štruktúr očnej gule:
 - a) v prednom segmente (rohovke, akomodačnom aparáte, šošovke);
 - b) v zadnom segmente (degeneratívne zmeny sklovca, na sietnici v centrálnej alebo periférnej oblasti a i.).

1. GERONTOLOGICKÉ ZMENY POMOCNÝCH ORGÁNOV OKA

a) Na koži mihalníc

Prvé prejavy (znaky) zmien spojených so starnutím (gerontologické zmeny) na koži mihalníc súvisia so stratou elasticity kože a ubúdaním podkožného väziva. Preto sa na hornej mihalnici tvoria jemné vrásky (resp. aj pigmentácia kože), ktoré sa spočiatku objavujú len v oblasti vonkajšieho kútika očí ("stračie nôžky"). Zmeny v štruktúrach mihalnice sa prejavujú aj stenčením (atrofiou) kože a stratou turgoru, a to symetricky na oboch stranách. Následkom poklesu tonusu *m. orbicularis oculi* mihalnice už nepriliehajú tesne k povrchu očnej gule. Je to vidieť najmä na dolnej mihalnici. Nedostatočné priliehanie dolnej mihalnice sa najviac prejaví v oblasti slzného bodu, ktorý pre úbytok väziva už neplní svoju odsávaciu funkciu tak ako predtým. Preto sa v nepriaznivých situáciách (chlad, vietor, silné svetlo a podobne) objaví zvýšené slzenie (*epifora*). Súčasne sa zistí aj zvýšená frekvencia žmurkania (čo môže rušivo pôsobiť napr. pri riadení dopravných prostriedkov, pri bežnej práci však nemá obmedzujúci vplyv). Horná mihalnica môže pritom poklesnúť a prekryvať väčšiu plochu zrenice zhora (pseudoptóza), čo ojedinele môže až prekážať pri videní. Môže sa zistiť aj ubúdanie počet brv na mihalniciach (zvýšené vypadávanie). Na koži mihalníc u starnúcich ľudí (najmä u ľudí dlhodobo vystavených slnečnému žiareniu) sa môže objaviť keratóza. Z benígnych nádorov sa vyskytuje xantelazma (spojená s hypercholesterolémiou). Malígne nádory sú najmä bazo- (resp. spino-) celulárne karcinómy, vyskytujúce sa častejšie až v 6. a 7. dekáde života (Furdová a Oláh, 2010).

b) Zmeny slzotvorných orgánov a odvodných slzných ciest

Slzotvorba je u značného percenta starších pacientov znížená (podľa štatistík vo veku okolo 60 rokov aj o 50 %), čo zapríčiňuje vekom podmienená fibrózna atfia slzných žliaz (začína už vo veku nad 50 rokov). Nedostatok slz (príp. niektorej) je prejavom involúcie, resp. atrofie (a následného nedostatku funkcie) jednak samotných slzných žliaz (úbytok tekutej – vodnej zložky), jednak Meibomových a Mollových žliaz produkujúcich masťnú zložku alebo aj prídavných slzných žliaz (Wolfrigových a Krauseho), ale tiež pohárikových buniek v spojovkách produkujúcich hlien (Busse a Meyer-Rüsenberg, 1988). V slzách sa znižuje obsah enzýmu lyzozýmu (čo má dopad na samočistiaci mechanizmus v spojovkovom vaku), naopak pribúdajú albumíny a globulíny. Táto zmena ich pomeru môže zapríčiniť moment lokálneho dráždenia a ojedinele môže viesť aj k poškodeniu epitelu rohovky.

Zmeny v odvodných slzných cestách sú z hľadiska pacienta nepríjemnejšie. Najčastejšou zmenou býva trvalé slzenie odstavanie slzných bodov, spojené s. Závažnejšie následky môže mať nepriechodnosť *ductus nasolacimalis*. Nepriechodnosť sa prejaví nepríjemným slzením (*epiforou*). Pre nepriechodnosť slzy sa hromadia v slzníku, ktorý sa rozšíri a jeho obsah sa činnosťou baktérií mení na hnisavý. Obsah slzníka regurgituje do spojovkového vaku a zapríčini klinický obraz hnisavej konjunktivitídy (Oláh, 2004). Prípadné malé erózie rohovky sa pritom môžu infikovať v zhlľadom na pokles aktivity imunitného systému súvisiaceho s vekom, sa môže rozvinúť vážny, zrak ohrozujúci stav – hnisavý rohovkový vred (*ulcus corneae*).

c) Zmeny spojoviek (spojovkového vaku)

Vekom podmienené zmeny spojoviek (tarzálnych prechodných záhybov a očnej gule = bulbárnej) v priebehu života majú pomerne malú úlohu v klinickom obraze oftalmogerontologických zmien. Bulbárna spojovka je voľnejšie fixovaná o podklad – sklér (pre riedke pod sliznicové väzivo a typický úbytok elastických vlákien v ňom). Pri žmurkaní sa to prejaví sformovaním jemného záhybu pri okraji dolnej mihalnice (čím sa zvyšuje epifora, pozri predchádzajúci text). Oblasť spojovky v okolí slzných bodov je niekedy aj mierne edematózna. Vzhľadom na začínajúci ústup produkcie slz (vrátane ústupu produkcie mazových

Meibomových, resp. prídavných pomocných slzných žliaz a hlienových pohárikových buniek spojovky) sa môže objaviť obraz „suchého“ oka (Oláh, 2004). Klinicky sa prejaví ako chronická senilná „simplexná konjunktivitída“. Vzhľadom nato sa veľmi často sa pristúpi k nesprávnej liečbe – akoby k zápalovému procesu spojoviek (namiesto náhrady slz), čo môže subjektívne ťažkosti ešte zhoršiť.

V episklére najmä pozdĺž väzivových vlákien a pozdĺž ciev tiež pozvoľna dochádza k ukladaniu tukov (už okolo 40. roku), čo spôsobuje jemne žltkavé sfarbenie spojovky pokrývajúcej povrch očnej gule.

Ako prejav rozvoja degeneratívnych zmien podspojkového väziva sa môže pri limbe vo výške mihalnicovej štrbiny objaviť na oboch stranách rohovky (vo výške mihalnicovej štrbiny) viac alebo menej viditeľný uzlík trojuholníkovitého tvaru – *pingecula*. Podľa Naumanna a Appleho (1986) ide o sivobiele zhrubnutie spojovky vo výške mihalnicovej štrbiny, ktoré sa vyskytuje v strednom a staršom veku. Tento mierne nadvihnutý uzlík približne trojuholníkového tvaru, lokalizovaný bázou pri limbe (z oboch strán), je široký do 3 mm a je pevne pripojený na podklad. V subepiteliálnej strome je badateľná výrazná degenerácia kolagénových a elastických vlákien. Periférnym smerom sa stenčuje na normálnu hrúbku spojovky. Nachádzajú sa tam depozity hyalinného materiálu a aj pigmentové zrníčka.

Pribúdajúcim vekom rezistencia stien kapilár v spojovke klesá (asi o 1/3). V spojovkách pribúdajú rozšírené cievy. Podľa Fantu (1983) môžu cievy v spojovke vplyvom presklerotických, resp. sklerotických zmien v ich stenách prasknúť a zapríčiniť (niekedy aj recidivujúce) väčšie alebo menšie subkonjunktiválne krvácania (suffúzia, resp. hyposphagma). Objaví sa, napr. následkom silného zvýšenia vnútrohruďného a vnútrobrušného tlaku (pri tvrdej stolici, astmatickom záchvate a pod.). Niekedy však na to stačí aj silné poškodenie očí ráno pri vstávaní. V Meibomových žľazách sa môžu objaviť kalcifikáty v podobe belavých uzlíkov, viditeľných pri everzii mihalníc, ktoré pri žmurkaní dráždia povrch rohovky aj spojovky a vyvolávajú klinický obraz chronickej senilnej konjunktivitídy.

Do vekom podmienených zmien spojovky sa zaraďuje aj vznik *pterygia* (krídla) – duplikatúry spojovky zo strany nosa vo výške mihalnicovej štrbiny. Vznik *pterygia* však ovplyvňujú nielen gerontologické faktory, ale aj vplyvy vonkajšieho (dráždivého) prostredia, spojené so špecifickými klimatickými a meteorologickými podmienkami (veľa slnečného žiarenia, sucho, vietor a i.).

4. Zmeny okohybných svalov

V rámci 5. dekády života sa začína všeobecné spomalenie pohyblivosti očí (najmä v zmysle abdukcie a addukcie) a najmä u myopov. V extrémne krajnej polohe sa môže objaviť aj určité obmedzenie pohyblivosti očných gúl.

2. GERONTOLOGICKÉ ZMENY TKANIVOVÝCH ŠTRUKTÚR OČNEJ GULE

a) Zmeny rozvíjajúce sa v prednom segmente očnej gule

1. Na rohovke sa môže objaviť počínajúci gerontoxon (*arcus senilis*, *arcus lipoides*) – ukladanie cholesterolu v parenchýme v podobe polo oblúkov, paralelných s limbom rohovky. V našich podmienkach je to najtypickejšia starecká zmena rohoviek. Vyskytuje sa už asi u 15 % 40 ročných (je analógiou šedivenia vlasov). Od limbu je oddelený úzkym čírym pásom. V oblasti gerontoxonu je rohovka zraniteľnejšia čo súvisí so zistením Krejčího (1973), že začiatok regenerácie buniek epitelu rohovky je pomalší ako u mladých ľudí. Citlivosť rohovky mierne klesá. Pribúdajúcim vekom budú kolagénové vlákna v parenchýme rohovky, ako aj v *trabeculum corneo-sclerale* hrubšie (Abrahamson, 1984). Môže sa to prejavovať v určitom poklese priehľadnosti rohovky, jej miernym zhrubnutím a súčasne zvýšením absorpcie vlnových dĺžok bieleho aj ultrafialového svetla. Zmena štruktúry parenchýmu rohovky ovplyvní aj priepustnosť

rohovky pre malé molekuly a zhoršuje jej látkovú výmenu. Dôsledkom zhrubnutia kolagénových vlákien v odtokovom trabekulárnom systéme (v dúhovkovo-rohovkovom uhle) sa otvory zúžia a klesá filtračná schopnosť trabekula pre odtok komorového moku. Tento fakt môže spôsobiť zvýšenie odtokového odporu spojené so zhoršením odtoku komorového moku s následným zvýšením vnútroočného tlaku (Oláh, 2004). Očné bielko sa začína stenčovať, najmä v oblasti úponov vonkajších okohybných svalov. Už po 4. dekáde života stúpa jej rigidita, čo je následok ukladania tukov a vápnika medzi kolagénne vlákna očného bielka.

Tab. 1. Prehľad oftalmogerontologických zmien v pomocných orgánoch a tkanivových štruktúrach očnej gule.

Štruktúra	Oftalmogerontologické zmeny
► Mihalnice	• Ochabnutie kože • Vrásky a pigmentácie (a xantelazmatá)
► Slzný aparát	• Znížená slzotvorba
► Spojovky	• Kalcifikáty v Meibomových žľazách • Syndrom suchého oka • Senilné konjunktivitídy • Pinguecula
► Rohovka	• Znížená citlivosť • Gerontoxon • Dystrofia epitelu alebo endotelu; pokles počtu buniek endotelu
► Dúhovka a vráskovec ► Trabeculum corneosclerale	• Atrofia a depigmentácia • Iridoschisis • Flocculae iridis • Zhrubnutie trámčov trabeculum cornesclerale (s následnou tendenciou zvýšenia vnútroočného tlaku)
► Zrenica	• Tendencia k mióze a pomalšia fotoreakcia
► Šošovka	• Redukcia elasticity, priehľadnosti so žltavým sfarbením jadra (fakoskleróza) • Zhrubnutie puzdra (s následnou zvýšenou absorpciou svetelných vln v modrej oblasti)
► Sklovec	• Zhrubnutie a degenerácia vlákien, odlúčenie zadnej sklovцovej membrány
► Sietnica a cievovka	• Fibróza stien ciev sietnice + cievovky – s variabilnými zmenami na cievach (ktoré môžu byť ešte reverzibilné): pomer A:V = 1:2 až 1:1, nepravidelnosti lumenov so zvýšením cievnych reflexov, aterosklerotické „štíty“, v miestach kríženia sa ciev môžu byť drobné krvácania (pretrombózy), strata reflexu makuly
► Zrakový nerv	• Možná zmena farby terča (so pseudo exkaváciou)

2. Vekom podmienené zmeny prednej uvey sú relatívne nezávislé od zmien ďalších tkanivových štruktúr oka. Ide o zhrubnutie väzivových obalov ciev a sklerózy – tieto cievne zmeny nie sú v súlade s analogickými zmenami v celom organizme (Oláh, 2009). Na dúhovke sa môže objaviť atrofia stromy s čiastočnou depigmentáciou (zistená až u 77 % osôb v 5. dekáde života) a sploštením krýpt. Následkom atrofie tkanivových štruktúr dúhovky sa cievy stávajú viditeľnejšie (Naumann a Apple, 1980). Vekom dochádza aj k atrofickým zmenám vráskovca (Duke-Elder, 1962). Prvé klinické príznaky „involučnej dystrofie“ ciliárnych výbežkov zistili

Bočkareva a spol. (1976) pri autopsii v skupine 147 očí histologicky vyšetrených očí už okolo 40. roku, v skupine 50 – 60-ročných sa vyskytovali u 30 % a po 70. roku v každom prípade. Zistili tiež, že vlákna závesného zonulárneho aparátu šošovky strácajú v priebehu starnutia pružnosť a že existuje priama korelačná súvislosť medzi stupňom atrofie dúhovky a pružnosťou zonúl. Vekom podmienené zmeny prednej uvey podľa Nesterova (1976) úzko súvisia s rozvojom primárneho glaukómu.

3. Šošovka rastie apozíciou nových vlákien celý život. Tým postupne rastie aj jej rozmer (Naumann a Apple, 1980). Prvou zmenou podľa týchto autorov je zhrubnutie puzdra šošovky a degenerácia závesného aparátu. Podľa Janoffa a Dukera (1999) klesá priepustnosť pre svetelné (a ultrafialové) lúče oproti 80 – 90 % vo veku približne 8 rokov na 30 – 60 % po 54. roku života. Strata tekutín v šošovke má za následok zvýšenie obsahu nerozpustných látok v nej, čo sa prejaví poklesom až nakoniec stratou jej elasticity a poklesom plasticity (aj znížením akomodačnej šírky). Biomikroskopom sú výraznejšie viditeľné Y-ové švy v prednej a zadnej časti jadra, ako aj na rozhraní jadra a kôry šošovky. Niekedy sa môže už v strednom veku (najčastejšie medzi 50. až 55. rokom života) v šošovke objaviť tzv. *presenilná katarata*. Podľa literatúry tvorí asi 6 – 9 % operovaných. Lokalizovaná je skôr v zadnom kortexe, ale vyskytuje sa aj v jadre. Častejšia je u žien (dáva sa do súvislosti s klimaktériom) a často je jednostranná. V súčasnosti sa začiatok senilnej katarakty všeobecne presúva bližšie k strednému veku.

b) Zmeny zistené v zadnom segmente očnej gule

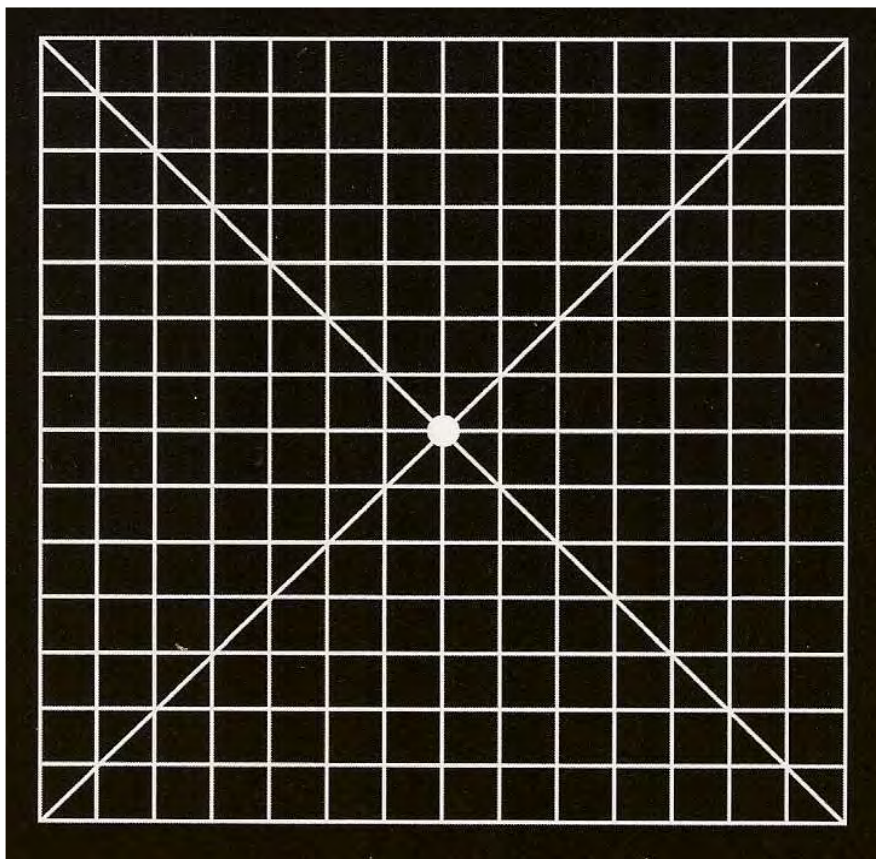
1. V rámci vekom podmienených zmien dochádza v sklovci podľa Godera (1985) k „syneréze“ (k premiešaniu skvapalnenej a gélovej fázy), čo spôsobuje zhrubnutie a zvýraznenie vlákien. V oblasti bázy sa vytvára vrstvomitá pseudo hyaloidná membrána a gél sklovca tyndalizuje. Zadná membrána sklovca sa často oddeľuje od povrchu sietnice (od *lamina limitans interna*). Táto zmena sa diagnostikuje u viac ako 50 % ľudí nad 60 rokov. Zvyčajne sa to zistí náhodne pri vyšetrení očného pozadia. Následkom metabolických zmien, podmienených sklerózou ciev vráskovca, sa v sklovci postupne objavujú (skôr v jeho centrálnej časti) aj rôzne veľké zvyčajne bodkovité ale aj formované pruhovité zákaly – *opacity*. Pacienti ich vnímajú ako rušivé vnemy „pavučiny“, „sadzí“ „lietajúcich mušiek“ a pod. Ojedinele sa v sklovci počas starnutia môžu vyskytnúť aj dutiny.

2. Gerontologické (involučné) zmeny sa objavujú aj na sietnici. Jej farba v rámci involučných zmien je celkove bledšia, má akoby „suchší“ vzhľad. Zisťujú sa atroficko-degeneratívne zmeny s dysgrupáciou pigmentu. Pribúdanie pigmentu z choroidey dáva podklad pre obraz „*fundus tabulatus*“ (Alm, 1992). V strednom veku sa môžu objaviť na periférii sietnice aj drobné cysty (Blessigové-Ivanovové cysty) a trhliny, ktoré Sautter (1964) označuje ako „včasné arterio-sklerotické“ symptómy. Vyskytujú sa spolu so zmenami sklovca a šošovky. Vekom podmienené zmeny ciev sietnice sa podľa Michaelsona (1980) do piatej dekády nevyskytujú. Výraznejšie sa objavujú okolo 60. roku a majú charakter tzv. angiopatie (sú to zmeny ešte reverzibilné).

Ako každý cievny systém, aj cievy sietnice podliehajú senilnej involúcii. Rintelen (1969) uvádza, že vekom podmienené zmeny ciev očného pozadia sa prejavujú miznutím kapilár. Šerševskaja a kol. (1970) zdôrazňujú, že vekom podmienené involučné zmeny ciev sietnice nie je možné rozlíšiť od atero- a arteriosklerotických. Na cievnych kmeňoch na očnom pozadí sa ako prvé známky zmien v zmysle „senilnej angiofibrózy“ prejavujú na rovnakom priebehu arteriol, ktoré sú tenšie, cievne reflexy sú živšie, pri rozvetveniach sú už tupšie uhly. Na miestach kríženia ciev vlny už nepresvitajú cez zhrubnutejšie, fibrotické steny arteriol. Arterioly ešte nevykazujú výrazné zmeny lumenov, ale následkom zhrubnutia stien môžu mať oproti fyziologickému pomeru $A : V = 2 : 3$ väčší priemer ($A : V = 2 : 2$ až $2,5$). Podľa Rintelena (1969) sa nález na cievach očného pozadia nezávisí od súčasného rozvoja vekom podmienených

zmien v ostatných tkanivových štruktúrach oka. Fanta (1983) zdôrazňuje, že celkom iné sú artério-skleroticky zmenené cievy očného pozadia u 60-ročného pacienta ako u 50-ročného a mladšieho. Nie každý negatívny nález zodpovedá zmenám krvného obehu v mozgu a inde (a naopak).

Zvláštne miesto v rámci funkčných a morfológických zmien tvorí oblasť žltej škvrny, ktorá nemá zaistenú výživu z okruhu a + v centralis retinae ale z choroidey. Preto sa zmeny hemato-okulárnej bariéry na úrovni Bruchovej membrány a kapilár choroidey a pigmentového listu sietnice môžu manifestovať v oblasti zadného pólu, resp. žltej škvrny sietnice. Spočiatku sa subjektívne zistí len mierny pokles centrálnej ostrosti zraku a ev. aj metamorfopsie. Na sietnici sa v centrálnej oblasti zistí bradavičnosť, tzv. „drúzy“ a zníženie až vymiznutie reflexu makuly. Stav má progresívnu tendenciu a neskôr postupne prechádza vo výrazne patologické zmeny, v tzv.: „vekom podmienenú degeneráciu makuly (VPDM)“. Vyskytuje sa v tzv. „suchej forme“ (častejšie), resp. zriedkavejšej tzv. „vlhkej forme“ spojenej s novotvorbou ciev. Na zistenie funkcie makulárnej oblasti možno použiť tzv. Amslerovu mriežku (**obr. 1**) – zistením deformácií súradníc na mriežke. Pacient môže test kontrolovať aj sám, napr. na štvorčekovom papieri. Stav vyžaduje odbornú starostlivosť.



Obr. 1. Amslerova mriežka.

3. Na terci zrkovového nervu sa oftalmoskopicky viditeľné výraznejšie zmeny neobjavia, možná je mierna zmena farby terča (so pseudo exkaváciou), Vrabec (1997).

ZÁVER

Príspevok umožní záujemcom spresniť poznatky spojené s prejavmi fyziologického procesu starnutia tkanivových štruktúr očnej gule a pomocných orgánov oka. Sú to prejavy prirodzenej involúcie orgánu zraku, nepodmienené rozvojom chorobných súvislostí. Túto skutočnosť by mal každý lekár v ambulantnej praxi vždy brať do úvahy pri hodnotení subjektívnych pocitov a ťažkostí starších pacientov.

LITERATÚRA

1. Abrahamson IA.: Eye Changes after Forty. A. Farm. Phys., 1984, Vol.29, No4, s.171– 181.
2. Alm A.: Ocular circulation. Kapit. 6, s. 198 – 227. V publ.: Adler's Physiology of the Eye. Edit. Hart WM. Mosby Year Book, St. Louis-Baltimore-Boston-Chicago-London-Philadelphia-Sydney-Toronto, 1992, 888 s.
3. Bočkareva AA., Sutjagina OV., Boldyreva LA., Bastrikov IL.: Involjucionnyje izmenenija v struk-turach, obrazujuščich zadnuju kameru, ich roľ v vznikanii patologičeskich processov. Str. 11 – 12. V publ.: Trutneva a kol.: Starenie i glaz. MNII glaznyh boleznej im. Geľmgoľca. Moskva, 1976. 114 s.
4. Busse H., Meyer-Rüsenberg W.: Trockeneye. S. 62 – 68. V publ.: Lund OE., Waubke TN.: Neurengungen in der ophthalmologischen Diagnose und Therapie. Bücherei des Augenarztes, Band 11. Enke Verlag, Stuttgart, 1988, 217 s.
5. Doležalová V., Červená Z., Prokopová L.: K otázce geriatric v československé oftalmologii. Čs. oftal. 1976, Vol.32, No1, s. 59 – 63.
6. Duke-Elder S.: System of Ophthalmology, Vol. VII. The foundation of ophthalmology. St. Louis, 1962, 980 s.
7. Fanta H.: Augen-Erkrankungen. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore. 1983, 209 s.
8. Furdová A., Oláh Z.: Nádory oka a okolitých štruktúr. CERM, Brno, 2010, 151 s. ISBN 978-86-7204-689-8.
8. Goder G (1985): Grundriss der Ophthalmopathologie. S. 93 – 689. V publ: Velhagen K., Rahi AHS., Goder GJ.: Der Augenarzt, Band X. 2. ergänzte und überarbeitete Auflage. G.Thieme, Leipzig, 1985, 740 s.
9. Janoff M., Duker JS.: Ophthalmology. Version 1. Mosby Co., London-Philadelphia-St.Louis-Sydney-Tokyo. 1999, CD-ROM.
10. Krejčí L.: Rohovkový epitel a oční léky. Avicenum, Praha, 1973, 136 s.
11. Michaelson IC.: Textbook of the Fundus of the Eye. 3rd Edit. Churchill Livingstone, Edinburgh-London-Melbourne-N.York, 1980, 910 s.
12. Naumann GOH., Apple DJ.: Pathology of the Eye. Springer-Verlag, N.York-Berlin-Heidelberg-Tokyo. 1986, 998 s.
13. Nesterov AP.: Geriatriceskije aspekty v etiologii pervičnoj glaukomy. S. 89 – 89. V publ.: Trutneva a kol.: Starenie i glaz. MNII glaznyh boleznej im. Geľmgoľca. Moskva, 1976. 114 s.
14. Oláh Z., Černák A., Dóci J., Gerinec A., †Ševčík J.: Očné lékařstvo. Učebnica pre lékař-ske fakulty. Osveta, Martin 1998, 256 s. ISBN 80-88824-74-5.
15. Oláh, Z.: Starnutie a oko. OG-Vydavateľstvo Poľana, Bratislava, 2004, 128 s. ISBN: 80-89192-05X.
16. Oláh Z.: Vademecum oftalmologie. OG-Vydavateľstvo Poľana, Bratislava, 2009, 182 s. ISBN 978-80-8116-007-3.
17. Pacovský V., Heřmanová H.: Gerontologie, Praha, Avicenum, 1981, 298 s.

18. Rintelen F.: Augenheilkunde. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis. 2. neubearbeitete Auflage. S. Karger, Basel-N.York, 1969, 398 s.
19. Sachsenweger R.: Altern und Auge. Thieme Verlag, Leipzig, 1971, 407 s.
20. Šerševskaja, OI., Starkov, GL., Šerševskaja, SF.: Starenije glaza. Medicina, Moskva, 1970, 148 s.
21. Vrabec F.: Age Changes of the Human Optic Nerve Head. A Neurohistologic Study. Graefe's Arch. klin. exp. Ophthal. 1977, Vol.202, s. 231 – 236.

Kontaktná adresa:

Prof. MUDr. Zoltán Oláh, DrSc., Emeritný profesor, Klinika oftalmológie LF UK v Bratislave.
Ružinovská 6, 826 06 BRATISLAVA, SR. E-mail: olahzoltan@gmail.com
Mobil: 0907 169 367

**THE IMPORTANCE AND PURPOSE OF CASE CONFERENCE
IN THE CARE OF ENDANGERED FAMILIES**

**VÝZNAM A CÍL PŘÍPADOVÉ KONFERENCE V OBLASTI
PÉČE O OHROŽENÉ RODINY**

Martin Karas

Abstrakt

Sanace rodiny je soubor činností, jenž nám umožňují úspěšně a systematicky pracovat s ohroženou rodinou a dítětem. Jedním ze základních znaků sanace je uskutečňovat případové konference. Jedná se o společné setkávání pomáhajících pracovníků, kteří hledají a navrhuji společně s rodinou optimální řešení konkrétní situace. Naším cílem je zajistit objektivní posouzení rodinné situace z různých úhlů pohledu. Jde o stanovení reálného cíle a dalších dílčích cílů, ke kterému by spolupráce s rodinou měla vést. Výstupem těchto setkávání se tvorba individuálního plánu rodiny. Plánování je zaměřeno především na přesné pojmenování problému, zahrnuje též jednotlivé postupy a principy pomoci včetně hodnocení a závěru. Realizace případových konferencí má v péči o ohrožené rodiny své nezastupitelné místo. Praxe a zkušenosti nám jasně ukazují, že systematické působení prostřednictvím spolupráce nejrozličnějších institucí a organizačních mění poměry v rodině. Podpora a nalézání nových podpůrných služeb vede k odstraňování potíží.

Jedním z cílů, kterým se zabývám ve své disertační práci s názvem „Význam dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny a pomáhajících profesí v procesu sanace“, je provádění rozboru dílčích individuálních plánů péče s identifikací jednotlivých složek sanace rodiny. Realizace případových konferencí je jeden z prvků, jenž se významně podílí na aktivním zapojení rodiče do řešení problému. Na základě rozboru individuálních plánů by bylo možné navrhnout jistá východiska, jenž by mohla v některých případech proces sanace značně urychlit. Disertační práce se v současné době nachází ve fázi vstupního pilotního výzkumu. Již byla provedena podrobná rodinná anamnéza začleněných rodin. Byly vyspecifikovány základní sledované kategorie s roztríděním do dílčích podskupin. K jednotlivými podskupinám byl vypracován rejstřík poznatků, který byl těmto respondentům předán k vyplnění. Na základě získaných informací bude probíhat rozbor individuálních plánů podpory těch rodin, jenž byly do

procesu sanace začleněny. Na základě získaných dat bude poté prováděno vlastní šetření se zaměřením především na skladbu individuálních plánů. Dále budeme zjišťovat příčiny úspěšného případně neúspěšného procesu sanace.

Klíčová slova: *Sanace, ohrožená rodina, ohrožené dítě, případová konference, plánování práce s rodinou, sociální práce s rodinou, individuální plán péče.*

Abstract

Remediation of the family is a set of activities that allow us to successfully and systematically working with vulnerable families and children. One of the essential characteristics remediation is to conduct case conferences. It is a joint meeting of assisting workers who are looking for a designer with his family optimal solution specific situation. Our goal is to provide an objective assessment of the family situation from different angles. It is the determination of the real targets and other milestones which would be working with the family to lead. The outcome of these meetings, the creation of an individual plan for the family. Planning is focused primarily on the accurate description of the problem, also includes various procedures and principles of assistance, including a conclusion. Implementation of case conferences in the care of vulnerable families irreplaceable. Practice and experience has clearly shown that systematic effects through cooperation of various institutions and organizations changing conditions in the family. Support and finding new support services leads to troubleshooting. Implementation of case conferences in the care of vulnerable families an important role. Practice and experience has clearly shown that systematic effects through cooperation of various institutions and organizations changing conditions in the family. Support and finding new support services leads to troubleshooting.

One of the goals that I make in my PhD thesis entitled "Understanding children's center affecting the active involvement of families and the helping professions in the process of remediation" is the performance analysis of partial individual plans of care with the identification of individual components dealing with family. Implementation of case conferences is one of the factors that contributes significantly to the active involvement of parents in problem solving. Based on the analysis of individual plans would be possible to design a background, which in some cases considerably speed up the rehabilitation process. The dissertation is currently in the phase of the input pilot research. Already been carried out detailed family history included families. Were observed to specified basic categories of being sorted into sub-subgroups. The individual subgroups was prepared Index knowledge that these respondents were handed over to fill. Based on information gathered will be analyzed individual plans to support those families who were in the process of redevelopment included. Based on the data obtained will then be conducted its own investigation, focusing primarily on the composition of individual plans. Next, we will examine the causes of successful eventually unsuccessful remediation process.

Keywords: *Improvement, endangered family, endangered child, case conference, planning work with the family, family social work, individual care plan.*

INTRODUCTION

Over the past year, the Czech Republic was criticized the European Union for a large number of children being placed in an institution. With several years of experience you still dare to say that the system care for endangered children and their families in our country is very good.

In the area of social services, over the last few years, significant discoveries and positive shifts in the different approaches, processes and methods of work. Is no different in the social - legal protection of children. If we were to summarize the period the most significant changes in the care of endangered children and parents can confidently say that this is undoubtedly the last five years. More likely to practice entering a new modern trends in social work. Began to work intensively with the family in its natural environment. When you work with your child to enjoy a variety of new investigative and observational methods. It puts more emphasis on the child's return back to the biological family.

One of the most successful modern means of social work with families is just preparation and implementation of case conferences to contribute not only to parents but also to the whole team multidisciplinární integrated into the support and help the family. (Bechyňová V., Konvičková, M., 2011)

By selecting this topic, I would like to draw attention to the functioning help and support to endangered families by helping institutions. I would suggest that insufficient and unsystematic family support may be causing unnecessary delays to return the child back into the care of the family. The purpose of the paper is to clearly describe the meaning and purpose of case conferences.

Whether in an infant home, children's home within three years (family type) or institution for children requiring immediate assistance (children's center).

With regards to needs of children's protection and safety, there are also cases when it is necessary to remove children from their families and place them temporarily in some of available type of institutional care within the Czech Republic.

The primary consideration in care for endangered child is directed attention to the needs and interests of the child. In the context of fulfilling the basic obligations of the institution, which lead to the placement of the child back to the family, needs to establish a timely and very close cooperation with the family.

Systematic effects can influence attitude change parents not only to the child but also for himself. Early and ongoing of cooperation with the family an opportunity to solve many problems. Improvement of the family life is one of the ways you can achieve this success.

1. IMPROVEMENT OF FAMILY LIFE

Improvement of the family life is a set of activities, which allow to prevent, lessen or eliminate the causes of endangered families. One of the main factors is a multidisciplinary support, assistance and cooperation. To help families at risk is therefore involved in several folders at the same time. These are not mutually overlap one another are completely dependent. (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011)

Improvement of the family life was Matousek (2003) defined as the practice of social work, which supports family functioning to prevent exclusion of a family member due to the fact that someone threatens or that is itself another family threatened. It also states that remediation has wide scope. Cooperation with the family may take the form of how aid and therapy. It can also be a form of service that is provided to the family.

2. PLANNING WORK WITH THE CHILD AND FAMILY

At each decision on the fate of the child is necessary to plan additional procedures that will respect the rights and needs of biological parents. For children in foster families or institutional facilities should be routinely investigate their situation and the results continuously

adjust the individual plan of social-legal protection of children. (Matoušek O., Pazlarová, H., 2010)

When the family is unable to care for the child, it is necessary to support it. If this effort does not bring the desired results, you need a child as quickly as possible to enable the transition to a different family, and if another family, to maintain its contact with the family. Education in the institutional environment should be the last resort and for the shortest period of time. Neither the system nor the Institute can never replace family. (Matoušek O., Pazlarová, H., 2010)

From experience it is evident that other than the family environment which has temporarily replace biological family, is in many cases a child really undesirable. Of course, every family situation is somehow unique and therefore it is necessary in cooperation with other experts consistently evaluate individual cases. Increasingly, there are situations where an institution designed just for children (with the mandate of socio-legal protection of children) can provide large quantities of specific services not only the child, but also his family. It follows that these institutions can be a child and his family much more beneficial than a form of foster care. Very often they have the opportunity to adapt to the current situation and prepare specific services according to the needs of the family. Support includes the provision of residential services for parents with the child. It is a form of job training services.

It is important to realize that when a poor assessment of an individual plan for families at risk, we poor placement of a child in a foster family environment threaten they just foster parents, who face an endless pressure from the biological parents. Assessing risk families and drawing up an individual plan is a very responsible job, we should not underestimate the least important factor. Assessment of the family situation should in particular respect to the needs and views of parents and child. Based on many years of experience would therefore argue that institutional facilities are in the care for endangered children important place.

The recommended planning principles

Among the principles of planning is clearly one active participation of the child and his relatives to the creation of the plan. Who is the loved one decides the child itself. Furthermore, it is the principle of co-operation on all those who can position the client or family affected with a clear definition of roles and responsibilities, principles support the positive potential of the child and the principle of effectiveness. The plan is set up so that we can continuously monitor the performance of individual goals. The objectives are reviewed and changed according to current needs and situation. The last principle is planning to use unprofessional language. The plan is formulated comprehensible to all, including parents and children. (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010)

Procedure for planning work with clients using external resources

When planning using external power supply is needed to identify the appropriate client, determining the client's needs, schedule a service or treatment, and recommendations for adequate resources. Further monitoring of the case, providing feedback about what services are provided and used. (Rose, S., M., Moore, V., L., 1995)

Planning is focused on problem determination, problem description of the client's position, identification of the persons participating in the problem. Furthermore, to describe the role of these people in troubled system, determination of working hypotheses about the causes of the problem, describe the environment in which the problem behavior occurs. Planning includes a description of when the problem behavior occurs, the frequency of problem behavior, its intensity and duration, and the development of problem behavior since the first occurrence. It is necessary to take into account an overview of the client's needs in the present, the number of potential client attempts to solve the problem and skills necessary to the client's problem solving.

Planning also involves all the expected resources needed to solve the problem, a description of the resources available to the client and the proposed process solutions including specified the people who are involved in problem solving. (Zastrow, Ch, 1995)

3. CASE AND FAMILY CONFERENCE

The origin of the family or case conferences, which are a specific method of evaluation and planning elements are enshrined in legislation in New Zealand in 1989 (Children, Young Persons and Their Family Act, 1989). Family conferences are based on the cultural traditions of the Maori, the indigenous people of New Zealand who are in emergency situations of individuals and the nuclear family has always involved a wide relatives. Family conference rather quickly began to be used for working with families and report on this method soon spread. It is also used in dealing with juvenile offenses.

Case work is a process that involves four phases. Social studies, examination, intervention and termination. The phases may occur simultaneously, each cut. Yet each is typical in some aspect. (Havrdová, Z., 1995)

To create a good relationship with the client, but also for the entire process of case work is important to master the art of conversation. It's about people communicating to one another to understand, accept and support each other, provide feedback, advice or inspiration. In case the work has come to formulate what the client not only needs, but what able and willing to accept. (Sheafor, B. W., Horejsi CH. R., Horejsi, G. A., 1988)

Other techniques, proven in interviews with clients, the recapitulation, anchoring and evaluation. Between the beginning and the end of the interview is defined by communication area. It has to be large enough to make it feel free to participants, but not so large that it lost. (Knoppová, D., 1997)

The importance of case conferences

Case conferences are one of the primary methods of remediation. This is a joint meeting of assisting workers who seek and propose optimal solutions to the specific situation of vulnerable families or child. It is a planned and coordinated multidisciplinary meeting professionals who work with vulnerable child and family work in everyday practice. Implement and record for a family support network services. (Bechyňová, V., Konvičková M., 2011)

Objective case conferences

A case conference is to provide an objective assessment of the family situation from different angles. Furthermore, goal setting, which results in helping families and their possible reassessment. Determination of milestones and real steps in a specific timeframe. Determination of the partial responsibility of stakeholders, including the coordination of multidisciplinary co-operation with the family. The outcome of the case conference and also the syllabus for further collaboration is an individual plan for rehabilitation of the family, which includes specific changes in the situation of the family and the child. In addition, specific operating points and action by all concerned, time period, how, when and by whom will gather feedback on its implementation, etc. (Bechyňová, V., M. Konvičková, 2011)

Individual families redevelopment plan will be successful if it is based on the needs of the family and, if formed under her active participation. The plan must be realistic and must place reasonable demands on the family. Much depends on the planned aid was actually implemented. (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010)

4. RESEARCH GOALS

The aim of my research is the analysis of partial implementation of individual plans helping families that were created during case conferences. It is conducted to identify the individual components involved in helping and supporting families. The main objective of the analysis is to determine whether the process was successful or unsuccessful remediation. Consequently, the reasons obstructing the process of rehabilitation, and how they affect case conferences active involvement of families in collaboration with multidisciplinary support. Based on these findings identify the cause (aspects), in what way the existing multidisciplinary assistance helps and what prevents the return of the child back to the biological family.

5. THE RESEARCH PROJECT

The important role of children's centers is drawing up an individual plan of support and assistance based on family and social history, which is decisive for the other components of the rehabilitation team and the entire course of rehabilitation.

Remediation at the facility then understand ongoing multidisciplinary collaboration involved institutions that systematically cooperate with the family, which positively affects the family and social circumstances and attitudes. For the purpose of the research is in the children's rehabilitation center completed successfully release the child into the family environment.

In my work, I watch what prevents their parents to pay attention to the problem. Whether it's lack of interest in child care, poor lifestyle, lack of motivation, uncritical view of the situation, lower intellect, little attention with regard to the seriousness of the situation, inadequate needs and wishes, the transmission of bad behavior and bad habits from childhood. In practice, it seems like a very important component of the assistance extended family participation.

Custom research is divided into several phases. First was conducted literature searches. It is made up of families with a detailed family history. Following the creation of two basic categories of components monitored directly involved in the rehabilitation of the family. The first category is ***the family***, the second category of ***institutional care***. (author's note: institutional care include any components of multidisciplinary assistance).

The two main categories are sub-divided into separate subgroups. These are ingredients which are directly involved in the rehabilitation of the family.

For the first category of ***"family"*** is a subgroup:

- a) mother,
- b) the child,
- c) the father,
- d) extended family (grandparents, aunt, sister, etc.).

For the second category of ***"institutional care"*** is a subgroup:

- a) Children's Centre,
- b) OSPOD,
- c) medical care (pediatrician, neurologist, psychologist, psychiatrist, physiotherapist, etc.)
- d) social services (crisis center, educational and institutional facilities, medical facilities, social services, etc.)
- e) other (court, lawyer, etc.)

For each component is developed index subgroup findings. Index of knowledge involves key issues on which I realize what actually fundamentally affect the progress and implementation of multidisciplinary support families, as well as the attitudes, opinions and perceptions prevent that entity to pay sufficient attention to the problem. This register is submitted to fill all interested parties remediation process.

Further analysis is conducted individual plans to support those families who were at the time the action centers included in the redevelopment process. Private investigation is focused mainly on the composition of individual plans. Individual plans are subjected to detailed analysis by pre-identical criteria.

The challenge is to identify the reasons for which have been or are being incorporated into the family of this process. An important task of analyzing individual plans is to identify what components of multidisciplinary assistance (in what order, and their interactions, etc.) have been or are being incorporated into the case. Getting individual duration of the restructuring process, the impact on the behavior and actions of parents are compared to common features of individual cases, etc.

The main objective of the analysis is finding success eventually failure of the restructuring process, the reasons sufficient cooperation of the family, little cooperation zainteresovaných services.

The main objective of the analysis is to determine the success of failure of the process of remediation where appropriate, the reasons for the inclusion of families in the rehabilitation process, which is a collaboration cooperation of the family, which is a collaboration of institutions.

The next stage is carried out its own investigation focused primarily on the composition of individual plans. Analysis of the plans shall identify the reasons for which are or have been integrated into the family of the restructuring process. Furthermore, the common features of individual cases, individual components of the rehabilitation team directly involved in a particular case. An equally important aspect is to follow the order in which experts were in the process of integrating how to interact, individual duration of rehabilitation, direct effect on the behavior and actions of their parents. They monitored the causes of success or unsuccessfully completed clean.

The main aim of the dissertation is to capture the moment at which stage of the restructuring process is the active involvement of the family. Close monitoring, we conclude that the moment when parents are actively involved may be recognized if themselves spontaneously at least at least three times during the six weeks of visits the OSPOD with a specific theme and aim of further help and support.

In the third phase of the research, based on the above findings can be tracked families sort into prepared categories according to actual remediation process, and propose possible solutions to individual plan of support and care that the newly arrived families throughout the course of rehabilitation considerably accelerated.

In the context of the thesis is used quantitative data collection - Secondary data analysis. To collect data for me to start from the available medical documentation (from health facilities), social documentation (provided by the social-legal protection of children), psychological reports and expert opinions and other documentation, which is managed and archived in the Children's Centre. Other sources of data are also interviews with families, which at the time of research actively worked or are working. Furthermore, interviews with the families that have already taken place in the past, rehabilitation and were willing to give this interview. Categorized data will then be entered into SPSS and subjected to statistical tests (T-test, correlation and bivariate analysis, etc.).

The target set its own research are those families whose children were in the period since 2006 (this year created the Children's Centre South Bohemia, in Strakonice, o.p.s.) are placed in the above device and then returned after a successful rehabilitation back into the custody of their parents.

It is about 150 children, whose documentation is subject to the above analysis (this is about half the clientele for the existence of the Children's Centre). Based on lessons learned, I would like to achieve that was provided to parents timely, adequate, consistent and effective support that will benefit especially for children who are without undue delay return back to the care of their biological parents.

CONCLUSION

Successful assistance and support for families at risk is influenced by many factors. And both the family and the body of the device and providing social and legal protection of children, or other interested institutions and experts.

After many years of experience in the care of vulnerable families must necessarily mention the fact that the voluntary cooperation of parents and engaged in the process of rehabilitation is fundamentally conditioned by the support of the helping professions to maintaining mutual family relationships (parent-child).

The child at this stage of the process becomes a kind of "tool" to motivate parents.

In a number of cases seen in general practice with the fact that only after the removal of a child from a family with its temporary location to a facility for children requiring immediate assistance or other educational environment, there is activation of parents. Only then will materially deal with what for many months did not or would not pay attention. During this time, relying on the help of others permanent.

Above all, we are talking about cooperation between social workers of municipal authorities

However, experience has confirmed that it is in all circumstances potřeba parents to demonstrate good will motivate them that what they are doing is to successfully return a child back to their care.

With regard to the basis of personal experience, it is necessary to comprehensively monitor the attitudes, perceptions, beliefs, prejudices and interests of preventing those bodies to pay due attention to the real problem. In sub-entities can be a whole range of obstacles.

Whether it is a lack of interest, for example, to care for the child, different lifestyles, lack of motivation, biased view of the situation, lower intellectual abilities of caregivers (parents), lack of attention given to the problem of personal inadequacy needs of non-cooperation, lack of follow-up support services, lack of collaboration between entities disinterest participation of the extended family, poor work organization, poor choice of workflows condemnation parents after previous experience, inadequate individual plans, ignorance of family situation, etc. Reliable verification of these conjectures is the subject of my dissertation research. I consider it desirable to purposefully targeted and systematically unified system of care for vulnerable families with sufficient supporting services. Based on These Findings, I will identify the Reasons (ASPECTS), in what way the existing multidisciplinary assistance helps and what Prevents the return of the child back to the biological family.

LITERATURE USED / Použitá literatura:

BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ M., *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.

- BURFORD, G., HUDSON, J., *Family Group Conferencing. New Direction in Community-Centered Child and Family Practice*. Aldine de Gruyter, New York, 2000.
- BITTNER, P., *Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje*. Nevydáno. Amalthea o.s. 2009.
- HAVRDOVÁ, Z., NOVÁKOVÁ, Z., *Učební texty pro studenty sociální práce FF UK v Praze*. Karolinum, Praha.
- KNOPPOVÁ, D., *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997. 303 s.
- MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., *Hodnocení ohroženého dítěte a jeho rodiny*. Praha: Portál, 2010. 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8.
- ROSE, S., M., MOORE, V., L., *Case Management*. In: *Encyclopedia of Social Work*. Ed. R. L. Edwards, 19. Ed. NAWA Press, Washington.
- SHEAFOR, B., W., HOREJSI, CH., R., HOREJSI, G., A., *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Allyn and Bacon, Inc., 1998. Newton, Massachusetts.
- ZASTROW, CH., *The Practice of Social Work*. Brooks/Cole Publ. Co., 1995. Pacific Grove.

Contact to the author:

Mgr. Martin Karas, externí pracovník: Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, Katedra sociální práce.

Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s., Radomyšlská 336, 386 29 Strakonice,

e-mail: martin.karas.strakonice@seznam.cz,

Adresa autora: 386 01 Strakonice, Mlýnská 1078, tel. 728 199 420.

* * * * *

VYBRANÉ FUNKCIE PUBLIC RELATIONS INŠTITÚCIÍ SOCIÁLNEJ POMOCI

PUBLICRELATIONS OF SOCIAL ASSISTANCE INSTITUTIONS

Michał Szyszka, Łukasz Tomczyk

Vysoká škola administratívy - Wyższa Szkoła Administracji v Bielsku-Białej, Polska

Abstrakt

Komunikácia je v súčasnosti kľúčovým aspektom fungovania mnohých inštitúcií. Na funkčnej komunikácii záležienien korporáciám, ale stále častejšie aj samosprávam, regiónom a aj verejnoprospesným inštitúciám. K tejto tendencii sa pripájajú činnosti v oblasti public relations pomocných inštitúcií a sociálnej integrácie. Potrebu takýchto činností pociťujú stále častejšie nielen vo veľkých mestských jednotkách, ale aj v menších, ktoré disponujú skromnejšími zdrojmi a možnosťami. Článok pojednáva o najtypickejších chápaniach pojmu a modeloch praxe publicrelations používaných v inštitúciách sociálnej pomoci a integrácie. Poukazuje na komplexné chápanie termínu a praxe public relations ako funkcie managementu inštitúcie akcentujúcej aspekty komunikácie a nadväzovania aj udržovania dobrých vzťahov s inštitucionálnym a sociálnym prostredím.

Kľúčové slova: *publicrelations sociálnej pomoci, činnosť pomocných inštitúcií a sociálnej integrácie, spolupráca medzi inštitúciami,*

Abstract

Today, communication is the key aspect for functioning of many institutions. Efficient communication becomes a matter of concern for corporations, local authorities, regions and public benefit institutions. Public relations activities of social assistance and integration institutions tie in with this trend. The need for such activities is ever more recognized: not only in large, urban units but also in those smaller ones that have more limited resources and possibilities at their disposal. The paper describes the most typical understanding of the concepts and models of public relations practice, that are applied in social integration and assistance institutions. It also points out to the comprehensive understanding of the term and practice of PR as a function of institution management, the approach that highlights communication aspects as well as initiating and maintaining good relations with institutional and social environment.

Keywords *public relations welfareinstitutions, functioning of welfare institutions, institutional cooperation*

ÚVOD

Do 90-tych rokov dvadsiateho storočia sa o *public relations* v súvislosti s obrazom inštitúcií sociálnej práce takmer nehovorilo. Akcent sa kládol na poskytovanie rôznych foriem starostlivosti a pomoci [1]. V Poľsku, pred zmenou zriadenia v roku 1989, boli otázky *public relations* v oblasti sociálnej pomoci *terra incognita*, ale ani po prelome nebol reflektovaný význam vhodnej informačnej politiky a propagácie činnosti, praxe alebo účinných sociálnych programov. Nebol dostatočne oceňovaný význam propagácie ani úsilie o pozitívny obraz organizácie, lebo jednoducho chýbal čas, nástroje a zdroje. V súčasnosti význam týchto oblastí rastie; stále častejšie ich oceňujú pomocné útvary, čo má súvislosť so zvláštnymi okolnosťami: politikou služieb a rastúcou konkurenciou v snahe získať prostriedky na realizáciu úloh sociálnej pomoci a integrácie. Zatiaľčo verejné vzťahy sú dávno rozvíjané mimovládnyimi organizáciami, ktoré sa musia stále uchádzať o finančné prostriedky, pre pomocné jednotky prvého sektora je mediálna komunikácia chápaná veľmi často ako priestor síce dôležitý ale neznámy, dokonca cudzí [2].

Na otázky *public relations* v oblasti sociálnej pomoci v Poľsku ako prví upozornili autori štúdií z oblasti riadenia organizácie a managementu [3]. Súbežne, spolu s procesom profesionalizácie sociálnej práce, ale aj v kontexte jej inštitucionálnej dimenzie [4], sa stále viachovorilo o kultúre spolupráce, organizačnej kultúre, o dobrých vzťahoch s okolím a komunikácii s masmédiami, o spolupráci s cirkevnými a sociálnymi inštitúciami ap. [5] V posledných rokoch pozorujeme v Poľsku stále väčší záujem o predmetnú problematiku [6], jednak predovšetkým v kontexte kontaktov s médiami. Na jednej strane sme si uvedomili, že inštitúcie sociálnej pomoci sú v nich predstavené veľmi často nespravodlivo, nesolídne a nepriaznivo (čo je široko podmienené a príčin je mnoho, vrátane stereotypov). Na druhej strane oceňujeme prednosti vyplývajúce z dobrých vzťahov s novinármi, ako aj nutnosť propagovania činností a inštitúcií, v čom je pomoc médií neoceniteľná. Približujeme sa teda k vedomému profesionalizovanému prístupu ku komunikácii a *public relations*, hoci ešte nebol vytvorený spoľahlivý model *public relations* pomocnej branže.

Aké public relations?

Poukazujúc na potreby a výhody vyplývajúce zo zavádzania *public relations*, je potrebné opísať spôsoby chápania praxe, ktorá bývarôzne chápaná: z populárnych chápaní, medzi pracovníkmi inštitúcií sociálnej pomoci, fungujúcich, ale vzdialených od podstaty veci, vyplývalo a vyplýva mnoho nejasností; čím konkrétne sú *public relations*, aké sú ich ciele [7]. Často sa stretávame s verbalizovanou neochotou voči *public relations*, chybné chápaných ako činnosti obmedzujúce sa na reklamu alebo propagáciu alebo etických princípov zbaveného „zaklínania skutočnosti“ za účelom „kreovania pozitívneho image“ a „vybielenia“ osôb a inštitúcií napr. voči krízovým situáciám rôzneho druhu [8]. *Nomen omen* tá neochota je často odôvodnená, napriek tomu, že *public relations* nemajú nič spoločné s hore uvedenou praxou. Stáva sa, že sú obmedzované na takéto činnosti a z toho dôvodu funguje čierny stereotyp expert a *public relations*, stotožňovaného so spin-doktorom alebo odborníkom ma krízový management, špecializujúcim sa sociotechniky a manipuláciu.

Čo je správne chápané *public relations*? Jeden zo žartovných a učebnicových opisov, uvedený podľa Roberta Heilbroner'a hovorí, že je to „profesná solidarita stoviek tisícov špecialistov spojených spoločnou profesiou, ktorých spoločný problém spočíva v určení toho, čo je podstatou ich povolania“...[9]. Skutočne, *public relations* sú často etiketou podpisujúcou sa pod **množinu všetkých činností v prospech komunikácie, spolupráce s okolím, snahou získať verejnú mienku, image, propagáciou, vnímaním sociálnej recepcie inštitúcie a činnosťami, ktoré realizuje.** *De facto* funguje obrovský počet definícií, (čo neznamena, že existuje toľko škôl alebo metodických prístupov) [10], nie bez príčiny sa termín nedočkal, všeobecne uznaného, ani poľského ani slovenského ekvivalentu (hoci najviac adekvátny, ale súčasne široký, sa zdá byť termín *verejné vzťahy /relacje publiczne/* alebo *vzťahy s verejnosťou /relacje w sferze publicznej/*). Tento široký a interdisciplinárny pojem je ťažkéobsiahnuť v jednotnom rámci. *Publicrelations* obsahuje prvky managementu, komunikácie, filozofie, lingvistiky, ekonómie, a tiež sociológie a psychológie, vyžaduje spojenie vedy s praxou a umením. Ľahšie by bolo poukázať na podstatu *public relations* sociálnej pomoci a zovšeobecniť najužšie typické „skrátene“ praktiky implikované v rôznych verejných inštitúciách v Poľsku.

Media relations

Public relations súčastototožňované s "*media relations*" čiže súborom metód a techník kontaktov s novinármi; je možné ich zovšeobecniť ako „hodenie návnady“ ako aj príslušné reakcie keď „zavolajú médiá“ [11]. Taká asociácia vyplýva z častej praxe redukovať*public relations* na prácu tlačového hovorcu: poskytovanie rozhovorov, rozosielanie tlačových materiálov a pozvánok, publikovanie opráv, vysvetlení apod. Skutočne, kontakty s masmédiami plnia obrovskú rolu v štruktúre *public relations*. Profesionalizácia v tejto oblasti je určite dobrou tendenciou, zvlášť v situácii, v akej sa nachádza sociálna práca a sociálna pomoc, kde z jednej strany fungujú nepriaznivé mediálne stereotypy sociálnych inštitúcií a pracovníkov, ale z druhej strany chýbajú verejné znalosti o podstate a úlohe tejto dôležitej profesie.

Uvádžajúc tradične definované funkcie médií a novinárstva môžeme uviesť také aspekty ako dodávanie informácií, analýz, štatistík, vysvetľovanie javov, procesov, podporovanie verejného dialógu, debaty a diskusie [12]. Prax, zvlášť v kontexte tematiky sociálnej pomoci, prikazuje verifikovať tieto regularity. Uvedieme najdôležitejšie reflexie:

- médiá sú vo veľkej miere sú zamerané na senzácie, čo sa týka zvlášť bulvárnej tlače – a tak hľadajú senzácieaj v oblasti pôsobenia inštitúcií sociálnej pomoci,
- z tohto dôvodu nie sú nestranným informátorom,

- výrazná časť médií sa snaží skôr skracovať než prehĺbovať informácie a hľadá emócie, a nie solídnu, vážnu informáciu. Povrchné chápania dominujú nad vážnym chápaním tém, vysvetlením, analýzou či pokusom dosiahnuť podstatu problému,
- veľká časť novinárov a pracovníkov médií nepozná problematiku sociálnej práce a sociálnej pomoci. Žiaľ tento jav sa týkaaj veľkej časti novinárov z verejných inštitúcií.

Tieto otázky sa zdajú byť zvlášť dôležité v kontexte stereotypizácie sociálnej pomoci: často videnej ako poskytujúcej materiálnu pomoc a fungujúcu neefektívnym spôsobom namiesto adresnej a efektívnej sociálnej práce. Je treba však pamätať, rozumejúc názorovotvornú rolu a význam masmédií (vrátane ich všadeprítomnosti), že činnosti v prospech „dobrého mena“ je len časť *public relations* a mediálny image (napriek tomu, že je veľmi dôležitý) je len jednou z mnohých vrstiev verejného obrazu. Správne chápané *public relations* konštituuju media relations ako jednu z niekoľkých rovnorodých oblastí pôsobenia. *Public relations* nie je len „technika“ „príťahovania pozornosti médií“ alebo predstavovania inštitúcií v dobrom svetle.

Marketing, reklama, spinning

Public relations pomerne často, zvlášť v komerčných inštitúciách, sú stotožňované s marketingovými činnosťami ako jeden z inštrumentov podporujúcich reklamu, predaj, prítomnosť produktu alebo značky na trhu. Stretávame sa s opisom „médiá za darmo“ (voči reklame, pre ktorú je nutné kúpiť priestor/čas v médiách) [13] iné chápanie poukazuje, že tvorí prvok marketingovej kompozície, jedno z „P“ /*public relations*/ okrem Produktu, Miesta /Place/, Ceny /Price/ a Propagácie (marketing mix). *Public relations* okrem toho bývajú spojované s politickým marketingom ako činnosti majúcej posilniť popularitu alebo hodnotu politikov, strany, organizácie. Najmä v politickej marketingovej komunikácii v rámci propagačných aktivít sa upozorňuje napríklad na tzv. *Dark public relations* nekontrolovateľných zásahov do verejných prezentácií kandidátov a tvorby posmešných a často urážajúcich komunikátov [14]. Podľa takeého stereotypného chápania, je expert *public relations* expertom masovej komunikácie pôsobiaci na pozadí alebo vyskytujúci sa v prípade výnimočnej potreby (volebná kampaň alebo krízová situácia) a jeho činnosť je založená na budovaní iluzórneho pozitívneho obrazu a snahy o popularitu alebo pôsobenia proti kríze obrazu.

Aká je správna dimenzia Public relations v prospech inštitúcie sociálnej pomoci?

„Zrelé“ *public relations* sú vzdialené hore uvedeným zjednodušeniam, sociotechnikám, skrytej propagande či kryptoreklame. Správne chápanie predpokladá transparentnosť a vysoké etické štandardy. Základnými piliermi činnosti v perspektíve verejnej pomocnej inštitúcie budú **informácia** a **spolupráca** [15]. *Public relations* sú definované ako „umenie a veda ako dosahovať harmóniu s okolím cez vzájomné porozumenie založené na pravdivej a úplnej informácii“ [16] alebo „funkcia managementu, ktorá kladie dôraz na tvorenie a udržiavanie dobrých vzťahov so široko chápaným okolím inštitúcie“, interným: pracovníkmi, dobrovoľníkmi, etc. ako aj externým: komunitami, **inštitúciami**, **orgánmi**, **inými subjektmi** [17]. Upozorňuje sa na subjektívnosť a vzájomnosť vzťahov: informovanie (poskytovanie úplných a pravdivých informácií), zameranie na harmóniu záujmov a koexistenciu. Účinné *public relations* musia byť chápané nie ako dodatok, „vylepšenie“ alebo „reklamovanie“, ale široko a komplexne: ako element politiky kvality a funkčnej inštitucionálnej komunikácie. Tieto činnosti sú efektívnejšie, keď tvoria časť integrovaného managementu inštitúcie, a nie len úsilie jedného oddelenia. Nižšie uvedená schéma sumárne uvádza ciele a oblasti dlhodobého pôsobenia *public relations*.

Rozvíjajúc činnosti z oblasti *public relations* je možné ich spojiť pod spoločné menovateľa a určiť niekoľko oblastí. K najdôležitejším patria:

- Tvorenie a koordinovanie totožnosti inštitúcií (farba, logo, grafická a priestorová úprava, kohézia a estetika materiálov, aj internetovej stránky),
- vnútorné *public relations* (informovanie pracovníkov, dobrá komunikácia, kultúra a atmosféra v práci),
- vonkajšie *public relations* (harmonická spolupráca s inštitucionálnym a spoločenským okolím, spoluúčasť v živote lokálnych spoločenstiev, animovanie a organizovanie činností, udalostí/akcií: súťaží, festivalov, slávností, stretnutí, seminárov, konferencií apod.),
- profesionálne vzťahy s médiami,
- informačné a propagačné činnosti spojené s vykonávanými iniciatívami: projektami, akciami, úspechmi,
- management v kríze: účinná komunikácia a koordinácia práce v krízových situáciách, ktorým je sociálna pomoc – z podstaty veci – vždy vystavená.

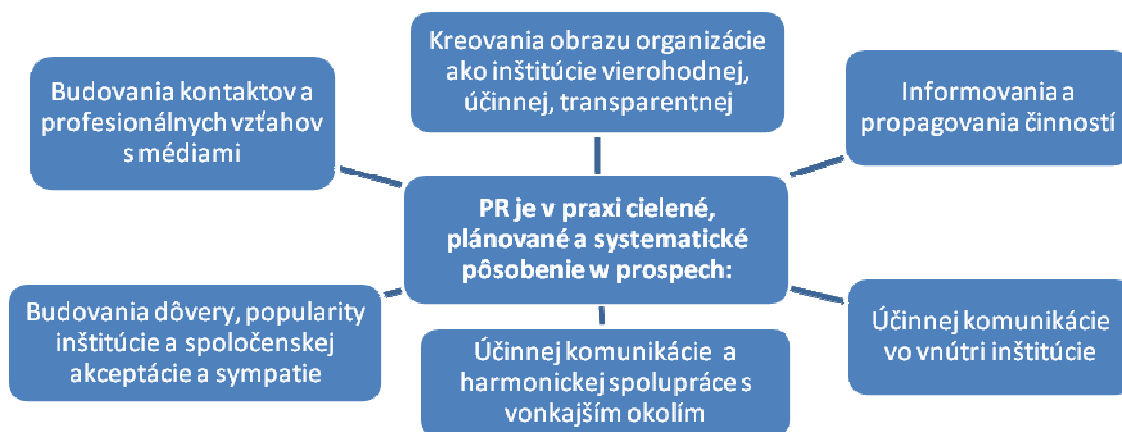


Schéma 1. Prax *public relations*. Vlastné spracovanie.

Takto poňaté *public relations* zahŕňujú okrem iného vytváranie vlastných kanálov informácie (interaktívna webová stránka, letáky, katalógy, filmové kanály), prístup rôznymi kanálmi (médiá, sociálne servery a informačné servery, priama informácia) do verejnej mienky: lokálnych komunít, občanov.

Cieľmi fungovania inštitúcií sociálnej pomoci nie je reklama a propagácia, ale pomoc a aktivizácia, podpory. Avšak, ako je známe, tieto ciele je ľahšie, účinnejšie a výdatnejšie realizovať v atmosfére dobrej komunikácie s okolím, pri dobrej spolupráci. Bez dobrej komunikácie s okolím sa ani nepodarí začať mnohé aktivity a bez podpory okolia oveľa menej aktivít bude úspešne ukončených. Verejná dôvera je dynamický proces, nie je daná raz a na vždy, vyžaduje správnu komunikáciu s okolím: lokálnym prostredím, novinármi, orgánmi apod. Verejná dôvera a reputácia sú súčasne podmienkami efektívneho realizovania základných úloh verejných inštitúcií [18]

Aktuálne, dbajúc o vyrovnaný rozvoj a sociálnu integráciu, inštitúcie rozvíjajú spoluprácu a vzťahy s lokálnymi komunitami a ich reprezentantmi: mienkotvornými lídrami, združeniami, susedmi. Takéto činnosti okrem toho umožňujú vzdialenie sa od mediálnemu stereotypu „poskytovania dávok“. Treba upozorniť na zvláštny štatút pomáhajúcich inštitúcií v administratívno-právnom a spoločenskom systéme. Verejné inštitúcie sa nachádzajú priamo v

oblasti záujmu médií a verejnosti. Informovanie, vzájomná komunikácia, podporovanie participácie, otvorenosť a úprimnosť sú prirodzené pre oblasť sociálnej pomoci a integrácie a z pragmatického hľadiska sú účinnejšie ako všetky formy reklamy či persúaznej komunikácie. *Public relations* poskytujú mnohé náradia, ktoré dobre a konzekventne uplatňované posilňujú reputáciu, vierohodnosť, náklonnosť prostredia, orgánov a aj médií [19].

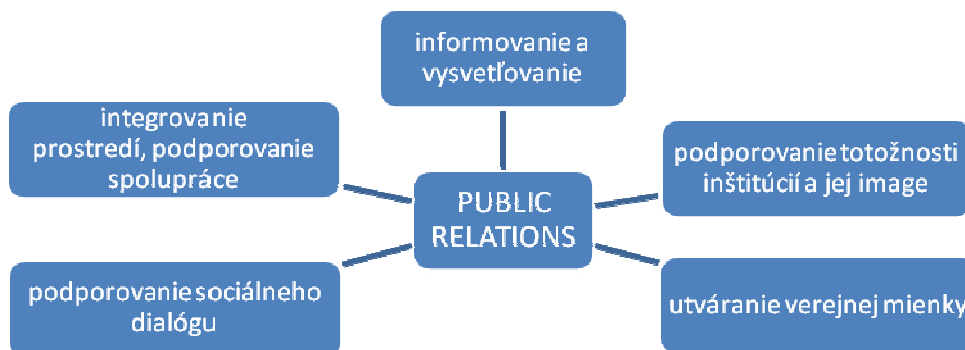


Schéma 2. Vybrané funkcie *public relations* inštitúcie sociálnej pomoci. Vlastné spracovanie.

Opatrne je možné položiť otázku, či v dobe krízy, deficitov a prevahy „dopytu nad ponukou“ inštitúcie verejného sektora disponujú finančnými prostriedkami na činnosť *public relations*? Prax ukazuje, že dostatočnú odpoveď prinášajú elementárne zásady ekonómie: *public relations* zavádzané ako funkcia managementu nevyžadujú dodatočné náklady, sú veľmi účinné, *de facto* aktivity orientované na dobrú komunikáciu a budovanie vzťahov negenerujú dodatočné náklady a posilňujú každú rovinu fungovania inštitúcií sociálnej pomoci [20].

BIBLIOGRAFIA

- [1] Zalewski, D. *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji [Starostlivosť a sociálna pomoc. Dynamika inštitúcie]* Warszawa: Wydawateľstwo Varšavskej univerzity /Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego/ 2005-s.126-133 ISBN: 83-235-0328-1.
- [2] Dudkiewicz, M. (ed.). *Pracownicy socjalni: pomiędzy instytucją pomocy społecznej a środowiskiem lokalnym [Sociálni pracovníci : medzi inštitúciou sociálnej pomoci a miestnym prostredím]* Raport. Varšava Ústav pre verejné veci /Instytut Spraw Publicznych/ 2011 75 s. ISBN: 978-83-7689-026-5.
- [3] Krzyszkowski, J. *Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej [Prvky organizácie a managementu v sociálnej pomoci]* Częstochowa: Stredisko pre vzdelávanie sociálnych a verejných služieb /Ośrodek Kształcenia Służb Socjalnych i Publicznych/ 2010. s. 67. ISBN: 978-83-926400-0-4
- [4] Zasada-Chorab, A. *Kształtowanie się zawodu pracownika socjalnego w Polsce [Formovanie sa profesie sociálneho pracovníka v Poľsku]* Częstochowa: Ośrodek Kształcenia Służb Socjalnych i Publicznych. 2004. s. 109nn. ISBN 83-916625-6-X.
- [5] Kocianová, R. **Personální činnosti (Personnel Works).** *Edice celoživotního vzdělávání.* Praha: Mowshe. 2007 180 s. ISBN 978-80-239-9211-3.
- [6] Szyszka, M. *Kształtowanie wizerunku instytucji pomocy społecznej w mediach [Formovanie sa obrazu/image inštitúcie sociálnej pomoci v médiách].* Varšava Stredisko pre rozvoj ľudských zdrojov. /Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich/. 2013 156 s. ISBN 978-83-61638-93-3.

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNÁ PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 1**

- [7] Szyszka, M. *Kształtowanie wizerunku instytucji pomocy społecznej w mediach [Formovanie sa obrazu/image inštitúcie sociálnej pomoci v médiách]*. Varšava Stredisko pre rozvoj ľudských zdrojov. /Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich/. 2013 s. 34 ISBN 978-83-61638-93-3.
- [8] Gajdka, K. *Recznik prasowy w otoczeniu mediów. Teoria i praktyka [Tlačový hovorca v prostredí médií]*. Kraków: Universitas. 2012 s.196-199 ISBN: 9788324222285
- [9] Goban-Klas, T. *PublicRelations, czyli promocja reputacji. Pojęcia, definicje, uwarunkowania [PR inak propagácia reputácie / Pojmy, definície, podmienky]*. Varšava Business Pres. 1997 s. 12 ISBN: 83-905106-8-5.
- [10] Black, S. *Publicrelations*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna. 2003.214 s. ISBN 83-89355-00-0.
- [11] Schenkler, I. Herrling, T. *Relacje z mediami [Vzťahy s médiami]*. Varšava WoltersKluwer. 2009 s. 40 ISBN 978-83-7601-517-0.
- [12] Chyliński, M. Russ-Mohl S., *Dziennikarstwo [Novinárstvo]*. Varšava Polska Presse. 2008, s. 200 (funkcie médií). ISBN 83-60669-49-X.
- [13] Hope, E. úvod In: Hope, E. (ed.) *Publicrelations instytucji użyteczności i publicznej [PR inštitúcií verejného prospechu]*. Gdańsk: Scientific Publishing Group. 2005 s. 3 ISBN: 83-921075-4-3.
- [14] Wojciechowski, L. Fichnová, K. Mikuláš P. *Billboards in Municipal Elections in Slovakia : Unexpected Contexts*, In: *Studies in Communication and Politics : Political Communication in the Era of New Technologies*. - Frankfurt nad Mohanom : Peter Lang Verlag, 2013. - ISSN 2197-1684, No. 1 (2013), s. 239-260
- [15] Knecht, Z. *Publicrelations w administracji publicznej. Teoria, praktyka, badania [PR vo verejnej správe. Teória, prax, výskumy]*. Varšava vyd. Wydawnictwo C.H. Beck. 2006 s. 3-8 ISBN: 83-7483-234-7.
- [16] Black, S. *Publicrelations*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna. 2003.214 s. ISBN 83-89355-00-0.
- [17] Goban-Klas, T. *PublicRelations, czyli promocja reputacji. Pojęcia, definicje, uwarunkowania [PR inak propagácia reputácie / Pojmy, definície, podmienky]*. Varšava Business Pres. Varšava 1997 s. 12 ISBN: 83-905106-8-5.
- [18] Kmecová, J. *Investovanie v sociálnej práci*. Presov: DARE, o. z. 2011 s. 145nn. ISBN 978-8097-07-57-0-5
- [19] Wąsiński, A. *Myślenie obywatelskie w świetle homonovus wyzwaniem dla współczesnej edukacji i powszechniającej ideę społeczeństwa obywatelskiego, „Gentes & Nationes” 2012, nr 6 (2/2012), s. 163-180, ISSN 2081-9714.*
- [20] Giedrojc, K. *Publicrelations w administracji [PR vo správe]*. Ostrołęka: Wydawnictwa Profesjonalne AlphaPro. 2004.222 s. ISBN 83-919761-2-2.

Kontaktná adresa:

Dr Michał Szyszka,
e-mail: szyszkathome@gmail.com
m.szyszka@wsa.bielsko.pl,
Wyższa Szkoła Administracji, Wydział Nauk Humanistycznych i Społecznych,
ul. A. Frycza Modrzewskiego 12, 43-300 Bielsko-Biała
(Higher School of Administration, The Faculty of Humanities and Social Sciences,
ul. A. Frycza Modrzewskiego 12, 43-300 Bielsko-Biała)

* * * * *

Ústav sv. Jana N. Neumanna, Příbram

pod záštitou

Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., v Bratislave

usporiadajú a zároveň si dovoľujú Vás pozvať na

3. příbramské ošetrovateľské dny s mezinárodní účastí

„Moderní postupy a trendy v ošetrovatelství a sociální práci“

10.–11. říjen/október 2014

Začiatok konferencie je plánovaný na 10. 10. 2014 o 9.00 hod.

TEŠÍME SA NA VAŠU ÚČASŤ

Podrobnejšie informácie budú zasielané záujemcom v I. informácii.

Prihlášky prednášok **do 31. 8. 2014**

Prihlášky pasívnej účasti **do 5. 9. 2014**

Podrobnejšie informácie budú zverejnené

na webových stránkách **www.vszsp.cz** .

HORMONÁLNA ANTIKONCEPCIA - ZVYKY A INFORMOVANOSŤ ŠTUDENTIEK UNIVERZITY V NOVOM SADE, VOJVODINA, SRBSKO

Vesna Mijatović¹, Isidora Samojlik¹, Ljiljana Tomić², Nataša Tomić¹

¹ Lekárska fakulta Nový Sad, Srbsko

² Lekáreň Bjelina, Bosna a Hercegovina

Abstrakt

Úvod: Aj napriek veľkému množstvu moderných antikoncepčných metód, početné štúdie ukázali nedostatok povedomia o antikoncepcii u mladých žien. Naším cieľom bolo skúmať charakteristiky užívania antikoncepcie, ako aj znalosť o hormonálnej antikoncepcii u študentiek Lekárskej fakulty Univerzity v Novom Sade, Srbsko.

Metódy: Štúdia bola vypracovaná v roku 2012. Studentky vypracovali anonymný dotazník, ktorý sa skladal z troch častí. Prvú časť tvorili všeobecné otázky, druhá časť sa vzťahovala na sexuálny život študentov a ich antikoncepčné návyky, zatiaľ čo v tretej časti boli študenti požiadaní, aby ohodnotili pravdivosť vyhlásenia o hormonálnej antikoncepcii. Získané údaje boli štatisticky spracované.

Výsledky: Do štúdie bolo zahrnutých 240 študentiek. Priemerný vek študentov bol $23:39 \pm 2:34$ rokov. Študenti mali prvý sexuálny styk vo veku $18,74 \pm 2,61$ rokov. Iba jedného sexuálneho partnera malo 32,86 % študentiek, zatiaľ čo dvoch sexuálnych partnerov malo 30,00 % študentov. Modernú antikoncepciu používalo 81,91 % študentov. Antikoncepciu pravidelne používalo 49,05 % študentov. Najčastejšie použitou metódou antikoncepcie bol kondóm, ktorý používalo 91,43 % študentov. Perorálne antikoncepčné prípravky boli používané u 18,9 % študentiek. Viac ako polovica študentiek (52,86 %) sa konzultovala s partnerom o výbere antikoncepčných metód, pričom 67,08 % z nich prejavilo záujem zúčastniť sa organizovaného vzdelania o antikoncepčných metódach. Viac ako 50 % študentiek dalo správne odpovede, pokiaľ ide o ich znalostiach o metódach perorálnej antikoncepcie.

Záver: Je potrebné zvýšiť dostupnosť adekvátnych informácií o rôznych typoch antikoncepcie na študentskej populácii vo Vojvodine.

Kľúčové slová: hormonálna antikoncepcia, vedomosti, postoje, študentky.

Abstract

Introduction: Despite a large number of modern contraceptive methods available in the market today, numerous studies have shown a lack of awareness of these various forms for birth control in young women.

Objective: To investigate characteristics of common use of contraceptives as well as the knowledge of hormonal contraception in female students of the University of Novi Sad, Serbia.

Methods: Female students of UNS participated in the study conducted in 2012. They completed an anonymous questionnaire, which consisted of 3 parts. The first part comprised general questions, the second part included characteristics of the sexual life of students and their contraceptive habits, while in the third part students were asked to evaluate the truthfulness of statements about hormonal contraception. Obtained data were statistically processed by using appropriate methods.

Results: The study included 240 female students. The average age of students was 23.39 ± 2.34 . Students first engaged in sexual intercourse at the age of 18.74 ± 2.61 . Only one sexual partner

had 32.86% of students, while two sexual partners had 30.00% of students. Modern contraception was used by 81.91% of students. Contraception was used regularly by 49.05% of students. Most frequently applied contraceptive method was condom, which was used by 91.43% of students. Oral contraceptives were used by 18.09% of students. More than a half of students (52.86%) consulted with a partner about the choice of contraceptive methods, while 67.08% of them were interested to attend the organized education about contraceptive methods. More than 50% of students gave right answers regarding their knowledge about oral contraceptives.

Conclusion: *It is necessary to increase the availability of adequate information on various types of contraception to student population in Vojvodina.*

Keywords: *hormonal contraception, knowledge, attitudes, female students.*

ÚVOD

Srbská republika sa vyznačuje mnohými a zložitými problémami v oblasti kontroly pôrodnosti a ochrany reprodukčného zdravia populácie. Jedným z nich je rozšírenosť konzervatívneho plánovania rodičovstva, v ktorom vládne metóda prerušovaného pohlavného styku (*coitus interruptus*) a následne v prípade keď je tehotenstvo nechcené alebo neprijateľné, uchýľuje sa k zámernému prerušeniu tehotenstva [1]. Celková miera potratovosti v Srbsku sa odhaduje na 2,76 v roku 2007 (2-krát vyššia ako celková miera plodnosti) a patrí medzi najvyššie v Európe a vo svete [2].

Okrem konzervatívnych metód kontroly pôrodnosti, sexuálne aktívnym ľuďom teraz je k dispozícii množstvo moderných antikoncepčných metód, ktoré zahŕňajú nielen bariérovú antikoncepciu (kondóm, bránica), ale aj chemickú antikoncepciu (spermicídy), hormonálnu antikoncepciu, vnútromaternicové vložky a núdzovú antikoncepciu.

Za posledných 30 rokov došlo k výraznému vedeckému pokroku vo vývoji nových antikoncepčných technológií, vrátane prechodu perorálnych kontraceptív s vyššími dávkami estrogénu na nízke dávky a zavedenie novej generácie progesterónu s antiandrogénnymi vlastnosťami. Hormonálna antikoncepcia rozšírila aj celé spektrum aplikácií, vo forme implantátov, vnútromaternicových vložiek, vaginálnych krúžkov a náplastí [3]. Vďaka tomuto pokroku v technológii, rozšíril sa výber nových antikoncepčných metód a vylepšená je ich bezpečnosť a účinnosť. Tiež, hormonálna antikoncepcia, okrem základných vlastností – ochrana od nechceného tehotenstva, má aj ďalšie terapeutické a priaznivé účinky [4].

Napriek existencii početných metód hormonálnej antikoncepcie, niektoré štúdie ukázali, nedostatok povedomia mladých žien o tejto forme antikoncepcie [5, 6]. Skoršie štúdie uskutočnené v Európe ukázali, že existuje priama súvislosť medzi úrovňou vzdelania respondentiek a využívaním moderných metód antikoncepcie [7]. Tiež sa zistilo, že väčšina nechcených tehotenstiev sa vyskytuje predovšetkým u mladých žien vo veku 18 až 24 rokov [8].

Z toho dôvodu je obzvlášť dôležité skúmať využívanie moderných metód antikoncepcie v populácii študentov, pretože študenti patria do kategórie vysoko vzdelanej populácie a tiež patria do vekovej skupiny, v ktorej najčastejšie dochádza k nechcenému tehotenstvu.

S ohľadom na vyššie uvedené, cieľom tejto štúdie bolo preskúmať vlastnosti užívania antikoncepcie a informovanosť o hormonálnej antikoncepcii študentiek fakúlt Univerzity v Novom Sade.

MATERIÁL A METÓDY

Prieskumu, ktorý bol vykonaný behom októbra a novembra v roku 2012, sa zúčastnili študentky 3., 4. a 5. ročníka štúdia, ktoré študujú na niektorej z fakúlt Univerzity v Novom Sade. Študentky vyplnili anonymný dotazník s predchádzajúcimi pokynmi zo strany výskumníka. Dotazník schválila Etická komisia Lekárskej fakulty v Novom Sade.

Predložený dotazník sa skladal z troch častí. Prvú časť dotazníka vyplňali všetky respondentky a v nej boli zahrnuté všeobecné otázky (vysoká škola respondentiek a ročník štúdia, rok narodenia). Druhú časť dotazníka, po zaokrúžkovaní odpovede či mali pohlavný styk, ďalej vyplňali len sexuálne aktívne dievčatá. V druhej časti sa nachádzajú otázky súvisiace s vekom dievčat pri prvom pohlavnom styku, počtom sexuálnych partnerov v čase keď vyplňali dotazník, ako aj s používaním antikoncepčných metód (druh metódy, ako často a kto odporučil metódu). Tretia časť dotazníka, ktorá bola určená všetkým respondentkám bola zložená z 10 tvrdení týkajúcich sa perorálnej hormonálnej antikoncepcie, pričom respondentky pri každom z výkazov zaokrúžkovali jednu z troch ponúknutých odpovedí (správne, nesprávne a neviem). Ponúknuté boli nasledovné tvrdenia:

1. Antikoncepčná tabletky je spoľahlivá ochrana od nechceného tehotenstva.
2. Používanie antikoncepčnej tabletky chráni od pohlavne prenosných chorôb.
3. Antikoncepčné tabletky sa užívajú tesne pred pohlavným stykom.
4. Pravidelné a správne používanie antikoncepčných tabletiiek zabraňuje ovulácii.
5. Ak užívam antikoncepčné tabletky, menštruácie sú menej hojné a menej bolestivé.
6. Používanie antikoncepčných tabletiiek zvyšuje rast chlpov po tele.
7. Jedným z dôsledkov dlhodobého užívania antikoncepčných tabletiiek je neplodnosť.
8. Použitím antikoncepčnej tabletky stanem sa promiskuitná.
9. Ak ste mladší ako 30 rokov nemali by ste používať antikoncepčné tabletky.
10. Hormonálna antikoncepcia je k dispozícii aj vo forme náplastí.

Zároveň, dievčatá vyjadrili svoju mienku o potrebe organizovania edukácií o hormonálnej antikoncepcii.

Údaje získané z dotazníka sú štatisticky spracované v programe Microsoft Excel 2007. Vypočítaná je stredná hodnota, štandardná deviácia a percentá.

VÝSLEDKY

Do štúdie bolo zahrnutých 240 študentiek, ktoré študujú na niektorej z fakúlt Univerzity v Novom Sade.

Priemerný vek študentiek, ktoré sa zúčastnili prieskumu je 23.39 ± 2.34 rokov.

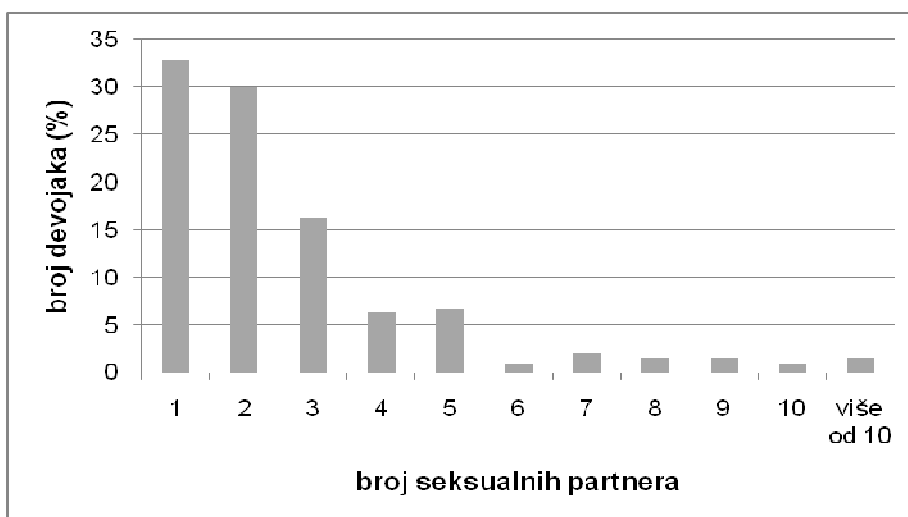
Až do realizovania výskumu do sexuálnych vzťahov vstúpilo 210 (87,5%) študentiek.

Priemerný vek pri vstupe do sexuálnych vzťahov je $18,74 \pm 2,61$ rokov.

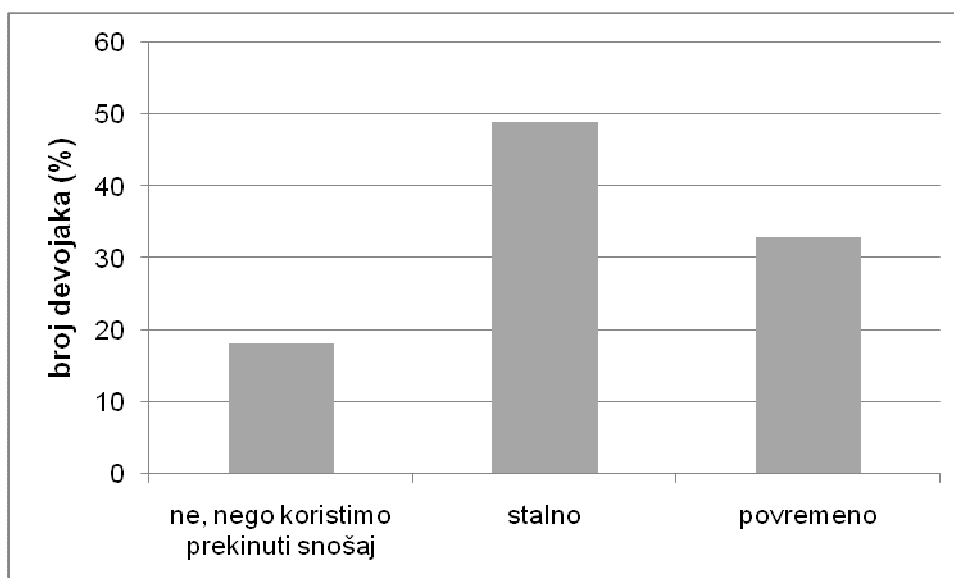
Jedného sexuálneho partnera malo 32,86% študentiek, zatiaľ čo dvoch sexuálnych partnerov malo 30,00% študentiek (Graf 1).

Všetky sexuálne aktívne študentky používajú niektorú z metód antikoncepcie (tiež aj *coitus interruptus*), pričom 81,91% sexuálne aktívnych študentiek používa niektorú zo súčasných metód antikoncepcie. Pravidelne modernú antikoncepčnú ochranu používa 49,05% sexuálne aktívnych študentiek (Graf 2).

Najzastúpenejšia súčasná metóda antikoncepcie u študentiek je kondóm (91,43%) (Tabuľka 1). Skúsenosť s perorálnou antikoncepciou má 18,09% dievčat. Ani jedna z respondentiek nemala skúsenosť s antikoncepčnými náplastami a vnútromaternicovými vložkami.



Graf 1. Počet seksualnih partnerov študentiek Univerzity v Novom Sade.



Graf 2. Výskyt použitia a druhy metód antikoncepcie u sexuálne aktívnych študentiek Univerzity v Novom Sade, odhadnuté sú na základe otázky: Používate niektorú z metód súčasnej antikoncepcie?

Najväčší počet dievčat (52,86%) sa pri výbere antikoncepcie konzultuje s partnerom (Tabuľka 2).

Záujem o navštevovanie edukácie o súčasných antikoncepčných metódach prejavilo 67,08% dievčat.

Pokiaľ ide o presné informácie a znalosti o perorálnej antikoncepcii, na všetky tvrdenia viac ako 50% dievčat z oboch fakúlt dalo zodpovedajúce odpovede (Tabuľka 3).

Tabuľka 1. Zastúpenosť niektorých druhov súčasnej antikoncepcie u študentiek Univerzity v Novom Sade.

Druh antikoncepcie	Počet dievčat (%)
kondóm	192 (91.43)
núdzová antikoncepcia	46 (21.90)
perorálna antikoncepcia	38 (18.09)
lokálna antikoncepcia	2 (0.95)
antikoncepčná nálast'	0 (0)
vnútromaternicová vložka - špirála	0 (0)

Tabuľka 2. Zdroj odporúčania pri volení antikoncepcie.

Odporúčanie	Počet dievčat (%)
konzultácia s partnerom	111 (52.86)
gynekológ	96 (45.71)
časopis, kniha	37 (17.62)
kamarátka	26 (12.38)
matka	22 (10.48)
iné	10 (4.76)

DISKUSIA

Veľký počet štúdií vykonaných po celom svete sa zameralo na skúmanie antikoncepčných zvykov a rôznych foriem antikoncepcie v študentskej populácii [6, 9, 10-16], zatiaľ čo naša štúdia bola vykonaná s osobitným zameraním na študentky Univerzity v Novom Sade.

V našej štúdii všetky sexuálne aktívne študentky používajú niektorú z metód antikoncepcie, ale z toho 18,09% študentiek používa metódu prerušenej súlože ako jedinou formu antikoncepcie. Tieto výsledky sú veľmi podobné výsledkom výskumu vykonaného v Grécku, v ktorom sa zúčastnili študentky Stomatologickej fakulty, ktoré všetky používajú antikoncepciu, ale 20,5% používajú kondóm alebo prerušujú pohlavný styk a iba 6,8% prerušuje súlož [10]. V nedávnom prieskume o antikoncepčných zvykoch mladých ľudí žijúcich na území Balkánskeho polostrova, získané sú údaje o relatívne vysokom percente respondentov používajúcich nebezpečnú metódu antikoncepcie, teda prerušený pohlavný styk, a je to zastúpená forma antikoncepcie u 4,3% chlapov na území Bosny a Hercegoviny a až u 19,7% mladých mužov v Macedónsku [17]. Absenciu rozdielov v antikoncepčných zvykoch mladých ľudí zo susedných krajín možno vysvetliť najmä so súvisom s kultúrnymi charakteristikami. Avšak, porovnaním situácie nášho okolia so škandinávskymi krajinami s rozvinutým systémom zdravotnej starostlivosti, je zrejmé, že všetci sexuálne aktívni študenti z Fínska a mládež z Nórska, bez ohľadu na sociálno-demografické charakteristiky, predovšetkým sa spoliehajú na overené moderné metódy antikoncepcie (perorálna antikoncepcia, kondómy) [12, 13].

Tabuľka 3. Zobrazenie zastúpenia *správne, nesprávne a neviem* odpovedí

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 1**

na tvrdenia skúmaných skupín.

Tvrdenie	Počet dievčat (%)		
	<i>správne</i>	<i>neviem</i>	<i>nesprávne</i>
1. Antikoncepčná tabletky je spoľahlivá ochrana od nechceného tehotenstva.	220 (92)	15 (6)	5 (2)
2. Používanie antikoncepčnej tabletky chráni od pohlavne prenosných chorôb.	11 (5)	16 (7)	213 (89)
3. Antikoncepčné tabletky sa užívajú tesne pred pohlavným stykom.	14 (6)	30 (13)	196 (82)
4. Pravidelné a správne používanie antikoncepčných tabletiiek zabraňuje ovulácii.	124 (52)	80 (33)	36 (15)
5. Ak užívam antikoncepčné tabletky, menštruácie sú menej hojné a menej bolestivé.	155 (65)	61 (25)	24 (10)
6. Používanie antikoncepčných tabletiiek zvyšuje rast chlpov po tele.	57 (24)	62 (26)	121 (50)
7. Jedným z dôsledkov dlhodobého užívania antikoncepčných tabletiiek je neplodnosť.	17 (7)	71 (29)	152 (63)
8. Použitím antikoncepčnej tabletky stanem sa promiskuitná.	7 (3)	20 (8)	213 (89)
9. Ak ste mladší ako 30 rokov nemali by ste používať antikoncepčné tabletky.	64 (27)	53 (22)	123 (51)
10. Hormonálna antikoncepcia je k dispozícii aj vo forme náplasti.	123 (51)	110 (46)	7 (3)

Zatiažené sú očakávané odpovede

Vzhľadom na skúsenosti so spoľahlivými modernými metódami antikoncepcie (kondóm, perorálna antikoncepcia, vnútromaternicové vložky, antikoncepčné náplasti), väčšina sexuálne aktívnych študentiek počas sexuálneho života malo skúsenosti s kondómom (91,43%), čo je v

súlade s údajmi z prieskumov vykonávaných v susedných krajinách. Zatiaľ čo mladí ľudia v regióne sa rozhodujú pre kondóm, v porovnaní so všetkými ostatnými dostupnými modernými metódami antikoncepcie, ako ochrany pred nechceným tehotenstvom [9, 10, 14, 17], študenti zo škandinávskych krajín (Fínsko, Švédsko) sa do značnej miery rozhodujú pre jeden zo spôsobov hormonálnej antikoncepcie [13, 15]. Takže študentky z Fínska najčastejšie ako antikoncepciu používajú kondóm pri prvom pohlavnom styku s partnerom, zatiaľ čo 54 % študentiek, ktoré sú v trvalom partnerskom vzťahu používajú perorálnu antikoncepciu [13]. V našom výskume skúsenosti s perorálnou antikoncepciou malo 18,09% dievčat. Avšak, v nedávno zverejnenej štúdii, v ktorej sa zúčastnili študentky Lekárskej fakulty Univerzity v Belehrade, prevalencia užívania perorálnej antikoncepcie je nižšia ako v našej štúdii, kde 65,3% respondentiek, užívajú antikoncepčné tabletky bez ohľadu na to, či majú sexuálnych partnerov, predovšetkým z dôvodu nekoncepčných účinkov orálnej antikoncepcie (dysmenorea, kožné ochorenia) [6].

Tiež, viac ako 2/3 sexuálne aktívnych študentiek Lekárskej fakulty vo Varšave, používajú orálnu antikoncepciu s cieľom regulácie menštruačného cyklu [14]. Oveľa nižšia miera užívania perorálnej antikoncepcie ako v našej štúdii bola zaznamenaná aj u študentiek Lekárskej fakulty z Grécka (4,9%) a z Ukrajiny (4,5%) [10, 11].

Testovanie informácií o hormonálnej antikoncepcii, na všetky tvrdenia použité v dotazníku viac než 50% z dievčat dalo očakávané odpovede. Viac ako 90% respondentiek vie, že tabletky je spoľahlivá ochrana od nechceného tehotenstva, zatiaľ čo viac ako 80% dievčat má informácie o tom, že sa tabletky neužívajú bezprostredne pred pohlavným stykom a nechráni od pohlavne prenosných chorôb. Avšak, len o niečo viac ako 50% dievčat pozná mechanizmus účinku perorálnej antikoncepcie, a tiež aj to, že je hormonálna antikoncepcia dostupná aj vo forme náplasti. Približne polovica respondentiek má malé vedomosti o možných nekoncepčných účinkoch perorálnej antikoncepcie a zároveň veľký počet dievčat nevie, že užívanie antikoncepčných tabletiiek nezvyšuje rast chlpov po tele (50%) a že sa menštruácia stáva menej hojná a menej bolestivá pri používaní hormonálnej antikoncepcie (35%).

Veľký počet respondentiek (49%) sa domnieva, že by sa tabletky nemali používať ak ste mladší ako 30 rokov. Štúdia konaná v Nórsku, rovnako ako aj veľká CHOICE štúdia, ktorá zahŕňala 11 európskych krajín (Rakúsko, Belgicko, Česko, Slovensko, Poľsko, Švajčiarsko...) ukazuje, že znalosť o hormonálnej antikoncepcii do značnej miery ovplyvňuje pohlavie (dievčatá majú väčšie znalosti než chlapci) ako aj samotné užívanie perorálnej antikoncepcie, pretože dievčatá ktoré sa rozhodnú používať orálnu antikoncepciu sú motivovanejšie aby sa zodpovedajúcim spôsobom informovali o účinkoch a dôsledkoch užívania [12, 18].

Hoci viac než polovica dievčat sa radí so svojím partnerom o voľbe antikoncepcii, významná je skutočnosť, že 45,17% študentiek predsa vyhľadajú aj pomoc odborníka - gynekológ pri výbere antikoncepčnej metódy.

Výskyt pohlavných chorôb sme v tejto štúdii nesledovali. Ako uvádza autor Hulínsky, epidemiológia pohlavne prenosných ochorení je v úzkej súvislosti so sociálnym chovaním a postavením jedinca [19, 20]. Študentky, ktoré sa podieľali na našej štúdii väčšinou majú záujem o organizovanie edukácie o moderných antikoncepčných metódach.

Je nutné investovať veľké a organizované úsilie aby sa zvýšila dostupnosť primeraných informácií o rôznych typoch antikoncepcie medzi študentskou populáciou vo Vojvodine. Zvláštnu pozornosť treba zamerať na vzdelávanie budúcich zdravotníckych pracovníkov, ktorí v budúcnosti poskytovaním kvalitných rád pacientom budú mať možnosť znížiť počet nechcených tehotenstiev a ich ukončenia.

LITERATÚRA

1. Rašević M. Serbia: Transition from abortion to contraception or not? *Sociološki pregled* 2008; XLII(3): 295-305.
2. Rašević M, Sedlecki K. The abortion issue in Serbia. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14(6):385-90.
3. Marnach ML, Long ME, Casey PM. Current issues in contraception. *Mayo Clin Proc* 2013; 88(3): 295-9.
4. Seidman DS. Non-contraceptive benefits of hormonal contraception: time for renewed awareness. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011; 16(6):407-8.
5. Fletcher PC, Bryden PJ, Bonin E. Preliminary examination of oral contraceptive use among university-aged females. *Contraception* 2001; 63:229-33.
6. Gazibara T, Trajković G, Kovačević N, Kurtagić I, Nurković S, Kisić-Tepavčević D, Pekmezović T. Oral contraceptives usage patterns: study of knowledge, attitudes and experience in Belgrade female medical students. *Arch Gynecol Obstet* 2013; DOI 10.1007/s00404-013-2884-y.
7. Spinelli A, Talamanca IF, Lauria L. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. European Study Group on Infertility and Subfecundity. *Am J Public Health* 2000; 90:1403-8.
8. Henshaw SK. Abortion incidence and services in the United States, 1995-1996. *Fam Plann Perspect* 1998; 30:263-70.
9. Dinas K, Hatzipantelis E, Mavromatidis G. Knowledge and practice of contraception among Greek female medical students. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(1):77-82.
10. Dinas K, Ahiropoulos V, Mavromatidis G, Chatzipantelis E, Zepiridis L, Theodoridis T, et al. Current Contraceptive Awareness and Use in Greek Dental School Students. *Journal of Women's Health* 2009; 18(3):387-91.
11. Mogilevkina I, Tyden T, Olind V. Ukrainian medical students' experiences, attitudes and knowledge about reproductive health. *J Am Coll Health* 2001; 49(6):269-72.
12. Hansen T, Skjeldestad FE. Communication about contraception and knowledge of oral contraceptives amongst Norwegian high school students. *Journal of Adolescence* 2003; 26: 481-93.
13. Virtala AM, Kunttu K, Huttunen TA, Virjo IO. Sexual intercourse and current contraceptive use among university students in Finland. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2007; 135:104-10.
14. Grabowski K, Wichowicz HM, Cubala WJ. Sexual behaviors among students of the medical University in Gdansk. *Psychiatr Pol* 2006; 40(1):139-51.
15. Tyden T, Palmqvist M, Larsson M. A repeated survey of sexual behavior among female university students in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91(2):215-19.
16. Radowski S, Kobielski A. Oral contraceptive practices among female medical students of the University of Warsaw. *Ginekolog Pol* 2003; 74(8):591-95.
17. Delva W, Wuillaume F, Vansteelandt S, Claeys P, Verstraeten H, Temmerman M. Sexual behaviour and contraceptive use among youth in the Balkans. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* December 2007;12(4):309-15.
18. Egarter C, Frey Tirri B, Bitzer J, Kaminsky V, Oddens B, Prilepskaya V, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. Egarter et al. *BMC Women's Health* 2013, 13:9.
19. Hulinský P., Hamplová, L. Pohlavní choroby a prostituce v České republice. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Vol. 8, 2013, č. 2, s. 8-14. ISSN 1336-9326.

20. Hulinský P., Hamplová, L. Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice. Zdravotnictvo a sociální práce. Vol. 8, 2013, č. 3, s. 8-17. ISSN 1336-9326.

Kontaktná adresa: ana.sabo56@gmail.com

FAKTOROVÁ ANALÝZA AKO VÝSKUMNÁ TECHNIKA (THE FACTOR ANALYSIS AS A RESEARCH TECHNIQUE)

Valachová Subyová, K., Paľun, M.
VŠZaSP, Ústav sv. Cyrila a Metoda, Partizánske

Abstrakt

*Faktorová analýza v **exploračnej** verzii je technika, ktorá sa odlišuje od iných postupov rôznych analýz. Nie je primárne určená k meritornej analýze, to znamená, že neslúži k testovaniu hypotéz ani k meraniu súvislosti medzi nezávislými a závislými premennými. Jej cieľom je redukcia údajov – vie zredukovať väčšie množstvo premenných na menšie množstvo, ktoré štatisticky patria k sebe.*

Kľúčové slová: Faktorová analýza. Manifestné premenné. Latentné premenné. Rotácia.

Abstract

*The factor analysis in the **exploration** version is a technique, which is different from other procedures of various analyses. It is not primary intended for meritorious analysis, that means, that it does neither serve for testing of hypotheses nor for measuring of dependence between independent and dependent variables. Its goal is a reduction of data – it can reduce a larger number of variables into a smaller number, which statistically belong together.*

Key words: Factor analysis. Manifest variables. Latent variables. Rotation.

ÚVOD

Faktorovú analýzu ako prieskumnú techniku hľadajúcu hypotetické latentné premenné, z ktorých boli pozorované premenné vygenerované vynašiel v roku 1904 Spearman. Cieľom je redukcia veľkého množstva pôvodných premenných na menší počet faktorov. Každý faktor je pritom tvorený skupinou súvisiacich indikátorov alebo výrokov. Táto analýza predpokladá, že hodnota každej premennej, ktoré sú pozorované sa rovná lineárnej kombinácii spoločných faktorov, ktoré prispievajú k variabilite aspoň dvoch pozorovaných premenných a unikátneho faktora, ktorý prispieva k variabilite iba danej jednej pozorovanej premennej.

Platia dva kritické predpoklady pre unikátne faktory, ktorých je toľko, koľko je pozorovaných premenných:

- 1) Unikátne faktory sú medzi sebou nekorelované.
- 2) Unikátne faktory sú nekorelované so spoločnými faktormi.

Faktorová analýza vychádza z korelačnej matice, ktorá obsahuje hodnoty korelačných koeficientov každej dvojice pozorovaných premenných. Túto korelačnú maticu rozkladá na dve matice: spoločnú časť a unikátnu časť, ktoré zodpovedajú spoločným a unikátnym faktorom zároveň odhaduje a modeluje maticu. Hlavnou úlohou je určenie vhodného počtu faktorov. Na

jednej strane, čím je faktorov viac, tým je vysvetlená väčšia časť variability pôvodných premenných. Na druhej strane, čím je počet faktorov menší, tým sa ľahšie interpretujú. Je potrebné nájsť kompromis medzi týmito dvoma protikladmi. Faktory možno extrahovať viacerými metódami, jednou z možností je analýza hlavných komponentov. Aj preto faktorová analýza neposkytuje jediné riešenie. Dvaja výskumníci môžu nájsť rozdielne faktory, ktoré sa interpretujú odlišne a pritom vyhovujú pôvodným údajom. Interpretácia zistených faktorov pozostáva v posúdení korelácií medzi jednotlivými faktormi a originálnymi premennými. Faktory po extrakcii korelujú s väčším počtom pôvodných premenných, čo prakticky znemožňuje ich interpretáciu. Riešením je rotácia. Rotácia je aplikáciou lineárnej transformácie na faktory s cieľom uľahčiť interpretáciu faktorov. Analýza nachádza dimenzie v podpriestore priestoru definovanom originálnymi premennými, ktoré sú reprezentované osami, ktoré sú vzájomne nezávislé.

Exploratívnu faktorovú analýzu – „*Exploratory factor analysis*“ volíme práve z uvedených dôvodov analýzy korelácie väčšieho množstva merateľných respektíve manifestných premenných a na základe tejto analýzy určujeme skupiny pevných premenných, ktoré štatisticky „*patria k sebe*“, t.j. za ktorými stojí spoločný faktor teda latentná premenná. Počet nájdených faktorov sa redukuje na najmenší možný prijateľný počet, čím sa dosiahne, že pozorované závislosti sa objasnia čo najjednoduchšie. Po nájdení a pomenovaní spoločného faktora sa vytvorí nová premenná, ktorá sa použije v ďalšej analýze namiesto pôvodných premenných. Prvotnú informáciu o korelačnej štruktúre dátového súboru poskytuje výberová korelačná matica.

Pre posúdenie toho, či vôbec má zmysel robiť faktorovú analýzu je možnosť zistiť jednoduchým spôsobom, či sú skúmané premenné vhodné pre faktorovú analýzu a následne je vhodné otestovať nulovú hypotézu. Vychádza sa z toho, že korelačná matica daných premenných je jednotková t.j., že na diagonále výberovej korelačnej matice sa zobrazia jednotky alebo nuly. To znamená, že ak korelačné koeficienty medzi premennými sú nulové, tak nie je splnený základný predpoklad pre použitie faktorovej analýzy. Ak túto nulovú hypotézu zamietneme, má faktorová analýza zmysel. Pre test tejto nulovej hypotézy sa používa Bartlettov test sféricity.

Pri dostatočne veľkom počte pozorovaní dochádza k zamietnutiu nulovej hypotézy aj pri relatívne malých korelačných kurzoch medzi premennými. Preto je vhodnejšie používať koeficient KMO – **Kaiser-Meyer-Olkinovu** mieru adekvátnych údajov. Vedie k tomu aj skutočnosť, že okrem celkového koeficientu KMO máme možnosť spočítať KMO aj pre jednotlivé premenné – ukazovatele, t.j. nielen pre všetky korelačné koeficienty, ale tiež pre korelačné koeficienty s danou premennou.

Hodnota KMO sa vypočíta podľa vzťahu:

$$KMO = \frac{\sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^p r_{ij}^2}{\sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^p r_{ij}^2 + \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^p a_{ij}^2}$$

Kde:

- r_{ij} = realizácia výberového korelačného koeficientu,
- X_i a X_j , a_{ij} = výberový parciálny korelačný koeficient veličín X_i a X_j pri pevne daných realizáciách veličín. (Ajvazjan a kol., 1981).
- **Kaiser-Meyer-Olkinova** miera adekvátnych údajov nadobúda hodnoty medzi 0 a 1. Závisí to od výberových parciálnych korelačných koeficientov a_{ij} .
- Ak, $a_{ij} \cong 0$, potom $KMO \cong 1$ a naopak.

- **Kaiser-Meyer-Olkinovu** mieru adekvátnych údajov pre jednotlivé ukazovatele nachádzame v Tabuľke „*Anti-image Correlation*“, t.j. v matici záporných parciálnych korelačných koeficientov. KMO jednotlivých premenných sú uvedené na diagonále tejto matice.
- Koeficient KMO môže teoreticky nadobúdať hodnoty medzi 0 a 1. To preto, že je daný podielom súčtu druhých mocnín korelačných koeficientov k súčtu druhých mocnín korelačných a parciálnych koeficientov. Pre hodnoty KMO platí nasledujúca tabuľka:

Tabuľka 1 Hodnotenie koeficientu KMO

KMO	Hodnotenie KMO
0,9 – 1	vynikajúci
0,8 - 0,9	vysoký
0,7 - 0,8	stredný
0,6 - 0,7	nízky
0,5 - 0,6	špatný
Do 0,5	FA nemá zmysel

Zdroj: http://userweb.pedf.cuni.cz/kpsp/skalouda/fa/zakl_pojmy.htm

Na nasledujúcich tabuľkách si ukážeme aký algoritmus krokov vo faktorovej analýze je možné použiť.

Tabuľka 2 Základná korelačná matica

	O- 7	O- 8	O- 9	O- 10	O- 11	O- 12	O- 13	O- 14	O- 15	O- 16	O- 17	O- 18	O- 19	O- 20	O- 21
O- 7	1,000	,101	,109	-,035	,017	,286	,248	-,072	-,284	-,384	-,026	,115	,000	,109	-,035
O- 8	,101	1,000	,288	-,042	,022	-,167	-,015	-,023	,077	-,223	,100	-,057	-,192	,288	-,042
O- 9	,109	,288	1,000	-,276	-,132	-,240	-,294	-,169	-,098	-,243	-,200	-,278	-,043	1,000	-,276
O- 10	-,035	-,042	-,276	1,000	-,140	,278	,288	,199	,282	-,026	,211	,152	,036	-,276	1,000
O- 11	,017	,022	-,132	-,140	1,000	-,012	,180	,070	-,064	-,288	-,159	-,051	-,141	-,132	-,140
O- 12	,286	-,167	-,240	,278	-,012	1,000	,288	,306	-,079	-,306	,070	,152	,165	-,240	,278
O- 13	,248	-,015	-,294	,288	,180	,288	1,000	,191	-,055	-,306	,163	,231	-,068	-,294	,288
O- 14	-,072	-,023	-,169	,199	,070	,306	,191	1,000	,191	-,158	,141	,025	,007	-,169	,199
O- 15	-,284	,077	-,098	,282	-,064	-,079	-,055	,191	1,000	,137	,407	,270	,068	-,098	,282
O- 16	-,384	-,223	-,243	-,026	-,288	-,306	-,306	-,158	,137	1,000	,141	,160	,050	-,243	-,026
O- 17	-,026	,100	-,200	,211	-,159	,070	,163	,141	,407	,141	1,000	,317	-,141	-,200	,211
O- 18	,115	-,057	-,278	,152	-,051	,152	,231	,025	,270	,160	,317	1,000	,031	-,278	,152
O- 19	,000	-,192	-,043	,036	-,141	,165	-,068	,007	,068	,050	-,141	,031	1,000	-,043	,036
O- 20	-,035	-,042	-,276	-,141	-,140	,278	,288	,199	,282	-,026	,211	,152	,036	1,000	-,141
O- 21	-,072	-,023	-,169	,199	,070	,306	,191	-,141	,191	-,158	,141	,025	,007	-,169	1,000

Interpretácia:

- Z tabuľky je možné vyčítať, že základná korelačná matica je jednotková, čo nás oprávňuje použiť faktorovú analýzu,
- Na diagonále korelačnej matice sa nachádzajú jednotky.

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 1**

Tabuľka 3 Vhodnosť použitia faktorovej analýzy, realizácia výberovej korelačnej matice R

	O- 7	O- 8	O- 9	O- 10	O- 11	O- 12	O- 13	O- 14	O- 15	O- 16	O- 17	O- 18	O- 19	O- 20	O- 21
O- 7	,880	-,053	-,056	,039	,053	-,116	-,074	,105	,161	,157	-,043	-,142	-,019	-,056	,161
O- 8	-,053	,642	-,126	-,017	,005	,120	,014	-,005	-,049	,121	-,093	,002	,111	-,126	-,049
O- 9	-,056	-,126	,815	,110	,183	,121	,146	,047	-,027	,189	,066	,077	,016	,815	-,027
O- 10	,039	-,017	,110	,822	,157	-,125	-,157	-,011	-,178	,017	,012	,040	,029	,110	-,178
O- 11	,053	,005	,183	,157	,858	,071	-,074	-,020	-,045	,193	,126	-,001	,116	,183	-,045
O- 12	-,116	,120	,121	-,125	,071	,812	,017	-,180	,097	,171	-,045	-,079	-,121	,121	,097
O- 13	-,074	,014	,146	-,157	-,074	,017	,845	-,063	,110	,161	-,091	-,132	,026	,146	,110
O- 14	,105	-,005	,047	-,011	-,020	-,180	-,063	,803	-,116	,064	-,035	,068	,026	,047	-,116
O- 15	,161	-,049	-,027	-,178	-,045	,097	,110	-,116	,817	,040	-,227	-,175	-,120	-,027	,817
O- 16	,157	,121	,189	,017	,193	,171	,161	,064	,040	,821	-,067	-,124	-,014	,189	,040
O- 17	-,043	-,093	,066	,012	,126	-,045	-,091	-,035	-,227	-,067	,781	-,089	,160	,066	-,227
O- 18	-,142	,002	,077	,040	-,001	-,079	-,132	,068	-,175	-,124	-,089	,792	-,007	,077	-,175
O- 19	,039	-,017	,110	,722	,157	-,125	-,157	-,011	-,178	,017	,012	,040	,829	,110	-,178
O- 20	,053	,005	,183	,157	,858	,071	-,074	-,020	-,045	,193	,126	-,001	,116	,883	-,045
O- 21	-,019	,111	,016	,029	,116	-,121	,026	,026	-,120	-,014	,160	-,007	,869	,016	-,820

Interpretácia:

- Táto tabuľka nás informuje, že všetky hodnoty KMO (**Kaiser-Meyer-Olkinova štatistiky**) pre jednotlivé pozorované premenné ležiace na diagonále sú väčšie než 0,5 a menšie než 1. 12 premenných z celkového počtu 15 premenných ich vykazuje nad hodnotu 0,8, čo znamená vysokú užitočnosť aplikácie faktorovej analýzy. Hodnoty ležiace na diagonále takzvané diagonálne prvky tejto matice sú komunality príslušných premenných. Pod pojmom *komunalita* – rozumieme časť rozptylu pripadajúceho na spoločný faktor. (Chajdiak a kol., 1981).
- Jedna premenná a to 8 vykazuje hodnotu 0,64, čo podľa klasifikačnej stupnice môžeme hodnotiť ako nízku užitočnosť použitia faktorovej analýzy ale aj tá podľa hodnotenia KMO je vhodná pre naše dáta. Premenné 17 a 18 vykazujú hodnoty 0,78 a 0,79, ktoré hodnotíme ako stredný stupeň užitočnosti použitia faktorovej analýzy.
- Možné skonštatovanie, faktorová analýza je vhodná pre uvedené údaje.

Ďalším krokom je zistenie „*Eigenvalue*“ – vlastného čísla realizovanej korelačnej matice R, aby sme určili počet faktorov stojacich v pozadí to znamená, že znížime celkový počet 15 premenných na taký počet, aby sme nenarušili zámer prieskumu a zároveň zjednodušili analýzu s premennými. Pre stanovenie počtu nových premenných – faktorov môžeme použiť porovnávanie rozptylu faktorov s rozptylom manifestných premenných (tzv. Kaiserovo pravidlo). Pretože manifestné premenné sú štandardizované, porovnávame rozptyl faktorov s hodnotou 1. Do faktorovej analýzy sú zahrnuté tie faktory, ktorých rozptyl je väčší ako 1. Ak analyzujeme kovariančnú maticu, neuvažujeme tie hlavné komponenty, ktorých rozptyl je menší ako priemerná hodnota z rozptylov všetkých faktorov. Na tomto mieste je pre úplnosť potrebné poznamenať, že rozptyl faktora sa dá matematicky určiť ako vlastné číslo kovariančnej, či korelačnej matice.

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 1**

Tabuľka 4 Vlastné čísla realizácie výberovej korelačnej matice R

Faktor	Vlastné číslo	%	kumulatívne %
1	4,639	28,996	28,996
2	2,365	14,780	43,777
3	2,030	12,690	56,467
4	1,710	10,687	67,154
5	1,117	6,981	74,135

Interpretácia:

- Podľa Kaiserovho kritéria za R zvolíme počet „*vlastných čísel*“ – Eigenvalue realizácie matice **R**, ktoré sú väčšie ako 1, pretože požiadavkám jednoduchej štruktúry sa najviac približuje metóda normalizovanej varimax rotácie navrhnutá H. F. Kaiserom. Táto metóda volí transformačnú maticu takú, aby súčet rozptylov druhých mocnín faktorových záťaží v jednotlivých stĺpcoch bol čo najväčší. Spodná hranica kumulatívne nesmie klesnúť pod 75% celkového rozptylu.
- Takže, keď sa pozrieme do tabuľky 4 vidíme, že takýchto vlastných čísel je päť. Týchto 5 vlastných čísel vysvetľuje kumulatívne cez 83 % celkového rozptylu, čím je splnené aj ďalšie kritérium.
- Prvý spoločný faktor vysvetľuje 32,82% rozptylu alebo variability obsiahnuté v pätnástich sledovaných premenných, druhý 20,734% , tretí 13, 619%, štvrtý 8, 949% a piaty faktor vysvetľuje 7,254% rozptylu. Celkové percento vysvetleného rozptylu je 83,383%.

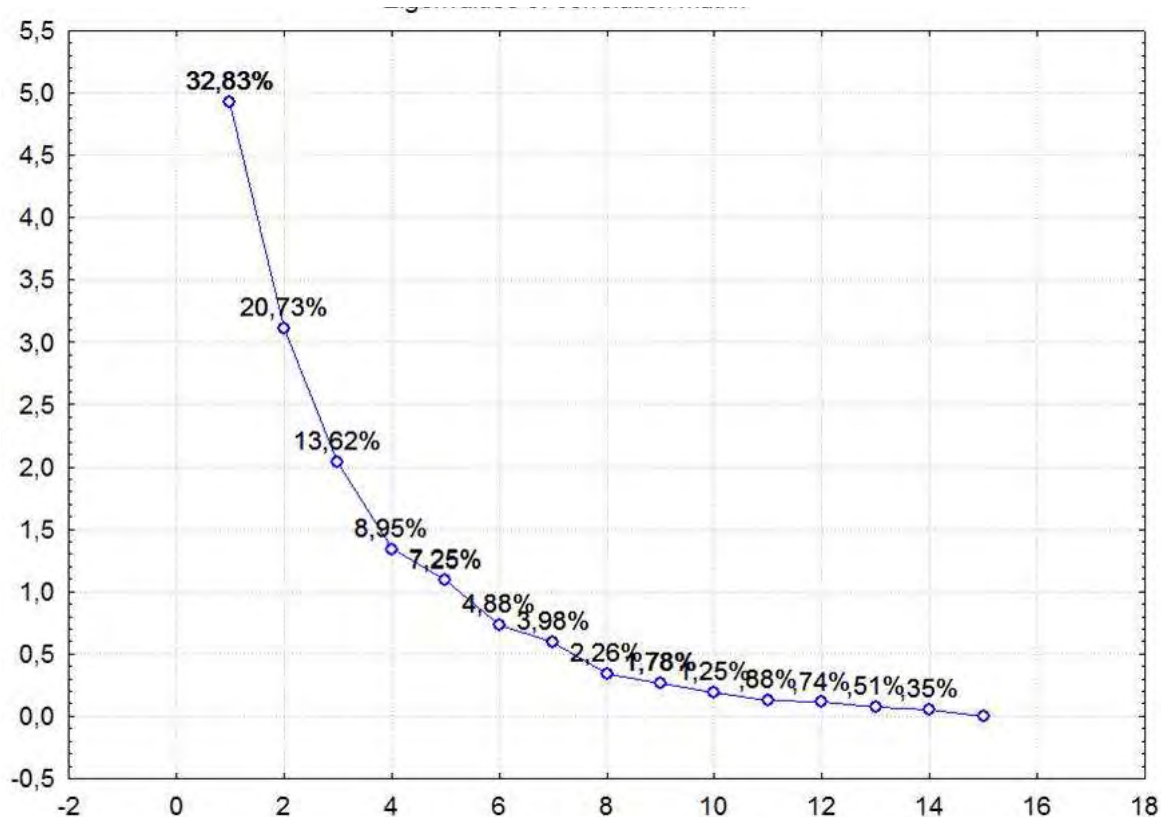
Tabuľka 5 Odhad matice rotovaných záťaží

Indikátor	Faktor				
	1	2	3	4	5
ot7	,777	-,013	-,053	-,127	,051
ot 8	,103	,013	,809	,121	,005
ot 9	,025	-,081	-,050	,833	-,494
ot 10	,001	,119	,078	,958	-,098
ot 11	-,135	-,013	,085	,122	,325
ot 12	,097	-,098	,044	,135	,986
ot 13	-,046	,467	,720	-,001	,003
ot 14	,074	-,809	,101	,070	,041
ot 15	,253	-,640	,055	,060	,016
ot 16	,002	-,414	-,011	,126	,008
ot16	-,145	-,117	-,225	-,231	-,174
ot 17	-,088	,034	-,034	,336	,085
ot 18	-,046	,967	-,020	-,801	,003
ot 19	,074	,709	,201	,070	,041
ot 20	,253	,840	,055	,060	,016
ot 21	,253	-,040	,055	,060	,016

Interpretácia:

- Z tabuľky vidíme, že faktor F1: vysoko koreluje s premennou 7; faktor F2: koreluje s premennými 14, 15, 18, 19 a 20; faktor F3: koreluje s premennými 8 a 13; faktor F4 s premennými 9, 10, 18 a faktor F5 má vysoké korelácie s premennou 12.
- Po rotácii pripadá na prvý faktor 4,302 celkového rozptylu, čo pri 15 uvažovaných premenných je 28,684%. Na druhý faktor pripadá 2,829 celkového rozptylu, čo predstavuje 18,863%. Na tretí faktor pripadá 2,041 celkového rozptylu, čo predstavuje 13,609%. Na štvrtý faktor pripadá 1,949 celkového rozptylu, čo predstavuje 12,998%. Na piaty faktor pripadá 1,384 celkového rozptylu, čo predstavuje 9,22%.

Pre vizuálnu predstavu je vhodné stanoviť nové premenné pomocou grafického vyjadrenia. Grafickou metódou pre stanovenie počtu faktorov je sutinový graf, známy tiež ako scree plot. Jedná sa vlastne o graf „vlastných čísel“ (rozptylov) všetkých faktorov.



Graf 1 Sutinový graf – korelačná matica

Interpretácia:

Krivka grafu má klesajúci priebeh, hranicu oddeľujúcu vhodný počet faktorov nachádzame tam, kde vidíme najvyšší pokles vlastných čísel medzi dvoma faktormi graficky znázornený zlomom. V našom prípade vidíme, že zlom sa nachádza na 5. premennej s hodnotou 7,25% to znamená, že volíme 5 faktorov, ktoré spĺňajú podmienky použitia faktorovej analýzy.

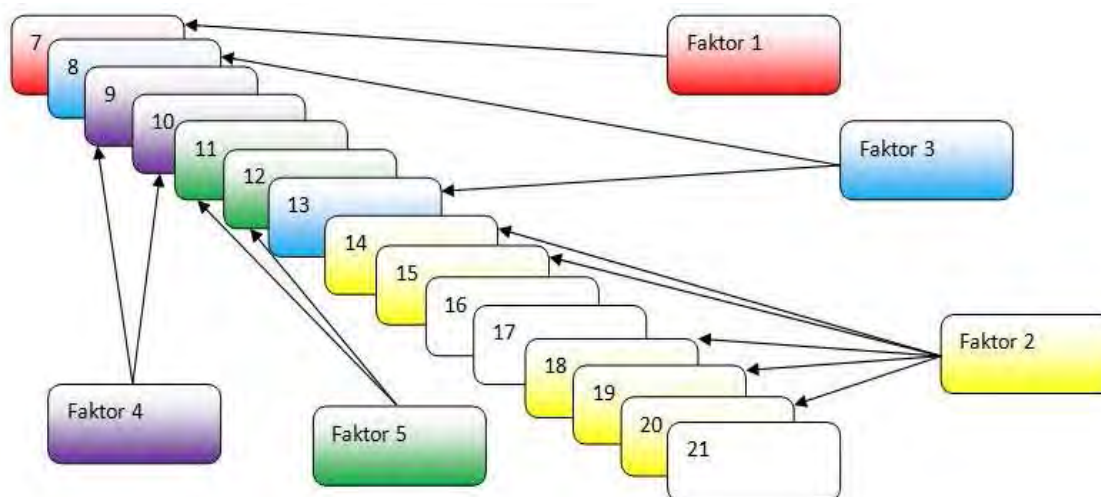
Ďalej aplikujeme metódu rotácie faktorov, zvolíme si metódu varimax. Pojem rotácie úzko súvisí s predstavou jednoduchšej štruktúry matice faktorových záťaží. Matice faktorových záťaží má jednoduchú štruktúru keď:

- každý riadok obsahuje najmenej jednu záťaž blízku nule,

- každý stĺpec obsahuje najmenej toľko malých zátŕaží, koľko je faktorov,
- pre každú dvojicu stĺpcov existuje aspoň toľko dvojíc premenných, z ktorých jedna má malú zátŕaž u jedného faktora a druhá veľkú zátŕaž u druhého faktora, koľko je spoločných faktorov.
- Táto definícia jednoduchej štruktúry matice zátŕažou nie je presná, pretože v nej nie je špecifikované, čo je to faktorová zátŕaž blízka nule, malá a veľká. Takto chápaná definícia pre náš účely úplne postačuje. Ak by sme sa pohybovali v teoretickej rovine, museli by byť výrazy „blízka nule“ a „malá“ nahradené slovom „nulová“ a výraz „veľká“ slovom nenulová. V praxi ale ťažko získame nulové faktorovej zátŕaže.

Pre faktorovú zátŕaž budeme brať v úvahu absolútne hodnoty menšie než 0,3 ako „blízke nule“ a za "veľké" uvažovať faktorové zátŕaže v absolútnej hodnote väčšie ako 0,5. Faktorová zátŕaž rovná 1 znamená, že daná premenná je úplne nasýtená daným faktorom, t.j. ide o faktorovo čistú premennú. Faktorová zátŕaž rovná 0 ukazuje, že premenná nie je daným faktorom vôbec dotknutá. (Hebák, 2005).

Na základe Sutinového grafu, ktorý vybral päť faktorov pomenujeme nové premenné. Pri pomenovaní nových premenných, ktoré budú nosné pre ďalšiu analýzu vychádzame z určenia nových premenných.



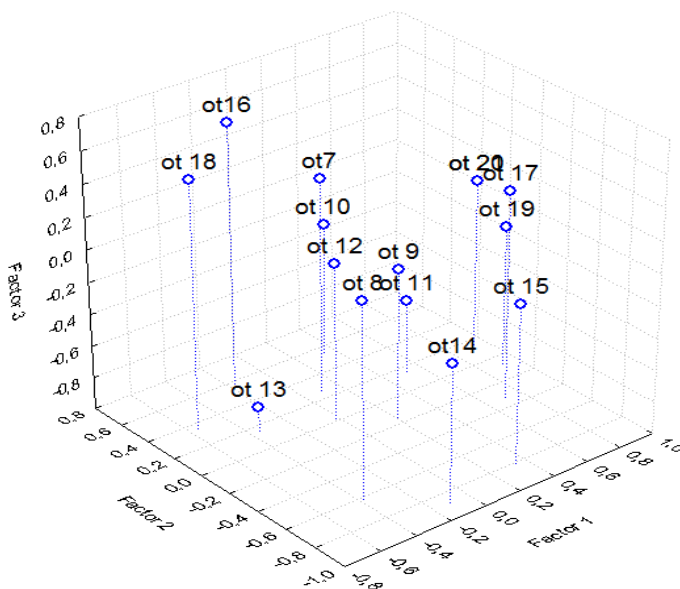
Graf 2 Nové latentné premenné

Tabuľka 6 Vlastné čísla realizácie výberovej korelačnej matice R

Faktor	Vlastné číslo			Zátŕaže			Rotacia		
	Hodnota	%	Kumulatívne %	Hodnota	%	Kumulatívne %	Hodnota	%	Kumulatívne %
1	2,438	18,755	18,755	2,438	18,755	18,755	1,941	14,929	14,929
2	2,098	16,141	34,896	2,098	16,141	34,896	1,902	14,628	29,557
3	1,499	11,531	46,427	1,499	11,531	46,427	1,659	12,763	42,320
4	1,242	9,556	55,984	1,242	9,556	55,984	1,606	12,351	54,671
5	1,175	9,041	65,025	1,175	9,041	65,025	1,346	10,355	65,025

Interpretácia:

Na základe vysokých korelácií faktorov s ostatnými premennými po rotácii vytvárajú sa nasledovné väzby:



Graf 3 Vzťah premenných F1, F2, F3

Graf predstavuje pôsobenie jednotlivých faktorov pre dané premenné/otázky. To znamená, čím vyššiu hodnotu nadobúda daná premenná v tomto prípade indikátor 16, ktorej hodnota na osi „z“ je približne 0,8, tým väčší vplyv je danej premennej na faktor 3, na druhej strane tá istá premenná má vysokú hodnotu aj pre faktor 2 – hodnota 0,6, ale pre faktor 1 je hodnota tretej súradnice iba 0,2. To znamená, že jednotlivé premenné pôsobia na dané faktory uvedenými váhami.

Ďalším krokom je určenie reziduálneho korelačného koeficientu, ktorý je daný rozdielom medzi pozorovaným a reprodukovaným korelačným koeficientom. Ak nájdené faktory dobre vysvetľujú korelácie medzi manifestnými premennými, mali by byť reziduálne korelačné koeficienty malé, v ideálnom prípade nulové. Skontrolujeme, či všetky rezídua sú menšie než 0,1 a ak nie, či vytvárajú zhľuky.

Interpretácia:

- Z reziduálnej korelačnej matice vidíme, že rezídua niektorých premenných vo vzťahu k iným premenným nadobúdajú hodnoty nad 0,1, ale nevytvárajú zhľuky, sú v tabuľke roztrúsené je predpoklad, že ak by sme zvolili inú metódu extrakcie faktorov by mohli nadobudnúť iné hodnoty. Ak z tabuľky by bolo zrejmé, že rezídua premenných by vytvárali zhľuky, dávalo by to predpoklad pre vytvorenie ďalších možných premenných.
- Hraničné hodnoty korelačného koeficientu sú v rozsahu od -1 do 1. Všetky záporné parciálne korelačné koeficienty sa pohybujú v rozpätí od -0,09 po hodnotu -0,62 sú malé a teda prípustné.

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 1**

Tabuľka 7 Realizácia reziduálnej korelačnej matice R.

	ot7	ot 8	ot 9	ot 10	ot 11	ot 12	ot 13	ot 14	ot 15	ot 16	ot16	ot 17	ot 18	ot 19	ot 20	ot 21
ot 21	,635	,037	-,085	-,323	-,514	-,023	,358	-,448	,876	,070	-,469	-,311	,358	-,448	,876	,876 ^a
ot7		-,128	-,212	,215	-,072	,246	-,146	,057	-,034	,180	,249	-,101	-,146	,057	-,034	-
ot 8	-,128		,435	,038	,110	,141	-,003	-,250	,002	,116	-,117	,441	-,003	-,250	,002	,002
ot 9	-,212	,435		-,047	-,127	-,262	-,066	-,089	,054	-,337	,019	,077	-,066	-,089	,054	,054
ot 10	,215	,038	-,047		-,087	,176	,120	-,004	-,004	,092	,052	-,129	,120	-,004	-,004	-
ot 11	-,072	,110	-,127	-,087		,015	,059	-,125	,061	,237	-,044	-,034	,059	-,125	,061	,061
ot 12	,246	,141	-,262	,176	,015		-,226	-,156	-,005	,200	,131	,038	-,226	-,156	-,005	-
ot 13	-,146	-,003	-,066	,120	,059	-,226		,088	-,153	-,112	-,119	,084	,854	,088	-,153	,153
ot 14	,057	-,250	-,089	-,004	-,125	-,156	,088		,146	-,237	-,157	-,269	,088	,770	,146	,146
ot 15	-,034	,002	,054	-,004	,061	-,005	-,153	,146		-,044	,058	-,005	-,153	,146	,124	,124
ot 16	,180	,116	-,337	,092	,237	,200	-,112	-,237	-,044		,058	,169	-,112	-,237	-,044	-
ot16	,249	-,117	,019	,052	-,044	,131	-,119	-,157	,058	,058		,057	-,119	-,157	,058	,058
ot 17	-,101	,441	,077	-,129	-,034	,038	,084	-,269	-,005	,169	,057		,084	-,269	-,005	-
ot 18	-,146	-,003	-,066	,120	,059	-,226	,854	,088	-,153	-,112	-,119	,084		,088	-,153	,153
ot 19	,057	-,250	-,089	-,004	-,125	-,156	,088	,770	,146	-,237	-,157	-,269	,088		,146	,146
ot 20	-,034	,002	,054	-,004	,061	-,005	-,153	,146	,124	-,044	,058	-,005	-,153	,146		,124
ot 21	-,034	,002	,054	-,004	,061	-,005	-,153	,146	,124	-,044	,058	-,005	-,153	,146	,124	

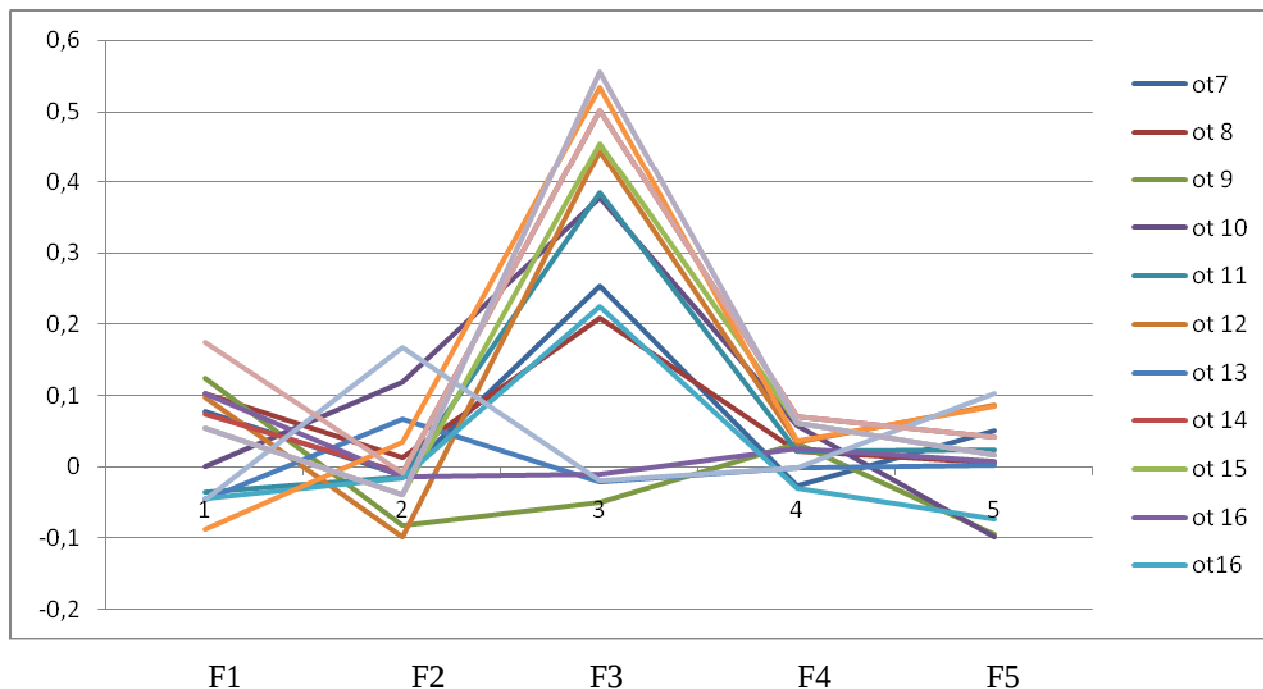
Posledným záverečným krokom faktorovej analýzy je odhad faktorového skóre vybraných premenných, t.j. stanovenie hodnoty spoločných faktorov F1 – F5.

Tabuľka 8 Odhad faktorového skóre

	Faktor				
	1	2	3	4	5
ot7	0,077	-0,013	0,253	-0,027	0,051
ot 8	0,103	0,013	0,209	0,021	0,005
ot 9	0,125	-0,081	-0,05	0,033	-0,094
ot 10	0,001	0,119	0,378	0,058	-0,098
ot 11	-0,035	-0,013	0,385	0,022	0,025
ot 12	0,097	-0,098	0,444	0,035	0,086
ot 13	-0,046	0,067	-0,02	-0,001	0,003
ot 14	0,074	-0,009	0,501	0,07	0,041
ot 15	0,053	-0,04	0,455	0,06	0,016
ot 16	0,102	-0,014	-0,011	0,026	0,008
ot16	-0,045	-0,017	0,225	-0,031	-0,074
ot 17	-0,088	0,034	0,534	0,036	0,085
ot 18	-0,046	0,167	-0,02	-0,001	0,103
ot 19	0,174	-0,009	0,501	0,07	0,041
ot 20	0,053	-0,04	0,555	0,06	0,016
ot 21	0,053	-0,04	0,555	0,06	0,016

Interpretácia:

- Údaje v tabuľke prezentujú faktorové skóre premenných, ktoré na základe relevantných údajov program vygeneroval. Odhad faktorového skóre si pre danú premennú môžeme predstaviť ako súradnice tejto premennej v R rozmernom priestore.



Graf 4 Spojnicový graf faktorového skóre pre desať zvolených objektov

Interpretácia:

- Zo spojnicového grafu vidíme, že zhodne všetky objekty majú nízke skóre v oblasti F1 a F5 s miernym nárastom pre F2 a F4 a vysoké skóre pre oblasť F3.

ZÁVER

Zhodnotenie nájdenej spoločnej faktorov:

Pomocou metódy hlavných komponentov sa riešil problém hľadania a definovania v pozadí stojacich spoločných faktorov vysvetľujúcich stanovených premenných. Primárna funkcia faktorovej analýzy je teda redukcia premenných. Tú je možné uskutočniť len za podmienky vzájomných závislostí premenných a predpokladu, že tieto závislosti sú dôsledkom pôsobenia určitého menšieho počtu v pozadí stojacich nemerateľných veličín. Výstupom hodnotenia sú zistenia, resp. potvrdenia vzájomných pôsobení jednotlivých prvkov.

LITERATÚRA

1. BUDÍKOVÁ, M., KOUTKOVÁ, H., PORTEŠOVÁ, Š. 2005. *Faktorová analýza testu S. Harterové*. In Sborník 4.matematického workshopu. FAST VUT, BRNO : Vysoké učení technické, Brno, 2005. od s. 12-24, 12 s. ISBN 80-214-2998-4. GP406/02/D143, projekt VaV. MSM0021622406, záměr.

2. HEBÁK, P. 2005. *Vícerozměrné statistické metody* 3. Praha: Informatorium, 2005. ISBN 80-7333 039-3.
3. HENDL, J. 2004. *Přehled Statistických metod zpracování dat*. Jan Hend-
Vyd. 1.-Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8820-1.
4. MELOUN, M., MILITSKÝ, J. 2005. *Počítačová analýza vícerozměrných dat
v příkladech*. Praha : ACADEMIA, 2005. ISBN 80-200-1335-0.
5. STATISTICA for Windows. StatSoft, Inc. 2001.

Kontakt

PhDr. Katarína VALACHOVÁ SUBYOVÁ
doc. PaedDr. Ing. Miroslav PALUN, PhD., MHA
VŠ ZaSP, Ústav sv. Cyrila a Metoda, Nám. SNP 200/14, 958 01 Partizanske
E-mail: mpalun@gmail.com

ZAMESTNANOSŤ A ZAMESTNATEĽNOSŤ ABSOLVENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE NA SLOVENSKU

SOCIAL WORK GRADUATES EMPLOYMENT AND EMPLOYABILITY IN SLOVAKIA

¹ Mališková, Z., ¹ Mátel, A., ² Hetteš, M.

¹ *Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre*

² *Vysokej škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave*

Abstrakt

V súčasnosti neustále narastá podiel sociálnej práce na celkovej zamestnanosti v Európe. Slovensko patrí ku krajinám s veľmi vysokým podielom absolventov vysokoškolského štúdia v odbore sociálna práca. Príspevok uvádza parciálne výsledky výskumov uplatnenia absolventov dennej formy štúdia sociálnej práce na vybraných verejných školách v SR a identifikuje rizikové a protektívne faktory zamestnanosti týchto absolventov. Súčasná slovenská situácia na trhu práce nie je plne v súlade s globálnym trendom vyššieho dopytu oproti nižšej kapacity sociálnych pracovníkov.

Kľúčové slová: absolventi, sociálna práca, vzdelávanie, zamestnanosť, zamestnatelnosť

Abstract

At present time is continually grows social work share on the whole employment in Europe. Slovakia belongs among the countries with very high proportion of from social work graduates. The article presents partial outcomes of social work graduates work application researches from selected public school in the Slovak Republic and identifies risk and protective factors of employability of these graduates. Current Slovak situation in labour market is not fully in harmony with global trend of higher demand to insufficient social workers capacity.

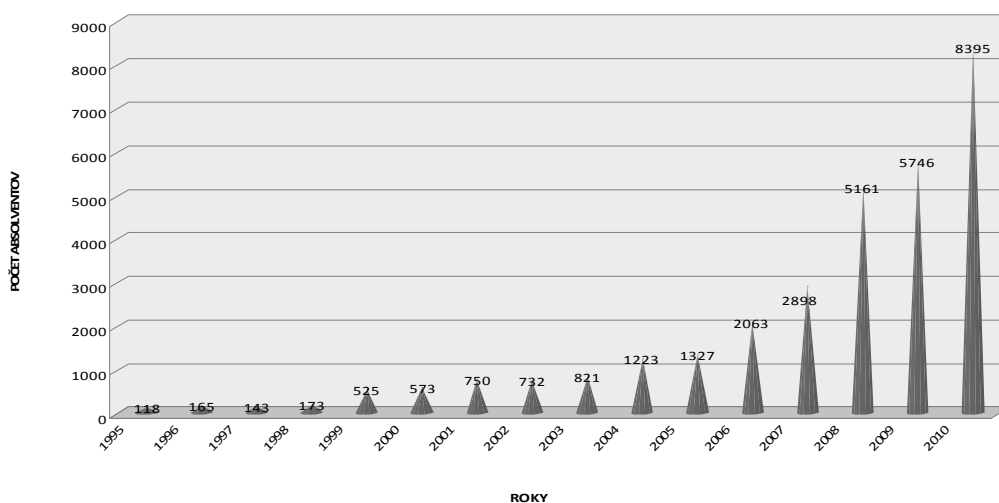
Key words: graduates, social work, education, employment, employability

ÚVOD

Profesia a povolanie sociálneho pracovníka vyžaduje náležitú odbornú prípravu. Podľa Payna (2005, s. 227) vzdelávanie v sociálnej práci sa vynorilo z raných agentúr sociálnej práce ako súčasť vzdelávacích systémov tých krajín, kde sa sociálna práca začala etablovať. Vzdelávanie sa preto objavilo v rozličných organizáciách a bolo vybudované rozličnými cestami v rozličných krajinách. Od 90. rokov 20. stor. sa rozvinulo vzdelávanie v sociálnej práci aj v postkomunistických krajinách strednej a východnej Európy adaptáciou konvenčných Západných modelov ako súčasť procesu rozvoja profesie sociálna práca. V týchto krajinách – vrátane Slovenska – bolo vzdelávanie v sociálnej práci použité ako súčasť utvárania nových demokratických foriem vlády.

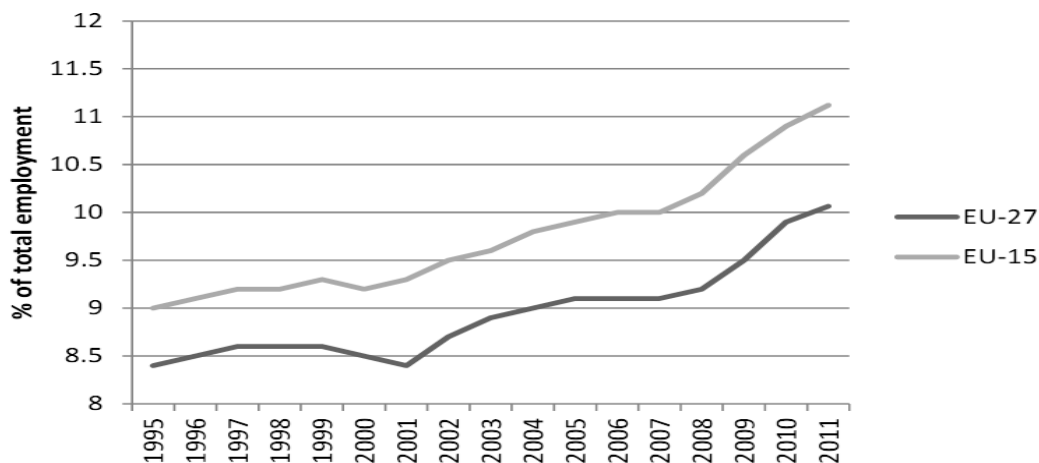
Vzdelávaniu bola v posledných dvoch desaťročiach venovaná na Slovensku zvýšená pozornosť. Podľa Schavela (In Kodymová, Šámalová, 2012) záujem o štúdium v študijnom odbore sociálna práca prevažoval na Slovensku od začiatku kapacitnej možnosti škôl, počet študentov na univerzitách a vysokých školách bol vysoký a motivácia pre štúdium rôzna. Ďalšou okolnosťou, ktorá ovplyvnila zvýšený záujem najmä už zamestnaných uchádzačov o štúdium sociálnej práce bola skutočnosť vyplývajúca zo zákona NR SR č. 312/2001 Z. z. o štátnej službe, podľa ktorého, zamestnanec štátnej správy musel v rámci výkonu svojich odborných činností spĺňať minimálnu podmienku ukončeného prvého stupňa vysokoškolského štúdia. V tomto prípade išlo najmä o zamestnancov okresných úradov, neskôr úradov práce, sociálnych vecí a rodiny s podmienkou začať študovať v zmysle vyššie uvedeného zákona do konca roku 2005. Záujem začať študovať tento odbor prejavili aj iné cieľové skupiny ako napr. zamestnanci policajného zboru, trestnej justície, colných úradov, sociálnej poisťovne, samosprávy miest a obcí ako aj podnikatelia, bankovní úradníci, zamestnanci súkromných firiem najmä na úseku personálnych vecí a pod. Na tento mimoriadny záujem začali reagovať aj vzdelávacie inštitúcie na Slovensku svojimi ponukami prostredníctvom akreditovaného vzdelávacieho programu. V súčasnosti je študijný program sociálna práca akreditovaný na 11 slovenských vysokých školách a 19 fakultách. Počet absolventov je každoročne veľmi vysoký (pozri graf 1).

Graf 1: Absolventi Bc. a Mgr. štúdia v odbore sociálna práca (roky 1995-2010)



Zdroj : Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR (2011, In Schavel, Matulayová, 2012, s. 12)

Graf 2: Podiel zdravotníctva a sociálnej práce na celkovej zamestnanosti



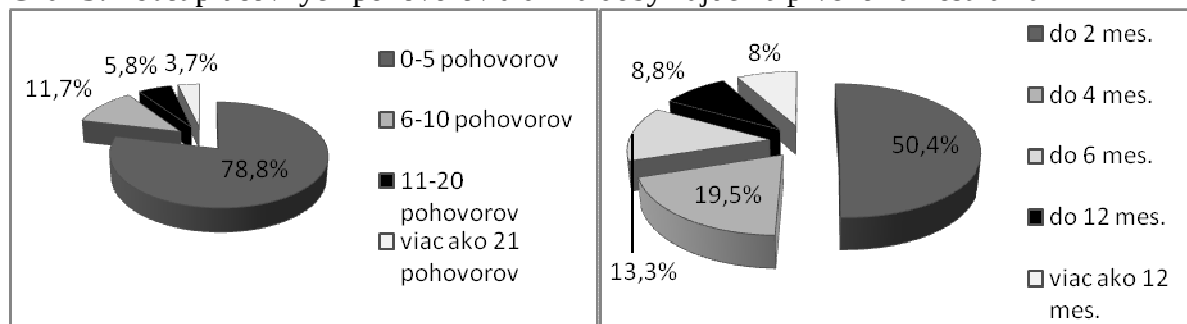
Zdroj: EU Unemployment Rate (2013: 55)

Z medzinárodného hľadiska patrí sociálna práca v súčasnosti v Európe aj mimo nej medzi žiaduce povolania. Neustále rastie jej podiel na celkovom zamestnaní. Napriek prebiehajúcej kríze počet ľudí v tejto profesii neklesol, čo názorne vyjadruje aj graf č. 2 (EU Unemployment Rate, 2013, s. 56). Sociálna práca nie je ohrozovaná zánikom, zásadnou reformou na trhu práce. Keďže podľa medzinárodných skúseností ponúka rad možností, ktoré nie všetky sa využívajú, jestvuje obrovský potenciál v oblasti zamestnanosti (SocialWorkers, 2013).

PRIESKUM UPLATNENIA ABSOLVENTOV NA SLOVENSKU

Na Katedre sociálnej práce a sociálnych vied Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa (UKF) v Nitre prebiehal v akademickom roku 2012/2013 v rámci záverečných prác študentov prieskum týkajúci sa zamestnanosti absolventov denného magisterského štúdia (por. Forrová, 2013; Pekarovičová, 2013). Prieskumu sa zúčastnili absolventi denného magisterského štúdia končiaci v rokoch 2008-2011 na UKF v Nitre, Univerzite Komenského v Bratislave a Katolíckej univerzite v Ružomberku. Informácie o absolventoch boli získané z informačných systémov vysokých škôl, následne boli absolventi oslovení prostredníctvom elektronických komunikačných prostriedkov. Celkový počet respondentov bol 137, z toho 87,6% tvorili ženy. Prieskum malexploračný charakter, výskumným nástrojom bol dotazník.

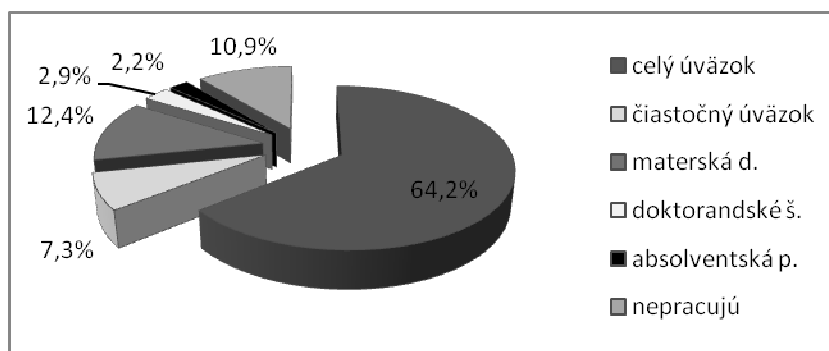
Graf 3: Počet pracovných pohovorov a dĺžka doby nájdenia prvého zamestnania



Zdroj: Autori

Najviac absolventov denného magisterského štúdia (50,4%) sa zamestnal **do 2 mesiacov** od ukončenia štúdia, rovnako najviac respondentov absolvovalo iba 0-5 pohovorov (78,8%). Viacerých z týchto absolventov (14,6% z celkovej vzorky) prijali na miesta, **kde praxovali alebo robili dobrovoľníkov počas štúdia**. Druhou najviac zastúpenou kategóriou bola skupina respondentov, ktorá sa zamestnala do 4 mesiacov (19,5%) a skupina, ktorá sa zúčastnila 6-10 pohovorov (11,7%). Najmenej absolventov (3,7%) muselo absolvovať viac ako 21 pohovorov, kým si našli svoje prvé zamestnanie, 8% respondentov trvalo viac ako 12 mesiacov, kým sa zamestnali.

Graf 4: Súčasná zamestnanosť absolventov



Zdroj: Autori

Z absolventov, ktorí sa zúčastnili prieskumu 10,9% nepracuje. Na celý úväzok (plný pracovný pomer) pracuje 64,2%, na čiastočný úväzok 7,3%. Ostatní absolventi sú na absolventskej praxi (2,2%), materskej dovolenke (12,4%) alebo pokračujú v doktorandskom štúdiu (2,9%).

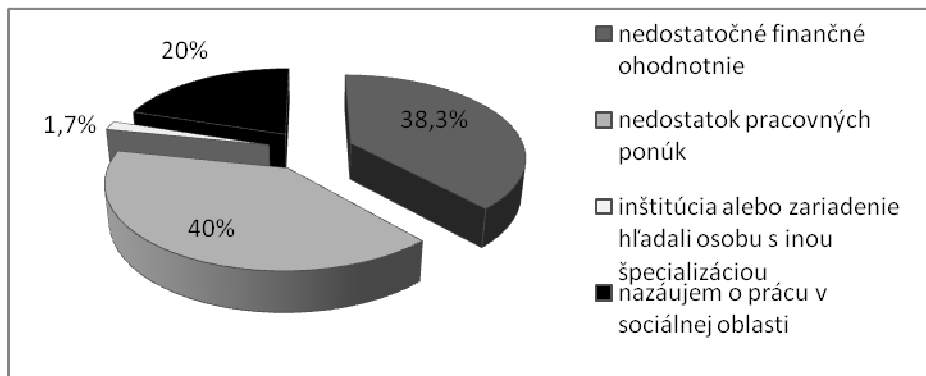
Najviac absolventov, ktorí sú v súčasnosti zamestnaní, pracuje vo verejnom sektore (52,7%). V neziskovom sektore našlo uplatnenie 16,4% respondentov, v podnikateľskom sektore 30,9%. Napriek tomu, že respondentmi boli študenti sociálnej práce, **v sociálnej oblasti pracuje 57,5%** z nich. Najviac z nich pracuje s nezamestnanými (27,7%) a s osobami s ťažkým zdravotným postihnutím (16,9%). S akými inými cieľovými skupinami pracujú ostatní absolventi, možno vidieť v tabuľke 1.

Tabuľka 1: „Cieľové skupiny“ s ktorými pracujú absolventi

Nezamestnaní	27,7%	Rómovia	4,6%
Osoby ŤZP	16,9%	Žiadatelia o azyl, azylanti	3,1%
Rodina	7,7%	Osoby pracujúce v sexbiznise	3,1%
Seniori	7,7%	Týrané a zanedbávané osoby	3,1%
Užívatelia drog	7,7%	Veda a výskum	3,1%
Administratívna práca	6,1%	Deti a mládež	3,1%
Ľudia bez domova	4,6%	Ťažko choré zomierajúce osoby	1,5%

Zdroj: Autori

Graf 5: Dôvody nezáujmu o prácu v sociálnej oblasti



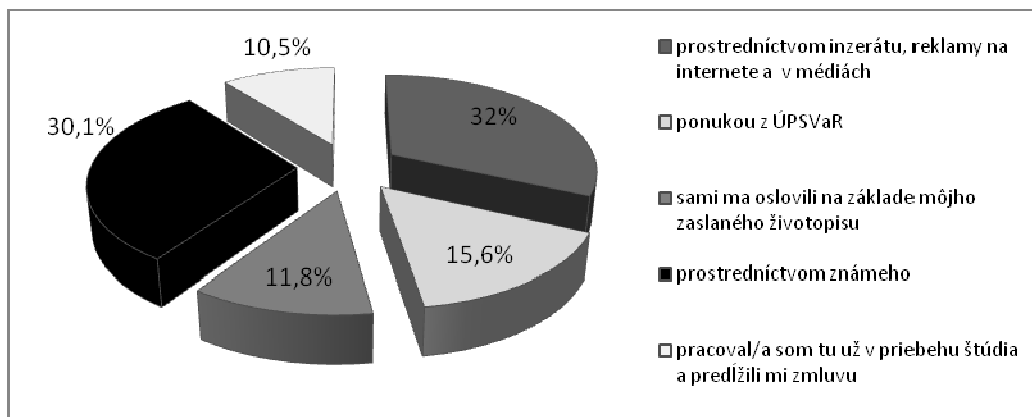
Zdroj: Autori

Absolventi, ktorí v súčasnej dobe nepracujú v sociálnej oblasti ako hlavný dôvod uviedli **nedostatok pracovných ponúk v tejto oblasti (40%)** a **nedostatočné finančné ohodnotenie (38,3%)**. Bez ohľadu na finančné ohodnotenie a množstvo pracovných ponúk 20% respondentov o prácu v sociálnej oblasti nemá vôbec záujem.

Počas hľadania zamestnania sa respondenti o pracovných ponukách dozvedeli z rôznych zdrojov. Prostredníctvom známeho (30,1%) a inzerátu či reklamy na internete a v médiách (32%) sa o pracovnej ponuke dozvedelo najviac respondentov. Ponuku z úradu práce sociálnych vecí a rodiny dostalo len 15,6% respondentov.

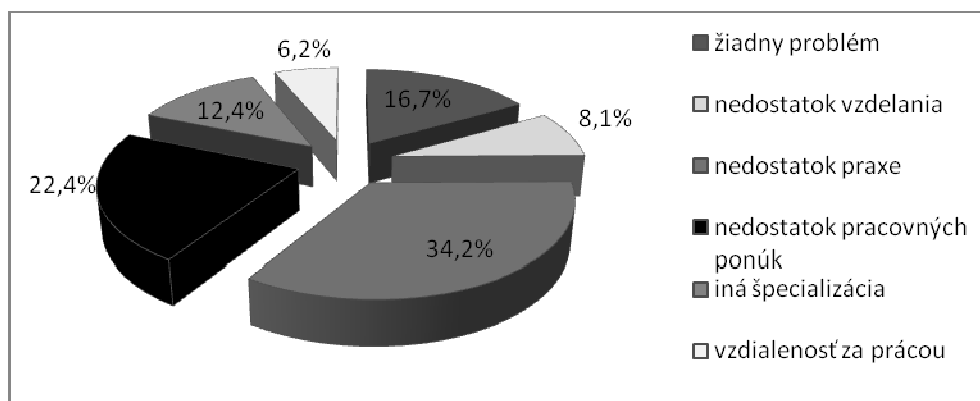
Pri hľadaní práce sa absolventi stretli aj s rôznymi problémami. **Najviac z nich (34,2%) malo ťažkosti pri získaní zamestnania kvôli nedostatku praxe.** Ako druhý najčastejší problém respondenti uvádzali nedostatok pracovných ponúk (22,4%). Ako môžeme vidieť na grafe č. 7 40% tých respondentov, ktorí nepracujú v sociálnej oblasti uviedlo, že práve nedostatok pracovných ponúk bol hlavným dôvodom prečo sa zamestnali v inej oblasti. To, že zariadenie resp. inštitúcia hľadala pracovníka s inou špecializáciou uviedlo ako problém 12,4% respondentov, 8,1% absolventov nespĺňalo požiadavku na vzdelanie. Iba 16,7% absolventov sa nestretlo pri hľadaní zamestnania so žiadnymi problémami. Zaujímavým údajom bolo, že štvrtina respondentov (25,5%) sa rozhodlo po ukončení štúdia absolvovať nejaký kurz, seminár alebo výcvik bez toho, aby bol požadovaný v práci alebo v organizácii, kde pôsobia ako dobrovoľníci.

Graf 6: Zdroje, z ktorých sa respondenti dozvedeli o pracovných ponukách



Zdroj: Autori

Graf 7: Problémy, s ktorými sa stretli absolventi pri hľadaní práce



Zdroj: Autori

DISKUSIA

Z výsledkov zrealizovaných výskumov je možné vyselektovať niekoľko podnetov pre vzdelávacie inštitúcie v sociálnej práci, ako aj systémovú politiku zamestnanosti vzhľadom na sociálnu sféru. Keďže na zamestnanosť v sociálnej sfére má pozitívny vplyv dobrá skúsenosť inštitúcií so študentmi počas praxe a/alebo ich dobrovoľníckej činnosti, danej oblasti je potrebné venovať zvýšenú pozornosť. Systémovo dobre nastavená prax študentov dennej formy štúdia má recipročne dobrý vplyv na inštitúcie, v ktorých sa daná prax vykonáva, ako aj na zamestnanosť absolventov. V rámci výberových konaní si tieto inštitúcie najradšej vyberajú nových zamestnancov z radov tých, s ktorými majú dobrú osobnú skúsenosť. Štandardnými problémami v zamestnávaní absolventov vysokých škôl, vrátane odboru sociálna práca, je nedostatok pracovných ponúk a nedostatočné finančné ohodnotenie absolventov vysokoškolského štúdia. Hrozba, že človek nezíska kvalifikované (alebo žiadne) zamestnanie napriek tomu, že investoval svoj čas, úsilie a energiu do vzdelávania, patrí k novým sociálnym rizikám (Keller, 2010). Táto hrozba sa v súčasnosti dotýka aj vysokoškolsky vzdelaných ľudí, a to nielen odboru sociálna práca. Zaslúži si preto zvýšenú pozornosť sociálnej politiky. Alarmujúcou spätnou väzbou pre vysokoškolské inštitúcie je skutočnosť, že každý piaty absolvent sociálnej práce sa vyjadril vo výskume, že o prácu v sociálnej oblasti nemá vôbec záujem. S týmto údajom je potrebné pracovať a hlbšie analyzovať jeho príčiny.

Výskumy, ktoré zrealizovala Katedra sociálnej práce a sociálnych vied FSVaZ UKF v Nitre, v rámci záverečných prác študentov, mali exploračný charakter. Sledovanie uplatnenia absolventov dennej formy štúdia sociálnej práce by podľa autorov článku malo patriť k integrálnej súčasť činností všetkých vzdelávacích inštitúcií v danej oblasti. Získané údaje sú dôležité nielen pre evaluácie kvality a inováciu vzdelávacej činnosti vzhľadom na potreby trhu práce, ale ja pre koncepčné systémové nastavenie vzdelávania v sociálnej práci na Slovensku. Za týmto účelom by bolo vhodné metodológiu výskumu štandardizovať pre všetky vzdelávacie inštitúcie.

Veľmi dôležitou otázkou je kompatibilita vs. inkompatibilita takéhoto druhu výskumu pre študentov dennej a externej formy štúdia. V akademických rokoch 2010/2011, 2011/2012 zrealizoval Schavel (2012) výskumy zamerané na evalváciu obsahu a kvality vzdelávania v odbore sociálna práca na súkromnej Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, ktorá je na slovenskom trhu vzdelávania lídrom v počte absolventov odboru sociálna práca, najmä v externej forme štúdia. Do výskumu boli zapojení absolventi bakalárskeho a magisterského stupňa študijného odboru. Posledného výskumu sa zúčastnilo 1818

respondentov externej formy štúdia. Táto forma štúdia predpokladá, že väčšina študentov je zamestnaná. Vo výskumnej vzorke boli však aj nezamestnaní študenti. Umiestnenie na trhu práce uviedlo ako výsledok vzdelania v odbore sociálna práca 20 nezamestnaných respondentov (1,7%), ale paradoxne stratu dovtedajšieho pracovného pomeru uviedlo až 25 respondentov a (2,12%) a stratu pracovnej pozície 10 (0,85%). Dôležitý boli údaje, že pre 229 respondentov (19,46%) znamenalo ukončenie štúdia možnosť pracovať v sociálnej oblasti, pre 143 respondentov (12,15%) znamenalo istotu v doterajšej pracovnej pozícii a 36 respondentov (3,06%) uviedlo zaradenie do riadiacej pozície. Z hľadiska koncipovania výskumného nástroja nie sú externí a denní študenti odboru sociálna práca kompatibilnou výskumnou vzorkou. Východiskom pri študentoch v dennej forme štúdia je nezamestnanosť, u externistov ide skôr o výnimku. Táto forma štúdia je na Slovensku platená nielen na súkromných, ale aj verejných vysokých školách, preto len málokto si z finančného dôvodu dovoľí študovať na vysokej škole. Zaujímavá je však motivácia externých študentov tohto odboru. Podľa Schavelovho výskumu, ktorý disponoval pomerne vysokou výskumnou vzorkou, so zlepšením pracovného uplatnenia na trhu práce súvislo až 48,5% odpovedí. Takmer 2% respondentov mali podmienku absolvovať vysokoškolské štúdium pre udržanie si zamestnania. Motiváciu založenú práve na odbore sociálna práca, rozšírením si vedomostí zo sociálnej oblasti alebo záujme o pomoc ľuďom vyjadrilo spolu 66,37 % odpovedí.

Zlepšenie zamestnanosti absolventov sociálnych odborov štúdia patrí k prioritným záujmom súčasnej Európy. V rámci Európskej únie má významné miesto spoločný program PROGRESS, ktorý prispieva k výmene najlepších praktík. Jeden z jeho projektov bol zameraný na mladých absolventov, ich uplatnenie v sociálnej oblasti a na rozvoj nových pracovných (Young graduates and the Social Sector: developing new job opportunities). Tento projekt možno zaradiť k cieľu „mládež v pohybe“ (Youth on the move). Umožňuje porovnať problematiku nezamestnania mladých ľudí v rôznych štátoch EÚ. Do medzinárodného projektu „Mladí absolventi a sociálna oblasť: rozvoj nových pracovných príležitostí“ sa zapojila aj Katedra sociálnej práce a sociálnych vied FSVZ UKF v Nitre v roku 2013. Do komparatívnej štúdie bude zahrnutá aj Česká republika, Taliansko, Rumunsko a Slovinsko. Výsledky tohto výskumu môžu rozšíriť problematiku uplatňovania mladých absolventov sociálnej práce do medzinárodnej perspektívy a dať nové podnety pre vzdelávacie inštitúcie.

ZÁVER

Podľa dokumentu Európskej komisie „Európa 2020. Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu“ by v roku 2020 malo mať v členských krajinách EÚ minimálne 40 % mladých ľudí vysokoškolské vzdelanie. Na Slovensku sa každoročne zvyšuje počet vysokoškolsky vzdelaných absolventov odboru sociálna práca, v dennej aj externej forme štúdia. Keďže absolventi externej formy štúdia sú väčšinou zamestnaní, dôležité je sledovanie zamestnanosti a zamestnatel'nosti absolventov dennej formy štúdia tohto odboru. Podľa zrealizovaných výskumov na UKF v Nitre patria medzi rizikové faktory zamestnanosti absolventov najmä nedostatok pracovných miest, nedostatočné finančné ohodnotenie a absencia praxe po ukončení štúdia. Dôležitý protektívny faktor zvyšujúci zamestnanosť absolventov tohto odboru je dobrá skúsenosť z praxe alebo dobrovoľníctva. Autori sa pokúsili týmto príspevkom poukázať na neisté perspektívy zamestnatel'nosti absolventov sociálnej práce. Vykonaný prieskum zamestnania absolventov poskytuje obraz o slovenskom trhu práce, kde je potrebný dlhší čas a absolvovanie viacerých pohovorov pred získaním prvého zamestnania. Oproti iným krajinám na Slovensku pretrváva relatívny nedostatok vhodných pracovných príležitostí pre absolventov sociálnej práce. Súčasná slovenská situácia na trhu práce

nie je plne v súlade s globálnym trendom vyššieho dopytu oproti nižšej kapacite sociálnych pracovníkov.

LITERATÚRA

- [1] EU UnemploymentRate and SocialSituation, Quarterly Review December 2012. Brusel: European Commission, 2013.
- [2] EURÓPA 2020. *Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu*. Brusel: Európska komisia, 2010.
- [3] FORROVÁ, L. *Uplatnenie absolventov sociálnej práce končiacich v rokoch 2008-2010*. Diplomová práca. Nitra: UKF, 2013.
- [4] KELLER, J. *Tři sociální světy*. Praha: Slon, 2010.
- [5] PEKAROVIČOVÁ, V. *Uplatnenie absolventov sociálnej práce končiacich v roku 2011*. Nitra: UKF, 2013.
- [6] Social Workers. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2012-13 Edition, Social Workers, <http://www.bls.gov/ooh/community-and-social-service/social-workers.htm> [on-line] [26. 08. 2013]
- [7] PAYNE, M. *The Origins of Social Work. Continuity and Change*. Basingstoke: Palgrav Macmillan, 2005.
- [8] SCHAVEL, M. *Reflexie absolventov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave na oblasť vzdelávania v odbore sociálna práca*. In Prohuman, ISSN 1338-1415. [on-line] [07. 09. 2012a]
- [9] SCHAVEL, M. *Situácia vo vzdelávaní sociálnych pracovníkov*. In KODYMOVÁ, P., ŠÁMALOVÁ, K. (eds.). *Vzdělávání v sociální práci*. Praha: UK v Praze, 2012b, s. 3-8.
- [10] SCHAVEL, M., MATULAYOVÁ, T. *Vysokoškolské vzdelávanie sociálnych pracovníkov v kontexte štátnej vzdelávacej politiky*. In KLIMENTOVÁ, E., BALOGOVÁ, B. (eds.) *Výzvy a trendy vo vzdelávaní sociálnych pracovníkov*. Prešov: FiF PU v Prešove, 2012, s. 10-17.

Kontaktné adresy

Mgr. Zuzana Mališková, PhD., Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
e-mail: zmaliskova@ukf.sk

doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
e-mail: andrej.matel@gmail.com

doc. RNDr. Miloš Hetteš, CSc., Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
v Bratislave, e-mail: mhettes@gmail.com

FREKVENCIA ŽMURKANIA V KORELÁCII SO STAVOM SLZNÉHO FILMU U PACIENTOV SO SYNDRÓMOM SUCHÉHO OKA

BLINKING RATE CORRELATED WITH THE TEAR FILM STATE OF THE PATIENT WITH DRY EYE SYNDROME

Horkovičová Kristína¹, Furdová Alena¹, Krčová Ivana¹, Fogelton Andrej²

1. *Klinika oftalmológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave
a Univerzitná nemocnica, Ružinov, Bratislava*

2. *Slovenská technická univerzita, Fakulta informatiky a informačných technológií,*

Abstrakt

Syndróm suchého oka je označovaný ako multifaktoriálne ochorenia. Všeobecne akceptované rizikové faktory pre vývoj syndrómu suchého oka zahŕňajú ženské pohlavie, starnutie, deficit androgénov, používateľov kontaktných šošoviek, prekonané refrakčné operácie, ale tak isto aj systémové účinky niektorých liekov. Jedným z faktorov je aj počet žmurknutí za časový interval.

V práci sme analyzovali údaje 41 pacientov, priemerný vek bol 42 rokov. Pacientov sme požiadali aby čítali text na obrazovke počas 20 minút s tým, že ich nahrávala kamera a zároveň aj EEG čelenka. Pred samotným nahrávaním, sme sa pýtali pacientom či majú nejaké ochorenia, či nosia kontaktné šošovky a keď áno ako dlho, či majú diagnostikovaný syndróm suchého oka a či používajú aj očné kvapky, prípadne či požívajú okuliare.

Následne boli výsledky spracované počítačovým programom a tak sme vedeli porovnať jednotlivých pacientov akou intenzitou žmurkali, prípadne ako dlho to trvalo. Vedeli sme porovnať intenzitu žmurkania na začiatku a po prvých 5., 10., 15. a 20. minútach.

Na základe vyhodnotenia výsledkov súboru 41 pacientov sme zistili, že v porovnaní žien, ktoré nemali syndróm suchého oka bol rozdiel v prieme žmurknutí za minútu 4,62 krát vyšší ako u žien, ktoré syndróm suchého oka mali. Napriek tomuto intenzita žmurkania nebola až taká rozdielna. Rozdiel bol 8,15 ms. U mužov bez syndrómu suchého oka sme vypočítali priemerný počet žmurknutí o 1,79krát vyšší ako u mužov so syndrómom suchého oka. S intenzitou je to ale naopak ako pri ženách. U mužov so syndrómom suchého oka sme namerali v priemere o 16,05 ms dlhšiu dobu žmurknutia. Liečba suchého oka môže byť paliatívna, keď sa nahrádza nedostatok slz umelými slzami, alebo kauzálna, keď sa snažíme odstrániť príčinu, ktorá vedie k vzniku syndrómu suchého oka.

Kľúčové slová: syndróm suchého oka, slzný film, umelé slzy.

Abstract

Dry eye syndrome is referred to as a multifactorial disease. Generally accepted risk factors for the development of dry eye syndrome include female gender, aging, androgen deficiency, contact lens wearers, overcome refractive surgery but also the systemic effects of certain drugs. One of the factors is the number of the blinking per time interval.

In this work we analyzed 41 patients, average age was 42 years. Patients were asked to read the text on the screen for 20 minutes with the fact that the camera recorded while the EEG headband. Before recording we asked patients if they had any diseases or wear contact lenses and if so for how long whether they have been diagnosed with dry eye syndrome and whether they use the eye drops or glasses.

Subsequently the results were processed by a computer program and so we were able to compare individual patients what intensity blinked or how long it lasted. We compared the intensity of blinking at the beginning and after the first 5, 10, 15 and 20 minutes.

On the basis of the evaluation of the results set of 41 patients we found that women who had not dry eye syndrome had higher blinking interval and frequency. The blinking frequency per minute was 4.62 times higher than in women who had dry eye. In male patients without dry eye, we calculated the average number of blinking frequency 1.79 times higher than among men with dry eye syndrome. Treatment of dry eye can even be palliative by substituting lack of tears by artificial tears, or causal, when we try to remove the cause, which leads to dry eye syndrome.

Key words: dry eye, tear film, artificial tears.

ÚVOD

Syndróm suchého oka je označovaný ako multifaktoriálne ochorenia. Všeobecne akceptované rizikové faktory pre vývoj syndrómu suchého oka zahŕňajú ženské pohlavie, starnutie, deficit androgénov, používatel'ov kontaktných šošoviek, prekonalé refrakčné operácie, ale tak isto aj systémové účinky niektorých liekov. Ako sa postupne každý jeden rizikový faktor zapojí do procesu vývoja ochorenia, tým viac sa poškodzuje tkanivo a tak vzniká disfunkcia sekrécie z lakrimálnej a meibovej žľazy.

Suché oko alebo keratoconjunctivitis sicca je jedno z najfrekvencovanejších očných ochorení a trpí ním 15 – 17 % populácie (1). Na ochorení sa podieľajú nielen očné faktory, ale dôležitú úlohu zohrávajú aj ďalšie faktory ako celkový stav pacienta, pracovné podmienky, ekologické a genetické faktory (2). Syndróm suchého oka nielenže znižuje kvalitu života postihnutého, ale predstavuje aj hrozbu závažných komplikácií, ktoré môžu viesť až k strate videnia – preto je potrebné tomuto ochoreniu venovať náležitú pozornosť. Termín "suché oko" prvý použil švédsky oftalmológ Sjögren v roku 1933. Mnohé desaťročia sa myslelo, že choroba je spôsobená len redukciou slz v slznej žľaze.

Syndróm suchého oka má množstvo iných názvov. V staršej literatúre sa ale najčastejšie stretneme s výrazom keratokonjunktivitis sicca. Tento názov v sebe označuje zápalový charakter ochorenia, čo je poznanie posledných dvoch dekád. Najviac používaným termínom v dnešnej dobe je syndróm suchého oka, prípadne suché oko. Tento výraz na rozdiel od predchádzajúceho združuje komplex symptómov prepojených s dobre definovanou patogenézou (3).

Pre správnu diagnostiku syndrómu suchého oka potrebujeme ako prvé odobrať od pacienta anamnézu, kde sa pýtame na sociálnu anamnézu, liekovú anamnézu, rodinnú a pracovnú anamnézu. Z osobnej anamnézy sa snažíme zistiť či pacient v minulosti prekoval nejaké operácie oka, resp. očí v minulosti, ak áno prečo ich prekoval, čo tomu predchádzalo, aký bol stav po operácii. Taktiež sa pýtame či nie je sledovaný u oftalmológa a ak je pacient sledovaný spýtať sa z akého dôvodu. Ďalším krokom je aspekcia. Pri tomto kroku si ako prvé všímame celkovú tvár, následne celkové postavenie očí, aký majú tvar, postavenie viečok a či náhodou nie je ptóza. Všímame si kožu, jej farbu. Nemôžeme zabudnúť pozrieť sa na pacienta z boku, či náhodou nemá exoftalmus, alebo práve naopak enoftalmus. V neposledom rade sa snažíme si všímať aj intenzitu pacientovho žmurkania. Po ukončení aspekcie môžeme urobiť jednoduchý test, kedy zistíme hodnotu vnútroočného tlaku očnej gule (4).

Po odobratí anamnézy nasleduje vyšetrenie štrbinovou lampou, kde si oftalmológ všíma okraje mihalníc a stav mazových žliaz (počet a ústie). Meria sa výška slzného menisku na margu dolnej mihalnice. Normálna výška je 0,2 mm. Hodnotí sa stav spojovky (bulbárnej a tarzálnej) a rohovky.

Diagnostické testy hodnotia množstvo a kvalitu slzného filmu. Pokiaľ sa pozeráme na slzný film na rohovke cez štrbinovú lampu, môžeme vidieť jednotne pokrytý celok predného segmentu oka slzným filmom. Po určitom čase bez žmurkania sa akoby tento jednotný povrch rozpadol a slzný film nepokrýva celú rohovku rovnomerne. Preto sa tento test nazýva break – up time. Mnoho oftalmológov používa na realizáciu tohto testu len osvetlenie a nepoužíva žiadne farbivá, prípadne farbivo používajú tak, že sa dotknú slzného menisku s papierom, ktorý obsahuje fluoresceín. Následne na to osvietia predný segment fialovým ultrafialovým svetlom. Najdôležitejšie je zachytiť pri tomto po akom čase bez žmurkania sa jednotný povrch akoby roztrhol. Niektorí odborníci uvádzajú za normálny, nie patologický čas 30 – 50 sekúnd. Ale ak

výsledok break – up time-u je pod 10 – 15 sekúnd, tento výsledok môžeme považovať za patologický.

Množstvo tvorenia slz je stanovené na základe merania množstva zmáčania na špeciálnom filtrovacom papieriku, ktorý je široký 5mm a dlhý 35 mm. V minulosti boli používané Schirmerov test 1 a Schirmerov test 2. V dnešnej dobe sa ale používa už iba modifikovaný Schirmerov test 1.

Ocular protection index je podiel hodnoty BUT (break up time) čo je doba potrebná na rozotretie slzného filmu a IBI (Inter - blink interval) čo je doba medzi jednotlivými žmurknutiami.

$$\text{OPI} = \text{BUT} / \text{IBI}$$

protection index > 1 = pacient je mimo ohrozenia, ochrana oka je dobrá

Ocular protection index < 1 = pacient je v ohrození, je riziko poškodenia povrchu oka

Jednotlivé žmurknutia je možné nahráť len na video a na základe toho vyhodnotiť dĺžku. Jedna z fyzikálnych charakteristík slzného filmu je schopnosť mucínov kryštalizovať a formovať vzory, ktoré pripomínajú papraď. Takéto kryštály je možné vidieť po 5 až 10 minútach pokiaľ slzu necháme vyschnúť pri izbovej teplote. Následne na to ju pozrieme pod fázovým kontrastným svetelným alebo polarizujúcim mikroskopom. Tento jednoduchý test môže byť užitočný na kvantitatívne zhodnotenie mucínovej produkcie. V tomto teste nie je zaznamenaný žiadny rozdiel v porovnaní pohlaví. Po 40. roku života je kryštalizácia kvantitatívne zmenená.

MATERIÁL A METÓDY

V práci sme testovali 41 pacientov Kliniky oftalmológie LFUK, z toho 31 žien a 10 mužov vo veku od 20 do 72 rokov, priemerný vek bol 42 rokov. V spolupráci FIIT STU sme v r. 2013 pripravili špeciálny program na meranie frekvencie žmurkania. Do súboru sme zaradili pacientov, ktorí mali diagnostikovaný syndróm suchého oka aj pacientov, ktorí nemajú diagnostikované žiadne očné ani iné ochorenie. Pri vyšetrení sme pacientov požiadali, aby čítali text na obrazovke počas 20 minút s tým, že ich nahrávala kamera a zároveň aj EEG čelenka. Pred samotným nahrávaním sme zaznamenali do dokumentácie anamnézu, či majú nejaké ochorenia, či nosia kontaktné šošovky a keď áno, ako dlho, či majú diagnostikovaný syndróm suchého oka a či používajú aj očné kvapky, prípadne či používajú okuliare.

Následne boli výsledky spracované programom, a tak sme vedeli porovnať jednotlivých pacientov, akou intenzitou žmurkali, prípadne ako dlho to trvalo. Vedeli sme porovnať intenzitu žmurkania na začiatku a po prvých 5., 10., 15. a 20. minútach.

VÝSLEDKY

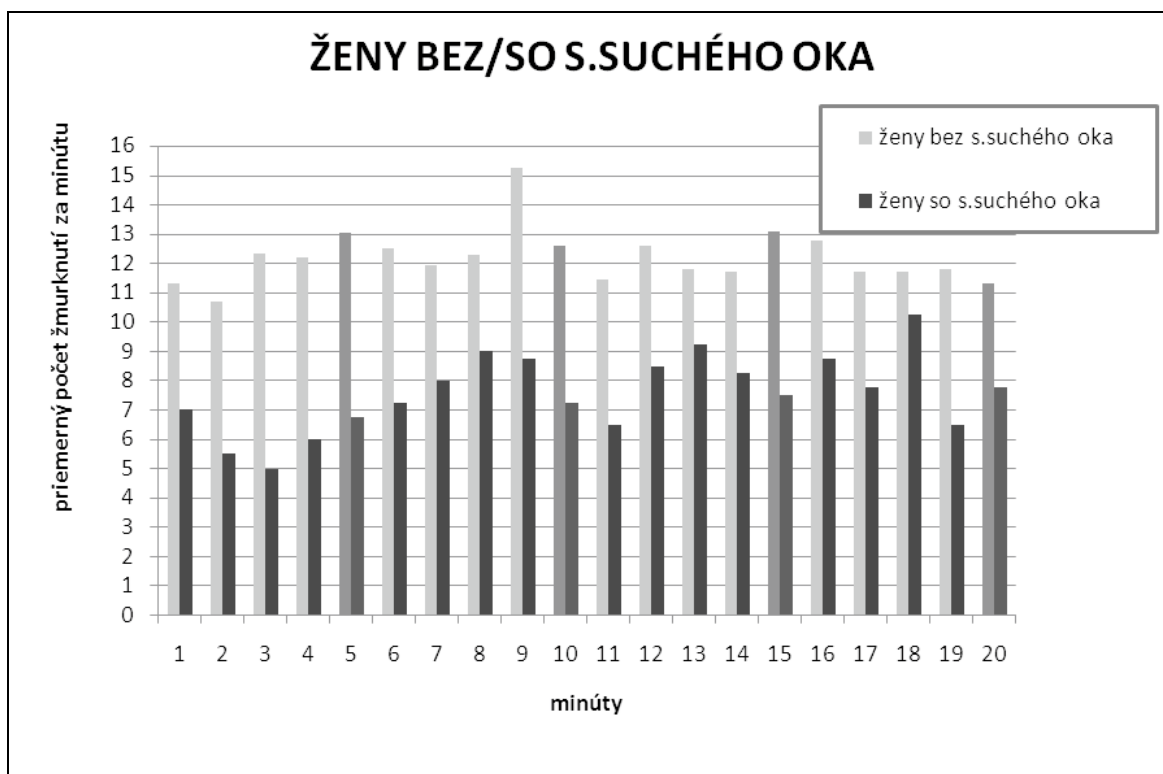
Na základe vyhodnotenia výsledkov súboru 41 pacientov sme zistili, že v porovnaní žien, ktoré nemali syndróm suchého oka bol rozdiel v prieme žmurknutí za minútu 4,62 krát vyšší ako u žien, ktoré syndróm suchého oka mali. Napriek tomuto intenzita žmurkania nebola až taká rozdielna. Rozdiel bol 8,15 ms. U mužov bez syndrómu suchého oka sme vypočítali priemerný počet žmurknutí o 1,79krát vyšší ako u mužov so syndrómom suchého oka. S intenzitou je to ale naopak ako pri ženách. U mužov so syndrómom suchého oka sme namerali v priemere o 16,05 ms dlhšiu dobu žmurknutia.

Tab.1 Priemerný počet žmurknutí u pacientov so syndrómom suchého oka a bez syndrómu suchého oka za minútu

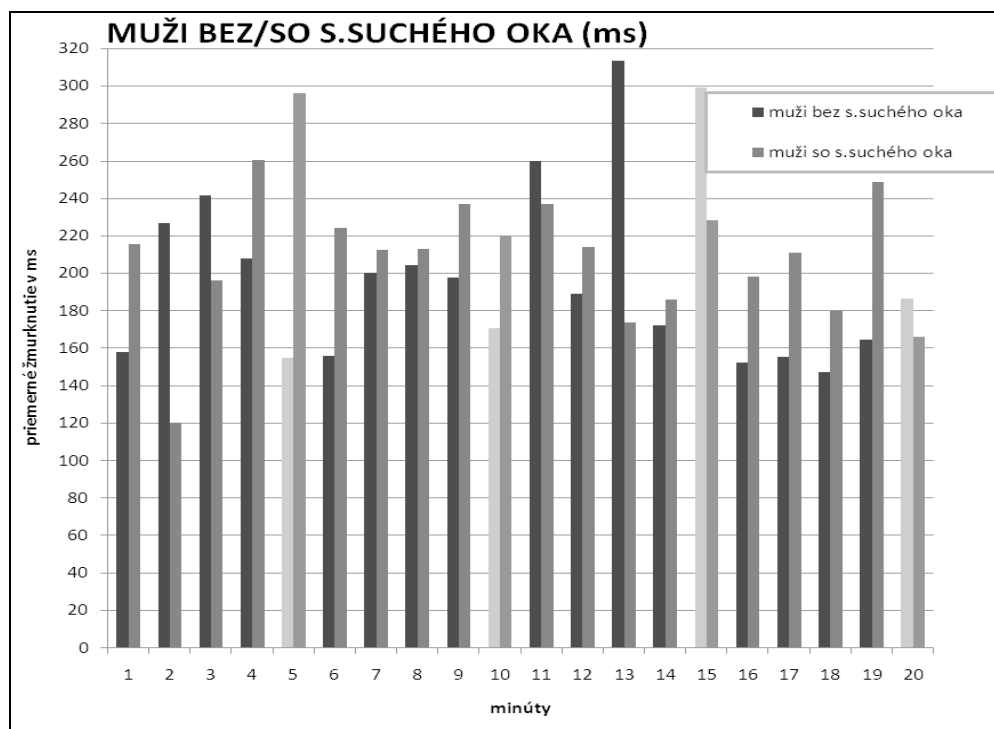
Počet pacientov	41
Priemerný počet žmurknutí za minútu (PPŽ)	9,92 krát/min
Priemerná dĺžka žmurknutia (PDŽ)	192,46 ms
Ženy bez syndrómu suchého oka PPŽ	12,20 krát/min
Ženy so syndrómom suchého oka PPŽ	7,58 krát/min
Ženy bez syndrómu suchého oka PDŽ	189,63 ms
Ženy so syndrómom suchého oka PDŽ	181,48 ms
Muži bez syndrómu suchého oka PPŽ	5,76 krát/min
Muži so syndrómom suchého oka PPŽ	3,975 krát/min
Muži bez syndrómu suchého oka PDŽ	197,82 ms
Muži so syndrómom suchého oka PDŽ	213,87 ms

Tab. 2 Počet žmurknutí u sledovaných pacientov v jednotlivých časových intervaloch v ms

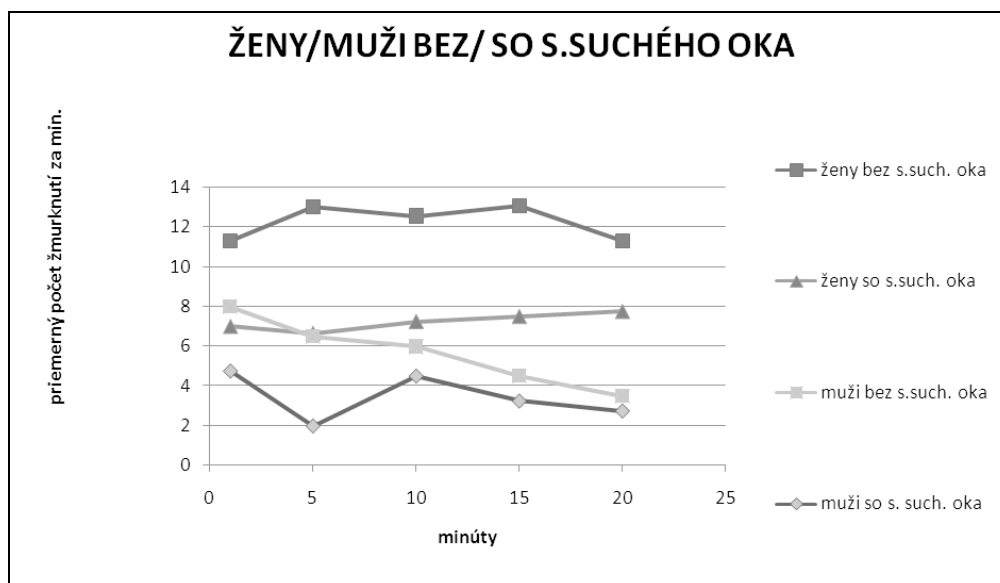
	1.min	5.min	10.min	15.min	20.min
Ženy bez s.suchého oka PPŽ	11,31	13,04	12,57	13,08	11,31
Ženy so s.suchého oka PPŽ	7	6,65	7,25	7,5	7,75
Muži bez s. suchého oka PPŽ	8	6,5	6	4,5	3,5
Muži so s. suchého oka PPŽ	4,75	2	4,5	3,25	2,75
Ženy bez s.suchého oka PDŽ (ms)	196,58	187,88	186,38	193,58	200,04
Ženy so s.suchého oka PDŽ (ms)	185,75	143,75	119,75	179	179,75
Muži bez s. suchého oka PDŽ (ms)	157,83	155	170,5	299,33	186,5
Muži so s. suchého oka PDŽ (ms)	215,5	296,25	219,5	228,25	166



Graf 1 Priemerný počet žmurknutí u pacientov – žien so syndrómom suchého oka a bez syndrómu suchého oka za minútu



Graf 2 Priemerný počet žmurknutí u sledovaných pacientov – mužov v jednotlivých časových intervaloch v ms



Graf 3 Priemerný počet žmurknutí u jednotlivých skupín sledovaných pacientov – mužov a žien za minútu.

DISKUSIA

Počas posledných dvadsať rokov bolo niekoľko návrhov na presnú definíciu syndrómu suchého oka. Nakoniec dva z týchto návrhov boli výsledkom medzinárodného konsenzu, v ktorom sa uznávaní experti dohodli na elementoch, ktoré bude výsledná definícia obsahovať.

Prvá kompletná definícia tak vznikla na Industry Dry Eye Workshop/ National Eye Institute, ktorý definuje syndróm suchého oka ako poruchu slzného filmu pre deficit slz alebo nadmerné odparovanie, ktoré spôsobuje poškodenie očného povrchu a je asociované s očným diskomfortom. Na stretnutí International Dry Eye Workshop (DEWS 2007), bola navrhnutá nová inovovaná definícia, ktorá reflektuje na vtedajšie najnovšie poznatky z výskumu. Definícia znie: syndróm suchého oka je multifaktoriálne ochorenie očného povrchu a slz, ktorého výsledkom sú symptómy ako napríklad diskomfort, poruchy zraku, nestabilita slzného filmu s potenciálnym poškodením povrchu oka. Je to sprevádzané zvýšenou osmolaritou slzného filmu a zápalom očného povrchu. Syndróm suchého oka je označovaný ako multifaktoriálne ochorenia. Aj keď prakticky všetky ochorenia sú multifaktoriálne, čo znamená, že začiatok ochorenia je asociovaný s veľkým množstvom ďalších podmienok pre chorobu. Všeobecne akceptované rizikové faktory pre vývoj syndrómu suchého oka zahŕňajú ženské pohlavie, starnutie, deficit androgénov, používatel'ov kontaktných šošoviek, prekonané refrakčné operácie, ale tak isto aj systémové účinky niektorých liekov (5,6,7,8).

Jedna z najviac používaných klasifikácií pre syndróm suchého oka sa nazýva Madrid Triple Classification. Táto klasifikácia je detailná schéma s množstvom podtypov syndrómu suchého oka a je dôležitá pre komplexné porozumenie charakteristík ochorenia.

Ako sa postupne každý jeden rizikový faktor zapojí do procesu vývoja ochorenia, tým viac sa poškodzuje tkanivo a tak vzniká disfunkcia sekrécie z lakrimálnej a meibovej žľazy.

Významnou chorobou je Sjörgenov syndróm, pri ktorom sú postihnuté slzné žľazy. Pri tomto ochorení dochádza k autoimunitnému poškodeniu so známami zápalu (9,10).

ZÁVER

Liečba suchého oka môže byť paliatívna, kde sa nahrádza nedostatok slz umelými slzami, alebo kauzálna, kde sa snažíme odstrániť príčinu, ktorá vedie k vzniku suchého oka.

Nové poznatky o etiopatogenéze suchého oka ukázali na kauzálne možnosti liečby (vysadenie liekov spôsobujúcich suché oko, kontaktné šošovky, substitučná liečba hormónmi u žien v menopauze). Je evidentná imunologická aktivita T buniek, ktoré spôsobujú poškodenie buniek povrchu oka a slznej žľazy. V týchto prípadoch je indikované lokálne podávanie kortikosteroidov. Ak je prítomná blefaritída, musí byť liečená antibiotikami. Chirurgická liečba spočíva v uzavretí slzných bodov alebo kanálikov tak, aby sa zabránilo odtoku slz zo spojkového vaku. Tamponáda odvodných kanálov slz absorbovateľnými uzávermi (kolagén) alebo trvalými uzávermi (silikón) sa používa častejšie ako trvalá deštrukcia kanálikov lasermi alebo termokoaguláciou.

Najčastejšou liečbou suchého oka je aplikácia umelých slz. Pacienti, ktorí majú užívať umelé slzy viac ako štyrikrát za deň, by mali užívať slzy bez prezervačných prísad (prezervačné látky tlmia tvorbu slz); dobré skúsenosti sú aj s prípravkami obsahujúcimi kyselinu hyalurónovú.

LITERATÚRA

1. ROLANDO M, ZIERHUT M.: The ocular surface and tear film and their dysfunction in dry eye disease. *Surv Ophthalmol* 2001; 45(Suppl.): 203–210.
2. SCHEIN OD, MUNOZ B, TIELSCH JM.: Prevalence of dry eye among the elderly. *Am J Ophthalmol* 1997; 124: 723–728.
3. BREWITH H, SISTANE F.: Dry eye disease: The scale of the problem. *Surv Ophthalmol* 2001; 45 (Suppl.): 199–202.
4. FRANK C.: Fatty layer of the precorneal film in the „office eye syndrome“. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1991; 69: 737–743.
5. BAUDING C.: The pathology of dry eye. *Surv Ophthalmol* 2001, 45 (Suppl.): 211–220.
6. SHIMAZAKI J, SAKATA M, TSUBOTA K.: Ocular surface changes and discomfort in patients with meibomian gland dysfunction. *Arch Ophthalmol* 1995; 113:1266–2370.
7. BREWITH H, HOH H, KAERCHER T, STOLZE HH.: Ange-Diagnosis und Therapie. *Z prakt Augenheilk* 1997; 18: 331–379.
8. ČERNÁK A., ČERNÁK M.: Suché oko. *Via pract.*, 2009, 6 (S2): 13–17
9. BRON AJ.: Diagnosis of dry eye. *Surv Ophthalmol* 2001; 45 (Suppl.): 221–226.
10. COLOGNE M.: The treatment of dry eye. *Surv Ophthalmol* 2001; 45 (Suppl.): 227–239.

Kontakt:

e-mail: k.horkovicova@gmail.com