

Zdravotnictví a sociální práce

vědecký časopis | ročník 8, 2013 | číslo 3



| Ošetřovatelství | Sociální práce | Veřejné zdravotnictví |

ČAKÁ AJ VÁS ŤAŽKÉ RÁNO?



S OK!

sa zobudíte s čistou hlavou !!!

Už nemusíte riešiť nepríjemné následky nadmernej
konzumácie alkoholu,
s O.K. SA JEDNODUCHO NEDOSTAVIA !
... stačia 2 pastilky pred pitím a 2 po pití ...



Obsahuje biokatalyzátor Triclyst™
vitamíny, minerály a výlučne prírodné prostriedky

... môžete popíjať v spoločnosti celú noc,
súčasne byť fit a tešiť sa z úžasného nasledujúceho dňa ...

Výrobok je schválený Úradom verejného zdravotníctva
Slovenskej republiky podľa § 13 ods. 4 písm. g) zákona
č. 355/2007 Z.Z. pod číslom: OHVBPKV/4120/2012/Jo



Viac o produkte:
www.pijemok.sk
+421 905 408 398



ALBATROS BROKER s.r.o.
Vážska 20, 821 07 Bratislava
albatross@albatross.sk





Autor mapy: MUDr. Mikuláš A. Hal'ko.

**S NAMI
KOMUNIKUJETE
PROFESIONÁLNE**



p)C)S))))

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

Vychází 4 - krát ročně. Cena za kus 1,60 EUR/50 Kč. Celoročné předplatné: 6 EUR/200 Kč.

Pro studenty zdravotnických a sociálních odborů: za kus 1,30 EUR/40 Kč. Celoročné předplatné 5 EUR/180 Kč.

Závazně si objednávám:

<input type="checkbox"/> celoročné předplatné	Počet kusů
<input type="checkbox"/> časopis č.	Počet kusů
Jméno	Příjmení
Organizace.....	
IČO	IČ DPH
Adresa pro doručení	
Tel.	Fax
E - mail	Podpis

Objednávky odesílat

Objednávky pro SR

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

Objednávky pro ČR

Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca
VŠZ 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

Vydavatelství SR

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

Vydavatelství ČR

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

Vědecký časopis Zdravotnictví a sociální práce • ročník 8. • 2013, č. 3

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

Redakce: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. - šéfredaktor; Ing Lucia Andrejiova. – tajemnice redakce.

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

Redakční 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. Jana Slobodníková (Trenčín); prof. MVDr. Peter Juriš, CSc. (Košice); prof. PhDr. Mária Kílíková, PhD. (Rožňava); prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult. (Bratislava); doc. MUDr. Alena Furdová, PhD., MPH (Bratislava); prof. MUDr. Anna Sabová, PhD., (Nový Sad); prof. PhDr. Milan Schavel, PhD., (Bratislava); prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. (Bratislava); prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc. (Košice); vacant (Brno, ČR); prof. PhDr. Valéria Tothová, PhD., (České Budejovice); MUDr. Mikuláš A. Haľko (New York, USA); 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 obsahovou a formálnu stránku zodpovedá autor. Texty neprešli jazykovou korektúrou.

Adresa redakcie: Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca, Klinika stereotaktickej rádiokirurgie, 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,

Přetisk je povolený s písemným souhlasem redakce • Nevžadány rukopisy sa nevracejí • 4 vydání ročně • EV 4111/10 , Zaregistrováno MK SR pod číslem 3575/2006 • ISSN 1336–9326 • Zaregistrováno MK ČR pod číslem E 19259 • ISSN 1336–9326

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

Link na online verzi časopisu: www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk, www.zdravotnictviasocialni prace.cz

OBSAH

<i>Šramka, M.</i> Editoriál	3
<i>Valach, M.</i> 5. výročie vzniku Detašovaného pracoviska sv. Cyrila a Metoda v Partizánskom	4
<i>Pružinec, P.</i> Ako pomôcť hriešnikom	6
(How to help the sinners)	
<i>Hulínsky, P., Hamplová, L.</i> Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice	8
(Solution of HIV/AIDS in the Czech republic)	
<i>Hušková D., Čmelová, E., Hradečná, Z., Čmelo, J.</i> Vytvorenie dotazníku pre lekársku ambulanciu	18
(Creation of a questionnaire for medical ambulance)	
<i>Urbánková, Š., Kotrbová, K., Velikovský, Z.</i> Vzdělaní zdravotníci a učitelé mohou významně přispět ke zvýšení zdravotní gramotnosti	27
(Educated health care professionals and teachers can significantly contribute to increasing health literacy)	
<i>Petrová, S., Krajčovičová, Z., Meluš, V., Matišáková, I., Slobodníková, J.</i> Informovanost populace o zastúpení přírodných látek vo vybraných potravinách	38
(Informedness of population about representation of natural sources in selected foodstuffs)	
<i>Dimunová, L., Švida, M., Barková, B.</i> Syndróm vyhorenia u sociálnych pracovníkov v košickom regióne	47
(Burnout syndrome of social workers in Kosice region)	
<i>Hal'ko, M. A.</i> Devínska Kobyla – „Odpočívadlo“ na transkontinentálnej Jantárovej ceste	52
(Devinska Kobyla – Rest, Service Area (Lay Bay) on the Transcontinental Amber Route)	

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 VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., v Bratislave ako odborný časopis. Postupne sa vypracoval na základe kvality Vašich príspevkov na vedecký časopis.

Od roku 2010 sa stal medzinárodným časopisom a vychádza v slovenskej a českej verzii, Vaše príspevky sú aj 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. Redakcia časopisu v súčasnosti neakceptuje k uverejneniu žiadne články zaslané autormi bez abstraktov. Záujemcom o uverejnenie ich príspevkov pripomíname potrebu dôsledne rešpektovať pokyny autorom pre písanie príspevkov. V redakčnej rade sú zastúpení odborníci z väčšiny okolitých štátov, Česka, Poľska, Ukrajiny, Rumunska, Srbska a Rakúska. V záujme zvyšovania úrovne časopisu sa redakčná rada časopisu obmieňa. Našou snahou je dlhodobější cieľ, 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. Zároveň si v tomto roku pripomíname 5. výročie vzniku detašovaného pracoviska sv. Cyrila a Metoda v Partizánskom. Tomuto výročiu je venovaný úvodný článok obsahu čísla. Obsah tohto čísla časopisu zase uzatvárame článkom venovaným nášmu cyrilometodskému dedičstvu. K článku je pripojená aj mapa Jantárovej cesty na tretej strane obálky. Význam a odkaz misie solúnskych vierozvestcov pre slovenský národ a Slovanov nemožno spochybniť. 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. Žiadnemu inému národu sa nepodarilo prežiť tak dlho cudziu nadvládu a zachovať si pritom vlastnú identitu, ako sa podarilo Slovákom. 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 !**

PIATE VÝROČIE VZNIKU DETAŠOVANÉHO PRACOVISKA SV. CYRILA A METODA V PARTIZÁNSKOM

PhDr. Michal Valach, PhD.

ÚVOD

V týchto dňoch si pripomíname piate výročie vzniku detašovaného pracoviska sv. Cyrila a Metoda v Partizánskom Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. Celé sa to začalo myšlienkou založiť v Partizánskom vysokú školu, ktorá by svojim vznikom, mesto posunula a dodala mu kredit vysokoškolského mesta.

PRVÉ KROKY KU VZNIKU PRACOVISKA

Na samotnom začiatku bolo potrebné nájsť odvahu a s touto myšlienkou predstúpiť jednak pred rektora Vysokej školy Prof. MUDr. Vladimíra Krčméryho, DrSc., Dr.h.c, a nájsť pochopenie vo vedení mesta, ktorého primátorom bol v tej dobe Ing. Podmanický. Mal som to šťastie a ako viceprimátor spolu s Prof. MUDr. Mironom Šramkom, DrSc. sme túto myšlienku začali pomaly predostierať jednak na pôde vysokej školy, kde zo začiatku nebolo prejavované veľké nadšenie, a vo vedení mesta v mestskom zastupiteľstve, ktorého poslanci na začiatku len nechápavo pokrútili hlavami a zobrali na vedomie túto skutočnosť. Mesto už malo na svojom území vysunuté pracovisko vysokej školy sídliacej v Trnave, ktoré zaniklo. Tak vznik novej vysokej školy na území mesta brali s rezervou. Nevieť prečo, ale myšlienka vzniku detašovaného pracoviska nás s Prof. MUDr. M. Šramkom, DrSc. aj po tomto rozpačitom úvode držala, a tak sa v marci roku 2008 uskutočnilo prvé stretnutie na pôde Vysokej školy sv. Alžbety za účasti rektora Prof. MUDr. Krčméryho a Prof. MUDr. Šramku zo strany vysokej školy a primátora mesta Partizánske Ing. Podmanického a viceprimátora M. Valacha za mesto Partizánske. Na tomto stretnutí sa položil základný kameň nášho detašovaného pracoviska a dohodli sa podmienky pre jeho vznik. Následne na toto stretnutie bola v apríli zaslaná zmluva o zaradení detašovaného pracoviska do štruktúry Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. V tomto mesiaci sa uskutočnila návšteva rektora u primátora a obhliadka sídla Detašovaného pracoviska, ktorému sme spoločne dali názov po Solúnskych vierozvestcoch svätom Cyrilovi a Metodovi. Naše pracovisko susedí s kostolom Božského srdca Ježišovho, čo nie je náhoda.

Myšlienka bola pretavená do skutočnosti, a tak bol na čelo pracoviska menovaný Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc., tajomníkom pracoviska sa stal Mgr. Michal Valach, asistentkou pani Elena Valenteje. Spolu s pedagógmi vysokej školy sme postavili študijný program pre prvý stupeň vysokoškolského štúdia v odbore Sociálna práca, a v odbore Ošetrovateľstvo. Po zverejnení vzniku pracoviska a jeho študijných odboroch v regionálnych médiách začali prichádzať prvé prihlášky. V tomto období náročnom na prerobenie posluchárni na výučbu a na materiálne technické zabezpečenie bolo treba veľa úsilia, aby sme mohli začať výučbu v školskom roku 2008/2009. Všetko sa stihlo a tak do úvodného Akademického roku nastúpilo na odbor Sociálna práca 133 poslucháčov a v odbore Ošetrovateľstvo 33 poslucháčov, ktorí boli slávnostne imatrikulovaní v Panoramatickom kine za účasti rektora vysokej školy Prof. MUDr. Vladimíra Krčméryho, DrSc., Dr.h.c. Na imatrikulácii sa zúčastnila široká verejnosť mesta s jeho najvyššími predstaviteľmi. Počas dvoch semestrov sa vyformoval kolektív pedagógov, ktorých základ tvorili docenti, profesori a odborní asistenti z Bratislavy.

V akademickom roku 2009/2010 sa prihlásilo do prvého ročníka odboru Sociálna práca 125 poslucháčov a v druhom roku štúdia pokračovalo 133 poslucháčov. V tomto akademickom roku sme prvý krát zorganizovali vedecko-odbornú konferenciu s názvom Sociálne a zdravotnícke problémy hornonitrianskeho regiónu, ktorej spoluorganizátorom bolo aj mesto Partizánske.

V akademickom roku 2010/2011 bolo prihlásených a zapísaných 142 poslucháčov do prvého ročníka, v druhom pokračovalo 117 poslucháčov a v treťom roku 133 poslucháčov. V tomto roku sme po prvý krát organizovali štátne záverečné skúšky, ktoré úspešne absolvovalo 107 poslucháčov v odbore Sociálna práca a 32 v odbore Ošetrovateľstvo a v panoramatickom kine im bol odovzdaný titul Bakalár z rúk rektora vysokej školy.

VZNIK UNIVERZITY TRETIETIEHO VEKU A DETSKEJ UNIVERZITY

Akademický rok 2011/2012 bol obohatený o Univerzitu Tretieho veku, ktorú ako prvé pracovisko našej vysokej školy sme otvorili pre 45 poslucháčov vo veku od 59 do 72 rokov. ako prvé pracovisko sme otvorili aj Detskú univerzitu, ktorej ako spoluorganizátor bolo mesto Partizánske na čele s primátorom mesta Doc. PaedDr. Jozefom Bôžikom, PhD. a pedagógovia na našom pracovisku. Do prvého ročníka bolo zapísaných 127 poslucháčov a 93 skončilo s titulom Bakalár. Uskutočnil sa tretí ročník medzinárodnej konferencie. Na druhý stupeň vysokoškolského štúdia nastúpilo 96 poslucháčov.

V akademickom roku 2012/2013 študovalo na našom detašovanom pracovisku 524 poslucháčov z tohto počtu bolo 90 zapísaných do prvého ročníka. S titulom Bakalár skončilo 114 a po prvý krát s titulom Magister 87 poslucháčov. Aj v tomto roku sme zorganizovali Detskú univerzitu spolu s mestom Partizánske, ktorú navštívilo 45 detí a bol im slávnostne odovzdaný dekrét o úspešnom ukončení univerzity na promočnom akte. Univerzita Tretieho veku sa prehupla do tretieho roku s počtom 40 poslucháčov.

V súčasnosti sa naše pracovisko nachádza v piatom roku svojej existencie, v roku v ktorom sme si pripomenuli 5. júla 1150 výročie príchodu sv. Cyrila a Metoda na územie Veľkej Moravy patrónov nášho pracoviska. Aj my si chceme pripomenúť týchto slávnych učencov a venujeme im štvrtý ročník vedecko-odbornej konferencie pod názvom Sociálne a zdravotnícke problémy hornonitrianskeho regiónu, ktorá sa uskutoční 18.10.2013 v panoramatickom kine v Partizánskom s medzinárodnou účasťou, spolu s Mestom Partizánske, ktoré je spoluorganizátorom na čele s primátorom mesta doc. PaedDr. Jozefom Bôžikom, PhD. Za päť rokov sa na našom pracovisku vyformoval skvelý kolektív pedagógov za ktorých spomeniem: Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. a doc. PaedDr. Ing. Miroslav Paľún, PhD, MHA. zástupcovia vedúceho pracoviska, doc. PhDr. Stanislav Matulaj, PhD., mim. profesor, garant štúdia sociálnej práce a asistentka Mgr. Elena Valenteje, ktorí spolu s ostatnými kolegami vytvárajú dobrú pracovnú atmosféru, ktorá je pretavená do chodu nášho pracoviska.

ZÁVER

V závere mi dovoľte poďakovať nášmu rektorovi Prof. MUDr. Vladimírovi Krčmérymu, DrSc. za jeho podporu.

Kontaktná adresa:

PhDr. Michal Valach, PhD.,
poverený vedením detašovaného pracoviska sv. Cyrila a Metoda v Partizánskom,
Nám. SNP 200/14, 958 01 Partizánske.
e-mail: michalvalach@azet.sk

AKO POMÔŤ HRIEŠNIKOM

#

Prof. MUDr. Peter Pružinec, CSc.

Pozitívne účinky striedmeho pitia alkoholu sa preukázali a potvrdili už dávno. Nenadarmo sa pri zdvihnutí pohárikú hovorí to známe „na zdravie!“ Flavonoidy – vysoko účinné atioxidanty – obsiahnuté najmä vo víne chránia proti celému radu ochorení – odbúravajú cholesterol, potláčajú tendenciu zhlukovania trombocytov, viažu ťažké kovy.

Ako dokázali početné medicínske štúdie, priaznivý účinok na organizmus má samotný etylalkohol. Nezáleží v akej forme ho pijeme (pivo, víno, destiláty). Stále je však reč o nízkych „dávkach“. Nie každému a nie vždy sa však podarí ostať pri konzumácii len malého množstva.

Mierne množstvo uvoľní, spôsobí príjemné pocity, dá v dobrej spoločnosti zabudnúť na problémy. So zvyšujúcim množstvom konzumovaného alkoholu stúpa sebavedomie, družnosť, láska k prítomným i neprítomným spoločníkom. Tu niekde končia pozitívne vplyvy a rýchlo sa môžu prehupnúť do stimulácie sebaľúlosti, alebo dokonca agresivity. Často mentálna agresivita prechádza do brachiálnej (čo je medicínsky výraz pre bitku), pričom zlá koordinácia pohybov opitého odsudzuje do pozície porazeného.

Nezriedka sa objavuje fenomén „pravdy“ nazvaný IN VINO VERITAS. Nie je to nič iné, ako výdatné pourážanie prítomných spolupijanov vyťahovaním starých hriechov, či pocitov ublíženia. Onedlho (podľa trénovanosti nedoceneného pijana) sa pridajú aj negatívne telesné pocity. Tie prinúti veľkoodberateľa pokľaknúť pred toaletnou misou a do spoločnosti sa už obyčajne – našťastie – nevráti. Ak má šťastie a narušená rovnováha mu to umožní, dostane sa a zobudí v posteli. Tam jeho nešťastie pokračuje. Slovenčina na stav, v ktorom sa postihnutý ocitne ráno, napriek početnému zastúpeniu pijanov v populácii, výraz nemá. Stredoslováci majú krajové – **pľúšť**. V češtine existuje jediný – **kocovina**. Fíni majú údaje až sedem výrazov, kvalitatívne odlišných.

Stav po požití alkoholu (u mnohých osôb aj striedmom), sprevádzajú symptómy, ktoré sú výsledkom akumulácie viacerých metabolitov a taktiež zmien kofaktorov oxidačno-redukčných procesov, s následnými zmenami celkového metabolizmu. Tieto symptómy zvyčajne pozostávajú z bolestí hlavy, pocitu celkovej nevoľnosti, kognitívnych porúch, hnačky, straty chuti do jedla, tremoru a porúch rovnováhy.

Snaha o odstránenie neprijemných následkov konzumácie alkoholu sa zameriava jednak na zlepšenie narušenej metabolickej rovnováhy, ako aj na naviazanie nahromadených toxínov.

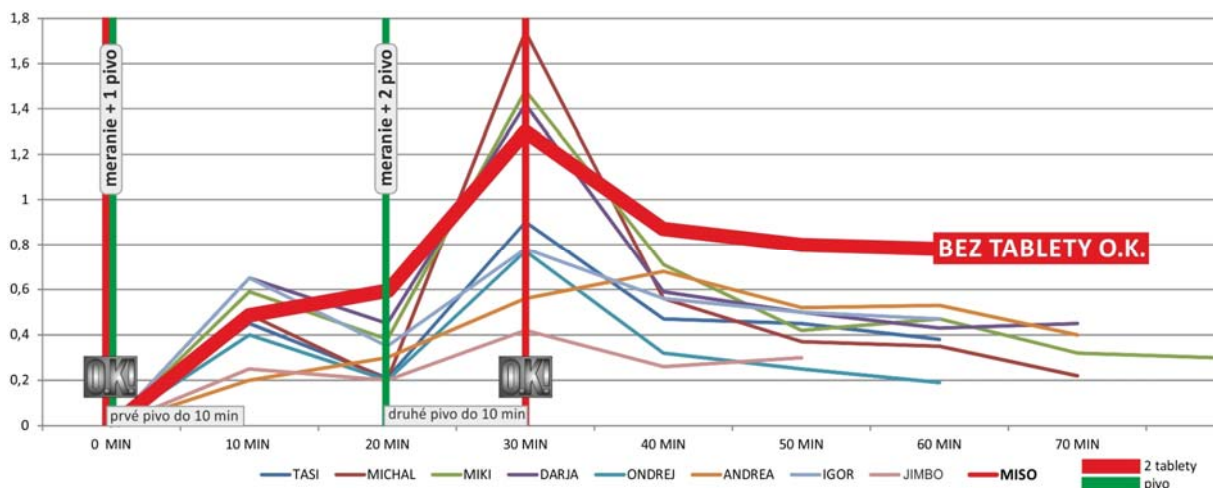
Novinkou v tomto poli je americký preparát, patrične nazvaný podľa svojho efektu – **OK**. Tablety sú pripravené na základe podrobnej analýzy „potreby“ alkoholom skúšaného organizmu. Obsahujú patentovanú zmes Triclyst, ktorej zloženie tvorí rad sacharidov, bielkovín, vitamínov – E, D, B12, solí, antioxidantov a výťažkov rastlín. Jeden a pol gramové tablety sa dodávajú s viacerými ovocnými príchuťami. Užitie je jednoduché: pokiaľ sa „pacient“ – t.j. ktokoľvek z nás, chystá na nadmernú konzumáciu alkoholu (a tu by som neváhal ani pri chystaní sa na bežnú, lebo človek nikdy nevie...), je potrebné užiť dve tablety, a po ukončení konzumácie ďalšie dve. Tak sú tablety aj balené – po štyri.

vedecký časopis
ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE
 ročník 8, 2013, číslo 3

Táto kúra pomôže vyrovnať sa s nechcenými následkami alkoholického excesu a navyše redukuje i odor, ktorý pri vydychovaní uštedruje svojmu okoliu včerajší pijan.

Tabuľka a graf: Test na odbúranie alkoholu, Bratislava, Bufet VYZA, 01.05. 2013
 www.pijemok.sk

Meno	0 min	10 min	20 min	30 min	40 min	50 min	60 min	70 min
Tasi	0,45	0,21	0,9	0,47	0,45	0,38		
Michal	0,49	0,2	1,74	0,56	0,37	0,35	0,22	
Miki	0,59	0,38	1,48	0,71	0,42	0,47	0,32	0,3
Daria	0,65	0,45	1,42	0,59	0,5	0,43	0,45	
Ondrej	0,4	0,2	0,77	0,32	0,25	0,19		
Andrea	0,2	0,3	0,56	0,68	0,52	0,47		
Igor	0,65	0,35	0,78	0,56	0,5	0,47		
Jimbo	0,25	0,2	0,42	0,26	0,3			
Miso	0,49	0,59	1,3	0,87	0,8	0,78		



Tablety boli rozhodnutím Ústavu verejného zdravotníctva SR a hlavného hygienika Slovenskej republiky akceptované na našom trhu. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky rozhodnutím v októbri 2012 podľa § 13 ods. 4 písm. g) zákona č. 335/2007 Z.z. vyhovел návrhu ALBATROS BROKER, s.r.o., Bratislava dňa 30.4. 2012 a súhlasil s umiestňovaním výživového doplnku OK, tablety, od výrobcu Juventa Technologies, 150 N. Michigan Ave, Suite 2800, Chicago, IL 6060, USA, na trh v Slovenskej republike. Výrobca je povinný dodržiavať požiadavky nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1924/2006 o výživových a zdravotných tvrdeniach v označení potravín v platnom znení.

Pravidelným i príležitostným konzumentom alkoholu odporúčam takýto „pohotovostný balíček“ nosiť so sebou.

Kontakt na autora: e-mail: peter@bonusccs.sk Tel/fax: 52966093

ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY HIV/AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

PROBLEM SOLUTION OF HIV / AIDS IN THE CZECH REPUBLIC

Hulínský, P., Hamplová, L.

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

Abstrakt

Pohlavně přenosné chorob (STD, dále jen STD) jsou zdravotním problémem většiny společností. V České republice podléhají systému povinného hlášení a evidence již od roku 1959 klasické sexuálně přenosné choroby, mezi něž jsou řazeny syfilis, gonokoková infekce (kapavka), lymphogranuloma venereum a měkký vřed (chancroid), od roku 1985 podléhá povinnému hlášení také onemocnění HIV/AIDS. Ministerstvo zdravotnictví se snaží ve spolupráci s ostatními rezorty, zejména Ministerstvem vnitra, Ministerstvem práce a sociálních věcí a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy všemi dostupnými prostředky cíleně omezit šíření těchto nákaz. Kromě represivních protiepidemických opatření v gesci hygienické služby rezortu zdravotnictví realizovaných v případech výskytu těchto nákaz zajišťují všechny ostatní výše uvedené rezorty prostřednictvím svých dotačních programů zdravotní gramotnost obyvatel edukačními aktivitami, zejména plošnou edukaci dospívajících dětí a mládeže a cílenou edukací rizikově se chovajících příslušníků minoritních populačních skupin (muži mající sex s muži, prostituuující osoby, injekční uživatelé drog). Ze svých finančních prostředků rezorty každoročně podporují vládní a nevládní organizace, které realizují tyto edukační aktivity a zajišťují zdravotní a sociální služby zejména pro injekční uživatele návykových látek, osoby živící se prostitucí a pro osoby s HIV infekcí.

Příspěvek seznamuje s epidemiologickou situací ve výskytu HIV/AIDS v populaci České republiky a s činností vládních a nevládních institucí v boji proti šíření HIV/AIDS a ostatních STD v populaci obyvatel České republiky.

Klíčová slova:

Dotační programy. Drogy. Edukace. HIV/AIDS. Pohlavně přenosné choroby. Prostituce.

Abstract

Sexually transmitted diseases (hereinafter "STDs") represent a health problem in most societies. Traditional sexually transmitted diseases such as syphilis, gonorrhea, lymphogranuloma venereum and chancroid have been in the Czech Republic included in a mandatory reporting and recording system since 1959 and in 1985 the HIV/AIDS disease was added to the list as well. The Ministry of Health, in collaboration with other departments, in particular the Ministry of Interior, the Ministry of Labor and Social Issues and the Ministry of Education, Youth and Sports, is striving to limit the spread of these infections through all available means. Apart from the repressive anti-epidemic measures coordinated by the hygienic service of the health department in the instances of outbreaks, all other listed departments expand the public knowledge through their subsidized programs of health awareness, in particular through broad education of the teen and young adult demographic and targeted education of high-risk members of minority population groups (men having sex with men, individuals engaged in prostitution, intravenous drug users). The departments subsidize on a yearly basis various governmental and nongovernmental organizations implementing these educational activities and providing health and social services, especially to intravenous drug users, prostitutes and HIV positive individuals.

This contribution provides an overview of the epidemiological situation of HIV/AIDS prevalence in the Czech population and of the activities of governmental and nongovernmental institutions in combating the spread of HIV/AIDS and other STDs among the population of the Czech Republic.

Keywords: *Drugs. Education. HIV/AIDS. Prostitution. Sexually transmitted diseases. Subsidized programs.*

ÚVOD

Výskyt klasických pohlavně přenosných chorob (STD, dále jen STD) v České republice, mezi něž jsou řazeny dle jednotného systému hlášení syfilis, gonokoková infekce (kapavka), lymphogranuloma venereum a měkký vřed (chancroid), má i přes řadu negativních jevů ve společnosti, které jejich šíření podporují, dlouhodobě setrvalý trend výskytu. Počty případů gonokokové infekce a syfilis v posledních deseti letech nepřekročily výskyt 1500 případů za rok, počty hlášených případů lymphogranuloma venereum a měkký vřed se pohybují v tomto období pouze v jednotkách za rok [1].

Stále závažnějším epidemiologickým problémem se však v České republice stává neustále se zvyšující počet osob nově infikovaných virem HIV. K 30.6.2013 bylo v České republice evidováno 1983 osob žijících s infekcí HIV, z nichž u 386 z nich bylo již diagnostikováno stadium AIDS. Pouze za první polovinu roku 2013, tedy za období od 1.1.2013 do 30.6.2013 bylo v České republice nově diagnostikováno 107 případů HIV pozitivitu, z toho v 96 případech se jednalo o občany České republiky a rezidenty (63 mužů a 33 žen) a o 11 cizinců [2].

Rizikovými faktory, které se na šíření všech druhů STD včetně HIV/AIDS významně podílejí, jsou dosud chybějící legislativní regulace prostituce, promiskuita zejména mladých lidí, stále nízká zdravotní gramotnost určitých skupin populace, nadměrná konzumace alkoholu a injekční užívání drog. Snaha o snížování výskytu těchto nežádoucích jevů ve společnosti je úsilím každé vlády při koncepci národní zdravotní a sociální politiky. V současné době je zvýšená pozornost a úsilí v České republice věnováno přípravě legislativní regulace prostituce, zvýšení finanční podpory edukačních aktivit, rozšíření dostupnosti a spektra poskytované zdravotní a sociální péče pro uživatele návykových látek a osoby živící se prostitucí a tím i omezení šíření STD a HIV/AIDS ve společnosti.

PROBLEMATIKA HIV/AIDS V ZEMÍCH EU A EHP

V roce 2011 bylo v zemích Evropské unie (EU) a Evropského hospodářského prostoru (EHP) nahlášeno 28 038 diagnostikovaných případů nákazy virem HIV, což představuje výskyt 5,7 případů na 100 000 obyvatel. Čtyři země s nejvyšším výskytem diagnóz nákazy virem HIV v roce 2011 byly Estonsko (27,3), Lotyšsko (13,4), Belgie (10,7) a Spojené království (10,0). Nejnižší výskyt případů byl hlášen z České republiky (1,5) a ze Slovenska (0,9). Mezi země s nízkou incidencí HIV infekce (převážně střední Evropa a Balkán) patří dosud i Česká republika. Mezi země se středním výskytem HIV patří například Německo, Polsko, Holandsko, a většina dalších západoevropských zemí. V Evropě je prakticky pouze Ukrajina zemí s generalizovanou HIV epidemií (prevalence HIV infekce je rovna nebo vyšší než 1% populace). V řadě evropských zemí se ale setkáváme s koncentrovanou HIV epidemií. O té hovoříme, když v některých komunitách (zejména muži mající sex s muži, injekční

uživatelé drog, migranti) je HIV prevalence rovna nebo vyšší než 5%. Do této kategorie podle zprávy UNAIDS za rok 2011 patří i Česká republika [3].

Od začátku epidemie viru HIV bylo v zemích EU/EHP nahlášeno 420 564 diagnóz nákazy virem HIV, z toho 297 388 případů u mužů a 119 977 u žen (u 3 199 případů nebyla informace o pohlaví k dispozici). Jak vyplývá z výše uvedených statistických dat, v Evropě neustále roste počet lidí žijících s virem HIV a vysokou prevalencí onemocnění virem HIV vykazují klíčové minoritní populační skupiny, zejména muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, injekční uživatelé drog a lidé pocházející z vysoce endemických zemí, zejména ze subsaharské Afriky. Pro většinu zemí EU/EHP jsou základní strategií boje proti viru HIV opatření zaměřená na prevenci a kontrolu viru HIV přenášeného při pohlavním styku mezi muži. Vzhledem k tomu, že více než třetina případů nakažení virem HIV heterosexuálním stykem byla hlášena ve skupině lidí původem z vysoce endemických zemí (zejména ze subsaharské Afriky), jsou země dále povinny těmto skupinám migrantů zajistit dostupnost opatření zaměřených na prevenci, léčbu a péči. Pozorovaný nárůst případů nákazy virem HIV mezi injekčními uživateli drog v řadě zemí dokládá nutnost dodržovat či rozšířit opatření k snižování škod v zemích EU/EHP. V celé Evropě je nezbytná větší propagace a lepší přístupnost služeb v oblasti poradenství a testů v souvislosti s HIV, které by měly zajistit včasější diagnózu a včasné zahájení léčby osob nakažených virem HIV a péče o ně. Toto opatření povede k lepším výsledkům léčby i klinickým přínosům a přispěje k prevenci nebo dalšímu omezení přenosů viru HIV. Je nutno zajistit rovnost přístupu k prevenci, testům, léčbě a péči v souvislosti s HIV pro všechny skupiny obyvatel, aby země dosáhly celosvětového cíle, kterým je všeobecný přístup pro všechny potřebné. Česká republika je ve zprávě UNAIDS za rok 2011 zmíněna jako jediná země "východního" bloku v Evropě, kde je dostupný a funkční propracovaný program harm reduction pro injekční uživatele drog [3].

Opatření ke kontrole epidemiologické situace v každém státě by měla být podložena důkazy a přizpůsobena vnitrostátní a regionální epidemiologické situaci [4].

PROBLEMATIKA HIV/AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice řídí Ministerstvo zdravotnictví. V bývalém Československu byl první případ HIV pozitivivity diagnostikován v roce 1985 a v témže roce byla Ministerstvem zdravotnictví ČR zřízena Národní referenční laboratoř pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu.

Národní referenční laboratoř pro AIDS vypracovává zásady HIV/AIDS testovací politiky a doporučení nových laboratorních postupů pro diagnostiku HIV/AIDS, realizuje preventivní vyšetřování krevních dárců a gravidních žen a zajišťuje metodické vedení terénních laboratoří oprávněných provádět screeningová vyšetřování HIV infekce, kterých je v České republice v současné době více než 160. Současně provádí konfirmace reaktivních nálezů získaných při screeningovém vyšetřování HIV infekce v terénních laboratořích na území ČR. Kontinuálně od 1. 10. 1985 provádí dále epidemiologické monitorování výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR, zajišťuje statistické zpracování a analýzu dat získaných z hlásícího systému HIV/AIDS vyšetřujících laboratoří a AIDS center a předává výsledky do evropské monitorovací sítě TESSy při ECDC a dalším institucím.

Na úrovni krajů je za problematiku prevence HIV/AIDS odpovědný vedoucí epidemiologického odboru příslušné krajské hygienické stanice, jejíž odborní pracovníci protiepidemického odboru zajišťují epidemiologické šetření u nově zjištěných případů HIV pozitivivity a doporučují léčbu pacientů s HIV ve specializovaných AIDS centrech fakultních nemocnic.

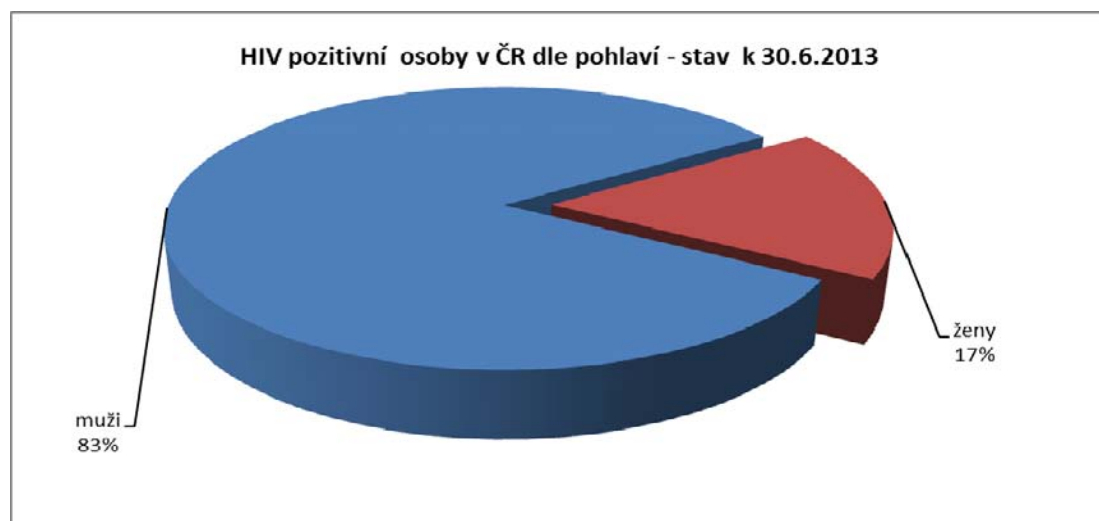
EPIDEMIOLOGICKÁ SITUACE VÝSKYTU HIV/AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

Celosvětově je výskyt HIV u mužů majících sex s muži 13krát vyšší než v obecné populaci, v ČR je násobkem asi třístým. To znamená, že každý dvacátý český muž, který má sex (i) s muži, je HIV pozitivní a v roce 2011 Česká republika zaujala v Evropě první místo v podílu homosexuálních přenosů mezi novými případy (přes 70%).

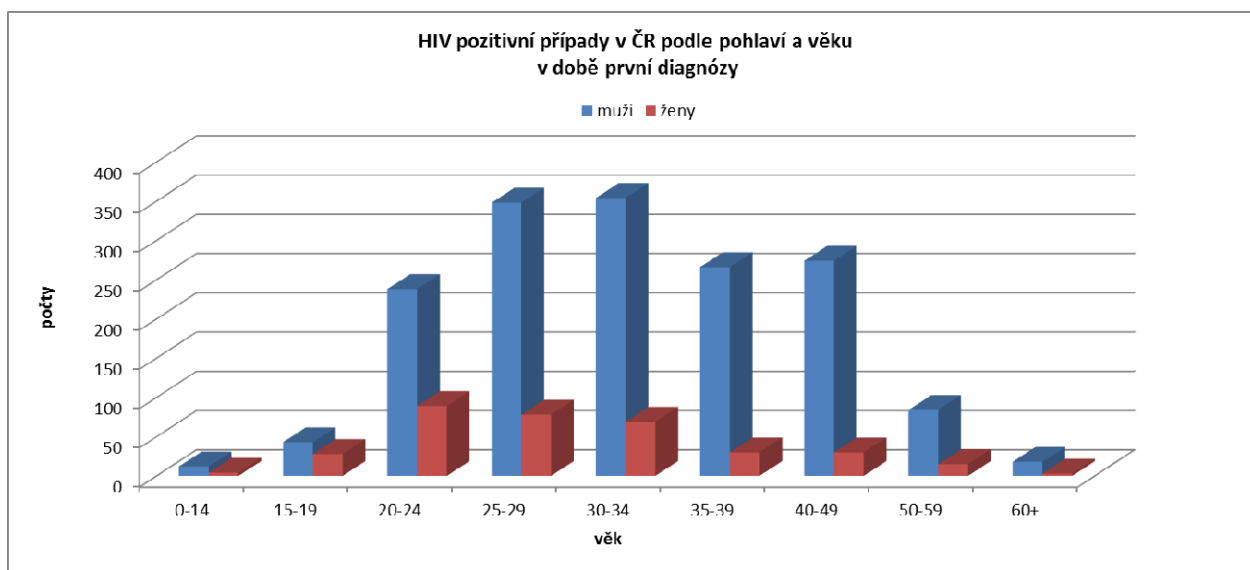
V České republice zatím přetrvává poměrně nízký výskyt nákazy u osob poskytujících sex za úplatu a u injekčních uživatelů drog. Ze statistických dat ve sledovaných v letech 1. 10. 1985 - 30. 6. 2013 vyplývá, že v uvedeném období bylo provedeno celkem 31 805 vyšetření na přítomnost protilátek proti viru HIV u osob provozující prostituci a 27 716 vyšetření u injekčních uživatelů drog. V rámci těchto vyšetření byl a zjištěna HIV pozitivita u pouze 20 prostituujících osob a u 85 injekčních narkomanů [2]. Příznivá situace ve výskytu HIV/AIDS u injekčních uživatelů návykových látek je důsledkem dlouhodobé finanční podpory výměnných programů stříkaček a jehel v rámci harm reduction ze strany Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Rady vlády pro protidrogovou politiku i jednotlivých samospráv [7].

V české gay komunitě nárůst HIV pokračuje poměrně nekontrolovaně a preventivní úsilí je stále nedostatečné. V letošním roce je očekáváno překročení hranice dvou set nových infekcí i stávajícího limitu 211 nových případů HIV infekce za rok. To znamená více než dva nové případy na 100 000 obyvatel za rok. Tím se Česká republika definitivně vyčlení ze zemí s nízkou incidencí HIV infekce (převážně střední Evropa a Balkán) a vstoupí do skupin zemí se středním výskytem HIV, kam patří například Německo, Polsko, Holandsko, a většina dalších západoevropských zemí.

Hlavním důvodem šíření HIV v gay komunitách je podle zprávy UNAIDS nedostatečné používání kondomů. Jen ve třinácti sledovaných zemích je kondom použit alespoň ve třech ze čtyř análních styků mezi muži. Česká komunita pak v tomto ukazateli výrazně zaostává i za ostatními evropskými zeměmi. Kondom je použit jen ve dvou análních stycích z pěti a pouze sporadicky je používán lubrikant, což dále zvyšuje riziko nákazy. Zejména díky této skutečnosti je 83 % HIV pozitivních osob mužského pohlaví a pouze 17 % je pohlaví ženského. Česká republika je ve zprávě zmíněna jako jediná země "východního" bloku v Evropě, kde je dostupný a funkční propracovaný program harm reduction pro injekční uživatele drog [3, 8].

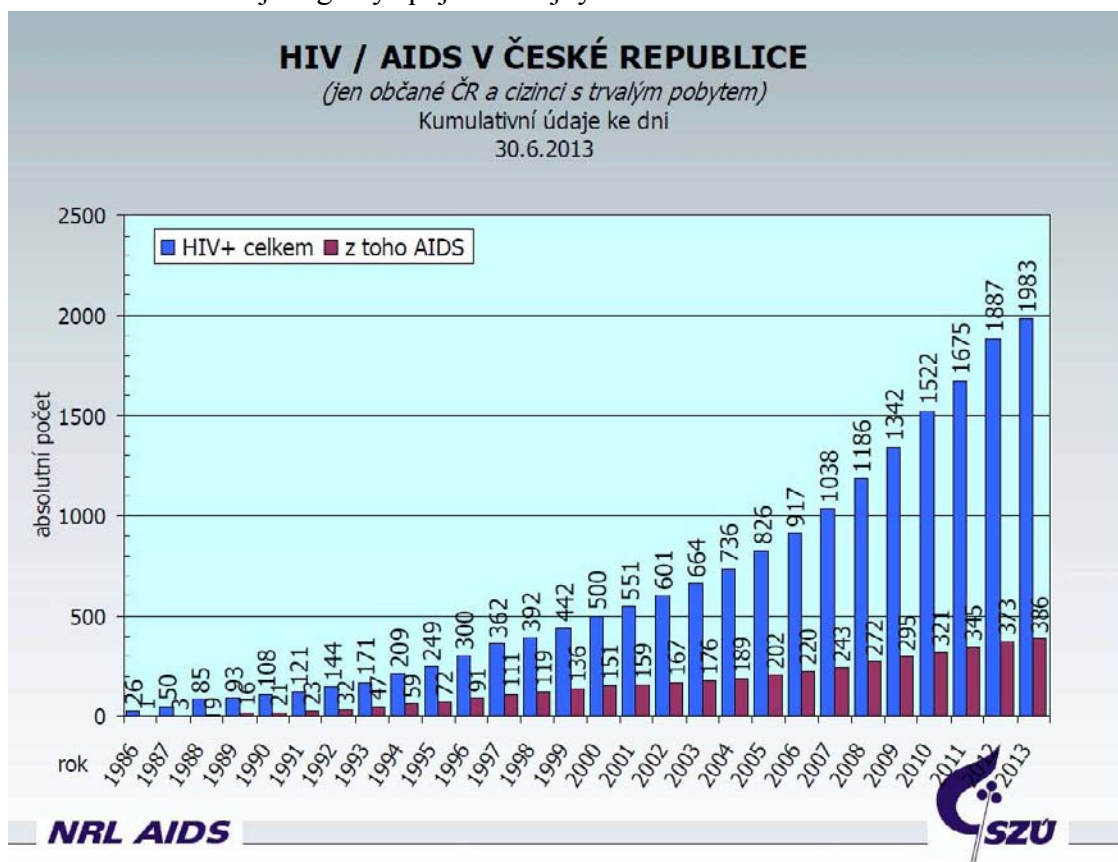


Graf 1 Podíl HIV pozitivních osob v České republice dle pohlaví.
Zdroj: SZÚ, 2013

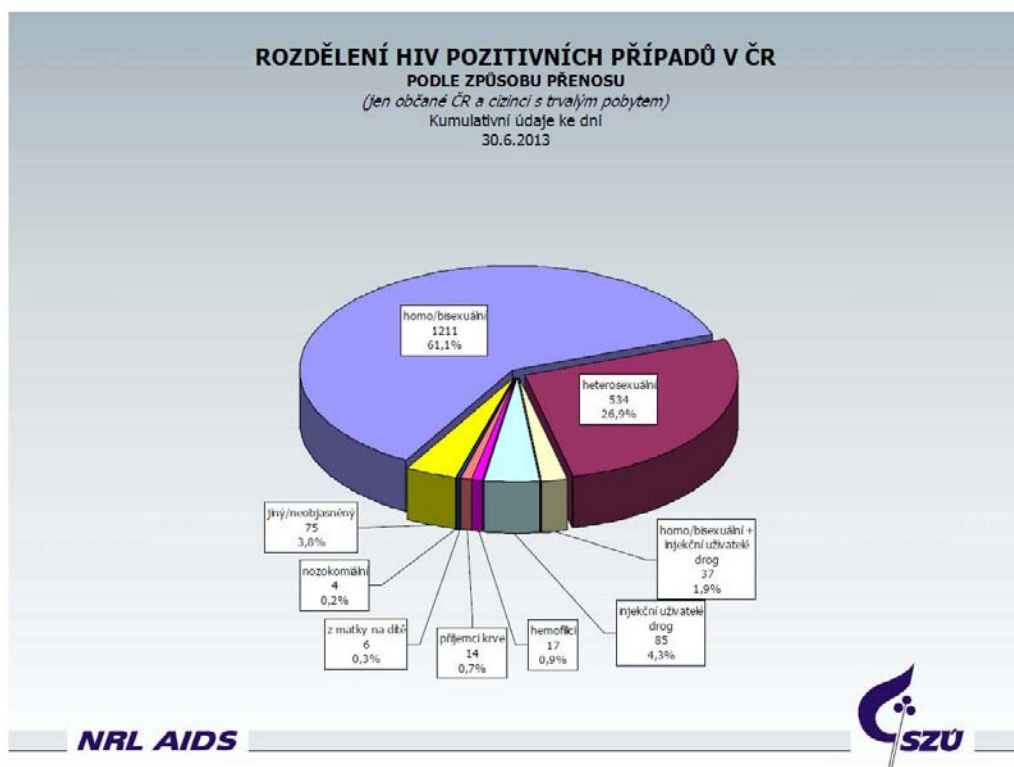


Graf 2 HIV pozitivní případy v ČR podle pohlaví a věku v době první diagnózy
 Zdroj: SZÚ, 2013

Jak je patrné z výše uvedeného grafu 2, nejvíce ohroženi HIV infekcí jsou muži ve věkovém intervalu 25-34 let. Tato situace je obdobná i dalších STD, konkrétně syfilis a gonokokové infekce a je logicky spojena s nejvyšší sexuální aktivitou mužů v tomto věku.



Graf 3 Situace ve výskytu HIV/AIDS v České republice



Graf 4 Rozdělení HIV pozitivních případů v České republice

Vzhledem ke skutečnosti, že dominantní cestou přenosu nákazy HIV/AIDS v České republice je homo a bisexuální přenos, je nezbytné v souladu s doporučeními odborníků zintenzivnění specifické primární prevence cílené na rizikově se chovající minoritů mladých mužů majících sex s muži.

NÁRODNÍ PROGRAM PREVENCE AIDS

Již v roce 1990 byl schválen Usnesením vlády ČR č. 47/1990 Národní program prevence AIDS, jehož cílem bylo prostřednictvím jasně definovaných úkolů a aktivit omezit šíření epidemie HIV/AIDS v ČR a její dopad na jednotlivce a společnost. Prioritou dlouhodobého programu je ochrana veřejného zdraví, výchova ke zdraví, preventivní programy, zaměřené zejména na mládež, na gravidní ženy, na dárce krve a orgánů, HIV pozitivní osoby a cíleně na vybrané skupiny s rizikovým chováním či ve vyšším riziku nákazy, tedy konkrétně gay komunity, osoby poskytující sexuální služby za úplatu, injekční uživatelé drog, pacienty s pohlavně přenosnými infekcemi, osoby ve výkonu vazby a ve výkonu trestu odnětí svobody, osoby bez přístřeší, migranty přicházející ze zemí s vysokým výskytem HIV/AIDS a ze sociálně vyloučené romské komunity [5].

V současné době veškeré aktivity celého programu jasně definuje dokument s názvem „*Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013 – 2017*“, který je v pořadí již pátým střednědobým dokumentem na poli prevence šíření HIV/AIDS schváleným vládou České republiky.

Cílem programu je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdravotní gramotnosti cílových populačních skupin a zejména docílit takového chování, které povede k omezení dalšího šíření infekce HIV. Důležitými úkoly tohoto programu je tedy realizace širokého spektra edukačních aktivit realizovaných prostřednictvím cílených kampaní, odborných článků, besed, vrstevnických programů, bezplatných telefonických poradenských linek, online internetových poraden, rozhlasových a televizních spotů, školních informačních kanálů. Dalšími prioritami programu jsou propagace a podpora účelného HIV testování a kvalitně prováděné před a potestové poradenství v rámci vyšetření HIV protilátek, rozšiřování sítě komunitních poradenských center, zajištění sociálních a zdravotních služeb pro osoby s HIV/AIDS a jejich rodiny, odhalování a řešení případů diskriminace osob s HIV/AIDS, plnění mezinárodních úmluv na úseku HIV/AIDS, monitorování epidemiologické situace v ČR a pravidelné zasilání dat WHO, UNAIDS, ECDC a UNICEF.

Nezbytnou součástí boje proti AIDS je mezinárodní spolupráce prostřednictvím pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS v rámci Státního zdravotního ústavu, které je pověřeno funkcí styčné kanceláře Světového programu boje proti AIDS (UNAIDS) pro Českou republiku. Koordinací aktivit programu je pověřena Koordinační skupina Národního programu HIV/AIDS, složená z odborníků z řad epidemiologů, virologů, infektologů, zástupců nevládních organizací a dalších odborníků.

Specializovanou péči o HIV pozitivní a nemocné AIDS poskytují AIDS centra, kterých je v České republice celkem 14. Tato specializovaná centra při fakulturních nemocnicích nabízejí také testování na HIV, avšak díky přetrvávající stigmatizaci tohoto onemocnění ve společnosti pouze malý počet dobrovolných zájemců podstupuje testování v rámci AIDS centra či jiných zdravotnických zařízení s úhradou ze zdravotního pojištění, ale raději využívají nabídky zejména nevládních organizací, které nabízejí bezplatné anonymní testování.

NEVLÁDNÍ ORGANIZACE V BOJI PROTI HIV/AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

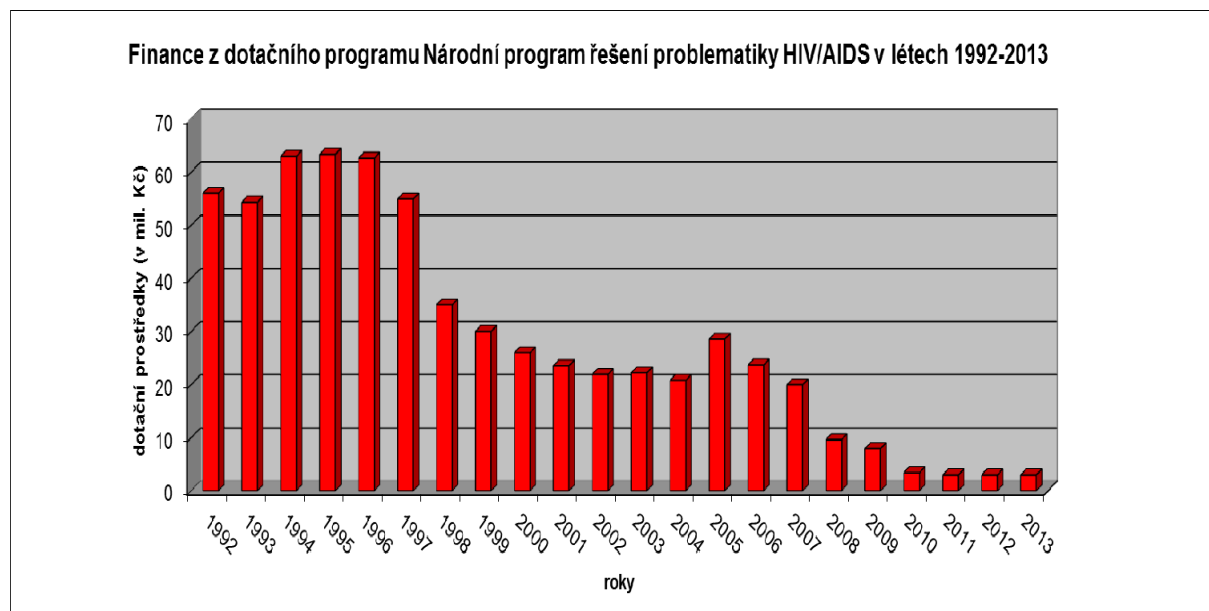
Dominantními poskytovateli bezplatného anonymního testování na HIV v České republice jsou nevládní organizace Česká společnost AIDS pomoc, jejichž služby využívá zejména populace mužů majících sex s muži a nevládní organizace Rozkoš bez rizika, která nabízí prostřednictvím pojízdné ambulance bezplatné anonymní testování zejména minoritní populační skupině komerčních sexuálních pracovníků. Obě tyto nevládní organizace, které zajišťují kromě anonymního testování též široké spektrum edukačních aktivit formou provozu webových stránek, realizace besed, přednášek, exkurzí do svých prostor, divadelních představení, online poradny, telefonické poradenské linky, výroby a distribuce zdravotně výchovných materiálů a organizace seminářů a konferencí poskytují své služby bezplatně. Finanční zdroje získávají na svoji činnost z fondů Evropské unie, dotačních programů krajů, municipalit, sponzorských darů, ale také z dotačních programů jednotlivých rezortů, konkrétně Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva práce a sociálních věcí, ale zejména z dotačního programu Sekce pro ochranu a podporu veřejného zdraví Ministerstva zdravotnictví s názvem *Národní program řešení problematiky HIV/AIDS*.

NÁRODNÍ PROGRAM ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY HIV/AIDS

Dotační řízení na podporu plnění **Národního programu prevence AIDS** je v České republice každoročně vyhlašováno Ministerstvem zdravotnictví od roku 1993. Projekty předložené do výběrového řízení dotačního programu **Národní program řešení problematiky HIV/AIDS** musí splňovat alespoň jeden z dvou hlavních cílů dotačního programu, a to buď zabránění vzniku a šíření HIV infekce edukací a intervencí v cílové populaci anebo zajištění dostupného bezplatného anonymního testování (HIV screening).

Dotace se všem typům předkládajících organizací poskytuje maximálně do výše 70 % rozpočtovaných nákladů na schválený projekt. Dotace je poskytována organizacím, které se specializují na zdravotní výchovu a poradenství v oblasti prevence HIV/AIDS, zejména u skupin s rizikovým chováním, používající především peer přístup a streetwork metodu práce a poskytující pomoc osobám HIV pozitivním.

Komise MZ ČR pro posuzování žádostí o poskytnutí státní dotace na realizaci projektů prevence HIV/AIDS v rámci výše uvedeného dotačního programu zohledňuje při posuzování žádostí efekt a přínos jednotlivých projektů. Pravidelnými příjemci dotace na realizaci projektů z výše uvedeného dotačního programu jsou právě nevládní organizace **Česká společnost AIDS pomoc, o.s.** a **Rozkoš bez rizika, o.s.**, které kromě centrálního sídla v Praze zajišťují edukační aktivity a zdravotní a sociální služby díky svým pobočkám po celé České republice. Podporovány jsou opakovaně i nevládní organizace regionálního rozsahu, např. občanské sdružení JANA, které zajišťuje edukační aktivity v příhraničních oblastech s vysokým výskytem prostituujících osob či občanské sdružení Lambda pomáhající gayům a lesbám.



Graf 5 Finance přidělené z dotačního programu MZ ČR Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v letech 1992-2013
Zdroj: MZ ČR, 2013

Jak je patrné z výše uvedeného grafu 5, finanční prostředky přidělované ze státního rozpočtu prostřednictvím dotačního programu Ministerstva zdravotnictví Národní program řešení problematiky HIV/AIDS od konce 90 let plynule klesají, za poslední 3 roky disponoval dotační program finančními prostředky každoročně ve výši pouze 3 miliony Kč.

Snahou současného hlavního hygienika České republiky MUDr. Vladimíra Valenty, PhD. je posílení výše finančních prostředků, které budou v následujících letech na tento dotační program z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví přidělovány.

ZÁVĚR

Z výše uvedených skutečností jsou patrné aktuální priority na poli řešení problematiky HIV/AIDS a ostatních STD v České republice, a to zejména posílení finančních prostředků věnovaných ze státního rozpočtu cestou rezortu zdravotnictví, školství a sociálních věcí na realizaci širokého spektra edukačních aktivit zajišťovaných vládními i nevládními organizacemi.

V případě nevládních organizací se jedná zejména o finanční podporu cílených kampaní, podporu činnosti bezplatných telefonických poradenských linek, zejména krizových telefonních linek, online internetových poraden, besed s HIV pozitivními osobami. Dalšími prioritami podpory činností nevládních organizací jsou propagace, podpora a zvyšování dostupnosti účelného HIV testování včetně provádění odborného před a potestového poradenství při vyšetření HIV protilátek, rozšiřování sítě komunitních poradenských center, zvyšování kvality a rozšiřování spektra sociálních a zdravotních služeb pro osoby s HIV a jejich rodiny, podpora činnosti kontaktních center pro drogově závislé, podpora streetworku a zejména rozšiřování výměnného programu stříkaček a jehel v rámci harm reduction, zajištění pojízdných ambulantních zdravotních služeb pro osoby živící se prostitucí.

Prioritami v oblasti činnosti vládních organizací je zachování činnosti bezplatné telefonní poradenské linky *Národní help line AIDS* v rámci Státního zdravotního ústavu, posílení financí na činnost a odborné aktivity Národní referenční laboratoře pro AIDS, rozšíření zavedení školního informačního kanálu, besedy s odborníky na STD, medializace problematiky cestou odborných článků, televizního a rozhlasového vysílání apod.

Společnou prioritou je posílení specifické primární prevence u minoritních rizikově se chovajících skupin mužské populace mladého věku.

Na poli boje proti šíření HIV a ostatních STD dlouhodobě úzce spolupracují jednotlivé rezorty navzájem, ale též vládní i nevládní organizace na lokální, regionální i celostátní úrovni. Financování všech aktivit musí být i do budoucna vícezdrojové, tedy ze všech dostupných prostředků, jako jsou finanční prostředky Evropské unie, státní rozpočet, rozpočty samospráv, sponzorské aktivity.

V popředí zájmu Ministerstva zdravotnictví je také kontrola dodržování zákona o ochraně veřejného zdraví v rámci výkonu státního zdravotního dozoru ve zdravotnických zařízeních. Do popředí zájmu politiků se v České republice dostává v současné době přijetí zákona, který by reguloval prostituci a tím přispěl k omezení šíření STD nejen v této minoritní populační skupině, ale který by současně posílil ochranu veřejného zdraví [6]. Snížení výskytu sexuálně přenosných onemocnění včetně HIV/AIDS jsou také dílčí úkoly cíle

7 Prevence infekčních onemocnění programu *Zdraví pro všechny v 21. století*, který je v České republice realizován již od roku 2002 [9]. Jedině společným úsilím všech zainteresovaných subjektů za dostatečné finanční podpory všech preventivních aktivit lze udržet stávající příznivou epidemiologickou situaci ve výskytu HIV a ostatních STD v České republice.

LITERATURA

- [1] ÚZIS. *Pohlavní nemoci 2011*. Praha: ÚZIS, 2012. ISBN 978-80-7472-006-2.
- [2] Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2013 [online]. SZU. [cit. 2013-06-14]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocni_zpravy/2013/HIV_AIDS_05_2013.pdf
- [3] UNAIDS World Aids Day Report 2012 [online].UNAIDS. [cit. 2013-07-11]. Dostupné z: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf
- [4] Dohled nad HIV/AIDS v Evropě 2011 [online]. ECDC. [cit. 2013-07-11]. Dostupné z: <http://ecdc.europa.eu/cs/publications/Publications/20121130-Annual-HIV-Surveillance-Report.pdf>
- [5] HAMPLOVÁ, L., NĚMCOVÁ, J. Podpora veřejného zdraví cestou výchovy ke zdraví v České republice. In: *Recenzovaný zborník príspevkov : VI. trenčiansky ošetrovateľský deň*, FZ TU A. Dubčeka v Trenčíně, 2012. S. 202-206. EAN 9788080755638, ISBN 978-80-8075-563-8
- [6] HULINSKÝ, P. Historie řešení otázky prostituce se specifikační na hlavní město Prahu. Praha: Police history, 2009. ISBN 978-80-86477-51-0.
- [7] HAMPLOVÁ, L., KOTRBOVÁ, K. a F. KOTRBA. Aktuální problematika užívání návykových látek v České republice In: *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*. 2012, 19(3), 11-14. ISSN 1338-7030.
- [8] MAURITZOVÁ, I. a J. NĚMCOVÁ. Drogové závislosti. In: *Handicap a ošetrovatelství*. Praha: Maurea, 2010. s. 36-37. ISBN 978-80-902876-5-5.
- [9] HAMPLOVÁ, L., MAZALÁNOVÁ, A. a J. HLINOVSKÁ. Program „Zdraví pro všechny v 21. století“ v České republice. In: *Monitor medicíny SLS*. 2012, číslo 3-4, s. 30-31. ISSN 1338-2551.

Kontaktní adresa:

MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

Česká republika,

e-mail: hamplova@vszdrav.cz

Mobil: +420 739 053 130

VYTVORENIE DOTAZNÍKU PRE LEKÁRSKU AMBULANCIU

CREATION OF A QUESTIONNAIRE FOR MEDICAL AMBULANCE

¹Húšková, D., ³Čmelová, E., ²Hradečná, Z., ¹Čmelo, J.

¹ Centrum neurooftalmológie, Bratislava

² Detská klinika, FN Bratislava

³ Oddelenie klinickej genetiky

Abstrakt:

Cieľom tejto práce bolo zoskupenie základných informácií o dotazníku a o postupe pri zostavovaní dotazníka. Dotazník je veľmi prínosný pre každého, kto chce byť pripravený efektívne sa pripravovať na rozmanité potreby svojich pacientov. Ak sú tieto informácie dostupné, pracovisko je pripravené poskytovať lepšiu zdravotnú starostlivosť, lepšie investovať financie a lepšie prosperovať na trhu. Získané informácie, boli uplatnené pri zostavovaní Dotazníka spokojnosti pacientov. Stručný prehľad výsledkov je ponúknutý v diskusii. Potvrdilo sa, že je veľmi dôležité poznať základy zostavovania dotazníka. Najmä je potrebné vedieť, aký je postup pri zostavovaní dotazníka. Ako je dôležité určiť si cieľ výskumu (dotazník je prostriedkom k dosiahnutiu tohto cieľa), stanoviť spôsob dopytovania, vybrať si vhodný výskumný súbor. Potvrdilo sa, že je potrebné riadiť sa overenými postupmi pri obsahovej alebo formálnej konštrukcii dotazníka. Vedieť správne klásť otázky a vybrať tie druhy otázok, ktoré sú najvhodnejšie pre stanovený cieľ výskumu.

Kľúčové slová:

Dotazník, výhody a nevýhody dotazníka, štandardizovaný dotazník, neštandardizovaný dotazník, postup zostavovania dotazníka, otázky, otvorené otázky, polouzavreté otázky, zatvorené otázky.

Abstract:

The aim of this work was put together basic information about the survey and the procedure for drawing up the questionnaire. The questionnaire is very beneficial for anyone who wants to be prepared to effectively prepare for the diverse needs of their patients. If this information is available, the work is ready to provide better healthcare, better to invest more money and prosper on the market. The obtained data were applied in drawing up The Patient Satisfaction Questionnaire. A brief summary of the results is offered in the discussion. It has been confirmed that it is very important to know the basics of compiling the questionnaire. In particular, it is necessary to know what is the procedure for drawing up the questionnaire. As it is important to determine the purpose of the research (a questionnaire is the means to achieve this), set query mode, choose appropriate research file. It has been confirmed that it is necessary to follow the best practices in content or structure of formal questionnaire. Knowing the right questions to ask and choose the types of questions that are best suited for the objective of research.

Keyword:

Questionnaire, the advantages and disadvantages of the questionnaire, a standardized questionnaire, non-standardized questionnaire process of compiling the questionnaire, questions, open questions, semi-closed questions, closed questions.

ÚVOD

Pre každého lekára, či zariadenie, ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť je veľmi dôležité neustále sa informovať o svojom okolí. Aby zariadenie prosperovalo, je potrebné aby malo špecializované moderné prístroje pre vyšetovanie (na diagnostiku aj liečbu). Aby malo neustále sa vzdelávajúcich erudovaných zdravotníckych pracovníkov (lekárov, zdravotné sestry a iný zdravotnícky personál). Ale najmä, je potrebné vedieť, čo pacienti v jeho okolí potrebujú, vyžadujú a chcú. Podľa toho vie smerovať vzdelávanie svojich pracovníkov, nákup špecializovaných prístrojov a iného vybavenia a spôsob komunikácie s konkrétnymi pacientmi. A to všetko tak, aby minimalizoval náklady a maximalizoval zisky. Toto všetko dáva základ pre úspešné fungovanie zdravotníckeho zariadenia. Dotazník je vynikajúcim zdrojom informácií, ktoré môžu pomôcť flexibilne sa prispôbiť meniacim sa podmienkam trhu. Dotazník je úžasným prostriedkom prevencie. Môže slúžiť pre včasné zachytenie meniacej sa kvality poskytovaných služieb (zdravotnej starostlivosti a s ňou spojených služieb), meniacej sa kvality života pacientov, meniacich sa potrieb pacientov konkrétneho zdravotníckeho zariadenia.

ODBORNÁ TÉMA

Najčastejšie výskumné metódy, ktoré sa používajú na získanie relevantných informácií je rozhovor (interview) a dotazník. Rozhovor alebo interview ide o dialóg medzi pýtajúcim sa a odpovedajúcim. Téma rozhovoru, ako aj štýl otázok môže byť rôzna. Môže sa uskutočňovať priamo z očí do očí, cez internet vo forme chatu, cez web kameru alebo prostredníctvom telefónu. Rozhovor môže byť štrukturovaný (presne stanovená téma, otázky-formulácia, poradie), pološtrukturovaný (je zadaná téma rozhovoru aj otázky, štýl odpovedí je však voľný, ani poradie otázok nemusí byť dodržané), neštrukturovaný (pýtajúci sa má tému, ale nie presne stanovené otázky), alebo vo forme voľných asociácií (spontánny rozhovor bez vopred stanovenej témy či otázok) [5].

Dotazník je jedna z najčastejšie používaných metód vo výskume. Používa sa v spoločenských vedách na hromadné a rýchle zisťovanie faktov, názorov, postojov, preferencií, hodnôt, motívov, potrieb, záujmov a i. [6] v aktuálnej alebo potencionálnej skutočnosti prostredníctvom písomného dopytovania sa. Je to súbor otázok, pomocou ktorého sa získavajú vyjadrenia vybraných osôb (respondentov) k problémom, ktoré sú predmetom skúmania [7]. Je vhodný na získanie dát od väčšieho počtu respondentov. Pričom téma dotazníka môže byť rôzne veľká. Podľa Ferjenčíka, 2000 [5] je dotazník v podstate štandardizované interview predložené v písomnej podobe. S prihliadnutím na spomenuté definície, sa dotazník považuje za vynikajúcu metódu na zistenie rôznorodých informácie, použiteľnú pre širokú verejnosť s možnosťou rýchleho a pomerne prehľadného spôsobu vyhodnocovania. Pre lepšie definovanie dotazníka je pripravený prehľad výhod a nevýhod dotazníka aj v porovnaní s ostatnými metódami získavania informácií.

VÝHODY:

- Štandardizovaný dotazník je z hľadiska nákladov efektívnejšie na spracovanie ako osobné rozhovory (tvárou v tvár).
- Znižujú sa možnosti zaujatosti pýtajúceho sa .

- Štandardizovaný dotazník je vnímaný ako menej rušivý v porovnaní s rozhovormi cez telefón alebo tvárou v tvár a existuje preto predpoklad, že respondenti budú pravdivo odpovedať na citlivé otázky.
- Niektoré typy štandardizovaných dotazníkov sú pohodlné, nakoľko ich respondent môže vyplniť v čase a na mieste, ktoré mu vyhovuje [1].
- Anonymita respondenta.
- Dotazník možno posielat', výskumník nemusí byť prítomný.
- Respondent má viac času na premyslenie odpovedí [6].

NEVÝHODY:

- Nízka návratnosť dotazníka, najmä ak je dotazník dlhý, alebo je zložitý dokončiť ho, nakoľko je predmet skúmania nezaujímavý pre opýtaného alebo je vnímaný ako príliš intímny [4] alebo sú respondenti málo motivovaní k odovzdaniu dotazníka [1] alebo nebola zaručená anonymita respondenta, nebol dostatočne vysvetlený cieľ výskumu, grafická stránka dotazníka bola nezaujímavá, otázky boli nezrozumiteľné, alebo nejasné [6].
- Nízka validita (platnosť), najmä v prípadoch, keď chýba priamy kontakt respondenta s výskumníkom a nie je tak možné zaručiť, že respondent pochopil správne otázku, že respondent na niektoré otázky neodpovie [1].
- Otázky sú dané vopred - žiadna flexibilita.
- Obmedzená možnosť odpovedí pri zatvorených položkách [6].

DRUHY DOTAZNÍKA

Podobne ako rozhovor (interview) sa dotazník delí na:

Štandardizovaný - má presne stanovenú štruktúru a poradie otázok, presne je definovaný aj spôsob administrovania a vyhodnocovania. Ide väčšinou o psychologické dotazníka zisťujúce napr. osobnostné charakteristiky, postoje, hodnoty, vzťahy v rodine alebo inej skupine. Tieto dotazníky pomáhajú bližšie určovať buď diagnózy alebo problémy a napomáhajú tak k efektívnejšiemu riešeniu problémov. Vykonáva sa za prítomnosti výskumníka, najmä vo forme:

- „papier a ceruzka“ - odpovede sa zapisujú do vopred pripravených záznamových hárkov, alebo na papier. Vyhodnocovanie sa vykonáva pomocou vyhodnocovacích šablón, prípadne inštrukcií vyhodnotenia. Čas vyhodnocovania závisí od konkrétneho typu dotazníka.
- prípadne v PC podobe - odpovede sa zaznamenávajú do počítačového programu. Vyhodnocovanie je jednoduchšie. Zvyčajne PC program pripraví priamo vyhodnotenie a záver výsledkov dotazníka.

Neštandardizovaný - vytvorený pre špecifické potreby zariadení (zdravotnícke zariadenia, inštitúcie, organizácie atď.).

Otázky, administrovanie ako aj vyhodnocovanie vychádzajú z cieľa zostavovaného dotazníka. Otázky majú svoje poradie a znenie, ktoré sa však môže flexibilne prispôbovať podľa potrieb konkrétneho výskumu. Administrovanie závisí aj od možností výskumníka [2]. Vyhodnocovanie sa zvyčajne delí na:

- kvantitatívne (odpovedá na stanovené výskumné otázky typu: koľko - napr. koľko respondentov súhlasí, alebo nesúhlasí, koľkým respondentov vyhovuje dané

zariadenie, koľko respondentov chce zmenu a podobne, zvyĀajne sa dá usporiadať prehľadne do tabuliek a grafov a tak aj lepšie porovnávať)

- a kvalitatívne (odpovedá na stanovené výskumné otázky typu: Āo a preĀo, napr. Āo považujú respondenti za vyhovujúce, preĀo by si vybrali práve nejaké konkrétne zariadenie a podobne, zvyĀajne nám poskytnite konkrétne príklady alebo podnety, ktoré môžeme využiť pre zmenu alebo potvrdenie existujúcich stavov).

Neštandardizované dotazníky sú najmä tie dotazníky, ktoré zisťujú kvalitu života, kvalitu poskytovaných sluĀieb, kvalitu produktu a iné informácie pomáhajúce rozvoju konkrétneho zariadenia.

Keďže týmto druhom dotazníka je možné zistiť množstvo informácií od množstva respondentov a nemusí byť prísne dodrĀiavaný postup administrovania, môže sa vykonať aj bez prítomnosti výskumníka vo forme:

- „papier a ceruzka“ - odpovede sa zaznamenávajú na papier
- PC forma – odpovede sa zaznamenávajú do poĀítaĀa.
- Prostredníctvom:
 - Osobného stretnutia
 - Telefónu
 - E-mailu
 - Pošty

V tomto Ālánku sa pozornosť sústreďuje na neštandardizovaný dotazník, ktorý môže pomôcť lepšie a flexibilnejšie sa prispôsobiť meniacim sa situáciám pri práci s pacientom.

Postup pri zostavovaní dotazníka

1. UrĀenie cieľa výskumu [4, 6, 10]

Veľmi dôleĀité je presné a výstiĀné stanovenie cieľov výskumu. PriĀom sa vychádza z analýzy predchádzajúcich informácií, ktoré boli naštudované pred zostavovaním dotazníka[9]. Tak sa tvorcovia dotazníka vyvarujú vytvoreniu otázok, na ktoré uĀ existujú odpovede v literatúre.

1. UrĀenie spôsobu dopytovania [10]

Ide o stanovenie toho, Āi bude dotazník predkladaný v písomnej forme alebo vo forme poĀítaĀového programu a to osobne, telefonicky, poštou alebo e-mailom. Pre ktorý z uvedených spôsobov bude rozhodnuté, závisí od výskumného súboru, ktorý bol vybraný.

2. Výber výskumného súboru [4, 6, 10]

Je úzko prepojený so stanovenými cieľmi výskumu. Je veľmi dôleĀité podrobne špecifikovať výskumný súbor[3]. Usmerní to spôsob vytvorenia otázok (jazyk, použitie cudzích pojmov, použitie písomnej alebo poĀítaĀovej formy apod.).

3. Konštrukcia obsahovej stránky dotazníka (vo väzbe na poĀadované informácie, konštrukcia celého dotazníka) [4, 6, 10]

Tematické oblasti- dôleĀité je stanoviť si témy, ktorých sa budú otázky dotýkať. Témy, ktorým sa výskumník inšpiruje sa získavajú podľa Gavoru (2010):

- z odbornej literatúry,
- zo skúseností,
- z pozorovania skúmanej problematiky/prostredia,
- z podobných empirických výskumov,
- z rozhovorov s odborníkmi [6].

Poradie tematických oblastí a položiek [6] - poradie musí byť logické. Malo by postupovať tzv. lievikovitým spôsobom kladenia otázok, t.j. od všeobecných otázok po otázky intímnejšieho charakteru [5]. Ak by boli na začiatok dotazníka vložené otázky intímnejšieho charakteru, ktoré môžu vyvolávať rôzne emocionálne reakcie (napr. Ste spokojný so svojim sexuálnym životom?), mohol by u respondenta nastúpiť šok a odpovede by nemuseli byť pravdivé, prípadne by respondent neodpovedal vôbec.

Konštrukcia otázok - po formálnej stránke je potrebné, aby otázky boli tvorené jazykom blízkym výskumnej vzorky. Aby boli výstižné a jasné. Nemajú respondenta navádzať na určitú odpoveď. Po obsahovej stránke by malo byť podľa Alberta (2002) zrejmé, akú funkciu má daná otázka v dotazníku a akým spôsobom ju položíme, aby odpoveď na ňu priniesla tú informáciu, ktorú výskumník potreboval získať [1].

Demografické (osobné) položky - sú tie položky, ktoré poskytujú informácie ako vek, pohlavie, rodinný stav, bydlisko, vzdelanie, povolanie, náboženstvo, počet detí, počet súrodencov a pod. Kladú sa podľa premenných v hypotéz, ktoré pomáhajú bližšie určiť cieľ výskumu [6].

Dĺžka dotazníka - má byť dostatočná nato, aby sa zistili všetky potrebné informácie, ale nie príliš dlhá, aby respondenta neznechutila[8]. Nakoľko podľa Gavoru (2010) so stúpajúcim počtom otázok klesá kvalita odpovedí a narastá počet neúplne vyplnených položiek. Vyplnenie dotazníka by nemalo trvať u dospelého dlhšie ako 30 minút. Dĺžka dotazníka závisí aj od veku respondentov. Čím sú respondenti mladší, tým by mal byť dotazník kratší [6].

Grafická stránka dotazníka - aby sa získalo, čo najviac odpovedí, je potrebné, aby bol dotazník pútavý nielen po obsahovej stránke (téma a spôsob kladenia otázok),ale aj po formálnej stránke. Formálna stránka má pôsobiť pútavo a nerušivo. Úhľadne zostavený dotazník respondenta motivuje, neúhľadný ho znechutí. Pri papierovom dotazníku sa väčšinou používa formát typu A4, zriedkavejšie A5. Font písma by mal byť v celom dotazníku jednotný (odporúča sa Arial 11,12), číslovanie by malo byť priebežné. Dôležité je, aby ste položku umiestnili tak, že ponúkané odpovede nepokračujú na ďalšej strane [4, 6].

Konštrukcia celého dotazníka - štruktúra dotazníka - každý dotazník, aby bol čo najefektívnejší, musí nasledovať logickú štruktúru. Podobne ako pri zoznamení sa s niekým novým. Človek chcete dozvedieť o ňom, čo najviac informácií, dodržiava preto v rozhovore určitý postup. Aj dotazník má určité časti, ktoré nie je dobré prehadzovať alebo opomenúť. Každý dotazník by sa mal preto podľa Gavoru (2010) skladať z nasledujúcich častí [6]:

1. *Vstupné informácie*- sú veľmi dôležité. Oboznamujú respondenta s cieľom výskumu, zámerom výskumníka, prípadne organizáciou, ktorá je autorom výskumu. V záhlaví by preto mali byť názov dotazníka, meno organizácie, prípadne

kontakt, rok realizácie. Úvod - mal by byť stručný a výstižný. Potrebné je v úvode klásť dôraz na dôležitosť dotazníka, potreba informácií od respondenta, garantovanie anonymity respondenta (pri anonymných dotazníkoch). Inštrukcie - návod ako vyplňať dotazník.

2. *Prostredná časť* - súčasťou sú všetky otázky, škály a výroky.
3. *Záver* - mal by byť súčasťou každého dotazníka. V ňom je vyjadrené poďakovanie a poskytnutý priestor na komentár respondenta.

1. Pilotná štúdia [4, 6, 10]

Ak je dotazník pripravený vo finálnej verzii, je na mieste vyskúšať ho na „skúšobných“ respondentoch, urobiť tzv. pilotáž alebo pilotnú štúdiu. Je dobré vybrať si cca 4-5 respondentov a administrovať im pripravený dotazník. Potom je dôležité získať od nich odpovede na nasledujúce otázky, ktoré navrhuje Gavora (2010):

- sú pokyny na odpovedanie zrozumiteľné?
- sú otázky jazykovo správne formulované?
- sú otázky ľahko pochopiteľné?
- sú niektoré otázky nadbytočné?
- sú položky logicky usporiadané?
- je dotazník dostatočne motivujúci? [6].

Zmyslom pilotáže je teda odhaliť nedostatky, ktoré môžu negatívne ovplyvniť cieľ dotazníka [10].

Zostavenie otázok

Najpodstatnejšou časťou dotazníka sú otázky. Správne formulované otázky privedú k cieľu, kvôli ktorému sa samotný dotazník zostavujeme. Otázky musia preto spĺňať nasledovné:

- otázky musia byť krátke a jednoduché [11]
- otázka musí byť formulovaná podľa vedomostí výskumnej vzorky [11]
- otázka musí byť formulovaná tak, aby bola emocionálne prijateľná [5]
- otázka nemá navádzať na určitý typ odpovedi [5]
- otázka by nemá obsahovať nezrozumiteľné alebo nespisovné termíny [5]
- otázka sa nemá súčasne pýtať na dve veci [5, 11]
- otázka nemá obsahovať dvojité zápor (napr. Nemáte pocit, že nemáte teraz čas na svoje koničky?) [5, 11]
- otázka musí byť, čo najpresnejšie formulovaná [5, 11]
- otázka má byť smerovaná k výskumnému problému [5, 11]
- otázka nemá navádzať k sociálne žiaducim odpovediam [5, 11].

Druhy otázok

V dotazníku sa môžu použiť rôzne druhy otázok. Predpokladá sa, že pre pútavejšiu formu, je lepšie v dotazníku využiť viacero druhov otázok.

Otvorené otázky - sú zostavené tak, aby neohraničovali možnosti odpovede [5]. Respondent môže odpovedať ako zložito potrebuje. Často sú tieto otázky komplikovanejšie

na vyhodnotenie, ale podávajú cenné informácie. Odporúča sa preto používať ich v menšej výskumnej vzorke [6] a len ak je to nevyhnuté [4]. (Např. Prečo ste si vybrali práve naše zdravotné zariadenie?)

Polouzavreté otázky - sú otázky, ktoré kombinujú výhodu výberu zatvorených otázok a možnosť voľnej odpovede ako u otvorených otázok. Respondent sa tak môže rozhodnúť, či si len vyberie, alebo napíše niečo viac (zvyčajne len niekoľko slov) [6]. (Např. Naše zariadenie ste si vybrali, pretože: a) je tu príjemná atmosféra, b) starostlivosť je bezplatná, c) čakacie doby sú primerané, d) iné: (prosím, vpište Vašu odpoveď))

Zatvorené otázky - respondent si môže vybrať z vopred pripravených odpovedí [6, 5]. Dôležité pri tvorbe zatvorených otázok je myslieť na to, že sa vytvorili všetky možné alternatívy odpovedí. Ak sú ponúknuté viaceré odpovede, nemali by sa prekrývať (najmä, ak vyžadujeme, aby si respondent vybral len jednu z možností). Je potrebné, aby bol respondent presne inštruovaný, či si môže vybrať len jednu alebo viac odpovedí [4]. Podľa Gavoru (2010) môžeme deliť zatvorené otázky na:

- dichotomické (respondent si vyberá z dvoch možných odpovedí)
- jednoduchý výber (respondent si vyberie len jednu z viacerých možností)
- viacnásobný výber (respondent si môže vybrať viacero z ponúknutých alternatív)
- poradové hierarchie (respondent zoradí např. pomocou čísiel alebo na škále jednotlivé odpovede podľa preferencie) [6].

Zatvorené otázky sú ľahšie pre vyhodnotenie. Naopak však neponúkajú priestor pre fantáziu, námietky, pripomienky respondenta, čím sa výskum môže ochudobniť o zaujímavé pripomienky.

DISKUSIA

Na základe uvedených poznatkov bol vytvorený Dotazník spokojnosti pacientov. Cieľom tohto dotazníka bolo získať informácie od pacientov ohľadne spokojnosti s ponúkanou zdravotnou starostlivosťou.

Dotazník bol administrovaný počas jedného roka. Získalo sa 789 vyplnených dotazníkov. Dotazník bol administrovaný pacientom po absolvovaní vyšetrenia v priestoroch čakárne. Dotazník bol anonymný. Otázky boli flexibilne prispôbované podľa pripomienok pacientov (respondentov). Spolu bolo vytvorených 7 verzií tohto dotazníka. Dotazník tvorili polouzavreté a otvorené otázky. Do dotazníka boli zaradené aj otázky, ktoré pomáhajú potvrdiť platnosť (validitu) dotazníka, tzv. L-skóre otázky (otázky podobného významu, ale iného znenia, pomocou ktorých sa dá zistiť, či respondent odpovedal pravdivo). Výsledky sme vyhodnotené kvalitatívne aj kvantitatívne.

Potvrdilo sa, že je veľmi dôležité popísať inštrukciu a cieľ dotazníka, ako aj uviesť poďakovanie za vyplnenie dotazníka. Stávalo sa, že pacient d'akovali, že majú možnosť vyjadriť sa a boli veľmi potešení, keď sa na základe kvalitatívnej analýzy ich pripomienok z dotazníka upravilo prostredie čakárne.

Postupne sa zisťovalo, že je veľmi podstatné používať jazyk dotazníka, ktorý je blízky väčšine z oslovených pacientov. Viac odpovedí bolo na otázky, ktoré boli písané spisovnou slovenčinou bez použitia cudzích slov ako na otázky, v ktorých bolo použité aj cudzie slovo.

Väčšiu ochotu prejavovali respondenti pri vypĺňaní dotazníka s menším počtom otázok (7 miesto 12). Takisto bolo prijateľnejšie pre respondentov, keď mali odpovedať na krátke a výstižné otázky bez popisu ako na otázky, ktoré bolo dlhšie, např. v sebe zahŕňali popis ponúkanej služby.

Pri analýze L-skóre bolo zistené, že validita (platnosť) dotazníka je v priemere 97,85%.

Návratnosť dotazníka bola 89%. Predpokladá sa, že tento výsledok bol spôsobený tým, že dotazníky boli administrované v osobnom kontakte. Pričom veľa pacientov sa chcelo zavďačiť pracovníkovi a preto vyplnili dotazník a potrebovali sa uistiť, že pracovníci zariadenia vedia, že odpovedali (respondenti vo veľa prípadoch zaklopali na dvere zariadenia a oznámili, že všetko vyplnili, prípadne v ojedinelých prípadoch sa podpísali, či chceli odovzdať dotazník priamo pracovníkovi zariadenia).

Pri porovnaní, či viac odpovedali na polouzavreté alebo otvorené otázky, je zrejmé, že to záviselo najmä od toho, či sa respondent ponáhlal alebo mal čas na vyplnenie dotazníka. Respondenti radi odpovedali na akékoľvek otázky, pokiaľ sa nemuseli náhliť do práce, alebo na nejaký dopravný spoj. Ak však mali málo času, buď sa ospravedlnili a nevyplnili nám dotazník, alebo len rýchle odpovedali na polouzavreté otázky a otvorené nevyplňali. Preto je dôležité premyslieť, kedy a komu bude dotazník administrovaný. Samozrejme je nevyhnutné sa spýtať, či je respondent ochotný vyplniť dotazník (či má záujem a čas). Vyplňanie dotazníka spokojnosti musí byť dobrovoľné, aby odpovede, boli čo najpravdivejšie.

Dôležité je aj zabezpečiť anonymitu dotazníka. Pri administrovaní a následne vyhodnocovaní dotazníkov sa ukázalo, že nie je dôležité len ubezpečiť respondenta, že pracovisko nemá možnosť zistiť, kto ktorý dotazník vyplnil (dotazníky respondenti vkladali do nepriehľadnej nádoby bez prítomnosti personálu pracoviska, respondenti sa nemali podpisovať). Dôležité bolo aj zabezpečiť, aby mal každý dostatočné súkromie na vyplnenie dotazníka (ak boli v čakárni dvaja a viacerí respondenti, bolo menej doplňujúci odpovedí a menej odpovedí na otvorené otázky ako v dňoch, kedy bol v čakárni len jeden respondent). Niektorí pacienti však napriek takémuto zabezpečeniu odpovedali veľmi pozitívne, pričom sa aj podpísali. Ani jeden podpísaný dotazník nemal v sebe nesúhlasné odpovede.

ZÁVER

Aj pomocou osobnej skúsenosti so zostavením a vyhodnotením dotazníka sa potvrdili predpoklady, že dotazník je vynikajúcou metódou zisťovania podstatných informácií pre rozvoj zdravotníckeho zariadenia ako aj pre zlepšenie vzťahu medzi pacientom a zdravotníckym zariadením. Dotazník v ambulancii lekára je prínosný pre zdravotnícke zariadenia aj pre pacienta. Zdravotnícke zariadenie získa prehľad o potrebách, túžbach a nespokojnosti pacienta (svojho zákazníka), čím sa môže dokonalejšie vysporiadať s neustále sa meniacim trhom a môže tak efektívne konkurovať podobne zameraným zdravotníckym zariadeniam. Pacient dostane možnosť podieľať sa na zlepšení zdravotnej starostlivosti, na zefektívnení služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou, na zvýšení svojho pohodlia. Pacient sa tak cíti užitočný, potrebný a v pohodlí. Každý z nás sa vracia rád na miesta, kde sa cítil príjemne, kde bol vypočutý a kde uznali jeho potreby.

POUŽITÉ LITERÁRNE ZDROJE:

- [1] ALBERT, A., ZELOVÁ, A.: Manažérstvo kvality na vysokých školách. TU KIP Košice, 2002, s.127, ISBN 80-7099-769-9.
- [2] DOSTÁLOVÁ K., MORICOVÁ Š., ŠTVRTINOVÁ V.: Risk communication in prevention of venous thrombosis in sportsmen, 13th World Congress on Public Health, 23.- 27. apríl, 2012, Addis Abeba, Ethiopia – poster.

- [3] 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
- [4] EISELEN,R., UYS,T., POTGIETER, N.. Questionnaire design. [online]. Johannesburg: University of Johannesburg, 2005. [cit. 20.12.2012] Dostupné na: <http://www.uj.ac.za/EN/Research/Statkon/Documents/Statkon%20Questionnaire%20Design.pdf>
- [5] FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Portál Praha, 2000, s.256, ISBN 80-7178-367-6.
- [6] GAVORA, P. et.al. Elektronická učebnica pedagogického výskumu. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. [cit. 20.12.2012] Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978–80–223–2951–4.
- [7] MIHÁL, M., PÁPAYOVÁ, I. et.al. Nové trendy v jazyku. Teória o dotazníkoch. [online]. Bratislava: 1.súkromné gymnázium, 2012. [cit. 20.12.2012] Dostupné na: http://www.1sg.sk/www/data//01/projekty/2012_2013/storms/nove_trendy_v_jazyku/teoria.html
- [8] MORICOVÁ Š., DOSTÁLOVÁ K., KOVÁČ A.: Role of Master of Public Health Advanced Program in acceleration of non-communicable diseases prevention in Slovakia, 13th World Congress on Public Health, 23. -27. apríl, 2012, Addis Abeba, Ethiopia – poster
- [9] MORICOVÁ Š., EGNEROVÁ A., KRIŠTÚFKOVÁ Z.: Hospodárska kríza a jej vplyv na preventívne programy v zdravotníctve,. Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Bratislava, 2012.
- [10] PŘIBOVÁ, M. Marketingový výzkum v praxi. Grada Publishing Praha,1996,s. 238, ISBN 80-7169-299-9.
WAI-CHING LEUNG. How to design a questionnaire. Student BMJ. [online]. Jún 2001. Volume 9. [cit. 20.12.2012] Dostupné na: www.cochrane.es/files/Recursos/How_to_design_a_questionnaire.pdf

Kontaktná adresa:

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

VZDĚLANÍ ZDRAVOTNÍCI A UČITELÉ MOHOU VÝZNAMNĚ PŘÍSPĚT KE ZVÝŠENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

EDUCATED HEALTH CARE PROFESSIONALS AND TEACHERS CAN
SIGNIFICANTLY CONTRIBUTE TO INCREASING HEALTH LITERACY

Urbánková,¹ Š., Kotrbová, K.,² Velikovský, Z.¹

¹ Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice, ČR

² Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta, Masarykova Univerzita, Brno, ČR

Souhrn:

Znalost primární a sekundární prevence vztahu k neinfekčním nemocem hromadného výskytu ovlivňuje zdraví populace. V první linii jsou zejména praktičtí lékaři pro dospělé, gynekologové a zubní lékaři, jejichž úkolem je zvyšovat povědomí o prevenci, podporovat zdraví a motivovat pacienty k preventivním prohlídkám. K profesním skupinám, které významně přispívají ke zvyšování zdravotní gramotnosti, patří učitelé. Role obou skupin je nezastupitelná, vysoká míra vzdělanosti a motivace předávat potřebné informace pacientům a studentům je předpokladem ozdravení populace. Významnější roli v podpoře zdraví a prevenci nemocí by měl sehrávat stát, zdravotní pojišťovny i média.

Klíčová slova:

Povědomí. Praktický lékař pro dospělé. Prevence neinfekčních nemocí hromadného výskytu. Preventivní prohlídky. Primární péče. Vysokoškolští studenti. Vzdělávání. Zdravotní gramotnost. Znalosti.

Abstract:

Knowledge of primary and secondary modes of prevention influences the health of the population. In particular general practitioners, gynecologists and dentists stand in the front line, being charged with the task of increasing the popular knowledge of preventive measures, promoting health and motivating patients to regular preventive screenings. Teachers represent another profession significantly contributing to general health awareness. The role of both groups is indispensable and their own level of expertise and motivation to pass the relevant information on prevention onto their patients and students are a necessary precondition to effectively fulfillment of this task. The state, the medical insurance companies and the media should additionally expand their own role in health promotion and disease prevention.

Keywords:

Awareness. College students. Education. General practitioner. Health literacy. Knowledge. Prevention non communicable diseases. Preventive examinations. Primary care.

ÚVOD

Stárnutí populace a neuspokojivý trend v incidenci a prevalenci neinfekčních nemocí hromadného výskytu, jejichž výskyt zejména v rozvinutých evropských zemích včetně České

republiky (ČR) exponenciálně roste, vyvolává mnohem větší potřebu zaměřit se na primární i sekundární prevenci v primární péči, než jak je tomu doposud [1, 2].

Důvodem je potřeba prodlužovat zdravou délku života (HealthyLifeYears) a snižovat vysokou ekonomickou náročnost, kterou představuje péče o chronicky nemocné [3].

Skupina neinfekčních onemocnění hromadného výskytu patří k preventabilním, v souvislosti s tím je nutné také zvyšovat povědomí o závažnosti a dopadu nemocí do ekonomické a sociální situace nemocných. Problém je, že tyto dopady si mladí lidé neuvědomují a nechtějí připustit [4, 5].

Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé ve věku 65+ let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. Podle demografické prognózy bude v roce 2050 žít v ČR přibližně 500 000 občanů ve věku 85+ (ve srovnání se 124 937 v roce 2007). Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti např. 73,7 let pro muže a 79,9 let pro ženy v roce 2007) [6].

V roce 1983 byl Světovou zdravotnickou organizací na základě aktuální potřeby široké intervence ke snížení důsledků a zabránění šíření epidemie neinfekčních onemocnění založen program CINDI (Contrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme). Tento program byl pro Českou republiku východiskem pro tvorbu doporučených postupů podporujících zdraví prostřednictvím lékařů primární péče [7].

Jedním ze základních předpokladů dlouhodobého zdraví a prevence onemocnění je vysoké povědomí veřejnosti o primární prevenci a souvisejícím zdravým životním stylem. Nedílnou součástí zdravotnické gramotnosti je také znalost odborností a možností podstupovat zdarma a v pravidelných termínech stanovené preventivní prohlídky. Tato možnost (nikoli povinnost) je legislativně ukotvena. Rodina a škola jsou nejvýznamnějšími aktéry podpory zdraví, výchova a výuka by měla vést k vysoké a samozřejmé odpovědnosti jedince za zdraví [8]. Přesto je zdravotní gramotnost v ČR na nízké úrovni a doposud se nestala všeobecně přijímanou politickou, komunální a sociální prioritou, jako je tomu např. ve Švédsku [9].

Zatímco v rodině nemají děti vždy to štěstí, že jsou vedeny k odpovědnosti za své zdraví, výuka ve školách by měla tuto oblast jednoznačně priorovat. Studenti na všech typech a úrovních škol by měli být odborně, komplexně a důsledně vzdělávání v prevenci a měli by umět znalosti využít ve prospěch svého zdraví [10]. V průzkumu však praktičtí lékaři pro dospělé potvrzují nezáměr o prevenci v jejich ordinacích, informace se k veřejnosti nedostávají v potřebné míře. Zarážející je i nedostatečné povědomí a úroveň znalostí vysokoškolských studentů, kteří se připravují na zdravotnické povolání studiem na Lékařské fakultě (LF) (lékaři a sestry) a Pedagogické fakultě (PdF) Masarykovy univerzity. Učitelé se vzdělávají na speciálně zaměřené Katedře výchovy ke zdraví. Obě skupiny, zdravotníci i učitelé, mají být přitom zárukou umění a schopností přenést na své studenty teoretické poznatky související se zdravím a účinnou prevencí a naučit je, jak je využívat v praxi. Avšak také z anonymního dotazníkového šetření zaměřeného na vlastní přístup učitelů různých typů škol ke zdraví vyplynulo, že vysokoškolští učitelé patří k poměrně rizikové skupině, která vykazuje relativně vysokou prevalenci rizikových faktorů a nejnižší účast na preventivních prohlídkách. Důvodem podle autorů šetření mohlo být pravděpodobně vyšší zastoupení učitelů do 35 let avyšší počet mužů v této skupině ve srovnání s ostatními typy škol [11]. Jde o potvrzení obecně známého, že mladí lidé a zejména muži, nepřikládají prevenci potřebný význam.

METODY

Průzkum probíhal v období 2010–2011, a to výběrovou technikou anonymního strukturovaného dotazníku. Respondenti volili z nabídky možností jednu preferovanou odpověď.

Do průzkumu se zapojilo 76 praktických lékařů pro dospělé (PL) a 1 331 vysokoškolských studentů Lékařské (LF) a Pedagogické fakulty (PdF) Masarykovy univerzity.

Praktickým lékařům pro dospělé z celé České republiky byly dotazníky distribuovány osobně v rámci XVIII. brněnských dnů praktického lékařství: „Praktický lékař a spolupráce s ostatními odborníky, nové hranice kompetencí“ (1.-2. 10. 2010).

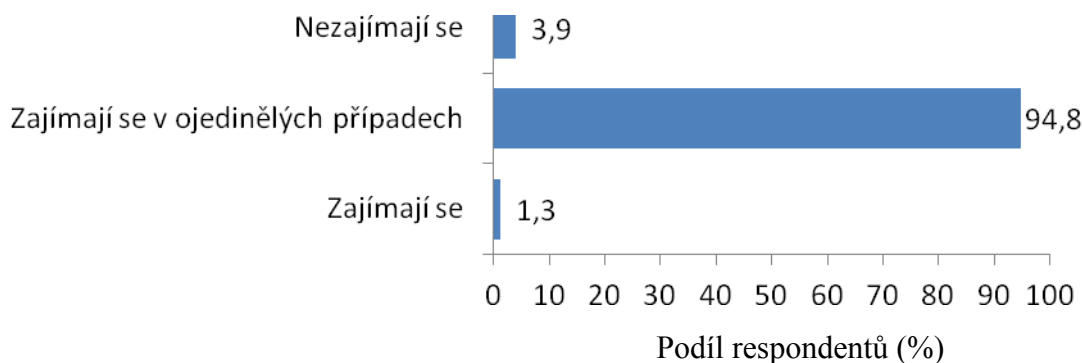
Celkem 1 331 vysokoškolských studentů ve věku 19-26 let v prezenční formě studia tvořilo dvě základní skupiny. Studenti LF: celkem 577 – 43,4 % (obory: Všeobecné lékařství, 1-5 ročník, (VL) – 504 (37,9 %); Všeobecná sestra, 1.-3. ročník – Bc. (VS) – 39 (2,9 %), Ošetrovatelská péče v gerontologii, 1.-2. ročník – Mgr. (OPG) – 34 (2,6 %). Studenti PdF: celkem 754 – 56,6 % studentů vzdělávajících se v příbuzných oborech na Katedře výchovy ke zdraví. Šlo o absolventy výuky předmětu Základy zdravotních nauk (ZZN) – 1. ročník, absolventy výuky předmětu Základy výchovy ke zdraví (ZVZ) – 2. ročník (vyučováno v rámci všeobecného základu) a studenty 1. až 5. ročníku studující obor Výchova ke zdraví (VKZ) spojený s výukou německého jazyka, speciální pedagogiky, přírodopisu, chemie a fyziky. Z celkového počtu respondentů bylo 998 žen (75 %) a 333 mužů (25 %). Studenti LF zodpovídali dotazník distribuovaný prostřednictvím elektronického informačního systému Masarykovy univerzity, studenti PdF dotazník obdrželi v tištěné podobě prostřednictvím svých vyučujících.

U praktických lékařů pro dospělé byl průzkum zaměřen na jejich zkušenostech a vnímání zájmu registrovaných pacientů o primární a sekundární prevenci. U vysokoškolských studentů na získávání znalostí o primární a sekundární prevenci – se zaměřením na jejich znalosti zákonem daných možností zdarma podstupovat preventivní prohlídky v pravidelných termínech u poskytovatelů primární péče a vybraných odborností. Při deskriptivní analýze dat byly vypočteny pro spojitě parametry (např. délka praxe u lékařů) průměr, minimum a maximum. Pro binární a kategoriální data (např. pohlaví) absolutní a relativní četnost výskytu daných kategorií. Pro testování shody mezi skupinami respondentů byl použit test dobré shody (Pearsonův chí-kvadrát test). Testy byly provedeny na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$. Základní zpracování dat bylo provedeno softwarem MS Excel 2007, statistické vyhodnocení hypotéz pomocí programu SPSS.

VÝSLEDKY

Ze souboru praktických lékařů pro dospělé se 42,1 % lékařů domnívalo, že primární prevenci není věnována dostatečná pozornost, 35,5 % lékařů potvrdilo, že je primární prevenci věnována dostatečná pozornost, ale problém viděli v tom, že se informace nedostávají k široké veřejnosti. Dále 22,4 % lékařů se domnívalo, že primární prevenci je věnována dostatečná pozornost.

Praktičtí lékaři pro dospělé v 94,8 % uvádí, že se pacienti zajímají v jejich ordinacích o primární prevenci jen v ojedinělých případech, 3,9 % lékařů uvedlo, že se pacienti o primární prevenci vůbec nezajímají. Pouze 1,3 % lékařů sdělilo, že se pacienti o primární prevenci zajímají (graf 1). Lékaři potvrdili obecně známou skutečnost, a sice nízký zájem široké veřejnosti o primární prevenci v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.



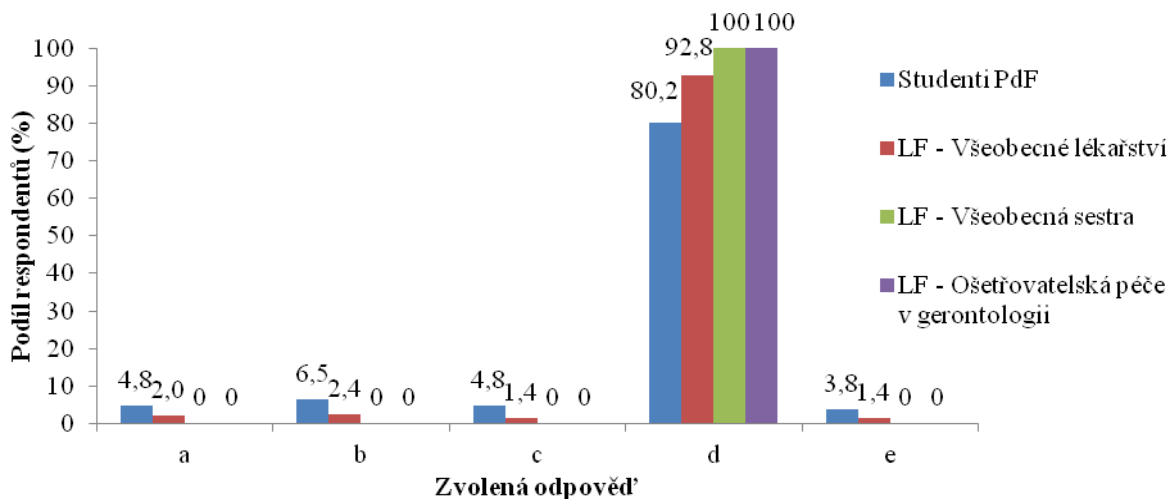
Graf 1: Zájem pacientů o primární prevenci v ordinacích praktických lékařů pro dospělé (v %)

Ze souboru praktických lékařů pro dospělé jich 78,9 % potvrdilo, že zve své pacienty do ordinace k zákonem stanoveným preventivním prohlídkám; forma pozvání nebyla zjišťována. Zbývajících 21,1 % lékařů k preventivním prohlídkám pacienty nezve. Pokládají tedy pacienta za výhradního nositele svého zdraví bez potřebné spoluúčasti lékaře na ochraně a podpoře jeho zdraví. Lékaři dále uvedli, že provedou průměrně 20 preventivních prohlídek za měsíc. Za rok by tedy podstoupilo preventivní prohlídku přibližně 240 pacientů (14,2 %) z průměrného celkového počtu 1 692 registrovaných. Praktičtí lékaři pro dospělé průměrně za rok registrují 18 mladých lidí ve věku 15-19 let, kteří přechází z péče od praktického lékaře pro děti a dorost k praktickému lékaři pro dospělé.

Studenti LF všech oborů uměli ve více než 91 % správně definovat pojem primární prevence, jako předcházení samotnému vzniku onemocnění. Studenti PdF znali správnou definici v 87,6 %. Mezistudujícími různých fakult ani mezi muži a ženami nebyl statisticky významný rozdíl ve znalosti definice pojmu primární prevence.

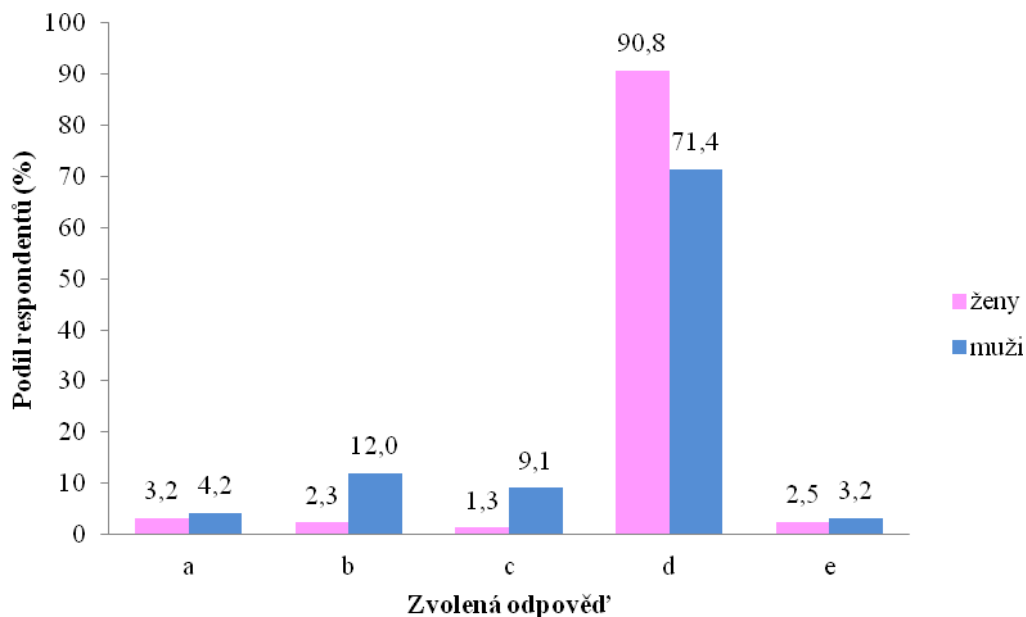
Zatímco studenti LF získávají informace o prevenci převážně z výuky ve škole prostřednictvím svých pedagogů, z odborné literatury a internetu, u studentů PdF jsou na předních místech internet, rodina a edukační materiály; výuka prevence prostřednictvím pedagogů PdF se z 8 nabízených možností umístila na povážlivém 6 místě. Praktické lékaře jako zdroj informací o prevenci dalo na 1. místo jen 3,4 % studentů LF a 9,1 % studentů PdF.

V odpovědích na znalost, kteří odborníci vykonávají zákonem stanovené preventivní prohlídky (praktický lékař pro dospělé, gynekolog a porodník a zubní lékař), byl statisticky významný rozdíl u studentů LF oboru VL (92,8 %) a PdF (80,2 %). Studenti LF oboru VS a OPG znali správnou odpověď ve 100 % (graf 2). Statisticky významný rozdíl byl také mezi pohlavími. Jen 71,4 % mužů znalo odborníky primární péče poskytující zákonem stanovené preventivní prohlídky a ze skupiny nabídnutých odpovědí volili ty, kde se objevil kardiolog a onkolog. Časový horizont a návaznost provádění preventivních prohlídek stanovených zákonem neznalo 92,3 % studentů PdF, 80,7 % studentů oboru VL, 55,9 % oboru OPG a 51,3 % oboru VS. Více než 50 % studentů obou hlavních skupin potvrdilo nepravidelnou účast na preventivních prohlídkách. Návštěvnost preventivních prohlídek u praktických lékařů pro dospělé statisticky významně zaostávala za preventivními prohlídkami prováděnými gynekology a porodníky a dále zubními lékaři.



- a - onkolog, gynekolog a porodník, zubní lékař
- b - praktický lékař pro dospělé, zubní lékař, kardiolog
- c - praktický lékař pro dospělé, urolog, onkolog, zubní lékař
- d - praktický lékař pro dospělé, gynekolog a porodník, zubní lékař
- e - kardiolog, gynekolog a porodník, zubní lékař

Graf 2: Podíl respondentů dle znalosti odborností, které v primární péči provádí preventivní prohlídky

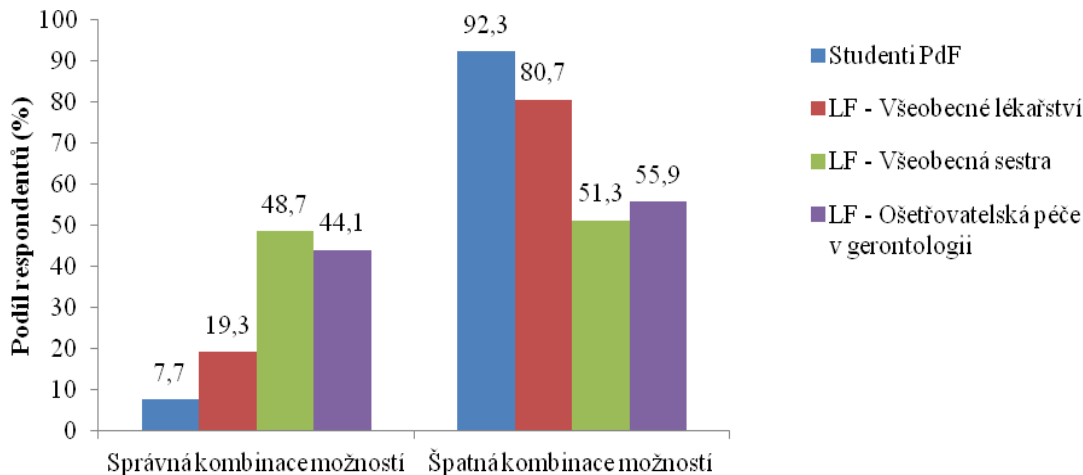


Graf 3: Podíl respondentů dle pohlaví a znalosti odborností, které provádí preventivní prohlídky

- a - onkolog, gynekolog a porodník, zubní lékař
- b - praktický lékař pro dospělé, zubní lékař, kardiolog
- c - praktický lékař pro dospělé, onkolog, zubní lékař
- d - praktický lékař pro dospělé, gynekolog a porodník, zubní lékař
- e - kardiolog, gynekolog a porodník, zubní lékař

Studenti měli ze souboru nabídnutých odpovědí dále zvolit, u kterých odborností a v jakém časovém horizontu mohou vzhledem ke svému věku zdarma podstoupit zákonem

stanovenou preventivní prohlídku (prováděcí právní předpis - Vyhláška č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek). Správně byla odpověď: 1x za 2 roky preventivní prohlídka u praktického lékaře pro dospělé, 1x za rok preventivní prohlídka u gynekologa a porodníka a 1x za rok preventivní prohlídka u zubního lékaře. Špatnou kombinaci odpovědí volilo 92,3 % studentů PdF, 80,7 % studentů oboru VL, 51,3 % studentů oboru VS a 55,9 % studentů oboru OPG (graf 4).



Graf 4: Podíl respondentů dle znalosti časového horizontu možností podstoupit preventivní prohlídku.

Nejnižší povědomí měli studenti obou hlavních skupin u časového horizontu preventivních prohlídek, které provádí skupina pro nás nevýznamnější z pohledu prevence neinfekčních nemocí hromadného výskytu, praktičtí lékaři pro dospělé.

DISKUZE

V případě přechodu pacienta z péče od jednoho ošetřujícího lékaře do péče jiného ošetřujícího lékaře (platí tedy i pro mladé lidi, kteří přechází z péče od praktického lékaře pro děti a dorost do péče praktického lékaře pro dospělé t.j. mezi 15-19 rokem) má dle platné legislativy ošetřující lékař povinnost předat nově zvolenému lékaři *všechny informace potřebné a nezbytné k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta* (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění). Kontinuita péče má být zajištěna předáním výpisu ze zdravotnické dokumentace, jejíž součástí je zhodnocení celkového zdravotního stavu a posouzení případných rizik do budoucna. Dnes již je také pro lékaře primární péče legislativně ukotvena povinnost seznámit nově registrujícího se pacienta s plánem preventivních prohlídek, jejichž obsah je taxativně vymezen, a to s ohledem na věk pacienta (Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách).

V době našeho průzkumu jsme v oblasti sekundární prevence pro dospělé vycházeli z Vyhlášky č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, v platném znění. Jde o preventivní prohlídky prováděné lékaři primární péče v odbornostech praktické lékařství pro dospělé, gynekologie a porodnictví a zubní lékařství. Tyto preventivní prohlídky jsou pacientům plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Pokud bychom *hypoteticky* vzali v úvahu číslo 18 nově registrovaných mladých lidí ve věku 15 - 19 let, kteří přechází každoročně z péče praktického lékaře pro děti a dorost do péče praktického lékaře pro dospělé, tak jak uvedli lékaři našeho souboru, pak 5 341 praktických

lékařů (k 31. 12. 2011) by mohlo *opět hypoteticky* ovlivnit zdraví a pozitivně motivovat ke zdravému životnímu stylu a preventivním prohlídkám 96 138 mladých lidí v každém roce. To je nemalé číslo.

ČR má za sebou více než 20 let trvající reformy zdravotnického systému, kde ke stěžejním bodům patřila a stále patří primární prevence s cílem ozdravit populaci, snížit morbiditu a mortalitu na neinfekční onemocnění hromadného výskytu a tím přinést do zdravotnického systému úspory. Ze strany odborníků je dlouhodobě věnována velká pozornost u primární prevence pouze oblasti očkování; stále se zlepšuje i podpora sekundární prevence (preventivní prohlídky). Přesto jsou výsledky stále neuspokojivé, povědomí veřejnosti je v těchto oblastech ve srovnání např. se skandinávskými zeměmi, nízké [12]. Dokladem jsou i potvrzení praktických lékařů pro dospělé, že se pacienti na ně v souvislosti s primární prevencí neobrací a v ordinacích se o tuto problematiku zajímají jen v ojedinělých případech. Přitom existují důkazy o tom, že zdravotnické systémy založené na primární péči nejen šetří prostředky, ale přinášejí i lepší výsledky. Lékaři našeho souboru v naprosté většině také deklarovali, že své pacienty zvou na preventivní prohlídky. Přesto v ČR v roce 2011 dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) z celkového počtu 37,5 milionu provedených vyšetření a ošetření u praktických lékařů pro dospělé připadalo na preventivní prohlídky jen 5,9 % (tj. asi 2,2 mil. úkonů) [13]. V České republice k 31.12.2011 žilo 10 505 445 obyvatel. Z toho bylo 1 544 300 (14,7 %) dětí do 15 let. Produktivní složku obyvatelstva (15-64 let) tvořilo 7 259 262 (69,1%) lidí, zbytek (asi 1 701 000) tvořili senioři [14]. Počet zaměstnaných, u kterých můžeme předpokládat provádění preventivních prohlídek také lékaři závodní preventivní péče, byl 4 904 000 lidí (67,6 %) [15]. Jestliže dle ČSÚ celorepublikově připadalo na preventivní prohlídky 5,9 %, znamená to, že praktičtí lékaři v našem průzkumu nadhodnotili počet prováděných preventivních prohlídek (14,2 %) u svých registrovaných pacientů. Zda skutečně právě skupina námi oslovených praktických lékařů pro dospělé patří k těm, kteří významně preventivní prohlídky podporují a opravdu k nim své pacienty motivují (a ti je také navštěvují) bychom mohli objektivizovat pouze počty vykázaných preventivních prohlídek plátcům péče, tj. zdravotním pojišťovnám.

Dalším příkladem neuspokojivé situace v otázkách prevence může být farmakoekonomická analýza typu *cost-of-illness* u diabetu mellitu 2. typu provedená v ČR v roce 2007 [3, 16, 17].

Významným způsobem by k podpoře prevence v ordinacích praktických lékařů mohla přispět akreditace jejich ordinací. S efektivitou zdravotní péče jednoznačně souvisí také kvalita a pro plátce péče je doložení akreditace relevantní zárukou vysokého standardu poskytovaných zdravotních služeb, tedy včetně prevence. K listopadu 2011 z celkového počtu 5 341 praktických lékařů pro dospělé mělo však akreditovánu svou ordinaci pouze 30 lékařů. Akreditace primárních zdravotnických zařízení jsou zárukou kvality a efektivy poskytované péče včetně prevence. V ČR je však situace zatím spíše nepříznivá. Akreditační standardy pro ČR vychází z materiálu *Joint Commission International Standards for Primary Care (USA)* [18].

Definice druhu prevence jednoznačně vymezuje pojem a je základním východiskem pro objasnění a pochopení obsahu. Znalost jednoznačného určení významu pojmu primární prevence je pro komunikaci oblastí této prevence zásadní. Studenti všech oborů LF uměli pojem definovat stoprocentně správně. Naprostou převahu studujících těchto oborů tvoří ženy. Vzdělanostní úroveň sester v parametrech zjišťovaných ve vztahu k primární i sekundární prevenci převyšovala znalosti budoucích lékařů a pedagogů (např. znalost odborné terminologie, znalost odborníků poskytujících preventivní prohlídky a jejich časovou návaznost). Potvrdilo se významné postavení žen v prevenci, které by mělo být využito a posíleno o chybějící specializační vzdělávání pro tuto oblast péče [19].

Statisticky významný rozdíl ve znalosti odborností, které v primární péči poskytují zákonem stanovené preventivní prohlídky, způsobily zejména odpovědi studentů PdF, kteří volili odpovědi, kde se ve skupině lékařů objevil kardiolog a onkolog. Analýzou sylabů předmětů vyučovaných na Katedře výchovy ke zdraví jsme zjistili, že dominantní množství látky je věnováno zdravému životnímu stylu, rizikovým faktorům chování mj. v kontextu s prevencí těch onemocnění, která řadíme k neinfekčním nemocem hromadného výskytu, zejména pak kardiovaskulárním a onkologickým. Tato témata budou uplatňovat v praxi jejich budoucího povolání při výchově a vzdělávání dětí. Ovlivnit odpovědi těchto studentů mohlo také značné úsilí odborných kardiologických a onkologických společností, které problematiku mnohem více medializují směrem k laické veřejnosti např. prostřednictvím internetových portálů, čímž zvyšují povědomí veřejnosti o závažnosti těchto onemocnění.

Naopak sekundární prevence související s poskytováním preventivních prohlídek v linii primární péče není pro profesní zaměření budoucích učitelů tak významná a vyučují ji převážně pedagogové, kteří nemusí tuto ryze zdravotnickou problematiku preferovat. Nicméně jsou tyto informace důležité pro péči o zdraví učitelů, a proto bychom doporučovali, aby byl ve výuce učitelů věnován větší prostor tématům souvisejícím s péčí a službami, které poskytují lékaři primární péče, popř. aby tato témata byla doplněna o přednášky zdravotníků. Vysoké procento volby nesprávných kombinací odpovědi u jednotlivých skupin studentů na otázku, kdy a u kterých lékařů primární péče mohou podstoupit preventivní prohlídku, bylo překvapivé. Je dokladem toho, jak nízké je povědomí vysokoškolských studentů o prevenci, která je nic nestojí, snad jen trochu času. Nejen nedostatkem informací, ale právě nedostatkem času mladí lidé omlouvají svou neúčast v preventivních prohlídkách. V průzkumu České pojišťovny téměř pětina respondentů udávala, že i když prevenci považují za důležitou, nemají na ni čas. Týká se to především lidí s vyšším vzděláním. Např. 70 % mladých žen provádí samovyšetření prsů, kdežto jen 37,5 % mladých mužů provádí samovyšetření varlat [20]. Přitom rakovinou varlat v ČR ročně onemocní asi tisíc mužů. Jde o nejčastější nádor u mužů ve věkové skupině mezi 20 a 34 lety [21, 22]. Řada statistických údajů dokládá nemocnost mladých lidí do 30 let. Podceňována je nejen onkologická prevence, u vysokoškoláků jsou prokázány časté deprese [23, 24]. Také řada lékařů přistupuje k této věkové skupině nesprávně, často v souvislosti se zažitým úsusem, že mladý = zdravý [25].

Stále selhává informovanost populace o preventivních intervencích, a to jak na úrovni státu, tak prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny sice poskytují celou řadu preventivních programů v oblasti sekundární prevence zaměřených na mladou - studentskou populaci, jde však téměř výhradně o jednorázově podporované aktivity, bez většího dlouhodobě pozitivního ovlivnění zdravotního stavu. Od těchto programů pojišťovny postupně upouští, důvodem je jednak nedostatek finančních prostředků ve Fondech prevence, ze kterého jsou aktivity hrazeny, a také je to malá účast studentů v programech. Pojišťovny postupně přechází k podporám dlouhodobějšího charakteru a začínají významně upřednostňovat adresné zvaní na preventivní prohlídky. Vzhledem k prognózám ve vztahu k neinfekčním nemocem hromadného výskytu by měly pojišťovny výrazně zvýšit všemi možnými dostupnými prostředky podporu primární prevence s tématy zdravého životního stylu, která je v ČR soustavně podceňována a specifikovat různé programy pro věkově, profesně a sociálně odlišné cílové populace, vyhodnocovat jejich efektivitu a dále je modifikovat.

Skupina mladých lidí je obecně pokládána, a také se cítí být zdráva. Stát zanedbává své povinnosti v oblasti primární prevence, tj. komplexně pojatou výchovu ke zdraví, ekonomická a legislativní opatření ke snížení výskytu hlavních rizikových faktorů, které si vytýčil v Národním programu Zdraví pro 21. století podle doporučení WHO [26]. Většina neinfekčních onemocnění hromadného výskytu se klinicky manifestuje až v dospělém a

seniorském věku, i když patofyziologické základy jsou budovány od dětství, dokonce i v prenatálním období [4]. Proto mladí k primární prevenci nejsou rozumově motivováni, u praktických lékařů primární ani sekundární prevenci nepoptávají. Zacílit prevenci na tuto skupinu je obtížné, ale možné. Rodina pokládá základ zdraví svých dětí, učitelé a zdravotníci mají povinnost vědomosti rozvíjet, společnost musí ovlivňovat správné postoje, denormalizovat rizikové chování.

Je nutné zvyšovat povědomí o všech možnostech jak si udržet zdraví co nejdéle, ale také jaké sociální a ekonomické důsledky do života jedince přináší nemoc. Dále průzkum prokázal nedostatečnou znalost vysokoškolských studentů v základních otázkách sekundární prevence, tj. kdo a kdy v primární péči poskytuje preventivní prohlídky. Zjištění jsou o to významnější, že se jedná o mladé lidi, kteří se připravují na odbornou profesní dráhu zdravotníků (lékaři a sestry) a učitelů. K jejich významným kompetencím bude patřit ochrana a podpora zdraví.

Co se týká slabých stránek naší studie, patří k nim zejména zvolená metoda výběrového šetření pomocí dotazníku. Touto metodou zjišťujeme pouze názory respondentů na zkoumanou problematiku, ale nejsme schopni zhodnotit reálný stav. K selekci respondentů došlo jak u praktických lékařů pro dospělé, kdy byli osloveni účastníci konference, tak u studentů, kdy byli osloveni studenti rozdílných ročníků, tedy s neshodnou vzdělanostní úrovní.

ZÁVĚR

Docílit zvýšené podpory a ochrany zdraví můžeme orientací na prevenci, v níž mají zdravotníci poskytující primární péči nezastupitelnou úlohu; měla by být posílena role pacienta ve společném rozhodování. Podpora zdraví se musí stát nedílnou součástí výchovy a vzdělávání mladé populace. Je potřeba ji zapracovat do studijních programů nejen lékařských a pedagogických fakult, ale i dalších akademických institucí, a do odpovídajících předmětů na všech stupních vzdělávacího systému. Významnější roli v podpoře a ochraně zdraví by měl sehrávat stát v čele s Ministerstvem zdravotnictví ČR a zdravotní pojišťovny. Nezastupitelnou roli mají také média, která budou podporovat zdravý životní styl jako přirozenou, pozitivně vnímanou součást života.

LITERATURA

- [1] BODENHEIMER, T., WAGNER, E. H., GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. In: *JAMA*. 2002, 288(14), p. 1775-9
- [2] Health at a Glance 2011.[online].2011.[cit. 18-07-2013].
- [3] Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/healthataglance2011.htm>
- [4] E 15. MZ vyčíslilo cenu špatného životního stylu Čechů. [online].In: *Zdravotnické noviny*. 2012. [cit. 20-07-2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/mz-vycislilo-cenu-spatneho-zivotniho-stylu-cechu-466006>
- [5] HRUBÁ, D. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. In: *Praktická gynekologie*. 2011, 15(1), 34-39. ISSN 1211-6645

**vědecký časopis
ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE
ročník 8, 2013, číslo 3**

- [6] TIRET, L. Gene-environment interaction: a central concept in multifactorial diseases. In: *Proc. Nutr. Soc.* 2002, 61(4), 457-63. ISSN 0029-6651
- [7] Příprava na stárnutí.[online]. MPSV: Reformy MPSV: základní otázky a odpovědi. 2008. [cit. 20-07-2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
- [8] Centrum preventivního lékařství. [online]. Manuál VII: doporučené preventivní postupy v primární péči.[cit. 20-07-2013].
- [9] Dostupné z: <http://centrumprev.sweb.cz/MANUAL/MANUALVII-obsahnew.htm>
- [10] HAMPLOVÁ, L. Výchova ke zdraví v České republice. In: „Vzdělávání – Identita – Zdraví“.Mezinárodní vědecká konference Univerzity J. Selyeho, 2012. [CD-ROM]. Komárno: Univerzita J. Selyeho, 2012, s.632-636. ISBN 978-80-8122-044-9.
- [11] HOLČÍK, J. Když uvažuji o zdraví, jsem snící romantik. In: *Zdravotnické noviny*. 2011, 60(4), 33-35. ISSN 0044-1996
- [12] HAMPLOVÁ, L., KOTRBOVÁ, K., VELIKOVSKÝ, Z. Naplňování politiky podpory veřejného zdraví. In: *Zdravotnictví v ČR*. 2012, VX(3-4), 9-11. ISSN 1213-6050
- [13] PAPRŠTEINOVÁ, M., ŠMEJKALOVÁ, J., HODAČOVÁ, L., ŠUŠOLIAKOVÁ, O., ČERMÁKOVÁ, E., FIALOVÁ, D.Přístup učitelů různých stupňů škol ke zdraví. In: *Hygiena*. 2011, 56(3), 76-84. ISSN 1802-6281
- [14] ČR chce posílit prevenci rakoviny. Zavede adresné zvaní. [online]. 2012.[cit. 21-07-2013]. Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/cr-v-evropske-unii/clanek/cr-se-blizi-k-zavedeni-adresneho-zvani-010351>
- [15] Činnost praktických lékařů v roce 2011. Activity of general practitioners for adults in 2011. [online]. ÚZISČR. Aktuální informace č. 17/2012. [cit. 21-07-2013]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/17_12.pdf
- [16] ČSÚ. Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2011. [online]. 2012.
- [17] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/4007-12-r_2012
- [18] ČSÚ. Analýza: Z půlmiliardové populace EU27 loni pracovalo 217 mil. osob. [online]. 2012.[cit. 21-07-2013].Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/czam080312analyza12.doc>
- [19] BARTÁŠKOVÁ, D., ZEMANOVÁ, P., PÍSAŘÍKOVÁ, Z. et al. Náklady na diabetes 2. typu v podmínkách zdravotního systému České republiky.[online]. *Zdravotnické noviny*. 2011.[cit. 19-07-2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/naklady-na-diabetes-2-typu-v-podminkach-zdravotniho-systemu-cesk-407783>
- [20] Economic Costs of Diabetes in the U. S. in 2007. [online]. In: *Diabetes Care*. 2008, 31(3), 596-615. [cit. 19-07-2013]. Dostupné z: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/3/596.abstract>
- [21] SEIFERT, B., BÝMA, S., STRUK, P. Akreditace ordinací všeobecných praktických lékařů v České republice. In: *Praktický lékař*. 2009, 89(10), 582-586. ISSN 0032-6739

vědecký časopis
ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE
ročník 8, 2013, číslo 3

- [22] VOJTÍŠKOVÁ, J. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.[online]. In: *Medicína pro praxi*. 2006, **3**(2), 94-96. ISSN 1803-5310. [cit. 19-07-2013]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>
- [23] Čechům chybí zodpovědnost za vlastní zdraví,[online]. In: *O pojištění.cz*. 2012. [cit. 19-07-2013]. Dostupné z: <http://www.opojisteni.cz/pojistovny/tiskove-zpravy/cechum-chybi-zodpovednost-za-vlastni-zdravi/>
- [24] SIKOROVÁ, L., TVARŮŽKOVÁ, Z. Informovanost mužů o prevenci onemocnění prostaty.In: *Praktický lékař*. 2011, **91**(3), 148-152. ISSN 0032-6739
- [25] Ruce do trenek! Rakovina si vybírá mladé muže. [online]. In: *Žena.cz*. 2012. [cit. 19-07-2013]. Dostupné z: <http://zena.centrum.cz/zdravi/novinky/clanek.phtml?id=762940>
- [26] Zdravotní problémy populace v produktivním věku v ČR. [online]. Český statistický úřad. 2012.[cit. 19-07-2013]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/1e01747a199f30f4c1256bd50038ab23/4c05dcff3cfa7a8ec12579f30037ae56/\\$FILE/czam050412analyza.pdf](http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/1e01747a199f30f4c1256bd50038ab23/4c05dcff3cfa7a8ec12579f30037ae56/$FILE/czam050412analyza.pdf)
- [27] IBRAHIM, A.K., KELLY, S.J., ADAMS, C.E. at al. A systematic review of studies of depression prevalence in university students, J. In: *Psychiatr. Res*. 2013, **47**(3), 391-400. ISSN 0022-3956
- [28] Proč by měl být nemocný, vždyť je mladý. In: *Zdravotnické noviny: XXXVI*. brněnské onkologické dny. 2012, **61**(19), 4. ISSN 0044-1996
- [29] Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století.[online].[cit. 19-07-2013].
- [30] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zdravi-21-dlouhodoby-program-zlepsovani-zdravotniho-stavu-obyvatelstva-cr-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti-projednan-vladou-ceske-republiky-dne-30-rijna-2002-usneseni-vlady-c-1046>

Kontakt na autory:

doc. MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.
vedoucí katedry
ZSF JU - KVZ
Boreckého 27
370 11 České Budějovice
Tel.: 606050623
e-mail: kotrbova@zsf.jcu.cz

Mgr. Šárka Urbánková
Ústav preventivního lékařství,
Lékařská fakulta, Masarykova Univerzita
Kamenice 5, 625 00 Brno, Česká republika
e-mail: sarka.urbankova@fnusa.cz
Tel: +420 543 182 003

INFORMOVANOSŤ POPULÁCIE O ZASTÚPENÍ PRÍRODNÝCH LÁTKOK VO VYBRANÝCH POTRAVINÁCH

INFORMEDNESS OF POPULATION ABOUT REPRESENTATION OF NATURAL SOURCES IN SELECTED FOODSTUFFS

Petrová, S., Krajčovičová, Z., Meluš, V., Matišáková, I., Slobodníková, J.

*Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne,
Študentská 2, 911 01 Trenčín, Slovenská republika*

Súhrn

Polyfenoly rastlinného pôvodu, označované v literatúre aj ako prírodné látky, sú dôležitou súčasťou správne vyváženej stravy. Pre ich mnohostranné priaznivé účinky sa zaraďujú do skupiny chemopreventívnych a chemoprotektívnych látok. Cieľom tejto práce bolo analyzovať rozsah vedomostí o prírodných látkach u respondentov so zameraním na vzorku spektra dospelaj populácie. Analýza odpovedí 709 respondentov ukázala, že existuje informačný nepomer medzi lekármi (n=88) a sestrami (n=180) na jednej strane a študentmi (n=91) a pacientmi (n=294) na opačnej strane miery informovanosti o prírodných látkach. Poslucháči Univerzity tretieho veku (56) sa rozsahom deklarovaných vedomostí umiestnili uprostred sledovanej škály. Z výsledkov vyplýva potreba intenzívnejšej edukácie všetkých skupín populácie od najnižších vekových kategórií v rámci primárnej prevencie ochorení až po seniorov, kedy už ide o terciárnu prevenciu a zlepšenie kvality života. Sestra ako zdravotnícky pracovník primárneho kontaktu má v tomto procese nezastupiteľnú rolu.

Kľúčové slová: *Informovanosť. Prírodné látky. Sestry. Edukácia.*

Summary

Polyphenols of plant origin, known in the literature as natural compounds are an important part of well-balanced diet. They are classified into group of chemopreventive and chemoprotective agents due to their multiple beneficial effects. The aim of this study was to analyze the extent of respondents' knowledge about natural substances with an emphasis on the spectrum sample of adult population. The analysis of responses obtained from 709 respondents revealed that there is an information gap between doctors (n 88) and nurses (n = 180) on the one side and students (n = 91) with patients (n = 294) on the other side of the informational scale about natural substances. Third Age University students (56) belonged with the extent of their declared knowledge in the middle of the observed range. The results showed a need for increased education of all groups of the population from the lowest aged in the primary prevention of illnesses up to seniors in which tertiary prevention and improving the quality of life take place. The nurse as a healthcare worker of primary contact has in this process non substitutable role.

Key words: *Informedness. Natural compounds. Nurse. Education.*

ÚVOD

Zdravie a choroba sú pojmy, resp. protiklady, ktorými sa človek zaoberá od nepamäti. Po celé stáročia sa na našom území striedajú rôzne kultúry so svojimi hodnotovými

rebríčkami. Na základe historicky doložených artefaktov môžeme konštatovať, že i staré a mnohokrát už zabudnuté kultúry sa otázkou zdravia nepretržite zaoberali. Skúsenosti a poznatky, overené dlhodobou praxou, pochádzajúce z tradície poznatkov ľudového liečiteľstva, sa odovzdávali z generácie na generáciu a častokrát boli strážené ako vzácne rodinné tajomstvá [1]. Vedeckým štúdiom sa zistilo, že hlavnými zložkami niektorých tradičných i orientálnych liečivých rastlín sú práve rastlinné polyfenoly, ktoré sú v literatúre často označované aj ako biopolyfenoly, resp. ako prírodné látky (z *angl.* natural compounds). Jedná sa o organické zlúčeniny, ktoré sú bohato zastúpené aj v bežnej strave. V posledných rokoch sa týmto prírodným látkam venuje z hľadiska biomedicínskeho výskumu veľká pozornosť [2]. Niektoré biopolyfenoly vykazujú protinádorovú, protizápalovú, antialergickú, antimikrobiálnu a analgetickú aktivitu. Väčšina polyfenolov patrí pre svoje biomodulačné účinky do skupiny antioxidantov. V patogenéze civilizačných chorôb zohrávajú nezastupiteľnú úlohu napr. pri eliminácii oxidačného stresu. Z tohto aspektu ich môžeme zaradiť do skupiny chemopreventívnych látok. Všetky sú relatívne netoxické a môžu byť preto použité v klinickej praxi ako chemopreventívne/chemoprotektívne agens [3].

Priaznivé účinky prírodných látok na ľudský organizmus potvrdili mnohé populačné a nutričné štúdie [4-6], experimenty na laboratórnych zvieratách [7, 8] ako i pokusy *in vitro* [9-11]. Záujem o prírodné látky s chemoprotektívnymi vlastnosťami rastie najmä kvôli možnosti ich využitia v prevencii voči rôznym ochoreniam, vrátane civilizačných. Chemopreventívne látky nachádzajú uplatnenie aj v klinickej praxi ako podporné liečivá napr. pri terapii zhubných nádorov. Záujem o tieto zlúčeniny je nielen z dôvodu možného zníženia vedľajších nepriaznivých účinkov viacerých cytostatík, ale aj pre ich schopnosť zvyšovať účinnosť liečiv. Vďaka týmto vlastnostiam sa môže dosiahnuť rovnaký liečebný efekt cytostatika pri podaní nižších dávok, čím sa súčasne zníži jeho toxicita [12]. So stúpajúcim počtom prírodných látok s možnými chemoprotektívnymi vlastnosťami vzniká súčasne potreba selekcie, ktorej cieľom je výber najefektívnejších zlúčenín pre ďalší výskum [3].

Je známym faktom, že veľká časť slovenskej populácie sa stravuje nezdravo a súčasná ekonomická kríza sa prejavuje aj šetrením na potravinách, pričom zlepšenie v najbližšom období ťažko očakávať [13]. Aplikovanie poznatkov o prírodných látkach v ošetrovateľskej praxi je jedným z možných prístupov v prevencii alebo v podpornej liečbe viacerých ochorení. V tejto oblasti je veľmi výhodným prístupom možnosť využitia jednej zo základných ľudských potrieb, t.j. prijímania potravy ako nenahraditeľného terapeutického nástroja. Jednou z možností, ako šíriť význam prírodných látok pre podporu, udržanie či prinavrátenie zdravia, je sprostredkovať poznatky tohto druhu prostredníctvom edukácie či už v ošetrovateľskom procese alebo cestou záujmového štúdia.

CIEĽ

Cieľom práce bolo overiť vedomosti respondentov o výskyte prírodných látok v daných potravinách a zároveň porovnať úroveň vedomostí v jednotlivých skupinách respondentov. Ďalším z cieľov bolo potvrdiť, resp. vyvrátiť koreláciu subjektívneho vnímania prírodných látok so skutočnými vedomosťami i teoretických vedomostí o prírodných látkach s konzumáciou ovocia a zeleniny ako aj zistiť najčastejšie zdroje pre získavanie informácií v jednotlivých skupinách respondentov. Stanovené boli nasledovné hypotézy:

Hypotéza č. 1: Predpokladáme, že zdravotnícke vzdelanie má vplyv na vyššiu úroveň vedomostí o význame prírodných látok vo výžive.

Hypotéza č. 2: Predpokladáme, že subjektívne vnímanie prírodných látok, ktoré uvádzajú respondenti v dotazníku, koreluje s ich skutočnými vedomosťami o obsahu prírodných látok, ktoré uviedli v odpovediach.

MATERIÁL A METÓDY

Výskumný projekt sme zamerali na 5 skupín respondentov: študentov prvého ročníka študijného programu ošetrovateľstva v dennej forme štúdia na Fakulte zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne (TnUAD), sestry, lekárov (mamológov, resp. gynekológov), pacientov mamologickej ambulancie a seniorov – študentov UTV pri TnUAD. Výber respondentov bol jednoduchý, cielený a bez opakovania. Celkový počet respondentov bol 709. Výskum bol realizovaný v nasledovných termínoch:

1. študenti prvého ročníka študijného programu ošetrovateľstvo v dennej forme štúdia na Fakulte zdravotníctva TnUAD v období mesiacov september – október 2010,
2. sestry - študentky končiacich ročníkov externej formy štúdia ošetrovateľstva v období mesiacov september – október 2010,
3. lekári (mamológovia, resp. gynekológovia) – počas celoslovenskej konferencie Mamotrendy 2012,
4. pacienti mamodiagnostického ambulancie v období mesiacov júl - september 2012,
5. seniori – študenti UTV pri TnUAD v období akademických rokov 2008/2009 až 2011/2012.

Celkovo bolo rozdáných 709 dotazníkov s návratnosťou 100%.

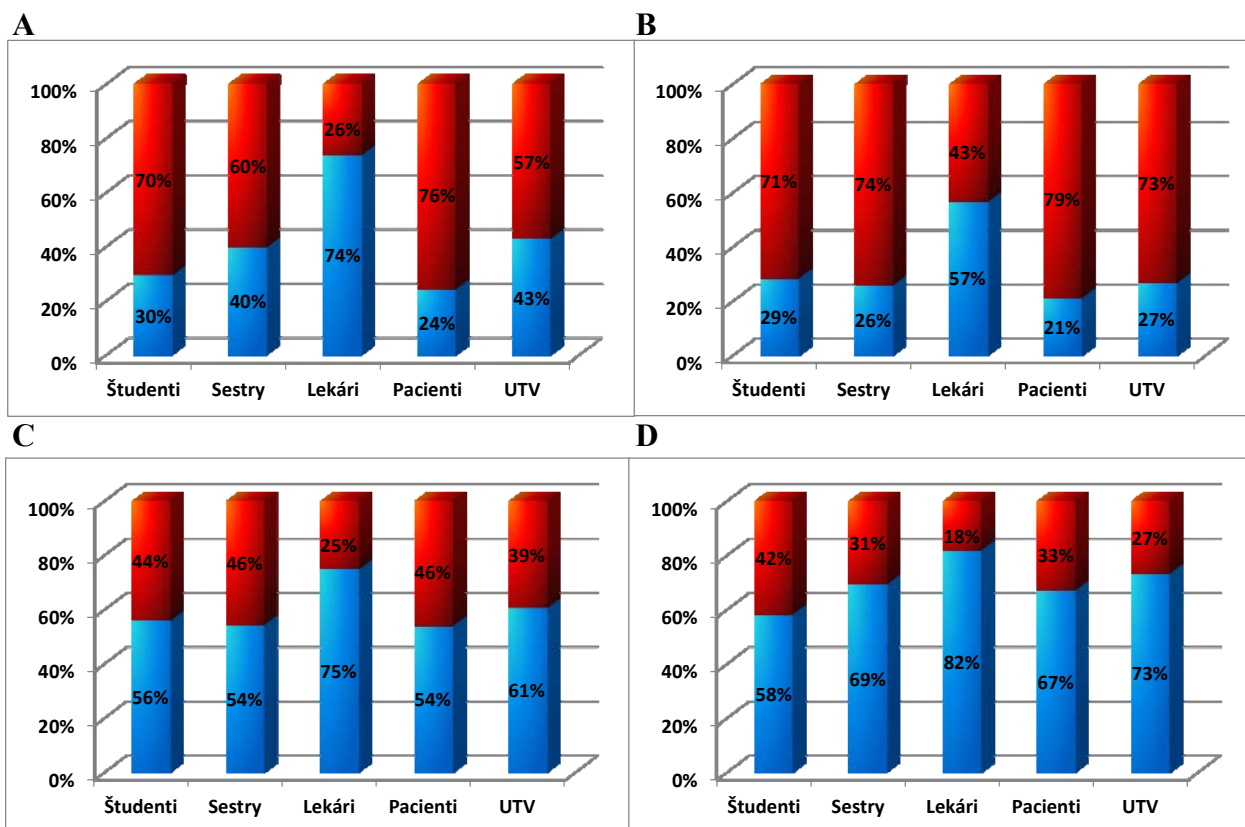
ŠTATISTICKÁ ANALÝZA

Vykonalí sme štatistickú analýzu odpovedí 709 respondentov, ktorí boli rozdelení na päť podsúborov: 91 študentov, 180 sestier, 56 poslucháčov Univerzity tretieho veku (UTV), 88 lekárov a najpočetnejším podsúborom boli pacienti (n=294). Odpovede dotazníka boli zoradené ordinálne podľa miery správnosti odpovede respondentov a následne transformované na číselné hodnoty. Vzhľadom na obmedzený rozsah numerických hodnôt jednotlivých odpovedí (často v rozsahu iba niekoľkých celých čísel) sme na štatistické porovnanie použili neparametrické testy. V tabuľkách popisnej štatistiky uvádzame parametrické hodnoty (aritmetický priemer, smerodajnú odchýlku) pre lepší prehľad o miere informovanosti respondentov, ich použitie však nesúvisí s princípom a požiadavkami neparametrických testov. Neparametrické ukazovatele (medián a rozsah daný minimálnou a maximálnou hodnotou) uvádzame hlavne pre použitie neparametrických metód, hoci ich orientačná výpovedná hodnota je na prvý pohľad obmedzenejšia.

Na porovnanie miery vedomostí dvoch podsúborov bol použitý neparametrický Mann-Whitneyov U-test. Pri porovnaní troch a viac podsúborov sme použili Kruskal-Wallisovu analýzu s následným Dunnovým testom. Na porovnanie miery závislosti sme použili neparametrický poradový Spearmanov korelačný koeficient. Za štatisticky signifikantné rozdiely medzi sledovanými podsúbormi sme považovali výsledky testov s hladinou významnosti p nižšou ako 0,05.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

V hypotéze č. 1 sme predpokladali prepojenie u respondentov so zdravotníckym vzdelaním s vyššou úrovňou vedomostí o výskyte prírodných látok v strave. Spomedzi možností: zelenina, ovocie, pivo, víno, orešky, strukoviny, čokoláda a panenské oleje, t.j. všetko potravín, u ktorých bola dokázaná prítomnosť prírodných látok [14, 15], bol potvrdený predpoklad, že najvyššia informovanosť u všetkých skupín respondentov o výskyte prírodných látok bola u zeleniny a ovocí, avšak informovanosť o výskyte prírodných látok v pive, víne a predovšetkým v čokoláde môžeme považovať za nedostatočné (graf 1).



Graf 1. Vedomosti o obsahu prírodných látok vo vybraných potravinách: A - víno, B - čokoláda, C - oriešky, D - oleje, modrá farba (dole) - správne odpovede o prítomnosti prírodných látok v danej potravine, červená farba (v hornej časti) - neznalosť respondentov o prítomnosti prírodných látok v danej potravine

Na otázku o výskyte prírodných látok v zelenine sa štatisticky preukázala hladina významnosti medzi skupinou pacientov a sestier. Nižšia hladina významnosti je už medzi študentmi UTV a pacientmi. Môžeme však konštatovať že informovanosť študentov UTV je vyššia (tabuľka 1). Ovocie s prírodnými latky si dáva do súvisu každá zo skupín respondentov bez výraznej štatistickej odchýlky ($P = 0.09$).

Tabuľka 1. Testovanie rozdielov medzi respondentmi o prítomnosti prírodných látok v zelenine

Skupina	Štatistická analýza			Dunnov test				
	n	X	p	Študenti	Sestry	UTV	Lekári	Pacienti
Študenti	91	0,86	0,001	-	*	ns	ns	**
Sestry	180	0,95		*	-	ns	ns	ns
UTV	56	0,86		ns	ns	-	ns	*
Lekári	88	0,95		ns	ns	ns	-	ns
Pacienti	291	0,96		**	ns	*	ns	-

Legenda: n - počet respondentov, X - aritmetický priemer, p - hladina významnosti Kruskal-Wallisovej analýzy. Hladiny významnosti výsledku Dunnovho testu: ns $p > 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Najvyšší rozdiel vo vedomostiach o výskyte prírodných látok vo víne sa prejavil v odpovediach medzi skupinami lekárov a sestier (graf 1-A, tabuľka 2). Vedomosť o výskyte

prírodných látok v čokoláde u lekárov sa výrazne líšila od všetkých ostatných skupín, čo výrazne ovplyvnilo aj celkové hodnotenie testu (graf 1-B, tabuľka 3).

Tabuľka 2. Testovanie rozdielov vo vedomostiach respondentov o prítomnosti prírodných látok vo víne

Skupina	Štatistická analýza			Dunnov test				
	n	X	p	Študenti	Sestry	UTV	Lekári	Pacienti
Študenti	91	0,30	<0,001	-	ns	ns	***	ns
Sestry	180	0,40		ns	-	ns	***	**
UTV	56	0,43		ns	ns	-	**	ns
Lekári	88	0,74		***	***	**	-	***
Pacienti	296	0,24		ns	**	ns	***	-

Legenda: n - počet respondentov, X - aritmetický priemer, p - hladina významnosti Kruskal-Wallisovej analýzy. Hladiny významnosti výsledku Dunnovho testu: ns p>0,05; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

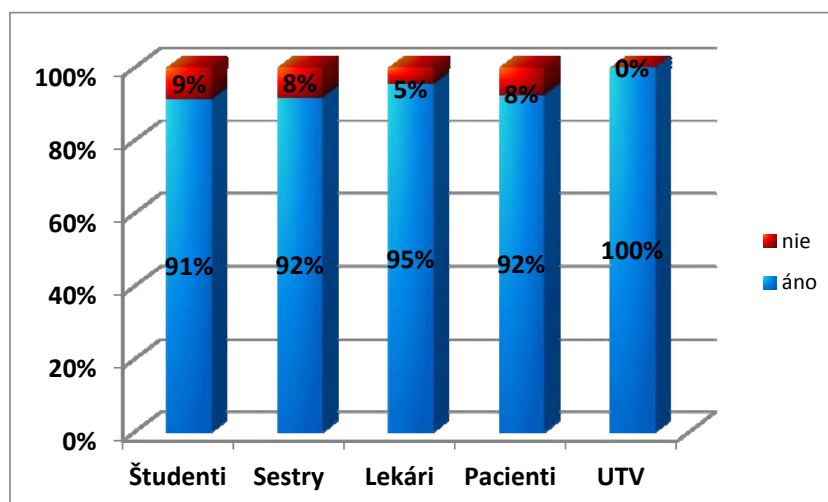
Tabuľka 3. Testovanie rozdielov vo vedomostiach o prítomnosti prírodných látok v čokoláde

Skupina	Štatistická analýza			Dunnov test				
	n	X	p	Študenti	Sestry	UTV	Lekári	Pacienti
Študenti	91	0,29	<0,001	-	ns	ns	***	ns
Sestry	180	0,26		ns	-	ns	***	ns
UTV	56	0,27		ns	ns	-	***	ns
Lekári	88	0,57		***	***	***	-	***
Pacienti	296	0,21		ns	ns	ns	***	-

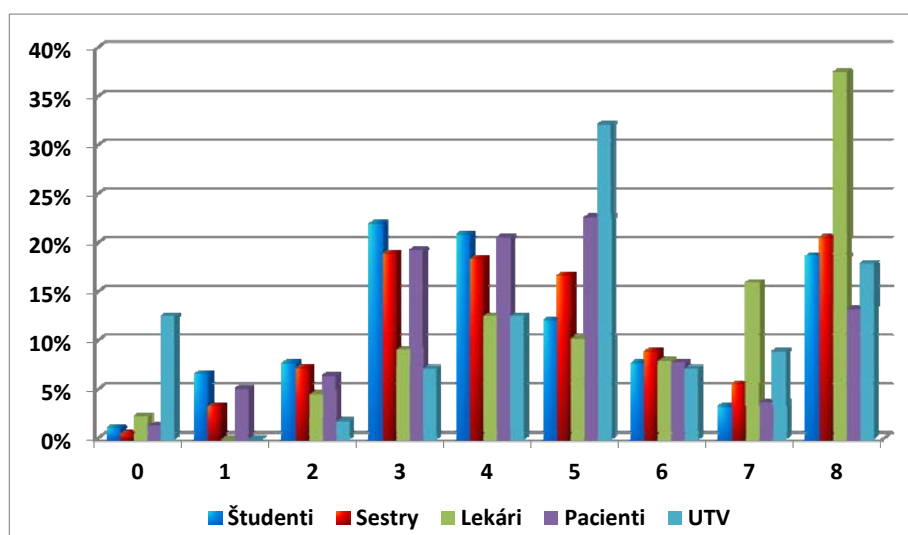
Legenda: n - počet respondentov, X - aritmetický priemer, p - hladina významnosti Kruskal-Wallisovej analýzy. Hladiny významnosti výsledku Dunnovho testu: ns p>0,05; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

V otázke na prírodné látky a oriešky je pozoruhodný rozdiel medzi skupinou lekárov a sestier, kde sa z pohľadu vzdelania štatisticky významne líšia lekári od sestier (p>0,05, graf 1-C). Ako sa dalo predpokladať, najvýznamnejší rozdiel je medzi skupinou lekárov a pacientov (p<0,05). V olejoch by predpokladalo výskyt prírodných látok najnižší počet študentov (graf 1-D). Signifikantne sa táto skupina líši od skupiny lekárov (p<0,05). V prípade strukovín sa nepreukázali štatisticky významné rozdiely v jednotlivých skupinách. Sestry a lekári deklarovali najvyššiu mieru kladných odpovedí o termíne a výskyte prírodných látok v jednotlivých druhoch. Hypotéza č. 1 sa potvrdila.

V hypotéze č. 2 sme predpokladali, že pri porovnávaní subjektívneho názoru respondentov o znalosti prírodných látok (graf 2) s ich vedomosťami o obsahu prírodných látok v jednotlivých potravinách (graf 3) zistíme vzájomnú koreláciu. Pri štatistickom vyhodnotení odpovedí sme však zistili, že reálna miera vedomostí respondentov nie je vysoká, vzhľadom na nízke hodnoty korelačného koeficientu (tabuľka 4). Respondenti UTV nebolo možné štatisticky hodnotiť, keďže v odpovedi všetci deklarovali iba znalosť prírodných látok. Subjektívne vnímanie vedomostí v porovnaní s reálnymi vedomosťami o výskyte prírodných látok v jednotlivých potravinách vzájomne nekorelujú (tabuľka 4), z čoho môžeme konštatovať, že hypotéza č. 2 nebola potvrdená.



Graf 2. Subjektívny názor respondentov o znalosti prírodných látok



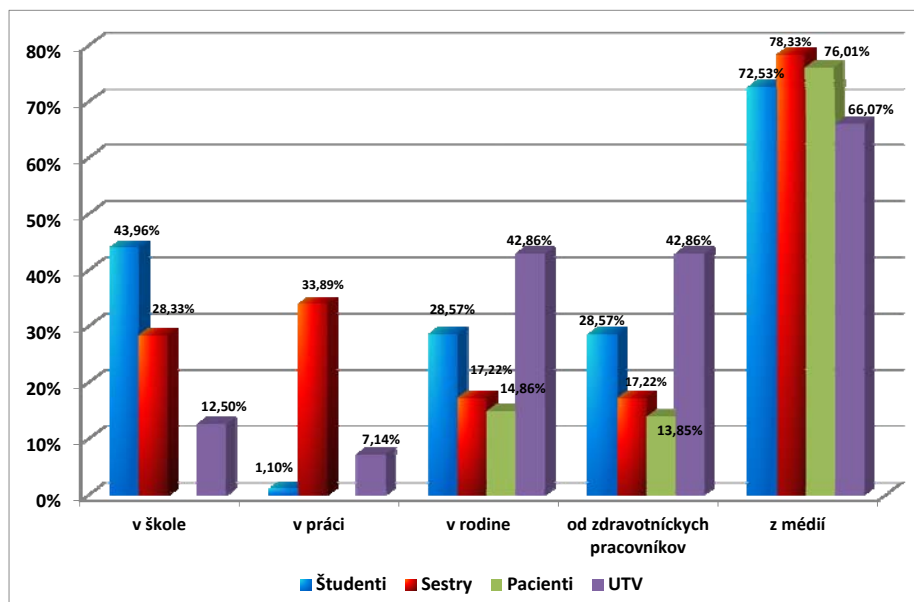
Graf 3. Počet správnych odpovedí o obsahu prírodných látok vo vybraných potravinách. Maximálny možný počet správnych odpovedí: 8.

Tabuľka 4. Korelácia medzi deklarovanou znalosťou prírodných látok a ich skutočnou znalosťou vo vybraných potravinách

Skupina	n	R
Študenti	91	0,18
Sestry	180	0,09
UTV	56	-
Lekári	88	0,20
Pacienti	287	0,21

Legenda: n - počet respondentov, R – Spearmanov neparametrický poradový korelačný koeficient

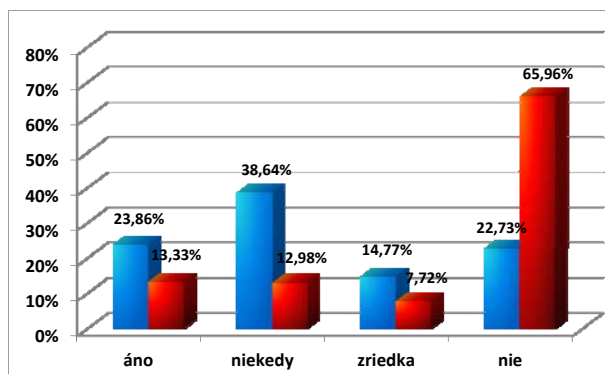
V súvislosti s edukáciou sme v dotazníku ďalej zisťovali zdroje získavania informácií o prírodných látkach a vybraných druhoch potravín. Za najčastejší zdroj informácií uviedli respondenti médiá (graf 4).



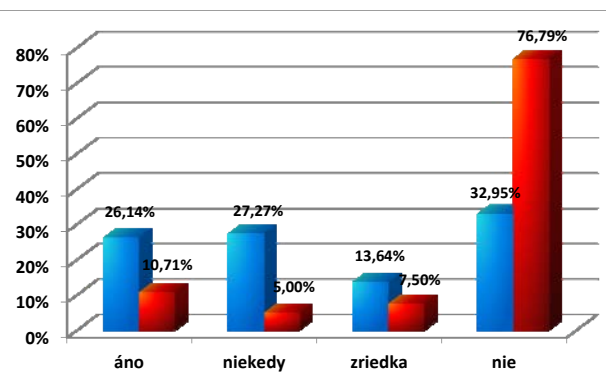
Graf 4. Zdroj získavania informácií

U skupiny pacientov sme následne overovali, či sa pýtajú svojho lekára na účinky vybraných potravín a konzumáciu prírodných látok. Ako protiklad predchádzajúcej otázky sme u lekárov zisťovali, či si takúto informáciu od nich pacienti žiadajú. Odpovede skupín respondentov boli vo vzájomnom nepomere (graf 5-A). Lekármi deklarovaná skutočnosť, že svojim pacientom informácie o vybraných potravinách a konzumácii prírodných látok poskytujú, čo sa v porovnaní s grafom 5-B zásadne nelíšili. Až 76,79% pacientov však uvádza nedostatok informácií k danej problematike od lekárov (graf 5-B). Ak zväžeme skutočnosť, že až 65,96% pacientov si informácie od lekára aktívne nežiada, no na druhej strane 84,12% pacientov očakáva, že im informácie o účinkoch prírodných látok budú poskytnuté. Na základe týchto výsledkov, môžeme predpokladať veľmi nízku aktívnu účasť na hľadaní informácií zo strany pacientov, čo jasne preukazuje opodstatnenosť a potrebu edukácie v ošetrovateľskej praxi o prírodných látkach a vybraných potravinách, kde je aktívny prístup sestry nevyhnutný.

A



B



Graf 5 A: Poskytovanie a získavanie informácií od lekára: modrá farba - odpovede lekárov na otázku: „Pýtajú sa Vás pacienti na účinky vybraných potravín, či konzumáciu prírodných látok?“, červená farba - odpoveď pacientov na otázku: „Pýtali ste sa niekedy svojho lekára na účinky vybraných potravín, či konzumáciu prírodných látok?“, **B:** Odporúčanie konzumácie

přírodných látek: modrá farba - odpovede lekárov na otázku: „Odporúčate svojim pacientom konzumáciu prírodných látok?“, červená farba - odpoveď pacientov na otázku: „Odporučil Vám v minulosti lekár konzumáciu prírodných látok?“

ZÁVER

V modernom ošetrovatel'stve, pri starostlivosti poskytovanej vysokoškolsky vzdelanou sestrou a so spoločenskou pomocou v podobe podpory zákonnými normami stanovujúcimi jej rozsah kompetenciami, je sestra edukátorka účinným, významným a nenahraditeľným činiteľom vo výchove a vzdelávaní prijímateľov ošetrovatel'skej starostlivosti. Problematika prírodných látok v spojení s edukáciou prináša v ošetrovatel'skej praxi novú dimenziu zvyšovania vedomostnej úrovne pacientov, a tým výrazne vplývať na primárnu, sekundárnu i terciárnu prevenciu ochorení. Aj v súčasnosti je však sestra stále tou, ktorá prichádza do kontaktu nielen s pacientom, ale aj jeho rodinou. Z tohto dôvodu je ešte stále širokou laickou verejnosťou najčastejšie vnímaná ako poskytovateľka starostlivosti v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach, s prevažným rozsahom odborných ošetrovatel'ských výkonov. Nové formy vzdelávania a jeho rovnocennosť s celosvetovou úrovňou jej však už umožňujú rozširovať rozsah pôsobnosti dokonca i mimo okruh zdravotníckych zariadení. Do značnej miery však aj od samotných sestier závisí, či prejavia záujem a odvahu zmeniť zaužívané stereotypy a ponúknu svoje vedomosti a zručnosti širokej verejnosti, napríklad v podobe inštitucionálnej edukácie. Takáto forma edukačného procesu v ošetrovatel'skej praxi umožňuje sprostredkovať informácie veľkému množstvu edukantov v rovnakom čase a zároveň s porovnateľne vynaloženou námahou. Realizácia takejto formy edukácie umožní sestre kontakt s edukovanými v inom prostredí, na aké bola doteraz zvyknutá. Rozširuje jej možnosť kontaktu, napríklad so seniormi v prirodzenejšom prostredí ako je nemocničné či ambulantné. Vzájomná interakcia medzi nimi prispeje obohacovaniu oboch strán. Pre profesiu sestry sa otvára cesta ako zvýšiť svoj kredit a zlepšiť celospoločenské vnímanie sestier.

LITERATÚRA

- [1] PETROVÁ S. Problematika významu prírodných látok so zameraním na edukáciu seniorov, rigorózna práca, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Trenčín, 2013.
- [2] KRAJČOVIČOVÁ Z, VACHÁLKOVÁ A, HORVÁTHOVÁ K, TÓTHOVÁ D. Pentacyclic triterpenoic acids: new chemoprotective. *Neoplasma*. 2004; 51 (5): 327-333.
- [3] KRAJČOVIČOVÁ Z, MELUŠ V. Úloha prírodných látok v prevencii a podpornej liečbe karcinómu. In: *Včasná diagnostika a skrining karcinómu prsníka: Praktická príručka nielen pre mamodiagnostikov*. - Trenčín: Rádiologická klinika, 2011. - ISBN 978-80-970723-5-3. - s.35-56.
- [4] KEY T, SCHATZKIN A, WILLETT WC, ALLEN NE, SPENCER EA, et al. Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutr* 2004; 7: 187-200.
- [5] GREENWALD P, CLIFFORD CK, MILNER JA. Diet and cancer prevention. *Eur J Cancer* 2001; 37: 948-965.

- [6] BOSETTI C, SPERTINI L, PARPINEL M, GNAGNARELLA P, LAGIOU P, et al. Flavonoids and breast cancer risk in Italy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 805-808.
- [7] LEE JY, WOO E, KANG KW. Screening of new chemopreventive compounds from *Digitalis purpurea*. *Pharmazie* 2006; 61: 356-358.
- [8] TOMITA M, MATSUDA T, KAWAKAMI H, UCHIHARA JN, OKUDAIRA T, et al. Curcumin targets Akt cell survival signaling pathway in HTLV-I-infected T-cell lines. *Cancer Sci* 2006; 97: 322-327.
- [9] WANG Y, YAO R, MACIAG A, GRUBBS CJ, LUBET RA, et al. Organ-specific expression profiles of rat mammary gland, liver, and lung tissues treated with targretin, 9-cis-retinoic acid, and 4-hydroxyphenylretinamide. *Mol Cancer Ther* 2006; 5: 1060-1072.
- [10] CHEN T, HWANG H, ROSE ME, NINES RG, STONER GD. Chemopreventive properties of black raspberries in N-nitrosomethylbenzylamine-induced rat esophageal tumorigenesis: down-regulation of cyclooxygenase-2, inducible nitric oxide synthase, and c-Jun. *Cancer Res* 2006; 66: 2853-2859.
- [11] YATES MS, KWAK MK, EGNER PA, GROOPMAN JD, BODREDDIGARI S, et al. Potent protection against aflatoxin-induced tumorigenesis through induction of Nrf2-regulated pathways by the triterpenoid 1-[2-cyano-3-12-dioxooleana-1,9(11)-dien-28-oyl]imidiazole. *Cancer Res* 2006; 66: 2488-2494.
- [12] DORAI T, AGGARWAL BB. Role of chemopreventive agents in cancer therapy. *Cancer Lett* 2004; 215: 129-140.
- [13] STOLIČNÁ, Z. Vývoj svetovej krízy [elektronický dokument]. In: Medzinárodné vzťahy 2011: aktuálne otázky svetovej ekonomiky a politiky (CD-ROM). - Bratislava: Ekonóm, 2011. - s. 1033-1038. - ISBN 978-80-225-3357-7.
- [14] BÉLIVEAU R, GINGRAS D. Výživa ako zbraň proti rakovine. Bratislava: Balneotherma, 2008. ISBN 978-80-969911-1-2.
- [15] MILLIRON T, KELSBERG G, ST ANNA L. Clinical inquiries. Does chocolate have cardiovascular benefits? *J Fam Pract* 2010; 59 (6): 351-352.

Kontaktná adresa:

doc. MUDr. Jana Slobodníková, CSc.
e-mail: jana.slobodnikova@tnuni.sk
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 01 Trenčín

SYNDRÓM VYHORENIA U SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV V KOŠICKOM REGIÓNE

BURNOUT SYNDROME OF SOCIAL WORKERS IN KOSICE REGION

Dimunová, L. Švida, M. Barková, B.

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Súhrn

Zvýšená psychická záťaž vedie k syndrómu vyhorenia. V povolani sociálneho pracovníka ako u pomáhajúcej profesie je tento trend stúpajúci. V príspevku sme sa zamerali na zistenie, či majú vek, vzdelanie a dĺžka praxe vplyv na výskyt syndrómu vyhorenia. Súbor respondentov tvorilo 322 sociálnych pracovníkov. Metódou bol štandardne používaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Zistili sme, že u nami sledovaného súboru sociálnych pracovníkov existuje štatisticky významný vzťah medzi vzdelaním, dĺžkou praxe a výskyt syndrómu vyhorenia.

KLúčové slová: *sociálny pracovník, syndróm vyhorenia, vzdelanie, dĺžka praxe, vek*

Summary

Increase psychological load admit to burnout syndrome. Social workers have an increase risk to suffer for burnout syndrome. The main aim of research was to find relation between age, education, employed in practice and burnout syndrome. In our research participated 322 social workers. Used method in our research was standardizing questionnaire MBI. Results of our research approve statistic correlation between education, employed in practice and burnout syndrome.

Keys words: *social worker, burnout syndrome, education, employed in practice, age.*

ÚVOD

Profesia sociálneho pracovníka je náročná najmä tým, že na rozdiel od iných zamestnaní sa odvíja od poskytovania sociálnej pomoci, sociálnej starostlivosti a poradenstva, pri ktorom sa kladie dôraz na empatiu, prívetivý a chápaný prístup v kontakte s klientmi. Na sociálneho pracovníka sú kladené nároky v zmysle individuálnosti riešenia každého sociálneho prípadu, pri ktorom je potrebné poskytovať odbornú radu, pochopenie a oporu. Profesionalita sociálneho pracovníka obsahuje nezameniteľné úlohy v rámci kompetencie ako sú:

- zvládať primeraný rozhovor s klientom, čo ho súčasťou je vlastnosť počúvania,
- vedieť abonentu zvládnuť tak, aby sám prijal navrhované riešenie na odstránenie problému,

- schopnosť zaviazať klienta na spoločné rokovanie a partnerstvo, prejaviť v ňom záujem o riešenie problému a vedieť navrhnúť pre obe strany čo najlepší harmonogram budúcej spolupráce,
- smerovať klienta k samokontrolu, nezávislosti a k viere v samého seba a nadobudnúť zodpovedný prístup k riešeniu problému,
- vedieť v rámci profesie ako poskytovať pomoc a sociálne služby, vedieť realizovať samokontrolu a mať schopnosť prijať objektívnu a adresnú kritiku [1].

Vzhľadom na súčasnú dobu, ktorá sa stala ešte vážnejšou koncom roku 2008, kedy európske krajiny zasiahla finančná kríza [2] sa neustále zvyšuje aj celkový počet klientov na jedného sociálneho pracovníka. V tomto povolani je k kontexte s podstatou sociálnej práce pri poskytovaní sociálnej pomoci veľmi zaťažujúca aj zvyšujúca sa odsiahla a vyčerpávajúca administratíva vychádzajúca z často sa meniacej legislatívy a príslušných zákonov.

V súvislosti so stanovenými kompetenciami, pretrvávajúcou psychickou aj fyzickou záťažou sa u pomáhajúcich profesií, ku ktorým patrí aj sociálny pracovník, stretávame s možnosťou vzniku syndrómu vyhorenia. Podľa Matouška et al. [3] je „syndróm vyhorenia súbor príznakov vyskytujúcich sa u pracovníkov pomáhajúcich profesií a je odvodzovaný z dlhodobej nekompenzovanej záťaže, ktorú prináša práca s ľuďmi“. Priebeh syndrómu vyhorenia, jeho jednotlivé štádiá predstavujú proces pretrvávajúci mesiace aj roky. Stock [4] na špecifikáciu fenoménu syndrómu vyhorenia uvádza niekoľko typických psychických aj fyzických atribútov. K psychickým radí tieto: citové vyprahnutie, úzkosť, plačlivosť, neovládajúca zúrivosť, sociálne vákuum až rezignácia. K fyzickým prejavom radí pretrvávajúcu vyčerpanosť, celkové telesné pnutie, stratu imunity, nedostatok kvalitného spánku a vznik ochorení súvisiacich so srdcom a tráviacim traktom. Na identifikáciu syndrómu vyhorenia je efektívne využívanie normalizovaných dotazníkov. V praxi sa stretávame napr. s dotazníkom BM od autorov Pines, Aronson, Dotazník podľa osnovy Minirth et al., Dotazník CBI (Copenhagen Burnout Inventory) a Dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory). Existujú aj nedotazníkové formy zisťovania syndrómu vyhorenia, pri ktorých sa skúmaný oboznámi s viacerými závermi odpovedí. Podľa toho, ktoré si vyberie, podľa stanoveného kľúča sa zhodnotí stav jeho vyhorenia [5].

CIEĽ

Hlavným výskumným zámerom bolo zistiť, či má vek, vzdelanie a dĺžka praxe vplyv na výskyt syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny v košickom regióne.

METODIKA

Výskum sme realizovali v roku 2012. Výber vzorky respondentov bol zámerný. Tvorilo ju 322 sociálnych pracovníkov ÚPSVaR v Košickom regióne. Sociálni pracovníci boli zamestnaní na ÚPSVaR v Košiciach, Spišskej Novej Vsi, Rožňave, Michalovciach a Trebišove. Na splnenie stanoveného cieľa sme vybrali štandardne používaný dotazník Maslach Burnout Inventory – MBI [6]. Tento 22 položkový dotazník tvoria tri subškály: emocionálne vyčerpanie (EE – Emotional Exhaustion), depersonalizácia (DP – Depersonalization) a osobné uspokojenie (Personal Accomplishment – PA). Prvé dve subškály sú ladené negatívne a subškála osobného uspokojenia je ladená pozitívne. Na

spracovanie získaných údajov sme použili deskriptívnu štatistiku a chi-kvadrát test. Údaje boli spracované a analyzované v programe SPSS 14.0.

VÝSLEDKY

Podľa pohlavia skúmaný súbor tvorilo 233 žien (76.3%) a 89 mužov (27.7%). Priemerný vek respondentov bol 40.71 ± 9.15 pričom rozpätie bolo od 19 do 58 rokov. Úplné stredoškolské vzdelanie dosiahlo 51 (15.8%) respondentov a 271 (84.2%) bolo vysokoškolsky vzdelaných. Súbor nie je rovnomerne rozložený, ale skupiny respondentov sú štatisticky porovnateľné. Priemerná dĺžka praxe respondentov bola 11.83 ± 6.62 pričom rozpätie bolo od 1 do 35 rokov. Vzhľadom na to, že zber dát prebiehal vo viacerých miestach ÚPSVaR uvádzame rozloženie súboru podľa geografického členenia: Košice $n=73$, Michalovce $n=66$, Rožňava $n=61$, Spišská Nová Ves $n=66$, Trebišov $n=56$.

Prvou premennou, ktorú sme skúmali bol **vek**. Pomocou histogramu sme si rozdelili súbor do štyroch vekových kategórií: od 19 – 28 rokov ($n=31$), od 29 – 38 rokov ($n=102$), od 39 – 48 rokov ($n=106$) a od 49 – 58 rokov ($n=83$). V skúmanom súbore sociálnych pracovníkov sa nepotvrdil štatisticky významný vzťah medzi syndrómom vyhorenia a vekom. Štatisticky významný vzťah sa preukázal medzi **vzdelaním** a výskytom syndrómu vyhorenia v subškále emocionálneho vyčerpania EE ($p < 0.05$). Môžeme vysloviť názor, že sociálni pracovníci so stredoškolským vzdelaním majú vyššiu mieru syndrómu vyhorenia v subškále emocionálneho vyčerpania EE ako sociálni pracovníci s vysokoškolským vzdelaním. V subškálach depersonalizácie DP a osobného uspokojenia PA sa nepreukázal štatisticky významný vzťah medzi dosiahnutým vzdelaním respondentov a syndrómom vyhorenia.

Dalšou premennou bola **dĺžka odbornej praxe**. Na overenie štatistickej významnosti sme sledovaný súbor rozdelili do štyroch kategórií: dĺžka praxe od 1-9 rokov ($n=128$), od 10-18 rokov ($n=127$), od 19 -27 rokov ($n=65$) a od 28 do 35 rokov ($n=2$). Štatisticky významný vzťah sa potvrdil v subškále depersonalizácie DP ($p < 0.05$). Výsledky v nami sledovanom súbore naznačujú, že sa vyskytuje vyššia miera syndrómu vyhorenia v oblasti depersonalizácie DP u zamestnancov, ktorý majú dĺžku odbornej praxe vyššiu v porovnaní so služobne mladšími zamestnancami. V subškálach emocionálneho vyčerpania EE a osobného uspokojenia PA sa nepreukázal štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou praxe a syndrómom vyhorenia.

DISKUSIA

V odbornej literatúre je možné nájsť množstvo prác, ktoré sa zaoberali skúmaním výskytu syndrómu vyhorenia v rôznych profesiách. Tento syndróm postihuje ošetrovateľský personál, lekárov, ale aj ľudí s nemedicínskymi profesiami [7]. Bérešová [8] vo svojej práci analyzovala vzťah medzi syndrómom vyhorenia a spôsobom výkonu práce sociálnych pracovníkov. Zistila, že až 50% sociálnych pracovníkov vykazuje prítomnosť syndrómu vyhorenia rôznej intenzity. Táto skutočnosť sa potvrdila aj v našej štúdií. V roku 2006 [9] bola prezentovaná štúdia „Fínske zdravie 2000“, v ktorej autori skúmali súvislosť medzi socio-demografickými ukazovateľmi (vek, pohlavie, zamestnanie) a výskytom syndrómu vyhorenia v populácii s využitím dotazníka Maslach Burnout Inventory – MBI. Táto štúdia potvrdila, že syndróm vyhorenia sa vo všeobecnosti môže vyskytovať vo všetkých typoch profesií.

V rámci výskytu syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov ÚPSVR bol potvrdený vplyv veku na výskyt syndrómu vyhorenia v subškále emocionálneho vyhorenia

(EE). Najvyššia miera výskytu vyhorenia sa potvrdila vo vekovej kategórii od 28 – 48 rokov. U zamestnancov vo vekovej kategórii od 19-28 rokov a vekovo najstarších zamestnancov (49 – 58 rokov) sa nepreukázal štatisticky významný vzťah miery syndrómu vyhorenia a veku. S naším zistením sa nezhoduje štúdia [10], ktorá v súbore 235 respondentov zistila, že so stúpajúcim vekom sa zvyšuje aj miera vyhorenia. Najvyšší výskyt miery vyhorenia popisuje v subškále emočného vyhorenia vo veku nad 45 rokov a vyššie. Štatisticky významný vzťah medzi vekom a syndrómom vyhorenia sa nepreukázal ani u sociálnych pracovníkov ÚPSV a R Partizánske a detašované pracovisko Bánovce nad Bebravou [11]. Predpokladali sme, že stupeň dosiahnutého vzdelania by mohol mať vplyv na výskyt syndrómu vyhorenia. Tento náš predpoklad sa štatisticky potvrdil. Sociálni pracovníci v nami sledovanom súbore so stredoškolským vzdelaním mali vyššiu mieru syndrómu vyhorenia v subškále emocionálneho vyčerpania EE ako sociálni pracovníci s vysokoškolským vzdelaním. Dĺžka výkonu odbornej praxe je ďalším prediktorom výskytu syndrómu vyhorenia u sociálneho pracovníka. V nami sledovanom súbore sa štatisticky potvrdil výskyt syndrómu vyhorenia v oblasti depersonalizácie (DP), so stúpajúcou dĺžkou praxe sa miera syndrómu vyhorenia stupňuje. Tento poznatok potvrdili aj autorky Mičkerová, Burešová [12], ktoré uvádzajú zvýšenú mieru syndrómu vyhorenia u zamestnaných s praxou od 18-29 rokov.

ZÁVER

Všetci odborníci v oblasti sociálnej práce, sociológie a psychológie sa zhodujú vo svojich definíciách o syndróme vyhorenia v tom, že každá pomáhajúca profesia nesie so sebou svoje poslanie, ktoré v konečnom dôsledku u každého sociálneho pracovníka v tejto profesii vedie k nespĺneniu očakávaní, k rozčarovaniu, dezilúzii, zmareniu plánov, nemohúcnosti a celkovej apatii [13]. Na vznik syndrómu vyhorenia majú vplyv rôzne faktory. Výsledky v našom výskume poukazujú na súvislosť medzi vzdelaním, dĺžkou praxe a syndrómom vyhorenia. Práve na tieto identifikované oblasti vzdelávania a praxe je potrebné nasmerovať zameranie realizácie preventívnych stratégií pre sociálnych pracovníkov a pre ich zamestnávateľov.

LITERATÚRA

- [1] SCHAVEL, M. – OLÁH, M. Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 2007. 174 s. ISBN 978-80-89271-24-5.
- [2] STOLIČNÁ, Z. Vývoj hospodárskej politiky SR od transformačného obdobia 1989 až po súčasnosť. 1. Vyd. Bratislava: Katprint 2012. 95 s. ISBN 978-80-89553-08-2.
- [3] MATOUŠEK, O. et al. *Metódy a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 380s. ISBN 80-7178-548-2.
- [4] STOCK, CH. *Syndróm vyhoření - jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. 112s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- [5] TOŠNEROVÁ, T. – TOŠNER, J. *Burn-Out syndrom. Syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, 2002. s.16 ISBN 978-80-903696-3-4.
- [6] MASLACH, C. – JACKSON, S. E. The measurement of burn-out. In *J. Occup. Behav.*, 1981, vol.2, p. 99-113.

- [7] ŠRÁMKA, M. – KILÍKOVÁ, M. Eliminácia možností syndrómu vyhorenia v zdravotníctve. In *Sborník V. Jihočeské ošetrovateľské dny*. České Budějovice, 2006. s. 420-423. ISBN 80-7440-884-7.
- [8] BÉREŠOVÁ, A. Burnout syndróm a depresia v profesii sociálnych pracovníkov. *Zdravotníctvo a sociálna práca*, 2006. roč.1, č.1, s. 18-22. ISSN 1336-9326.
- [9] AHOLA, K. et al. Burnout in the general population – Results from Finnish Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006. vol. 43, no.3, p.11-17. ISSN 0933-7954.
- [10] MAČEJOVSKÁ, M. Analýza výskytu burnout na konkrétnom pracovíšti. In *Sestra*, 2007. roč. 17, č.9, s. 27-28. ISSN 1210-0404.
- [11] MOKRÁŇOVÁ, Z. *Syndróm vyhorenia sociálnych pracovníkov*. Univerzita Palackého, FF v Olomouci: Bakalárska práca, 2010.
- [12] MIČKEROVÁ, M. – BUREŠOVÁ, D. Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí. In *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství. Sborník příspěvku I. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava, 2006. s.80-86. ISBN 80-7248-3889.
- [13] BÁNOVČINOVÁ, A. – LEVICKÁ, J. Syndróm vyhorenia a jeho vplyv na rozvoj a využitie ľudského potenciálu. In *Zborník príspevkov z medzinárodného seminára: Zdravie ako základný predpoklad rozvoja ľudského potenciálu*. Podhájska: Východoeurópska agentúra pre rozvoj, 2010. s. 5-9. ISBN 978-80-970277-1-1.

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach,
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č. 1, 040 66 Košice
e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

DEVÍNSKA KOBYLA – „ODPOČÍVADLO“ NA TRANSKONTINENTÁLNEJ JANTÁROVEJ CESTE

DEVINSKA KOBYLA - REST, SERVICE AREA (LAY BAY) ON THE TRANSCONTINENTAL AMBER ROUTE

MUDr. Mikuláš A. Haľko

Abstrakt

Článok poukazuje na zaujímavé súvislosti archaického, dnes v hovorovej reči strateného významu slova „kobyła“. Dávno stratený význam má definitívne spojenie s trasami starých i prehistorických ciest diaľkového obchodu na územiach obývaných Slovanmi. Kobyła v praslovančine znamená niekoľko vecí, ako „stanovište“, „miesto na státie“, „stanica“, „základ“ a „podpora“. Pri prehliadke Prehistorickej trasy Jantárovej Cesty od Baltického mora po more Jadranské, nachádzame v blízkosti Jantárovej Cesty vyše dvadsať lokalít menom „Kobyła“ alebo menom odvodeným od tohto geografického názvu. Je to naša teória, že tieto lokality predstavujú v našom chápaní obdobu dnešných odpočívadiel na autostrádach. Kopec Devínska Kobyła a Hrad Devín spolu s križovatkou Transkontinentálnej Jantárovej Cesty s cestou Podunajskou vytvárajú dopravný uzol celoeurópskeho významu. Sv. Cyril a Metod putovali dokázateľne po Jantárovej ceste na ich púti do Benátok a Ríma v r. 867 po Kr. Sv. Cyril, zakladateľ Slovenského a Slovanského písomníctva sa svojim pričinením zaslúžil, že slovo „kobyła“ sa zachovalo v cyrilskom rukopise z XI. storočia. Jantárová cesta je asi 5000 rokov stará. Putujúce karavány denne prešli 40 – 50 km. Zastavovali sa na odpočívadlách – kobylách. Pretože karavány pozostávali zo stoviek dvojkolesových kočov, množstvá ťažných koní a mulíc, otrokov, vojakov, kupcov si žiadalo, zvlášť na križovatkách hlavných ciest, naozaj veľké odpočívadlá. Devínska Kobyła a príľahlá oblasť so stovkami a stovkami „kamenných valov“, „zemných valov“ a zvyškami chat ostávajú veľkým otáznikom pre archeológov. Obranný systém alebo poľnohospodárstvo dostatočne neobjasnili pôvod týchto útvarov. My si myslíme, že ide o pozostatky gigantického odpočívadla na križovatke diaľkových obchodných ciest. Priložená mapa zobrazuje Prehistorickú trasu Jantárovej cesty doloženú nálezmi mincí, jantáru i zmienkou v rímskom rukopise. Alternatívne trasy a pašerácke trasy nie sú na mapke vyznačené.

Kľúčové slová:

Sv. Cyril a Metod, Devín Hrad, Devínska Kobyła, Prehistorická Jantárová cesta, Odpočívadlo v praslovanskom jazyku, Diaľkové cestovanie v praveku.

Abstract

The article is referring to the lost meaning of the word „kobyła“. This long forgotten meaning recovered by expert linguists is connected to well documented Prehistoric Amber Routes. Word „kobyła“ in Paleo-Slavic means „stand“, „station“, „base“, „assistance“. Prehistoric trail of the Amber Route from Baltic sea to the Adriatic sea is accompanied with numerous localities named „Kobyła“ or by toponyms derived from the word „kobyła“. It is our theory that these „Kobylas“ are analogous to contemporary highway rest areas with full service (lay – bay), The Prehistoric Amber Route is intersecting with Oriental Route (also called Alongside Danube Route) just in proximity of Devin Castle. This crossing is of great

European significance. SS. Cyril and Methodius in the year of AD 867 used the Amber Route on the way to Venice and Rome. Great merit is attributed to St. Cyril inventor of the first alphabet of Slovenes – Slovaks in the year of AD 863 so that Slovenes and the disciples of SS. Cyril and Methodius could record the word „kobyła“ in XI. century cyrillic manuscript. The toponym „Kobyła“ to this day is predominantly found in countries inhabited by Slavic people. Kobyła as a „base“ in the vicinity of Devin Castle must have been of gigantic dimensions in order to accommodate caravans, merchants, soldiers, slaves, pilgrims, horses, mules and hundreds of two-wheeled chariots. Devínska Kobyła and surrounding area with hundreds and hundreds of „stone walls“, „earth banks“ and remnants of cottages remain unexplained as to their origin. The theory for military or agricultural origin of these artefacts has not yet been accepted by archeologists. We are proposing a theory that the Devínska Kobyła was a „rest area“ located at the intersection of the Prehistoric Amber Route and Orient Route (also known as Allongside Danube Route) several millenia ago. The attached map depicts the oldest but well documented Prehistoric Amber Route hemmed with numerous localities of Kobylas (including those with different spelling). Alternative and smugglers routes are not charted.

Keywords:

SS. Cyril and Methodius, Devin Castle, Devínska Kobyła, Prehistoric Amber Route, Rest area in paleoslavic language, Ancient long distance travel.

V novej epoche – nové veci. Trochu iný pohľad na hornatý masív Devínska Kobyła a to z hľadiska slovnej archeológie. Pokus o vysvetlenie významu starodávneho slova a mena „kobyła“ stojí za to. Ak je pravdivé toto vysvetlenie, môže tento poznatok byť veľmi užitočný pre archeológov. Tiež pre širokú verejnosť, ktorá sa zaujíma o odkrývanie artefaktov zanechaných našimi predkami ako aj inými etnikami. Meno „kobyła“ v slovenčine je staré, dá sa vystopovať až do praslovančiny. V nemeckom jazyku Devínsku Kobylu volajú „Thebener Kogel“, čo znamená v slovenčine „Tébska okružla hora, ďalej tiež v nemčine „Thebener Kobel“, čo v slovenčine znamená „Tébska koniareň alebo stajňa.“ Niektorí slovenskí autori volajú Devínsku Kobylu „Kobel“, čo k nám asi preskakuje z nemčiny. V niektorých staroslovenských slovníkoch slovo Kobel sa vysvetľuje ako vedro, korec, nabráť, načriť, dutá/plošná miera.

Začnem moje vysvetlenie najjednoduchšie, ako len môžem. Vieme všetci hudobne vzdelaní i menej informovaní, že súčiastka hudobných strunových nástrojov, ktorá má za úlohu niesť a podporiť natiahnuté struny, sa volá dodnes „kobyľka“. Tak je to u celého radu hudobných nástrojov, ako sú husle, viola, violoncello, basa, mandolína gitara. Táto malá súčiastka v sebe skrýva viac než tisícročný odkaz slovensky hovoriacich našich predkov. Slovo kobyła a kobyľka mali v minulosti iný význam, než sme na to zvyknutí dnes. Máme vlastne šťastie, že ešte stále máme strunové nástroje s kobyľkami, že sme ešte neustúpili úplne vesmírnej hudbe produkovanej elektronickými oscilátormi – tie už takúto kobyľku nepotrebujú. Tým, že kobyľku ešte stále máme pred sebou, máme aj príležitosť i povinnosť preštudovať, aký významový odkaz sa v nej skrýva. Hľa, v tomto úvode som sa podobral vysvetliť, že slovo kobyľka v praktickom živote a v slovanskej reči označuje proces podpory, v našom prípade podpory strún na hudobnom nástroji. Nie je tak ťažké domyslieť si, že „kobyła“ ako zemepisný termín v minulosti tiež znamenala nejaký druh podpory putujúcich na diaľkových obchodných cestách.

Idúc späť do obdobia ďaleko viac než tisíc rokov, slovo „kobyła“ malo ďalšie významy, ktoré sa dnes už zdanlivo i v skutočnosti celkom úplne stratili z dohľadu. Okrem toho, že mala ďalšie významy, slovo „kobyła“ objavuje sa v cyrilskom rukopise z jedenásteho storočia. Čiže, máme to zaručené, že samotné slovo „kobyła“ je aspoň tisíc rokov staré. V jednom etymologickom slovníku, ktorý prináša takzvanú praslovanskú slovnú zásobu (vyšiel v Moskve v r. 1983), sa uvádza mnohoraký význam slova „kobyła“.

Vieme, že kobyłka patrí hudobným nástrojom a kobyła patrí zapriať do koča alebo na chov tohto ušľachtilého druhu zvierat. Aké sú ďalšie, dnes už stratené významy tohto slova, si tu ozrejníme.

Čo nám prezrádza vzácny slovník praslovanštiny – je takmer neuveriteľné. Uvádza ďalšie významy slova „kobyła“, ako sú: „stanovište“, „miesto na státie“, „stanica“, „základ – podpora pre mašinu“. Týmto sa dostávame do situácie a pozície dívať sa na zemepisný útvar – kopec 514 metrov vysoký – Devínsku Kobylu ako na ešte doteraz neobjavené „odpočívadlo“ na križovatke diaľkovej obchodnej cesty Podunajskej a diaľkovej cesty Jantárovej. Chcem tu zdôrazniť, že významove sa tu „stretajú“ na prvý pohľad veľmi odlišné názvy Devínskej Kobylky v slovenčine a v nemčine.

Spoločne v oboch rečiach vyjadrujú ale spojitosť s predmetmi, ktoré nachádzame na zástavkách starovekých ciest, menovite: stajňa, koniareň, miera objemu, stanovište, miesto na státie, stanica, základ a podpora pre mašinu. Ďalej: vedro, korec, nabrat', načrieť. Predpoklad, že ide o odpočívadlo (rest area) na týchto Kobylách umiestnených popri antických a stredovekých diaľniciach, je umocnený tým, že veľké množstvo „Kobyl“ v rôznom a rozličnom hláskovaní sa nachádza pozdĺž celej Jantárovej cesty od Bratislavy a Devínu až po Baltické more v úsekoch vzdialených od seba 40-50 km. Ďalej tento predpoklad umocňujú nálezy (archeologické) veľkého množstva jantáru v okolí týchto menovaných geografických lokalít, ktoré majú vo svojom mene zapísaný základ slova kobyła. V celom úseku Jantárovej cesty od Baltického mora až po Jadranské more sme našli viac než dvadsať lokalít s menom Kobyla alebo s menom od Kobyla odvodeným.

Aby som bol stručný, v priebehu Jantárovej cesty sa nachádzajú lokality menom „Kobyła“ a lokality s menom odvodeným od slova „kobyła“ ako napríklad: Kobylki, Kobylín, Kobylec, Kobyle pole, Kobyla Wola, Kobyla Wies a mnoho iných mien majúcich so slovom „kobyła“ spoločný základ.

Tieto lokality „Kobyła“ a z tohto slova odvodenými menami sa pravidelne objavujú pozdĺž Jantárovej diaľkovej obchodnej cesty tak, aby boli pomerne ľahko dosiahnuteľné pre tie najprirodzenejšie príčiny, ktoré i dnes poznáme pri diaľkovom cestovaní.

Z literatúry o Rímskych cestách vieme, že na diaľkových cestách si Rimania dali záležať a to isté platilo aj o iných trasách – mať zariadenie na napájanie koní, dielne na opravu vozov, nocľah pre pocestných v rôznych triedach komfortu (základ, stred, luxus). Niektoré rímske nocľahy poskytovali služby prostitútiok, luxusný nocľah poskytoval štvoruholníkovú vilu s kúpaliskom v strede. Každá lepšia karavána mala stovky dvojkolesových kočov, stovky koňov a mulíc, ochranku i otrokov, samozrejme okrem skupiny obchodníkov alebo štátnikov.

Je dobre známa skutočnosť, že Jantárová cesta nemala len jednu jedinú trasu. Predovšetkým za 5 000 rokov trvania mala čas sa rozrásť. Mala trasu hlavnú a trasy alternatívne, trasy pašerácke a ďalšie rozvetvenia až cez Ukrajinu na Kaukaz ku Kaspickému moru, kde nadväzovala na cestu Hodvábnu. Východne od Čierneho mora sú aspoň dve

geografické lokality menom Kobyla. Samotná hlavná cesta viedla z Gdaňska na juh cez Toruň a Klodzko na Severnú Moravu, popri rieke Morave do Devína a od Devína do Aquiley pomocou starej Rímskej cesty. Radšej táto stará Rímska cesta využívala už nalinkovanú prehistorickú trasu Jantárovej Cesty.

Ostáva nezodpovedanou otázkou, či „Koliba“ v Bratislave (vyvýšenina na sever od mesta) nebola v minulosti takouto „Kobylou“. Slovo kobyla a koliba sú veľmi príbuzné a prešmyčkou vlastne značia to isté – dokonca Koliba si podržala dodnes viac charakteru miesta na prenocovanie a dočasný útulok než Kobyla. Pri rekonštrukcii stredovekej Bratislavy z hľadiska priebehu obchodných diaľkových ciest sa predpokladá, že Podunajská diaľková obchodná cesta vchádzala do mesta Laurinskou bránou a vychádzala z mesta bránou Vydrickou. Tu už von z mesta za Vydrickou bránou pokračovala alebo cez Dunajský brod alebo sa tiahla popri Dunaji na severozápad. Jantárová cesta prichádzajúca cez brod na Dunaji (oproti takzvanej Vodnej veži) vchádzala do mesta Vydrickou bránou, pokračovala Ventúrskou ulicou a opúšťala mesto bránou Michalskou – musela ísť na sever – teda pokračovala na Kolibu? Ďalej sa rozvetvovala a jedna vetva pokračovala na úpätí Malých Karpát na sever do Poľska a druhá pokračovala, predpokladám z Koliby, Lamačskou bránou ku rieke Morave a tak potom popri rieke Morave do Klodzka, smerom na Wroclav, Toruň, Gdaňsk až do oblasti Sankt Petersburgu.

O jantár samotný bol vždy záujem. Niekedy bol cenený viac než zlato. Je to organický materiál premenený zo živice už dnes nejestvujúcich stromov asi pred 20 miliónmi rokov, ktorý sa zbiera v Baltickom mori. Jantár našli v hrobách Kréty 1600 rokov pred Kr. a v Egypte v Pyramídach sa našiel jantár pochádzajúci z Baltickej oblasti datovaný 2400 až 3400 rokov pred Kr.

Je priamo nápadné, že mnohé miesta popri Jantárovej ceste, ktoré sú pomenované menom Kobyla alebo menom Kobyle podobným sú v blízkosti rieky alebo inej väčšej vodnej plochy, jazera. Dôvod? Potreba vody pre činnosť týchto starovekých, antických a stredovekých motelov.

Ďalej je až do očí bijúca skutočnosť, že trasa diaľkovej obchodnej cesty Podunajskej je lemovaná menami príbuznými Devínu – v slaviansky hovoriacich oblastiach. V nemeckom prostredí sú to Frauenburgs a v maďarskom prostredí sú to Leanvar. Všetky mená v troch rečiach znamenajú skoro jedno a to isté. Prečo je to tak, ostáva nám len špekulovať, ale je tu až veľmi nápadná podobnosť.

V závere chcem konštatovať, že ak je môj výsledok bádania cez jazykovú archeológiu správny, týmto pojednaním ukazujem súčasnej generácii archeológov – kde azda tiež majú sústrediť svoj výskum.

V tomto článku som sa pokúsil spojiť na základe bádania v praslovanskom slovom fonde dnes už stratené mnohé významy slova „kobyla“ s ich praktickým využitím v archeológii. Kde kopat? Na Kobyle a v okolí. Kde nasadiť použitie novej geomagnetickej metódy, ktorá umožňuje vidieť archeologické objekty, ich tvar a rozmiestnenie bez toho, aby sa museli vykopávať? Na Kobylách popri Jantárovej ceste. Za pokus to stojí. Obchodníci a pocestní iste zanechali po sebe viac hmatateľných artefaktov na „odpočívadlách“ – kobylách než hocikde inde.

V prípade, že moja interpretácia rôznych mien Devínskej Kobyle, v nemčine i v slovenčine, za pomoci nemeckých slovníkov a slovníka staroslovenského, tiež s fondom slov z praslovančiny, je správna, zaiste bude podnetom ďalšieho hľadania a výskumu našej

národnej minulosti. Príklad, ako slavistika môže mať i praktický význam a priniesť nové pohľady na staré veci. Vďaka sv. Konštantínovi – Cyrilovi, že v deviatom storočí pre nás zostavil slovanské písmo, pomocou ktorého sa praslovanské meno Kobyla zachovalo v rukopise písanom v cyrilike v XI. storočí s dnes už skoro úplne stratenými druhotnými významami. Tieto už dnes bežne neviditeľné archaické významy geografického mena „Kobyla“ som mal v úmysle pospájať a združiť pre praktické použitie.

Použitá literatúra ku článku:

- [1] BOTTAN, R.: Dvadsať prechádzok po starej Bratislave. Bratislava 1993, s. 18. ISBN 80-05-01124-5.
- [2] CEJTLIN, M.R. – VEČERKA, R.: Staroslovjanskij Slovar po Rukopisam X. – XI. Veka. Moskva 1999. s. 286. ISBN 5-200-02704-7.
- [3] DJAČENKO, G.: Polnyj Cerkevno-Slavjanskij Slovar. Otčij dom, Moskva 2002. s. 256. ISBN 5-86809-048-9.
- [4] FRANCK, I. M., - BROWNSTONE, D. M.: The European Overland Routes. USA 1990, s. 1-4. ISBN 0-8160-1877-4.
- [5] GAŽO, M. – HOLČÍK, S. – ZINSER, O.: Bratislava pred sto rokmi a dnes. Vydavateľstvo PT 2003, s. 29. ISBN 80-88912-45-8.
- [6] HALKO, M. A.: Devínska Kobyla. In: Mesačník Slováč v Amerike. Január 2011, s. 18.
- [7] JANOTA, I.: Oprášené historiky zo Starej Bratislavy. Vydavateľstvo PT 2006. s. 136-137. ISBN 80-89218-27-X.
- [8] KUČERA, M.: Bratislava a Starí Slováci. Matica slovenská, Martin 2009, s. 76. ISBN 978-80-7090-939-3.
- [9] MATULA, V.: Devín, milý Devín. Matica slovenská. Martin 2008, s. 82. ISBN 978-80-7090-856-3.
- [10] SPEAKE, J. (Editor) – HAIDER, P.W. (Author): Literature of Travel and Exploration, an Encyclopedia Vol. 3, R-Z Index. Business Journey from Carnuntum to Lake Goplo and Samland, in CE 65-67. Internet.
- [11] TRUBAČEV, O.N.: Etymologičeskij Slovar Slavjanskich Jazykov. Praslavjanskij Leksičeskij Fond. Vypusk 10. Izdatel'stvo Nauka, Moskva 1983, s. 93.
- [12] Wikipédia – Internetová Encyklopédia.
- [13] PLACHÁ, V.- HLAVICOVÁ, J.: Ranostredoveký Devín, vyd. Elán Bratislava 2011. ISBN 978-80-85331-65-3

Kontakt na autora:

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