

Zdravotníctvo a sociálna práca

Vedecký časopis

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

a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

ročník 9 | 2014 | číslo 4



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



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

——
systémová integrácia

——
dodávky hardvéru

——
dodávky dátových sietí

——
vývoj, úpravy a customizácia
informačných systémov

——
analytické práce

——
vytváranie a realizácia bezpečnostných
projektov informačných systémov

——
vzdelávanie, školenia

——
konzultácie pre zákazníkov

——
servisná podpora, záručný
a pozáručný servis

Sídlo

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

Pobočka

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

Pobočka

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

www.microcomp.sk



Správa registratúry

- triedenie
- skladovanie
- aktívna správa
- poradenstvo
- skartácia

pred spracovaním



po spracovaní

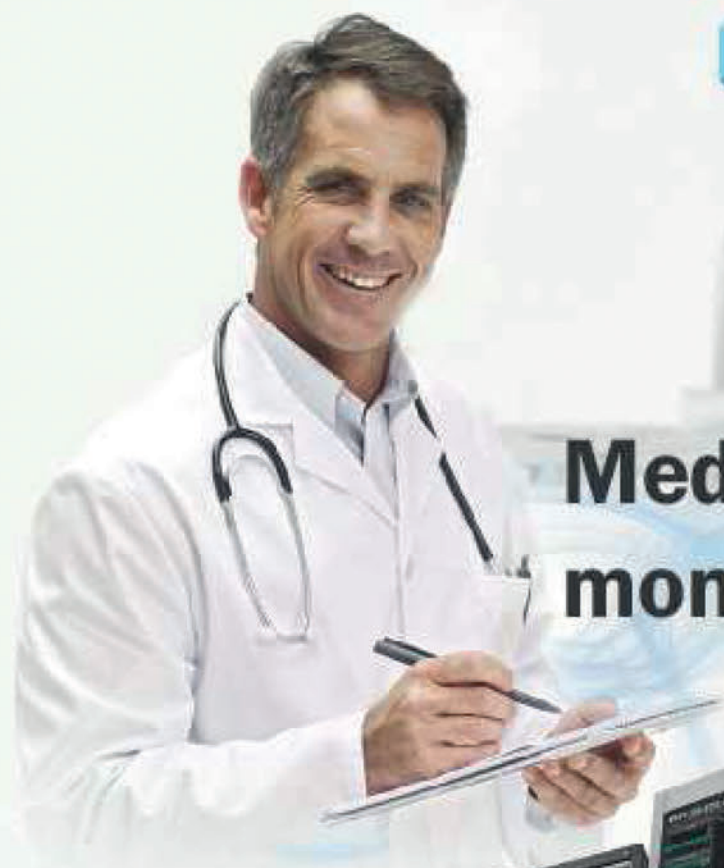


OREMUS Logistic s.r.o.

Malá Bara 53, 076 32
IČO: 44 228 279

klient.archiv@gmail.com
tel. +421 905 521 374

www.sprava-registratury.sk



Medicínske LCD monitory



- **LCD monitory k najmodernejším PACS staniciam pre diagnostiku, konzultácie, konzíliá**
- **Snímky, obrázky sú k dispozícií vždy, všade a v plnej kvalite**

SOFOS s.r.o.

www.zdravotnictvo.sofos.sk

Bratislava: Dúbravská cesta 3, 841 04 Bratislava, Tel.: 02 / 54 77 39 80

OBJEDNÁVKA

na časopis Zdravotníctvo a sociálna práca / Zdravotníctví 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 pro ČR

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

Vydavatelství SR

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

Vydavatelství ČR

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

Vedecký časopis Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave.

Zdravotníctvo a sociálna práca • ročník 9. • 2014, č. 4

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

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

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

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

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

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

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

Pretlač je dovolená s písomným súhlasom redakcie • Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú • 4 vydania ročne • EV 4111/10 , Zaregistrované MK SR pod číslom 3575/2006 • ISSN 1336-9326 • Zaregistrované MK ČR pod číslom E 19259 • ISSN 1336-9326 Číslo 3/2014 vyšlo 02. 12. 2014. Cena za číslo 1,60 EUR. Cena za dvojčíslo: 3,20 EUR

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

OBSAH

<i>Šramka, M.</i> Editoriál	3
<i>Hal'ko, M. A.</i> Svätopluk I. Veľký, cisárom? (Svatopluk I. The Great, The Emperor?)	4
<i>Dvořáčková, D.</i> Autonomie seniorů žijících v domácím prostředí (The Autonomy of Elderly People Living at Home)	7
<i>Hanáčková, D., Gubániová, M., Cifranič, M.</i> Sociálne služby pre seniorov zabezpečované v Nitrianskom samosprávnom kraji (Social Services for Seniors provided in Nitra Self-governing Region)‘	10
<i>Chlopčíková, M., Bicková, J.</i> Význam edukace a prevence při kontaktu dětí a psů (Current risk factors in approach of children to dogs in the Czech republic‘	18
<i>Nesvadba, M.</i> Prevenca a diagnostika karcinomu prostaty v ordinaci praktického lékaře (Carcinoma of prostate in the ambulance of practitioner)	29
<i>Biró, Cs., Galbavý, A., Chaba, P..</i> Tenkoihlová aspiračná biopsia prsníka – moderné klinické a cytologické poznatky (Fine-needle aspiration biopsy of the breast – modern clinical and cytomorphological knowledge)	35
<i>Biró, Cs., Galbavý, A., Chaba, P..</i> Cytomorfológia fibroadenómu a papilómu prsníka (Cytomorphology of Fibroadenoma and Papiloma of the breast)	39
<i>Húšková, D., Čmelová, E., Moricová, Š., Čmelo, J., Hradečná, Z..</i> História a základné pojmy psychosomatiky (History and Basis Terms of Psychosomatics)	43
<i>Gabrielová, D.</i> Komparácia vybraných zdravotných ukazovateľov v Slovenskej a Českej republike (Comparison of Selected Health Indicators in Slovakia and Czech republic)	50
<i>Šulla, I.</i> Recenzia: Uveal malignant melanoma and stereotactic radiosurgery	55

EDITORIÁL

Milí čitatelia,

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

V záujme zvyšovania úrovne časopisu sa redakčná rada časopisu obmieňa. V redakčnej rade časopisu sú zastúpení odborníci z väčšiny okolitých štátov: Česka, Poľska, Ukrajiny, Rumunska, Srbska a Rakúska i USA. Sme si vedomí jazykových bariér, pre ktoré zahraniční autori majú možnosť oboznámiť sa s výsledkami prác našich autorov len prostredníctvom kvalitného abstraktu v angličtine. Redakcia časopisu v súčasnosti už neprijíma na uverejnenie žiadne články zaslané ich autormi bez abstraktov. Časopis preto vychádza so súhrnom publikovaných príspevkov v slovenskom (českom) a anglickom jazyku. Našou dlhodobou snahou je, aby sa z časopisu postupne postupne časopis stredoeurópskeho významu. Preto budeme preferovať články dodané v anglickom jazyku. Články v anglickom jazyku musia mať slovenský alebo český abstrakt. Záujemcom o uverejnenie príspevkov v časopise pripomínáme potrebu dôsledne rešpektovať pokyny autorom pre písanie príspevkov.

V r. 1927 Pius XI. vyhlásil Sedembolestnú Pannu Máriu za patrónku Slovenska a v tomto roku si pripomíname rok Sedembolestnej Matky Panny Márie Patrónky Slovenska. Vďaka zakoreneniu vo kresťanskej viere a cyrilometodskej tradícií sa slovenský národ zachoval a nezanikol. Prijatím kresťanstva sa naši predkovia stali národom a jemu vďačia za zachovanie našej identity. Matica slovenská dňa 19. marca 2014 vyhlásila a otvorila “ Rok Kráľa Svätopluka I. Veľkého. V tomto jubilejnom roku si pripomíname 1120. výročie jeho smrti. Osobe veľkomoravského vladára Svätopluka venujeme pozornosť v osobitnom príspevku.

Redakcia želá čitateľom šťastné a radostné prežitie Vianočných sviatkov a veľa pracovných úspechov v roku 2015

Prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc.
Šéfredaktor

SVĚTOPLUK I. VELKÝ, CÍSAŘOM ?

SVATOPLUK I. THE GREAT, THE EMPEROR ?

MUDr. Mikuláš A. Haľko,
N.Y., USA

Abstrakt:

Naša pozornosť je v tomto roku 2014 obrátená na výročie smrti Kráľa Svätopluka I. Velkého. Panovník Impéria Velkej Moravy a Slovenov, predkov dnešných Slovákov. Doba jeho vlády sa udáva do rokov 870 – 894 po Kr. Dátum narodenia Kráľa Svätopluka I. Velkého nie je známy, ale bol už bádateľný v rokoch 861 – 862 po Kr., keď bol spolusignatárom žiadosti Kráľa Rastislava adresovanej Byzantskému Cisárovi Michalovi III. Matica slovenska dňa 19. marca 2014 vyhlásila a otvorila “ Rok Kráľa Svätopluka I. Velkého. V tomto jubilejnom roku si pripomínáme 1120. výročie jeho smrti. Skutočnosť, že Svätopluk I. Velký bol nepostrádateľným spojencom Svätej Stolice, svedčí o jeho politickej, vojenskej a hospodárskej sile a moci v rámci jeho vlády. V súčasnosti sa opakujú slová ako “Impérium Velkej Moravy“, “Svätopluk I. Velký”. Svätoplukom pripojené rozsiahle územia k Velkej Morave, oblasti s rôznou etnickou štruktúrou. Toto všetko naznačuje, že tá “Velká Morava“ bola v skutku Impériom – Cisárstvom, v staroslovenčine Cárstvom, lebo spĺňala všetky predpoklady na to, aby sa Cisárstvom – Cárstvom volala. Kráľa Svätopluka I. Velkého nikto nikde nenazýva Cisárom alebo Cárom Slovenov, pretože už aj to meno “Kráľ“ zavádza mnohým historikom. V tejto krátkej správe sa pokúsim načrtnúť, prečo je možné, že Kráľ Svätopluk I. Velký bol v skutočnosti Cisárom – Cárom Velkej Moravy a Slovenov. Imperátorovi sa jeho správny titul vo všetkých predošlých zdieľaniach na túto tému nepriznáva.

Kľúčové slová: Kráľ Svätopluk I. Velký, Kijevské listy, Kódex z Vatikánu, Velká Morava, Cisárstvo, Cisár – Cár.

Abstract:

In the year 2014 we remember the anniversary of the death of King Svatopluk I. the Great, the ruler of the Great Moravian Imperium and Slovene people, forefathers of the Slovaks. His reign is projected during the years A.D. 870 – 894. His birthday is not known, but he was already “ visible “ in the year of A.D. 861 – 862 when he was cosigning requests addressed to the Byzantine Emperor Michael III. The petition for Byzantine missionaries was initiated by King Rastislav. On March 19. 2014 Matica slovenska declared this year to be named “ Year of the King Svatopluk I. the Great”. By doing so we are remembering the 1120 year anniversary of King Svatopluk death. King Svatopluk I. the Great was valuable as an ally of the Holy See at the time of his reign. King Svatopluk I. the Great had a good relation with the Pope and received from the Bishop of Rome respect in writing, which documents his political, military and economical invincibility. In contemporary literature we read often “Great Moravian Empire”, or “Svatopluk I. the Great,” also annexation of number of various rather large ethnic and bordering localities. This supports the impression that “Great Moravia“, was in reality an Imperium. In contrary King Svatopluk I. the Great is not introduced as an Emperor – the Czar, perhaps because some historians question even his title as “King“. In this writing I am attempting to outline reasons why it is possible that King Svatopluk I. the Great was truly an Emperor – Czar of Great Moravia and Slovenes by using the analysis of the Kievan Folio in glagolitic script, Vatican Kodex in cyrillic script. German

and English texts also often referring to Great Moravia as an Empire. The ruler's title "Emperor", was omitted completely from all previous writings on the subject.

Keywords: *King Svatopluk I. the Great, Kiev Folia, Vatican Kodex, Great Moravia, Imperium, Imperator – Czar.*

Téma:

Čo všetko svedčí tomu, aby Kráľ Svätopluk I. Veľký sa mal správne nazývať Cisárom alebo Cárom Veľkej Moravy a Slovenov – našich praotcov. Obraciam sa na v Hlaholike písané Kijevské listy z IX. az X. storočia po Kr. a to na stranu číslo 4 b. Na tejto strane sa nachádza modlitba označovaná jazykovedcami, ako Modlitba sv. Gorazda Nitrianskeho. Kijevské listy boli písané na našom území podľa prítomnosti jazykových prvkov, ktoré tieto listy obsahujú. Gorazdova Modlitba sa začína v osmôm riadku s veľkým písmenom "C" v Hlaholskej abecede. Toto písmeno je z neznámych dôvodov skoro úplne "vymazané" z textu. Pre väčšinu, ak nie pre všetkých upravovateľov tohoto textu táto chyba asi nič neznamena, lebo takto slovo "Cárstvo" čiže "Cisárstvo" sa mylne voľne upravuje ako "Kráľovstvo". Ten, kto písal Gorazdovu modlitbu v deviatom alebo desiatom storočí po Kr., bol určite ovplyvnený prítomnosťou Cárstva – Cisárstva Veľkej Moravy. Veľkomoravskú ríšu tu autor nazýva "Cárstvo naše". Tým, že sa staroslovenské texty upravujú do súčasnej slovenčiny voľne, bez dodržania pravidla použitia "paronyma", strácame pôvodne významy slov a aspojení. Nehovoriac už o takzvaných prebásnených úpravách staroslovenských textov, kde sa chybné často používajú synonymá. Túto Gorazdovu Modlitbu možno smelo nazvať jednou z posledných možností navrátiť Svätoplukovi jeho titul Cár – Imperátor – Cisár.

Vatikánsky Kódex, ktorý je písaný v Cyrilike a prináša obraz krstu kniežaťa Bořivoja sv. Metodoma, zobrazuje aj Svätopluka s manželkou Svätožítou s červenými topánkami. Červené topánky nosili v tých dobách len cisári a pápeži. Toto je ďalší doklad o tom, ako história dokumentuje, kto vlastne Svätopluk bol.

Je len na poľutovanie, že slovenská literatúra nezdôrazňuje dejiny Veľkej Moravy ako dejiny Cárstva – Cisárstva Veľkej Moravy. Napodiv nemecká a anglická literatúra sa vyjadruje o Veľkej Morave ako o Impériu.

Záverom, keď sa naši predkovia modlili za našu krajinu v deviatom storočí po Kristu ako za naše "Cárstvo," keď Svätopluk nosil červené topánky patriace len cisárom a pápežom, keď anglická a nemecká literatúra poukazuje na Veľkú Moravu ako na Impérium, potom musel byť Svätopluk Cárom – Cisárom, vladárom Veľkej Moravy a Slovenov, Čiech, Povolšia, Lusatie, Sliezska, Panónie a Potisia.

Literatúra použitá k článku:

Klimčák, M.: Ikona Kráľa Svätopluka Veľkeho (reprodukcia uverejnená so súhlasom autora).

The Kiev Missal – World digital library, Internet. V Hlaholike.

Subjakova, E.: Hlaholika posvätné dedičstvo Slovákov, OZ ZVT Bratislava 2010. ISBN 978-80-969918-4-6.

Kódex z Vatikánu . V Cyrilike, Internet.

Hal'ko, M.: K sviatku sv. Cyrila a Metoda. Slovenský Katolícky Sokol 2010, časopis, Passaic NJ. 6. feb. 2013, strana 19, 20.

Autor je členom redakčnej rady časopisu Zdravotníctvo a sociálna práca.

Kontakt: e-mail: nadmiki@yahoo.com



AUTONOMIE SENIORŮ ŽIJÍCÍCH V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

THE AUTONOMY OF ELDERLY PEOPLE LIVING AT HOME

Dagmar Dvořáčková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika
Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce

Abstrakt

Předložená studie se zabývá autonomií seniorů žijících v domácím prostředí v České republice, a to v souvislosti se sociální exkluzí a vnímáním zdraví. Perissinotto považuje autonomii za významnou životní hodnotu a poukazuje na to, že je jedním z ukazatelů sociální exkluze [2]. Wilkinson a Marmot uvádí sociální exkluzi jako jednu ze sociálních determinant zdraví [7]. Vzhledem k demografickým změnám, kterým celá naše společnost čelí, je nutné řešit nové výzvy spojené s kvalitou života starších lidí a zabránit jejich vyloučení ze společnosti. Žumárová a Tesková charakterizují autonomii ve stáří jako autonomii uvnitř sociálních vztahů [8]. Výsledky výzkumu poukazují na skutečnost, že se zvyšující se závislostí na pomoci druhé osoby a snížení soběstačnosti, dochází k omezení autonomie seniorů a ke snížení subjektivního vnímání zdraví. Předložená studie je výstupem z výzkumného projektu SDZ2012_002 „Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin.“

Klíčová slova: autonomie – senior – zdraví – sociální determinanty zdraví.

Abstract

The present study deals with the autonomy of elderly people living at home in the Czech Republic, in the context of social exclusion and health perception. Perissinotto considers autonomy as an important value in life and points out that it is one of the indicators of social exclusion [2]. Wilkinson and Marmot presents social exclusion as one of the social determinants of health [7]. Due to demographic changes which our society is facing, it is necessary to address the new challenges related to the quality of life of older people and prevent their exclusion from society. Žumárová and Tesková define autonomy in old age as autonomy within social relations [8]. The research results point to the fact that the increasing dependence on the assistance of another person, and reduction of self-sufficiency, will limit the autonomy of older people and to reduce the subjective perception of health. This study is the outcome of a research project SDZ2012_002 „Social determinants of health in the selected target groups.“

Key words: autonomy - senior - health - social determinants of health.

ÚVOD

Stárnutí a stáří je jevem celospolečenským i zcela individuálním. Statistická data vypovídají o tom, že populace v Evropské unii, včetně České republiky, stárne. Období stáří a stárnutí je provázáno řadou regresivních změn v různých oblastech života jedince, a proto je tato životní etapa mnohdy chápána jako období nemoci, nemohoucnosti a samoty. Autonomie je považována za významnou životní hodnotu. Tato hodnota má však zcela jiný rozměr ve stáří, kdy dochází k určité závislosti seniora na svém okolí. Je nutné poznamenat, že autonomie a závislost na pomoci druhých se nevylučují.

VÝZNAMOVÉ DIMENZE AUTONOMIE VE STÁŘÍ

Pichaud a Thureauová vnímají autonomii jako schopnost vést život podle svých vlastních pravidel. Aby mohl být senior skutečně autonomní, měl mít schopnost sebeurčení, schopnost volby a schopnost svobodně se rozhodovat a jednat podle svých představ. K tomuto musí být však dostatečně vybaven fyzicky, rozumově a sociálně. K rozhodování o svém životě musí být senior také dostatečně motivován, aby měl potřebu své schopnosti uplatnit [3].

Sýkorová formuluje definici autonomie pohledem samotných seniorů, kteří ji vnímají jako samostatné zvládnutí běžných každodenních činností, zejména pak fyzickou soběstačnost výrazně podmiňovanou zdravím [5]. Autonomie je také spojována se zabezpečením základních potřeb, jako např. jídlo, hygiena a péče o domácnost. Podstatná část osobní autonomie seniorů je také finanční soběstačnost, která pro seniory představuje schopnost vyjít s penězi, popř. možnost finančně podporovat své blízké. Velký význam také senioři přikládají samostatnosti v názorech, rozhodování a jednání. Dále pak autonomii chápou jako určitou svobodu od určitých povinností a od nežádoucích sociálních kontaktů. Senioři také odmítají být „břemenem“ pro druhé. Osobní autonomií rozumějí nebýt závislí na druhých.

CHARAKTERISTIKA SOUBORU A METODICKÝ POSTUP

Cílovou skupinou v předložené studii byli senioři – občané okresu České Budějovice ve věku 75 a více let, kteří žijí v domácím prostředí. Věkový soubor byl vymezen rozmezím nad 75 let a jednotlivé věkové skupiny byly stanoveny v rozmezí 75-79 let, 80-84 let, 85-89 let a 90 a více let. V lednu 2014 byl uskutečněn výzkum za pomoci kvantitativní výzkumné strategie a byl zaměřen na identifikaci rizikových faktorů v životě seniorů žijících v domácím prostředí. Terénní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Otázky byly zaměřené na oblast autonomie, a to v souvislosti se subjektivním vnímáním zdraví.

VÝSLEDKY

Respondenti, kteří uváděli, že se nemohou svobodně rozhodnout, častěji hodnotili horší subjektivní vnímání zdraví. Naopak respondenti, kteří se mohou, v běžném životě zcela svobodně rozhodovat častěji hodnotili svoje zdraví na pětibodové Likertově škále nejvýše, tedy „cítím se celkově výborně.“ Co se týká hodnocení respondentů s ohledem na věk, lze uvést souvislost pouze u možnosti svobodně se rozhodnout a skutečnost, že okolí nerespektuje rozhodnutí seniora. Ve věkové kategorii 85 – 89 let udávají respondenti možnost, že se mohou jen trochu svobodně se rozhodovat. Na rozdíl od nejmladší zkoumané věkové kategorie respondentů ve věku 75 – 79 let, kteří udávají, že jejich možnost svobodně se rozhodovat je maximální. Tab. 1 poukazuje na fakt, že respondenti, kteří jsou maximálně závislí na pomoci jiné osoby, uvádějí velmi špatné subjektivní vnímání zdraví. Respondenti, kteří jsou středně závislí na pomoci jiné osoby, hodnotí své zdraví neutrálně. Naopak respondenti, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby trochu, hodnotí svoje zdraví jako velmi dobré.

Respondenti, kteří nejsou spokojeni se životem, častěji uváděli, že se nemohou vůbec rozhodovat nebo jenom trochu. Naopak respondenti, kteří jsou spokojeni se životem, mají možnost se téměř maximálně svobodně rozhodovat.

Tabulka 1: Hodnocení subjektivního vnímání zdraví v závislosti na pomoci jiné osoby

		jak se celkově zdravotně cítíte					
		velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	velmi dobře	výborně	Total
závislost na pomoci jiné osoby	vůbec ne	0	2	37	11	5	55
	trochu	0	15	74	23	3	115
	středně	0	6	70	3	1	80
	hodně	2	23	24	0	0	49
	maximálně	8	7	6	0	0	21
	Total	10	53	211	37	9	320
závislost na pomoci jiné osoby	vůbec ne	0	--	0	+	++	
	trochu	-	0	0	+++	0	
	středně	0	-	+++	-	0	
	hodně	0	+++	--	--	0	
	maximálně	+++	+	---	0	0	

Zdroj: vlastní zpracování autora

ZÁVĚR

Autonomie je považována za významnou životní hodnotu a poukazuje na to, že je jedním z ukazatelů sociální exkluze. Tato hodnota úzce souvisí se zdravím a má zcela jiný rozměr ve stáří, kdy dochází k určité „závislosti“ seniora na svém okolí. Proto je zdraví ve stáří chápáno jako předpoklad fyzické i ekonomické soběstačnosti. Také Topinková označuje zdraví za jednu z nejdůležitějších hodnot člověka. Aby mohl být senior skutečně autonomní, měl mít schopnost sebeurčení, schopnost volby a schopnost jednat podle svých představ. K tomuto musí být však dostatečně vybaven fyzicky, rozumově a sociálně [6]. Pokud bychom chtěli posuzovat autonomii u seniorů, měli bychom brát v úvahu nejen jejich fyzické schopnosti, ale měli bychom se také zaměřit na vůli pečovat sám o sebe. Holmerová domnívá, že i když se senior stává závislým na pomoci jiné osoby, očekává, že bude zachována jeho důstojnost a nebude odsuzován, ale chápán a respektován. Se zvyšujícím se věkem se člověk stává zranitelnější, ve všech oblastech života reaguje pomaleji na veškeré změny a je v něm budován pocit závislosti na okolí nejen při podpoře denních aktivit, ale i při rozhodování o vlastní osobě [1]. Pro důstojné stárnutí a stáří našich rodičů, nás i našich dětí je důležité, aby všichni členové naší společnosti respektovali fakt, že starší lidé s omezenou soběstačností mají absolutně stejná práva a stejnou důstojnost lidského života jako ostatní lidé.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [2] PERISSINOTTO, CM., STIJACIC, C. I., a K. COVINSKY. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. Arch Intern Med. 2012. 172(14).
- [3] PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

- [4] SÝKOROVÁ D. a O. CHYTIL. Autonomie ve stáří. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
- [5] SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- [6] TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 8072623656.
- [7] WILKINSON, R. a M. MARMOT. Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti. Kontelec nad Česnými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 52s. ISBN 80-86625-46-X.
- [8] ŽUMÁROVÁ, M. a J. TESKOVÁ. Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. In Posuzování životní situace v sociální práci. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-419-4.

Kontaktní adresa:

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce
Jírovцова 24, 370 04 České Budějovice
e-mail: dvoracko@zsf.jcu.cz; Telefon: +420 603 472 851

O autorech:

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D., je zástupkyní vedoucího Katedry sociální práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Předmětem jejího zájmu je supervize ve zdravotně sociální oblasti, teorie a metody sociální práce a koordinace odborné praxe a supervize. Autorka je spoluřešitelkou projektu s názvem „Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin“ (číslo: SDZ2012_002, hlavní řešitelka doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.)

* * * * *

**SOCIÁLNE SLUŽBY PRE SENIOROV ZABEZPEČOVANÉ
V NITRIANSKOM SAMOSPRÁVNOM KRAJI**

**SOCIAL SERVICES FOR SENIORS PROVIDED
IN NITRA SELF-GOVERNING REGION**

Denisa Hanáčková, Monika Gubánová, Michal Cifranič

Katedra verejnej správy, Fakulta európskych štúdií a regionálneho rozvoja, SPU v Nitre

Abstrakt

Starostlie populácie vytvára zvyšujúci sa dopyt po sociálnych službách. Hlavným cieľom príspevku bolo zhodnotiť inštitucionálne a finančné zabezpečovanie sociálnych služieb pre seniorov v Nitrianskom samosprávnom kraji. Sociálne služby v NSK sú poskytované 124 verejnými poskytovateľmi a 80 neverejnými poskytovateľmi. Nitriansky samosprávny kraj má vypracovanú Koncepciu rozvoja sociálnych služieb. Seniori majú k dispozícii širokú škálu ambulantných, pobytových a terénnych sociálnych služieb. Primeranosť a dostupnosť sociálnych služieb pre seniorov v NSK je dobrá, ale finančná podpora z verejných prostriedkov je značne poddimenzovaná.

Kľúčové slová: *sociálne služby, seniori, poskytovatelia sociálnych služieb, zariadenia pre seniorov.*

Abstract

The aging population creates increasing demand for social services. The main aim of the paper is to evaluate the institutional and financial provision of social services for seniors in Nitra region. Social services in Nitra region are provided by public providers and private providers. Nitra region has developed a development concept of social services. Seniors have a wide range of outpatient, residential and field social services. Adequacy and availability of social services for seniors in Nitra region is good, but financial support from public funds is significantly undersized.

Keywords: *social service, senior, provider of social services, facilities for seniors.*

ÚVOD

Výsledky správy EÚ o starnutí obyvateľstva z roku 2012 poukazujú na to, že až tretina Európanov (z celkového počtu 517 miliónov) bude do roku 2060 vo veku 65 a viac rokov, čo znamená, že vekový profil v EÚ sa v nasledujúcich desaťročiach dramaticky zmení. Pre európske ekonomiky a systémy sociálneho zabezpečenia táto skutočnosť predstavuje veľkú výzvu. Starnutie obyvateľstva je z hľadiska demografického vývoja aj na Slovensku jedným z kľúčových problémov. Slovensko patrí ku krajinám s relatívne nízkymi verejnými výdavkami na sociálne služby. Úhrn výdavkov na dôchodky, zdravotnú starostlivosť, dlhodobú starostlivosť, vzdelávanie a podporu v nezamestnanosti činil v roku 2012 len okolo 17% HDP, kým v EÚ27 25% HDP. Starnutie populácie sa prejaví vo významnom náraste výdavkov nielen na dôchodky, ale aj na zdravotnú a dlhodobú sociálnu starostlivosť. Napriek prírastku výdavkov na základné sociálne funkcie štátu v SR projekcia Európskej komisie predpokladá, že aj v roku 2060 budú tieto výdavky podstatne nižšie ako v EÚ27, a to vzhľadom na nízku východiskovú úroveň v SR. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí je na Slovensku zabezpečovaná najmä prostredníctvom systému sociálnych služieb, ktorú dopĺňa zvýšená pozornosť voči starším osobám v systéme zdravotníckej starostlivosti. Hlavná záťaž spočíva však na rodine a na neformálnych opatrovateľoch, preto sú sociálne služby organizované tak, aby pomáhali v maximálne možnej (a pre štát a samosprávu vo finančne únosnej) miere osobám a ich rodinám v dlhodobej starostlivosti.

MATERIÁL A METÓDY

Cieľom príspevku bolo zhodnotiť inštitucionálne a finančné zabezpečovanie sociálnych služieb pre seniorov v Nitrianskom samosprávnom kraji. V príspevku bola pozornosť venovaná seniorom z dôvodu, že táto skupina je riziková a prioritná z hľadiska potreby riešenia problému starnutia populácie a z toho vyplývajúcich negatívnych dôsledkov. Súčasťou príspevku sú aj výsledky dotazníkového prieskumu s názvom „Sociálne služby pre seniorov“ realizovaného Katedrou verejnej správy, FEŠRR, SPU v Nitre. Cieľovou skupinou primárneho prieskumu boli seniori okresných miest Nitrianskeho samosprávneho kraja. Kľúčovým sekundárnym zdrojom bol dokument Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v regióne NSK, v ktorom je rozpracované zabezpečovanie sociálnych služieb v NSK.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

K 31.5.2014 bol počet dôchodcov v Slovenskej republike 1 331 702, z toho starobných dôchodcov bolo 1 001 751, pričom ich počet sa neustále zvyšuje. Počet predčasných starobných dôchodcov bol 20 557. Výdavky štátu na starobné dôchodky predstavovali za rok 2013 sumu 4 391 172 tis. Eur a výdavky na predčasné starobné dôchodky 117 644 tis. Eur. Priemerná výška starobného dôchodku predstavovala sumu 398,99 Eur a predčasný starobný dôchodok bol vo výške 393,66 Eur. **Najviac starobných dôchodkov** bolo vyplatených v Nitrianskom kraji (133 215), v Košickom kraji (129 873) a v Prešovskom kraji (127 810). **Najvyšší počet predčasných starobných dôchodkov** bol tak isto v Nitrianskom (4145), v Banskobystrickom (3533) a v Žilinskom kraji (3385).

Obsah pojmu *staršia osoba/senior* sa odlišuje v závislosti od účelu použitia tohto pojmu pre rôzne oblasti sociálnej spoločnosti:

- na účely služieb zamestnanosti – občan starší ako 50 rokov (§ 8 ods. 1 písm. b) zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti),
- na účely dôchodkového zabezpečenia – poistenec, ktorý dosiahol, okrem iného, dôchodkový vek ustanovený na 62 rokov (ust. § 65 ods. 2 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení),
- sociálne služby – dôchodkový vek ako kritérium nie je postačujúce samo osebe, je spojený s určitým stupňom odkázanosti na pomoc inej osoby či s inými vážnymi dôvodmi (napr. pri opatrovateľskej službe, v zariadení pre seniorov – zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách),
- peňažné príspevky na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia – rozhodujúca je hranica 65 rokov, po ktorej už nie je možné poskytovať niektoré druhy peňažných príspevkov/možno ich poskytovať len za osobitných podmienok. (*Európska komisia, 2012*).

Národné priority rozvoja sociálnych služieb sa stali východiskom pre obce pri vypracovávaní komunitných plánov sociálnych služieb a pre samosprávne kraje pri tvorbe koncepcií rozvoja sociálnych služieb. V Koncepcii rozvoja sociálnych služieb v regióne NSK na roky 2012 – 2017 boli vytýčené hlavné ciele v oblasti sociálnych služieb. Prioritným cieľom je podporiť vznik nedostatkových sociálnych služieb a zabezpečiť zotrvanie klienta v prirodzenom prostredí rozvojom terénnych sociálnych služieb. Na území NSK pociťuje potrebu zriadenia denného stacionáru v mieste trvalého bydliska 48,3%, či už ho potrebujú aktuálne, alebo ho budú potrebovať v budúcnosti. (*Záverečná správa zo sociologického výskumu, Koncepcia rozvoja sociálnych služieb NSK*) Za nepostačujúce sa považujú kapacity v zariadeniach podporovaného bývania, rehabilitačného strediska a v zariadeniach typu domov na pol ceste. Naopak ako silné stránky v poskytovaní sociálnych služieb v NSK môžeme označiť dostatočný počet zariadení pre seniorov s celoročným pobytom a rozvinutú sieť domovov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom.

Početom 686 662 obyvateľov k 31. 12. 2013 sa Nitriansky kraj zaraďuje na 5. miesto v medzikrajskom porovnaní. V Nitrianskom kraji sa nachádza 354 obcí, z ktorých má 15 štatút mesta. V mestách žije 314 398 obyvateľov, čo je 45,79 % podiel zo všetkých obyvateľov. Počet obyvateľov Nitrianskeho kraja sa v sledovanom období 2008-2013 pohyboval v rozmedzí od 706 375 v roku 2008 do 686 662 v roku 2013. V sledovaných rokoch možno pozorovať každoročný pokles počtu obyvateľov kraja. Celkový pokles populácie v sledovanom období 2008 - 2013 predstavoval 19 713 obyvateľov (- 2,8%). V Nitrianskom kraji je možné pozorovať výrazné zmeny v demografickom vývoji, ktoré sú odrazom ekonomickej a sociálnej situácie kraja. Prejavujú sa dlhodobejšie tendencie spomaľovania reprodukcie obyvateľstva a znižovania

Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 4

prírodného prírastku obyvateľstva, ktorý v roku 2013 dosiahol – 1 721 osôb. Pokračuje proces starnutia obyvateľstva. V priebehu rokov 2008 - 2013 dochádzalo v kraji k pravidelnému úbytku obyvateľstva prírodným prírastkom s maximom v roku 2013. Migračný prírastok obyvateľstva kraja v rokoch 2008 - 2013 neustále klesal, s maximom v roku 2008 (1,66 ‰), klesal až do roku 2011 (0,20 ‰). V roku 2012 bol zaznamenaný mierny nárast (0,75 ‰).

Tabuľka 1: Vybrané demografické charakteristiky okresov NSK v roku 2013

Okresy NSK	Počet obyvateľov k 31.12.	Prírodný prírastok na 1000 obyv.	Index starnutia podľa metodiky EÚ	Priemerný vek
Okres Komárno	103709	-4,13	116,58	41,56
Okres Levice	113913	-3,95	108,21	41,06
Okres Nitra	160040	0,03	103,97	40,65
Okres Nové Zámky	142964	-4,19	119,39	41,64
Okres Topoľčany	71847	-1,33	108,5	40,90
Okres Zlaté Moravce	41251	-2,91	118,39	41,23
Okres Šaľa	52938	-0,55	97,81	40,27
Spolu NSK	686662	-2,50	110,42	41,09

Zdroj: Regdat, 2013

Vekové zloženie obyvateľstva patrí k základným charakteristikám každej populácie. Zo spracovaných údajov, ktoré prezentuje Štatistický úrad SR, pracovisko ŠÚ SR v Nitre, vyplýva, že ku koncu roka 2013 žilo v Nitrianskom kraji 686 662 obyvateľov, z toho v predproduktívnom veku (0 - 14 rokov) bolo 91 989 obyvateľov, čo tvorilo 13,4 %. V produktívnom veku (15 - 64 roční) bolo 493 101 obyvateľov (71,81 %) a v poproduktívnom veku (obyvateľstvo 65 ročné a staršie) bolo 14,79 %, t.j. 101 572 osôb. Najvyšší podiel predproduktívnej zložky obyvateľstva máokres Šaľa 14,10 %. Jedine okres Šaľa vykazuje vyšší podiel predproduktívnej zložky, než ako je jeho poproduktívna zložka. Najvyšší podiel v produktívnej zložke zo všetkých okresov Nitrianskeho kraja má taktiež okres Šaľa (72,48 %). Najvyšší podiel poproduktívnej zložky má okres Zlaté Moravce 15,38%. Index starnutia ako pomer poproduktívnej a detskej zložky obyvateľstva sa dlhodobo zvyšuje. V roku 2013 dosiahol úroveň 110,42. Najvyššie hodnoty indexu starnutia boli zaznamenané v okrese Nové Zámky (119,39) a najnižšie v okrese Šaľa (97,81). Priemerný vek obyvateľstva Nitrianskeho kraja v roku 2013 vykazoval hodnotu 41,09 rokov. Vekovo najmladším bol okres Šaľa, s vekovým priemerom 40,27 rokov a najstarší, čo sa týka veku obyvateľstva, bol okres Nové Zámky s priemerným vekom 41,64 rokov. Starnutie populácie vyvoláva zvýšený dopyt po sociálnych službách v ambulantnej, terénnej i pobytovej forme. Nitriansky samosprávny kraj zabezpečuje poskytovanie sociálnych služieb prostredníctvom:

- zariadení sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti NSK (verejní poskytovatelia)
- zariadení sociálnych služieb, ktoré zriadili alebo založili obce (verejní poskytovatelia)
- neverejných poskytovateľov sociálnej služby.

NSK zabezpečuje poskytovanie sociálnych služieb pre obyvateľov kraja v 26 zariadeniach sociálnych služieb vo svojej zriaďovateľskej pôsobnosti. Z 98 zariadení sociálnych služieb, ktorých zriaďovateľom je obec/mesto je 80 vykonávajúcich opatrovateľskú službu a 16 ostatných inštitucionalizovaných zariadení sociálnych služieb. Z 80 neverejných poskytovateľov

Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
 ročník 9, 2014, číslo 4

je 15 prevádzkujúcich opatrovateľskú službu a 65 inštitucionalizovaných zariadení sociálnych služieb.

Tabuľka 2: Počet poskytovateľov sociálnych služieb v okresoch NSK k 31. 12. 2013

Okres NSK	Zriaďovateľ VÚC	Zriaďovateľ obec/mesto	Neverejní poskytovatelia	Resocializačné strediská	Spolu
Komárno	3	19	14	1	37
Levice	5	26	16	1	48
Nitra	5	11	24	0	40
Nové Zámky	6	16	11	2	35
Topoľčany	6	11	9	0	26
Zlaté Moravce	1	5	4	0	10
Šaľa	0	10	2	0	12
Spolu	26	98	80	4	208

Zdroj: Úrad NSK, 2013

Tabuľka 3: Priemerné bežné výdavky a priemerné skutočne dosiahnuté príjmy v zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti NSK za rok 2013

Druh služby	Zariadenie pre seniorov	Špecializované zariadenie	Špecializované zariadenie	Rehabilitačné stredisko
Kapacita	do 40	do 40	od 41 do 100	do 40
Forma poskytovanej služby	celoročná	celoročná	celoročná	celoročná
Priemerné bežné výdavky	546,66 €	816,31 €	698,67 €	900,04 €
Priemerné skutočne dosiahnuté príjmy	250,85 €	262,59 €	281,57€	241,58 €

Zdroj: Úrad NSK, 2013

Katedra verejnej správy SPU v Nitre realizovala v roku 2014 dotazníkový prieskum s názvom „Sociálne služby pre seniorov“, ktorého cieľom bolo zistiť, či majú seniori zabezpečenú primeranú sociálnu starostlivosť a po akých sociálnych službách je zo strany seniorov najväčší dopyt. Cieľovou skupinou prieskumu boli seniori žijúci v okresných mestách NSK.

Dotazník pozostával z dvoch častí. V prvej časti boli zisťované identifikačné údaje o respondentoch (vek, pohlavie a rodinný stav). Druhá časť skúmala inštitucionálne a finančné podmienky zabezpečovania sociálnych služieb pre seniorov. Konkrétne nás zaujímalo, aké problémy trápia seniorov najviac; ako by riešili situáciu, keby sa už nedokázali o seba a svoju domácnosť sami postarať; aké sociálne služby a služby zdravotnej starostlivosti by mala konkrétna samospráva poskytovať občanom/seniorom; z akých zdrojov by mali byť tieto služby financované; kto by mal poskytovať pomoc seniorom a či by uvítali viac informácií zo strany mesta, ako riešiť ich situáciu a aktívne prežiť starobu. Dotazník bol anonymný a zúčastnilo sa ho 326 respondentov/seniorov žijúcich v siedmich okresných mestách NSK v nasledovnej vekovej a pohlavnej štruktúre.

Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 4

Prieskumu sa zúčastnilo 52% respondentov v manželskom zväzku, 37% vdovcov/vdov, 8% rozvedených seniorov a 4 % seniorov stavu rozvedený.

Tabuľka 4: Veková a pohlavná štruktúra respondentov dotazníkového prieskumu

Veková štruktúra respondentov			Pohlavie respondentov		
do 59	54	17%	muži	138	42%
60-64	44	13%	ženy	188	58%
65-69	80	25%			
70-74	66	20%			
75-79	43	13%			
nad 80	39	12%			

Zdroj: Vlastné spracovanie, 2014

Na otázku, ktoré problémy seniorov v súčasnosti trápia, najviac dopytovaných respondentov označilo zdravotné problémy (61 %). Druhým najčastejšie uvádzaným problémom seniorov je nedostatok financií, čo trápí 30 % respondentov. Pocit osamelosti je problémom pre 13 % respondentov. Problémy v rodine uvádza 7 % seniorov. Problémy s bývaním a neuspokojivé spoločenské zaradenie starých ľudí označilo zhodne 5% z oslovených seniorov. Pri uvedenej otázke respondenti mohli označiť viacero odpovedí. Výraznejšie rozdiely v odpovediach na túto otázku sa medzi jednotlivými vekovými kategóriami či pohlaviami nevyskytli.

Na otázku, kto by mal starým ľuďom poskytnúť pomoc v ťažkej sociálnej situácii, 45 % respondentov očakáva pomoc od štátu. Na rodinu by sa v ťažkej sociálnej situácii spoľahlo 31 % oslovených seniorov. Od obce očakáva pomoc 15 % a od VÚC 5% seniorov. Na charitatívnu organizáciu by sa obrátilo so žiadosťou o pomoc 4 % oslovených seniorov.

Ďalšia otázka je zameraná na zisťovanie možností riešenia situácie seniora v prípade, ak by sa nedokázal postarať sám o seba a svoju domácnosť. Väčšina respondentov (53 %) by sa spoľahla na svoje deti a rodinu a zotrvala by v domácom prostredí. Až 22 % seniorov uvádza, že by v takomto prípade požiadalo o umiestnenie v zariadení pre seniorov. 15 % respondentov by v tejto ťažkej situácii požiadalo o opatrovateľskú službu a 6% seniorov by uprednostnilo pobyt v zariadení s dennou starostlivosťou (pobyt počas pracovnej vyťaženia svojich detí). Ďalšie z možností ako sprostredkovanie sociálnych služieb cez agentúru alebo prostredníctvom charitatívnej organizácie sú označené iba zriedkavo. Všetky vekové kategórie respondentov sa zhodujú v tom, že očakávajú prioritne pomoc od detí a rodiny. Očakávania seniorov korešpondujú s hlavnými cieľmi sociálnej politiky, ktoré podporujú prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť so zámerom vytvoriť podmienky, aby klient zotrval čo najdlhšie v prirodzenom prostredí, napríklad obmedzením kapacity pobytových zariadení sociálnych služieb, nemožnosťou registrácie zariadení presahujúcich zákonom stanovenú kapacitu, uprednostnením ambulantnej a terénnej formy poskytovania sociálnych služieb pred pobytovou formou.

Pri otázke aké sociálne služby a služby zdravotnej starostlivosti by mala obec poskytovať svojim občanom (seniorom), mohli respondenti označiť viacero odpovedí súčasne. 27 % respondentov uviedlo služby záujmovej činnosti v dennom centre. 21 % respondentov by privítalo výpomoc vo forme prepravnej služby, napr. odvoz k lekárovi. Zhodne 15 % respondentov má záujem o sprostredkovanie poradenských služieb/pomoc pri kontakte s úradmi a možnosť stravovať sa v jedálni. Súčasne 11 % z oslovených respondentov by privítalo sprievodcu k lekárovi, resp. do zdravotníckeho zariadenia a požičiavanie zdravotníckych pomôcok, 10 % pomoc pri upratovaní a domácich prácach. O týždenný pobyt v zariadení sociálnych služieb by malo záujem 5 % respondentov a v prospech celoročného pobytu v ZSS sa

vyjadrilo 7% opýtaných. Pomoc pri obstarávaní nákupov by potrebovalo 8% seniorov. Pomoc pri osobnej hygiene by privítali iba 4 % oslovených. Dopyt po pobytovej forme sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb poskytovaných týždennou, resp. celoročnou formou prejavili predovšetkým respondenti vekových kategórií 70-74 rokov, 75-79 rokov a nad 80 rokov. Naopak seniori do 70 rokov uviedli ako možnosti pomoci, ktoré by mala obec poskytovať seniorom, záujmovú činnosť v dennom centre, sprievodcu k lekárovi, do zdravotníckeho zariadenia, sprostredkovanie poradenských služieb a pomoc pri kontakte s úradmi, prepravnú službu (odvoz k lekárovi), stravovanie v jedálni, požičiavanie zdravotníckych pomôcok.

Ďalšia otázka sledovala, z akých zdrojov by mala byť financovaná uvedená ponuka služieb. Na túto otázku 71 % respondentov odpovedalo, že uvedená ponuka služieb by mala byť financovaná výhradne prostredníctvom štátu, obce alebo VÚC. Ostatných 26 % respondentov si myslí, že by služby mali byť financované čiastočne z verejných zdrojov a čiastočne zo súkromných, financovaním služby užívateľom služby. Prekvapivo 3 % seniorov vyjadrili názor, že financovanie predmetných služieb by malo byť zabezpečované zo súkromných zdrojov, výhradne užívateľom. Respondenti vyjadrili názor, že finančná podpora zo strany štátu je nízka anedostatočná. Takmer 70 % opýtaných by nemalo dostatok financií na umiestnenie v súkromnom zariadení sociálnych služieb, aj keď sú presvedčení, že kvalita poskytovaných služieb je v nich na vyššej úrovni. Hlavným cieľom zákona č. 485/2013 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov je okrem iného zvýšiť participáciu štátu na financovaní sociálnych služieb a upraviť pravidlá podpory sociálnych služieb z verejných zdrojov, a tým zvýšiť udržateľnosť a dostupnosť sociálnych služieb. Zákon zároveň upravuje a sprísňuje podmienky registrácie a finančnej podpory z verejných zdrojov a zvyšuje hranice ochrany príjmu prijímateľov sociálnej služby pred platením neprimeranej úhrady za sociálnu službu pri jednotlivých formách pobytových sociálnych služieb a druhoch sociálnych služieb.

Poslednou otázkou sme zisťovali, či by seniori uvítali viac informácií zo strany obce, ako riešiť svoju situáciu a aktívne prežiť starobu. 82% seniorov by uvítalo uvedené informácie, naopak 18% respondentov nepotrebuje informácie ohľadom možností riešenia ich nepriaznivej situácie.

ZÁVER

Starnutie populácie je jedným z kľúčových problémov Slovenskej republiky. V medzikrajskom porovnaní práve Nitriansky samosprávny kraj vykazuje najvyšší počet starobných dôchodcov a predčasných starobných dôchodcov, s čím bezprostredne súvisí väčší objem výdavkov na dôchodky ako aj zvýšená potreba poskytovania sociálnych a zdravotníckych služieb v rôznych formách. V NSK sú zabezpečované všetky formy poskytovania sociálnej služby: ambulantná, terénna aj pobytová formou prostredníctvom verejných poskytovateľov (v zriaďovateľskej kompetencii mesta Nitra a v zriaďovateľskej kompetencii NSK) a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Prijímateľom služby tak dáva možnosť rozhodnúť sa pre zotrvanie v prirodzenom, domacom prostredí klienta alebo pre poskytovanie sociálnych služieb v zariadení sociálnych služieb s celoročným príp. týždenným, denným pobytom. Ako silnú stránku v poskytovaní pobytových sociálnych služieb v NSK môžeme označiť dostatočný počet zariadení pre seniorov, zariadení opatrovateľskej služby. Na základe výsledkov dotazníkového prieskumu určeného seniorom okresných miest NSK sme dospeli k záveru, že seniorov najviac trápia zdravotné problémy a potom finančné problémy. V nepriaznivej zdravotnej a sociálnej situácii by sa obrátili na svoju rodinu a až potom by využili služby poskytované mestom, prostredníctvom opatrovateľských služieb, resp. umiestnenia v zariadení pre seniorov. Zo služieb

poskytovaných mestom prejavili najväčší záujem o služby záujmovej činnosti v dennom centre, prepravnú službu, napr. odvoz k lekárovi, sprostredkovanie poradenských služieb a pomoc pri kontakte s úradmi, možnosť stravovať sa v jedálni. Menší záujem prejavili o týždenné alebo celoročné pobytové formy v zariadeniach sociálnych služieb, predovšetkým seniori do 70 rokov. Väčšina respondentov by privítala väčšiu informovanosť zo strany mesta ohľadom možností riešenia problémov a aktívneho prežitia staroby. Na záver môžeme konštatovať, že primeranosť a dostupnosť sociálnych služieb v NSK je na dobrej úrovni, avšak finančná podpora z verejných zdrojov je výrazne poddimenzovaná.

POUŽITÁ LITERATÚRA

1. BALÁŽ, V. a i. 2013. *Stratégia aktívneho starnutia*. [online]. [cit. 2014-01-10]. Dostupné na internete: <http://www.nocka.sk/uploads/9e/92/9e92bd1c274fbc1f1b08e2c0ecff8705/strategia-aktivneho-starnutia.pdf>.
2. BEBLAVÝ, M. 2012. *Sociálna politika* [online]. [cit. 2014-01-10]. Dostupné na internete: http://www.socialnapolitika.eu/files/8613/5393/1103/mbeblavy_socialna_politika.pdf
3. BEDNÁRIK, R. 2012. *Slovenská sociálna politika po vstupe SR do Európskej únie*, In Pedagogika.sk [online]. roč. 12, č. 4. [cit. 2014-03-14]. Dostupné na internete: http://www.casopispedagogika.sk/revue4/bednarik_studia.pdf.
4. EUROPSKA KOMISIA, 2012. *Európa starne, musíme sa pripraviť*. [online]. [cit. 2014-01-10]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/news/economy/120515_sk.htm.
5. Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v regióne Nitrianskeho samosprávneho kraja na roky 2012 – 2017.[online]. Nitra: Nitriansky samosprávny kraj [cit. 2014-01-10]. Dostupné na internete:http://www.unsk.sk/files/oblasti/soc_pomoc/koncepcia_rozvoja_soc_sluzieb_2012_2017/koncepcia_rozvoja_socialnych_sluzieb_v_nsk-2012_2017.pdf.
6. MESTO NITRA. *II. Komunitný plán sociálnych služieb v meste Nitra 2013-2018*. Nitra, 2012. Dostupné z: <http://www.nitra.sk/news.php?extend.516.36>
7. REPKOVÁ, K. 2012. *Sociálne služby v kontexte komunálnej sociálnej politiky*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2012. 176 s. ISBN 978-80-7138-135-8.
8. TKÁČ, V. 2010. *Sociálna politika a sociálne zabezpečenie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. ISBN 978-80-89392-21-6.
9. *Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov*.

Príspevok bol vydaný s podporou *Kultúrnej a edukačnej grantovej agentúry* Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky na základe projektu s názvom *Ekonomika a manažment verejných služieb podľa zmluvy č. 031SPU-4/2013*.

Author's address:

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

Ing. Monika Gubánová, PhD., Katedra verejnej správy, FEŠRR, SPU v Nitre
e-mail: monika.gubanova@uniag.sk

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

VÝZNAM EDUKACE A PREVENCE PŘI KONTAKTU DĚTÍ A PSŮ

IMPORTANCE OF EDUCATION AND PREVENTION FOR CHILDREN IN CONTACT WITH DOGS

Marie Chlopčíková,¹ Jaroslava Bicková²

¹ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ČR,
Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce.

² Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík

Souhrn

Článek reflektuje současný stav primární prevence v problematice úrazů dětí způsobených psem v České republice a zahraničí. Poukazuje na význam a efektivitu preventivních programů a aktivit, které pomáhají dětem objasnit potenciální i skutečná rizika kontaktu se psem a následně zdokonalovat znalosti i zkušenosti v základních pravidlech bezpečného přístupu.

Článek také prezentuje teoretická východiska a metodickou strukturu nového preventivního programu, který pomáhá žákům prvního stupně základních škol v Jihočeském kraji prohlubovat znalosti a zkušenosti o bezpečném přístupu ke psům. Preventivní program klade důraz na pochopení a přijetí psa jako plnohodnotného tvora, který má obdobně jako dítě své specifické potřeby a rozmanité projevy chování.

Interaktivní edukačně preventivní program vznikl za podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky, Ústavu zdravotně sociální práce při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a Výcvikového canisterapeutického sdružení Hafík.

Klíčová slova: dítě – pes – edukace – preventivní program

Summary

This Article reflects the current status of primary prevention in the issue of child injuries caused by a dog in the Czech republic and in abroad. Highlights the importance and effectiveness of prevention programs and activities, which are helping children to clarify the potential and actual risks of contact with the dog and subsequently improve knowledge and experience in basic rules of safe access to dogs.

The article also presents the theoretical background and methodological structure of the new prevention program that helps pupils of primary schools in the South Bohemian Region to deepen knowledges and experiences in the safe Access to dogs. Preventive program emphasizes understanding and adopting a dog as a full-valued that has a similarly child's specific needs and various manifestations of behaviors.

Interactive educational preventive programme was supported by the Ministry of Health of Czech Republic, The Department of Health and Social Work at the South Bohemian University in Ceske Budejovice and Training Canistherapeutic Association Hafik.

Keywords: child – dog – education – prevention program

ÚVOD

Vzhledem ke globálně narůstajícímu počtu negativních zkušeností dětí se psy, a ve snaze eliminovat incidenci dětských úrazů, vznikla i potřeba zkvalitnění prevence v této oblasti. Již

v roce 2001 zdůraznila význam vzdělávání a vedení dětí na základních školách k bezpečnému přístupu k domácím zvířatům deklarace IAHAIO (Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011).

Řada zahraničních odborníků spatřuje řešení situace v zážitkových preventivních programech, které poskytují dětem nejen teoretické znalosti pravidel bezpečného kontaktu se psem, ale především hluboké osobní zážitky. Sebezkušenostní vzdělávání se pak i při zpětné evaluaci jeví jako nejefektivnější (Gilchrist, et al., 2008).

Jak uvádí švýcarská retrospektivní studie, která mapovala preventivní aktivity a programy, určené ke zvyšování informovanosti žáků o bezpečném přístupu ke psům na základních školách, právě zážitkové interaktivní programy měly hlavní význam ve vývoji vztahu dítěte a psa. Zejména kontaktní podoba edukační intervence s přítomností psa, umožnila dětem nenahraditelné zkušenosti, které následně vedly i k poklesu rizikového chování (Fossati, 2004, Duperrex, et al., 2009).

Dle Wilsona (2003) je zásadním benefitem zážitkového programu bezprostřední kontakt se psy, kteří umožní dětem prožít bezpečným způsobem rizikovou situaci při modelové aktivitě. Jedná se vždy o speciálně připravené psy a zkušené psovody – kynology (např. pes s canisterapeutickým výcvikem, asistenční pes, vodící pes).

Na pozitivní efekt preventivních programů tohoto typu upozornila i americká studie. Ve spolupráci American Veterinary Medical Association, Human Society of the United States, American Kennel Club a American Association of Professional Humane and Environmental Educators vznikla nová preventivní aktivita probíhající skrze přímou interakci dítěte se psem.

Žákům prvního stupně základních škol byly za asistence psů demonstrovány potenciálně rizikové situace, které se na základě předešlého výzkumu ukázaly být hlavními faktory vzniku konfliktu mezi dítětem a psem. Jednalo se o rychlé pohyby, nečekané zvuky, narušení teritoria psa, kontaktování psa při odpočinku a krmení či neznalost komunikačních signálů psa (Jalongo, 2008).

Z hlediska počtu a kvality preventivních aktivit určených k výuce bezpečného soužití dítěte se psem se Česká republika zatím nemůže srovnávat se zahraničními programy. Prvky osvěty lze identifikovat v činnosti zájmových kynologických spolků či občanských sdružení, jejichž působnost zdaleka nepokrývá potřebu cílové populace – dětí. Kynologická sdružení sice předávají svým členům konkrétní informace o pravidlech soužití se psy, nicméně obsah tohoto zájmového vzdělávání získá pouze malá část dětské populace, která se ke všemu o oblast kynologie cíleně zajímá. Jak ale předat potřebné informace o pravidlech bezpečného přístupu ke psům početnější skupině dětské populace? Zvláště, která nemá příležitost či zájem docházet do obdobných zájmových spolků, ale přesto je vystavena stejným rizikům při kontaktu se psy? (Chlopčíková, Cimlová, Bicková, 2013).

Preventivní programy v České republice

Za průkopníka prevence v oblasti bezpečného kontaktu dětí se psy lze v České republice považovat Asociaci zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (AOVZ). Organizace vznikla již v roce 1995 v Praze. Jejím posláním bylo šířit a prohlubovat myšlenku pozitivního vlivu soužití člověka se zvířaty. S tímto cílem vznikl i vzdělávací program pro žáky základních škol („Výchova k zodpovědnému vztahu ke zvířatům“).

Na vzniku samotného programu se podíleli odborníci z oblastí dětské psychologie, pedagogiky, veterinárního lékařství i dalších oborů. Společným cílem všech bylo dosáhnout přirozenou cestou harmonického vztahu mezi dítětem a psem již v útlém věku.

Náplní vzdělávací aktivity bylo v průběhu prvního stupně základní školy seznámit děti se psy jako s důležitou součástí lidské společnosti. Naučit je správnému a odpovědnému přístupu nejen k nim, ale i přírodě a životnímu prostředí obecně.

Bazální metodický balíček obsahoval modul pro učitele a žáky. Manuál pro učitele poskytl informace o původu, úloze, vývoji i výchově psa v životě člověka.

Důležitou součástí vzdělávacího programu byly návštěvy psovodů se psy ve školských zařízeních, jež měly ověřit a doplnit získané informace skrze osobní setkání dětí s živým zvířetem. Ve školním roce 2003–04 se za podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky uskutečnilo na vybraných školách testovací kolo pracovních materiálů. Celý projekt se setkal s neobyčejně příznivým ohlasem. Do roku 2007 byl program prezentován v dalších 200 základních školách (AOVZ, 2010).

Mezi další preventivní aktivitu lze řadit metodický materiál organizace Děťství bez úrazu, o.p.s., která v roce 2006 vypracovala podrobný materiál k prevenci dětských úrazů. Mezi jednotlivé sekce byla zařazena i problematika bezpečného kontaktu dítěte se psem. Pomocí názorného videa a metodických instrukcí jsou děti informovány o pravidlech bezpečného kontaktu se psem na dětském hřišti, v dopravním prostředku či domácím prostředí (Děťství bez úrazů, 2006).

I česká verze projektu Modrý pes (v anglickém originále „The Blue Dog“) se u nás v roce 2008 zasloužila o rozvoj preventivních aktivit v dané problematice. O překlad a použití tohoto projektu se v České republice zasadila Česká asociace veterinárních lékařů malých zvířat. „Modrý pes“ má svůj původ ve Velké Británii, kde jej v roce 2005 vytvořila multidisciplinární skupina odborníků z řad veterinářů, etologů, dětských psychologů a akademických malířů.

Projekt prezentuje za pomoci počítačové animace výukový program pro rodiče a jejich děti, který zábavnou formou učí nejmladší členy společnosti správně komunikovat s domácím - známým psem. Cílovou skupinou programu jsou děti ve věku 3 až 6 let (Keuster, et al., 2005; The Blue Dog, 2006, Modrý pes, 2008).

Zahraniční preventivní programy

Nelze zde vypsát bohatý seznam zahraničních organizací, které se podílí na tvorbě preventivních aktivit v dané problematice. Pro potřeby článku jsou zde uvedeny ty, které nejvíce korespondují s obsahem nového interaktivního edukačně preventivního programu. Mezi jednu z nich patří i kanadská nestátní nezisková organizace „Dog GoneSafe“, která podporuje vzdělávací aktivity, zaměřené na prevenci napadení a úrazů způsobených psem již od roku 1998. Posláním organizace je podpora účelného vzdělávání dětí s cílem snížit incidenci úrazů. V současné době organizace provozuje několik preventivních programů určených nejen dětem, ale i široké veřejnosti (rodičům, majitelům psů). Program cíleně určený předškolním a školním dětem nese název „Be a Tree Program“.

Preventivní program probíhá formou interaktivních seminářů. Výukový modul je rozdělen do dvou bloků – teorie a praxe. Cílová skupina se prostřednictvím modelových situací (demonstrovaných odborníkem se speciálně vycvičeným psem) učí reagovat a volit správnou cestu bezpečného přístupu ke zvířeti. Skrze osobní zkušenost si upevňuje v povědomí pravidla bezpečného kontaktu se psem. Pomocí obrazových figur, v podobě fotografií jednotlivých komunikačních signálů psa se děti vizuální formou učí rozeznávat rozdíly v řeči těla psa a člověka. Jednou z cílených preventivních aktivit je i výuka protektivní – ochranné – polohy „Be a Tree“ (ve volném překladu: „buď strom“), která má dítěti v inkriminované situaci se psem zajistit bezpečí. Program je realizován formou opakovaných návštěv ve vzdělávacích zařízeních v časovém pásmu 60 minut pro skupinu maximálně 100 dětí. Dog GoneSafe, 2011).

Další významnou organizací je americká nestátní nezisková organizace „Safety Around Dogs“. I ta realizuje od roku 2007 interaktivní zážitkový program pro děti, zaměřený na výchovu k bezpečnému soužití se psy. Samotný program doplňují metodické materiály (pracovní listy) a

video s maskoty kreslených psích postaviček, které učí děti základním pravidlům bezpečného kontaktu se psy (Safety Around Dogs, 2011).

DÍTĚ A PES – ŽIJME SPOLEČNĚ – ZODPOVĚDNĚ A BEZPEČNĚ!

Interaktivní – edukačně preventivní program.

V součinnosti s výsledky pilotní výzkumné studie z roku 2010, která poukázala na rizikové faktory v chování dětí při kontaktu se psem, vytvořily autorky článku v letech 2011 až 2012 nový výchovně-vzdělávací program s názvem: „*Dítě a pes – Žijme společně - zodpovědně a bezpečně!*“. Hlavním posláním interaktivního programu bylo zkvalitnit nejen znalosti, ale především dovednosti dětí při kontaktu s vlastním, známým i cizím psem.

Teoretická východiska preventivního programu.

Interaktivní edukačně - preventivní program vychází ze zooterapie - metody canisterapie, techniky AAE (*Animal Assisted Education* – „vzdělávání za asistence zvířat“).

Vzhledem ke konkrétnímu využití zvířecího druhu (psa) při dané aktivitě je zde nezbytné definovat pojem *canisterapie* jako jedné z forem zoorehabilitace, která se stala hlavním pilířem interaktivního edukačně – preventivního programu.

„Canisterapie je jednou z podpůrných metod, při níž se využívá pozitivního působení a vztahu mezi člověkem a psem.“ Slouží k podpoře psychosociálního zdraví lidí všech věkových kategorií a svým působením přispívá k rehabilitaci, edukaci reedukaci (Müller, 2005).

Preventivní program vycházející z metody canisterapie umožňuje dětem přirozený i cílený kontakt se psy. Usiluje o rozšíření a zlepšení jejich znalostí, sociálních dovedností i individuálních zážitků. U dětí tak rozvíjí zodpovědný postoj vůči zvířeti a základy pravidel bezpečného kontaktu (Velemínský a kol., 2007, Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011).

Bazální technikou preventivního programu je interaktivní přednáška vedená zábavnou formou s názornými příklady a demonstrací různých situací se zapojením žáků do přímé interakce s bezpečným zvířetem (pes s canisterapeutickým výcvikem) (Chlopčíková, 2010).

V programu autorky dále využily prvky zážitkové pedagogiky a situačního učení. Základními benefity jsou sdílené informace, spolupráce na řešení situace skupinou a podpora multidisciplinárního týmu odborníků. Preventivní aktivita proto funguje na principu okamžité zpětné vazby za asistence profesionálních kynologů (canisterapeutických týmů). Prostřednictvím aktivního zapojení dětí do kontaktu se speciálně připraveným psem mohou kynologové okamžitě identifikovat a ozřejmit jejich chybné návyky v přístupu ke psům. Díky této prostupnosti je program operativně inovována přizpůsobován samotným potřebám dětí tak, aby byly uchráněny budoucím negativním zážitkům. Reaguje tedy na aktuální potřeby daného dítěte a kolektivu (Chlopčíková, 2010).

Cíl zážitkového vzdělávání spočívá v záměrném vytváření situací, v nichž dochází k intenzivnímu prožívání, a následné edukační činnosti s těmito prožitky. Vzdělávání prožitkem je učení se z důsledků vlastního jednání, hledání řešení a společné překonávání úkolů a výzev. Předností zážitkového vzdělávání je rozvíjení tvůrčích postupů, aktivního jednání, a především intenzivní učení z prožitků namísto pouhého shromažďování informací. Metoda se obecně nejvíce používá u programů, které mají za cíl rozvoj znalostí, dovedností a osobních dispozic z přímé zkušenosti. Důležitým předpokladem přenosu do praxe je proces reflexe získaných prožitků a zkušeností (Fossati, 2004, Freeman, 2007, Kasíková, 2010).

Skrze situační učení pak vnímají děti vlastní rizikové chování daleko intenzivněji a především v kontext prostředí a vlivu zvířete (psa) (Melson, 2007, Hanuš, Chytilová, 2009).

Délka programu

Program probíhá formou jednorázových návštěv ve vzdělávacích zařízeních (základní školy) i při pobytových aktivitách pro děti (tábory, rekondiční pobyty). Časový rámec programu je limitován pásmem jedné hodiny, s ohledem na skutečné nároky dětí a schopnost koncentrace (max. 60 minut).

Cílová skupina

Vzhledem k náplni a struktuře programu se výukové lekce účastní maximálně 30 dětí. Přednostně je program určen žákům prvního stupně základních škol. Díky začlenění programu do vzdělávacího mechanismu základní školy mohou být pravidla prevence zprostředkována většímu počtu dětí. Hlavní přínos představuje program pro děti, které nemají možnost kontaktu se psem ve vlastním domově.

Realizační tým

Výjimečným benefitem programu je spolupráce s profesionálními kynology. Canisterapeutické týmy, věnující se AAE absolvují speciální proškolení o náplni i průběhu programu prostřednictvím odborníků z Výcvikového canisterapeutického sdružení Hafík. Praktikující týmy podstupují pravidelnou supervizi a opakované přetestování psa i psovoda, aby tak byla zajištěna maximální bezpečnost preventivního programu.

Prostorové zajištění programu

Preventivní program byl realizován po konzultaci s vedením školských zařízení v prostorách tělocvičen, hřišť, ale i běžných tříd.

Náplň programu

Teoretická část programu věnuje pozornost především prohloubení základních znalostí dětí o pravidlech bezpečného kontaktu se psem (*např. co znamená hierarchie psí smečky a lidské rodiny, jaká je role autority z pohledu psa, ozřejmění rizikového chování dětí při kontaktu se psem, popis pravidel bezpečného soužití se psem, význam lidských gest pro psa, význam komunikačních signálů psa pro člověka, rozdíly v humánně animální komunikaci, atd.*).

Praktickou část programu tvoří modelové situace, k jejichž aktivnímu řešení jsou vyzývány samy děti za přímé interakce se psem. Individuální reakce speciálně připraveného psa a adekvátní objasnění chyb v chování dětí od odborníka z oblasti kynologie, umožňuje žákům lépe pochopit rizika dané situace a osvojit si její správné řešení. Prostřednictvím zážitkové podoby programu je i realizační tým připraven okamžitě reagovat na nově vzniklé situace a dotazy dětí.

Struktura programu

V úvodní fázi programu jsou žáci vždy seznámeni s harmonogramem celé aktivity a základními informacemi o profesionálním doprovodu akce - canisterapeutických týmech.

Program vede vždy jeden psovod za asistence dalších canisterapeutických týmů. Účast na preventivním programu je zcela dobrovolná. V případě strachu či fobie ze psů u některého z dětí.

Úvod: Seznámení s programem, představení realizačního týmu (5 minut)

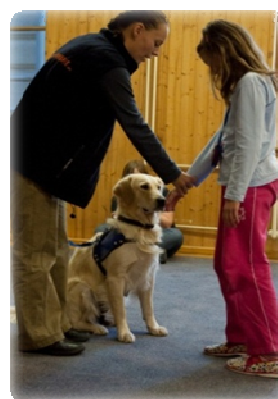
Teoretický modul: (20 minut)

- *Soužití člověk × pes*
- *Hierarchie psí smečky x hierarchie lidské rodiny*
- *Upotřebitelnost (využití) psa v dnešní společnosti*

Praktický modul:(30 minut)- (modelové situace)

- Základy navázání prvního kontaktu se psem
- Základy bezpečného kontaktu se psem známým a cizím
- Bezpečnost společných volnočasových aktivit se psem.
- Bezpečnost při péči o psa.
- Rizikové komunikační signály.
- Řeč těla psa.
- Nácvik protektivních (ochranných) poloh při rizikových situacích.

Závěr: Odlehčující závěrečné aktivity se psy (např. hry, česání, pamlskování)
(5 minut)



Zdroj: Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík

Stručný metodický postup programu.

Uvítání a představení canisterapeutických týmů.

- Každý psovod představil sebe a svého psa jménem.
- Rasu psa hádaly děti (pokud rasu neznaly, byla jim sdělena)
- Každý psovod prozradil dětem, co jeho pes rád dělá, v čem je výjimečný (př. aportuje, válí sudy, vyštěkává, panáčkuje, dělá nějaký sport, atd.)

Soužití člověk x pes.

Žáci jsou informováni:

- Z jakého živočišného druhu se pes vyvinul.
 - Co znamená slovo „domestikace“.
 - Jak dlouho žijí psi s lidmi.
 - Na jaké činnosti člověk psa používal x používá.
- Žáci měli možnost aktivně odpovídat. Pokud jim některá z informací nebyla známa, ozřejmil ji vedoucí psovod.

Hierarchie psí smečky x hierarchie lidské rodiny.

- Dětem byl vysvětlen pojem „hierarchie a alfa jedinec“.
- Pojem „alfa jedinec“ byl připodobněn k roli „rodiče“ v lidské rodině.

- Dětem bylo vysvětleno i vnímání autority z pohledu psa. Koho pes považuje za dominantního jedince.

Upotřebitelnost psa v dnešní společnosti.

- Dětem byly za pomoci obrázků a fotek popisovány aktivity, do nichž jsou psi zapojováni v rovině profesionální i zájmové. Např. pes záchranář, pes určený pro myslivost, služební pes, asistenční pes, vodící pes, canisterapeutický pes.
- Děti se mohly aktivně zapojit a doplňovat možnosti využití psa v dnešní společnosti.
- Dětem byly představeny i zájmové aktivity se psy (např. flyball, dogdancing, dogtrekking atd.)

Základy navázání prvního kontaktu se psem.

- Děti se naučily základní pravidla prvního kontaktu se psem.
- Děti byly vyzvány, aby předvedly postup („*Jak se správně seznámit se psem?*“) na canisterapeutickém psovi.
- Vedoucí psovod vyzval 3 děti (pokud ani jedno z dětí nepředvedlo postup správně, vysvětlil kynolog chyby a ozřejmil vhodný přístup).
- Základní pravidla:
Nikdy nekontaktuj ani nehlad' psa bez přítomnosti jeho pána.
Vždy se zeptej jeho pána, zda si můžeš psa pohladit.
Za psem neutíkej. Nechej ho, aby za Tebou přišel sám.
Pokud o Tebe pes nemá zájem, nevnučuj se mu.
Nikdy na psa nesahej zezadu.
Když se k Tobě pes přibližuje, stůj klidně.
Ruce měj vždy podél těla. Nezvedej je.
Nechej se psem očichat.
Pohlad' psa z boku po tlamě.

Základy bezpečného kontaktu se psem známým x cizím.

- Děti byly vyzvány, aby kynologům sdělily, jaké aktivity nejraději dělají s vlastním psem nebo psem známým.
- Děti byly dotázány na aktivity, které by nikdy neměly dělat se psem cizím.
- Následně byla vysvětlena rizika jednotlivých aktivit.
- Některé aktivity si mohly děti vyzkoušet se psy s canisterapeutickým výcvikem.
- Jednalo se například o: lezení před psem po čtyřech, útěk před psem, ukrývání se před psem, atd.

Bezpečnost společných volnočasových aktivit.

- Dětem byla vysvětlena pravidla bezpečnosti při hrách se psy.
- Základní pravidla:
Před psem nikdy neutíkej. Stáváš se pro něj kořistí. Bude Tě chtít dohnat.
Nehraj se psem rychlé hry.
Se psem se nikdy nepřetahuj o hračku ani jiný předmět. Může Tě v zápale boje kousnout.
Nedělej před psem prudké ani velmi pomalé pohyby. Psa by tvé chování mohlo provokovat.
Nejezdi před psem vlastním, známým ani cizím na kole, koloběžce, bruslích či jiných prostředcích. Hluk, který tyto dopravní prostředky vydávají, může být pro psa nepříjemný nebo jej může vylekat.

Nesnaž se psa vylekat. Mohl by Tě ze strachu kousnout.

Bezpečnost při péči o psa.

- Dětem byla vysvětlena jejich role při péči o psa.
- Děti by měly při péči o psa pomáhat svým rodičům či jiným dospělým, kteří s nimi sdílí domácnost, a které pes považuje za dominantní jedince.
- Dětem byl vysvětlen pojem a význam „teritoria“ pro psa.
- Děti by nikdy neměly krmit psa bez dozoru dospělé osoby.
- Děti by měly respektovat soukromí psa při krmení.
- Děti by nikdy neměly venčit psa bez dozoru dospělé osoby.
- Děti by nikdy neměly cvičit psa bez dozoru dospělé osoby.
- Děti by nikdy neměly trestat psa.
- Děti by nikdy neměly rušit psa je-li ve svém pelechu, kotci, kleci atd.
- Děti by nikdy neměly rušit psa (pokud je nemocný, unavený nebo se jedná o březí fenu či fenu se štěňaty)
- Základní pravidla:
 - Nikdy nechod' vlastnímu psovi do pelíšku, boudy, klece.*
 - Nikdy nechod' sám na pozemek, kde hlídá cizí pes.*
 - Nikdy psa nedráždí za plotem.*
 - Nikdy nesahej psovi do misky. Mohl by si myslet, že mu ji chceš vzít.*
 - Nikdy nesahej na psa, když jí. Mohl by se bát, že mu chceš vzít krmení.*
 - Na procházku se psem jdi raději s někým dospělým. Pes by ti mohl utéci. Poprat se s jiným psem. Strhnout Tě na zem...*
 - Psa nikdy necvič. To může jen jeho pán.*
 - Psa nikdy netrestej. To může jen jeho pán, když je to nezbytně nutné.*
 - Pokud je pes unavený nebo nemocný, neruš ho! Má také právo na odpočinek a uzdravení.*
 - Pokud má fena štěňata, nesnaž se jí je brát nebo hladit bez dozoru dospělé osoby. Fena má o štěňata strach a mohla by je bránit.*

Rizikové komunikační signály.

- Dětem byly vysvětleny rozdíly ve vnímání komunikačních signálů a gest u psa.
- Jednalo se o „**upřený pohled do očí**“ a „**úsměv s odhalenými zuby**“.
- Děti byly vyzvány, aby si tuto rizikovou aktivitu vyzkoušely s canisterapeutickými psy.
- Mohly vidět reakce psa (odvracení pohledu psa, olizování, projevy nervozity).
- základní pravidla:
 - Cizímu psovi se nikdy nedívej upřeně do očí. Mohlo by ho to provokovat a také by se mohl cítit ohrožený.*
 - U vlastního psa si to můžeš dovolit pouze tehdy, je-li na to zvyklý. Jinak to také nezkoušej.*
 - Na cizího psa nikdy neceň zuby! Ani při hře. Mohlo by ho to provokovat.*

Řeč těla psa.

- Dětem byly vysvětleny základní znaky pozitivního a rizikového postoje psa.
- Hlavní pomůckou byly roll-py s pozicemi psů (pes přátelský, pes hravý, pes vystrašený, pes hrozcí, pes agresivní)
- Některé z pozic byly dětem demonstrovány i na živých psech.

Nácvik protektivních (ochranných) poloh při rizikových situacích se psem.

- Děti se v závěru programu naučily dvě polohy, které mohou pomoci zmírnit riziko napadení a útoku psa.
- Jednalo se o „polohu želvy“ a „polohu stromu“.

Benefity programu

- *prostupnost preventivní aktivity s mechanismem školní výuky*(díky níž lze předat základy a pravidla zodpovědného přístupu ke psům co největšímu počtu dětí)
- *interaktivní (zážitková) podoba programu* (umožňuje dětem vyzkoušet potenciální rizikové situace bezpečným způsobem skrze vlastní zážitek)
- *okamžitá zpětná reakce zvířete*(významně dokresluje modelové situace)
- *okamžitá zpětná vazba*(vysvětlení chyb v chování dítěte při kontaktu se psem odborníkem)
- *rozmanitost modelových situací*

Reference programu v praxi

Současná podoba programu se setkává s velmi pozitivním ohlasem dětí, rodičů i pedagogů. Kladné ohlasy s sebou přináší narůst poptávky z řad dalších vzdělávacích zařízení. Interaktivního edukačně preventivního programu se dosud zúčastnilo:

- r. 2010 - 786 dětí
- r. 2011 - 524 dětí
- r. 2012 - 357 dětí
- r. 2013 - 55 dětí
- r. 2014 - 238 dětí (do 30. 6. 2014)

Celkem **1960 žáků prvního stupně základních škol** v Jihočeském kraji.

Preventivní program probíhá nadále jako jednorázová aktivita na základních školách, pobytových (táborech, rekondičních pobytech) i zážitkových akcích pro děti v Jihočeském kraji. Metodická náplň a inovace programu zůstává zcela v kompetenci odborníků Výcvikového canisterapeutického sdružení Hafík, aby byla zachována profesionalita a odborný rozvoj aktivity. Díky úspěšnosti praktické podoby programu ve vzdělávacích zařízeních, mohl v roce 2011 vzniknout I metodický materiál - pracovní sešit, který slouží žákům jako didaktický materiál a zdroj vizuálně zpracovaných informací pro potřebné připomenutí a upevnění znalostí o zásadách a pravidlech bezpečného kontaktu se psy.

Pracovní sešit je primárně určen dětským čtenářům. Proto také jazyk v něm použitý odpovídá rozumovým schopnostem dětí v období prvního stupně základní školy. Pro lepší demonstraci a větší názornost je sešit proveden v obrazovém zpracování, doplněném jen krátkými a výstižnými větami. Materiál zprostředkovává dětem informace o psovi, jako partnerovi, který jasně sděluje své pocity a nálady při nevhodném přístupu.

Úvodní část sešitu obsahuje seznam základních pravidel bezpečného kontaktu dítěte se psem. Jednotlivá pravidla jsou pak na dalších stranách materiálu detailněji popsána. Samotný text i ilustrace seznamují děti se základními principy bezpečného kontaktu se psem, vycházejíc z bazální etologie psa a etologických východisek humánně animálních vztahů.

Z hlediska názornosti je materiál zpracován v souladu s teorií etapového vytváření rozumových operací. Děti mají příležitost pracovat se skutečnými situacemi, a tak si vytvářet konkrétní a reálné představy. Je nezbytné zdůraznit, že právě názornost determinovaná specifiky daného věku dětí a povahou zprostředkovaného učiva, je v procesu edukace významná. Obsah

textu naplňuje jednotlivé funkce názornosti, motivace, vzdělávání, formuluje i racionalizuje, čímž zefektivňuje edukační proces.

Obsah i zpracování materiálu respektuje i zásadu systematičnosti. Vychází z reálných praktických zkušeností, pracuje s názorností a motivuje dítě k dialogu s průvodcem sešitu „psem Hafíkem“. Čtení materiálu tak pro dítě vyznívá jako rozhovor, čímž samotné edukační působení nabývá osobnější charakter a udržuje pozornost.

Materiál působí na osobnost dítěte komplexně. Stimuluje nejen kognitivní procesy, ale rozvíjí jej i v rovině empatie, zodpovědnosti, pozitivního vztahu k živým tvorům či pochopení pečovatelských rolí.

Pracovní sešit zahrnuje:

- 30 základních pravidel zodpovědného přístupu ke psům
- 14 potenciálně nejrizikovějších situací při kontaktu dítěte se psem ve vizuální podobě
- 8 komunikačních signálů řeči těla psa (pozitivní x negativní)
- vysvětlení protektivních poloh (želva, strom)
- kvíz pro zpětnou kontrolu získaných znalostí



I když je pracovní sešit primárně určen dětem, využít jej mohou i dospělí. Minimálně k poskytnutí bazálních údajů o vzorcích chování psa a bezpečném přístupu k němu. Sešit je upotřebitelný jak k individuální, tak skupinové práci s dětmi (Chlopčíková, Eisertová, 2011).

ZÁVĚR

Interaktivní – edukačně preventivní program i pracovní sešitbyly vytvořeny s cílem, přiblížit dětem srozumitelnou formou potenciálně nebezpečné situace i rizikové chování při kontaktu se psem vlastním, známým i cizím. Oba koncepty mají pozitivní efekt při zkvalitňování znalostí dětské populace o pravidlech bezpečného přístupu ke psům. Kvalita znalostí žáků po zhlédnutí preventivního programu je prokazatelně rozdílná. Interaktivní vzdělávací modul dokazuje nezaměnitelný vliv na chování cílové populace. Zejména kontaktní podoba s přítomností psa zanechává v dětech nenahraditelné zážitky, díky nimž dochází ke zkvalitnění vědomostí i pozitivní změně přístupu dětí ke psům (Chlopčíková, Cimlová, Bicková 2013).

I přesto si autorky programu plně uvědomují, že hlavním nástrojem prevence při kontaktu dětí se psy musí vždy zůstat striktní dohled dospělých. Jak uvedl profesor Matějček: „Po celou dobu soužití se psem se děti učí od dospělých jejich postojům a vztahu ke zvířeti.“ Je proto nezbytné, aby si především dospělí uvědomili svou zodpovědnost při výchově a vedení potomků k pozitivnímu vztahu k živým tvorům (Matějček, 2005).

Literatura

1. AOVZ – Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (2010). Vzdělávací program pro žáky ZŠ – Výchova k zodpovědnému vztahu ke zvířatům. [online] [cit. 2010-15-10]. Dostupné z: <http://www.aovz.cz>
2. Děťství bez úrazů (2006) Metodika k prevenci dětských úrazů [online] [cit. 2014-07-05]. Dostupné z: http://detstvibezurazu.cz/wpcontent/uploads/2014/04/DBU_prevence_urazu.pdf.
3. *Dog Gone Safe* (2011). *Dog bite prevention thought education*. [online] [cit. 2011-10-05]. Dostupné z: <http://www.doggonesafe.com>
4. Duperrex O, Blackhall K, Burri M, Jeannot E (2009). Education of children and adolescents for prevention of dog bite injuries. The Cochrane Database of Systematic Reviews [online] [cit. 2010-01-05]. Dostupné z: <http://mrw.interscience.wiley.com>.
5. Fossati R (2004). Dogsteach and children learn in two elementary schools. People and Animals: A timeless Relationship: 10th International conference on Human-Animal interactions IAHAIO 6th–9th October, 2004 Glasgow, p. 87.
6. Freeman M (2007). Terminologie v zooterapii. In: Velemínský M et al. Zooterapie ve světle objektivních poznatků. 1. vyd. České Budějovice: Nakl. Dona, s. r. o., s. 30–37. ISBN 978-80-7322-109-6.
7. Gilchrist, J. et al. (2008) Dog bites: still a problem? Injury Prevention. 2008. Vol.14, p. 296-301.
8. Galajdová L, Galajdová Z. (2011) Canisterapie – Pes lékařem lidské duše. 1.vyd. Praha: Portál, 2011. 168s. ISBN 978-80-7367-879-1
9. Hanuš R, Chytilová L (2009) Žážitkově pedagogické učení. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2009. 192s. ISBN 978-80-247-2816-2
10. Chlopčíková M (2010). Závěrečná zpráva projektu MZČR: Dítě a pes – Jak žít společně bezpečně? České Budějovice: Ústav sociální práce – Centrum zoorehabilitací, Zdravotně sociální fakulta.
11. Chlopčíková M, Eisertová J (2011) Dítě a pes – Jak žít společně bezpečně! Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 41s., ISBN 978-80-7294-289-2
12. Chlopčíková M, Cimlová L, Bicková J (2013). Současný stav preventivních aktivit v problematice úrazů způsobených psem u dětské populace v České republice. Prevence úrazů, otrav a násilí. 2013. vol.1, p. 59-65.
13. Jalongo R M (2008) Beyond a pet theme: teaching young children to interact safely with dogs. *Early childhood educational journal*. Vol. 36, p. 39-45.
14. Kasíková H (2010). Kooperativní učení, kooperativní škola. 2. vyd. Praha: Portál, 152 s. ISBN 978-80-7367-712-1.
15. Keuster DT, Cock DI, Moons PH (2005) Dog bites prevention – How a Blue Dog can help? [online] [cit. 2010-10-01]. Dostupné z: <http://www.fecava.org/files/ejcap/272.pdf>.
16. Matějček Z (2005). Prvních šest let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa, základní duševní potřeby dítěte, dítě a lidský svět. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 182 s. ISBN 80-247-0870-1
17. Modrý pes (2008). Česká asociace veterinárních lékařů malých zvířat. [online] [cit. 2010-20-10]. Dostupné z: <http://www.modry-pes.cz/modry-pes.htm>
18. Muller O (2005) Terapie ve speciální pedagogice. 2005. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1075-3.
19. Petrů G, Karásková V (2008) Edukační aspekty canisterapie. 2008 [online] [cit. 2012-10] Dostupné z WWW: http://www.ftk.upol.cz/_katedry/petru_karaskova.doc.

20. Safety Around Dogs (2011). [online] [cit. 2011-8-10]. Dostupné z: <http://www.safetyarrounddogs.org>
21. Velemínský a kol. (2007) Zooterapie ve světle objektivních poznatků. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 2007. 335s. ISBN 978-80-7322-109-6
22. Wilson F, Dwyer F, Bennett PC (2003). Prevention of Dog Bites: Evaluation of a Brief Educational Intervention Program For Preschool Children. *Journal of Community Psychology*. 31: 75–86. ISSN 1520-6629.

Kontakt:

Mgr. Marie Chlopčíková, Tyršova 52/254, 751 24 Přerov – Předmostí, ČR
E-mail: marie.chlopcikova@seznam.cz

**"PREVENCE A DIAGNOSTIKA KARCINOMU PROSTATY
V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE"**

**CARCINOMA OF PROSTATE FROM THE GENERAL PRACTITIONER
POINT OF VIEW**

Marcel Nesvadba

Ordinace praktického lékaře, Turnov

Abstrakt:

Péče o tyto pacienty patří do ordinace urologů, ale základní znalost etiopatogeneze, diagnostiky a léčby by měla usnadnit praktickému lékaři péči o tyto pacienty a vést k další spolupráci s odborným lékařem.

Klíčová slova: *prostata, karcinom prostaty, PSA, vyšetření per rektum.*

Absract

The care for patients with Carcinoma of prostate is in the hands of the urologists but the essential knowledge of the etiopathogenesis, diagnostics and treatment can be useful for every General Practitioners and lead to other cooperation with the specialists.

Keywords: *prostate, carcinoma of prostate, PSA, Digital Rectal Examination*

**ZÁKLADNÍ KLINICKOPATOLOGICKÉ ÚDAJE O KARCINOMU
PROSTATY**

Zcela bez diskuse patří karcinom prostaty (CaP) v našich zeměpisných šířkách k velmi častým onemocněním. (CaP) je velmi vzácný ve věku do 40 let, poté jeho incidence zvolna vzrůstá. Pro Spojené Státy Americké se odhaduje prevalence přes 30% u mužů nad 50 let věku. Pro Českou Republiku nebyla podobná studie dosud zpracována. V současné době probíhají diskuse o možném zavedení screeningu (CaP). Je poměrně velký rozpor mezi nálezy tzv.

latentních (CaP) při pitvách a výskytem nádorů s klinickou symptomatologií. Prevalence v pitevním materiálu dosahuje až 80% u mužů v 9. dekadě (Souverein, et al, 2003).

Udává se, že pro růst prostatické tkáně je nutná stimulace testosteronem a dihydrotestosteronem. Tyto hormony jsou rovněž nutné pro vznik buněk (CaP). Etiologické faktory vedoucí ke vzniku (CaP) jsou velmi podrobně analyzovány. Jejich rozbor však překračuje rozsah tohoto článku.

Klinické příznaky (CaP) nejsou nikterak specifické, většina případů je klinicky němá. Pokud se příznaky vyskytují, ve své podstatě odpovídají příznakům benigní hyperplazie prostaty (BHP), která za těmito projevy často stojí. Udávány jsou epizody hematurie, bolest v pánevní krajině či rektální obstrukce. Samozřejmě, častým příznakem je retence moči.

Dále bývá (CaP) diagnostikován při vyšetřování pacientů s metastázou neznámého tumoru, při rektoskopickém vyšetřování, apod. Velká část případů bývá dnes zachycena pomocí sledování hladin PSA (prostatický specifický antigen).

Velmi vzácně se může (CaP) projevit paraneoplastickým syndromem, jako např. Cushingovým syndromem při ektopické tvorbě kortikoidů, apod. Nejčastějším typem karcinomu, který je schopen produkovat hormony je malobuněčný karcinom (Holtwick et al., 2003).

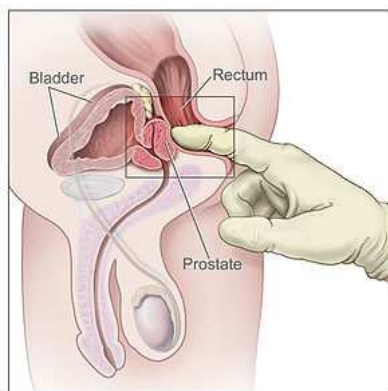
Histologický vzhled (CaP) se liší podle stupňů Gleasonova skóre (GS). Obecně platí, že (CaP) je tvořen malými nahloučenými žlázkami, které jsou relativně uniformní. Vždy je nutné věnovat pozornost žlázkám, které se výrazně liší od svého okolí. Někdy vytváří glomeruloidní struktury. Karcinomy prostaty (CaP) většinou vznikají z buněk acinů (acinární karcinom, 95% všech karcinomů) a z buněk vývodů (duktální karcinom). Rozeznáváme tyto typy karcinomů: 1) *Acinární karcinom* prostaty, který vzniká ze sekrečních buněk prostatických acinů obsahujících PSA a prostatickou kyselou fosfatázu. 2) *Duktální (endometroidní) karcinom*, který byl původně považován za tumor vznikající z müllerových zbytků v oblasti prostatického utrikulu. 3) *Malobuněčný nediferencovaný karcinom*, který má identickou strukturu jako malobuněčné karcinomy v jiných lokalizacích. 4) *Mucinózní adenokarcinom*, kde se podaří asi u zhruba 25% objemu nádoru prokázat hlenovou substanci. 5) *Sarkomatoidní karcinom*, což je vysoce maligní vřetenobuněčný nádor (Gleason 5). 6) *Intraduktální karcinomy* z přechodního epitelu, většinou z přechodního epitelu prostatické části uretry. 7) *Karcinosarkom* je vysoce maligní nádor (Gleason 5) tvořený žlázkovou komponentou promísenou se strukturami maligních mezenchymových nádorů. 8) *Karcinomy podobné lymfoepiteliomu*, což jsou zcela raritní nádory a za 9) *Bazaloidní karcinom*, který může napodobovat bazocelulární karcinom kůže. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat okolí prostatické intraepiteliální neoplazie (PIN). Existuje předpoklad, že se buňky prostaty po hormonální stimulaci (která však může vedle prostého zvýšení hladin testosteronu být způsobena poklesem estrogenů a vzestup testosteronu je tak relativní) diferencují do benigní hyperplazie prostaty (BHP) nebo do CaP. Jisté je, že část diferenciace je společná a že existují přechodné formy obou onemocnění. Tyto formy jsou buď zcela benigní (atypická adenomatozní hyperplazie, prostatická intraepiteliální neoplazie I. stupně), nebo potenciálně maligní (prostatická intraepiteliální neoplazie II. a III. stupně) (Caine, 1986).

Není zcela jasné, zda neuvedené struktury diferencují v CaP, či zda jsou průvodním histologickým nálezem již existujícího, dosud nediagnostikovaného karcinomu. CaP roste v heterogenní buněčné populaci, která zahrnuje buněčné klonů citlivé i rezistentní k androgenům (testosteronu), výskyt estrogenů jejich růst inhibuje. Dalším faktorem je i přítomnost zánětů, kdy ve více než 80 procentech nacházíme v resekátech prostaty kulatobuněčnou infiltraci. PSA je pak markerem zánětu a nikoliv maligního bujení. Interpretace hodnot PSA je stále diskutovanou otázkou a PSA nelze použít jako izolovaný marker CaP. PSA je v dnešní době ve světové literatuře nejčastěji skloňovaný marker ve vztahu k CaP. Za normálních okolností je hladina celkového PSA v séru pod 4 ng/ml a je během 24 hodin stálá. Zvýšenou hladinu celkového PSA

v séru můžeme pozorovat u CaP, avšak i u jiných onemocnění např. u zánětu prostaty, při akutní retenci, po masáži prostaty nebo po biopsii prostaty. V současnosti je považována sérová hladina PSA za nejlepší marker v diagnostice časných, a tedy i kurabilních, stadií adenokarcinomu prostaty. Bylo jednoznačně prokázáno, že hladina PSA pozitivně koreluje s velikostí (objemem) prostaty a že sérové koncentrace PSA pozitivně korelují s věkem nemocných a proto bylo navrženo, aby horní hranice PSA byla vždy vztahována k věku vyšetřovaného pacienta. Oesterling navrhnul v roce 1993 kritéria podle kterých je mezní limit pro nemocné ve věku 40-49 let 3,0 ng/ml, v 50-59 letech 4,1 ng/ml, v 60-69 letech 5,6 ng/ml a u 70-79 letých 7,6 ng/ml. Diagnostiku je vždy nutno postavit na vyšetření per rectum (DRE) a transrektální sonografii (TRUS). Biopsie je nezbytnou podmínkou diagnostiky (Gopalan et al., 2003).

Obvyklé terapeutické postupy užívané v terapii CaP vedou i k eliminaci BHP-hormonální manipulace, radioterapie případně radikální prostatektomie (RAPE). Dosud neběžně užívanou metodou je brachyterapie prostaty, jejíž efektivita je pravděpodobně srovnatelná s RAPE (Višňovský a Veselský, 1998).

DIAGNOSTIKA



Obr. 1: Vyšetření per rectum. Převzato z: Veselský et al (2002)

Obligatoční stagingová vyšetření

- per rectum (DRE, digital rectal examination)
- hladiny PSA (prostatického specifického antigenu)
- transrektální sonografie (TRUS) s biopsií prostaty 6-8-14 vzorků
- CT vyšet. pánve - N-staging
- možno vynechat u pacientů, kde je nízké riziko N+ (méně než 10%)
 - PSA méně než 20 ng/ml
 - u stadií T2b nebo méně
 - GS= 6 či méně

scintigrafie skeletu (vzdálené metastázy jsou málo pravděpodobné u PSA do 10 ng/ml) dle indikace NCCN nutné provést

- T1-klinicky inaparentní tumor a PSA ≥ 20 ng/ml
- T1a-incidentální tumor histologicky přítomný v méně než 5% resekované tkáni
- T1b-incidentální tumor histologicky přítomný ve více než 5% resekované tkáni

- T1c-tumor zjištěný jehlovou biopsií (elevace PSA)
- T2-tumor ohraničený na žlázu a PSA ≥ 10 ng/ml
- T2a – tumor zaujímá polovinu laloku nebo méně
- T2b-tumor zaujímá více než polovinu laloku, ale ne oba
- T2c-tumor zaujímá oba laloky
- T3-tumor penetruje prostatické pouzdro
- T3a-tumor penetruje prostatické pouzdro unilaterálně
- T3b-tumor penetruje prostatické pouzdro bilaterálně
- T3c-tumor penetruje do semenných váčků
- GS ≥ 8
- T4-tumor je fixová a prorůstá do okolních tkání
- T4a-tumor prorůstá do: hrdla moč. měchýře, zevního svěrače nebo rekta
- T4b-tumor prorůstá do levátorů nebo je fixován v pánvi
- klinika + RTG plic, UZ jater.

Fakultativní stagingová vyšetření

- MR pánve a prostaty, hladina alkalické fosfatázy, testosteronu.

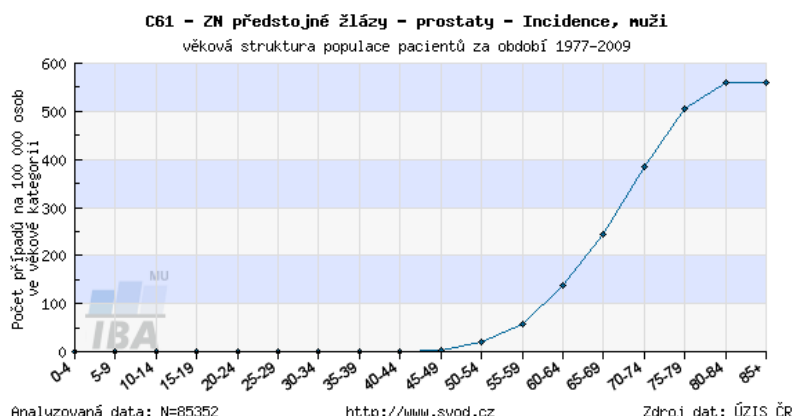
Prevence

- primární prevence
 - o inhibitory 5 α - reduktázy se nedoporučují (zvýšení počtu agresivnějších nádorů)
 - o lykopen
- sekundární prevence
 - o Všichni muži nad čtyřicet let, u jejichž příbuzných v přímé linii, tedy u bratra nebo otce, případně i strýce, se karcinom prostaty vyskytl, by měli po čtyřicátém roku svého věku navštívit urologa, který zajistí preventivní vyšetření.
 - o Totéž by měli udělat i ostatní muži, pokud ale nemají pozitivní rodinnou anamnézu, stačí, když k tomu přistoupí po padesátém roce věku.

Prognóza

Pětileté přežití v ČR

- všechna stadia 74,9%
- 1+2.kl. stadium 97,6%
- 3. stadium 80,8%
- 4. stadium 37,0%



Obr. 2: Věk pacientů. Převzato z: ÚZIS ČR (2009)

Gleasonovo skóre

Podle stupně diferenciace nádoru se stanovuje stupeň 1-5. Gleasonovo skóre (GS) je potom součtem dvou nejvíce zastoupených stupňů a nabývá hodnot 2-10

2-4 dobře diferencovaný karcinom

5-6 středně diferencovaný karcinom,

7 středně špatně diferencovaný karcinom ... špatná prognóza

8-10 špatně diferencovaný karcinom.



Obr. 3: Gleasonscale Převzato z: Kirby et al. (1996)

Chirurgická léčba CaP

Chirurgickou léčbou CaP rozumíme radikální prostatektomii (RAPE) v případě lokalizovaného onemocnění a transuretrální resekci prostaty (TURP) v případě nutnosti pouhého desobstrukčního výkonu.

RAPE je odstranění celé žlázy obsahující lokalizovaný CaP, včetně jejího pouzdra (kapsuly), semenných váčků a části chámovodu. V zásadě jsou k RAPE indikovány jen nádory ohraničené na samotnou prostatu, které nevrůstají do prostatického pouzdra - tedy stadia T1 a,b,c a T2 a,b,c, NO, MO, které jsou z hlediska nositele signifikantní.

Na transuretrální resekci prostaty (TURP) pro CaP je nutno v současné době pohlížet jen jako na čistě paliativní řešení. Paliativní TURP indikujeme u nemocných s výraznou obstrukcí

nebo iritativní symptomatologií dolních močových cest způsobenou pokročilým CaP nebo jeho komplikacemi (cystolitíázou, hematurií aj.) (Marks, 1995).

Dispenzarizace

Po radikální lokální léčbě DRE a PSA (fakultativně fyzikální vyšetření) každé 3 měsíce první 2 roky, každých 6 měsíců 3. až 5. rok, potom 1x ročně.

1. návštěva do 1 měsíce po ukončení radioterapie

ZÁVĚR

CaP je onemocnění, které je možno bez nadsázky označit za onkologické onemocnění č. 1 v globální mužské populaci konce 20. a počátku 21. století. Jeho prevalence v mužské polovině lidstva dnes neustále stoupá. Mortalita na CaP zůstává naštěstí na relativně nízké úrovni ve srovnání např. s malobuněčným karcinomem plic nebo karcinomem prsu u žen. Je to dáno především faktem, že CaP postihuje především starší jedince v 6. a vyšší dekádě života, kteří mají zpravidla i další systémová onemocnění – především kardiovaskulární. Proto každý praktický lékař, který se denně setkává ve své ordinaci s muži různého věku by měl důsledně dodržovat při pravidelných preventivních prohlídkách vyšetření hladiny PSA u mužů starších 40 let, základní vyšetření močového sedimentu, případně ultrazvuk ledvin a v případě patologických hodnot tyto pacienty odesílat na specializované urologické pracoviště. Stejně tak i v případech různých mikčních obtíží pacienta, kdy se může jednat a často i jedná o nezhoubné zvětšení prostaty (BHP) ale subjektivní obtíže pacienta by neměly být v žádném případě opomíjeny.

Literatura

1. Marks, S.: Prostate and Cancer: A Family Guide to Diagnosis, Treatment and Survival. Fisher Books, Tuscon 1995, 342.
2. Caine, M. (1986): The present role of alpha adrenergic blockers in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *J. Urol.*, 136: 1-4.
3. Souverein PC, Erkens JA, de la Rosette JJ, Leufkens HG, Herings RM. Drug Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia and Hospital Admission for BPH – Related Surgery. *Eur Urol*, 2003; 43 (5): 528-534.
4. Verner P. Benigní hyperpazie prostaty, diferenciální diagnóza, farmakoterapie, chyby a omyly. Edice Farmakoterapie pro praxi. Praha: Jessenius Maxdorf, 2005.
5. Višňovský P, Veselský Z. Farmakologické aspekty konzervativní léčby benigní

Kontaktná afresa autora:

MUDr. Marcel Nesvadba, MBA
ordinace praktického lékaře
28. října 1827
511 01 Turnov, ČR
e-mail: marcel.nesvadba@centrum.cz

TENKOHLOVÁ ASPIRAČNÁ BIOPSIA PRSNÍKA – MODERNÉ KLINICKÉ A CYTOMORFOLOGICKÉ POZNATKY

FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF THE BREAST – MODERN CLINICAL AND CYTOMORPHOLOGICAL KNOWLEDGE

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

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

³ Úrad verejného zdravotníctva SR, Bratislava

⁴ Gynekologicko-pôrodné oddelenie, Ľubovnianska nemocnica, Stará Ľubovňa

Abstrakt

V rámci nehmateľných mamograficky evidentných a hmatateľných prsníkových lézií metóda a vyhodnotenie tenkohlovej aspiračnej biopsie (fine – needle aspiration biopsy, FNA) má svoje popredné postavenie. Umožňuje rýchlu, presnú a lacnú diagnostiku. Má vysokú senzitivitu, špecifickosť a efektívnosť. Falošná negativita výsledkov v rámci FNA sa pohybuje od 1% až 31% s 10 % odchýlkou. Falošná pozitivita v rámci FNA sa odhaduje približne na 4%. Z hľadiska cytomorfolologickej diagnostiky najviac falošne negatívne karcinómy sú lobulárny karcinóm, tubulárny karcinóm, mucinózny karcinóm, papilárny karcinóm.

Kľúčové slová: mamografia, tenkohlová aspiračná biopsia, senzitivita, špecifita

Abstract

Fine-needle aspiration biopsy (FNA) is in forefront within mammographically evident impalpable and palpable mammary lesions. It enables quick, exact and cheap diagnostics. Its sensitivity, specificity and effectiveness are very high. False negativity of clinical outcomes within FNA is about 1% to 31% with 10% tolerance. False positivity within FNA is estimated to be about 4% . In term of cytomorphological diagnostics, the most of false negative carcinomas are : lobular carcinoma, tubular carcinoma, mucoid carcinoma and papillary carcinoma.

Keywords: mammography, fine-needle aspiration biopsy, sensitivity, specificity.

Úvod

Histomorfologická diagnostika v posledných 100 rokoch sa čoraz viac koncentruje na diagnostiku tkanív, vzoriek získaných počas chirurgických zákrokov a rôznych iných inštrumentálnych vyšetrení, ktoré sú diagnostické alebo zároveň aj terapeutické.

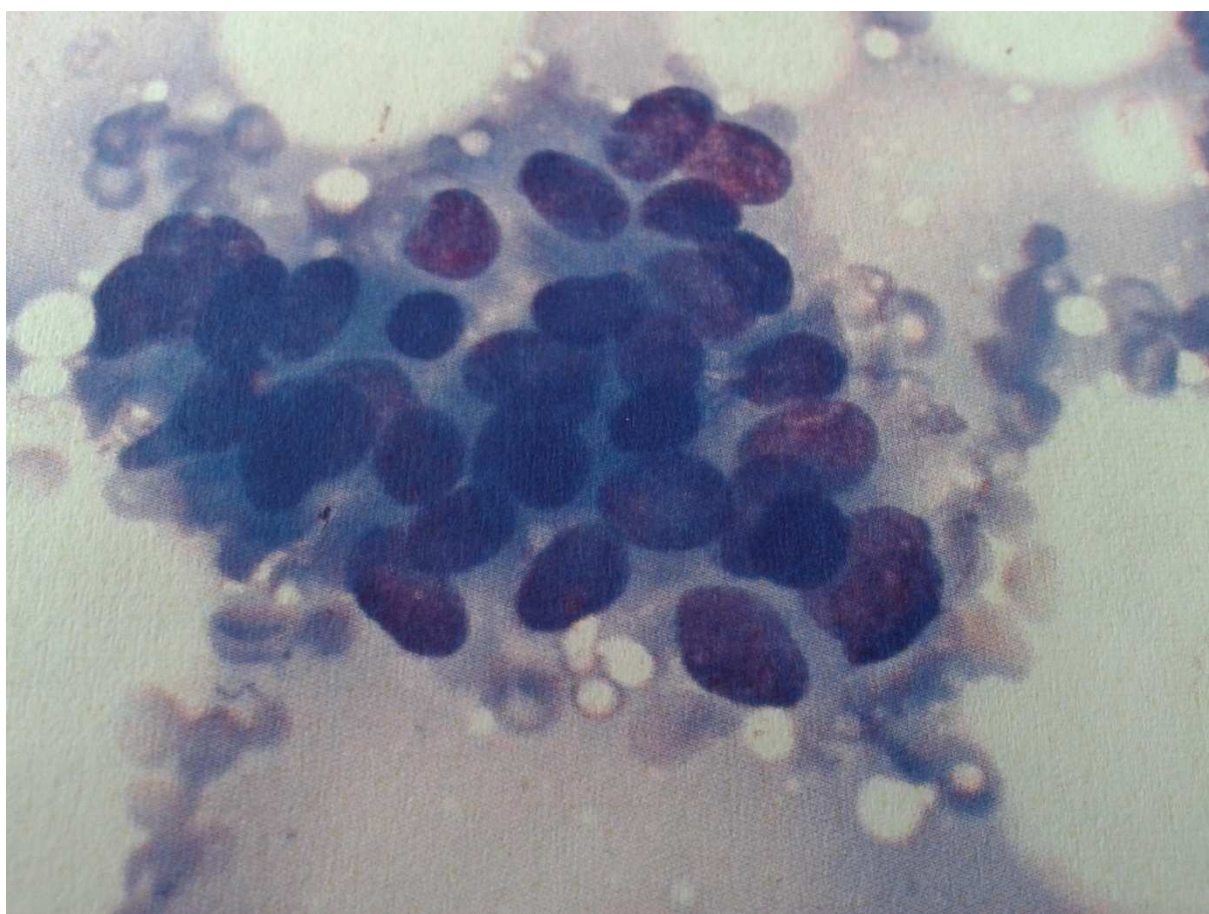
Napriek tomuto získavanie a vyšetrenie buniek tumorov bolo oveľa skôr známejšie, napr. v roku 1912 WARD (punkcia lymfatických uzlín v rámci diagnostiky lymfoblastómov), GUTHRIE v roku 1928 (punkcia lymfatickej uzliny v rámci diagnostiky M.Hodgkin).

V roku 1930 MARTIN, ELLIS, STEWART v Memorial Hospital New York vykonali tenkohlovú aspiračnú biopsiu (Fine – Needle Aspiration biopsy, FNA) hlavne prsníka, s ktorou získavali cytologický materiál na cytologické hodnotenie, ktoré potom slúžilo na stanovenie diagnózy.

Treba hneď na začiatku rozlišovať tzv. Core Needle Biopsy (CNB) – tenkoihlová biopsia, s ktorou sa získavajú fragmenty tkaniva, ktoré sa môžu histomorfologicky, histochemicky, imunohistochemicky a hlavne geneticky vyšetriť. CNB vyšetrenie je oveľa presnejším, s malým výskytom falošne negatívnych výsledkov a preto v dnešnej dobe prevláda nad cytologickými vyšetreniami prsníka.

Indikácie a výhody tenkoihlovej aspiračnej biopsie (FNA)

1. Všetky nehmatateľné mamograficky evidentné prsníkové lézie a hmatateľné prsníkové lézie.
2. FNA poskytuje rýchlu, presnú a lacnú diagnostiku.
3. Efektívne triedi pacientky v rámci prsníkových lézií a umožňuje ďalší manažment, keď je podozrenie na malignitu.
4. Umožňuje diferenciálnu diagnostiku cysty od solídneho tumoru.
5. Psychologický efekt pre pacientky s benígnymi prsníkovými léziami.

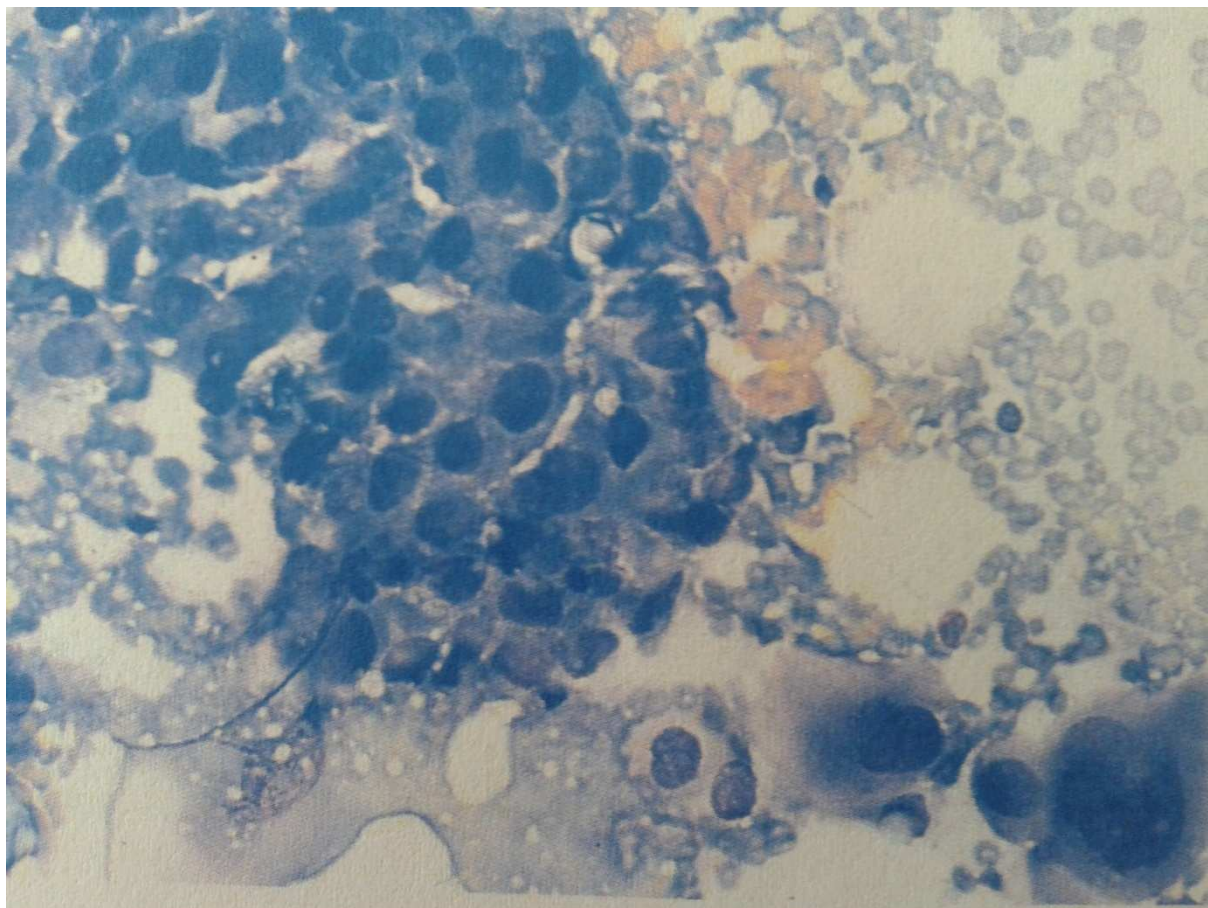


Obr. 1 Giemsa, 20x, Anizokaryóza v rámci atypickej duktálnej hyperplázie.

Falošná negativita a falošná pozitivita v rámci FNA

FNA ako aj všetky laboratórne vyšetrovacie metódy sú charakterizované senzitivitou (citlivosťou), špecifickosťou, efektívnosťou (účinnosťou). Senzitivita (citlivosť) FNA je 87%, špecifickosť 98-100% a efektívnosť (účinnosť): 89-99%. Falošná negativita výsledkov v rámci FNA sa udáva od 1% až 31% s 10 % odchýlkou. Je spôsobená prevažne neskúsenosťou v rámci odberu, technickými chybami, falošnou negativitou výsledkov pri léziách menších ako 1,0 cm: 6-24%, falošnou negativitou výsledkov pri léziách väčších ako 4,0 cm, ktorá je spôsobená

nekrózami, cystickou degeneráciou, krvácaním tumoru. Falošne negatívne karcinómy sú heterológne organoidné tumory prevažne s rozsiahlou fibrotizáciou alebo s tvorbou extracelulárneho matrixu, ktoré majú za následok znížený počet malígnych buniek alebo prítomnosť malígnych buniek s minimálnymi atypiami. Sem patria hlavne lobulárny karcinóm, tubulárny karcinóm, mucinózny karcinóm, papilárny karcinóm. Falošná pozitivita v rámci FNA v literatúre sa odhaduje približne na 4%, ktorá súvisí s interpretačnými chybami cytomorfológického obrazu. Všeobecne sa odporúča prísne dodržiavanie cytologických kritérií malignity.



Obr. 2 Giemsa, 20x Anizokaryóza v rámci duktálneho karcinómu in situ.

Troj krokový (triple) diagnostický postup

V dnešnej dobe, aby sa predišlo falošne negatívnym alebo falošne pozitívnym výsledkom cytomorfológického zhodnotenia resp. pre zvýšenie presnosti diagnostiky karcinómu prsníka sa odporúča tzv. trojkrokový (triple) diagnostický postup:

1. Klinické vyšetrenie
2. Mamografia
3. FNA

S týmto trojkrokovým diagnostickým postupom (klinika, mamografia, FNA) sa zvyšuje diagnostická senzitivita a špecificita až na 99%. Ďalej len menej ako v 2% sa nájde karcinóm, keď všetky tri parametre interpretujú benígnu léziu,

- keď klinické vyšetrenie a mamografia sú negatívne a FNA podozrivá z malignity, tak pravdepodobnosť malignity sa zvyšuje na 16%,

- pri benígnej cytologickej diagnóze a suspektnom klinickom vyšetrení a suspektnej mamografii pravdepodobnosť malignity sa zvyšuje až na 36%.

Limitácia FNA

1. Technické problémy: limitovaná celularita, excesívne vysušanie punktátu, arteficiálne mechanické poškodenia - vedú falošne negatívnym alebo falošne pozitívnym výsledkom.
2. Veľmi ťažké cytomorfológické až nemožné rozlíšenie atypickej duktálnej hyperplázie od low grade duktálneho karcinómu in situ (DCIS – low grade).
3. Veľmi ťažké cytomorfológické až nemožné rozlíšenie high grade duktálneho karcinómu in situ (DCIS – high grade) od invazívneho karcinómu.
4. Neschopnosť jednoznačne diagnostikovať karcinómy prsníka s nízkou malignitou ako tubulárny karcinóm, invazívny lobulárny karcinóm, ďalej jednoznačne diagnostikovať papilárne a fibroepiteliálne lézie, ďalej diferencovať primárne karcinómy od metastáz.
5. Falošne pozitívne diagnózy pri benígnych reaktívnych zmenách, zápalových zmenách prsníka, pri metaplastických léziách prsníka.

Adekvátny FNA aspirát

Neadekvátne aspiráty je aspirát bez epitelových buniek. Podľa MD Anderson Cancer Center Groups adekvátnym aspirátom je: 4 – 6 dobre vizualizovaných skupín epitelových buniek najmenej so 6 bunkami a viac ako 10 epitelových buniek na plochu vzorky.

Záver

V posledných 10 – 15 rokoch nepalpovateľné lézie prsníka sa diagnostikujú metódou tenkoihlovej biopsie (CNB), úpadok FNA je viac než citeľná napriek tomu, že aj CNB má svoje limitácie, napr.: ťažká diferenciálna diagnostika atypickej duktálnej hyperplázie (ADH) od DCIS bez komedo nekroz (non-comedo typ DCIS), diferenciálna diagnostika papilárnych lézií, diferenciálna diagnostika fibroadenómu od phyllodes tumoru s nízkym malígnym potenciálom. Mnohé štúdie potvrdili, že FNA a CNB sú takmer rovnako senzitívne pre diagnostiku prsníkových lézií ale multiinštitucionálne štúdie dokázali zvýšenú falošnú negativitu v rámci FNA vyšetrení oproti CNB, čo pravdepodobne z dlhodobého hľadiska v budúcnosti bude posledným klincom pre FNA oproti CNB. V dnešnej dobe sa odporúča použitie FNA pre nasledovné lézie: fibrocystické lézie, fibroadenóm, subareolárny absces, absces prsníka, laktačný adenóm, lokálne pokročilé a/alebo inoperabilné karcinómy prsníka, lokálne recidívy karcinómu prsníka alebo metastáz.

Literatúra

- [1] Sneige N, Singletary SE. Fine-needle aspiration of the breast: diagnostic problems and approaches to surgical management. *Pathol Ann (Part I)* 1994;29:281–301.
- [2] Levine P, Simsir A, Cangiarella J. Management issues in breast lesions diagnosed by fine-needle aspiration and percutaneous core breast biopsy. *American Journal of Clinical Pathology*, 2006;125: S124–S134.
- [3] Abele J, Kline T, Silverman JF, et al. What constitutes adequate sampling of breast lesions that appear benign by clinical and mammographic criteria? *Diagnostic Cytopathology* 1995;13:473–485.
- [4] Katz RL. A turning point in breast cancer cytology reporting: moving from callowness to maturity. *Acta Cytologica* 1994;38:881–883.
- [5] Leifland K, Lagerstedt U, Svane G. Comparison of needle biopsy in 522 non-palpable breast lesions. *Acta Radiologica* 2003; 44:387–391.

[6] Marluce Bibbo, David Wilbur, Comprehensive Cytopathology, 3rd Edition, Saunders, 2009, 25:713 – 717, ISBN: 978-1-4160-4208-2

Kontaktná adresa:

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

CYTOMORFOLÓGIA FIBROADENÓMU A PAPILÓMU PRSNÍKA

CYTOMORPHOLOGY OF FIBROADENOMA AND PAPILLOMA OF THE BREAST

Biró Cs.^{1,2} Galbavý A.³ Chaba P.⁴

¹ Ústav laboratórných vyšetrovacích metód VŠ ZaSP sv. Alžbety, Bratislava,

² Ústav patológie Slovenskej zdravotníckej univerzity a Onkologického ústavu sv. Alžbety,
Bratislava ³ Úrad verejného zdravotníctva SR, Bratislava

⁴ Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, Ľubovnianska nemocnica, Stará Ľubovňa

Abstrakt

Fibroadenóm je benígnym bifázickým tumorom prsníka, etiologicky ide o hyperpláziu normálnej lobulárnej komponenty. Fibroadenóm sa najčastejšie diagnostikuje palpačne, prevažne je solitárnou léziou, len zriedka sa vyskytuje viacpočetne. V nátere bunky fibroadenómu sú pravidelné, bez atypií, nevykazujú cytomorfologické znaky dysplastických zmien. Papilárne lézie sa môžu vyskytovať v subareolárnej oblasti v segmentálnom vývode ako solitárna lézia a označuje sa ako centrálny papilóm alebo v oblasti terminálnych dukto lobulárnych jednotiek (terminal ductal lobular unit, TDLU) a vtedy sa označujú ako periférne papilómy (mikroskopické papilómy), ktoré sa často vyskytujú mnohopočetne. Označovať tieto lézie termínom „papilomatóza“ sa neodporúča.

Kľúčové slová: fibroadenóm, papilóm, TDLU, papilomatóza

Abstract

Fibroadenoma is benign biphasic tumour of the breast, etiologically it is hyperplasia of a normal cellular component. Fibroadenoma is usually diagnosed by palpation - it commonly occurs as a solitary lesion and rarely it occurs multiple. In the smear of a cell of fibroadenoma the lesions are regular without atypia and they do not show cytomorphological signs of dysplastic changes. Papillary lesions might also be in the subareolar area of segmental duct, so they are solitary lesions termed central papilloma or in the area terminal ductal lobular unit (TDLU) they are termed peripheral papillomas (microscopic papillomas), which often occur multiple. It is not recommended to term such lesions as papillomatosis.

Key words: *fibroadenoma, papilloma, TDLU, papillomatosis.*

Úvod

Fibroadenóm patrí do skupiny heterogénnych bifázických lézií prsníka, pri ktorom sa kombinuje epiteliálna komponenta s mezenchymálnou (stromálnou) komponentou. Má sa za to, že ide o hyperpláziu normálnej lobulárnej komponenty. Fibroadenóm je najčastejšie sa vyskytujúcou léziou, hlavne u žien medzi 20 a 35 rokom života, prevažne sa diagnostikuje palpačne, v čase diagnostiky nie je väčšia ako 4,0 cm, v 80% sa vyskytuje solitárne, v 20% je prítomných viac ložísk. Papilárne tumory všeobecne sú epiteliálne proliferácie s- alebo bez myoepitelových buniek nasadajúce na fibrovaskulárnu strómu. Môžu byť v segmentálnych vývodoch tzv. centrálné papilómy, najčastejšie v subareolárnej oblasti alebo v oblasti terminálnych dukto lobulárnych jednotiek (terminal ductal lobular unit, TDLU) tzv. periférne papilómy (mikroskopické papilómy), ktoré sa vyskytujú prevažne mnohopočetne. Termín „papilomatóza“ sa neodporúča používať v súvislosti s touto léziou. Mala by sa používať len v rámci typickej duktálnej hyperplázie.

Cytomorfologická charakteristika fibroadenómu

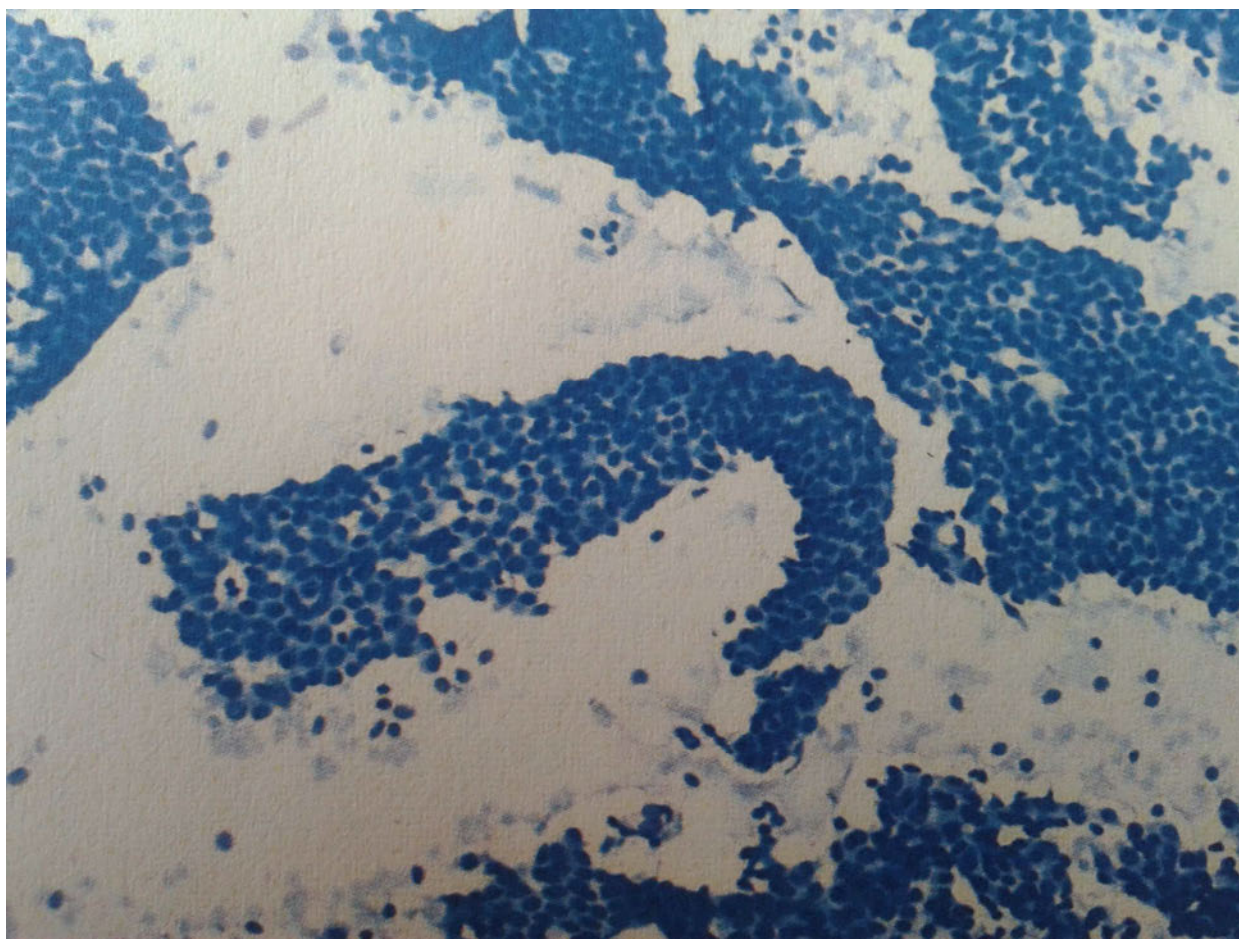
Tenкоиhlovou aspiračnou biopsiou (FNA) sa prevažne získava náter so strednou až vysokou celularitou s prítomnosťou relatívne veľkých skupín kohezívnych epitelových buniek, ktoré vykazujú rôzne pravidelné vetviace sa „parohovité, prstovité“ projekcie, s prítomnosťou početných bipolárnych (holých) myoepitelových buniek. Bunky sú pravidelné, bez atypií, nevykazujú cytomorfologické znaky dysplastických zmien. V nátere sú zachytené aj rôzne veľké stromálne fragmenty s myxoidnými zmenami, môžu byť prítomné penovité bunky, apokrinné bunky. Cytomorfologický obraz v typických prípadoch sa zhoduje aj s klinickým nálezom, v ktorom vždy ide o dobre ohraničené pohyblivé diskkrétne ložisko. V rámci diferenciálnej diagnostiky treba mať na zreteli hypercelularitu a možné atypie duktálnych buniek – potenciálna hrozba falošne pozitívnej diagnózy.

Diferenciálna diagnostika fibroadenómu

Fibroadenóm cytomorfologicky nie vždy sa dá rozlíšiť od fibrocystických lézií prsníka. Tubulárny adenóm je nerozlíšiteľný od fibroadenómu. Nie sú jednoznačné cytomorfologické rozdiely medzi fibroadenómom a phyllodes tumorom. Fibroadenóm s atypiou (po predchádzajúcej tenкоиhlovej aspiračnej biopsii, pod vplyvom hormonálnych alebo zápalových zmien, v rámci metaplastických zmien) cytologicky môže imitovať karcinóm.

Papilóm

Centrálny papilóm môže koexistovať s duktálnou komponentou. Keď je duktálna komponenta v prevahe a vykazuje vystupňovanú sklerózu strómy, tak sa používa termín sklerotizujúci papilóm (synonymum: duktálny adenóm). Povrchový epitel papilómu alebo papilómov môže vykazovať hyperpláziu, atypickú hyperpláziu alebo cytomorfologické zmeny typické pre duktálny karcinóm in situ (DCIS). Centrálny papilóm vo väčšine je solitárnou léziou, prevažne u žien medzi 50. – 60. rokom života. Periférne papilómy prevažne sú mnohopočetné, vyskytujú sa v mladších vekových kategóriách. Klinicky centrálny papilóm sa prejavuje seróznou – krvavou sekréciou z bradavky. Môže súvisieť aj s fibroadenómom.



Obr. 1. Giemsa, 10x, Fibroadenóm.

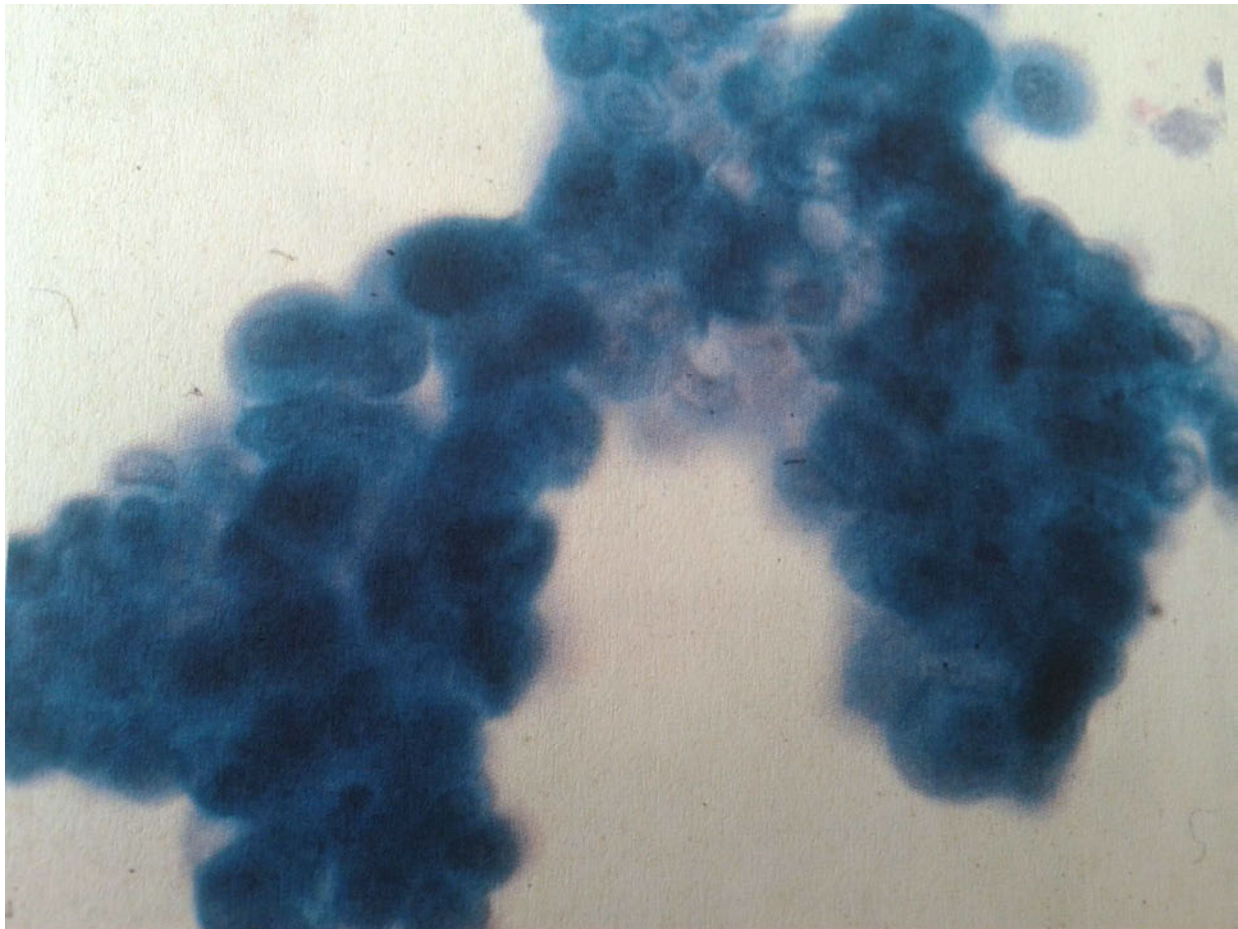
Cytomorfologický obraz papilómu

Tenкоиhlovou aspiračnou biopsiou (FNA) v nátere sú prítomné skupiny buniek v tvare tzv. „úzkyh listov“ resp. trojdimenzionálne skupiny buniek s hĺbkovou ostrosťou, prítomné sú relatívne hrubé fragmenty strómy s vretenovitými bunkami. Intraduktálne papilómy môžu infarcerovať s následnými reaktívnymi atypiami epitelových buniek – pozor na falošne pozitívnu diagnózu – tak isto veľké papilómy môžu podľahnúť regresívnym zmenám – infarktu, napr. počas laktácie, tehotnosti, traumy s následnými reaktívnymi atypiami epitelových buniek.

Diferenciálna diagnostika papilómu

Diferenciálna diagnostika oproti dobre diferencovanému papilárnemu karcinómu je veľmi ťažká, preto sa odporúča bioptické vyšetrenie po cytologickom diagnostikovaní papilómu.

Papilóm môže súvisieť s fibroadenómom. Prítomnosť stĺpcovitých buniek, fragmentov strómy, penovitých buniek favorizuje diagnózu papilómu. Prítomnosť početných bipolárnych buniek favorizuje diagnózu fibroadenómu.



Obr. 2. Giemsa, 40x, Papilóm.

Záver

Cytomorfologická diagnostika fibroadenómu a papilómu niekedy nie je jednoznačná. Obidve lézie môžu spolu koexistovať. Prevažne v typických léziách cytomorfologicky nenachádzame atypie alebo len mierne reaktívne atypie, cytomorfologicky významné dysplastické zmeny nie sú prítomné. V niektorých prípadoch, napríklad po predchádzajúcej tenkoihlovej aspiračnej biopsii, pod vplyvom rôznych hormonálnych alebo zápalových zmien, v rámci metaplastických zmien cytologicky sa môžu objaviť zmeny imitujúce atypie alebo dysplastické zmeny, ktoré môžu imitovať karcinóm. V takýchto prípadoch odporúčame cytomorfologické nálezy korelovať s klinikou, mamografickým obrazom. Po vyslovení diagnózy papilómu vždy odporučiť vykonanie tzv. Core Needle Biopsy (CNB) – tenkoihlovej biopsie alebo chirurgický odber tkaniva na bioptické vyšetrenie, ktoré môže presnejšie odhaliť podstatu prsníkovej lézie, hlavne vtedy keď sa pridružili zmeny evokujúce atypie alebo dysplastické zmeny.

Literatúra

- [1] Sneige N, Staerkel GA. Fine-needle aspiration cytology of ductal hyperplasia with and without atypia and ductal carcinoma in situ. Human Pathology, 1994;25:485–492.
- [2] Thomas PA, Raab SS, Cohen MB. Is the fine-needle aspiration biopsy diagnosis of proliferative breast disease feasible?. Diagnostic Cytopathology 1994;11:301–306.

- [3] Thomas PA, Cangiarella J, Raab SS, et al. Fine needle aspiration biopsy of proliferative breast disease. Human Pathology, 1995;6:130–136.
- [4] Chaiwun B, Sukharnwang N, Lekawanvijit S, et al. Atypical and suspicious categories in fine needle aspiration cytology of the breast: histological and mammographical correlation and clinical significance. Singapore Med J 2005;46:706–709.
- [5] Marluce Bibbo, David Wilbur, Comprehensive Cytopathology, 3rd Edition, Saunders, 2009, ISBN: 978-1-4160-4208-2

Kontaktná adresa:

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

HISTÓRIA A ZÁKLADNÉ POJMY PSYCHOSOMATIKY

HISTORY AND BASIS TERMS OF PSYCHOSOMATICS

¹Húšková, D., ²Čmelová, E. ³Moricová, Š., ¹Čmelo, J, ⁴Hradečná Z.

¹ Centrum neurooftalmológie, Bratislava

² Oddelenie klinickej genetiky, FN Bratislava

³ Klinika dlhodobých chorôb, SZU, Bratislava

⁴ Klinika detskej psychiatrie, DFN Bratislava

Abstrakt:

Cieľom tejto práce bolo zoskupiť informácie o histórii, východiskách a základných pojmoch psychosomatiky. Psychosomatika ako prístup k liečbe ako aj nový prístup medicíny sa dostáva čoraz viac do popredia záujmu. V Českej republike dokonca existuje už možnosť študovať psychosomatickú medicínu ako samostatný odbor.

Od dávnych čias sa myslitelia zaoberali myšlienkou prepojenia a vzájomného ovplyvňovania duše a tela. Celostný pohľad na ochorenie, čiže vnímanie vplyvov tela aj duše na ochorenie v mnohých prípadoch pomohlo k úspešnému liečeniu. Psychosomatika sa preto stáva cenným prístupom a zaslúži si pozornosť nielen ako filozofický pohľad, ale aj ako prístup v reálnej liečbe.

Kľúčové slová: psychosomatika, história psychosomatiky, východiská psychosomatiky, psychosomatické poruchy, stres

Abstract:

The aim of this study was to group information on the history , background and basic concepts Psychosomatics . Psychosomatics as access to treatment as well as a new approach of

medicine is getting increasingly to the fore . In the Czech Republic there is no longer even the possibility of studying psychosomatic medicine as a separate department .

Since ancient times, thinkers have dealt with the idea of interconnection and mutual influence of the soul and body . Holistic view of the disease , ie the perception of the effects of body and soul to the disease in many cases helped to successful treatment . Psychosomatics therefore becomes a valuable approach and deserves attention not only as a philosophical view , but also the access in real treatment .

Key words: *Psychosomatic, psychosomatic history, assumptions psychosomatic, psychosomatic disorders, stress.*

Úvod:

V dnešnej dobe existuje množstvo ochorení. Vďaka neustále sa vyvíjajúcim moderným technológiám aj v oblasti zdravotníctva vieme množstvo z nich diagnostikovať, liečiť a niektoré aj úplne vyliečiť. Avšak množstvo ochorení nevieme diagnostikovať, na mnoho z nich nepoznáme správnu liečbu. Z toho vyplýva, že mnohí ľudia trpia opakujúcimi sa ochoreniami, ktoré im minimálne zhoršujú kvalitu života, v najhoršom prípade spôsobujú smrť.

Zaujímavou sa stáva otázka, prečo sa niektorí ľudia vyliečia, a iní nie, pričom trpia tým istým ochorením. Ak by sme hľadali odpovede, mohli by sme diskutovať o nasledovnom. Niektorí chorí ľudia nenašli zdravotnícke zariadenie, ktoré by malo skúsenosti s ich typom ochorenia. Niektorí chorí ľudia nemali finančné prostriedky na liečbu a na všetky výdavky spojené s liečbou. Niektorí chorí ľudia nemali možnosť mať ochorenie v čase, keď sa spôsoby správnej diagnostiky a liečby objavili. Čoraz viac pútavé pre odbornú možno i laickú verejnosť sú prípady, kedy ľudia trpiaci akýmkoľvek ochorením majú všetky zo spomínaných možností, t.j. navštevujú správne zdravotnícke zariadenie, kde pracuje erudovaný tím lekárom s odbornosťou práve na daný typ ochorenia, majú finančné prostriedky na liečbu i na všetky výdavky spojené s liečbou, majú možnosť využiť všetky najnovšie metódy diagnostiky i liečby daného ochorenia a napriek tomu je liečba neúspešná.

V týchto prípadoch sa nám dostáva do popredia problematika nielen fyzických stránok ochorenia, ale aj psychického stavu pacienta, sociálneho (rodinného) prostredia pacienta a teda spojenia tela a duše. Psychosomatika sa týmto dostáva do popredia skúmania dnešnej doby.

Odborná téma:

História psychosomatiky

Chápanie človeka ako spojenie tela a duše je prítomné v našej histórii už od čias antiky. Ako uvádza Heretik [7], už Herakleitos popisuje vo svojich Fragmentoch prepojenie tela a duše. Ďalší z predstaviteľov dôležitosti psychosomatiky a psychoterapie je Platón. Ten hlásal, že je veľmi dôležité, aby sa lekári zaoberali nielen telom, ale aj dušou. A to z toho dôvodu, že starostlivosť o človeka sa má orientovať na celok.

V 17. Storočí je potrebné si všimnúť racionalistické pristupovanie Descarta. Jednou z jeho základných myšlienok je, že telo uvádza do pohybu duša a duša je pod vplyvom tela. V roku 1818 lekár J.Heinroth vo svojej knihe ako prvý použil slovo „psychosomatický“, resp. „psychicko-somatický“. Ideu spojenia tela a duše použil v súvislosti s poruchami spánku, o ktorých predpokladal, že sú zapríčinené istými duševnými stavmi a náladami. V období romantizmu bol ďalším významným lekárom G. Caruso. On sa domnieval, že nevedomie obsahuje somatické aj psychické pochody a je kľúčom k vedomému duševnému životu.

Veľmi významným predstaviteľom filozofie psychosomatiky je S. Freud. Rozpracováva problematiku konverzných príznakov, ktoré sú symbolickým vyjadrením intrapsychického konfliktu.

V 20. Storočí však odborná verejnosť nepriala problematike psychosomatiky. Medicína chápala duševné stavy ako dôsledok telesných zmien. Lekári ako F.Krauss a L.von Krehl zostali však aj naďalej verní myšlienke psychosomatizmu. F.Krauss liečil človeka ako celok a za dôležité považoval jedinečnosť chorého a význam jeho osudu pre chorobu. L.von Krehl nazval svoj prístup „antropologickou medicínou“. R. Siebeck považoval za nevyhnutné brať do úvahy neopakovateľné charakteristiky konkrétneho individua (podrobne zaznamenával životné udalosti pacientov, ktoré dával do súvislosti s telesnými ochoreniami). Je to základ jeho „biografickej medicíny“. V.von Weiszäcker skomponoval „ekvivalenčný prístup“, v ktorom prezentuje psychické procesy a poruchy ako neustále prebiehajúci dej prepojenia duševného v telesnom a telesného v duševnom. Dôraz kladie na vzťah lekár-pacient. T.von Uexküll vytvoril tzv. „situačný kruh“, v rámci ktorého zdravie nie je samozrejmé, ale musí byť znova a znova obnovované. Ak tento proces zaostáva, človek je chorý. G. Engel sa domnieva, že choroba je následkom nevyriešenej životnej situácie. Prejavuje sa to na jednej alebo viacerých úrovniach hierarchického systému (od intracelulárnej až k sociálne psychologickej) [7].

Východiská psychosomatiky

Pre lepšie priblíženie si myšlienky psychosomatiky by bolo vhodné spomenúť niektoré modely, či koncepcie, ktoré nám viac objasnia základnú tézu psychosomatiky a to vzťah tela a duše. Heretik [7] spomína nasledovné dôležité koncepcie:

1. Freudov model konverzie:

Konverzia je pojem vysvetlenia premeny duševných konfliktov na telesné fenomény. Vysvetľuje tým najmä ochorenia ako fyzicky neopodstatnené ochrnutia, hluchota či slepota. Človek má v sebe konflikt, riešenie tohto konfliktu vyvoláva silné napätie, pacient na nevedomej úrovni premení energiu vytesnenej predstavy, priania, predstavy na telesný symptóm. Tým konflikt udrží v dostatočnej vzdialenosti od vedomia [7].

2. Adlerov prístup k psychosomatickým ochoreniam:

Základom jeho chápania psychosomatiky je životný štýl jedinca. Aj ochorenie môže byť svojim spôsobom životným štýlom jedinca. Dôležité sú potom vzťahy a komunikácia medzi blízkymi. Ak je nejaký problém v tomto smere, zvyčajne príde telesné ochorenie [7].

3. Koncepcia F. Alexandra:

Sformuloval dva prístupy, ktoré môžu priblížiť psychodynamiku vzniku telesných symptómov, a to konverzné symptómy, ktoré podobne ako Freud považuje za symbolické vyjadrenie chronických, emocionálne zaťažujúcich konfliktov. A symptómy vegetatívnej neurózy, kedy pri chronicky potlačovanom emocionálnom napätí príde k narušeniu fungovania parasympatika a sympatika, čím sa výrazne naruší homeostáza. Vytvoril aj teóriu špecifity konfliktu (t.j. nedá sa predpokladať špecifická orgánová odpoveď na určitý emocionálny stav), ktorá sa však nepotvrdila [7].

4. Teória desomatizácie a resomatizácie:

Vytvoril ju M. Schur. Predpokladá, že každý človek v ranom detstve reaguje na somatickej úrovni. Postupne dozrievaním sa tieto reakcie menia zo somatických na spracovanie na psychickej úrovni. Ide o proces desomatizácie. Ak je konflikt veľmi silný,

napätie neúnosné môže sa tento proces zvrátiť a prísť k reakciám na úrovni somatickej. Tento proces sa nazýva resomatizácia [7].

5. Mitscherlichov koncept dvojfázového vytesnenia:

Okrem iného sa zaoberal aj chronickými psychosomatickými ochoreniami. Ich vznik popisuje teóriou dvojfázového vytesnenia. Princípom je, že v prvej fáze vytesnenia ide nasadenie psychickej obrany voči nadmernej záťaži, tá pravdepodobne povedie k neurotickej symptomatológii. Ak je to nad rámec síl Ja, nastúpi druhá fáza vytesnenia, kedy sa obrany presunú k vytvoreniu telesného symptómu. [7].

6. Model alexitýmie:

Vytvorili ho predstavitelia tzv. francúzskej psychosomatickej školy: Marty, deM'Uzan, David, Fain. Koncept tejto školy korešponduje s teóriou Nemiah a Sifneosa- pojmom „alexitýmie“. Predpokladali, že existuje špecifická osobnostná štruktúra psychosomatických pacientov, tí sa vyznačujú operacionálnym (automaticko-mechanistické) myslením, poruchami štruktúry Ja (nezrelé, rigidné, krehké obranné mechanizmy), psychosomatickou regresiou, zdvojenie (reduplikácia) (tendencia vnímať druhých ľudí stereotypne ako sebe podobných). Uvažovali o tzv. neprítomnosti „primárneho materinského nastavenia“. Ak je vzťah matka-dieťa narušený, brzdí sa vývin Ja a vytvára sa narušená štruktúra Ja [7].

7. Model stresu:

Azda najviac používaným a poznaným v oblasti psychosomatiky je model stresu. Pod pojmom stres môžeme rozumieť akúkoľvek životnú situáciu, ktorá je pre nás výnimočne zaťažujúca alebo povzbudzujúca. Hoffmann a Hochapfel [7] definujú stres ako nesúlad medzi vonkajším alebo vnútorným podnetom a možnosťami jeho normálneho spracovania. Rozlišujeme dva druhy stresu: eustres (príjemné stresové zážitky)- svadba, narodenie dieťaťa, povýšenie v práci a distres (nepříjemné stresové zážitky)- nadmerné pracovné zaťaženie, ochorenie, rozvod, strata zamestnania, smrť blízkeho. [4] Dalo by sa však povedať, že či už zažívame stres s pozitívnym alebo negatívnym nábojom, naše telo aj myseľ potrebuje veľa energie, aby sa s tým vedeli vyrovnáť.

Situácie, ktoré nejakým spôsobom zaťažujú náš organizmus, môžeme rozdeliť na fyziologické stresory (zvýšená teplota, baktérie, vírusy alebo choroboplodné zárodky) a psychologické stresory. Psychologické stresory skúmali bližšie Holmes a Rahe. Vytvorili zoznam životných udalostí [1], ktoré skúmané osoby označili ako veľmi zaťažujúce. Ku každej situácii priradili bodovú hodnotu- čím viac bodov, tým väčšie zaťaženie. Holmes a Rahe pokračovali vo výskume ďalej. Zistili, že ľudia, ktorí prežili behom 1 roka väčší počet zaťažujúcich situácií s vyšším bodovým ohodnotením (300 bodov/1 rok), v ďalšom období boli viac ohrození rôznymi psychosomatickými ochoreniami.

Výskum stresu rozbehol Cannon. Vytvoril tzv. koncept núdzovej reakcie. Znamená to, že každý človek reaguje na zaťažujúce situácie podľa hesla „boj alebo únik“ [7].

Stresom sa začal viac zaoberať aj Hans Selye. On skúmal priebeh fyziologického stresu. Pri experimentoch s krysami zistil, že stres má 3 základné fázy [7,1].

- I. Fáza pohotovosti- organizmus sa nabudí. Zapnú sa príslušné centrá v mozgu, ktoré spôsobujú zvýšenú činnosť sympatického nervového systému (srdce rýchlejšie bije, rozšíria sa nám zreničky, môžeme pociťovať nevoľnosť žalúdka, niektorí trpia nutkaním na močenie a podobne). Organizmus je takto naprogramovaný ešte z dávnych čias, kedy ľudský druh bol denne vystavovaný boji o živote. Organizmus je pripravený na „útok alebo útek“.

- II. Fáza rezistencie- organizmus odoláva stresorom. Vynakladá veľa energie na to, aby sa na stres adaptoval, čiže naučil sa s ním žiť, alebo ho prekonal. Ako dlho bude táto fáza trvať a ako veľmi ublíži organizmu, závisí od odolnosti organizmu a od sily stresoru (tému zaťažujúcich sa udalostí sa venoval Holmes a Rahe, viď článok Nemám čas!). Ak táto fáza trvá veľmi dlho, organizmus môže začať trpieť rôznymi ochoreniami- vredy žalúdka, vysoký krvný tlak, kardiovaskulárne ochorenia a pod. [11,12,13,14]. Alebo prechádza do tretej fázy:
- III. Fáza vyčerpania - organizmus podlieha stresoru. Spotrebovávajú sa všetka energia aj zo zásob, aktivuje sa parasympatický nervový systém (znižuje sa tlak krvi, znižujú sa zreničky, môže sa objaviť nechutenstvo) [15]. Príznaky sú podobné príznakom apatie, depresie, rezignácie a v extrémnych prípadoch i smrť.

Vo vnímaní stresujúcich podnetov ako aj v reakciách na stres je však značná interindividuálna variabilita [8]. Levi tak zaviedol pojem „psychosociálny stres“ (nemusí byť len samotná situácia zaťažujúca, ale treba prihliadať aj na celkový životný kontext jedinca) [7].

1. Koncepcia „giving up“ a „given up“:

Autori Engel a Schmaleh považovali tiež za dôležitú situáciu človeka, v rámci ktorej sa ochorenie objavilo. Depresia, zármutok, zúfalstvo, rezignácia sú pocity, ktoré viedli k zlyhaniu obranných mechanizmov- „giving up“. „Given up“ je fáza straty možnosti uspokojenia. Tento stav sa stáva trvalým. [7]

2. Koncept z hľadiska teórie učenia:

Predstavitelia teórie učenia vnímajú poruchy úzkosti ako naučenú emocionálnu reakciu. [7]

Základné pojmy psychosomatiky

V roku 1939 vychádza prvé číslo časopisu *Psychosomatic Medicine*, kde sa objavuje programové vyhlásenie psychosomatiky [2]:

Psychosomatika:

- Zaoberá sa psychologickým prístupom k medicíne a jednotlivým odvetviám;
- Zaujíma sa o vzťahy medzi emočným životom a telesnými pochodmi;
- tvrdí, že nie je „logického rozlíšenia“ medzi telom a dušou;
- Zameriava sa na zisťovanie korelácií psychologických a fyziologických procesov;
- predstavuje ako nový obor, tak súčasť každej lekárskej špecializácie.“ [2].

Křivohlavý [10] definuje psychosomatickú medicínu ako „vedný odbor, ktorý vznikol z poznania, že fyzické (telesné) choroby majú svoje emocionálne a psychické zložky (komponenty) a že psychologické a somatické faktory sú spolu v interakcii tam, kde vznikajú choroby“.

Na druhej strane autori psychosomatiku vymedzujú aj ako „samostatný klinický odbor a smer výskumu. Jeho jadrom je skúmanie a liečba vzájomného pôsobenia tela a duše pri určitých ochoreniach. V tomto zmysle tvorí psychosomatický pohľad na ochorenia a zodpovedajúca terapia samostatný lekársky odbor, ktorý sa praktizuje na príslušných oddeleniach nemocnice, na univerzitných klinikách i na špeciálnych psychosomatických klinikách“ [10].

Termín psychosomatika je zložený z dvoch gréckych slov „psyché“ – duša a „soma“ – telo, a teda vyjadruje interakciu, prepojenie duševného a telesného [10].

Psychosomatické poruchy majú spĺňať jeden alebo štyri z nasledovných atribútov [10]:

1. etiológiu, ktorá môže byť priamo spojená s predchádzajúcimi psychologickými udalosťami alebo charakteristikou chorého,
2. priebeh ochorenia je významne ovplyvnený psychologickými faktormi [6],
3. primárny symptóm, ktorý má priamy vzťah k jednému psychologickému faktoru,
4. príznaky, ktoré sú neprimerane intenzívne a manifestujú sa v somatickom kontexte.

Od doby interného lekára Franza Alexandra môžeme rozlišovať štyri hlavné skupiny psychosomatických chorôb rôznej závažnosti :

1. poruchy celkovej telesnej schémy (neorganické telesné symptómy bez funkčných alebo somatických príčin, viac menej nepovažované za chorobu),
2. funkčné poruchy (primárne neorganické poruchy považované za chorobu),
3. psychosomatické poruchy v užšom zmysle (organické choroby vyvolávané alebo posilňované psychosociálnymi faktormi),
4. somatopsychické choroby (organické ochorenie so psychosociálnymi následkami) [10].

Franz Alexander [2] uviedol aj vo svojom diele *Psychosomatické lékařství* popisuje tzv. „sväté sedmoro psychosomatických ochorení s údajne špecifickou psychodynamikou ochorenia: sú to peptický vred, astma bronchiale, vysoký krvný tlak [5], reumatická artritída, migréna, colitis ulcerosa (chronicko-zápalové črevné ochorenie) a neurodermitis (chronické ekzémy).

Podľa Balcaru [9] je východiskom súčasného psychosomatického prístupu v lekárstve to, že každá zdravotná porucha má svoju telesnú, duševnú aj spoločenskú stránku [3]. Preto je dôležitý biopsychosociálny prístup k povahe, priebehu ako aj k dôsledkom každého ochorenia.

Záver

Myšlienka prepojenia tela a duše existuje od dávnych čias antiky. Vzájomné prepojenie psychického a telesného, či v zmysle fungovania človeka alebo v zmysle ochorenia a liečby zaujímala ľudí vždy.

sa vytvárali rôzne teórie o vplyve tela na dušu a duše na telo. Veľa uznávaných filozofov a odborníkov z oblasti medicíny a psychológie sa tak snažili pochopiť ako to funguje, čo všetko sa pomocou tohto zistenia dá pochopiť. Preto vzniklo veľa modelov, koncepcií a teórií psychosomatiky. Z každej takejto teórie je možné vziať si niečo pre lepšiu náhľad na problematiku psychosomatiky.

Podstatné je uvedomiť si, že človek je organizmus komplexný. Je zložený zo živých buniek, ktoré môžeme skúmať pod mikroskopom, či voľným okom. Funguje vďaka dokonalým mechanizmom, ktoré nám dodnes nie sú ešte úplne známe. Ale okrem tohto medicínskeho (telesného) ponímania, nemôžeme vynechať ani ponímanie psychologického (duševného). [16,17] Pretože okrem toho, že vieme dýchať, vieme aj myslieť a cítiť. Neraz sa potvrdilo, že ak má človek psychickú podporu (či už svojim nastavením osobnosti, alebo možnosťou zdieľať všetko s blízkymi) vie lepšie odolávať ochoreniu a lepšie reagovať na liečbu. Preto myšlienka psychosomatiky a dôležitosť jej využívania v liečbe je veľmi prínosná.

Použitá literatúra:

1. Atkinson, R.L., a kol.: Psychologie. 2. Vyd. Praha: Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 4**

2. Barboříková, J.: Psychosomatika: Duše, telo a nemoc. (Bakalárska práca) Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne 2007. 45 s.
3. Čmelová, E., Machalová, S., Voštenáková, M.: Animoterapia ako alternatíva terapeutického ovplyvnenia u detí so zdravotným postihnutím. XXIII. Izakovičov Memoriál, Bratislava September 2012, s. 64.
4. Daniel, J., Popelková, M., a kol.: Prehľad všeobecnej psychológie. 1.vyd. Nitra: ENIGMA, 2003. 278 s. ISBN 80-89132-05-7
5. Dostálová K., Mistrík A., Štvrtinová V.: Národný program prevencie ochorení srdca a ciev a edukačný portál Cievny pacient, XVI. Slovenský kongres cievnej chirurgie s medzinárodnou účasťou, 29. marec- 1. apríl, 2012, Jasná - prednáška
6. Furdová, A., Oláh, Z.: Prežívanie pacientov s malígnym melanómom uvey. (Česk. a Slov. Oftalmol., 51 (5), 1995; s: 289-292
7. Heretik, A., a kol.: Klinická psychológia. 1.vyd. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s.r.o., 2007. 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8
8. Moricová Š., Dostálová K., Kováč A.: Role of Master of Public Health Advanced Program in acceleration of non-communicable diseases prevention in Slovakia, 13th Wold Congress on Public Health, 23. -27. apríl, 2012, Addis Ababa, Ethiopia – poster
9. Říčan, P., a kol.: Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8
10. Turčeková L.: Psychosomatika v dermatológii, PSYCHOSOM, 2012; 10 (2), s. 84-92 [online] 2012, [cit. 20.12.2013] Dostupné na : http://www.psychosom.cz/?page_id=2096
11. Dostálová K., Moricová Š., Štvrtinová V.: Risk communication in prevention of venous thrombosis in sportsmen, 13th Wold Congress on Public Health, 23.- 27. apríl, 2012, Addis Ababa, Ethiopia – poster
12. Moricová Š., Dostálová K., Kováč A.: Role of Master of Public Health Advanced Program in acceleration of non-communicable diseases prevention in Slovakia, 13th Wold Congress on Public Health, 23. -27. apríl, 2012, Addis Ababa, Ethiopia – poster
13. Šramka, M. Furdová, A., Ružička, J., Galbavý, Š.: Možnosti protónovej liečby nádorov mozgu a oka na Slovensku. Possibilities of proton treatment of brain and eye tumors in Slovakia. Supplementum Zdravotníctví a sociální práce, 7 (4), 2012, s. 110-111, ISSN 1336 - 9326
14. Furdová A.: Nádory oka a okolitých štruktúr. Brožúrka Ligy proti rakovine, 2011, 33s. ISBN 978-80-89201-53-2.
15. Vladárová, M.: Sociálne zabezpečenie seniorov. Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. 2006, Geriatria, s.60
16. Čmelo, J., a kol.: Endokrinná orbitopatia - epidemiologické súvislosti. In Česká a slovenská oftalmologie : časopis České oftalmologické společnosti a Slovenské oftalmologické společnosti. - Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně. ISSN 1211-9059, 2006, roč. 62, č. 6, s. 373-380.
17. Čmelo, J.: Za oponou neurooftalmológie. Neuro magazín - Bratislava, II/2, ISSN 1337-8767, 2009, s. 38-40.

Kontakt:

Mgr. Denisa Húšková, Palas-Eye s.r.o.

Centrum neurooftalmológie, Psychologická ambulancia

Škultétyho 1 Bratislava 831 03

e-mail: palas.eye@gmail.com

KOMPARÁCIA VYBRANÝCH ZDRAVOTNÝCH UKAZOVATEĽOV V SLOVENSKEJ A ČESKEJ REPUBLIKE

COMPARISON OF SELECTED HEALTH INDICATORS IN SLOVAKIA AND IN THE CZECH REPUBLIC

Gabrielová, J.

Katedra sociální práce, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Abstrakt:

Článok sa zaoberá komparáciou vybraných zdravotných ukazovateľov (subjektívne hodnotenie zdravia a prítomnosť dlhodobého ochorenia alebo dlhodobého zdravotného problému) v Slovenskej a Českej republike. Podkladom pre komparáciu boli výsledky Európskeho zisťovania o zdraví v Slovenskej republike a Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice.

Kľúčové slova: *zdravie, ukazovatele zdravia, Česká republika, Slovenská republika.*

Abstract:

The article addresses the comparison of selected health indicators (subjective assessment of health and longstanding illness or longstanding health problem) in Slovakia and the Czech Republic. Results of The European Health Interview Survey in the Slovak Republic and the Czech Republic were compared.

Key words: *health, health indicators, Czech Republic, Slovak Republic.*

ÚVOD

Tento článok prináša komparáciu vybraných aspektov zdravotných ukazovateľov v Slovenskej a Českej republike. Je výstupom z projektov, ktoré pomocou kvalitatívnych a kvantitatívnych metód zberu dát skúmajú sociálne determinanty zdravia a ich vplyv na zdravie imigrantov žijúcich v Českej republike. Jednou z imigrantských skupín zaradených do výskumu sú aj Slováci. Slováci sú druhou (po Ukrajincoch) najpočetnejšou skupinou cudzincov žijúcich v Českej republike. Počet Slovákov žijúcich v Českej republike k 31.12.2012 bol 85 807 [7]. Výskum vychádzal z desiatich determinánt zdravia podľa Wilkisona a Marmota [10], pričom viaceré otázky sa vzťahovali aj k ukazovateľom zdravia. Pre lepšie pochopenie výpovedí respondentov žijúcich v hostiteľskej krajine (v Českej republike), je potrebné mať informácie o stave ukazovateľov zdravia aj v krajine pôvodu (v Slovenskej republike). To, z akého prostredia imigranti prichádzajú, môže mať vplyv na to, ako hodnotia svoj aktuálny zdravotný stav v hostiteľskej krajine [1].

KONCEPT ZDRAVIA

Koncept zdravia, ako je definovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou, vychádza zo skutočnosti, že zdravie je nielen otázkou fyzického stavu jedinca, ale i jeho duševnej a sociálnej

pohody [9]. Táto definícia naznačuje, že zdravie nie je iba kategóriou medicínskou, ale aj sociálnou (spoločenskou).

Svetová zdravotnícka organizácia to zdôrazňuje aj v dokumente „Zdraví 2020“, kde je uvedené, že „zdravie je základnou spoločenskou i ekonomickou hodnotou. Dobrý zdravotný stav ľudí je prínosom pre všetky rezorty i celú spoločnosť. Dobré zdravie je nesmierne dôležité pre ekonomický a sociálny rozvoj spoločnosti a má zásadný význam ako pre život každého jednotlivca, tak i pre rodiny a všetky spoločenské skupiny. Zlý zdravotný stav plytvá ľudským potenciálom, vedie k stavom beznádeje [12] a odčerpáva verejné i súkromné finančné prostriedky. Keď umožníme ľuďom získať kontrolu nad svojím zdravím a nad jeho základnými determinantmi, prispejeme tým k zlepšeniu životnej situácie populačných skupín a kvality života ľudí“ [11, s. 13].

UKAZOVATELE ZDRAVIA

K hodnoteniu zdravia populácie sa používajú rôzne objektívne (chorobnosť, incidencia, prevalencia, úmrtnosť, smrteľnosť a pod.)[4] a subjektívne ukazovatele (subjektívne hodnotenie zdravia atď.). Vzhľadom na použitie výsledkov Európskeho zisťovania o zdraví (EHIS) [2, 3], vychádzame z rozdelenia zdravotných ukazovateľov podľa Európskeho spoločenstva. Zdravotné ukazovatele sa podľa obsahu a oblastí, ku ktorým sa vzťahujú, diferencujú do 5 tematických skupín:

1. Demografické a socioekonomické faktory – sem patrí 9 ukazovateľov, napríklad obyvateľstvo podľa pohlavia a veku, hrubá miera pôrodnosti, populačná projekcia a celková nezamestnanosť.
2. Zdravotný stav – skladá sa z 32 ukazovateľov, napríklad stredná dĺžka života, úmrtnosť podľa príčin, subjektívne hodnotenie zdravia, chronická (dlhotrvajúca) chorobnosť, duševná pohoda, zdravá dĺžka života a stredná dĺžka života prežitá v zdraví.
3. Zdravotné determinanty – tvorená zo 14 ukazovateľov, napríklad index telesnej hmotnosti, krvný tlak, užívanie nelegálnych drog, sociálna podpora, konzumácia/dostupnosť ovocia a zeleniny.
4. Zdravotnícke intervencie: zdravotné služby – patrí sem 29 ukazovateľov, napríklad screening rakoviny prs, časovanie prvých návštev v rámci prenatálnej starostlivosti u tehotných žien, mobilita zdravotníckych odborníkov.
5. Zdravotnícke intervencie: podpora zdravia – tvorená zo 4 ukazovateľov, napríklad politiky týkajúce sa zdravého životného štýlu, zdravej výživy [8].

V príspevku sa budeme zaoberať komparáciou vybraných ukazovateľov zdravotného stavu, a to konkrétne subjektívnym hodnotením zdravia a prítomnosťou dlhotrvajúceho ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému.

SUBJEKTÍVNE HODNOTENIE ZDRAVIA

Subjektívne hodnotenie zdravia, teda to, ako sa človek zdravotne cíti, má vo vzťahu k hodnoteniu zdravotného stavu špecifickú pozíciu. Ide totiž o skutočne subjektívne, vysoko individuálne posúdenie vlastného zdravia, ktoré je determinované nielen jeho zdravotným stavom, ale i celkovým prístupom k životu, emočným naladením a pod. [3].

Ako už bolo spomenuté, zdravie je možné sledovať z niekoľkých pohľadov. Pri jeho hodnotení je dôležité rozlišovať aj objektívnu, aj subjektívnu stránku, pričom to, ako sa človek cíti a ako svoj zdravotný stav subjektívne vníma má vplyv na kvalitu jeho života. Je tiež zrejmé, že subjektívne vnímanie je voväčšine prípadom odrazom reálneho zdravotného stavu [3].

**Vedecký časopis
ZDRAVOTNÍCTVO A SOCIÁLNA PRÁCA
ročník 9, 2014, číslo 4**

V zisťovaní EHIS 2008 a 2009 bolo subjektívne vnímanie zdravia sledované otázkou „Ako by ste celkovo zhodnotili Vaše zdravie?“ Respondent mohol odpovedať jednou z 5 ponúknutých odpovedí (tabuľka 1), pričom stredná kategória „ani dobré, ani zlé“ by mala byť chápaná skôr ako neutrálna.

Tabuľka 1 Komparácia 5- škálového subjektívneho hodnotenia zdravia

Hodnotenie zdravia	Slovenská republika		Česká republika	
	počet	%	počet	%
Veľmi dobré	1313	26,4	1021	26,7
Skôr dobré	1879	37,8	1578	41,3
Ani dobré, ani zlé	1173	23,6	911	23,8
Skôr zlé	448	9,0	269	7,0
Veľmi zlé	159	3,2	46	1,2
Spolu	4972	100	3825	100

Podľa odporúčania tímu Euro-REVES [6], ktorý vypracoval metodiku na meranie zdravotného stavu európskych populácií odpovede „veľmi dobré“ a „skôr dobré“ resp. „skôr zlé“ a „veľmi zlé“ sme zlúčili do odpovede „dobré zdravie“, resp. „zlé zdravie“ a odpovede „ani dobré ani zlé“ sa budú brať ako „priemerné zdravie“ (tabuľka 2).

Tabuľka 2 Komparácia 3-škálového subjektívneho hodnotenia zdravia

Hodnotenie zdravia	Slovenská republika		Česká republika	
	počet	%	počet	%
Dobré zdravie	3192	64,2	2599	68,0
Priemerné zdravie	1173	23,6	911	23,8
Zlé zdravie	607	12,2	315	8,2
Spolu	4972	100	3825	100

Na prvý pohľad je z tabuľky 2 jasné, že subjektívne hodnotenie zdravia v Slovenskej republike a v Českej republike sa výrazne nelíši. Rozdiel v subjektívnom hodnotení zdravia medzi Slovenskou a Českou republikou nebol potvrdený ako štatisticky významný.

PRÍTOMNOSŤ DLHOTRVAJÚCEHO OCHORENIA ALEBO DLHOTRVAJÚCEHO ZDRAVOTNÉHO PROBLÉMU

Chronické ochorenia sú charakterizované tým, že sú trvalého charakteru (trvajú viac ako 6 mesiacov) a vyžadujú lekárske ošetrovanie a starostlivosť. Sem patria aj sezónne ochorenia, ako aj ochorenia, ktoré sú udržiavané pod kontrolou liekmi a neprejavujú sa (liečený vysoký krvný tlak) [5]. V oblasti sexuálne prenosných chorôb ich incidencia stúpa z roka na rok v Českej aj Slovenskej republike aj napriek existencii programov zameraných na prevenciu [13, 14].

V zisťovaní EHIS 2008 a 2009 bola prítomnosť chronického ochorenia zisťovaná otázkou „Máte nejaké dlhotrvajúce alebo chronické ochorenie alebo dlhotrvajúci zdravotný problém?“

Tabuľka 3 Komparácia prítomnosti dlhotrvajúceho ochorenia
alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému

Dlhotrvajúce ochorenie	Slovenská republika		Česká republika	
	počet	%	počet	%
Áno	2844	57,2	1667	43,6
Nie	2128	42,8	2158	56,4
Spolu	4972	100	3825	100

Tabuľka 3 ukazuje, že výskyt dlhotrvajúceho ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému je vyšší u respondentov zo Slovenskej republiky. Na základe analýzy dát sa podarilo s viac než 95% spoľahlivosťou preukázať, že existuje štatisticky významný rozdiel medzi relatívnou početnosťou výskytu dlhotrvajúceho ochorenia v Slovenskej a Českej republike.

ZÁVER

Záverom možno konštatovať, že u jedného zosledovaných ukazovateľov zdravia (subjektívne hodnotenie zdravia) neboli zaznamenané štatisticky významné rozdiely v Slovenskej a Českej republike. U druhého ukazovateľa (prítomnosť dlhotrvajúceho ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému) bol štatisticky významný rozdiel preukázaný.

LITERATÚRA

- [1] BRABCOVÁ, I. Zdraví zdravotní stav a zdravotní potreby imigrantů v České republice. In: VACKOVÁ, J. a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton., 2012, s. 38- 62. ISBN 978-80-7387-514-5.
- [2] Európske zisťovanie o zdraví 2009 – EHIS 2009. Bratislava: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2011. 64 s. ISBN 978-80-89358-87-8.
- [3] Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice – EHIS 2008. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. 273 s. ISBN 978-80-7280-916-5.

- [4] KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-05.
- [5] MÉSZÁROS, J. Strednádlžka života v zdraví podľa EHIS 2009 [online]. Bratislava: Aktá, 2010. 34 s. [cit.2014–11–17]. Dostupné na: <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/sdzzdravi.pdf>
- [6] ROBINE, J. M., JAGGER, C., EGIDI, V. Selection of a Coherent Set of Health Indicators [online]. [cit.2014–11–17]. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/docs/userguide_en.pdf
- [7] SRB, J et al. Cizinci v České republice [online]. Praha: Český statistický úřad, 2013. [cit.2014–10–08]. Dostupné na: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/1414-13>
- [8] Ukazatele ECHI [online]. [cit. 2014–11–17]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/cz/echim/index.html>
- [9] WHO definition of Health [online]. 1948. [cit. 2014-08-08]. Dostupné na: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- [10] WILKINSON, R., MARMOT, M. *Social determinants of health: The solid facts* – 2nd Ed. Copenhagen: World Health Organization. 2003. 32 s.
- [11] *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014. 78 s. ISBN 978-80-85047-47-9.
- [12]. BÉREŠOVÁ A., ŠOLTÉSOVÁ V., Spôsobujú stresové situácie syndróm vyhorenia vo vybraných pomáhajúcich profesiách? In Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou Kvalita života a zdravia, Košice 24.-25. október 2008, ISBN 978-80-89271-65-8, s. 20
- [13]. HULÍNSKÝ, P., HAMPLOVÁ, L. Pohlavní choroby a prostituce v České republice In: *Zdravotnictví a sociální práce*. 2013, ročník 8, číslo 2, s. 8-14. ISSN 1336-9326.
- [14] MANIKOVÁ, K., BEŇO, P., HULÍNSKÝ, P., BENEDIKOVIČOVÁ, A.: Sexuálně přenosné ochorenia v Slovenskej republike. In: *Zdravotnictví a sociální práce*. 2014, ročník 9, číslo 3, s. 5-11. ISSN 1336-9326.

Tento článok vznikol v rámci projektu OP VK „Rozvoj postdoktorandských pozíc na JU“ (CZ.1.07/2.3.00/30.0049), spolufinancovaného Európskym sociálnym fondom a štátnym rozpočtom Českej republiky.

Výskum bol podporený účelovo viazanými prostriedkami Zdravotne sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pre rozvoj vedy a výskumu, číslo: SDZ2012_002.

Tento článok je tiež výstupom výskumného projektu COST IS1103 s názvom „Sociální determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví imigrantů žijících v České republice“

Kontaktná adresa:

Mgr. Jana Gabrielová, PhD.,
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce,
Jírovčova 1347/24,
370 04 České Budějovice, ČR
e-mail: jgabrielova@zsf.jcu.cz

RECENZIA

„UVEAL MALIGNANT MELANOMA AND STEREOTACTIC RADIOSURGERY“

Autori: Alena FURDOVÁ a Miron ŠRAMKA

Igor Šulla

Predložená vedecká monografia „*Uveal malignant melanoma and stereotactic radiosurgery*“ vypracovaná významnými slovenskými odborníkmi, a to oftalmologičkou, doc. MUDr. Alenou Furdovou, PhD a neurochirurgom, špecializujúcim sa na stereotaktickú rádiochirurgiu, prof. MUDr. Mironom Šramkom, DrSc, znamená významný prínos k diagnostike i liečbe intraokulárnych nádorov so zameraním na vnútroočné malígne melanómy. Problematika je mimoriadne aktuálna, keďže ochorenie je zaťažené vysokou morbiditou aj mortalitou, terapeutické možnosti boli prakticky až do začiatku 21. storočia obmedzené na enukleáciu oka, pričom ani tento mutilujúci výkon nezaručoval vyliečenie postihnutého. Práca prináša úplne nový pohľad na liečbu maligných vnútroočných neoplastických procesov pomocou presne cielenej rádioterapie, ktorej účinnosť sa pri malígnych melanómoch spochybňovala. Len s uznaním je možné hodnotiť iniciatívu autorov, keď použili metódu stereotaktickej rádiochirurgie (pomocou žiarenia produkovaného lineárnym akceleratorom - LINAC) pri tomto type nádoru lokalizovaného v očnej guľi a modernými štatistickými metódami dokázali jej účinnosť. Početnej skupine vlastných pacientov sa im tak podarilo zachovať oko a u niektorých, v závislosti od lokálneho nálezu, dokonca i zrak. Samotný spis predstavuje rozsiahle dielo opierajúce sa o bohaté skúsenosti autorov (o čom svedčí aj citovanie trinásť vlastných prác uverejnených na danú tému), ktorému medzinárodný rozmer pridáva skutočnosť, že je napísané v anglickom jazyku. Spracovaná téma je rozdelená do piatich kapitol s podkapitolami, práca je obohatená 70 kvalitnými farebnými a štyrmi čierno-bielymi obrázkami (z nich viaceré sú zložené z 2-4 podobrázkov), ôsmimi čierno-bielymi a tromi farebnými schémami, ôsmimi tabuľkami, tromi čierno-bielymi a šesťnástimi farebnými grafmi. Rukopis je vytlačený na 182 stranách, z čoho 160 predstavuje samotný vedecký text a zostávajúcich dvadsaťdva zaberajú bibliografické údaje 269 použitých literárnych prameňov. Citované práce prinášajú prehľad o riešenej problematike za časové obdobie ostatných 86 rokov, keď prvá bola uverejnená v roku 1928, 66 v rokoch 2005-2013, ďalšie 3 v priebehu roku 2014. Výsledky sú spracované pomocou vhodných štatistických metód, boli prezentované a podrobené kritickému posúdeniu na domácej i medzinárodnej úrovni.

Záverom by som chcel zdôrazniť, že predložená publikácia je významným príspevkom do medicínskej literatúry, keď formou vedeckej monografie informuje o doterajších poznatkoch a súčasne prináša aj nové pohľady na problematiku maligných vnútroočných melanómov.

Košice 29.09.2014

Kontaktná adresa:

prof. MUDr. Igor Šulla, DrSc.,
Neurobiologický ústav Slovenskej akadémie vied
ul. Šoltésovej č. 4, 040 01 Košice



Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity v Ostravě

nabízí možnost studia zcela nového navazujícího magisterského studijního oboru České republiky,

v prezenční a kombinované formě studia

KOORDINACE REHABILITACE A DLOUHODOBÉ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE.

Obor reaguje na intenzivní potřebu praxe – neoddělitelnosti, návaznosti, propojení koordinace zdravotnických, sociálních a dalších aktivit směřujících k řešení důsledků změn zdravotní kondice včetně prevence jejich vzniku a progresu.

Uzávěrka e-přihlášek: **28. 2. 2015**

Přijímací zkouška: duben 2015

Bližší informace: <http://fss.osu.cz>

Kontakt: iva.kuznikova@osu.cz