

Zdravotnictví a sociální práce

vědecký časopis | ročník 7, 2012 | číslo 3



| Ošetřovatelství | Sociální práce | Veřejné zdravotnictví |



Slávnostné promócie bakalárov VŠZaSP sv. Alžbety dolnozemských Slovákov v Bc. Petrovci, Srbsko



Slávnostné promócie bakalárov VŠZaSP sv. Alžbety dolnozemských Slovákov v Nadlacu, Rumunsko



OBJEDNÁVKA

Na časopis Zdravotníctvo a sociálna práca / Zdravotnictví a sociální práce

Vychází 6 –krát ročne. Cena za kus 1,60 EUR/50 Kč. Celoročné předplatné: 5 EUR/180 Kč

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

Závazně si objednávám:

☐ celoročné předplatné	Počet kusů
☐ časopis č.	Počet kusů
Jméno	Příjmení
Organizace	
IČO	IČ DPH
Adresa pro doručení	
Tel.	Fax
E - mail	Podpis

Objednávky posílat'

Objednávky pro SR

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

Objednávky pro ČR

Časopis Zdravotníctvo a sociálna práca
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

Vydavatelství SR

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

Vydavatelství ČR

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

Vědecký časopis Zdravotnictví a sociální práce • ročník 7. • 2012, č. 3

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

Redakce: prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. - šéfredaktor; Ing. Lucia Andrejiová. - tajemníčka redakcie.

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

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

Časopis je recenzovaný. Za obsahovou a formální stránku zodpovídá autor. Texty neprošly jazykovou korektúrou.

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

Adresa pobočky redakce v ČR: 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 • Nevyžádané rukopisy sa nevracajú • 4 vydání ročně • EV 4111/10 , Zaregistrované MK SR pod číslem 3575/2006 • ISSN 1336–9326 • Zaregistrované MK ČR pod číslem E 19259 • ISSN 1336–9326

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

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

vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE
ročník 7, 2012, číslo 3

**Ústav sociálnych vied a zdravotníctví
bl. P. P. Gojdiča v Prešově**

ve spolupráci se

Slovenskou komorou sester a porodních asistentek

Vysokou školou zdravotníctví a sociální práce sv. Alžbety, n. o., v Bratislavě

Řeckokatolickou teologickou fakultou Prešovské univerzity v Prešově

Lékařskou fakultou univerzity P. J. Šafaříka v Košicích

Vás pozývá na

VIII. vědecko-odbornou konferenci s mezinárodní účastí

S názvem

**„Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života,
zdravia a sociálnu oblasť“**

která se uskutoční v dnech

26. – 27. října 2012

v Prešově

EDITORIÁL	5
<i>Pavel Nagy Gyuriš Krokoš,</i> Slovenské národné slávnosti 2012 na Dolnej zemi	6
<i>Durdík, Š., Donát, R., Dytter, D., Marek, V., Sokolová J., Fillo, J., Cinger, V., Sabolová, L.</i> Možnosti poznania aplikácie probiotík v liečbe onkologických chirurgických ochorení	8
<i>Sabolová, L., Sabol, M., Durdík, Š.</i> Monoorgánové metastatické postihnutie sleziny pri malígnom melanóme – kazuistika	12
<i>Palková, L., Dimunová, L.</i> Úroveň kvality života žien s nádorovým ochorením maternice Z hľadiska zapojenia sa do pracovného procesu (zamestnanosti)	17
<i>Durdík, Š., Donát, R., Sokolová J., Dytter, D., Fillo, J., Cinger, V.</i> Analýza súčasných prístupov k chirurgickej liečbe tumorov štítnej žľazy	23
<i>Halás, M., ml., Labanczová L.</i> Malígny melanóm v oku a sociálne dôsledky radikálnej liečby	28
<i>Čerňanová, A., Sabo, M.</i> Názory sestier na predsudky voči duševne chorým	35
<i>Rolantová L., Tóthová V.</i> Vyznavači islámu v Českej republike a jejich zkušenosti s hospitalizací	44
<i>Abelovská, A., Krajčovičová, Z., Meluš, V., Slobodníková, J.</i> Nutričné zloženie vegetariánskej stravy a jej vplyv na vybrané rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení	52
<i>Hamplová, L., Juriš, P.</i> Obezita jako vážný problém veřejného zdraví	60
<i>Gábrišová B.</i> Vplyv stresu na muskuloskeletálny systém – psychosomatika	64
<i>Blažek, K., Průchová, D., Velemínský, M., Stránský, P.</i> Sociální situace rodiny ve vztahu k dětským úrazům	71
<i>Vítová J.</i> Pobytové sociální služby pro seniory a problematika bydlení	81
<i>Bugri, Š.</i> Nezamestnanosť ako makroekonomický problém	89
<i>Pribišová, E.</i> Globalizačné príčiny systémových nedokonalostí Európskej integrácie a ich vplyv na realizáciu sociálnych úloh štátu	95
<i>Valenteje, E.</i> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava Ústav sv. Cyrila a Metoda Partizánske	100
Pokyny autorom pre písanie príspevkov	102

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca vychádza už 7 rok. Vznikol v roku 2005 na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce bl. P.P. Gojdiča v Prešove VŠ ZaSP sv. Alžbety, n.o., v Bratislave ako odborný časopis. Postupne sa vypracoval na základe kvality Vašich príspevkov na vedecký časopis. Od roku 2010 sa stal medzinárodným časopisom, vychádza v slovenskej a českej verzii, Vaše príspevky sú zahraničnými publikáciami. Od roku 2011 časopis vychádza v printovej aj internetovej forme na Slovensku aj v Čechách. V snahe umožniť prístup študentom k časopisu je internetová forma zdarma.

Od roku 2012 časopis bude vychádzať ako dvojmesačník so súhrnom v slovenskom a anglickom jazyku. Členmi redakčnej rady sú odborníci zo všetkých okolitých štátov, Česka, Poľska, Ukrajiny, Maďarska, Rumunska, Srbska a Rakúska. Pripravujeme, aby sa časopis stal Central European Journal of Health and Social Work.

V tomto roku na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n.o., v Ústave sv. Cyrila a Metoda v Partizánskom vznikla Detská univerzita. Jej brány sa otvorili v pondelok 9. júla 2012, kedy rector vysokej školy prof. Vladimír Krčméry odovzdal 44 novým študentom imatrikulačné listy. Pri preberaní imatrikulačných listov im zatlieskali nielen rodičia a príbuzní, ale tiež seniori z Univerzity tretieho veku, ktorí navštevujú univerzitu na vysokej škole už druhý rok.

Pokračujeme v našich aktivitách na Dolnej zemi. Pripravujeme reakreditáciu Bakalárskeho stupňa študijného programu Sociálna práca Bc. Petrovci a akreditáciu Bakalárskeho stupňa študijného programu Ošetrovatel'stvo v Bc. Petrovci.

V Bratislave 20. 8. 2012

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc
šéfredaktor

Slovenské národné slávnosti 2012 na Dolnej zemi

Takmer všetky cesty Slovákov z Vojvodiny, Slovenska, Rumunska, Maďarska, Kanady, Austrálie viedli v dňoch 3.–5. augusta do Báčskeho Petrovca, kde prebiehali v poradí už 51. Slovenské národné slávnosti (SNS). Ako každý rok, SNS boli predchádzané aj Predslávnost'ovými dňami v niektorých slovenských dedinách, venovanými SNS. V rámci Predslávnost'ových dní sa konali aj promócie Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave.



Bc. Petrovec

na detašovanom pracovisku v Bc. Petrovci sa Slávnostná promócia konala tradične rámci SNS, čo bolo uvedené aj v programe Slávnosti. Promócia sa konala v sobotu, dňa 7.7.2012 v Kultúrnom dome v Bc. Petrovci. Študenti už majú v rukách diplomy, ktoré si môžu nostrifikovať. Počas existencie detašovaného pracoviska VŠ ZSP v Srbsku ukončilo v r. 2011 štúdium Sociálnej práce v Bc. stupni 47 študentov, z toho 3 študenti nastúpili na Mgr. stupeň štúdia v Bratislave. V roku 2012 skončilo štúdium 19 bakalárov. V akademickom roku 2012/2013 je 3. ročníku v odbore Sociálna práca 19 študentov, v odbore Ošetrovateľstva 18 študentov. Tešíme sa aj na slávnostné promócie našich Dolnozemských Slovákov, ktoré tradične chceme uskutočniť počas SNS v Bc. Petrovci. Veríme, že organizačné problémy, ktoré vznikli v tomto roku, nás obídu.

Nadlac

7. júl 2012, kedy promovali študenti VŠ ZSP sv. Alžbety v Bratislave, sa stal historickým dňom pre naše mesto, nakoľko v Nadlaku sa po prvýkrát udeľovali akademické tituly. Pavel Nagy Gyuriš Krokoš prečítal za všetkých absolventov slávnostný promočný sľub. Za študentov sa prihovarila Božena Schäferová. Táto udalosť spolu s obdobím troch rokov bude mať svoje trvalé miesto v dejinách nášho mesta a slovenskej nadlackej komunity. Otvorili sa nám nové obzory, nové perspektívy. Za to všetko vďačíme VŠ ZSP sv. Alžbety, n.o., v Bratislave a jej rektorovi prof. MUDr. Vladimírovi Krčmérymu, DrSc., Dr.h.c. mult. a vedeniu mesta na čele s primátorom Vasile Ciceac a pánom Mgr. Alexandrom Grosom. Nemôžeme pritom zabúdať ani na tých, ktorí prvýkrát prišli do Nadlaku, aby realizovali myšlienku o založení externého štúdia VŠ ZSP sv. Alžbety, n.o., v Bratislave, v odbore Sociálna práca. Bolo to v júli 2009, kedy prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc., Prof. MUDr. Peter Juriš, CSc., a Ing. Peter Dubina, PhD, prišli na mestský úrad

a predstavili myšlienku o založení externého štúdia. Spolu s prednostom Mgr. Alexandrom Grosom začali hľadať záujemcov. Akademicky rok začalo 39 študentov a v roku 2012 dokončilo 27 študentov“.

3. 8. 2012 sa v Slovenskom vojvodinskom divadle začal vstupný program pod názvom Otvorená kniha šľachetná, ktorý otvoril **predseda vlády Republiky Srbska Ivica Dačić**. Okrem neho privítali hostí predsedníčka Národnostnej rady Ana Mikanová – Tomanová a predseda Obce Báčsky Petrovec Pavel Marčok. Medzi hosťami boli: minister kultúry a informácií vo vláde Srbska Bratislav Petković, radca prezidenta RS poverený oblasťou kultúry Radislav Pavlović, predseda Úradu pre Slovákov žijúcich v zahraničí Igor Furdík, veľvyslanec SR v Srbsku Ján Varšo, podpredseda vlády AP Vojvodiny Dragoslav Petrović, podpredseda Zhromaždenia AP Vojvodiny Miša Vrebalov, poslanci v Zhromaždení AP Vojvodiny Ján Bohuš a Jovan Gondja, predsedníčka Matice slovenskej v Srbsku Katarína Melegová – Melichová, správca Matice slovenskej Ján Eštok, predseda Zhromaždenia Obce Báčsky Petrovec Rajko Perić, biskup SECAV Samuel Vrbovský, predseda Rady Miestneho spoločenstva Báčsky Petrovec Ján Brno, predsedu Svetového združenia Slovákov Vladimír Skalský, predseda celoštátnej slovenskej samosprávy v Maďarsku Ján Fúzik, prvý podpredseda Demokratického zväzu Slovákov a Čechov v Rumunsku Pavol Hlásnik, predseda Matice bunjevskej Ivan Sedlak, delegácie Nitrianskeho a Žilinského samosprávneho kraja, ako i partnerských a priateľských miest Ružomberok, Nitra, Stará Ľubovňa, Martin, Nadlak, Lučenec, obce Báčska Palanka a obce Kovačica. Pozdravný telegram organizátorom a návštevníkom SNS 2012 zaslal **prezident SR Ivan Gašparovič**. Veľvyslanec Ján Varšo poďakoval sa štátnym a pokrajinským orgánom za starostlivosť o slovenskú menšinu. Igor Furdík odovzdal pozdravy od predsedu vlády SR a ministra zahraničných vecí SR Miroslava Lajčáka. Okrem nich sa prihovorili podpredseda vlády APV, predseda Obce B. Petrovec a predsedníčka Matice slovenskej v Srbsku, ktorá pripomenula, že na týchto SNS Matica slovenská v Srbsku oslávi svoju osemdesiatku, a že Matica a Slávnosti sú jedno: ako organizačne, aj programovo, pretože Matica vznikla roku 1932 na SNS, a Matica si po svojom obnovení roku 1990, obnovila aj SNS – roku 1992.

V rámci SNS sa v sobotu konalo slávnostné zasadnutie **Zhromaždenia Matice slovenskej v Srbsku**, ktoré sa začalo kultúrno-umeleckým programom, v rámci ktorého spieval Komorný zbor Musica viva. Hostí a delegácie z 21 miestnych matičných odborov privítala Mária Andrášiková, potom sa prihovorila predsedníčka MSS Katarína Melegová – Melichová, ktorá sa dotkla 80. výročia Matice, teda histórie, ako aj súčasnej činnosti, úspechov, problémov, pravda, s optimistickým prízvukom. Okrem viacerých prihlásených vzácných domácich a hostí zo Slovenska, správca MS Ján Eštok prečítal pozdravný list z Matice slovenskej a odovzdal predsedníčke MSS Zlatú cenu MS. Na tomto zasadnutí Zhromaždenia MSS boli udelené hodnosti Čestného člena viacerým občanom, ktorí aktívne prispievali k činnosti našej Matice.

Na tohtoročných SNS okrem piatich vernisáží nechýbali ďalšie sprievodne podujatia ako Jarmoku umenia v strede Petrovca, divadelné predstavenie, stretnutie novinárov, výstavy maliarov, filatelistov, večerný koncert. Galakonzert našich súborov Z matkinho náručia (v sobotu) a detských súborov Červená čiapočka (v nedeľu) na ihriskách ZŠ boli najväčším stretnutím hostí a domácich SNS. Konali sa aj slávnostné bohoslužby v evanjelickom chráme.

Veríme, že aj tohtoročné stretnutie Slovákov na jednom mieste nebolo len peknou manifestáciou, ale že prispeje k tomu, aby sa Slovač nielen zachovávala, ale kultúrne, akademicky, ekonomicky, sociálne... rozvíjala v tom správnom smere a bola vzorom aj iným národom sveta.

Bc. Nôta J., Bc. Nagy Gyuriš Krokoš P.

MOŽNOSTI POZNANIA APLIKÁCIE PROBIOTÍK V LIEČBE ONKOLOGICKÝCH CHIRURGICKÝCH OCHORENÍ

*DURDIK Š., DONÁT R., DYTTER D., MAREK V., SOKOLOVÁ J.
FILLO J., CINGER V., SABOLOVÁ L..*

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

ABSTRAKT

Viac ako polstoročie je diskutovaná možnosť využitia probiotík v liečbe somatických ochorení. Stále viac je zástancov ich liečebného využitia ako lieku a nielen potravinového doplnku. Rozsiahle klinické štúdie dokazujú ich využitie v liečbe kolorektálneho karcinómu, ulceróznej kolitídy, ktorá je verifikovanou prekancerózou. Štúdium etiológie malignity a možností jej ovplyvnenia probiotikami vyžaduje poznanie vychádzajúce z experimentálnych a klinických štúdií.

Kľúčové slová:

Probiotiká, definícia, ovplyvnenie malignity, liečebné využitie, onkologická chirurgia

ABSTRACT

More than half a century is discussed the possibility of using probiotics in the treatment of somatic diseases. Increasingly, the proponents of therapeutic use as medicine and food supplement only. Extensive clinical studies have demonstrated their use in treating colorectal cancer, ulcerative colitis, which is verified precancerosis. The study of etiology of malignancy and its possible effect on probiotics requires knowledge based on experimental and clinical studies.

Key words: Probiotics, definition, effects of malignancy, therapeutic uses, Cancer Surgery

ÚVOD

Termín "probiotikum" sa začal používať v päťdesiatich rokoch pri hodnotení vedľajších škodlivých účinkov antibiotík s ochranným pôsobením užitočných baktérií – probiotica.

Základy súčasnému poznania podstaty probiotík dal začiatkom 20 storočia francúzsky lekár Tisier a ruský vedec biológ a nositeľ Nobelovej ceny Mečnikov.

Probiotiká sú prirodzenou prírodnou ochranou proti intoxikácii organizmu chemickými látkami, znečisťovaniu prírody.

SÚBOR A METÓDA

Rôzne druhy mikroorganizmov užitočné, škodlivé aj latentné žijú vedľa seba milióny rokov. Rovnováha ekosystému pôsobí na reguláciu zdravia, choroby, epidémie aj smrť organizmov. Hrubé črevo a pošva ženy, sú ich prirodzenými bioreaktormi kontinuálne produkujúcimi milióny mikroorganizmov.

Probiotiká ako živé mikroorganizmy prijímané do organizmu samostatne, alebo formou potravín s ich obsahom, vplývajú na črevnú mikroflóru, imunitný systém, detoxikujú organizmus, znižujú hladiny cholesterolu a krvný cukor, podporujú rast vhodnej črevnej flóry, sú prevenciou pred rakovinovými ochoreniami, alergiami a urinogenitálnymi infekciami.

Kolorektálny karcinóm je u nás najčastejším karcinómom tráviaceho traktu a je druhým najčastejším karcinómom po karcinóme pľúc u mužov a karcinóme prsníka u žien, so stúpajúcou incidenciou. V jeho etiológii a patogenéze zohrávajú baktérie dôležitú úlohu. Epidemiologické štúdie potvrdili zvýšenú incidenciu kolorektálneho karcinómu u pacientov, so zvýšeným počtom kmeňov *Bacterioides* v črevnej flóre, a protektívny účinok pri kolonizácii čreva laktobacilmi a eubaktériami [1].

Medikácia týchto kmeňov do organizmu, vedie k úvahe o znížení rizika vzniku rakoviny hrubého čreva a konečníka.

Baktériová flóra môže ovplyvniť kolorektálnu karcinogézu produkciou enzýmov, ktoré transformujú prokarcinogény na aktívne karcinogény.

Baktérie mliečneho kvasenia zohrávajú významnú úlohu v spomalení kolorektálnej karcinogenézy. Ich účinok spočíva v posilnení imunitného systému hostiteľa, útlme rastu a aktivity črevných mikroorganizmov produkujúcich karcinogény a promótoxy kompetitívnu kolonizáciu alebo produkciu inhibítorov [2].

Verifikácia protektívneho účinku probiotík pochádza zo štúdií na zvieratách.

Preventívny účinok probiotických baktérií na rakovinový proces sa zakladá najmä na ich antagonizme proti iným črevným baktériám. Probiotiká tak potláčajú rast baktérií, ktoré konvertujú prokarcinogény na karcinogény. Vplyv probiotík pri prevencii kolorektálneho karcinómu potvrdzuje význam baktériovej flóry v etiológii kolorektálneho karcinómu a zároveň predstavuje cestu vhodnú na zníženie jeho incidencie.

Širokou odbornou verejnosťou je akceptovaná myšlienka o významnej úlohe baktérií v procese vzniku a vývoji kolorektálneho karcinómu [3]. Incidencia karcinómu hrubého čreva je vyššia v porovnaní s karcinómom tenkého čreva. Vysvetlenie vychádza z odlišného kvantitatívneho zastúpenia baktérií v tenkom a hrubom čreve. Je dokázaný súvis medzi IBD (inflammatory bowel disease) - črevné zápalové ochorenia (Crohn, ileitída, ulcerózna kolitída) a zvýšeným rizikom vzniku kolorektálneho karcinómu. V zápalových zmenách je podstatná úloha zloženia črevnej mikroflóry. Zápal môže byť spojený so vznikom adenokarcinómu. Za vznik zápalu sú zodpovedné hlavne anaeróbne baktérie rodu *Bacteroides*. Predpokladá sa, že len niektoré zložky črevnej flóry majú schopnosť vyvolať zápal. Nie je potvrdené, či ide o špecifické pôsobenie týchto baktérií, alebo ide o nešpecifický efekt bakteriálnych superantigénov. Viaceré štúdie potvrdili účinnosť probiotík pri liečbe ulceróznej kolitídy. Pozitívne pôsobenie baktérií mliečneho kvasenia bol verifikovaný pri udržaní remisie ulceróznej kolitídy.

Prehľad porovnávajúci účinok probiotík v udržaní remisie ulceróznej kolitídy ukazuje, že efektívnosť a bezpečnosť pri ich použití je porovnateľná s výsledkami liečby protizápalovými liekmi používanými v tejto indikácii. Najefektívnejšie probiotiká sú pravdepodobne z doposiaľ sledovaných, bifidobaktérie. Pre všeobecné uplatnenie probiotík v bežnej medicínskej praxi sú nevyhnutne potrebné väčšie klinické štúdie.

Využitie probiotík v liečbe karcinómu prsníka je v súčasnosti v hypotetické. Niektoré hypotézy dávajú patogénnym bakteriálnym kmeňom, mikrobiálnym komponentom, úlohu v iniciácii, etiopatogenéze a v progresii karcinómu prsníka. Mikrobiálna súvislosť v etiopatogenéze je výraznejšia pri malígme žalúdka a hrubého čreva.

Syntetické prípravky používané v chemoterapii nádorových chorôb majú veľa vedľajších účinkov, preto je v súčasnosti záujem o využívanie produktov biotechnologického a naturálneho pôvodu v prevencii a terapii chorôb. Biologické bariéry gastrointestinálneho traktu determinuje primárnu a základnú obrannú bariéru pred negatívnymi faktormi vonkajšieho a vnútorného prostredia. Zabezpečujú ochranu organizmu pred nepriaznivými účinkami genotoxických a cytotoxických látok, karcinogénov, kokarcinogénov, promótorov a infekčných agens.

Toxíny za určitých okolností narušujú obranyschopnosť biologických bariér tráviaceho traktu, čo vytvára predispozíciu k nádorovým ochoreniam.

Štúdium a poznanie biologických bariér gastrointestinálneho traktu a ich protektívnych mechanizmov stabilizáciou ich fyziologickej funkčnosti môže efektívne znížiť mieru zdravotných rizík z hľadiska výskytu nádorových chorôb. Pre efektívnu moduláciu ekosystému tráviaceho traktu z hľadiska prevencie nádorových chorôb možno použiť, rastlinné extrakty, probiotiká a prebiotiká.

DISKUSIA

V prevencii nádorových chorôb je dôležité sledovanie zvýšenia účinnosti probiotických mikroorganizmov v kombinácii s bioaktívnymi látkami prírodného pôvodu.

Posledné desaťročie v onkologii produkuje veľké množstvo poznatkov, avšak bez konsenzu vypracovania jednotnej teórie karcinogenézy.

Štúdium etiológie malignity donedávna koexistovalo na dvoch oddelených oblastiach:

- karcinogenéza spôsobená chemickými a fyzikálnymi činiteľmi,
- karcinogenéza vzniklá na podnete onkogénnych vírusov.

Ďalší výskum potvrdil, že tieto dve oblasti karcinogenézy vzájomne úzko súvisia. Uplatnenie fyzikálnych, chemických faktorov a vírusov v karcinogenéze je cestou pôsobenia aktivácie protoonkogénov alebo inaktiváciu tumor - supresorových génov. V procese transformácie zdravej bunky na malígnu sú definované dve odlišné štádiá karcinogenézy – štádium iniciácie a štádium promócie. Iniciáciu indukuje karcinogén. Karcinogény predstavujú často chemické látky, radiácia, vírusy a hormóny.

V štádiu iniciácie vznikajú v bunke účinkom karcinogénu s mutagénym účinkom ireverzibilné zmeny genetického materiálu, ktoré predisponujú na vznik malignity. V štádiu promócie sa uplatňujú kokarcinogény ako promótory. Samy osebe nie sú mutagénmi ani karcinogénmi, ale ak sa podávajú po karcinogéne opakovane, môžu pomáhať transformácii buniek. K promótorom patria chemické látky, niektoré hormóny, medikamenty a iné faktory vonkajšieho prostredia.

Pri premene normálnej bunky na nádorovú nastáva predovšetkým porucha alebo premena bunkovej diferenciácie, čo je spojené s hyperpláziou, metapláziou a dyspláziou./4/. Ďalšou významnou vlastnosťou malígnej transformácie je ireverzibilná strata kontroly delenia buniek a ich migrácia pomocou obehového systému do susedných alebo vzdialených tkanív a orgánov, metastázovanie, čo predurčuje ich invazívu. V humánnej onkogenéze nestačí na malígnu konverziu bunky jedna alterácia v cieľových génoch. Pravdepodobnosť malígnej premeny bunky bude tým vyššia, čím dlhšie budú faktory vonkajšieho prostredia na ňu

pôsobiť. Samotný vek predlžuje čas expozície organizmu karcinogénnym vplyvom, a preto sa výskyt malignít zvyšuje s vekom.

Relatívne novým poznatkom je fakt, že mikróby môžu vyvolať distálnu onkogénnu odpoveď.

Patogénne črevné baktérie indukujú extraintestinálne tumory, kde chronický infekť môže viesť k imunitnej reakcii u hostiteľa, ktorá spôsobuje u skupiny pacientov exacerbáciu onkologického ochorenia.

Dochádza k zvýšeniu počtu „tumor-asociovaných“ makrofágov a prozápalových cytokínov, tie majú úlohu vo vývoji a progresii karcinómu prsníka.

ZÁVER

Probiotické baktérie vytesňujú patogénne črevné mikrobiálne kmene a modulujú imunitnú odpoveď, čo predstavuje dôležitú úlohu v prevencii vzniku viacerých onkologických tumorov.

Súčasná poznania iniciujú vznik nových teórií o možnosti využitia bakteriálnych kmeňov ako mediátorov pre alternatívnu liečebnú aplikáciu.

LITERATÚRA

- [1] BOMBA, A., STROJNÝ, L., HIJOVÁ, E., BERTKOVÁ, I., CHMELÁROVÁ, A., MOJŽIŠOVÁ, G., PETRÁŠOVÁ, D.: Modulácia ekosystému tráviaceho traktu v prevencii nádorových chorôb
Alojz Bomba, Ladislav Strojný, Emília Hijová, Izabela Bertková, Anna Chmelárová, Gabriela Mojžišová, Darina Petrášová. *Ústav experimentálnej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*
- [2] MEGO, M., ZAJAC, V. Možnosti uplatnenia probiotík v onkológii.
Michal Mego¹, Vladimír Zajac² *III. onkologická klinika LFUK, Národný onkologický ústav (NOÚ), Bratislava* *2 Ústav experimentálnej onkológie SAV, Bratislava*
- [3] ČOKÁŠOVÁ, D., STROJNÝ, L., BOMBA, A., * SIEGFRID, L.: Probiotiká a ich vplyv vo vzťahu ku kolorektálnemu karcinómu a ateroskleróze. *Lek Obz*, 59, 2010, č. 10, s. 399 – 402.
- [4] BRADY, L.J., GALLAHER, D.D., BUSTA, F.F.: The role of probiotic cultures in the prevention of colon cancer. *J Nutr*, 130, 2000, s. 410 – 414

Kontaktná adresa:

doc. MUDr. Durdik Štefan, PhD.

sdurdik@ousa.sk

mob. +421907889158

prednosta Kliniky onkologickej chirurgie LFUK a OUSA,

Heydukova 10,

812 50 Bratislava

MONOORGÁNOVÉ METASTATICKÉ POSTIHNUTIE SLEZINY PRI MALÍGNOM MELANÓME – KAZUISTIKA

¹ SABOLOVÁ L., ² SABOL M. ² DURDÍK Š

¹ Onkodermatologická ambulancia, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

² Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OÚSA, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

ABSTRAKT

Autori v kazustike opisujú prípad zriedkavého monoorgánového viscerálneho metastatického postihnutia sleziny pri primárnom malígnom melanóme u 83-ročného pacienta. 3 roky po exstirpácii primárneho malígneho melanómu v oblasti pravého ramena bol pri re-stagingovom CT vyšetrení zistený nález mnohopočetného metastatického postihnutia sleziny. Následne bola vykonaná elektívna splenektómia, ktorú bolo možné označiť za kuratívnu. Pacient bol po 3-ročnom sledovaní v kompletnej remisii.

Kľúčové slová: malígný melanóm, metastázy malígneho melanómu, chirurgická liečba malígneho melanómu, metastáty malígneho melanómu v slezine.

ABSTRACT

Authors in the case-report describe a rare case of a single-organ metastatic involvement of the spleen in the 83-years old male patient with primary malignant melanoma. Multiple metastatic lesions of the spleen were revealed during re-staging CT 3 years after removal of primary malignant melanoma in the area of right shoulder. Patient underwent elective splenectomy that could be considered as a curative one. After 3-years follow-up complete remission was recorded.

Key words: malignant melanoma, metastatic malignant melanoma, surgical treatment of malignant melanoma, metastatic malignant melanoma of the spleen.

ÚVOD

Malígný melanóm je nádor neuroektodermálneho pôvodu, ktorý vzniká malígnou transformáciou melanocytov. Patrí medzi najzhubnejšie nádory. Môže sa vyskytovať v rôznych tkanivách. Najčastejšie je lokalizovaný v koži, tkanivách oka a vzácnejšie na slizniciach. Iné lokality sú považované za raritné. Aj keď je v súčasnosti pozorovaná určitá stagnácia mortality, stále je hlavnou príčinou úmrtia na kožné malignity a predstavuje 1-2% všetkých úmrtí na nádorové ochorenie. V súčasnosti sa stále zlepšujú diagnostické, liečebné a preventívne postupy, čo vedie k postupnému celosvetovému poklesu pokročilých malígnych melanómov a súčasne nárastu včasných štádií melanómov s priaznivou prognózou [5].

V r. 2008 bolo v 27 krajinách EÚ diagnostikovaných 69 000 nových prípadov melanómu. V krajinách EÚ existuje značná geografická variabilita s najvyššou incidenciou u severoeurópanov s bledou pokožkou (Dánsko, Švédsko, Nórsko) [2].

KAZUISTIKA

83-ročný pacient bol odoslaný z rajónnej dermatologickej ambulancie na naše pracovisko s nálezom pigmentovanej kožnej lézie na dorzálnnej ploche pravého ramena. Pacient udával prítomnosť pigmentácie v danej lokalite niekoľko rokov, ale v priebehu posledného roka pozoroval rast do výšky aj šírky s občasným krvácaním. Veľkosť ložiska bola 25 x 15 mm. V dermatoskopickom obraze bol prítomný v centre lézie nodulus ružovofialovej farby, na okrajoch šedomodrý závoj, v hornom póle depigmentácia, prítomné len rozšírené kapiláry, na mediálnej a laterálnej strane zreteľnejšia difúzna pigmentácia nehomogénna, nepravidelná pigmentová sieť s náhlym ukončením na periférii, prítomný fenomén pokorenenia. Záver dermatoskopického vyšetrenia: nodulárny malígny melanóm.

Pri klinickom a dermatoskopickom vyšetrení zistený aj bazalióm na pravej ušnici.

Osobná anamnéza: 1995 – st.p.hemicolectomiam l.dx. pre adenokarcinóm c. ascendens, 2003 st.p. PTCA (perkutánnu transluminálnu koronárnu angioplastiku) a aortokoronárnym bypasse, st.p. implantácii pacemakera pre sick sinus syndrome (SSS).

Bola doporučená exstirpácia tumoru v oblasti pravého ramena s 2 cm bezpečnostným lemom a biopsia SLN (sentinel lymphnode). Ložisko na pravej ušnici bolo indikované na exstirpáciu s 2 mm lemom v jednom sedení.

Na základe dermatologickej indikácie pacient bol prijatý na Klinikum onkologickej chirurgie OÚSA za účelom chirurgickej intervencie, kde bola vykonaná radikálna exstirpácia kožného nádoru na pravom ramene a súčasne biopsia SLN z pravej axily. Zároveň bola realizovaná resekcia pravej ušnice. Histologické vyšetrenie: malígny melanóm nodulárny typ reg. brachii l.sin., Clark IV., Breslow 5 mm, SLN reg. axillae l. sin. bez neoplastických zmien, bazalióm pravej ušnice, solídny typ. Melanómovou komisiou OÚSA bola doporučená prísna observácia, vzhľadom na vek, napriek „high risk melanoma“ nebola indikovaná adjuvantná imunoterapia. Pacientovi boli pravidelne sledované onkomarkery (S-100, B2M, TK, NSE), v pravidelných intervaloch realizované re-stagingové vyšetrenia (RTG hrudníka, USG abdomenu, USG axíl, CT hrudníka, brucha a malej panvy). Po 3 rokoch, v rámci re-stagingového USG a CT abdomenu, bol zistený nález viacložiskového mts postihnutia sleziny: v parenchýme sleziny sa zobrazilo minimálne 7 guľovitých, relatívne hypodenzných ložísk s centrálnou areou nekrózy a slabším prstencovitým sýtením mäkkotkanivovej zložky, najväčšie v priemere 61 mm. (Obr. 1) CT nález bol prezentovaný na chirurgickom klinicko-rentgenologickom seminári, kde bola indikovaná elektívna splenektómia. Po adekvátnej kardiologickej príprave bola vykonaná splenektómia. Histologické vyšetrenie potvrdilo nález mnohopočetných metastáz malígneho melanómu do sleziny, 80% parenchýmu sleziny bolo infiltrovaných čiernymi metastatickými, parciálne nekrotickými ložiskami. Vzhľadom na vek a kardiálnu komorbiditu pacienta nebola indikovaná zabezpečovacia chemoterapia. 3 roky po splenektómii bol pacient v kompletnej remisii ochorenia.



Obr. 1 CT abdomenu, mnohopočetné Mts sleziny

DISKUSIA

Malígny melanóm je nádor, ktorý je v začiatočných fázach svojho rastu vyliečiteľný. V súčasnosti je zaznamenaný zvýšený výskyt tenkých melanómov, čo je spôsobené výrazným rozvojom a zlepšením diagnostiky a prevencie tohoto ochorenia. Integrálnou súčasťou diagnostického algoritmu sa stáva dermatoskopia a hlavne imunohistochemia. Hodnotenie prognózy ochorenia spresnili najmä biopsia sentinelovej lymfatickej uzliny a nový AJCC staging (American Joint Committee on Cancer) [10]. V posledných dekádach nastáva výrazný rozvoj nových liečebných modalít, medzi ktoré zaraďujeme najmä adjuvantnú imunoterapiu. Z experimentálnych liečebných postupov sa rýchlo rozvíja génová terapia a terapia vakcínami. Dôležité postavenie v managemente pacientov s malígnym melanómom má dispenzarizácia s dôrazom na včasný záchyt prípadného metastatického postihnutia vzdialených orgánov.

Metastatické postihnutie sleziny sa vyskytuje zriedkavo, najmä v pokročilých štádiách solídnych malignít, hlavne v prítomnosti peritoneálnej karcinomatózy. Tieto lézie sú často súčasťou generalizovaného, terminálneho štádia malígneho ochorenia, ktoré je liečené chemoterapeutickými režimami. Frekvencia výskytu slezinových metastáz u pacientov s malignitami sa udáva 2.3 –7.1%. Primárnym tumorom zodpovedným za metastatické postihnutie sleziny býva najčastejšie ovárium, uterus, cervix, pľúca, prsník, žalúdok, koža a hrubé črevo, pričom podiel ovariálnych karcinómov tvorí približne tri štvrtiny prípadov.

V diferenciálnej diagnostike tumorov sleziny prichádzajú do úvahy hamangióm, lymfangióm, hamartóm, hemangiosarkóm, malígny lymfóm a metastatický karcinóm. [13] Väčšina metastáz v slezine pri malígnom melanóme je identifikovaných až pri autopsii. V literatúre sa však vyskytujú sa aj údaje o dlhodobom prežívaní po agresívnej chirurgickej liečbe IV. metastatického štádia malígneho melanómu. Niektorí pacienti s metastatickým melanómom majú dobrý „performance status“, bez evidencie metastáz v iných lokalitách. V týchto selektovaných prípadoch môže byť chirurgická intervencia skutočne metódou voľby [11]

Hoci slezina je považovaná za najvaskularizovanejší orgán v tele, je zriedkavým miestom metastáz. Ponúka sa niekoľko možných vysvetlení zriedkavosti slezinových metastáz: 1. ostrý uhol odstupe a. lienalis z tr. coeliacus, ktorý sťažuje vstup tumorózných embolov do sleziny, 2. pravidelné rytmické kontrakcie sleziny, ktoré „vytláčajú“ tumorózne emboly a znemožňujú ich usídlenie v slezine, 3. absencia aferentných lymfatických ciev sleziny a 4. antitumorózna aktivita v dôsledku vysokej koncentrácie lymfoidného tkaniva v slezine. Navyše, incidencia slezinových metastáz môže byť relatívne podhodnotená, pretože

bývajú často asymptomatické a slezina je vnútorným orgánom s veľkou funkčnou rezervou.[6]

Metastázy v slezine môžu len zriedka vzniknúť lymfatickou cestou. Pravdepodobne jediná cesta vzniku metastáz v slezine je arteriálna, retrográdny spôsob šírenia metastáz portálnym systémom nebol pozorovaný [7].

Literatúra poskytuje pomerne málo údajov týkajúcich sa metastatického postihnutia sleziny. Izolované slezinové metastázy (pri absencii metastáz v iných orgánoch) sa vyskytujú extrémne zriedkavo. Mainprize a kol. udávajú cca 40 prípadov izolovaných slezinových metastáz [8].

Parenchymatózne metastázy sleziny môžu reprezentovať formu hematogénneho šírenia, kým kapsulárne metastázy vznikajú často v dôsledku peritoneálneho rozsevu [12].

Symptomatické lézie v porovnaní s asymptomatickými sú väčšie, častejšie sa vyskytujú u mladých žien [4]. Splenektómia je u pacientov s metastatickým postihnutím sleziny aj prevenciou spontánnej ruptúry sleziny [9].

V Sydney Melanoma Unit identifikovali v období 1990-2001 celkove 113 pacientov so slezinovými metastázami malígneho melanómu. Splenektómia bola vykonaná u 15 pacientov. Celkové prežívanie u pacientov po splenektómii bolo 11 mesiacov a v podskupine s izolovanými slezinovými metastázami bol medián prežívania dokonca 23 mesiacov [1].

Biológia primárneho tumoru je významným faktorom ovplyvňujúcim prežívanie pacientov s metastatickým ochorením. Pacienti s menej agresívnymi tumormi, senzitivnejšími na chemoterapiu predstavujú skupinu, ktorá by mohla profitovať zo splenektómie. Synchronná prezentácia slezinových metastáz a primárneho tumoru naznačuje vyššiu pravdepodobnosť rozsiahlejšieho metastatického postihnutia [3].

ZÁVER

Metastatické lézie sleziny sa objavujú zriedkavo. Sú často asymptomatické, diagnostikujú sa ako súčasť multiorgánového metastatického štádia malígneho ochorenia. Symptomatické prípady sa vyskytujú výnimočne. Splenektómia môže v selektovanej skupine pacientov s izolovanými slezinovými metastázami zabezpečiť dlhodobé prežívanie. Pacient uvádzaný v našej kazuistike je zriedkavým prípadom monoorgánového viscerálneho metastatického postihnutia pri malígnom melanóme. Elektívne viscerálne resekcie sú vo IV. štádiu malígneho melanómu indikované zriedka (väčšinou ide len o paliatívne výkony), v tomto prípade je však vykonanú splenektómiu možné považovať za kuratívny výkon. Zároveň ide o pacienta s triplicitnou malignitou: Ca c. ascendentis, melanoma malignum reg. brachii, basalioma auriculae.

LITERATÚRA

- [1] De WILT, JH., McCARTHY, WH., THOMPSON, JF.: Surgical treatment of splenic metastases in patients with melanoma. Journal of the American College of Surgeons, 2003, Vol. 197, Issue 1, p. 38-43. ISSN 1072-7515(03)00381-8
- [2] FERLAY J, SHIN HR, BRAY F, FORMAN D, MATHERS C, PARKIN DM. GLOBOCAN 2008 v 1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancerbase No. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010

- [3] GATENBY, PA., MUDAN, SS., WOTHERSPOON, AC.: Splenectomy for non-haematological metastatic malignant disease. *Langenbecks Arch Surg* (2011) 396: 625–638. ISSN 00423-011-0746-2.
- [4] GHANI1, AA., HASHMI1, ZA., CHASE1, DM., PATEL1, SB., DANIEL F JONES, DF.: Intraparenchymal metastases to the spleen from ovarian cancer: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2010, 4: 30. ISSN 1752-1947-4-30
- [5] KRAJSOVÁ, I: Melanom, Praha, Maxdorf s.r.o 2006, 332s. ISBN-80-7345-096-8
- [6] LAM, K.Y., TANG, V.: A 25-Year Clinicopathologic Study *Arch Pathol Lab Med*. 2000; 124:526–530 ISSN 10747308
- [7] ONDRUŠ B. Nádorové metastázy v slezine. *Bratislavské lekárske listy*, roč. XXIX, 1949, str. 889-895.
- [8] MAINPRIZE, K.S., BERRY, A.R.: Solitary splenic metastasis from colorectal carcinoma. *Br. J. Surg.* 1997; 84: 70. ISSN 9043458
- [9] RICHTER R.H., REINGRUBER B., GRUNEIS C., et al. Spontaneous splenic rupture in metastatic malignant melanoma. *Zentralbl Chir* 2001, 126(8): 630-1. ISSN 0044-409X
- [10] SOBIN, L.H., GOSPODAROWICZ, M.K., WITTEKIND, C.H.: TNM klasifikace zhoubných novotvarů, 7. vydanie, 2009, česká verze 2011, 246 s. ISBN 978-80-904259-6-5
- [11] TRINDADE, M.M., BLAYA, R., TRINDADE, E.N.: Melanoma metastasis to the spleen: Laparoscopic approach. *J Minim Access Surg*. 2009; 5(1): p. 17–19. ISSN 0972-9941.51316
- [12] TSEKKEZOGLOU, A., KONTOU, S., HATJIELEFTHERIOU, G., NIKOLAIDOU, ME., PLATANIOTIS, G., APOSTOLIKAS, N., MAGIAKOS, G.: Solitary parenchymal splenic recurrence of ovarian adenocarcinoma: a case report and review of the literature. *Anticancer Res* 2005, 25:1471-1476. ISSN 15865107. 9
- [13] YANG S. KOH, JUNG C. KIM, CHOL K. CHO: Splenectomy for solitary splenic metastasis of ovarian cancer. *BMC Cancer* 2004, 4: 96. ISSN 1471-2407-4-96.

Kontaktná adresa:

MUDr. L. Sabolová
e-mail: lsabolov@ousa.sk
Onkologický ústav sv. Alžbety
Onkodermatologická ambulancia
Heydukova 10
812 50 Bratislava

ÚROVEŇ KVALITY ŽIVOTA ŽIEN S NÁDOROVÝM OCHORENÍM MATERNICE Z HĽADISKA ZAPOJENIA SA DO PRACOVNÉHO PROCESU (ZAMESTNANOSTI)

Palková, L., Dimunová, L.

Východoslovenský onkologický ústav, a.s. v Košiciach, Rastislavova 43, 040 01, Košice
LF UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva, Tr. SNP č. 1, 040 01 Košice

ABSTRAKT

Úvod: Predložená práca sa zameriava na kvalitu života žien s nádorovým ochorením maternice.

Metodika: Súbor tvorí 300 pacientok vo vekovej kategórii 41- 64 rokov po hysterektómii. Výskum bol realizovaný anonymne prostredníctvom dotazníka – Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLASC) - Kvalita života od Carvera. Zber dát prebiehal v období máj 2009 - december 2010.

Výsledky: Na základe analýzy celkovej kvality života sme zistili, že najpriaznivejšie výsledky dosiahli ženy v starobnom dôchodku, za nimi nasledovali zamestnané ženy a najhoršie prežívanie kvality života uviedli respondentky dlhodobo práceneschopné a v invalidnom dôchodku.

Záver: Spätné zapojenie sa do pracovného procesu, ustálenie životných hodnôt u žien v starobnom dôchodku a sociálna podpora pozitívne ovplyvňujú prežívanie kvality života u žien s nádorovým ochorením maternice.

Kľúčové slová: Kvalita života. Hysterektómia. Pracovný proces. Dotazník QLASC.

ABSTRACT

Introduction: The present work focuses on the quality of life of women with uterine cancer.

Methods: File consists of 300 patients the age group 41 to 64 years after hysterectomy. Research was conducted anonymously using a questionnaire Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLASC). Data collection was conducted between May 2009 to December 2010.

Results: The analysis of the overall quality of life, we found that the most favourable results achieved in female old-age pension, followed by working women and worst survival respondents said the quality of life and unable to work long-term incapacity benefit.

Conclusion: Backward involvement in employment, stable life values for women in retirement and social support positively influence the survival quality of life in women with uterine cancer.

Key words: Quality of life. Hysterectomy. Employment. The questionnaire QLASC.

ÚVOD

Nádorové ochorenia krčka a tela maternice patria k najčastejším zhubným ochoreniam ženských pohlavných orgánov, hneď po nádorovom ochorení prsnej žľazy [4]. Zhubné

ochorenie väčšina žien vníma ako stav sprevádzaný bolesťou, úbytkom životných síl, postupujúcou bezmocnosťou a blížiacou sa smrťou. Predstava rakoviny bez ohľadu na vzdelanie, profesiu či sociálne postavenie vyvoláva úzkosť a obavy. Od doby stanovenia diagnózy k vlastnému zahájeniu liečby plynie pomerne krátky čas, čo často nestačí, aby sa žena vyrovnala s množstvom psychologických a sociálnych obmedzení [8]. Mení sa kvalita života, ktorá predstavuje objektívne podmienky i subjektívne prežívanie človeka. Sprangers [7] kvalitu života z hľadiska zdravotného stavu a perspektívy pacienta a rakovinou poníma ako konštrukt zahrňujúci tri základné oblasti: telesné fungovanie, psychologické fungovanie a sociálne fungovanie. Oblasť sociálneho fungovania sa týka kvantitatívnych a kvalitatívnych aspektov sociálnych vzťahov, interakcií a sociálnej integrácie. Sociálna opora je ochrannou bariérou pre onkologických pacientov a zahrňuje nielen oporu rodiny a priateľov, ale aj zdravotníckych pracovníkov. Kvalita života predstavuje tiež potreby a pocity, ale predovšetkým je to reálny spôsob života a rozvoj osobnosti človeka, ktorý mu prináša radosť a spokojnosť [3]. Onkologické ochorenie a jeho liečba má veľký vplyv na pracovnú aktivitu v domácnosti aj v zamestnaní. Pracovná neschopnosť v dôsledku ochorenia trvá dlho. Končí sa rôznymi spôsobmi: návratom na pôvodné pracovisko, preradením na ľahšiu prácu, kratšou pracovnou dobou, čiastočnou alebo úplnou invalidizáciou.

CIEĽ

Cieľom práce bolo zistiť, aká je kvalita života žien s nádorovým ochorením maternice so zameraním sa na hľadisko spôsobu zapojenia sa do pracovného procesu. Predpokladali sme, že kvalita života determinovaná spôsobom zapojenia sa do pracovného procesu bude štatisticky významne lepšia u pracujúcich žien v porovnaní so ženami na starobnom dôchodku a tieto budú mať lepšiu kvalitu života ako ženy dlhodobo práce neschopné a ženy na invalidnom dôchodku (t.j. ženy nepracujúce z dôvodu choroby).

SÚBOR

Skúmaný súbor tvorí 300 pacientok, ktoré boli liečené vo Východoslovenskom onkologickom ústave, a.s. v Košiciach na Klinike radiológie a onkológie a vo FNŠP J.A. Reimana v Prešove na Onkologickom oddelení. Kritériom pre zaradenie do súboru, bola u žien realizovaná hysterektómia a doporučená následná onkologická liečba.

METODIKA

Zber údajov sa uskutočnil v období od mesiaca máj 2009 do decembra 2010. Výskum bol realizovaný prostredníctvom dotazníka – Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLASC) Kvalita života od Carvera [1]. Dotazník obsahuje 46 položiek obsahovo rozdelených do 13 domén. Faktory týkajúce sa všeobecnej kvality života boli zahrnuté v prvých ôsmich doménach – 1 Negatívne emócie, 2 Pozitívne emócie, 3 Kognitívne problémy, 4 Bolesť, 5 Sexuálny záujem, 6 Energia/únava, 7 Sexuálna funkcia, 8 Sociálne vyhýbanie, 9 Finančné problémy, 10 Benefit z choroby, 11 Distres v rodine, 12 Vzhľad, 13 Distres z opakovania. Na formulované otázky mali respondenti možnosť odpovedať s využitím šesť stupňovej škály. Pozitívna škála hodnotenia bola využitá v doménach Pozitívne emócie a Benefit z choroby. V ostatných doménach bola použitá negatívna škála hodnotenia. Údaje boli spracované v štatistickom programe SPSS v. 16.0. Pre analýzu dát sme použili metódy deskriptívnej štatistiky, jednofaktorový test ANOVA. Výsledky sme interpretovali na hladine významnosti $\alpha = 0,05$

VÝSLEDKY

Vekové rozloženie skúmaného súboru bolo nasledovné: menej ako 40 rokov malo 15% (n = 44) žien, kategóriu od 41 – 50 rokov predstavovalo 23% respondentiek (n = 70), vyrovnanú skupinu tvorili ženy od 51 – 60 rokov 31% (n=93) a viac ako 60 rokov 31% (n = 93). Vzhľadom na skúmanú problematiku nás zaujímal aj rodinný stav respondentiek. Najväčšie zastúpenie bolo v kategórii „vydatá“ 46% (n = 138), nasledovala kategória „rozvedená“ 25% (n = 74), „vdova“ 20% (n = 60) a „slobodných“ bolo 9% (n = 28). V tabuľke 1 interpretujeme výsledky analýzy odpovedí respondentiek, ktoré preukázali štatisticky významný rozdiel v prežívaní kvality života medzi respondentkami rozdelenými podľa spôsobu zapojenia sa do pracovného procesu. Najpriaznivejšie výsledky dosiahli respondentky v starobnom dôchodku.

Tabuľka 1 Vzťah medzi celkovou kvalitou života a spôsobom zapojenia sa do pracovného procesu

Zaradenie	n	Skóre		
		Súčet	Priemer	Rozptyl
Zamestnané	61	10 216	167,48	1 154,72
Dlhodobo PN a invalidné	138	23 222	168,28	663,33
Starobný dôchodok	95	14 078	146,65	518,42
ANOVA		F	p -hodnota	F_{krit}
Medzi výbermi (podskupinami)		20,67	0,00	3,03

Legenda: Hladina významnosti $\alpha = 0,05$; štatistická významnosť ak $p < 0,05$

F – štatistická významnosť ak $F > F_{krit}$

Analýzou údajov triedených podľa spôsobu zapojenia sa do pracovného procesu sme zistili štatisticky významné rozdiely v prežívaní jednotlivých domén kvality života v 10-tich z 13-tich domén. V prípade 4-roch domén bolo preukázané lepšie prežívanie u zamestnaných pacientok než pacientok na starobnom dôchodku a žien dlhodobo PN a žien v invalidnom dôchodku (vid' tab. 2 a graf 1). Vo faktoroch, ktoré sa týkajú oblastí špecifických pre nádorové ochorenia boli štatisticky významné rozdiely preukázané vo všetkých doménach Finančné problémy a Distres z opakovania. V doméne Benefit z choroby sme zároveň zistili najpriaznivejšie priemerné skóre u zamestnaných žien. V doménach 9, 11, 12 a 13 sme zistili najpriaznivejšie skóre u respondentiek na starobnom dôchodku. V prípade faktorov týkajúcich sa všeobecnej kvality života sme štatistickú významnosť v rozdieloch odpovedí podľa zamestnania zistili u 5-tich domén zo 8-mich. V prípade domén Negatívne emócie, Kognitívne problémy, Bolesť a Sociálne vyhýbanie sme zistili najpriaznivejší výsledok (podľa priemerného skóre) u žien na starobnom dôchodku. V doméne Pozitívne emócie sa preukázalo najlepšie prezívanie u zamestnaných žien. Rozdiel v odpovediach medzi jednotlivými skupinami bol štatisticky významný. V doménach Sexuálny záujem, Sexuálna funkcia sme zistili najpriaznivejší výsledok u zamestnaných žien. V doméne Energia/únava bol najpriaznivejší výsledok u žien na starobnom dôchodku. Tieto výsledky však nie sú štatisticky významné, t.j. ženy v jednotlivých skupinách majú porovnateľné prežívanie v menovaných doménach.

Tabuľka 2 Významnosť rozdielov a priemerné skóre odpovedí respondentov pri jednotlivých doménach podľa spôsobu zapojenia sa do pracovného procesu (zamestnanosti)

	Domény	Priemerné skóre odpovedí podľa zamestnanosti			F	p	Poradie podľa priaznivosti výsledku (skóre):
		A	B	C			
1	Negatívne emócie*	14,47	13,45	11,38	17,62	0,00	C, B, A
2	Pozitívne emócie **	16,52	14,68	15,18	4,51	0,01	A, C, B
3	Kognitívne problémy*	14,30	13,64	12,18	4,58	0,01	C, B, A
4	Bolesť*	13,62	15,66	12,76	16,14	0,00	C, A, B
5	Sexuálny záujem*	7,05	7,62	7,36	0,68	0,51	A, C, B
6	Energia - únava*	16,31	16,21	15,30	2,87	0,06	C, B, A
7	Sexuálna funkcia*	5,43	5,56	5,71	0,19	0,82	A, B, C
8	Sociálne vyhybanie*	13,15	13,42	11,74	5,14	0,00	C, A, B
9	Finančné problémy*	11,90	14,77	8,96	58,45	0,00	C, A, B
10	Benefit z choroby **	18,43	16,43	15,16	12,17	0,00	A, B, C
11	Distres v rodine*	11,18	12,18	10,24	6,52	0,00	C, A, B
12	Vzhl'ad*	10,74	11,70	8,53	19,99	0,00	C, B, A
13	Distres z opakovania*	14,38	17,31	12,96	26,51	0,00	C, A, B

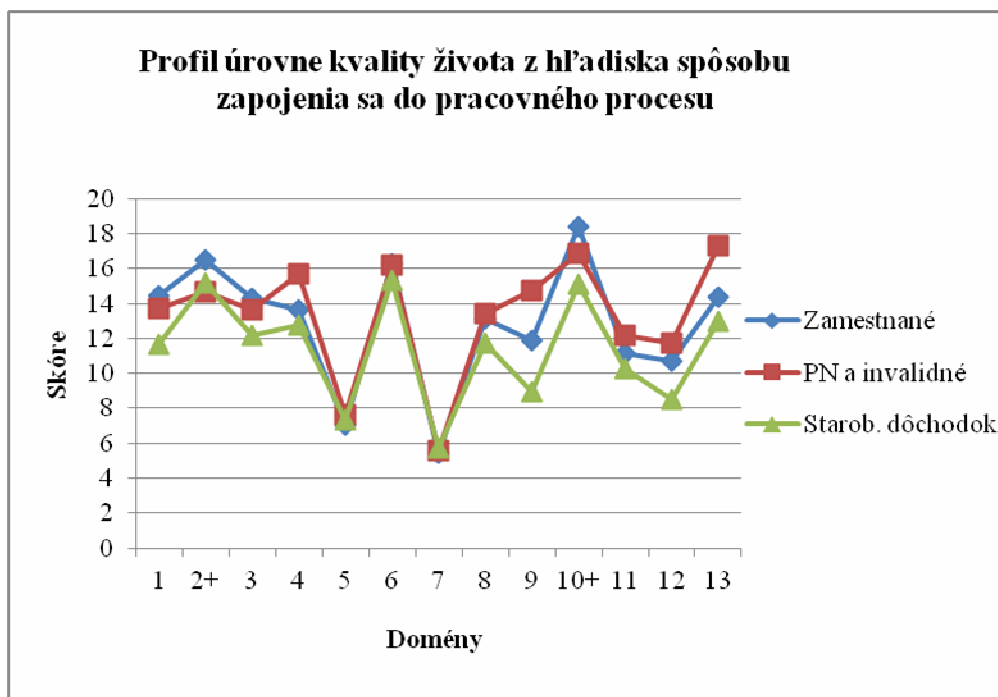
Legenda: A – Zamestnané; B – Dlhodobo PN a invalidné; C – Starobný dôchodok;

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$; štatistická významnosť ak $p < 0,05$

$F_{krit} = 3,03$; štatistická významnosť ak $F > F_{krit}$

* Negatívna škála - vyššie skóre vyjadruje vyšší stupeň negatívnej odpovede

** Pozitívna škála - vyššie skóre vyjadruje vyšší stupeň kladnej odpovede



Graf 1 Profil kvality života súboru vyjadrený priemerným skóre v doménach podľa zamestnanosti

DISKUSIA

Skutočnosť, že je pacientka so závažnou diagnózou aktívne zapojená do pracovného procesu, vypovedá o úspešnosti liečby onkologického ochorenia a o dobrom zvládaní ochorenia pacientky po fyzickej a psychickej stránke. Predpokladali sme, že aktívne vykonávanie zamestnania by malo priaznivo vplyvať aj na zvládanie ochorenia na psychosociálnej úrovni, t.j. malo by byť pozitívnym determinantom kvality života u pacientok po hysterktómii. V našom výskume sme pri analýze celkovej kvality života zistili, že *najpriaznivejšie výsledky dosiahli ženy v starobnom dôchodku*, za nimi nasledovali zamestnané respondentky a najhoršie prežívanie kvality života uviedli respondentky dlhodobo práceneschopné a v invalidnom dôchodku. Toto poradie bolo dosiahnuté na štatisticky významnej úrovni. Podrobnejšou analýzou faktoroch v podskupine *oblastí špecifických pre nádorové ochorenia* sme zistili najpriaznivejší výsledok u žien na starobnom dôchodku u štyroch z piatich domén (9, 11, 12 a 13). Len v prípade domény Benefit z choroby sme zistili najpriaznivejšie priemerné skóre u zamestnaných žien. Pravdepodobne to znamená, že aj tu sa prejavil výrazný vplyv vyššieho veku.

Pri porovnaní žien aktívne pracujúcich so ženami na dlhodobej PN a na invalidnom dôchodku sme v tejto skupine domén zistili priaznivejšie prežívanie kvality života u žien aktívne pracujúcich v zamestnaní. Výnimku predstavovala doména Vzhľad. Všetky tieto výsledky dosahovali štatistickú významnosť. Pri analýze *faktorov týkajúcich sa všeobecnej kvality života* sme štatistickú významnosť v rozdieloch odpovedí podľa zamestnania zistili u 5-tich domén (z 8-mich). U domén 1, 3, 4 a 8 sme zistili najpriaznivejší výsledok u žien na starobnom dôchodku. Autori Baríková, Ciganšová [2] v doméne Kognitívne problémy uvádzajú zistenie, že lepšie prežívanie kvality života majú zamestnané pacientky, čo nie je v zhode s našimi zisteniami. Pri porovnávaní odpovedí zamestnaných žien a žien na dlhodobej PN a na invalidnom dôchodku, sme zistili veľkú rôznorodosť v odpovediach medzi týmito dvoma skupinami. Výsledky nášho výskumu poukazujú, že vyšší vek (nad 50 rokov) je pravdepodobne významným faktorom priaznivo ovplyvňujúcim kvalitu života pacientov s onkologickým ochorením, čo je v súlade so zisteniami autorov Zebracki et al. [9].

ZÁVER

Nádorové ochorenia ženských pohlavných orgánov zahŕňajú špecifické etické, psychologické a sociálne aspekty. Vedomie povahy choroby, jej liečba a následky liečby predstavujú pre pacientku dlhodobú záťažovú situáciu, ktorú môžu podstatným spôsobom zmierniť aj vhodne načasované ošetrovateľské intervencie. Simočková [6] považuje za veľmi dôležitý empatický prístup ošetrojúceho personálu a trpezlivé zaobchádzanie s dôrazom na komunikáciu, nakoľko onkologicky chorá žena intenzívne vníma verbálnu i paraverbálnu komunikáciu personálu. Veľký význam má pre tieto ženy dodávanie sebadôvery, je však potrebné sa vyvarovať nereálnych sľubov do budúcnosti. Ženy je tiež potrebné informovať o svojpomocných kluboch v ich okolí. Raková, Gašparová [5] zdôrazňujú na základe výsledkov uskutočneného prieskumu potrebu vytvorenia priestoru pre využitie kompetencií komunitnej sestry v oblasti podpory, ochrany a udržiavania reprodukčného zdravia ako aj celkového zdravia s dôrazom na multidisciplinárnu spoluprácu.

LITERATÚRA

- [1] AVIS, N.E., et al. Assessing quality of life in adult cancer survivors (QLASC). *Qual Life Res*, 2005, 14:1007-1023.
- [2] BARINKOVA, K, CIGAŠOVÁ, L. 2009. Kvalita života a prežívanie pozitívnych emócií u pacientok s onkologickým ochorením. [online]. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika. Filozofická fakulta 2009. [cit.2010-11-20]. Dostupné na internete: <http://userweb.pedf.cuni.cz/kpsp/spd/soutezni_prace/Barinkova_Karolina.doc>.
- [3] DIRGOVÁ, E., KALANIN, P.: Kvalita života a sociálny rozvoj ako predpoklad vytvárania podmienok pre zvyšovanie zamestnanosti. In: *Zborník z Týždňa vedy techniky*. – Ružomberok: PF KU, 2010. ISBN 978-80-8084-555-1. s. 91-100.
- [4] JURGA, Ľ. A kol. *Klinická onkológia a rádioterapia*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2000. 918 s. ISBN 80-88908-71-X.
- [5] RAKOVÁ, J. GAŠPAROVÁ, P. Informovanosť sestier a laickej verejnosti vo vzťahu k prevencii karcinómi krčka maternice. In: Katreniaková, Z., Rajničová-Nagyová, I. (eds.) Posilňovanie systému verejného zdravotníctva, recenzovaný zborník príspevkov zo 4. konferencie SAVEZ s medzinárodnou účasťou, Košice: Equilibria, 2011, s. 235-242, ISBN 978-80-89284-92-4.
- [6] SIMOČKOVÁ, V. Gynekologicko-pôrodné ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2011. 216 s. ISBN 978-80-8063-362-2.
- [7] SPRANGERS, MAG. Quality-of-Life Assessment in Oncology. In: *Acta Oncologica*. [Online].2000, vol. 41, no. 3, p. 229-237 [cit. 2011.01.01.]. Dostupné na internete: <http://www.vailworkshop.org/files/2010/LibraryResources/Von%20Roenn%20References/Sprangers%20MA_Quality-of-Life%20Assessments%20in%20Oncology.pdf>.
- [8] ŠKARBOVÁ, A. *Psychológia v klinickej onkológii*.1.vyd. Bratislava, IDVPZ, 1992. 215 s.
- [9] ZEBRACK, B., YI, J., PETERSEN, L., GANZ, P.A. 2008. The impact of cancer and quality of life for long-term survivors. In *Psychooncology* 2008, vol.17, no.10, p. 891-900.

Kontaktná adresa:

PhDr. Ľuba Palková, PhD.
Východoslovenský onkologický ústav, a.s. v Košiciach,
Rastislavova 43,
040 01 Košice
Telefón: 0907 951 484
e- mail: lpalkova@chelo.sk

ANALÝZA SÚČASNÝCH PRÍSTUPOV K CHIRURGICKEJ LIEČBE TUMOROV ŠTÍTNEJ ŽLAZY

DURDÍK Š., DONÁT R., SOKOLOVÁ J., DYTTER. D., FILLO J., CINGER V.

Lekárska fakulta Univerzity Komenského a OÚSA, Bratislava

ABSTRAKT

Výskyt malignít štítnej žľazy na Slovensku je rastúci najmä u ženskej populácii. Diagnostika a liečba patria do špecializovaných centier. Centrá tyreoidálnej chirurgie zabezpečujú komplexnú starostlivosť u pacientov s týmto ochorením. V práci je rozobratý vlastný súbor pacientov v päťročnom období s určením operačných postupov pri jednotlivých malignómoch štítnej žľazy.

Kľúčové slová: Nádory štítnej žľazy, diagnostika, operačná liečba, vytvorenie centier tyreoidálnej chirurgie.

ABSTRACT

More than half a century is discussed the possibility of using probiotics in the treatment of somatic diseases. Increasingly, the proponents of therapeutic use as medicine and food supplement only. Extensive clinical studies have demonstrated their use in treating colorectal cancer, ulcerative colitis, which is verified precancerosis. The study of etiology of malignancy and its possible effect on probiotics requires knowledge based on experimental and clinical studies.

Key words:

Thyroid gland tumors, diagnosis, surgical treatment, creating centers of thyroidal surgery.

ÚVOD

Trendy v dnešnej chirurgii tumorov štítnej žľazy vychádzajú zo skúseností špecializovaných pracovísk v tyreoidálnej chirurgii. Na porovnateľných súboroch sa analyzujú operačné postupy tak pri liečbe kuratívnej ako aj paliatívnej.

Malígne nádory štítnej žľazy predstavujú 90 % endokrinných malignít a 5 % uzlových strúm. Incidencia v Slovenskej republike predstavuje približne 200 tumorov za rok, mortalita 50 pacientov ročne. Prevalencia je 1 % všetkých karcinómov, výskyt trojnásobne častejší u žien s výrazným nárastom v poslednom desaťročí.

K rizikovým faktorom patrí predchádzajúce externé ožiarenie (výbuch reaktorov Černobyl, Japonsko, radiačná terapia najmä u detí) [1].

Karcinómy štítnej žľazy sa rozdeľujú na diferencovaný karcinóm z folikulárnych buniek, papilárny karcinóm, najčastejší výskyt, 80 % všetkých nádorov štítnej žľazy,

najčastejšie u 40ročných jedincov, multicentricita v 1/5 výskytu, metastazuje lymfatickými cestami. Neskoršie metastazovanie je hematogénne do pľúc a kostí. Prognóza je priaznivá, S 10% letalitou u pacientov s vekom nad 40 rokov [2].

Papilárny mikrokarcinóm, menší ako 1cm, bez angioinvázie, bez prerastania puzdra štítnej žľazy a metastáz do lymfatických uzlín. Prežívanie pacientov je totožné s prežívaním bežnej populácie.

Folikulárny karcinóm štítnej žľazy. staršia populácia, nárast v oblastiach s deficitom jódu, 5 – 15 % všetkých karcinómov štítnej žľazy.

Jednotlivé typy sa podstatne odlišujú v priebehu a prognóze .

Prognosticky najvýhodnejšia je forma minimálne invazívneho folikulárneho karcinómu, histologicky podobnému folikulárnemu adenómu, s 95 % úspešnosťou liečby.

Nediferencovaný – anaplastický karcinóm

Prognosticky s prežívaním niekoľko mesiacov je nediferencovaný (anaplastický) karcinóm mimoriadne zhubným tumorom. Vyznačuje sa veľmi rýchlym rastom, deštrukciou štítnej žľazy i okolitých tkanív a štruktúr, s fulminantným lymfogénnym a hematogénnym metastazovaním.

Medulárny karcinóm, malignóm z C buniek, produkujúcich kalcitonín predstavuje 10 % nádorov štítnej žľazy. V 1/3 prípadov je súčasť MEN syndrómu (multiplicitná endokrinná neoplázia) typu IIA a IIB, päťročné prežívanie je u70 % pacientov [3].

Zriedkavé sú primárne nádory – maligne lymfómy dlaždicovobunkové karcinómy, adenokarcinómy, mukoepidermálne karcinómy, sarkómy, a metastatické nádory [4].

Histologický charakter ovplyvňuje vlastnosti a expresivitu nádoru.

Na Slovensku ako aj v krajinách Európskej únie sa používa TNM klasifikácia karcinómov štítnej žľazy. TNM klasifikácia a určenie štádia ochorenia podmienilo vytvorenie troch rizikových skupín pacientov v iniciálnej fáze terapie

DIAGNOSTIKA

Základné je anamnestické a klinické vyšetrenie

Väčšina pacientov je bez subjektívnych ťažkostí. U mladých jedincov sa zisťuje krčná lymfadenopatia.

Anamnestický údaj rýchleho rastu strumy - tumoru, s infiltráciou okolia so vzniknutou parézou nervus laryngeus rekurens so zachrípnutím, dyspnoe, alebo dysfágiou pri infiltrácii pažeráka predstavuje obraz pokročilého štádia karcinómu.

Klinické vyšetrenie palpáciou umožňuje posúdenie operability tumoru, hodnotí veľkosť tumoru, počet uzlov, pohyblivosť, infiltráciu a lymfatických uzlín krku a jeho ohraničenie.

Laboratórne vyšetrenia

Hladina tyreoglobulínu po totálnej tyreoidectomii je marker aktivity ochorenia.

Medulárny karcinóm - CEA, kalcitonín - senzitívny marker [5].

Zobrazovacie vyšetrenia

Ultrasonografické vyšetrenie je základná vyšetrovacia metóda určuje veľkosť, charakter tumoru, patologické LU od veľkosti 3 mm [6].

CT a MRI sú indikované pri nejasnom USG náleze.

Scintigrafické vyšetrenie je základné dispenzárne vyšetrenie na diagnostiku rezidua a recidívy tumoru, lymfadenopatie a metastáz. Vyšetrenie je možné realizovať ¹³¹I alebo ^{99m}Tc.

Vysokú výťažnosť predstavuje fúzia s pozitron emisnou tomografiou - PET.

Punkčná aspiračná biopsia (PAB). Realizácia cez endokrinologické ambulancie, so senzitivitou 90 %, ultrasonografická navigácia - punkčná aspiračná biopsia, diagnostika uzlových ochorení, solitárny uzol väčší ako 1 cm cytologická verifikácia, vyšetrenie lymfatických uzlín.

PAB rozdeľuje cytologickú diagnózu do troch kategórií:

benígny nález, suspektný – hraničný a malígny nález.

Peroperačné histologické vyšetrenie je indikované peroperačne, štandardne vykonávané v centrách tyreoidálnej chirurgie. Potvrďuje a stanovuje presnú špecifikáciu diagnózy onkologického ochorenia.

Genetické vyšetrenie je indikované u diagnostikovaného medulárneho karcinómu štítnej žľazy. Vyšetruje sa genotypickou analýzou.

Karcinómy sú spôsobené abnormalitami génov.

Detský vek sa vyznačuje niektorými špecifikami oproti dospelému veku.

V detskom veku je každý solitárny uzol je suspektný z karcinómu.

Krčné metastázy sú prítomné v 70 - 90 %. Často sa malignita zistí z patologickej lymfadenopatie.

MATERIÁL A METODIKA

Na našom pracovisku sa venujeme problematike ochorení štítnej žľazy v širokom kontexte, s kompletnou predoperačnou diagnostikou cez endokrinologické ambulancie, operačnou liečbou, histologizáciou tumoru peroperačne, adjuvantnou liečbou a monitoringom kliniky nukleárnej medicíny. Naša analýza optimálnej liečby tohto onkologického ochorenia vychádza z prehľadu operačných výkonov, pooperačných komplikácií, získaných skúsenosti z operačnej liečby v šesť ročnom období.

Na našom pracovisku sme od roku 2006 do roku 2011 operovali 1351 pacientov pre tumory štítnej žľazy, z toho 482 bolo karcinómov.

V našom súbore pozorujeme ústup od strumektómia, nTTE., s prednostnou indikáciou u detí. V skupine pacientov s benígnym ochorením sme vykonali 478 istmektómií, lobektómií, limitovaných výkonov na štítnej žľaze a 391 totálnych tyroidektómii.

Chirurgicky, je minimálnym výkonom na štítnej žľaze jednostranná lobektómia s istmektómiou.

U verifikovaného karcinómu indikujeme totálnu tyroidektómiu s krčnou lymfatickou disekciou.

Krčná lymfatická disekcia je štandardným výkonom u každého peroperačne verifikovaného karcinómu štítnej žľazy [7].

Najčastejšou, v našom materiáli malignitou, je diferencovaný karcinóm, ktorý sme operačne riešili u 325 pacientov primárnou operáciou a pre recidívu ochorenia sme indikovali 157 reoperácií.

Medulárny karcinóm sme primárne riešili u 28 pacientov a 4 pacientov pre recidívu ochorenia sme reoperovali. V desiatich prípadoch indikáciu verifikovalo genetické vyšetrenie. S diagnózou lymfómu sme operovali štyroch pacientov a dvoch pacientov sme operovali pre anaplastický karcinóm.

Neuromonitoring nervus laryngeus recurrens, ktorý sme začali od roku 2009 používať, viedol k poklesu paréz nervus laryngeus recurrens, z 4,8% paréz na 1,5%.

Štandardom každej operácie je vyhľadávanie prištítných teliesok. Pri operačnej manipulácii ich implantujeme do muclus sternocleidomastoideus. Týmto postupom došlo k uchyteniu teliesok a obnoveniu funkcie.

Pooperačnú starostlivosť zaisťuje mierne zvýšená poloha hornej polovice tela, klinická kontrola dýchania, kontrola operačnej rany, krvného obehu a hemodynamiky, laboratórna kontrola sérového kalcia po obojstrannej resekcii, pooperačná otorhinolaryngologická kontrola pohyblivosti hlasiviek.

CHIRURGICKÉ KOMPLIKÁCIE

Pooperačné krvácanie predstavuje urgentnú komplikáciu, je indikovaná okamžitá revízia operačnej rany, zabezpečuje sa Redonovou drenážou. V našom materiáli bol výskyt minimálny.

Poranenie nervu laryngicus recurens je špecifickou komplikáciou v tyroidálnej chirurgii. Možné je prerušenie kontinuity nervu, zmliaždenie, stlačenie, natiahnutie pri mobilizácii štítnej žľazy, poškodenie elektrokoaguláciou a tlakové poškodenie pooperačným hematómom alebo edémom. Prechodné poškodenie je častejšie.

Jednostranná paréza je väčšinou dobre tolerovaná, paréza zhoršuje kvalitu života pacienta znížením hlasovej intenzity a kvality. Bilaterálna paréza laryngeálneho nervu vedie po extubácii k včasnému progredujúcemu stridoru a dyspnoe. Pri včasnom zachytení a čiastočnom poškodení je možné opatrnou sedáciou, kontinuálnou infúziou kalcia a glukokortikoidov, znížiť externú potrebu kyslíka a tým predísť tracheostómii. Pri progredujúcich poruchách dýchania – stridor, dyspnoe, s poklesom saturácie je indikovaná reintubácia, pri protrahujúcich ťažkostiach je indikovaná tracheostómia.

Po totálnej tyreidektómii sa hypokalciémia vyskytuje u 1/3 pacientov, pretrváva u 2 % pacientov po troch mesiacoch. Hypokalciémia vyžaduje monitoring do stabilizácie hladiny vápnika.

Chylusová fistula vzniká po ľavostrannej laterálnej krčnej disekcií, poranením ductus thoracicus. Liečba je väčšinou konzervatívna, diétou. Pri chylotoraxe je indikovaná reoperácia.

Poranenie nervus phrenicus vzniká pri laterálnych krčných disekciách, pri debulking operáciách, vedie k dychovej nedostatočnosti. V liečbe je indikovaná intenzívna rehabilitácia, dychové cvičenia. Zriedka je nutná tracheostómia za účelom zmenšenia mŕtveho priestoru a uľahčenia dýchania.

ZÁVER

Výsledky v našom analyzovanom súbore sú zrovnateľné s výsledkami chirurgických zahraničných pracovísk v Európe. Problematika malignity štítnej žľazy však nie je jednoduchou. Rezonuje v nej aj ekonomický aspekt, doživotnej medikamentózne saturácie po radikálnych výkonoch. V USA tento aspekt vedie k zachovaniu nepostihnutého laloka pri malígnom ochorení, na rozdiel od európskeho postupu, totálnej tyreidektómie. Budúcnosť a podrobné sledovanie jednotlivých skupín pacientov verifikuje optimálnu cestu k nájdeniu konsenzu v liečbe malignómov štítnej žľazy.

LITERATÚRA

- [1] Mc DOUGALL I.R. Management of Thyroid Cancer and Related Nodular Disease. London Springer – Verlag 2006. 397 s.
- [2] WARTOFSKY L, Van NOSTRAND D (Eds). Thyroid Cancer. A Comprehensive Guide to Clinical Management. Totowa: Humana Press 2006. 709 s.
- [3] LIU J, SINGH B, TALLINI G, CARLSON LD, KATABI N, SHAHA A, TUTTLE RM, GHOSSEIN RA. Follicular Variant of Papillary Thyroid Carcinoma. Cancer 2006; 107 (6): 1255–1264.
- [4] CHEEMA Y, OLSON S, ELSON D. and CHEN H. What is the Biology and Optimal Treatment for Papillary Microcarcinoma of the Thyroid? J Surg Research 2006; 134: (160–162).
- [5] COOPER D.S., DOHERTY G.M., HAUGEN B.R, KLOOS R.T, LEE S.L, MANDEL S.J, MAZZAFERRI E.L, MCIVER B., SHERMAN S.I., and TUTTLE R.M. (The American Thyroid Association Guidelines Taskforce): Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2006; 16 (2): 1–33.
- [6] PODOBA, J.: Ultrasonografické vyšetrenie štítnej žľazy a prítomných teliesok. V: Kováč A a kol: Abdominálna ultrasonografi a. Osveta, Martin 1995, s. 345–358.
- [7] KRÁLIK R., STRAKA V., CHVÁLNY P., MRAČNA P., SABOL M., MAREK V. Centrálna krčná disekcia lymfatických uzlín v liečbe diferencovaného karcinómu štítnej žľazy – naše skúsenosti. Zborník abstraktov. XXX. Endokrinologické Dny s mezinárodnou účasťou, Špindleruv Mlýn, ČR, 4. – 6. 10. 2007, 72 s.

Kontaktná adresa:

doc. MUDr. Durdik Štefan PhD,
sdurdik@ousa.sk
mob. +421907889158
prednosta Kliniky onkologickej chirurgie LFUK a OUSA,
Heydukova 10,
812 50 Bratislava

MALÍGNY MELANÓM V OKU A SOCIÁLNE DÔSLEDKY RADIKÁLNEJ LIEČBY

HALÁS, M. ml, LABANCZOVÁ, L.

Klinika oftalmológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského
a Univerzitnej nemocnice, Bratislava

ABSTRAKT

Malígný melanóm uvey (tunica vasculosa - stredná časť obalov oka) je najčastejšie sa vyskytujúci vnútroočný nádor v dospelom veku. Skorá diagnostika a liečba znamená pre pacienta zachovanie orgánu zraku anatomicky a tým aj čiastočné zachovanie zrakovej funkcie. V pokročilých štádiách je potrebná radikálna liečba (enukleácia), ktorá vedie k strate oka.

Kľúčové slová: vnútroočné nádory, malígný melanóm oka, enukleácia.

ABSTRACT

Malignant uveal melanoma (uvea - intermediate layer of the eye globe) is the most common intraocular tumor in adults. The early diagnostic process and therapy may save the eye globe and function (visual acuity). In advanced stage the radical operation is necessary (enucleation)

Key words: intraocular tumors, malignant melanoma of the eyeglobe, enucleation.

ÚVOD

Vznik a rozvoj malígneho melanómu uvey (MMU) v počiatočných fázach prebieha skryte. Môže uplynúť i dlhší čas, kým pacient pre nejakú subjektívnu príčinu vyhľadá oftalmológa. Interval, kedy sa objavia prvé subjektívne ťažkosti a príznaky, i charakter ťažkostí pacientov závisia od lokalizácie tumoru aj od druhotných zmien súvisiacich s jeho rastom.

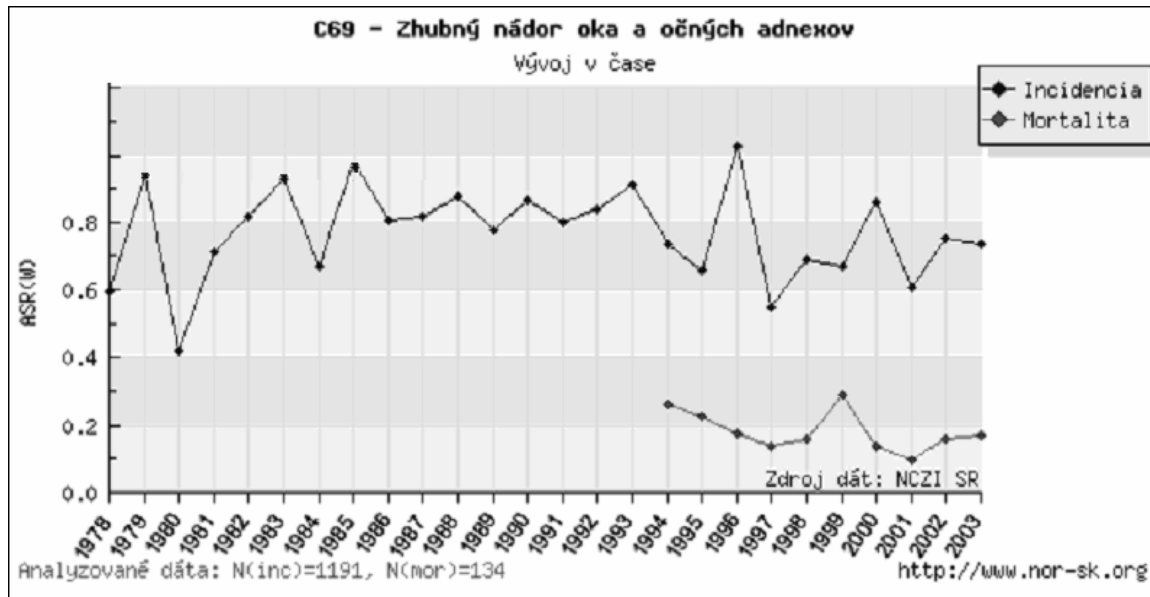
Malígný melanóm uvey sa môže prejaviť symptómami a znakmi zápalovej reakcie v oku – pacient sa sťažuje na "červené oko", bolesť, opuch. V pokročilých štádiách dochádza k protrúzii bulbu. Príznaky rozvoja MMU sa menia podľa iniciálnej lokalizácie v uvei. Pri objavení sa „uzlíka“ v dúhovke pacient vyhľadá lekársku pomoc zvyčajne skôr, ešte v štádiu, keď nemá subjektívne ťažkosti a z jeho strany ide skôr o kozmetický defekt [1].

Klinické štádium rozvoja malígneho melanómu v uveálnom trakte oka, v ktorom pacient vyhľadal odbornú lekársku pomoc súvisí s lokalizáciou rozvoja novotvaru v uvey. Čím je MMU ďalej od zadného pólu, tým je menšia pravdepodobnosť, že pacient bude mať subjektívne ťažkosti. Pritom skutočnosť, v ktorom klinickom štádiu rozvoja MMU pacient vyhľadal lekársku pomoc, má po stanovení diagnózy značný význam nielen pre výber liečebného postupu, ale najmä pre určenie prognózy.

VÝSKYT

Malígný melanóm je najčastejšie sa vyskytujúci vnútroočný nádor u dospelých.

Primárne malígne novotvary oka tvoria asi 3,0 až 3,5% všetkých malígnych nádorov u ľudí a menej ako 1,0% všetkých ochorení oka. Ide o zriedkavé ochorenie, napriek tomu môže viesť až k strate orgánu zraku a tým v konečnom dôsledku k vážnym sociálnym problémom pacienta. Výskyt vnútroočných nádorov celkovo je okolo 1,0 na 100 000 obyvateľov [2, 3]. Na Slovensku podľa údajov Národného onkologického registra sme nezaznamenali stúpajúci trend výskytu [14]. Výskyt od r.1978 do r.2003 uvádzame v prehľade obr. 1.



Obr. 1. Výskyt zhubných nádorov oka podľa údajov Národného onkologického registra (diagnóza kód C69) od r.1978 do r. 2003

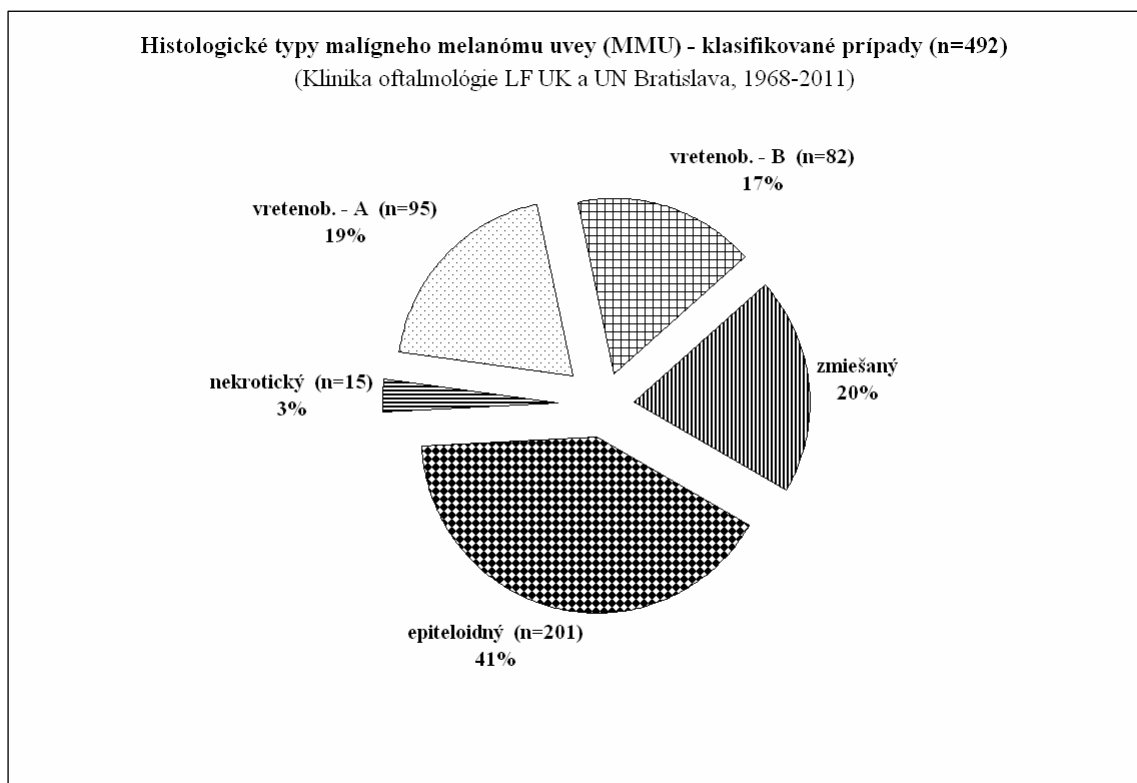
Klasifikácia

Pri evidencii vnútroočných nádorov vychádzame z TNM klasifikácie (Classification of Malignant Tumours – TNM) Medzinárodnej únie proti rakovine (International Union Against Cancer – UICC), v súčasnosti platná klasifikácia špecifikuje zvlášť oblasť pomocných orgánov oka a zvlášť vnútroočné nádory [4].

Klinický priebeh rozdeľujeme na 4 štádiá, pričom v prvom štádiu tumor svojim rastom nevyvoláva takmer žiadne príznaky, niekedy sa zistí pri náhodnom očnom vyšetrení. V druhom štádiu sa už môžu objaviť komplikácie, zápalové zmeny, dokonca môže stúpnuť vnútroočný tlak a pacient vyhľadá lekára aj pre zmeny funkcie oka. V treťom štádiu už nádor prerastá cez obal oka do okolitých štruktúr a v poslednom štádiu dochádza k vzniku metastáz. Napriek tomu, metastázy môžu vzniknúť v ktoromkoľvek štádiu ochorenia a vznikajú najčastejšie v pečeni.

Histopatologicky vnútroočný malígný melanóm delíme na typ vretenobunkový A alebo B, ďalej je to typ epiteloidný, zmiešaný alebo nekrotický [15].

V nasledujúcom grafe uvádzame pomer jednotlivých bunkových typov malígneho melanomu uvey u očí, ktoré boli enukleované od r. 1968 do r. 2011 na Klinike oftalmológie LF UK a UN v Bratislave. Najčastejšie sa zaznamenal epiteloidný typ.



Graf 1. Pomer jednotlivých bunkových typov malígneho melanómu uvey očí enukleovaných na Klinike oftalmológie LFUK a UN od r. 1968 do r. 2011

SÚČASNÉ MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY A LIEČBY

V súčasnosti aplikované diagnostické postupy umožňujú stanoviť správnu diagnózu takmer na 95%. V ambulancii oftalmológa okrem základných vyšetrovacích metód pri diagnostike hrá kľúčovú úlohu ultrazvuk (A-sken, B-sken), najmä pri oddiferencovaní iných príčin dlhodobého uveálneho dráždenia. Jednotlivé diagnostické postupy sa postupne rozširujú o nové možnosti [8].

Súčasná možnosť liečenia malígneho melanómu uvey bez enukleácie oka umožňuje zachovanie zrakového orgánu a v mnohých prípadoch aj užitočnú zrakovú ostrosť. V prístupe k liečbe MMU došlo v poslednej štvrtine 20. storočia k zásadnej zmene. Zaujímavé bolo zistenie, že MMU je pomaly rastúci novotvar, ktorý lokálne infiltruje okolité štruktúry, a bez chirurgického zásahu neskoro metastázuje. V súčasnosti moderné technické možnosti aplikované v liečbe malígneho melanómu uvey umožňujú zachovanie orgánu zraku aj s čiastočne zachovanou funkciou u viac ako polovice pacientov. Do popredia sa dostávajú liečebné metódy s využitím ionizujúceho žiarenia. Tieto postupy vyžadujú širokú interdisciplinárnu spoluprácu odborníkov rôznych medicínskych disciplín [10].

V klinickej praxi sa často využívajú kombinované postupy liečby: episklerálne fixovaný žiarčik plus laserokoagulácia, transpupilárna termoterapia (infračerveným diódovým laserom); episklerálne fixovaný žiarčik plus hypertermia; mikrochirurgia (iridocyklektómia, blokekcízia) plus episklerálne fixovaný β žiarčik na záver operácie; kombinovaná parciálna lamelárna sklerouvektómia s pars plana vitrektómiou s tamponádou plynom alebo silikónovým olejom.

Kľúčovým problémom je v každom prípade stanovenie klinickej diagnózy rozvoja MMU vo včasnom štádiu s malým rozmerom nádoru. Vtedy ešte postup liečby so zachovaním bulbu možno úspešne realizovať a súčasne očakávať aj priaznivú prognózu.

Pri lokalizácii MMU v cievvke sa enukleácia považovala za jedinu úspešnú a možnú terapiu v minulosti. Indikovala sa aj v prípadoch očí s ešte užitočnou centrálnou zrkovou ostrosťou. Aj napriek skorej liečbe 75% pacientov zomieralo v priebehu 5 rokov na metastázy.

Modernými mikrochirurgickými operáciami možno resekciou odstrániť novotvar po otvorení fibrózneho obalu oka. Pravidelné kontroly pacienta, pozorovanie "podozrivých" pigmentových lézií a dobrá fotodokumentácia sú najdôležitejšie opatrenia. Ak už nie je pochybnosť o progresívnom raste tumoru, pristúpi sa k mikrochirurgickej operácii. V niektorých prípadoch je aj možnosť prerastania vnútroočného melanómu nádoru na povrch oka [6].

Stanovenie štádia ochorenia je základom aj pre ďalší terapeutický postup. Najnovšie sa v klinických podmienkach (v špeciálnych onkologických centrách) na liečbu MMU využíva liečba žiarením. Princíp je analogický postupu pri aplikácii ionizujúceho žiarenia externým zdrojom cielenie pri liečbe nádorových ochorení mozgu. Rádiochirurgickou metódou sa liečia najmä nádory, ale aj niektoré funkčné ochorenia mozgu. Cieľom liečby je dosiahnuť deštrukciu malígneho nádoru, pri benígnych tumoroch je táto liečba preventívna. Jednorazovým ožiarovaním sa dosiahnu zmeny na genetickom materiáli nádorových buniek a bunky už nie sú schopné ďalej sa rozmnožovať a rásť.

Na Slovensku sa v liečbe MMU využíva metóda stereotaktickej rádiochirurgie, pri ktorej nie je potrebná celková anestézia, umožňuje liečiť aj pacientov, u ktorých by klasická operácia bola spojená s rizikom. Touto metódou je možné liečiť aj chorých s viacerými nádormi súčasne a liečebné postupy rádiochirurgie, mikrochirurgie alebo endovaskulárne výkony sa dajú kombinovať a dopĺňať. Na operácii stereotaktickou aplikáciou ionizujúceho žiarenia sa zúčastňujú odborníci z viacerých medicínskych odborov oftalmológ, neurochirurg so skúsenosťou v stereotaxii, rádiodiagnostik, rádioterapeut, radiačný fyzik a počítačový analytik. Rádiochirurgický výkon sa musí veľmi starostlivo zvažovať, keď sa nádor, na ktorý mieri lúč ionizačného žiarenia, nachádza v blízkosti štruktúr vysoko citlivých na ožiarenie (zrkový nerv), alebo ak je objem nádoru značne veľký. Po výkone sa pacient dispenzárne sleduje s opakovaním základných vyšetrení, vrátane zmien na očnom pozadí, ultrazvukového vyšetrenia prípadne onkomarkerov. Regresia objemu tumoru sa ultrazvukom zaznamená najskôr po 3 mesiacoch po skončení liečby. Pacient žije bez ďalšieho obmedzenia v pracovnom a súkromnom živote. Zavedenie stereotaktickej liečby malígneho melanómu choroidey a corpus ciliare ukázalo nové možnosti v terapii vnútroočných nádorov, pri ktorých pre ich lokalizáciu alebo objem nie je vhodný iný spôsob liečby [12].

PROGNÓZA

Prežívanie pacientov s vnútroočným melanómom po rôznych metódach liečby je porovnateľné [5].

Aj keď sa v posledných desaťročiach posúva liečba smerom od radikálnych liečebných postupov smerom ku konzervatívnym, na Slovensku je asi polovica pacientov diagnostikovaná v pokročilých štádiách a vtedy je už nevyhnutná radikálna chirurgická liečba až exenterácia očnice [7]. Radikálna liečba znamená stratu orgánu zraku a tým definitívne stratu zrkovej funkcie oka a neschopnosť binokulárneho videnia. Exenterácia očnice vedie k mutilujúcim defektom na tvári a tým k vážnym psycho-sociálnym problémom týchto pacientov [11].

Pri analýze klinického súboru pacientov na Klinike oftalmológie LFUK a UN v Bratislave zistili, že úmrtnosť pacientov po radikálnych chirurgických výkonoch (enukleácia) a tzv. „konzervatívnych“ postupoch je približne rovnaká [9]. Pri rádiochirurgických postupoch sa zachová orgán zraku a tým aj určitý stupeň centrálnej zrakovéj ostrosti, čo je dôležité pre kvalitu života pacienta.

ROZVOJ MMU		
v dúhovke	vo vráskovci	v ciehovke
1. MIKROCHIRURGIA a) široká <u>iridektómia</u> - malé, ohraničené nádory (bez postihnutia rohovkovo-dúhovko-vého uhla a bez zvýšenia VOT); okolo nádoru dúhovka je normálna b) <u>iridocyklektómia</u> - pri infiltrovaní dúhovkovo-rohovkového uhla solitárnym nádorom (pri súčasnej preventívnej baráži diatermokoaguláciou).	1. KONZERVATÍVNA LIEČBA - ionizujúce žiarenie (brachyterapia β/γ žiaričom, príp. teleterapia).	1.KONZERVATÍVNA LIEČBA (zvlášť u jednookých pacientov) -foto/laserkoagulácia; - ionizujúce žiarenie, *episklerálna brachyterapia β/γ žiaričom, *teleterapia, stereotaktická rádiochirurgia alebo protónové žiarenie. 2. Funkčná jednookosť * pokiaľ je prítomná užitočná centrálna ostrosť zraku: - v skupine I. a II. foto/laserkoagulácia - v skupine III. a IV. Brachyterapia: ak je efektívna: choroidektómia ak nie je efektívna: enukleácia.
2. ENUKLEÁCIA - plošný rast nádoru, resp. multifokálny rozvoj. Monokulus * iridektómia ak sú prítomné kritériá z bodu 1/a, * iridocyklektómia, ak nie sú prítomné kritériá z bodu 1/a.	2. MIKROCHIRURGIA - iridocyklektómia + diatermo-koagulačná baráž + brachyterapia β/γ žiaričom. 3. ENUKLEÁCIA - elevácia nádoru viac ako 4 mm a súčasne *diameter zasahujúci viac ako 1/5 obvodu bulbu, *infiltrácia hlavy (terča) zrak. nervu alebo corpus ciliare, - ríznaky prerastania na povrch skléry.	2. MIKROCHIRURGIA - choroidektómia (blokexcízia, príp. po predchádzajúcej baráži laserom). 3. ENUKLEÁCIA - elevácia nádoru viac ako 4 mm a diameter zasahujúci viac ako 1/5 obvodu bulbu, - pri uvedených rozmeroch súčasne infiltrácia aj vráskovca a/alebo prerastanie do hlavy (terča) zrakového nervu.

Tabuľka 1. Prehľad možností liečby malígneho melanómu v jednotlivých častiach uvey (dúhovka, vráskovec, ciehovka) – upravené podľa Furdová, Oláh 2002

ZÁVER

V budúcnosti je cieľom posunúť diagnostiku a hlavne široký skríning v rámci preventívnych očných vyšetrení, aby bola záchytnosť v prvom štádiu, kedy je ešte možné neinvazívnymi postupmi zachrániť zrak – centrálnu zrakovú ostrosť aj samotný očný bulbus. V oblasti oftalmoonkológie je sledovanie pacientov s diagnózou malígneho vnútroočného melanómu po liečbe mimoriadne dôležité a dispenzarizácia je potrebná u každého pacienta 5 rokov a viac, pretože sú popísané prípady recidívy primárneho ochorenia aj vzdialených metastáz aj po viac ako 15 rokoch.

Údaje z Registrov obsahujú aj údaje o úmrtí. Úmrtnosť na vnútroočné nádory je pre ich nízky počet v takom malom regióne ako je Slovensko nehodnotiteľná. Vzhľadom na relatívne malý región SR, hlásenia malých počtov novozistených údajov – prípadov vnútro alebo mimoočných nádorov, sú na úrovni len niekoľkých desiatok prípadov ročne. Hlásenie každého jednotlivého prípadu záchyty, zaznamenanie a evidencia každého konkrétného pacienta, je veľmi dôležité.

Radikálny operačný postup – enukleácia oka, prípadne až exenterácia očnice pacienta je mutilujúci výkon. Oznámenie diagnózy vnútroočného nádoru s nutnosťou takéhoto operačného postupu u pacienta v prvom momente vyvolať až suicidálne tendencie. Takýto operačný výkon znamená stratu orgánu zraku a definitívne aj stratu stereoskopického videnia pacienta. Tento pacient je vylúčený v rámci pracovného procesu z niektorých povolání (napríklad vodič z povolania). Zachytenie prvých štádií ochorenia v rámci preventívnych očných vyšetrení po 40. roku života bude mať vplyv na liečbu a tým aj kvalitu života pacientov. Liečba skorých štádií je menej nákladná, zachová sa orgán zraku aj použiteľná centrálna zraková ostrosť, zlepši sa kvalita života pacienta.

LITERATÚRA

- [1.] FURDOVÁ, A., OLÁH, Z. Nádory oka a okolitých štruktúr. CERM, Brno, 2010, 151s. ISBN 978- 80-7204-689-8.
- [2.] FURDOVÁ, A., OLÁH, Z. Histologicky verifikované intraokulárne tumory v SR v r. 1984-1989. Česká a slovenská oftalmológia, 1995, roč. 51, č. 5, s. 284-288. ISSN 1211-9059.
- [3.] FURDOVÁ, A., OLÁH, Z.. Incidencia, geografická distribúcia, vekové rozloženie, mortalita a histologická verifikácia u intraokulárnych tumorov (dg.190) v SR v r. 1968-1989 (štúdia). Československá oftalmológia, 1995, roč. 51, č. 3, s. 143-151. ISSN 0009-059X.
- [4.] FURDOVÁ, A., STRMEŇ, P., OLÁH, Z. Použitie TNM klasifikácie v oftalmológii. Choroby hlavy a krku (Head and Neck Diseases), 2000, roč. 9, č. 2, s. 17-25. ISSN 1210-0447.
- [5.] FURDOVÁ, A., OLÁH, Z. Malígný melanóm v uveálnom trakte. Asklepios, Bratislava 2002, 176 s. ISBN 80-7167-051-0.
- [6.] FURDOVA, A., PESKO, K., STRMEN, P., KOBZOVA, M. Conjunctival nevus and melanoma. Bratisl Lek Listy, 2007; roč. 108, č. 7, s. 287-291. ISSN 0006-9248.

- [7.] CHYNORANSKÝ, M., FURDOVÁ, A., OLÁH, Z.: Patologické stavy postihujúce očnicu. Choroby hlavy a krku (Head and Neck Diseases), 1994, roč. 3, č. 1, s. 14-17. ISSN 1210-0447.
- [8.] OLÁH, Z., FURDOVÁ, A., PECHÁŇ, J., PREČINSKÝ, P. Významnosť diagnostických postupov pri malígnom melanóme uvey. Slovenský lekár, 1994, roč. 4, č. 1-2, s. 29-32. ISSN 1336-0234.
- [9.] FURDOVA, A., SLEZAK, P., CHORVATH, M., WACZULIKOVA, I., SRAMKA, M., KRALIK, G. No differences in outcome between radical surgical treatment (enucleation) and stereotactic radiosurgery in patients with posterior uveal melanoma. Neoplasma, 2010, 57(4), s. 377-380. ISSN 0028-2685.
- [10.] FURDOVA, A., STRMEN, P., SRAMKA, M.. Complications in patients with uveal melanoma after stereotactic radiosurgery and brachytherapy. Bratisl Lek Listy, 2005; roč. 106, č. 12, s. 401-406. ISSN 0006-9248
- [11.] FURDOVA, A., CHYNORANSKY, M.: Orbital melanoma. Bratisl Lek Listy, 2011, roč.112, č.8, s. 466-468. ISSN 0006-9248
- [12.] FURDOVA, A., STRMEN, P., WACZULIKOVA, I., CHORVATH M., SRAMKA, M., SLEZAK, P. One-day session LINAC-based stereotactic radiosurgery of posterior uveal melanoma. Eur J Ophthalmol 2012; 22(2), s. 226 – 235. ISSN 1120-6721
- [13.] OLÁH, Z., FURDOVÁ, A., PECHÁŇ, J., PREČINSKÝ, P. Významnosť diagnostických postupov pri malígnom melanóme uvey. Slovenský lekár, 1994, roč. 4, č. 1-2, s. 29-32. ISSN 1336-0234
- [14.] ONDRUŠOVÁ, M., PLEŠKO, I., SAFEI-DIBA, CH., OBŠITNÍKOVÁ, A., ŠTEFAŇÁKOVÁ, D., ONDRUŠ, D.. Komplexná analýza výskytu a úmrtnosti na zhubné nádory v Slovenskej republike 1978-2003. [online]. Bratislava, Národný onkologický register SR, NCZI [cit. 4.3.2010]. ISBN 978-80-89292-05-9., Dostupné na internete: <http://www.nor-sk.org/>.
- [15.] SHIELDS, J.A., SHIELDS, C.L. Intraocular tumours: An Atlas and Text. W.B.Saunders: Philadelphia, 1992; 577 s. ISBN 07817-7580-9

Kontaktná adresa:

MUDr. Halás Marián, ml.
e-mail: marianhalas@gmail.com
Klinika oftalmológie LFUK a UN
Nemocnica Ružinov, Ružinovská 6,
826 06 Bratislava, Slovak Republic
Tel: 00421-903-574784

NÁZORY SESTIER NA PREDISUDKY VOČI DUŠEVNE CHORÝM

NURSES' VIEWS ON PREJUDICE AGAINST THE MENTALLY ILL

ČERŇANOVÁ, A., SABO, M.

Psychiatrická klinika LF SZU, UN Ružinov, Bratislava
Katedra matematiky a deskriptívnej geometrie, Stavebná fakulta STU v Bratislave

ABSTRAKT

Autori dotazníkovou metódou hodnotia názory a postoje sestier na predsudky voči duševne chorým a samovraždám. Prieskumu sa zúčastnilo 165 respondentiek. Zo záverov vyplýva, že je potrebné zlepšiť informovanosť sestier v oblasti duševného zdravia (antistigmatizačná stratégia), nakoľko respondentky nevedeli správne identifikovať mýty o duševne chorých a suicídiách, pričom sestry s kratšou praxou menej často súhlasili s predsudkami. Na názory sestier nevlývala výška dosiahnutého vzdelania. Zistené okruhy problémov sú cenné i pri plánovaní vzdelávacích programov.

Kľúčové slová: predsudky voči duševne chorým, mýty o samovraždách, názory sestier na predsudky

ABSTRACT

The authors evaluated by questionnaires opinions and attitudes of nurses of prejudice against the mentally ill and suicide. Survey was attended by 165 respondents. The findings indicate the need to improve awareness of nurses in mental health (antistigmatization strategy) because respondents could not correctly identify the myths about mental illness and suicide, and nurses with less experience less often agreed with prejudice. The views of nurses influence doesn't attained of educational level. Identified problem areas are also valuable in planning educational programs.

Key words

prejudice against the mentally ill, myths about suicide, opinions of nurses on the prejudice

ÚVOD

Večná otázka existencie človeka je otázkou, ktorá sa v dejinách kladie opakovane, no stále novým spôsobom, v závislosti na tom, ako sa vyvíjajú podmienky ľudského života, obsah života i sám človek, ktorý žije v premenlivých historických podmienkach a rieši vždy konkrétne úlohy svojej doby [8]. Mýty, nedostatok informácií o duševných chorobách, ich priebehu a liečbe, ignorovanie faktov o duševných poruchách spolu so strachom z neznámeho a z choroby tvorí základ stigmy. Baudiš a Libiger (2002) uvádzajú najrozšírenejšie predsudky o psychiatrii: duševné choroby sú neliečiteľné, sú väčšinou vrodené, schizofrénia je chronické duševné ochorenie končiace rozvratom celého života, správanie duševne chorého je nepredvídateľné a násilné, hlavnou príčinou duševných porúch sú psychologické vplyvy a prepracovanie, psychiatrické lieky sú návykové, podiel toxických vplyvov (alkohol, drogy)

je bagatelizovaný, kto prišiel raz do kontaktu s psychiatriou je poznamenaný [1]. Takýto nepriaznivý obraz duševne chorého sa roky formoval pod vplyvom negatívnych interpretácií duševných chorôb masmédiami, rozdielnou akceptáciou duševnej a telesnej choroby a asociáciou duševných porúch s nedostatkom intelektu.

Masmédiá a najmä bulvárne médiá, v snahe čo najviac zaujať až šokovať verejnosť, prezentujú duševné poruchy prevažne chybné. Často podávajú informácie bez odborných znalostí (napr. schizofréniu považujú za rozdvojenú osobnosť, používajú nevhodné termíny ako napr. úspešná/neúspešná samovražda), vyzdvihujú význam násilných činov spáchaných duševne chorým s cieľom zaujať mystickou predstavou psychotických prejavov, čo automaticky vyvolá strach z neznámeho a vedie k asociácii duševných porúch s nebezpečným a neovládateľným správaním. Pritom chorí so schizofréniou- najviac stigmatizovaní psychickou poruchou, sa na vraždách podieľajú len 8% [14], na Slovensku 1-2% [5], stonásobne vyššia je však ich autoagresia - až 10% chorých na schizofréniu zomiera následkom suicídia [5]. Informácie sú médiami často vytrhnuté z kontextu, nevysvetlené. Ľudia, preto často za duševnú poruchu považujú len extrémne spôsoby správania a sú presvedčení, že duševnú poruchu ľahko rozpoznajú [7]. Duševná porucha pritom v porovnaní s telesným ochorením je laikom ťažšie odhaliteľná, napríklad depresia môže vyzeráť len ako vystupňovanie bežných stavov ako smútok, strata záujmu, znížená aktivita a takýto človek je potom mylne pokladaný za jedinca slabej vôle, alebo prejavy schizofrénie imponujú ako povahové abnormality a chorý sa javí byť ako neschopný, nespoľahlivý, lenivý, málo adaptabilný, alebo naopak výbušný a násilný. Rovnako mylne sú vnímané aj suicidálne osoby - ako extrémny ľudského charakteru - buď sú veľmi odvážni alebo zbabelci.

Vzhľadom k niektorým prejavom duševnej poruchy a zmenám v správaní sa môže zdať, že ide o nedostatok intelektu, preto sú často ľudia s psychózou mylne považovaní za mentálne retardovaných. Psychózy síce narúšajú kognitívne schopnosti (najmä pozornosť a pamäť), ale neovplyvňujú hodnotu celkovej inteligencie.

Skreslene je médiami interpretovaná a verejnosťou (vrátane zdravotníkov) vnímaná aj psychiatrická liečba. Čerňanová (2011) zisťovala názory sestier, ktoré nepracujú na psychiatrických oddeleniach na elektrokonvulzívnu liečbu („elektrošoky“) a na antidepresíva (pričom antidepresíva sestry niektorým svojim pacientom podávajú). Elektrokonvulzívnu liečbu za dôležitú súčasť modernej biologickej liečby v psychiatrii považovalo len 47% respondentiek, 21% ju považovalo za zastaranú liečebnú metódu a myslí si, že sa v súčasnosti už vôbec nepoužíva a 28% respondentiek ju nepovažovalo za liečebnú metódu, pričom sú presvedčené, že elektrošoky slúžia len na pacifikáciu nepokojných a agresívnych pacientov. Čo sa týka podávania antidepresív pacientom (pravidelnosť, kontrola prehltnutia tabletky, latencia nástupu účinku a potreba dlhodobého užívania) mali sestry zo súboru potrebné znalosti. Ich postoje k antidepresívnej liečbe však boli rovnako ako u verejnosti ovplyvnené neoprávnenými obavami z následného poškodenia pamäti - 40% a z vytvorenia návyku (čo je charakteristické pre dlhodobé užívanie benzodiazepínov a vôbec nie pre antidepresíva) - 72%. V liečbe depresie by pred antidepresívami 61% sestier uprednostnilo benzodiazepíny [4].

Verejnosť pod vplyvom predsudkov prína ťarchu telesnej choroby oveľa lepšie ako duševnú poruchu. Na základe týchto predsudkov sa utvorili stereotypy a postoje spoločnosti, vyjadrujúce potrebu kontrolovať, eliminovať a diskriminovať ľudí s duševnou poruchou. Duševná porucha sa tak stala akousi nálepkou, ktorú postihnutý nosí, často celoživotne. So stigmou je spojený pocit hanby, strach z posmechu a nízka sebaúcta. Stigma je príčinou nevyhľadania pomoci pri ťažkostiach. Duševne chorí svoju diagnózu zatajujú a potenciálne ohrozujúcim kontaktom sa vyhýbajú a uzatvárajú sa. Podľa Corrigana a Wasselovej (2008) približne polovica až tretina ľudí, ktorí by mohli profitovať z psychiatrickej liečby ju nikdy nevyhľadajú práve z dôvodu, aby neboli spájaní so stigmatizovanou skupinou duševne

chorých [2]. Dalším dôsledkom stigmy je neschopnosť nájsť si prácu, nastúpiť do školy, je jednou z príčin vzniku alkoholovej či drogovej závislosti, spôsobuje sociálnu separáciu až bezdomovectvo, alebo vedie k dlhodobým pobytom v liečebniach, či k samovražde chorého. Negatívny vplyv stigmy je taký veľký, že sa niekedy hovorí aj o „druhom ochorení“, ktoré sa následkom stigmy vyvinie.

Na šírení predsudkov sa žiaľ podieľajú aj zdravotnícki pracovníci. Polúchová a Heretik (2009) sledovali, ktoré stigmatizačné zážitky z oblasti zdravotnej starostlivosti opisujú pacienti so schizofréniou. Tieto zistenia potom porovnávali s údajmi od chorých so schizofréniou zo Španielska, Nemecka a USA. Stigmatizačné zážitky pacientov z oblasti zdravotnej starostlivosti sa týkali najmä prístupu lekárov a sestier. V zhode so zahraničnými zisteniami aj naši pacienti uvádzali nespokojnosť s prístupom psychiatrov a lekárov z iných oblastí medicíny. Lekári zo somatických oddelení väčšinou podceňovali význam somatických ťažkostí, hlásených pacientmi so schizofréniou, psychiatri zase podceňujú schopnosť pacientov rozhodovať za seba, čo vedie k vylúčeniu pacientov z aktívnej účasti pri liečbe. Slovenskí pacienti na rozdiel od zahraničných hlásili aj diskriminačný prístup sestier voči nim. Uvádzané zážitky reflektovali na nedostatok záujmu a rešpektu zo strany sestier [11].

CIEĽ

Zistiť názory sestier na niektoré predsudky (mýty) voči duševne chorým a suicidálnym osobám, rozšírené u laickej verejnosti. Výskyt duševných porúch sa medzi hospitalizovanými pacientmi na somatických oddeleniach odhaduje medzi 30-50% [6]. Vybrané respondentky sa teda v rámci ošetrovateľskej praxe stretávajú s duševne chorými i suicidálnymi pacientmi a počas svojho štúdia absolvovali predmet psychiatria, nemali by teda posudzovať duševne chorých na základe stereotypu.

Zistiť, či názory sestier sú ovplyvnené dĺžkou ich praxe a stupňom dosiahnutého vzdelania a či sú rozdiely v názoroch medzi mužmi a ženami.

METÓDA

Ako východiskovú metódu pre získanie relevantných údajov o skúmanej problematike sme použili metódu dotazníka. Dotazník sme skonštruovali na základe výsledkov predvýskumu. V rámci predvýskumu sme na vzorke 50 respondentov – sestier z interných odborov zisťovali, s ktorými mýtami respondentky najviac súhlasia. Do zoznamu mýtov o duševne chorých sme zaradili mýty podľa [1], [3] a podľa internetového portálu Ligy za duševné zdravie. Zoznam mýtov o samovraždách sme zostavili podľa [9] a [10]. Zo zoznamu sme následne na základe odpovedí vyselektovali týchto osem najčastejších predsudkov (prvých päť predsudkov sa týkalo duševne chorých, ďalšie tri osôb so suicidálnymi úmyslami):

1. duševne chorí sú väčšinou nebezpeční a agresívni
2. duševne chorí sú väčšinou menej inteligentní
3. duševne chorí sú väčšinou chudobní a bezdomovci
4. duševne chorí majú väčšinou aj telesnú vadu
5. duševne chorí sú väčšinou nezamestnaní, invalidizovaní
6. človek, ktorý chce ukončiť svoj život to neprizná
7. človek, ktorý sa vyhráža samovraždou to nakoniec nespraví
8. otázka, či osoba neuvažuje nad samovraždou ju môže k tomu podnietiť.

Dotazník bol anonymný a sestry sa ku každej z ôsmich položiek písomne vyjadrovali možnosťami súhlasím/nesúhlasím. Dotazník vyplňovali sestry, ktoré sa zúčastňovali rôznych vzdelávacích aktivít – špecializačné kurzy, postgraduálne kurzy, manažérske atď., vždy pred prednáškou z psychiatrie.

V rámci štatistického spracovania sme použili metódy popisnej štatistiky (percentuálne podiely, stĺpcové diagramy, histogramy) a neparametrické testy (Kruskal-Wallisov test, Mann-Whitneyho test, chí kvadrát test). Dáta sme vyhodnotili v štatistickom programe R (2011) [12].

SÚBOR

Výskumný súbor tvorilo 165 – náhodne vybraných sestier (respondentiek z interných oddelení bolo: 91, z JIS: 58, vedúce sestry: 16). Respondentky pochádzali z rôznych krajov Slovenska a aj z ČR, najviac zastúpený bol Bratislavský, Trnavský a Nitriansky kraj, nasledovali Košický, Trenčiansky, Žilinský, Prešovský, Banskobystrický kraj a Česká republika. V súbore prevažovali ženy (n=150), mužov bolo 15. Najviac zastúpenou bola veková kategória 30-35 ročných sestier. Respondentky mali rôznu dĺžku praxe, najčastejšie mali 10-15 ročnú prax. Sestry mali rôzny stupeň dosiahnutého vzdelania, najväčšia skupina mala ukončenú maturitu. Pracovali ako sestry pri lôžku- na akútnych oddeleniach (JIS), somatických oddeleniach (kardiológia, neurológia, interné, kožné, onkológia...) na chronických oddeleniach (geriatria, LDCH...), na centrálnom príjme, na ambulanciách a v domovoch sociálnych služieb. 16 z nich pracovalo v pozícii vedúcej sestry.

VÝSLEDKY

Respondenti vedia správne identifikovať mýty (nulová hypotéza)

Vzhľadom k tomu, že všetky sestry zo súboru absolvovali výučbu psychiatrie a vo svojej ošetrovateľskej praxi sa často stretávajú s rôznymi psychickými príznakmi u pacientov, sme predpokladali, že k duševne chorým nebudú pristupovať, podľa stereotypu a taktiež budú poznať mýty súvisiace so suicidálnym správaním.

Všetky odpovede - názory sestier na duševne chorých a suicidálne osoby (pričom každá položka predstavovala mýtus) sú zhrnuté v tabuľke 1.

Respondentky najlepšie identifikovali mýty týkajúce sa duševne chorých, nepovažujú ich za bezdomovcov a menej inteligentných a nemyslia si, že duševne chorí majú väčšinou aj telesnú vadu. Stále však dosť respondentov súhlasilo s tým, že duševne chorí sú nebezpeční a agresívni ako aj nezamestnaní a invalidizovaní.

Mýty týkajúce sa samovraždy však správne identifikovala len malá časť súboru. Najviac sa stotožňovali s predsudkom, že človek, ktorý chce ukončiť svoj život to neprizná. Skutočnosť je taká, že deväť z desiatich ľudí, ktorí spáchajú samovraždu sa so svojimi myšlienkami niekomu predtým zverí. Svoje úmysly vyjadria verbálne, vyhrážkami, pomocou gest, alebo radikálnou zmenou správania. Okolie, ale napriek tomu ich úmysly neodhalí. Dôsledkom tejto mylnej predstavy je nevenovanie pozornosti osobám, ktoré sa svojimi samovražednými myšlienkami netaja, alebo sa samovraždou vyhrážajú. Viac ako polovica respondentiek súhlasila aj s ďalšími dvomi predsudkami. Dôsledkom názoru, že človek, ktorý sa vyhráža samovraždou to nakoniec nespraví, je nedocenenie samovražedných vyhrážok, ktoré sú chápané ako vydieranie, manipulácia, či chvastanie. Z hľadiska prevencie samovražd je dôležité vedieť, že hovory o samovražde s ľuďmi v rizikovej skupine môžu zmierniť nebezpečenstvo samovražedného konania. Táto téma v žiadnom prípade nezbavá

k samovražde ani nevzáša do mysle ohrozenej osoby samovražedné myšlienky, čo si viac ako polovica respondentiek myslela. Dôsledkom tejto mylnej predstavy je strach hovoriť na tému samovraždy s osobou, ktorá patrí do rizikovej skupiny. Naopak často priame otázky na samovražedné myšlienky predstavujú jediný spôsob ako identifikovať a analyzovať samovražedné úmysly dotyčnej osoby.

Tabuľka 1: Názory sestier (n=165) na duševne chorých a suicidálne osoby:

Predsudok	Nesúhlasím	Súhlasím
duševne chorí sú väčšinou nebezpeční a agresívni	80	20
duševne chorí sú väčšinou menej inteligentní	86,7	13,3
duševne chorí sú väčšinou chudobní a bezdomovci	97,6	2,4
duševne chorí majú väčšinou aj telesnú vadu	96,4	3,6
duševne chorí sú väčšinou nezamestnaní, invalidizovaní	80	20
človek, ktorý chce ukončiť svoj život, to neprizná	26,7	73,3
človek, ktorý sa vyhráňa samovraždou, to nakoniec nespraví	41,8	58,2
otázka, či osoba neuvažuje nad samovraždou, ju môže k tomu podnietiť	43	57

Po celkovom zhodnotení, na základe chí-kvadrát testu zamietame nulovú hypotézu ($p < 0.001$) a zisťujeme, že respondenti posudzujú duševne chorých a suicidálne osoby, podľa predsudkov.

Respondenti s dlhšou praxou identifikujú mýty rovnako ako respondenti s kratšou praxou (nulová hypotéza)

Respondentov sme rozdelili podľa dĺžky praxe (graf 1) a sledovali sme, či väčšia ošetrovateľská prax bude ovplyvňovať ich názory.

Na základe testu významnosti Kendallovho korelačného koeficientu zamietame nulovú hypotézu ($p < 0.05$). Na základe Kendallovho tau rovného – 0,14 môžeme tvrdiť, že respondenti s kratšou praxou identifikovali mýty o niečo lepšie ako respondenti s dlhšou praxou. Respondenti s kratšou praxou boli pravdepodobne ešte ovplyvnení výukou psychiatrie v maturitnom ročníku zdravotníckej školy.



Graf 1: Rozdelenie respondentov podľa dĺžky praxe

Do skupiny respondentov s dlhšou praxou sme zaradili sestry s praxou väčšou ako bol medián skupiny - 15 rokov (čiže približne polovicu). Ich odpovede sú zaznamenané v tabuľke 2.

Tabuľka 2: Názory respondentiek s dlhšou praxou (n = 83):

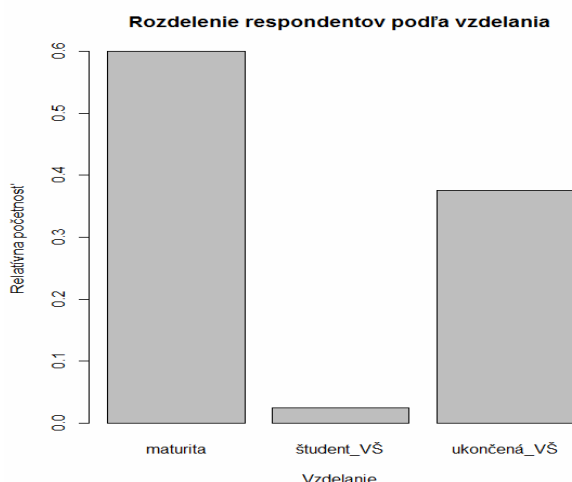
Predsudok	Nesúhlasím	Súhlasím
duševne chorí sú väčšinou nebezpeční a agresívni	73,8	26,2
duševne chorí sú väčšinou menej inteligentní	85	15
duševne chorí sú väčšinou chudobní a bezdomovci	96,2	3,8
duševne chorí majú väčšinou aj telesnú vadu	96,2	3,8
duševne chorí sú väčšinou nezamestnaní, invalidizovaní	83,8	16,2
človek, ktorý chce ukončiť svoj život to neprizná	20	80
človek, ktorý sa vyhráža samovraždou to nakoniec nespraví	35	65
otázka, či osoba neuvažuje nad samovraždou ju môže k tomu podnietiť	41,2	58,8

Respondenti s vyšším vzdelaním identifikujú mýty rovnako ako respondenti s nižším vzdelaním (nulová hypotéza).

Súbor sme, podľa vzdelania respondentiek, rozdelili na tri skupiny: sestry s ukončenou maturitou, študentky vysokej školy a sestry s ukončenou vysokou školou (graf 2).

Respondentov s vyšším vzdelaním (ukončená VŠ) bolo 62, ich odpovede sú zaznamenané v tabuľke 3.

Na základe Kruskal-Wallisovho testu nezamietame nulovú hypotézu ($p=0,93$) a teda výška vzdelania sester štatisticky významne neovplyvnila ich názory.



Graf 2: Rozdelenie respondentov podľa vzdelania

Tabuľka 3: Názory respondentiek s vyšším vzdelaním (n=62):

Predsudok	Nesúhlasím	Súhlasím
duševne chorí sú väčšinou nebezpeční a agresívni	85.5	14.5
duševne chorí sú väčšinou menej inteligentní	91.9	8.1
duševne chorí sú väčšinou chudobní a bezdomovci	98.4	1.6
duševne chorí majú väčšinou aj telesnú vadu	96.8	3.2
duševne chorí sú väčšinou nezamestnaní, invalidizovaní	80.6	19.4
človek, ktorý chce ukončiť svoj život to neprizná	27.4	72.6
človek, ktorý sa vyhráža samovraždou to nakoniec nespraví	37.1	62.9
otázka, či osoba neuvažuje nad samovraždou ju môže k tomu podnietiť	41.9	58.1

ZÁVER

Závery výskumu zistili, že sestry zo somatických oddelení nevedia správne identifikovať mýty o duševne chorých a suicidálnych osobách, pričom sestry s kratšou praxou menej často súhlasili s predsudkami. Na názory sestier nevplývala výška dosiahnutého vzdelania. Rozdiely v odpovediach medzi mužmi a ženami sme vzhľadom k malému počtu mužov v súbore (n = 15) neskúmali.

Výsledky výskumu sú zhodné aj s inými podobnými štúdiami, sledujúcimi, či sa študenti rôznych fakúlt, alebo zdravotnícki pracovníci riadia stereotypom. Čaplová a kol. (2011) zistili, že študenti Filozofickej fakulty v porovnaní so študentmi Lekárskej fakulty častejšie vyjadrili súhlas s predsudkami a väčší počet z nich by v prípade potreby vyhľadal psychiatra [3]. Podobne Šupa (2006) skúmal názory na duševne chorých u študentov medicíny, psychológie a zdravotných sestier s orientáciou na psychiatriu a potvrdil, že pre všetky skupiny probandov

je spoločná sociálna reprezentácia duševne chorého vyjadrená v dimenziách inakosti, nepredvídateľnosti a možnosti agresívneho správania sa. Tiež tieto skupiny probandov mali osobné skúsenosti z kontaktu s osobami s psychickými poruchami [13].

Takže nielen laická verejnosť, ale i zdravotníci chápu problematiku duševných porúch ako sociálny problém, nie medicínsky. Stigmatizácia a sociálne vylúčenie sú nielen rizikovými faktormi a dôsledkami duševných porúch, ale aj hlavné bariéry adekvátnej psychiatrickej starostlivosti a sociálnej integrácie chorých. Akceptácia nesprávnych úsudkov o samovražde vedie k tomu, že rizikovým osobám nevenujeme dostatočnú pozornosť, nevnímame signály, ktoré nám suicidálna osoba naznačuje a ignorujeme vážnosť suicidálnej hrozby. Vyslovenie suicidálneho zámeru je tak viac menej považované za manipuláciu, či vydieranie zo strany pacienta. Podporovaním týchto mýtov v podstate ignorujeme prevenciu samovrážd.

Výsledky prieskumu – vďaka ochote, záujmu a aktívnej spolupráce zúčastnených sestier odhalili niektoré nedostatky v oblasti vzdelávania sestier, týkajúce sa duševného zdravia. Tieto závery sú veľmi dôležité pri plánovaní ďalších vzdelávacích aktivít pre sestry. Neúplná informovanosť sestier o duševných poruchách vedie k ich slabej zaangažovanosti v oblasti výchovy ku zdraviu a k tomu, že v spoločnosti pretrváva aj naďalej stigmatizácia ľudí s duševnými poruchami.

LITERATÚRA:

- [1] BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. Psychiatrie a etika. Praha: Galén, 2002. s. 156. ISBN 80-7262-104-1.
- [2] CORRIGAN, P.W., WASSEL, A. Understanding and Influencing the stigma of Mental Illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental health Services. Thorofare 46. 2008. č. 1. s. 42-48. ISSN: 0279-3695.
- [3] ČAPLOVÁ, T., KRAJČOVIČOVÁ, D., ANDRÉ, I. Názory poslucháčov niektorých vysokých škôl na predsudky voči osobám s psychickými poruchami. Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika. 18. 2011. č.1. s. 48-51. ISBN 1335-423X.
- [4] ČERNÁNOVÁ, A. Postoje a skúsenosti sestier z interných odborov k duševne chorým. Nové smery v bio-socio-kultúrnej antropológii. Slov. biologická spol. SAV, Bratislava a Ústav antropológie, Prírodovedecká fakulta, Masarykova Univerzita, Brno. 2011. s. 36-40 ISBN: 987-80-89451-05-0
- [5] HERETIK, A. Extrémna agresia I. Forenzná psychológia vraždy. Psychoprof, Nové Zámky, 1999, 277s. ISBN 80-968083-3-8.
- [6] HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D. Konziliárni psychiatrie. Vydání 1. Medical Tribune CZ s.r.o. 2007. 604s. ISBN 978-80-903708-9-0.
- [7] CHROMÝ, K. Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled. Avicenum Praha. 1990. 82s. ISBN 80-201-0050-4
- [8] KNEZOVIČ, R., SEDLÁČKOVÁ, E. Biologické a sociálne reflexie ľudskej osobnosti. RINAZ d.o.o. Rijeka 2010. s. 102, ISBN 978-953-6268-75-2

- [9] KUTCHER, S., CHEHIL, S. Suicide Risk Management a Manual for Health Professionals. Blackwell Publishing Ltd. Oxford. UK. 2007. 134p. ISBN 1-4051-5369-5
- [10] MAS, H. Samovraždy- Rozvoj ďalšieho vzdelávania praktických lekárov a ambulantných psychiatrov v problematike komunitnej starostlivosti o duševne chorých. Feafes 28053 Madrid. 2006. s.20-24
- [11] POLÚCHOVÁ, J., HERETIK, A. jr. Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia, Psychiatria – Psychoterapia - Psychosomatika. 16. 2009. č. 1. s. 2-11. ISBN 1335-423X.
- [12] R DEVELOPMENT CORE TEAM (2011). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
- [13] ŠUPA, J. Sociální prezentace duševně nemocného u budoucích profesionálních pracovníků jako proměnná v léčebném procesu. Čes. a Slov. Psychiat. 102. 2006. č. 6, s. 299-306. ISSN 1212-0383.
- [14] TAYLOR, P. J. Schizophrenia and the Risk of Violence. In: Hirsch S.R. Weinberger D. R.: Schizophrenia Blackwell Science Ltd. 1995. p. 163-183.

Adresa autorov:

MUDr. Andrea Čerňanová, PhD.
E-mail: cernanova@gmail.com
Psychiatrická klinika LF SZU,
UN Ružinov, Ružinovská 6,
826 06 Bratislava,
Mobil: 0904/689583

Mgr. Miroslav Sabo
E-mail: miro165sabo@gmail.com
Katedra matematiky a deskriptívnej geometrie
Stavebná fakulta STU
Radlinského 11
813 68 Bratislava
Mobil: 0902 167 061

VYZNAVAČI ISLÁMU V ČESKÉ REPUBLICE A JEJICH ZKUŠENOSTI S HOSPITALIZACÍ

¹ Rolantová L., ¹ Tóthová V.

¹ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

ABSTRAKT

Padesát let vývoje společnosti s sebou přineslo i teorii multikulturalismu, která se nevyhnula ani oboru ošetrovatelství. Zdravotnický personál, a to především pak sestry, se najednou častěji setkávají ve své praxi s pacienty odlišného náboženského vyznání, než je v dané společnosti tradiční. Je důležité, aby se sestry ve své práci přizpůsobovaly dané kultuře pacienta, a tak daly základ k úspěšné aplikaci transkulturního ošetrovatelství u nás. Příspěvek se vztahuje na vyznavače islámu a na jejich zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení v naší republice. Výsledky vycházejí z rozsáhlého výzkumného projektu, který byl jednak zaměřen na zmapování přístupu příslušníků vybraných minorit ke svému zdraví, zjistit specifika jejich životního stylu a zjistit názory příslušníků vybraných minorit na kvalitu zdravotnických služeb v České republice. V rámci kvalitativního šetření byl proveden hloubkový rozhovor se sedmi vyznavači islámu. Toto šetření pomohlo zmapovat zkušenosti respondentů s poskytováním ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů má negativní zkušenosti s hospitalizací a také s necitlivým přístupem zdravotnického personálu.

Klíčová slova: Islám – multikulturní péče – hospitalizace – zdravotnický personál

ABSTRACT

Fifty years of society development has led to the theory of multiculturalism and it has influenced also the field of nursing. Medical staff, especially the nurses in their practice, suddenly meet more frequently patients of a different religion than the traditional one in the society. It is important that nurses adapt the culture of the patient and thus give the basis for successful application of transcultural nursing in this country. The paper refers to the confessions of Islam and their experience with hospitalization in a medical facility in our country. The results are based on an extensive research project that was both focused on mapping of selected minorities' access to their health, determining the specifics of their lifestyle and also determining selected minority group views on the quality of health services in the Czech Republic. Within the qualitative survey depth interviews with seven confessions of Islam were realised. This investigation has helped to map the respondents' experience with a nursing care provided in a medical facility. The results show that the most of respondents have negative experience with hospitalization and also with insensitive medical staff attitude.

Key words: Islam - a multicultural care - hospitalization - medical staff

ÚVOD

Ošetrovatelství je humanitní věda, jejíž filozofií je holistický přístup k člověku a jeho

potřebám. Jeho hlavní úlohou je snaha o docílení optimálního fyzického, duševního, sociálního a duchovního stavu člověka. Je důležité si uvědomit, že se nemoc projevuje ve všech dimenzích lidské osoby, a to jak biologické, psychické, sociální, tak i spirituální. Spirituální aktivity jsou v hierarchii potřeb nehlouběji uložené, neboť jsou nejbližší středu osobnosti – pacientovu já (Němcová, 2010).

V dnešní době se sestry dostávají do pozice, kdy se mohou čím dál více setkávat při poskytování ošetrovatelské péče s pacienty z různého kulturního prostředí. Mnohdy si ale neuvědomují souvislosti s oblastí transkulturního ošetrovatelství a ani podle nich nejednají. Proto je nutné uznat, že znalosti kulturních souvislostí jsou potřebné k tomu, aby ošetrovatelská péče o rozmanité kultury světa byla legitimní a účinná. Kulturně kongruentní ošetrovatelská péče je významným faktorem podpory a zachování zdraví i jeho navrácení. Je důležité si uvědomit, že k tomu, aby se sestry naučily a respektovaly potřeby pacientů různých etnik, musí mít samy zájem se s touto problematikou seznámit (Andrews, Boyle, 2007).

V současné době je islám nejrychleji rostoucím světovým náboženstvím. S více než jednou miliardou věřících je po křesťanství druhým největším náboženstvím světa. V tradiční křesťanské Evropě tvoří právě muslimové druhou nejpočetnější skupinu. Islám vznikl původně na Blízkém východě a přizpůsobil se místním podmínkám od Maroka na západě až k Indonésii na východě. Islám je monoteistické náboženství, které v sobě spojuje náboženství, kult, tradici, životní zásady a myšlenku života v komunitě. Je založené na učení proroka Muhammada, náboženského a politického vůdce působícího v 7. století (Nasr, 2010).

CÍL PRÁCE

Tento příspěvek se vztahuje k rozsáhlému výzkumnému projektu, který byl realizován za finanční podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky s názvem „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice“. Jeden z cílů výzkumného projektu byl zpracovat specifika v ošetrování příslušníků vybraných náboženských minorit v ČR. Cílem výzkumu je zmapovat přístup příslušníků vybraných minorit ke svému zdraví, zjistit specifika životního stylu a zjistit názory příslušníků vybraných minorit na kvalitu zdravotnických služeb v České republice.

METODIKA

V rámci kvalitativního výzkumného šetření, který byl realizován v první etapě výzkumného projektu, byly provedeny hloubkové rozhovory s představiteli jednotlivých minoritních skupin (ukrajinská minorita, romská minorita, Federace židovských obcí, mongolská minorita, Pravoslavná církev, Církev Ježíše Krista svatých posledních dnů, Buddhismus diamantové cesty linie Karma kagjü a Ústředí muslimských obcí). Tento příspěvek je zaměřen na vyznavače islámu a jejich zkušenosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení v České republice.

Výzkum byl proveden pomocí kvalitativní výzkumné metody, která pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Pro sběr dat byla použita technika polostandardizovaného rozhovoru, kdy poslední část se věnovala zkušenostem s hospitalizací. Následně byla provedena obsahová analýza dat. Všechny výpovědi respondentů byly opakovaně pročitány, byla využita metoda barvení textu. Poté byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie. Při interpretaci dat byly použity citáty respondentů ze zaznamenaných výpovědí, které jsou v textu označeny kurzívou.

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo sedm vyznavačů islámu, kteří jsou členy islámské nadace v Praze a v Brně. Z toho byly čtyři ženy a tři muži. Věková kategorie se pohybovala od 27 do 62 let. Čtyři respondenti pocházejí z České republiky a tři zde žijí v rozmezí od 2 do 15 let. Kromě dvou respondentů, byli všichni alespoň jednou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení v České republice.

VÝSLEDKY

Respondenti popisovali svoje zkušenosti s hospitalizací. Na základě analýzy dat byla sestavena kategorie a významné podkategorie, jejichž přehled je znázorněn v tabulce 1.

Tabulka 1: Kategorie – hospitalizace

Kategorie/ podkategorie	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
1. Hospitalizace							
A. Respekt ze strany oš. personálu	+	+	+	+	+	+	+
B. Zachování rituálů při hospitalizaci	+	+	+	+	+	+	+
C. Nemocniční prostředí	+	+	+	+	+	+	+
D. Zdravotnický personál	+	+	+	+	+	+	+
E. Intimita	+	+	+	+	+	+	+
F. Komplikace spojené s vírou	+	+	+	+	+	+	+

R = respondent, + respondent o tématu hovořil, - respondent o tématu nehovořil

8. HOSPITALIZACE

A. Respekt ze strany ošetřovatelského personálu

Kromě dvou respondentů byli všichni alespoň jednou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Bohužel většina z nich se setkala s necitlivým přístupem ze strany ošetřujícího personálu: „S hospitalizací v nemocnici mám špatné zkušenosti. Nerespektují se odlišnosti v jídle ani zahalování především v oblasti genitálu“ (R1). „Chybí dodržování intimity a etika. Byla jsem v nemocnici svědkem, jak se sestry vyjadřovaly o spolupacientce, která byla také muslimka. Myslely si automaticky, že jim nebude rozumět“ (R2). Dva respondenti popisovali negativní zkušenosti, které mají od známých: „Vlastní negativní zkušenost naštěstí nemám, ale slyšela jsem od známých žen řadu nepříjemností, které zažily v porodnici. Vše bylo způsobeno jejich vyznáním“ (R3). Většina respondentů vidí důvod takového chování v předsudcích ze strany zdravotníků: „Myslím si, že zdravotníci mají v mnoha případech už dopředu předsudky vůči nám, které se pak dále prohlubují. Za spoustu věcí mohou média, která zkreslují mnoho informací o našem náboženství“ (R1). Na většinu respondentů mělo toto chování velmi negativní vliv: „Měla jsem z toho úzkost. Cítila jsem beznaděj“ (R1). „Mě například lékařka v porodnici neprohlédla dítě jako ostatním matkám. To mě úplně šokovalo. Byla to taková hrozná beznaděj“ (R2). „Pokud si na sebe musím vzít to typické nemocniční oblečení, jako je anděl, připadám si, jako bych stál nahý na náměstí a všichni lidé na mě koukali. Takový mám pocit“ (R5). Jedna respondentka pracuje jako sestra a snaží se těmto chybám ze strany zdravotníků co nejvíce zabránit: „Pracuji jako sestra a snažím se dělat vše proto, aby alespoň náš personál, se k těmto pacientům choval

s důstojností a respektem. Bohužel všude to zařídit nejde“ (R1). Všichni respondenti by si přáli, aby zdravotnický personál znal jejich specifika: „Pochopitelně si to přeji. Bylo by vše mnohem jednodušší“ (R6).

B. Zachování rituálů při hospitalizaci

Všichni respondenti, kteří již byli někdy hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení, aplikovali prvky své víry i v nemocnici: „Nikdy jsem se neptala a rovnou se modlila. Naštěstí měli někde taková tichá místa, kde jsem měla klid na svou modlitbu“ (R1). „Modlila jsem se na posteli, to také lze, pokud to váš zdravotní stav jinak nedovoluje. Nemocní se ale modlit nemusí“ (R3). K této problematice se vyjádřil i jeden respondent, který zatím hospitalizován nikdy předtím nebyl: „Myslím si, že by to snad problém nebyl. Nemusím se nikoho ptát, zda se můžu pomodlit“ (R7). Všichni respondenti uvedli, že se snaží zachovat rituály během hospitalizace. Dva respondenti by si přáli přítomnost duchovního.

C. Nemocniční prostředí

Jako první uváděli respondenti nejvyšší možný počet nemocných na společném pokoji. Většina respondentů by si přála být na pokoji sama: „Pokaždé, když jsem byla v nemocnici, tak jsem žádala o jednolůžkový pokoj. Pouze jednou se mi to splnilo“ (R1). Přesto ale byli i respondenti, kteří by nechtěli být samotní na pokoji: „Nevyžadovala bych samostatný pokoj. Necítila bych se tam dobře. Sice bych měla klid na modlitbu, ale ani tak ne“ (R2). Skladba spolupacientů byla pro všechny respondenty také velmi důležitá. Všichni si přáli mít na pokoji pacienty stejného pohlaví: „Určitě jenom pouze muže. Pokud by to nebylo možné, tak alespoň použít mezi námi nějaké zástěny“ (R5). Mezi požadavky na nemocniční pokoj se nejvíce objevoval klid na pokoji, klimatizace a samostatná koupelna s WC: „Je důležité, aby tam byl především klid a pokoj měl svoji koupelnu a sociální zařízení. To je pro mě hodně důležité z hlediska osobní hygieny“ (R4). „Nemám speciální přání, ale důležitá je koupelna se záchodem“ (R6). S projevy víry svých spolupacientů žádný z respondentů problémy neměl: „Každý má svoje vyznání. Pokud tím nebude ubližovat ostatním, tak by mi to vůbec nevadilo. Především, když to bude na neutrální půdě“ (R5). Nikomu by ani nevadilo, pokud by byl ošetřen v nemocnici jiného náboženství: „S tím bych neměla problém. Respektuji všechny náboženství“ (R3).

Většině respondentů chybí ve zdravotnickém zařízení speciální místnost, kde by mohli provádět pravidelné modlitby: „Modlit se sice můžeme i na posteli, ale jenom přece k tomu nemáme někdy takový klid, jako třeba v nějaké místnosti k tomu určené. To by nám hodně pomohlo“ (R2).

Dále respondenti zmínili ve svých odpovědích práva pacientů. Čtyři respondenti, kteří již byli někdy hospitalizováni v nemocnici, nebyli s těmito právy vůbec seznámeni a neznají je: „Práva pacientů vůbec neznám. V nemocnici mi je neřekli“ (R6). Jeden respondent zná práva pacientů díky svému zaměstnání: „Práva pacientů samozřejmě znám, protože jsem sestra. Když jsem ležela v nemocnici, tam mě nikdo o nich neinformoval“ (R1).

D. Zdravotnický personál

Pokud jsou respondenti hospitalizováni v nemocnici, vyhledávají zdravotníky stejného pohlaví: „Určitě je důležitá odbornost toho dotyčného zdravotnického personálu, ale pokud bych si mohla vybrat, tak bych preferovala lékařku“ (R1). „Vím, že je to někdy moc těžké. Především pak třeba v porodnictví, kde by měli na to dávat pozor. Také bych byl rád, aby mě ošetřoval a léčil muž. Zatím jsem měl vždy při hospitalizaci štěstí“ (R5). Na otázku, co by jim nejvíce vadilo u zdravotnického personálu, odpovídali respondenti velmi podobně: „Určitě by mi vadilo, pokud by byl někdo pod vlivem alkoholu. Také mi vadí, když dávají najevo svoje

předsudky vůči nám“ (R1). „Každý jsme jiný. Pokud by se někdo špatně vyjadřoval o islámu, to bych ale nevydržela. Dále by mi vadil alkohol v nemocnici“ (R4). Všichni respondenti se domnívají, že takové chování vždy vyplývá z nedostatečné informovanosti: „Za špatné chování většinou může špatná informovanost o našem náboženství. Spousta informací je zkreslená“ (R6).

E. Intimita

Dodržování intimity, je pro respondenty jedna z nejdůležitějších věcí vůbec. Bohužel se podle respondentů na tuto oblast v nemocnicích úplně zapomíná: *„Je to pro nás velmi důležité. V nemocnicích se nebere na intimitu pacientů vůbec zřetel. Především pak u muslimů“ (R1). „Když jsem ležel v nemocnici, ze začátku jsem neměl svoje pyžamo. Dostal jsem toho anděla. Raději jsem byl celý den v posteli, abych nemusel nikam v něm chodit. Bylo to pro mě nedůstojné“ (R5).*

F. Komplikace spojené s vírou

Komplikace při hospitalizaci spojené s vírou poznala většina respondentů. Nejčastěji byly komplikace spojené s chováním zdravotníků: *„Poznala jsem to v porodnici, když jsem rodila. Byly tam projevy rasismu. Nerada na to vzpomínám“ (R3). „Bylo to již několikrát. Koukali se na mě skrz prsty. Měla jsem pocit diskriminace. Zdravotníci nemají dostatek informací a mám pocit, že se nás také bojí“ (R1). Vyskytly se i komplikace v oblasti výživy: „V oblasti výživy máme hodně specifik. Bohužel jsem nemocniční stravu nemohla jíst. Jídlo mi donášela rodina. Štěstí bylo, že jsem nemusela dodržovat žádnou dietu“ (R1). U jednoho respondenta byly komplikace při hospitalizaci spojené s jazykovou bariérou: „Neumím moc dobře česky. Můj mateřský jazyk je arabština. Takže jsem nikomu nerozuměl. Bylo to pro mě hodně stresující. Trochu jsem se nakonec dorozuměl anglicky s jedním doktorem“ (R6). Další dva respondenti uvedli komplikace spojené s oblastí osobní hygieny po toaletě: „Muslimové kromě toaletního papíru používají hlavně vodu k osobní hygieně po použití toalety. Jelikož jsem měla na pokoji pouze sociální zařízení a koupelna byla až na druhém konci chodby, pro potřebu umytí mi rodina donesla k tomu potřebné pomůcky. Byly to nádoby na vodu. Ty mi ale pokaždé paní uklízečka, v důsledku nevědomosti vyhodila“ (R2). Další komplikace byla spojená s používáním toalety: „Málokterý zdravotník ví, že muslimové nesmí hovořit na toaletě. Jednou se mi stalo, že za dveřmi stála sestra a hledala mě. Bylo to dost nepříjemné, ale nemohla jsem jí odpovědět. Také mi dost vadilo, že jsem se nemohla na toaletě zamknout“ (R3).*

DISKUSE

Islám není pouze náboženství jako takové, ale jedná se především o komplexní způsob života. Život každého muslima se řídí jednak Koránem, tak i tzv. sunnou, což jsou výroky a příklady ze života Proroka Muhammada. Tyto posvátné spisy se vyjadřují ke všem aspektům každodenního života člověka, od povinných náboženských rituálů do rodinného a společenského života. V životě muslima se jeho víra promítá v jeho každodenních činnostech (Crofter, 2006).

Nejzajímavější výsledky výzkumu jsme u respondentů získali právě v oblasti hospitalizace, která byla poslední oblastí, na kterou jsme se v rozhovorech zaměřili. Důležité pro nás bylo, že kromě dvou respondentů, byli již všichni ostatní alespoň jednou hospitalizováni v některém zdravotnickém zařízení. Jako první jsme se zaměřili na respekt ze strany zdravotnického personálu a na komplikace s tím spojené. Velmi negativním zjištěním byl pro nás fakt, že většina respondentů se setkala s necitlivým přístupem ze strany

ošetřujícího personálu. I v dnešní době se stále setkáváme v praxi s tím, že zdravotnický personál neposkytuje ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním. Naopak jejich přístup lze nezdědka považovat za velmi necitlivý, až urážející, kdy nedokáží respektovat člověka jako takového, natož pak pokud má zjevné odlišnosti například v náboženském vyznání. Vždyť každý pacient má právo na poskytování kvalitní zdravotnické péče, která je prováděna odbornými kvalifikovanými pracovníky. Jeden respondent byl svědkem, jak se sestry nevhodně vyjadřovaly o pacientce, která byla také muslimka. Domnívaly se totiž, že jim nerozumí. Ale opak byl pravdou. Domníváme se, že toto chování mohlo mít také velmi negativní vliv na celkový zdravotní stav pacientky. Respondenti také popisovali negativní zkušenosti s hospitalizací v porodnici. Dle jejich názoru se zde vyskytly i projevy rasismu a diskriminace ohledně jejich vyznání. Většina respondentů pak vidí tento problém především v nedostatku informovanosti zdravotnického personálu o jejich náboženství. Důvodem mohou dále být zkreslené údaje o tomto náboženství, které mají lidé především z médií. Pravdou je, že pravý výklad islámského učení je pomocí médií velmi často špatně interpretován. Abd-al-Átí uvádí, že přestože je islám realistický, netrpí agresí ze své ani z žádné jiné strany, nemá zálibu v útočných válkách nebo v jejich vyvolávání. Bůh muslimy vyzývá, aby nezačínali s nepřítelstvím, aby se nepouštěli do agresivních činů, aby neporušovali práva ostatních (Abd-Al-Átí, 2010). Jedna respondentka pracuje jako sestra a snaží se vše dělat proto, aby alespoň zdravotnický personál na jejím oddělení se choval k těmto pacientům s důstojností a respektem. Odpovědi na otázku, co by zdravotnickému personálu nedovolili během ošetřování, byly hodně podobné. Zmiňováno bylo především časté a zbytečné odhalování, špatné vyjadřování personálu o jejich náboženství a dávání najevo svých předsudků vůči jejich víře. Také by respondentům bylo nepříjemné, pokud by byl zdravotnický personál pod vlivem alkoholu.

Další oblastí, na kterou byl výzkum zaměřen, bylo dodržování zvyků a rituálů během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Všichni respondenti se zmiňovali o modlitbě, kterou prováděli i v době jejich hospitalizace. Modlitba představuje jeden z pilířů islámu a je považována za jeho základ. Každý muslim, který nedodržuje modlitbu a nemá pro to vážný důvod, kterým je například nemoc, se dopouští těžkého přestupku a hříchu (Zacharias, 2003). V nemocnici by si respondenti přáli vybudovat modlitebny (tzv. „tichá místa“). Zde by se mohli v klidu a v čistotě věnovat svým pravidelným modlitbám. To zatím v mnoha zdravotnických zařízeních postrádají.

Dalším významným zvykem pro muslimy jsou činnosti v oblasti hygieny. Ať už se jedná o rituální očistu před každou modlitbou, tak i o osobní hygienu. V této oblasti nám respondenti zmiňovali velice zajímavé údaje, které nejsou uváděny v žádné literatuře. Hovořili o tom, že muslimové po použití toalety, kromě toaletního papíru, používají především vodu. Na opláchnutí zevního genitálu, popřípadě oblasti konečníku, muslimové k tomuto účelu využívají různé pomůcky, jako třeba speciální sprchy. Pokud je nemají k dispozici, především pak v nemocnici, používají různé nádoby. Jedna respondentka uvedla, že právě takovou nádobu k tomuto účelu si nechávala na nemocničním pokoji na toaletě. Pokaždé ji ale pomocný personál z nevědomosti vyhodil. Bylo by dobré, aby jakýkoliv personál v nemocničním zařízení, byl o této problematice poučen. V této oblasti jsme zjistili od respondentů ještě další specifikum. Muslimové nesmí hovořit na toaletě. Pro jednoho respondenta bylo velmi nepříjemné, když za dveřmi toalety stála sestra a ptala se, zda je respondentka v pořádku. Je důležité mít tedy na paměti, pokud pacient neodpovídá, nemusí to vždy znamenat nic vážného.

Značná pozornost byla zaměřena také na výživu. Aby si člověk uchoval čistou a zdravou mysl a srdce, aby posiloval svou duši a tělo, musí se řadě pokrmů vyhnout (Self, 2008). A právě ve zdravotnických zařízeních bývá výživa muslimů velkým problémem.

Muslimové nesmějí jíst vepřové maso, ani vepřové sádlo a podobně. S tímto problémem se setkali také naši respondenti. Jídlo jim proto donášela rodina. Dle našeho názoru, by bylo v takovém to případě vhodné jim nabídnout buď vegetariánskou stravu, anebo podle možností individuální jídelníček stanovený ve spolupráci s nutričním terapeutem. Je ale možné, že i potom pacienti budou stravu odmítat úplně a jídlo jim bude nosit i přesto rodina, tak jako to bylo i u našich respondentů.

Co se ukázalo být pro naše respondenty velmi důležité, je zachování intimity. Ve zdravotnickém zařízení se podle respondentů intimita vůbec nerespektuje. V tom spatřují největší problém, jelikož intimita hraje v islámském náboženství velkou roli. Je známo, že ženy musí mít v běžném životě zahaleny především vlasy a krk a dále nohy až ke kotníkům a ruce po zápěstí (Sardar, 2010). Domníváme se proto, že intimita by měla být maximálně dodržována, a to především u žen.

Další oblastí, ve které se objevil problém v rámci hospitalizace, byla komunikace. I přesto, že většina respondentů pochází z České republiky, pro tři z nich je mateřským jazykem arabština. Z těchto respondentů jeden neumí vůbec česky. Při rozhovoru, který probíhal za pomoci tlumočnicka, se zmínil o jazykové bariéře během hospitalizace v nemocnici. Problémy v poskytování kulturně citlivé péče v mnoha případech začínají právě jazykovými problémy. Vždyť i my známe z vlastní zkušenosti, že dva lidé, kteří říkají totéž, zdaleka ne totéž také míní. Různé jazyky reprezentují různé světy, ale i uvnitř kultur existuje množství životních způsobů a mravních postojů. Zdravotnický personál by měl brát u takového pacienta v úvahu jednak neznalost našeho jazyka a především také specifika, která se u této kultury v oblasti komunikace vyskytují. V islámské kultuře je totiž tabu hovořit o intimních záležitostech, jako jsou například rodina a intimní problémy, s osobou nevyznávající islám (Lunde, 2004).

Dále se respondenti zmiňovali o požadavcích na nemocniční prostředí. Jako první uváděli nejvyšší možný počet spolupacientů na pokoji. Kromě dvou respondentů, by všichni chtěli mít raději jednolůžkový pokoj. Důvodem je potřebný klid na pravidelné modlitby a samostatná koupelna se sociálním zařízením. I do této oblasti se promítá náboženská víra a její vliv na činnosti každodenního života. Dosti zarážející bylo pro nás zjištění, že pouze jeden respondent byl seznámen s právy pacientů. Čtyři respondenty nikdo o jejich právech v nemocnici neseznámil.

Nebylo velkým překvapením, že všichni respondenti uvedli přání, aby zdravotnický personál respektoval specifika jejich náboženství. Spousta zdravotnického personálu si není vědoma toho, že člověk je bytost bio-psycho-sociálně-spirituální a proto potřebuje pomoc v době nemoci ve všech těchto čtyřech úrovních. Oproti zahraničí je u nás nemocniční léčba zaměřena z valné většiny na léčbu biologickou, která je obecně na velmi dobré úrovni, srovnatelné s vyspělými zeměmi. Ale podpora psychická a především pak duchovní v drtivé většině případů bohužel chybí (Kalvínská, 2008).

ZÁVĚR

Ke všednímu dni ošetrovatelských pracovníků patří starat se o pacienty odlišného náboženského vyznání. To předpokládá nejen respekt před jinými kulturami a náboženstvím, ale i pochopení lidí na pozadí jejich individuálních biografických, sociálních a náboženských zvláštností.

V tomto příspěvku jsme se zaměřili na vyznavače islámu a jejich zkušenosti a názory na poskytování ošetrovatelské péče v nemocnicích. Zde jsme se dotazovali, jaká specifika své kultury by si respondenti přáli, aby zdravotnický personál respektoval, zda mohou aplikovat prvky své víry v nemocničním zařízení a jaké eventuelní komplikace zažili při hospitalizaci.

V této oblasti jsme narazili na několik velmi zajímavých, a pro ošetrovatelskou praxi také přínosných zjištění. Téměř všichni respondenti mají s hospitalizací špatné zkušenosti. Většina z nich se setkala s nevhodným chováním ze strany zdravotnického personálu, nerespektování rituálů a nedodržování intimity, která je velmi důležitá především u muslimů. Mezi další problém patří neznalost práv pacientů a nedostatek informací o tomto náboženství. Za jedny z nejdůležitějších poznatků zjištěných během výzkumného šetření, jsou specifika v oblasti používání toalety.

Je důležité si uvědomit, že ať už člověk vyznává jakékoli náboženství, víru či je příslušníkem národnostní menšiny, bez ohledu na svou „odlišnost“ má nárok na vhodnou, kvalitní a ohleduplnou ošetrovatelskou péči.

Příspěvek se vztahuje k řešení grantového projektu NS/9606-3, který je realizován za finanční podpory IGA MZ ČR.

LITERATURA:

- [1] Abd-Al-Átí, H. *Zaostřeno na islám*. Praha: Islámská nadace v Praze, 2010. 203 s. ISBN 978-80-904373-6-4.
- [2] Andrews, M. M., Boyle, J. S. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 560p. ISBN-10: 0781790379.
- [3] Crofter, W. *Velká kniha islámu*. 1. Vyd. Čechtice: BVD, s.r.o., 2006. 242 s. ISBN 80-903754-0-5.
- [4] Kalvínská, E. *Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. Praktický lékař*. Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 2008, roč. 88, č. 12, s. 722-724. ISSN 0032-6739.
- [5] Lunde, P. *Islám: víra, kultura, dějiny*. 1. Vyd. Praha: Knižní klub, 2004. 192 s. ISBN 80-242-1093-2.
- [6] Nasr, S. H. *Islam in modern world*. 1. Vyd. New York: HarperOne, 2010. 472p. ISBN 978-0-0619-0580-3.
- [7] Němcová, J.: *Saturace spirituálních potřeb pacientů. Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, roč. VI, č. 1, s. 26-29. ISSN 1801-1349.
- [8] Sardar, Z. *Islám: náboženství, historie a budoucnost*. Brno: JOTA, s. r. o., 2010. 379 s. ISBN 978-80-7217-628-1.
- [9] Self, D. *The lion Encyclopedia of World Religions*. 1. Vyd. Oxford: Lion Hudson plc, 2008. 228 s. ISBN 978-0-7459-4983-3.
- [10] Zacharias, R. *The Kingdom of the Cults*. Minnesota: Bethany House Publishers, 2003. 704p. ISBN 978-0-7642-2821-6.

Kontaktní adresa:

Mgr. Lucie Rolantová
email: rolantova@zsf.jcu.cz
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
tel.: 0389035718

NUTRIČNÉ ZLOŽENIE VEGETARIÁNSKEJ STRAVY A JEJ VPLYV NA VYBRANÉ RIZIKOVÉ FAKTORY KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ

ABELOVSKÁ A., KRAJČOVIČOVÁ Z., MELUŠ V., SLOBODNÍKOVÁ J.

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne, 911 01 Trenčín

SÚHRN

Autori vo svojej práci charakterizujú jednotlivé formy vegetariánskej stravy. Stručne definujú semi-vegetariánov, pesco-vegetariánov, lakto-ovo-vegetariánov, ovo-vegetariánov, lakto-vegetariánov a vegánov. Na základe nutričných charakteristík jednotlivých typov stravovania autori charakterizujú ich prednosti i riziká s prihliadnutím na protektívny účinok prírodných látok so zameraním na kardiovaskulárne ochorenia.

Kľúčové slová: Vegetariánstvo. Omega-3 mastné kyseliny. Fytosteroly.

SUMMARY

Authors in their work define respective forms of the vegetarian nutrition. Briefly define semi-vegetarians, pesco-vegetarians, lacto-ovo-vegetarians, ovo-vegetarians, lacto-vegetarians and vegans. On the ground of nutritional characteristics of individual alimentations types authors describe their benefits and risks in consideration of the protective effect of natural compounds focused especially on the cardiovascular protection.

Key words: Vegetarianism. Omega-3 fatty acids. Phytosterols.

ÚVOD

Zdravý životný štýl a predovšetkým zdravé stravovanie nadobudlo v posledných rokoch veľký význam nielen pre zdravotníckych, či vedeckých pracovníkov, ale aj pre laickú verejnosť. Za jednu z foriem zdravého životného štýlu sa považuje aj vegetariánstvo, t.j. spôsob stravovania, pri ktorom je vo väčšej, či menšej miere vylúčené mäso a niektoré iné produkty zo stravy (Tabuľka 1).

Semi-vegetariáni sú skupina ľudí, ktorá zo stravy vylučuje iba určitý druh mäsa. Hydinu jedia menej ako raz týždenne. Konzumujú rastlinné potraviny, mliečne výrobky, vajcia a ryby. Podľa všeobecného názoru bývajú títo vegetariáni zdravší a zväčša majú dlhší život v porovnaní s nevegetariánmi. Analýzy niekoľkých prospektívnych štúdií však nepreukázali žiadne významné rozdiely medzi semi-vegetariánmi a nevegetariánmi v úmrtnosti na ochorenia hrubého čreva, žalúdka, pľúc, prostaty, či nádory prsníka [1]. Semi-vegetariáni majú v porovnaní s nevegetariánmi nižšie riziko vzniku nadváhy a obezity. Semi-vegetariánska diéta je odporúčaná pre ľudí, ktorí chcú alebo potrebujú schudnúť, pretože má vyšší obsah ovocia a zeleniny avšak úplne nevylučuje mäso [2]. Hladinu vitamínu B₁₂ majú

semi-vegetariáni nižšiu ako 200 pg/ml (normálne hodnoty sú 200 - 900 pg/ml). Hodnoty kompletného krvného obrazu však výrazne nevybočujú od nevegetariánov [3].

Pesco-vegetariáni (zo španielskeho slova *pescado* – ryba) vo svojej strave neprijímajú mäso vrátane bieleho. Jedia ryby a plody mora, mlieko, mliečne výrobky a vajcia. Tento druh vegetariánstva nazývame tiež polovegetariánstvo [4]. Pesco-vegetariánstvo sa považuje za zdravý životný štýl, ktorý hrá pozitívnu úlohu v prevencii obezity [5]. Ľudia praktizujúci túto diétu majú pre dostatočný príjem rýb a plodov mora dobrý status omega-3-mastných kyselín a vitamínu D. Pesco-vegetariáni majú nižšie hladiny celkového a LDL-cholesterolu. K tomuto druhu vegetariánstva sú motivovaní skôr etickými otázkami (sloboda zvierat a pod.) [6].

Lakto-ovo-vegetariáni zo svojej stravy úplne vylučujú mäso vrátane rýb. Jedia však mlieko, mliečne výrobky a vajcia [1, 7-9]. V porovnaní s konzumentmi mäsa majú nižšie hladiny celkového cholesterolu i LDL-cholesterolu. Väčšia spotreba sacharidov na úkor nejedenia mäsa sa u lakto-ovo-vegetariánov prejavuje vyššou hladinou triacylglycerolov (TAG) v sére. Lakto-ovo-vegetariánska strava je bohatá na antioxidanty a vlákninu, čo je všeobecne prospešné ako prevencia proti chronickým ochoreniam [10]. Príjem kalórií a antropometrické ukazovatele ako riziko kardiovaskulárnych ochorení u lakto-ovo-vegetariánov aj nevegetariánov sú podobné [11]. Lakto-ovo-vegetariáni majú nízke hladiny vitamínu B₁₂, vitamínu D a železa, čo je dôsledkom nejedenia mäsa a rýb, ktoré sú bohatým zdrojom biologicky dostupného železa. Vzhľadom na to, že konzumujú mliečne výrobky, hladinu vápnika majú porovnateľnú s nevegetariánmi [12, 13].

Ovo-vegetariáni zo svojej stravy vylučujú mäso, ryby a mliečne výrobky, ale jedia vajcia. Ich strava je veľmi bohatá na čerstvé ovocie a zeleninu. Vo svojej strave majú veľký príjem antioxidantov (napr. vitamín C, vitamín E, beta-karotén). Sérové hodnoty cholesterolu majú nižšie v porovnaní s nevegetariánmi [14]. Nekonzumovanie mlieka a mliečnych výrobkov môže spôsobiť nedostatok selénu, vitamínu B₁₂, čo zapríčiňuje slabosť, únavu, letargiu alebo až depresiu [7, 15]. Bolo u nich pozorované nižšie riziko vzniku kardiovaskulárnych ochorení i diabetes mellitus [4]. Ovo-vegetariánstvo sa neodporúča tehotným a dojčiacim matkám, pre nízku hladinu vitamínu B₁₂, železa, vitamínu D a omega-3 mastných kyselín. Nedostatok týchto živín môže spôsobiť vývojové abnormality plodu [16].

Lakto-vegetariáni nejedia mäso, ryby ani vajcia. Konzumujú však mlieko a mliečne výrobky [17]. Lakto-vegetariánska strava môže svojím zložením znížiť riziko viacerých chronických ochorení. Medzi živiny chýbajúce v ich strave patrí vitamín B₁₂, vitamín D, omega-3 mastné kyseliny, vápnik, železo a zinok. Lakto-vegetariánstvo nie je vhodné pre tehotné ženy hlavne v dôsledku deficitu vitamínu B₁₂ a omega-3 mastných kyselín, čo nepriaznivo vplýva na správny vývoj plodu [16].

Vegánstvo je najprísnejšia forma vegetariánstva. Vegáni zo svojej stravy úplne vylučujú živočíšne produkty vrátane vajec, mlieka, mliečnych výrobkov, syru a medu [7, 8, 13]. Vegáni majú nízky príjem energie a telu potrebných živín, čo v detstve ovplyvňuje rast dieťaťa. Takéto deti trpia deficitom energie. Sú slabé a majú problém sústrediť sa [8]. Dospelí ľudia môžu trpieť chorobami z nedostatku výživy. V dôsledku nedostatočného príjmu omega-3 mastných kyselín sú pozorované u detí aj neuropsychické poruchy. Gravidné a dojčiace matky, ktoré majú nedostatok omega-3 mastných kyselín ohrozujú správny vývoj nervovej sústavy a sietnice oka svojho dieťaťa pred aj po narodení [18]. U tehotných žien praktizujúcich vegánstvo je veľké riziko predčasného pôrodu a vykrvácania po pôrode. Ich deti sa rodia s nižšou pôrodnou hmotnosťou a výškou [19, 20]. Takéto ženy a deti by si mali zabezpečiť dostatočnú suplementáciu omega-3 mastných kyselín [8]. Vegáni tiež trpia v dôsledku neprijímania žiadnych živočíšnych produktov veľkým deficitom vitamínu B₁₂. Majú nižšiu koncentráciu celkového cholesterolu v sére, avšak okrem LDL je nižšia aj hodnota HDL-cholesterolu. Nízke hladiny vitamínu B₁₂, omega-3 mastných kyselín

a plazmatického HDL-cholesterolu sú spojené so zvýšeným zhlukovaním trombocytov. Toto býva zvýšeným rizikom pre vytvorenie trombózy a aterosklerotických ložísk v cievach [21]. Vegáni majú ďalej nízku koncentráciu vápnika v sére. Udržanie normálnej dávky vápnika je mimoriadne dôležité hlavne pre deti do troch rokov, pre zabezpečenie správneho vývoja a zabránenie úbytku kostnej hmoty [22]. Vegáni majú v dôsledku nízkej konzumácie vápnika vyššie riziko zlomenín kostí [23]. Ľudia praktizujúci vegánstvo trpia anémiami ako dôsledku neprítomnosti biologicky aktívneho železa v strave a veľkého príjmu inhibítorov absorpcie železa v organizme [24].

Tabuľka 1. Klasifikácia vegetariánstva podľa konzumácie jednotlivých druhov potravín

	Hovädzie mäso	Hydina	Ryby	Mliečne produkty	Vajcia
Vegáni	-	-	-	-	-
Lakto-vegetariáni	-	-	-		-
Ovo-vegetariáni	-	-	-	-	
Lakto-ovo-vegetariáni	-	-	-		
Pes co-vegetariáni	-	-			
Semi-vegetariáni	-				
Nevegetariáni					

ZDRAVOTNÉ EFEKTY VEGETARIÁNSKEJ DIÉTY

Mnoho štúdií bolo vykonávaných za účelom zhodnotenia zdravia vegetariánov pri porovnaní s nevegetariánmi [25-27]. Iné štúdie zisťovali zdravotné účinky potravín, ktoré konzumujú, resp. nekonzumujú vegetariáni [28, 29]. My sme sa zamerali predovšetkým na vplyv vegetariánskej stravy na kardiovaskulárne ochorenia.

Pri porovnaní skupiny lakto-ovo-vegetariánov a vegánov s nevegetariánmi, majú ľudia nejediaci mäso nižšie riziko vzniku ischemickej choroby srdca. Taktiež bol u nich pozorovaný nižší výskyt hypertenzie a nižší systolický a diastolický tlak. Rovnako sa na nižšom riziku

vzniku ischemickej choroby srdca podieľa aj znížený BMI, ktorý zvyčajne vegetariáni majú [30, 31]. Čiastočne sa môže vysvetliť menšie riziko vzniku srdcovocievnych ochorení zníženou hladinou krvných lipidov, čo je pre vegetariánov typické [30]. Riziko a úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca je spojená s konzumáciou predovšetkým živočíšnych tukov a cholesterolu [32]. Odhaduje sa, že výskyt ischemickej choroby srdca je o 24% nižší u celoživotných vegetariánov a o 57% nižší u vegánov v porovnaní s pravidelnými konzumentmi mäsa [30]. Menšiu úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca majú skôr mladší ľudia, ktorí vegetariánsku diétu praktizujú minimálne 5 rokov. Príležitostné konzumovanie mäsa znižuje riziko kardiovaskulárnych chorôb o 20% v porovnaní s ľuďmi, ktorí jedia mäso pravidelne. O 34% je úmrtnosť na tieto choroby menšia u tých, ktorí konzumujú pravidelne ryby, ale zo svojho jedálnička vynechávajú mäso a u lakto-ovo-vegetariánov [33]. Pri zmene stravovania na vegetariánsku diétu zvyčajne dochádza k poklesu LDL-cholesterolu a rovnako aj celkového cholesterolu [25].

Pri porovnaní vegetariánov s ľuďmi, ktorí jedia mäso podľa príjmu lipidov, majú vegetariáni vyššie sérové koncentrácie polynenasýtených (PUFA) a mononasýtených mastných kyselín (MUFA). Nižší obsah nasýtených mastných kyselín a mastných kyselín dlhým reťazcom a omega-3-mastných kyselín akými sú napr. kyselina eikozapentaénová (EPA) a dokozahexaénová (DHA). Príjem kyseliny linolovej je u vegetariánov o niečo vyšší. Hoci vegetariánska strava môže byť prospešná pre zdravie srdca, pre stravu bohatú na antioxidanty a vlákninu, no v tomto prípade je nižší príjem nasýtených tukov a menej EPA a DHA. Z dôvodu nedostatku týchto mastných kyselín v potrave je potlačená i tvorba kyseliny linolovej. Taktiež aj prítomnosť nenasýtených *trans*-mastných kyselín v strave vegetariánov je nepriaznivá pre svoj účinok na incidenciu kardiovaskulárnych ochorení [34]. Predpokladá sa, že dôsledok nedostatočného príjmu EPA a DHA v potrave vegetariánov má vplyv na ich psychiku, a tak bývajú nervóznejší, majú častejšie výkyvy nálad a trpia depresiami, aj keď tento predpoklad nebol dokázaný [35].

Medzi faktory, ktoré majú pozitívny vplyv na nižšie hodnoty krvných lipidov ako možného nástroja v prevencii kardiovaskulárnych ochorení a aterosklerózy, patrí vo vegetariánskej strave najmä tzv. fytosterolov, ktoré sa nachádzajú napr. v rastlinných olejoch (za studena lisovaný pšeničný, sezamový a slnečnicový), orieškoch, strukovinách, obilninách, semenkách a pod. [36]. Väčšina štúdií na zvieratách dokázala, že perorálne podanie fytosterolov znižuje progresiu aterosklerózy. Ich konzumáciou 2 g/deň znižuje LDL-cholesterol až o 10%. Avšak zvýšené fytosteroly v plazme môžu byť rizikovým faktorom pre kardiovaskulárne ochorenia [37]. Proti manifestácii srdcovocievnych ochorení je prospešná taktiež vyššia konzumácia ovocia a zeleniny bohatej na vitamín C a kyselinu listovú [38]. Vegetariáni taktiež prijímajú v dôsledku špecifickej skladby svojej stravy viac flavonoidov a iných fytochemických látok v porovnaní s ľuďmi, ktorí jedia mäso. Tieto chemopreventívne látky poskytujú ochranu napr. tým, že redukovujú agregáciu krvných doštičiek, čím ovplyvňujú celkovú koagulabilitu krvi, aktivujú protizápalové látky a zlepšujú vaskulárnu endoteliálnu funkciu [39]. Vegetariánska strava s vysokým obsahom sóje, vlákniny, orechov a fytosterolov môže byť rovnako efektívna ako diéta s nízko saturovanými tukmi spolu so statínovými liekmi na regulovanie koncentrácie LDL-cholesterolu v krvi [40].

Vegetariáni majú súčasne menšiu mieru hypertenzie ako nevegetariáni [30, 31]. Vegáni majú najnižšiu mieru hypertenzie oproti ostatným typom vegetariánstva [41]. Nižší krvný tlak ľudí neprijímajúcich mäso môže byť spôsobený zvýšenou spotrebou draslíka, horčička, antioxidantov, diétnych tukov a vlákniny [40]. Pri tomto posudzovaní je však treba vždy brať do úvahy dodržiavanie pitného režimu, ktorý má kľúčový význam pre kolobeh iónov v organizme a tým nepriamo aj na krvný tlak.

ZÁVER

Vegetariánstvo je považované za zdravý životný štýl, pretože vegetariánska strava je bohatá na ovocie a zeleninu a vylučuje predovšetkým mäso, ktorého zvýšená konzumácia (ide hlavne o hovädzie a spracované mäso, grilované alebo vyprážané) je spolu so stresom, nedostatočným pohybom, zvýšenou konzumáciou alkoholických nápojov a fajčením považovaná za príčinu mnohých civilizačných ochorení. Používanie značky „vegetariánske“ ako diétna kategória je však príliš široké vzhľadom k existencii viacerých typov vegetariánstva. Aj keď vegetariánska strava je zdravá a je spojená s nižším rizikom niektorých chronických ochorení, pre rôzne druhy vegetariánov nemusí mať rovnaký vplyv na zdravie. Nesprávne rozvrhnutá vegetariánska strava môže mať vplyv na nedostatok vitamínov, minerálnych látok a stopových prvkov a to aj napriek bohatej rastlinnej strave. Vegetariáni by preto mali do svojej stravy začleniť také potraviny, ktoré poskytujú dostatočné množstvo predovšetkým vitamínov, minerálov a omega-3-mastných kyselín.

LITERATÚRA

- [1] GINTER E. Vegetarian diets, chronic diseases and longevity. Bratisl Lek Listy. 2008; 109 (10): 463-466.
- [2] NEWBY PK, TUCKER KL, WOLK A. Risk of overweight and obesity among semivegetarian, lactovegetarian, and vegan women. Am J Clin Nutr. 2005; 81 (6): 1267-1274.
- [3] DONG A, SCOTT SC. Serum vitamin B12 and blood cell values in vegetarians. Ann Nutr Metab. 1982; 26 (4): 209-216.
- [4] FRASER GE. Vegetarian diets: what do we know of their effects on common chronic diseases. Am J Clin Nutr. 2009; 89 (5): 1607–1612.
- [5] TONSTAD S, BUTLER T, YAN R, FRASER GE. Type of vegetarian diet, body weight, and prevalence of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2009; 32 (5): 791-796.
- [6] FORESTELL CA, SPAETH AM, KANE SA. A closer look at the relationship between restrained eating and vegetarianism in college females. Appetite. 2011; 58 (1): 319-325.
- [7] GRÓBER U. Mikronutrienty; Balneotherma s.r.o. Bratislava 2009; ISBN 978-80-970156-4-0
- [8] AMIT M. Vegetarian diets in children and adolescents. Paediatr Child Health. 2010; 15 (5): 303-314.
- [9] PRIBIS P, PENCAK RC, GRAJALES T. Beliefs and Attitudes toward Vegetarian Lifestyle across Generations. Nutrients. 2010; 2 (5): 523–531.

- [10] FERNANDES DOURADO K, DE ARRUDA CÁMARA E, SIQUEIRA CAMPOS F, et al. Relation between dietary and circulating lipids in lacto-ovo vegetarians. *Nutr Hosp.* 2011; 26 (5): 959-964.
- [11] FERNANDES DOURADO K, CAMPOS FDE A, ROJAS HF, et al. Nutritional status, lifestyle and cardiovascular risk in lacto-ovo vegetarians and omnivore. *Arch Latinoam Nutr.* 2010; 60 (3): 220-226.
- [12] DAGNELIE PC. Nutrition and health--potential health benefits and risks of vegetarianism and limited consumption of meat in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2003; 147 (27): 1308-1313.
- [13] KRAJCOVICOVA-KUDLACKOVA M, SIMONCIC R, BEDEROVA A, et al. Nutritional risk factors of a vegetarian diet in adult lacto-ovo vegetarians. *Bratisl Lek Listy.* 2000; 101 (1): 38-43.
- [14] FERNANDES DOURADO K, DE ARRUDA CÁMARA E SIQUEIRA CAMPOS F, SAKUGAVA SHINOHARA NK. Relation between dietary and circulating lipids in lacto-ovo vegetarians. *Nutr Hosp.* 2011; 26 (5): 959-964.
- [15] LOW DOG T. The role of nutrition in mental health. *Altern Ther Health Med.* 2010; 16 (2): 42-46.
- [16] KOEBNICK C, HOFFMANN I, DAGNELIE PC, et al. Long-term ovo-lacto vegetarian diet impairs vitamin B-12 status in pregnant women. *J Nutr.* 2004; 134 (12): 3319-3326.
- [17] KEY TJ, APPLEBY PN, ROSELL MS. Health effects of vegetarian and vegan diets. *Proc Nutr Soc.* 2006; 65 (1): 35-41.
- [18] INNIS, S.M. Human milk: maternal dietary lipids and infant development. *Proc Nutr Soc.* 2007; 66 (3): 397-404.
- [19] SANDERS T.A. Essential fatty acid requirements of vegetarians in pregnancy, lactation, and infancy. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70 (3 Suppl): 555-559.
- [20] REDDY S., SANDERS T.A., OBEID O. The influence of maternal vegetarian diet on essential fatty acid status of the newborn. *Eur J Clin Nutr.* 1994; 48 (5): 358-368.
- [21] LI, D. Chemistry behind Vegetarianism. *J Agric Food Chem.* 2011; 59 (3): 777-784.
- [22] WEAVER CM, PROULX WR, HEANEY R. Choices for achieving adequate dietary calcium with a vegetarian diet. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70 (3 Suppl): 543-548.
- [23] APPLEBY P, RODDAM A, ALLEN N, KEY T. Comparative fracture risk in vegetarians and nonvegetarians in EPIC-Oxford. *Eur J Clin Nutr.* 2007; 61 (12): 1400-1406.
- [24] WILSON A.K, BALL M.J. Nutrient intake and iron status of Australian male vegetarians. *Eur J Clin Nutr.* 1999; 53 (3): 189-194.

- [25] CRAIG WJ. Nutrition concerns and health effects of vegetarian diets. *Nutr Clin Pract.* 2010; 25 (6): 613-620.
- [26] TRAPP CB, BARNARD ND. Usefulness of vegetarian and vegan diets for treating type 2 diabetes. *Curr Diab Rep.* 2010; 10 (2): 152-158.
- [27] STICHER MA, SMITH CB, DAVIDSON S. Reducing heart disease through the vegetarian diet using primary prevention. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010; 22 (3): 134-139.
- [28] BEEZHOLD BL, JOHNSTON CS. Restriction of meat, fish, and poultry in omnivores improves mood: A pilot randomized controlled trial. *Nutr J.* 2012; 11: 9.
- [29] FORESTELL CA, SPAETH AM, KANE SA. To eat or not to eat red meat. A closer look at the relationship between restrained eating and vegetarianism in college females. *Appetite.* 2012; 58 (1) :319-325.
- [30] APPLEBY PN, DAVEY GK, KEY TJ. Hypertension and bloodpressure among meateaters, fisheaters, vegetarians and vegans in EPIC-Oxford. *Public Health Nutr.* 2002; 5 (5): 645-654.
- [31] FRASER GE. Associations between diet and cancer, ischemicheartdisease, and all-cause mortality in non-Hispanicwhite California Seventh-day Adventists. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70 (3 Suppl): 532-538.88
- [32] APPLEBY PN, THOROGOOD M, MANN JI, KEY TJ. The Oxford Vegetarian Study: an overview. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70 (3 Suppl): 525-531.
- [33] KEY TJ, FRASER GE, THOROGOOD M, et al. Mortality in vegetarians and nonvegetarians: detailed findings from a collaborative analysis of 5 prospective studies; *Am J Clin Nutr.* 1999;70 (3 Suppl): 516-524.
- [34] LEE HY, WOO J, CHEN ZY, LEUNG SF, PENG XH. Serum fatty acid, lipid profile and dietary intake of Hong Kong Chinese omnivores and vegetarians. *Eur J Clin Nutr.* 2000; 54 (10): 768-773.
- [35] BEEZHOLD BL, JOHNSTON CS, DAIGLE DR. Vegetarian diets are associated with healthy mood states: a cross-sectional study in seventh day adventist adults. *Nutr J.* 2010; 9: 26.
- [36] OVESNÁ Z, VACHÁLKOVÁ A, HORVÁTHOVÁ K. Taraxasterol and beta-sitosterol: new naturally compounds with chemoprotective/chemopreventive effects. *Neoplasma.* 2004; 51 (6): 407-414.
- [37] HANSEL B, COURIE R, BAYET Y, et al. Phytosterols and atherosclerosis. *Rev Med Interne.* 2011; 32 (2): 124-129.

- [38] JOSHIPURA KJ, HU FB, MANSON JE, et al. Effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Ann Intern Med.* 2001; 134 (12): 1106-1114.
- [39] LIU, R.H. Health benefits of fruit and vegetables are from additive and synergistic combinations of phytochemicals. *Am J Clin Nutr.* 2003; 78 (3 Suppl): 517-520.
- [40] BERKOW, S.E, BARNARD, N.D. Blood pressure regulation and vegetarian diets. *Nutr Rev.* 2005; 63 (1): 1-8.
- [41] HUNT, J.R. Bioavailability of iron, zinc, and other trace minerals from vegetarian diets. *Am J Clin Nutr.* 2003; 78 (3 Suppl): 633-639.

Kontaktná adresa:

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

OBEZITA JAKO VÁŽNÝ PROBLÉM VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

OBESITY AS SERIOUS PROBLEM OF PUBLIC HEALTH

HAMPLOVÁ L.¹ JURIŠ P.²

¹ Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Praha, ČR

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava, SR

ABSTRAKT

Zdravá výživa a přiměřená a pravidelná tělesná aktivita realizovaná od dětství značně zlepší kvalitu života v dospělosti a ve stáří. Úroveň pohybové aktivity a konzumace ovoce a zeleniny obyvatelstva v zemích EU i ČR je nízká. Úlohou výživových doporučení pro obyvatelstvo České republiky i Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období 2010-2013 je zlepšením kvality a výživové hodnoty potravin zkvalitnit výživu spotřebitelů.

Klíčová slova: Civilizační choroby. Obesita. Veřejné zdraví. WHO. Zdravotní rizika.

ABSTRACT:

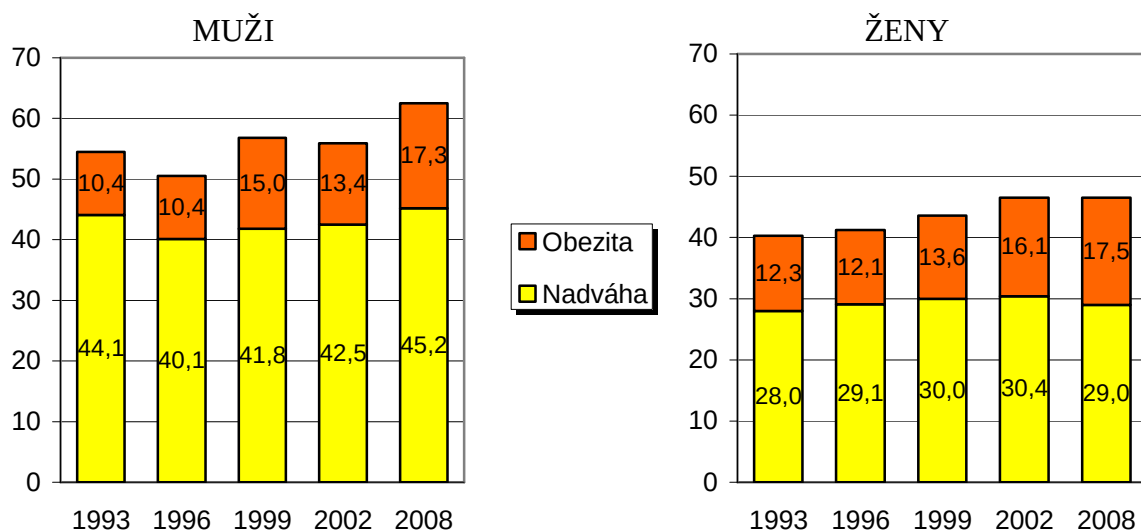
Healthy nutrition and adequate and regular physical activity practised from childhood will significantly improve the quality of life in adulthood and old age. The level of physical activity and consumption of fruit and vegetables of the population in the countries of the EU and Czech republic is low. The role of nutritional recommendation for the population of the Czech republic and the strategy of food safety and nutrition for the period 2010-2013 is the improvement of the quality and nutritional value of food, improve consumer nutrition.

Key words: Civilisation diseases. Obesity. Public health. WHO. Health risk.

ÚVOD

Obezita je onemocnění, které se vyskytovalo u zámožných a dobře situovaných jedinců od starověku po novověk. Závažným problémem veřejného zdraví se obezita stala přibližně od 19. století. Obezita je definována jako závažné chronické metabolické onemocnění, které je charakterizováno nadměrnou tělesnou hmotností a zvýšeným podílem tukové tkáně na celkové hmotnosti [10]. Prevalence obezity se od 80. let 20. století v mnoha evropských zemích více než stonásobila a stala se vážným problémem veřejného zdraví. WHO odhaduje, že téměř 400 milionů dospělých v Evropském regionu trpí nadváhou a cca 130 milionů dospělých je obézních [11].

Česká republika je na jednom z předních míst ve výskytu obezity v Evropě. Z výzkumu provedeném v letech 2008-2009 na reprezentativním vzorku české populace (n = 2058), vyplynulo, že v České republice trpí 23% dospělé populace obezitou a 34% osob má nadváhu. Navíc výskyt hypertenze ve sledovaném souboru byl u obézních víc než dvojnásobný a výskyt diabetu mellitu 2. typu je u obézních dokonce trojnásobný (Svačina, 2010).



Graf 1 Podíl osob (15+ let) s nadváhou (BMI 25–29,9) a obezitou (BMI přes 30) v letech 1993 - 2008, ČR (%)

Zdroj: ÚZIS, šetření HIS (1993-2002) a EHIS (2008)

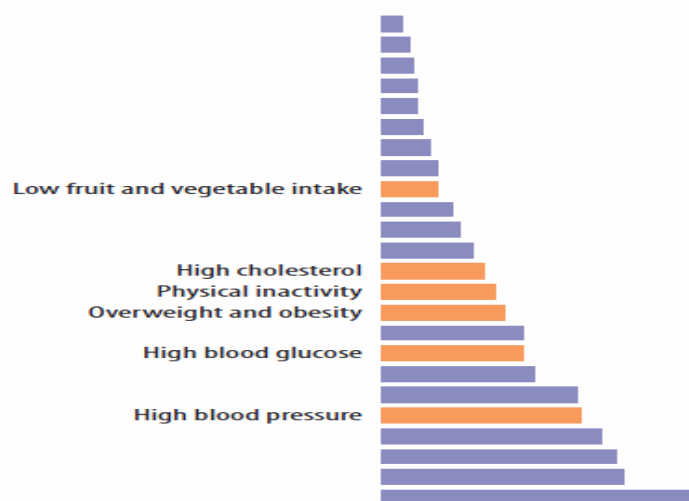
OBEZITA JAKO PROBLÉM VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

Androidní (abdominální, viscerální) obezita charakterizovaná zmnožením viscerálního tuku hraje důležitou roli v etiopatogenezi nepřenosných nemocí hromadného výskytu, které jsou řazeny pod pojem metabolický syndrom – inzulinorezistence, diabetes mellitus 2. typu. Arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční, iktus, dna a dyslipidemie. Gynoidní (gluteofemorální) obezita je z hlediska vzniku metabolických komplikací méně riziková. K dalším komorbiditám, na jejichž vzniku se nadměrná tělesná hmotnost podílí, lze zařadit poruchy pohybového aparátu, zvýšené riziko kolorektálního karcinomu, karcinomu endometria nebo mammy a cholelitiázu. Rizika obezity v dospělosti si většina osob nese již od dětství a více než 3/4 těch, kteří v dětství měli nadváhu a obezitu, jsou v těchto kategoriích i v dospělosti (Svačina, 2010).

Pravidelná pohybová aktivita od dětství je nejlepší prevencí obezity v dospělosti, stejně jako pravidelná konzumace ovoce a zeleniny. Pro posouzení nadváhy a obezity u dětí používáme u dětí do 5-ti let zařazení do percentilového pásma grafu hmotnosti k tělesné výšce, pro děti starší zařazení do grafu BMI. K zajištění informovanosti rodičů o vývoji hmotnosti dítěte jsou tyto hodnoty součástí zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého. Prevalence nadváhy a obezity u dětí je statisticky významně svázaná s hodnotou BMI rodičů. Podpora zdravé výživy a tělesné aktivity od nejučtějšího dětství nabízí potenciál snížit výskyt obezity v populaci a současně výše uvedená zdravotní rizika s obezitou spojená.

Podle výzkumu z roku 2008 prováděného WHO ve 12 evropských zemích bylo zjištěno, že v České republice trpí nadváhou 15% sedmiletých chlapců, z toho 8,2% je obézních, u sedmiletých dívek se prokázalo 12,7% s nadváhou, z toho 5,4% je obézních. Téměř 25% českých dětí pravidelný pohyb nemá a to dokonce s vědomím rodičů. Jasnou souvislost mezi frekvencí pohybové aktivity a normální tělesnou hmotností potvrdila studie české obezitologické společnosti, která potvrdila, že české děti nemají dostatek pohybové aktivity, což platí pro mladší děti (6-12 let) i pro dospívající (13-17 let). Pro obě věkové kategorie dětí odborníci v rámci prevence civilizačních chorob doporučují minimálně 1

hodinu náročnější fyzické aktivity denně, týdně tedy minimálně 7 hodin. Podle výsledků uveřejněných ve studii ve věku 6-12 let pouze 40% dětí dosahuje doporučených 7 hodin, ve skupině dospívajících je situace výrazně horší, doporučených 7 hodin fyzické aktivity týdně má pouze 25% dětí ve věku 13-17 let.



Graf 2. Globální zdravotní rizika
Zdroj: WHO, 2009

Řešení obezity jako celospolečenského problému vyžaduje výraznější politickou podporu, úzkou mezirezortní spolupráci při plnění strategických dokumentů a dlouhodobou spolupráci s nevládním sektorem při edukaci obyvatel v municipalitách. Koncepce boje s obezitou v ČR vychází ze strategie Komise ES (KOM, 2007). Ministerstvo zdravotnictví jako garant plnění programu Zdraví 21 (MZ, 2003) usiluje o zkvalitnění stravování a zvýšení úrovně pohybové aktivity obyvatel podporou komunitních projektů typu Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví a Zdravá města a cestou celostátních kampaní a projektů financovaných z dotačního programu Národní program zdraví – projekty podpory zdraví. Mezi úspěšné celostátní kampaně patří např. Přijmi a vydej a S pohybem každý den [12]. Cílem národního programu rozvoje sportu pro všechny [13] je celoživotní aktivní využívání účinných a bezpečných forem sportu co největším počtem občanů. Podpora aktivního transportu je vymezena Národní strategií rozvoje cyklistické dopravy České republiky.

ZÁVĚR

Jedině důsledné prosazování a plnění úkolů citovaných strategických dokumentů a sostavná a cílená edukace obyvatel o všech zdravotních a sociálních aspektech obezity může vést k snížení její incidence a prevalence a k zlepšení zdraví obyvatelstva ČR. Výchova ke zdraví proto patří k tématům mezinárodního projektu Program celoživotního učení 2007-2013 (ES, 2006).

LITERATÚRA

- [1] BÍLÁ KNIHA - Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou, KOM, 2007, s. 279. Dostupné z: <http://www.eur.lex.europa.eu>.
- [2] ČERVEŇANOVÁ, E., POLIAKOVÁ, N. *Prevenca u detí v období 1 – 5 rokov v ambulantnej Starostlivosti*. In: 1. Jihlavské zdravotnícké dny 2011 - Zborník z medzinárodnej konferencie. Jihlava, 21. apríl 2011. ISBN 978-80-87035-37-5.
- [3] MZ ČR. *Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. Praha: MZ ČR, 2003. ISBN 80-85047-99-3.
- [4] MZ ČR. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. 2005. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>.
- [5] Program celoživotního učení 2007-2013. Rozhodnutí EP a Rady č. 1720/2006/ES, kterým se zavádí Akční program v oblasti celoživotního učení. Dostupné z: <http://www.europa.eu>.
- [6] Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období let 2010- 2013. Ministerstvo zemědělství, 2010. ISBN 978-80-7084-883-8. Dostupné z: http://eagri.cz/public/web/file/44924/Strategie_BP_CZ.pdf.
- [7] SVAČINA, Š. Výskyt obezity a jejích komplikací v České republice. In: *Vnitřní lékařství*. ISSN 0042-773X, 2010, 56(10), 1019 – 1027.
- [8] WHO. Childhood obesity surveillance initiative. 2008. Dostupné z: <http://www.euro.who.int>.
- [9] WHO. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.
- [10] <http://lekárske slovníky.cz/pojem/obezita>
- [11] http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
- [12] <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/pohybova-aktivita>
- [13] <http://www.msmt.cz/sport/narodni-program-rozvoje-sportu-pro-vsechny>

Kontaktná adresa:

Hamplová Lidmila,
Ministerstvo zdravotnictví ČR,
Palackého nám. 4,
128 01 Praha 2, ČR;

VPLYV STRESU NA MUSKULOSKELETÁLNÝ SYSTÉM - PSYCHOSOMATIKA

GÁBRIŠOVÁ B.

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

ABSTRAKT

Následkom životného štýlu posledného desaťročia sa zvyšuje incidencia ochorení súvisiacich so stresom. Už Sokrates svojim výrokom: „telo je obalom duše“ poukázal na pôsobenie psychiky v súvislosti so somatickými procesmi, či už pri vzniku alebo terapii ochorení. Moderná doba so sebou prináša viac možností, v partnerských vzťahoch viac podnetov- „výziev“, náročnejších pracovných požiadaviek, ktoré ľudský organizmus „musí zvládnuť“, ale vníma ako stres. A to buď vo forme distresu alebo eustresu. Dlhodobá expozícia voči takýmto stresujúcim faktorom môže časom spôsobiť poškodenia na somatickej úrovni. Stresogénne faktory možno teda považovať za mechanizmy vzniku symptómov ochorení. Platí to však aj naopak. Poškodenia na somatickej úrovni (nie psychogénne podmienenej) môžu mať za následok napr. depresiu, anxiétu. Zo spomenutého vyplýva, že sa nedá vnímať oddelene vzťah medzi somatickými a psychosociálnymi premennými faktormi. Vedný odbor, zaoberajúci sa práve týmito javmi, psychosomatika, skúma vzájomne pôsobenie duševných a telesných procesov pri vzniku a terapii chorôb.

Kľúčové slová: stres, stresogénne faktory, psychosomatika.

ABSTRACT

As a result of the last decade's lifestyle, the incidence of stress-related diseases has been increasing. By stating that "the body is the cover of the soul", Socrates pointed out the impact of the psyche on somatic processes both with respect to the onset of diseases and their therapy. The modern era presents more opportunities, more impulses ("challenges") in partner relationships that "must be handled" by the human body, but are perceived as stress, either in the form of distress or eustress. A long-term exposure to such stressors may, with the passage of time, cause damage at the somatic level. Accordingly, stressors may be regarded as mechanisms of creating disease symptoms. However, this also applies vice versa. Damage at the somatic (not psychogenically conditioned) level may, for instance, lead to depression or anxiety. It follows from the above that the relation between somatic and psychosocial variable factors cannot be examined separately. Psychosomatics is a branch of science dealing with the interaction between mental and physical processes during the onset and healing of diseases.

Key words: stress, stressors, psychosomatics.

ÚVOD

V medicínskej praxi sa často stretávame s recidivujúcimi pacientmi, ktorých „locus minoris resistentiae“ sa ozve práve počas psychickej záťaže. Alebo s pacientmi, ktorých

pôvod telesných ťažkostí na úrovni muskuloskeletálneho systému, je prevažne „psychogénny“, zážitkovo podmienený. Pacient reálne trpí, ale napriek všetkým dostupným vyšetrovacím metódam, sa nenájde žiadne organické poškodenie, ktoré by vysvetľovalo pacientove ťažkosti. Hovoríme tiež o „funkčných poruchách“, „psychosomatických syndrómoch“ bez organického poškodenia. Zo psychiatrických diagnóz sa pri vertebrogénnych ťažkostiach často vyskytuje tzv. somatoformná bolestivá porucha. Výsledky zahraničných štúdií odhadujú viac ako 70% ochorení podmienených psychogénne, zvyšných 30% somaticky [7]. Tieto varovné čísla poukazujú na vzťah medzi somatickými a psychosociálnymi premennými faktormi.

Etiológia

Presná príčina týchto chorobných stavov nie je známa. Biologická príčina ochorení je pravdepodobná, dôležitú úlohu tu hrajú najmä psychosociálne faktory, ako je chronický stres alebo dôležité životné straty. Ochorenie začína väčšinou v adolescencii alebo v rannej dospelosti, má tendenciu k chronickému priebehu. Psychodynamické teórie vidia príčinu vzniku poruchy v potláčaní emócií považovaných spoločensky za neprijateľné, týkajúce sa najčastejšie sexuality alebo agresivity, a neschopnosti ich vyjadrenia (alexithymia). Ochorenie sa často nevyskytuje izolovane, ale súčasne s inými duševnými poruchami. Viac ako 50% týchto pacientov trpí depresívnou poruchou a tretina panickou alebo generalizovanou úzkostnou poruchou. Epidemiologické údaje o výskyte týchto ochorení v populácii sa rôznia. Jednotlivé štúdie hovoria o celoživotnej prevalencii 2% u žien, a zhruba o 5-10krát nižším výskytom u mužov [6]. Alexithymia sa vyskytuje často u osôb inklinujúcich k psychosomatickým ochoreniam. Tieto osoby sa ťažko vyjadrujú o svojich emóciách a popisujú neustále telesné ťažkosti. Zle si pamätajú sny, sú činorodí, ale väčšinou majú horšie interpersonálne vzťahy. Majú sklon k samote, pasívnej agresivite a závislosti. Chýba im fantázia, avšak všímajú si aj nevýznamné detaily. Sťažujú si na napätie, podráždenosť, bolesti, nervozitu [9].

Pôsobenie stresu na muskuloskeletálny systém- psychosomatizácia

„Všetci vieme, že stres je, ale nikto nevie, čo to je“. Bez obáv však môžeme súhlasiť s tým, že stres je stav organizmu, do ktorého sa dostane pod vplyvom pôsobenia stresora. Stresor podmieni stresovú reakciu, ktorá už z fylogenetického vývoja predstavuje reakciu útoku alebo úteku (fight or flight), k čomu je samozrejme nevyhnutný zvýšený svalový výkon [5]. Niektorí vie stres adekvátne spracovať, iní nevie stresujúcu situáciu adekvátne zhodnotiť a následne afektívne spracovať. Nesprávne kognitívne spracovanie nepriaznivej situácie vedie k pocitu „ohrozenia“, kedy sa človek dostáva do stavu úzkosti (afektu). Spracovanie informácie vyvolá ďalšie nervové procesy a procesy humorálne, napr. zvýšenie hladiny katecholamínov a „adrenalinovú reakciu“ (zvýši sa napätie, nabudenie). Spustí sa proces zvýšeného uvoľňovania energie a jej využitia, nasmerovania (motivácie) napr. k úteku, alebo k útoku (správanie). Na úrovni týchto a podobných procesov funguje psychika v norme aj v patológii. Takto sa spracovávajú aj konkurenčné alebo protichodné informácie, afekty a motivácie (konflikt). Ak nie sme schopný konflikt spracovať, zotrvanie v konflikte vedie buď k psychickému dyskomfortu- nepohode (neurotizácii), alebo k narušeniu somatických procesov následkom trvajúceho distresu (k psychosomatizácii) [1]. Zo psychosomatického hľadiska má teda chronický stres vplyv aj na muskuloskeletálny systém a podpisuje sa často pod mnohé vetrebrogénne algické syndrómy, poprípade ich recidívu.

Vnúťorný konflikt verus psychosomatika

Psychosomatika má svoje korene už v starom Grécku. V 19. a neskôr v 20. storočí sa touto problematikou zaoberali Sigmund Freud a Pierre Janet, ktorí vytvorili teóriu disociácie a konverzie. V 30. rokoch sa Alexander a Dubanová zaoberali teóriou „špecifických konfliktov“. Podľa tejto teórie špecifické konflikty a stresory mali viesť k jednotlivým tzv. psychosomatickým ochoreniam [6]. V užšom slova zmysle je psychosomatika chápaná ako odbor zaoberajúci sa chorobami, pri ktorých sa vyskytujú telesné ťažkosti, zmeny a poruchy funkcie podmienené duševným stavom. V širšom slova zmysle zahŕňa komplexný (celostný) prístup k telesnému a duševnému zdraviu v kontexte medziľudských vzťahov, životných aktivít a životného prostredia [1]. Keďže telo nefunguje s ľudskou psychikou oddelene, ale úzko súvisí, často nachádzame ústredný problém práve v nej. Vnúťorný konflikt človeka je v mnohých prípadoch primárnym problémom ostatných ťažkostí pacienta. Platí to aj opačne. Pacient môže získať vnúťorný konflikt v dôsledku ťažkého somatického ochorenia- napr. po amputácii, paraplégii, alebo iného postihnutia na úrovni muskuloskeletálneho systému. Rozvinie sa sekundárne depresia, anxieta, poprípade iné psychiatrické ochorenie. Čo to teda vnúťorný konflikt je? Hartl a Hartlová (2000) vymedzujú konflikt (conflict) ako rozpor, spor, súčasný stres protichodných tendencií. Môžeme ho rozdeliť na: vonkajší (ak sú podnety mimo jedinca) a vnúťorný, pokiaľ ide o odporujúce si pohnútky vo vnútri jedinca [11]. Konflikty psychologických a sociokultúrne determinovaných motívov vyžadujú nepretržité procesy obnovy psychickej rovnováhy (coping). K psychickej normalite patrí „náročnú situáciu“, t.j. konflikt alebo frustráciu riešiť, vyriešiť a akceptovať riešenie. Tým ukončiť sprievodný adaptačný neurohumorálny proces, stresovú reakciu, čiže „adaptovať sa“. Nenormálne je neadaptovať sa, a to psychologicky, kognitívne alebo sociálne. Psychologicky pokračujúca stresová reakcia, ktorá pôvodne aktivizovala organizmus k riešeniu náročnej situácie, vedie k neurotickej poruche, prípadne k exacerbácii chronického alebo k „prepuknutiu“ pripraveného somatického ochorenia tam, kde je nejaký tzv. „locus minoris resistentiae“ [1].

Úloha limbického systému pri regulácii psychosomatických procesov

Limbický systém tvoria staré kôrové a podkôrové štruktúry, navzájom pospájané a napojené na motorické a autonómne systémy. Riadia komplexné funkcie: inštinktívne chovanie + sexuálne správanie, emočné správanie + agresivita, integrácia emočných procesov so somatickými a vegetatívnymi funkciami, pamäťové procesy, sociálne správanie. Kôrové oblasti (čuchové), gyrus cinguli, predná časť gyrus parahippocampalis. Podkôrové oblasti: corpus amygdaloideum, hippocampus, fornix, jadrá diencefala, RF mozgového kmeňa. Aj neokortikálne zóny. Spoje limbického systému vychádzajú z jeho komplikovanej funkcie. Limbický systém je systém štruktúr riadiaci viac biologickú zložku ľudskej osobnosti (emócie, inštinkty, agresivita, sexuálne správanie, sociálne správanie) ako intelektuálnu zložku. Preto sú jeho štruktúry navzájom komplikovane pospájané, často obojsmerne- a napojené na riadiace autonómne aj motorické centrá. Takto sa realizuje autonómna odozva na emočné stavy (potenie, búšenie srdca pri strachu a pod.) a tiež často neúčelné motorické prejavy sprevádzajúce emočné stavy (upravovanie zovňajšku pri rozpakoch, atď.) Okrem toho, vo svojej funkcii (učenie, ale aj vznik emócií) limbický systém spracováva informácie prichádzajúce cestou hlavných senzitívnych dráh (zrakové, sluchové, aj ostatné vnemy). Má teda okrem vlastných spojov medzi typickými limbickými štruktúrami aj aferentné prepojenie s hlavnými kôrovými projekčnými oblasťami. Spojmi prichádzajúcimi z neokortexu sa tiež realizuje tlmivý vplyv mozgovej kôry na limbický systém [13]. Medzi limbickým systémom a neokortexom, fylogeneticky najmladšou kôrou so šiestimi vrstvami buniek, je relatívne málo spojov, takže emócie sa nedajú navodiť alebo vypnúť podľa vôle. Kôra teda prakticky

nemá možnosť potlačiť afektívnu zložku podnetu [3]. Tu je dôležité spomenúť, že aktivácia amygdaly tiež vedie k telesným reakciám. Motorický systém reaguje stuhnutím, úzkostným výrazom tváre, chvením, útekou alebo bojom [12]. Okrem toho, že sa limbický systém uplatňuje najmä v kontrole emócií a aktivačných mechanizmoch, zohráva dôležité miesto pri iniciatíve a spontánnosti pohybu. Nazýva sa aj „pocitový mozog“, lebo interpretuje všetky podnety prichádzajúce z exteroceptorov a interoceptorov ako „príjemné alebo nepríjemné“. Ak je výsledný pocit príjemný, vznikne adverbívna reakcia, inak povedané, chuť vykonať určitú činnosť- napr. pohyb. Ak je podnet interpretovaný ako nepríjemný, vznikne abverbívna reakcia, napr. nechť k pohybu. Má význam aj pri ukladaní pohybových pamäťových stôp [2]. Teda tvorí neoddeliteľnú súčasť aj pri vytváraní nových pohybových stereotypov, alebo „prebudovávaní“ starých- nesprávnych pohybových stereotypov. Tieto spojenia sa vytvárajú a fungujú na základe životných skúseností každého jedinca individuálne, aj podľa emocionálnych postojov, ktoré k daným skúsenostiam jedinec zaujme. Preto reakcia na ten istý podnet môže byť u dvoch rozličných ľudí úplne odlišná [2]. Z toho vyplýva, že sa naše emócie odrážajú na našom správaní.

Stres a zmena držania tela

Ak sa človek dostane do stavu „ohrozenia“ (chronický stres, naučená bezmocnosť, kontrola), dôjde k tzv. „úľakovému reflexu“. Úľakový reflex je nepodmienený vrodený reflex. Vyvolať ho môže akýkoľvek škodlivý podnet. Podľa Kelemana (2005) zahŕňa:

- zmenu vo svaloch a postoji,
- zmenu tvaru bránice,
- zosilnenie a následné oslabenie telesných stien,
- zvýraznenie oddelenosti telesných dutín,
- narušenie rovnováhy tela,
- zmenu pocitov, emócií a myslenia.

V prvých štyroch fázach úľakovej reakcie dochádza k napriamaniu tela. Dochádza k extenzii svalov chrbtice a človek stuhne. Postoj je napriamený, vytiahnutý nahor a vyjadruje pripravenosť k akcii („boj alebo útek“). Rastie svalový tonus, najmä hornej polovice tela. Hrudná dutina sa rozpína kontrakciou medzirebrových nádechových svalov, zatiaľ čo panvová a brušná dutina sa sťahuje. Jedná sa o paradox, lebo prirodzenou reakciou na strach je flexia chrbtových svalov, stiahnutia tela dovnútra, aby mohli byť chránené telesné orgány. Metabolizmus sa zrýchľuje, zvyšuje sa vzrušivosť a orgánová motilita. Tieto reakcie sprevádzajú emócie (hnev, pochybnosť o sebe samom). Pri pokračujúcom a narastajúcom pôsobení škodlivého podnetu sa organizmus stáva akoby viac tekutým (fáza päť až šesť). Hrudník sa zužuje a tlak sa presúva do oblasti brucha, ktoré je teda oslabené a vyklenuté. „Tento postoj vyjadruje dezorganizáciu, úpadok a porážku“. V poslednej fáze je väčšina svalov tela povolená a oslabená. Dolné končatiny sú tiež poklesnuté. Organizmus podlieha škodlivému podnetu. Metabolizmus sa spomaľuje, znižuje sa vzrušivosť a motilita orgánov. Objavujú sa pocity ako zúfalstvo, bezmocnosť, kolaps [10]. Prostredníctvom vrodeného nepodmieneného reflexu organizmus zvláda nepredvídateľné nebezpečenstvo a krátko trvajúce ohrozenie. Ukazovateľom psychosomatických procesov je aj Morrov reflex v situáciách extrémneho šoku. Ak je pôsobenie stresora krátkodobé, telesné pochody sa vrátia do fyziologického kludového stavu. Ak je pôsobenie stresora chronické, alebo sa jeho intenzita zvyšuje, bezprostredná „fight or flight“ reakcia sa premení na traumou a následné somatické ťažkosti. Na úrovni muskuloskeletálneho systému sa časom zmení držanie tela. Telesný postoj jedinca sa stáva buď: „rigídny“, „zhustený“, „prebytočný“ alebo „skolabovaný“ [14]. V dôsledku podľahnutia stresu organizmus svoj tvar stratí. Prirodzene vzpriamené držanie tela

môže existovať len za predpokladu, že nie je narušená emocionálna rovnováha jedinca a naopak [10].

„Anatómia je osud“ (Sigmund Freud)

Okrem zmien postoja človeka nachádzame v dôsledku psychosomatizácie ostatné zmeny na úrovni muskuloskeletálneho systému. Len si predstavme, čo sa deje so svalmi, ktorých svalový tonus a kontraktilita svalu je aktivovaná chronickým stresom. „Zvýšený svalový výkon“, ktorý „musí“ sval podať aj v čase, kedy má napr. relaxovať, začne vnímať ako neekonomický, preťaží sa vo svojej funkcii a zareaguje zmrštením. Dlhodobá expozícia svalu voči takýmto nepriaznivým podmienkam spôsobí prostredníctvom limbického systému tonické zmeny vo svale a vzniká tzv. TrP (trigger point). TrP je myofasciálny spúšťový bod, presne ohraničený, palpačne bolestivý uzlík vo svalovom snopci, ktorý pri palpačnom „prebrnknutí“, kolmo na priebeh vlákien, vyvolá lokálny svalový zášklb, prenesenú bolesť alebo iné abnormálne vegetatívne a senzorické symptómy. Z kineziologického hľadiska, prítomnosť trigger points vo svale korešponduje so zmenou dynamiky pohybu v príslušnej kĺbovo - svalovej jednotke. Stuhnutý snopec kontrahovaných svalových vlákien limituje rozsah pohybu v kĺbe v určitom smere. Tieto vlákna sa pri aktivácii svalu sťahujú prednostne a neekonomicky, pričom príslušná časť svalu zároveň vykazuje isté oslabenie svalovej sily [1]. Ak je takýto sval dlhšie oslabený, preberie za neho funkciu iný sval, nie usposobený pre daný pohyb, a zretazením funkčnej poruchy vznikne svalová dysbalancia. Muskuloskeletálny systém sa prebuduje na „nevýhodný“ s bolestivou reakciou. Reflexné zmeny z funkčného hľadiska predilekčne postihujú niektoré oblasti. Najčastejšie to sú:

- orofaciálna oblasť - nachádzame zvýšené napätie a TrP v žuvacích svaloch (m. temporalis, m. masseter, m. pterygoideus internus et externus), m. digastricus. Súčasne zisťujeme aj bolestivosť v temporomandibulárnych kĺboch. Pri takomto klinickom náleze sa nám pri odoberaní anamnestických údajov nejdenný pacient prizná, že v noci zatína zuby, poprípade trpí bruxizmom. Síce môže ísť o prekážky sklzu pri žuvacích pohyboch [15], ale najčastejšou príčinou tejto nadbytočnej aktivity žuvacieho systému je ľudská psychika. Rovnako si všímame pacientove oči. Ich „výraz“- zvýšené napätie očných svalov (z funkčného hľadiska nás zaujíma m. orbicularis oculi), ktorý nás tiež informuje o možnej psychickej záťaži pacienta.
- oblasť šíje - horné fixátory lopatiek, krátke extenzory kraniocervikálneho spojenia, a často sa vytvára blokové postavenie C0 - C1;
- lumbálna časť chrbtice (povrchové svaly - mm. erectores trunci);
- oblasť malej panvy - mm. glutei a svaly panvového dna (paracoccygeálne ligamentá-najmä ligamentum sacrotuberale);
- fascie svalov - v dôsledku chronického stresu tzv. „lepia“ vo svojej funkcii a tak nie sú posunlivé voči svalu, ktorý obaľujú. Pri ich patológii sa ich funkcia výrazne obmedzí. Najčastejšie postihnutými fasciami v dôsledku psychogénnej záťaže sú: galea aponeurotica, fascia okolo krku, hrudníka, na oboch stranách trupu, lumbodorzálna fascia.

Ak si všimneme telesné vzorce depresívne ladených pacientov, zistíme, že sa nám určité znaky telesných vzorcov zhodujú. Predsunuté držanie tela, protrakcia plecových pletencov, pohľad očí do zeme, pomalá šúchavá chôdza, hypomímia tváre, výrazne oslabená svalová zložka svalov s tendenciou k oslabeniu. Svaly s tendenciou ku skráteniu sú skrátené vo vzorci rovnako ako u psychicky zdravých ľudí dôsledkom nesprávnej posturálnej životosprávy. Pri úzkostných pacientoch je postoj nepokojný, kolísavý, pacient prešľapuje zo strany na stranu, chôdza je rýchla, narážajúca do predmetov a zábran. Nachádzame výrazný

zvýšený tonus svalov s tendenciou ku skráteniu s typickými TrP v týchto svaloch. Oslabenie svalov ide vo vzorci hypoaktivity ako u zdravých ľudí. Na tvári si všimneme tzv. „vystrašený pohľad“ a pri palpačnom vyšetrení v orofaciálnej oblasti zvýšený svalový tonus s prítomnými TrP v týchto svaloch. Býva pridružená dysfunkcia temporomandibulárnych kĺbov. Okrem typických telesných znakov sa pacient sťažuje na bolesti v oblasti hrudníka a bolestivú kostrč, poprípade inú bolesť v oblasti panvového dna.

DISKUSIA

Rôzne experimentálne štúdie potvrdzujú súvislosť psychického napätia so svalovým napätím. Z vyššie napísaného vyplývajú typické telesné vzorce u pacientov so psychosomatizáciou. Za rôznych emočných situácií sa mení naše držanie tela, dochádza k regulácii emočnej motoriky- posturálnej reaktibilite, zmene frekvencie pohybov a lokomócie. U depresívnych pacientov je štyrikrát vyššie riziko, ako u ostatných, že budú mať ťažkosti s chrbtom a šíjovou oblasťou. Existujúce bolesti depresia zosilňuje a je skôr znakom chronických porúch. Naopak, akútne bolesti súvisia skôr s úzkostnými poruchami. Napr. akútne bolesti imitujúce infarkt myokardu pri panickej poruche [4]. Už vieme, že dlhodobé zotrvanie vo vnútornom konflikte človeka je v mnohých prípadoch primárnym problémom ťažkostí pacienta. Či už v zmysle recidívy, alebo exacerbácie chronického ochorenia pacienta. Preto by sme mali pri často recidivujúcich pacientoch pomýšľať na možnú psychosomatizáciu. Existujú ochorenia psychosomatické a somatopsychické - a žiadne iné [8].

ZÁVER

Stav centrálnej nervovej sústavy, do ktorej sa premietajú vnútorné vplyvy (takmer všetky patologické situácie, ktoré sa dejú v organizme) a vonkajšie vplyvy (dlhodobá stresová záťaž), sa navonok prejavia prostredníctvom zmien svalového tonusu [1]. Vnútorný konflikt, z ktorého vyplýva emočná tenzia vždy významnou mierou prispieva k vzniku svalových dysbalancií. Svalové dysbalancie potencované emočnou tenziou (nevyriešeným vnútorným konfliktom) sa veľkou mierou podieľajú na vzniku zretazenia funkčnej poruchy. Čo potom s pacientom, ktorý „somatizuje“ a nastáva neekonomický problém „bludného kruhu“ pre obe strany: pacient- ošetrojúci lekár alebo iný zdravotnícky pracovník? Ako preťať tento „gordický uzol“? Buď sa vydáme cestou „bludného kruhu“ (liečba symptomatická) alebo cestou „ľudskej psyché“ (liečba kauzálna). Nebagatelizovať časté recidívy pacienta, lebo pacient reálne trpí ďalej. Ale zaujať v terapii holistický prístup, vrátane psychoterapeutickej intervencie. Nakoniec, ako povedal Aristoteles: *"Celok je viac než súhrn jeho častí"*.

LITERATÚRA

- [1] PAVEL KOLÁŘ, et. al., Rehabilitace v klinické praxi, Galén, 2009, s. 713
- [2] GÚTH ANTON, fyziológia- NEUROFYZIOLOGIA vybrané kapitoly pre študentov v oblasti rehabilitácie a ošetrovateľstva, LIEČREH GÚTH, s. 110
- [3] KAMIL JAVORKA a kolektív, Lekárska fyziológia, učebnica pre lekárske fakulty, OSVETA, 2001, s. 678
- [4] HANS MORSCHITZKY, SIGRID SATOR, Když duše mluví řečí tela, Stručný přehled psychosomatiky, PORTÁL, 2007, s. 181

- [5] IVAN HULÍN a kol., Patofyziológia, Slovak Academic Press, 2009, s. 1288
- [6] JIŘÍ RABOCH, PAVEL PAVLOVSKÝ a kolektiv, Psychiatrie, KAROLINUM, Praha, 2012, s. 466
- [7] WINFRIED RIEF A WOLFGANG HILLER, SOMATIZAČNÁ PORUCHA A HYPOCHONDRIA, Pokroky v psychoterapii, Vydavateľstvo F, Trenčín, 2002, s. 127
- [8] JAN VYMĚTAL, Lékařská psychologie, Portál, s.r.o., Praha, 2003, s. 397
- [9] FELIX IRMIŠ, TEMPERAMENT A AUTONOMNÍ NERVOVÝ SYSTÉM, Diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie, GALEN, 2007, s. 204
- [10] KELEMAN, S., ANATOMIE EMOCÍ: struktury lidské zkušenosti, 1. vyd., Praha, portál, 2005, s. 216
- [11] PATRICIA DOBRÍKOVÁ, Zvládanie záťažových situácií. Ako si zachovať duševné zdravie, SAP, 2007, s. 126
- [12] KLAUS GRAWE, 2007. Neuropsychoterapie, Nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy, portál, 2007, s. 488

Internetové zdroje

- [13] http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Anat_Files/Microsoft_Word_-_limbicky_system.pdf
- [14] http://is.muni.cz/th/102458/fsps_b/BP_Liskova_Zuzana.txt
- [15] <http://primar.sme.sk/c/4117335/skripanie-zubami-bruxizmus.html>

Kontaktná adresa:

Barbora Gábrišová
e- mail: barboraki@yahoo.com

SOCIÁLNÍ SITUACE RODINY VE VZTAHU K DĚTSKÝM ÚRAZÚM

BLAŽEK, K.,^{1,2} PRŮCHOVÁ, D.,³ VELEMÍNSKÝ, M.,¹ STRÁNSKÝ, P.⁴

¹ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,
Katedra klinických a preklinických oborů

² Trnavská univerzita v Trnavě, Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce

³ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,
Ústav zdravotně sociální práce

⁴ Karlova univerzita, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Katedra biofyziky

SOUHRN

V článku jsou uvedeny výsledky pilotní studie grantového projektu IGA No. NS9609-4/2008 - Vztah mezi socioekonomickou situací rodiny a výskytem úrazů dětí ve vybraných lokalitách České republiky. Zde uvedené výsledky pocházejí z okresu České Budějovice z let 2009/2010 a byly porovnány s obdobnými údaji získanými z jiných lokalit v rámci celého projektu.

Cíl práce

Cílem práce je ověřit předpokládaný vztah mezi funkčností rodiny a výskytem dětských úrazů v dané lokalitě a tyto údaje porovnat s jiným i lokalitami a literárními údaji.

Hypotéza

Jsou v rodinách dysfunkčních a sociálně slabých dětské úrazy častější než v rodinách funkčních? Existuje závislost mezi socioekonomickým statusem rodiny a okolnostmi vzniku úrazu?

Klíčová slova: socioekonomická situace rodiny – úrazy dětí – rizikové faktory – České Budějovice

ÚVOD

Dětská úrazovost je sledovaná v posledních desetiletích nejen v ČR ale i celosvětově, vzhledem k tomu že výrazně ovlivňuje morbiditu a mortalitu dětské populace a také přináší velkou ekonomickou zátěž pro společnost i pro rodinu. Existuje celá řada prací, které upozorňují na vztah socioekonomické situace rodiny a vznikem úrazů, s tím, že čím nižší je úroveň socioekonomická, tím vyšší je počet úrazů. Obdobná závislost platí dle WHO i pro celé státy – čím je stát chudší, tím více je dětských úrazů. Platí ale tyto závislosti i pro současnou českou populaci, resp. pro všechny lokality?

K výzkumnému šetření v této práci byl použit dotazník, který se skládal ze dvou částí. První část „Úraz/otrava dítěte“ se týkala informací o vlastním úrazu, druhá část „Funkčnost rodiny“ se týkala socioekonomické situace rodiny. Získali jsme celkem 874 dotazníků v Jihočeském kraji, z toho 130 z Českých Budějovic. Do této práce byly zařazeny pouze údaje získané v okrese České Budějovice. Součástí dotazníků byl i informovaný souhlas rodičů s účastí v tomto výzkumu.

Rizikové faktory úrazovosti jsou známé a ovlivnitelné. Z vnějších faktorů mají na vznik úrazu vliv zejména faktory v rámci rodinného prostředí. Sociální faktory působí na dítě

v rodině komplexně a s ostatními faktory se promítají do celkové funkčnosti rodiny. Diagnostická metoda Dunovského, použitá v této práci (DFR) se opírá o zhodnocení rodiny podle osmi základních kritérií (Dunovský 86, 99, Grivna 2003).

METODA

Výzkum byl realizován v časovém období od 1. 7. 2009 do 31. 12. 2010 v Jihočeském kraji, a v jednom okrese v severních Čechách. Celkem jsme získaly 874 vyplněných dotazníků, z toho 130 z okresu České Budějovice. Do této práce byly zařazeny pouze údaje z okresu České Budějovice. Data byla po ukončení sběru vyhodnocena a statisticky zpracována.

K výzkumnému šetření byl použit dotazník, který se skládal ze dvou částí. První část „Úraz/otrava dítěte“ se týkala informací o vlastním úrazu, druhá část „Funkčnost rodiny“ se týkala socioekonomické situace rodiny. Dle WHO se hodnotí rizikové faktory pro vznik úrazu takto: ekonomické faktory (rodinný příjem), sociální faktory (vzdělání rodičů, především matky), faktory rodinné struktury (osamělý rodič, věk matky, počet dětí, počet osob, žijících v domácnosti), faktory bytových podmínek (bytová situace, vybavení bytu, zalidnění okolní oblasti). Takto definované faktory jsme použili pro zhodnocení socioekonomické situace rodiny v naší studii. V České republice se podle zákona č. 94/63 Sb. o rodině a zákona č. 359/99 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí rodiny rozdělují na dohledové a nedohledové a to podle hodnocení socioekonomické situace rodiny, která odpovídá definici WHO (citace zákon, WHO 2008).

Data byla získána technikou dotazníků. Studie měla dvě etapy. První etapa byla pilotní a byla ověřena na 89 rodinách, druhá etapa, tj. vlastní výzkum, vycházela ze zkušeností pilotní studie, z výzkumu dětské úrazovosti z roku 2004, a dále byly využity i literární zdroje (Dunovský 1986, Čapková 2008).

Dotazník „Úraz/otrava dítěte“ byl sestaven na podkladě poznatků z projektu IGA 2004 (IGA MZ ČR NR 8229-3/2004) a upraven dle poznatků z pilotní studie. Podkladem pro dotazník týkající se „Funkčnosti rodiny“ – socioekonomické situace rodiny byl použit dotazník Dunovského (Dunovský 1986), který byl autorem aktualizován pro potřeby tohoto výzkumu, další podklad vycházel z definic WHO (WHO 2008).

Výzkumný soubor tvořily děti (do 18 let), které ve sledovaném období utrpěly úraz a rodiče vyhledaly lékařské ošetření ve zdravotnickém zařízení v rámci Jihočeského kraje a pro porovnání také z jednoho vybraného okresu Severočeského kraje. Zdravotnická zařízení, kde byly děti ošetřovány, byla ochotná spolupracovat na výzkumu. Úrazem se pro účely tohoto výzkumu rozuměl úraz, který vyžadoval minimálně 2 ošetření, respektive ošetření a následnou kontrolu, případně 2 ošetření či hospitalizaci. Do výzkumného šetření byly zařazeny děti, které byly ošetřeny buď participujícím lékařem či ambulantně v ústavním zařízení, bez ohledu na místo prvotního ošetření. Do výzkumu nebyly zařazeny smrtelné úrazy.

Vzhledem ke specifičnosti výzkumného nástroje, který je náročný na odborný pohled tazatele, probíhal sběr dat prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost v primární péči a také jejich sester v ordinacích, které mnohdy znají aktuální situaci jednotlivých rodin lépe než lékaři. Z celkového počtu cca 145 pediatriů z Jihočeského kraje bylo náhodným výběrem vylosováno 20 lékařů. Vybraní lékaři byli osloveni a byla jim nabídnuta spolupráce. Z uvedených 20 lékařů projevilo 10 lékařů ochotu zodpovědně participovat na projektu. S těmito lékaři byla navázána spolupráce spojená s finanční odměnou (300 Kč/dotazník).

Výsledná data zahrnovala údaje o počtu úrazů bez ohledu na vztah k rodině. Na základě dat z oddělení sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) o počtu rodin se

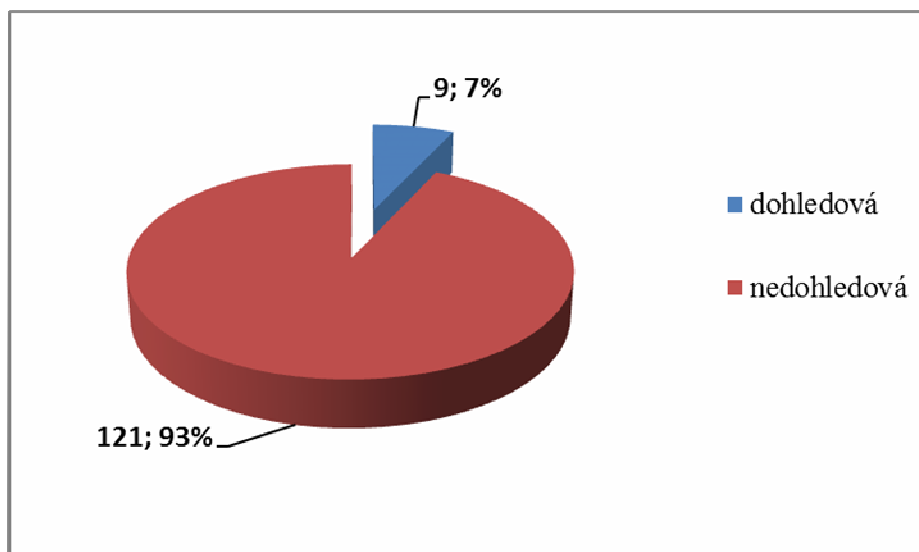
socioekonomickým omezením a ze statistiky SLDB 2001 o počtu rodin v dané oblasti byl ověřen průměrný počet dětí v rodině. Získali jsme celkem 874 dotazníků v Jihočeském kraji, z tohoto celku bylo 130 z Českých Budějovic.

V rámci řešení projektu byla vytvořena databáze, totožná s dotazníkovým zadáním, která obsahovala veškeré sebrané údaje. Data byla po ukončení sběru vyhodnocena a statisticky zpracována, jednak deskriptivně a vzniklé kontingenční tabulky byly analyzovány programy NCSS, Statistica v.9a PRISM (citace). Uváděny jsou tři testy pro dané kontingenční tabulky: Chí-kvadrát, Chí-kvadrát s Yatesovou korekcí, Fisherův přesný test. Tam, kde byl počet pozorování menší než 5 jsme použili p hodnotu oboustranné alternativní hypotézy Fisherova přesného testu.

VÝSLEDKY

Výzkumný soubor tvořilo 130 úrazů z Českých Budějovic, které se staly dětem v 89 rodinách. 121 dětských úrazů (93%) bylo v nedohledových, 9 úrazů (7%) bylo v rodinách dohledových. Z počtu 130 dětí bylo 82 chlapců a 48 dívek. Ve věkové skupině 0-3 roky utrpělo úraz 18 dětí, ve skupině 4-6 let 22 dětí. Nejvíce úrazů bylo zaznamenáno ve věkové skupině 7-10 let a 11-14 let, u obou skupin shodně po 32 dětech. Ve věkové skupině 15-18 let bylo zaznamenáno 26 úrazů.

Níže uvedené výsledky (graf, tabulky a popisky) znázorňují vybrané výsledky výzkumu úrazů v závislosti na faktorech rodiny na základě statistického testování vzájemných vztahů těchto proměnných, které v celém souboru 874 úrazů byly statisticky významné.



Graf 1. Rozdělení podle typu rodiny (N=130)

Dohledových rodin bylo v souboru zastoupeno 9 (7%) a rodin nedohledových 121 (93%).

Tabulka 1. Užívání ochranných pomůcek v domácnosti podle výše příjmu rodiny (N = 32)

Příjem rodiny	Ochranné pomůcky		
	Ano	Ne	Řádek - celkem
Frekvence, 2x vyšší příjem	5	10	15
Procent z celku	15.625%	31.250%	46.875%
Frekvence, vyšší příjem	7	10	17
Procent z celku	21.875%	31.250%	53.125%
Sloupec celkem	12	20	32
Procenta celkem	37.500%	62.500%	
Chí-kvadrát test (df=1)	0,21	p= .6474	
Yatesův korigovaný Chí-kvadrát	0,01	p= .9271	
Fisherův přesný test; jednostr.		p= .4645	
oboustr.		p= .7257	

V souboru bylo zaznamenáno 32 úrazů v domácnosti. U těchto úrazů se sledovalo užívání ochranných pomůcek. Nebyla zjištěna žádná statistická významnost, při použití Fisherova přesného testu (tabulka 1).

Tabulka 2. Přítomnost ochranných pomůcek podle typu rodiny (N = 130)

Rodina	Ochranné pomůcky		
	ano	ne	nezjištěno
dohledová	1	1	7
nedohledová	12	21	88
celkem	13	22	95

Přítomnost ochranných pomůcek byla testována v návaznosti na typ rodiny, ale pouze v 35 případech, protože je zde velký podíl úrazů, kdy nebyla přítomnost těchto pomůcek zjištěna, a to v 95 (tabulka 2). Testováno pomocí statistické metody - Fisherův přesný test, $p = 0,6118$ – jednostr., $p = 1,0000$ – oboustr.

Tabulka 3. Vztah mezi příjmem rodiny a vznikem úrazů při organizovaném sportu (N = 23)

	nižší +	vyšší++	dvakrát vyšší +++	Celkem
organizovaný sport	2	8	5	15
neorganizovaný sport	1	4	3	8

Poznámka: + příjem nižší než je částka životního minima rodiny
 ++ příjem vyšší než je částka životního minima rodiny
 +++ příjem dvakrát vyšší než je částka životního minima rodiny

V souboru bylo zaznamenáno celkem 23 úrazů při sportu. Úrazů při neorganizovaném sportu bylo 8, při organizovaném sportu 15 (tabulka 3). Do souvislosti byl dán sportovní úraz s příjmem rodiny a byl testován tento vztah. Pro určení p -hodnoty byl použit Fischerův přesný test podle úpravy, výsledná hodnota $p = 0,399$.

Tabulka 4. Charakter úrazu podle typu rodiny (N = 130)

Charakter úrazu	Typ rodiny			
	dohledová rodina		nedohledová rodina	
	N	%	N	%
domácnost a okolí	3	34	40	33
doprava	0	0	10	8
sport	1	11	22	18
volný čas	2	22	24	20
školní	2	22	25	21
pracovní	0	0	0	0
otrava	1	11	0	0
Celkem	9	100	121	100

Nejvíce úrazů se stalo v domácnosti a okolí u obou typů rodin (34 % a 33 %), dále dominovaly úrazy ve volném čase (22 % a 20 %) a ve škole (22 % a 21 %). V souboru se vyskytla jedna otrava, která se stala v dohledové rodině (tab. 4). Statisticky byl testován vztah mezi proměnnými (typem rodiny a charakterem úrazu), výsledná hodnota $p = 0,9086$, tzn. tento vztah se nepotvrdil.

V tabulce 5 je rozdělen mechanismus úrazu podle typu rodiny. Nejčastějším mechanismem úrazu je pád (45 % a 34 %), dále uklouznutí a zakopnutí (22 % a 26 %) (tabulka 5). Statisticky byl testován vztah mezi proměnnými (typem rodiny a mechanismem úrazu), výsledná hodnota $p = 0,7762$, tzn. tento vztah se nepotvrdil.

V dohledové rodině se nevyskytlo žádné dítě s častými úrazy, v nedohledové rodině bylo 10 úrazů u dětí s častými úrazy. To, že celkový počet úrazů je 129 a ne 130 je dáno tím, že v jednom řádku chyběl údaj o častém úrazu – což byla 1 otrava. Statisticky byl testován vztah mezi proměnnými, ale tento vztah se nepotvrdil.

DISKUSE

Zvolený dotazník vznikl na podkladě sekundárních analýz podobných výzkumů v Evropě a na podkladě dotazníku, který byl použit a schválen příslušnými orgány v České republice, používá se i při jiných šetřeních. Vzhledem k tomu, že uplynulo pětileté období od prvního použití tohoto dotazníku (IGA 2004), byl znovu ověřen v pilotní studii. Dunovského práce pocházejí z konce 80. let a proto musely být aktualizovány přímo autorem pro účely výzkumu. Obsah tohoto literárního zdroje byl konfrontován s definicí WHO týkající se socioekonomické situace rodin. Dotazník obsahuje v první části „Úraz/otrava dítěte“ devět okruhů s 55 otázkami a ve druhé části „Funkčnost rodiny“ devět okruhů s 11 otázkami (viz [www stránky](#)). Spolehlivost údajů od lékařů byla podpořena jednak osobním jednáním a finanční odměnou.

Tabulka 5. Mechanismus úrazu podle typu rodiny (N = 130)

Mechanismus úrazu	Typ rodiny			
	dohledová rodina		nedohledová rodina	
	N	%	N	%
pád	4	45	41	34
náraz do překážky	1	11	19	16
náraz mezi dítětem a autem	0	0	0	0
náraz mezi dítětem a člověkem	0	0	6	5
úraz při kontaktu se zvířetem	0	0	1	1
sražení	0	0	4	3
uklouznutí, zakopnutí	2	22	31	26
opaření	0	0	7	6
popálení	1	11	3	2
poleptání	0	0	0	0
poranění el.proudem	0	0	0	0
poranění ostrým předmětem	0	0	9	7
cizí těleso v těl.dutině	0	0	0	0
otrava	1	11	0	0
jiný mechanismus	0	0	0	0
Celkem	9	100	121	100

Tabulka 6. Typ rodiny a dítě s častými úrazy (N = 129)

Dítě s častými úrazy	Dohledová	Nedohledová	Celkem
Časté úrazy ANO	0	10	10
Procent z celku	0.000%	7.752%	7.752%
Časté úrazy NE	9	110	119
Procent z celku	6.977%	85.271%	92.248%
Sloupec celkem	9	120	129
Procent z celku	6.977%	93.023%	
Fisherovo p; jednostr.		p= .4720	
oboustr.		p=1.0000	

Jednalo se o kvantitativní výzkum, jehož předmětem byli dětské úrazy a objektem děti do 18 - ti let.

Výsledky studie byly zpracovány metodami deskriptivní statistiky a neparametrickými testy. Uváděny jsou tři testy pro dané kontingenční tabulky: Chí-kvadrát, Chí-kvadrát s Yatesovou korekcí, Fisherův přesný test na hladině významnosti $p < 0,05$. Ve výsledcích jsou uvedeny výsledky kombinace proměnných, které v souboru všech záznamů studie IGA (z

874) vykazovali statistickou významnost. Tyto jsou porovnávány s dílčími výsledky z lokality České Budějovice.

Výzkumný soubor tvořilo 130 úrazů z Českých Budějovic. Z tohoto počtu bylo 82 chlapců a 48 dívek. Ve věkové skupině 0-3 roky utrpělo úraz 18 dětí, ve skupině 4-6 let 22 dětí. Nejvíce úrazů bylo zaznamenáno ve věkové skupině 7-10 let a 11-14 let, u obou skupin shodně po 32 dětech. Ve věkové skupině 15-18 let bylo zaznamenáno 26 úrazů.

V souboru úrazů z Českých Budějovic bylo zastoupeno 9 (7 %) dohledových rodin a 121 (93 %) nedohledových rodin (graf 1). V českých podmínkách, konkrétně v Jihočeském kraji, není socioekonomická situace dohledových či problémových rodin tak nízká jako v rozvojových zemích, nebo v některých jiných lokalitách ČR (severní Čechy, severní Morava). I když se převážně jedná o rodiny nezaměstnaných rodičů, jejich ekonomická situace je díky husté sociální síti a četným transferovým dávkám uspokojivá a vyrovná se minimální mzdě a často ji i převyšuje. Nejde tedy o chudobu ve smyslu ekonomickém, spíše o chudobu a vyloučení sociální. Nebylo tedy možné potvrdit tezi o vyšší četnosti úrazů v dohledových rodinách. Tomu ostatně odpovídá i naše mnohaletá zkušenost z ordinace PLDD v místě zvýšené koncentrace dohledových rodin, kde jsme po celá léta nepozorovali zvýšený výskyt dětských úrazů v dohledových rodinách. Statisticky významně vyšší četnost úrazů v dohledových rodinách se nám ale potvrdila v druhé části studie, a to z vybrané lokality v Severočeském kraji, což je oblast, která je obecně pokládána za oblast se „sociálním neklidem“ (Velemínský 2012).

Úrazů v domácnosti a okolí bylo zaznamenáno 32. U těchto úrazů se sledovalo užívání ochranných pomůcek. Nebyla zjištěna žádná statistická významnost, při použití Fisherova přesného testu (tabulka 1). Z celého souboru naší studie IGA vyplynuly opačné závěry.

Přítomnost ochranných pomůcek byla testována také v návaznosti na typ rodiny, ale pouze v 35 případech, což je způsobeno tím, že je zde velký podíl úrazů, kdy nebyla přítomnost těchto pomůcek zjištěna, a to u 95 úrazů (tab. 2). Toto bylo testováno pomocí statistické metody - Fisherův přesný test s výsledkem $p = 0,6118$ pro jednostrannou alternativní hypotézu a výsledkem $p = 1,0000$ pro oboustrannou alternativní hypotézu. Vztah mezi přítomností ochranných pomůcek a typem rodiny nebyl statisticky prokázán. Z celého souboru naší studie IGA ale vyplynuly jiné skutečnosti, a to takové, že počet úrazů v nedohledových rodinách je statisticky významně vyšší tam, kde pomůcky nemají (Velemínský, 2012). Tento fakt se v souboru Českých Budějovic nepotvrdil.

V souboru úrazů z lokality České Budějovice bylo celkem 23 úrazů při sportu. Úrazů při neorganizovaném sportu bylo 8, při organizovaném sportu 15 (tabulka 3). Do souvislosti byl dán sportovní úraz s příjmem rodiny a tento vztah byl statisticky testován. Pro určení p -hodnoty byl použit Fisherův přesný test podle úpravy, výsledná hodnota je $p = 0,399$. Souvislost mezi sportovním úrazem a příjmem rodiny se nepotvrdila. V souboru všech 874 úrazů studie IGA se tento vztah potvrdil – existuje vztah mezi vyšším příjmem rodiny a vznikem sportovních úrazů při organizovaném sportu. Možnou příčinu tohoto zjištění můžeme odůvodnit tím, že tyto děti díky finanční situaci rodiny si mohou dovolit více a častěji sportovat, mohou zkoušet nové sportovní disciplíny, atd. Naopak děti z rodin s nižším příjmem jsou více limitovány, rodina vynaloží méně financí na sportovní aktivity dětí a spíše se tyto děti věnují a zraňují při volnočasových aktivitách a neorganizovanému sportu.

Nejvíce úrazů se stalo v domácnosti a okolí u obou typů rodin (34 % a 33 %), dále dominovaly úrazy ve volném čase (22 % a 20 %) a ve škole (22 % a 21 %). V souboru se vyskytla jedna otrava, která se stala v dohledové rodině (tabulka 4). Statisticky byl testován vztah mezi proměnnými (typem rodiny a charakterem úrazu), výsledná hodnota byla $p = 0,9086$. Tento vztah se tedy nepotvrdil, v lokalitě České Budějovice. Z celého souboru studie IGA však vyplynula při testování charakteru úrazu ve vztahu k typu rodiny statisticky

významná souvislost (Velemínský 2012) a to taková, že se při testování všech sedmi kombinací proměnných prokázal statisticky významně vyšší výskyt otrav v dohledových rodinách.

V tabulce 5 je rozdělen mechanismus úrazu podle typu rodiny. Nejčastějším mechanismem úrazu byl pád (45 % a 34 %), dále uklouznutí, zakopnutí (22 % a 26 %). Statisticky byla testována souvislost mezi proměnnými (typem rodiny a mechanismem úrazu), výsledná hodnota $p = 0,7762$, tzn. tento vztah se nepotvrdil. Z celého souboru IGA vyplývá jiná skutečnost: ve srovnání mechanismu úrazu v dohledových a nedohledových rodinách je statisticky významný rozdíl (Velemínský 2012).

V dohledové rodině se nevyskytlo žádné dítě s častými úrazy, v nedohledové rodině bylo 10 úrazů u dětí s častými úrazy. To, že celkový počet úrazů je 129 a ne 130 je dáno tím, že v jednom řádku chyběl údaj o častém úrazu – což byla 1 otrava. Statisticky byla testována souvislost mezi proměnnými, ale tato souvislost se nepotvrdila ($p = 0,4720$). V celém souboru IGA (Velemínský 2012) se tato souvislost potvrdila a to tak, že je statisticky významná souvislost mezi typem rodiny a přítomností dítěte s častými úrazy, a to ve neprospěch dohledových rodin. Možnou příčinou může být nedostatek či žádné bezpečnostní pomůcky, péče o dítě vykazující určité nedostatky, často chybějící dohled zletilé osoby, nevhodné bytové podmínky atd. Kombinace těchto faktorů může u dítěte riziko zvyšovat.

ZÁVĚR

Statistické zhodnocení souboru 130 dětských úrazů z Českých Budějovic z let 2009/2010 přineslo následující závěry: neexistuje souvislost mezi příjmem rodiny a užíváním ochranných pomůcek v rodině a to jak v rodinách dohledových i nedohledových. Nepotvrdila se závislost mezi charakterem úrazu a typem rodiny, nebyla prokázána ani závislost mezi typem rodiny a mechanismem úrazu. Děti s častými úrazy bylo v nedohledových rodinách 10, zatímco v dohledových rodinách žádné. Souhrnně lze proto říci, že provedeným výzkumem nebyla prokázána v okrese Č. Budějovice žádná souvislost mezi socioekonomickou situací rodiny a jejím typem (dohledová x nedohledová). Je to nepochybně dané i skladbou obyvatel dané lokality a relativně dobrou socioekonomickou situací i dohledových rodin, ale i celkově nízkým počtem dětí a malým zastoupením dohledových rodin ve výzkumném souboru. V jiných lokalitách ČR budou závěry nepochybně zcela jiné, jak ukazují výsledky tohoto výzkumu z okresu v severních Čechách, kde je odlišná skladba obyvatelstva i jejich sociální a ekonomická situace.

LITERATURA

- [1] <http://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.htm>. Distribution frequency, Fisher exact probability test: 3x2
- [2] BENEŠOVÁ, V. (2003). Bezpečný domov pro děti: rady jak zabránit úrazům dětí. 1. vydání. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol. 14 p.
- [3] BENEŠOVÁ, V., et al. (2007). Sledování dětských úrazů ve vybraných regionech. Čes.-Slov. Pediatrie, 62/3: 371-375.

- [4] BLAŽEK, K., et al. (2011). Vybrané vnější vlivy a druhy úrazů dětí v okrese České Budějovice. *Prevence úrazů, otrav a násilí* VI/2: 141-153.
- [5] Contingency tables analysis was performed using GraphPad Prism version 4.00 for Windows (2003), GraphPad Software [online], San Diego California USA. Dostupné z: www.graphpad.com.
- [6] ČAPKOVÁ, M. (2008). Středisko prevence úrazů v JK – prevence úrazů u dětí do 3 let. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, České Budějovice, IV/2: 102-105.
- [7] ČELKO, A.M (2003). Dětské úrazy a možnosti jejich prevence. In Grivna M et al.: *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vydání. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, pp. 33-38.
- [8] DUNOVSKÝ, J. (1986). *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vydání. Praha: Avicenum. 140 p.
- [9] ELLSÄßER, G. (2006). Epidemiological analysis of injuries among children under 15 years of age in Germany – The starting point for injury prevention. *Gesundheitswesen*, VII/68: 421-428.
- [10] Fisher Exact Probability Test: 2x3 [online]. Dostupné z: <http://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.htm>.
- [11] GRIVNA M. (2003). *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vydání. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol.
- [12] GRIVNA, M., et al. (2006). Perspektiva v prevenci dětských úrazů v České republice. *J Čes.- Slov. Pediat.* 61, 6: 374-8.
- [13] HINTZE, J. (2007). NCSS, PASS, and GESS. NCSS [online]. Kaysville, Utah, USA [cit. 2011-04-10]. Dostupné z: WWW.NCSS.COM
- [14] Home Safety Council (2009). New Home Safety Council; New Research Reveals the Majority of Parents Overlook Key Steps to Keep Curious Toddlers Safe at Home. *Life Science Weekly*, XI/1: 2770 p.
- [15] PEDEN, M., et al. (2008). *World report on child injury prevention*. WHO.
- [16] SCHNITZER, P. G. (2006). Prevention of unintentional childhood injuries. *American family physician*, XI/74: 1864-1869.
- [17] SRIDHARAN, L, CRANDALL, M. (2011). Injury and health among children in vulnerable families. *J Trauma*, 70/6: 1539-45.
- [18] StatSoft Inc. (2010). STATISTICA (data analysis software system), version 9.1. [online]. Dostupné z: www.statsoft.com.

- [19] ŠKOLÁČEK I. (2003). Dětské úrazy z vývojově-psychologického hlediska. In Grivna M et al.: Dětské úrazy a možnosti jejich prevence. 1. vydání. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, pp. 24-32.
- [20] TOŠOVSKÝ V. (2006). Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže. 1. vydání. Praha: Alfa-Omega. 191 p.
- [21] TRUELLOVÁ, I., BENEŠOVÁ V. (2009). Prevence domácích úrazů v praxi praktických lékařů pro děti a dorost: bezpečné domácí prostředí pro děti. 1. vydání. Olomouc: Solen. 30 p.
- [22] QUAN, L., CUMMINGS, S. (2003). Characteristic of drowning by different age groups. Injury Prevention, IX/2: 163-168.
- [23] <http://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.htm>. Distribution frequency, Fisher exact probability test: 3x2
- [24] VELEMÍNSKÝ, M., et al. Vztah mezi socioekonomickou situací rodiny a výskytem úrazů dětí ve vybraných lokalitách České Republiky.
- [25] BLAŽEK, K., et al. (2012). Vliv dysfunkční rodiny na frekvenci dětských úrazů v lokalitě České Budějovice - pilotní studie. Přijato do tisku.

Kontaktná adresa:

MUDr. K. Blažek

e-mail: Mudr.blazek@tiscali.cz

POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY A PROBLEMATIKA BYDLENÍ

VÍTOVÁ J.

Dům Kněžny Emmy – domov pro seniory, Neratovice, ČR

SOUHRN

Demografický vývoj společnosti nutně vede k potřebě věnovat problematice seniorů vysokou pozornost. Článek se zabývá otázkami bydlení seniorů ve vztahu k pobytovým sociálním službám. Otevírá diskuzi mezi teoretickou rovinou dané problematiky a poznatky z praxe. Důraz na aktivní stárnutí a prožívání kvalitního života odráží i existenci odpovídajícího prostředí a úroveň bydlení. Institucionální péče o seniory je významnou složkou sociálních služeb, a lze předpokládat, že i nadále bude pro určitou skupinu seniorů nezbytná. Základním předpokladem kvalitního života je, aby zařízení dosahovala vysoké úrovně technické, organizační a lidské, a tak odpovídala modernímu pojetí péče.

Klíčová slova: senior, sociální služby, kvalita, bydlení.

SUMMARY

Residential social services and housing issues

Demographic change of our society necessarily leads to the need to pay high attention to the issue of old people. The article deals with problems of their accommodation in relation to residential care. It opens discussion between the theoretical level and findings from real practice. The emphasis on active aging and experiencing the quality of life is also reflected in the existence of an appropriate level of accommodation. The institutional care for the elderly is an important component of social services and we can assume that for a certain group of retired people it will stay necessary. The basic assumption of the quality of their life is that the accommodation will be on a high technical, organisational and human level, and thus will correspond to the modern concept of care.

Keywords: old (retired) people, social services, quality, accommodation

ÚVOD

V současné době je velmi diskutována otázka institucionální péče o seniory. Evropské trendy v této oblasti zcela jednoznačně směřují k oslabení institucionální péče směrem k přirozenému prostředí. Znamená to výraznou změnu v přístupu k poskytování služeb seniorům jak v rozsahu, tak i ve způsobu chápání této péče. Senior je veden k tomu, aby se stal partnerem poskytovatelů služeb nejen pouhým konzumentem. Institucionální péče o seniory přesto zůstává významnou složkou sociálních služeb a způsob jakým je v těchto zařízeních poskytována, včetně technického a vnitřního vybavení samotných objektů se významně podílí na vnímání této péče jak klienty, tak společností. Lze vytvořit zařízení, které bude respektovat individuální potřeby klienta se všemi jeho právy, kde se bude cítit pohodlně, bezpečně a kde povede naplněný život. Současně, ale sám bude moci spolurozhodovat a nebude omezován ve svých právech a potřebách více než bude v jeho zájmu.

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let a téměř tři miliony osob starších 65 let. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy. Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5 krát [7]. Ministerstvo práce a sociálních věcí vytváří politiku přípravy na stárnutí a vychází také ze zlepšujícího se zdraví populace jako potenciálu pro sociální a ekonomický rozvoj. ČR je stejně jako státy EU postavena před řešením problematiky stárnutí populace. Její součástí je také zabránění propadu seniorů pod hranici chudoby a sociálního vyloučení. Cílem je připravit takové pracovní podmínky, aby senioři zůstali co nejdéle aktivní na poli trhu práce. Pro zabránění sociálnímu vyloučení ohrožených skupin (t.j. zejména osamělých seniorů, seniorů s nízkými příjmy, seniorů se sníženou soběstačností z důvodu chronické nemoci nebo vysokého věku, seniorů se zdravotním postižením) jsou důležité zejména komplexní sociální a zdravotní služby diferencované podle potřeb a individuální situace, které jsou orientovány na zachování nezávislosti seniora, na posílení rodinných a sociálních vazeb seniorů, zachování domácího prostředí a které jsou dostupné, integrované a poskytované na komunitní úrovni [7].

KVALITA BYDLENÍ A SOUČASNÉ TRENDY PÉČE O SENIORY

Seniorskou populaci můžeme charakterizovat několika znaky. Prvním znakem je heterogenita. Dnes zahrnujeme do seniorů lidi ve věku 60 až 90 a více let. Z toho vyplývá nutnost přistupovat k seniorské problematice diferencovaně s vědomím, ke kterým seniorům jsou ta která opatření vztahována. Více nežli věk však vypovídá zdravotní a funkční stav. Nemenší rozdíly najdeme i při porovnávání regionů. Jako druhý znak můžeme uvést vyvíjející se seniorskou společnost. Lidé vstupující do seniorského věku dnes jsou ve srovnání s lidmi narozenými na počátku století vzdělanější, aktivnější, ženy mnohdy emancipovanější. To předpokládá změnu pohledu na stáří subjektivně i objektivně a změnu sociální role seniorů. Na druhou stranu je dalším charakteristickým rysem seniorské populace ohroženost ve smyslu věkové diskriminace, segregace, generační intolerance, předsudků (přeceňování nemocnosti, podceňování léčitelnosti), maladaptace na stáří, změnu sociální role (osamělost, ovdovění), zhoršení orientace ve společnosti díky rychle se rozvíjející technologii, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce [12].

Vzhled a konstrukce prostředí bývaly i v minulosti plánovány, avšak jen zřídka za pochopení pronikavých účinků na chování a prožívání lidí. Teprve relativně nedávno se prostředí začalo spojovat s projevy chování v systematictějších rozbořech. Systematický výzkum ukázal, že vliv prostředí je vskutku pronikavý. Studie adaptivního chování na ulici, doma, v práci a ve škole naznačily, že forma materiálně – prostorového prostředí může významně napomáhat nebo bránit lidským aktivitám. Ztvárnění prostoru přímo ovlivňuje způsoby chování člověka. Praktická využitelnost vlivu záměrně uspořádaného prostoru je v ovlivňování chování jednotlivců i celých skupin žádoucím směrem. Různě komponované a člověkem vytvořené prostředí ovlivňuje psychiku: naše vnímání, cítění, prožitky, jednání, rozhodování. Vnímání prostředí je nevyhnutelně spjata s vnímáním lidí a sociálních vztahů, a také s jednáním v tomto prostředí. Je to aktivní proces, v němž vjem prostředí do značné míry determinuje naše činy. Mezi jednáním různých lidí ve stejném prostředí existují nápadné shody. Struktura prostředí má na psychiku a jednání lidí konzervační účinky. Totéž jednání přetrvává v čase a individualita jedinců se poměrně málo projevuje [8].

Prostředí, ve kterém se objevují postižení nebo staří lidé, může způsobit nejen odlišné uspořádání hodnot, ale také to, že co v hierarchii hodnot dříve zaujímalo významné místo,

zaznamenaná pokles nebo naopak. Přehodnocení hodnot není tudíž jen záležitostí chyb a omylů, ale především pochopení dynamiky vztahů, které jsou charakteristické pro prostředí, které pečuje o postižené a staré lidi [12].

Prostředí může jednání modifikovat, a to v pozitivním i negativním smyslu. Některé prostředí v sobě může obsahovat odměny určitého chování. Ty pak zvyšují pravděpodobnost, že se lidé budou žádoucím způsobem chovat. Atraktivní a příjemné prostředí zvyšuje pravděpodobnost počtu návštěv. Na druhé straně nevhodný tvar místností, znemožňující funkční rozmístění nábytku, může způsobit i to, že obyvatelé přestávají tyto místnosti využívat. Cestou asociací jsou elementům životního prostředí přiděleny zážitky, které mají pro subjekt určitý význam. Pohled na zastíněné lavičky může vyvolat představu odpočinku. Na pohled nevzhledný, fyzicky namáhavý a špatně osvětlený podchod nejspíš od jeho použití odradí. Prostředí může ke specifickým činnostem přímo vybízet. Například vhodný půdorys budovy usnadní komunikaci lidí na patře. Možnosti ovlivnění chování lidí skrze prostředí jsou pochopitelně omezené, většina prostředí dovoluje celou škálu chování. K některým způsobům chování však poskytuje lepší podmínky než k jiným [8].

Interiér chápáný jako vnitřní prostředí staveb je jejich nedílnou součástí, vzniká současně se stavbou. Interiér je smyslem stavby, smyslem stavby není stavba samotná, stejně jako smyslem hrnku je to nic uvnitř, nikoli hrnek samotný. Z tohoto pohledu není možné interiér od stavby oddělit, protože je vytvářen přímo s ní, je jejím cílem. Kvalitní interiér znamená kvalitní uspokojování potřeb včetně respektování neustálého vývoje a změny potřeb. Dotváření interiérů bytů v rodinných nebo bytových domech je obvykle dílem jeho uživatelů, jiná je situace v domech sociální péče. Uživatelé sociálních služeb mají své potřeby různě modifikované, obvykle bývá nutné uspokojit i potřeby, které vyžadují více než běžné vybavení [5].

Problematika bydlení v domovech důchodců souvisí se zhoršujícím se stavem přijímaných seniorů. V polovině minulého století byly bytové podmínky nesrovnatelně horší a při lehkém poklesu funkční zdatnosti vedly ke ztrátě soběstačnosti např. byty nižší kategorie bez výtahu, daleko od nákupních center. V chráněných podmínkách ústavů byli tito lidé dál schopni samostatně pokrývat své základní potřeby. V současnosti, kdy je daleko vyšší standard bydlení často již pobyt v domově neznamena nižší náročnost, podmínky se vyrovnávají. Přesto ještě dnes mnoho starých lidí žije v nevyhovujících podmínkách. Mění se potřeby příchozích obyvatel do zařízení, požadavky na jejich uspokojení stoupají [4].

Speciální požadavky na uspokojování potřeb obyvatel domů sociální péče však nejsou jedinou odlišností při dotváření jejich interiérů. Na rozdíl od běžného bydlení se uživatelé (klienti i zaměstnanci) domů sociální péče obvykle nepodílejí na dotváření interiérů, protože konkrétní uživatelé v době návrhu interiéru ještě nejsou známi a i v průběhu užívání se mění. O to je návrh interiéru pro neznámého klienta složitější, a má-li být výsledek kvalitní, je nutné při jeho koncipování využít všech zkušeností objednavatele i architekta [5].

Většina zařízení sociálních služeb je nyní zřizována kraji a obcemi. Vybavenost sociálními službami je velmi rozdílná, obecně je lepší ve větších městských aglomeracích. Obtížnější přístup ke službám mají lidé žijící v méně zalidněných oblastech, a to zejména služby pro seniory. V 90. letech vstoupily do systému nestátní neziskové organizace, jejichž zásluhou se objevily zcela nové typy služeb a hlavně kvalitativně nový přístup k potřebám uživatelů. Neziskové organizace se podílejí na celkové síti sociálních služeb přibližně jednou pětinou. V roce 1999 byl zahájen dlouhodobý proces transformace sociálních služeb, jehož cílem je vytvořit a legislativně zakotvit podmínky pro jejich poskytování. Probíhá decentralizace financování sociálních služeb ze státního rozpočtu do regionálních a místních rozpočtů. Současný způsob financování nevytváří vhodné podmínky pro rovný přístup všem poskytovatelům sociálních služeb k veřejným zdrojům. S ohledem na charakter dotačních

systémů jsou lépe zajištěna krajská a státní zařízení oproti ostatním poskytovatelům, což nemotivuje obce a nestátní neziskové organizace zajišťovat či poskytovat potřebné sociální služby. Systémy stanovující jednotné standardy kvality poskytovaných sociálních služeb zatím nejsou legislativně upraveny a v praxi dostatečně rozšířeny.

O sociálních službách v jednotlivých státech Evropské unie platí stejně jako o vzdělávání a zdravotní péči, že mají společné znaky, přestože se liší zejména díky historickým a politickým souvislostem. Jsou velmi vyvinuté, vyznačují se vysokou mírou solidarity, vysokou kvalitou a pestrou nabídkou a dostupností služeb. Tyto společné charakteristiky vytvářejí tzv. evropský sociální model. Stárnutí populace je další ze společných momentů, které vytvářejí tlak na vlády jednotlivých zemí a nutí k radikální reformě sociální ochrany a sociálních služeb. Vyrůstá poptávka po sociálních službách, zvyšují se požadavky na to, aby služby byly schopny pružně reagovat na individuální potřeby uživatelů [2]. Přičemž ústavní péče by měla být podpůrná. Ústavy by měly nabízet různorodé formy služeb, aby se umožnila volba a plynulý přechod od samostatného bydlení až k ošetrovatelské péči na lůžku pro dlouhodobě nemocné a osoby, které potřebují hospicovou podporu. Stárnutí lze předpovídat, onemocnění ne; proto je invalidita (a nikoli stáří) sociálním rizikem. Stáří je jistota s jediným rizikem, a tím je předčasná smrt [10].

Základní trendy sociální politiky se vyznačují vývojem od drobných sociálních počínů k velkým a závazným pravidlům; od kusých opatření ke komplexnímu systémovému řešení; od filantropie po nezadatelné lidské právo na lidsky důstojnou existenci; od sociální pomoci přes sociální zabezpečení po sociální ochranu; od nahodilosti po cílenou sociální solidaritu. Historický vývoj tedy směřoval k universalitě, komplexnosti, adekvátnosti, uniformitě a adresnosti [11].

Trend humanizace péče o seniora v institucích je současně sledován snahou o deinstitutionalizaci. Deinstitutionalizace vedle demedicinace, desektorializace, deprofesionalizace je jednou ze čtyř změn navrhovaných již v 80. letech v péči o osoby s ohroženou nebo ztracenou soběstačností. Zásadou je dávat přednost terénním a ambulantním službám před institucemi. Vedle etických jsou tu i důvody ekonomické [12].

Návrat seniorů, lidí se sníženou soběstačností z domovů důchodců, léčen a nemocnic zpět do jejich domovů, tzv. přirozeného prostředí, ale předpokládá perfektně fungující dobře koordinované služby přímo v komunitě, vysokou úroveň komunitní sociální práce. Služby přicházející za člověkem do jeho domácího prostředí musí respektovat stejné předpoklady pro kvalitní péči, tak jak jsou zdůrazňovány v systému institucionální péče. K tomuto základnímu faktu ještě přistupuje požadavek na komplexnost, pružnost a dostupnost služby. Velký důraz je všeobecně kladen na kontinuitu služeb. Takových služeb, které jsou založeny na spolupráci různých subjektů a sektorů – pečovatелů, zdravotníků, sociálních pracovníků i dobrovolníků ať již ve státním nebo soukromém či neziskovém sektoru. Velmi vysoké požadavky jsou kladeny na samotné pracovníky. Musí být schopni týmové spolupráce, osobní angažovanosti se zájmem o kontinuální vzdělávání, ale rovněž se předpokládá vysoký morální kredit [3].

Perspektiva stárnutí obyvatelstva stále naléhavěji klade otázku, zda dojde k uplatnění koncepce bydlení starých lidí v běžné bytové zástavbě s využitím sociálních služeb, či zda poroste tlak na vyšší podíly bytů v sociálních ústavech či v bytech pro seniory. Odpověď na tuto otázku u nás v porovnání s ostatními západoevropskými státy, které mají obdobné problémy, je komplikována specifickou situací v oblasti bydlení, neboť: kvalita bydlení budoucí staré generace se nyní vyznačuje poměrně vysokou úrovní technického vybavení domácností, výdaje na bydlení se stále pohybují pod úrovní skutečných nákladů. Dlouhodobě neudržitelná je také nízká úroveň úhrady pobytu v ústavech sociální péče, kterou se důchodci podílejí na krytí provozních nákladů. Přestane být výhodné držet více bytů, dočasně se zvýší

počet rodin, které budou žít společně. Dojde k přestěhování části důchodců do neobydlených venkovských domů (městský byt mohou současně držet jen díky malým nákladům na bydlení), protože náklady na bydlení v malých obcích budou výrazně nižší než v městských bytech. Narovnání ekonomických kritérií nezbytných pro rozhodování jednotlivých subjektů trhu s byty provázené relativně nízkou příjmovou úrovní domácností, to jsou faktory, které budou klást bytové i sociální politice v nejbližších letech úkoly odlišné od praxe v západních zemích. Tento proces sebou ponese nutnost řešit operativně negativní dopady prostřednictvím systémů dočasných dávek zmírňujících zvýšení cen a aktivní pomoc obcí při zajišťování výměn bytů. Teprve postupné vytvoření normálních podmínek pro fungování tržních vztahů v bytové politice umožní efektivní řešení bydlení seniorů [1].

Diskuse k získaným výsledkům ve světle teoretických poznatků

Aktivizace se stává v oblasti péče o seniory klíčovou a to nejen ve smyslu fyzické schopnosti ale i psychické a sociální pohody. Vurm uvádí, že člověk je tvor činný a také ve stáří je nezbytná aktivita, která je podmíněna tím, aby člověk mohl, uměl a chtěl (12). V tomto smyslu jsou institucionální zařízení pro seniory mnohdy lépe nejen technicky i organizačně a personálně vybaveny v porovnání s domácnostmi. Dobře vedené zařízení má všechny předpoklady pozitivně ovlivnit kvalitu života seniora.

Seniorská populace je charakterizována několika znaky a ohrožena v různých směrech [12]. Institucionální zařízení může tuto skutečnost více či méně eliminovat důsledným vycházením z potřeb a respektováním přání seniora. Současné právní normy umožňují seniorům řešení ekonomické situace například i umístěním v institucionálním zařízení neboť každý má právo za splnění podmínek na sociální službu a důvodem k jejímu neposkytnutí nesmí být nízký důchod.

Vzdělání a vzdělávání se stává stále významnější složkou vztahů k seniorům i mezi nimi. Lidé jsou všeobecně vzdělanější. Tato skutečnost souvisí i se změnou stupnicí hodnot. Staré pojetí péče bylo založeno na klidu a odpočinku, dnes je zásadním pojmem aktivizace. Vedeme seniora k odpovědnosti za svá vlastní rozhodnutí, jednání s ním je založeno na partnerském vztahu. Tento fakt klade vysoké nároky na pracovníky v oblasti péče o seniory. V současné době lze předpokládat, že klient má dostatek informací. Internetové připojení již není překážkou, telefon je využíván naprosto běžně. Institucionální zařízení dnes již musí nabízet toto technické vybavení spolu s nabídkou různých vzdělávacích aktivit.

Rigidní dodržování stavebních a jiných norem často vede k tomu, že zařízení ztrácí na obyvatelnosti. Schneider zdůrazňuje, že nelze podceňovat vliv prostředí na chování [8]. I v institucionálním zařízení je možné vytvořit velmi příjemné, vstřícné prostředí, které bude navozovat pocit jistoty a bezpečí. Umožní-li se klientům pobytových zařízení alespoň částečně dotvářet interiér pokoje podle své představy či jen mít na blízku oblíbenou věc z původního, domácího prostředí je ovlivněna kvalita jejich dalšího prožívání. Kalvach potvrzuje, že se mění potřeby přichozích obyvatel do zařízení a požadavky na jejich uspokojení stoupají [4].

Kvalita života je podmíněna kvalitou prostředí. Rovněž v pobytovém zařízení je třeba brát v úvahu perspektivu domova se všemi jeho atributy – soukromí, osobitost, svobodné rozhodování, péče o své prostředí a o sebe, život v intimní skupině apod. [3].

Skutečnou potřebou je vytvořit takový interiér, který by byl neutrální a dával možnost dotvoření podle vlastních představ. Na druhou stranu, aby nabízel dostatečné pohodlí tomu, kdo nemá zájem na aktivní účasti. Dostatek prostoru by měl umožnit využívání nejrůznějších pomůcek a zařízení k individuálnímu uspokojení potřeb v souvislosti se zdravotním stavem či náročnou ošetrovatelskou péčí. Tento požadavek nelze uplatňovat ve více lůžkových pokojích nebo v zařízeních, která jsou technicky limitována.

Za nejdůležitější ze všech práv v souvislosti s umístěním seniora do institucionálního zařízení považují právo na soukromí a intimitu. Ostatní lidská práva jsou neméně důležitá, ale dokážu-li dobře zajistit toto právo, pak snadno realizují i ostatní. Rozhodně však platí, jak uvádějí Slovák a Vereš, že právě v zařízeních sociálních služeb by se při práci s klientem nemělo vyhýbat takovým skutečnostem jako je uznání existence problému a akceptování vlastní odpovědnosti za svoje chování a jednání; hledání rady a ochota ji přijmout, stejně jako riziko změny naučeného životního stylu; schopnost plánovat a zodpovědně za sebe rozhodnout stejně tak i překonávat překážky; potřebě vyjádřit vlastní názor a bránit svoje práva [9].

Návrat seniorů z domovů důchodců a léčeben do přirozeného prostředí podmiňuje Janečková kvalitou sociálních služeb [3]. V jakém smyslu je pro mě akceptovatelné přirozené prostředí. Jen je-li chápáno v širších souvislostech ne pouze jako místo posledního pobytu. Pokud přirozené prostředí znamená rodinu, vazby k blízkým, fungující domácnost, místo, kde člověk pracuje a realizuje své sociální aktivity. Skutečnost je taková, že větší či menší část z toho již senior nemá. S přibývajícím věkem a pod vlivem fyziologického úbytku sil, nemusí být postižen závažnou nemocí, postupně tyto vazby a kontakty ztrácí a přirozené prostředí se pomalu z širších souvislostí vytrácí a stává se přirozeným prostředím velice zúženým.

Nespornou skutečností je, že se stárnutím obyvatelstva se mění akcenty v sociálních službách. Současná situace v sociálních službách převážně poskytovaných v celoroční pobytové formě je neudržitelná a v poslední době se stále více zdůrazňuje, že senioři potřebují spíše podporu než péči, a to i v oblasti podpory samostatného bydlení a setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí [10]. Další skutečností je, že institucionální péče v oblasti péče o seniory zastává významné místo a je nezbytná. Základním předpokladem je, aby dosahovala vysoké úrovně technické, organizační a lidské. Janečková uvádí, že připodobnění instituce přirozenému prostředí představuje model, který směřuje k naplnění standardu kvality péče o seniory [3].

Některé stavební prvky domy pro seniory charakterizují. Charakteristické prvky korelují s historickým vývojem péče o seniory. Dům z 20. nebo 30. let vzniklý primárně jako domov důchodců měl velké společné ložnice, společné hygienické zařízení odpovídající době, ale byl postaven přímo ve městě, jehož obyvatelům měl sloužit. Domovy důchodců zřizované v 50. a 60. letech byly situovány do zabaveného majetku, úroveň ubytování byla zhruba stejná jako ve 20. a 30. letech, ale objekty byly situovány mimo hustě obydlená místa a obyvatelé umístění bez ohledu na dosavadní bydliště a společenské vazby. Lokalita je jeden z nejdůležitějších prvků tzv. přirozeného prostředí. Již z této jednoduché charakteristiky vyplývá, že je daleko pravděpodobnější úspěšná rekonstrukce domu z období, které respektovalo příslušnost klientů k určité komunitě než domy, kde klienti byli z jejich prostředí vytrženi. Další věci jsou technické možnosti úpravy staré budovy podle požadavků na soukromí, služby a hygienické standardy. Za nové budovy považují ty, které vznikaly v době, kdy začaly významné změny v postojích k problematice péče o seniory. Nové domy jsou situovány do obcí nebo přímo do jejich center a zároveň se zpravidla uplatňují principy nejvyšších standardů vybavení. Je zřetelná postupná orientace k maximu jednoduškových obytných jednotek. Řada domů tak již dnes plní nejvyšší požadavky na umístění a vybavení, ale organizace a chování personálu se ještě místy pohybuje v intencích „starého myšlení“. To ještě neznamená, že o klienty není dobře postaráno po „technické“ stránce, ale řada lidí zabývajících se sociální péčí stále není schopna považovat své klienty za rovnoprávné partnery [3, 11]. Zde musím podotknout, že rovnoprávnost je věc oboustranná, všestranná. Klient musí mít možnost rozhodovat o svém osudu, pečující nesmí být zneužíváni, potomci klientů si nesmí myslet, že se zbavili svých povinností k rodičům. Sociální práce se starými

lidmi je velice náročná a je zdůrazňován individuální přístup ke klientovi. Zde je na místě připomenout některé otázky, jak je pokládá Levická. Můžeme řešit individuální problémy klienta bez respektování rodiny anebo je potřebné řešit problémy klienta jako součást určité rodiny? Co chceme použitím přívlastku „individuální“ zdůraznit – to, že pracujeme s jedním klientem anebo, že sociální pracovník respektuje princip individuálního přístupu? Je vůbec možné, aby se na individuální práci podílelo více odborníků? Když to není možné, jak vysvětlíme, že trendy posledních dvaceti let ukazují právě na úspěchy dosažené v rámci týmové spolupráce odborníků [6].

Předmětem diskuse k současnému stavu jsou informace získané neřízeným rozhovorem s vedoucími pracovníky institucionálních zařízení pro seniory a informace získané při pozorování a které mi pomohly utvořit si vlastní názor na zadanou problematiku.

Některé skutečnosti se snadno dostávají do střetu. Právo klienta na uzavření dveří, které ale limitují kontakt s ošetřujícím personálem a následné obvinění personálu ze strany příbuzných o zanedbání či nedostatečné péči.

Všichni vedoucí pracovníci přiznávají klientům práva a deklarují jejich dodržování. Přesto se domnívám, že tato informace nemůže být objektivní tam, kde není zajištěno právo na soukromí a intimitu, to je ve vícelůžkových pokojích. Nelze ovšem přisuzovat chybu vedoucímu pracovníku, který nemůže změnit technické parametry budovy bývalého zámku. Lze ovšem určitým způsobem pochybovat o správnosti a účelnosti snahy vyhovět současným trendům za každou cenu a použít k vytvoření aktivizační dílny zámeckou knihovnu. Možná by tento prostor lépe odpovídal literárnímu klubu či chvilce poezie. Ne vždy znamená, že staré je špatné. Dokážu si docela dobře představit luxusní zařízení pro seniory v zámeckých prostorách, které respektují dobovou architekturu s citlivě zabudovaným moderním vybavením a přiměřenou kapacitou. Jistě by si i takové zařízení našlo své klienty, ale nemohlo by, s největší pravděpodobností, být financována podle současných předpisů.

Záleží na zájmu projektanta, na ochotě ke spolupráci, schopnosti diskutovat o požadavcích a ochotě přijímat připomínky odborníků, což se zákonitě musí odrazit na uspořádání a obyvatelnosti instituce poskytující pobytové služby pro seniory. Tento přístup je pravděpodobně dán osobnostními vlastnostmi a charakterem projektanta a jeho zájmem o zpracovávanou tematiku, od absolutního odmítání kontaktu přes drobné ústupky až po dokonalou spolupráci.

Vytvoření optimálně technicky uspořádaného zařízení se zdá být velký problém. Sebelépe promyšlené zařízení může mít své chyby, které se projeví až v běžném provozu. Zcela nové zařízení koncipované v nízké budově má velmi dlouhé chodby, které se stanou zátěží pro klienty. V tomto směru se jeví vertikální uspořádání budovy se stejným počtem klientů jako významně výhodnější. Základním předpokladem jsou vysoce kvalitní výtahy se snadnou obsluhou. Cílem práce je upozornit na některé skutečnosti získané metodou přímého pozorování a standardizovaného rozhovoru s vedoucími pracovníky pobytových zařízení pro seniory, které se vztahují k problematice pobytových zařízení pro seniory, se zaměřením na otázky bydlení.

ZÁVĚR

V současné době je jedním ze základních témat v sociálních službách proces změny v chápání celého smyslu péče o seniora. V souvislosti s tímto faktem se mění postavení pobytových zařízení pro seniory. Zařízení pro seniory bezpochyby zůstanou významnou službou sociálních služeb, přestože jsou výrazné tendence institucionální péči posunout v systému služeb na méně významné místo. Kvalita služby je jednoznačně spojena s přístupem a odborností vedoucích pracovníků, kteří mají přímou možnost tuto péči ovlivnit.

Neznamená to, že stačí vybudovat vysokými náklady luxusně vybavené zařízení, kde vůbec nic nechybí a domnívat se, že tím je založena jistota, kvalitního života seniorů. Osobnost vedoucího pracovníka, jeho přístup k problematice, ochota přijímat změny a snaha jít cestou chápání potřeb seniorů má vliv nejen na vybavení pobytových zařízení, ale i na celé pojetí této péče. Demografický vývoj společnosti nutně vede k tendenci vnímat seniora jako partnera. Starý člověk je osobnost se stejnými právy, ale i povinnostmi, jako ostatní populace. Největší díl odpovědnosti za sebe sama nese senior sám. Na druhém místě do těchto vztahů vstupuje rodina a jeho nejbližší, pak teprve personál ústavního zařízení. Tato skutečnost klade vysoké nároky na odbornost všech pracovníků v sociálních službách. S kvalitou personálu jednoznačně souvisí další ze základních témat celoevropského postoje k této oblasti služeb, a tím je humanizace péče v institucionálních zařízeních. Vysoká kvalita života seniora v pobytovém zařízení odpovídá modernímu pojetí péče. Instituce musí mít optimální vybavení, správnou organizaci péče a služeb, která respektuje přání a potřeby klientů. Stejně záleží na lidské úrovni a odbornosti personálu zařízení a všech, kdo se účastní přípravy a realizace projektu na tato zařízení.

LITERATÚRA

- [1] AUTORSKÝ kolektiv ,*Obce, města, regiony a sociální služby*.1.vyd. Praha : Socioklub, 1997. 271s. ISBN 80-902260-1-9
- [2] JABURKOVÁ, M. *Evropský a národní kontext zajišťování kvality sociálních služeb*. 1.vyd. Praha : Český helsinský výbor., 2004. 56s.ISBN 80-86436-15-2
- [3] JANEČKOVÁ, H. Bydlení seniorů – kvality domova jako podmínka kvality života. In *Gerontologické aktuality*. Praha : 2005, č.1, s.17-22. ISSN 1213-4074
- [4] KALVACH, Z. et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 1997. 193s. ISBN 80-7184-366-0
- [5] KARÁSEK, Z. Nahlédnutí do interiérů sociálních staveb. In *Sociální péče*. Brno: 2004, roč.5, č.2, s.21-22. ISSN 1213-2330
- [6] LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce* . Trnava: 2003. ISBN 80-89074-38-3
- [7] Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 – 20012 (Kvalita života ve stáří). Poslední aktualizace 1.8.2008. [online] [cit.2011-11-10] Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cz/5045>>
- [8] SCHMEIDLER, K. Ovlivňují architekti naše chování? In *Psychologie dnes*. Praha : 2005,roč.XI, č.1, s. 16-18. ISSN 1212-9607
- [9] SLOVÁK, P., VEREŠ, M. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava: 2009. ISBN 978-80-89271-27-6
- [10] TOMEŠ, I. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. 368s. ISBN 978-80-7367-868-5
- [11] TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. 2.vyd. Praha: Socioklub, 2001. 261s. ISBN 80-86484-00-9
- [12] VURM, V. et al., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100s. ISBN 80-86571-07-6.

Kontaktná adresa:

e-mail: vitova@demmy.cz

Tupadly 3, 277 21 Liběchov, ČR,

tel. 607850249;

NEZAMESTNANOSTĚ AKO MAKROEKONOMICKÝ PROBLÉM

UNEMPLOYMENT AS A MACROECONOMIC PROBLEM

BUGRI ŠTEFAN

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, Dilongova 13, Prešov
Institute of social sciences and health of bl. P. P. Gojdič in Prešov, Slovakia

ABSTRAKT

Práca je najdôležitejším výrobným činiteľom, bez ktorého by aj tie najdomyselnejšie kapitálové statky a najbohatšie prírodné zdroje zostali mŕtve. Práca aj zaujíma v živote človeka svoje nezastupiteľné postavenie. Je dôležitou podmienkou jeho existencie, prináša mu nielen materiálny prospech, ale súčasne mu dáva pocit seberealizácie a spoločenskej užitočnosti. Práca je pre mnohých ľudí možnosťou seberealizácie. Ovpływňovanie vzťahov medzi ponukou práce a dopytom po práci má za úlohu politika trhu práce. Práve politika trhu práce musí vytvárať špecializované inštitúcie, ktoré zabezpečujú finančnú podporu nezamestnaných, ale aj financovanie vytvárania nových pracovných miest, podporovaných štátom. Doznievajúca hospodárska kríza i zostrujúca sa konkurenčná súťaž medzi jednotlivými európskymi i mimoeurópskymi krajinami majú za následok oslabenie hospodárskeho života, či zreteľný pokles na národných trhoch práce. Kým pasívna politika trhu práce sa zaoberá vyplácaním dávok v nezamestnanosti alebo vyplácaním dávky v hmotnej núdzi, aktívna politika trhu práce rieši aktivizáciu uchádzačov o zamestnanie a finančne podporuje vytváranie nových pracovných miest.

Kľúčové slová:

Nezamestnanosť. Aktívna politika trhu práce. Chudoba. Trh práce. Hrubý domáci produkt. Inflácia.

ABSTRACT

Work is the most important production factor, without which even the most sophisticated capital goods and the richest natural resources have remained dead. Work also has in human life its irreplaceable position. It is an important condition for its existence, it brings not only a material benefit, but at the same time it gives him a feeling of achievement and social usefulness. The work is for many people the possibility of self-realization. Influence of the relations between labour supply and demand of work it is a task of labour market policy. Labour market policy must create the specialized institutions, which provide financial support for the unemployed, but also to finance the creation of new jobs, supported by the State. Lingering economic crisis and aggravating competition between European and non-European countries have resulted in a weakening of economic life, also distinct decrease in the national labour markets. While passive labour market policy deals with paying benefits in the unemployment or in material difficulty, active labour market policy solves activation of the jobseekers and financially supports resolves to create new jobs.

Key words:

Unemployment. Active labour market policy. Poverty. Labour market. Gross Domestic Product. Inflation.

TRH PRÁCE NA SLOVENSKU A V RÁMCI JEDNOTLIVÝCH KRAJÍN EÚ

Trh práce predstavuje vzťahy ponuky a dopytu po pracovnej sile. Dôležitá je každá pracovná príležitosť, ale len ponuka pracovných miest na trhu práce problém nezamestnanosti nevyrieši. Vývoj nezamestnanosti je spojený s rozvojom trhového hospodárstva, je viazaný na deľbu práce, závisí od kvality pracovnej sily a podmienok na trhu práce.

Trh práce je trhom primárneho výrobného faktoru. Je to trh ako každý iný, ale napriek tomu je výnimočný. Schopnosť pracovať je totiž exkluzívne viazaná na človeka. A keďže ľudia sú tvory jedinečné, každý človek má iné schopnosti, nadanie a talent, každý má iné životné a pracovné skúsenosti. Človek, ako vlastník výrobného faktoru práce, ponúka prácu ako službu na trhu práce. Výrobcovia si prácu ako službu, spolu so službami ostatných výrobných faktorov, najímajú, aby mohli vyrábať tovar. Trhy práce sú rovnako iné trhy riadené silami ponuky a dopytu. Dopyt po práci je na rozdiel od dopytu po tovare dopytom odvodeným. Ponuku práce umožňuje spotrebiteľova voľba najužitočnejšej kombinácie pracovného a voľného času.

Trh práce vytvára prostredie konkurenčné a na pracovnú silu kladie vzdelanostné, odborné, kvalifikačné nároky. Zachovanie rovnováhy na trhu práce medzi flexibilitou a istotou je nevyhnutné, pokiaľ sa chce Európska únia vyhnúť vážnejším sociálnym konfliktom, k akým už v Európe došlo. K tomuto je potrebné angažovať aj zamestnávateľov k sociálnej zodpovednosti a zachovanie zamestnancov na trhu práce zvýšením zamestnanosti.

Trh práce je miestom, kde sa stretáva dopyt po práci zo strany potenciálnych zamestnávateľov s ponukou práce, ktorú predstavujú jednotlivci uchádzači o zamestnanie, pričom predmetom kúpy a predaja nie sú jednotlivé osoby, ale ich pracovná sila. Trh práce je teda trhom, na ktorom sa obchoduje s výrobným faktorom práca. Patrí medzi trhy výrobných faktorov, do ktorých zaraďujeme ešte trh pôdy a trh kapitálu. Pre trh práce platia rovnaké zákonitosti ako na ostatných trhoch, no existujú aj špecifiká, ktoré vyplývajú z charakteru práce ako osobitého výrobného faktoru.

Práca neexistuje sama o sebe, prácu vykonávajú ľudia, ktorí sú nositeľmi schopnosti pracovať. Je cieľavedomou činnosťou ľudí, ktorí využívajú svoje fyzické a psychické danosti na výrobu výrobkov a služieb, ktoré slúžia na uspokojenie potrieb obyvateľstva. Z toho dôvodu je práca činnosťou, ktorú vynakladajú subjekty pri tvorbe výrobkov a služieb a súhrn fyzických a psychických schopností jedinca pre výkon práce označujeme pojmom pracovná sila.

POLITIKA TRHU PRÁCE

Politiku trhu práce môžeme charakterizovať ako systém podpory a pomoci občanom pri ich začleňovaní sa na pracovné miesta na trhu práce. Je to súbor foriem, činností, opatrení a nástrojov, ktoré sa majú uplatňovať v službách zamestnanosti pri práci s evidovaným nezamestnaným. Zákony upravujúce služby zamestnanosti však sledujú i to, aby jednotlivci, ktorým úrady práce, sociálnych vecí a rodiny pomáhajú pri riešení ich pracovného uplatnenia, napomáhali i vlastným úsilím realizovať ciele politiky trhu práce.

Trh práce je výrazne ovplyvňovaný pracovnoprávnymi a sociálnoprávnymi predpismi, napr. úpravou pracovnej doby, stanovenou minimálnou mzdou, podmienkami pre poberanie dôchodkov, ale i napr. dĺžkou školskej dochádzky. Za tvorbu politiky trhu práce zodpovedá

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR a realizuje ju tým, že určuje ciele a priority politiky trhu práce celoštátneho charakteru. Tieto ciele a priority sú určované na základe zámerov hospodárskej a sociálnej politiky, ktoré sú konkretizované v programovom vyhlásení vlády a v ďalších dokumentoch schválených NR SR.

Do januára 2004 zabezpečoval služby nezamestnanému Národný úrad práce prostredníctvom úradov práce v súlade s dovtedy platným zákonom č. 387/1996 Z. z. o zamestnanosti. Od začiatku februára 2004 nadobudol účinnosť nový zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti, ktorý nadväzuje na zákon č. 453/2003 Z. z. o orgánoch štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti a na zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.

Pasívna politika trhu práce je historicky staršou formou politiky trhu práce. Začala sa rozvíjať už v dvadsiatych rokoch minulého storočia a zameriava sa na poskytovanie dávky v nezamestnanosti. Poskytovanie dávky v nezamestnanosti je v kompetencii Sociálnej poisťovne, pretože poistenie v nezamestnanosti a garančné poistenie zo starého zákona o zamestnanosti je začlenené do nového zákona o sociálnom poistení a bolo presunuté do Sociálnej poisťovne.

Dávka v nezamestnanosti je vlastne náhradným príjmom za príjem zo zamestnania a jej poskytovanie je založené na poistnom princípe. Podmienkou pre priznanie dávky v nezamestnanosti je, aby občan bol v posledných štyroch rokoch pred zaradením do evidencie nezamestnaných občanov poistený v nezamestnanosti najmenej tri roky (ust. § 104 ods. 1 zákona o sociálnom poistení).

Výška dávky v nezamestnanosti je jednotná pre všetkých poberateľov, a to 50 % denného vymeriavacieho základu. Tiež je jednotná doba poberania dávky v nezamestnanosti, a to šesť mesiacov (ust. § 105 ods. 1 zákona o sociálnom poistení).

Aktívna politika trhu práce je historicky mladšou formou politiky trhu práce, v Európe sa začala rozvíjať po druhej svetovej vojne a výraznejšie až v sedemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia, kedy prestali stačiť opatrenia pasívnej politiky, podpory demotivovali postoje ľudí k práci a rapídne rástli výdaje na ich vyplácanie, preto sa ťažisko politiky začalo presúvať k jej aktívnym zložkám.

Aktívna politika trhu práce má za cieľ:

- pomôcť tým, ktorým hrozí nezamestnanosť,
- pomôcť nezamestnaným, aby sa zamestnali skôr, než sa stanú dlhodobo nezamestnanými.

Základné služby aktívnej politiky trhu práce, ktoré pre občanov upravuje zákon o službách zamestnanosti, sú:

- sprostredkovanie vhodného zamestnania,
- odborné poradenské služby,
- vzdelávanie a príprava pre trh práce,
- podpora vytvárania pracovných miest.

MAKROEKONOMIKA A EKONOMICKÉ PROSTREDIE V SR

Makroekonomika skúma celkový stav a štruktúru národného hospodárstva, zaoberá sa základnými a všeobecnými súvislosťami ekonomických procesov štátu. Najnepriaznivejším makroekonomickým ukazovateľ v SR od roku 1991 je práve miera nezamestnanosti. Avšak aj

dnes možno konštatovať, že ani po viac rokoch transformácie sa nepodarilo znížiť mieru nezamestnanosti, naopak, nezamestnanosť sa výrazne zvýšila.

Podmienky rozvinutej trhovej ekonomiky rozpracoval významný ekonóm J. M. Keynes ako aj teoretické základy štátneho regulovania ekonomiky rozšíril na nové úlohy štátu v práci Všeobecná teória zamestnanosti, úroku a peňazí z roku 1936. Úspech keynesovskej teórie spočíva v tom, že zdôvodnenie makroekonomickej analýzy je na základe existujúcej hospodárskej politiky a je aj nevyhnutnosť štátnych zásahov.

Zo všetkých makroekonomických problémov je najproblematickejšou otázkou zabezpečenie plnej zamestnanosti. Súčasná ekonomika nemôže zabezpečiť plnú zamestnanosť. Výkonnosť ekonomiky a ekonomický rast poukazujú na súčasné a budúce možnosti ekonomiky zabezpečovať ekonomický blahobyť pre obyvateľov. Všetky makroekonomické problémy, ako napr. inflácia, nezamestnanosť, stabilita meny, cyklický vývoj ekonomiky, súvisia s výkonnosťou ekonomiky a s ekonomickým rastom.

Slovensko je z pohľadu vývoja vonkajšieho ekonomického prostredia malá otvorená ekonomika, ktorú ovplyvňuje aj negatívne vonkajšie prostredie. Po splnení maastrichtských kritérií vstúpila 1.5.2004 Slovenská republika do Európskej únie. Ekonomika prešla hospodárskymi reformami, zaradila sa v Európe medzi najrýchlejšie rozvíjajúce sa štáty. Euro, spoločná európska mena, bolo prijaté na Slovensku na Slovensku od 1.1.2009, a tým sa stalo ďalším významným faktorom oživenia zahraničných investícií.

Hrubý domáci produkt predstavuje úhrnný objem výrobkov a služieb v krajine vyprodukovaných spravidla za obdobie jedného roka. Najväčší rast na Slovensku bol zaznamenaný v roku 2007 – až 10,6 %. Slovenská ekonomika vykazovala v roku 2008 rast 6,2 %. Slovenské hospodárstvo od svojej samostatnosti prešlo najväčším prepadom HDP v roku 2010, keď kleslo až o 4,7 %. Prispela k tomu aj hospodárska celosvetová kríza, ktorá týmto spôsobom zabrzдила rast ekonomiky.

Hrubý domáci produkt je zároveň meradlom toho, koľko pracovných miest dokáže daná ekonomika vytvoriť a aký objem produkcie dokáže vyprodukovať ekonomika na jedného obyvateľa. Existuje vzájomná súvislosť medzi množstvom práce (zamestnanosťou) a veľkosťou HDP, pričom je možné predpokladať, že ak sa zvyšuje HDP, zvyšuje sa aj zamestnanosť alebo rast HDP je sprevádzaný poklesom nezamestnanosti. Podľa štatistických údajov EUROSTAT-u sa nezamestnanosť za posledných 30 rokov zvyšovala, aj keď v Európe rástol HDP. Nedoceňuje sa často vplyv nových technológií a obchodu na hospodársky rast, ktorý nie je previazaný s rastom zaradených pracovných príležitostí.

Inflácia je makroekonomický jav, ktorý zaujíma významné miesto v ekonomickej teórii, je však tiež v centre pozornosti každého individuálneho subjektu. Inflácia sa prejavuje dlhodobým rastom cenovej hladiny tovarov a služieb, príp. trvalým znižovaním kúpnej sily peňažných jednotiek. Vzájomný vzťah nezamestnanosti a inflácie ako prvý vysvetlil A. W. Phillips prostredníctvom tzv. Phillipsovej krivky. Aj keď ekonómovia Phillipsovu krivku prehodnotili, má svoje miesto vo vysvetľovaní a riešení vzájomného ovplyvňovania sa nezamestnanosti a inflácie v súčasných ekonomikách. Rast spotrebiteľských cien vyjadruje inflácia. V období inflácie majú ľudia pocit poklesu životnej úrovne. Údaje o inflácii zverejňuje EUROSTAT.

Verejný dlh je súhrn pohľadávok ostatných ekonomických subjektov voči štátu, bez ohľadu na to, či vznikli rozpočtovou cestou, alebo nie. Dlh štátu je označovaný ako verejný, nie je dôležitý spôsob jeho vzniku, ale spôsob jeho úhrady a to, že predstavuje pohľadávku voči súčasnej i budúcej daňovej povinnosti obyvateľstva. Na vyrovnanie deficitu má štát tieto možnosti:

- predaj vládnych obligácií súkromnému sektoru alebo do zahraničia,

- pôžičky od centrálnej banky alebo zahraničný úver,
- úvery,
- dane.

Štátny rozpočet patrí medzi najdôležitejšie zložky verejných financií, ktoré slúžia na financovanie potrieb štátu a celého verejného sektora. Vznik a vývoj štátneho rozpočtu sa spája s dvoma základnými predpokladmi:

- existencia štátu,
- rozvoj peňažných vzťahov vo všetkých oblastiach ekonomiky a spoločnosti.

Nákladovú položku štátneho rozpočtu tvoria náklady na pasívnu politiku trhu práce bez možnosti zlepšenia situácie. Priaznivejšie dôsledky na budúcnosť SR má aktívna politika trhu práce, pretože napomáha vytváraniu pracovných miest.

NÁKLADY A DÔSLEDKY NEZAMESTNANOSTI

Nezamestnanosť nie je iba osobným problémom občanov, ale aj celej spoločnosti, a to tak v ekonomickej oblasti, ako aj v sociálnej. Náklady, spojené s nezamestnanosťou, sú v prípade štrukturálnej a frikčnej nezamestnanosti ťažko merateľné. Dôsledky nezamestnanosti a náklady, spôsobené pre štátny rozpočet sú nasledovné:

- strata výstupu – rast nezamestnanosti vedie k poklesu produktivity danej ekonomiky. Skutočný produkt je podstatne nižší ako reálny produkt, ktorý by daná krajina vyprodukovala pri plnom využití výrobných faktorov;
- strata ľudského kapitálu – nezamestnanosť má na človeka negatívny vplyv, pretože tlmí rozvoj ľudského kapitálu;
- kriminalita – strata zamestnania a dlhodobá nezamestnanosť môže u niektorých jednotlivcov vyvolať sklony ku kriminalite z dôvodu zachovania určitého životného štandardu;
- ľudská dôstojnosť - najväčší nevyčíslený náklad nezamestnanosti. Nezamestnaný stráca motiváciu ku hľadaniu zamestnania, sebavedomie, sebaúctu;

Ekonomické dôsledky sú reálny produkt ekonomiky. Ekonomika štátu nevyrába toľko, koľko je schopná vyrábať. Hrubý domáci produkt klesá pod národný produkt.

ZÁVER

Pre štát je dôležité, aby občania vykonávali akúkoľvek platenú prácu. K tomu sa využívajú prostriedky štátneho rozpočtu, ale aj zahraničné fondy určené na investície do ľudských zdrojov a financovanie reforiem pracovných trhov. Na aktívnu politiku trhu práce však Slovensko vydáva menej finančných prostriedkov v porovnaní s okolitými krajinami EÚ. Nezamestnanosť sa stala dynamicky sa meniacim a frekventovaným problémom ovplyvňujúcim život nielen nezamestnaných. Výrazne zasahuje do ekonomiky štátu ale aj bežného života ľudí. Spôsobuje pokles ekonomickej aktivity, pokles príjmov a celkovú stagnáciu hospodárstva. Nezamestnaní strácajú motiváciu, upadajú do depresií a hľadajú

východisko v asociálnom správaní. Znižuje sa spoločenské postavenie občanov a v konečnom dôsledku životná úroveň krajiny.

LITERATÚRA

- [1] BROŽOVÁ, D.: *Spoločenské súvislosti trhu práce*. I. vyd. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86419-16-4
- [2] BUGRI Štefan, PRIBIŠOVÁ Emília - Veřejná ekonomika – skriptá – *Brno 2011, s.118*, ISBN 978-80-86710-30-3
- [3] BUGRI Štefan, PRIBIŠOVÁ Emília, ŽÁK Silvester – Rast nezamestnanosti v Slovenskej republike ako dôsledok hospodárskej krízy – *Medzinárodná konferencia VŠKE*, Brno 2011, ISBN 978-80-86710-48-8
- [4] BUGRI Štefan, PRIBIŠOVÁ Emília, ŽÁK Silvester, PAULOVIČOVÁ Marcela – Dopad hospodárskej krízy na nezamestnanosť v Slovenskej republike, *Zdravotníctví a sociální práce, vedecký časopis, ročník 6,2011, č. 3-4, E 19259, ISSN: 1336-9326, str.47*
- [5] LIPKOVÁ, B.: *Európska integrácia – jednotný trh*. Bratislava Ekonóm 2011. ISBN 978-80-22539-41-9
- [6] LISÝ, J., et. al. 2007. *Ekonomía v novej ekonomike*. Bratislava, 2007. I. vyd. ISBN 978-80-8078-164-4
- [7] UPSVAR, www.hnonline.sk
- [8] Štatistický úrad Slovenskej republiky - www.statistics.sk
- [9] Európsky štatistický úrad - www.eurostat.sk

Kontakt na autora:

doc. Ing. Štefan Bugri, MPH, PhD.

e-mail: bugri@usvaz.sk.

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

Dilongova 13

080 01 Prešov

GLOBALIZAČNÉ PRÍČINY SYSTÉMOVÝCH NEDOKONALOSTÍ EURÓPSKEJ INTEGRÁCIE A ICH VPLYV NA REALIZÁCIU SOCIÁLNYCH ÚLOH ŠTÁTU

GLOBALIZATION CAUSES OF SYSTEMIC IMPERFECTIONS OF EUROPEAN INTEGRATION AND THEIR INFLUENCE ON THE IMPLEMENTATION OF SOCIAL ROLE OF THE STATE

PRIBIŠOVÁ, E.

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

ABSTRAKT

Súčasnú ekonomickú, dlhovú a sociálnu nestabilitu spôsobujú chybné a opakovane nesprávne prijímania politických rozhodnutí na úrovni Európskej únie a Slovenskej republiky. Krízy sa dotýkajú prevažnej väčšiny obyvateľov únie a prehlbujú sa v oblastiach dlhovej krízy, nezamestnanosti, poklesu hospodárskeho rastu, zvyšovania chudoby a v likvidácii poľnohospodárskej základne Slovenska. Základnou príčinou je strata humanistických hodnôt historicky overených ako elementárnej podmienky správneho vývoja spoločnosti. Strata hodnôt je úzko spojená s nízkou úrovňou politického vodcovstva a nízko určenou prioritou vecí verejných pred vecami súkromnými. Riešením je návrat k historicky osvedčeným hodnotám európskeho kresťanstva a európskej humanity.

Kľúčové slová: Kríza. Politické chyby. Kresťanské hodnoty. Sociálna rovnosť. Nezamestnanosť. Integrácia. Globalizácia.

ABSTRACT

The current economic and social instability, cause of bad debt, and the adoption of political decisions at the level of the European Union repeatedly wrong in the Slovak Republic. The crisis affecting the vast majority of citizens of the European Union and deepened the crisis in the areas of debt, unemployment, the decline in economic growth and increasing poverty and the destruction of the agricultural base of Slovakia. The main cause is loss of human values historically verified as elemental conditions of the administrative development of the company. Loss of values is closely associated with the low level of the political leadership and the low priority of fixing things public before matters private. The solution is to return to the historically proven values of European Christianity and European humanity.

Key words: Crisis. Political mistakes. Christian values. Social equality. Unemployment. Integration. Globalisation.

EURÓPSKA INTEGRÁCIA A GLOBALIZÁCIA

1. mája 2012 si pripomíname ôsme výročie, v ktorom začal príbeh úspešného a rozporného rozširovania Európskej únie a príbeh vstupu Slovenskej republiky medzi 27 najvyspelejších krajín Európy. Aké sú príčiny rozporov rozsiahleho procesu európskej integrácie? Ekonomické a politické spojenectvá vytvárajú štáty z najmenej štyroch základných a východiskových dôvodov: po poučení sa z dvoch fatálnych svetových vojnových konfliktov v 20. storočí na európskej pôde ako prevenciu proti vzniku vojnových konfliktov, národy a ich politické reprezentácie uznávajú spoločné ľudské hodnoty, súčasne považujú za potrebné spájať sa z dôvodu zaistenia trvalej bezpečnosti pred hrozbami súčasných civilizačných trendov a ďalším dôvodom je výhodnosť a užitočnosť pri dosahovaní a udržaní primeranej kvality života.

Prvé myšlienky Róberta Schumana a Jeana Monetta prezentované 9. mája 1950 na tlačovej konferencii so zámerom založiť v Európe spoločenstvo uhlia a ocele, sa následne skutočne zrealizovali založením Európskeho spoločenstva uhlia a ocele v roku 1952 (Montánna únia, ďalej len „ESUO“). Táto dohoda vstúpila do platnosti v roku 1952. Práve uhlie a oceľ bolo považované za hlavné strategické suroviny v tej dobe. V marci roku 1957 tieto štáty uzavreli ďalšiu dohodu tzv. Rímsku zmluvu, ktorou vzniklo Európske hospodárske spoločenstvo (ďalej len „EHS“) a Európske spoločenstvo pre atómovú energiu (EUROATOM). Nakoľko sa koncepcia nadštátneho riadenia osvedčila v rámci činnosti ESUO, bol rovnaký model zvolený aj pre prácu v novo vzniknutých organizáciách. Po 1. júli 1967 sa po zlúčení troch spoločenstiev (ESUO, EHS a EUROATOM) začalo hovoriť o Európskych spoločenstvách (ES). Začiatkom sedemdesiatich rokov, v dobe ropnej krízy, sa ES prvý krát rozširuje. Pokračuje rozšírenou spoluprácou a vytvorením Európskeho hospodárskeho spoločenstva v roku 1958, od roku 1986 už s názvom Európske spoločenstvo s rozšíreným obsahom integrácie. Súbežne od roku 1974 sa spolu s ekonomickou a politickou integráciou rozvíja aj spoločná sociálna politika, ktorá spočíva hlavne vo vyrovnávaní rozdielov v príjmoch a bohatstve a v pomoci chudobným krajinám Európy.

Súčasnú základnú podobu získala Európa zmluvou o Európskej únii v roku 1992 podpísanou v Maastrichte. Základnú zmluvu doplnila v roku 1997 Amsterdamská zmluva a neskôr od 1. decembra 2009 v úplnej definovanej podobe Lisabonská zmluva. Základ európskej sociálnej politiky obsahuje Sociálna charta s určením priorít a cieľov:

- . zlepšenie životných a pracovných podmienok,
- . uplatňovanie rovnakej sociálnej ochrany na celom území spoločenstva a uplatňovanie princípov spravodlivej odmeny za každú prácu,
- . v uplatňovaní práva na sociálnu ochranu vrátane práva na minimálny príjem pri strate zamestnania a strate príjmu z práce,
- . v uplatňovaní práva na dôchodok dostatočný na zabezpečenie slušnej životnej úrovne.

EKONOMICKÁ SITUÁCIA V EURÓPSKEJ ÚNII

Napriek nesporným integračným a vývojovým úspechom má Európska únia v súčasnosti vážne sociálne a ekonomické problémy vyplývajúce z chybných politických interpretácií globalizačných a integračných postupov. Hlavnými problémovými prvkami súčasnosti sú:

- dlhová kríza a nezamestnanosť,
- pokles hospodárskeho rastu a nárast chudoby,

vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE
ročník 7, 2012, číslo 3

- nesystémová dotačná a intervenčná politiky v poľnohospodárstve a následne výrazne sa zhoršujúca sociálna situácia obyvateľov.

Napriek opakovaným vrcholným stretnutiam politických a štátnych špičiek únie sa viac ako 75 % štátov spoločenstva naďalej zadlžuje a priemerný dlh vzrástol v roku 2011 na 82 % celkového hrubého domáceho produktu, pri celkovom zadĺžení v roku 2010 v objeme 80 % hrubého domáceho produktu.

Tabuľka 1. Vykázaný dlh Európskej únie v % HDP :

Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011
62,5	74,8	80,0	52,0

Zdroj: Eurostat

Tabuľka 2. Evidovaný dlh Slovenskej republiky v % HDP :

Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011
27,9	35,6	41,1	43,3

Zdroj : Eurostat

Dvojnásobne vzrástol počet štátov únie, ktorých zadĺženie prekročilo 100 % ročného HDP, t.j. ich dlh je väčší ako celá ekonomika vyprodukuje za rok. Krízový vývoj štátov, napr. Grécka, Španielska, Portugalska, Talianska a ďalších významne negatívne ovplyvňuje sociálnu situáciu obyvateľov a priamo iniciuje vznik a posilňovanie extrémistických hnutí v narušenom politickom a sociálnom prostredí. Politické rozhodnutia o riešení dlhovej krízy sú nesystémové a snažia sa riešiť len časť problémov - zastaviť nárast dlhov. Tento cieľ nebol doteraz dosiahnutý. Pre riešenie skutočného objemu dlhov nie sú opatrenia a úlohy prijímané – okrem snahy o odpustenie časti dlhov, napríklad z takmer 400 mld. € dlhu Grécka vo výške 155 mld. €, z toho 105 mld. € odpustia súkromní veritelia a 50 mld. € ostatní veritelia. Odpúšťanie dlhov je v problémovom prostredí Európskej únie v súčasnosti nesystémový a deštruktívny prvok.

Politika úspor štátov, ktorá sa premieta do obmedzovania štátnych služieb a rastu daní, trvá príliš dlho. Dôvodom nepopulárnych krokov je rozmarné hospodárenie štátov pred krízou, ktorá vyvoláva nutnosť podstatného a trvalého zníženia rozpočtových schodkov. A tento nepríjemný manéver prebieha pri slabom raste ekonomík, ktoré reformy čiastočne spôsobili. Ale nielen ony. Súvisí aj so slabou konkurenčnou pozíciou niektorých krajín, ktoré boli založené v rovnakom čase „iluzórneho blahobytu“ ako nadmerné schodky. Na druhej strane rastie obava, že pokračujúce štátne úspory nebudú iba ďalej hnevať obyvateľov, ale že sa stanú hlavným dôvodom ekonomického poklesu. Rast je jednoducho potreba, ale hľadanie ciest k ich urýchleniu a zároveň k zlepšeniu situácie štátnej kasy pripomína kvadraturu kruhu.

NEZAMESTNANOSŤ - PROBLÉM VIACERÝCH ŠTÁTOV EÚ

Zásadný problém sociálneho a ekonomického vývoja predstavuje nezamestnanosť a nárast chudoby. Vysoká miera nezamestnanosti v súčasnej dobe predstavuje napríklad

v Španielsku vo výške takmer 25 %, v Grécku 21 %, v Slovenskej republike vo výške 13,7 %, atď. deštruuje sociálne prostredie a spôsobuje hmotné a duchovné škody. Extrémne krízovou oblasťou nezamestnanosti je nezamestnanosť absolventov škôl v slovenských podmienkach, k 31.12.2011 bolo v Slovenskej republike celkom nezamestnaných:

- 3 377 absolventov vysokých škôl (čo je 3,9 % všetkých absolventov vysokých škôl),
- 2 459 absolventov gymnázií (čo je 6,5 % všetkých absolventov gymnázií) a
- 23 751 absolventov stredných odborných škôl (čo je 21 % všetkých absolventov stredných odborných škôl) (zdroj: UPSVAR, www.hnonline.sk).

Súbežným javom je hrozba recesie a evidovaný pokles hospodárskeho rastu v rámci Európskej únie pod 1 % v roku 2011.

Slovensko je systémom integrácie v poľnohospodárstve tvrdo postihované politickými rozhodnutiami v uplatňovaní silného intervecionizmu a pokrivenej dotačnej politiky. Výsledkom je zásadná zmena slovenského poľnohospodárstva a slovenského trhu s poľnohospodárskou produkciou: v roku 1990 bolo Slovensko prakticky sebestačné v produkcii potravín, v roku 2011 temer 60 % svojej spotreby potravín dováža a viac ako 54% poľnohospodárskych podnikov zaniklo alebo má cudzích vlastníkov. V roku 1993 pracovalo v slovenskom poľnohospodárstve 173 tisíc ľudí, v roku 2010 to bolo už len 32 tisíc zamestnancov (zdroj: ŠÚ SR).

Politická klíma v európskom priestore je ovládaná postupne sa zvyšujúcim pocitom strachu z budúcnosti. Masy občanov privádza k strachu poznanie, že súčasné politické modely fungovania štátov a ich integračných zoskupení majú tendenciu spôsobovať sociálne a ekonomické katastrofy a nemajú prirodzenú schopnosť meniť chod udalostí k lepšiemu. Kapitalizmus založený na voľnom neregulovanom trhu nefunguje humanisticky a ani nemá tendenciu zmeniť sa na humanistickú ekonomiku. Narastajúci a zintenzívňujúci sa jav ekonomickej nespravodlivosti pôsobí negatívne na sociálnu a politickú klímu v európskom spoločenstve. Odborníci upozorňujú a občania cítia priamo opakujúce sa chyby v globálnej ekonomike, cítia potrebu mať vo svojom štáte čestnejších politikov, ktorí budú mať vo svojej agende priority verejného blaha. Ťažko prežívajú nielen rastúcu nerovnosť ale aj nízku sociálnu reflexiu politických a štátnych lídrov. Už viac ako dve desaťročia platí, že ak sa občan narodí ako chudobný, tak je vysoko pravdepodobné, že chudobným aj ostane. Je veľmi zložitá zodpovedne odpovedať na otázku, kedy sa znechutená pasívna väčšina zmení na nahnevanú a konajúcu väčšinu a ako bude konať. Rozhodujúce bude, či Európska únia a osobitne Slovensko nájdu odpoveď na otázky riešenia ekonomickej, dlhovej a sociálnej krízy. Najväčším rizikom v priestore finančnej politiky sú existujúce záväzky Slovenska v eurovaloch, ktoré v úhrne tvoria 13,4 mld. €. Suma predstavuje viac ako štvornásobok čistého príjmu, ktorý Slovensko dokázalo čerpať za prvých šesť rokov členstva v Európskej únii.

Súčasný model opatrení proti narastajúcim dlhom spoločenstva a proti dlhovej kríze je chybný a nefunkčný a pokračovanie v realizácii obsahu opatrení doteraz prijatých bude viesť k opakovaným a v čase sa zhoršujúcim krízam s ťažkým a priamym dopadom na sociálnu situáciu v spoločenstve a na Slovensku (zdroj: UPSVAR, www.hnonline.sk).

ZÁVER

Integrácia do európskych a hospodárskych štruktúr predstavuje pre SR najoptimálnejší variant z hľadiska zabezpečenia demokratického vývoja našej spoločnosti a hospodárskej prosperity krajiny. Veľká škála problémov, ktorých riešenie je základným predpokladom úspechu takejto politiky, by nemalo byť strašidlom, ale skôr naopak výzvou na ich seriózne riešenie. V tomto zornom poli by sa malo pristupovať pri stanovovaní priorít hospodárskej a

priemyselnej politiky štátu, pri riešení menových problémov a finančnej a rozpočtovej politiky vlády, ako aj v samotnej podnikateľskej sfére. 10 - ročné obdobie pridruženia ubieha veľmi rýchlo, a práve ono bude jedným z hlavných meradiel úspešnosti našich integračných krokov.

LITERATÚRA

- [1] BUGRI, Š. PRIBIŠOVÁ, E.: *Ekonomika EÚ*, VŠKE, Brno 2011. ISBN 978-80-86710-11-2.
- [2] LIPKOVÁ, B.: *Európska integrácia – jednotný trh*. Bratislava Ekonóm 2011. ISBN 978-80-22539-41-9
- [3] OUTRATA, R. a kol.: *Globalizácia a slovenská ekonomika*. Bratislava, EÚ SAV 2006. ISBN 807-1441-50-3
- [4] MAURITZOVÁ, I., BUGRI, Š. *Ekonomická migrace a mobilita pracovní síly jsou dva naprosto odlišné pojmy. Systémový přístup je nutností – Zdravotnictvo a sociální práce č. 3 – 4, 2010, s. 43 – 45. ISSN 1336 – 9326*
- [5] BUGRI Štefan, PRIBIŠOVÁ Emília: *Východiská zo zadlženosti Slovenska a krajín EÚ*, str. 27, Recenzovaný zborník vedeckých prác ÚSVaZ Prešov, 2011. ISBN 978-80-89271-95-5. EAN 9788089271955
- [6] UPSVAR, www.hnonline.sk
- [7] Štatistický úrad Slovenskej republiky - www.statistics.sk
- [8] Európsky štatistický úrad - www.eurostat.sk

Kontaktná adresa:

Ing. Emília Pribišová, MPH, PhD.

e-mail: pribisova@usvaz.sk.

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove;
Dilongova 13,
080 01 Prešov.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava
Ústav sv. Cyrila a Metoda Partizánske

História samotného mesta Partizánske je pomerne mladá. Jeho vznik spadá do obdobia rokov 1938 - 1939, kedy zlínska firma Baťa vybudovala v chotári obce Šimonovany závod na výrobu obuvi. Po postavení obytných a spoločenských budov sa zrodila osada Baťovany ako súčasť obce Šimonovany. S prudkým rozvojom fabriky rástla úmerne aj osada Baťovany a tak v roku 1948 bola obec Šimonovany s osadou Baťovany premenovaná na obec Baťovany, ktorej bol priznaný charakter mesta. Ako výraz uznania za účasť obyvateľov v SNP prijalo mesto dňa 9.februára 1949 **názov Partizánske**. Mesto Partizánske je tvorené šiestimi časťami: Centrum, Luhy I., Luhy II., Štrkovec, Šimonovany, Šípok, ďalej mestskými časťami : Veľké Bielice Malé Bielice, Návojovce. V súčasnosti je Partizánske moderným mestom nesúcim znaky funkcionalistickej architektúry, s dobre vybudovanou infraštruktúrou a množstvom zelených plôch. Priemyselná výroba v najmladšom slovenskom meste sa dlhé roky orientovala na obuvnícky a kožiarsky priemysel. Od 5. novembra 2008 patrí mestu Partizánske oficiálne prívlastok vysokoškolské. V tento deň sa uskutočnil zápis študentov do 1. ročníka externého štúdia na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, v odboroch Sociálna práca a Ošetrovateľstvo. Do funkcie tajomníka detašovaného pracoviska Partizánske bol koncom augusta menovaný Mgr. Michal Valach. Práve jeho zásluhou po neúnavných rokovaníach sa vysokoškolské štúdium v Partizánskom stalo realitou. Do funkcie vedúceho bol menovaný prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. Detašovanému pracovisku schválil akademický senát patrónov sv. Cyrila a Metoda, slovanských vierozvestcov a spolupatrónov Európy. Ústav sv. Cyrila a Metoda úzko spolupracuje s vedením mesta Partizánske. V roku 2009 získalo detašované pracovisko samostatnú akreditáciu od akreditačnej komisie Ministerstva školstva SR.

Zápis študentov do prvých ročníkov štúdia VŠZaSP sv. Alžbety v odboroch Sociálna práca a Ošetrovateľstvo sa uskutočnil v Partizánskom, v priestoroch bývalej I. ZŠ na Námestí SNP 200/14, kde je zriadené detašované pracovisko vysokej školy. V ten istý deň začala v panoramatickom kine v Partizánskom aj slávnostná imatrikulácia študentov. Trojročné úsilie študentov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety vyvrcholilo slávnostnými promóciami 27. mája 2011. Miestom ich konania bolo Panorama-tické kino v Partizánskom a stalo sa svedkom historického okamihu v novodobých dejinách mesta. 11. novembra 2011 sa uskutočnili ďalšie promócie absolventov bakalárskeho štúdia. Pred zrakmi svojich pedagógov a rodinných príslušníkov prevzalo diplomy v odbore sociálna práca 14 bakalárov a v odbore ošetrovateľstvo 31 absolventov trojročného štúdia.

V roku 2012 získalo titul bakalára 95 absolventov v študijnom odbore Sociálna práca. Od svojho vzniku pracovisko zorganizovalo niekoľko vedecko-odborných konferencií aj s medzinárodnou účasťou. V súčasnosti pôsobia na Ústave sv. Cyrila a Metoda 4 profesori, 8 docenti a 14 asistenti. Ústav okrem bakalárskeho a magisterského externého štúdia v odbore Sociálna práca ako prvý v rámci Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety zrealizoval v roku 2011 projekt Univerzity tretieho veku a v roku 2012 Detskej univerzity. Na štúdium Univerzity tretieho veku sa prihlásilo 44 poslucháčov vo vekovej kategórii od 50 do 72 rokov. Slávnostné imatrikulačné konanie sa konalo dňa 11.11. 2011 v kine v Partizánskom, za prítomnosti rektora VŠ prof. Krčméryho, vedúceho pracoviska prof. MUDr. Šramku, DrSc. tajomníka PhDr. Valacha, PhD., primátora mesta doc. PaedDr. Jozef Božika, PhD., pedagogických pracovníkov a zamestnancov pracoviska. Na imatrikulačnom konaní odovzdal rektor VŠ poslucháčom imatrikulačné listy.

Čo je cieľom Univerzity tretieho veku?

Cieľom prednášok je poskytnúť seniorom v dôchodkovom veku možnosť, aby sa kvalifikovane a na univerzitnej úrovni systematicky zoznamovali s najnovšími poznatkami v oblasti sociálnej práce, zdravotníctva, vedy, histórie, politiky, kultúry a pod. Poslucháčom sa môže stať každý občan, ktorý dosiahol dôchodkový vek. Školský rok je zložený z II. semestrov, v ktorých sa odprednáša 14 prednášok v rozsahu troch vyučovacích hodín a 14 hodín seminárov a cvičení.

Aktivity poslucháčov Univerzity tretieho veku :

Návštevy klientov DD-DSS Partizánske

čítanie kníh, časopisov, prechádzky, nákupy, pomoc obyvateľom domova.

Návštevy klientov DSS Bojná

spolupráca v rámci rôznych terapií, čítanie kníh, časopisov, príprava a organizácie kultúrnych organizácie.

Prevádzka knižnice na VŠZaSP sv. Alžbety, ústav Partizánske

evidencia odbornej literatúry, archivácia a evidencia študentských záverečných prác, evidencie a kontrola vypožičaných kníh, celkové vedenie a účasť v knižnici v rámci prevádzkových hodín.

Detská univerzita

dozor žiakov počas prestávok, medzi prednáškami, zabezpečenie pitného režimu.

Spolupráca pri organizácii aktivít prezentujúcich ústav Partizánske

pomoc pri zabezpečovaní a organizovaní vedecko-odbornej konferencie osláv sv. Cyrila a Metoda, štátnych záverečných skúšok, slávnostných promócií a imatrikulácií.

Zorganizovanie zbierky šatstva a jeho distribuovanie do domovov sociálnych služieb a detských domovov

Spolupráca pri organizovaní rôznych kulúčno-spoločenských podujatí mestom Partizánske

Brány detskej univerzity Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n. o. sa otvorili v pondelok 9. júla 2012, kedy boli aj slávnostne imatrikulovaní. V prvej časti slávnostného zhromaždenia rektor vysokej školy Vladimír Krčméry odovzdal imatrikulačné listy 44 žiakom základných škôl mesta v panoramatickom 3 D kine.

Vedúci ústavu profesor Miron Šramka v príhovore zdôraznil, že študenti, ktorí sú prijatí do prvého ročníku detskej univerzity vysokej školy, riadne skladajú sľub a preberajú si imatrikulačné listy. Študentmi - prvákmi sa stali aj žiaci z detskej univerzity, aj keď len na dobu jedného týždňa. Primátor mesta Jozef Božík v príhovore zdôraznil, že mesto v spolupráci s vysokou školou otvorilo detskú univerzitu formou prímestského tábora. Žiakov detskej univerzity ubezpečil, že na ústave vysokej školy sú pre nich pripravené nielen zaujímavé prednášky, ale aj možnosti záujmového vyžitia. Študijný program bol zostavený špeciálne pre vekovú kategóriu poslucháčov od 9 do 14 rokov. Poslucháči počas štúdia dostali odpovede na otázky: Prečo sa mám slušne správať? Prečo sú ľudia vo väzení? Prečo je viac starších ako mladších? Prečo mám športovať a nie drogovať? Ako funguje naše mesto?

Poslucháči detskej univerzity poslucháči obdržali z rúk primátora diplom o absolvovaní. V ten istý deň, po slávnostnej imatrikulácii detskej univerzity nastúpili v čiernych talároch absolventi prvého stupňa vysokoškolského štúdia. Po sľube absolventa vysokej školy si z rúk tajomníka vysokej školy Michala Valacha prevzali diplomy. Rektor vysokej školy Vladimír Krčméry v záverečnom hodnotení účastníkom slávnostného stretnutia priblížil vznik a napredovanie detašovaného pracoviska vysokej školy v Partizánskom. Ako sa vyznal, mesto Partizánske dovtedy veľmi nepoznal, no práve v našom meste sa nakoniec podarilo vytvoriť vhodné podmienky pre akreditáciu vysokej školy. V závere stretnutia si prevzali absolventi - bakalári a členovia vedenia vysokej školy spolu s vysokoškolskými profesormi kytice kvetov.

Bc. Elena Valentej

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, novikny 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 l, O.
- ako zátvorky nepoužívajte znak lomítko /, pretože nerozlišuje začiatok ani koniec výrazu. Použite vždy okrúhle zátvorky: ().
- skratky vysvetlite vždy pri ich prvom použití v texte.

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

Príklady citácií:

- [1] ČÍRTKOVÁ, L. Policejní psychologie. 1. Vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o. 2006. 309 s. ISBN 80-86898-73-3
- [2] FÁBRYOVÁ, L. 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.

Imprimatúr

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**

Detská Univerzita VŠZaSP sv. Alžbety. Imatrikulácia a promócie v Partizánskom



Poslucháči pred mestským úradom
v Partizánskom



Prof. MUDr. Vladimír Krčméry imatrikuluje



Slávnostná imatrikulácia



Na hodine prednášok



Zasadanie poslancov mesta



Zasadanie poslancov v NR SR



Promócie bakalárov zo Sociálnej práce

S NAMI
KOMUNIKUJETE
PROFESIONÁLNE



pcs)))
professional communications solutions a.s.



TELEKOMUNIKAČNÉ RIEŠENIA

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

IT RIEŠENIA

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

PROCESNÉ RIEŠENIA

- krízové riadiace procesy
- automatizácia procesov riadenia

INTEGRAČNÉ PLATFORMY

- integrácia telekomunikačných kanálov
- integrácia procesov monitoringu a riadenia



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