

Zdravotníctvo a sociálna práca

vedecký časopis | ročník 8, 2013 | číslo 2





Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety



Ústav sv. Cyrila a Metoda
VŠZaSP sv. Alžbety
v Partizánskom

www.vssvalzbety.sk

PARODENT, s.r.o.

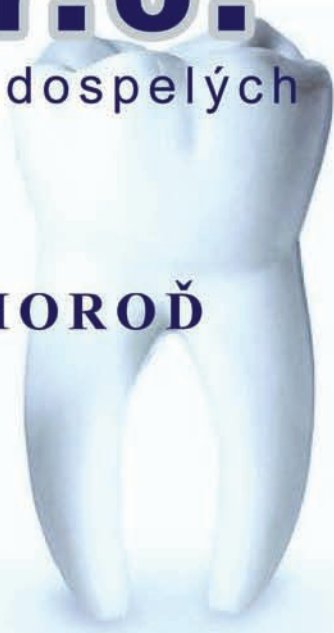
Stomatologická ambulancia pre deti aj dospelých

ADRESA: Podhorod' 21, 072 64 **PODHOROĎ**

E-MAIL.: parodentsro@gmail.com

TELEFÓN: 056 / 65 84 036

0918 899 656



MD

TRADING



Skrátená informácia o lieku - Názov lieku: Tezeo 40 mg, Tezeo 80 mg. **Farmakoterapeutická skupina:** Antagonisty angiotenzínu II, samotné. **ATC kód:** C09CA07 **Zloženie:** Jedna tableta obsahuje 40 mg alebo 80 mg telmisartanu. **Terapeutické indikácie:** Liečba esenciálnej hypertenzie u dospelých. Kardiovaskulárna prevencia - zníženie kardiovaskulárnej morbidity u pacientov so zreteľným aterosklerotickým kardiovaskulárnym ochorením (anamnéza koronárneho ochorenia srdca alebo mozgová príhoda alebo periférne arteriálne ochorenie) alebo diabetes mellitus 2. typu s dokumentovaným poškodením cieľového orgánu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Liečba esenciálnej hypertenzie; Obvyklá účinná dávka je 40 mg raz denne. Niektorým pacientom môže postačovať denná dávka už 20 mg. Podanie 20 mg dávky sa môže dosiahnuť rozdelením 40 mg tablety v mieste deliacej ryhy. V prípadoch, keď sa nedosiahne cieľový tlak krvi, dávka telmisartanu sa môže zvýšiť na maximálne 80 mg raz denne. Telmisartan sa alternatívne môže použiť v kombinácii s tiazidovými diuretikami, ako je hydrochlorotiazid, pri ktorom sa ukázalo, že má s telmisartanom prídavný účinok na zníženie tlaku krvi. Keď sa zvažuje zvýšenie dávky, musí sa zohľadniť, že maximálny antihypertenzný účinok sa vo všeobecnosti dosiahne po štyroch až ôsmich týždňoch od začiatku liečby. **Kardiovaskulárna prevencia;** Odporúčaná dávka je 80 mg raz denne. Nie je známe, či dávky telmisartanu nižšie ako 80 mg sú účinné v znížení kardiovaskulárnej morbidity. **Osobitné skupiny pacientov;** u pacientov s miernym až stredne ťažkým poškodením funkcie obličiek sa nevyžaduje úprava dávkovania, u pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek alebo s hemodialýzou sa odporúča nižšia začiatková dávka 20 mg, u pacientov s miernym až stredne ťažkým poškodením funkcie pečene dávkovanie nemá prekročiť 40 mg raz denne, úprava dávkovania pre starších ľudí nie je potrebná. Tezeo sa neodporúča používať u detí mladších ako 18 rokov, z dôvodu chýbajúcich údajov o bezpečnosti a účinnosti. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, druhý a tretí trimester gravidity, dojčenie, obštrukčné žľazové poruchy, ťažké poškodenie funkcie pečene. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Antagonisty receptora angiotenzínu II sa nemajú začať podávať počas gravidity a pacientky, ktoré plánujú graviditu sa majú prestať na alternatívnu antihypertenznú liečbu, ktorá má preukázaný bezpečnostný profil pri používaní v gravidite. Ak sa gravidita diagnostikuje, liečba Tezeom sa musí okamžite ukončiť. Telmisartan sa nemá podávať pacientom s cholelitiázou, obštrukčnými žľazovými poruchami alebo ťažkou pečenoú nedostatnosťou, ten s opatrnosťou sa má používať u pacientov s miernym až stredne ťažkým poškodením funkcie pečene. U pacientov so stenózou artérie jednej funkčnej obličky alebo bilaterálnou stenózou artérie renalis, ktorí sa liečia liekmi pôsobiace na renín-angiotenzín-aldosterónový systém, je zvýšené riziko ťažkej hypotenzie a renálnej insuficiencie. Ak sa telmisartan používa u pacientov s poškodenou funkciou obličiek, odporúča sa pravidelné sledovanie hladín sérového draslíka a kreatinínu. Nie sú žiadne skúsenosti s podávaním telmisartanu pacientom s nedávnou transplantáciou obličky. U pacientov, ktorí sú v objemovej a/alebo sodíkovej deplícii silnou diuretickou liečbou, diétnym obmedzením soli, diareou alebo vracaním, sa najmä po prvej dávke telmisartanu môže vyskytnúť symptomatická hypotenzia. Dvojitá blokáda systému renín-angiotenzín-aldosterónového systému sa neodporúča u pacientov s už kontrolovaným krvným tlakom. U pacientov, ktorých vaskulárny tonus a funkcia obličiek závisí predovšetkým od činnosti renín-angiotenzín-aldosterónového systému, sa pri liečbe liekmi ovplyvňujúcimi tento systém, spája s akútnou hypotenziou, hyperazotémiou, oligúriou alebo zriedkavo s akútnym zlyhaním obličky. Použitie telmisartanu sa u pacientov s primárnym aldosteronizmom neodporúča. **Osobitná pozornosť** je potrebná u pacientov trpiacich na aortálnu alebo mitrálnu stenózu alebo obštrukčnú hypertrofiu kardiomypatiu. Užívanie liekov, ktoré ovplyvňujú renín-angiotenzín-aldosterónový systém môže spôsobiť hyperkalémiu, ktorá môže byť smrteľná u starších pacientov, u pacientov s renálnou insuficienciou, u diabetikov, u pacientov liečených súčasne inými liekmi, ktoré môžu zvyšovať hladinu draslíka, a/alebo u pacientov s pridruženými udalosťami. Pred zvrátením súbežného použitia liekov, ktoré ovplyvňujú renín-angiotenzín-aldosterónový systém sa má zhodnotiť pomer prínosu a rizika. **Upozornenie o pomocných látkach:** Jedna tableta Tezeo 40 mg obsahuje 162,2 mg sorbitolu, jedna tableta Tezeo 80mgobsahuje 324,4 mg sorbitolu. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami intolerancie fruktózy nemajú užívať tento liek. **Liekové a iné interakcie:** Súbežné použitie s draslík šetriacimi diuretikami a náhradami draslíka; litium; nesteroidnými protizápalovými liekmi; diuretikami, inými antihypertenznými liekmi a kortikosteroidmi sa neodporúča. **Gravidita a laktácia:** Užívanie Tezeo 40 mg a Tezeo 80 mg sa neodporúča počas prvého trimestra gravidity a použitie je kontraindikované počas druhého a tretieho trimestra gravidity. Počas dojčenia sa užívanie Tezeo neodporúča. **Nežiaduce účinky:** S prehľadom jednotlivých nežiaducich účinkov zhradených z klinických skúšaní a z post-marketingových hlásení usporiadaných podľa frekvencie výskytu a obznaníme v úplnom znení Súhrnu charakteristických vlastností lieku. Výskyt nežiaducich účinkov nebol závislý od dávky a nebola preukázaná súvislosť s pohlavím, vekom alebo rasou pacientov. Bezpečnostný profil telmisartanu u pacientov podstupujúcich liečbu na zníženie kardiovaskulárnej morbidity bol zhodný s tým, ktorý sa získal u pacientov s hypertenziou. **Veľkosť balenia:** 28, 30 alebo 90 tabliet. Nie všetky veľkosti balenia musia byť uvedené na trh. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Zentiva, k.s., Praha, Česká republika. **Výdaj lieku viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním lieku sa obznaníme s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. Dátum poslednej revízie textu SmPC:** November 2010. Určené pre odbornú verejnosť.

Adresa: Zentiva, a.s. - Nitrianska 100 - 920 27 Hlohovec - Slovenská republika
Zentiva a.s. - org. jednotka Obchod - Aupark Tower - Einsteinova 24 - 851 01 Bratislava - Slovenská republika
Tel.: 02 / 33 100 100 - Fax: 02 / 33 100 199 - E-mail: zentiva@zentiva.sk - www.zentiva.sk
Dátum prípravy materiálu: október 2012 | Kód materiálu: SK.TMS.12.10.02

ZENTIVA
SPOLČNOSŤ SKUPINY SANOFI

S NAMI
KOMUNIKUJETE
PROFESIONÁLNE



PCS)))
professional communications solutions a.s.



TELEKOMUNIKAČNÉ RIEŠENIA

- rádiová sieť (PMR) s celoslovenským pokrytím
- výstavba a prevádzka otvorených optických sietí

IT RIEŠENIA

- dispečerské aplikácie pre riadenie nepretržitej prevádzky
- aplikácie pre monitoring a komunikáciu

PROCESNÉ RIEŠENIA

- krízové riadiace procesy
- automatizácia procesov riadenia

INTEGRAČNÉ PLATFORMY

- integrácia telekomunikačných kanálov
- integrácia procesov monitoringu a riadenia



Professional
Communications
Solutions a.s.
Záhradnícka 64
821 08 Bratislava
Slovenská republika
www.pcs-as.sk

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:

<input type="checkbox"/> celoročné predplatné	Počet kusov
<input type="checkbox"/> časopis č.	Počet kusov
Meno	Priezvisko
Organizácia.....	
IČO	IČ DPH
Adresa pre doručenie.....	
Tel.	Fax
E - mail	Podpis

Objednávky poslať

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

Vydavateľstvi ČR

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

Vedecký časopis Zdravotníctvo a sociálna práca • ročník 8. • 2013, č. 2

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

Redakcia: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. - šéfredaktor; Ing Lucia Andrejiova. - 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. Pawel Czarnecki, PhD (Warszawa), prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD. (Prešov); Dr.h.c. Prof. Dana Farkašová, PhD (Bratislava), prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. (Bratislava); Prof. MUDr. Peter Fedor-freybergh, DrSc. (Bratislava), doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD. (Bratislava); prof. MUDr. Jenő Julow, PhD. (Budapešť); prof. MVDr. Peter Juriš, CSc. (Košice); prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. (Rožňava); prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult. (Bratislava); doc. PhDr. Michal Oláh, PhD. (Bratislava); prof. MUDr. Anna Sabová, PhD., (Nový Sad); Mons. PhDr. Milan Šášik, Th. lic. (Užhorod); prof. PhDr. Milan Schavel, PhD., (Bratislava); prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc. (Košice); prof. PhDr. Valéria Tothová, PhD., (České Budejovice); doc. MUDr. Omeljan Trompak, CSc.(Mukačevo); Doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD. (Plzeň); Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (Praha); JUDr. Alexander Gros (Nadlac); Doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD (Příbram); doc. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. (Wien); 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 rádiocirurgie, 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, VŠZ 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

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>Hal'ko, M. A.</i> Sv. Cyril a Metod priniesli poznatky aj o medicíne (Ss. Cyril and Methodius delivered the wisdom of medicine)	4
<i>Hulinský, P. Hamplová, L.,</i> Pohlavní choroby a prostituce v České republice (Sexually transmitted diseases and prostitution in the Czech republic)	8
<i>Durdík, Š., Donát, R., Sabol, M., Pálaj, J., Dytter, D., Sokolová, J.</i> Náhla príhoda brušná – malígna črevná obštrukcia u onkologického pacienta (Acute abdomen – malignant bowel obstruction in cancer patients)	15
<i>Kajo, K., Turčan, L., Laboš, T., Vallová, M., Kajo, M., Machálek, K., Žábor, P., Galbavý, Š.</i> Klasifikácia karcinómov prsníka založená na hodnotení molekulových charakteristík (Classification of breast cancer based on evaluation of molecular characteristics)	19
<i>Hušková D., Čmelová, E., Hradečná, Z., Čmelo, J.</i> Úvod do problematiky: Dotazník v ambulantnej praxi ako forma prevencie (Introduction: A questionnaire in ambulatory practice as the form of prevention)	26
<i>Kučera, R.</i> Vytvárania možnosti zamestnania pre znevýhodnené skupiny obyvateľstva (Creating employment opportunities for disadvantaged groups)	33
<i>Hanáčková, D., Cifranič, M.</i> Hodnotenie kvality sociálnych služieb prostredníctvom štandardov (Social services Quality evaluation through the standards)	42
<i>Bydžovský, J., Kalátová, D.</i> Role občana a zdravotníckeho pracovníka při náhlé poruše zdraví (The role of a citizen and a healthcare Professional in sudden health disorder)	51
Pokyny autorom pre písanie príspevkov	55

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca vychádza už 9. rok. Vznikol v roku 2005 na Ústave zdravotníctva a sociálnej práce bl. P.P. Gojdiča v Prešove VŠZaSP 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 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 2012 časopis vychádza so súhrnom v slovenskom a anglickom jazyku. V redakčnej rade sú odborníci zo všetkých okolitých štátov, Česka, Poľska, Ukrajiny, Maďarska, Rumunska, Srbska a Rakúska. Pripravujeme, aby sa časopis stal Central European Journal of Health and Social Work.

Ako Supplementum časopis vydáva štrukturované abstrakty z medzinárodnej konferencie v Prešove. V plnom rozsahu vychádzajú príspevky z prednášok a posterov v Zborníku vedeckých prác.

V tomto roku si pripomíname významné výročie našich národných dejín – 1150. výročie príchodu solúnskych bratov Sv. Cyrila a Metoda na Slovensko. Význam a odkaz misie solúnskych vierozvestcov pre slovenský národ a Slovanov nemožno spochybníť. Boli prví, ktorí priniesli Slovanom kresťanstvo v zrozumiteľnej podobe. Vytvorili hlaholiku, preložili prvé texty, dosiahli, aby sa štvrtým liturgickým jazykom popri latinčine, gréčtine a hebrejčine stala staroslovienčina. Bol to unikátny diplomatický výkon, ktorý sa do 20. storočia iným nepodaril. Sv. Cyril a Metod 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

**V pokračovaní tradícii
solúnskych bratov sv. Cyrila a Metoda
nech nám Pán Boh pomáha !**

SV. CYRIL A METOD PRINIESLI POZNATKY AJ O MEDICÍNE

SS. CYRIL AND METHODIUS DELIVERED THE WISDOM OF MEDICINE

MUDr. Mikuláš A. Haľko

Abstrakt

Dodnes sú informácie o stave slovenskej medicíny v ranom stredoveku iba útržkovité. Dostupné klasické rukopisy v glagolike a cyrilike v počte osemnásť sa dodnes zachovali v originále. Tu je zapísaná história slovenskej a slovanskej medicíny. Tieto rukopisy z IX., X., a XI. storočia sú hlavnými prameňmi informácií o zdravotnej úrovni našich predkov v čase Byzantskej Misie. Rukopisy odhaľujú vedomosti ako predkovia Slovákov žili, čomu verili, aké boli ich choroby, lieky, asanačné prostriedky, prvky, aká bola štruktúra rodiny. Mnoho informácií spadá do oblasti anatómie, sociológie, fyziológie, patofyziológie. Mimoriadnym nálezom je fakt, že v rukopisoch sa vyskytuje okolo osemdesiat termínov pre časti ľudského tela. Zbierku týchto anatomických názvov môžeme nazvať prvým slovenským (slovanským) anatomickým slovníkom ľudského tela. Mená Gréckych bohov ako Apollo, Asclepius sa tiež nachádzajú v rukopisoch. Panacea, dcéra boha medicíny Asclepia sa spomína v najobsiahlejšom slovníku staroslovenskom z r. 1900 od G. Djačenka. Prítomnosť mien Gréckych bohov v rukopisoch, na ktorých sľubuje Hippokratova prísaha, vytvára oprávnenú domnienku, že starí Slováci poznali Hippokratovu prísahu. Táto domnienka je ďalej podporená tým, že Kráľ Rastislav zaslal posolstvo v r. 862 po Kr. do Byzancie v gréckom jazyku. Nález staroslovenských termínov pre štyri tekutiny a to krvi, hlienu, čiernej a žltej žľče v rukopisoch dokladá teóriu, že naši predkovia mali možnosť poznať koncept gréckej medicíny v ich vlastnom jazyku. Tento koncept hovoril o rovnováhe štyroch tekutín v zdravom tele a nerovnováhe týchto v tele chorom. Proti tomuto konceptu sa ohradil Dr. R. Virchow v r. 1858 po Kr. Kodifikácia staroslovenčiny do spisovného jazyka v r. 863 po Kr., ktorú previedol sv. Konštantín Filozof, známy kláštorným menom Cyril, umožnila vznik písaných záznamov v ranom stredoveku.

Kľúčové slová:

Sv. Cyril a Metod, Medicína Slovenov – Slovákov, Hippokrates a Rastislav.

Abstract

To this day, data regarding the state of Slovak medicine in the early medieval period is rather fragmented. There exist eighteen so called "classic" glagolitic and Cyrillic manuscripts dated from the IX., X., XI. century which represent the main source of data regarding medical affairs of our Slovak ancestors. With the help of manuscripts which are more than a thousand years old and other medieval writings one can try reconstruct the history of medicine of the Slovenes – Slovak ancestors. The available literature has brought to light knowledge of how our Slovak ancestors lived, what their beliefs were and their diseases as well as their remedies and what their knowledge was about sanitation agents, elements and family structure. Much information found in manuscripts falls into category of anatomy, physiology, pathophysiology and sociology. Outstanding is the emergence of about eighty terms for parts of the human body. We certainly may call this collection of names describing various parts of the human body – the very first Slovak (Slavonic) dictionary of human anatomy. The names of

Greek gods such as Apollo, Asclepius can also be found in the manuscripts. Panacea, the daughter of Asclepius is mentioned in the dictionary by G. Djacenko. Since these names found their way into secular Slavonic writings, the hypothesis developed that our ancestors knew about the Hippocratic Oath. This theory is further supported by the fact that communication between King Rastislav and the Byzantine Emperor Michael III. was conducted in the Greek language in the year AD 862. One should also appreciate the fact, that in this old writings of the old Slovak language, the names of the four body humors are named. They are the blood, the phlegm, the black and yellow bile. Those words suggest that Slovak ancestors possessed complete verbal intelligence to understand in their own language the principal concept of health and disease taught by the Greeks. This concept was challenged by Dr. R. Virchow in AD 1858. Codification of old Slovak language in a year AD 863 by St. Constantine Philosopher known by his monastic name Cyril, facilitated the creation of written records in early medieval period.

Keywords:

SS Cyril and Methodius, Medicine and Slovak ancestors, Hippocrates and Rastislav.

Sv. Cyril a Metod prispeli k šíreniu zdravotnej osvety v ríši Rastislava a Svatopluka. Dodnes sú informácie o stave slovenskej medicíny (medicíny Slovenov) v ranom stredoveku iba útržkovité. Zvyčajne sa poukazuje na zakladanie prvých nemocníc a pri vyklade sa nezaobídeme bez poznámky, že dejiny slovenskej medicíny sú veľmi tesne zviazané s medicínou uhorskou alebo rakúsko-uhorskou. A to je asi všetko, čo sa dozvieme o našich predkoch v tomto smere. V svetovej spisbe sa o lekárske dejinách Slovanov a Slovenov – Slovákov nepíše zhola nič. Ani také mená ako Dr. Ján Jesenius (lekár nar. v r. 1566 po Kr.), Juraj Fándly, autor príručky “Zelinkár” z r. 1793 po Kr., si nenašli miesto v historiografii o medicíne v zahraničí a aj u nás doma.

Vďaka tomu, že sv. Cyril a Metod nás v r. 863 po Kr. učili písať a čítať vo vlastnej reči – staroslovenčine - pomocou Cyrilom zostaveného písma, sa nám zachovali informácie, písomné informácie aj o stave zdravotníctva v časoch vlády Rastislava a Svätopluka.

Toto pôvodné písmo Hlaholika a neskôr zostavená Cyrilika nám oznamuje a objasňuje v zápisoch zachovaných rukopisov z IX., X., XI., storočia obraz myslenia, zvykov a zdravotníctva. Rečové bohatstvo a neuveriteľne veľká slovná zásoba staroslovenského jazyka umožňuje rekonštrukciu jazykového vedomia Slovenov – Slovákov v ranom stredoveku. Rekonštrukcia spoločnosti z hľadiska stupňa informovanosti na podklade viac ako tisíc ročných rukopisov a ďalších, o niečo mladších dokumentov je možná, zaujímavá a presvedčivá. Pomocou jazykovej archeológie sa odкрývajú zaujímavé a doteraz neznáme skutočnosti o našich predkoch. Máme možnosť porovnať, kde sme stáli v časoch Rastislava a Byzantskej Misie v porovnaní s inými civilizovanými národmi. Považujem za potrebné sa zmieniť, že slovný materiál som zozbieral popri klasických rukopisoch aj z biblických kníh preložených sv. Cyrilom a Metodom do staroslovenčiny v r. 863 po Kr.

Jazyk Slovenov - Slovákov za panovania Rastislava oplýval toľkými slovami, že sa do tohoto jazyka dali prekladať akékoľvek texty a zároveň zapísať čokoľvek, čo bolo vtedy v myšlienkách Slovenov. Djačenkov Cirkevno-Slovansky slovník obsahuje približne 30 000 slov. Klasické rukopisy poskytli výpis asi 10 000 slov. V týchto klasických rukopisoch sa odráža neobyčajne vyvinutá takzvaná “sluchová kultúra“ Slovenov. V dobe tejto sluchovej

kultúry sa prenášali informácie z generácie na generáciu ústnym podaním. Nebolo vhodného písma. Latinská a grécka abeceda svojim počtom hlások nevyhovovala potrebám reči Slovenov.

Do staroslovenčiny preložená Biblia informovala v knihe “Levitikus” o celom rade hygienických opatrení a diétnych rád. Asi v polovici kníh Starého zákona sa vyskytujú početné inštrukcie a odporúčania týkajúce sa zdravého stravovania. V Evanjeliách nájdeme tiež podobné odporúčania.

V takzvaných “klasických” osemnástich rukopisoch a ďalších dokumentoch nachádzame okolo osemdesiat staroslovenských názvov častí ľudského tela. Zbierku týchto anatomických názvov smelo môžeme nazvať prvým a najstarším anatomickým slovníkom Slovenov čerpajúcim slovnú zásobu z čias vlády Rastislava a Svätopluka. Zmienime sa aj o tom, že Sloveni poznali prvky, mali prostriedky na asanáciu, mali lieky, slovo pre nemocnicu (stuzdekromenica), slovo pre lekára (balii, iscielitele). V rukopisoch nájdeme staroslovenské termíny pre celý rad chorôb, príznakov chorôb a liekov.

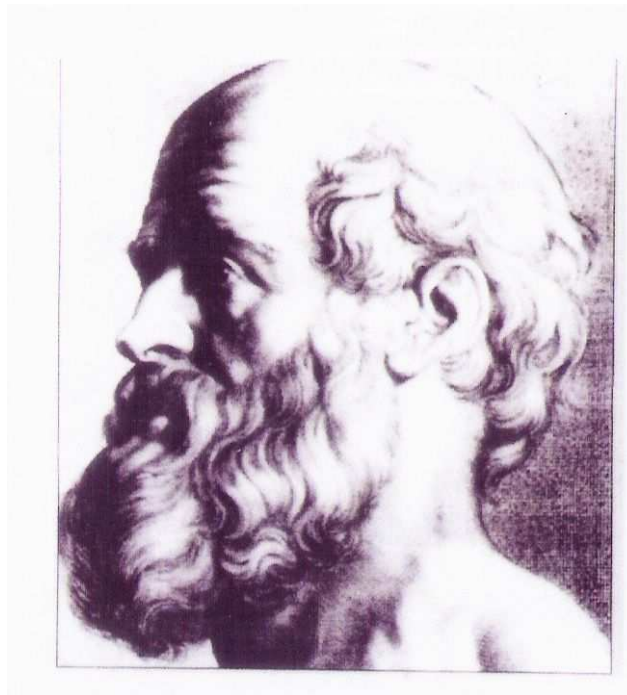
Je veľmi zaujímavé, že v množstve názvov v jazyku Slovenov nachádzame meno pre každého, len nie pre starého otca. Našlo sa síce slovo “dedo”, ale to sa upravuje do súčasnej slovenčiny ako predok. Je možné, že absencia názvu starého otca má niečo spoločného s tým, že ľudia žili krátko a starí rodičia zomreli prv, než vnúčatá dorástli. V staroslovenských rukopisoch ďalej nachádzame termíny pre zmysly, slová súvisiace so svadbou i rozvodom, narodením a dokonca potratom. Opäť mám možnosť zdôrazniť, že staroslovenský slovník medicíny, hygieny a sociológie je na tie časy bohatý.

Výskyt mien Gréckych bohov v nebohoslužobných textoch rukopisov a staroslovenskom slovníku, menovite Apolón, Asklépios a tiež Panacea poukazujú na možnosť poznania Hippokratovej prisahy Slovenmi. Totiž Hippokratova prisaha sľubuje práve na tieto Grécke božstvá. Jej autorom je grécky lekár Hippokrates, narodený v r. 460 pred Kr. Uverejňujeme začiatok lekárskej prisahy v súčasnej slovenčine. Na tento text sa i dnes prisahá pri preberaní lekárskeho diplomu. Znalosť gréckeho jazyka na panovníckom dvore kráľa Rastislava sa prejavila v tom, že Rastislavove posolstvo Michalovi III. do Byzancie v r. 862 po Kr. bolo písané v gréckom jazyku. Z toho možno usúdiť, že učení ľudia mali prístup ku gréckej kultúre a nie je vylúčené, že aj ku gréckej medicíne.

HIPPOKRATOVA PRISAHA

“Prisahám pri Apolónovi, bohu lekárov a pri Asklépiovi, Hygiei a Panacei aj pri všetkých bohoch a bohyniach a dovoľávam sa ich svedectva, že ... budem predpisovať liečbu podľa svojich najlepších schopností a úsudku pre dobro chorého a nikdy nie na zlý či nedovolený účel. Ani prosbami sa nedám ovplyvniť k podaniu smrtiaceho lieku, ani sám k tomu nikdy nedám podnet...”

Buďme na to hrdí, že naši géniovia – apoštolovia zo Solúna nám priblížili aj vedomosti lekárskeho charakteru, o čom sa doteraz nepísalo. Nie je vylúčené, že sv. Cyril a Metod učili našich predkov aj Hippokratovu prisahu.



Obr.: Otec medicíny Hippokrates (4670 – 367 pred Kr.) Rytina od Petra Rubensa.

Literatúra použitá k článku:

1. DJAČENKO, G: Polnyj cerkovno – staroslavjanskij slovar 2002, novotlač 1900. Otčij dom, Moskva, ISBN 5-86809-048-9
2. VENDINA, T.I.: Sredne vekovyj čelovek v zerkale staroslavjanskogo jazyka. Vyd. Indrik, Moskva 2002. ISBN 5-85759-182-1
3. CEJTLIN, R.M., VEČERKA, R.: Staroslavjanskij slovar po rukopisam X – XI vekov. Ruský jazyk, Moskva 1999. ISBN 5-200-02704-7
4. KLIMČÁK MIKULÁŠ: Proglas. Bratislava: vyd. Don Bosco 2000. ISBN 80-88933-59-5
5. HALKO, MIKULÁŠ A.: Sv Cyril a Metod priniesli poznatky aj o medicine. Mesačník Slovák v Amerike júl 2009, strana č. 17.

Kontaktná adresa:

Autor je úradujúci Viceprezident Slovenskej ligy v Amerike, N.Y., USA
e-mail: nadmiki@yahoo.com

POHLAVNÍ CHOROBY A PROSTITUCE V ČESKÉ REPUBLICE

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND PROSTITUTION IN THE CZECH REPUBLIC

Hulínský, P., Hamplová, L.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha, Česká republika

Abstrakt

Problematika pohlavně přenosných chorob (STD, dále jen STD) je známá od nepaměti. STD jsou choroby, u nichž k přenosu původce nákazy dochází převážně pohlavním stykem genitovaginálním, análním a orogenitálním. Další cestou přenosu nákazy je nepohlavní přenos, zejména transplacentární, případně přenos během průchodu plodu porodními cestami a dále též krví. Velkou roli v šíření STD sehrává prostituce. Česká republika se v současné době snaží o legislativní regulaci prostituce přípravou zákona, jehož přijetí s největší pravděpodobností omezí též šíření sexuálně přenosných chorob v populaci.

Klíčová slova:

Pohlavně přenosné choroby. Prostituce. Sociopatogenní vlivy. Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Abstract

Risks of sexually transmitted diseases (hereinafter "STDs") have been known since time immemorial. STDs are diseases whose pathogens are primarily transmitted through genito-vaginal, anal and oro-genital sexual intercourse. Another mode of the spread of infection is the non-sexual transmission, in particular the transplacental transmission or a transmission occurring during the passage of the fetus through the birth canal and further a transmission through blood. Prostitution represents a major factor in the spread of STDs in the Czech Republic. The Czech Republic is currently intending to regulate prostitution on the legislative level by drafting a bill whose adoption into law could, with a high degree of probability, also limit the spread of sexually transmitted diseases in the population.

Keywords:

Sexually transmitted diseases, Prostitution, Sociopathogenic influences, Institute of Health Information and Statistics.

ÚVOD

Pohlavně přenosné choroby (STD, dále jen STD) jsou dlouhodobým vážným zdravotním problémem všech společností. Výskyt STD závisí na ekonomických a sociálních faktorech a mravním zázemí společnosti. K šíření pohlavních chorob v populaci také napomáhá nedostatečná osvěta, alkoholismus a užívání drog. Vzhledem k snadné dostupnosti antibiotik jsou obavy většiny sexuálně aktivní populace z nakažení STD nízké. V současnosti se pohlavní choroby v České republice šíří zejména z důvodu častého střídání sexuálních partnerů díky uvolněným sexuálním vztahům a široce používané hormonální antikoncepci především u mládeže a mladých dospělých. K šíření pohlavně přenosných nemocí přispívá kromě ostatních výše uvedených negativních společenských jevů též prostituce. Stejně jako

v jiných státech Evropské unie i v České republice je v současné době cílem tento vysoce negativní společenský jev, jímž prostituce bezpochyby je, legislativně regulovat.

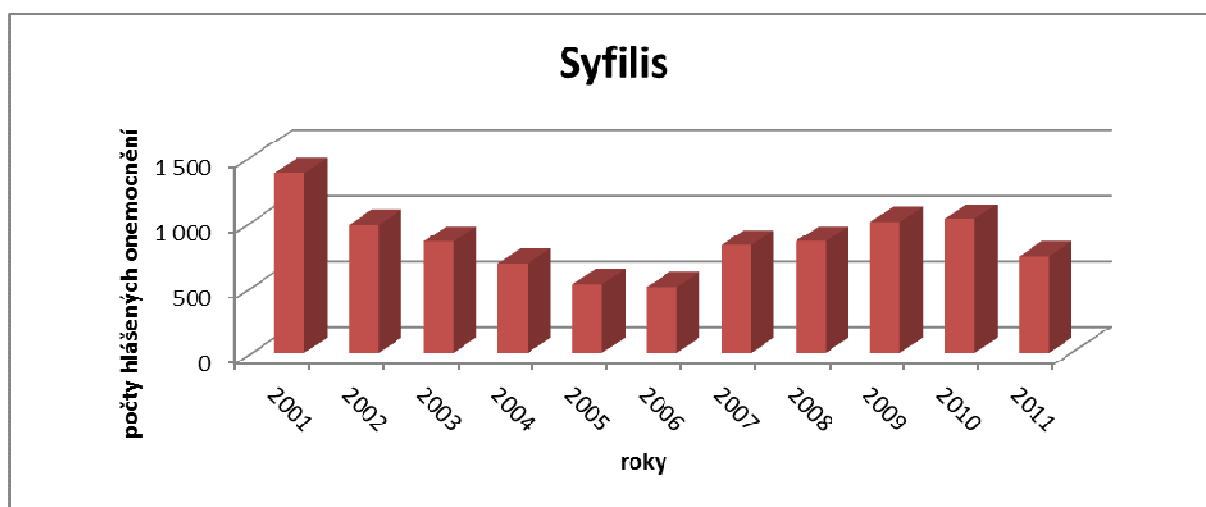
HLÁŠENÍ A VÝSKYT POHLAVNÍCH NEMOCÍ

V České republice je výskyt pohlavních chorob sledován od roku 1959 Ústavem zdravotnických informací a statistiky (UZIS, dále jen UZIS) prostřednictvím databáze Registr pohlavních nemocí (dále jen RPN). Účelem zjišťování dat je zajištění informací o vybraných pohlavních onemocněních k posouzení vývoje epidemiologické situace na území České republiky, ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva a k řízení prevence a poskytované zdravotní péče. Výsledky se předávají Světové zdravotnické organizaci a Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC). Zdrojem informací pro tuto databázi je povinné hlášení pohlavní nemoci, jemuž podléhají onemocnění pohlavní nemocí včetně reinfekcí, úmrtí na pohlavní nemoc a podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí zjištěné na území České republiky.

Povinnému hlášení podléhají dle Mezinárodní klasifikace nemocí v České republice syfilis, gonokoková infekce (kapavka), lymphogranuloma venereum a měkký vřed (chancroid).

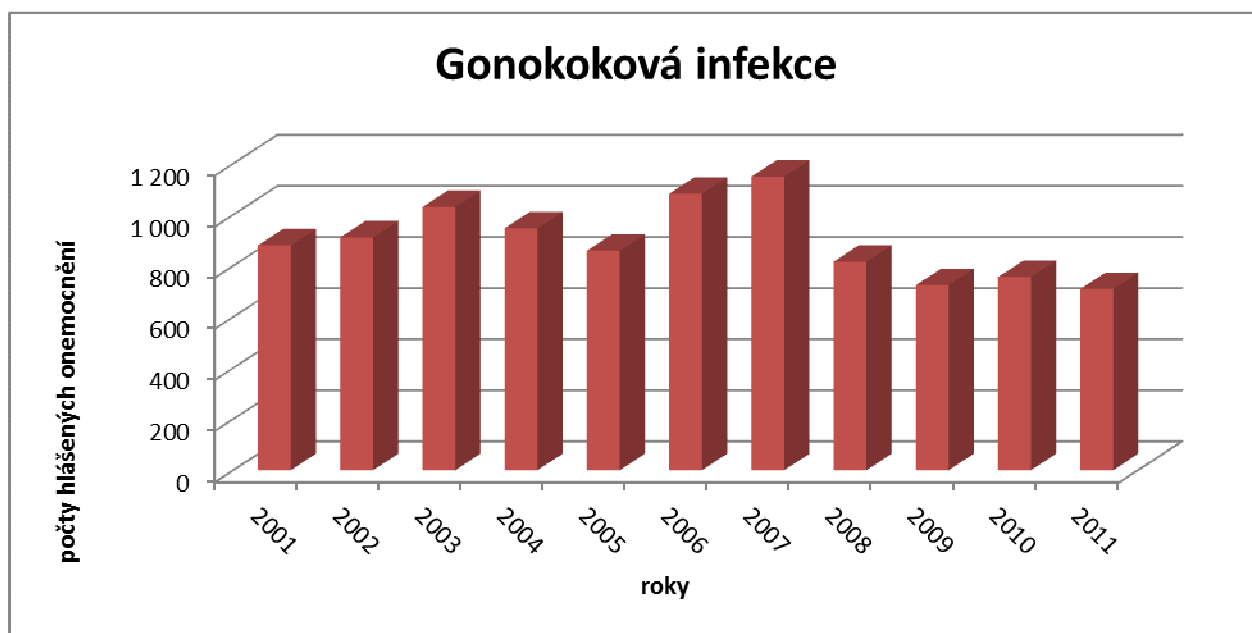
Zpravodajskou jednotkou je každé, zpravidla dermatovenerologické zdravotnické pracoviště bez ohledu na zřizovatele, které onemocnění diagnostikovalo. Jednotlivá hlášení jsou zaznamenávána do Registru pohlavních nemocí prostřednictvím hygienické služby, konkrétně krajských hygienických stanic.

Ministerstvo zdravotnictví ČR spravuje RPN prostřednictvím orgánů ochrany veřejného zdraví, čímž naplňuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Výskyt syfilis a gonokokové infekce v absolutních číslech v letech 2001-2011 znázorňují níže uvedené grafy. V žádném ze sledovaných let nepřekročil počet hlášených případů v absolutních číslech u syfilis a gonokokové infekce 1500 případů za rok. Počty hlášených ostatních sexuálně přenosných onemocnění (lymphogranuloma venereum a měkký vřed) se pohybují dlouhodobě pouze v jednotkách za rok.



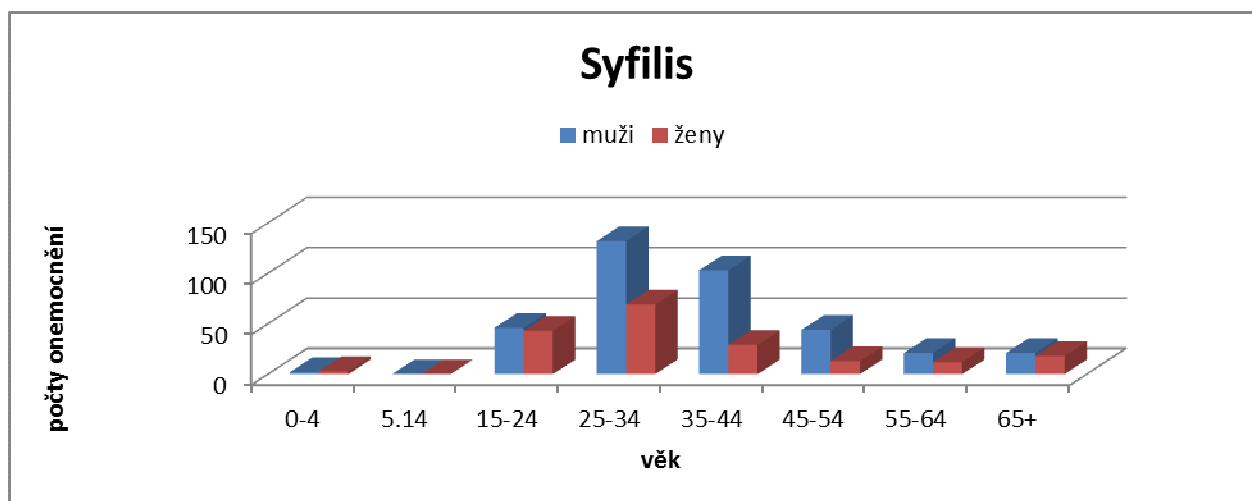
Graf 1 Počty hlášených onemocnění syfilis v absolutních číslech v České republice v letech 2001-2011

Zdroj: ÚZIS, *Pohlavní nemoci, 2011*

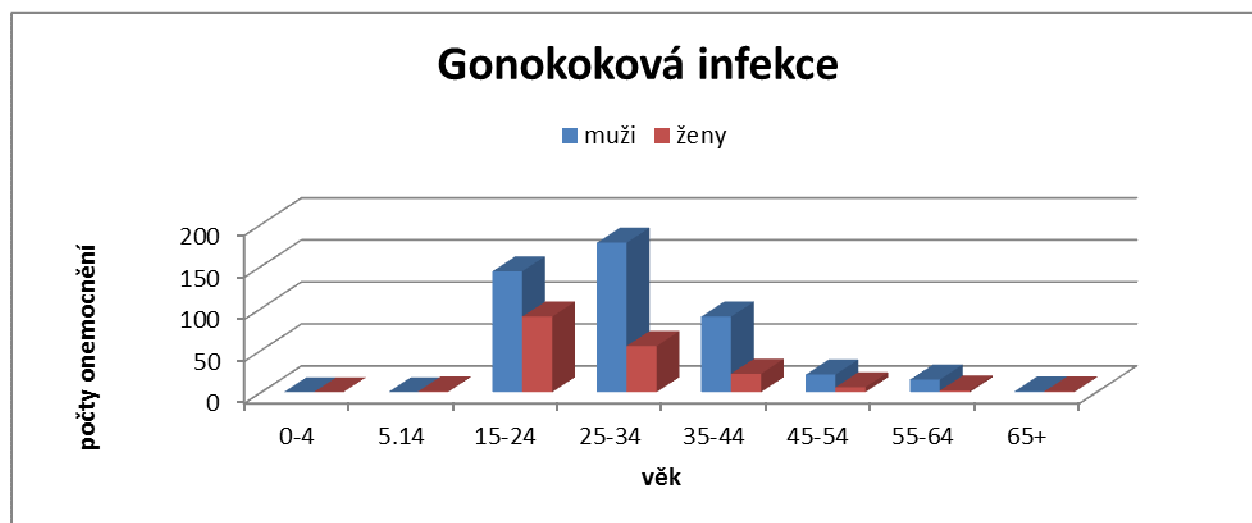


Graf 2 Počty hlášených onemocnění gonokokovou infekcí v absolutních číslech v České republice v letech 2001-2011
 Zdroj: ÚZIS, *Pohlavní nemoci, 2011*

Syfilis a gonokoková infekce se po celé sledované období let 2001-2011 vyznačují výrazně vyšším výskytem u mužů oproti ženám. U syfilis činil počet hlášení v roce 2011 na 100 tisíc mužů 9 případů ve srovnání s 5 případy na 100 tisíc žen. U kapavky vychází rozdíl ještě výraznější a v roce 2011 dosáhl počet hlášení na 100 tisíc mužů 10 případů oproti necelým 4 případům u žen. V průměru 5 let 2006–2010 vychází incidence pohlavních nemocí u mužů oproti ženám 1,8 násobná v případě syfilis a 2,8 násobná v případě kapavky.



Graf 3 Počty hlášených onemocnění syfilis v absolutních číslech v České republice v letech 2001-2011 dle věkových kategorií
 Zdroj: ÚZIS, *Pohlavní nemoci, 2011*



Graf 4 Počty hlášených onemocnění gonokokovou infekcí absolutních číslech v České republice v letech 2001-2011 dle věkových kategorií

Zdroj: ÚZIS, *Pohlavní nemoci, 2011*

VĚKOVÁ CHARAKTERISTIKA U POHLAVNÍCH NEMOCÍ

Výrazné rozdíly v incidenci pohlavně přenosných nemocí se projevují i z hlediska věkového rozložení. U obou pohlaví byl v roce 2011 nejvyšší výskyt syfilis zaznamenán ve věku 25-29 let s 23,3 případy na 100 tisíc mužů a 16,5 případy na stejný počet žen téhož věku. Tyto intenzity z roku 2011 zhruba odpovídají i průměrným hodnotám z předchozích pěti let. U kapavky lze pozorovat výrazně zvýšený výskyt dle věku již mezi 20 až 24 roky. Incidence v této věkové skupině dosáhla 36,5 případů u mužů a 18,5 případů u žen, což je zhruba o čtvrtinu méně než činí průměrné hodnoty za předchozích 5 let. Ve vyšších věkových skupinách incidence kapavky výrazně klesá. Oproti tomu výskyt syfilis je rovnoměrněji rozložen do vyšších věkových skupin. Konkrétně u mužů byla v roce 2011 zaznamenána zvýšená incidence syfilis ve věkové skupině 40 až 44 let se 17,5 případy na 100 tisíc obyvatel tohoto věku.

SOCIÁLNÍ FAKTORY U POHLAVNÍCH NEMOCÍ

Epidemiologie pohlavně přenosných nemocí je v úzké souvislosti se sociálním chováním a postavením jedince. Mezi hlavní faktory ovlivňující pravděpodobnost nákazy je řazeno rizikové sexuální chování, sexuální orientace a prostituce. Více než 28 % hlášených případů onemocnění u mužů se týkalo osob s homosexuálním zaměřením. Ve více než 64 % případů u mužů byl uveden náhodný styk oproti 27 % případů u žen. Celkem u 80 % případů byl uveden nechráněný sexuální styk. Více než 71 % případů u mužů se týkalo svobodných mužů, u žen to bylo 55 % [1].

PROSTITUCE

K šíření STD vždy přispívala v českých zemích prostituce v jakékoliv její podobě. Prostituce se ve středověku rozvíjela hlavně ve městech, vesnická společenství prostituci prakticky neznala. Prostitutkami se většinou ženy stávaly z touhy po snadnějším životě a

výdělku. Mnohé dívky a ženy byly ovšem k prostituci donuceny nepříznivou finanční situací. Existovala zde institucionalizovaná prostituce, která byla světskou mocí kontrolovaná a spravovaná. Vedle ní ovšem existovaly také nelegální nevěstince. Prostituci se dařilo dobře i mimo hlavní centra. Počet prostitutek se výrazně zvýšil, když se Praha stala významným evropským univerzitním městem. V období husitských válek byly všechny prostitutky z Prahy vyhnány a nevěstince rozbořeny. Pro trestání cizoložství, smilstva a jiných nemravností byl dokonce zřízen zvláštní úřad. Prostituce začala zase vzkvétat za dob Zikmunda Lucemburského, kdy prostitutky byly viditelně označeny a církve požadovala opět zřízení radního mravního úřadu. Šestnácté století přineslo hrozbu nevěstek v podobě syfilis, ale ani ta nedokázala rozvoj prostituce zastavit. Prostituce přežila třicetiletou válku i morové epidemie v 17. a 18. století. V 19. století byla prostituce tolerována bez výraznějších zásahů ze strany veřejné moci a nejvíce se jí dařilo v pohraničních městech a ve městech svázaných s rozvojem hornictví a těžkého průmyslu. Policie byla ochotna tolerovat veřejné domy, jejichž zaměstnankyně byly evidovány, podrobovaly se pravidelným lékařským prohlídkám a byly ochotné spolupracovat. Od počátku 20. století začaly veřejné domy zanikat, těžiště prostituce se začalo přesouvat na ulici, kde neměla policie už takové možnosti kontroly. Současná sexuální promiskuita je jevem, který zasahuje lidskou společnost ve všech jejích sférách. Nahlížení na prostituci souvisí se značně liberálním přístupem společnosti k této problematice, s partnerskými a mezilidskými vztahy, s výchovou v rodinách. Prostituce se v posledních letech v České republice rychle rozrostla. Mnoho dívek provozuje prostituci na mezinárodních silničních tazích. Počet prostituujících osob se odhaduje v České republice okolo 10 000 osob. Příjmy z prostituce patří v rámci nelegální ekonomiky k nejvyšším a dosahují 0,2 % hrubého domácího produktu [2].

Podstatou prostituce současné doby je dosažení co největšího zisku, na kterém profituje kromě prostituující osoby celá řada dalších osob a prostituce je také doprovázena trestnými činy, zejména krádežemi nebo loupežemi. I přes různost názorů na problematiku legalizování prostituce převažuje ve společnosti negativní postoj a prostituce je hodnocena jako amorální jev poškozující pověst České republiky v zahraničí, negativně je vnímána i otevřenost prostituce a veřejná přístupnost na mezinárodních tazích silnic první třídy. Nejvíce ohroženou částí populace je dospívající mládež.

REGULACE PROSTITUCE NA ÚROVNI EU

Prostituce není regulována na úrovni Evropské unie, její regulace spadá do pravomocí jednotlivých států. Legislativní přístup členských států je v otázce prostituce velmi různorodý. Prostituce je nelegální v Irsku, Polsku, Švédsku a Litvě. V Itálii, Lucembursku, Portugalsku, Finsku, Francii, Belgii, Lotyšsku, Španělsku a Bulharsku samotná prostituce není nelegální, pouze nucení k jejímu vykonávání je trestné. Jako profese existuje prostituce v Nizozemí, Rakousku, Spolkové republice Německo a v Dánsku. Problémem regulace prostituce na úrovni EU je výše zmíněný různorodý přístup jednotlivých států. Podle dosavadních zkušeností s legalizací prostituce v některých zemích EU je možné odvodit, že kriminalizace zákazníka nevede ke snížení poptávky a směřuje výkon profese hlouběji do ilegality. Legalizace prostituce omezená pouze na občany země, případně na občany EU, zase znamená zhoršení podmínek v oblasti prostituce vykonávané imigranty, aniž by řešila problém obchodu se ženami. Na základě těchto faktů se jeví jako nejpravděpodobnější návrh legalizování prostituce jako profese nesoucí s sebou odpovídající práva a povinnosti.

REGULACE PROSTITUCE V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice doposud zákon přímo upravující tuto oblast nebyl přijat. V poslední době je však snaha podřídit provozování prostituce zákonným pravidlům, které by chránily společnost, zejména mládež, před sociopatogenními vlivy prostituce a před pohlavními chorobami. V současné době je připravován zákon, který by upravoval provozování prostituce. Ta by měla být provozována legálně na základě speciálního povolení, které by vydal obecní či městský úřad. Podmínkami udělení povolení by měly být bezúhonnost, zdravotní způsobilost a věk nad 18 let osoby poskytující placené sexuální služby. Předložení návrhu zákona, který má regulovat prostituci, do Parlamentu České republiky se předpokládá na podzim 2013 [3].

Současně s represí musí být též posílena edukační činnost zaměřená zejména na rizikově se chovající populační skupiny, tedy mládež, homosexuální jedince a prostituuující osoby. Jelikož edukace rizikově se chovajících skupin populace má svá specifika, musejí být osoby provádějící jejich edukaci velmi erudované [4].

Nezbytná je též specifická primární prevence pohlavně přenosných onemocnění realizovaná zejména u mladých lidí a zranitelných dospělých, kde je možné čerpat ze zahraničních zkušeností, zejména ze systému britské péče o tyto osoby [5].

Velkou úlohu v edukaci zaměřené na prevenci sexuálně přenosných onemocnění musejí zastávat též praktičtí lékaři pro děti a dospívající a praktičtí lékaři pro dospělé [6].

ZÁVĚR

Z výše uvedených skutečností je patrné, že zákon, regulující prostituci, je v České republice vysoce potřebný a jeho přijetí povede zcela jistě k snížení incidence pohlavně přenosných chorob v populaci obyvatel České republiky. Kromě této legislativní regulace prostituce je naprosto nezbytné též posílení edukačních aktivit, zaměřených zejména na rizikově se chovající minoritní populační skupiny, ale též na dospívající mládež a mladé lidi obecně. V České republice je edukace minoritních rizikově se chovajících populačních skupin zajišťována především prostřednictvím nevládních organizací, které získávají na tuto činnost finanční prostředky z různých zdrojů, zejména rozpočtů krajů, měst, obcí, dále z dotačních programů Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a v poslední době zejména z finančních prostředků Evropské unie. Edukaci mládeže na základních a středních školách zajišťují zejména odborní pracovníci v rámci rezortu zdravotnictví a školství. V boji proti prostituci a šíření STD spolupracují vládní i nevládní organizace v České republice na lokální, regionální i celostátní úrovni.

LITERATURA

- [1] ÚZIS. *Pohlavní nemoci 2011*. Praha: ÚZIS, 2012. ISBN 978-80-7472-006-2.
- [2] Nelegální ekonomika v ČR [online]. Český statistický úřad. [cit. 2013-07-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nelegalni_ekonomika_v_cr_09_06_2005
- [3] HULINSKÝ, P. *Historie řešení otázky prostituce se specifikací na hlavní město Prahu*. Praha: Police history, 2009. ISBN 978-80-86477-51-0.

- [4] HLINOVSKÁ, J., J. NĚMCOVÁ, R. HANUŠOVÁ, M. JANÁKOVÁ a P. LAUKOVÁ. Edukace v klinické praxi. V. vedecko-odborná konferencia s mezinárodnou účasťou Globalizácia a kvalita života a zdravia. Košice: 2009. s. 65-66. ISBN 978-80-89284-66-
- [5] JAHODOVÁ, I. a J. NĚMCOVÁ. Ochrana zraniteľných dospelých - systém britské péče. *Florence*. 2011, 7(3), 14-16. MK ČR-E 16134, ISSN 1801-464X.
- [6] URBÁNKOVÁ, Š. a A. POKORNÁ. Primární prevence v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Praktický lékař*, 2012, roč. 92, č. 2, s. 86-91. ISSN 0032-6739.

Kontaktní adresa:

MUDr. Lidmila Hamplová Ph.D.
e-mail: hamplova@vszdrav.cz
Vysoká škola zdravotnícká o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5, Česká republika
Mobil: 739 053 130



Ústav sociálnych vied a zdravotníctva

bl. P. P. Gojdiča v Prešove

v spolupráci so

Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek

Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce

sv. Alžbety, n.o., v Bratislave

Gréckokatolíckou teologickou fakultou

Prešovskej univerzity v Prešove

Lekárskou fakultou Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach

Vás pozýva na

IX. vedecko-odbornú konferenciu

s medzinárodnou účasťou

s názvom

„Civilizačné ochorenia a ich vplyv na kvalitu života, zdravia a sociálno-ekonomickú oblasť“

ktorá sa uskutoční v dňoch 25.-26. októbra 2013

v Prešove

pri príležitosti 1150. Výročia príchodu

sv. Cyrila a Metoda na Slovensko

NÁHLA PRÍHODA BRUŠNÁ - MALÍGNA ČREVNÁ OBŠTRUKCIA U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

ACUTE ABDOMEN - MALIGNANT BOWEL OBSTRUCTION IN CANCER PATIENTS

Durdík Š., Donát R., Sabol M., Pálaj J., Dytter D., Sokolová J.

*Lekárska fakulta Univerzity Komenského Bratislava
Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava*

Abstrakt

Autori v článku analyzujú vlastné skúsenosti s incidenciou, diagnostikou a liečbou malígnej črevnej obštrukcie u onkologického pacienta ako akútnej brušnej príhody s mimoriadne obtiažnou diagnostikou pri imunosupresii spôsobenej chemoterapiou. Vo vyhodnotenom súbore je medián prežívania 9,8 mesiaca. 6 mesačné celkové prežívanie je 60%, 12 mesačné 43% a 24 mesačné celkové prežívanie pacientov je 28%. Tridsaťdňová perioperačná mortalita v našom súbore je 20%.

Kľúčové slová: *náhla príhoda brušná, malígna črevná obštrukcia, diagnostika, indikácia chirurgickej liečby.*

Abstract

The authors analyze their own experiences with the incidence, diagnosis and treatment of malignant bowel obstruction in cancer patients as acute abdominal episodes with extremely difficult diagnosis immunosuppression caused by chemotherapy. In the evaluation set, the median survival 9.8 months. 6 month overall survival is 60%, 12% and 43 month 24 month overall survival rate is 28%. Thirty perioperative mortality in our series is 20%.

Key words: *acute abdomen, malignant bowel obstruction, diagnosis, indications for surgical treatment.*

ÚVOD

Surgical cancer emergencies je termín, ktorý predstavuje akútny stav, zapríčinený onkologickým ochorením alebo jeho terapiou ,vyžadujúci si chirurgické vyšetrenie a posúdenie nevyhnutnosti operačného riešenia u onkologického pacienta v súvislosti s jeho malígnym ochorením alebo liečbou tohto ochorenia (1, 2). Náhla príhoda brušná u onkologického pacienta zahŕňa stavy predstavujúce krvácanie, črevná nepriechodnosť, črevné perforácie, peritonitídy, ascites, rôzne formy kolitíd, neutropénia (3, 4) .

V našej prezentácii sa podrobne venujeme malígnej črevnej obštrukcii (MBO) u špecifickej skupiny pacientov, kedy je zriedka nutná okamžitá chirurgická intervencia a je čas na dôkladné vyšetrenie pacienta a zváženie chirurgickej intervencie.

Malígna črevná obštrukcia vzniká zväčša z multifaktorových kombinovaných príčin (5). Elementárne predstavuje etiologiu mechanická obštrukcia spôsobená tumoróznymi hmotami. Malígny rast takejto obštrukcia je intraluminálny, extraluminálny alebo intraluminálny.

Rozoznávame dve základné formy takejto obštrukcie:

1. Jednoduchá - črevná obštrukcia je na jednom alebo viacerých miestach gastrointestinálneho traktu, kedy črevný obsah stagnuje nad prekážkou. Terapia je možná pomocou nasogastrickej sondy, kedy je možné tento obsah odsávať, čo vedie k zlepšeniu klinického stavu pacienta (6).
2. Obštrukcia typu closed-loop occlusion, kedy pri multietážovom postihnutí gastrointestinálneho traktu, dochádza k uzavretiu jednotlivých segmentov čreva a jeho obsah nie je možné odsat' nasogastrickou sondou.

Pri tomto type obštrukcie je vysoké riziko črevnej perforácie a následného vzniku sterkorálnej peritonitídy (7).

V druhom rade sa na malígnej črevnej obštrukcii podiela funkčné postihnutie, kedy pri postihnutí mesenteria a nervových pletení dochádza k paralytickému ileu v kombinácii s paraneoplastickým pôsobením nádorových buniek (8).

Z hľadiska klinického hodnotenia imunosupresie rozdeľujeme pacientov do dvoch skupín, ktoré predstavujú stredná a závažná imunosupresia.

Pacient s malignitou patrí do skupiny so stredne závažnou imunosupresiou.

V tejto skupine pacientov je typické prekryvanie typických známkov náhlej príhody brušnej, s oneskoreným vyhľadáním odbornej lekárskej starostlivosti. Ak dôjde vystupňovaniu imunokomprimovaného stavu pacienta s malignitou, podávaním chemoterapie alebo vznikom neutropénie, vznikne závažný stav imunosupresie. Pacient prichádza k lekárovi na vyšetrenie a diagnostiku neskôr, náhla príhoda brušná sa často neprejavuje typickou symptomatológiou a diagnostika je mimoriadne obtiažna a vzhľadom na prekrytie symptomatológie akútnej brušnej príhody je atypickou (9, 10).

Z hľadiska imunosupresie sú títo pacienti na úrovni pacientov po transplantáciách a s AIDS.

Imunosupresia modifikuje klinický obraz a znižuje dôveryhodnosť výpovede fyzikálneho vyšetrenia. U pacientov absentuje pri vyšetrení palpačná citlivosť, teplota. Bolesť ako typický príznak sa vyskytuje iba u 40% pacientov, absentuje leukocytóza a febrilita, aj u skupiny pacientov s perforáciou gastrointestinálneho traktu (11, 12).

V klinickom vyšetrení dominujú vágové príznaky, ktoré predstavuje tachykardia, hypotenzia a dôležité pre diagnostiku je objavenie sa inak štandardne neprítomných mentálnych porúch. U pacienta sa vyskytuje intolerancia perorálneho príjmu a často spojená s para-doxnými hnačkovitými stavmi. Signifikantnú časť diagnostiky tvoria zobrazovacie metódy.

Pracovná skupina Európskej Asociácie pre paliatívnu starostlivosť vydala doporučenia, kedy chirurgická intervencia by nemala byť indikovaná rutinne u pacientov so zlými prognostickými kritériami (13). Medzi absolútne kontraindikácie zaradila neúspešnú predchádzajúcu laparotómiu, alebo chirurgický zákrok, ktorý preukázal difúzne metastatické ochorenie, postihnutie proximálnej časti žalúdka, intraabdominálna karcinomatóza s multietážovým postihnutím gastrointestinálneho traktu, difúzne palpovateľné intraabdominálne masy, rekurentný masívny ascites (14). Medzi relatívne kontraindikácie asociácia zaraduje extraabdominálne metastázy, ktoré sú symptomatické/dyspnoe/ alebo asymptomatické/pleurálny výpotok/, zlý performance status, zlý nutričný status/strata váhy, kachexia, hypoalbuminémia/, pokročilý vek v kombinácii s kachexiou, predchádzajúca rádioterapia na oblasť panvy alebo brucha (15).

VLASTNÝ SÚBOR

V našom vyhodnotenom súbore sa venujeme pacientom, ktorí sa prezentovali náhlou príhodou brušnou, malígnou črevnou obštrukciou v pokročilom štádiu ochorenia

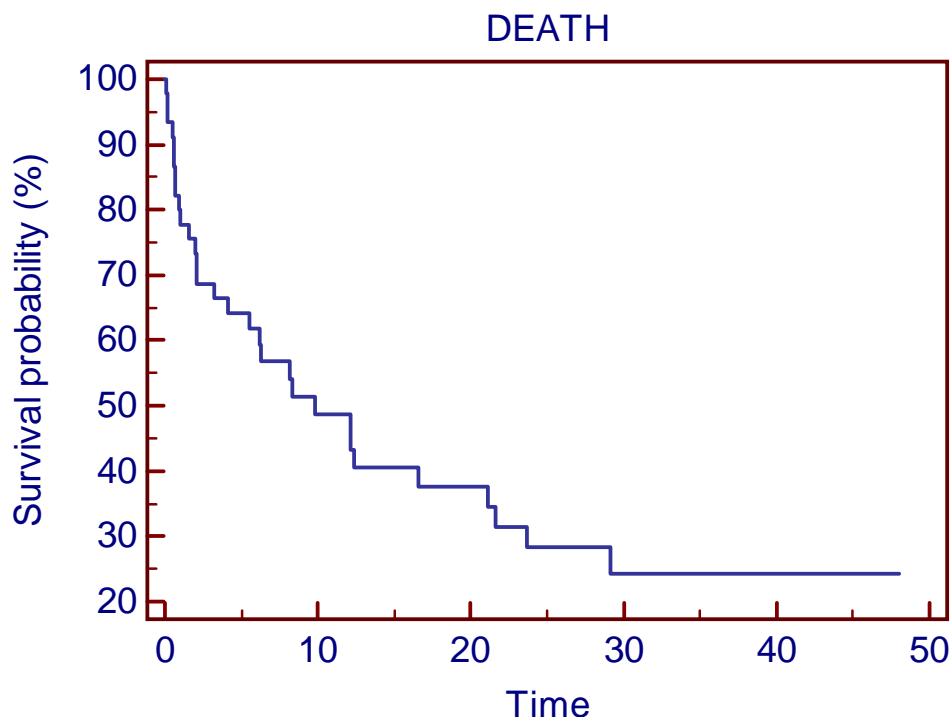
Súbor pacientov:

Do nášho súboru pacientov sme zaradili pacientov s pokročilým malígnym ochorením, ktorí sa prezentovali náhlou príhodou brušnou vo forme malígnej črevnej obštrukcie. Všetci pacienti v čase diagnózy dostávali chemoterapiu. U všetkých sme realizovali paliatívny operačný výkon. V rokoch 2009-2012 sme do štúdie zahrnuli 45 pacientov, 15 mužov, 30 žien. Priemerný vek pacientov bol 61 rokov, najmladší pacient mal 25 rokov. Väčšinu v súbore tvorili malignity V našom vyhodnotenom súbore sa venujeme pacientom, ktorí sa prezentovali náhlou príhodou brušnou, malígnou črevnou obštrukciou v pokročilom štádiu ochorenia -27 pacientov, 18 pacientov trpelo na gynekologickú malignitu /ovariálny karcinóm, karcinóm krčka maternice/. Z hľadiska typu črevnej obštrukcie malo 55% pacientov obštrukciu v tenkom čreve, 29% obštrukciu hrubého čreva a 16% pacientov malo kombinovanú črevnú obštrukciu.

Cieľom štúdie je štatistické spracovanie a vyhodnotenie celkového prežívania pacientov a tridsaťdňovú dňovú perioperačnú mortalitu Kaplan-Mayerovou metódou pomocou štatistického software Medcalc.

VÝSLEDKY

V našom súbore bol medián prežívania 9,8 mesiaca. 6 mesačné celkové prežívanie bolo 60%, 12 mesačné 43% a 24 mesačné celkové prežívanie pacientov bolo 28%. Tridsaťdňová perioperačná mortalita v našom súbore bola 20%. Naše výsledky sú porovnateľné so svetovými štúdiami (1,2).



Graf 1. Čas prežívania pacientov (v mesiacoch)

ZÁVER

Náhla príhoda brušná u onkologického pacienta a jej obraz je modifikovaný imunosupresiou pacienta. Z odporúčaní Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť na našom pracovisku považujeme za absolútnu kontraindikáciu k operácii iba neúspešnú predchádzajúcu laparotómiu. Pri indikovaní operácie máme vždy na zreteli vysokú perioperačnú mortalitu, zvažujeme benefit operácie v korelácii s 28% celkovým prežívaním pacientov po dvoch rokoch.

LITERATÚRA

- [1] OSIAN G. Cancerul colorectal-De la Genetica la Chirurgia Robotica. Editura Medicala Universitara Iuliu Hatieganu 2011. pp 116-120.
- [2] KINGSLEY C EKWUEME, MALCOLM A WEST, PAUL S ROONEY. Emergency first presentation of colorectal cancer following air travel: a case series J R Soc Med Sh Rep May 2011 2:36; doi:10.1258/shorts.2011.011002
- [3] BEURAN M., GRIGORESCU M. Actualitati in patologia colonului. Editura Medicala Universitara Iuliu Hatieganu 2007. pp.68-72.
- [4] SMITHERS BM, THEILE D.E., COHEN JR., et al. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions. J AM Coll Surg 2001; 193(6): 717.
- [5] O'CONNOR B, CREEDON B. Pharmacological treatment of bowel obstruction in cancer patients. Expert Opin Pharmacother. 2011 Oct;12(14):2205-14. Epub 2011 Jun 30.
- [6] DALAL KM, GOLLUB MJ, MINER TJ, WONG WD, GERDES H, SCHATNER MA, JAQUES DP, TEMPLE LK. Management of patients with malignant bowel obstruction and stage IV colorectal cancer. J Palliat Med. 2011 Jul;14(7):822-8. Epub 2011 May 19.
- [7] A. M. WATT, I. G. FARAGHER, T. T. GRIFFIN, N. A. RIEGER, AND G. J. MADDERN. Selfexpanding metallic stents for relieving malignant colorectal obstruction: a systematic review. Annals of Surgery, vol. 246, no. 1, pp. 24–30, 2007. www.intechopen.com
- [8] SASAKI K, KAZAMA S, SUNAMI E, TSUNO NH, NOZAWA H, NAGAWA H, KITAYAMA J. Onestage segmental colectomy and primary anastomosis after intraoperative colonic irrigation and total colonoscopy for patients with obstruction due to left-sided colorectal cancer. Dis Colon Rectum. 2012 Jan;55(1):72-8
- [9] ZHANG MS, MAO WZ, ZHOU YB, WANG PG, ZHANG BY. Surgical treatment and prognostic factors for obstructing left colorectal cancer. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi 2011 Aug; 14(8):620-622.
- [10] FRAGO R, BIONDO S, MILLAN M, KREISLER E, GOLDA T, FRACCALVIERI D, MIGUEL B, JAURRIETA E. Differences between proximal and distal obstructing colonic cancer after curative surgery. Colorectal Dis 2011 Jun; 13(6):e116-22.
- [11] MEYER F, GRUNDMANN RT. Hartmann's procedure for perforated diverticulitis and malignant left-sided colorectal obstruction and perforation. Zentralbl. Chir. 2011 Feb; 136(1):25-33. Epub 2011 Feb 18.
- [12] ZIELINSKI MD, MERCHEA A, HELLER SF, YOU YN. Emergency Management of Perforated Colon Cancers: How Aggressive Should We Be? Journal of Gastrointestinal Surgery (Sep 2011).
- [13] IWATA T, KONISHI K, YAMAZAKI T, KITAMURA K, KATAGIRI A, MURAMOTO T, KUBOTA Y, YANO Y, KOBAYASHI Y, YAMACHI T, OHIKE N, MURAKAMI M, GOKAN T, YOSHIKAWA N, IMAWARI M. Right colon cancer presenting as hemorrhagic shock. World J Gastrointest Pathophysiol. 2011 Feb 15; 2(1): 15-8.

Kontaktná adresa: Doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD.,

OÚSA, Heydukova 10, 812 50 Bratislava e-mail: sdurdik@ousa.sk

KLASIFIKÁCIA KARCINÓMOV PRSNÍKA ZALOŽENA NA HODNOTENÍ MOLEKULOVÝCH CHARAKTERISTÍK

CLASSIFICATION OF BREAST CANCER BASED ON EVALUATION OF MOLECULAR CHARACTERISTICS

¹ Kajo K., ² Turčan I., ¹ Laboš T., ¹ Vallová M., ¹ Kajo M.,
¹ Machálek K., ³ Žúbor P., ^{4,5} Galbavý Š.

¹ Ústav patológie SZU a OÚSA, s.r.o., Bratislava

² Mammacentrum sv. Agáty, s.r.o., Banská Bystrica

³ Gynekologicko-pôrodnická klinika JLF UK a UN Martin

⁴ Ústav súdneho lekárstva, Lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Bratislava

⁵ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

SÚHRN

Úvod: Na základe výsledkov expresie stavu estrogénových (ER) a progesterónových receptorov (PR), HER2 a proliferatívnej aktivity hodnotenej pomocou Ki-67 je možné zaradiť karcinóm prsníka do jednej zo 4 základných molekulových podtypov.

Ciele: Retrospektívna analýza vlastného súboru za účelom zhodnotenia distribúcie molekulových podtypov, ich základných charakteristík a koreláciu s ďalšími prognostickými ukazovateľmi.

Materiál a metódika: Z registra Ústavu patológie SZU a OÚSA bolo vybraných 500 prípadov karcinómu prsníka z obdobia od 1.1.2010 do 31.12.2011. Medzi sledovanými ukazovateľmi boli vek, histologický typ, histologický grade a štádium ochorenia. Molekulová klasifikácia zahŕňala imunohistochemickú expresiu ER, PR, HER2 a Ki-67 a na základe kombinácie ich výsledkov boli karcinómy prsníka rozdelené do 4 molekulových podtypov (MK1 – MK4), ktorých ekvivalentom sú lumnálny A, lumnálny B, HER2-pozitívny a „triple“ negatívny podtyp.

Výsledky: Rozloženie karcinómov prsníka bolo nasledovné: MK1 52,8 %, MK2 34,6 %, MK3 3,4 % a MK4 9,2 %. Štatisticky významná korelácia bola zaznamenaná medzi molekulovou klasifikáciou a histologickým grade, histologickým typom, veľkosťou nádoru (všetky $p < 0,0001$) a stavom LU ($p < 0,05$). Pri histologickom grade boli najvýraznejšie rozdiely prítomné medzi MK1 a ostatnými podtypmi ($p < 0,0001$), menší medzi MK2 a MK3 ($p < 0,05$) a rozdiely medzi ostatnými podtypmi neboli štatisticky významné. Pri hodnotení proliferatívnej aktivity boli najväčšie rozdiely medzi MK1 a ostatnými podtypmi ($p < 0,0001$). Nádory v MK2 boli väčšie ako v MK1 ($p < 0,0001$) a tumory MK4 boli väčšie ako v MK1 ($p < 0,01$). Postihnutie LU bolo častejšie v MK2 ako MK1 ($p < 0,01$). Z hľadiska typizácie sa v MK2, MK3 a MK4 častejšie vyskytovali duktálne invazívne karcinómy v porovnaní s ostatnými typmi a MK1, keď v týchto podtypoch tvorili 91,3 %, 100 % a 89,1 % a v MK1 boli zastúpené v 70,1 % prípadov.

Diskusia a záver: Hodnotenie molekulových podtypov je jednoduché a poskytuje komplexnejší obraz o biológii karcinómu prsníka, ako posudzovanie samotných prognosticko-prediktívnych faktorov.

Kľúčové slová: prsník, karcinóm, imunohistochemia, klasifikácia, estrogénový receptor.

SUMMARY

Introduction: Breast cancer can be divided into four basic molecular subtypes according to the results of the expression status of oestrogen (ER) and progesterone receptor (PR), HER2, and proliferative activity measured by Ki-67.

Objectives: The aim of the study was a retrospective analysis of the cohort of patients with breast cancer in order to evaluate the distribution of molecular subtypes and their basic characteristics and to correlate them with other prognostic indicators.

Materials and Methods: 500 cases of breast cancer in the period between 1.1.2010 and 31.12.2011 were selected from the register of the Department of Pathology of OUSA and SZU. The observed indicators were age, histological type, histological grade and stage of the disease. Molecular classification was based on the combination of the immunohistochemical expression of ER, PR, HER2, and Ki-67 which divided breast cancers into 4 molecular subtypes (MK1 - MK4), equivalent with luminal A, luminal B, HER2-positive and "triple" negative subtype.

Results: Molecular subtypes of breast cancer were as follows: MK1 52.8 %, MK2 34.6 %, MK3 3.4 % and MK4 9.2 %. Statistically significant correlation was observed between the molecular classification and histological grade, histological type and tumour size (each $p < 0.0001$) and LN status ($p < 0.05$). The most significant differences were present in histological grade between the MK1 and other subtypes ($p < 0.0001$), less pronounced between the MK2 and MK3 ($p < 0.05$) and differences between the other subtypes were not statistically significant. The major differences in the evaluation of proliferative activity were between the MK1 and other subtypes ($p < 0.0001$). Tumours in MK2 were larger than in the MK1 ($p < 0.0001$) and MK4 tumours were larger than in the MK1 ($p < 0.01$). Metastatic involvement of LN was more frequent in MK2 than in MK1 ($p < 0.01$). According to the typing invasive ductal carcinomas (IDC) were more often represented in MK2, MK3 and MK4 when compared to the other types of cancer and MK1, where they comprised 91.3 %, 100 % and 89.1 %, respectively. In MK1 IDC was present in 70.1 % of cases.

Discussion and conclusion: Evaluation of the molecular subtypes is simple to provide and offers a more complex view on the biology of breast cancer than assessment of the prognostic-predictive factors alone.

Key words: breast, carcinoma, immunohistochemistry, classification, oestrogen receptor.

ÚVOD

Karcinóm prsníka (CaP) je z hľadiska morfológických charakteristík a klinického priebehu značne heterogénne nádorové ochorenie. Za jeho fenotypickú variabilitu sú zodpovedné genetické a epigenetické zmeny, ktoré vedú k narušeniu rovnováhy medzi bunkovou proliferáciou, apoptózou, diferenciáciou, starnutím a mechanizmami kontrolujúcimi tieto bunkové procesy (1). Analýzami génovej expzie boli dokázané minimálne 4 základné podtypy CaP (2; 3), ktoré sa odlišujú medzi sebou rozdielnymi rizikovými faktormi, cestami evolúcie, ako aj odlišnými odpoveďami na systémovú či lokálnu terapiu (4). Technológie na analýzu génovej expzie sú však zatiaľ pre bežné praktické využitie nedostupné. Na druhej strane sa ukázalo, že imunohistochemickým dôkazom niektorých biologických ukazovateľov, ako sú estrogénový a progesterónový receptor (ER a PR), HER2 a markeru proliferatívnej aktivity Ki-67 je možné na základe vzájomných kombinácií ich expzie zaradiť CaP prinajmenej do 5 základných podtypov (tabuľka 1).

Zaradenie nádoru do konkrétnej molekulovej kategórie je nápomocné najmä pre ďalší terapeutický manažment pacienta.

Preto bolo naším cieľom retrospektívne zhodnotiť výskyt jednotlivých molekulových podtypov na vlastnom súbore, zaznamenať ich základné charakteristiky a analyzovať ich korelácie s ostatnými klinickými a histomorfologickými ukazovateľmi.

MATERIÁL A METODIKA

Z registra Ústavu patológie SZU a OÚSA, s.r.o. bolo vybratých 500 prípadov invazívnych CaP z obdobia od 1.1.2010 – 31.12.2011, u ktorých boli retrospektívne zhodnotenú molekulové podtypy podľa vyššie uvedených kritérií stanovených na „St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011“ - tabuľka 1 (4). Klasické morfológické ukazovatele, ako typ a histologický grade boli hodnotené zo štandardných preparátov podľa platných kritérií WHO (5) a Elston a Ellisovej modifikácie gradingu z roku 1991 (6). Pri hodnotení stavu lymfatických uzlín (LU) sa vychádzalo z výsledkov sentinelovej LU, pri pozitívite ktorej nasledovala štandardná exenterácia LU a výsledné patologické štádium aj so zaznamenaním veľkosti nádoru bolo hodnotené podľa platnej TNM klasifikácie (7). ER, PR, HER2 a Ki-67 boli vyšetrené imunohistochemicky a hodnotené podľa odporúčaní ASCO/CAP z rokov 2007 a 2010, pričom „cut-off“ pozitIVITY pri ER a PR bolo 1%, pri HER2 30% (8; 9) a pri Ki-67 15% (10).

Ku komplexnému štatistickému zhodnoteniu boli využité okrem deskriptívnej štatistiky Studentov nepárový t-test a Krustal-Walicheho test.

Tabuľka 1. Molekulová klasifikácia (podľa Goldhirsch, et al., 2011).

Molekulové podtypy (podľa Perou et al., 2001)	Klinicko-patologické podtypy	Naše označenie	Hodnotenú kritéria
Luminálny A	Luminálny A	MK1	ER+ a / alebo PR+ HER2- Ki-67 (<14%)*
Luminálny B	Luminálny B (HER2 negatívny)	MK2	ER+ a / alebo PR+ HER2- Ki-67 vysoký index**
	Luminálny B (HER2 pozitívny)		ER+ a / alebo PR+ HER2+ Ki-67 akékoľvek
Erb-B2 overexpresia	HER2 pozitívny (nie luminálny)	MK3	HER2+ ER- a PR-
„Basal-like“***	„triple“ negatívny (duktálny) - TNC	MK4	ER- PR- HER2-

Pozn.: MK – molekulová klasifikácia; * „cut-off“ pre Ki-67 bolo stanové na základe kritérií podľa Cheang et al., 2009; ** ak Ki-67 index nie je známy, potom je možné využiť alternatívne zhodnotenie proliferácie aktivity, napr. histologický grade na odlíšenie luminálneho A podtypu od luminálneho B podtypu; *** asi 80 % „basal-like“ a „triple“ negatívnych podtypov sa prekrýva, avšak medzi TNC sú aj histologické typy, ako napr. medulárny a adenoidne cystický karcinóm, ktoré sú spojené s lepšou prognózou.

VÝSLEDKY

Základné klinicko-patologické charakteristiky a distribúciu podtypov podľa molekulovej klasifikácie sú uvedené v tabuľkách 2 a 3.

Tabuľka 2. Korelácie molekulových tried s klinickými a klasickými morfológickými ukazovateľmi

Faktor	n	MK1	MK2	MK3	MK4
	500	267 (53,4 %)	170 (34,0 %)	17 (3,4 %)	46 (9,2 %)
VEK	28-88 r.	29-88 r.	28-82 r.	31-78 r.	31-78 r.
Medián	60 r.	61 r.	59 r.	59 r.	59 r.
Priemer	59,8r	60,8 r.	58,6	56,2 r	59,6 r.
TYP					
IDC	401 (80,2 %)	186	157	17	41
ILC	59 (11,8 %)	45	12	0	2
Ostatné	40 (8,0 %)	36	1	0	3
GRADE					
G1	153 (30,6 %)	137	11	0	5
G2	226 (45,6 %)	115	92	2	14
G3	121 (24,2 %)	15	67	12	27
pT					
pT1	335 (67,0 %)	204	94	12	25
pT2	153 (30,6 %)	57	70	5	21
pT3	9 (1,8 %)	5	4	0	0
pT4	3 (0,6 %)	1	2	0	0
pN					
pN0	366 (73,2 %)	205	111	13	37
pN1-3	134 (26,8 %)	62	59	4	9

Pozn.: IDC – invazívny duktálny karcinóm; ILC – invazívny lobulárny karcinóm

Štatisticky významné korelácie boli zaznamenané medzi molekulovými podtypmi a histologickým typom, grade a veľkosťou nádoru (všetky $p < 0,0001$) a stavom LU ($p < 0,05$). Pri histologickom grade boli najvýraznejšie rozdiely prítomné medzi MK1 a ostatnými podtypmi ($p < 0,0001$), menší medzi MK2 a MK3 ($p < 0,05$) a rozdiely medzi ostatnými podtypmi neboli štatisticky významné. Pri hodnotení proliferatívnej aktivity boli najväčšie rozdiely medzi MK1 a ďalšími podtypmi ($p < 0,0001$ – graf 1). Nádory v MK2 boli väčšie ako v MK1 (všetky $p < 0,0001$) a podobne postihnutie LU bolo častejšie v MK2 ako MK1 ($p < 0,01$), tumory v MK4 boli väčšie ako v MK1 ($p < 0,01$). Z hľadiska typizácie sa v MK2, MK3 a MK4 častejšie vyskytovali duktálne invazívne karcinómy (DIC) v porovnaní s ostatnými typmi a MK1, keď v týchto podtypoch DIC tvorili 91,3 %, 100 % a 89,1 % a v MK1 boli zastúpené v 70,1 % prípadov. Neboli zaznamenané štatisticky významné rozdiely vo vekovej distribúcii medzi jednotlivými podtypmi v proliferatívnej aktivite medzi

MK2 a MK3, medzi postihnutím LU medzi ostatnými podtypmi ako bolo uvedené vyššie a veľkosťou medzi ostatnými podtypmi.

Tabuľka 3. Korelácie molekulových tried s biologickými ukazovateľmi

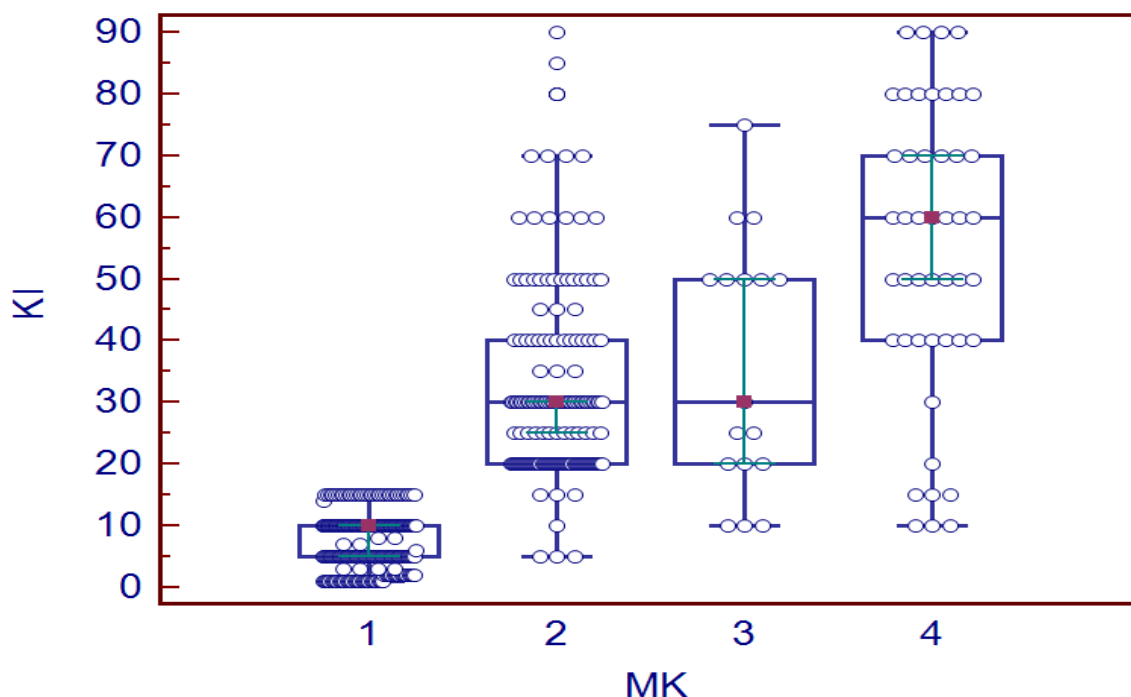
Faktor	n	MK1	MK2	MK3	MK4
	500	267 (53,4 %)	170 (34,0 %)	17 (3,4 %)	46 (9,2 %)
ER					
ER-	63 (12,6 %)	0	1	16	46
ER+	437 (87,4 %)	267	169	1	0
PR					
PR-	105 (21,0 %)	18	24	17	46
PR+	395 (79,0 %)	249	146	0	0
HER2					
HER2-	447 (89,4 %)	264	137	0	46
HER2+	63 (10,6 %)	3	3	17	0
Ki-67					
Rozpätie	1-90 %	1-15 %	5-90 %	10-75 %	10-90 %
Medián	15 %	10 %	30 %	30 %	60 %
Priemer	21,3 %	7,5 %	32,4 %	36,2 %	54,7 %

Pozn.: IDC – invazívny duktálny karcinóm; ILC – invazívny lobulárny karcinóm; ER – estrogénový receptor; PR – progesterónový receptor

DISKUSIA

Molekulová klasifikácia odporučená „St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011“ kompiluje parciálne výsledky expresie prediktívne relevantných biologických ukazovateľov do jednej komplexnej kategórie odrážajúcej charakteristiku danej skupiny (4). Ide o jednoduchú taxonómiu, ktorá si však vyžaduje veľmi starostlivé hodnotenie jednotlivých kritérií a dodržanie a zabezpečenie kontroly kvality podľa platných odporúčaní (8; 9). Táto klasifikácia predstavuje omnoho lacnejšiu a dostupnejšiu alternatívu drahým testom génovej expresie (1).

V tejto práci sme mali zastúpenie jednotlivých podtypov luminálneho A, luminálneho B, HER2-pozitívneho a triple negatívneho podtypu v 53,4 % , 34 % , 3,4 % a 9,2 % prípadov. V práci Vallejosa a spol. (2010), v ktorej bolo zhodnotených takmer 1200 prípadov invazívneho CaP, sa tieto podtypy vyskytovali v 49,3 % , 13,2 % , 16,2 % a 21,3 % a prípadov, čo poukazuje na ich odlišnú proporciu (11). Veková distribúcia týchto podtypov bola výrazne odlišná oproti našim výsledkom, keď luminálny A podtyp sa vyskytoval u žien s priemerným vekom 51,5 roku a u nás 60,8 rokov; luminálny B podtyp v 49,6 rokov a u nás 58,6 rokov; „basal-like“ v 49,5 rokov a v našom súbore v 59,6 rokov; pri HER2-pozitívnom podtype v 49,4 rokov a u nás v 56,2 rokov, čo celkovo predstavuje o približne jednu dekádu mladší zhodnotený súbor oproti našim prípadom. Ide to na vrub definícií jednotlivých podtypov, vekovej distribúcie, ktorá je odlišná oproti našim vekovým priemerom.



Graf 1. Distribúcia Ki-67 expresie podľa MK skupín

Panel expertov navrhol 4 základné podtypy ako ekvivalent pôvodným triedam – luminálny A, luminálny B, HER2-pozitívny a „triple negatívny“ podtyp, (4), pričom zatiaľ neodporučil zaradenie detekcie cytokeratínov 5/6 alebo EGFR do vyšetrovacieho algoritmu pre diagnostiku „basal-like“ podtypu. Skupina luminálnych B karcinómov je ďalej rozdelená do dvoch kategórií, a to luminálny B podtyp HER2-negatívny a luminálny B podtyp HER2-pozitívny. Táto skupina sa vyznačuje horšími prognostickými znakmi v porovnaní s luminálnym A podtypom a v niektorých parametroch (napr. v proliferačnej aktivite) je ekvivalentná horšiemu HER2- pozitívnejšiemu podtypu. Nádory v luminálnej B skupine sú väčšie a majú častejšie metastázy v LU ako v kategórii luminálnych A karcinómov.

Definícia jednotlivých klinicko-patologických podtypov vo všeobecnosti umožňuje výber vhodnej terapie (4) a je teda prediktívna pre väčšinu vyšetrených nádorov.

ZÁVERY

Hodnotenie molekulových podtypov podľa vyššie uvedených kritérií je jednoduché a poskytuje komplexnejší obraz k biológii CaP, ako posudzovanie samotných prognosticko-prediktívnych faktorov.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. KAJO K, PLANK L. Význam analýzy génovej expresie v predpovedi prognózy a liečebnej odpovede pri karcinóme prsnej žľazy. *Onkológia (Bratisl.)* 2008; 3: 224-229.
2. PEROU CM, SORLIE T, EISEN MB, et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature* 2000; 406: 747-752.

3. SORLIE T, PEROU CM, TIBSHIRANI R, et al. Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98: 10869-10874.
4. GOLDBIRSCH A, WOOD WC, COATES AS, et al. Strategies for subtypes – dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol* 2011; 22: 1736-1747.
5. ELLIS, IO, SCHNITT, SJ, SASTRE-GARAU, X, et al. Invasive breast carcinoma, in: *Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs*, F.A. Tavassoli and P. Devilee, eds, Lyon, IARC Press, France, 2003, pp. 13–59.
6. ELSTON CW, ELLIS, IO. Pathological prognostic factors in breast cancer I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term followup, *Histopathology* 1991; 19: 403–410.
7. EDGE SE, BYRD DR, COMPTON CC, et al. *AJCC Cancer Staging Handbook*. From the *AJCC Cancer Staging Manual*, 7th Edit. 2010; Springer, pp.718, ISBN 978-0-387-88442-4.
8. WOLFF AC, HAMMOND ME, SCHWARTZ JN et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25: 118–145.
9. HAMMOND ME, HAYES DF, DOWSETT M et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer. *J Clin Oncol* 2010; 28: 2784–2795.
10. CHEANG MCU, CHIA SK, VODUC D, et al. Ki67 Index, HER2 Status, and Prognosis of Patients With Luminal B Breast Cancer. *JNCI* 2009; 101: 736-750.
11. VALLEJOS CS, GÓMEZ HL, CRUZ WR, et al. Breast cancer classification according to immunohistochemistry markers: subtypes and association with clinicopathologic variables in a peruvian hospital database. *Clin Breast Cancer*. 2010; 10(4): 294-300.

POĎAKOVANIE

Práca bola podporená grantom VEGA 1/0243/12 MŠ SR.

Adresa pre korešpodenciu:

prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc.

Ústav súdneho lekárstva,

Lekárska fakulta Univerzity Komenského

Sasinkova 4,

811 08 Bratislava

Tel.: +421904819241

e-mail: galbavy.stefan@gmail.com

ÚVOD DO PROBLEMATIKY: DOTAZNÍK V AMBULANTNEJ PRAXI AKO FORMA PREVENECIE

INTRODUCTION: A QUESTIONNAIRE IN AMBULATORY PRACTICE AS THE FORM OF PREVENTION

¹ Húšková, D., ² Moricová, Š., ¹ Čmelo, J., ³ Hradečná Z.

¹ Centrum neurooftalmológie, Bratislava
² Klinika dlhodobo chorých, SZU, Bratislava
³ Klinika detskej psychiatrie, FN Bratislava

Abstrakt

Marketingová stratégia je dôležitá pre úspešnú prácu zdravotníckeho zariadenia. Tiež slúži ako prevencia zhoršovania kvality života pacientov.

Dotazník je jeden z marketingových stratégií pre získavanie potrebných informácií v každom zdravotníckom zariadení. Dotazník je potrebné odlíšiť od interview.

Pri zisťovaní zdravotného stavu sa hodnotia viaceré oblasti: socioekonomický status, životospráva, životné prostredie, zdravotná starostlivosť, genetické predispozície a duševný stav. Dotazník umožňuje získať relevantné informácie o špecifických problémoch, potrebách a túžbach pacienta, podľa ktorých sa pacient rozhodne pre konkrétnu ambulanciu odborného lekára. Nepomáha len zdravotníckemu zariadeniu, ale aj pacientovi. Ten sa tak cíti potrebný, nakoľko má možnosť prostredníctvom dotazníka vyjadriť svoj názor a prispieť tak k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti. Je dôležité uvedomiť si tieto rozdiely a zefektívniť tak služby odborných ambulancií.

Kľúčové slová:

Marketingové stratégie, prevencia, kvalita života, získavanie informácií, dotazník, interview, výhody dotazníka, nevýhody dotazníka, výhody interview, nevýhody interview, výskum.

Abstract

Marketing strategy is essential for the successful work of medical equipment. It also serves to prevent deterioration of the quality of life of patients.

The questionnaire is one of the marketing strategies of obtaining the necessary information for each hospital. The questionnaire is to be distinguished from the interview.

In determining the health status are evaluated various areas: socioeconomic status, lifestyle, environment, health, genetic predisposition and mental state. The questionnaire allows you to get relevant information on specific problems, needs and desires of the patient and where the patient decides for a particular specialist clinic. Does not just health facility, but also patient. He needed to feel, because the possibility of a questionnaire to express their views and contribute to the improvement of health care. It is important to recognize these differences and to streamline services specialist clinics.

Keywords:

Marketing strategies, prevention, quality of life, gathering information, questionnaire, interview, the advantages and disadvantages of the questionnaire, the advantages and disadvantages of interview, research.

ÚVOD

Ambulancia odborného lekára je vyhľadaná vtedy, keď je potreba pomôcť so špecifickým problémom. Cesta, ako sa pacient dostane ku konkrétnemu špecialistovi, môže byť rôzna. Odporúčanie praktického lekára, známy, vyhľadávanie odborného lekára na internete, alebo náhodne v zdravotníckych priestoroch. Cieľom každého lekára by malo byť, aby jeho ambulancia bola úspešná. Aby bol tento cieľ naplnený musia byť pacienti spokojní s priebehom liečby. Aby odborný lekár mohol svoje vedomosti a skúsenosti uplatniť, mal by mať vypracovanú stratégiu svojho pôsobenia. Tá mu môže pomôcť získať a udržať si pacientov, nových či už svojich stálych. Ak chce zistiť, čo pacienti potrebujú a čo nie, môže použiť rôzne metódy: napríklad interview alebo dotazník.

ODBORNÁ TÉMA

Každý lekár na vedúcom poste, ale tiež v ordinácii, najmä súkromnej, by mal ovládať základy marketingových činností. Medzi základné marketingové činnosti patrí marketingový výskum, realizácia a kontrola.

Rovnako by malo každé úspešné zdravotnícke zariadenie na začiatku svojho pôsobenia vytvoriť stratégiu fungovania, ktorú bude neustále flexibilne prispôsobovať meniacim sa podmienkam trhu (zdravotníctva) [13].

Stratégia obsahuje víziu firmy, strategické ciele a strategické operácie[15]. Pod víziou sa predpokladá budúci obraz daného zdravotníckeho zariadenia (výrobky alebo služby), ciele definuje ako stav určitých veličín, ktoré chceme dosiahnuť (ekonomické ukazovatele, parametre služieb, parametre kvalifikácie zdravotníckych pracovníkov) a strategické operácie zahŕňajú všetky činnosti vedúce k naplneniu vízie a cieľov.

Aby bola vytvorená správna stratégia, musí byť dostatočné množstvo správnych informácií. Pomocou výskumu zdravotníckej starostlivosti môžeme získať množstvo informácií o vývoji a používaní najmodernejších lekárskejších techník, ale aj o kvalite života pacientov, o ekonomickom stave krajiny (regiónu) ako aj o sociálnom prostredí. Ide o systematické určovanie, zber, analýzu, vyhodnocovanie informácií a záverov (zodpovedajúce určitej marketingovej situácii), pred ktorou firma stojí [10]. Tiež je dôležité pri vytváraní stratégie brať do úvahy nielen vývoj lekárskejších metód, ale práve aj ekonomiku a sociálne prostredie.

Marketingový výskum ako aj tvorba stratégie majú svoj postup. Je dôležité poznať jednotlivé etapy výskumu, aby sa v množstve informácií, ktoré budú prichádzať počas samotnej realizácie výskumu, nestratil cieľ výskumu.

Je niekoľko postupov vo výskume:

1. určenie cieľa výskumu, definovanie výskumného problému,
2. zdroje údajov,
3. metódy a techniky zberu údajov,
4. určenie veľkosti vzorky (výber vzorky),
5. zber údajov,
6. spracovanie a analýza údajov,
7. prezentácia výsledkov výskumu.

1. Cieľ výskumu:

Podľa toho, aké informácie chceme získať a teda aký je stanovený cieľ, je možné deliť marketingový výskum na:

- analýza celkovej trhovej situácie,
- výskum spotrebiteľa,
- výrobkový výskum a výskum služieb,
- výskum konkurencie,
- výskum nástrojov obchodnej politiky,
- výskum reklamy,
- cenový výskum.

2. Zdroje údajov

Zdroje sa môžu deliť na primárne - získané priamo pre potreby výskumu, v teréne od osôb zahrnutých do výskumu. Ďalej sú to sekundárne - získané za iným účelom, ale užitočné aj pre daný výskum. Sekundárne zdroje môžu byť interné (sledované zdravotnícke zariadenie) a externé (Štatistický úrad, ministerstvá).

3. Metódy zberu údajov

V zásade sa metódy delia na: pozorovanie, dopytovanie alebo experiment. Nakoľko táto práca pojednáva o dotazníku. Venovať sa budeme najviac dopytovaniu.

Dopytovanie

Dopytovanie je zber informácií na základe odpovedí skúmaných osôb na rôzne skutkové podstaty [12]. Dopytovanie môže byť ústne (osobné), telefonické, písomné a dopytovanie pomocou počítača. Každá z týchto metód má svoje výhody aj nevýhody a závisí len od cieľa výskumu a samotných výskumníkov, pre ktorú z týchto metód sa rozhodnú.

A) Ústna forma - napr. interview

Výhody:

- možnosť presvedčiť nerozhodných, váhajúcich respondentov k spolupráci,
- osobný kontakt umožňuje vysvetlenie problému a cieľa,
- pri dopytovaní možno predkladať obrázky, vzorky, plagáty apod. pre prehľadnosť,
- zvýšenie pozornosti respondenta napr. preto, že sú predmetom výskumu,
- možno vytvoriť atmosféru dôvery,
- možno použiť rôzne formy nepriameho, tzv. psychotaktického dopytovania,
- možnosť použiť túto formu nielen pre dopytovanie jednotlivca, ale aj skupiny.

Nevýhody :

- vysoké náklady

B) Telefonická forma

Výhody:

- je najrýchlejšou metódou zhromažďovania informácií,
- možno priebežne sledovať výsledky,
- v priebehu rozhovoru možno operatívne zasahovať a meniť, resp. upresňovať otázky,
- odpadajú náklady na dopravu výskumných pracovníkov,

- možno zastihnúť aj jednotlivcov, ktorí často nie sú doma - v súčasnej dobe sú obyvatelia ochotnejší telefonovať, ako vpúšťať neznámu osobu do bytu,
- možno si dohodnúť termín, ak respondent nemá práve čas alebo náladu.

Nevýhody:

- respondent môže kedykoľvek prerušiť rozhovor,
- dopytovaný sa musí viac sústrediť,
- nemožno ukazovať obrázky, plagáty, vzorky, atď.,
- chýba osobný kontakt na navodenie správnej atmosféry,
- dĺžka rozhovoru je obmedzená, dopytovaný respondent sa ľahšie unaví,
- vysoké telefonické poplatky,
- nie všetci obyvatelia majú telefón.

C) Písomná forma komunikácie pomocou dotazníka.

Výhody:

- nižšia finančná náročnosť,
- využitie, ak respondent nie je ochotný poskytnúť osobný rozhovor.

Nevýhody:

- malá návratnosť [9],
- náročnosť prípravy dotazníka,
- nemožnosť použitia nepriamych (psychotaktických) otázok.

D) Dopytovanie pomocou počítača

Elektronické dopytovanie sa stáva čoraz častejším spôsobom získavania údajov. Rozšírenie tejto formy dopytovania je závislé na rozšírení siete účastníkov elektronickej pošty. V elektronickom dopytovaní sa spájajú výhody písomného dopytovania, je rýchle, lacné a urýchľuje spracovanie údajov, pretože všetky údaje sú už v elektronickej podobe [14].

Porovnanie dotazníka a interview

Pri zisťovaní názoru pacientov na konkrétnu ambulanciu je možné použiť teda osobnú formu dopytovania - interview alebo písomnú (počítačovú) formu dopytovania - dotazník. Interview môžeme definovať ako sprostredkovaný a vysoko interaktívny proces získavania dát alebo ako získavanie informácií v rámci dialógu medzi pýtajúcim sa a odpovedajúcim. Z psychologického hľadiska je dotazník definovaný ako štandardizované interview predložené v písomnej podobe [6].

Interview umožňuje položiť doplňujúce otázky upresňujúce význam danej otázky. To môže do istej miery zaručiť, že odpovede budú naozaj súvisieť so zámerom otázok a možno sa tak dopracovať k žiadanej odpovedi. Pri interview je však potrebné myslieť na to, že najmenej výpovedné odpovede sú spravidla odpovede na priame otázky lekára (otázky na kvalitu služieb konkrétnej ambulancie). V tejto súvislosti je vhodné pripomenúť, že pacient vo všeobecnosti má tendenciu prikrášľovať odpovede v snahe ulahodiť lekárovi, či zaručiť si kvalitnú a bezbolestnú starostlivosť pri budúcej návšteve. Navyše interview so sebou prináša aj riziko rozhovoru aj mimo témy. Lekári často, nielen v odborných ambulanciách, nemajú dostatok času venovať sa pacientovi aj z inej ako odbornej stránky. Začiatok rozhovoru s pacientom o iných ako zdravotných problémoch nesie so sebou riziko predĺženia času, ktorý strávi pacient v ambulancii na úkor ostatných pacientov. Je to smutné, ale zostáva realitou, že lekár, aj keď by veľmi chcel, nemá dostatok času ľudsky sa porozprávať s pacientom.

Je rozdiel medzi štandardizovaným psychologickým dotazníkom s overenou validitou a reliabilitou (spoľahlivosťou) a dotazníkom, ktorý si zostaví odborný lekár pre potreby svojej ambulancie. Ten je však takisto veľmi dôležitý a obohacujúci. Lekár pri jeho zostavovaní má na mysli určitý cieľ. Odpovede respondentov mu môžu pomôcť poodhaliť cestu k dosiahnutiu tohto cieľa.

Dotazníky nevyužívajú len lekári. Využívajú ho rôzne inštitúcie v rôznych formách a pre rôzne ciele[2].. Dotazníky by sa dali preto rozdeliť viacerými spôsobmi. Z hľadiska formy by sme mohli rozdeliť dotazníky na:

- dotazník „papier a ceruzka“,
- elektronický dotazník.

Dotazník „papier a ceruzka“ je dotazník, ktorý dostane respondent do rúk na mieste (v ambulancii lekára, v kancelárii advokáta, v pobočke banky či inej spoločnosti) a vyplňa ho pomocou pera s aktuálnymi pocitmi a dojmami. Elektronický dotazník je dotazník, ktorý respondent vyplňa v počítači alebo v mobilnom telefóne najčastejšie na internete v pracovnom prostredí alebo prostredí domova.

Z hľadiska cieľa by sme mohli dotazník deliť na dotazníky zisťujúce:

- Osobné údaje (vek, vzdelanie, sexualitu, ochorenia, prax, záujmy, hodnoty, vlastnosti a iné pre potreby rôznych štatistík, psychologických štúdií, v rámci predoperačného vyšetrenia, pri prijímacom pohovore a pod.) [1, 4, 16, 17].
- Spokojnosť (s poskytovanými službami, s vyšetrením, s ponúkanými produktmi, s prostredím zariadenia, s personálom a pod.) [8].
- Kvalitu života (v rôznych krajinách, v rôznom veku, s rôznym vzdelaním, s rôznymi zamestnaniami, s rôznymi ochoreniami a pod.) [7].

Pri zostavovaní otázok je dôležité si už na začiatku uvedomiť, čo je našim cieľom. Čo sa chceme pomocou dotazníka dozvedieť? Potom nám môže dotazník poslúžiť napríklad na zistenie kvality života pacientov, na zistenie spokojnosti či nespokojnosti, na zvýšenie kvality poskytovaných služieb, na zistenie aktuálneho zdravotného stavu, na zistenie aktuálneho alebo dlhodobého psychického stavu. Odpovede z dotazníka môžeme vyhodnotiť kvantitatívne alebo kvalitatívne. Kvantitatívne vyhodnotenie nám prinesie odpovede o tom, koľko ľudí nám odpovedalo, koľko pacientov bolo spokojných, koľko nespokojných, koľko by niečo zmenilo, koľkým vyhovuje spôsob poskytovania služieb a podobne. Pomocou číselného vyhodnotenie tak môžeme potom porovnávať odpovede napríklad pred zmenou a po zmene. Kvalitatívnym vyhodnotením sa pozeráme na odpovede hlbšie. To znamená, že si všímame, čo konkrétne nám pacienti odpovedali, čo dopísali. Viac porovnávame otázky zamerané na tzv. „lžiskóre“. Ktoré nám poukazujú na pravdivosť odpovedí. Kvalitatívne vyhodnotenie je to vyhodnotenie, ktoré nám pomáha prijímať konkrétne riešenia konkrétnych nedostatkov podľa toho, ako to vidia pacienti. Oba spôsoby vyhodnotenia sú preto dôležité a treba im venovať dostatok času.

4. Výber vzorky

Úzko súvisí s cieľom výskumu. Výber môže byť náhodný alebo zámerný.

Náhodný výber zabezpečuje každej jednotke súboru rovnakú pravdepodobnú možnosť dostať sa do výberového súboru. Jeho prednosťou je odstránenie zámerného skreslenia v možnosti práce výskumníkov a vo vopred vypočítateľnej výberovej chybe. Nevýhodou je prípadná neochota respondentov zapojiť sa do výskumu, čo môže značne znížiť prednosti tohto spôsobu výberu. Náhodný výber je spravidla nákladnejší ako zámerný výber [3, 11].

Zámerný (nenáhodný) výber je založený na výbere respondentov podľa určitých podmienok (napr. vek, vzdelanie, zamestnanie, oblasť pôsobenia atď.).

5. Zber údajov

Samotná realizácia výskumu spočíva v zbere vopred určených údajov konkrétnymi výskumníkmi. Dôležitý je najmä výber, príprava a kontrola výskumníkov, ktorí v teréne vykonávajú zber údajov.

6. Spracovanie a analýza údajov

K úspešnému dosiahnutiu cieľa marketingového výskumu je potrebné všetky získané informácie spracovať prehľadne a s dôrazom na cieľovú oblasť. K takémuto spracovaniu je k dispozícii veľké množstvo počítačových programov [5].

7. Prezentácie výsledkov výskumu

Forma, v akej sa bude výskum prezentovať závisí od toho, pre koho a s akým cieľom bol výskum realizovaný. Výsledky môžu byť prezentované len ústne, písomne, alebo písomne s ústnym vysvetlením (najčastejšia forma).

ZÁVER

Základnými parametrami hodnotenia zdravotného stavu sú: socioekonomický status, zdravotná starostlivosť, vplyv vonkajšieho prostredia a strava, genetika a duševný stav. Množstvo z týchto informácií nám pomáha efektívne zisťovať dotazník. Dotazník môže byť veľkým prínosom pre ambulanciu lekára. Pomôže nám zistiť, čo musíme zmeniť, aby:

- sa pacienti cítili príjemne,
- vedeli, že bola poskytnutá erudovaná a kvalitná zdravotná starostlivosť,
- prostredie ambulancie bolo upokojujúce
- pacienti odchádzali s nádejou, že zdravotný stav sa nezhorší, alebo sa zlepší
- pacienti odchádzali s pocitom, že v danej ambulancii mali o pacienta skutočný záujem (mohli vyjadriť svoj názor, ktorý bol aj vypočutý)

Dotazník je vynikajúcim prostriedkom pre získanie užitočných informácií o konkurencii, o pacientoch navštevujúcich našu ambulanciu, o ich kvalite života, o kvalite života a preferenciách pacientov všeobecne. Takto je možné získať podklady pre preventívne opatrenia voči zhoršeniu kvality života pacientov, voči zhoršovaniu kvality zdravotnej starostlivosti. Včasný záchyt pacienta v ambulancii je často veľmi náročný a to najmä kvôli rôznorodosti klinického nálezu, odborných erudií zdravotníckeho personálu a technického vybavenia konkrétneho zdravotníckeho zariadenia. Dotazník je teda jedna z foriem prevencie v zdravotníctve. Služi ako včasný záchyt pacienta a jeho potrieb.

POUŽITÁ LITERATÚRA:

- [1] ČMELOVÁ, E., MACHALOVÁ, S., VOŠTENÁKOVÁ, M., ĎUROVČÍKOVÁ, D., KARELOVÁ, D., JUSKOVÁ, E., KOPÁSKOVÁ, M., ČIERNIKOVA, Z., GAŠPARÍKOVÁ, J., ŠTOFKOVÁ, J., KOVÁČOVÁ, M.: Dôležitosť informovaného súhlasu (súhlas s genetickým vyšetrením) v praxi klinického genetika (kazuistika). XXII. Izakovičov Memoriál, Spišská nová Ves, Supplementum X, 2011, s. 32-34.

- [2] ČMELOVÁ, E., MACHALOVÁ, S., VOŠTENÁKOVÁ, M.: Animoterapia ako alternatíva terapeutického ovplyvnenia u detí so zdravotným postihnutím. XXIII. Izakovičov Memoriál, Supplement, Bratislava September 2012, s. 64.
- [3] ĎAĎO, J., KIRÁĽOVÁ, A., LESÁKOVÁ, Ľ., et al. Marketing v drobnom podnikaní. 1. vyd. ES VŠE Bratislava, 1992, 140 s. ISBN 80-8055-756-X.
- [4] DOSTÁLOVÁ K, MORICOVÁ Š: Edukačná aktivita v rámci Národného programu prevencie ochorení srdca a ciev – interaktívny portál Cievny pacient – www.cievny.sk, www.verejnezdravotnictvo.sk, 2011/2.
- [5] DOSTÁLOVÁ K., MORICOVÁ Š., PALACKA P., MILLER V.: Šport a venózne tromboembolizmus. Via Practica, 4, Solen, Bratislava, 2012, s.157-159. ISSN 1336-4790.
- [6] FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Portál Praha, 2000, 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
- [7] FURDOVÁ A., OLÁH Z., SVETLOŠÁKOVÁ Z., KUSENDA P.: Súčasný stav evidencie zhubných nádorov oka a očných adnexov (dg. C69) v SR a ČR. Česká a slovenská oftalmologie, 5 (68), 2012, s. 193 – 199, ISSN 1211 - 9059
- [8] FURDOVÁ A.: Príčiny zrakového postihnutia a slepoty vo svete podľa údajov WHO. Zdravotníctví a sociální práce, 7 (4), 2012, s. 17 – 22. ISSN 1336-9326
- [9] GAVORA, P. et.al. Elektronická učebnica pedagogického výskumu. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978–80–223–2951–4.
- [10] KOTLER, P. Marketing management. 10. vyd. , Grada Publishing Praha, 2003, 720 s. ISBN: 80-247-0016-6.
- [11] KRIŠTÚFKOVÁ, Z.: Epidemiologický informačný systém verejného zdravotníctva. Zdravotnícke noviny : odborný týždenník pre zdravotníctvo, sociálne služby a farmáciu. Roč. 12/56, č. 20 (2007), s. 13 C 2939
- [12] KULČÁKOVÁ, M. Výskum trhu. SOFA Bratislava, 1994, 129 s. ISBN 80-85752-10-7.
- [13] MORICOVÁ Š., EGNEROVÁ A., KRIŠTÚFKOVÁ Z.: Hospodárska kríza a jej vplyv na preventívne programy v zdravotníctve,. Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Bratislava, 2012.
- [14] PŘIBOVÁ, M. Marketingový výzkum v praxi. Grada Publishing Praha, 1996, 238 s. ISBN 80-7169-299-9.
- [15] SOUČEK, Z. Strategické řízení zdravotnických zařízení. Professional Publishing Praha, 2006, 196 s. ISBN 80-86946-18-5.
- [16] ŠRAMKA, M. FURDOVÁ, A., RUŽIČKA, J., GALBAVÝ, Š.: Možnosti protónovej liečby nádorov mozgu a oka na Slovensku. Possibilities of proton treatment of brain and eye tumors in Slovakia. Zdravotníctvo a sociálna práca. Supplementum, 7/4, 2012, s. 110-112. ISSN 1336-9326.
- [17] VLADÁROVÁ, M.: Sociálne zabezpečenie seniorov. Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. 2006, Geriatria, s.60

Kontaktná adresa: Mgr. Denisa Húšková
Centrum neurooftalmológie Bratislava
Psychologická ambulancia
Limbova 5, 833 05 Bratislava
e-mail: palas@inmail.sk

VYTVÁRANIA MOŽNOSTI ZAMESTNANIA PRE ZNEVÝHODNENÉ SKUPINY OBYVATEĽSTVA

CREATING EMPLOYMENT OPPORTUNITIES FOR DISADVANTAGED GROUPS

Kučera, R.

Trenkwalder a.s., Bratislava

Abstrakt :

Strata zamestnania a nemožnosť získať vhodnú prácu sa môže týkať každého. Je traumatizujúcim zážitkom a pre plne angažovaných jedincov môže náhla strata zamestnania znamenať akúsi sociálnu smrť. Vo všeobecnosti sa chápe strata zamestnania ako krízová životná situácia spojená s nízkou životnou úrovňou, rezignáciou a pesimizmom. Pojem „nezamestnaný“ zasa evokuje dojem, že ide o človeka ktorý „nič nerobí“ a žije zo sociálnych dávok na úkor ostatných. Aj preto je na jednej strane dôležitá individuálna príprava na možnosť straty práce, teda učiť sa žiť a pracovať v podmienkach určitej neistoty. Na druhej strane dáva príležitosť nielen solidarite ale aj kvalitným personálnym agentúram, ktoré sprostredkujú prácu.

Kľúčové slová: *Nezamestnanosť, znevýhodnené skupiny obyvateľstva, migrácia, personálna agentúra, Personálny lízing = dočasné zamestnávanie.*

Abstract :

Loss of job and the inability to obtain suitable work may relate to everyone. It is a traumatic experience for individuals fully engaged sudden job loss can mean a kind of social death. It is generally seen as a job loss life crisis situation associated with low living standards, resignation and pessimism. The term "unemployed" in turn evokes the impression of a man who "does nothing" and lives on welfare at the expense of others. Therefore, on the one hand, important individual preparation for the possibility of losing their job, so learn to live and work in conditions of some uncertainty. On the other hand, provides an opportunity not only solidarity but also a recruitment agency which hire.

Key words: *Unemployment. Risk groups. Migration. Recruitment Agency. Personal lease = temporary employment*

ÚVOD

Aktuálnym spoločenským problémom súčasnej doby je fenomén nezamestnanosti. Vznikla nezamestnanosť sama alebo ju vytvorili ekonomické podmienky priemyselnej revolúcie? Vznikla ako dôsledok trhového hospodárstva? V krajinách Európy sa problém nezamestnanosti objavil začiatkom 19. storočia, no bol iba prechodnou záležitosťou. Na Slovensku sa nezamestnanosť začala výrazne prejavovať v procese prechodu štátom riadenej ekonomiky na trhové hospodárstvo po spoločensko-politických zmenách v roku 1989. Prvá evidencia nezamestnaných občanov sa začala viesť vo februári 1990. Medzi nezamestnanými sa postupne vyprofilovali znevýhodnené skupiny osôb, ktoré sú na trhu práce znevýhodňované vzhľadom na určité handicap. Znevýhodnené skupiny sa profilujú vo

vzťahu k pohlaviu, vyššiemu veku, nízkemu vzdelaniu, malej alebo žiadnej pracovnej skúsenosti, alebo zníženej pracovnej schopnosti.

Pre človeka je nezamestnanosť záťažou psychickou aj finančnou. Ak je dlhšie bez práce, stratí pracovné návyky, nadobudnuté vedomosti a zručnosti a tým ťažšie sa opäť zamestná. S tým súvisí aj nedostatok finančných zdrojov a následne znižovanie životnej úrovne človeka a jeho sociálnu izoláciu. Zo strany spoločnosti je nezamestnanosť finančným, organizačným i politickým bremenom. Uvedené skutočnosti spôsobujú ich odsúvanie na okraj záujmu zamestnávateľov. Stanú sa hlavnými príčinami dlhodobej nezamestnanosti. Vysoká nezamestnanosť na Slovensku má svoje negatívne dopady na ekonomiku. Ak chce človek nájsť prácu, potrebuje vzdelanie a skúsenosti. Človek má byť vzdelaný. Najmä vysokoškolské vzdelanie a cudzí jazyk je na trhu práce prednosťou. Vplyvom dôsledkov svetovej finančnej a hospodárskej krízy na Slovensku ubúda firiem, ktoré potrebujú zamestnancov s veľmi nízkym vzdelaním alebo bez vzdelania.

Vo vyspelých krajinách je súčasným cieľom nielen znižovanie všetkých druhov nezamestnanosti prostredníctvom personálnych agentúr, ale aj obmedzovanie rôznych foriem „sociálneho príživníctva“, ktoré, žiaľ, dosť často rezonujú aj v našej spoločnosti. Vzhľadom na skutočnosť, že nezamestnanosť v súčasnosti predstavuje čoraz väčší fenomén, rozhodli sme sa využiť naše poznatky s personálnym lízingom, ako jednou z foriem vytvárania možnosti zamestnania aj pre znevýhodnené skupiny obyvateľstva.

PRÁVO NA PRÁCU

Všeobecná deklarácia ľudských práv z roku 1948: „Každý má právo na prácu, na slobodnú voľbu zamestnania, na spravodlivé a vhodné pracovné podmienky, ako aj na ochranu pred nezamestnanosťou“ (čl. 23/1).

Podľa Správy o stave podnikateľského prostredia v SR (2004) na trhu práce možno hovoriť o priamom vzťahu medzi vzdelaním a zamestnanosťou. Prax potvrdila, že čím nižšie vzdelanie, tým ťažšie uplatnenie na trhu práce. Najrizikovejšiu skupinu na trhu práce tvoria osoby so základným vzdelaním, pomocní robotníci, robotníci v poľnohospodárstve a v lesnom hospodárstve. Preto dlhodobejšie riešenie zamestnanosti (a to nielen v celom národnom hospodárstve, ale i na vidieku) v súlade s trendom v iných krajinách spočíva vo zvyšovaní vzdelanostnej a kvalifikačnej úrovne pracovnej sily.

Prebiehajúce štrukturálne hospodárske zmeny spojené so zvýraznením rozdielov vo vybavenosti ekonomickou a sociálnou infraštruktúrou, podporené špecifickými geografickými podmienkami prispievajú k prehĺbovaniu medziregionálnych rozdielov. Priestorová marginalizácia je kumuláciou jedného alebo viacerých typov marginality v určitom území či lokalite. Analýzy taktiež dokumentujú, že Slovensko je diferencované prakticky na väčšine priestorových úrovní. Týka sa to rozdielov medzi mestami a dedinami aj medzi okresmi, krajmi či oblasťami (regiónmi), čo dokumentuje, že regionálny rozvoj na Slovensku smeruje k prehĺbovaniu regionálnych disparít a nerovnováh. Regionálna diferenciácia nie je len aktuálnou výraznou črtou vývoja na Slovensku, ale aj dokumentovaným dlhodobým historickým trendom nerovnakého tempa rozvoja, či stagnácie hospodárskeho a vzdelanostného potenciálu rôznych okresov Slovenska, ktorý bol len čiastočne ovplyvnený politickými zmenami a modernizačnými projektmi komunistického režimu (Gajdoš, 2004).

Relatívne vysokú mieru chudoby vykazuje najmä východoslovenský makro región chudoby. Spolu s pásom okresov na južnom Slovensku tvorí súvislé územie charakterizované značnou chudobou a sociálnou problémovosťou, ktorá sa prejavuje vysokým počtom nezamestnaných a vysokým zastúpením dlhodobo nezamestnaných, rastom počtu sociálne

odkázaných, nízkymi príjmami ekonomicky aktívneho obyvateľstva či nízkym ekonomickým rozvojom (Gajdoš, 2004).

Naznačené konštatovanie dokumentuje i vývoj regionálnych disparít v priemernej miere nezamestnanosti, ktoré sa od roku 1997 zvyšujú. V rokoch 2000 a 2001 bola regionálna polarizácia na trhu práce čiastočne zmiernená masívnym uplatňovaním verejnoprospešných prác. Riešenie extrémnej regionálnej nerovnováhy na trhu práce sa v posledných rokoch stáva jedným zo základných problémov regionálnej politiky na Slovensku. Regionálne disparity v miere nezamestnanosti sa stále pohybujú v spoločensky neakceptovateľných, príliš vysokých, až extrémnych polohách a skrývajú v sebe potenciálne nebezpečenstvo sociálneho pnutia, respektíve zvýšené úniky evidovaných nezamestnaných do tieňovej ekonomiky.

Vážnym problémom z pohľadu (ne-)využívania ľudských zdrojov je nezamestnanosť mladých ľudí. Tieto skupiny boli vytlačené z trhu práce a postupne nadobudli status dlhodobo nezamestnaných, s nebezpečenstvom vyústenia do chudoby s odrazom v generačnej reprodukcii a hrozby medzigeneračného konfliktu. Výrazne sociálne znevýhodnenou skupinou sú evidovaní nezamestnaní vo vekovom rozpätí 15 – 29 rokov. Dochádza k voľbe uplatnenia sa skôr v tieňovej ekonomike, s odkladom vstupu na oficiálny trh práce až vtedy, keď im to bude osobne vyhovovať. Slovenské regióny sú príliš rigidné a nedokážu sa prispôbovať zmene podmienok. Hlavným nositeľom tejto rigidity sú jeho obyvatelia, ktorí sú príliš naviazaní na miesto svojho bývania a majú mentálny problém meniť ho. Tento mentálny blok bude ťažké odstrániť podobne ako ich štátno-paternalistické očakávania. Tu bude potrebné nielen vytváranie podmienok na fungovanie pružného trhu s bývaním, ale aj zvýšenie motivácie sťahovať sa prostredníctvom preriedenia sociálnej siete a opätovné obnovenia pocitu, že pracovať sa oplatí (Kling, 2002).

TRH PRÁCE

Priestorom na vznik nerovnosti v individuálnej rovine je trh práce, kde sa stretáva ponuka a dopyt po pracovnej sile a tým sa zakladá i štruktúra jej socioekonomického postavenia. Trh práce predstavuje na jednej strane ponuku pracovných miest, teda trh pracovných príležitostí a na druhej strane ponuku pracovníka. Jedno aj druhé má svoje parametre a charakteristiky. V ideálnom prípade jedno do druhého zapadne a nastane súlad medzi ponukou pracovných miest a ponukou pracovného potenciálu. Existujúcu nevyváženosť, resp. napätie v tomto vzťahu treba chápať ako legitímny princíp trhovej ekonomiky. Napätie medzi vzťahom ponuky a dopytu na slovenskom trhu práce, ktoré možno historicky datovať do začiatku 90. rokov minulého storočia, nadobudlo určité stabilné črty, ktoré predurčili sociálne rozvrstvenie spoločnosti s nadväznosťou na príjmovú štruktúru a využitie existujúceho ľudského kapitálu.

Platená práca však automaticky negarantuje ochranu pred chudobou a sociálnym vylúčením. Ak sa za výlučný mechanizmus prevencie vzniku, pretrvávania a reprodukcie chudoby považuje trh práce, nie je v úvahe skutočnosť, že trh práce je segmentovaný a existujú v ňom pracovné miesta s nízkym ohodnotením, slabo pokryté sociálnou ochranou a s nevyhovujúcimi pracovnými podmienkami (Hanzelová, Belan, 2009).

K nízkopríjmovým skupinám patria najmä ženy, nízko kvalifikovaní a tí, ktorí majú zmluvy na dobu určitú. Podiel žien s nízkym príjmom je až 25 %, pričom mužov je len 10,8 %. Súčasný trh práce však vzhľadom na zosilnenie konkurenčných tlakov vyžaduje sociálnu i geografickú mobilitu jednotlivca, bez ohľadu na osobnú situáciu. Na oboch stranách trhového vzťahu pretrvávajú rigidita, nízka flexibilita a mobilita v miestnom, oblastnom a regionálnom rozmere, narušené väzby medzi vzdelanostnou úrovňou a nárokmi trhu práce. Rozsah, v akom

Slovensko zamestnáva svoje potenciálne pracovné zdroje, naznačuje, že veľká časť ľudského pracovného potenciálu je nečinná.

ZNEVÝHODNENÉ SKUPINY OBYVATEĽSTVA

Postavenie človeka na trhu práce sa líši medzi rôznymi skupinami obyvateľstva vplyvom viacerých faktorov: vek, pohlavie, zdravotný stav, etnický pôvod alebo úroveň dosiahnutého vzdelania. Niektoré skupiny obyvateľstva čelia výrazným problémom nájsť si zamestnanie, zotrvať v ňom či napredovať, a zároveň sú nadpriemerne ohrozené nezamestnanosťou, najmä jej dlhodobými a opakovanými formami. Tieto skupiny možno z hľadiska ich pozície na trhu práce považovať za znevýhodnené. S ohľadom na vyššie uvedené faktory sú ich charakteristickými znakmi predovšetkým nízke vzdelanie a kvalifikácia, starší vek, obdobie prechodu zo vzdelávania na trh práce, zhoršenie zdravotného stavu alebo invalidita, príslušnosť k národnostnej alebo sociálno-kultúrnej menšine, ale aj ženské pohlavie. Často je príčinou problematického postavenia na trhu práce kombinácia viacerých "rizikových" znakov najčastejšie s kombináciou nízkeho vzdelania. Za jediný priamy odkaz na znevýhodnené skupiny obyvateľstva na trhu práce v legislatíve SR možno považovať zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti.

Medzi tzv. znevýhodnené skupiny obyvateľstva v našich podmienkach patria najmä:

- ľudia v pred dôchodkovom veku;
- mladí ľudia po ukončení školskej dochádzky (najmä predčasne ukončenej);
- ženy s malými deťmi, resp. po návrate z materskej/rodičovskej dovolenky;
- ľudia so zdravotným postihnutím;
- ľudia s nízkym formálnym vzdelaním;
- príslušníci rómskeho etnika;
- špecifické skupiny (imigranti; ľudia po výkone trestu; mladí ľudia, ktorí vyrástli bez rodiny; bezdomovci; a pod.).

V odbornej terminológii a politickej praxi sa používajú aj označenia cieľové alebo prioritné skupiny (z pohľadu smerovania politik), marginalizované skupiny (vzhľadom na ich vytlačanie na okraj pracovného trhu) alebo znevýhodnené skupiny (z pozície uchádzania sa o prácu na otvorenom trhu práce). V legislatíve SR je zakotvená definícia znevýhodnených skupín uchádzačov o zamestnanie len v uvedenom zákone č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti. Iné vymedzenie rizikových či znevýhodnených skupín na trhu práce legislatívne prostredie na Slovensku nepozná. V súvislosti so slabou pozíciou na trhu práce sa používajú aj termíny zraniteľné alebo ohrozené skupiny.

Znevýhodnenie na trhu práce môže mať rôzne podoby. Najbežnejším prejavom je vysoké riziko dlhodobej a opakovanej nezamestnanosti. Ďalším významným prejavom je segregácia do nízkopríjmových, dočasných a neštandardných zamestnaní, pre ktoré sú charakteristické nielen nižšie mzdy, ale aj celkovo nižšia ochrana. Takíto pracovníci sú zväčša medzi prvými, keď sa prepúšťa, a naopak, sú vytlačaní na koniec pomyselného radu, keď ide o najímanie nových pracovníkov. Tieto javy vystupujú do popredia najmä v období ekonomickej recesie, keď klesá dopyt po pracovníkoch a veľké množstvo ľudí súťaží o obmedzený počet voľných pracovných miest. Dlhodobé znevýhodnenie na trhu práce je aj hlavným faktorom vzniku chudoby a sociálneho vylúčenia.

Situácia znevýhodnených skupín obyvateľstva na trhu práce SR je charakteristická:

- *Vysokým rizikom dlhodobej a opakovanej nezamestnanosti* – týka sa najmä osôb so základným vzdelaním alebo s výučným listom bez maturity, a zvyšuje sa vo vekovej skupine nad 50 rokov;
- *Nízkou mierou zamestnanosti* – vzťahuje sa hlavne na ľudí s nízkym vzdelaním, osoby so zdravotným postihnutím a ženy vo veku nad 55 rokov;
- *Nižším príjmom zo zamestnania* – typické pre mladšie vekové kategórie, osoby so základným a neúplným stredoškolským vzdelaním a všeobecne aj pre ženy;
- *Vyšším ohrozením diskriminácie* – najčastejšími diskriminačnými dôvodmi na trhu práce SR sú vek, pohlavie/rod, príslušnosť k etnickej skupine a zdravotné postihnutie (Harvan 2011).

Za kľúčové problémy súčasného prístupu k rizikovým skupinám možno považovať:

- *Nízkou efektívnosťou politik trhu práce.* Úspešnosť aktívnych opatrení v začleňovaní znevýhodnených uchádzačov na otvorený trh práce je pomerne nízka. Na vzdelávacie programy, ktoré sú v zahraničí považované v tomto smere za kľúčové, ide na Slovensku len zhruba 8 % celkových výdavkov, v porovnaní so 43 % v priemere v EÚ. Chýba systematické hodnotenie efektívnosti aktívnych programov, ktoré je v zahraničí smerodajné pre ich úpravu a skvalitňovanie.
- *Demotivačné efekty sociálnych dávok.* Úroveň dávok sociálnej pomoci v kombinácii s nárokmi zo sociálneho poistenia a štátnej sociálnej podpory znižuje motiváciu hľadať si prácu najmä u nízko kvalifikovaných a nízkopríjmových skupín obyvateľstva. Pre tieto skupiny môže byť celkový príjem zo sociálnych dávok atraktívnejší ako príjem z potenciálneho zamestnania.
- *Slabú odozvu vzdelávacieho systému na požiadavky trhu práce.* Chýba systém zisťovania a prognózovania potrieb trhu práce, ktorý by poskytoval nevyhnutnú spätnú väzbu pre vzdelávací systém, služby zamestnanosti a verejnosť.
- *Nízkou pružnosťou pracovnej legislatívy.* Flexibilita pracovnoprávných vzťahov je s ohľadom na pretrvávajúcu vysokú nezamestnanosť nedostatočná. Striktná ochrana zamestnania zhoršuje podľa medzinárodných skúseností šance zamestnať sa, keďže dopĺňajú relatívne viac na zníženú ochotu zamestnávateľov najímať pracovníkov.
- *Vysoké odvodové zaťaženie nízkopríjmových skupín.* Daňový klin sa za ostatné desaťročie podstatne znížil, ale je vyšší ako priemer krajín OECD predovšetkým pre nízkopríjmové skupiny. Vysoké zaťaženie práce vyplýva najmä z nastavenia sociálnych odvodov. Zahraničná literatúra si všíma negatívny vzťah medzi daňovým klinom a zamestnanosťou rizikových skupín.
- *Medzery v praktickom uplatňovaní antidiskriminačnej legislatívy.* Slovensko má antidiskriminačný rámec porovnateľný s najrozvinutejšími krajinami, ale nedostatočne aplikovaný v praxi. Účinnému uplatňovaniu bráni pasívny prístup obetí nerovnakého zaobchádzania, nedostatočná kapacita zodpovedných inštitúcií a nízka vymožiteľnosť práva (Vagač 2010).

PERSONÁLNY LÍZING ALEBO DOČASNÉ ZAMESTNÁVANIE

Forma zamestnávania **tzv. personálny lízing resp. dočasné zamestnávanie** je veľmi progresívna forma zamestnávania v zahraničí. Na Slovensku sa v posledných rokoch rozbiehala hlavne vo veľkých zahraničných firmách.

O čo ide?

Ide o prepožičanie zamestnancov personálnej agentúry zadávateľskej organizácii-firme. Personálna spoločnosť pracovníka vyhľadá, prijme ho do pracovného pomeru ako svojho zamestnanca a prevezme zaňho kompletnú personálnu a mzdovú agendu. Personálny lízing je založený na zmluvnom vzťahu personálnej spoločnosti so zadávateľskou organizáciou na jednej strane a so zamestnancom na strane druhej. Zadávatel'ská organizácia-firma nevstupuje do pracovno-právneho vzťahu so zamestnancom.

Služba personálneho lízingu býva využívaná najmä v situáciách, keď majú firmy nedostatok pracovnej sily a potrebujú v krátkom čase zamestnať viacerých pracovníkov, niekedy aj menej kvalifikovaných. Najčastejšie ide o prácu na určitý čas v súvislosti s nárazovým zvýšením počtu objednávok, chorobou alebo v súvislosti s realizáciou kampane.

Personálny lízing využívajú firmy nielen pri akútnom nedostatku pracovných síl, ale majú prepožičaných pracovníkov, ktorí u nich pracujú dlhodobo na plný pracovný úväzok.

Hlavným dôvodom firiem pre využívanie tejto služby sú interné firemné pravidlá, ktoré limitujú počet kmeňových pracovníkov. Personálny lízing toto obmedzenie rieši tým, že umožňuje firme dať prácu viacerým zamestnancom, aj znevýhodneným skupinám obyvateľstva, ktorých ale firma nemusí viesť vo svojej evidencii.

V oblasti personálneho lízingu poznáme dva hlavné typy služieb: **outsourcing** a **try&hire**.

Typy služieb

1 Outsourcing / Agentúrne zamestnávanie

Pridelenie zamestnanca ku klientovi na presne stanovené obdobie a presne určenú pozíciu.

Výhody:

- **Efektívny a flexibilný nástroj** na riešenie personálnych otázok.
- Oslobodenie od neustáleho vyhľadávania nových zamestnancov.
- Možnosť **sústredenia sa na hlavný predmet činnosti** spoločnosti.
- **Zníženie administratívneho zaťaženia** v oblasti personálnej administratívy.
- **Zníženie mzdových nákladov**.
- **Navýšenie Cash Flow** o obdobie medzi výplatným termínom miezd a termínom úhrady za poskytnutú službu.

Súčasťou služby outsourcing je tiež zabezpečenie:

- vstupnej zdravotnej prehliadky,
- školenie BOZP (bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci),
- evidencia v prípade práceneschopnosti,
- distribúcia stravných lístkov.

2 Try & Hire

Kombinácia outsourcingu a trvalého pracovného pomeru. Pracovník je počas vopred dohodnutého obdobia zamestnancom agentúry. Agentúra sa zaväzuje, že po skončení tohto

obdobia bude zamestnanec uvoľnený do pracovného pomeru ku klientovi, pokiaľ o to požiada.

Výhody

- Klient môže **preveriť skutočné schopnosti zamestnanca** počas vopred dohodnutého ľubovoľne dlhého obdobia, pričom využíva aj znevýhodnené skupiny obyvateľstva
- **Efektívny a flexibilný nástroj** na riešenie personálnych otázok.
- Oslobodenie od neustáleho vyhľadávania nových zamestnancov.
- Možnosť **sústredenia sa na hlavný predmet činnosti spoločnosti.**
- **Zníženie administratívneho zaťaženia.**
- **Zníženie mzdových nákladov.**
- **Navýšenie Cash Flow** o obdobie medzi výplatným termínom miezd a termínom úhrady za poskytnutú službu.

Súčasťou služby je zabezpečenie:

- vstupnej zdravotnej prehliadky,
- školenie BOZP (bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci),
- evidencia v prípade práceneschopnosti.
- distribúcia stravných lístkov

Zmluvné vzťahy

Do procesov personálneho lízingu sa zapájajú 3 strany:

1. **Personálna agentúra**, ktorá vyhladá vhodného kandidáta (možnosť aj pre znevýhodnené skupiny obyvateľstva) na konkrétnu pozíciu a uzatvorí s ním pracovnú zmluvu.
2. **Užívateľský zamestnávateľ**, ktorý je klientom personálnej agentúry a u ktorého zamestnanec vykonáva prácu.
3. **Dočasne pridelený zamestnanec**, ktorý má podpísanú pracovnú zmluvu s personálnou agentúrou za účelom dočasného pridelenia u užívateľského zamestnávateľa.

Zmluvné vzťahy medzi agentúrou dočasného zamestnania a užívateľským zamestnávateľom

- **Rámcová dohoda zamestnávateľov o dočasnom pridelení zamestnancov** – definuje všeobecné podmienky, práva a povinnosti zmluvných strán a dobu trvania dohody.
- **Individuálna dohoda zamestnávateľov o dočasnom pridelení zamestnancov** – definuje pracovné a mzdové podmienky zamestnancov na personálny lízing

Zmluvné vzťahy medzi personálnou agentúrou a zamestnancom:

- **Pracovná zmluva** – charakteristika práce, trvanie pracovného pomeru, mzdové podmienky a základné povinnosti zamestnanca.

- **Dohoda o dočasnom pridelení zamestnanca na výkon práce k inému zamestnávateľovi** – definuje vznik, trvanie a podmienky dočasného pridelenia, dôvody na skončenie pridelenia zo strany zamestnanca aj zamestnávateľa

Ako agentúra, ktorá ma licenciu ako agentúra dočasného zamestnania zabezpečí nasledujúce procesy:

- Výber a vyhládavanie zamestnancov.
- Výber, zmluvné a administratívne zabezpečenie vzťahov s dodávateľmi (napr. prenájom automobilu, mobil, internet, poistenie atď).
- Administratívne spracovanie zmluvných vzťahov so zamestnancami.
- Činnosti spojené s nástupom nového zamestnanca (prihlásenie do sociálnej a zdravotnej poisťovne...).
- Pravidelnú komunikáciu s pridelenými zamestnancami a operatívne riešenie problémov.
- Spracovanie mzdovej agendy a administratívne zabezpečenie benefitov pre zamestnancov.
- Aktivity súvisiace s ročným zúčtovaním.
- Spracovanie pravidelných reportov, na základe požiadaviek.

Aké pozície sa najčastejšie obsadzujú formou personálneho lízingu?

- administratívne pozície
- IT pozície – programátori, administrátori, konzultanti
- pozície vo výrobe (podľa projektov)

ZÁVER

Nastolená problematika patrí k dlhodobým závažným spoločenským problémom. Tieto problémy sú hlavne narastajúca nezamestnanosť a zvyšujúce percento znevýhodnených skupín obyvateľstva, na trhu práce. Preto ako jedna z alternatív pri vytváraní nových pracovných miest sa môže javiť aj personálny lízing, kde personálne agentúry na seba prevezmú bremeno zodpovednosti za zamestnávanie znevýhodnených skupín obyvateľstva.

Žiada sa nám v závere povedať, že v každom človekovi je čosi nemenné, čo móde a legislatívnym zmenám, ani hlasovaniu nepodlieha. Človek má však v sebe toľko slobody, že môže dar svojho sebaurčenia odmietnuť. Ak tak urobí, stáva sa nekompletnou bytosťou a začína existenčne blúdiť (Bielová, 2008).

LITERATÚRA

BIELOVÁ, M.: (2008) Nádej – konštitučná sila ... In: Glosy zo života Štefana Šmálika. Vydavateľstvo Lajmonová. 2008. 243 s. ISBN 978-80-9700031-3-5.

HANZELOVÁ, E. – BELAN, P.: Riešenie dlhodobej nezamestnanosti v krajinách EÚ s dôrazom na jej špecifiká a možnosti aplikácie dobrých skúseností v podmienkach SR, Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2009. K stiahnutiu na <http://www.sspr.gov.sk/texty/File/vyskum/2009/Hanzelova/Hanzelova-Bellan.pdf47>.

HODNOTENIE KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PROSTREDNÍCTVOM ŠTANDARDOV

SOCIAL SERVICES QUALITY EVALUATION THROUGH THE STANDARDS

Hanáčková, D. – Cifranič, M.

*Katedra verejnej správy, Fakulta európskych štúdií a regionálneho rozvoja,
Slovenská poľnohospodárska univerzita*

Abstract

Quality services can be select such a services that are provided in areas suitable for this purpose are carried out by qualified personnel, are provided in accordance with the state of the client and in accordance with the prescribed documentation. Quality services are primarily those that satisfy their recipient. One of the possibilities of assessing quality are the quality standards of social services. Quality of social services deals with the Act. 448/2008 on social services which entered into force on 1.1.2009. It puts the focus on respect of free will and human rights of recipients of service. The paper aimed was to evaluate of the quality of provided social services in selected social care facility – The centre of social services Lednické Rovne. Quality, adequacy and availability of social services in selected facility were evaluated on the basis of procedural, personnel and operational standards.

Key words: *social services, quality of social services, procedural standards, personnel standards, operational standards*

Abstrakt

Kvalitnými službami môžeme označiť také služby, ktoré sa poskytujú v priestoroch vhodných pre tento účel, sú vykonávané kvalifikovanými pracovníkmi, poskytujú sa v súlade so stavom klienta a v zmysle predpísanej dokumentácie. Kvalitné služby sú však predovšetkým také, ktoré uspokojujú ich prijímateľa. Jednou z možností posudzovania kvality predstavujú štandardy kvality sociálnych služieb. Kvalitou sociálnych služieb sa zaoberá aj zákon č. 448/2008 o sociálnych službách, ktorý vstúpil do platnosti 1.1.2009. Kládne sa v ňom dôraz na rešpektovanie slobodnej vôle a dodržiavanie ľudských práv prijímateľov služby. Cieľom príspevku bolo hodnotenie kvality poskytovaných sociálnych služieb vo vybranom zariadení sociálnej starostlivosti, v Centre sociálnych služieb Lednické Rovne. Kvalita, primeranosť, dostupnosť sociálnych služieb vo vybranom zariadení boli hodnotené na základe procedurálnych, personálnych a prevádzkových štandardov.

Kľúčové slová: *sociálne služby, kvalita sociálnych služieb, procedurálne štandardy, personálne štandardy, prevádzkové štandardy*

ÚVOD

V súčasnosti sa čoraz viac hovorí o kvalite poskytovaných služieb. Vypracovanie a dodržiavanie podmienok kvality v sociálnych službách podľa zákona o sociálnych službách 448/2008 Z. z. je povinnosťou poskytovateľov sociálnych služieb. Zákon v časti Práva a povinnosti pri poskytovaní sociálnej služby (§6-10) prikazuje plniť podmienky kvality

poskytovania sociálnych služieb všetkým poskytovateľom a vo svojej 13. časti v §104 hodnotí tieto podmienky kvality na základe prílohy č.2.

MATERIÁL A METÓDY

Hodnotenie spokojnosti prijímateľov sociálnych služieb vo vybranom zariadení bolo uskutočnené formou dotazníkového prieskumu určeného prijímateľom služby a formou interview s vybranými zamestnancami zariadenia. Predmetom skúmania bolo sociálne zariadenie Centrum sociálnych služieb Lednické Rovne, situované v Trenčianskom samosprávnom kraji. Dotazníkového prieskumu sa zúčastnilo 28 respondentov. Na základe rozhovoru s riaditeľkou zariadenia a sociálnou pracovníčkou bola hodnotená kvalita sociálnych služieb v zariadení cez procedurálne, personálne a prevádzkové štandardy kvality. Hodnotením podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby prostredníctvom štandardov kvality sa zaoberá aj § 13 **zákona NR SR č.448/2008 o sociálnych službách**. Podľa tohto zákona sa pri hodnotení podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby použije hodnotiaca škála. Dosiahnuté body sa sčítavajú. Úroveň kvality podmienok poskytovanej sociálnej služby sa určí na základe celkového počtu bodov.

Tabuľka 1 Vyhodnotenie plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby

Úroveň kvality poskytovanej sociálnej služby	Počet dosiahnutých bodov	Celkové hodnotenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby
3	100 – 90	Spĺňa výborne
2	89 – 75	Spĺňa veľmi dobre
1	74 – 60	Spĺňa dostatočne
0	59 – 0	Nesplňa

Zdroj: príloha č. 2 k zákonu 448/2008 Z.z.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Podmienky kvality poskytovania sociálnych služieb sa týkajú všetkých sociálnych služieb, a preto sú písané všeobecne. Jedno však majú spoločné, a to cieľ:

„Fyzická osoba má právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti“ a táto sociálna služba je definovaná v citovanom zákone v § 2 vo vymedzení sociálnej služby.

Za kvalitné sociálne služby vo vzťahu k ich odberateľovi považujú **Hrablayová – Holúbková – Krupa – Varcholová (2005)** tie, ktoré riešia sociálnu situáciu odberateľa a ku ktorým odberateľ zaujíma postoj spokojnosti. Riešenie sociálnej situácie poskytujú služby, ktoré sú:

Kvalitné, t.j. sú v súlade so štandardami kvality sociálnych služieb,

Dostupné, t.j.:

- z hľadiska ceny a nastaveného systému hradenia služieb,

- z hľadiska vzdialenosti od bydliska alebo miesta pobytu občana,
- z hľadiska dostatočnosti rozvinutej siete požadovaných služieb.

Štandardy by mali byť použiteľné pre akúkoľvek sociálnu službu bez ohľadu na jej charakter, veľkosť či právnu formu zariadenia. Podľa autorov **Rada pre poradenstvo v sociálnej práci (2006)** pri takto formulovaných štandardoch sa predpokladá, že poskytovatelia sociálnych služieb si sami zdefinujú vo svojej dokumentácii dôležité kritériá, ktorými sú ciele služieb, cieľová skupina užívateľov, poslanie, spôsoby a princípy poskytovania služieb, postupy, ako zaistiť dodržiavanie práv užívateľov, kapacita a podobne. Tento typ dokumentácie spolu s dokumentáciou o tom, ako poskytovanie služby prebiehalo (záznamy mimoriadnych udalostí, individuálne plány, dohody o poskytovaní služby a ich evidencie, atď.), sú dôležitým zdrojom informácií pre hodnotenie kvality služieb. Najvýznamnejším ukazovateľom pri hodnotení služieb je to, ako sa podpisujú poskytované služby na živote ľudí, ktorí služby využívajú. Pracovník zariadenia spolu s užívateľom služby definujú cieľ, ku ktorému má poskytovanie služby smerovať. V štandardoch sa tento cieľ nazýva „osobný cieľ“ a môže ním byť napr. možnosť chodiť do práce alebo do školy, zostať vo vlastnom domácom prostredí, vychovávať vlastné deti, mať kde prespať a nájsť si vlastné bývanie a podobne. Spokojnosť užívateľov s napĺňovaním ich „osobného cieľa“ za pomoci služby je posudzovaná na základe dvoch základných prvkov – spokojnosti s výsledkom služby a spokojnosti s procesom jeho poskytovania. Kritériá uvedené v štandardoch sa preto zameriavajú ako na výsledok (naplnenia cieľov služieb, potrieb užívateľov a pod.), tak na proces (jednanie so záujemcom o službu, plánovanie priebehu služieb, dodržiavanie práv, spôsob vybavenia sťažnosti, a podobne).

Vymedzenie procedurálnych štandardov kvality sociálnych služieb

Ciele a spôsoby poskytovania služieb

Cieľom sociálnych služieb je vytvárať príležitosti, ktoré umožnia ľuďom v nepriaznivej sociálnej situácii prístup ku všetkým službám poskytovaným verejnosti, možnosť žiť vo vlastnom domácom prostredí, mať zmysluplné vzťahy s rodinou a ďalšími ľuďmi, chodiť do práce a školy. Súčasne tieto služby sú poskytované podľa jasných postupov, ktoré má zariadenie formulované v metodike; postupy sú formulované tak, aby bol minimalizovaný vznik predsudkov spoločnosti voči užívateľom sociálnych služieb.

Ochrana práv užívateľov sociálnych služieb

Zariadenie musí zaisťovať ochranu práv svojich užívateľov v závislosti na charaktere poskytovaných služieb a rešpektovať ich nároky vyplývajúce z ďalších pravidiel občianskeho spolužitia.

Jednanie so záujemcom o službu

Zariadenie dbá na to, aby záujemca o službu vedel o všetkých podmienkach, ktoré sa k poskytovanej službe vzťahujú a aby im rozumel. Je dôležité, aby svoje potreby a záujmy určil záujemca o službu, nie zariadenie.

Dohoda o poskytovaní služby

Sociálne služby sú užívateľovi poskytované na základe uzavretej dohody o poskytovaní služby. Dohoda musí byť uzatvorená písomne, musí byť evidovaná a musí obsahovať všetky aspekty, ktoré má služba spĺňať.

Plánovanie a priebeh poskytovaných služieb

Sociálne služby musia byť prispôsobené potrebám jednotlivých užívateľov, ktorí musia mať možnosť ovplyvňovať ich priebeh a meniť osobné ciele, ktoré chcú prostredníctvom služieb dosiahnuť. Priebeh služby je primerane plánovaný.

Osobné údaje

Zariadenie zhromažďuje a spracováva údaje o užívateľoch, ktoré umožňujú poskytovať bezpečné a kvalitné sociálne služby. Vytvára podmienky k tomu, aby spracovanie osobných údajov zodpovedalo platným všeobecným záväzným normám.

Sťažnosti na kvalitu služieb, alebo spôsob poskytovania sociálnych služieb

Užívatelia majú možnosť sťažovať sa na kvalitu alebo spôsob poskytovania sociálnych služieb. Zariadenie má za týmto účelom stanovené pravidlá pre prijímanie a vybavovanie sťažností na kvalitu a spôsob poskytovania sociálnych služieb.

Nadväznosť na ďalšie zdroje

Zariadenie vytvára podmienky umožňujúce užívateľom prístup k bežným službám ponúkaným verejnosti a udržiavaním kontaktov s rodinou, priateľmi a ďalšími prirodzenými sociálnymi sieťami.

Vymedzenie personálnych štandardov kvality sociálnych služieb

Personálne zaistenie služieb

Štruktúra, počet pracovníkov, ich vzdelávanie a zručnosti zodpovedajú potrebám užívateľov služieb a umožňujú plnenie štandardov kvality sociálnej služby.

Pracovné podmienky a riadenie poskytovaných služieb

Vedenie zariadenia je povinné zabezpečiť, aby všetky dôležité aspekty chodu služieb, ktoré nie sú upravené všeobecne záväznými normami, boli jasne formulované a pracovníci s nimi oboznámení.

Profesijný rozvoj pracovníkov

Zariadenie zabezpečuje profesijný rozvoj pracovníkov, ich zručností a schopností potrebných pre dosiahnutie záväzkov zariadení i osobných cieľov užívateľov služieb.

Vymedzenie prevádzkových štandardov kvality sociálnych služieb

Miestna a časová dostupnosť služby

Určené miesto a doba, v priebehu ktorej je služba poskytovaná, zodpovedá potrebám cieľovej skupiny užívateľov služby.

Informovanosť o službe

Informácie o zariadení a ním poskytovaných službách by mali byť verejne prístupné, čím sa prispeje k dostupnosti služieb.

Prostredie a podmienky pre poskytovanie služieb

Prostredie a podmienky musia spĺňať základné technické predpoklady pre poskytovanie kvalitných služieb. Služby by mali byť poskytované v takom prostredí, ktoré zodpovedá svojim charakterom potrebám cieľovej skupiny, neznižuje spoločenské postavenie ľudí, ktorí služby využívajú a spĺňa platné všeobecné záväzné normy.

Núdzové a havarijné situácie

Pracovníci a užívatelia by mali byť pripravení na riešenie uvedených situácií.

Ekonomika

Finančné zabezpečenie služieb by malo byť také, aby ich kontinuita nebola ohrozená nedostatkom peňazí, aby boli naplnené predpoklady pre plnenie platných všeobecne záväzných noriem v tejto oblasti a aby bolo hospodárenie zariadenia transparentné.

Popis sociálneho zariadenia Centrum sociálnych služieb Lednické Rovne

Súčasná kapacita zariadenia Centrum sociálnych služieb Lednické Rovne (k 31.12.2012) je 42 klientov, z toho 29 je umiestnených v zariadení pre seniorov a 13 v DSS. V zariadení sa poskytuje pobytová sociálna služba ako celoročná. V zariadení pre seniorov a v domove sociálnych služieb:

sa poskytuje pomoc pri odkázaní na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, údržba bielizne, osobné vybavenie,

utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí.

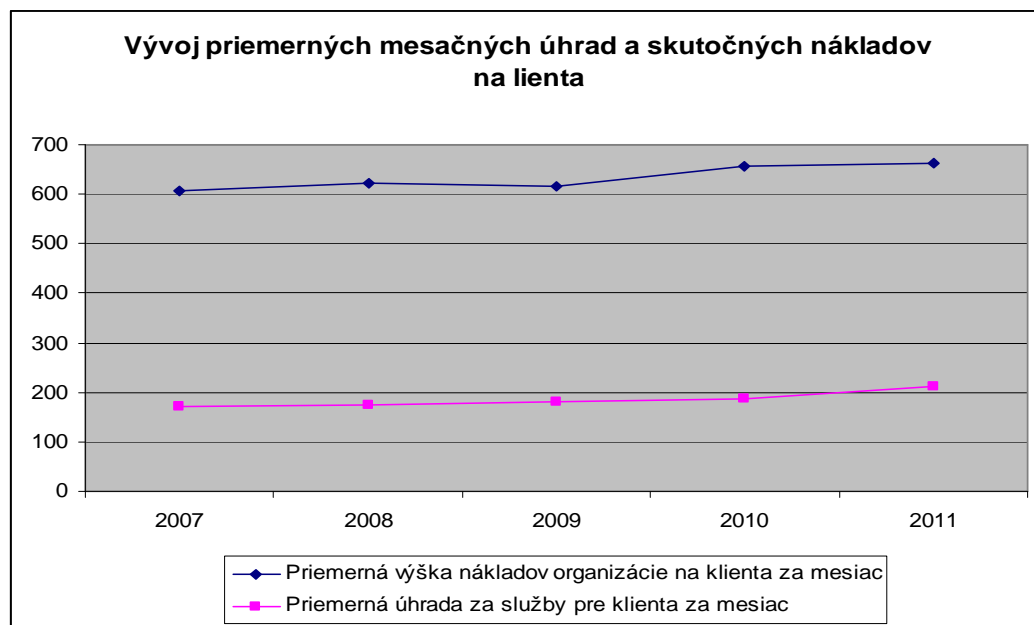
CSS Lednické Rovne patrí k menším zariadeniam. Z 26 zariadení so zriaďovateľskou pôsobnosťou Trenčianskeho samosprávneho kraja, je na piatom mieste s najmenším počtom klientov. V zariadení sa počet klientov menil len raz a to v roku 2000, kedy sa rekonštrukciou podkrovia získalo 10 miest pre klientov z DD Zubák, ktorý bol detašovaným pracoviskom CSS Lednické Rovne. Od roku 2000, je počet klientov v zariadení 42, z toho predpísaná kapacita pre DSS je 30 a pre Domov pre seniorov 12.

Poradovník k 31.12.2012 bol nasledovný:

DSS – 3 čakatelia

Domov pre seniorov – 1 čakateľ

Kapacita zariadenia je neustále obsadená na 100%. Neobsadená kapacita sa štatisticky vykazuje len ako obdobie medzi ukončením pobytu a novým nástupom.



Graf 1 Vývoj priemerných mesačných úhrad a skutočných nákladov na prijímateľa sociálnej služby v CSS Lednické Rovne

Zdroj: interné materiály CSS Lednické rovne, vlastné spracovanie

ZHODNOTENIE DODRŽIAVANIA ŠTANDARDOV V CSS LEDNICKÉ ROVNE PROSTREDNÍCTVOM RIADENÉHO ROZHOVORU S RIADITEĽKOU A SOCIÁLNOU PRACOVNÍČKOU ZARIADENIA

Procedurálne štandardy sú dodržiavané len čiastočne. Ciele a spôsoby poskytovania služieb sú presne stanovené, ochrana práv užívateľov sociálnych služieb je len priemerne zabezpečená, chýbajú vnútorné pravidlá pre predchádzanie situáciám, v ktorých by v súvislosti s poskytovaním sociálnej služby mohlo dôjsť k porušeniu základných ľudských práv a slobôd osôb. Plánovanie poskytovaných sociálnych služieb sa uskutočňuje v súlade s individuálnymi potrebami, na základe cieľov a schopností prijímateľa, podľa týchto pravidiel pri jednaní so záujemcom o sociálnu službu sa postup dodržiava. Taktiež však absentujú vnútorné pravidlá, ktorými sa riadi plánovanie a spôsobprehodnocovania procesu poskytovania služby. Klienti sú oboznámení, ako majú podávať sťažnosti a o priebehu ich riešenia sú informovaní. Zariadenie sa snaží v rámci svojich možností pomáhať klientom pri využívaní ďalších verejných služieb, ktoré zariadenie neposkytuje, ale poskytujú ich iné inštitúcie. Aktívne napomáha pri udržiavaní kontaktu klientov s rodinnými príslušníkmi.

Personálne štandardy sú v podstate dodržiavané. Dokumentáciu o poskytovaní sociálnej služby CSS nemá písomne ošetrenú vnútorným predpisom, ktorý by upravoval pravidlá pre spracovanie, vedenie a evidenciu dokumentácie o osobách, ktorým sa poskytuje sociálna služba. Profesionálny rozvoj pracovníkov je zabezpečený, chýba vypracovaný postup pre pravidelné hodnotenie zamestnancov, ktorý obsahuje najmä stanovenie, vývoj a napĺňanie osobných profesionálnych cieľov a potreby ďalšej odbornej kvalifikácie. CSS má vypracovanú organizačnú štruktúru zodpovedajúcu potrebám a druhu poskytovaných služieb v zariadení. Zariadenie zabezpečuje vhodné pracovné podmienky, potrebné k výkonu kvalitnej práce. Fundovaný personál vie, ako sa správať ku klientom, vo väčšine prípadoch rešpektuje ich rozhodnutia, slobodnú vôľu a v podstatnej miere aj súkromie. V plnej miere sa podieľajú na aktivitách, ktoré sú pre klientov organizované.

Prevádzkové štandardy možno zhodnotiť pozitívne. Určité rezervy vidieť v priestoroch a podmienkach, ktoré len čiastočne zodpovedajú predstavám a potrebám zariadenia. Zariadenie nie je bezbariérové a veľkým problémom je výťah, ktorý absolútne nezodpovedá potrebám zariadenia. Na nový výťah už bola vypracovaná projektová dokumentácia, pre nedostatok financií išlo o zmarenú investíciu.

Positívum pre zariadenia je to, že služby sa poskytujú relatívne nízkemu počtu klientov, preto je verejnosťou vnímané ako zariadenie rodinného typu. Klienti aj zamestnanci sa navzájom poznajú a dokážu spolu bezprostredne komunikovať. Nakoľko v zariadení pracuje len 26 zamestnancov, rýchlo sa s klientmi spoznávajú a vzájomne sa zblížujú.

Zamestnanci, hlavne riaditeľka zariadenia, sa snažia o zabezpečenie kvality poskytovaných služieb nielen dodržiavaním zákonom stanovených podmienok a predpisov, ale v prvom rade osobným prístupom ku klientom. Sťažnosti zo strany klientov sú brané ako podnety pre vylepšenie a skvalitnenie poskytovaných služieb. Nedostatky vyplývajúce z chýbajúcej písomnej evidencie sa postupne odstraňujú. Ich absencia je opodstatnená krátkosťou času od účinnosti zákona a jeho aplikovania do praxe. Rozhovorom s riaditeľkou a sociálnou pracovníčkou možno skonštatovať, že mnohé podmienky, vyplývajúce zo zákona sú v zariadení vykonávané, no nie je o nich vedená písomná evidencia.

Vyhodnotením plnenia podmienok kvality sociálnej služby cez štandardy, možno konštatovať, že CSS Lednické Rovne podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby dosiahnutím **83 bodov spĺňa veľmi dobre**.

Vyhodnotenie dotazníkového prieskumu spokojnosti klientov s kvalitou služieb

Dotazníkový prieskum sa uskutočnil vo februári 2012 formou individuálneho dopytovania. Prieskum bol zameraný na hodnotenie kvality poskytovaných sociálnych služieb. Komunikácia s klientmi v Domove pre seniorov je bezproblémová. Horšia komunikácia je s klientmi v DSS, ale aj medzi nimi sa našli takí, ktorí na pár jednoduchých otázok týkajúcich sa kvality poskytovaných sociálnych služieb dokázali odpovedať. V zariadení je umiestnených 14 mužov a 28 žien. Na otázky odpovedalo 6 mužov a 22 žien. Celkom bolo položených 8 otázok ohľadom spokojnosti s kvalitou poskytovaných sociálnych služieb.

Prvé dve otázky, ktoré boli zamerané na spokojnosť s prácou personálu, boli rozdelené na spokojnosť s odborným prístupom zdravotného personálu a spokojnosť s prístupom ostatného personálu. So zdravotným personálom boli v podstate všetci spokojní, zdravotné sestry odvádzajú kvalitnú prácu. Prednosťou zariadenia je, že oproti iným zariadeniam zamestnáva vysoký podiel zdravotných sestier v pomere k ošetrovatelkám, t.j. 9 zdravotných sestier a len 3 ošetrovatelky, z čoho vyplýva, že môžu vykonávať oveľa viac odborných činností, ktoré prislúchajú len vyššiemu zdravotnému personálu. Do budúcnosti je však tendencia túto skutočnosť zmeniť o prevahu nižšieho zdravotného personálu, na čo vplýva aj avizovaný nárast miezd, ktorý od 1.apríla 2012 bol dekrétovaný zdravotným sestrám. Následne s postupnou výmenou zdravotných sestier za ošetrovatelky, bude klesať aj úroveň poskytovaných kvalifikovaných, odborných výkonov, ktoré nižší zdravotný personál nemôže vykonávať. Zdravotnému personálu bola venovaná samostatná otázka, pretože oni sú tí, ktorí s klientmi trávajú 24 hodín, ostatný personál len časť dňa.

Ostatný personál, t.j. riaditeľka zariadenia, sociálna pracovníčka, administratívne pracovníčky, upratovačky a kuchárky boli klientmi hodnotení veľmi pozitívne. Riaditeľku zariadenia vnímajú ako autoritu s vysoko ľudským prístupom a od jej vzťahu ku klientom sa odvíja aj vzťah k ostatným pracovníkom. Z hľadiska vzťahov, je veľmi dôležité, že všetci zamestnanci v zariadení pracujú od jeho zriadenia, t.j. už 19 rokov, čo veľmi pozitívne ovplyvňuje pracovné podmienky na pracovisku a vplýva to aj na atmosféru v zariadení, ktorú v dobrom vnímajú aj klienti. Sociálnu pracovníčku hodnotia ako ústretovú, nemajú zábrany obrátiť sa na ňu s akoukoľvek žiadosťou o pomoc.

Ďalšia skupina otázok bola zameraná na spokojnosť s bývaním, s prostredím a vybavením zariadenia. Táto skupina otázok bola vnímaná rôzne. Klienti by uvítali izby, na ktorých by mali viac súkromia, čo im terajšie, v prevažnej miere prevládajúce 3-posteľové izby neposkytujú. Nie je to častým javom, ale vyskytujú sa aj problémy medzi spolubývajúcimi a práve v takýchto situáciách by boli jedno posteľové izby výhodou. Sú však aj bezproblémové osobnosti, ktorým naopak spolužitie viacerých na izbe vyhovuje.

Zariadenie nie je úplne bezbariérové, čo ovplyvnilo názor na kvalitu prostredia. Podstatné však je, že vstup do budovy, izieb, spoločenskej miestnosti a jedálne vyhovuje požiadavkám. Za veľké negatívum považujú stiesnené vonkajšie okolie, ktorým zariadenie disponuje. Prijali by atraktívnejšie vonkajšie prostredie, chýba altánok, alebo prístrešok,

v ktorom by počas horúcich dní, mohli tráviť voľné chvíle, avšak priestorovo to nie je možné.

Za pozitívum zase považujú to, že zariadenie disponuje vlastnou kotolňou, z čoho vyplýva, že v čase potreby je možné regulovať prívod tepla, čo klientom vyhovuje.

Najväčší problém vidia klienti, ale aj zamestnanci v osobnom výťahu, ktorý je malý, neprispôsobený klientom na vozíkoch, nakoľko sú rôzne typy invalidných vozíkov a nie pre každý je výťah vhodný.

Tretia skupina otázok bola zameraná na obslužné činnosti, z ktorých stravovanie vo väčšine prípadov vyhovuje všetkým klientom. Podáva sa len jeden druh jedla a samozrejme diétne stravovanie, ak si to vyžaduje zdravotný stav klienta. Klienti by však uvítali možnosť výberu z viacerých druhov jedál, čo však nie je kapacitne možné. Niektorí by prijali možnosť neodoberať všetky chody jedla, napr. desiatu či olovrant, čím by došlo k menšej úhrade z ich strany, ale to v zariadení tohto typu nie je možné. S praním, žehlením a drobnými krajčírskymi úpravami sú spokojní. Upratovačky si svoje povinnosti podľa hodnotenia klientov plnia spoľahlivo.

Posledná otázka bola zameraná na znalosť nového zákona, na túto otázku však nikto z opýtaných nevedel odpovedať.

Vychádzajúc z individuálnych rozhovorov s klientmi o kvalite poskytovaných služieb možno konštatovať, že klienti sú spokojní s prácou personálu zariadenia. Kladne ohodnotili prácu zdravotného personálu, majú k nemu dôveru, pretože vedia, že v čase potreby im zabezpečia pomoc. Taktiež oceňujú prácu riaditeľky zariadenia a sociálnej pracovníčky, ktoré vnímajú ako tie, ktoré sa im snažia v každej situácii vyjsť v ústrety. Podľa klientov kvalitu ich života negatívne ovplyvňuje bývanie, ktoré nie je podľa ich predstáv (izby, výťah, spoločné sociálne zariadenia). So stravovacími aj ostatnými službami sú v podstate spokojní, na základe čoho sa dá konštatovať, že klienti považujú služby v zariadení za kvalitné.

ZÁVER

Vyhodnotením plnenia podmienok kvality sociálnej služby prostredníctvom procedurálnych, personálnych a prevádzkových štandardov možno konštatovať, že CSS Lednické Rovne podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby splňa veľmi dobre. Nedostatkom je, že zariadenie štandardy kvality poskytovaných sociálnych služieb nemá vypracované a absentujú určité písomné predpisy a dokumentácie, ktoré sa priebežne dopĺňajú. Prijímatelia sociálnych služieb vo vybranom zariadení vyjadrili spokojnosť s kvalitou odborných, obslužných a ďalších podporných služieb. Poskytovatelia a prijímatelia sociálnych služieb sa zhodli na tom, že skvalitňovanie sociálnych služieb závisí hlavne od legislatívnych, personálnych, materiálnych a finančných podmienok a od toho sa odvíjajú aj nedostatky hodnoteného zariadenia.

Literatúra

1. HRABLAYOVÁ, E., HOLÚBKOVÁ, S., KRUPA, S., VARCHOLOVÁ, L. SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien). 2005. *Analýza sociálnych potrieb*, 1. vydanie,

vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 8, 2013, číslo 2

Bratislava: ŠEVT, ISBN 80-967908-5-4 [online]: dňa 9.1.2012
<http://www.spo.sk/download/texty/SStudijnytext2-1.pdf>

2. KRUPA, S., a kolektív (Rada pre poradenstvo v sociálnej práci) 2003. *Kvalitné sociálne služby II*. Bratislava 2003. 136 s. ISBN 80-968586-5-3.
3. MATEIDES, A. 2006. *Manažérstvo kvality*. Bratislava: Ing.Miroslav Mračko, 2006. 751 s. ISBN: 80-8057-656-4.
4. MATOUŠEK, O., a kol. 2007. *Sociálni služby*. Praha: Nakladateľ Portál s.r.o. 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
5. RADA PRE PORADENSTVO V SOCIÁLNEJ PRÁCI. 2006. *Štandardy kvality sociálnych služieb*. Košice, 2006, [online]: dňa 5.1.2012
http://www.vucke.sk/APIR/sk/Urad_KSK/Cinnosti_KSK/Socialne_Veci/Legislatava_Podmienky_Registracie/Documents/Standardy_kvality_soc_sluzieb.pdf
6. STANEK, V. a kol. 2008. *Sociálna politika*. 1.vydanie. Edícia Economics, Bratislava 2008. 375 s. ISBN 978-80-89393-02-2.
7. <http://www.tatraakademia.sk/index.php/podmienky-kvality-poskytovania-sociálnych-sluzieb-standardy>
8. Zákon NR SR č.551/2010, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č.448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení zákon č.447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa autorov:

Ing. Denisa Hanáčková, PhD.,
Katedra verejnej správy FEŠRR, SPU v Nitre,
e-mail: denisa.hanackova@uniag.sk
Ing. Michal Cifranič, PhD.,
Katedra verejnej správy FEŠRR, SPU v Nitre,
e-mail: michal.cifranic@uniag.sk

ROLE OBČANA A ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA PŘI NÁHLÉ PORUŠE ZDRAVÍ

THE ROLE OF A CITIZEN AND A HEALTHCARE PROFESSIONAL IN A SUDDEN HEALTH DISORDER

Bydžovský Jan, Kalátová Dagmar

Abstrakt

Ochrana zdraví je ústavním právem každého občana. Může se na ní každý sám významně podílet především zdravým životním stylem, v případě náhlé poruchy zdraví může být ale závislý na pomoci ostatních občanů i profesionálních zdravotníků, jejichž rychlá a kvalitní první pomoc může zachránit život a/nebo přispět k jeho další dobré kvalitě. Poskytnutí pomoci každým občanem by mělo být samozřejmé, v případě zdravotnických pracovníků by se mělo jednat o poskytnutí kvalitní první pomoci.

Klíčová slova: ochrana zdraví, první pomoc, povinnost, legislativa.

Abstract

Health protection is a constitutional right of every citizen who can significantly influence it themselves by a healthy life style, but in a case of a sudden health disorder, they may be dependent on a help of other citizens and healthcare professionals whose quick and quality first aid can save the life and/or contribute to its good quality. The help should be obviously provided by every citizen, in case of health care professionals a quality first aid should be provided.

Key words: health protection, first aid, duty, legislation.

VEŘEJNÉ ZDRAVÍ A DETERMINANTY ZDRAVÍ

Právo na ochranu zdraví pro každého je zakotveno v článku 31 Listiny základních práv a svobod vyhlášené usnesením předsednictva České národní rady zde dne 16. prosince 1992 jako součásti ústavního pořádku České republiky. Je tedy ústavním právem každého občana a je ústavně danou povinností státu toto právo na příslušné úrovni garantovat. Proces snah ochránit a podpořit zdraví lidí s využitím vědeckých poznatků a snahy o zlepšení zdraví populace prostřednictvím kolektivních sociálních akcí s uplatněním populačních principů je souhrnně nazýván ochranou veřejného zdraví, v níž hraje důležitou roli veřejná správa se svými orgány ochrany veřejného zdraví.

Na zdravotním stavu jedince se podílí z přibližně 10 % genetika, 15 % vliv prostředí, 25 % úroveň a dostupnost zdravotní péče a 50 % vlastní životní styl. (Bydžovský, 2008)

Úroveň výživy a výživové zvyklosti, režim trávení volného času, pohybová aktivita, užívání alkoholu, drog a kouření, úroveň bezpečnosti práce a míra rizikovosti volnočasových aktivit jsou tedy hlavními prostředky, kterými může ovlivnit míru svého zdraví každý občan.

Do skupiny determinant zdraví označovaných jako vliv prostředí řadíme též úroveň mezilidských vztahů, do zdravotnických služeb zase zdravotní výchovu populace. Jsou to oblasti, ve kterých může svou účastí také ovlivnit zdraví své i svého okolí.

ROLE OBČANA PŘI NÁHLÉ PORUŠE ZDRAVÍ

Zdravotní výchova je v České republice realizována systematicky a povinně pouze při školní výuce v rámci odpovídajících předmětů (Prvouka a Přírodopis na základní škole, Biologie na střední škole), jejichž součástí je též osvěta v základech laické první pomoci.

První pomoc definuji jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení (Bydžovský, 2011).

Výuka první pomoci v rozsahu 8 hodin je též povinnou součástí výcviku žadatelů o vydání řidičského oprávnění, ta již musí být prováděna lektory s odpovídající kvalifikací. Další vzdělávání v první pomoci je dobrovolné, dostupné na různé kvalitativní úrovni především na komerční bázi u různých neziskových organizací jako např. Červený kříž a dalších, případně u vzdělávacích středisek zdravotnických záchranných služeb.

Oficiální kvalifikace v první pomoci je v České republice pro širokou veřejnost, tedy nezdravotníky, dostupná v následujících rekvalifikačních kurzech akreditovaných MŠMR ČR, na jejichž základě mohou zájemci zažádat o vydání živnostenského oprávnění a činnosti, ke kterým jsou oprávněni, mohou vykonávat jako zdroj obživy:

- **Zdravotník zotavovacích akcí** – v délce nejméně 40 hodin, po jehož absolvování může vykonávat funkci zdravotníka při zotavovacích a jiných podobných akcích pro děti a dorost (např. letní dětské tábory, školní lyžařské výcviky apod.), a dále
- **Člen první pomoci** – v délce nejméně 80 hodin, po jehož absolvování může vyučovat první pomoc na všech typech škol a v autoškolách nebo vykonávat funkci podnikového garanta první pomoci.

Bez ohledu, zda-li absolvoval jakýkoliv výcvik v první pomoci či nikoliv, má každý občan povinnost poskytnout pomoc tomu, kdo utrpěl náhlou poruchu zdraví, pokud přitom není vystaven nebezpečí pro sebe nebo jiné. Není vyžadován žádný speciální léčebný zásah, i pouhé přivolání záchranné služby a vyčkání s postiženým do jejího příjezdu je považováno za poskytnutí pomoci. Přesto bývá alespoň taková pomoc potřebné osobě poskytnuta pouze v přibližně 20-40 % případů (Bydžovský, 2008).

Jde především o rozpoznání náhlé zástavy oběhu a neprodlenou aktivaci tzv. **řetězu přežití** tvořeného následujícími úkony: časné přivolání odborné pomoci – časné zahájení základní (laické) neodkladné resuscitace – časná dostupnost defibrilace – časná rozšířená (odborná) neodkladná resuscitace.

Zvláště závažné je neposkytnutí pomoci v případě dopravní nehody, na níž měl daný člověk účast. Neposkytnutí pomoci se vždy hodnotí jako úmyslný trestný čin, který nelze spáchat pouhou nedbalostí (Bydžovský, 2008).

Povinnost poskytnout pomoc, respektive postih za neposkytnutí takové potřebné pomoci, řeší následující paragrafy Trestního zákoníku (Zákon č. 40/2009 Sb.):

§ 150 Neposkytnutí pomoci

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

§ 151 Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.

Významné je poskytnutí vzájemné pomoci při tak závažných stavech jako jsou mimořádné události s hromadným výskytem raněných (hromadná neštěstí). Při nich se však odhaduje, že pouze přibližně 30 % postižených je využitelných k záchranným pracím pod vedením, 10 % je schopno pomáhat druhým samostatně a jen asi 5 % je schopno se podílet na organizování prací. (Štětina, 2000)

ROLE PROFESIONÁLNÍHO ZDRAVONTÍKA PŘI NÁHLÉ PORUŠE ZDRAVÍ

Přítomnost profesionálního zdravotníka, lékaře, zdravotní sestry či záchranáře apod. u akutního zdravotního stavu mimo zdravotnické zařízení je veřejností právem vnímána jako záruka profesionálního přístupu k poskytnutí první pomoci postiženému. Vzdělání zdravotnických pracovníků je příznivým východiskem pro správné zhodnocení stupně ohrožení života postiženého a pro racionální postup při poskytování první pomoci. Zdravotníci profesionálové, na rozdíl od laiků, již mají uloženu povinnost poskytnutí první pomoci (tedy nejen „pomoci“) **zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v § 55 – „povinnosti pracovníků ve zdravotnictví“, odst. 2, písm. c:** „poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči“

Je však skutečností, že odborné zaměření neposkytuje všem zdravotníkům přiměřenou zkušenost s akutními stavy, takže někteří mohou při neočekávaném setkání s těžkým úrazem, se záchvatem křečí, s aspirační příhodou u dítěte apod. upadnout do rozpaků a nejistoty a reagovat jako kterýkoliv jiný laik. Velký význam, zejména díky profesní odpovědnosti a naplnění patřičného očekávání společnosti, má tedy sebezdokonalování se v poskytování první pomoci i v případě zdravotnických pracovníků, namísto pouhého spoléhání na znalosti získané v dobách svého studia zdravotnického oboru, především, pokud zdravotník není

s akutními stavy denně konfrontován při výkonu své profese. Bez jakéhokoliv speciálního vybavení je pochopitelně pomoc poskytnutá profesionálem obvykle stejně značně omezena, laická první pomoc by však měla být poskytnuta na vyčerpávajícím způsobem na nejvyšší možné kvalitativní úrovni.

Zdravotníci pracovníci by však, jak uvádí též Dobiáš (2007, s. 21), měli nejen být schopni adekvátně poskytovat první pomoc a dle svých možností šířit zdravotnickou osvětu, ale především jít laické veřejnosti příkladem: „Zvýšenie počtu prežívajúcich postihnutých náhlou chorobou a úrazom je možné, ak zdravotníci pracovníci budú príkladom pre laikov pri poskytovaní prednemocničnej pomoci, budú ju ovládať a budú schopní a ochotní ju aj naučiť na základe nových poznatkov. Pracovníci záchranných služieb sa stretávajú aj s neochotou, aj s nedostatkom vedomostí.“

Vzdělávání zdravotnických pracovníků v odborné první pomoci je možné v případě nelékařských profesí zejména prostřednictvím vzdělávacích akcí pořádaných různými organizacemi v rámci celoživotního systému vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, v případě lékařů pak prostřednictvím kurzů pořádaných Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Českou lékařskou komorou a ČLS JEP. Každý lékař v rámci svého specializačního (předatestačního) vzdělávání bez ohledu na svůj obor musí absolvovat třídní kurz Lékařská první pomoc.

V nemocnicích akreditovaných Spojenou akreditační komisí ČR periodicky ve dvouletých intervalech absolvují jak lékaři, tak nelékařští zdravotníci pracovníci, ale též technici a hospodářští pracovníci, povinné školení neodkladné resuscitace.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ:

1. BYDŽOVSKÝ, J. 2012. *Podpora veřejného zdraví edukací v urgentní medicíně a první pomoci*. Dizertační práce. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2012. 117 s.
2. BYDŽOVSKÝ, J. 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. 456 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
3. BYDŽOVSKÝ, J. 2011. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 2011. 117 s. ISBN 978-80-247-2334-1.
4. DOBIÁŠ, V. 2007. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta. 2007. 381 s. ISBN 80-8063-2557.
5. ŠTĚTINA, J. a spol. 2000. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-688-9.
6. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Kontakt na autora:

"honza.bydzovsky@seznam.cz"
nebo "bydzovsky@vszsp.cz",

POKYNY AUTOROM PRE PÍSANIE PRÍSPEVKOV

Vedecké články

Najnovšie poznatky z oblasti zdravotníctva a sociálnej práce a interdisciplinárnych odborov. Maximálny rozsah je 11 strán textu (veľkosť písm a12, typ písma Times New Roman, riadkovanie 1, 5) s najviac šiestimi obrázkami (grafmi). Článok píšete s dôrazom na najnovšie poznatky zo zdravotníctva a sociálnej práce súvisiacich s danou problematikou

Informácia z praxe (kazuistika, pôvodná práca)

Maximálny rozsah je 7 strán.

Referáty z literatúry

Zaujímavosti zo zahraničnej tlače, novinky v oblasti zdravotníctva, sociálnej práce v maximálnom rozsahu 2 strany.

Komentáre

Reakcie na články, informácie o odborných akciách, nové knihy, recenzie, správy z konferencií, pozvánky a iné.

Štrukturovaný abstrakt

Názov práce, autor(i), pracovisko(á), úvod, súbor a metodiky, výsledky, záver, kľúčové slova, literatúra (minimálne tri a maximálne 5 literárnych zdrojov) v slovenčine (češtine) a anglickom jazyku.

Abstrakt z vedeckej práce uverejnenej v zahraničí, alebo konferencie nie staršej ako 1 rok.

Spracovanie rukopisu

Príspevok píšete na počítači v niektorom z bežných textových editorov, napr. MS Word.

Základné pravidlá:

- text píšete plynule, bez vkladania viacerých medzier medzi jednotlivými slovami, pravý okraj dokumentu nezarovnávať, odstavec ukončíte klávesou Enter.
- neupravujte text do stĺpcov (len v tabuľkách).
- rozlišujte dôsledne čísla 1, 0 a písmená l, O.
- ako zátvorky nepoužívajte znak lomítko /, pretože nerozlišuje začiatok, ani koniec výrazu. Použite okrúhle zátvorky: ().
- skratky vysvetlite vždy pri ich prvom použití.

Náležitosti rukopisu

1. Výstižný názov práce, mená a priezviská všetkých autorov vrátane titulov, pracoviská autorov. Adresa prvého autora vrátane čísla telefónu, faxu a e-mailovej adresy.

2. Súhrn v slovenčine a anličtine, stručné zhrnutie obsahu v rozsahu maximálne 10 riadkov.
3. Kľúčové slová v rozsahu 3 – 6 slov.
4. Vlastný text
5. Obrázky. Ak ich vkladáte do dokumentu, pošlite ich originálne súbory (.tif, .jpg...) Pri posielaní fotodokumentáciu poštou, posielajte prosím len kvalitné originály. Každú predlohu označte číslom pod ktorým je zmienená v texte.
6. Grafy. Pokiaľ na zhotovenie gafou používate MS Exel, tak grafy preložte cez schránku do dokumentu, poprípade dodajte tiež príslušný .xls súbor. Použitie efektov typu 3D, tiene zvyčajne znižujú čitateľnosť grafu. Vnútro časopisu je tlačené ako čiernebiele, a preto neodporúčame použiť liniek, znakov a výplní plôch grafu vo farebnom prevedení. Vyššiu čitateľnosť dosiahnete použitím rôznych hrúbok čiar a rozdielnym typom čiar. Výplne odporúčame definovať len v čiernej farbe ako rôzne typy šrafovania, alebo odtieňov čiernej farby. Ku každému obrázku (schéme, grafu) a tabuľke je potrebné vždy dodať jeho návestie a názov obrázku (popis) v nasledujúcej syntaxi:
Obr. X: názov obrázku (popis)
Tab. X: názov tabuľky
Ak sa v texte odvolávate na obrázok alebo tabuľku, tak použite textový reťazec obr. X, alebo tab. X.
7. Literatúra. Citácie sú očíslované, odkazy v texte sú uvádzané číslom citácie v hranatých zátvorkách. Uveďte maximálne 15 citácií. Zoznam literatúry usporiadajte prosím podľa abecedy. Literatúru prosím dodávajte v nasledujúcom tvare:
[X] Priezvisko, M.: názov publikácie, Vydavateľstvo, miesto, rok vydania (XXXX), s. x – xx. ISBN, Priezvisko, M.: názov publikácie, názov časopisu, rok, xxxx, roč. x, č. x, s. x-xx ISSN

Príklady citácií:

- [1] ČÍRTKOVÁ, L. Policejní psychologie. 1. Vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o. 2006. 309 s. ISBN 80-86898-73-3
- [2] FÁBRYOVÁ, I. .Manažment obezity u pacientov s diabetom mellitom 2. typu. In: Interná medicína 2010, roč. 9, č. 12, s. 591-595. ISSN 1335-8359

Redakcia si vyhradzuje právo robiť drobné štylistické úpravy rukopisu. V prípade potreby skrátenia rukopisu nebude žiadať súhlas autora. Každý prispievateľ bude musieť za uverejnenie príspevku platiť, alebo získať reklamu, či sponzorov. Predpokladaná cena 1 článku (5 strán) je 60.- Euro, za každú stranu navyše 10.- Euro.

Imprimatur

Autor si nechá recenzovať článok u vedúceho pracoviska, alebo iného odborníka a jeho meno oznámi redakcii. Konečnú recenziu robí redakčná rada.
Vzhlľadom k praktickému zameraniu časopisu vás prosíme, aby bol príspevok napísaný zrozumiteľne, s dôrazom na praktické využitie podaných informácií.

Príspevky posielajte e-mailom na adresu: [**msramka@ousa.sk**](mailto:msramka@ousa.sk)