

Zdravotníctvo a sociálna práca

vedecký časopis | ročník 8, 2013 | číslo 4



| Ošetrovatelstvo | Sociálna práca | Verejné zdravotníctvo |

Prenatálne dieťa

Psychosomatické charakteristiky prenatálneho
a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa

Peter G. Fedor-Freybergh

6



Autor tejto knihy,
Prof. Peter G. Fedor-Freybergh, M.D.,
Ph.D., Dr.h.c. mult., rodák z Bratislavy,
absolvent Lekárskej Fakulty univerzity
Komenského uviedol pojem „pre-
natálne dieťa“ v roku 1986 na svetovom
kongrese prenatálnej a perinatálnej psy-
chológie a medicíny, ktorého bol prezi-
dentom.

Inšpirovali ho k tomu tehotné matky,
ktoré sa ho ako pôrodníka a gynekoló-
ga nikdy nepýtali „ako sa má dnes moje

embryo“ alebo „ako veľký je môj plod?“, ale pýtali sa „ako sa darí môj-
mu dieťaťu?“, a často už aj vo forme mena „ako sa darí mojej Aničke
alebo Jankovi?“. O to viac, že autor tejto knihy, ktorý je gynekológom
a pôrodníkom, ale aj psychiatrom a detským psychiatrom, priznáva
prenatálnemu dieťaťu plnú kompetenciu vo všetkých jeho funkciách
od počatia v ich nedeliteľnej kontinuite počas celého života.

Autor je zakladateľom prvého medzinárodného časopisu Inter-
national Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medici-
ne v roku 1989, ktorý vychádza pravidelne dodnes. Je tiež držiteľom
prvej a zatiaľ jedinej profesúry pre prenatálnu a perinatálnu psycho-
lógiu a medicínu na svete. Momentálne pôsobí ako riaditeľ Ústavu
pre prenatálnu a perinatálnu psychológiu a medicínu a integrova-
ných neurovied na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce Sv.
Alžbety v Bratislave.

Text tejto knihy napísal v roku 1980 v cudzine v nemeckom ja-
zyku a slovenský preklad je verný pôvodnej verzii, na ktorej autor
nič nemenil.

Kniha má hovoriť sama za seba a s Božou pomocou dosiahne
svoj cieľ, pochopenie ľudského života, plnohodnotného od samého
počiatku.

Zdravotníctvo a sociálna práca

vedecký časopis | ročník 8, 2013 | číslo 4
supplementum

| Ošetrovateľstvo | Sociálna práca |
| Verejné zdravotníctvo |



Zdravotnictví a sociální práce

vědecký časopis | ročník 8, 2013 | číslo 4
supplementum

| Ošetrovateľství | Sociální práce |
| Veřejné zdravotnictví |





MICROCOMP



***Ďakujeme našim
obchodným partnerom
za prejavenú dôveru
a tešíme sa
na d'alšiu spoluprácu
v budúcnosti.***

WWW.MICROCOMP.SK

OBJEDNÁVKA

na časopis Zdravotníctvo a sociálna práca / Zdravotnictví a sociální práce

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

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

Závazne si objednávam:

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

Objednávky poslať

Objednávky pre SR

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

Objednávky pre ČR

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

Vydavateľstvo SR

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

Vydavateľství ČR

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

Vedecký časopis Zdravotníctvo a sociálna práca • ročník 8. • 2013, č. 4

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

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

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

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

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

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

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

Pre tlač je dovolená s písomným súhlasom redakcie • Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú • 4 vydania ročne • EV 4111/10 , Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • ISSN 1336–9326 • Zaregistrované MK ČR pod číslom E 19259 • ISSN 1336–9326. Číslo 4 vyšlo 15.12. 2013.

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

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

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

časopis Zdravotníctvo a sociálna práca vychádza už 8. rok. Vznikol v roku 2006 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 a vychádza v slovenskej a českej mutácii, Vaše príspevky sú zahraničnými publikáciami. Od roku 2011 časopis vychádza v printovej aj internetovej forme na Slovensku aj v Čechách. V snahe umožniť prístup študentom k časopisu je internetová forma zdarma.

Od roku 2012 časopis vychádza so súhrnom v slovenskom a anglickom jazyku. Záujemcom o uverejnenie ich príspevkov pripomínáme potrebu dôsledne rešpektovať pokyny autorom pre písanie príspevkov. V redakčnej rade sú zastúpení odborníci z väčšiny okolitých štátov, Česka, Poľska, Ukrajiny, Rumunska, Srbska, Rakúska aj z USA. V záujme zvyšovania úrovne časopisu sa redakčná rada časopisu obmieňa. Našou snahou je dlhodobejší cieľ, aby sa časopis stal Central European Journal of Health and Social Work.

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

V tomto roku sme si pripomínali významné výročie našich národných dejín – 1150. výročie príchodu solúnskych bratov Sv. Cyrila a metoda na Slovensko. Význam a odkaz misie solúnskych vierozvestcov pre slovenský národ a Slovanov nemožno spochybniť. Boli prví, ktorí priniesli Slovanom kresťanstvo v zrozumiteľnej podobe. Vytvorili hláholiku, preložili prvé texty, dosiahli, aby sa štvrtým liturgickým jazykom popri latinčine, gréčtine a hebrejčine stala staroslovenčina. Bol to unikátny diplomatický výkon, ktorý sa do 20. Storočia iným nepodaril. Žiadnemu inému národu sa nepodarilo prežiť tak dlho cudziu nadvládu a zachovať si pritom vlastnú identitu, ako sa podarilo Slovákom. Sv. Cyril a Metod nám i po 1150 rokoch dávajú možnosť spoznať samých seba, svoje korene. Bohaté dedičstvo, ktoré nám zanechali, nám i po 1150 rokoch pripomína, že i doma máme svetové poklady.

Redakcia časopisu želá všetkým spolupracovníkom, prispievateľom a čitateľom požehnané a radostné prežitie Vianočných sviatkov, zdravie, Božie požehnanie a veľa úspechov v roku 2014.

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
šéfredaktor



*Požehnané milostiplné Vianoce a veľa úspechov v roku 2014
želá redakcia*



OBSAH

<i>Šramka, M.</i> Editoriál	2
<i>Kusturica, M. P., Stojančević, M., Tomić, L., Tomić, Z.</i> <i>Šramka, M., Sabová, A.</i> Porovnanie spotreby antidepresív Medzi Srbskom a Slovenskom (Comparison of antidepressant consumption between Serbia and Slovak Republic)	5
<i>Gábrišová, B.</i> Vplyv anxiety na temporomandibulárne poruchy (Effect of anxiety on temporomandibular disturbances)	9
<i>Tirpáková, L., Suchanová, R.</i> Rodina ako protektívny faktor rizikového správania u adolescentov (Family as a protective factor of risk behaviour in adolescents)	13
<i>Hamplová, L., Moravcová, K., Jahodová, I., Drbohlavová, B.</i> Problematika gamblingu v České republice (Issues Gambling in Czech Republic)	18
<i>Urban, D., Kajanová, A.</i> Sociální opora jako sociální determinanta zdraví u romských komunit (Social support as social determinant of health in Roma communities)	26
<i>Karas, M.</i> Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny (The importance of the children's center in care of the endangered family)	30
<i>Šoltésová, V.</i> Pripravenosť na krízové javy vo svetle odbornej terminológie (Der Bereitschaft an Krisenereignisse im Licht der Fachterminologie)	35
<i>Juristy, J., Beňo, P.</i> Praktická aplikácia Bernouliho vzorca a Poissonovho zákona v zdravotníctve (Practical application of Bernouli formula and Poisson's Law in Health)	45
<i>Hrubý, R.</i> Recenzia knihy: Psychosomatické charakteristiky perinatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa	50

POROVNANIE SPOTREBY ANTIDEPRESÍV
MEDZI SRBSKOM A SLOVENSKOM

COMPARISON OF ANTIDEPRESSANT CONSUMPTION
BETWEEN SERBIA AND SLOVAK REPUBLIC

Milica Paut Kusturica,¹ Maja Stojančević,¹ Ljiljana Tomić,³
Zdenko Tomić,^{1,2} Miron Šramka,^{2,4} Anna Sabová^{1,2}

¹ Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology,
Faculty of Medicine, Novi Sad, Serbia

² St. Elizabeth University of Health and Social Work, Bratislava, Serbia,
Institute of Social Work Martin Luther, Bc. Petrovec,

³ Pharmacy Bjeljina, Bosnia and Herzegovina,

⁴ Institute of Social Work Martin Luther Bc. Petrovec
and St. Elizabeth University of Health and Social Work, Bratislava, Slovakia.

Súhrn:

Cieľom nášho výskumu bolo analyzovať a porovnať celkovú spotrebu antidepresív (N06A) v Srbsku a v Slovenskej republike v rokoch 2005 a 2009. V priebehu sledovaných rokov využitie antidepresív bolo nízke a oveľa nižšie v Srbsku v porovnaní so Slovenskou republikou. Štruktúra najčastejšie používaných liekov v roku 2005 v Srbsku a na Slovensku bola odlišná. Citalopram a sertralín boli najpoužívannejšie liečivá v liečbe depresie na Slovensku, zatiaľ čo fluoxetín a maprotilín predstavovali najviac používané lieky v Srbsku. Rozdiely medzi Srbskom a Slovenskou republikou naznačujú, že kultúrne a sociálno-ekonomické faktory zohrávajú úlohu rovnako ako rozdiely v systémoch zdravotnej starostlivosti v sledovaných krajinách.

Kľúčové slová: antidepresíva, farmakoepidemiológia, farmakoterapia.

Abstract:

The aim of our survey was to analyse and compare the overall consumption of antidepressants (N06A) in Serbia and Slovak republic in 2005 and 2009. During the observed years total utilization of antidepressants was much lower in Serbia in comparison with Slovak Republic. The structure of the most commonly used drugs in 2005 in Serbia and Slovakia was different. Citalopram and sertraline were the most commonly used drugs to treat depression in Slovakia, while fluoxetine and maprotiline represent the most used liekyv Serbia. Differences among Serbia and Slovak Republic, suggest that cultural and socio-economic factors play a role as do differences in health care systems in observed countries.

Keywords: antidepressants, pharmacoepidemiology, pharmacotherapy.

ÚVOD

Depresia je dôležitým celosvetovým zdravotným problémom. Spôsobuje výrazné zníženie kvality života, stratu pracovných dní, a dokonca aj samovraždu [3]. Depresívne poruchy sú štvrtou najvýznamnejšou príčinou zdravotného postihnutia na celom svete a očakáva sa, že sa stanú druhou najvýznamnejšou príčinou do roku 2020 [14]. Európska štúdia zistila, že prevalencia sa pohybuje od 2,5% v meste Santander do 17% v Liverpoole, zatiaľ čo celosvetová štúdia zistila, prevalenciu až 9,5% (2, 5). Stanovenie optimálnej antidepresívnej terapie je náročná úloha, pretože to vyžaduje zváženie farmakologických, klinických, sociálnych a ekonomických aspektov. Táto zložitosť pravdepodobne prispieva k pozoruhodným rozdielom v množstve a druhu liekov predpísaných na liečbu depresie v rôznych krajinách [4]. Počas posledného desaťročia, sú zaznamenané významné

zmeny v dostupnosti liekov na liečbu depresie. Registrácia nových liekov, nových liekových foriem a nových terapeutických indikácií pre staré lieky prispeli k zvýšeniu spotreby antidepresív [1]. Zavedenie generických liekov malo za následok výrazný pokles cien. Všetky tieto údaje boli pre nás podnetom pre vykonanie analýzy trendu používania antidepresív.

Cieľom nášho výskumu bolo analyzovať a porovnať celkové využitie antidepresív v Srbsku a na Slovensku v rokoch 2005 až 2009. Ďalším cieľom bolo získať prehľad liekov najbežnejšie používaných v liečbe depresie v týchto krajinách.

METÓDY

Využitie antidepresív (ATC skupina N06) bolo porovnané za roky 2005 a 2009. Údaje o spotrebe liečiv boli získané z výročných správ o spotrebe liekov a zdravotníckych pomôcok Agentúry pre lieky Srbska [10, 11] a z publikovaných údajov pre Slovenskú republiku, pre celú populáciu. ALIMIS publikuje ročne údaje o realizovanom predaji liekov od výrobcov alebo ich zástupcov v Srbsku. Všetky lieky boli klasifikované podľa anatomickeo-terapeuticko-chemickej - ATC klasifikácie podľa odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie.

Výsledky o spotrebe liekov boli vyjadrené v definovaných denných dávkach (DDD) na 1000 obyvateľov a deň. DDD je útatistická jednotka použitia liekov. Predstavuje priemernú dennú dávku lieku pri jeho najčastejšej indikácii. DDD umožňuje medzinárodné porovnanie spotreby liekov a hodnotenie trendov v užívaní v čase [13]. Spracované bolo celkové využitie liekov ATC skupiny N06A - Antidepresíva, za obdobie 01. január - 31. december pre roky 2005 a 2009. Spotreba liekov sa vzťahovala na celú populáciu Srbska a Slovenska.

VÝSLEDKY

Počas sledovaných rokov, celková spotreba antidepresív ukázala mierne rastúcu tendenciu v oboch krajinách. Celkové využitie antidepresív (N06A) v roku 2005 bolo oveľa nižšie v Srbsku (8,4 DDD/1000 obyvateľov/deň), v porovnaní so Slovenskou republikou (24, 2 D DDD/1000 obyvateľov/deň). Podobná situácia bola v roku 2009, kedy celkové využitie antidepresív bolo oveľa vyššie v Slovenskej republike (tab. 1).

Tab 1. Spotreba antidepresív v 2005 a 2009 roku v Srbsku a na Slovensku v DDD/1000 obyvateľov/deň

2005		2009	
Srbsko	Slovensko	Srbsko	Slovensko
8,4	24,2	11,8	27,0

Štruktúra najčastejšie používaných liekov v roku 2005 v Srbsku a na Slovensku bola odlišná (tab. 2). Citalopram a sertralín boli najpoužívanéjšie lieky na liečbu depresie na Slovensku, zatiaľ čo fluoxetín a maprotilín predstavovali najviacej používané lieky v Srbsku (tab. 2).

Tab 2. Percento najčastejšie používaných antidepresív v roku 2005 v Srbsku a na Slovensku

Slovensko		Srbsko	
antidepresívum	%	antidepresívum	%
citalopram	23,9	fluoxetín	45,0
sertralín	18,6	maprotilín	31,8
paroxetín	12,1	mianserín	9,1
escitalopram	8,6	sertralín	6,4
venlafaxín	6,3	moklobemid	3,7
tianeptín	4,3	paroxetín	1,7
fluoxetín	4,1	venlafaxín	0,8
fluvoxamín	2,9	klomipramín	0,6

DISKUSIA

Celková spotreba antidepresív v Srbsku v sledovanom období bolo zhruba 2,5 krát nižšia než na Slovensku, hoci Slovenská republika je v spodnej časti tabuľky pri porovnávaní užívania antidepresívnych liekov v Európe: v roku 2010 z pozorovaných 19 krajín, nižšia spotreba antidepresív ako na Slovensku bola už len v 2 krajinách - Estónsko a Maďarsko (16 a 26 DDD/1000 obyvateľov/deň) [9]. Podobná situácia ohľadom nízkej spotreby antidepresív bola publikovaná len v málo krajinách ako je Litva [8]. Kým priemerná spotreba v Európe bola v 2010 roku 52 DDD/1000 obyvateľov/deň, mnohé európske štáty ako Španielsko, Veľká Británia, Belgicko, Fínsko, Švédsko, Dánsko a Island mali spotrebu od 61 (Španielsko) do 101 (Island) DDD/1000 obyvateľov/deň.

Rozdiely v spotrebe môžu byť čiastočne vysvetlené rôznou prevalenciou diagnostikovanej depresie v pozorovaných krajinách. Konkrétne, prevalencia depresie v Srbsku sa zdá byť nižšia. Odhaduje sa, že asi 300.000 ľudí trpí touto chorobou [6], čo je približne 4 % z celkového počtu obyvateľov v Srbsku. Podľa toho, Srbsko patrí ku krajinám s najnižším výskytom depresie. Druhým dôvodom nižšej spotreby môže byť, že tieto lieky boli predpisované len pre ťažké depresie. Možným vysvetlením nižšej spotreby antidepresív môže byť aj nedostatočné diagnostikovanie afektívnych porúch vo všeobecnej lekárskej praxi [12]. Podľa nepublikovaných dát, mierne formy depresie sa často chybné diagnostikujú ako úzkosť a liečia sa benzodiazepínmi. V nedávnej minulosti boli benzodiazepíny najčastejšie používanými liekmi v liečbe depresie [7]. Ich spotreba v Srbsku je dnes ďaleko nad európskym priemerom [11].

Ďalší problém v Srbsku je, že len niektoré z antidepresív donedávna boli plne hrazené zdravotnou poisťovňou. Pacienti často neboli schopní zaplatiť čiastočnú alebo plnú úhradu za lieky, takže ich používali len občas, alebo ich nepoužívali. Malé množstvo hrazených antidepresív neumožňovalo voliť antidepresíva, ktoré by boli vhodnejšie pre jednotlivých pacientov z aspektu nežiaducich účinkov, čo tiež vplývalo na používanie.

Zo skupiny antidepresív najviac používaný liek na Slovensku bol citalopram (Citalex®), zatiaľ čo fluoxetín (Hapilux®, Magrilan®, Flunirin®) bol najčastejšie používaný z antidepresív v Srbsku. Oba lieky patria do skupiny selektívnych inhibítorov spätného vychytávania serotonínu (SSRI, N06AB). Účinnosť antidepresív je všeobecne porovnateľná medzi skupinami aj v rámci skupín liekov. Preto sa výber antidepresíva do značnej miery zakladá na očakávaných nežiaducich účinkoch, bezpečnosti alebo znášanlivosti nežiaducich účinkov pre jednotlivých pacientov, pacientove preferencie, množstva a kvality údajov z klinických štúdií, ktoré sa týkajú medikácie a nákladov. U väčšiny pacientov, lieky zo skupiny N06AB, ktorá zahŕňa antidepresíva pôsobiace inhibíciou spätného vychytávania serotonínu na presynaptickej membráne neurónov, sú prvou voľbou pre liečbu depresie.

Použitie tricyklických antidepresív zo skupiny N06A (klomipramin-Anafranil®) by malo byť obmedzené na prípady zlyhania pri používaní liekov odporúčaných ako lieky prvej voľby.

ZÁVER

Záverom môžeme zhrnúť, že spotreba antidepresív v Srbsku a na Slovensku je nižšia ako v ostatných európskych krajinách. Do akej miery a či je to pozitívnou skutočnosťou, nemožno na základe našich výsledkov s istotou konštatovať, pretože sme nemali k dispozícii presné údaje o počtoch pacientov s depresiou. Práve preto, že tento problém je stále viditeľnejší, v budúcnosti by analýze optimálnej liečby depresie bolo potrebné venovať väčšiu pozornosť.

LITERATÚRA

- [1] ARIAS, L.H., LOBATO, C.T., ORTEGA, S., VELASCO, A., CARVAJAL, A., del POZO, J.G.: Trends in the consumption of antidepressants in Castilla y León (Spain). Association between suicide rates and antidepressant drug consumption. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010 Sep; 19 (9): 895-900. doi: 10.1002/pds.1944.
- [2] AYUSO-MATEOS, J. L., VAZQUEZ-BARQUERO, J. L., DOWRICK, C., LEHTINEN V., DALGARD, O. S., CASEY, P., et al.: Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 308–16.
- [3] CASSANO P., FAVA M.: Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res.* 2002 Oct; 53(4): 849-57.
- [4] De Las CUEVAS, C., SANZ, E. J.: Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC Psychiatry* 2004, 4:18
- [5] GOLDBERG, D., LECRUBIER, Y.: Form and frequency of mental disorders across centres. In *Mental Illness in General Health Care: An International Study* (eds. TB Ustun, N Sartorius). John Wiley, on behalf of the World Health Organization, 1995.
<http://www.politika.rs/rubrike/Drustvo/Depresija-postaje-fatalna-bolest.lt.html>
- [6] JOHNSON, DAW: The use of benzodiazepines in depression. *Br J Clin Pharmacol.* 1985; 19: 31S–35S.
- [7] KADUŠEVIČIUS, E., MIKUČIONYTĖ, L., MAČIULAITIS, R., MILVIDAITĖ, I., SVEIKATA, A.: Trends in the consumption of antidepressant drugs in Lithuania in 2002–2004. *Medicina (Kaunas)* 2006; 42 (12): 1020-1029
- [8] OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264183896-en
- [9] RADONJIĆ, V., LJ D (2006) Trade and consumption of the medicinal products - Annual reports 2005. Medicines and Medical Devices Agency of Serbia, Belgrade
- [10] RADONJIĆ V, LJ D (2010) Trade and consumption of the medicinal products - Annual reports 2009. Medicines and Medical Devices Agency of Serbia, Belgrade
- [11] SIMON, G.E., GOLDBERG, D., TIEMENS, B.G., USTUN, T.B.: Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999; 21(2): 97-105.
- [12] World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2012) About the ATC/DDD system. Available at:
http://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/. Accessed 5 August 2013
- [13] World Health Organization. Mental health. A Call for Action by World Health Ministers. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf

Kontaktná adresa:

E-mail: ana.sabo56@gmail.com; e-mail: msramka@ousa.sk

VPLYV ANXIETY NA TEMPOROMANDIBULÁRNE PORUCHY EFFECT OF ANXIETY ON TEMPOROMANDIBULAR DISTURBANCES

Gábrišová, B.

*Neštátne zdravotnícke zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
v odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia.
Pri starej prachárni 132/ 14, 831 04 Bratislava*

Abstrakt

Temporomandibulárne poruchy predstavujú súhrn klinických ťažkostí, ktoré sa prejavujú najmä bolesťou v oblasti čeluste, okolitých svalov s prítomnými bolestivými spúšťovými bodmi, s obmedzenou schopnosťou prirodzených pohybov pri jedení, prežúvaní, prehĺtaní, rečovom prejave a výrazoch tváre.

Úzkostné poruchy sú vyvolané pôsobením psychických podnetov. Pri ich vzniku zohrávajú dôležitú úlohu osobnostné charakteristiky jedinca, biologické predispozície, zvýšená vnímavosť jedinca na anxiózne podnety, biologické mechanizmy. Podľa psychofyziologickej koncepcie vzniku poruchy temporomandibulárneho kĺbu je primárnym faktorom vzniku psychogénny základ ochorenia (anxieta).

Kľúčové slová: *temporomandibulárne poruchy, úzkostné poruchy, psychosomatika.*

Abstract

Temporomandibular disorders represent a complex of clinical difficulties, which are manifested in particular in form of pain in the jaw area, surrounding muscles with painful trigger points, with limited capability of natural movements during eating, chewing, swallowing, speaking and facial expressions. Anxiety disorders are caused by psychic stimuli. Their occurrence is significantly determined by personal characteristics of the person concerned, biological predispositions, increased sensitivity of the person concerned to anxiety stimuli and biological mechanisms. According to the psychophysiological conception of formation of temporomandibular joint disorders, the primary factor is the psychogenic basis of the disease (anxiety).

Keywords: *temporomandibular disorders, anxiety disorders, psychosomatics.*

ÚVOD

Temporomandibulárne poruchy (TMP) predstavujú súhrn klinických stavov, pričom psychofyziologický koncept temporomandibulárnych porúch je najčastejší. Psycho-fyziologické temporomandibulárne poruchy predstavujú 60 až 70% z celkového počtu artropatií. Za ich hlavnú príčinu sa všeobecne považujú nepriaznivé psychologické faktory. Hlavným predstaviteľom TMP je myofasciálny dysfunkčný bolestivý syndróm [6]. Z pozorovania pacientov možno povedať, že za psychofyziologickou dysfunkciou temporomandibulárnych porúch je úzkosť a stres. Cieľom tohto príspevku je poukázať na vplyv úzkosti často zistenej u pacientov s temporomandibulárnymi poruchami. Ochorenie temporomandibulárneho kĺbu postihuje zhruba 5% populácie, 15% má chronické ťažkosti, 75% sa stretne s ťažkosťami temporomandibulárneho kĺbu raz za život. Ženy postihuje dvakrát častejšie ako mužov [10].

PSYCHOFYZIOLOGICKÁ KONCEPCIA TEMPOROMANDIBULÁRNYCH PORÚCH

Súčasný etiologický trend tvrdí, že poruchy funkcie TMK nie sú špecificky kĺbovou záležitosťou, ale, že ide o stav postihujúci celý stomatognátny systém (ktorý reprezentuje anatomickeú a fyziologickú jednotu a zahŕňa zuby a príľahlé tkanivá, čeľustno-sánkový kĺb, ligamenty, svaly a kosti, a časť centrálného nervového systému, zodpovedného za koordináciu a kontrolu činnosti tohto komplexu), v ktorom sú chrup a emocionálny stav pacienta najvariabilnejšie komponenty. Podľa psychofyziologickej koncepcie svalový spazmus ako výsledok stresového napätia je primárnym faktorom v dysfunkcii temporomandibulárneho kĺbu. Je známe, že existujú dve základné príčiny zvýšeného svalového tonusu: psychologická a fyziologická. **Fyziologické príčiny:** menlivý vzťah maxillamandibula, maloklúzia, predčasná strata zubov najmä unilaterálnou, hlboký alebo skrížený zhryz, anomália v postavení zubov a prítomnosť artikulačných prekážok. Tiež ako fyziologickú môžeme spomenúť zvýšenú výplň v zube a zle vyartikulovanú protetickú náhradu. **Psychologické príčiny:** stres, ktorý spôsobuje zlozvyky a parafunkcie, ktoré sa prejavujú ako bruxizmus a bruxománia v dôsledku podráždeného emocionálneho stavu pacienta [6]. Z hľadiska dynamiky je čeľustný kĺb súčasťou žuvacieho aparátu, ktorého funkciou je žuvanie, teda akt, ktorý vychádza z pokojovej, či habituálnej polohy a po depresii a následnej elevácii spojennej z retruzných a laterálnych exkurzií končí návratom dolnej čeľuste do polohy maximálnej oklúzie. Pri žuvaní vytvárajú žuvacie svaly tzv. žuvaciu silu, ktorej veľkosť môže byť pri maximálnom stisku až 4000 N. Platnička čeľustného kĺbu prenáša značnú žuvaciu silu a je dôležitým faktorom tlmiacim absolútnu silu žuvacieho svalstva. Vzhľadom k tomu, že platnička má nepravidelnú hrúbku (uprostred je tenšia), aj rozloženie síl je nerovnomerné [1].

VÝZNAM ÚZKOSTI PRI TEMPOROMANDIBULÁRNYCH PORUCHÁCH

V období psychickej záťaže, alebo v extrémnych fázach koncentrácie veľa ľudí vykonáva nadmernú aktivitu žuvacieho svalstva, ktorá neslúži nijakému funkčnému účelu [7]. Hovoríme o parafunkciách, ktoré sa môžu prejavovať v podobe neprirodzeného tlaku zubov na seba, škripania zubov počas spánku (bruxizmus), poprípade zatínania zubov v bdelom stave počas celého dňa (bruxománia). Podbruxizmom presnejšie rozumieme mimoriadne dlhé, nadmerne silné a prirodzeným žuvacím pohybom nezodpovedajúce zatínanie zubov. Dochádza k nadmernému zaťaženiu, ktoré neslúži na rozomieľanie jedál, ale uskutočňuje sa s prázdnyimi ústami. Zubovina sama a zubný fixačný aparát sa kvôli dlhotrvajúcemu preťažovaniu, ktoré sa v tejto forme nedocieľujú pri žuvaní, poškodzujú [7]. Bruxizmus sa objavuje najmä v noci. V plytkej fáze spánku, v takzvanom spánku REM („rapideyemovement“), postihnutý škripe alebo zatína zuby s poškodzujúcim trvalým zaťažovaním od 50 do 70 sekúnd za hodinu [7]. Pri nadmernom strese, ktorého sprievodným javom je často úzkosť, dochádza k posilneniu týchto parafunkcií. Úzkosť môže byť podmienená osobnostnými charakteristikami jedinca, pri ktorých zohrávajú veľkú úlohu biologické predispozície, zvýšená vnímavosť jedinca na anxióznepodnety, biologické mechanizmy (predpokladá sa, že úzkosť je vyvolaná hypersenzitivitou serotoninergných receptorov). Úzkostlivosť ako osobnostná črta, ktorá jedinca sprevádza po celý život sa tiež môže podpísať pod dysfunkciu temporomandibulárneho kĺbu. Bruxizmus predstavuje jednu z najčastejších foriem parafunkcií. Aj keď mnoho ľudí chápe bruxizmusa bruxomániu ako zlozvyk, nie je tomu celkom tak. Bruxizmus alebo bruxománia je vyústením nevedomého odbúrania napätia v somatizovanej forme. Somatizácia predstavuje proces, kedy sa psychofyziologická úzkosť manifestuje telesnými ťažkosťami (Noyes a kol., 1996). Ďalším krokom od somatizácie je psychosomatizácia, ktorá je procesom od funkčného k orgánovému

poškodeniu. Keď vezmeme do úvahy tento fakt, vieme si predstaviť akou mierou prispieva stres, úzkosť a úzkostlivosť k psychofyziologickým artropatiám temporomandibulárneho kĺbu. Problém nastáva najmä vtedy, keď ľudia s nie príliš vyvinutým úzkostným ochorením nevyhľadajú psychoterapeutickú pomoc. Chronicky pretrvávajúca úzkosť, úzkostlivosť, alebo úzkostná porucha môže podmieniť vznik myofasciálneho dysfunkčného bolestivého syndrómu. Podľa fundovaných odhadov približne každý desiaty človek trpí prechodne alebo trvale symptómami úzkostného ochorenia. Aj v tomto prípade je chorých žien asi dvakrát viac ako mužov [3].

PSYCHOSOMATICKÝ MODEL DYSFUNKCIE TEMPOROMANDIBULÁRNEHO KĽBU

Stres je stavom, alebo psychofyzickou reakciou na zlyhanie adaptačných mechanizmov (t.j. nášho „ja“) v prispôsobení sa určitej záťažovej reakcii. Vo vzťahu k psychogénne podmieneným chorobám sa jedná o situácie, ktoré kladú neúmerné nároky na duševnú kapacitu, na schopnosť a pružnosť týkajúcu sa ako prispôsobenia (akomodácii), tak aj aktívneho spracovania – reagovania v zmysle riešiaceho zásahu do danej situácie (asimilácia) tak, aby nedošlo k hrubému narušeniu duševnej, resp. psychosomatickej rovnováhy. Ide o silu, diferenciáciu a flexibilitu podstatných funkcií a z nich vyplývajúcich „coping mechanizmov“, t.j. zvládajúcich stratégií. V situáciách, kedy sa diferencované vnímanie, vyhodnocovanie nedarí a doterajšie spôsoby správania zlyhávajú, môže jedinec (regresívne) siahnuť po primitívnejších riešeniach. Tie sú stále viac emocionálnejšie a stále viac prebiehajúce na biologickej, telesnej úrovni. Príslušná humorálna, hormonálna, vegetatívna, nervová aj psychická aktivácia organizmu vedie ako k fyziologickým zmenám (zrýchlenie tepu, zvýšenie krvného tlaku, potenie, svalové napätie a pod.), tak aj k psychickému napätiu (k úzkosti, vypätej pozornosti a pod.) [2]. Všetky poplachové reakcie a strachové podnety sa spracovávajú prostredníctvom limbického systému a následne projikujú do predilekčných oblastí na úrovni muskuloskeletálneho systému. Jednou z nich je aj orofaciálny systém.

MYOFASCIÁLNY DYSFUNKČNÝ ALGICKÝ SYNDRÓM AKO NÁSLEDOK ANXIETY

Dysfunkcia temporomandibulárneho kĺbu predstavuje najmä bolesť, ktorá býva často spontánna, hlavne pri pohybe dolnej čeľuste, niekedy až neuralgiformného charakteru [8]. Preto je potrebné odlišiť dysfunkciu TMK od neuralgie trojklaného nervu. Okrem bolesti bývajú často prítomné zvukové fenomény v temporomandibulárnom kĺbe (praskanie, lúpanie, škripanie, vízganie atď.), funkčné obmedzenia rôznej kvality (poruchy skusu, lateralizácia čeľuste do jednej strany, obmedzené otváranie úst, ťažkosti pri zatváraní úst atď.). Obmedzenie pohybu v temporomandibulárnom kĺbe je najmä ráno. Bolesť pri spúšťových bodoch v žuvacom svalstve často spôsobuje bolestivosť temporomandibulárneho kĺbu v zmysle tendomyózy. Bolesť sa môžu veľmi podobáť bolestiam vychádzajúcim z priečného výbežku atlasu a úponu SCM (Costenov syndróm), môžu tiež napodobňovať neuralgiu trojklaného nervu. Pri spazmoch m. digastricus pacient často pociťuje globus (dysfágiu) [5]. Pri vyšetrení často nachádzame defektný skus, hlboký, previsnutý skus, artikulačné prekážky. Na RTG zistíme väčšinou len obmedzenú hybnosť kĺbovej hlavice. Poruchy temporomandibulárneho kĺbu sú často funkčne spojené s poruchami predovšetkým hornej krčnej chrbtice, kde sa vyskytujú blokády atlantooccipitálnych kĺbov. Palpačne je prítomný hypertonus v úponoch žuvacích svalov (m. styloglossus a m. stylohyreoides), mm. scaleni a m. sternocleidomastoideus. Ďalej býva prítomný hypertonus v krátkych extenzoroch záhlavia, horných trapézoch a mm. levatoresscapulae [8]. Temporomandibulárne poruchy môžu byť niekedy bez

príznakov, väčšinou však bývajú sprevádzané jedným alebo viacerými príznakmi, ktoré chorého obťažujú [9]. Pridružiť sa môžu aj ušné symptómy v zmysle tinitu a vertiga.

MATERIÁL A METODIKA

Na mojom pracovisku sa venujem problematike temporomandibulárnych porúch. U všetkých doterajších pacientov s myofasciálnym dysfunkčným bolestivým syndrómom bol pomocou dotazníkov STAI (dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti) zistený vyšší stupeň anxiety, poprípade anxiozity. Z doterajších objektívne merateľných nálezov vyplýva, že temporomandibulárne poruchy nie sú homegennou diagnózou, ale vykazujú kolísavé podiely komorbídnej úzkosti v závislosti od rôzneho stupňa anxiety. V testovacej skupine sú rozdielne hodnoty symptómov medzi pacientmi s vysokým stupňom anxiety a pacientmi bez anxiety. Výsledky objektívnych nálezov pomocou fyzioterapeutického vyšetrenia zameraného na vyšetrenie oblasti orofaciálneho systému, sú rozdielne medzi pacientmi s vysokým stupňom anxiety v porovnaní s pacientmi bez anxiety. Anxiózní pacienti s vyšším stupňom anxiety majú rozsiahlejší výskyt aktívnych triggerpointov (triggerpoints- spúšťové body, TrPs) v žuvacích svaloch s ich prítomnosťou v mm. pterygoidei (najmä m. pterygoideus lateralis) s obmedzením maximálneho otvárania úst, s palpačnou bolestivosťou kĺbovej hlavičky pred tragom, niekedy s iradiáciou bolesti. Pri dysfunkcii žuvacieho svalstva je často zvýšené napätie ústneho dna na jednej alebo na oboch stranách, najvýraznejšie pred tonzilami, následkom spazmu m. digastricus a m. mylohyoideus. Palpačne je bolestivý laterálny výbežok jazyky a zvýšený odpor, ak chcem pohybovať jazykom alebo (pohodlnejšie) štítnou chrupavkou opačným smerom. Niekedy spoznať inšpekciou, že je hrtan ľahko preťažený ku strane spazmu. Vtedy môže pacient pociťovať zovretie hrdla a dysfágiu. Často sú prítomné TrPs v m. masseter a m. temporalis. Veľmi častým sprievodným klinickým nálezom je tinitus (tinitus môže byť tiež psychogénne podmienený) na strane postihnutia temporomandibulárneho kĺbu. Všetci pacienti s vyšším stupňom anxiety reagujú citlivejšie na bolesť aktívnych TrPs pri ich prebrnknutí v rámci palpačného vyšetrenia. Z toho možno predpokladať, že má anxiety vzťah aj k nižšiemu prahu bolesti.

ZÁVER

Temporomandibulárne poruchy predstavujú interdisciplinárny problém, ktorý nie je jednoduchou záležitosťou ako po stránke diagnostickej, tak aj po stránke terapeutickej [5]. Charakter dysfunkcie temporomandibulárneho kĺbu je polyetiologický a preto je potrebné sa v diagnostike a následnej terapii orientovať na široké pole možných etiologických faktorov. Výsledky získaných hodnôt z vyhodnotených dotazníkov a fyzioterapeutického vyšetrenia dokazujú, aby sa pacienti, ktorí trpia poruchou temporomandibulárneho kĺbu neliečili len ako homogénna skupina pacientov. Poučením pacienta o jeho zdravotnom stave, vysvetlením všetkých symptómov, príčin, aj možných psychogénne podmienených príčin a dôsledkov umožníme rýchlejšiu a efektívnejšiu liečbu. Psychoterapeutická intervencia so zameraním sa na prácu s telom (napr. Gestalt Therapy) pomáha eliminovať úzkosť, a tak predísť temporomandibulárnym poruchám.

LITERATÚRA

- [1] TATJANA DOSTÁLOVÁ, MICHAELA SEYDLOVÁ a kolektív: Stomatologie, GRADA, Publishing, a.s., 2008, s. 193, ISBN 978-80-247-2700-4
- [2] JAN PONĚŠICKÝ: Neurózy, psychosomatická onémocnění a psychoterapie, TRITON, 2004, 2012, s. 220, ISBN 978-80-7387-547-3

- [3] HEINZ – PETER RÖHR: Cesty z úzkosti a deprese, O štěstí lásky k sobě samému, Portál, s.r.o., Praha 2012, s. 166, ISBN 978-80-262-0073-4
- [4] VELEBOVÁ K., SMÉKAL D.: Fyzioterapietemporomandibulárných porúch, REHABILITACE A FYZIKÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ (Volné pokračování Fysiatrického a revmatologického věstníku založeného v roce 1923), č. 1, 2007, s. 24 – 30, ISSN 1211-2658
- [5] KAREL LEWIT: Manipulační léčba v myoskeletální medicíně, nakladatelství Sdělovací technika, spol. s.r.o., Praha, 2003, s. 411, ISBN 80-86645-04-5
- [6] <http://www.svetstomatologie.sk/?mod=clanky&id=1>
- [7] <http://primar.sme.sk/c/4117335/skripanie-zubami-bruxizmus.html>
- [8] <http://www.fsps.muni.cz/impact/aplikovana-fyzioterapie-1/operace-v-orofacialni-oblasti/>
- [9] <http://www.jiri-zemen.cz/?strana=co-je-to&detail=6>
- [10] <http://www.fnbrno.cz/cejkovice2013-tmj/f1786>

Kontaktná adresa:

Mgr. Barbora Gábrišová

Neštátné zdravotnícke zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, Pri starej prachárni 132/ 14, 831 04 Bratislava

e-mail: barboraki@yahoo.com; mobil: + 421902286466.

**RODINA AKO PROTEKTÍVNY FAKTOR
RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA U ADOLESCENTOV**

FAMILY AS PROTECTIVE FACTOR OF RISK BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS

Tirpáková, L., Suchanová, R.

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Ústav ošetrovateľstva, Košice

Súhrn

Príspevok sa zaoberá vzťahom záujmu rodičov o adolescenta a užívaním návykových látok u adolescentov. Zber údajov sme uskutočnili u 498 respondentov vo veku od 14 do 19 rokov. Výsledky štúdie poukazujú na to, že adekvátna miera kontroly a záujmu zo strany rodičov pôsobí ako protektívny faktor rizikového správania. Naopak u respondentov, ktorí udávali nižší záujem zo strany rodičov sme zaznamenali častejšie kontaktovanie sa s návykovými látkami.

Kľúčové slová: adolescencia, návykové látky, rodina.

Summary

This paper talks about the correlation between parent's interest in teenagers and usage of addictive drugs by teenagers. We made our survey on a sample of 498 respondents 14 to 19 years old. Results show that adequate control and interest towards the adolescents acts as protective factor, thus lowering the risk of drug usage by teenagers. On a contrary, we noticed that respondents who answered that their parents show lack of interest in them, come to the contact with addictive drugs more frequently.

Key words: adolescence, addictive drugs, family.

ÚVOD

Rodina je pokladaná za najstaršiu spoločenskú inštitúciu [11]. Zakladateľ sociológie August Comte ju nazval „základnou bunkou spoločnosti“ a zároveň spojovacím mostíkom medzi jedincom a spoločnosťou [3]. Rodina vznikla z potreby chrániť svojich potomkov, učiť ich a pripravovať pre život [5]. V rámci spoločenského vývoja sa menili aj funkcie rodiny. Ako primárna sociálna skupina poskytuje rodina deťom pocit bezpečia a istoty, vytvára určitú emocionálnu klímu, formuje interpersonálne vzťahy, hodnoty a postoje, pôsobí ako prirodzený faktor odolnosti proti záťaži [11; 9]. Pattersonová [12] funkcie rodiny identifikuje ako pocit spolupatričnosti, ekonomickú podporu, starostlivosť, výchovu, socializáciu a ochranu zraniteľných členov rodiny. Fungovanie rodiny je jav zložitý. Existujú jeho tri základné a nosné princípy – súdržnosť, adaptabilita a komunikácia [12]. Zdravá súdržnosť, ktorá kladie dôraz na primeranú samostatnosť a nezávislosť členov rodiny, adaptabilita a priama, otvorená komunikácia pôsobí ako ochranný faktor v rodinnom spolunažívaní. Rodičovská kontrola je jedným z aspektov rodinného života. Zvyčajne sa spája s informovanosťou rodičov o trávení voľného času, aktivitách a priateľoch svojho dieťaťa. V období adolescence sa zvyšuje vplyv rovesníkov, čím sa rodičovská kontrola stáva náročnejšou. Nezaujem rodiča o dieťa alebo naopak hyperprotektívny prístup môžu byť predikciou rizikového správania [4].

MATERIÁL A METÓDY VÝSKUMU

Súbor tvorilo 489 študentov stredných škôl v okrese Košice - mesto. Výber vzorky bol zámerný. Sledované boli kohorty 14 – 19 ročných adolescentov, čo zodpovedá obdobiu strednej a neskorej adolescence. Priemerný vek respondentov bol 16,67 rokov. K zisteniu potrebných údajov sme použili dotazník autorov Gallà et al. [2]. Respondenti si mali možnosť vybrať z piatich tvrdení/položiek, ktoré sú zamerané na rodičovský záujem a rodičovskú kontrolu. Výsledky výskumu sme spracovali pomocou štatistického programu SPSS Statistics 17.

VÝSLEDKY

Kvalita vzťahov adolescentov s rodičmi bola hodnotená podľa subjektívneho vyjadrenia respondentov. Najväčší záujem (91,40%) majú rodičia o prácu adolescenta v škole. O voľnočasové aktivity svojich detí sa zaujíma 81,40% rodičov. 34,80% respondentov udáva, že rodičia nevedia, kde sa nachádzajú a čo robia vo svojom voľnom čase a 24,30% opýtaných uvádza, že rodičia nepoznajú ich priateľov s ktorými trávajú voľný čas.

Tabuľka 1 Rodičovský záujem – opisné charakteristiky

N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
489	1	4	1,881	0,5924

Kvalita vzťahov adolescentov s rodičmi bola hodnotená podľa subjektívneho vyjadrenia respondentov na škále 1 – 4, pričom hodnota 1 predstavuje výborný rodičovský záujem a hodnota 4 najhorší rodičovský záujem.

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 8, 2013, číslo 4**

Tabuľka 2 Frekvencia užívania návykových látok a priemerné hodnoty rodičovského záujmu

	nikdy	áno, ale nie posledný rok	áno, 1x za mesiac	áno, 1x za týždeň	áno, každý deň
cigarety	1,6	1,8	1,9	2	2,1
pivo	1,7	1,7	1,9	2,1	2
víno	1,6	1,8	2	2	1,8
tvrdý alkohol	1,6	1,7	1,9	2,1	2,1
iný alkohol	1,7	1,9	1,9	2,1	1,6
marihuana/hašiš	1,8	1,9	2,2	2,1	
inhalanty	1,9	2,1			
sedatíva	1,9	2,3			
extáza	1,9	2,1	2,2		
iné drogy	1,9	2,1	2,2		

Rodičovský záujem sme dali do vzťahu s užívaním návykových látok. Hodnoty v tabuľke 2 poukazujú na fakt, že čím častejšie je užívanie návykových látok u respondentov tým vyššie sú priemerné hodnoty rodičovského záujmu.

Tabuľka 3 Korelácia rodičovský záujem – užívanie návykových látok

	Rodičovský záujem
cigarety	0,202**
pivo	0,182**
víno	0,160**
tvrdý alkohol	0,202**
iný alkohol	0,137**
marihuana/hašiš	0,167**
inhalanty	0,035
sedatíva	0,061
extáza	0,039
iné drogy	0,047

**P<0,01

V tabuľke 3 uvádzame štatistickú významnosť medzi užívaním návykových látok u respondentov a rodičovským záujmom. Na základe výsledkov štatistickej analýzy môžeme konštatovať, že signifikantný vzťah sme zaznamenali pri užívaní alkoholických nápojov, tabaku a marihuany.

Tabuľka 4 Vedomosti rodičov o užívaní návykových látok respondentmi
– priemerné hodnoty

Vedia tvoji rodičia, že:	Priemerné hodnoty rodičovského záujmu		
	neužíva	nevedia	vedia
fajčíš**	1,8	2,1	2,0
piješ alkohol**	1,5	2,0	1,8
užívaš konope**	1,8	2,2	2,5
užívaš ďalšie drogy	1,9	2,2	0,0

**P<0,01

Vedomosti rodičov o užívaní návykových látok respondentmi sme testovali testom ANOVA. Štatistickú významnosť sme zaznamenali pri užívaní tabaku, alkoholu a marihuany. Najvyšší záujem prejavujú rodičia o deti, ktoré neužívajú návykové látky. Najhorší je záujem o tých adolescentov, ktorí užívajú návykové látky. Pri užívaní marihuany je najmenší záujem o tých respondentov o ktorých rodičia vedia, že ju užívajú.

DISKUSIA A ZÁVER

Predpokladali sme, že adolescenti, ktorých rodičia prejavujú o deti adekvátny záujem budú vykazovať nižšiu mieru užívania návykových látok. Kvalitu rodinných vzťahov sme hodnotili podľa subjektívneho vyjadrenia respondentov. Zamerali sme sa na rodičovský záujem a rodičovskú kontrolu. Vplyvu rodinných faktorov na rizikové správanie sa venovalo viacero výskumov. Cleveland et al. uvádzajú, že záujem o svoje deti, rodičovská vrelosť a podpora pôsobia ako ochranné faktory vzniku rizikového správania [1]. Parker a Benson zistili, že u adolescentov, ktorí vnímajú svojich rodičov ako podporujúcich sa v menšej miere vyskytuje problémové správanie, delikvencia a zneužívanie návykových látok [8]. Aj autori Vítek [16], Nešpor a Csémy [7], Šagát a Tuhársky [13] považujú rodinu a jej funkčnosť za dôležitý faktor ovplyvňujúci zneužívanie alkoholu, resp. iných návykových látok. Prokopčáková realizovala výskum na vzorke 1765 respondentov vo veku 15 rokov [10]. Zistila, že adolescenti, ktorí už užíli drogu vykazujú viac problémov so zvládaním záťažových situácií, hlavne pokiaľ ide o vzťahy s rodičmi. Rovnako aj Turček v svojej štúdii potvrdil súvis vzťahov v rodinách s frekvenciou kontaktovania sa s návykovými látkami [14]. Respondenti, ktorí pochádzali z rodín kde panovali zlé vzťahy sa častejšie kontaktovali so všetkými typmi návykových látok. Fungujúca rodina je však schopná problémové situácie riešiť, primerane na ne reagovať, diskutovať o nich, byť otvorená zmenám a vyjadrovať záujem a podporu jej členom [15]. Matoušek a Kroftová konštatujú, že dnes je už dostatočne potvrdené, že rodičia delikventne sa správajúcich dospievajúcich sa menej starajú o vytvorenie zábran asociálnemu správaniu detí, alebo majú nekonzistentný výchovný štýl – raz dieťa za priestupok trestajú neprímerne, druhý raz ho za to isté netrestajú [6]. Uvedení autori taktiež poukazujú na fakt, že rodinné prostredie porušovateľov zákona je chladné, s minimálnym záujmom o deti. Tie svojich rodičov charakterizujú ako chladných a odmietavých, nezainteresovaných na potrebách dieťaťa. V našom výskume sa potvrdili poznatky jednotlivých autorov. V otázke vplyvu rodičovského záujmu sme zistili významný vzťah medzi rodičovským záujmom a užívaním návykových látok. Vyšší záujem rodičov bol spojený s nižším užívaním návykových látok. U respondentov, ktorí vykazovali nižší záujem rodičov sme zaznamenali častejšie kontaktovanie sa s alkoholickými nápojmi, cigaretami a marihuanou.

LITERATÚRA

- [1] CLEVELAND, M. J., GIBBONS, F. X., GERRARD, M., POMERY, E. A., BRODY, G. H.: *The impact of parenting on risk cognitions and risk behavior: A study of mediation and moderation in a panel of African American adolescents*. In: Child Development, 76, 2005, 4, 900 – 916 p.
- [2] GALLÁ, M., et al.: *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – příručka efektivní školní drogové prevence*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 155 s. ISBN 80-86734-38-2
- [3] HRONCOVÁ, J.: *Sociológia výchovy*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bella, Pedagogická fakulta, 1996. 103 s. ISBN 80-88825-37-7
- [4] MACEK, P.: *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178.747-7
- [5] MATĚJČEK, Z.: *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.
- [6] MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.: *Mládež a delikvencia*. Praha: Portál, 2003. 340 s. ISBN 80-7178-771-X
- [7] NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: *Návykové látky – prevence a časná intervence*. Praha: Sportpropag, 1996. 77 s.
- [8] PARKER, J. S., BENSON, M. J.: *Parent-adolescent relations and adolescent functioning – self-esteem, substance abuse and delinquency*. In: Adolescence, 39, 2004, 155, 519 – 530 p.
- [9] PAULÍK, K.: *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6
- [10] PROKOPČÁKOVÁ, A.: *Adjustment problems in adolescents and drugs*. In: Studia Psychologica, 39, 1997, č. 3, s. 221 – 224.
- [11] PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8
- [12] SOBOTKOVÁ, I.: *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2012. 224 s. ISBN 978-80-262-0217-2
- [13] ŠAGÁT, T., TUHÁRSKY, J.: *Drogy - pálčivý problém aj slovenskej pediatrie*. In: Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor) 32, 1997, č. 1, s. 11 – 12. ISSN 0862-0350
- [14] TURČEK, M. ml.: *Požívanie návykových látok študentmi stredných škôl. 2. časť*. In: Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor) 34, 1999, č. 1, s. 21 – 32. ISSN 0862-0350
- [15] UHLÁRIKOVÁ, J.: *Analýza životnej spokojnosti adolescentov v kontexte rodiny a rodinného prostredia*. In: E - Psychologie, roč. 4, 2010, č. 4, s. 10-18. ISSN 1802-8853
- [16] VÍTEK, K.: *Spoločensky neprispôsobená mládež a jej vzťah k alkoholu a drogám*. In: Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor) 22, 1987, č. 1, s. 37 – 44. ISSN 0862-0350

Kontaktná adresa:

PhDr. Libuša Tirpáková, PhD.
e-mail: libusa.tirpakova@upjs.sk
Lekárska fakulta UPJŠ;
Ústav ošetrovateľstva,
Trieda SNP 1
040 11 Košice

* * * * *

PROBLEMATIKA GAMBLINGU V ČESKÉ REPUBLICE

ISSUES GAMBLING IN CZECH REPUBLIC

Hamplová, L., Moravcová, K., Jahodová, I., Drbohlavová, B.

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

Abstrakt

Patologické hráčství, nazývané též gambling, patří mezi tzv. návykové a impulsivní poruchy. Rozsah patologického hráčství v České republice není dosud detailněji zmapován, odhady odborníků na tuto problematiku hovoří, že problém s patologickým hráčstvím má až 1 % populace České republiky. Přestože počet heren v České republice pozvolna klesá, počet kasin má stoupající trend. Nejvyšší výskyt heren je na Moravě, přičemž Moravskoslezský kraj má dlouhodobě nejvyšší nezaměstnanost ze všech krajů České republiky. Nejvyšší počet kasin je v hlavním městě Praze a také v Moravskoslezském kraji. Na základě komunikace Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví České republiky byla ustanovena pracovní skupina při Národním monitorovacím středisku pro drogy a drogové závislosti, která v průběhu roku 2013 zpracuje analýzy sociálně-patologických dopadů hazardních her na společnost v ČR. Cílem analytické zprávy bude shrnutí politiky a strategie v oblasti hazardního hraní, výskyt hazardního hraní v populaci včetně jeho forem, výskyt zdravotních a sociálních problémů a následků spojených s hazardním hraním, dostupnost preventivních, poradenských a léčebných intervencí a programů a výsledky jejich vyhodnocení. Zpráva shrne situaci v oblasti hazardního hraní v ČR a vládě ČR další kroky v této oblasti. Zpráva bude vládě České republiky předložena do konce dubna 2014.

Klíčová slova: Gambling. Hazard. Léčba patologického hráčství. Patologické hráčství. Prevence patologického hráčství.

Abstract

Pathological gambling is classified among so-called addictive and impulsive disorders. The spread of pathological gambling in the Czech Republic has not yet been mapped in detail. Experts in this area estimate that up to 1 % of the Czech population might suffer from this condition. Although the number of gaming houses in the Czech Republic is in a slow decline, the number of casinos is following a rising trend. The greatest number of gaming houses is located in Moravia, while the Moravia-Silesian region chronically suffers from the highest level of unemployment of all Czech regions. The highest number of casinos is in the capital of Prague, followed by the Moravia-Silesian region. On the basis of a joint communiqué issued by the Ministry of labor and social issues and the Ministry of Health of the Czech Republic, a working group attached to the National Monitoring Center for Drugs and Drug Dependencies has been established. During the course of 2013, this group shall prepare analyses of the socially pathological impacts of problem gambling on the Czech society. The goal of the analytic report shall be a summary of policies and strategies applicable to gambling, the occurrence of gambling and its forms in the population, the occurrence of health and social problems and impacts related to gambling, the accessibility of preventive, counseling and curative interventions and programs, and the results of their evaluation. The report will summarize the situation concerning gambling in the Czech Republic and it shall recommend further relevant steps to the Czech government. The report shall be introduced to the government before the end of April 2014.

Keywords: Gambling, Pathological gambling prevention. Pathological gambling treatment. Pathological gambling,

ÚVOD

Hra je jednou z prvních činností, kterou dítě po nasycení fyzických potřeb vykonává. Hrou se dítě učí, hrou zahání nudu, při hře si zkouší osahat hranice svého jednání a jeho důsledků. Hraní není omezeno jen pro dětský věk. Také dospělí lidé si pro své pobavení vymýšlejí hry, ve kterých riskují, vyhrávají a prohrávají peníze, které většinou získali vlastním nemalým úsilím. Do určité míry lze tuto činnost považovat za zábavu, odreagování se a rekreaci, od určitého stupně se však jedná o problémové chování a jednání, které způsobuje dotyčným velké množství finančních, sociálních i zdravotních problémů. Tyto problémy ovšem nezůstávají omezeny pouze na osobu patologického hráče, ale dotýkají se i jeho rodiny, přátel, spolupracovníků a dalších zúčastněných osob. Česká republika, která je počtem obyvatel 48x menší než celá Evropská Unie a zaujímá jednu 56-tinu její celkové rozlohy má 6,5x více heren a kasin než celý zbytek Evropské unie dohromady, což znamená, že jeden hrací automat na území České republiky připadne zhruba na 170 občanů, pro srovnání ve Francii připadne jeden hrací automat na 18 tisíc občanů. Děsivé je i srovnání kasin v hlavních městech. V Praze se setkáme s více jak 100 kasiny, ve Vídni pouze s jedním [1].

Závislost na hře v dospělosti ohrožuje profesní roli a vede ke ztrátě motivace k práci, narušuje mezilidské vztahy a potřeba hrát má větší hodnotu než jakékoliv citové vazby. Hráč svým blízkým slibuje nápravu, ale slib nedodrží. Léčba si tedy klade za cíl úplnou abstinenci. Důležitou roli hraje ovlivňování chování člověka již od dětského věku, které formuje jeho přístup k potenciální herní realitě. V rámci prevence vzniku závislostí včetně gamblingu je třeba komplexní prevence ve společnosti (komunity based prevention), která v sobě zahrnuje spolupráci různých složek společnosti na poli primární prevence.

GAMBLING

Patologické hráčství, nazývané též gambling, patří mezi tzv. návykové a impulsivní poruchy. Patologické hráčství je v Mezinárodní klasifikaci nemoci definováno jako porucha charakterizovaná opakovanými epizodami hráčství, které postupně ovládají všechny další oblasti života hráče, jako jsou rodinné a sociální hodnoty, zaměstnání a trávení volného času. Tyto epizody pokračují i přes přibývání negativních dopadů hraní na jedince. V těchto ohledech se hráčství podobá závislosti na návykových látkách. Přesto je patologické hráčství v MKN-10 zařazeno pod impulzivními poruchami, resp. pod nutkavými a impulzivními poruchami podobně jako pyromanie, kleptomanie, trichotilomanie, onychofágie a dalšími impulzivní poruchy.

Principem gamblingu je risk (hazard) prostřednictvím vsazení finančního obnosu na výsledek založený na náhodě. Sázky se v České republice odehrávají v kasinech, hernách, restauracích, barech a dalších zařízeních, avšak hazardní hry lze provozovat i přes internet, aniž by hráč opustil svůj domov. Tato extrémní dostupnost této rizikové činnosti napovídá, že rozsah patologického hráčství v České republice je pravděpodobně mnohem větší, než odborná veřejnost tuší. Odborníci na tuto problematiku Nešpor a Csemy odhadují počet patologických hráčů na 0,5–1 % populace, tedy minimálně 50 až 100 tisíc osob a dále několikrát více těch, na které tento problém dopadá sekundárně, tedy rodiny, zaměstnavatele, věřitele atd. [2]. Jiní odborníci Verosta a Vejrosta odhadli prevalenci problémových a patologických hráčů v roce 2011 v České republice na 15 823 (0,15 %) až 84 388 (0,8 %) obyvatel z populace a upozorňují, že se jedná o odhad výskytu na základě odvození od analýz okolních států EU [3].

PROBLEMATIKA HAZARDU V ČESKÉ REPUBLICE

Výherní hrací přístroje smějí být provozovány v České republice v hernách a kasinech. Mohou být také provozovány v restauračních zařízeních se zvláštním režimem. Tato místa musí splňovat podmínky zvláštního provozního režimu, což znamená, že v provozovně musí být odpovědná osoba, která dohlíží na zákaz vstupu mladistvým do místnosti nebo části provozovny, která je určena k provozu hracích přístrojů. Povolení k provozu herny vydává obecní úřad pro svůj územní obvod na dobu jednoho roku. Povolení k provozu kasina vydává Ministerstvo financí České republiky na dobu maximálně 10 let.

V roce 2011 dosáhly v České republice celkové vklady do loterií a podobných her 126,82 mld. Kč. Z toho přesně 75 % připadlo na vyplacené výhry, zisk provozovatelů byl 31,1 mld. Kč. Z tohoto zisku vyplatili provozovatelé 7,22 mld. Kč na povinných poplatcích. Obcím připadlo téměř 1,4 mld. Kč, na veřejně prospěšné účely odvedli provozovatelé přes 3,5 mld. Kč [4].

GAMBLING A SOCIOEKONOMICKÉ VAZBY

Patologické hráčství spočívá v často opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou riskují své zaměstnání, zadlužují se a často porušují zákony, aby získali peníze na další hraní. Postižení popisují své pocity jako intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím, myšlenkami a představami o hraní a okolnostech, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v dobách, kdy je život stresující.

Problematika hazardního hráčství není otázkou pouze Prahy nebo velkých měst. Dostupnost výherních hracích přístrojů je v České republice vysoká i v menších obcích, kde se navíc častěji promítá do socioekonomické úrovně rodin, které jsou závislé na sociálních dávkách, protože tyto obce bývají ve vyloučených lokalitách. Příjmy rodin často končí právě ve výherních automatech.

S provozováním heren a kasin jsou spojeny příjmy, a to nejen na úrovni jednotlivých provozoven v podobě příjmů z konzumace nápojů, ale i na úrovni obcí a státu. Je proto nasnadě, že zákaz či alespoň omezení provozování hazardních her není vždy rozhodujícími orgány podporováno, přestože je hráčství velmi rizikové a jeho negativní důsledky dopadají na širší sociální okolí patologického hráče, na jeho rodinu a přátele, zaměstnavatele a věřitele. Přitom finanční příjmy, které obce z hazardu získávají zpět na odvodech, jsou zanedbatelně nízké v porovnání s obnosy, které získávají provozovatelé automatů.

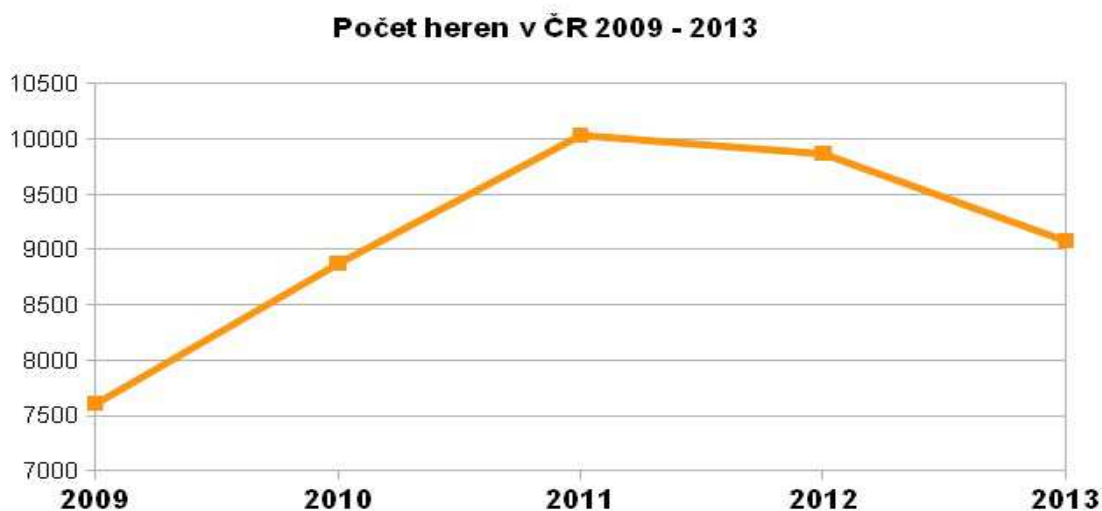
Z provozování výherních hracích přístrojů odvádí provozovatel poplatek na veřejně prospěšné účely, který nahrazuje odvod daní. Tento poplatek se dle platné legislativy odvádí „nadacím, nadačním fondům, obecně prospěšným společnostem, občanským sdružením, církvím a náboženským společnostem, zdravotnickým zařízením, školským zařízením, kulturním zařízením, územně samosprávným celkům, příspěvkovým organizacím nebo jiným fyzickým či právnickým osobám“. Cílem tohoto nařízení je vrátit část zisků z provozování hazardních her do aktivit, které by měly být prospěšné pro společnost. Tento poplatek dosahuje nejméně 20 % výše výtěžku. Dalších minimálně 25 % výtěžku se odvádí obci, na jejímž území jsou hrací přístroje provozovány.

HERNY A KASINA V ČESKÉ REPUBLICE

Počet heren má ve sledovaných letech 2009-2013 klesající trend výskytu, naopak počet kasin v České republice plynule stoupá.

Při pohledu na časový trend celkových počtů heren v letech 2009–2013 je patrné, že počty rostly poměrně strmě do roku 2011, kdy dosáhly svého maxima a od té doby pomalejším tempem klesají. Tento obrat zřejmě souvisí s novelou loterního zákona zákonem 300/2011 Sb., 300 kterým se mění zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony ve kterém obce získaly větší pravomoci při rozhodování o provozování hazardních her na svém území. I přes tuto skutečnost se počet heren v roce 2013 se stále drží v České republice nad hranicí 9000 heren.

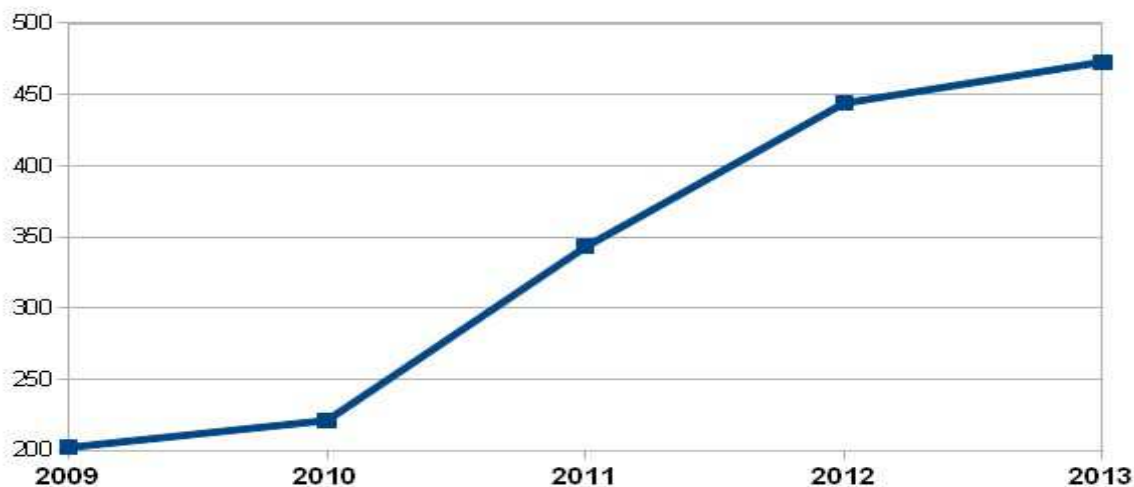
Časový vývoj počtu kasin vykazuje úplně jiný trend než počty heren. Zatímco počet kasin vzrůstal do roku 2011 a poté začal pomalu klesat, počty kasin dynamicky rostou. Od roku 2012 se sice zvyšování jejich počtu v České republice mírně zpomalilo, ale jejich nárůst od roku 2010 je více než dvojnásobný.



Graf 1 Počet heren v ČR v letech 2009 – 2013; Zdroj: Drbohlavová, 2013

Z grafu je patrný jednak výrazně klesající trend počtu heren ve všech krajích České republiky, jednak velmi nerovnoměrné zastoupení počtu heren v jednotlivých krajích. Největší počet heren se dlouhodobě nachází na Moravě. Nejvíce rizikovou skupinou se sklony k patologickému hráčství jsou muži z velkých měst ve věku kolem 30 let, kteří žijí sami. Počátek závislosti obvykle vzniká v období dospívání, přestože ženy se většinou stávají závislé v prostřední fázi svého života. Ve chvíli, kdy se začnou léčit, již bývají hluboce zadlužené, uvažují o sebevraždě a většinou za sebou mají trestnou činnost, kterou získávaly prostředky na hazard. Významná část závislých (přibližně jedna třetina) trpí navíc fyzickou závislostí na droze, např. na alkoholu nebo heroinu. Až 2-3 % populace mají problém s hazardem a zhruba 1 % trpí něčím, co bývá označováno jako abnormální sklony k hazardu. Byla prokázána korelace mezi dostupností hazardních her (která je měřena například počtem hracích automatů na 1000 obyvatel) a četností patologických hráčů [5, 6].

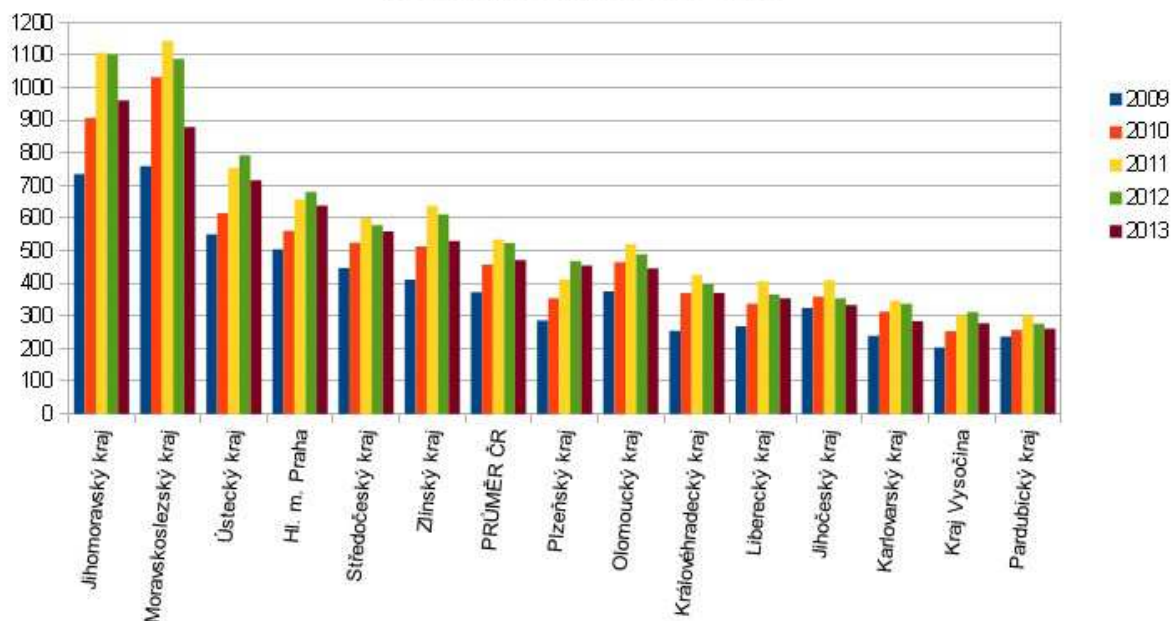
Počty kasin v letech 2009 - 2013



Graf 2 Počet kasin v ČR v letech 2009 – 2013; Zdroj: Drbohlavová, 2013

Zajímavé je i rozložení heren a kasin v jednotlivých krajích České republiky.

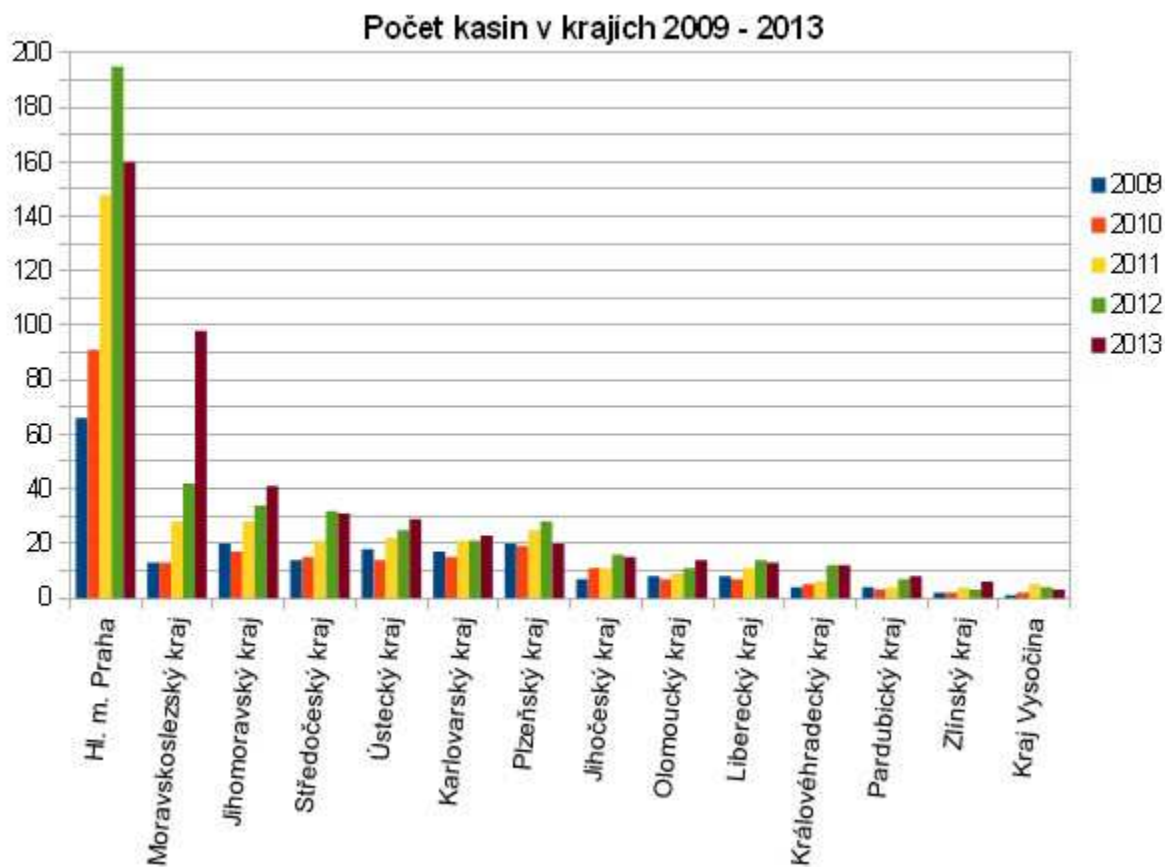
Počet heren v krajích 2009 - 2013



Graf 3 Počty heren v jednotlivých krajích České republiky v letech 2009-2013
Zdroj: Drbohlavová, 2013

Z grafu je dobře patrná vysoká koncentrace kasin v kraji Praha a zajímavý je mimořádně strmý nárůst počtu kasin v roce 2013 v Moravskoslezském kraji, který přímo

souvisí se stále rostoucí nezaměstnaností v tomto kraji u a mírnější nárůst též v Jihomoravském kraji.



Graf 4 Počty kasin v jednotlivých krajích České republiky v letech 2009-2013
Zdroj: Drbohlavová, 2013.

LÉČBA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Zatímco užíváním drog a léčbou závislosti na nich se odborníci zabývají v České republice už mnoho desetiletí, léčba gamblingu se v České republice mohla začít rozvíjet až v době, kdy se také masivně rozšířila nabídka příležitostí k hazardnímu hraní, tedy na začátku 90. let minulého století. Komplikací léčby je fakt, že v České republice není dostatek specializovaných zařízení pro jejich léčbu. Obvykle se léčí v psychiatrických léčebnách společně se závislými na alkoholu a návykových látkách. Často pacienti trpí duální diagnózou jak závislostního, tak jiného psychiatrického rázu, což léčbu dále ztěžuje. U patologických hráčů je často diagnostikováno i další rizikové chování, zejména abúzus alkoholu či rizikové sexuální chování a prostituce [12], zejména u mladistvých dívek, kde slouží jako zdroj financování gamblingu [13].

Statistická data týkající se léčby patologického hráčství jsou v České republice dostupná naposledy za rok 2011. Dle těchto dat publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v letech 2005–2011 v psychiatrických ambulancích České republiky ošetřeno s diagnózou F63.0, tedy patologické hráčství, v průměru 1 370 pacientů ročně. Na celkovém počtu léčených pacientů v těchto ambulancích se podíleli cca 0,25 %. Pro tuto diagnózu byli ve sledovaném období

častěji ošetřováni muži. Ženy se podílely na celkovém počtu pacientů v průměru necelými 9 %. Nejméně žen se léčilo v roce 2005, kdy byl jejich podíl pouze 5,6 % v roce 2011 však jejich podíl na ambulantní léčbě činil téměř 13 %. Během sledovaného období se také měnila věková struktura pacientů. V posledních sledovaných letech došlo ke snížení podílu pacientů ve věku 15–19 let z více než 11 % z celkového počtu pacientů léčených pro gambling v roce 2008 na necelé 4 % v roce 2011. Podíl dětí ve věku do 14 let byl v těchto letech nepatrný, a to od 0,1 % do 0,2 %. Výjimkou byl rok 2008, kdy došlo k nárůstu podílu jak dětí do 14 let (na 0,4 %), tak i mladistvých do 20 let (na více než 11 %). Tento nárůst byl pravděpodobně dán tím, že v předchozích letech problémy mladistvých spojené s počítači byly diagnostikovány jako poruchy chování (dg. F90–F98). Od roku 2008 začali lékaři v České republice tyto problémy diagnostikovat jako patologické hráčství. Podíl pacientů starších 20 let se neustále zvyšoval z 94 % v roce 2004 až na necelých 97 % v roce 2011. S diagnózou F63.0 byl v roce 2011 počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních lůžkových zařízení o cca 60 % nižší než počet ambulantních pacientů, v průměru bylo 550 hospitalizací ročně.

Pro diagnózu F63.0 bylo vždy hospitalizováno více mužů než žen. Podíl žen byl nižší než v ambulantní péči, a v průměru činil necelých 8 % z celkového počtu hospitalizací s touto diagnózou. V posledních letech se tento podíl postupně zvyšuje a v roce 2011 činil 10 %.

V roce 2011 bylo hospitalizováno necelých 18 % pacientů ve věku 25–29 let a více než 16 % ve věku 30–34 let. V členění podle zaměstnání je dlouhodobě ve sledovaném období nejvíce hospitalizací (v průměru 45 %) ve skupině „nepracující, studující“ a dále ve skupině „řemeslník a kvalifikovaný dělník“ [5, 6].

PREVENCE PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Při srovnání počtu pacientů přepočteno na 100 tisíc obyvatel daného kraje byl v roce 2011 patologickým hráčstvím nejvíce zasažen Moravskoslezský kraj (22 pacientů na 100 tisíc obyvatel) a kraj Praha (20 pacientů), což koresponduje s výše uvedenými údaji v grafech týkajících se počtu her a kasin v České republice v jednotlivých krajích. V Moravskoslezském kraji je dlouhodobě nejvyšší nezaměstnanost v rámci celé České republiky.

Problémy způsobené hazardem nemají pouze jedinou příčinu. I zde dochází, stejně jako u nemoci, k interakci rizikových a ochranných činitelů, které se nacházejí na více rovinách. Mezi rizikové činitele se řadí především snadná dostupnost a velká nabídka různých forem hazardu, masivní reklama, nedostatečná nebo špatně prosazovaná restriktivní opatření. Prevence problémů způsobených hazardní hrou se zde obvykle spojuje s prevencí problémů způsobených alkoholem a drogami a podporou zdravého způsobu života. Důležitou roli hraje ovlivňování chování člověka již v dětském věku, které formuje jeho přístup k potenciální herní realitě. Jako prevence se mohou stát v dětském věku znalosti, např. kombinatoriky (stanovení pravděpodobnosti výhry), dále pak příklady sociálního a pracovního selhání gamblerů, orientace dětí na aktivní volnočasové aktivity v přírodě, při sportování, odvádění dětí od individuální hry ke kolektivním soutěživým aktivitám, kde hra a výhra nejsou cílem, ale pouze prostředkem k dosažení radosti a uspokojení ze společné hry, vzájemné podpory, týmového cítění apod.

Prevence u adolescentů je realizována především v rámci výchovy ke zdravému způsobu života, kdy je nutné ji integrovat současně s prevencí škod působených návykovými látkami. Jako nejúčinnější se jeví forma učení sociálním dovednostem (např. odmítání), relaxace, informovanost o možnostech včasné pomoci apod. Efektivní programy prevence sociálně patologických jevů včetně gamblingu jsou realizovány zejména ve školách zapojených do mezinárodního projektu Škola podporující zdraví. Nezastupitelnou úlohu v prevenci zde mají vzdělání učitelé zaměřením na výuku

výchovy ke zdraví a prevenci závislostí a edukovaní zdravotničtí pracovníci v oblasti léčby závislostí [7, 11]. Nejdůležitějším prostředím je prostředí rodiny, kde prevence má mnohdy velmi efektivní účinek i široké pole působnosti. Významným druhem preventivního působení je komplexní prevence ve společnosti (komunity based prevention), která v sobě zahrnuje spolupráci různých složek společnosti (rodiče, škola, vrstevníci, zdravotníci, úřady, média, politická reprezentace, soukromý sektor, zájmové a sportovní organizace mládeže, pedagogicko-psychologické poradny, církve, svépomocné organizace, policie atd.).

Závislost na hře v dospělosti ohrožuje profesní roli a vede ke ztrátě motivace k práci, narušuje mezilidské vztahy a potřeba hrát má větší hodnotu než jakékoliv citové vazby. Hráč svým blízkým slibuje nápravu, ale slib nedodrží. Léčba si tedy klade za cíl úplnou abstinenci. Důležitou roli hraje ovlivňování chování člověka již v dětském věku, které formuje jeho přístup k potenciální herní realitě. Jako prevence se mohou stát v dětském věku znalosti, např. kombinatoriky (stanovení pravděpodobnosti výhry), dále pak příklady sociálního a pracovního selhání gamblerů, orientace dětí na aktivní volnočasové aktivity v přírodě, při sportování, odvádění dětí od individuální hry ke kolektivním soutěživým aktivitám, kde hra a výhra nejsou cílem, ale pouze prostředkem k dosažení radosti a uspokojení ze společné hry, vzájemné podpory, týmového cítění apod.

ZÁVĚR

Role státu při regulaci hazardu by měla spočívat zejména ve vyhotovení vstupních ekonomicko-právních a srovnávacích analýz praxe z vyspělých států EU, stavu vnitřního trhu ČR a dopadů provozování hazardních her na veřejné zdraví, dále ve vyhotovení národní adiktologické analýzy epidemie, prevalence a dalších statistických ukazatelů patologického hráčství a jiných souvisejících návykových a impulsivních poruch a též ve vytvoření specifické sítě zdravotnických a pomáhajících institucí. Nezbytná je vysoká erudovanost zdravotnických pracovníků na všech úrovních, kteří se věnují závislým osobám [8]. Důležitá je též realizace systematické dlouhodobé specifické primární prevence závislostí realizovaná ve spolupráci školy, rodiny a dalších institucí a nezávislých odborníků od nejútlejšího věku až po adolescenci s využitím kvalitních preventivních programů.

Na podkladě zadání Ministerstva financí ČR podle usnesení vlády České republiky č. 655 ze dne 6. září 2012 ustavilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti České republiky pracovní skupinu složenou ze zástupců relevantních subjektů, jež má za úkol podpořit zpracování analýzy sociálně-patologických dopadů hazardních her na společnost v ČR. Cílem budoucí analytické zprávy s názvem *Studie o sociálně-patologických dopadech hazardních her na společnost v ČR* je shrnout politiku a strategii v oblasti hazardního hraní, výskyt hazardního hraní v populaci včetně jeho intenzivních /problematických a závislostních forem, výskyt zdravotních a sociálních problémů a následků spojených s hazardním hraním, dostupnost preventivních, poradenských a léčebných intervencí a programů a výsledků jejich vyhodnocení. Zpráva shrne situaci v oblasti hazardního hraní v ČR a doporučí Ministerstvu financí a vládě ČR další kroky v této oblasti. Zpráva bude předložena vládě do konce dubna 2014.

LITERATURA

- [1] Fakta o hazardu v České republice. Základní porovnání s EU [online]. Občané proti hazardu, 2013. [cit. 2013-10-11]. Dostupné z: www.obcaneprotihazardu.cz
- [2] NEŠPOR, K., CSEMY, L.: Kolik je v České republice patologických hráčů? In: *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2005, 101(8), 433-435. Dostupné z: www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_8_433_435.pdf

- [3] VEROSTA, P., VEJROSTA, P. Patologické hráčství: souhrn faktů a aktuální situace v České republice (revidované znění k 4. březnu 2012), přehledový článek [online]. Dostupné z <http://www.obcaneprotizavislostem>.
- [4] DRBOHLAVOVÁ, B.: Gambling v České republice: prevalence a souvislosti. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Viktor Mravčík. Praha: 2013.
- [5] Zdravotnická statistika. Psychiatrická péče 2011. ÚZIS ČR, 2012. ISBN 978-80-7472-027-7.
- [6] Studie o sociálně-patologických dopadech hazardních her na společnost v ČR [online]. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Úřad vlády České republiky. [cit. 2013-10-11]. Dostupné z: www.drogy-info.cz
- [7] MAZALÁNOVÁ, V., JAKUBKOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.: Edukácia učiteľov v problematike zdravia. In: *AFC Zborník z medzinárodnej konferencie. Podpora a ochrana zdravia učiteľov*. Bratislava, 2010, s. 125. ISBN 978-80-8127-013-0, EAN 9788081270130.
- [8] MAURITZOVÁ, I., NĚMCOVÁ, J.: Drogové závislosti. In: *Handicap a ošetrovatelství*. Praha: Maurea, 2010. s. 36-37. ISBN 978-80-902876-5-5.
- [9] REISSMANNOVÁ, J.: Pilíře projektu Zdravá škola. In: *Výchova ke zdraví I*. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta, 2005. s. 102-115, 14 s. ISBN 80-210-3918-3. MSM0021622421, záměr.
- [10] HRIVNOVÁ, M. a kol.: Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví. Olomouc: UP, 2010. 151 s. ISBN 978-80-244-2503-0.
- [11] HLINOVSKÁ, J., J. NĚMCOVÁ, R. HANUŠOVÁ, M. JANÁKOVÁ a P. LAUKOVÁ. Edukace v klinické v praxi. V. *vedecko-odborná konferencia s mezinárodnou účastí o Globalizácia a kvalita života a zdravia*. Košice: 2009. s. 65-66. ISBN 978-80-89284-66-5.
- [12] HULINSKÝ, P., HAMPLOVÁ, L.: Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice. *Zdravotnictvo a sociální práce*, roč. 8, 2013, č. 3, s. 8-17. ISSN 1336-9326..
- [13] HULINSKÝ, Petr. *Historie řešení otázky prostituce se specifikací na hlavní město Prahu*. Vyd. 1. Praha: Police history, 2009, 71 s. ISBN 978-80-86477-51-0.

Kontaktní adresa:

MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D., e-mail: hamplova@vszdrav.cz
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Dušková 7, 150 00 Praha 5, Česká republika
Mobil: +420 739 053 130

**SOCIÁLNÍ OPORA JAKO SOCIÁLNÍ DETERMINANTA
ZDRAVÍ U ROMSKÝCH KOMUNIT**

SOCIAL SUPPORT AS SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH IN ROMA COMMUNITIES

Urban, D., Kajanová, A.

*Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,
Katedra sociální práce*

Abstrakt

Príspevok v podobe prehľadovej štúdie sa venuje tématu sociálnej opory ako sociálne determinanty zdravia u romských komunit a je spracovaný na základe sekundárnej analýzy dát. Sociálna opora predstavuje významný faktor ovplyvňujúci zdravotný stav, pôsobíci protektívne na psychickú pohodu, fyzické zdravie a celkovú kvalitu života. U romských komunit predstavuje najvýznamnejší zdroj sociálnej opory „fajta“, rodina v rámci pokrevnej línie. Gadžovské inštitúcie, hoci môžu predstavovať reálny zdroj finančných príjmov, sú ako sociálna opora vnímané až na poslednom mieste.

Nefunkční sociální sítě mohou negativně ovlivňovat zdraví z hlediska nedostatku materiálních zdrojů, ale též absentující informovanosti v této oblasti.

Klíčová slova: sociální determinanty zdraví, sociální opora, romské komunity, zdravotní stav.

Abstract

The contribution of the scoping study focuses on the topic of social support as social determinant of health among Roma communities and is developed on the basis of secondary data analysis. Social support is an important factor influencing health status, functioning protective for psychological well-being, physical health and overall quality of life. In the Roma communities is the most important source of social support "fajta", the family bloodline. Majority institutions, as they may pose a real source of income, such as social support are perceived to last place. Broken social networks can negatively affect health in terms of lack of material resources, but also absent awareness in this area.

Klíčová slova: social determinants of health, social support, Gypsy communities, health status.

ÚVOD

Náš článek představuje přehledovou studii zabývající se tématem sociální opory jako jedné z determinant zdraví u romských komunit. Jako metodu zpracování dat používáme obsahovou analýzu získaných dokumentů vztahujících se k tématu – klíčová slova „Romové“ – „sociální opora“ – „(sociální determinanta) zdraví“. Byly vyhledávány jednak články prostřednictvím databáze Scopus a dále pak tuzemská časopisecká a monografická sdělení na základě totožných klíčových slov. Sociální opora představuje jednu z determinant, které mohou ovlivňovat průběh a dopad nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Jedinci s bohatými sociálními vazbami se dožívají vyššího věku a mají celkově lepší úroveň fyzického i duševního zdraví, než jedinci, kteří i tyto vazby nemají vztahy (Šolcová, Kebza, 1999). Přehledová studie se zabývá problematikou sociálních determinant zdraví u romských komunit, které představují výzkumný soubor projektu s názvem „Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin (hl. řešitelka doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.)“. Tento výzkum je podpořen účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo SDZ2012_002.

SOCIÁLNÍ OPORA JAKO SOCIÁLNÍ DETERMINANTA ZDRAVÍ

Sociální oporu lze definovat jako pomoc či podporu, kterou jedinec čerpá v situacích, kdy to považuje za příhodné (Krpoun, 2012; 43). Sociální opora pomáhá zvládat životní těžkosti a to především tehdy, pokud člověk onemocní, dostane se do životní krize, utrpí úraz, stojí před vážným rozhodnutím, když mu někdo blízký zemře a pod. (Křivohlavý, 2001; 98). Prokázaný pozitivní efekt sociální opory na zdraví potvrzují výsledky řady studií (např. Rutledge et al., 2004; Frasure-Smith et al., 2000; Hibbard et al., 1993; Seeman, 1996; Berkman, Glass, 2000; Uchino, 2009). Teoretické směry, které popisují vliv sociálních sítí, opory a integrace na zdraví vycházejí již z klasických teorií Durkheima a jeho pojetí sebevražd a Bowlbyho teorie vazby. Berkman (2000) uvádí vliv sociálních sítí ve čtyřech základních oblastech: poskytování sociální podpory, sociální vliv, sociální zapojení a přístup ke zdrojům. Lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí déle a výzkumy dokládají, že mají lepší fyzické i psychické zdraví, oproti lidem bez těchto vazeb (Berkman, Breslow, 1983 in Šolcová, Kebza, 1999), kdy sociální opora poskytovaná v dětství a mládí ovlivňuje oblast zdravotního stavu v pozdějším životě (Cherry et al., 2011). Negativní vliv rozvinutých sociálních vazeb může naopak

představovat větší riziko osobních ztrát a problémů souvisejících s interpersonálními vztahy (Thoits, 1995 in Šolcová, Kebza, 1999).

Literatura uvádí několik modelů působení sociální opory na zdravotní stav. Modely založené na informacích předpokládají, že sociální vazby jsou zdrojem informací o zdravém chování. Jedinec má díky sociální síti dostatek informací o tom, jaké chování je zdravé a jak si zajistit dostupnou zdravotní péči. Modely sociálního vlivu vycházejí z předpokladu, že okolí směřuje jedince ke zdraví prospěšným návykům. Model hmotných zdrojů uvádí příznivý účinek pomoci a materiálních zdrojů od druhých, které člověku pomáhají vytvářet si zdravější prostředí (Šolcová, Kebza, 1999).

Dobré sociální vztahy tedy do určité míry snižují nerovnosti v oblasti zdraví u sociálně slabých/znevýhodněných skupin a intervence v této oblasti tak velmi pravděpodobně mohou přispět ke snížení sociálně-ekonomických nerovností v oblasti zdraví (Vonneilich et al., 2012).

SOCIÁLNÍ OPORA A ROMSKÉ KOMUNITY

Davidová a kol. (2010; 43) uvádějí, že Romové a Romky hledají oporu především v rodině, a v ní zejména v prokreační a pokrevní linii (fajtě), tedy v rodičích, dětech a sourozencích, méně pak v partnerovi či partnerce. O vysokém významu rodiny pro Romy se dále např. zmiňuje i Davidová (2004), která popisuje závislost členů na rodině, která uspokojovala základní životní potřeby svých členů. Nicméně v této souvislosti je popisováno již také oslabení rodinných pout. Dle Říčana (1998; 47) romské rodině nesvědčilo vytržení z tradiční velkorodiny a ze soudržné obce, která často fungovala i v nepříznivé době. Problematickým krokem bylo i umisťování romských dětí do ústavní výchovy, čímž se razantně přetrhaly rodinné vazby. Dětský domov následně sice zajistil kvalitní stravu, hygienu a pravidelnou školní docházku, poškodil však schopnost navazovat silné citové vztahy a setrvávat v nich. Domov nemohl nahradit rodinu - a navíc vychovatelé byli členové majoritní populace, většinou bez vztahu k romské minoritě.

Dalším zdrojem sociální opory, popisovaným Davidovou a kol. (2010; 143), jsou služby poskytované státem a městem ve formě finančních příspěvků, pronajímání ubytování a používání dalších služeb, včetně lékařské péče. V některých případech však tyto služby nejsou vnímány jako sociální opora, nýbrž jako těžce vybojovaná kořist.

Dominance rodiny, jako zdroje sociální opory, pravděpodobně způsobuje deklarovaný pocit bezpečí a jistoty, který se ve výzkumech objevuje již od útlého věku až do pozdního stáří. Např. výzkum „Romská populace a zdraví“ zmiňuje absenci pocitu samoty u starších osob v romských rodinách, informačním vakuem nebo pocitem bezmoci a strachu, že jim nikdo nepomůže. (Davidová a kol. 2010; 143). Rodina byla v rámci realizovaného výzkumu však označena také za možný zdroj rizik, neboť se mezi jednotlivými členy mohou bez další korekce šířit nejrůznější fámy a „zaručené“ pravdy. Za neopomenutelný zdroj sociální opory je nutné zmínit náboženství a víru v Boha. Především v oblastech na Slovensku došlo někdy k neočekávané eskalaci a ovlivnění životního stylu velkých skupin osob (Davidová a kol. 2010; 144).

Tématu sociální opory u romských komunit se dále věnují Kajanová, Urban (2011; 73-80). Jako zdroj sociální opory na mikroúrovni je opět jmenována rodina. V rámci té si členové vypomáhají finančně či materiálně (zapůjčení potravin, ale např. i umožnění použít vlastní automatickou pračku), dále starší generace napomáhá mladší generaci s bydlením, kdy mladý pár přijímají do svého bytu. Jako mezoúroveň jsou jmenováni sousedé, přátelé a komunita. V rámci této úrovně si oslovení Romové a Romky vypomáhají zapůjčením menších finančních obnosů, cigaret a potravin. Státní sociální politika je uváděna jako zdroj makroúrovně sociální opory, nicméně v organizace (např. Úřad práce) měli respondenti nejmenší důvěru. Jako zdroj sociální opory bylo respondenty zmíněno

středisko volného času pro děti a mládež v místě jejich bydliště. Stejně pozitivně byla hodnocena pomoc ze strany dalších NNO – z poraden poskytujících sociální služby.

ZÁVĚR

Zdravotní stav jednotlivých sociálních vrstev dosahuje značných rozdílů. V praxi byla identifikována řada problémů spojených se zdravotním stavem romské populace. Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013-2017 se týká i sociálně vyloučené romské komunity (Hulinsky, Hamplová, 2013). Z výzkumu Nesvadbové a kol. (2003) vyplývá, že romští občané uvádějí oproti majoritní populaci vyšší počet návštěv praktického lékaře, zatímco v případě specializované a je naopak nižší čerpání. Zdraví a prevence u Romů nejsou považovány za prioritu. Zdraví se dostává do předmětu zájmu až v době rozvoje nemoci, kdy se stává jen velmi těžko ovlivnitelným preventivními aktivitami. Shodujeme se závěry Nesvadbové a kol. (2009) v nutnosti posílit schopnost Romů a Romek adekvátně se chovat a efektivně postupovat v situacích, kdy se v rodině vyskytnou nějaká onemocnění nebo zdravotní problémy. Smyslem je předcházet tomu, aby pro neinformovanost nebo nedostatečnou sociální dovednost docházelo u romských pacientů ke zdravotním komplikacím vyžadujícím náročnější léčbu. Zde vidíme velký prostor pro profesionální podporu. Dále pak v podpoře rodiny jako stěžejního zdroje sociální opory při zvládání životních krizových situací, jakými jsou např. sdělení a diagnostika vážné nemoci, hospitalizace, úmrtí člena rodiny apod.

LITERATURA

- BERKMAN, L. F., GLASS, T.: Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman L. F., Kawachi, I. (eds.). Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2000. s. 137–73. ISBN 0195083318.
- BERKMAN, L., F.: From social integration to health: Durkheim in the new millenium. Social Science & Medicine 2000, č. 51, s. 843-857. ISSN 0037-7856.
- DAVIDOVÁ, E.: Romano drom – Cesty Romů 1945 – 1990. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 273 s. ISBN 80-244-0524-5.
- DAVIDOVÁ, E. A kol.: Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton. 2010. 256 s. ISBN 978-80-7387-428-5.
- FRASURE-SMITH, N., LESPERANCE, F., GRAVEL, G. et al.: Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. In: Circulation 2000, č. 101, s. 1919–1924. ISSN 0009-7322.
- HIBBARD, J. H., POPE, C. R.: The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. Social Science & Medicine 1993, č. 36. s. 217–225. ISSN 0037-7856.
- HULINSKÝ, P., HAMPLOVÁ, L.: Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice. Zdravotnictvo a sociální práca, roč. 8, 2013, č. 3, s. 8-17. ISSN 1336-9326..
- CHERRY, K. E., et al.: Social Engagement and Health in Younger, Older, and Oldest-Old Adults in the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS). Journal of Applied Gerontology 2011, roč. 32. č. 1, s. 51-75.
- KAJANOVÁ, A., URBAN, D.: Subjective perception of the social support by the socially excluded Roma people. Journal of nursing, social studies and public health 2011, roč. 2, č. 1-2. s. 73-80.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie 1999, roč. 43, č. 1, s. 19–35. ISSN 0009-062X.
- KRPOUN, Z.: Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti. E-psychologie 2012, roč. 6, č. 1, s. 42-50. ISSN 1802-8853.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál: 2001. s. 98. ISBN 80-7178-550-4.

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNÍ PRÁCE
ročník 8, 2013, číslo 4**

- NESVADBOVÁ, L., a kol.: Determinanty zdraví romské populace v České republice 1999–2001. Praktický lékař 2003, roč. 83, č. 3, s. 139–159. ISSN 1080-2711.
- NESVADBOVÁ, L., ŠANDERA, J., HABERLOVÁ, V.: Romská populace a zdraví. Česká republika – Národní zpráva 2009. [online]. [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Sastipen.pdf>, 86 s.
- RUTLEDGE, T., REIS, S. E., OLSON, M., et al.: Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: the National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. In: Psychosomatic Medicine 2004, č. 66, s. 882–888. ISSN 0033-3174.
- ŘÍČAN, P. S.: Romy žít budeme – jde o to jak. Praha: Portál, 1998. 142 s. ISBN 80-7178-250-5.
- SEEMAN, T. E.: Social ties and health: the benefits of social integration. Annals of Epidemiology 1996, č. 6, s. 442–51. ISSN 1047-2797.
- UCHINO, B. N.: Understanding the links between social support and physical health: a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. Perspectives on Psychological Science 2009, č. 4, s. 236–255. ISSN 1745-6916.
- VONNEILICH, N., et al.: The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health - results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. BMC Public Health 2012, č. 12, s. 285. ISSN 1471-2458.

Kontakt:

e-mail: urban@zsf.jcu.cz;

e-mail: kajanova@zsf.jcu.cz

HODNOCENÍ OHROŽENÉHO DÍTĚTĚ A RODINY

THE IMPORTANCE OF THE CHILDREN'S CENTER IN CARE OF THE ENDANGERED FAMILY

Martin Karas

*Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s. Strakonice,
Jihočeská universita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,
katedra: Sociální práce*

Abstrakt

Stále častěji se ve své praxi setkáváme s rodinami, které klasifikujeme jako ohrožené. Se zřetelem na potřebu zajištění ochrany a bezpečí dětí, je v některých případech potřeba přistoupit k jejich odebrání z rodiny s jejich dočasným umístěním do některého z možných typů zařízení v rámci ČR. Pobyt dítěte v zařízení by měl být dočasný, krátkodobý a pokud možno na dobu nezbytně nutnou.

Z pohledu odborníků je primárním hlediskem v procesu sanace pozornost směřována především k potřebám a zájmům dítěte. V kontextu k naplnění základních povinností zařízení je nezbytné následně navázat úzkou spoluprací s rodinou.

Cílem výzkumu je identifikovat důvody (aspekty), v čem stávající způsob multidisciplinární pomoci napomáhá a v čem brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

Na základě těchto zjištění navrhnou možná východiska individuálního plánu podpory a pomoci, která by proces sanace v praxi značně urychlila.

Klíčová slova: *Ohrožená rodina, ohrožené dítě, potřeby rodiny, sociální práce s rodinou, hodnocení ohrožené rodiny.*

Abstract

There are still more and more families in our practice that we can classify as endangered families. With regards to needs of children's protection and safety, there are also cases when it is necessary to remove children from their families and place them temporarily in some of available type of institutional care within the Czech Republic. Children's stay in institutional care should be temporal, short-termed, and for the shortest time possible.

From the view of the experts, the prime aspect of the improvement procedure is especially paying attention to children's needs and interests. By establishing close cooperation with the family we can satisfy basic duties of the center.

The goal of the investigation is to identify the reasons (aspects), in what way the existing multidisciplinary assistance helps and what prevents the return of a child back to the biological family.

Based on these findings, I shall introduce possible ways of individual plans for support and help that would help to accelerate the process of the improvement.

Key words: *Endangered family, endangered child, family needs, family social work, assessment endangered family.*

ÚVOD

Úspěšná spolupráce s ohroženou rodinou a dítětem je vždy velmi nelehký úkol. Z tohoto důvodu je zřejmé, že každá odborná součinnost vždy vyžaduje zodpovědnou přípravu a plánování dílčích kroků pomoci. Nezbytnou součástí úspěšné spolupráce je vyjasnění si klíčových úkolů a problémů všech zúčastněných stran. Podcenění jakékoliv složky podpory, nespolehlivý přístup k zadanému úkolu může mít pro dítě či rodinu fatální následky. Primárním hlediskem sociální práce se v tomto případě jeví vyhovující a nestranné hodnocení situace ohroženého dítěte a rodiny. Problematikou spolupráce s ohroženou rodinou se zabývám ve své disertační práci, která nese název „Význam dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny a institucí v procesu sanace.“ Hlavním cílem práce je identifikovat důvody (aspekty), v čem stávající způsob multidisciplinární pomoci napomáhá a v čem brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

SITUACE URČUJÍCÍ CÍLE A PODNĚT K HODNOCENÍ

S odvoláním na autory Matouška a Pazlarovou (2010), profesionálně prováděné hodnocení rodiny může zjišťovat rodinné poměry dětí, mladistvých a dospělých v případech, kdy jsou odůvodněné pochybnosti o tom, zda vlastní nebo náhradní rodina dítě vychovává přiměřeně. Ve své odborné literatuře specifikují celou řadu dalších případů, kdy je nezbytné toto hodnocení rodiny provést.

Pro účely tohoto příspěvku je nutné zmínit alespoň některé z nich. Jedná se o situace, kdy je dítě předáno do péče jiné rodiny nebo ústavního zařízení. Často se jedná o momenty, kdy se jeden z rodičů, popřípadě oba rodiče dostanou do nepříznivé sociální situace. Velmi častým jevem jsou okolnosti, kdy se rozhoduje o návratu dítěte do rodiny po jeho umístění mimo ni. Hodnocení rodiny se stává nedílnou součástí sociální práce v situacích, kdy se zvažuje, zda s rodinou pracovat při terapii dítěte, mladistvého či dospělého. Podnět k hodnocení může přijít v zásadě, buď od člena rodiny, nebo zástupce státu hájící zájmy dítěte, pracovníka nebo organizace, která se zabývá dítětem či dospělým členem rodiny (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010).

POSUZOVÁNÍ FUNKČNOSTI

Posuzování funkčnosti vyžaduje delší přímý kontakt s rodinou. Dovednosti a čas se dají získat jen tréninkem. Jedním z prvořadých zájmů dítěte je vyrůstat ve funkční rodině, což deklaruje i zákon o sociálně-právní ochraně dítěte. Zákon zdůrazňuje, že hlavním způsobem řešení situace ohroženého dítěte je má být ozdravení rodinného prostředí (Zákon č. 359/1999, Sb.). V praxi existuje několik základních ukazatelů funkcí rodiny, které by profesionál měl umět zhodnotit. Jedná se kulturní a hodnotovou orientaci, nasycení základní potřeb členů rodiny, stav domácnosti z hlediska potřeb členů rodiny, funkčnost rodičovského systému, hodnocení vývoje dítěte, funkčnost manželského systému, vztahy členů rodiny k širšímu příbuzenstvu, vztahy k institucím pro rodinu významným, jiné sociální vazby členů rodiny, styl komunikace, zaměstnání rodičů, materiální zdroje. Návštěva v rodině je vytýčeným prostředkem ke sblížení mezi pomáhajícím pracovníkem a členy rodiny. Během ní je možné zjistit o rodině mnohem více než během série návštěv členů rodiny v instituci (Matoušek, O. a kol., 2003).

S ohledem na hodnocení rodiny v jejich rodinném prostředí je potřeba podotknout, že praxe přináší mnoho legislativních komplikací, kdy pracovník pečující o dítě v pobytovém zařízení nemá kompetence spolupracovat s rodiči v jejich rodinném prostředí. Je odkázán na setkávání prostřednictvím instituce. S odkazem na Matouška (2003) a ostatní odborníky je zapotřebí procesy sociální práce modifikovat. Ke získání co nejrelevantnějších informací ze strany rodiny je zapotřebí především získat jejich plnou důvěru. Tím dosáhneme důslednější přípravou na setkávání a navázání úzké a kvalitní spolupráce i s dalšími složkami procesu podpory a pomoci. Je žádoucí se vždy alespoň částečně řídit metodikou návštěvy, kterou Oldřich Matoušek podrobně popisuje ve svých odborných publikacích.

ZHODNOCENÍ SITUACE DÍTĚTE V RODINĚ, POSUZOVÁNÍ POTŘEB OHROŽENÉHO DÍTĚTE

Zhodnocení situace dítěte v rodině by mělo vycházet ze znalosti rodiny a jejího fungování. V situacích, kdy pracovník vnímá rizika ohrožení dítěte, je vhodné posouzení situace dítěte vypracovat v rámci multidisciplinárního týmu. Hodnocení se stává podkladem pro doporučení odborné podpory rodině. Čím větší míra rizik (aktuálních i potenciálních) v jednotlivých oblastech u konkrétního dítěte, tím více je třeba zvažovat, zda není nutné dočasné umístění mimo rodinu, spojené s podporou rodičů v kontaktu s dítětem v chráněném prostředí a posilování jejich rodičovských kompetencí (Bechyňová, V., Konvičková, M., 2011).

Posuzování potřeb ohroženého dítěte představuje pokus komplexně zachytit celkový stav a situaci jedince a propojit objektivní indikátory s indikátory subjektivními a sociálními. V potaz je třeba vzít i časovou, vývojovou či „historickou“ dimenzi – co současné situaci předcházelo a k čemu a jakým směrem se bude s největší pravděpodobností vyvíjet (Karls, J., M., Wandrei, K., E., 1994; Kovařík, J., 2001), přičemž podmínky nebo problémy, vystavují dítě v ohrožení, zahrnují faktory environmentální povahy (chudoba, atd.), faktory biologické a genetické (Amerman, R., T., Hersen, M., 1997).

HODNOCENÍ JAKO PROCES

Matoušek, Pazlarová, (2010) na otázku, jak dlouhá doba je přiměřená na to, aby kvalifikovaný profesionál dokázal rodinu posoudit, bleskově reagují, že takováto otázka nedává smysl. Vždy je zapotřebí k této otázce připojit ještě další. *V jaké situaci se hodnocení provádí? Jaký je jeho*

cíl? Hrozí nějaké nebezpečí z prodlení? Vezmeme-li v úvahu možnou variantu odpovědí, dojdeme k minimálně třem typům hodnocení. A to: posouzení rodiny zaměřené na jeden specifický parametr fungování; základní posouzení rodiny zaměřené na akutní rizika; posouzení hloubkové beroucí v úvahu významné aspekty fungování rodiny. Z toho vyplývají tři druhy nároků na čas profesionála. Proto se oba autoři domnívají, že je lépe ve všech případech hledět na hodnocení rodiny jako na proces. Fakticky vždy uběhne nějaká doba od chvíle, kdy dá někdo impuls k posuzování rodiny do doby, kdy pracovník vstoupí do kontaktu s rodinou.

Podle Bergové (1994) je nesprávně pochopen proces hodnocení, jestliže jako výsledek hodnocení vznikne seznam toho, co dělá rodina či jeho člen špatně. Takový seznam podsouvá všem zainteresovaným představu, že rodina je odsouzena nadále selhávat.

MODELÝ HODNOCENÍ

V České republice se v některých neziskových organizacích začíná využívat modelu, který tým britských expertů vytvořil pro britské ministerstvo zdravotnictví (Department of Health, 2000). Metodika se doslova jmenuje *Rámec pro hodnocení potřebných dětí a jejich rodin (Framework for the Assessment of Children in Need and their Families)* a je rozdělena do tří sekcí:

1. *Vývojové potřeby dítěte* – zdraví, vzdělání, emoční vývoj a vývoj způsobů chování, vlastní totožnost dítěte, vztahy v rodině a mimo ni, atd.
2. *Kapacita rodičů* – základní péče, zajištění bezpečí, emocionální vřelost, stimulace, vedení a určování hranic, stabilita.
3. *Faktory vztahující se k rodině a prostředí* – historie rodiny a její fungování, vztahy v širší rodině, bydlení, zaměstnávání, příjmy, sociální integrace rodiny, atd.

Při vlastním hodnocení rodiny se využívá rozhovorů s členy rodiny, dotazníků a posuzovacích škál.

Wilkinson (1998) je tvůrcem *Darlingtonského systému hodnocení rodiny (Darlington Family Assessment System, DFAS)* o následujících dimenzích a indikátorech:

1. *problémy dítěte* – tělesné zdraví, vývoj dítěte, emocionální poruchy, vztahy v rodině i mimo ni, chování, negativní události, atd.
2. *problémy rodičů* – tělesné zdraví, psychické zdraví, manželský vztah, zkušenosti s rodiči s dětství, sociální podpora, atd.
3. *fungování celé rodiny* – blízkost a vzdálenost (vzorce vazeb), rozložení moci, emocionální atmosféra a pravidla, kontextuální stres, shrnutí vývoje rodiny.

Toto schéma na první pohled klade důraz na rizikové faktory. Doporučené metody jsou jako v předchozím případě strukturovaný rozhovor se členy rodiny a pozorování, popřípadě doplněné dotazníky se specifickými testy.

Z obou uvedených příkladů je parné, že autoři pokládají za užitečné kombinovat pohled zaostřený na jednotlivce, a to zvlášť na dítě a zvlášť na dospělé, s hlediskem, jenž v širším záběru hodnotí fungování rodiny jako celku.

ZÁKLADNÍ METODY VYUŽITELNÉ PRO POSUZOVÁNÍ

Matoušek, Pazlarová, (2010) ve své odborné publikaci přehledně shrnuli základní metody pro posuzování rodiny. Autoři uvádějí, že při posuzování rodiny je vždy vhodné použít více metod než jen jednu. Jedná se o metody:

1. Rozhovor týkající se vlastního chování posuzovaného člena rodiny
2. Rozhovor týkající se chování jiných členů rodiny a fungování rodiny jako celku
3. Pozorování spontánní interakce rodiny
4. Pozorování interakce navozené určitým zadáním
5. Dotazníky a testy
6. Konstrukce genogramu zobrazujícího příbuzenské vztahy mezi členy rodiny
7. Strukturované techniky
8. Rozbor dokumentů
9. Ekomapa

Jednotlivé metody posuzování rodiny jsou podrobně popsány v odborné literatuře (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010).

DOPORUČENÍ K NĚKTERÝM METODÁM

Pozorování lze provádět v přirozeném prostředí rodiny nebo ve zvláštním prostředí, kam rodiny docházejí na určitou část dne a mohou se tam věnovat činnostem, pro které nemají ve své přirozeném prostředí dobré podmínky. Fakta zjištěná pozorováním je potřeba prověřovat rozhovorem, fakta získaná rozhovory je nutno prověřovat pozorováním. Existují návody pro strukturované rozhovory s členy rodiny pro hodnocení významné determinanty jejich chování. Příkladem může být *Rozhovor na vazbách dospělých (Adult Attachment Interview, AAI)* (Georgie, Kaplan, Main, 1985), zaměřený na interpersonální vztahy dospělých osob. Vyhodnocení záznamů interakce je hodně pracné. Dotazníkové metody pro komplexní posuzování rodiny jsou obecně málo vhodné. Jsou vhodné spíše pro orientační posouzení například partnerské harmonie, manželské osy rodiny i pro hodnocení jednoduše definovatelných aspektů fungování rodiny. Pro některé dospělé může dotazníková forma zjišťování údajů představovat přílišný nárok. Zvětšuje též distanci mezi pracovníkem a rodinou (Matoušek, O., Pazlarová, H., 2010).

Holland (2004) tvrdí, že dokonalé objektivní proměření všech potřebných parametrů rodiny, je téměř nemožné. Subjektivní prvek při hodnocení rodiny nelze nikdy vyloučit. Na tento výrok Matoušek, Pazlarová, (2010) reagují tím, že o to více záleží na tom, jak je posuzující osoba vůči rodině vyladěna. Zda-li bude k rodině přistupovat jako ke zločinci, kterého má usvědčit z přestoupení zákona, či k němu bude přistupovat jako k partnerům, kteří mají určité kompetence pro řešení problému. Tento druhý postoj pokládají ve všech případech, kdy je to možné, za žádoucí východisko pro práci s rodinou.

Holmanová (1983) doporučuje vytvořit na začátku práce s rodinou přehled potřebných informací a metod jejich získávání, který pracovníka může v průběhu práce s rodinou upozorňovat na chybějící údaje. Tento přehled není samostatným hodnotícím nástrojem, je pomůckou pro plánování postupu hodnocení a jeho rekapitulaci.

ZÁVĚR

Již řadu let se ve své odborné praxi denně setkávám s ohroženými rodinami. S přibývajícím věkem stále častěji zjišťuji, že „ohrožená rodina“ má nevyčerpatelné zdroje nevyčtených otázek a trápení. Každá nově přichodící rodina, každý jejich příběh je něčím odlišný, něčím specifický, něčím novým. V sociální práci bohužel neexistuje žádný „přístroj“, který by dokázal spuštěním knoflíku „postiženou“ rodinu uzdravit. Záleží na každém pracovníkovi jaké osobní dovednosti a zkušenosti v sociální práci uplatní. Při práci s rodinou a dítětem se vždy řídím několika vlastními pravidly, kterými jsou: pokora k lidem, jenž mě žádají o pomoc; umění naslouchat nejen rodině, ale též svým

kolegům; trpělivost; skromnost a laskavost. A především nezapomínat používat zdravý selský rozum. Jen tak mohu být vůči rodině dobře vyladěn.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMERMAN, R., T., HERSEN, M., (eds.): *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents*. John Wiley and Sons, Inc. New York.
- BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ M.: *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
- DEPARTMENT OF HEALTH, *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London. 2000.
- GEORGIE, N., KAPLAN, M., MAIN, M.: *Adult Attachment Interview (AAI)*, 1985. Volně přeloženo: byl vyvinut s cílem zkoumat citový stav rodičů ve vztahu k dítěti.
- HOLLAND, S.: *Child and Family Assessment in Social Work Practise*. Sage Publ., London. 2004.
- KARLS, J., M., WANDREI, K., E.: *Person-in-Environment System. The PIE Classification Systems for Social Functioning Problems*. NASW Press, Washington, D.C.
- KIM BERG, I.: *Family Assessment. Tools for Understanding and Intevention*. Sage Publ., Beverly Hills.
- KOVAŘÍK, J.: *Sociálněekonomický model*. In: Matoušek, O., a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O., a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H.: *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál, 2010. s. 112-113. ISBN 978-80-7367-739-8.
- WILKINSON, I.: *Child and Family Assessment*. 2nd ed. Routledge, London.
- ZÁKON č. 359/1999, Sb., ve znění pozdějších předpisů, *O sociálně-právní ochraně dětí*.

Adresa autora:

Strakonice, Mlýnská 1078, PSČ 386 01

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

t.č.: 728 199 420

PRIPRAVENOSŤ NA KRÍZOVÉ JAVY VO SVETLE ODBORNEJ TERMINOLÓGIE

DIE BEREITSCHAFT AN KRISENEREGNISSE IM LICHT DER FACHTERMINOLOGIE

Šoltésová, V.

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

Abstrakt

Úvod: Krízové javy môžu vzniknúť na ktoromkoľvek mieste, v ľubovoľnej dobe a ich negatívne dôsledky môžu byť nepodstatné, no aj katastrofické. Môžu spôsobiť narušenie spoločenských procesov a vyvolať paniku a chaos, prerušenie dopravných tepien, či výrobných procesov, znemožniť komunikáciu a funkčnosť informačných systémov, prerušiť dodávku pitnej vody, energií a narušiť funkčnosť služieb, ako aj rad ďalších negatívnych javov. Vyspelé krajiny majú v súčasnosti dostatok odborne pripravených ľudí aj moderných technických prostriedkov, aby mohli účinne čeliť krízovým javom. I na území SR majú záchranné organizácie a jednotky profesionálnu úroveň.

Jadro: Predmetom článku je oboznámiť s problematikou možných krízových javov, a v nadväznosti na ne definovania mimoriadnej udalosti, členenia mimoriadnych udalostí a ich riešenia koordináčnymi strediskami IZS. V rámci definovania mimoriadnej udalosti bude poukázané na nejednotnosť legislatívy a nekonzistentnú terminológiu používanú v IZS, systéme civilnej ochrany a v krízovom riadení. Zároveň oboznámiť o zásadách koordinácie jednotlivých zložiek IZS pri spoločnom zásahu na jednotlivých úrovniach riadenia pri riešení mimoriadnej udalosti.

Záver: Je nesmierne dôležité pracovať na legislatívnej úprave, doplnení a zjednotení odbornej terminológie a legislatívy používanej v integrovanom záchrannom systéme, systéme civilnej ochrany a v krízovom riadení. Boli načrtnuté spôsoby doriešenia súčasne platného stavu tak, aby pôsobil funkčne, efektívne a rýchlo, keďže pri záchrane a ochrane ľudského života a zdravia ako najzákladnejších hodnôt spoločnosti ide o sekundy.

Kľúčové slová: krízový jav, mimoriadna udalosť, legislatíva, koordináčne strediská integrovaného záchranného systému.

Abstrakt

Einleitung: Die Krisenereignisse können auf irgendwelchem Platz, oder in irgendwelcher Zeit entstehen und deren negative Folgerungen könnenun wesentlich als auch katastrophisch sein. Können Störungen des Gesellschaftlichenprozess oder Panik und Unordnung, Verkehrsstockung, oder Abbrechen von Erzeugungsgänge, Verhinderung der Kommunikation und Funktion des Informationssystems, Abbrechen von Wasserlieferung, Energielieferung und Dienstlieferung als auch andere negative Ereignisse verursachen. Die Länderhaben im Gegenwart genügend Fachleute als auch moderne Maschinenausrüstung, um effektiv die Krisenereignisse zu begegnen. Auch in der Slowakei sind die Rettungsorganisationen und Rettungssystem auf Professionalebene.

Meritum: Dieser Artikel analysiert Problematik des möglichen Krisenereignisse, und im Zusammenhang damit verbundene Definition von Schadensfälle – aussergewöhnlichen Ereignisse, deren Gliederung und Lösung einzelnen Schadensfälle seitens Zentrale des integrierten Rettungssystem. Im Rahmen der Definition von Schadensfälle wird auf die Uneinigkeit der Legislative und unterschiedlich genutzte Terminologie im integrierten Rettungssystem, Zivilschutzsystem und Krisenleitung hingewiesen. Ferner über Prinzipien und Grundsätze der Koordination einzelnen Komponente des integrierten Rettungssystem bei der Schadensfalllösung zu informieren.

Nachwort: Es ist höchstwichtig an der Legislativenbearbeitung, Ergänzung und Einigung der Fachterminologie und in integriertem Rettungssystem, Zivilschutzund Krisenleitunggenutzte Legislative zuarbeiten. Erwaren einige Möglichkeiten entworfen auf Lösung des aktuellen Standes, umfunktionsvoll, effektiv, promptzuwirken, dabei der Rettung und beim Schutz des Lebens und Gesundheitsals Grundprinzipien der Gesellschaft, jede Sekunde zählt.

SchlüsselBegriffe: mögliche Krisenereignisse, Schadensfälle – aussergewöhnliche Ereignisse, Legislative, Zentrale des integrierten Rettungssystem.

ÚVOD

Krízové javy môžu vzniknúť na ktoromkoľvek mieste, v ľubovoľnej dobe a ich negatívne dôsledky môžu byť nepodstatné, no aj katastrofické. Môžu spôsobiť narušenie spoločenských procesov a vyvolať paniku a chaos, prerušenie dopravných tepien, či výrobných procesov, znemožniť komunikáciu a funkčnosť informačných systémov, prerušiť dodávku pitnej vody, energií a narušiť funkčnosť služieb, ako aj rad ďalších negatívnych javov. Vyspelé krajiny majú v súčasnosti dostatok odborne pripravených ľudí aj moderných technických prostriedkov, aby mohli účinne čeliť krízovým javom. I na území SR majú záchranné organizácie a jednotky profesionálnu úroveň.

KRÍZOVÉ JAVY A MIMORIADNE UDALOSTI

Slovenská republika je krajinou s pomerne vysokou koncentráciou obyvateľstva a priemerne rozvinutou priemyselnou výrobou. V priemysle aj v poľnohospodárstve sa vo veľkom množstve používajú horľavé, výbušné, toxické aj rádioaktívne látky, prípadne látky, ktoré uvoľňujú toxické produkty počas horenia, ale aj ďalšie nebezpečné látky, ktoré môžu byť zdrojom krízových javov. Potencionálnym zdrojom možných havárií je aj jadrová energetika, ktorú chce SR naďalej účinne využívať.

Ďalšou rizikovou oblasťou je doprava. V cestnej doprave je zdrojom rizík stále rastúci rozsah kamiónovej dopravy na našom území s vysokým objemom prepravy nebezpečných nákladov. Pretrvávajúce problémy sú v rekonštrukcii a modernizácii železničnej dopravy a potenciálnym nebezpečenstvom je tiež stúpajúci počet preletov nášho územia v medzinárodných leteckých koridoroch. Významným zdrojom krízových javov u nás je tiež potrubná doprava, hlavne preprava ropy a zemného plynu pre našu potrebu, ale aj ich tranzit na západ.

Ani našej krajine sa nevyhýbajú živelné pohromy, z ktorých najzávažnejšími sú záplavy. Ďalším potencionálnym zdrojom krízových javov, ktorý obmedzuje hlavne plynulosť dopravy, sú snehové kalamity a rozsiahla námraza.

DEFINÍCIA MIMORIADNEJ UDALOSTI

Problémom zostáva predovšetkým terminologická nejednotnosť, rôznosť a absentujúca previazanosť medzi jednotlivými právnymi predpismi.

V nadväznosti na túto skutočnosť budú v nasledovnej časti okrem mimoriadnej udalosti definované súvisiace základné pojmy, s ktorými pracujú právne predpisy uvedené v úvode tejto kapitoly a budú načrtnuté aj návrhy na zlepšenie súčasnej situácie.

Pre účely uplatňovania IZS v praxi je potrebné poznať základné pojmy, ktoré sú vymedzené v Zákone o IZS a v Zákone č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zákon o CO“) a to najmä:

1. tieseň - definícia v ustanovení § 2 ods. 2 písm. a) Zákona o IZS
2. mimoriadna situácia - definícia v ustanovení § 3 ods. 1 Zákona o CO
3. mimoriadna udalosť – definícia v ustanovení § 3 ods. 2 Zákona o CO
4. živelná pohroma - definícia v ustanovení § 3 ods. 2 písm. a) Zákona o CO
5. havária - definícia v ustanovení § 3 ods. 2 písm. b) Zákona o CO
6. katastrofa - definícia v ustanovení § 3 ods. 2 písm. c) Zákona o CO.

Nové postavenie Slovenskej republiky v štruktúrach EÚ a NATO, ako aj zmeny bezpečnostného prostredia so sebou prinášajú potrebu novelizácie, resp. tvorby nových strategických, koncepčných a plánovacích dokumentov a následne aj úpravy právnych noriem. Tento proces bude vyžadovať implementáciu celého radu nových odborných termínov a ich správny preklad z anglického jazyka. V tejto súvislosti sa vytvára priestor aj na odstránenie disharmónie súčasne platných dokumentov a právnych noriem, ktorá je zväčša spôsobená nejednotným výkladom termínov a tým, že dodnes neexistuje oficiálny terminologický slovník v danej oblasti.

Vzhľadom na používanie rôznej terminológie jednotlivých zložiek IZS, krízového riadenia a civilnej ochrany v slovenskej legislatíve, ako aj v právnych a iných aktoch Európskej únie, Ministerstvo vnútra SR začalo práce na vypracovaní multilingválneho terminologického slovníka, ktorý by tieto pojmy zjednotil a uľahčil tak vzájomnú komunikáciu vo vyššie uvedených zložkách. Do tvorby multilingválneho terminologického slovníka okrem zložiek IZS, krízového riadenia a civilnej ochrany boli zapojení aj zástupcovia akademickej obce.

Slovník obsahuje výber kľúčových a najčastejšie používaných termínov z jednotlivých oblastí bezpečnosti štátu a krízového riadenia v strategických, koncepčných a plánovacích dokumentoch a v právnych normách s dosahom na viaceré rezorty štátnej správy. Východiskový rozsah slovníka určovala odborná medzirezortná komisia za účasti predstaviteľov vedeckých a vzdelávacích inštitúcií.

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 8, 2013, číslo 4**

Je otvoreným dokumentom a so súhlasom medzirezortnej terminologickej komisie sa môže meniť podľa potrieb a určených zásad.

Definície jednotlivých termínov majú **odporúčajúci charakter** v procese dosahovania harmonizácie v strategických, koncepčných a plánovacích dokumentoch a právnych normách, ako aj v praktickej činnosti krízového riadenia.

➤ **krízový jav (crisis event)**

Legálna definícia: V platných právnych normách sa nevyskytuje.

Definícia termínu v terminologickom slovníku:

Skutočnosť, ktorá narušila alebo znemožnila fungovanie, existenciu alebo rozvoj procesov alebo systémov.

Návrh opatrení:

Používať na všeobecné pomenovanie všetkých príčin vzniku krízových situácií v praxi krízového riadenia bez rozlíšenia ich charakteru, obsahu a rozsahu.

➤ **krízový stav (state of crisis)**

Legálna definícia: V platných právnych normách sa nevyskytuje.

Definícia termínu v terminologickom slovníku:

Právny stav vyhlásený kompetentným orgánom verejnej správy na určitom území na riešenie krízovej situácie v priamej závislosti od jej charakteru a rozsahu (vojna, vojnový stav, výnimočný stav, núdzový stav). Je spojený so zlyhaním všeobecne platných postupov, nástrojov a mechanizmov riadenia a s potrebou aplikovania zásad krízového riadenia vrátane dočasného obmedzenia základných práv a slobôd.

Návrh opatrení:

V praxi krízového riadenia používať na všeobecné označenie núdzového stavu, výnimočného stavu, vojnového stavu a vojny, ako aj navrhovaného mimoriadneho stavu.

Doplniť do ústavného zákona č. 227/2002 Z. z.

➤ **mimoriadna udalosť (emergency event)**

Legálna definícia:

§ 3 ods. 2 zákona č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov;

Definícia termínu v terminologickom slovníku:

Závažná, časovo ťažko predvídateľná a priestorovo ohraničená príhoda spôsobená vplyvom živeľnej pohromy, technickej alebo technologickej havárie, prevádzkovej poruchy, prípadne úmyselného konania človeka, ktorá vyvolala narušenie stability systému alebo prebiehajúcich dejov a činností, ohrozuje životy a zdravie osôb, hmotné a kultúrne statky či životné prostredie.

Návrh opatrení :

Spresniť definíciu v zákone č. 42/1994 Z. z. v znení neskorších predpisov v duchu návrhu.

Zákon o IZS termín a definíciu mimoriadnej udalosti nepozná, pracuje s termínom tieseň.

➤ **tieseň** (emergency)

Legálna definícia:

- § 2 ods. 2 písm. a) zákona č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme; (nie je zvýraznený subjektovo-objektový základ termínu).

Definícia termínu v terminologickom slovníku:

Prejav vonkajších a vnútorných podmienok objektívneho charakteru, ktoré prežíva jednotlivec a ktoré bezprostredne ohrozujú život alebo zdravie ľudí, majetok alebo životné prostredie v dôsledku negatívneho pôsobenia následkov mimoriadnych udalostí. Prejavuje sa ako stav, ktorý si vyžaduje poskytovanie cudzej pomoci a zabezpečenie základných životných potrieb inými osobami alebo štátom.

Návrh opatrení:

Doplniť vymedzenie tohto termínu z uvedených dôvodov do zákona č. 42/1994 Z. z. a zákona č. 129/2002 Z. z. Rozlíšiť termíny „tieseň“ a „núdzba“.

➤ **núdzba** (emergency)

Legálna definícia:

- absentuje

Definícia termínu v terminologickom slovníku:

Situácia na území celého štátu alebo niektorého regiónu, pri ktorej sú ohrozené životy alebo zdravie ľudí, majetok, životné prostredie, vnútorná bezpečnosť a poriadok a ďalšie hodnoty spoločnosti v dôsledku negatívneho pôsobenia následkov mimoriadnych udalostí. Prejavuje sa ako jav, ktorý si vyžaduje poskytovanie cudzej pomoci a zabezpečenie základných životných potrieb štátom.

Návrh opatrení:

Doplniť jeho definíciu v zákone č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme (hovoriť sa v ňom iba o tiesni);

Spresniť znenie definície v zákone č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov.

➤ **mimoriadna situácia** (extraordinary and crisis situation)

Legálna definícia:

- zákon č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu § 2 písm. a);
- § 3 ods. 1 zákona č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov;

Mimoriadna situácia nie je „stav“, ktorý vzniká v dôsledku mimoriadnej udalosti, ale časový úsek či obdobie, počas ktorého trvajú mimoriadne podmienky v danom priestore.

Definícia termínu v terminologickom slovníku:

Časovo a priestorovo determinované ohrozenie života, zdravia, majetku a životného prostredia, hospodárstva štátu, ako aj orgánov verejnej správy vyvolané pôsobením negatívnych následkov mimoriadnych udalostí, ktoré si vyžaduje použitie postupov, nástrojov, zdrojov a síl a prostriedkov krízového riadenia.

Návrh opatrení:

Spresniť definíciu v zákone č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov podľa návrhu.

➤ **mimoriadny stav** (state of emergency)

Legálna definícia: Termín mimoriadny stav nie je definovaný v žiadnej právnej norme.

Definícia termínu v terminologickom slovníku:

Právny stav vyhlásený príslušným orgánom miestnej štátnej správy, prípadne samosprávy na nevyhnutne dlhý čas na riešenie následkov mimoriadnej situácie, v ktorých rámci je možné v nevyhnutnom rozsahu obmedziť základné práva a slobody a uložiť povinnosti občanom na postihnutom území alebo na bezprostredne ohrozenom území.

Návrh opatrení:

Navrhovanú definíciu doplniť ako systémové opatrenie do platných právnych noriem na úseku krízového riadenia.

V ústavnom zákone č. 227/2002 Z. z. – ako piaty krízový stav vrátane obmedzenia základných práv a slobôd a uloženia povinnosti občanom na postihnutom území, alebo bezprostredne ohrozenom území.

V zákone č. 42/1994 Z. z. – ako právny nástroj na riešenie mimoriadnych situácií (teda krízových situácií) vyvolaných mimoriadnymi udalosťami (krízovými javmi), počas ktorých sú ohrozené životy, zdravie a majetok obyvateľov a životné prostredie.

ČLENENIE MIMORIADNYCH UDALOSTÍ

Mimoriadnou udalosťou sa rozumie živelná pohroma, havária, katastrofa alebo teroristický útok, pričom:

- **živelná pohroma** je mimoriadna udalosť, pri ktorej dôjde k nežiaducemu uvoľneniu kumulovaných energií alebo hmôt v dôsledku nepriaznivého pôsobenia prírodných síl, pri ktorej môžu pôsobiť nebezpečné látky alebo pôsobia ničivé faktory, ktoré majú negatívny vplyv na život, zdravie alebo na majetok, napr. povodne, záplavy, krupobitia, následky víchrice, zosuvy pôdy, snehové kalamity a lavíny, rozsiahla námraza, zemetrasenia;
- **havária** je mimoriadna udalosť, ktorá spôsobí odchýlku od ustáleného prevádzkového stavu, v dôsledku čoho dôjde k úniku nebezpečných látok alebo k pôsobeniu iných ničivých faktorov, ktoré majú vplyv na život, zdravie alebo na majetok, napr. požiare a výbuchy, úniky nebezpečných látok, prípravkov, odpadov s následným kontaminovaním územia, ovzdušia, tokov;
- **katastrofa** je mimoriadna udalosť, pri ktorej dôjde k narastaniu ničivých faktorov a ich následnej kumulácii v dôsledku živelnej pohromy a havárie, napr. veľké letecké, železničné, lodné a cestné nehody s požiarimi, havárie jadrových zariadení, porušenie vodných stavieb;

➤ **živelná pohroma** (natural disaster)

Legálna definícia:

- § 3 ods. 2 písm. a) zákona č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov;

Definícia termínu:

Mimoriadna udalosť vyvolaná ničivými prírodnými silami, v ktorej dôsledku sa uvoľňujú kumulované energie a hmoty, prípadne pôsobením nebezpečných látok, alebo iných ničivých faktorov majúci negatívny vplyv na človeka, zvieratá, materiálne hodnoty a životné prostredie.

Návrh opatrení:

Upraviť podľa návrhu definíciu v zákone č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov.

➤ **havária** (accident)

Legálna definícia:

- § 3 ods. 2 písm. b) zákona č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení ďalších predpisov; (ako „havária“, v obsahu termínu nie je presne vyjadrená podstata termínu havária)
- vyskytuje sa aj v zákonoch z oblasti havarijného plánovania a bezpečnosti a ochrany pri práci (zákon č. 261/2002 Z. z. a č. 330/96 Z. z.).

Definícia termínu:

Mimoriadna udalosť spôsobená prevádzkou technických a technologických zariadení a stavieb v dôsledku narušenia prevádzkového procesu a následného úniku nebezpečných látok do okolia a vznik iných ničivých faktorov, ktoré majú negatívny vplyv na životy a zdravie ľudí, na majetok, zvieratá a životné prostredie.

Návrh opatrení:

V zákone č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov upraviť definíciu termínu havária.

➤ **katastrofa** (disaster, catastrophe)

Legálna definícia:

- § 3 ods. 2 písm. c) zákona č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov;

Definícia termínu:

Mimoriadna udalosť veľkého rozsahu vznikajúca v dôsledku kumulácie ničivých faktorov živelné pohromy alebo havárie, ktorá má závažné priame následky na obyvateľov, materiálne hodnoty, životné prostredie, prípadne aj na fungovanie verejnej správy.

Návrh opatrení:

Spresniť definíciu podľa návrhu v zákone č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov.

ZÁKLADNÁ TERMINOLÓGIA, KTORÚ POUŽÍVA OSN - KONKRÉTNE MEDZINÁRODNÁ ORGANIZÁCIA NA REDUKCIU KATASTROF (ISDR)

Krízovým managementom (*Emergency management*) sa rozumie organizácia a riadenie prostriedkov a zodpovednosti za riešenie vo všetkých aspektoch krízových situácií, hlavne pripravenosti, schopnosti reagovať a obnovovať. Ďalej zahŕňa plánovanie, štruktúry a opatrenia s cieľom zapojiť do tohto procesu vládu, dobrovoľné i súkromné organizácie a vytvoriť tak celistvý a koordinovaný systém, ktorý bude reagovať na celé spektrum krízových potrieb.

Hrozba (*Hazard*) je potenciálna ničivá fyzická udalosť, fenomén, či ľudská činnosť, ktorá môže spôsobiť stratu na životoch, alebo zranenie, poškodenie majetku, sociálne a ekonomické narušenie, či environmentálnu degradáciu.

Krízové zdravotnícke zabezpečenie a krízová pripravenosť zdravotníctva

Krízové zdravotnícke zabezpečenie je súhrn organizačných, materiálno-technických a personálnych zdravotníckych, hygienických a protiepidemiologických opatrení na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti obyvateľov, ozbrojených síl, ozbrojených bezpečnostných zborov a ostatných zložiek v príprave na riešenie krízových situácií a počas ich riešenia (Šimák a kol., 2005).

Krízové zdravotnícke zabezpečenie je mimoriadna zdravotnícka starostlivosť pri mimoriadnych situáciách, katastrofách a zdravotných krízach. Je to zdravotnícke zabezpečenie veľkých kríz (WHO, 2009).

Krízové zdravotnícke zabezpečenie - Zdravotnícka starostlivosť počas krízových stavov (javov) je rozsah zdravotníckej starostlivosti, ktorá zaistí obyvateľstvu prežitie krízovej situácie bez vzniku ťažkej ujmy na zdraví v dôsledku redukcie štandardného rozsahu zdravotníckej starostlivosti vynúteného krízovou situáciou, pokiaľ objektívne je možné takejto škody zabrániť (Masár a kol., 2010).

Krízová pripravenosť zdravotníctva - Health system crisis preparedness je koncepcia štátnej politiky zahrňujúca 3 piliere: politiku a legislatívu, inštitucionálny rámec a krízové manažmenty sektoru zdravotníctva (WHO, 2009).

Krízová pripravenosť zdravotníctva je schopnosť poskytovateľov zdravotníckych služieb a zdravotníckych zariadení zaistiť poskytovanie nutnej neodkladnej zdravotníckej starostlivosti obyvateľstvu počas krízových javov t.j. mimoriadnych udalostí a krízových stavov, v kontinuite medicínskych zásad pre poskytovanie zdravotníckej starostlivosti odborne spôsobilými pracovníkmi (podľa: Masár a kol., 2010).

stredisko IZS a mimoriadna udalosť

Pri vzniku nežiaducej alebo mimoriadnej udalosti je nevyhnutné prijímať opatrenia na rôznych úrovniach, podľa druhu a rozsahu danej situácie koordinovaným spoločným postupom záchranných zložiek IZS spolu s opatreniami, ktoré plní verejná správa a iné organizácie na zabezpečenie ochrany obyvateľstva, majetku a niekedy aj obnovy narušeného hospodárstva a obnovy územia postihnutého mimoriadnou udalosťou napr. doprava, zásobovanie, dodávky elektriny, vody a pod.

Koordinácia zložiek IZS pri spoločnom zásahu spočíva v zaistení nasledujúcich činností:

- vyhodnotenie druhu a rozsahu mimoriadnej udalosti;
- uzavretie miesta zásahu a obmedzenie vstupu na miesto zásahu osôb, ktorých prítomnosť nie je potrebná;
- záchrana bezprostredne ohrozených osôb, zvierat, majetku, prípadne ich evakuácia;

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 8, 2013, číslo 4**

- poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti zraneným osobám;
- prijatie nevyhnutných opatrení pre ochranu životov a zdravia nasadených osôb v zložkách, ktoré zahŕňa:
 - rozdelenie miesta zásahu na zóny
 - zohľadnenie zvláštnosti miesta zásahu
 - vytvorenie podmienok pre odpočinok jednotlivých zložiek a stanovenie režimu práce
 - prerušenie záchranných prác, pokiaľ sú bezprostredne ohrozené životy alebo zdravie zasahujúcich zložiek, alebo by záchrannými prácami vznikli závažnejšie nepriaznivé následky, ako hroziace vzniknutou nepriaznivou situáciou
- prerušenie trvajúcej príčiny vzniku ohrozenia vyvolaného mimoriadnou udalosťou, napr. provizórnou opravou;
- obmedzenie ohrozenia vyvolaného mimoriadnou udalosťou a stabilizácia situácie na mieste zásahu;

Spôsob riadenia záchranných a likvidačných prác závisí najmä od druhu a rozsahu mimoriadnej situácie a od počtu a druhoch zložiek, ktoré sa na prácach podieľajú. Vo všeobecnosti možno spôsob riadenia rozdeliť do troch úrovní, podľa závažnosti danej situácie: taktická úroveň, operačná úroveň a strategická úroveň.

TAKTICKÁ ÚROVEŇ

Koordinovanie činností záchranných zložiek IZS **na mieste zásahu** a riadenie ich súčinnosti bude vykonávať veliteľ zásahu z Hasičského a záchranného zboru (ďalej len „**veliteľ zásahu**“). Podľa druhu nežiaducej udalosti stanovené kto je veliteľom zásahu. V horských oblastiach pri záchrannej činnosti vedúci zásahu z Horskej záchrannej služby.

Ak nezasahuje Hasičský záchranný zbor, na mieste zásahu riadi a koordinuje činnosť záchranných zložiek IZS veliteľ alebo vedúci tej záchrannej zložky IZS, ktorého určí príslušné koordinačné stredisko (ďalej len „oprávnená osoba“).

Efektívna súčinnosť na mieste nežiaducej udalosti je zabezpečená prostredníctvom vytvorenia **spoločných postupov zúčastnených záchranných zložiek IZS - plány integrovanej reakcie na základe vypracovaných pravidiel koordinácie činnosti na mieste vzniku udalosti**.

Veliteľ zásahu je oprávnený pri vykonávaní záchranných a likvidačných prác:

- zakázať alebo obmedziť vstup osôb na miesto zásahu a nariadiť, aby miesto zásahu opustila osoba, ktorej prítomnosť nie je potrebná;
- nariadiť evakuáciu osôb, prípadne stanoviť aj iné dočasné obmedzenia k ochrane života, zdravia, majetku a životného prostredia;
- nariadiť bezodkladné vytvorenie alebo odstránenie stavieb, terénnych úprav za účelom zmiernenia alebo odvrátenia rizík vzniknutých mimoriadnou udalosťou;
- vyzvať právnické osoby alebo fyzické osoby k poskytnutiu osobnej pomoci alebo vecného plnenia, prípadne technických prostriedkov na poskytnutie požadovanej pomoci;

OPERAČNÁ ÚROVEŇ

Prakticky nepretržitá koordinácia a spolupráca operačných stredísk jednotlivých zložiek IZS.

STRATEGICKÁ ÚROVEŇ RIADENIA

Koordinácia a riadenie súčinnosti na strategickej úrovni bude zabezpečovaná ako doteraz orgánmi krízového riadenia. Osoby kompetentné koordinovať a riadiť súčinnosť na tejto úrovni riadenia sú starosta, prednosta obvodného úradu, prednosta obvodného úradu v sídle kraja, minister vnútra SR.

ZÁVER

Je nesmierne dôležité pracovať na legislatívnej úprave, doplnení a zjednotení odbornej terminológie a legislatívy používanej v integrovanom záchrannom systéme, systéme civilnej ochrany a v krízovom riadení. Boli načrtnuté spôsoby doriešenia súčasne platného stavu tak, aby pôsobil funkčne, efektívne a rýchlo, keďže pri záchrane a ochrane ľudského života a zdravia ako najzákladnejších hodnôt spoločnosti ide o sekundy.

LITERATÚRA

1. ŠIMÁK, L. 2004: Krízový manažment vo verejnej správe. Žilina, EDIS, 2004
2. FIALA, M., VILÁŠEK, J., 2010: Vybrané kapitoly z ochrany obyvateľstva, Praha, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-1856-2
3. ŠENOVSKÝ, M., ADAMEC, V., HANUŠKA, Z., 2007: Integrovaný záchranný systém, Tiskárna Kleinwächter Frýdek – Místek, ISBN 978-80-7385-007-4
4. BULÍKOVÁ, 2011: Medicína katastrof.
5. ŠTĚTINA, 2000: Medicína katastrof a hromadných nešťastí
6. PANOCHA, 1997: Integrovaný záchranný systém v České republice.
7. MASÁR, O. a kol. 2010: Vybrané kapitoly z medicíny katastrof. Bratislava. 2010. ISBN 978-80-223-2835-7
8. TENCER, A. 2008: Stav implementácie medzinárodných zdravotných predpisov WHO v SR. Konferencia Medicína katastrof. MZ SR. 2008
9. WHO. 2009. Assessment of health systems' crisis preparedness in Poland. Copenhagen. 2009. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/112201/E93850.pdf
10. ISDR Terminology: Basic term of disaster risk reduction [online]. Dostupné na <http://www.unisdr.org/eng/library/lib-terminology_eng%20home.htm>
11. <http://www.minv.sk/?terminologicky-slovník>
12. Zákon č. 42/1994 Z.z., o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov
13. Vyhláška č. 523/2006 Z.z., o podrobnostiach na zabezpečenie záchranných prác a organizovania jednotiek civilnej ochrany
14. Zákon č. 129/2002 Z.z., o integrovanom záchrannom systéme v znení neskorších predpisov
15. Zákon č. 387/2002 Z.z., o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu
16. Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovanom záchrannom systéme a o zmene niektorých zákonů
17. Vyhláška MVČR č.328/2001 Sb., o niektorých podrobnostiach zabezpečení integrovaného záchranného systému, v znení Vyhlášky MVČR č. 429/2003 Sb.

Kontakt:

JUDr. Veronika Šoltésová, PhD., e-mail: veronika@soltesova.sk

PRAKTICKÁ APLIKÁCIA BERNOULIHO VZORCA A POISSONOVHO ZÁKONA V ZDRAVOTNÍCTVE

PRACTICAL APPLICATION OF BERNOULLI FORMULA AND POISSON LAW IN HEALTH

¹ Juristy, J., ² Beňo, P.

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

² Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Abstrakt

Pri výučbe predmetu matematická štatistika a pravdepodobnosť sa často stretávame s Bernoulliho vzorcom a Poissonovým zákonom. Ich výučba a schopnosť ich praktického použitia je veľmi dôležitá aj v zdravotníctve a v humanitne orientovaných odboroch. Na modelovom príklade názorne ukážeme ich dôležitosť.

Kľúčové slová: Štatistika, Bernoulliho vzorec, Poissonov zákon, modelový príklad.

Abstract:

While studying mathematical statistics and probability one very often comes across on Bernoulli and Poisson laws. Their teaching and ability of its practical application is essential also in health and in humanistic oriented disciplines. On a model case we will demonstrate their importance.

Keywords: Statistics, Bernoulli formula, Poisson's law, model example.

ÚVOD

V dnešnej dobe, v dobe všemožných prieskumov a projektovnielen z odboru zdravotníctva, ale aj z odboru sociálnej práce, je veľmi častou požiadavkou vedieť spracovať tieto hromadné údaje. Patria tu aj spôsoby zisťovania a vyhodnocovania závislosti štatistických znakov. A čo je ešte dôležitejšie, vedieť tieto výsledky prieskumov správne implementovať do praktického života.

MODELOVÝ PRÍKLAD

V rozvojových krajinách máme v našich projektoch 60 infekčných ambulancií. Všetky musíme vybaviť novým lekárskeým prístrojom, ktorý na základe odobratých vzoriek rýchlejšie, kvalitnejšie a v širšom rozsahu diagnostikuje infekčné choroby.

Pravdepodobnosť zlyhania prístroja počas času t (pod t môžeme chápať záručnú dobu, dobu životnosti, dobu dohodnutú s predajcom a pod.) je $p = 0,008$.

Pri poruche musíme prístroj odoslaný do opravy nahradiť rezervným. Otázka je koľko prístrojov musíme do rezervy kúpiť? Alebo aká je pravdepodobnosť zlyhania, za čas $[t]$ 1, 2, 3, ... prístrojov.

ANALÓGIA MODELOVÉHO PRÍKLADU

Tento výpočet sa dá aplikovať aj v našich podmienkach v mnohých obmenách. Pre väčšiu názornosť a grafické vyjadrenie urobíme tento výpočet pre $p = 0,008$, $n = 60$; $n = 200$, $n = 400$ $n = 600$; $n = 800$; $n = 1000$.

Tento výpočet môžeme použiť pre rôzne komodity a pravdepodobnosti zlyhania týchto sledovaných komodít.

MATEMATICKÁ ÚVAHA

„V praxi nás často zaujíma otázka, aká je pravdepodobnosť, že pri n – násobnom opakovaní pokusu bude práve m úspechov, táto pravdepodobnosť sa označuje $P_{n,m}$. Odpoveď dostávame v tvare jednoduchého vzorca:

$$P_{n,m} = \binom{n}{m} \cdot p^m \cdot (1-p)^{n-m} \quad , \quad m = 0, 1, 2, 3, \dots, n \quad (1) \quad „$$

Vrábelová – Markechová, str. 37)

RIEŠENIE PODĽA BERNOULLIHO VZORCA (ZÁKONA)

Z Bernoulliho vzorca (1) vyplýva:

$$P_{60}(1) = \binom{60}{1} \cdot 0,008^1 \cdot (1 - 0,008)^{60-1} = \binom{60}{1} \cdot 0,008^1 \cdot 0,992^{59}$$

$$P_{60}(2) = \binom{60}{2} \cdot 0,008^2 \cdot (1 - 0,008)^{60-2} = \binom{60}{2} \cdot 0,008^2 \cdot 0,992^{58}$$

$$P_{60}(3) = \binom{60}{3} \cdot 0,008^3 \cdot (1 - 0,008)^{60-3} = \binom{60}{3} \cdot 0,008^3 \cdot 0,992^{57}$$

$$P_{60}(4) = \binom{60}{4} \cdot 0,008^4 \cdot (1 - 0,008)^{60-4} = \binom{60}{4} \cdot 0,008^4 \cdot 0,992^{56}$$

⋮
⋮
⋮

$$P_{60}(n) = \binom{60}{n} \cdot 0,008^n \cdot (1 - 0,008)^{60-n} = \binom{60}{n} \cdot 0,008^n \cdot 0,992^{60-n}$$

Výsledky uvádzame v tabuľke 1.

POISSONOV ZÁKON

V tomto prípade môžeme využiť aj Poissonov zákon rozloženia pravdepodobnosti diskkrétnej náhodnej veličiny.

$$p(x) = \frac{\lambda^x}{x!} \cdot e^{-\lambda} \quad \lambda > 0 \quad \lambda = n \cdot p \quad (2) \quad [\text{Ivan, 1983, str. 94}]$$

“... Poissonov zákon rozloženia nazýva tiež zákonom rozloženia zriedka sa vyskytujúcich javov, alebo tiež zákonom malých čísel. Pri veľkom n a malom p Poissonov zákon dosť dobre aproximuje binomický zákon rozloženia. ” [Ivan, 1983, str. 95]

Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
 ročník 8, 2013, číslo 4

Zároveň je to aj istá skúška správnosti riešenia. Preto istá, lebo výpočet podľa Bernoulliho rovnice, resp. vzorca je presný. Poissonov zákon je menej nepresný, ale s veľmi malou chybou pri veľkom n a malom p .

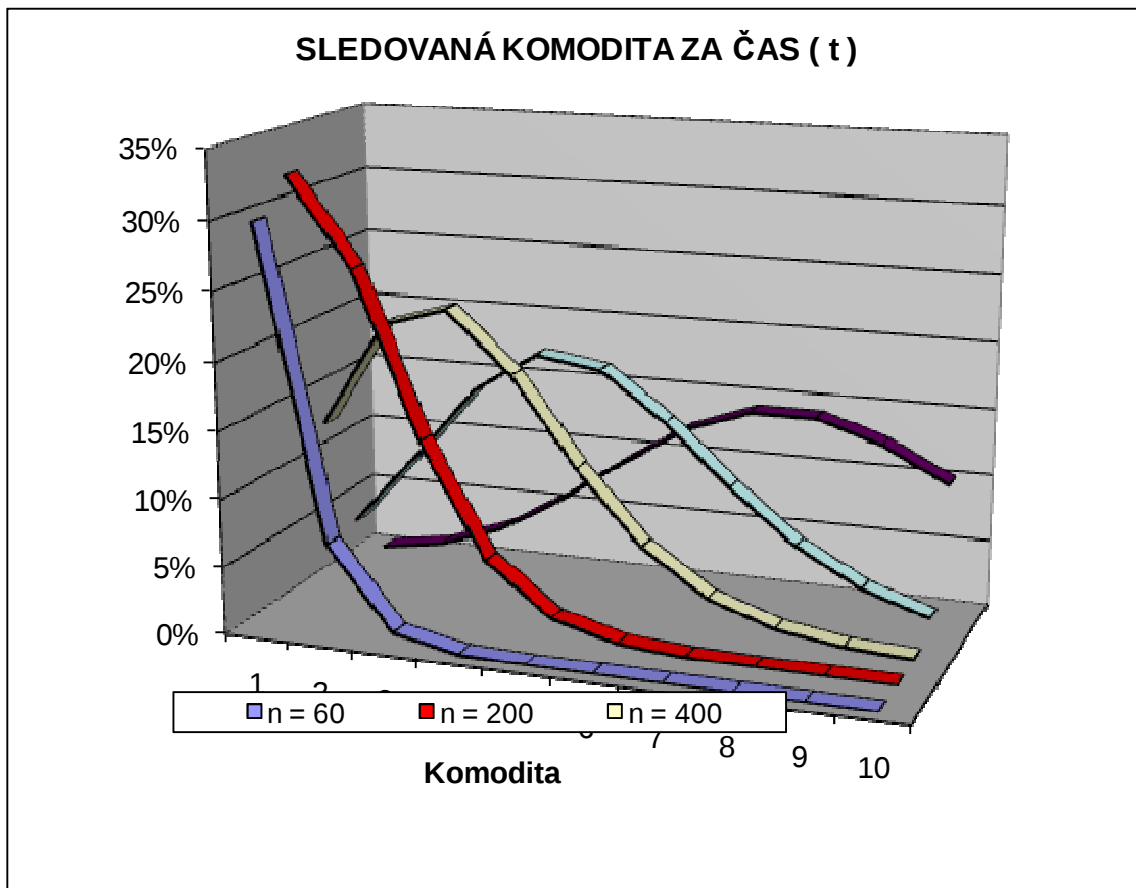
Tabuľka 1

Počet ks zlyhaní komodity za čas (t)	Bernouli p=0,008 n=60	Poisson p=0,008 n=60	Bernouli p=0,008 n=200	Poisson p=0,008 n=200	Bernouli p=0,008 n=400	Poisson p=0,008 n=400
1.	0,298833	0,29701	0,32355	0,32303	0,12981	0,13043
2.	0,071093	0,07128	0,25962	0,25842	0,20884	0,20870
3.	0,011084	0,01140	0,13818	0,13782	0,22344	0,22261
4.	0,001273	0,0013686	0,05488	0,05513	0,17884	0,17809
5.	0,000115	0,00013139	0,01735	0,01764	0,11423	0,11397
6.	0,0000085	0,000010511	0,004547	0,00470	0,06064	0,06078
7.	0,00000052	0,0000007207	0,001063	0,00107	0,02752	0,02779
8.	0,000000028	0,0000000432	0,0001977	0,000215	0,01090	0,01112
9.	0,0000000013	0,0000000023	0,00003827	0,003698	0,00370	0,00395
10.	0,000000000054	0,00000000011	0,00000655	0,001208	0,00121	0,00126

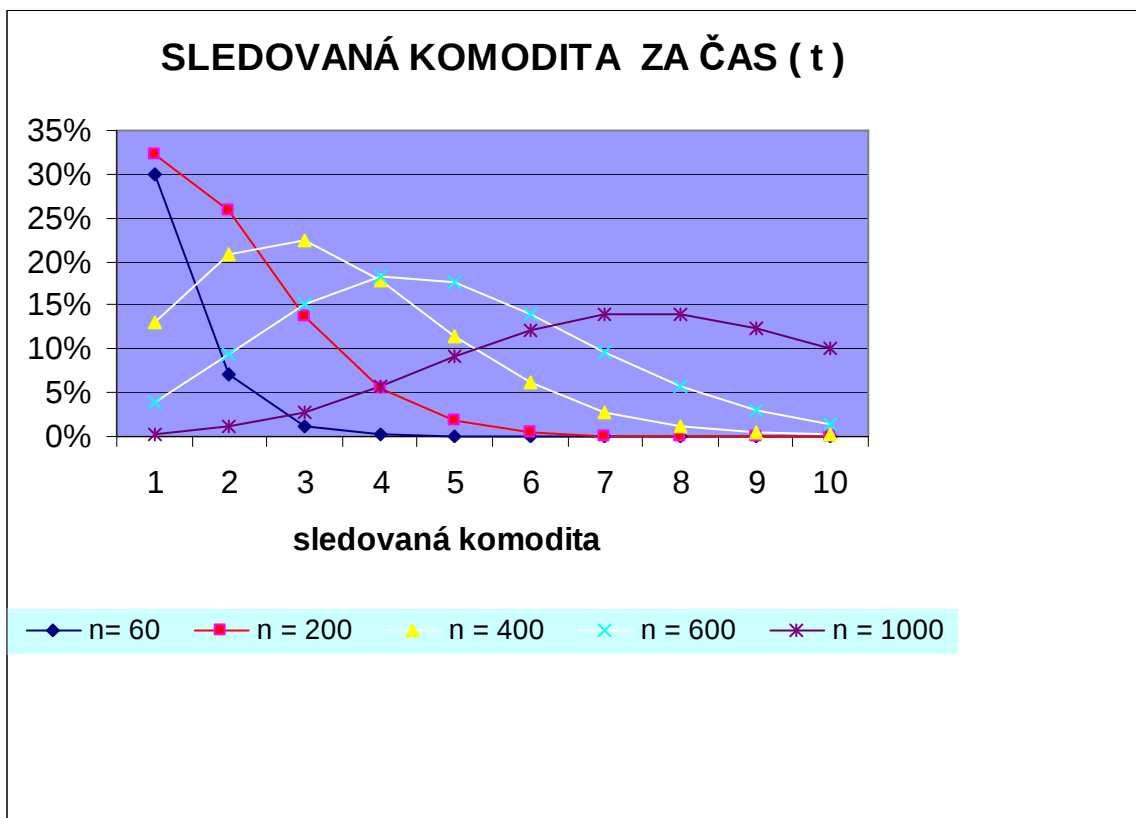
Pokračovanie tab. 1

Počet ks zlyhaní komodity za čas t	Bernouli p=0,008 n=600	Poisson p=0,008 n=600	Bernouli p=0,008 n=1000	Poisson p=0,008 n=1000
1.	0,03906	0,03950	0,002612	0,00268
2.	0,09434	0,09480	0,010554	0,01073
3.	0,15165	0,15169	0,028314	0,02862
4.	0,18254	0,18203	0,056907	0,05725
5.	0,17547	0,17475	0,091413	0,09160
6.	0,14033	0,13979	0,122259	0,12213
7.	0,09603	0,09586	0,139998	0,13958
8.	0,05740	0,05751	0,140147	0,13959
9.	0,03045	0,03067	0,124581	0,12408
10.	0,01451	0,01472	0,099568	0,09926

Graf 1



Graf 2



RIEŠENIE PODĽA POISSONOVHO ZÁKONA

Podľa vzorca (2) platí :

$$p_n(x) = \frac{\lambda^x}{x!} \cdot e^{-\lambda} \quad (3)$$
$$p_{60}(1) = \frac{0,48^1}{1!} \cdot e^{-0,48}$$
$$p_{60}(2) = \frac{0,48^2}{2!} \cdot e^{-0,48}$$

Podobným spôsobom by sme vykonali výpočet podľa vzorca (2) a postupu naznačeného v (3), pre $ks = 1, 2, \dots, 10$ a pravdepodobnosť $p=0,008$. Výsledky sme zapísali do tabuľky 1, pod hlavičku „Poisson“.

ZÁVER

Pravdepodobnosť zlyhania jedného, dvoch a ďalších prístrojov pri počte $n = 60$ a pravdepodobnosti $p = 0,008$ je v tabuľke č.1 a graficky znázornená na obidvoch grafoch modrou farbou.

Pre zaujímavosť a názornosť sme výpočet zopakovali pre $n = 200, 400, 600, 800, 1000$.

LITERATÚRA

VRÁBELOVÁ Marta – MARKECHOVÁ Dagmar: *Pravdepodobnosť a štatistika*. 1. vydanie, Nitra 2001. ISBN- 80-8050-429-6

IVAN Ján: *Počet pravdepodobnosti a matematická štatistika*. 3. vydanie, SVŠT, Bratislava: 1983. 85-331-83

Kontakt: e-mail: jan.juristy@gmail.com

Recenzia knihy:

PSYCHOSOMATICKÉ CHARAKTERISTIKY PRENATÁLNEHO A PERINATÁLNEHO OBDOBIA AKO PROSTREDIA DIEŤAŤA.

Autor: Peter G. Fedor-Freybergh. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2013.

MUDr. Radovan Hrubý, PhD.

Čo predstavuje pojem prenatálne dieťa? To bude zrejme jedna z prvých otázok, ktorú si položí čitateľ, ktorému sa dostane do rúk útlá kniha, ktorej autorom je svetoznámy vedec a lekár prof. Peter G. Fedor – Freybergh, MD, PhD., Dr.h.c. mult.. Publikácia „**Prenatálne dieťa**“ s podtitulom **Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa** vychádza s prakticky nezmeneným obsahom ako jej prvé vydanie, ktoré autor napísal počas Vianoc v roku 1980 v nemeckom jazyku. Snáď aj tento fakt symbolicky prispieva k tomu, že toto dielo môžeme považovať za vzácny literárny dar. Dôvod, prečo došlo k opätovnému vydaniu knihy je zreteľný, predstavuje totiž neobyčajný prínos do slovenskej medicínskej literatúry, v ktorej sa dielo podobného charakteru dosiaľ neobjavilo. Krátko po zahĺbení do textu čitateľ pochopí, že sa konfrontuje s neobyčajným obsahom, napísaným neopakovateľným, originálnym štýlom, v ktorom sa snúbi originálna štylistika, myšlienkové bohatstvo, vzácne vedecké poznatky doplnené o odkazy na myšlienky a citáty velikánov svetového kultúrneho, umeleckého a vedeckého sveta. Prof. Fedor - Freybergh je psychiater, detský psychiater, psychológ, gynekológ, ako aj jeden z prvých priekopníkov psychoneuroendokrinológie na svete. Práve táto výnimočná kombinácia mimoriadneho vzdelania s obdivuhodnými vedeckými aktivitami a klinickou praxou v zahraničí aj doma viedli k postupnému formovaniu teoretických východísk, interpretácií klinických súvislostí a budovaniu vedeckého konceptu prenatálnej a perinatálnej psychológie a medicíny v celosvetovom meradle. V r. 2006 sa stal vedúcim Ústavu a katedry prenatálnej a perinatálnej medicíny, psychológie a sociálnych vied na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, ktoré sa stali prvými svojho druhu na univerzitnej pôde na svete. Základné myšlienky, naznačené smery a vízie rozvoja prenatálnej a perinatálnej psychológie a medicíny nájde čitateľ práve v tejto publikácii, pričom nestratili nič zo svojej aktuálnosti. Autor ako vôbec prvý na svete použil pojem „prenatálne dieťa“ a túto publikáciu možno považovať za jeho myšlienkový a argumentačný obsah. Azda základnou charakteristikou, ktorá vyplýva z obsahu je interdisciplinárny prístup. Autor nám prostredníctvom vedeckých argumentov z oblasti medicíny, gynekológie, psychológie, endokrinológie, imunológie, psychoneuroimunológie a všeobecne neurovied ponúka unikátny pohľad na prenatálne a perinatálne obdobie ľudského života. Myšlienkové hodnoty, ktoré ponúka však prekračujú hranice klasickej medicíny a čitateľovi prezentuje aj interpretácie čerpajúce z košatej ponuky humanitných, sociálnych vied a filozofie. Už v úvode nás informuje, že matka a jej dieťa ešte počas vnútromaternicového vývoja sú unikátnym symbiotickým systémom, ktorý predstavuje ich nepretržitú komunikáciu a životne nevyhnutné interakcie na všetkých úrovniach existencie. Základy tejto unikátnej interakcie vznikli už dávno pred počatím, keďže matka počas svojho života disponuje nielen vlastnou genetickou výbavou, no čo je mimoriadne dôležité, ako bio-psycho-sociálna bytosť nadobúda vlastný neopakovateľný fenotyp, získaný a „vpečatený“ individuálnou životnou skúsenosťou. Tu autor prináša ďalšiu mimoriadne podnetnú myšlienku, a síce, že život človeka začína najneskôr v druhej generácii pred vlastným životom, a to v dome starých rodičov ako z matkinej, tak i z otcovej strany. Práve tu sa sprostredkujú novému ľudskému individuu nielen genetické predpoklady, ale aj najdôležitejšie psychosociálne fenomény ako sú postoje k životu, morálne a etické normy, životná filozofia ako napr. rešpekt ku všetkému živému, ktoré títo starí rodičia buď posunú alebo neposunú ďalej na svoje deti, teda na

rodičov nášho pomyselného nového individua, a to rôznymi „kanálmi“ na rôznych úrovniach. Tie môžu byť reprezentované vedomými aj nevedomými informatívnymi obsahmi, biochemickými procesmi, hormonálnymi vplyvmi, priamym ovplyvňovaním a podobne. Moderná veda ponúka interpretáciu existencie jedinca ako hierarchickú a dynamickú interakciu na úrovni štrukturálnych a funkčných procesov s cieľom zachovania jeho jednoty a organizácie na všetkých úrovniach organizmu prostredníctvom nepretržitej výmeny informácií. Inak to nie je ani v priebehu tehotenstva, kde prostredie maternice a vyvíjajúceho dieťa predstavuje unikátny ekologický systém, v ktorom sa odohrávajú kritické regulácie a procesy, počas ktorých prebieha kontinuálny „dialóg“ medzi matkou a dieťaťom na všetkých úrovniach, ktorými disponuje matka, samozrejme s prihliadnutím na stupeň vývoja plodu. Tieto regulácie sa vyznačujú takou formou komplexnosti, ktoré je typická pre organizáciu ľudskej existencie. Práve preto dieťa už *in utero* spracúva podnety všetkých kvalít, ktoré sa odohrávajú aj v organizme matky a jej okolí a ich spracovanie je adekvátne funkčnej a štrukturálnej integrite, ktorou disponuje dieťa v každom okamihu svojho vývoja. Ako zdôrazňuje autor, dieťa v maternici je pre matku aj sociálnym partnerom, ktorý s ňou vedie kontinuálny dialóg prostredníctvom jedinečných „informačných kanálov“. Dieťa je teda už počas svojej prenatalnej existencie biologické, psychologické, ale aj sociálne individuum, čím ľudský život nadobúda svoju jedinečnosť už od samotného začiatku. Nakoniec, aj matka svojho prenatalného dieťa si celoživotne nesie svoju „skúsenosť“ z prenatalného obdobia svojho života..... Z pohľadu vnímavého klinika – gynekológa a hlbavého „pozorovateľa“ života podporuje autor vedecké názory aj pozorovaniami zo svojej klinickej praxe, keď sa nikdy nestretol s tehotnou matkou, ktorá by hovorila o svojom plode, ale vždy o svojom dieťatku. Toľko teda k základnej interpretácii pojmu „prenatálne dieťa“, ktorú možno chápať ako „ochutnávku“ lákajúcu čitateľa do ďalších tajomstiev prenatalného života, ktoré nájde v texte. Ten je písaný veľmi prístupnou, čitateľsky príjemnou formou a rozdelený je na nadväzujúce kapitoly Čas predtým, Stretnutie, Žena dobrej nádeje, „Rizikové tehotenstvá“ – prevencia a liečba, Metodologický model, Pôrod – vstup do nového sveta a Čas potom.... Už i názvy jednotlivých kapitol naznačujú, že publikácia má aj presahujúci rozmer s príjemným „umeleckým“ nádychom, ktorý autor čerpá zo svojho mimoriadneho všeobecného vzdelania, nadania a celoživotnej lásky k literatúre. Vedecké interpretácie konfrontuje s otázkami humanity v medicíne, vede aj živote a pootvára nám aj nahliadnutia do filozofických prístupov, viery a výziev ďalšej existencie v ére modernej ľudskej spoločnosti. Potrebne je ešte zdôrazniť ďalšiu dôležitú myšlienku autora, ktorý chápe ľudský život ako nedeliteľné kontinuum od samotného počiatku až do jeho konca. V texte ukazuje, že antropologické, psychologické a medicínske pochopenie človeka ako celku v jeho psychosomatickej jednote je možné len v jeho kontinuite, kde každý úsek života je následkom predchádzajúceho a súčasne prípravou na ďalší úsek. V kolobehu života pripisuje prenatalnému obdobiu kritický význam a chápe ho ako jedinečný priestor pre primárnu prevenciu somatických, psychických a sociálnych porúch v postnatálnom živote. Napriek komplexnému pohľadu na prenatalné a perinatálne obdobie života človeka a bohatosti myšlienok publikácia podáva informácie s ľahkosťou a nadčasovým prehľadom. Vzhľadom na obdobie, kedy tieto idey nadobúdali konkrétnu podobu, ich dnes možno považovať za vzácne dedičstvo odkazujúce na poznatky, na ktorých základe sa zrodila a rozvinula mimoriadne perspektívna oblasť prenatalnej medicíny. Ich nadčasovosť potvrdzuje fakt, že základné tézy a prístupy nestratili nič zo svojej vedeckej atraktivity. Dnes ich možno nájsť pretavené do nespočetných prác a rozvinutých teórií presahujúcich prakticky do všetkých oblastí medicíny. Svedčí o tom neustále narastajúci počet vedeckých článkov evidovaných v renomovaných databázach a produkovaných špičkovými vedeckými pracoviskami z celého sveta, ktoré prinášajú často až zarážajúce objavy. Prenatálne obdobie ľudského života je vo svetle moderných poznatkov vnímané ako obdobie kľúčových regulácií, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňujú ďalší život ľudského jedinca.

Skúmanie fyziologických aj patofyziologických javov tohto obdobia prináša poznatky o enormnej zložitosti a unikátnosti tejto vývinovej fázy človeka, ktorá je z mnohých aspektov kľúčovým a zároveň veľmi zraniteľným obdobím, počas ktorého dochádza k prvotným interakciám medzi genetickou výbavou a „prostredím“. Pribúdajú poznatky o tom, že už v tomto období sa rozhoduje o funkčnej kapacite jedinca, jeho odolnosti, profiluje sa charakter jeho základných regulácií a adaptačných procesov, od ktorých sa odvíja kvalita ďalšieho života, tendencia k somatickým a psychickým chorobám a dokonca aj základné neurobehaviorálne charakteristiky jedinca. Práve tu by som chcel zdôrazniť vzácnu myšlienku autora, ktorá sa nenútené, akoby v podtexte vinie celým obsahom. Ide o problematiku vývoja ľudského mozgu v prenatalnom období života. Ak hovoríme o základoch rozvoja ľudského mozgu, celkom prirodzene sa dostaneme k problematike ľudskej mysle a *vice versa*. Svojím spôsobom to možno považovať za to najlepšie z najlepšieho, čo moderná veda prináša z mnohých pohľadov. Dnes vieme, že dieťa je už *in utero* schopné vnímať pohyby matky, zvuky pochádzajúce z jej organizmu, dokonca postupne nadobúda schopnosť vnímať charakter jej reči, reaguje na jej emocionálne aj sociálne podnety. Tiež vieme, že v tomto období stačia veľmi subtilné, takmer nezistiteľné zmeny, aby došlo k ovplyvneniu niektorej z funkčných kapacít mozgu. S istotou vieme, že už v prenatalnom živote dieťa spracúva podnety rozličných modalít a vykazuje repertoár reakcií, ktoré zodpovedajú neurobehaviorálnym stavom. Tieto poznatky celkom prirodzene nabádajú k úvahám o počiatkoch ľudskej mysle. Ide o mimoriadne zaujímavú tému, navodzujúcu ešte zaujímavejšie, snád' aj kontroverzné otázky. Kedy vlastne začína ľudská myseľ? Ako vzniká a ako ju možno definovať? Na úrovni dnešných poznatkov pripustíme, že dieťa už *in utero* spracúva informácie, uchováva ich a reaguje na ne. Pravdepodobne sa tak stretávame s prvotnými prejavmi pamäti a na úrovni dnešných poznatkov ich nazvime prvotnými prejavmi „pamäti implicitného typu“. Ako autor uvádza, dieťa sa v maternici učí a pripravuje sa na postnatálny život a cvičí adaptívne mechanizmy, ktoré sú potrebné na prežitie. Bez adaptácie nie je možnosť prežitia a k tomu, aby sa mohlo prenátálne dieťa adaptovať, musí získať skúsenosti, k čomu potrebuje pamäť. Pravdepodobne sa teda už niekedy v prenatalnej fáze života začína dobrodružstvo ľudskej mysle v neopakovateľnej súhre mnohokrát faktorov prenatalného vývoja. Nechajme sa prekvapiť, čo nám prinesú nové zistenia v tejto fascinujúcej oblasti vedeckého bádania.

Knihu možno vnímať ako nevšedne inšpiratívne obohatenie poznatkov pre lekárov, psychológov, vedcov a vlastne pre každého, koho uchvátili tajomstvá ľudského života už v jeho samotných počiatkoch. Po jej prečítaní sa mi živo vynára predstava pána profesora, ktorý práve dokončil prednášku alebo jeden zo svojich pozorne sledovaných rozhovorov. S vyrovnaným pokojom, sviežosťou ducha, bohatstvom poznania, iskrivosťou myšlienok a veľkorysou noblesou, zvyknutý, že sa všetky pohľady upierajú na neho a všetci v tichu čakajú na jeho ďalšiu myšlienku, on len po nás prebehne bystrým pohľadom s láskavým úsmevom a zahľadí sa smerom za nás, aby nám jemne naznačil nové horizonty, ktoré na nás čakajú. V jeho pohľade vidím nádej, že v sebe nájdeme svoje prenátálne dieťa, aj odkaz, aby sme ho ďalej intenzívne skúmali a starostlivo chránili, lebo patrí nám všetkým. Ukrýva v sebe kód nášho prežitia, tajomstvo našich životov, pokračovanie našich predkov, korene našej ľudskej podstaty a humanity.

V mysli sa snažím zrekapitulovať si obsah knihy, všetky myšlienky a pocity, ktoré vo mne text evokoval. Na záver sa mi celkom automaticky vynára potreba spýtať sa čitateľa:

„Čo pre Vás znamená pojem prenátálne dieťa?“

Všetkým čitateľom prajem inšpiratívny čitateľský zážitok.

Kontakt: e-mail: radhru@gmail.com

Foto © Martina Krajčová



Autor tejto knihy,
Prof. Peter G. Fedor-Freybergh, M.D.,
Ph.D., Dr.h.c. mult., rodák z Bratislavy,
absolvent Lekárskej Fakulty univerzity
Komenského uviedol pojem „prena-
tálne dieťa“ v roku 1986 na svetovom
kongrese prenatálnej a perinatálnej psy-
chológie a medicíny, ktorého bol prezi-
dentom.

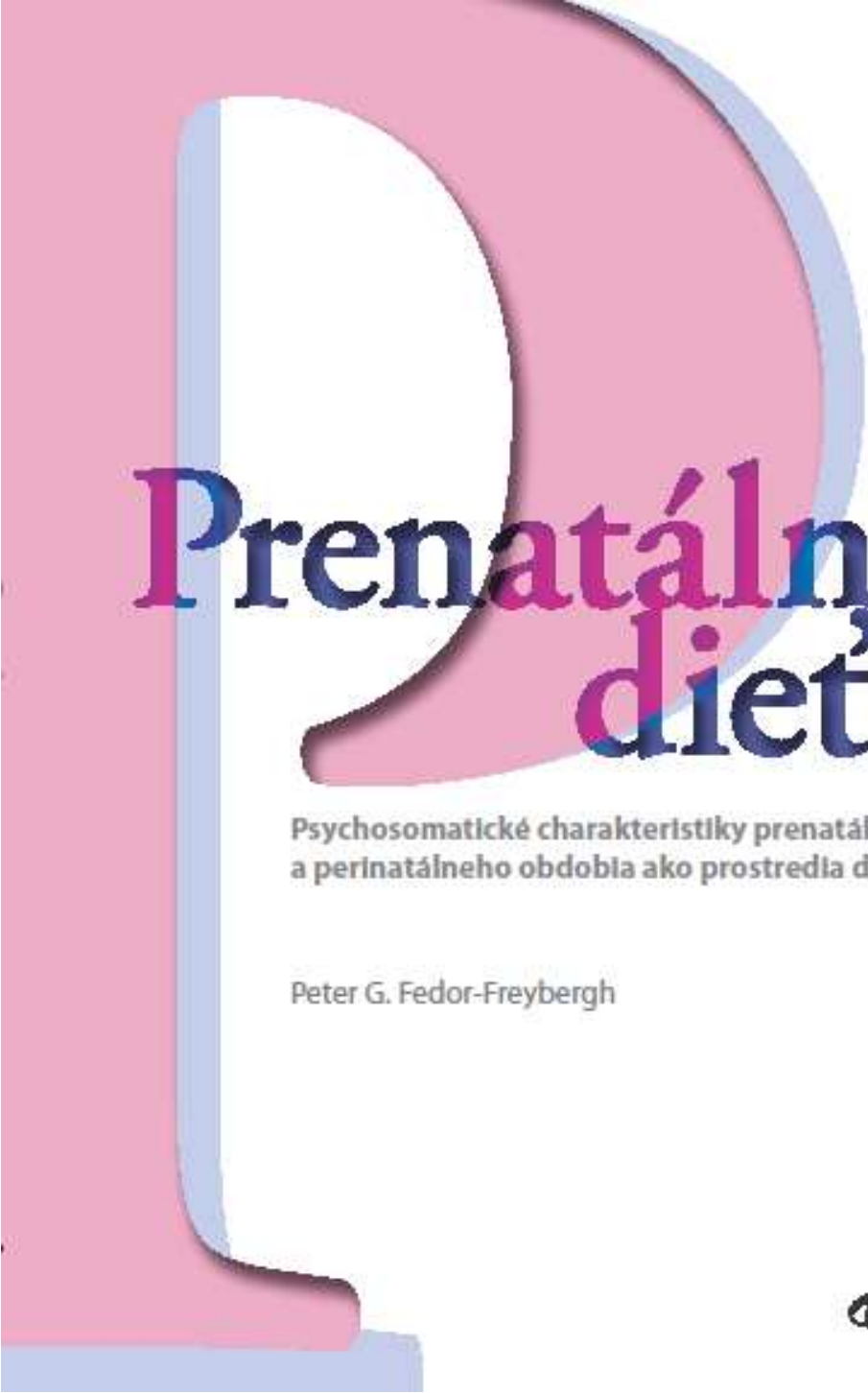
Inšpirovali ho k tomu tehotné matky,
ktoré sa ho ako pôrodníka a gynekoló-
ga nikdy nepýtali „ako sa má dnes moje
embryo“ alebo „ako veľký je môj plod?“, ale pýtali sa „ako sa darí môj-
mu dieťaťu?“, a často už aj vo forme mena „ako sa darí mojej Aničke
alebo Jankovi?“. O to viac, že autor tejto knihy, ktorý je gynekológom
a pôrodníkom, ale aj psychiatrom a detským psychiatrom, priznáva
prenatálnemu dieťaťu plnú kompetenciu vo všetkých jeho funkciách
od počatia v ich nedeliteľnej kontinuite počas celého života.

Autor je zakladateľom prvého medzinárodného časopisu Inter-
national Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medici-
ne v roku 1989, ktorý vychádza pravidelne dodnes. Je tiež držiteľom
prvej a zatiaľ jedinej profesúry pre prenatálnu a perinatálnu psycho-
lógiu a medicínu na svete. Momentálne pôsobí ako riaditeľ Ústavu
pre prenatálnu a perinatálnu psychológiu a medicínu a integrova-
ných neurovied na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce Sv.
Alžbety v Bratislave.

Text tejto knihy napísal v roku 1980 v cudzine v nemeckom ja-
zyku a slovenský preklad je verný pôvodnej verzii, na ktorej autor
nič nemenil.

Kniha má hovoriť sama za seba a s Božou pomocou dosiahne
svoj cieľ, pochopenie ľudského života, plnohodnotného od samého
počiatku.





Prenatálne dieťa

Psychosomatické charakteristiky prenatálneho
a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa

Peter G. Fedor-Freybergh

