

Zdravotníctvo a sociálna práca

Vedecký časopis

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

a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

ročník 10 | 2015 | číslo 1



| Ošetrovatelstvo | Verejné zdravotníctvo | LVM |
| Pedagogika | Sociálna práca |

Nové trendy v súčasnej sociálnej práci

ISBN: 978-80-89464-30-2

Š.Bugri, P.Beňo, M.Šramka

VŠ ZaSP sv. Alžbety
Bratislava



ÚSVaZ bl.P.P.
Gojdiča
Prešov



SOCIÁLNA PRÁCA, DOBROVOĽNÍCTVO,
MARGINALIZOVANÉ SKUPINY,
ZDRAVOTNE POSTIHNUTÍ, ETIKA, VARIA

Nové trendy v súčasnom zdravotníctve

ISBN: 978-80-89464-29-6

E.Pribišová, P.Beňo, M.Šramka

VŠ ZaSP sv. Alžbety
Bratislava



ÚSVaZ bl.P.P.
Gojdiča
Prešov



OŠETROVATEĽSTVO,
VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO,
EKONOMIKA A ZDRAVOTNÍCTVO



MAJÁK NÁDEJE

Nezisková organizácia MAJÁK Nádeje, n.o. bola založená v roku 2002 ako krízové centrum pomoci pre týrané ženy a deti. Od svojho vzniku poskytla pomoc už viac ako 2000 klientom. Pomáha im prekonať najťažšie chvíle života, v čase keď sa ocitnú sami bez pomoci a bez strechy nad hlavou - často s hlbokými ranami na duši. V súčasnosti využíva jej služby 23 mamičiek a 32 detí. Priestory, v ktorých žijú, však už potrebujú nevyhnutné opravy. Musíme vymeniť nábytok, opraviť okná i dvere, upraviť a vymaľovať prakticky celý interiér.

Chceme, aby MAJÁK NÁDEJE bol skutočným a pekným domovom pre všetkých, ktorí ho potrebujú.



...bez vlastnej strechy nad hlavou je MAJÁK NÁDEJE všetko, čo s maminkou máme..

AJ MALOU DAROVANOU SUMOU NÁM VEĽMI POMÔŽETE

číslo účtu MAJÁK NÁDEJE – 29 4999 9999 / 1100

www.majaknadeje.sk



MICROCOMP-Computersystém s.r.o.
je úspešným dodávateľom
informačných technológií a riešiteľom
projektov informačnej bezpečnosti.

——
systémová integrácia

——
dodávky hardvéru

——
dodávky dátových sietí

——
vývoj, úpravy a customizácia
informačných systémov

——
analytické práce

——
vytváranie a realizácia bezpečnostných
projektov informačných systémov

——
vzdelávanie, školenia

——
konzultácie pre zákazníkov

——
servisná podpora, záručný
a pozáručný servis

Sídlo

Kupecká 9
94901 Nitra
tel.: +421 37 6511306
fax: +421 37 6516166
obchod@microcomp.sk

Pobočka

Odborárska 5
83102 Bratislava
tel.: +421 2 53631221
fax: +421 2 53419854

Pobočka

Na troskách 16
97401 Banská Bystrica
tel.: +421 48 4143052
fax: +421 48 4143053

www.microcomp.sk

OBJEDNÁVKA

na časopis Zdravotníctvo a sociálna práca / Zdravotnictví a sociální práce

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

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

Závazne si objednávam:

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

Objednávky posielat'

Objednávky pre SR	Objednávky pre ČR	Vydavateľstvo SR	Vydavateľství ČR
Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. Heydukova 10, 812 50 Bratislava mobil: 00421 904700610 e-mail: msramka@ousal.sk č. účtu: 2925860335/1100 SR	Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca VSZ o. p. s., Dušková 7, 150 00 Praha 5, ČR mobil: 00420/777/17 22 58 e-mail: skorpikova@vszdrav.cz č. účtu: 246152872/0300, ČR	SAMOSATO, s.r.o., Bratislava Plachého 53, P.O. BOX 27 840 42 Bratislava 42, SR IČO: 35971509 IČ DPH: SK 202210756	Maurea, s. r. o. ul. Edvarda Beneše 56 301 00 Plzeň, ČR IČO: 25202294

Vedecký časopis Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave
Zdravotníctvo a sociálna práca • ročník 10. • rok 2015, číslo 1

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

Redakcia: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. - šéfredaktor; doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. - tajomník redakcie.

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

Redakčná rada: doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc. (Trnava); doc. Ing. Štefan Bugri, PhD. (Prešov); prof. PhDr. Paweł Czarnecki, PhD (Warszawa); prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD. (Prešov); doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD. (Bratislava); Prof. MUDr. Peter Šimko, PhD. (Bratislava); Prof. MUDr. Peter Fedor-Freybergh, DrSc. (Bratislava); doc. MUDr. Alena Furdová, PhD., MPH (Bratislava); prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. (Bratislava); JUDr. Alexander Gros (Nadlac); MUDr. Mikuláš A. Haľko (New York, USA); prof. MUDr. Peter Juriš, CSc. (Košice); Doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD (Příbram); prof. MUDr. Marián Karvaj, PhD. (Nové Zámky); prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. (Rožňava); doc. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. (Wien); prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc, Dr.h.c.mult. (Bratislava); doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD. (Plzeň); Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (Praha); prof. MUDr. Anna Sabová, PhD., (Nový Sad); prof. MUDr. Jaroslav Slaný, PhD. (Trnava); prof. MUDr. Jana Slobodníková (Trenčín); 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 Budějovice); Prof. JUDr. Robert Vlček, PhD., MPH (Bratislava); doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD. (Trnava).

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

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

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

Pretlač je dovolená s písomným súhlasom redakcie • Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú • 4 vydania ročne • EV 4111/10, Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • ISSN 1336-9326 • Zaregistrované MK ČR pod číslom E 19259 • ISSN 1336-9326. Číslo 1 / 2015 vyšlo dňa 31. 03. 2015.

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

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

OBSAH

<i>Šramka, M.</i> Editoriál	3
<i>Kozoň, V.</i> Reflexia odborného diela Alžbety Hanzlíkovej a rozvoj ošetrovateľstva	4
<i>Kozoň, V.</i> Ošetrovateľská konferencia Alžbety Hanzlíkovej 2015	10
<i>Kozoň, V.</i> Pamätná tabuľa doc. PhDr. Alžbety Hanzlíkovej, PhD.	15
<i>Boledovičová, M., Machová, A., Nováková, D., Schönbauerová, A.</i> Stravovací návyky školských detí	18
(Eating habits of school children)	
<i>Biró, Cs., Galbavý, A., Chaba, P.</i> Cytologické základy premalígnych a malígnych lézií prsníka	25
(Cytological basics of premalignant and malignant lesions of the breast)	
<i>Biró, Cs., Galbavý, A., Chaba, P.</i> Cytomorfologické aspekty benígnych lézií prsníka	30
(Cytomorphological aspects of benign lesions of the breast)	
<i>Sabol, M., Donát, R., Palaj, J., Chvalný, P., Mračna, P., Durdík, Š.</i> Neoadjuvancia v liečbe karcinómu rekta – súčasné trendy	34
(Neoadjuvance in therapy of rectal cancer – current trends)	
<i>Průšová, L.</i> Několik poznámek k praxi pěstounské péče na přechodnou dobu v ČR	43
(A few notes on the practice of temporary foster care in the Czech republic)	
<i>Tkáčová, M., Tarhaj, R.</i> Spoločne pre lepší život	47
(Together for better life)	
<i>Redakcia</i> Pokyny autorom pre písanie príspevkov	55

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca vznikol v roku 2006 na Ústave zdravotníctva a sociálnej práce bl. P. P. Gojdiča v Prešove Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave. Z odborného časopisu sa na základe kvality príspevkov čitateľov postupne vypracoval na vedecký časopis. Od roku 2009 sa stal nielen vedeckým časopisom ale aj medzinárodným časopisom, vychádza ako v slovenskej tak aj v českej verzii. Vaše príspevky v časopise sú teda i zahraničnými publikáciami. Od roku 2011 vychádza časopis na Slovensku aj v Čechách nielen v printovej ale aj internetovej forme. V snahe umožniť prístup študentom k časopisu je internetová forma zdarma. V roku 2014 vychádza už 9. rok a od čísla 3 sa rozšírilo tematické zameranie časopisu tak, že pokrýva jednak zdravotnícke odbory ako Ošetrovatel'stvo, Verejné zdravotníctvo, Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve (LVM), jednak ďalšie pomáhajúce profesie ako Pedagogika a Sociálna práca. Pristúpilo sa ku spolupráci s Fakultou zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Ako Supplementum vydáva časopis štrukturované abstrakty z medzinárodnej konferencie v Prešove. V plnom rozsahu vychádzajú príspevky už štvrtý rok v recenzovanom Zborníku vedeckých prác.

V záujme zvyšovania kvality časopisu články musia mať domáci (slovenský, český, poľský) abstrakt a anglický abstrakt. Časopis vychádza so súhrnom publikovaných príspevkov v domácom a anglickom jazyku. Našou dlhodobou snahou je, aby sa z časopisu postupne postupne časopis stredoeurópskeho významu. Záujemcom o uverejnenie príspevkov v časopise pripomíname potrebu dôsledne rešpektovať pokyny autorom pre písanie príspevkov.

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
Šéfredaktor

REFLEXIA ODBORNÉHO DIELA ALŽBETY HANZLÍKOVEJ A ROZVOJ OŠETROVATEĽSTVA

KOZOŇ, V.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava



Obr. 1: Alžbeta Hanzlíková

ÚVOD

V rozvoji každého vedného odboru a i oblasti praxe zohrávajú nezastupiteľnú úlohu osobnosti. Takou bola v odbore ošetrovateľstvo na Slovensku jednoznačne doc. PhDr. Alžbeta Hanzlíková, PhD.. Odborne sa venovala hlavne univerzitnému vzdelávaniu v ošetrovateľstve, komunitnému ošetrovateľstvu, regulácii a manažmentu v ošetrovateľstve, ošetrovateľskému poradenstvu, dejinám ošetrovateľstva ako aj gerontologickému ošetrovateľstvu a odbornej ošetrovateľskej pojmotvorbe.

RODINA A ŠTÚDIUM

Alžbeta Hanzlíková sa narodila 14. marca 1935 v Ružomberku v rodine Reindlových ako druhé dieťa z troch. Mladá Alžbeta i keď bola výborná žiačka nemohla ísť študovať na druhý stupeň gymnázia. Ako spomínala jej staršia sestra Judita, ktorá vyštudovala medicínu, ich otec, ktorý bol invalidom z prvej svetovej vojny rozhodol ináč. Bol vtedy veľmi chorý a

chcel aby jeho druhá dcéra mala rýchlejšie chlieb v rukách a preto študovala v novootvorenej Strednej zdravotníckej škole v Ružomberku, kde i v roku 1953 zmaturovala. Od toho času až do roku 1961 pracovala v ošetrovateľskom povolaní v klinickej praxi. Najprv pôsobila na chirurgickom oddelení nemocnice v Ružomberku (1953 – 1954) a potom v Martine (1955 – 1961). Skúsenosti z tejto klinickej praxe boli dobrým základom pre jej ďalšiu profesionálnu kariéru. Ju to ale lákalo za ďalším nielen praktickým poznaním a profesionálnym rastom. Rozhodla sa ísť študovať a stať sa učiteľkou ošetrovateľstva. V roku 1962 ukončila Špecializačný pedagogický seminár v Prahe a hneď nastúpila ako učiteľka na Strednú zdravotnícku školu v Martine. Zároveň využila možnosť ako jedna z prvých pokračovať diaľkovým štúdiom na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Práve vtedy bol novozaložený odbor učiteľstvo pre stredné zdravotnícke školy – aprobácia: psychológia a starostlivosť o chorých. Bolo to poprvýkrát čo sa na magisterskej úrovni na slovenskej univerzite otvorila možnosť študovať ošetrovateľstvo a Alžbeta bola jeho úspešnou absolventkou v roku 1966. Jej diplomová práca bola venovaná oblasti, ktorá jej bola z jej predchádzajúcej praxe blízka a to téme Psychológia chirurgického pacienta.

Spolu s manželom, veterinárnym lekárom MVDr. Vladimírom Hanzlíkom, za ktorého sa vydala v roku 1955, vychovali s láskou tri deti: Pavla, Alicu a Rudolfa. Bývali v meste Martin, kde žili bohatým spoločenským a kultúrnym životom až do roku 2005, kedy sa presťahovali do obce Necpaly. V tejto obci blízko Martina bol v rokoch 1901 až 1908 jej starý otec notárom a organistom v rímsko-katolíckom kostole. Starú budovu notariátu a priláhlé priestory upravili pre svoje bývanie a vytvorili tam tiež Obecné múzeum – Notariát. V priestoroch tohto múzea sú v jednej časti i dokumenty a predmety, ktoré dokumentujú odborný život a dielo Alžbety Hanzlíkovej.

PEDAGOGICKÉ PÔSOBENIE, VÝSKUM A MEDZINÁRODNÉ KONTAKTY

Učiteľské povolanie na Strednej zdravotníckej škole v Martine vykonávala veľmi rada. Bola členkou celoštátnej skupiny, v ktorej sa vypracovávali témy z teórie ošetrovateľstva a jej úlohou bolo i pedagogické formovanie učiteľov starostlivosti o chorých, z ktorých mnohí ešte vtedy nemali vysokoškolské vzdelanie. Pád komunizmu v Československu v roku 1989 a spoločensko-politické zmeny privítala pozitívne a svoje schopnosti pre rozvoj profesionálneho ošetrovateľstva plne využila na vysokoškolskej úrovni. Etapu praxe stredoškolskej učiteľky ukončila v roku 1991 a hneď v tom istom roku začala

vyučovať na Jesseniovej lekárskej fakulte univerzity Komenského v Martine. Práve tam bolo i jej pričinením a presvedčovaním kompetentných osobností v roku 1990 otvorené prvé jednodoborové magisterské štúdium ošetrovateľstva na Slovensku. Zároveň bol založený Ústav ošetrovateľstva, ktorého bola v rokoch 1992 – 2000, do dovŕšenia veku 65 rokov, vedúcou. Počas jej pôsobenia sa modifikovali učebné osnovy odboru ošetrovateľstva z biomedicínskeho na ošetrovateľský model. Pre rozvoj moderného ošetrovateľstva na Slovensku využívala skúsenosti a poznatky, ktoré získala priamo počas študijných pobytov na zahraničných univerzitách a to napr. v Groningene (NL), v Manchestri (UK), v Portlande (USA) a v Corku (IRL). Bola zapojená do medzinárodných projektov. V Írsku to bol projekt manažovania v zdravotníctve a potom projekt uskutočnený medzi vysokými školami zdravotníckeho zamerania v Škótsku. Taktiež udržiavala aktívne odborné kontakty s ošetrovateľskými odborníkmi vo všetkých krajinách Strednej Európy. Intenzívne študovala a prekladala hlavne z angličtiny a tým sprístupňovala poznatky o modernom ošetrovateľstve v zahraničí najmä svojim študentom.

V celoslovenskom rozsahu zrealizovala výskum na tému: Analýza postojov k zdraviu dospeléj populácie v roku 2000 na území Slovenska. Spolupracovala vo výskumnej skupine NEXT study, ktorá realizovala výskum v 10 európskych krajinách. Výskum bol riadený Európskou úniou a zaoberal sa problematikou predčasného odchodu ošetrovateľov z povolania. Výskum v oblasti komunitného ošetrovateľstva bol základom pre jej dizertačnú prácu a akademický titul PhD., ktorý získala na JLF UK Bratislava v Martine v roku 2003. Ako vysokoškolská učiteľka bola ďalej aktívna na viacerých vysokých školách napr. na Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka, na Katolíckej univerzite v Ružomberku a predovšetkým na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, kde bola v roku 2005 vymenovaná za hosťujúcu docentku (h.doc.). Tamtiež rigoróznou skúškou získala v roku 2005 akademický titul PhDr. Bola vynikajúcou prednášateľkou a svoje pedagogické majstrovstvo obhájila v roku 2007 na Jihočeskej univerzite v Českých Budějoviciach, kde bola habilitovaná za docentku v odbore Ošetrovateľstvo.

V rokoch 2001 až 2005 pôsobila ako expertka pre ošetrovateľstvo a veľmi aktívne a úspešne podporovala profesné aktivity Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) napr. koordinovaním činnosti pri zavádzaní medzinárodnej klasifikácie ošetrovateľskej praxe v projekte ICNP na Slovensku. Bola členkou Národnej komisie pre vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek SKSaPA. Zúčastnila sa i kongresov Medzinárodnej rady ošetrovateľov (ICN) v Taipej na Taiwane (2005) a v Durbane v

Juhoafrickej republike (2009). Udržiavala čulé kontakty na medzinárodnej úrovni s odborníkmi v inštitúciách poskytujúcich vysokoškolské vzdelávanie v ošetrovatel'stve v Českej republike (České Budějovice, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava, Praha) a v Maďarsku (Pécs, Nyíregyháza/Debrecen). Od roku 2002 zastupovala Slovensko ako členka pracovnej skupiny pre spoluprácu vo vzdelávaní a v rozvoji ošetrovatel'stva regiónov Karpatskej kotliny založenej v maďarskej Nyíregyháze. V Rakúsku nadviazala odborné kontakty s ošetrovatel'skou školou v Rudolfinerhause vo Viedni a to v roku 1994. Odborne bola aktívna v Rakúskej spoločnosti vaskulárneho ošetrovatel'stva, v ktorej jej bolo udelené v roku 1999 čestné členstvo. Pri svojich odborných vystúpeniach v zahraničí veľmi dôstojne a odborne erudovane reprezentovala slovenské ošetrovatel'stvo. Z ďalších profesných aktivít treba uviesť, že bola zakladajúcou členkou redakčnej rady časopisu Revue profesionálnej sestry, neskôr premenovaného na Revue medicíny v praxi. Taktiež bola členkou redakčnej rady časopisu INFO sestra. Okrem toho bola i členkou vedeckých rád na troch vysokých školách: Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku; Ústavu zdravotníctva a ošetrovatel'stva Trenčianskej univerzity A. Dubčeka v Trenčíne a Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n. o. Bratislava. Na úrovni ministerstva zdravotníctva SR pôsobila v komisii pre vzdelávanie v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii.

MYŠLIENKOVÝ ODKAZ

Odkaz doc. PhDr. Alžbety Hanzlíkovej, PhD., ako habilitovanej odborníčky v oblasti ošetrovatel'stva, je obsiahly. Jej bohatú publikačnú činnosť možno nájsť v odborných časopisoch a v zborníkoch. Vydala taktiež viaceré učebnice a v niekoľkých bola spoluautorkou. V roku 2011 jej vyšla monografia k tématike profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia, v ktorej predstavuje moderné chápanie profesionálneho ošetrovatel'stva. Súhrnne uverejnila v rokoch 1993 až 2012 viac ako 150 publikácií. Veľmi fundovane sa výskumne zaoberala a publikovala v oblasti gerontologického ošetrovatel'stva, ošetrovatel'ského poradenstva, dejín ošetrovatel'stva, vzdelávania a manažmentu ošetrovatel'stva, komunitného ošetrovatel'stva a ošetrovatel'skej pojmotvorby. Práve tématika výpovedne čistej ošetrovatel'skej pojmotvorby bola oblasťou, v ktorej mala jasno, nakoľko bola polyglotkou. Pri riešení problémov pomenovaní v oblasti ošetrovatel'stva a pojmotvorby jej bola veľmi nápomocná znalosť cudzích jazykov. Maďarčina, čeština, ruština, angličtina a

nemčina boli jazyky, ktoré plynule okrem slovenčiny ovládala a v odbornej komunikácii i aktívne využívala. Preto mala predpoklady a mohla sa zaoberať ošetrovateľskou pojmotvorbou v stredoeurópskom priestore a vytvoriť publikácie, ktoré boli uverejnené nielen na Slovensku, ale i v Česku, v Rakúsku a v Maďarsku. Schopnosť počúvať a tiež so zánietením jasne rozprávať o dôležitých veciach v ošetrovateľstve to boli jedny z viacerých osobnostných a profesionálnych schopností Alžbety Hanzlíkovej. Takto sa aktívne spolupodieľala na odbornej diskusii o „sesterstve a sestričkovaní“ ako závislého asistentského odboru k profesionálne zodpovednému a autonómnemu ošetrovateľstvu.

Okrem ošetrovateľstva sa pedagogicky intenzívne zaoberala i opatrovateľstvom a hospicovou starostlivosťou. V spolupráci s organizáciou Samaritán v Martine, kde bola dlhoročná garantka, pripravila učebné plány vzdelávacích kurzov 1. a 2. stupňa pre opatrovateľov a taktiež v nich vyučovala. Opatrovateľstvo považovala za veľmi dôležité v kombinácii s ošetrovateľstvom, pretože profesionálne ošetrujúci potrebujú vo svojej náročnej práci aj opatrujúcich, ktorí vykonávajú jednoduchšie každodenné obslužné činnosti pri poskytovaní starostlivosti o ľudí odkázaných, hendikepovaných, chorých a starých. Príprava opatrovateľov pre pomoc chorým a starším ľuďom ju viedla aj k intenzívnejšiemu vzťahu pre túto oblasť. Hospicovej starostlivosti sa aktívne venovala i so svojim manželom v neziskovej organizácii Hospice v Martine. Od jej založenia bola zvolená do funkcie podpredsedníčky a koordinátorky pre vzdelávanie pracovníkov hospicov, najmä ošetrujúcich. Bola spoluorganizátorkou celoslovenských kurzov hospicovej starostlivosti a tiež medzinárodných konferencií s touto tematikou v rokoch 2006, 2008 a 2010.

Myšlienky Alžbety Hanzlíkovej boli vhodne publikované a tým je s nami ideovo v stálom spojení. Ostatnýkrát svoje názory o profesionálnom ošetrovateľstve uverejnila ako spoluautorka v knižnej publikácii „Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku“, ktorá bola vydaná v roku 2012. Alžbeta Hanzlíková sa väčšinu svojho života venovala profesionálnemu odovzdávaniu vedomostí a skúseností študentom ošetrovateľstva. Má veľké množstvo vďačných absolventov, ktorých s láskou a zánietením pre ošetrovateľstvo vzdelávala. Taktiež má mnoho priateľov a známych, ktorí udržiujú jej myšlienkový odkaz živý. A i preto sa konala Ošetrovateľská konferencia Alžbety Hanzlíkovej 2015.

LITERATÚRA

1. HANZLÍKOVÁ A., 2011. Profesionálne ošetrovateľstvo a jeho regulácia. Martin, Vydavateľstvo Osveta, 155 s.

2. BAŠKOVÁ M., HANZLÍKOVÁ A., KOZOŇ V., JANKECHOVÁ M., 2012. Jednoodborové univerzitné ošetrovateľské vzdelávanie na Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave 1990-2012. In: KOZOŇ V. et al.: Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku. Wien, ÖGVP Verlag, 35-46.
3. KOZON V., HANZLÍKOVÁ A., BETLEHEM J., JURÁSKOVÁ D., WALTER I., 2010. Berufsbezeichnungen der Fachpflege müssen der Profession entsprechen. Österreichische Pflegezeitschrift, 63, 4, 10-13.
4. KOZOŇ V., HANZLÍKOVÁ A., BETLEHEM J., JURÁSKOVÁ D., WALTER I., 2010. Adalékok a professzionális ápolástudomány fogalomrendszeréhez Közép-Európában. (Notes on the Terminology of Professional Nursing in Central Europe), Nővér, A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice, Column of Hungarian Scientific Society of Nursing, 23, 3, 3-8.
5. KOZOŇ V., BAŠKOVÁ M. (ed.) 2015. Alžbeta Hanzíková a rozvoj ošetrovateľstva. JLF UK, Martin, 128 s. Online:
https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-porodnej-asistencie/upas/Kniha_-_Kozon_2c_Baskova__28ed._29_Hanzlikova_a_rozvoj_osetrovatelstva._JLF_UK__2c_Martin_2c_2015.pdf (13.3.2015).

Kontaktná adresa:

prof. PhDr. Vlastimil Kozon, PhD.

e-mail: vlastimil.kozon@univie.ac.at

OŠETROVATEĽSKÁ KONFERENCIA ALŽBETY HANZLÍKOVEJ 2015

KOZOŇ, V.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

Na pôde Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine sa 13. marca 2015 uskutočnila ošetrovateľská konferencia venovaná Alžbete Hanzlíkovej. V príspevkoch od jej dlhoročných blízkych odborných spolupracovníkov V. Kozoňa, J. Betlehema a V. Tóthovej bolo reflektované jej životné dielo z odborného hradiska, s dosahom i do zahraničia.

Alžbeta Hanzlíková započala svoju vedeckú kariéru na Jesseniovej lekárskej fakulte UK, kde bola iniciátorkou vysokoškolského štúdia v odbore ošetrovateľstvo. V novovytvorenom odbore bola vedúcou Ústavu ošetrovateľstva JLF UK - ako prvého pracoviska tohto typu na Slovensku. Na svojom konte má viac ako stopäťdesiat publikácií a to vo forme vedeckých a odborných článkov, monografií a učebníc.

Ďalšie konferenčné príspevky, ktoré mali priamy súvis k odbornej tématike, s ktorou sa zaoberala A. Hanzlíková, boli odprednášané odborníkmi zo Slovenska a z Česka a to M. Tomagovou, E. Vachkovou, E. Hlaváčkovou, E. Lorenzovou, M. Jankechovou a V. Simočkovou. Veľmi zaujímavé boli na tejto konferencii odprednášané i jednotlivé posterové prednášky autormi V. Gígalovou, K. Maloňovou-Friedlovou, M. Mackovou, M. Moravcovou, K. Zrubákovou, A. Šefčovičovou, J. Škvrňákovou, V. Blanařom, R. Lebedinskou, J. Pospíchalom a M. Novysedlákovou. Všetky tieto odborné prednášky boli vydané v publikácii „KOZOŇ V., BAŠKOVÁ M. (ed.) 2015. Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovateľstva. JLF UK, Martin“ a je širokej odbornej verejnosti bezodplatne stiahnuteľná na https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-porodnej-asistencie/upas/Kniha_-_Kozon_2c_Baskova__28ed._29_Hanzlikova_a_rozvoj_oseetrovatelstva._JLF_UK__2c_Martin_2c_2015.pdf

Udelenie Brošne za zásluhy o rozvoj univerzitného ošetrovateľstva / Brosche für Verdienste um die Entwicklung der universitären Pflege / Decoration for Merit to the Development of University Nursing

Za rozvoj univerzitného ošetrovateľstva bolo v rámci tejto konferencie ocenených osem osobností, z nich päť z Jesseniovej lekárskej fakulty UK, ktorí boli slávnostne dekorovaní najvyšším ocenením - Zlatou brošňou za zásluhy o rozvoj univerzitného ošetrovateľstva. Podnetom na vytvorenie tohto ošetrovateľského ocenenia bola reflexia polstoročia univerzitného vzdelávania v ošetrovateľstve na Slovensku v rokoch 1962-2012. Toto ošetrovateľské vyznamenanie v troch stupňoch sa udeľuje od roku 2012 osobnostiam, ktoré sa významne pričinili o rozvoj univerzitného ošetrovateľstva a to ako domácim tak i subjektom zo zahraničia. Register udelených ocenení s menami ich nositeľov je vedený a archivovaný u ÖGVP vo Viedenskej medicínskej akadémii.



Obr. 1: Zlatá brošňa za zásluhy o rozvoj univerzitného ošetrovateľstva



Obr. 2: Ocenení Zlatou brošňou za zásluhy o rozvoj univerzitního ošetrovatel'stva, 13. 3. 2015.

zľava: prof. MUDr. **Michal Drobný**, DrSc., prof. MUDr. **Štefan Straka**, DrSc., prof. MUDr. **Dušan Meško**, PhD., doc. MUDr. **Dušan Mištuna**, CSc., doc. MUDr. **Želmíra Fetisovová**, PhD., doc. Dr. **József Betlehem**, RN, MNS, MEdu, PhD, EMT, doc. Dr. **Katalin Papp**, PhD., Prof. HND, RMN **Tony Warne**, MBA, PhD.

Počas slávnostného dekorovania v laudáciách vyzvihla M. Bašková zásluhy nasledujúcich osobností o založenie samostatného študijného odboru ošetrovatel'stvo na JLF UK v Martine a to v úzkej a úspešnej spolupráci s A. Hanzlíkovou:

prof. MUDr. Michal Drobný, DrSc., ktorý pôsobil ako prvý porevolučný dekan JLF UK v rokoch 1989 až 1991. Vďaka jeho mimoriadnej iniciatíve a podpore sa v Martine v roku 1990 otvorilo univerzitné vzdelávanie v ošetrovatel'stve;

prof. MUDr. Štefan Straka, DrSc., bol prodekanom JLF UK v rokoch 1989 až 1997. Bol jedným z najvýznamnejších podporovateľov tohto odboru na fakulte, pomáhal pri jeho rozvíjaní počas prvých rokov jeho existencie. Bol školiteľom prvých absolventiek doktorandského štúdia ošetrovatel'stva;

prof. MUDr. Dušan Meško, PhD., bol prodekanom JLF UK v rokoch 1994 až 2000. Z pozície svojej funkcie sa zaslúžil o rozvoj ošetrovatel'stva na JLF UK, dlhodobo pôsobil ako garant študijného programu Ošetrovatel'stvo na JLF UK a bol školiteľom absolventiek doktorandského štúdia ošetrovatel'stva;

doc. MUDr. Dušan Mištuna, CSc., mimoriadny profesor JLF UK, bol prvým vedúcim Ústavu ošetrovatel'stva v rokoch 1990 až 1992. V rokoch 2007 až 2011 bol dekanom JLF UK. Významnou mierou podporoval rozvoj ošetrovatel'stva počas prvých rokov jeho existencie;

doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD., prevzala vedenie ústavu ošetrovatel'stva po doc. Alžbete Hanzlíkovej v roku 2000. Zaslúžila sa o ďalší rozvoj ošetrovatel'stva na JLF UK. Bola školiteľkou doktorandského štúdia ošetrovatel'stva.

Medzi ocenenými boli aj traja zahraniční odborníci:

doc. Dr. József Betlehem, PhD., dekan Fakulty zdravotníckych vied v Pécsi, dlhoročný súputník A. Hanzlíkovej a podporovateľ ošetrovatel'ského vzdelávania v strednej Európe;

doc. Dr. Katalin Papp, PhD., ktorá významnou mierou prispieva k rozvoju ošetrovatel'stva v Maďarsku, a

prof. Tony Warne, PhD., z Veľkej Británie, ktorý taktiež udržiava dlhoročné intenzívne odborné kontakty so Slovenskom a výrazne dopomohol k pozdvihnutiu slovenského univerzitného ošetrovateľstva na medzinárodnú úroveň.



Obr. 3: 31 osobností konferencie, prednášajúci, ocenení a hostia na JLF UK v Martine, 13.

3. 2015

1. rad dole zľava, 11 osobností: doc. MUDr. **Ján Bielik**, CSc., prof. Mgr. **Katarína Žiaková**, PhD., prof. MUDr. **Michal Drobný**, DrSc., doc. PhDr. **Štefánia Andraščíková**, PhD., MPH, prof. MUDr. **Katarína Adamicová**, PhD., doc. MUDr. **Dušan Mištuna**, CSc., MVDr. **Vladimír Hanzlík**, prof. MUDr. **Miron Šramka**, DrSc., doc. PhDr. **Helena Kadučáková**, PhD., prof. PhDr. **Vlastimil Kozoň**, PhD., Dr. **Imre Semsei**

2. rad, 3 osobnosti: prof. MUDr. **Arnošt Pellant**, DrSc., prof., PhDr. **Mária Kilíková**, PhD., doc. PaedDr. PhDr. **Viera Simočková**, PhD.

3. rad, 13 osobností: PhDr. **Melanie Beťková**, PhD., PhDr. **Eva Červeňanová**, PhD., doc. PhDr. **Mária Zamboriová**, PhD., PhDr. **Monika Jankechová**, PhD., doc. MUDr. **Želmíra Fetisovová**, PhD., doc. Dr. **József Betlehem**, RN, MNS, MEdu, PhD, EMT, doc. Dr. **Katalin Papp**, PhD., Prof. HND, RMN **Tony Warne**, MBA, PhD., prof. PhDr. **Valérie Thótová**, PhD., **Alica Hanzlíková**, doc. MUDr. **Anna Lesňáková**, PhD., doc. PhDr. **Gabriela Vörösová**, PhD., doc. Mgr. **Martina Bašková**, PhD.

4. rad hore, vzadu, 4 osobnosti: prof. MUDr. **Štefan Straka**, DrSc., Dr. **Attila Sárváry**, prof. MUDr. **Dušan Meško**, PhD., Mgr. **Mária Korintušová**

Ošetrovateľskú konferenciu Alžbety Hanzlíkovej, ktorá sa konala pod záštitou dekana JLF UK prof. MUDr. Jána Danku, CSc., organizovala JLF UK v spolupráci s HOSPICE-EDU, o. z. v Martine, ÖGVP Wien, vysokými školami vzdelávajúcimi v odbore ošetrovateľstvo na Slovensku, v Čechách, v Maďarsku a v Rakúsku a Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek v Martine. Zúčastnilo sa jej okolo tristo účastníkov z oblasti ošetrovateľstva a lekárstva. Odborná konferencia konaná v Aule magna JLF UK bola ukončená slávnostným odhalením bronzovej pamätnej dosky doc. PhDr. Alžbete Hanzlíkovej, PhD. vo vestibule Ústavu M. R. Štefánika.

LITERATÚRA

1. HANZLÍKOVÁ A., 2011. Profesionálne ošetrovateľstvo a jeho regulácia. Martin, Vydavateľstvo Osveta, 155 s.
2. KOZON V. et al.: Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku. Wien, ÖGVP Verlag, 324 s.
3. KOZON V., BAŠKOVÁ M. (ed.) 2015. Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovateľstva. JLF UK, Martin, 128 s. Online:
https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-porodnej-asistencie/upas/Kniha_-_Kozon_2c_Baskova__28ed._29_Hanzlikova_a_rozvoj_oseetrovatelstva._JLF_UK__2c_Martin_2c_2015.pdf (13.3.2015).

Kontaktná adresa:

prof. PhDr. Vlastimil Kozon, PhD.
e-mail: vlastimil.kozon@univie.ac.at



PAMÄTNÁ TABUĽA Doc. PhDr. ALŽBETY HANZLÍKOVEJ, PhD.

KOZONĽ, V.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava



Dňa 13. marca 2015 sa konala v Ústave M. R. Štefánika významná udalosť. Bola odhalená pamätná tabuľa z bronzu doc. PhDr. Alžbete Hanzlíkovej, PhD. Na základe myšlienok MVDr. Vladimíra Hanzlíka, manžela doc. Hanzlíkovej, bol pripravený nasledujúci text Mgr. Robertom Škulom a tento bol pred odhalením pamätnej tabule slávnostne prednesený umelcom Viliamom Hriadelom.

Našej najdrahšej priateľke,

ALŽBETE SLOVENSKEJ,

ktorá silou svojho ducha dokázala prekonať všetky prekážky a svojou múdrosťou a vytrvalosťou zvíťazila nad zlom závisťou a neprajníctvom.

Nech ešte dlho žije medzi nami a zachová si silu Ducha, aby dokončila svoje dielo sestra roka 2007!

Takto prorocky oslovila docentku doktorku Alžbetu Hanzlíkovú, doktorku filozofie, jej celoživotná súputníčka Mgr. Oľga Hanselová rod. Rodáková. Prorocky preto, lebo dielo Alžbety Hanzlíkovej, nech je akékoľvek významné, nie je ukončené. Je to poslanie, ktoré je

časovo univerzálne, určené na rozvoj a zrenie, pretože práca našej drahej Eržiky, ako sme ju familiárne oslovovali, je víziou i tvoriteľkou princípov. Priateľka z detstva i kolegyňa z branže Oľga Hanselová tak v súkromnom blahoželaní poodhalila význam diela docentky Hanzlíkovej do ďalekej budúcnosti. Preto sme si z jej z blahoželania pri príležitosti 73. narodenín pani Hanzlíkovej dovolili v úvode nielen zacitovať z tohto milého dokumentu, ale aj zmeniť jedno jediné slovo.

Teda nie „mojej“ drahej priateľke, ako uvádza Oľga Hanselová, ale našej drahej priateľke. Teda priateľke vedy, univerzity, kultúry a najmä človeka, želáme k najtrajším nedožitým osemdesiatym narodeninám samé dobré nadčasové veci. Tak ako je nadčasová jej tvorba, tak ako je nadčasová jej účasť na zmene osudov, tak ako je nadčasové jej bytie v bytí mnohých významných, ale aj jednoduchých či dokonca neznámych ľudí.

Porozpráva nám o tom aj pamätná tabuľa, ktorú z iniciatívy viedenského profesora Vlastimila Kozoňa a manžela docentky Hanzlíkovej doktora Vladimíra Hanzlíka vytvoril akademický sochár Peter Bukovský. Tabuľa je inštalovaná práve vo vestibule Ústavu M. R. Štefánika, kde Alžbeta Hanzlíková pôsobila ako stredoškolská učiteľka takmer tri desiatky rokov. Veľká vďaka patrí nielen majiteľovi budovy Slovenskému Červenému krížu, ktorý inštaláciu povolil, ale aj dekanátu Jeseniovej Lekárskej fakulty Univerzity Komenského za ich podporu na tomto významnou podujatí.

Docentka Hanzlíková odišla od nás na vrchole svojho veľkolepého diela. Jej odchod sa nás dotkol o to bolestnejšie, že bola nositeľkou rozvoja ošetrovateľstva nielen na Slovensku, ale aj ďaleko za jeho hranicami. O to dôraznejšie sa nás zasiahli slová profesorky Zory Frkáňovej, nositeľky Medaily Za zásluhy udelenej na pražskom hrade prezidentom Václavom Havlom, ktorá prehovorila v bolestný deň rozlúčky s docentkou Hanzlíkovou zo srdca každého z nás: „Je mi ľúto, že nám odišla ozajstná osobnosť, veľká nielen tým, čo dokázala vo svojom povolaní, ku ktorému mala mimoriadne hlboký vzťah, ale aj svojim čistým, rýdzim charakterom, ktorá svojou priebornosťou a cieľavedomosťou mohla toho ešte veľa vykonať.“.

Alžbeta Hanzlíková, hodná mena svojej menovkyne sv. Alžbety Uhorskej, tak ako ona po celý život rozdávala kvety Milosrdenstva – na poli vedy, školy i každodenného života trpiacich. Azda preto sa jej dostalo tej cti, že odpočíva doslova v tóni Domu Milosrdného – neďaleko unikátneho Kostola sv. Ladislava v Necpaloch. Tu sa po dlhých rokoch znovu dotkla svojho starého otca Štefana Reindla, na ktorého pomníku má umiestnenú svoju náhrobnú tabuľu. Oznamuje tak celému svetu ako si ctí svoj národ, ktorému dal Štefan Reinld

prvú slovenskú zbierku vianočných piesní knižne vychádzajúcu ešte v poslednej tretine 19. storočia. Z Necpál Alžbeta Hanzlíková, rod. Reindlová, ako vnučka posledného rakúsko-uhorského notára Štefana Reindla, zvestuje Európe aj iné dobré správy. So svojim manželom Vladimírom Hanzlíkom na bývalom Notariáte založili unikátne rovnomené súkromné múzeum, ktoré je svedectvom európskeho významu tejto neveľkej turčianskej obce. Necpaly vstúpili pevným krokom do posledných troch storočí európskych dejín vďaka vzdelaniu, kultúre, priateľstvu medzi národmi a vyznávaníu všeľudských ideálov. Teda hodnôt, ktoré presne charakterizujú aj život a dielo docentky Alžbety Hanzlíkovej. Bola oporou a metou nielen svojmu manželovi Vladimírovi, ale podporovateľkou všetkého dobrého medzi ľuďmi, liečila nielen slovom, uisťovala nielen dotykom, ale presvedčovala hlavne svojou úchvatnou prítomnosťou. Prítomnosťou, ktorá ostáva a ostane v nás bez ohľadu na to, ako sa na svete bude merať čas.

Ďakujeme pani docentka Hanzlíková! Prvá slovenská Sestra roka, ďakujeme Vám za to, že ste boli skutočnou sestrou všetkých ľudí, ktorých v živote stretli. Česť Vašej úctyhodnej pamiatke!



Obr. 1: Odhalená pamätná doska A. Hanzlíkovej, z ľava: V. Hanzlík, V. Kozoň, M. Šramka, v Martine, 13. 3. 2015

Kontaktná adresa:

prof. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD., e-mail: vlastimil.kozon@univie.ac.at

STRAVOVACÍ NÁVYKY ŠKOLNÍCH DĚTÍ

EATING HABITS OF SCHOOL CHILDREN

Boledovičová, M., Machová, A., Nováková, D., Schönbauerová, A.

*Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Zdravotně sociální fakulta,
Jihočeská univerzita České Budějovice*

Abstrakt

Prvním předpokladem podpory zdraví v rodinách s dětmi jsou dobré stravovací návyky a vhodné složení stravy. Velmi důležitou zásadou je také kultura stolování a příjemná atmosféra při rodinném stole, což přispívá nejen k dobré rodinné pohodě, ale také k zamezení vzniku nechutenství a žaludečních nevolností dětí. Cílem studie bylo analyzovat výživu a stravovací návyky školních dětí jako významnou sociální determinantu zdraví. Na sběr údajů byl použit strukturovaný hloubkový rozhovor, zaměřený na zjištění výživy jako sociální determinanty u rodin s dětmi. Věcné položky byly zaměřené na stravovací návyky školních dětí, společné stravování a pitný režim, konzumaci ovoce, zeleniny a mléčných výrobků. Výzkumný soubor tvořilo 11 rodin žijících v Jihočeském kraji a zařazujícím kritériem byla společná domácnost rodiny s dětmi, ze kterých alespoň jedno bylo ve věku 6 – 15 let a ochota spolupracovat. V rodinách bylo 21 školních dětí. Zjistili jsme, že ve stravovacím režimu rodin se vyskytovalo mnoho nedostatků, problémem byly zejména snídaně u dětí a také obědy zejména starších školáků, kteří ve většině případů nebyli spokojeni se stravou ve školních jídelnách. Pozitivním zjištěním bylo dodržování pitného režimu u většiny školních dětí a také konzumace ovoce.

Klíčová slova

Sociální determinanty zdraví – výživa – děti – školní stravování – pitný režim.

Abstract

First prerequisite for sustained health of families with children is good eating habits and suitable diet. Another important principle is pleasant dining culture and amiable atmosphere at the family table which helps not only to maintain good family welfare but also prevents the emergence of lack of appetite and digestive disorders in children. The aim of this study was to analyse the nutrition and eating habits of school children as an important social determinant of health. Structured interviews aimed at finding the influence of nourishment as a social determinant on health of families with children were used for data collection. Material items were focused on the eating habits of the children, food preparation, common meals and the drinking regime. The test group comprised of 11 families in South Bohemian region with the including criteria being common household of the family with children with at least one in the age of 6 – 15 years of age and willingness to collaborate. The group thus included 21 school children from the given families. Many shortcomings were found in the feeding routines of the families, particularly regarding breakfasting and also lunching of the older school children who were in large part dissatisfied with the quality of school meals. Keeping to the drinking routine and sufficient fruit consumption can be both defined as positive findings of this study.

Key words

Social determinants of health – nutrition – children – school meals – fluid intake.

ÚVOD

Dobré stravovací návyky a adekvátní zásobování potravinami má zásadní význam pro podporu zdraví a životní pohodu. Výživa je jednou z důležitých determinant zdraví, která ovlivňuje zdravotní stav člověka a následně i délku života. Její úroveň závisí na přírodních a hospodářských podmínkách a na politické orientaci ve světě. Hospodářský růst a zlepšování bydlení a hygieny přinesly sebou epidemiologický přechod od infekčních k chronickým onemocněním, jako jsou onemocnění srdce a nádorová onemocnění. Současně proběhla i nutriční změna a změnily se i stravovací návyky, zejména v západní Evropě, směrem k nadměrné spotřebě energeticky bohatých tuků a cukrů, což vedlo ke zvýšenému výskytu obezity (1). Stravování dětí je důležitou součástí jejich života a pro zdravý vývoj je nevyhnutelné, aby dostávaly stravu smíšenou a pestrou, nejen kvůli aktuální potřebě, ale i pro vytváření chuťových návyků na celý život. Každá jednostrannost může vést k chronickému nedostatku některé z potřebných živin. Na životosprávu dětí má vliv nejen skladba stravy, ale také stravovací návyky celé rodiny. Velmi důležitou zásadou je kultura stolování a příjemná atmosféra u rodinného stolu, což přispívá nejen k dobré rodinné pohodě, ale i k zamezení vzniku nechutenství a žaludečních nevolností dětí. Významný je i pitný režim dětí, na který se často zapomíná a je potřeba aktivně připomínat jeho dodržování. Z nápojů jsou vhodné pitná voda, čaje, minerální vody, ovocné šťávy, ne však nápoje příliš slazené a s oxidem uhličitým (2). Školní stravování je významnou složkou celodenního stravování žáků a studentů. Ve školních jídelnách v České republice se denně stravuje asi 1 354 000 žáků a kryje 35 – 60 % jejich denní stravy. Tento způsob kompletního servisu zajištění stravování žáků mimo domácí prostředí je v rámci EU i světa unikátní (3). V období choroby a rekonvalescence u dětí se často, kromě změny životního režimu, mění i způsob stravování, který bývá mnohokrát jeden z nejdůležitějších léčebných opatření. Mnohé studie dokumentují vliv nesprávné výživy v patogenezi závažných zdravotních problémů, jakými jsou kardiovaskulární a nádorová onemocnění, obezita, diabetes mellitus, či osteoporóza (4,5), které se ve většině případů projeví v dospělém věku, vyvíjejí se však roky až desetiletí a často jsou důsledkem nesprávné výživy v dětství a adolescenci (6).

CÍL A METODIKA

Cílem pilotní kvalitativní studie bylo analyzovat výživu jako sociální determinantu školních dětí. Výzkumným nástrojem byl strukturovaný hloubkový rozhovor, který byl zaměřený na zjišťování údajů o vlivu sociálních determinant na zdraví rodin s dětmi žijícími v Jihočeském kraji. Z deseti zkoumaných determinant (sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální podpora, závislosti, doprava) jsme analyzovali výsledky jednoho z nejdůležitějších vlivů a to je výživa. Pro determinantu výživa jsme vytvořili 12 otevřených otázek, které byly zaměřené na stravovací návyky především školních dětí, pitný režim, konzumaci ovoce, zeleniny a mléčných výrobků. V demografických údajích jsme zjišťovali věk rodičů a dětí, počet nezaopatřených dětí a způsob soužití rodiny. Základním souborem byly rodiny žijící v Jihočeském kraji, ze kterých byl záměrným výběrem vytvořený výzkumný soubor. Tvořilo ho 11 rodin a zařazujícím kritériem byla společná domácnost rodiny s dětmi, ze kterých alespoň jedno navštěvovalo základní školu a

ochota spolupracovat. V rodinách bylo 21 školních dětí a určeným dotazovaným za rodinu byla nejčastěji matka. Údaje jsme podrobili kvalitativní analýze na základě kódování rozhovorů a následné kategorizace.

VÝSLEDKY A INTERPRETACE

Z pilotní kvalitativní studie prezentujeme výživu školních dětí jako významnou sociální determinantu zdraví. Po nasycení odpovědí o výživě jsme rozhovory ukončili, protože se údaje již opakovaly. Zkoumané rodiny tvořilo 10 manželských párů a jeden partnerský vztah. Průměrný věk u matek byl 39,09 roku a otců 40,8 roku. Z 21 dětí měla jedna rodina 3 děti, osm rodin mělo po dvě děti a po jednom dítěti bylo ve dvou rodinách a jejich průměrný věk byl 13,37 roku. Na stravování má velký vliv i finanční stránka a proto jedna z otázek zjišťovala, kde na škála 0-10 by zařadili sociální postavení rodiny. Průměrnou hodnotou bylo 6,18, což pokládáme je zařazení v příznivějším polovině. Čistý finanční příjem na jednu rodinu na měsíc byl v průměru 35 272.- Kč, nejnižší 15 000.- Kč a nejvyšší 55 000.- Kč. Jedna rodina nebyla ochotna uvést svůj měsíční příjem. Sedm rodin bylo s výškou spokojených a čtyři jsou víceméně spokojené a přijali by i více. Jedna rodina žijící v partnerském vztahu jako druh družka hospodařila zvlášť a partner přispíval na domácnost pouze 3 500.- Kč. Žádná z rodin nepobírala sociální příspěvek.

Způsob výživy v rodině

K pravidlům racionální výživy patří pravidelnost příjmu jídla v průběhu dne a rozdělení celkové denní dávky jídla na 5 dávek/porcí, z toho 3 hlavní denní jídla a 2 svačiny (7, 8). V našem vzorku pravidelné stravování 5krát denně uvedly pouze 3 rodiny, ostatní měly nepravidelný stravovací režim. Rodina by měla alespoň o víkendu a ve sváteční dny věnovat stolování zvýšenou pozornost, což se i v našem výzkumu potvrdilo, kdy 90 % rodin společně obědvalo, případně snídalo. Uvedly, že společné stolování znamená „*Aby věděli, kam patří, aby věděli, že jsme tam pro ně, aby nás znali, aby věděli, že jsou prostě věci, které má ta rodina dělat společně*“ nebo „*sejdeme se společně minimálně u jednoho jídla denně (vždy oběd), někdy také večeře či snídane.*“ Společné jídlo pro rodinu znamená okamžik sounáležitosti a spojuje aspekty orální, chuťové a verbální slasti. Konverzace v průběhu jídla posilňuje potěšení z něho a předchází hltání, což je z kulturního hlediska velmi cenné. Děti se od rodičů učí základním pravidlům stolování už od dětství, v našem případě byly stravovací návyky dětí více ovlivňované matkou. Vzdělání rodičů ve vývoji stravovacích návyků dětí hraje důležitou úlohu. Je obvyklé, že rodiče s nižším vzděláním nebo rodiny s nižší socio-kulturní úrovní zařazují do jídelníčku méně zdravé varianty pokrmů, což se potvrdilo i našem výzkumu (9).

Snídane

Snídane by měly tvořit asi 20 - 25 % celkového denního příjmu energie (10). Je dokázáno, že nepravidelné snídání má vliv na kognitivní funkce dítěte, má nepříznivý vliv na schopnost jeho učení se a uvádí se souvislost s rizikem vzniku obezity (11, 12). S tím souvisí i únava, nepozornost a bolesti hlavy, což se může negativně projevit na školních výsledcích. Jedním z důvodů je skutečnost, že nepravidelný příjem snídání patří mezi nejčastější

nedostatky v stravovacím režimu rodičů a dětí. Výsledky 47 studií uskutečněných v Evropě a Spojených státech amerických poukázaly na fakt, že 10 – 30 % dětí nesnídá (13), což koresponduje i s výsledky našeho výzkumu. V této souvislosti se často polemizuje, zda je vůbec potřebné, aby děti snídaly. Výzkumné práce z posledních let poukazují na rizika související s vynecháváním snídání a přinášejí argumenty ve prospěch jejich pravidelné konzumace. U dětí, které snídají, se pozorovalo celkově lepší nutriční složení stravy a vyváženější příjem živin v porovnání s dětmi, které je vynechávají (14). Kromě nepravidelného příjmu snídání bylo u obézních dětí pozorováno i častější vynechávání dopolední a odpolední svačiny (15), což se prokázalo i v našem případě. V našem vzorku snídalo pravidelně pouze 5 školních dětí. Některé dívky místo kvalitní snídaně vypily pouze čaj nebo bílou kávu, kterou si jedna dívka brala s sebou do školy jako svačinu. Dokonce ve třech případech uvedli, že si „*jen tak něco vezmou do ruky*“. Děti matek s vysokoškolským a středoškolským vzděláním s maturitou konzumovaly snídání pravidelněji, zatímco co ve skupině dětí, jejichž matky měly nižší vzdělání, snídaly nepravidelně. Podobný vztah jsme pozorovali i v závislosti se vzděláním otce.

Dopolední svačina

Dopolední svačinu pravidelně konzumovalo pouze 6 dětí, nejčastěji chleba se šunkou nebo jogurty. Dvě rodiny uvedly, že ve škole děti dostávají na svačinu a oběd i ovoce, což je příznivé zjištění. Ostatní děti jsou zvyklé kupovat si něco ve školním bufetu, pravděpodobně sladkosti, což nepokládáme za vhodné pro jejich zdraví. Vyskytla se i pozoruhodná odpověď, že „*paní učitelka na to dbá nebo dohlíží, aby si děti vyndaly svačinu, nicméně byla jsem na ukázkové hodině pro rodiče a viděla jsem, že děti, ať je malá nebo velká přestávka, pořád vytahují jídlo a stále tam průběžně baští. Takže dětičky si to ohlírají i samy*“. Se zvyšujícím se věkem dítěte se snižuje počet těch, kteří si nosí svačinu z domu, a přibývá těch, kteří si ji kupují v obchodě nebo bufetu přímo ve škole (6), což jsme zjistili i v našem případě.

Oběd

Dobře realizované školní stravování vede žáky k osvojování správných stravovacích návyků, k dodržování hygienických a společenských norem. V školní jídelně se dítě obvykle setkává s více druhy jídel, než bylo dosud zvyklé a v posledních letech se zlepšuje skladba jídel a možnost výběru z více chodů (16). Dítě, které v průběhu dopoledne nejedlo, nesvačilo a neobědovalo, má tendenci, po příchodu domů, jíst všechno, co je „*dostupné*“, hlavně sladkosti a vydatná jídla, čímž se u něho zvyšuje riziko vzniku obezity (17). To byl i případ našich starších dětí. Bohužel, většina rodičů neměla vůbec přehled o tom, co jejich děti v průběhu dne konzumují ve škole a jen někteří se zajímali, co děti jedly, resp. proč oběd ve škole nesnědly. Z 21 dětí bylo 11 žáků nad 10 let, kteří odmítali školní stravu a pokládali ji za nechutnou a málo pestrou. Děti navštěvující 1. stupeň ZŠ byly s obědem spokojené oproti dětem z 2. stupně ZŠ, kdy matky udávaly, že „*co jim nechutná, tak to ve škole nesní; do školní jídelny chodí jen někdy a to už musí být; dcera chodí do školní jídelny, chodí domů hladová, nenajedená a jsme z toho všichni otrávení; dcera není velmi spokojená; někdy si jídlo chválí, někdy ne; syn ze školy chodí hladový, mnohokrát jsem s tím nespokojená a dokonce jednou zvracel a oni mi ho poslali na oběd*“. Našla se však i výpověď matky, která

uvedla: „Podle toho, jak čtu jídelníčky, se mi zdá, že to tam mají celkem pestré, hodně ovoce a zeleniny.“ Při hodnocení jídelních lístků vybraných školních zařízení ČR bylo zjištěno, že v jejich sestavování existují rezervy a bez ohledu na legislativu a dodržování doporučených dávek, je třeba upravit je tak, aby měly lepší kombinaci živin a „ozdravily“ jídelní lístek i v rámci současného spotřebního koše. Změny by měly být citlivé, aby nedošlo ke snížení počtu strávníků. Jako vhodné opatření by mohlo být frekvenční doporučení v rámci měsíce, tzv. doporučené pestrosti, což by zajistilo úpravu jídelních lístků na základě frekvence zařazených jednotlivých potravinových komodit, např. druhů masa, příloh, polévek, atd. (3).

Odpolední svačina

Odpolední svačina by měla tvořit jen 10 % energetického příjmu a vhodné jsou potraviny s nižším glykemickým indexem a energetickou hodnotou (7, 8). V našich 11 rodinách byla tato složka stravování zanedbávaná, což vyplývá z několika výpovědí: „málokdy máme druhou svačinu“. Rodiče nesvačili vůbec a z dětí pouze ve třech případech rodiče uvedli, že si děti něco „vezmou do ruky“.

Večeře

Večeře jako poslední jídlo dne by měla představovat 15 - 20 % energetického příjmu a má být energeticky méně vydatná (7, 8). Vhodný je zeleninový salát se sýrem a pečivem, těstovinový salát s jogurtovým dresinkem a ne sladké kaše, sladké pečivo, knedlíky s omáčkou (10). Pravidelně dohromady večeřely pouze 4 rodiny a většinou konzumovaly studená jídla a někdy i teplé večeře. V ostatních rodinách byl režim večeří různý. Jak dotázané matky uvedly „jíme podle toho, kdy přijdeme domů; k večeři si každý zaleze do své místnosti, nebo pojídá něco u televize“.

Pitný režim, ovoce, zelenina a mléčné výrobky

K nejvhodnějším nápojům se řadí pitná voda, stolní vody, minerální vody s nízkým obsahem solí, zeleninové a ovocné šťávy, ovocný a zelený čaj (2). Pitný režim byl uspokojivý, téměř všechny školní děti preferovaly pitnou vodu anebo ovocné a bylinkové čaje, zřídka konzumovaly slazené a kolové nápoje. Děti si do školy nosily lahvičky s vodou a ve škole měly i možnost dostat bylinkové čaje, či šťávu s vodou. Třetina rodin měla s pitným režimem problémy, o čem vypovídají výroky: „pitný režim je teda problém, protože jsme takoví, že moc nemáme pocit žízně a pijeme málo, jak já a také i děti. Musím je nutit a sebe též; s pitným režimem je to velmi těžké.“ V jednom případě byl u dítěte problém s pomočováním a matka uvedla: „Do syna je obtížné dostat nějaké tekutiny přes den, největší žízeň má na večer. Musím ho přes den hlídat a nutit pít. Nemyslím si, že by důvodem bylo to, že si hraje a zapomene se napít. On spíš nemá pocit žízně. Když si hraje, tak mu donesu hrneček s vodou, tu má nejraději. Ani ne šťávy, ani čaj, nejraději samotnou vodu.“ Liba (18) zdůrazňuje význam pravidelného příjmu tekutin v průběhu dne v přiměřeném množství a nejenom při pocitu žízně, ale začít jejich příjem už v časných ranních hodinách a nalačno. Pravidelnou konzumaci zeleniny uvedly pouze 4 rodiny, zejména ve formě zeleninových salátů nebo jako přílohu k jídlu, 2 rodiny konzumují zeleninu občas a ostatní uvedly, že dětem nechutná. Ve dvou rodinách matky uvedly, že ovoce a zeleninu konzumují „děti určitě každý

den“, ale i „2-3x týdně určité ovoce ano, zeleninu, jak kdy; sezónní ovoce, co je dostupné“. Dvě rodiny uvedly, že děti ve škole „mají i ovocný den, kdy dostávají děti ovoce, třeba dva, tři kousky; mají ovoce jednou v týdnu“. Obvyklý postoj dětí k zelenině a ovoci, když se jim nabízí, je v mnoha případech odmítavý. Z některých výzkumů plyne, že relativně největší problémy jsou se zeleninou, kterou téměř polovina dětí alespoň někdy odmítla a bezproblémově a pravidelně ji konzumuje pouze 42 % dětí (19). Pravidelnou konzumaci mléčných výrobků školními dětmi uvedlo pouze 8 rodin, které uvedly, že „ve škole mají možnost si objednávat mléčné výrobky, lipánky a mléko neochucené; samozřejmě, to musí být doma pořád“. Ostatní rodiny nepokládaly mléko a mléčné výrobky za potřebné a oblíbené.

ZÁVĚR

Jestliže se stravovací návyky dětí formují zejména v rodině, můžeme očekávat, že vliv sociálně-ekonomické situace rodiny se promítá i do výživy dítěte, což nakonec potvrzuje i naše zjištění. Výsledky poukazují na nejčastější nedostatky ve stravovacím režimu rodin a děti jsou východiskem pro cílená doporučení na zlepšení jejich stravovacích návyků. Ve většině rodin školní děti nesnídaly. Společné stolování bylo ojedinělým jevem v průběhu týdne a většina rodin se ho snažila uplatňovat alespoň o víkendu. Školní obědy byly problémem zejména pro žáky na 2. stupni ZŠ, zatímco u mladších dětí se tento problém neobjevoval. Pitný režim u školních dětí vykazoval pozitivní hodnoty, podobně jako konzumace ovoce, avšak oblíbenost zeleniny byla menší. Získané údaje z pilotní studie posloužili k vytvoření dotazníku pro další kvantitativní část výzkumu na reprezentativním vzorku rodin žijících v Jihočeském kraji. Vzhledem k významné úloze nesprávné výživy v etiopatogenezi chorob, nutričním poradenství a výchově ke zdravé výživě by se měla věnovat náležitá pozornost výživě i na úrovni sestry a lékaře pro děti a dorost.

Tento výzkum je podpořený účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo: SDZ2012_002.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- [1] WILKINSON, R., MARMOT, M. *Fakta a souvislosti. Sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. ISBN 80-86625-46-X.
- [2] BERKOVÁ, K. Obecné zásady výživy dětí a dorostu. *Pediatric pro praxi*, 2002; 3(6): 301-302. ISSN - 1213-0494
- [3] SLAVÍKOVÁ, M., VLČKOVÁ, L., SKORKOVSKÝ, J. Screening nutriční úrovně školního stravování v České republice. *Hygiena*, 2010; 55(3): 77-85. ISSN 1803-1056.
- [4] FUSSENEGGER D, PIETROBELLI A, WIDHALM K. Childhood obesity: political developments in Europe and related perspectives for future action on prevention. *Obes Rev*. 2008; 9(1): 76-82. ISSN: 1467-789X.
- [5] HLAVATÁ, A. Obézne dieťa v ambulancii lekára pre deti a dorast. Klinické odporúčania I. *Pediatr. prax*, 2007; S1: 12–16. ISSN 1339-4231.

- [6] BABINSKÁ, K. a kol. Stravovací režim školáků na Slovensku. *Pediatr. prax*, 2007; 4: 217 – 220. ISSN 1339-4231.
- [7] KOLETZKO B, TOSCHKE A. M. Meal patterns and frequency: do they affect body weight in children and adolescents? *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2010; 50(2):100-105. ISSN 1040-8398.
- [8] JEDLIČKA, J., JANKO, I. *Zdravý životný štýl*. Nitra: SPU, 2007, 133 s. ISBN 978-80-8069-900-0.
- [9] BANNOT-MATHERON, S. Nechuť k jídlu. Praha: Portál, 2002, 112 s. ISBN 80-7178-597-0.
- [10] *Denně 5x aneb Zdravá jídla pro děti*. [online]. 2013. [cit. 5.3.2013]. Dostupné na: <http://www.vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/5x-denne-aneb-zdrava-jidla-pro-deti/>.
- [11] HOYLAN A, DYE L, LAWTON, CL. A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 2009; 22(2): 220-224. ISSN: 0954-4224
- [12] WESNES KA, PINCOCK C, RICHARDSON D. et al. Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite*, 2003; 41(3): 329-331. ISSN: 0195-6663
- [13] RAMPERSAUD, GC, PEREIRA, MA., GIRATD, BL. et al. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of American Dietetic Association*, 2005; 105(5): 743-760. ISSN 0002-8223
- [14] WILLIAMS P. Breakfast and the diets of Australian children and adolescents: an analysis of data from the 1995 National Nutrition Survey. *Int J Food Sci Nutr*, 2007; 58: 201–216. ISSN 1465-3478
- [15] LAZZERI G, GIALLOMBARDO D, GUIDONI C et al. Nutritional surveillance in Tuscany: eating habits at breakfast, mid-morning and afternoon snacks among 8–9 y-old children. *J Prev Med Hyg*, 2006; 47: 91–99. SSN. 1121-2233
- [16] FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J., PAŘÍZKOVÁ, J. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: Nakladatelství HZ, 2000, 198 s. ISBN 80-86009-32-7.
- [17] JAKUŠOVÁ, L. *Výživa v detském věku*. Martin: JLF UK, 2009, 65 s.
- [18] LIBA, J. *Výchova k zdraví a škola*. Prešov: Prešovská univerzita, 2005, 184 s. ISBN 80-8068-336-0.
- [19] FIALA, L., KUKLA, L., POSLUŠNÁ, K. Stravovací návyky a zvyklosti 11-letých dětí. [online]. *Výživa a potravin*, 2008; 63(4): 60-61. ISSN 1211-846X. [cit. 5. 3. 2013]. Dostupné na: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/stravovaci-navyky-a-zvyklosti-11-letych-deti.html>.

Kontaktní adresa:

Doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita
České Budějovice, Česká republika
e-mail: boledovicova.maria@gmail.com



CYTOLOGICKÉ ZÁKLADY PREMALÍGNÝCH
A MALÍGNÝCH LÉZIÍ PRSNÍKA
CYTOLOGICAL BASICS OF PREMALIGNANT AND MALIGNANT
LESIONS OF THE BREAST

Biró, Cs.,^{1,2} Galbavý, A.,³ Chaba, P.⁴

¹Ústav laboratórnych vyšetrovacích metód VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., Bratislava,

²Ústav patológie Slovenskej zdravotníckej univerzity a Onkologického ústavu
sv. Alžbety, Bratislava

³Úrad verejného zdravotníctva SR, Bratislava

⁴Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, Ľubovnianska nemocnica, Stará Ľubovňa

Abstrakt

Intraduktálny karcinóm a duktálny karcinóm patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce karcinómy medzi humánnymi neopláziami, tvorí až ¼ zo všetkých karcinómov u žien. Je asociovaná s vysokým civilizačným štandardom životného štýlu, najčastejšie sa vyskytuje v Európe, USA, Mexiku, Austrálii, kde ich výskyt sa každoročne zvyšuje. Origo vzniku prevažne majú v oblasti terminálnych dukto lobulárnych jednotiek (terminal ductal lobular unit, TDLU) alebo v oblasti duktálneho lobulárneho systému. 5 ročné prežitie sa pohybuje medzi 55 – 65%. Skorá diagnostika jednoznačne znižuje úmrtnosť na karcinóm prsníka.

Kľúčové slová: intraduktálny karcinóm, duktálny karcinóm, DCIS, lobulárny karcinóm.

Abstract

Intraductal carcinoma and ductal carcinoma belong to the most frequently occurring carcinomas within human neoplasias, actually it is ¼ of the all carcinomas of women. It is associated with a high standard of lifestyle, so it is most common in Europe, USA, Mexico, Australia - its incidence is increasing every year. The origin of its inception is mostly in the area of terminal ductal lobular unit (TDLU) or in the area of ductal lobular system. Five-year survival ranges between 55-65%. Early diagnosis definitely reduces mortality from breast cancer.

Key words: intraductal carcinoma, ductal carcinoma, DCIS, lobular carcinoma.

ÚVOD

Intraduktálne proliferatívne lézie sa vyznačujú pestrým architektonickým a hlavne cytomorfológickým obrazom. Postihujú terminálne dukto lobulárne jednotky (terminal ductal lobular unit, TDLU) alebo dukálny lobulárny systém. Intraduktálne proliferatívne lézie majú zvýšené riziko prechodu do invazívneho karcinómu. Invazívny karcinóm prsníka je charakterizovaný s inváziou do okolitej strómy, lymfangio – a hemangiovaskulárnym šírením a následným metastazovaním. Tieto heterológne organoidné proliferácie sú prevažne adenokarcinómy a jeho rôzne formy, tiež vznikajú v oblasti TDLU. Sú najčastejšie sa vyskytujúce karcinómy v rámci humánných neoplázií, tvorí až ¼ zo všetkých karcinómov u žien. 5 ročné prežitie sa pohybuje medzi 55 – 65%.

INTRADUKTÁLNY KARCINÓM A DUKTÁLNY KARCINÓM

Aspirát z takýchto lézií je stredne celulárny až hypercelulárny prevažne s dyskohezívnymi bunkami. Myoepiteliálne bunky v aspiráte sa prevažne nenachádzajú. Všeobecne cytomorfológicky sú charakterizované zmeneným jadrovým cytoplazmatickým pomerom (N/C pomerom) prospech nápadne bazofilných jadier, jadierkami, malou cytoplazmou, nepravidelnosťami bunkovej a jadrovej membrány, nepravidelným fragmentovaným chromatinom. Jadro môže byť posunuté excentricky až plazmocytoidného vzhľadu. Cytoplazma buniek môže byť bazofilná až bledá, jemná až granulárna alebo s malými vakuolami. Bunky môžu vykazovať rôznu pleomorfiiu, môžu byť aj viacjadrové.

DUKTÁLNY KARCINÓM IN SITU S NÍZKYM MALÍGNYM POTENCIÁLOM (DCIS, DCIS NON-COMEDO TYP, LOW GRADE)

V aspiráte sú zachytené trojdimenzionálne štruktúry skupín epitelových buniek s centrálnym lúmenom, bez myoepitelových buniek, s čistým pozadím – bez nekroz, bez krvácania, epitelové dukálne bunky vykazujú mierne atypie a dysplastické zmeny, prítomná je mierna anizokaryóza, veľkosť jadier sa pohybuje od 7,5 µm do 15 µm. V jadrách je jemný granulárny chromatin s malými jadierkami. Prakticky v rámci cytomorfolologickej diferenciálnej diagnostiky nedá sa jednoznačne odlíšiť od atypickej dukálnej hyperplázie (ADH), odporúča sa vykonať bioptické vyšetrenie.

DUKTÁLNY KARCINÓM IN SITU S VYSOKÝM MALÍGNYM POTENCIONÁLOM (DCIS - COMEDO TYP, HIGH GRADE)

V pozadí v takýchto lézií je nekróza, resp. tkanivový detritus s prevahou polymorfonukleárných granulocytov, krvácanie (erytrocyty). Prítomné sú skupiny epitelových duktálnych buniek so stratou kohezivity, jednoznačná anizokaryóza, posunutie N/C pomeru prospech jadier. Veľkosť jadier atypických a dysplastických epitelových duktálnych buniek je nad 15 µm, s viditeľnými jadierkami, viditeľnými mitózami. Počet roztrúsených ojedinelých buniek v nátere nedominuje – možná diferenciálna diagnostika oproti invazívnemu karcinómu. Z praktického hľadiska v rámci cytomorfologickej diferenciálnej diagnostiky sa dá odlíšiť od atypickej duktálnej hyperplázie (ADH) ale sa dá ťažko odlíšiť od invazívneho karcinómu.

DUKTÁLNY KARCINÓM (NOT OTHERWISE SPECIFIED, NOS)

Aspirát je hypercelulárny, zachytené sú početné skupiny epitelových buniek so stratou kohezivity, so solitárnymi, roztrúsenými atypickými dysplastickými bunkami s jadrami veľkosti prevažne 18 µm a viac, nápadnou anizokaryózou, jadierkami. Prítomné sú trsy buniek s trojdimenzionálnou projekciou s hĺbkovou ostrosťou, syncytiálne skupiny buniek, zriedka až acinárne formácie. Bipolárne bunky prevažne nedokazujeme. V klinickom obraze je prítomné nádorové ochorenie.

LOBULÁRNY KARCINÓM

Aspirát pri lobulárnom karcinóme je nápadne nízka alebo najviac so strednou celularitou. Zachytené sú prevažne roztrúsené bunky a malé skupiny buniek vo forme reťazcov alebo lienárnou architektúrou, jednoznačnou anizokaryózou, posunutým N/C pomerom prospech oválnych až nepravidelných jadier s malými jadierkami. Jadrá sú hypo – až hyperchromatické, niekedy s prítomnosťou buniek tvaru pečatného prsteňa s intracytoplazmatickým mucínom. Bipolárne bunky nedokazujeme.

MUCINÓZNY KARCINÓM

Tvorí asi len 5% z celkového množstva karcinómov prsníka. Vyskytuje sa u starších žien, majú o 5 až 10 rokov lepšie prežívanie ako ženy s bežným invazívnym duktálnym karcinómom. Mucín produkujúce karcinómy histomorfologicky sa vyskytujú v troch

formách: v čistej, zmiešanej a s prevahou buniek tvaru pečatného prsteňa, ktoré majú horšiu prognózu. Aspirát je rôzne celulárny, bohatý na mucín až vytváraním hlienovitých jazierok. Prítomné sú agregáty resp. relatívne pravidelné okrúhle – oválne skupiny epitelových buniek približne uniformného vzhľadu s prítomnosťou aj izolovaných buniek tumoru, ďalej trojdimenzionálne skupiny buniek všeobecne s miernymi atypiami a dysplastickými zmenami, miernou anizokaryózou, malígne bunky typu pečatného prsteňa. Z praktického hľadiska cytomorfológicky v rámci diferenciálnej diagnostiky do úvahy prichádzajú fibrocystické zmeny prsníka, mukokéla.

PAPILÁRNY KARCINÓM

V čistej forme tvorí len 0,3% z celkového počtu výskytu karcinómov prsníka. V 3-4% papilárne formácie môžu byť súčasťou aj iných lézií, napr. fibroadenómu. Papilárny karcinóm sa častejšie vyskytuje prevažne u žien iných rás ako bielych. Celularita aspirátu je prevažne vysoká, prítomné sú trojdimenzionálne relatívne monomorfné papilárne formácie s početnými vetveniami s vytváraním ďalších úzkych papilárnych štruktúr, s tenkou fibrovaskulárnou strómou, na povrchu s vysokými stĺpcovitými husto natlačenými dyskohezívnymi, nepravidelne usporiadanými bunkami s miernymi až stredne ťažkými atypiami a dysplastickými zmenami, ďalej malé oddelené papilárne formácie s miernymi až stredne ťažkými atypiami. V pozadí aspirátu sú väčšinou erytrocyty a siderofágy. V aspiráte môžu byť prítomné aj k holým jadrom podobné epiteliálne bunky, ktoré sú ale väčšie a viac vretenovité ako klasické bipolárne bunky pri fibroadenóme. Cytomorfológicky prakticky v rámci diferenciálnej diagnostiky do úvahy prichádza papilóm (hrubá fibrovaskulárna stróma, menšie vetvenie sa), fibroadenóm.

ZÁVER

Intraduktálne proliferatívne lézie postihujú terminálne dukto lobulárne jednotky alebo duktálny lobulárny systém. Sú to heterológne organoidné proliferácie, prevažne adenokarcinómy a jeho rôzne formy. Aspirát z takýchto lézií je prevažne nápadne celulárny, prevažne s dyskohezívnymi bunkami. Myoepiteliálne bunky v aspiráte sa prevažne nenachádzajú. Sú charakterizované zmeneným jadrovým cytoplazmatickým pomerom prospech nápadne bazofilných jadier, jadierkami, malou cytoplazmou, nepravidelnosťami bunkovej a jadrovej membrány, nepravidelným fragmentovaným chromatínom. Cytoplazma buniek môže byť bazofilná až bledá, jemná až granulárna alebo s malými vakuolami. Bunky

môžu vykazovať rôznu pleomorfiiu, môžu byť aj viacjadrové. V rámci cytomorfolologickej diferenciálnej diagnostiky do úvahy prichádzajú benígne lézie prsníka ako fibrocystická choroba prsníka, mukokéla, fibroadenóm, papilóm, atypická duktálna hyperplázia. Vždy sa doporučuje vykonať bioptické vyšetrenie pre jednoznačnú diagnózu.

LITERATÚRA

- [1] DUNN JM, LUCAROTTI ME, WOOD SJ, et al. Exfoliative cytology in the diagnosis of breast disease. *British Journal of Surgery*, 1995;82:789–791.
- [2] KRISHNAMURTHY S, SNEIGE N, ORDONEZ NG, et al. Characterization of foam cells in nipple aspirate fluid. *Diagnostic Cytopathology* 2002;27:261–264.
- [3] DUPONT WD, PARL FF, HARTMANN WH, et al. Breast cancer risk associated with proliferative breast disease and atypical hyperplasia. *Cancer* 1993;71:1258–1265.
- [4] FABIAN CJ, KIMLER BF, ZALLES CM, et al. Short-term, breast cancer prediction by random periareolar fine needle aspiration cytology and the Gail risk model. *Journal of the National Cancer Institute Oxford*, 2000;92:1217–1227.
- [5] VOGEL V. Atypia in the assessment of breast cancer risk: implications for management. *Diagnostic Cytopathology* 2004;30:151–157.
- [6] WRENSCH MR, PETRAKIS NL, KING EB, et al. Breast cancer incidence in women with abnormal cytology in nipple aspirates of breast fluid. *American Journal of Epidemiology* 1992;135:130–141.
- [7] MARLUCE BIBBO, DAVID WILBUR, *Comprehensive Cytopathology*, 3rd Edition, Saunders, 2009, ISBN: 978-1-4160-4208-2

Kontaktná adresa:

MUDr. Csaba Biró, PhD.
Ústav patológie SZU a OÚSA
Heydukova 10, 812 50 Bratislava, SR,
e-mail: csaba.biro@ousa.sk ,
mobil: +421904948473



CYTOMORFOLOGICKÉ ASPEKTY BENÍGNÝCH LÉZIÍ PRSNÍKA CYTOMORPHOLOGICAL ASPECTS OF BENIGN LESIONS OF THE BREAST

Biró, Cs.,^{1,2} Galbavý, A.,³ Chaba, P.⁴

¹Ústav laboratórnych vyšetrovacích metód VŠ Z a SP sv. Alžbety, Bratislava, ²Ústav patológie Slovenskej zdravotníckej univerzity a Onkologického ústavu sv. Alžbety, Bratislava

³Úrad verejného zdravotníctva SR, Bratislava

⁴Gynekologicko-pôrodné oddelenie, Ľubovnianska nemocnica, Stará Ľubovňa

Abstrakt

Cytomorfologické rozlíšenie fibrocystických zmien prsníka, cystických lézií, duktálnej epiteliálnej hyperplázie, benígnych proliferatívnych lézií prsníka spojených s fibrocystickými zmenami, kolagenózne a mucinózne sferulózy je veľmi náročné. Cytomorfologický obraz v jednotlivých léziách je takmer identický. V proliferatívnych zmenách sa prevažne získava hypercelulárny punktát so zvýšeným počtom kohezívnych skupín epitelových duktálnych buniek a myoepitelií bez atypií alebo s atypiami. Môžu byť prítomné aj apokrinné bunky aj so zvýšenou anizokaryózou s makrojadierkami. Pri cytomorfologickej diagnostike treba dávať pozor na falošne pozitívne diagnózy.

Kľúčové slová: cysta prsníka, fibrocystická mastopatia, apokrinná metaplázia.

Abstract

Cytomorphological determined fibrocystic changes of the breast, ductal epithelial hyperplasia, benign proliferative breast lesions associated with fibrocystic changes, collagenous and mucinous sferulosis are very difficult. Cytomorphological image of the individual lesions is almost identical. We usually gain hypercellular smear with increased cohesive groups ductal epithelial cells and myoepithelial cells without atypia or with them in the proliferative changes. Apocrine cells with increased anisokaryosis and macronucleoli may occur as well. There is need to be careful about cytomorphological diagnosis because of false positive diagnoses.

Key words: cyst of the breast, fibrocystic mastopathy, apocrine metaplasma.

ÚVOD

Fibrocystické zmeny prsníka, cystické lézie, duktálna epiteliálna hyperplázia, benígne proliferatívne lézie prsníka spojené s fibrocystickými zmenami, kolagenózna a mucinózna sferulóza sú náročné na cytomorfologickú diagnostiku. Cytomorfologický obraz vo väčšine prípadov je veľmi podobný ale nie úplne identický. Z pseudotumoróznych zmien, ktoré sú

charakterizované proliferatívnymi zmenami sa väčšinou získava punktát so zvýšeným počtom kohezívnych skupín epitelových duktálnych buniek a myoepitelií. Tieto bunky nevykazujú atypie. V niektorých zriedkavých prípadoch sú atypické s rôznym stupňom anizokaryózy. V punktáte nachádzame aj metaplastické apokrinne bunky, ktoré môžu vykazovať zvýšenú anizokaryózu s makrojadierkami. V niektorých prípadoch takýto cytomorfológický obraz môže viesť k falošne pozitívnej diagnóze karcinómu prsníka.

CYSTICKÉ LÉZIE

Cystické lézie sú jedno alebo viacpočetné. Klinicky za cystu sa považuje taká lézia, z ktorej sa aspiruje viac ako 1,0 ml tekutiny. Farba tekutiny môže byť serózna, hemoragická, hnisavá, alebo v rôznych kombináciách. Cytomorfológicky aspirát je hypocelulárny, prítomných je len niekoľko epitelových buniek, apokrinných buniek, penovitých buniek. Môžu byť prítomné aj metaplastické dlaždicové bunky (v rámci dlaždicovej metaplázie výstelky cysty) s naznačenými atypiami, zmeneným N/C pomerom v prospech jadier.

FIBROCYSTICKÉ ZMENY PRSNÍKA

Sú najčastejšou léziou prsníka u žien okolo 30 roku života. Prejavuje sa prírastkom tkaniva prsníka. Lézia prevažne je bolestivá, súvisí s menštruačným cyklom. Môžu byť rozlične veľké, sú neostro ohraničené, prevažne multifokálne, v oboch prsníkoch.

Prevažne sa získava nízko celulárny až stredne celulárny aspirát, prítomné sú kohezívne skupiny benígnych vývodových buniek s plástovitou architektúrou, prítomnosťou bipolárnych (holých) myoepitelových buniek v pozadí a vo vnútri skupín epitelových buniek alebo pripojením na periférii skupín epitelových buniek, prítomnosťou varibilného počtu apokrinných buniek, penovitých buniek, rôzneho počtu lipocytov a stromálnych fragmentov. Aspirát môže byť aj hypercelulárny, aj s miernymi atypiami epitelových buniek v rámci benígnych proliferatívnych prsníkových lézií, ale vždy s prítomnosťou bipolárnych (holých) myoepitelových buniek, ktoré sú v podstate znakom benígnej lézie.

DUKTÁLNA EPITELIÁLNA HYPERPLÁZIA A BENÍGNE PROLIFERATÍVNE LÉZIE PRSNÍKA

Všeobecne sú spojené s fibrocystickými zmenami. Z cytomorfológického hľadiska sa sem zaraďujú sklerotizujúca adenóza, kolagenózna sferulóza, papilomatóza, duktálna hyperplázia, atypická duktálna hyperplázia. Cytomorfológické rozlíšenie týchto jednotlivých

nozologických jednotiek je veľmi náročné, cytomorfológický obraz v jednotlivých léziách je takmer identický. V proliferatívnych zmenách prevažne sa získava hypercelulárny punktát so zvýšeným počtom kohezívnych skupín epitelových duktálnych buniek a myoepitelií. Môžu byť prítomné vo zvýšenom množstve aj apokrinné bunky aj so zvýšenou anizokaryózou s makrojadierkami. O nezhubnosti týchto lézií svedčí prítomnosť rôznych buniek ako apokrinných buniek, duktálnych buniek, myoepitelových buniek, prítomnosť histiocytoov.

KOLAGENÓZNA SFERULÓZA

Kolagenózna sferulóza je prevažne asociovaná s intraduktálnym papilómom, sklerotizujúcou adenózou, radiálnou jazvou. Cytomorfológicky sú prítomné hyalinné globuly s benígnymi duktálnymi bunkami a myoepitelovými bunkami. Diferenciálne diagnosticky vždy treba vylúčiť adenoidne – cystický karcinóm. Variantom kolegenózne sferulózy je mucinózna sferulóza, cytomorfológicky sú prítomné hyalinné sferuly s alebo bez myoepitelových buniek.

ATYPICKÁ DUKTÁLNA HYPERPLÁZIA (ADH)

Intraduktálne epiteliálne proliferácie zahŕňajú intraduktálnu epiteliálnu proliferáciu bez atypií, atypickú duktálnu hyperpláziu, duktálny karcinóm in situ. Samostatné cytomorfológické rozlišovanie medzi týmito jednotkami bez znalosti kliniky, mamografického výsledku je vyslovene akademické. Najlepšie výsledky sa dosahujú kombináciou klinického, skriningového mamografického a cytomorfológického vyšetrenia, ktoré je schopné rozlíšiť benígne, suspektné a in situ lézie. Cytomorfológicky sa nedá rozlíšiť ADH od non-comedo typu DCIS (DCIS – low grade). Cytomorfológické charakteristiky ADH sú prítomnosť skupín duktálnych epitelových buniek so zvýšenou celularitou, jednotlivé bunky sú husto vedľa seba tzv. prekryvaním sa, prítomnosť bipolárnych (holých) myoepitelových buniek, variabilná anizokaryóza s jadierkami, len zriedka prítomnosť ojedinelých solitárnych atypických buniek a minimálna prítomnosť apokrinných buniek.

ZÁVER

Pseudotumorózne zmeny, homológne organoidné tumory prsníka ako cystické lézie, fibrocystické zmeny, duktálna epiteliálna hyperplázia, iné benígne proliferatívne lézie (ako sklerotizujúca adenóza, kolagenózna sferulóza, papilomatóza) a homológne organoidné tumory s minimálnymi alebo miernymi atypiami ako atypická duktálna hyperplázia

morfológicky sú charakterizované veľmi podobným cytologickým nálezom. V niektorých prípadoch takýto cytomorfológický obraz môže viesť k falošne pozitívnej diagnóze karcinómu prsníka. Z cytologického hľadiska všeobecne sa odporúča prísne hodnotenie buniek na základe kritérií malignity a definitívne diagnostikovať vo vzťahu klinickým a mamografickým nálezom.

LITERATÚRA

- [1] MASOOD S, FRYKBERG E, MCLELLAN GL, et al. Cytologic differentiation between proliferative and nonproliferative breast disease in mammographically guided fine-needle aspirates. *Diagnostic Cytopathology* 1991; 7:581–590.
- [2] AL-KAISI N. The spectrum of the “gray zone” in breast cytology. A review of 186 cases of atypical and suspicious cytology. *Acta Cytologica* 1994; 38: 898–908.
- [3] NEGRI S, BONETTI F, CAPITANIO A, et al. Preoperative diagnostic accuracy of fineneedleaspiration in the management of breast lesions: comparison of specificity and sensitivity with clinical examination, mammography, echography, and thermography in 249 patients. *Diagnostic Cytopathology* 1994; 11:4–8.
- [4] KONTZOGLU K, MOULAKAKIS KG, KONOFAOSP, et al. The role of liquid-based cytology in the investigation of breast lesions using fine-needle aspiration: a cytohistological evaluation. *J Surgical Oncology* 2005; 89:75–78.
- [5] GEISINGER KR, STANELY MW, RAAB SS, et al. Breast. In: *Modern Cytopathology*. Edinburgh: Churchill Livingstone 2004: 873–929.
- [6] MARLUCE BIBBO, DAVID WILBUR, *Comprehensive Cytopathology*, 3rd Edition, Saunders 2009, 25:713 – 717, ISBN: 978-1-4160-4208-2.

Kontaktná adresa:

MUDr. Csaba Biró, PhD.
Ústav patológie SZU a OÚSA
Heydukova 10, 812 50 Bratislava, SR
e-mail: csaba.biro@ousa.sk ,
mobil: +421904948473



NEOADJUVANCIA V LIEČBE KARCINÓMU REKTA – SÚČASNÉ TRENDY

NEOADJUVANCE IN THERAPY OF RECTAL CANCER – CURRENT TRENDS

Sabol, M., Donát, R., Palaj, J., Chvalný, P., Mračna, P., Durdík, Š.

Klinika Onkologickej chirurgie OÚSA a LF UK

Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o., Bratislava

Abstrakt

Predoperačná neoadjuvantná chemorádioterapia (CRT) s následnou resekčnou liečbou a totálnou excíziou mezorekta (TME) a adjuvantnou terapiou je dnes štandardným postupom u pacientov s karcinómom rekta v 2. a 3. štádiu. Neoadjuvantná CRT často spôsobuje signifikantnú regresiu primárneho tumoru, jeho veľkosti, hĺbky penetrácie, nodálnu sterilizáciu, ovplyvňuje vzťah tumoru k mesorektálnej fascii, niekedy až kompletnú patologickú odpoveď. Na Klinike onkologickej chirurgie OUSA a LF UK autori v období od 1. januára 2012 do 31. decembra 2013 vykonali celkove 161 resekcií rekta, z toho 145 resekcií bolo pre karcinóm rekta. U 13 pacientov(26%) bola zaznamenaná kompletná patologická remisia. V súčasnosti je multidisciplinárny prístup s individuálnym posúdením rozsahu ochorenia v malej panve nevyhnutný za účelom indikácie optimálneho terapeutického postupu.

Kľúčové slová: karcinóm rekta, neoadjuvantná chemorádioterapia, kompletná patologická odpoveď.

Abstract

Preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy followed by rectal resection and total mesorectal excision has become standard approach in the 2nd and 3rd stage rectal cancer patients. Neoadjuvant CRT results in significant regression of primary tumor, its size, penetration depth, nodal sterilisation, it also influences relationship of the tumor to mesorectal fascia, sometimes leads to complete pathologic response. Between 1st of January 2012 to 31st of December 2013, totally 161 rectal resections were performed at the Department of Surgical Oncology of St. Elisabeth Cancer center, 145 of these were due to rectal cancer. In 13 patients(26%) complete pathologic response was noted. In present multidisciplinary approach with individual assessment of the disease extent in pelvis is necessary in order to establish optimal therapeutic tactics.

Keywords: rectal cancer, neoadjuvant chemoradiotherapy, complete pathologic response.

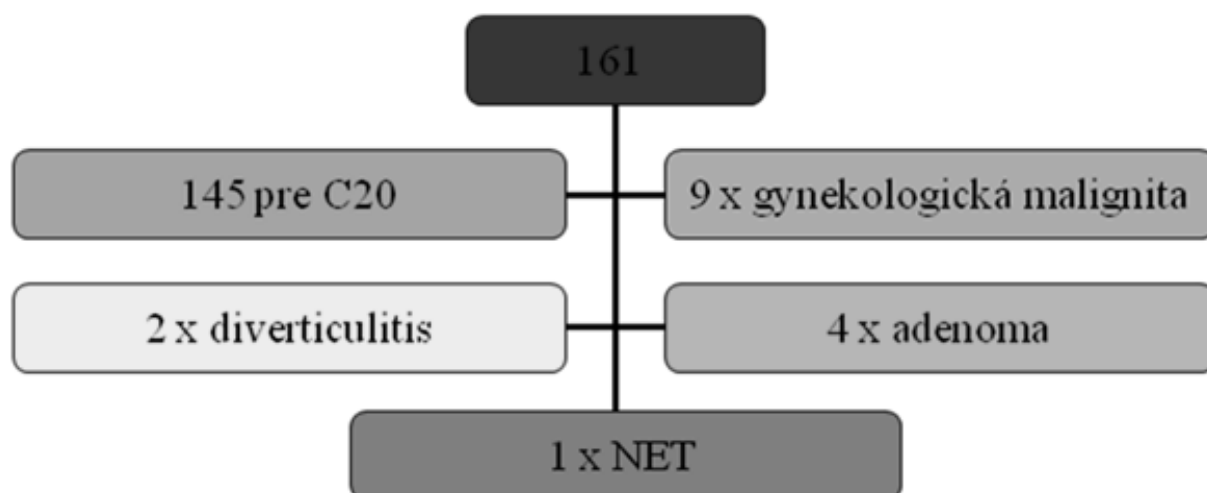
ÚVOD

Karcinóm rekta predstavuje celosvetovo 3. najčastejšiu malignitu s incidenciou 1,2 mil. novodiagnostikovaných prípadov v r. 2012. Zarád'uje sa na 4. miesto medzi najčastejšími príčinami smrti globálne, s mortalitou viac ako 600.000 úmrtí ročne. Alarmujúcim faktom je, že Slovensko sa nachádza na 1. mieste v incidencii kolorektálneho karcinómu [1]. Po zverejnení výsledkov nemeckej štúdie v r. 2004 sa predoperačná neoadjuvantná chemorádioterapia s následnou resekčnou liečbou a totálnou excíziou mezorekta a adjuvantnou terapiou stala pre pacientov s karcinómom rekta v 2. a 3. št. štandardným postupom v Nemecku a vo väčšine krajín Európy a USA [2].

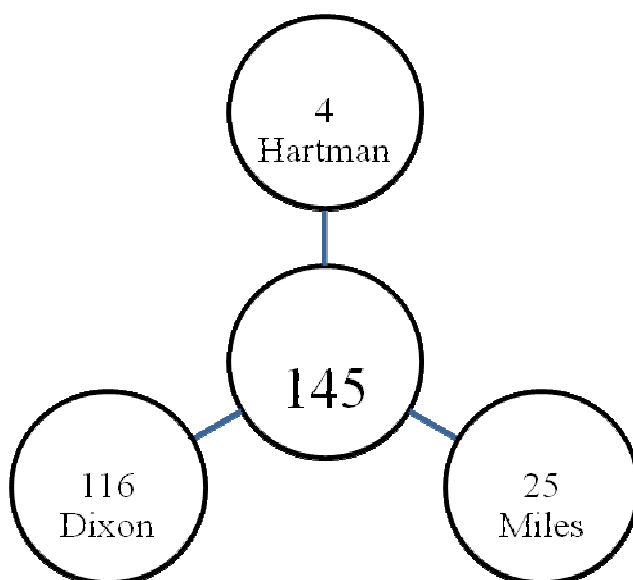
PACIENTI A METODIKA

Na Klinike onkologickej chirurgie OUSA a LF UK sme v období od 1. januára 2012 do 31. decembra 2013 vykonali celkove 161 resekcí rekta. Z tohto počtu bolo 145 resekcí vykonaných pre karcinóm rekta, 2 x pre divertikulitídu, 9 x pre gynekologickú malignitu, 4x pre adenóm rekta a 1 x pre neuroendokrinný tumor rekta (Obr. 1). V skupine pacientov s karcinómom rekta najväčší podiel tvorili pacienti v štádiu T3N1(36.56%) a T2N0(17.16%). Medián veku bol 63 rokov (rozmedzie 38 až 90 rokov). Maximálny počet LU vyšetrených v skupine pacientov po neoadjuvantnej terapii bol 24 (medián 6)/, u pacientov bez neoadjuvancie až 64(/medián 10). Zo 145 resekcí pre karcinóm rekta sme vykonali 116 kontinentných výkonov typu nízkej prednej resekcie rekta sec. Dixon s totálnou excíziou mesorekta, 25 abdominoperineálnych amputácií rekta sec. Miles a u 4 pacientov bola realizovaná resekcia rekta s terminálnou sigmoideostómiou sec. Hartmann. (Obr. 2). 89 pacientov(61,37%) absolvovalo chirurgický výkon bez neoadjuvancie, 53 pacientov(36.55%) podstúpilo operáciu po dlhodobej RT v celkovej dávke 46-50 Gy kombinovanej s CHT, 2 pacienti (1,37%) absolvovali krátkodobú RT 5x5 Gy s následnou resekciou.

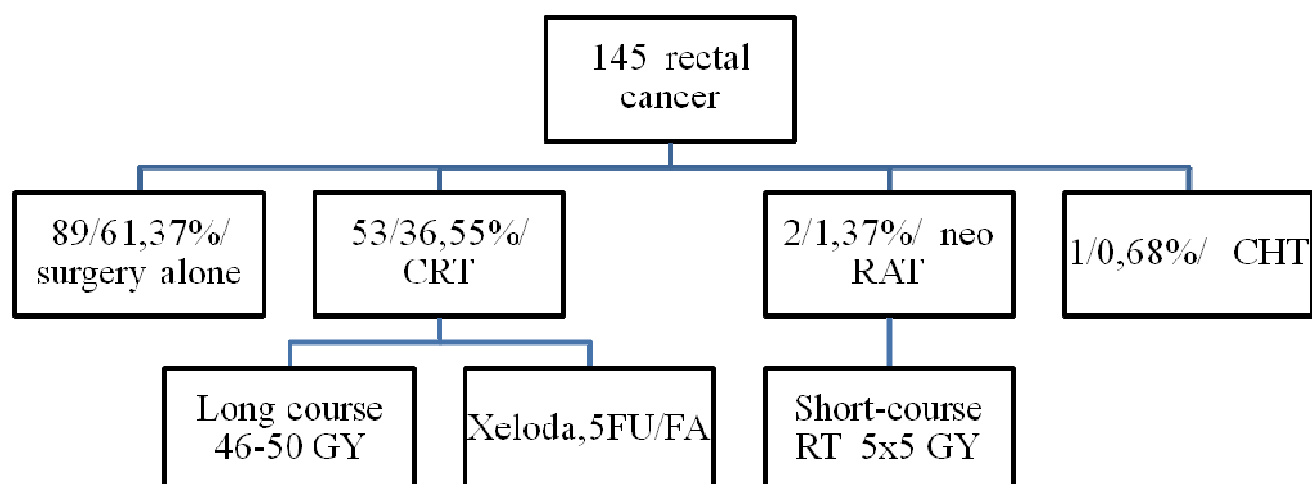
U 13 pacientov(26%) sme v našom súbore zaznamenali kompletnú patologickú remisiu, v 27 (/54%) prípadoch došlo k downstagingu a 10 (20%) pacienti boli non-respondéri (Obr. 4, Obr. 5).



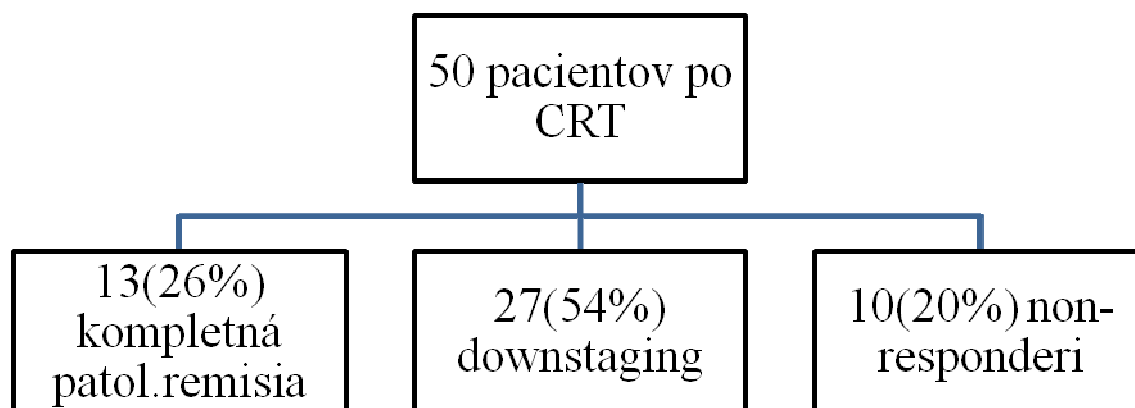
Obr. 1 Resekcie rekta. Súbor kliniky onkologickej chirurgie LF UK a OúSA (1.1. 2012 - 31.12.2013)



Obr. 2 Typy resekčných výkonov na rekte. Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OÚSA (1.1. 2012 - 31.12. 2013)



Obr. 3 Typ neoadjuvantnej terapie pre karcinóm rekta



Obr. 4 Stupeň patologickej odpovede na neoadjuvantnú terapiu



Obr. 5 Downstagingový efekt neoadjuvantnej CRT na karcinóm rekta

DISKUSIA

Chirurgická liečba karcinómu rekta zostáva jedinou potenciálne kuratívnou liečebnou modalitou. V managemente karcinómu rekta boli v poslednom období zaznamenané výrazné pokroky v chirurgickej technike ako aj v nechirurgickej onkologickej neoadjuvantnej, resp. adjuvantnej liečbe. Za jeden z najvýznamnejších momentov možno v tomto kontexte považovať prínos totálnej excízie mezorekta(TME), ktorá bola navrhnutá a široko propagovaná prof. Healdom a kol. už v r. 1982 [3]. Je právom považovaná za prelomovú. V súčasnosti je zlatým štandardom v západnom svete. V súvislosti s lymfatickým šírením karcinómu rekta nielen proximálnym smerom pozdĺž vasa rectales supp. a a. mesenterica inferior, ale aj laterálnym smerom do hypogastrických, obturatórnych a presakrálnych lymfatických uzlín pozdĺž iliackých, sakrálnych a stredných rektálnych ciev, bola v Japonsku zavedená do praxe laterálna lymfatická disekcia. Jej dôvodom je incidencia metastáz v laterálnych LU, ktorá sa u pacientov s karcinómom rekta udáva medzi 8,6 a 17,% [4]. Nie je

jasné, ktorá z dvoch vyššie spomínaných procedúr (TME, resp. laterálna disekcia) prináša optimálny benefit z hľadiska onkologickej radikality. Rozšírená laterálna disekcia býva často spojená s pooperačnou sexuálnou a urinárnou dysfunkciou, najmä u mužov. Alternatívou k laterálnej disekcii by teda mohla byť predoperačná RT [5]. Neoadjuvantná predoperačná rádioterapia v kombinácii s TME sa ukázala ako ekvivalentná k laterálnej disekcii v súvislosti so schopnosťou znížiť riziko lokálnej recidívy karcinómu rekta [6]. Prognóza pacientov s kolorektálnym karcinómom sa v posledných dekádach síce pomaly, ale kontinuálne zlepšuje vo väčšine krajín. Vo vyspelých krajinách celkové 5-ročné prežívanie dosahuje takmer 65%, avšak v rozvojových štátoch nepresahuje 50% [7]. Štádium v čase diagnózy je považované za najdôležitejší prognostický faktor. 5-ročné prežívanie pacientov s kolorektálnym karcinómom vo včasnom štádiu sa udáva 90,1%, s lokálne pokročilým tumorom klesá na 69,2% a v prípade generalizovaného ochorenia so vzdialenými metastázami sa pohybuje už len okolo 11,7% [8].

Negatívny radiálny/cirkumferenčný/ okraj je definovaný ako vzdialenosť väčšia ako 1 mm medzi okrajom tumoru a resekčnou líniou. Pacienti s pozitívnym radiálnym resekčným okrajom majú zvýšené riziko lokálnej recidívy a vývoja vzdialených metastáz [9]. Najpresnejšou metódou posúdenia lokálne pokročilých T štádií je magnetická rezonancia(MR) [10]. V našich podmienkach v rámci predoperačného stagingu pacienti absolvujú MR vyšetrenie malej panvy a MR skeny sú prezentované a konzultované v rámci klinicko-rádiodiagnostického seminára našej kliniky, prípadne cestou multidisciplinárnej komisie nášho ústavu, kde je stanovený optimálny management. Od zavedenia totálnej excízie mezorekta do štandardných chirurgických postupov v liečbe karcinómu rekta sa miera lokálnych recidív podstatne znížila. Van Gijn a kol. uvádzajú, že miera lokálnych rekurencií po totálnej excízii mezorekta v kombinácii s neoadjuvantnou rádioterapiou bola redukovaná(5% vs 11% celkove a 9% vs 19% v III. štádiu) v porovnaní s lokálnymi rekurenciami po chirurgickej intervencii bez neoadjuvancie [11].

Nodálny status je kruciálny, pretože existuje signifikantná korelácia medzi počtom postihnutých LU a dĺžkou prežívania pacientov. Podľa AJCC (American Joint Committee on Cancer) a UICC (*Union for International Cancer Control*) štandardný požadovaný počet odstránených LU pri totálnej excízii mezorekta(ktorá je podmienkou nízkej prednej resekcie rekta) je 12 LU. Je známe, že neoadjuvantná CRT redukuje počet LU. Počet LU po neo CRT by teda nemal byť kritériom onkologickej radikality po nízkej prednej resekcii rekta, rozhodujúcim je histologicky negatívny radiálny okraj [12].

Je všeobecne akceptované, že neoadj. liečba je efektívnejšia ako adjuvantná [13]. Neoadjuvantná CRT signifikantne redukuje počet lokálnych recidív. Klasické indikácie neoadjuvantnej CRT vychádzajú z výsledkov randomizovaných kontrolovaných štúdií ukazujúcich benefit lokálnej kontroly u pac. s T3-4, resp. nodálne pozitívnych pacientov. Vždy však zdôrazňujú nutnosť následnej radikálnej resekcie s TME. Dominantným dôvodom recidívy ochorenia sú vzdialené Mts. Žiadna z publikovaných randomizovaných štúdií nepreukázala benefit na prežívanie, v súlade s viac ako 10-ročným follow-up [14].

Nanešťastie, neoadjuvantná liečba nepredstavuje benefit pre všetkých pacientov. Odpoveď na liečbu varíruje od kompletnej patologickej odpovede až po rezistenciu. V prezentovanej štúdii sme zaznamenali u 13 pacientov (26%) kompletnú patologickú remisiu, v 27 (54%) prípadoch došlo k downstagingu a 10 (20%) pacienti boli non-respondéri. V súčasnosti nie je možné vopred spoľahlivo identifikovať skupinu pacientov s minimálnou, resp. žiadnou odpoveďou na neoadjuvanciu. Skupina nonrespondérov predstavuje cca 12%. Pacienti v I.št. sa môžu zaobiť bez neoadj. CRT, v II.št. je efekt neoadjuvantnej CRT otázný. Skupina pacientov v III.štádiu profituje z neoadjuvantnej CRT, najmä tí s infiltráciou mezorektálnej fascie [15].

Neoadjuvantná CRT spôsobuje signifikantnú regresiu primárneho tumoru, jeho veľkosti, hĺbky penetrácie, nodálnu sterilizáciu, blízkosť tumoru k mesorektálnej fascii až kompletnú patologickú odpoveď.

Použitie neo CRT v liečbe karcinómu rekta prinieslo novú premennú – odpoveď tumoru na liečbu, čo môže dramaticky zmeniť chirurgické rozhodovanie smerom do radikálneho výkonu k lokálnej excízii, TEM, dokonca v určitých prípadoch až nechirurgickému postupu. Na základe multivariantnej analýzy, reziduálne Mts v LU (ypN+) a stupeň regresie tumoru (TRG – tumor regression grade) boli jedinými nezávislými prognostickými prediktívnymi faktormi kumulatívnej incidencie vzdialených metastáz a „disease-free survival“ [16].

ZÁVER

V managemente karcinómu rekta sa v súčasnosti zdôrazňuje multimodálny prístup, ktorý je zabezpečený individuálnym posúdením rozsahu a štádia ochorenia cestou multidisciplinárnej komisie (individuálny - „tailored approach“). Nezastupiteľné miesto v predoperačnom stagingu má MR vyšetrenie malej panvy, umožňujúce precízne posúdenie vzťahu tumoru rekta k mesorektálnej fascii, event. reziduálneho postihnutia mezorekta

(yN+). Mnohé štúdie uvádzajú, že neoadjuvantná liečba je efektívnejšia ako adjuvantná. Ak je RT indikovaná, mala by byť preto aplikovaná predoperačne. Pacienti v II št. (cT3-4 N0), ako aj pacienti v III št. (cT1-4 N+) môžu z neoadjuvantnej terapie profitovať. Optimálne načasovanie (timing) operácie po neoadjuvantnej CRT je predmetom diskusií. Najčastejší interval na re-staging je 8-12 týždňov.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- [1] FERLAY J, SHIN HR, BRAY F, FORMAN D, MATHERS C, PARKIN DM. GLOBOCAN 2008 – cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No.10, Lyon: International Agency for research on Cancer 2010.
- [2] SAUER R, BECKER H, HOHENBERGER W, et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Eng. J Med* 2004, 351: 1731-1740
- [3] HEALD RJ, HUSBAND EM AND RYAL RD. The mesorectum in rectal cancer surgery – the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg* 1982, 69:613-616
- [4] UENO M, OYA M, AZEKURA K, YAMAGUCHI T, MUTO T. Incidence and prognostic significance of lateral lymph node metastasis in patients with advanced low rectal cancer. *Br J Sur* 2005, 92:756-763
- [5] WATANABE T et al. Extended lymphadenectomy and preoperative radiotherapy for low rectal cancers. *Surgery* 2002, 132:27-33
- [6]. KUSUNOKI M, INOUE Y. Current surgical management of rectal cancer. *Dig. Surg* 2007, 24:115-119./
- [7]. BRENNER H, BOUVIER AM, FOSCHI R, et al. and the EURO CARE Working group. Progress in colorectal cancer survival in Europe from the late 1980s to the early 20th century: The EURO CARE study. *Int. J Cancer* 2012, 131, 1649-58
- [8]. SIEGEL R, DESANTIS C, VIRHO K, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *Ca Cancer J Clin* 2012, 62:220-41
- [9]. NAGTEGAAL ID, QUIRKE P. What is the role for circumferential margin in the modern treatment of rectal cancer? *J Clin Oncol* 2008, 26:303-12
- [10]. KAUR H, CHOI H, YOU YN, et al. MR imaging for preoperative evaluation of primary rectal cancer: practical considerations. *Radiographics* 2012, 32:389-409
- [11]. van GIJN W., MARIJNEN CA, NAGTEGAAL ID, et al. and the Dutch Colorectal cancer Group. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for

- resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicentre, randomised controlled TME trial. *Lancet Oncol* 2011, 12: 575-82
- [12]. SCABINI S et al. The effect of preoperative chemoradiotherapy on lymph nodes harvested in TME for rectal cancer. *World Journal of Surgical Oncology* 2013, 11:292
- [13]. FOxTROT Collaborative Group. Feasibility of preoperative chemotherapy for,locally advanced, operable colon cancer: the pilot phase of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2012, 13:1152-60
- [14]. VINI L. Neoadjuvant Radiochemotherapy for Rectal Cancer. *Dig Dis* 2007, 25:56-66
- [15]. Frasson M et al. Preoperative chemoradiation may not always be needed for patients with T3 and T2N+ rectal cancer. *Cancer* 2011, 117:3118-25/
- [16]. FOKAS, et al. Tumor regression grading after preoperative chemoradiotherapy for locally advanced rectal carcinoma, revisited:Updated results of the CAO/ARO/AIO-94 Trial, *Journal of Clinical Oncology*, 2014

Kontakt

MUDr. Martin Sabol,
Adresa
Klinika chirurgie OÚSA a LF UK v Bratislave
Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.,
Heydukova 10,
Bratislava



NĚKOLIK POZNÁMEK K PRAXI PĚSTOUNSKÉ PÉČE NA PŘECHODNOU DOBU V ČR

A FEW NOTES ON THE PRACTICE OF TEMPORARY FOSTER CARE IN THE CZECH REPUBLIC

Lenka Průšová

*Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety,
Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, Příbram, ČR*

Abstrakt:

Právní úprava pěstounské péče na přechodnou dobu, která je obsažena v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění umožňuje přijímat do pěstounské péče děti, které mohou žít v rodinném prostředí do doby, než je vyhledána vhodnější forma péče, např. osvojení nebo pěstounská péče. Novela tohoto zákona č. 333/2012 Sb., v platném znění, však blíže nerozpracovává podmínky pěstounské péče na přechodnou dobu.

Jak velmi zásadní je postavení pěstouna na přechodnou dobu v systému péče o děti, které nemohou žít ve vlastní rodině, ukazuje dosavadní praxe.

Článek se zabývá některými praktickými zkušenostmi z aplikace institutu pěstounské péče na přechodnou dobu, které je potřeba metodicky upravit.

Klíčová slova: *pěstounská péče na přechodnou dobu, orgán sociálně-právní ochrany dětí, povinnosti pěstouna na přechodnou dobu.*

Abstract:

The legal arrangement of temporary foster care, which is provided by the Act no. 359/1999, in Collection of Laws, On Social and Legal Child Protection with amendments, enables to place into foster care those children who cannot grow up in their own biological family settings until a more suitable form of care has been found out. The amendments to this Act, however, do not specify the conditions of temporary foster care provision.

The current practice indicates that the position of the temporary foster parent is crucial in the whole child protection system.

The article deals with practical experience arising from applying the new legal arrangement of temporary foster care that should be methodologically changed.

Key words: temporary foster care, department of child protection, responsibilities of temporary foster parent

Právní úprava pěstounské péče na přechodnou dobu byla do zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. v platném znění, zapracována již v roce 2008. Původně však představovala určitou možnost pro děti, které se ocitly bez péče vzhledem k okamžité a nepředvídané krizové situaci rodičů či jiných zákonných zástupců, pečovat o dítě. Takové

okolnosti mohly nastat např. akutním onemocněním matky samoživitelky, dopravní nehodou, při které musí být rodiče hospitalizováni a nemají možnost dítě svěřit do péče jiným příbuzným. Původní koncepce předpokládala, že rodič bude s pěstounskou péčí na přechodnou dobu srozuměn s jejími výhodami a zároveň riziky.

Velká novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 333/2012 Sb. v platném znění, přinesla zcela nový pohled na tento institut. Záměrem zákonodárce bylo využít ustanovení o pěstounské péči na přechodnou dobu mnohem širším způsobem, především pro děti, které by za jiných podmínek byly umístěné do ústavní péče, zejména v kojeneckém věku. Od 1. ledna 2013 se otevřela nová etapa vývoje pěstounské péče na přechodnou dobu. Stala se státem podporovanou náhradou ústavní péče, která byla dosud vykonávána zejména v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do 3 let věku. Je určena především dětem, kde rodič nemůže vykonávat rodičovskou zodpovědnost, případně dětem, u kterých lze předpokládat, že bude udělen souhlas s jejich osvojením. Poslední možností je nutnost zajistit dítě v individuální péči na dobu, než bude rozhodnuto, že souhlas s osvojením není potřeba. Celkově je pěstounská péče časově omezena na tři měsíce, nejdéle však na 1 rok. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 333/2012 Sb., v platném znění, však blíže nerozpracovává. Jak velmi zásadní je postavení pěstouna na přechodnou dobu v systému péče o děti, které nemohou žít ve vlastní rodině ukazuje dosavadní praxe.

Osobnost pěstouna a jeho vzdělání (včetně životních zkušeností) je základem pro umístění konkrétního dítěte do jeho péče.

Pokud je dítě přijímáno do péče pěstounem na přechodnou dobu, musí být stanoveny úkoly této péče na dobu určenou zákonem. Pokud nedojde k jejich splnění a bude-li doba pobytu dítěte prodloužena, musí být odůvodněno proč se tak děje.

Pěstounská péče na přechodnou dobu je týmová práce několika aktérů. Jedná se zejména o pracovníky sociálně-právní ochrany dětí krajských úřadů, kteří participují na výběru pěstounů na přechodnou dobu. Zajišťují jejich vzdělávání a metodicky vedou příslušné orgány sociálně právní ochrany dětí ve věci pěstounské péče na přechodnou dobu. Metodické vedení je pouze rámcové, orientované zejména na obecná stanoviska v dané věci. Krajský úřad, jako orgán sociálně-právní ochrany dětí přímo nevstupuje do vztahů orgán sociálně-právní ochrany dětí – pěstoun - doprovázející organizace (v krizových situacích) svolává případové konference jen v obecných rysech jednotlivých problémů pěstounské péče na přechodnou dobu.

Druhým týmovým partnerem při zajištění pěstounské péče na přechodnou dobu je orgán sociálně právní ochrany dětí dle příslušnosti dítěte. Spolupracuje s pěstouny v rámci potřeb dítěte a s provázející organizací (zejména zprostředkovává informace, zúčastňuje se případových konferencí). Zajišťuje a chrání práva dítěte a jeho rodiny, metodicky vede provázející organizaci (např. poučí rodiče dítěte o důvodech, délce a rizicích pěstounské péče na přechodnou dobu, podává návrh na ukončení této péče atd.). Svolává, po dohodě s provázející organizací, případové konference. Posledním aktérem pěstounské péče na přechodnou dobu je doprovázející organizace, která zajišťuje všestrannou podporu pěstounovi po dobu pobytu dítěte v pěstounské péči na přechodnou dobu. Spolupracuje s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte. Zajišťuje faktický výkon pěstounské péče na přechodnou dobu, doprovází pěstouna, spolupracuje s příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí

na ochraně práv dítěte a jeho rodiny. Konzultuje změny, zejména týkající se délky pobytu dítěte v pěstounské péči na přechodnou dobu a zároveň např. proces a způsob převzetí dítěte vlastními nebo náhradními rodiči. Neméně důležitou roli má také při ukončení pěstounské péče na přechodnou dobu, během asistovaných návštěv, zvládání krizových situací atd. Odborně vede pěstouna a udržuje kontakt s rodinou dítěte (vede konzultace o informacích pro rodiče, školu, řeší nepředvídatelné situace). S orgánem sociálně-právní ochrany dítěte konzultuje další postup v rámci soudních řízení ve věci dítěte. Dohoda o doprovázení musí vycházet z plánu ochrany dítěte a plánu rozvoje dítěte. Zároveň musí být v souladu s potřebami osoby pečující.

Z výše uvedeného vyplývá, že pěstounská péče na přechodnou dobu je vysoce odborně i osobnostně kvalifikovaná činnost v rámci sociálně-právní ochrany dětí. V budoucnu bude vyžadovat odborné vzdělání v oboru ošetrovatelství, práva, etopedie a řady dalších oborů. Pěstoun na přechodnou dobu musí vykazovat mimo jasných znalostí a praktických dovedností, také schopnost týmové práce.

Za dobu realizace současného pojetí systému pěstounské péče se ukazuje, že pěstoun na přechodnou dobu přejímá řadu velmi významných úkolů v oblasti ochrany práv a zájmů dítěte, které dosud vykonával pouze orgán sociálně právní ochrany dětí a v jisté míře i pověřená fyzická nebo právnická osoba (vždy v rozsahu určeném pověřením k sociálně-právní ochraně dětí dle platné právní úpravy zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

Povinnosti pěstouna na přechodnou dobu vyplývající ze samotné podstaty tohoto institutu:

- Pěstoun na přechodnou dobu informuje příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí o rozsahu svého posouzení k výkonu pěstounské péče na přechodnou dobu (pro jaký věk dítěte je vhodným pěstounem, které specifické potřeby dítěte je schopen uspokojit). Dosavadní praxe ukazuje, že většina pěstounů na přechodnou dobu má zájem přijmout do své péče, především děti kojeneckého nebo nejvýše batolecího věku. Důvody jsou různé, zejména obava, že starší dítě by mohlo být obtížně zvládnutelné, vlivem dosavadního způsobu výchovy.
- Pěstoun na přechodnou dobu se vyjádří ke svým možnostem uspokojit potřeby dítěte, které přebírá do své péče (vzhledem k plánovanému cíli pěstounské péče na přechodnou dobu). Jedná se zejména o dovednost spolupracovat s biologickou rodinou na návratu dítěte do péče vlastní rodiny. Dovednosti odborně vést rodiče dítěte v jejich nelehké roli, při převzetí dítěte. Případně nácvik některých specifických rodičovských dovedností. Zároveň v některých případech pěstoun na přechodnou dobu poskytuje dítěti i jeho rodičům, případně nové rodině, specifickou podporu v oblasti ošetrovatelské (dítě se zdravotním handicapem, který vyžaduje specifické přístupy) i komunikační (znaková řeč).
- Pěstoun na přechodnou dobu spolupracuje na vytvoření takových podmínek dohody s provázející organizací, které vedou k předem stanovenému cíli práce s dítětem a jeho rodinou. Tato povinnost vychází z kvalitní přípravy pěstouna na jeho budoucí poslání, zejména musí být rozvíjena jeho dovednost formulovat potřeby a cíle svého pěstounství na přechodnou dobu. Tímto způsobem zvyšuje kvalitu poskytované péče dítěti a zároveň zvyšuje kvalitu vlastních kompetencí v dané oblasti.

- Pěstoun vede základní dokumentaci k péči o svěřené dítě, podává informace o dítěti ve stanoveném rozsahu, pravidelně informuje a konzultuje průběh pěstounské péče na přechodnou dobu. Vedení základní dokumentace je v současné době významným problémem. Není zcela přesně vymezen její obsah a rozsah. Pěstouni na přechodnou dobu zatím vedou dokumentaci intuitivně, případně na základě dohody mezi zúčastněnými aktéry. Zároveň je nutné i řešit otázku archivace takové dokumentace, její zabezpečení proti zneužití údajů neoprávněnými osobami zejména v bydlíšti pěstouna na přechodnou dobu.
- Pěstoun formuluje své odborné potřeby k zajištění péče o děti a zároveň konzultuje závažné kroky ve výchově a péči o děti s doprovázející organizací. Tato povinnost vychází z vysoké odborné kvalifikace pěstouna na přechodnou dobu. Je vázaná především na zkušenosti a odbornost, která v současné době není zákonem vymezena. Z těchto důvodů je kladena vysoká náročnost na pracovníky doprovázející organizace, aby dokázali vést pěstouna na přechodnou dobu tak, aby tato povinnost byla plněna.
- Pěstoun na přechodnou dobu poskytuje informace doprovázející organizaci, které jsou potřebné k vyhodnocení účelnosti pěstounské péče na přechodnou dobu. Umožňuje kontakt pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dítěte s dítětem v pěstounské péči.
- Pěstoun na přechodnou dobu je vázán ke svému okolí povinnou mlčenlivostí, je významným nositelem informací, se kterými nemůže libovolně nakládat. V tomto směru zatím vidím největší nedostatky v procesu realizace pěstounské péče na přechodnou dobu. Chybí jednotný systém nakládání s citlivými údaji, které pěstoun získá během výkonu pěstounské péče na přechodnou dobu.
- Předává informace rodičům, které se týkají aktuálního stavu dítěte. Informace, které jsou vázány např. na trestnou činnost, významné výkyvy v chování atd., konzultuje s doprovázející organizací, předává o nich písemnou zprávu příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany dětí a to vždy v písemné podobě.
- Pěstoun je plně zodpovědný za blaho dítěte, které má ve své péči.
- Pěstoun nese odpovědnost za škodu, která je způsobená výkonem jeho činnosti dítěti (blíže občanský zákoník).

Výše uvedené informace vyplývají z dosavadních zkušeností v dané oblasti. Je zřejmé, že pěstounství na přechodnou dobu do budoucna musí být metodicky a odborně zpřesněno. V současné době však se jedná o spíše intuitivní péči o dítě, než o vysoce erudovanou, zodpovědnou a osobnostně náročnou činnost.

Pěstounství na přechodnou dobu postupně vytváří nový, individualizovaný a státem podporovaný systém péče o děti, které nemohou vyrůstat ve svém přirozeném rodinném prostředí.

Kontaktní adresa autorky

VŠ Za SP svätej Alžbety, n.o., Bratislava
Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna
Jiráskovy Sady 113
261 00 Příbram, Česká republika
e-mail: prusova.dobri@seznam.cz



SPOLOČNE PRE LEPŠÍ ŽIVOT

TOGETHER FOR BETTER LIFE

Tkáčová, M.,¹ Tarhaj, R.²

Ústav verejného zdravotníctva, Jesseniova lekárska fakulta

Univerzity Komenského v Martine¹,

Regionálna rozvojová agentúra Turiec v Martine²

Súhrn

V práci autori podávajú stručné informácie o histórii Rómov na Slovensku. Upozorňujú na jednotlivé činnosti členov rómskej komunity, ktoré významne ovplyvňujú ich zdravotný stav. Oboznamujú o činnosti projektu SPOLOČNE PRE LEPŠÍ ŽIVOT, ktorý bol určený pre Rómov v Turci a bol organizovaný Lokálnym partnerstvom sociálnej inklúzie Turiec v operačnom programe: ZAMESTNANOSŤ A SOCIÁLNA INKLÚZIA. V článku autori oboznamujú o prednáškach so zdravotnou a medicínskou tematikou, ktorá bola určená pre Rómov v rôznych vekových kategóriách, ktorými sa snažili prispieť k zvýšeniu ich zdravotného povedomia.

Kľúčové slová: Róm, rómska komunita, vzdelávanie Rómov, zdravie Rómov.

Abstract

In the article, authors provide brief information on Roma community in Slovakia. They point out specific activities of members of the Roma community significantly influencing their health status. They inform about activity of the project "Together for better life", focused on Roma community in Turiec Region and realized through Local Partnership for Social Inclusion in Turiec within operation program Employment and Social Inclusion. In the article authors inform about presentations dealing with health and medical issues intended for Roma people in various age categories with aim to increase their health awareness.

Key words: Roma, Roma community, education of Roma, health of Roma.

V Slovenskej republike žije jedna z najpočetnejších rómskych menšín v Európe. Prvá písomná zmienka o Rómoch na našom území je z roku 1322 [1]. Autorka uvádza, že do spišského regiónu začali prichádzať Rómovia v malých skupinkách a postupne sa tu usadili a vytvorili osady. Postupom času sa objavujú i na Zemplíne a neskôr na celom území Slovenska.

Významným medzníkom najnovších rómskych dejín na Slovensku sa stal rok 1989. Krátko po novembrových udalostiach vznikla prvá rómska politická strana – Rómska občianska iniciatíva, po nej ďalšie strany a kultúrne zväzy. Z radov Rómov boli prvýkrát zvolení poslanci. Žiaľ, obdobie po novembri 1989 neprinieslo pre Rómov len radostné zmeny. Mnohí z nich prišli o zamestnanie, čo sa následne prejavilo v rómskych osadách narastaním chudoby i zhoršením vzťahov medzi rómskymi a nerómskymi spoluobčanmi [2]. Vo všeobecnosti sú Rómovia chudobnejší než ktorákoľvek iná skupina populácie a sú na tom horšie než iní, z pohľadu prakticky ktoréhokoľvek základného sociálneho ukazovateľa, vrátane vzdelania, zdravotného stavu, podmienok bývania a prístupu k príležitostiam na trhu práce.

V rodinnom prostredí sa Rómovia vzdelávali vo svojom jazyku, kultúre, etike a v tradičných rómskych profesiách. Faktom je, že úroveň dosiahnutého vzdelania u Rómov je signifikantne nižšia ako u majoritnej populácie. Najväčšie sú rozdiely vo vyššom type formálneho vzdelávania [3].

V neustále sa rozrastajúcej literatúre o ľudských právach Rómov v strednej Európe sa často spomína pomerne zlý zdravotný stav tejto populácie.

Za hlavné determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu rómskej populácie sú považované v súčasnosti najmä: nízka vzdelanostná úroveň, z ktorej môže prameniť nedostatočná úroveň zdravotného a sociálneho uvedomenia; nízky štandard osobnej a komunálnej hygieny nízky štandard bývania a ekologická rizikovosť prostredia, s ktorou súvisí znečistené a zdevastované životné prostredie. Alarmujúci je stav najmä v izolovaných rómskych osadách, v ktorých často kvalita bývania nezodpovedá základným hygienickým požiadavkám. Absentuje zásobovanie zdraviu neškodlivou pitnou vodou, chýba kanalizácia, odpadové jamy a smetiská, odvoz smetí, absentujú sociálne zariadenia, pretrváva veľká preľudnenosť na malej ploche, často v jednej miestnosti. S problémom zlej ekonomickej situácie mnohých rodín súvisia aj zlé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa, nemožnosť zakúpiť si potrebné lieky alebo vyhľadať zdravotnícku pomoc. Pretrváva zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov. Vyskytuje sa pomerne veľká genetická záťaž rómskeho národa, ktorá súvisí s vysokou incidenciou kongenitálnych (vrodených) ochorení.

Napriek tomu však existuje málo konkrétnych informácií o zdravotnom stave Rómov v Slovenskej republike. V spektre ochorení sa rómski novorodenci odlišujú od ostatných, pričom často ide o ťažké ochorenia zanechávajúce trvalú invaliditu. Medzi najtypickejšie

vrodené choroby rómskej menšiny patria: kongenitálny glaukóm, fenylketonúria, kongenitálna hypotyreóza, kraniostenóza (vrodená deformita lebky) a niektoré prípady mentálnej retardácie. Niektorí autori dávajú do súvisu určité krvné skupiny, vyskytujúce sa častejšie u Rómov, s vyššou incidenciou niektorých parazitárnych chorôb (giardiáza) [3].

Katastrofálne životné podmienky v osadách a v lokalitách s vysokou koncentráciou rómskeho obyvateľstva, ako aj nízke zdravotné uvedomenie, nízka preočkovanosť rómskej populácie majú vplyv na častý výskyt *infekčných ochorení*. Medzi najčastejšie infekčné ochorenia patrí svrab, vírusové hepatitídy, tuberkulóza, bacilárna dyzentéria, pedikulóza, pyodermie, mykózy, enterokolitídy (zápaly čreva, salmonelóza, šigelóza), ovčie kiahne a mnohé ďalšie [4]. K dispozícii je veľmi málo informácií o civilizačných ochoreniach u Rómov. Šaško (2002) uvádza, že na vysokom pomere ich predčasnej mortality sa podieľajú *kardiovaskulárne ochorenia* viac než 2,5 krát častejšie v porovnaní s majoritnou populáciou. Pomer mortality na *nádorové ochorenia* je u nich asi 1,8-krát vyšší a úmrtnosť spôsobená externými príčinami (zranenia, otravy, kriminalita, samovraždy a iné) je približne dvakrát častejšia ako u ostatných Slovákov. Vysoká kardiovaskulárna mortalita podľa autora pravdepodobne súvisí s vysokou prevalenciou diabetu a vysokou incidenciou chronických infekcií. U Rómov sa našla i vysoká prevalencia obezity, nízke hladiny HDL-cholesterolu, vysoká koncentrácia triacylglycerolov v krvi, atď.

Prieskumom životného štýlu rómskej populácie v rokoch 2006-2007, ktorý sme uskutočnili na Oddelení sociálneho lekárstva JLF UK v Martine, bol zistený súčasný stav bývania, rodiny, vzdelania, zdravia, stravovania a tiež závislosti na tabaku, alkohole, drogách v rómskej populácii Žilinského kraja.

Po vyhodnotení výsledkov prieskumu sme zistili niekoľko zaujímavých informácií. V jednej-dvoch malých miestnostiach bývajú viacpočetné rodiny, síce majú možnosť zapojenia el. energie, ale v dôsledku neplatenia účtov, sú od nej odpojené. V niektorých domácnostiach chýba pripojenie na studenú a teplú vodu. Chýba napojenie na kanalizáciu. Podľa prieskumu sme zistili, že menšie percento z opýtaných respondentov je negramotných. Ďalej bolo zarážajúce zistenie o dentálnej hygiene Rómov. Väčšina z nich nedbá o čistenie zubov ani jedenkrát za týždeň, dokonca si zuby nečistia vôbec. Čo sa týka pohlavného života, priemerný vek Rómov pri prvom pohlavnom styku sa ukázal ako 15 rokov a väčšina nepoužíva antikoncepciu. Väčšina nemá žiadne odborné vedomosti o pohlavnom živote. Výsledky prieskumu ukázali, že 75% zo súboru opýtaných je závislých na tabaku, kde priemerný vek prvej skúsenosti s fajčením podľa odpovedí je 8 rokov. Závislosť na alkohole

je percentuálne nižšia a to 20-30%. Po konzultácii s praktickými lekármi je najčastejším ochorením v rómskej populácii Žilinského kraja chronická bronchitída, zvýšený počet prípadov tuberkulózy, arteriálna hypertenzia, ischemická choroba srdca, psychické poruchy a retardácia. Sezónne sa vyskútujú hnačkové ochorenia. Zaznamenali zvýšený výskyt diabetu mellitus, ochorenia miechových nervov, epilepsia, degeneratívne ochorenia chrbtice a kĺbov.

Vzhľadom na zistené skutočnosti sme sa zapojili do projektu organizovaného Lokálnym partnerstvom sociálnej inklúzie Turca pod názvom „SPOLOČNE ZA LEPŠÍ ŽIVOT“. V opatreniach projektu bol stanovený hlavný cieľ: „Podpora sociálnej inklúzie osôb ohrozených sociálnym vylúčením alebo sociálne vylúčených prostredníctvom rozvoja služieb s osobitným zreteľom na marginalizované rómske komunity. Našou úlohou bolo zabezpečiť odborné prednášky so zdravotníckou a medicínskou tematikou pre rómsku populáciu v termíne od 1.4.2010 v trvaní 18 mesiacov. Zamerali sme sa na rómsku populáciu od 7-17 rokov v Detskom domove v Necpaloch a v oblasti rómskej komunity Bambusky v Martine. V rámci vzdelávania sme vybrali nasledovné témy prednášok:

1. Životné prostredie: (bývanie, hygiena bývania, udržiavanie čistoty odevu, čistoty obydli a jeho okolia)
2. Kvalita životného štýlu a stravovacích návykov v rómskej rodine
3. Príprava na manželstvo a rodičovstvo (adolescenti dievčatá – plánované rodičovstvo, hygiena sexuálneho života, antikoncepcia)
4. Príprava na manželstvo a rodičovstvo (adolescenti chlapci – plánované rodičovstvo, hygiena sexuálneho života, antikoncepcia)
5. Gynekologické problémy žien (preventívne prehliadky, tehotenstvo, pôrod, materstvo, starostlivosť o batola)
6. Reprodukčné zdravie žien a menopauza
7. Reprodukčné zdravie mužov, ochorenia mužov
8. Rola matky a otca v rodine, výchova detí
9. Škodlivosť fajčenia na ľudský organizmus
10. Škodlivosť požívania alkoholu na ľudský organizmus
11. Drogová závislosť a jej vplyv na zdravie človeka
12. Psychické zdravie v rodinnom spoložití
13. Prevencia infekčných ochorení
14. Prevencia kardiovaskulárnych ochorení
15. Prevencia respiračných ochorení

16. Prvá pomoc pri poraneniach a úrazoch

17. Ošetrovanie chorých v rodine.

Priemerná účasť na prednáškach v Detskom domove Necpaly bola 15-20 osôb. Väčšina absolvovala všetky prednášky. Ostatní sa obmieňali. Podľa vyjadrenia vedenia Detského domova v Necpaloch prednášky boli vedené na vysokej úrovni a boli veľkým prínosom pre ich zverencov. Forma prednášok bola adekvátne veku a inteligencii účastníkov. Poslucháči boli veľmi aktívni hlavne v diskusii, prostredníctvom ktorej sa chceli účastníci čo najviac dozvedieť o prednášanej tématike a dokonca mala aj oveľa širší charakter. Deti, mládež a dospelých zaujímali rady lekárov a zdravotníckych pracovníkov. Žiadali o pomoc pri ich zdravotných a osobných problémoch. Prednášky sa konali v príjemnom prostredí spoločenskej miestnosti domova. Účastníci prednášok boli ukázaní a so záujmom počúvali prednášajúcich, ktorí svoje vystúpenia obohatili aj filmovým materiálom, alebo názornými ukážkami makiet častí ľudského tela. Spolupráca s pracovníkmi domova a ich zverencami bola na vysokej úrovni nielen odbornej, ale aj ľudskej.

V Martine, časť Bambusky sa prednášok zúčastnilo v priemere 30 osôb vo vekovom zložení od 6 do 60 rokov. V mestskej časti Martina – Bambusky boli prednášky organizované v spoločenskej miestnosti priamo v areále Bambusiek. Boli sme milo prekvapení, s akým taktom a záujmom pripravili poslucháči prednášok prostredie, v ktorom boli uvedené aktivity organizované. Jedným z prednášajúcich bol pán doktor Pavol Jamriška, ktorý prednášal o škodlivosti fajčenia a požívania alkoholických nápojov na zdravotný stav človeka. Po prednáške, ktorá trvala dve hodiny ďalšie tri hodiny odpovedal zúčastneným na ich otázky. Takýto systém sa opakoval pri všetkých prednášajúcich.

ZÁVER

Lokálne partnerstvo sociálnej inklúzie (ďalej len „LPSI“) Turiec sa od svojho vzniku zaoberá aktivitami, ktorých cieľom je zlepšiť situáciu najzraniteľnejších a najohrozenejších jednotlivcov a skupín v regióne okresov Martin a Turčianske Teplice. Vo februári 2006 LPSI Turiec naštartovalo proces, v rámci ktorého začala vyvíjať svoju činnosť pracovná skupina – „minipartnerstvo“ pre rozvoj rómskych komunít. Konkrétnym výstupom tohto procesu bolo spracovanie Stratégie rozvoja rómskych komunít v Turci na roky 2007 – 2015. Na tieto aktivity nadviazal v roku 2007 projekt podporený EÚ prostredníctvom Fondu sociálneho

rozvoja. Hlavné aktivity projektu boli zamerané na prípravu a spracovanie 5 strategických dokumentov:

1. Strategický plán sociálno-ekonomickej integrácie osôb so zdravotným postihnutím v Turci,
2. Strednodobá stratégia a akčný plán v oblasti rizikových skupín obyvateľstva s dôrazom na mládež,
3. Komplexný program sociálno-ekonomickej integrácie Rómov v Turci vo forme zásobníka projektov,
4. Stratégia rastu zamestnanosti a sociálnej inklúzie pre obce Horného Turca,,
5. Komunitný plán sociálnych služieb Turca, ktorý mapuje organizácie a služby v sociálnej oblasti v Turci a navrhuje ďalšie východiská formou akčných plánov.

Významným benefitom projektu bola podpora partnerskej spolupráce, dobrovoľníctva, podnecovania občianskej participácie a zaangažovanosť miestnych znevýhodnených skupín a komunít v rozhodovacích procesoch, v navrhovaní a implementácii takých riešení, ktoré prostredníctvom sociálnej a najmä ekonomickej integrácie udržateľným spôsobom zlepšujú životné podmienky cieľových skupín. Hlavným cieľom projektu bolo: Zlepšiť sociálne začlenenie a zamestnanosť marginalizovaných komunít a vylúčených skupín v regióne Turiec; Zvyšovanie vzdelanostnej úrovne marginalizovaných skupín, s osobitným zreteľom na rómsku komunitu, so zameraním na zdravotnú prevenciu; Vzdelávaním dosiahnuť posilnenie cieľových skupín projektu, aby sa dokázala efektívne a adekvátne postarať o kvalitu svojho zdravia a tým prispela k zvýšeniu zamestnanosti osôb, ohrozených sociálnym vylúčením z dôvodu príslušnosti k skupine. Špecifické ciele projektu boli zamerané na zaktivizovanie zástupcov marginalizovaných komunít a vytvorenie podmienok pri navrhovaní riešení v oblasti zamestnanosti sociálnej inklúzie; zabezpečenie odbornej pomoci pri riešení strategických plánov; vytvorenie podmienok a zabezpečenie odbornej pomoci pri tvorbe programov hospodárskeho a sociálneho rozvoja; Vytvorenia funkčného systému hodnotenia cieľov; Aktivizovanie a prezentovanie LPSI v regióne i mimo neho formou benefičného koncertu; Zaktivizovanie zástupcov relevantných organizácií a strategických partnerov pre sieťovanie a spoluprácu; Zaktivizovanie zástupcov komunít a strategických partnerov za účelom rozvoja regiónu; Prezentovanie a informovanie verejnosti o aktivitách LPSI v regióne Turiec; Zorganizovanie vzdelávacích aktivít pre nezamestnaných, rómsku komunitu, zdravotne postihnutých a rizikovú mládež.

Veľkým prínosom projektu bola nádväznosť na predchádzajúce aktivity s konkrétnymi výstupmi v rámci podpory zvyšovania profesionality výkonu a budovanie ľudských kapacít v oblasti sociálnej inklúzie. Podporoval komunitnú prácu, realizáciu strategických, akčných, komunitných plánov a programov hospodárskeho a sociálneho rozvoja. Zvyšoval účasť zainteresovaných strán pri riešení problémov sociálnej inklúzie na regionálnej úrovni a zlepšoval povedomie verejnosti vo vzťahu k marginalizovaným skupinám. Zároveň napíňal predchádzajúce spracované stratégie LPSI pre regióny Martin a Turčianske Teplice. Významne prispel k otvorenej forme spolupráce so strategickými partnermi nielen formálne. Projekt zapojením klientov do jednotlivých vzdelávacích aktivít posilnil pocit spolupatričnosti a vlastnej hodnoty, ako i zaradenia sa do spoločnosti, posilnil aktívny prístup k životu ako východisko pre trvalé zlepšenie situácie klientov a ich rodín. Projekt jednoznačne môže pôsobiť ako modelový príklad pre ostatných. Odkúšané metódy a priame skúsenosti aj v oblasti budovania partnerstva s ostatnými spoločenskými sektormi, v oblasti podpory dobrovoľníctva na miestnej úrovni a tiež v oblasti hľadania a budovania formy svojpomocných skupín môžu slúžiť ako východisko pre podobné projekty v rámci celej Slovenskej republiky. Prispel tak k výmene skúseností a šíreniu osvedčených postupov a zároveň aj k zviditeľneniu spoluúčasti EÚ pri realizácii aktivít. Pred ukončením projektu bola vydaná tlačová správa obsahujúca všetky informácie spojené s fotodokumentáciou a videozáznamami.

Pevne veríme, že sme svojou prácou prispeli k úspešnému zvládnutiu všetkých stanovených cieľov. V ďalšej našej vzdelávacej činnosti Rómov so zdravotníckou a medicínskou tematikou by sme chceli v budúcnosti pokračovať prostredníctvom európskych projektov. Chceli by sme sa aj naďalej podieľať na zvyšovaní zdravotného uvedomenia rómskej populácie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- [1] DAVIDOVÁ, E. Romano drom – Cesty Romů. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995. Změny v postavení a způsobu života Romů v Čechách, na Moravě a na Slovensku v letech 1945–1990. ISBN 80-7067-533-0
- [2] MANN ARNE, B. 2000. Rómsky dejepis. Bratislava: Kalligram, spol. s.r.o., 2000. 56 s. ISBN 80-7149-316-3

- [3] ROSINSKÝ, R., VEREŠOVÁ, M. et al. 2006. Amare Roma, špecifická práce v rómskych komunitách. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2006. 264 s. ISBN 80-8050-990-5
- [4] ŠAŠKO, P. 2002. Zdravotná situácia rómskej populácie. In VAŠEČKA, M. (ed.). 2002. Čačipen pal o Roma. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2002. s. 145-170. ISBN 80-88935-41-5

Adresa autorov:

PhDr. Marta Tkáčová,

PhD, Rastislav Tarhaj²

Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine,

Sklabinská 26,

036 01 Martin

Telefón: 043/2633 613;VoIP: 41634

tkacova@jfmed.uniba.sk

Práca bola podporená projektom Martinské centrum pre biomedicínu (BioMed Martin), ITMS kód projektu 262 202 200 187



POKYNY AUTOROM PRE PÍSANIE PRÍSPEVKOV

Vedecké články

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

Informácia z praxe (kazuistika, pôvodná práca)

Maximálny rozsah je 7 strán.

Referáty z literatúry

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

Komentáre

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

Štrukturovaný abstrakt

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

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

Spracovanie rukopisu

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

Základné pravidlá:

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

Náležitosti rukopisu

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

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

Príklady citácií:

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

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

Imprimatur

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

Príspevky posielajte e-mailom na adresu: **msramka@ousa.sk**

Redakcia

