
O B S A H

Editorial



M. Šulcová, I. Čižnár, A. Egnerová, L. Hegyi:, R. Kováč,
I. Rovný, V. Šajter, Verejné zdravotníctvo - včera,
dnes a zajtra

Originálne práce:



I. Rovný:
Národný program podpory zdravia. Podpora zdravia
v 21. storočí



K. Tóth, P. Kováč:
Význam medicínskeho práva vo výučbe študentov
medicíny



J. Nováková, J. Hamade, Ľ. Ševčíková:
VI. Celoštátny prieskum telesného vývoja detí
a mládeže v SR v r. 2001

Prehľadné referáty



L. Hegyi, Z. Takáčová: Vývoj a utváranie verejného
zdravotníctva

Verejné zdravotníctvo včera, dnes a zajtra

M. Šulcová, A. Egnerová, R. Kováč, I. Rovný, I. Čižnár, V. Šajter, L. Hegyi

(Fakulta verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave,
dekan: prof. MUDr. Margaréta Šulcová, CSc.)

Termín „Public Health“, čiže verejné zdravie, sa začal používať v Anglicku okolo roku 1840 pre zdravotnícke zákonodárstvo a sanitárne opatrenia na podporu zdravia sociálne slabých vrstiev obyvateľstva. V roku 1848 prijali zákon o verejnom zdravotníctve, Public Health Act, a vytvorili centrálny zdravotný úrad, Public Health Officers. Úlohou úradu bolo starať sa výhradne o prevenciu a hygienu (1). V Nemecku sa v roku 1848 k tomuto pojmu priblížil Rudolf Virchow (1821-1902) svojou požiadavkou zriadiť ministerstvo zdravotníctva (Ministerium f. Öffentliche Gesundheitspflege). Virchow podčiarkol význam sociálnych reforiem pre zdravie obyvateľstva a povinnosť spoločnosti chrániť zdravie všetkých svojich členov (2).

V roku 1952 prijala komisia expertov WHO adaptovanú definíciu C.E.A. Winslowa z roku 1923: „Public Health je veda a umenie o prevencii chorôb, predlžovaní života, rozvoji telesného a duševného zdravia a o efektívnosti cestou organizovaného úsilia spoločnosti“. Súčasná definícia verejného zdravotníctva vychádza z definície, ktorú vypracovala Achesonova komisia pre otázky budúceho rozvoja verejného zdravotníctva v roku 1988 pre potreby Európskeho spoločenstva. Podľa Achesonovej komisie je verejné zdravotníctvo veda a umenie predchádzať chorobám, predlžovať život a posilovať zdravie prostredníctvom organizovaného úsilia spoločnosti.

V koncepcii verejného zdravotníctva pre SR (1997), ktorej návrh vypracovala Škola verejného zdravotníctva v Bratislave, sa píše: „Verejné zdravotníctvo je multidisciplinárny vedný odbor, zaoberajúci sa zdravím populácie a spôsobmi, ako predchádzať chorobám, predlžovať život a posilovať zdravie prostredníctvom organizovaného úsilia spoločnosti“ (3).

Najnovší návrh definície verejného zdravotníctva, ktorý je súčasťou návrhu novelizovanej koncepcie verejného zdravotníctva, predložili h. doc. MUDr. I. Rovný, PhD. so spolupracovníkmi. V návrhu sa hovorí: „Verejné zdravotníctvo je veda a umenie zlepšovať zdravie komunity s pomocou zdravotnej výchovy, podpory zdravia, výskumu a stratégií prevencie ochorení. Je to poznanie aplikácia multidisciplinárnych populačne založených metód výskumu, výučby, realizácie zahrňujúc rôzne akademické disciplíny. Je to veda a umenie predchádzať chorobám, predlžovať život a podporovať zdravie cestou organizovaného úsilia spoločnosti. Je to organizačný a riadiaci systém, ktorý sa snaží komplexne, konzistentne, kompetentne a efektívne o zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva pomocou podpory a rozvoja zdravia, ochranou zdravia a prevenciou pred ochoreniami“ (4).

Priority vo verejnom zdravotníctve v Európskej únii sa líšia podľa jednotlivých krajín.

Dve najčastejšie citované priority každej krajiny (5)

Krajina	Priority
Rakúsko	Podpora zdravia. Reorientácia na systémy zdravotnej starostlivosti.
Dánsko	Environmentálne zdravie. Tabak.

Fínsko	Ilegálne narkotické drogy. Požívanie alkoholu.
Francúzsko	Nárast nerovnosti v zdravotnom stave a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Zdravotné dôsledky environmentálnych poškodení.
Nemecko	Nerovnosť a zdravie. Starnutie a zdravie.
Grécko	Dopravné úrazy (a iné úrazy). Drogy.
Írsko	Fajčenie. Infekčné choroby.
Holandsko	Životný štýl, vrátane závislosti (drogy, tabak, alkohol). Chronické choroby (vrátane starnutia).
Portugalsko	Infekčné ochorenia. Závislosť.
Španielsko	Sociálna nerovnosť a zdravie. Kontrola tabaku, alkoholu a drog.
Švédsko	Nerovnosť v zdraví. Starostlivosť o starých ľudí.
Veľká Británia	Tabak. Nerovnosti.

Z uvedených priorít sa ako najčastejšie javia environmentálne zdravie, závislosti, chronické choroby, starostlivosť o starých ľudí, sociálna nerovnosť a zdravie. Isto by bolo zaujímavé porovnať s vyššie uvedenými údajmi priority novoprijatých krajín Európskej únie. K slovenským prioritám by určite patrili environmentálne zdravie, chronické choroby a závislosti. Transformácia slovenského zdravotníctva k nim postupne priraduje nárast nerovnosti v zdravotnom stave a dostupnosti zdravotnej starostlivosti (vid' Francúzsko).

Verejné zdravotníctvo je multidisciplinárny odbor a jeho štúdium musí preto zohľadňovať širokú škálu poznatkov z jednotlivých vedných disciplín. Z dnešného pohľadu sa nám predmet verejného zdravotníctva skladá z nasledovných:

Predmet verejného zdravotníctva

1. Bioštatistika	1.1. základy štatistiky 1.2. bioštatistika 1.3. demografia 1.4. zdravotnícka informatika
2. Epidemiológia	2.1. metodológia epidemiológie 2.2. epidemiológia infekčných ochorení 2.3. epidemiológia neinfekčných ochorení
3. Environmentálne zdravie	3.1. humánna ekológia 3.2. hygiena životného prostredia 3.3. hygiena výživy 3.4. hygiena detí a mládeže 3.5. zdravie pri práci 3.6. odhad rizika 3.7. ochrana pred žiarením 3.8. mikrobiológia 3.9. toxikológia

4. Zdravotná politika a riadenie	4.1. princípy manažmentu 4.2. riadenie zdravotníckeho zariadenia 4.3. ekonomika zdravia a zdravotníctva 4.4. zdravotná politika 4.5. legislatíva vo VZ 4.6. globálne(medzinárodné) problémy zdravia
5. Behaviorálne vedy	5.1. etika zdravia 5.2. sociológia zdravia 5.3. psychológia zdravia
6. Programy podpory zdravia a prevencie	6.1. princípy prevencie primárnej sekundárnej a terciárnej 6.2. onkoprevencia 6.3. prevencia kardiovaskulárnych ochorení 6.4. prevencia úrazov 6.5. prevencia infekčných chorôb 6.6. mentálne zdravie 6.7. dentálne zdravie 6.8. intervenčné programy 6.9. výchova k zdraviu a podpora zdravia
7. Špecifiká starostlivosti o zdravie vybraných populačných skupín	7.1. ženy 7.2. deti 7.3. vyššie vekové skupiny 7.4. etnické skupiny 7.5. nezamestnaní 7.6. vulnerabilné skupiny 7.7. komunitná medicína 7.8. zdravotná starostlivosť v mimoriadnych situáciách

Takýto pohľad na verejné zdravotníctvo nie je definitívny. Verejné zdravotníctvo je moderný a rýchlo sa vyvíjajúci vedný odbor. So zmenou životných podmienok sa mení i jeho zameranie a náplň. Dá sa teda očakávať, ako zmena priorit verejného zdravotníctva, tak i zmena vlastnej náplne odboru.

Literatúra

- SCHOTT, H. et al.: Kronika medicíny. Bratislava : Fortuna Print, 1994, 648 s. ISBN 80-7153-081-6
- MANN, G.: Rudolf Virchow. In: Klassiker der Medizin 2. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 203-215, ISBN 3 406 35537 4

3. Konceptia odboru verejného zdravotníctva. Vestník MZ SR, čiastka 12-13 zo dňa 2. septembra 1997
4. ROVNÝ, I.: Konceptia verejného zdravotníctva. Prednáška na seminári Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity: International Workshop Quality Improvement in Public Health Education, Bratislava, 13.-14. november 2003.
5. McKEE, M., WEIL, O.: A framework for identifying public health priorities. In: Priorities for Public Health Action in the European Union. (O. WEIL, M. McKEE, D. OBERLÉÉ-ed.). Employment&social affairs, 1999, s. 9-13, ISBN 2-911489-06-3

Adresa autora: Prof. MUDr.

M. Š. CSc

Fakulta

verejného zdravotníctva

SZU

Limbová

12, Bratislava

Súhrn

Termín „Public Health“, čiže verejné zdravie sa začal používať v Anglicku okolo roku 1840 pre zdravotnícke zákonodárstvo a sanitárne opatrenia na podporu zdravia sociálne slabých vrstiev obyvateľstva.

V roku 1952 prijala komisia expertov WHO adaptovanú definíciu C.E.A. Winslowa z roku 1923: „Public Health je veda a umenie o prevencii chorôb, predlžovaní života, rozvoji telesného a duševného zdravia a o efektívnosti cestou organizovaného úsilia spoločnosti“.

Základnou myšlienkou súčasného návrhu definície verejného zdravotníctva je, že „Verejné zdravotníctvo je veda a umenie zlepšovať zdravie komunity s pomocou zdravotnej výchovy, podpory zdravia, výskumu a stratégií prevencie ochorení“.

Priority vo verejnom zdravotníctve v Európskej únii sa líšia podľa jednotlivých krajín. K najčastejším patria environmentálne zdravie, závislosti, chronické choroby, starostlivosť o starých ľudí, sociálna nerovnosť a zdravie.

K prioritám verejného zdravotníctva v Slovenskej republike patria najmä environmentálne zdravie, chronické choroby a závislosti. Transformácia slovenského zdravotníctva k nim postupne priraduje nárast nerovnosti v zdravotnom stave a dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Z dnešného pohľadu sa nám predmet verejného zdravotníctva skladá najmä z nasledovných poznatkov z jednotlivých vedných disciplín: bioštatistika, epidemiológia, environmentálne zdravie, zdravotná politika a riadenie, behaviorálne vedy, programy podpory zdravia a prevencie a špecifiká starostlivosti o zdravie vybraných populačných skupín.

Kľúčové slová: verejné zdravotníctvo – definícia – priority – predmet verejného zdravotníctva

Národný program podpory zdravia

Podpora zdravia v 21.storočí

h. doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD., MPH
Hlavný hygienik SR,
Úrad verejného zdravotníctva SR

Analýza zdravotného stavu obyvateľstva preukázala zhoršenie zdravia v niektorých ukazovateľoch stavu zdravia. V porovnaní s 28 európskymi štátmi sa SR ocitla na predposledných miestach.

Na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, zabezpečenie prevencie a ochrany zdravia vypracovalo Ministerstvo zdravotníctva SR Národný program podpory zdravia (NPPZ), ktorý schválila vláda SR uznesením č. 659 zo dňa 19. novembra 1991 a následne SNR uznesením č. 245 zo dňa 30. januára 1992. Pri tvorbe NPPZ sa vychádzalo z analýzy zdravotného stavu obyvateľstva a dostupných údajov o faktoroch, ktoré ho podmieňujú, ako aj z programu Svetovej zdravotníckej organizácie "Zdravie pre všetkých do roku 2000".

Konfrontácia s každodennou praxou si však vynútila pripraviť aktualizáciu tohoto programu, ktorá bola prijatá v roku 1995. Princípy a ciele aktualizovaného programu sa stali základom pre praktickú realizáciu zámerov podpory zdravia obyvateľstva Slovenska. Hlavným cieľom tohto programu bolo do roku 2000 znížiť rozdiely v zdravotnom stave obyvateľov jednotlivých regiónov v SR o 25 %. Aktualizovaná verzia redukovala pôvodný rozsah NPPZ a sústredila pozornosť do šiestich kľúčových priorít, ktorými sú:

- zvýšenie pohybovej aktivity,
- ozdravenie výživy,
- podpora nefajčenia,
- prevencia drogových závislostí,
- výchova k partnerstvu, rodičovstvu a manželstvu a prevencia HIV/AIDS,
- znižovanie zvýšeného arteriálneho tlaku.

Stratégia implementácie týchto priorít NPPZ je založená na realizácii programov, projektov a úloh v komunitných celkoch.

Národný program podpory zdravia je preto koncipovaný ako mnohoozvetvový celospoločenský program, ktorý je súčasťou štátnej zdravotnej politiky. Jeho úlohy sa týkajú všetkých rezortov, odvetví hospodárskeho a spoločenského života i každého občana. Je prirodzené, že sa na ich realizácii podieľajú aj iné než zdravotnícke subjekty.

Súčasťou NPPZ sú i programy Svetovej zdravotníckej organizácie, ktoré zahŕňajú nasledujúce oblasti:

- Základným programom v NPPZ zameraným na mladú generáciu je program "Školy

podporujúce zdravie". Jeho cieľom je komplexne pôsobiť na mladú generáciu v snahe ovplyvniť správanie a vzťah k vlastnému zdraviu. Systematická podpora zdravia detí a mládeže a výchova ku zdravému spôsobu života je základom pre to, aby z mládeže vyrástla aj zdravá dospelá populácia.

- Zmena životného štýlu a zmena postojov obyvateľov k vlastnému zdraviu, vyhľadávanie skupín obyvateľov s vysokým rizikom kardiovaskulárnych a onkologických ochorení je cieľom programu Integrovanej intervencie proti neinfekčným ochoreniam - CINDI Slovensko. Hlavné úlohy a ciele programu CINDI sú dôsledne zakomponované do projektov a úloh riešených v regionálnych úradoch verejného zdravotníctva v SR. Odborní pracovníci v jednotlivých projektoch zabezpečujú praktickú realizáciu programu formou poradenských činností v Poradenských centrách podpory zdravia a zdravotnej výchovy pri regionálnych úradoch verejného zdravotníctva v SR.
- Združenie miest a obcí Slovenska sa zapojilo do realizácie NPPZ programom "Zdravé mestá". Odbornú pomoc poskytujú predovšetkým pracovníci Poradenských centier podpory zdravia a zdravotnej výchovy pri regionálnych úradoch verejného zdravotníctva v Slovenskej republike. Vytvorením Asociácie zdravých miest Slovenska sa zabezpečila výmena informácií medzi zapojenými mestami. V týchto mestách vznikajú Rady zdravia a Centrá podpory zdravia, ktoré zvyšujú právomoci a zodpovednosť obcí za zdravie svojich občanov. Projekt je prepojený na medzinárodnú sieť Zdravých miest.
- Cieľom programu "Zdravé pracoviská" je ovplyvňovať pracovné prostredie, pracovné podmienky a spôsob života pracovníkov tak, aby sa obmedzil výskyt chorôb z povolania a pracovných úrazov. Pri podpore tohoto projektu hrá dôležitú úlohu legislatíva. Sledovanie zdravotného stavu pracovníkov, monitorovanie expozície zdraviu škodlivými faktormi, realizujú odborníci z oblasti verejného zdravia.

V súlade s aktualizáciou NPPZ bolo vypracované aj organizačné zabezpečenie NPPZ (príloha č.1). Bola zriadená Koordinačná rada (KROPZ), ktorej základnou úlohou je pôsobiť na postupné zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva SR, na ktorý má vplyv nielen spôsob života ľudí, ale aj ich životné a pracovné prostredie.

Pracovným orgánom KROPZ je jej Sekretariát, ktorý je organizačne začlenený do Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky.

K pracovným orgánom KROPZ sa radia stále expertné skupiny a dočasné expertné skupiny.

V novembri 1999 vláda Slovenskej republiky schválila Národný program podpory zdravia - "Zdravie pre všetkých v 21. storočí". Tento program vychádza z politiky Zdravie pre všetkých - Svetovej zdravotníckej organizácie, zakotvenom v politike Zdravie 21 - zdravie pre Európsky región pre 21. storočie (21 cieľov - dokument EUR/RC 48/10). Plynulo nadväzuje na priority a programy Aktualizovaného Národného programu podpory zdravia z r. 1995.

Hlavným cieľom programu je za účasti všetkých priebežne zabezpečovať ochranu, posilňovanie a trvalé zlepšovanie zdravia obyvateľov Slovenskej republiky v období rokov 2000 - 2010. Základnými nástrojmi na dosiahnutie tohto cieľa sú:

- výkon,

- monitorovanie,
- hodnotenie procesu, dosiahnutých výsledkov,
- korekcia postupov a prostriedkov, príp. cieľov.

Program pre 21. storočie si zachováva multirezortnú zodpovednosť za zdravie, ktorá spočíva v spolupráci na všetkých úsekoch - pri politických, ekonomických, sociálnych, riadiacich i legislatívnych činnostiach a rozhodnutiach. Program a jeho priority sú stanovené tak, aby po organizačnej a výkonnej stránke mobilizovali celú spoločnosť k úsiliu za zdravie a to od jednotlivcov až po komunity, od vysoko špecializovaných pracovísk až po vládne organizácie, od materských škôl až po univerzity (príloha č.2).

Vychádzajúc z tohto obsahového zamerania sú v programe prijaté nasledovné priority:

- optimalizovať dopad riadenia na zdravie,
- rozvíjať ľudské zdroje pre zdravie,
- zabezpečiť zdravie rodiny,
- žiť zdravší, kvalitnejší život,
- odstrániť zdraviu škodlivé vplyvy,
- zapojiť zdravotníkov, najmä v primárnej zdravotnej starostlivosti a pokračovať v realizácii a rozvíjaní programov NPPZ.

Zámerom nášho príspevku je upriamiť pozornosť predovšetkým na prioritu NPPZ pre 21. storočie - Žiť zdravší a kvalitnejší život, ktorá akcentuje potrebu uplatňovania zásad zdravého životného štýlu v každodennom živote predovšetkým pravidelnou telesnou aktivitou. Kritériom dosiahnutia je - zvýšiť podiel obyvateľov venujúcich sa pohybovej aktivite. Význam pohybovej aktivity je zdôraznený v liečbe, ako aj v prevencii tzv. neinfekčných ochorení. Preto sa na zabezpečenie a rozvinutie pohybovej aktivity v rámci Národného programu podpory zdravia, ako jednej z priorít, prijali programy pohybovej aktivity, ktoré sa realizujú prostredníctvom SZO na Slovensku v rámci programov CINDI, Školy podporujúce zdravie, Zdravé mestá. Rozvoju pohybovej aktivity sa venuje pozornosť aj v rámci poradenských centier zdravotnej výchovy a Poradní zdravia pri jednotlivých regionálnych úradoch verejného zdravotníctva v SR. Poradenstvo k pohybovej aktivite sa zahrnulo do všeobecného poradenstva. Boli vybudované špeciálne poradne na zvyšovanie telesnej aktivity. V niektorých poradenských centrách sa podarilo vytvoriť aj samostatné priestory, v ktorých sa pravidelne cvičí s vybranými skupinami obyvateľstva.

Úrad verejného zdravotníctva SR do svojich programov zaraďuje aj športové podujatia určené širokej verejnosti za účelom propagácie športu a zdravého životného štýlu. Príkladom je uskutočnených šesť ročníkov medzinárodného cykloturistického podujatia "Pohybom za zdravím - Dunajská cyklistická cesta, " tri ročníky celoslovenských pretekov rekreačných cykloturistov na Kráľovu hoľu pod názvom: „O cyklokráľa a cyklokráľovnú Kráľovej hole.“

Súčasnú úlohu v starostlivosti o zdravie vyplývajúcu z uvedených priorít smerujú k tomu, že zdravo žiť znamená predovšetkým dostatočne sa pohybovať, že pohyb má sprevádzať človeka po celý život, že telesná výchova a šport sú krásne a užitočné aktivity v

každom vekovom období. Aby boli naše snaženia úspešné, treba v argumentácii za potrebu zvýšenia pohybovej aktivity poukazovať na konkrétne príklady, stimulovať občanov k sebapoznávaniu a hodnoteniu svojich schopností, využívať v argumentácii pozitívne výsledky jestvujúcich telovýchovných programov a nezanedbateľné príklady dobrého vplyvu športu na zdravie, ale aj na elimináciu viacerých negatívnych javov v spoločnosti, ktoré vplývajú na správny vývoj našej mladej generácie, ako aj na zlepšenie kvality života v strednom a staršom veku.

Významu a realizácii ďalších priorít NPPZ budú postupne venované ďalšie články.

NPPZ je koncipovaný ako otvorený dokument, ktorý sa periodicky doplňuje a koriguje tak, aby čo najpresnejšie odrážal trendy vývoja zdravotného stavu obyvateľstva vo vzťahu k životným podmienkam a k životnému štýlu obyvateľstva.

Sumár: Zámerom tejto informácie o Národnom programe podpory zdravia je oboznámiť čo najširší okruh odbornej i laickej verejnosti o náplni tohto programu a jeho významu pre zlepšenie zdravia obyvateľstva.

V článku je popísaný chronologický vývoj programu i jeho posledná aktualizácia, NPPZ – Zdravie 21. NPPZ je program, ktorého základom je program SZO. NPPZ je prispôsobený na priority zdravia v našom štáte. Správy o plnení jednotlivých programov a projektov, na ktorých sa zúčastňujú rezorty vlády SR, ako i mimovládne organizácie, sú predkladané gremiálnej porade MZ SR, na rokovanie vlády SR ako i NR SR.

Kľúčové slová: Národný program podpory zdravia, podpora zdravia, zdravotná výchova

Význam medicínskeho práva vo výučbe študentov medicíny

Karol TÓTH¹, Peter KOVÁČ²

(Z ¹Katedry medicínskeho práva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, vedúci doc. JUDr. Karol Tóth, PhD. a z ²Ústavu súdneho lekárstva Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Fakultnej nemocnice v Bratislave, prednosta doc. MUDr. Mirko Mego, CSc.)

SÚHRN:

Východisko: Znalosť právnych predpisov je mimoriadne významná vo všeobecnosti, avšak osobitnú dôležitosť nadobúda v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pre lekára, ktorý každodenne nakladá s hodnotou najcennejšou – s ľudským životom, niet dôležitejšej informácie, ako poznať svoje práva a povinnosti vyplývajúce z právnych noriem. Z praxe je zrejmé, že lekári nemajú dostatočné vedomosti o právnych predpisoch upravujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Snažili sme sa zistiť, či tento nelichotivý stav nemá príčinu v absencii právnej prípravy študentov v pregraduálnej výchove.

Súbor a metódy: Uskutočnili sme dotazníkový prieskum na vzorke 282 poslucháčov 1. – 5. ročníka študijného odboru všeobecné lekárstvo na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave.

Výsledky: Z výsledku prieskumu vyplynulo, že poslucháči sa v priebehu štúdia oboznamujú s medicínskymi právnymi normami, avšak toto oboznamovanie je nesystematické a roztrieštené medzi celý rad študijných predmetov.

Záver: Zistené skutočnosti si uvedomujú aj sami poslucháči, ktorí by privítali samostatný predmet zameraný na medicínske právo.

K l ú č o v é s l o v á : medicínske právo – právna zodpovednosť – poslucháči medicíny – pregraduálna výučba.

SUMMARY:

Background: The knowledge of legal regulations is of general significance, while in the area of health care delivery it is of particular importance. The most important information for doctors who are in everyday contact with the most precious value – human life, is to be acquainted with doctors' rights and duties ensuing from legal norms. The practice shows doctors have insufficient knowledge on legal regulations amending health care delivery. The authors attempted to find out whether this unfavourable situation results from inadequate undergraduate education.

Respondents and methods: A questionnaire inquiry was made on a sample of 282 students of 1. – 5. year of general medicine at Comenius University Medical Faculty in Bratislava.

Results: The results of the inquiry disclosed that although during their study the students get

information on medical legal norms, this information is nonsystematic and scattered among numerous study subjects.

Conclusion: The data revealed are being recognized by the students themselves. The students prefer an independent subject focused on medical law.

K e y w o r d s : medical law – legal responsibility – medical students – undergraduate education.

Fungovanie a súdržnosť ľudskej spoločnosti zabezpečuje celý rad normatívnych systémov, ktoré majú schopnosť ovplyvňovať správanie jednotlivcov. Takýmito normatívnymi systémami sú náboženstvo, morálka, zásady slušnosti, obyčaje, zvyky, technické normy a predovšetkým právo. Právo, ako horizontálne a vertikálne usporiadaný systém právnych noriem, ktorých dodržiavanie vynucuje štát svojou autoritou, je z vymenovaných normatívnych systémov jednoznačne najdôležitejším. Základom každého právneho poriadku je zásada formálnej publikácie právnych noriem. Podstatou formálnej publikácie je to, že sa verejnosti poskytne možnosť oboznámiť sa so znením právnych noriem prostredníctvom oficiálnej zbierky zákonov štátu. Na druhej strane, štát po formálnom zverejnení právnej normy v oficiálnej zbierke, vyžaduje jej bezvýhradné dodržiavanie.

V Slovenskej republike formálnu publikáciu právnych noriem upravuje zákon č. 1/1993 Z. z. o Zbierke zákonov Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov. Mimoriadne významný je jeho § 2, v ktorom sa uvádza: „O všetkom, čo bolo v Zbierke zákonov uverejnené, platí domnienka, že dňom uverejnenia sa stalo známym každému, koho sa to týka; domnienka o znalosti vyhlásených všeobecne záväzných právnych predpisov je nevyvrátiteľná.“ Toto ustanovenie zákona možno voľne vyjadriť výrokom „Neznalosť zákona neospravedlňuje.“

Znalosť právnych predpisov je mimoriadne významná vo všeobecnosti, avšak osobitnú dôležitosť nadobúda v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti (1). Pre lekára, ktorý každodenne nakladá s hodnotou najcennejšou – s ľudským životom, niet dôležitejšej informácie, ako poznať svoje práva a povinnosti vyplývajúce z právnych noriem. Každý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti – či už je ním lekár alebo zdravotnícke zariadenie – by sa vo vlastnom záujme mal oboznámiť s príslušnými právnymi normami. Nemožno sa totiž spoliehať na to, že vo väčšine prípadov sú právne normy zhodné so zásadami slušnosti, morálkou či ostatnými neprávnymi normatívnymi systémami.

Na tému znalosti práva lekármi či poslucháčmi medicíny existuje viacero prác, ktoré došli ku zhodnému a nelichotivému záveru. Tým bola alarmujúca absencia základného právneho vedomia u lekárov (2) (3). V snahe nájsť príčiny tohto nepriaznivého stavu sme vykonali dotazníkový prieskum medzi poslucháčmi študijného smeru všeobecné lekárstvo Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave (LF UK). LF UK je najväčšou lekárskou fakultou v Slovenskej republike a v študijnom odbore všeobecné lekárstvo má zo všetkých študijných odborov najväčší počet poslucháčov, preto sme sa domnievali, že prieskum bude dostatočne reprezentatívny. V školskom roku 2002/2003 mala LF UK 1931 poslucháčov, najviac z nich – 1612 v študijnom odbore všeobecné lekárstvo, zvyšok v odboroch stomatológia, verejné zdravotníctvo a ošetrovateľstvo. Štruktúra poslucháčov LF UK je detailne uvedená v tabuľke č. 1. Predmetom nášho dotazníkového prieskumu bolo zisťovanie, či boli poslucháči medicíny

v priebehu ich doterajšieho štúdia oboznámení s medicínskymi právnymi normami. Na LF UK doteraz neexistuje samostatný povinný predmet, ktorý by bol cielene zameraný na komplexné a systematické oboznamovanie poslucháčov s právnou problematikou. V priebehu svojho šesťročného štúdia sa však poslucháči vo viacerých predmetoch oboznámia s mnohými čiastkovými právnymi úpravami, dôležitými pre ten-ktorý študijný predmet. Poslucháč sa takýmto v podstate príležitostným spôsobom oboznámi napríklad pri výučbe chirurgie s povinnosťou oznámiť každé strelné poranenie polícii, prípadne pri výučbe psychiatrie sa dozvie, aký je zákonom predpísaný postup pri nútenej hospitalizácii pacienta nebezpečného sebe alebo svojmu okoliu. Určitý pokrok nastal až v poslednej dobe, keď sa v rámci výučby predmetu sociálne lekárstvo začala venovať väčšia pozornosť medicínskemu právu.

Súbor a metódy.

Práve naznačený živelný a vo svojej podstate nesystematický prístup k právnej problematike bol dôvodom, pre ktorý sme sa zaujímali, aký je postoj študentov medicíny k právu vo všeobecnosti a ku potrebe znalosti právnych noriem. Prieskum sme realizovali vo forme dotazníka, ktorý sme nechali vyplniť počas seminárov alebo praktických cvičení celkom 282 poslucháčom 1. – 5. ročníka študijného odboru všeobecné lekárstvo. Študentov 6. ročníka sme do prieskumu nezapojili z dvoch dôvodov:

- obmedzená možnosť kontaktu s poslucháčmi - v 6. ročníku prebiehajú štátne skúšky,
- výučba je obmedzená len na štátnicové predmety (chirurgia, pediatria, gynekológia a interná medicína), ktoré vyučujú tí istí pedagógovia na tých istých klinikách ako v nižších ročníkoch.

Z uvedeného dôvodu sme pokladali za veľmi málo pravdepodobné, že by u poslucháčov 6. ročníka došlo k významnejšiemu oboznámeniu s právnymi normami.

Štruktúra poslucháčov, ktorý sa zúčastnili na prieskume je uvedená v tabuľke č. 2. Z celkového počtu 282 respondentov bolo 90 mužov (31, 91 %) a 192 žien (68,09 %). Dotazník pozostával z troch častí. Vo všeobecnej časti dotazníka sme otázky zamerali na zistenie, či poslucháči považujú znalosť predpisov o zdravotnej starostlivosti pre lekára za potrebnú a či boli v priebehu doterajšieho štúdia oboznámení s právnymi predpismi o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Druhá časť dotazníka bola zameraná na zistenie, na ktorých predmetoch sa respondenti s právnymi normami oboznamovali a či boli spokojní s poskytnutým rozsahom oboznámenia. Tiež sme sa snažili zistiť, či respondentov oboznamoval s právom lekár, právnik alebo iná osoba. Respondenti sa tiež mali možnosť vyjadriť, či vnímajú oboznámenie s právnymi normami ako prínos. V poslednej časti dotazníka mali respondenti uviesť, či na LF UK existuje predmet, ktorý by sa špecificky zameriaval na oboznamovanie s právom, a ak taký existuje, o ktorý predmet ide. Poslednou otázkou sme zisťovali záujem o prípadný samostatný predmet zameraný na oboznamovanie poslucháčov s právnymi normami.

Použitý dotazník:

- | | | | | | | |
|----|-----------|---------|--------|--------|--------|---------------|
| 1. | Pohlavie: | muž [] | | | | žena [] |
| 2. | Ročník: | 1. [] | 2. [] | 3. [] | 4. [] | 5. [] 6. [] |

3. Považujete znalosť predpisov o zdravotnej starostlivosti pre lekára za potrebnú ?
 áno [] nie [] neviem []
4. Oboznámili Vás niekedy v priebehu vášho doterajšieho štúdia s právnymi predpismi o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ? áno [] nie []

Ak ste na otázku č. 4 odpovedali kladne zodpovedajte nasledovné otázky

- a. Na ktorom predmete, klinike alebo ústave sa tak stalo (uvedte aj viaceré)

- b. Boli ste spokojný s rozsahom poskytnutého oboznámenia ? Bolo príliš podrobné a obsiahle [] dostatočné [] nedostatočné []
- c. Kto vás oboznámil s týmito právnymi predpismi ? Bol to lekár [] právnik []
- d. Bolo uvedené oboznámenie pre Vás prínosné ?
 áno [] nie []
5. Existuje na LFUK predmet zameraný na oboznamovanie s právnymi normami ?
 áno [] nie []

Ak ste na otázku č. 5 odpovedali kladne zodpovedajte nasledovné otázky

- a. Ak predmet existuje aký je jeho názov ?
- b. Je to predmet povinný [] povinne voliteľný [] voliteľný []
6. Privítali by ste existenciu samostatného predmetu zameraného na oboznamovanie poslucháčov s právnymi normami týkajúcimi sa výkonu lekárskeho povolania ?
 áno [] nie []

Výsledky dotazníkového prieskumu

Tabuľka č. 1 – Štruktúra poslucháčov Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave ku 4. marcu 2003

Ročník	Všeobecné lekárstvo	Stomatológia	Verejné zdravotníctvo	Ošetrovateľstvo	Celkom
1.	305	34	20	125	484
2.	318	35			353
3.	262	25			287
4.	225	30			255
5.	260	26			286
6.	242	24			266
Spolu:	1612	174	20	125	1931

Tabuľka č. 2 – Štruktúra študentov – účastníkov dotazníkového prieskumu.

Ročník	Počet študentov	Percentuálny podiel z ročníka
1.	60	19,67

2.	75	23,58
3.	50	19,08
4.	43	19,11
5.	54	22,31

Tabuľka č. 3. – Štruktúra odpovedí na otázku „Považujete znalosť predpisov o zdravotnej starostlivosti pre lekára za potrebnú?“ podľa ročníkov.

Ročník	Áno	Nie	Neviem
1.	55	4	1
2.	73	1	1
3.	50	0	0
4.	38	1	4
5.	54	0	0

Tabuľka č. 4. – Štruktúra odpovedí na otázku č. „Oboznámili Vás niekedy v priebehu vášho doterajšieho štúdia s právnymi predpismi o poskytovaní zdravotnej starostlivosti?“ podľa ročníkov.

Ročník	Áno	Nie
1.	10	49
2.	11	64
3.	4	46
4.	19	23
5.	54	0

Diskusia

Prvá otázka, ktorú sme poslucháčom v dotazníku položili, znela: „Považujete znalosť predpisov o zdravotnej starostlivosti pre lekára za potrebnú?“. 270 poslucháčov (95,74 %) odpovedalo kladne, záporne odpovedalo 6 poslucháčov (2,12%). Otázku zodpovedať nevedelo 6 poslucháčov (2,12%). Štruktúra odpovedí podľa ročníkov je uvedená v tabuľke č.3

Druhá otázka dotazníka znela: „Oboznámili Vás niekedy v priebehu vášho doterajšieho štúdia s právnymi predpismi o poskytovaní zdravotnej starostlivosti?“ Kladne odpovedalo 98

poslucháčov (34,75%), záporne 182 poslucháčov (64,54%). K tejto otázke sa 2 respondenti (0,07 %) nevyjadrili. Štruktúra odpovedí podľa ročníkov je uvedená v tabuľke č. 4. Zlom v oboznamovaní sa s medicínskymi právnymi normami nastáva počas 4. ročníka štúdia. V piatom ročníku boli už všetci poslucháči s uvedenými normami zoznámení. Práve v 4. ročníku štúdia sa objavujú predmety ako Sociálne lekárstvo (povinný predmet) a Súdne lekárstvo a medicínske právo v praxi (povinne voliteľný predmet), na ktorých sa poslucháči cielene oboznamujú s právnymi normami.

Poslucháči, ktorí v dotazníku uviedli, že s právnymi normami už boli v priebehu svojho štúdia oboznámení, mali uviesť jeden alebo aj viac predmetov, v ktorých sa tak stalo. Spektrum predmetov uvádzaných poslucháčmi bolo veľmi široké. Menovite bolo uvedených 12 rozličných predmetov. Jedna pomerne kuriózna odpoveď nechtiac vystihla podstatu problému, keďže odpoveď znela „všade trochu“. Najčastejšie sa vyskytoval predmet sociálne lekárstvo (65 krát), nasledovaný medicínskou etikou (23 krát), súdnym lekárstvom (17 krát), patologickou anatómiou (5 krát), súdnym lekárstvom a medicínskym právom v praxi (4 krát), chirurgiou, psychiatriou, internou medicínou a anesteziológiou a intenzívnou medicínou (po 3 krát). Spomenuté boli tiež predmety hygiena, epidemiológia, mikrobiológia (po 2 razy) a jedenkrát dokonca aj preventívna stomatológia.

Študenti dostali možnosť vyjadriť sa aj k rozsahu oboznámenia sa s právnymi normami. Na túto otázku odpovedali oproti našim predpokladom aj tí poslucháči, ktorí podľa svojho vyjadrenia neboli oboznámení s právnymi normami (u tých sme odpoveď na túto otázku nepožadovali). 19,86 % poslucháčov prejavilo spokojnosť s rozsahom oboznamovania, kým 37,59 % spokojných nebolo. 2,12 % poslucháčov sa domnievalo že informácii bolo príliš veľa a 40,43 % opýtaných sa nevyjadrilo.

Z celkového počtu 282 poslucháčov v 18,08 % prípadov bolo oboznámenie s právnymi normami sprostredkované lekárom, v 16,67 % právnikom, v 4,6 % sa na oboznamovaní podieľali lekár aj právnik. V jednom prípade sa vyskytol aj údaj, že oboznamovateľom bola sestrička, čo bol skôr prejav študentskej recesie ako seriózna odpoveď.

Ako prínos hodnotilo oboznámenie sa s medicínskymi právnymi normami 31,91 % poslucháčov, 11,34 % poslucháčov toto oboznámenie za prínos nepokladalo a 56,73 % poslucháčov na túto otázku neodpovedalo.

Ďalšia otázka, ktorú poslucháči mali zodpovedať, znela: „Existuje na LFUK predmet zameraný na oboznamovanie s právnymi normami?“ Kladne odpovedalo 113 poslucháčov (40,07 %), záporne 138 poslucháčov (48,93 %). Odpoveď „Neviem,“ uviedlo 10 poslucháčov (3,55%) a neodpovedalo 21 poslucháčov (7,45%). Tých poslucháčov, ktorí na túto otázku odpovedali kladne, sme požiadali, aby uviedli aspoň jeden študijný predmet, ktorý je podľa nich špecificky zameraný na oboznamovanie s právnymi normami. V odpovediach respondentov sa celkom 57 krát objavilo sociálne lekárstvo, nasledované súdnym lekárstvom (36 krát), medicínskou etikou (23 krát), súdnym lekárstvom a medicínskym právom v praxi (5 krát) a jedenkrát sa objavili aj hygiena a epidemiológia.

Na našu poslednú otázku, ktorou sme sa snažili zistiť postoj študentov ku prípadnému samostatnému predmetu, zameranému na objasňovanie medicínskych právnych noriem, sme sa stretli s prekvapivo pozitívnou reakciou. Napriek vyťažnosti poslucháčov LF UK by 202 z

nich (71,63 %) privítalo zavedenie takéhoto predmetu. Proti zavedeniu takéhoto predmetu bolo 77 (27,3 %) poslucháčov a 3 poslucháči sa nevyjadrili (1,07 %).

Výsledky nášho prieskumu potvrdili nesystematickosť a roztrieštenosť oboznamovania poslucháčov medicíny s právnymi normami. V školskom roku 2002/2003 v 1. – 5. ročníku študijného odboru všeobecné lekárstvo na LF UK vyučovalo 40 študijných predmetov. Respondenti uviedli, že až na 12 z nich ich oboznamovali s právnymi normami.

Náš úvodný predpoklad, že zaradiť do skúmaného súboru poslucháčov 6. ročníka nebude potrebné sa ukázal ako správny, pretože všetci poslucháči 5 ročníka už boli s právnymi normami oboznámení.

Niet pochybností, že zodpovednosť lekára pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je značná. Súčasný trend odštatňovania zdravotníckych zariadení bude v každodennom výkone lekárskeho povolania klásť zvýšené nároky na odbornosť ako aj znalosť právnych noriem. Dá sa logicky očakávať rast počtu žalôb o náhradu škody voči lekárom za pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pochybenia pritom nemusia spočívať v nesprávnej diagnostike či liečbe, ale aj v neznalosti právnych noriem. Jednou zo základných povinností lekára je napríklad poučiť pacienta. Ako vyplýva z dotazníkových prieskumov, ktoré sa robili v roku 1999 a 2000, zdravotnícki pracovníci nedostatočne dbajú na právo pacienta vedieť všetko potrebné o svojom ochorení, jeho diagnostike a liečbe (4). Takéto neinformovanie pacienta je chybným konaním lekára spočívajúcim v porušení povinnosti uloženej zákonom č. 277/1994 Z. z o zdravotnej starostlivosti. Niet pochyb, že je ho možné hodnotiť ako lekársku chybu (5).

Ukázalo sa, že poslucháči medicíny sú pred ukončením štúdia oboznámení s právnymi normami súvisiacimi s ich budúcim povoláním. To však ešte nemusí nevyhnutne znamenať, že poslucháči majú v tejto oblasti dostatočné vedomosti. Dotazník, ktorý sme použili, sa preverovaním kvality právnych znalostí poslucháčov nezaoberal. To dáva priestor pre prípadné ďalšie práce v tejto oblasti.

Záver.

Poslucháči Lekárskej fakulty Univerzity Komenského si uvedomujú nesporný význam práva a jeho dopad na každodenný výkon povolania lekára, pretože až 95,75 % z poslucháčov, ktorí sa zúčastnili na našom prieskume uviedlo, že znalosť medicínskych právnych noriem považujú za potrebnú. Z prieskumu vyplýva, že systematickejšie oboznamovanie poslucháčov s medicínskym právom prebieha na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského od 4. ročníka štúdia, pričom všetci poslucháči 5 ročníka už boli s právnymi normami oboznámení. Študenti nižších ročníkov sú oboznamovaní s právnymi normami prevažne na medicínskej etike, kým vo vyšších ročníkoch sa tak deje najmä na sociálnom lekárstve a súdnom lekárstve. Čo sa týka rozsahu, v ktorom boli poslucháči oboznamovaní s právnymi normami, z poslucháčov, ktorí na túto otázku odpovedali, bol pomer nespokojných ku spokojným približne 2 ku 1. Aj keď formálne na LF UK neexistuje predmet zameraný na oboznamovanie s právnymi normami, poslucháči v tejto úlohe akceptujú sociálne lekárstvo (v jeho rámci sa v posledných dvoch rokoch prednáša aj medicínske právo), súdne lekárstvo a voliteľný predmet súdne lekárstvo a medicínske právo v praxi (ktoré objasňujú špecifickú právnu problematiku) a aj tiež medicínsku

etiku. Zo záverov prieskumu vyplýva, že poslucháči LF UK majú záujem o samostatný predmet, ktorý by ich oboznamoval s medicínskymi právnymi normami.

LITERATÚRA:

1. Drgonec, J.: Ústavné práva a zdravotníctvo. Bratislava: Archa, 1996, s. 28-61.
2. Tóth, K.: Právne vedomie zdravotníckych pracovníkov v procese transformácie zdravotníctva v Slovenskej republike. Medicínsky Monitor 5/1999, s. 18 – 22,
3. Tóth, K.: Význam výučby medicínskeho práva v pregraduálnej výchove lekárov. Slovenský lekár 9-10/2002, s. 360-361.
4. Charta práv pacienta v Slovenskej republike. Materiál prijatý vládou SR dňa 11. apríla 2001. Dostupné na URL XX. Pristúpené dňa 23. 7. 2003
5. Neoral, L.: Právní důsledky některých lékařských chyb. Praktický lékař 75, 1995, Supplementum 2, s. 8-9.

Adresa autorov:

Doc. JUDr. Karol Tóth, PhD.
Slovenská zdravotnícka univerzita
Katedra medicínskeho práva
Limbová 14
833 03 Bratislava 37
tel. 59369204
email: karol.toth@szu.sk

VI. CELOŠTÁTNY PRIESKUM TELESNÉHO VÝVOJA DETÍ A MLÁDEŽE V SR r.2001

Autori: MUDr. J. Nováková, Úrad verejného zdravotníctva SR, Trnavská 52, Bratislava
MUDr. J. Hamade, Úrad verejného zdravotníctva SR, Trnavská 52, Bratislava
Doc. MUDr. Ľ. Ševčíková, CSc., Ústav hygieny LF UK, Špitálska 24, Bratislava

Riešitelia: MUDr. J. Nováková, ÚVZ SR, Bratislava
MUDr. J. Hamade, ÚVZ SR, Bratislava
RNDr. M. Tatara, CSc. ÚVZ SR, Bratislava
Doc. MUDr. Ľ. Ševčíková, CSc., ÚH LF UK, Bratislava
Pracovníci odborov hygieny detí a mládeže regionálnych úradov verejného zdravotníctva
SR

Kľúčové slová: telesný vývoj, vývojové trendy, rastové krivky, zdravotný stav, detská populácia, dorastová populácia, praktický lekár pre deti a dorast, Rohrerov index, Body Mass index, WHR index, rastová akcelerácia, sekulárny trend

ÚVOD

V roku 2001 sa uskutočnil na území SR VI. celoštátny prieskum telesného vývoja detí a mládeže v nadväznosti na predchádzajúce transverzálne antropologické výskumy, uskutočňované v desaťročných intervaloch v rámci bývalého Československa od roku 1951 (Lhotská, L., Bláha, P., Vignerová, J., Roth, Z., Prokopec, M., 1994).

Cieľom monitorovania rastu detí a mládeže je zachytiť vývojové trendy detskej a dorastovej populácie. Poskytuje rastové a vývojové štandardy, ktoré majú veľký význam nielen v klinickej praxi pri individuálnom posudzovaní zdravotného stavu dieťaťa, ale aj pri skupinovej diagnostike ako citlivý ukazovateľ pri sledovaní vplyvov faktorov prostredia na detskú a dorastovú populáciu. Nezanedbateľný je význam normových antropometrických ukazovateľov pre výrobu predmetov pre deti a mládež.

Prieskum sa uskutočnil v období pokračujúcej transformácie zdravotníctva v relatívne zložitých podmienkach, a nakoľko nie je legislatívne upravený, riešitelia sa museli spoľahnúť na úplnú dobrovoľnosť vybraných pediatrov.

Metodické vedenie antropologického prieskumu zabezpečoval Ústav hygieny LF UK, jeho organizáciu a koordináciu Štátny fakultný zdravotný ústav SR, ktorý je zároveň garantom prieskumu, ako aj jeho štatistického spracovania.

Na celom území SR sa použila jednotná metodika ako v r.1991. Na základe metodického pokynu mali vybraní praktickí lekári pre deti a dorast vykonať v detských ambulanciách a na novorodeneckých oddeleniach vyšetrenia 0-6 ročných detí. Vyšetrenia 7-18 ročných detí vykonali pracovníci Štátnych zdravotných ústavov v SR. Merania sa uskutočnili v období september - október 2001.

Po kontrole údajov a po vylúčení extrémnych hodnôt boli spracované údaje v súbore cca 39 000 detí a mládeže. Sledovaných bolo 35 vekových skupín. Z nameraných hodnôt sa vypočítavali tri základné indexy: Rohrerov index, Body Mass index a WHR index (Bielicki, T., Szklarska, A., Welon, Z., Malina, R.M., 2000)

Okrem toho sa zisťovali vybrané údaje zo sociálnej oblasti (dĺžka dojčenia, návšteva predškolských zariadení, spôsob stravovania, údaje o pohybovej aktivite detí, o úplnosti rodiny, o vzdelaní a zamestnaní rodičov).

Počty detí:

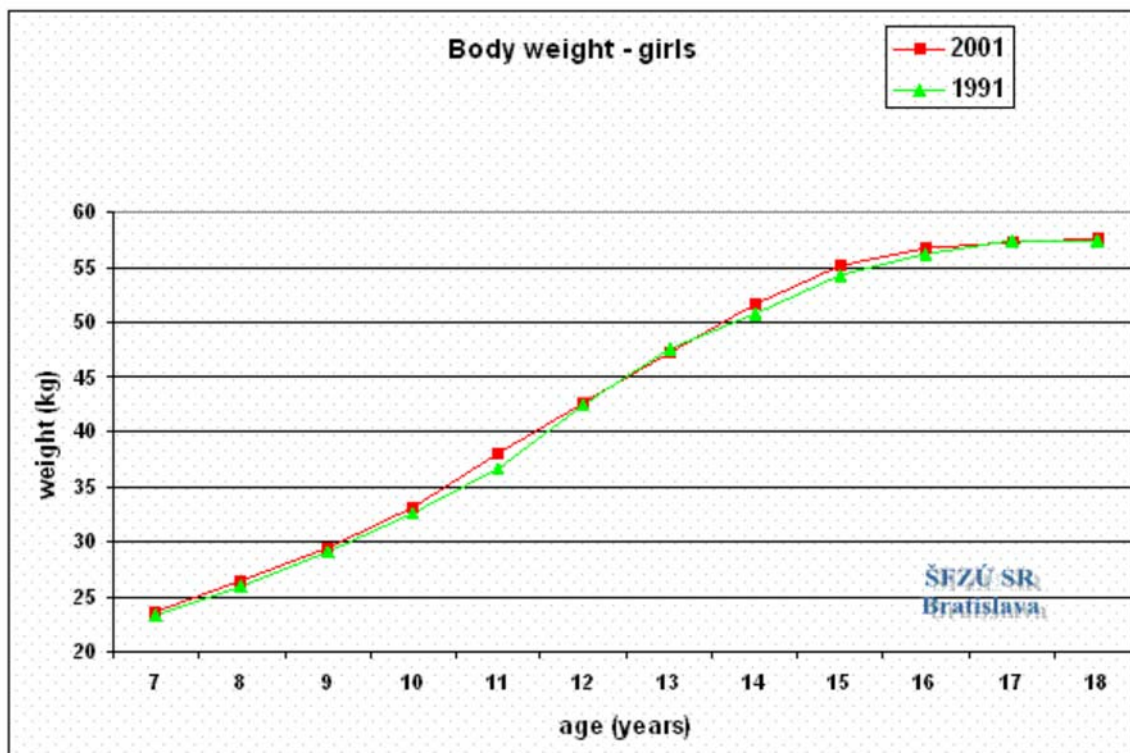
Plánovaný počet detí vo vekovej skupine 0 až 6 ročných bol 17 972 detí, z toho 9001 chlapcov a 8971 dievčat. U starších detí vo veku od 7 do 18 rokov sa plánovalo s celkovým počtom 21 596 detí, z toho 10 800 chlapcov a 10 796 dievčat. Spolu to činilo 39 568 detí.

Fyzicky zmeraných detí bolo celkovo 36 203. Z toho tvoril celkový počet detí od 0 do 6 rokov 14 547 jedincov, z čoho bolo 7 405 chlapcov a 7 142 dievčat. 7 až 18 ročných detí bolo fyzicky zmeraných 21 656, z čoho chlapcov 10 885 a dievčat 10 771.

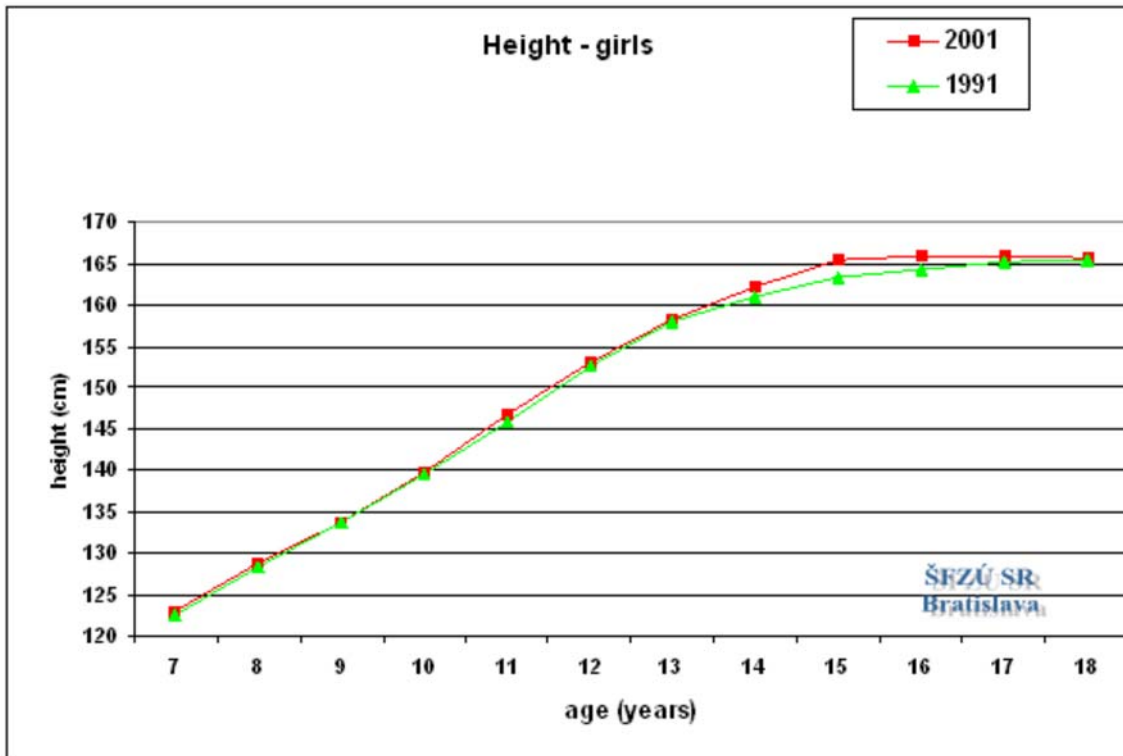
Po vyčistení údajov sme získali súbor s celkovým počtom 35 200 detí. Vo vekovej skupine 0 až 6 ročných detí to bolo spolu 13 900 detí, z toho 7 100 chlapcov a 6 800 dievčat. Vo vekovej skupine starších detí od 7 do 18 rokov sme získali spolu 21 300 detí, z toho 10 700 chlapcov a 10 600 dievčat.

VÝSLEDKY (Vybrané grafy) .

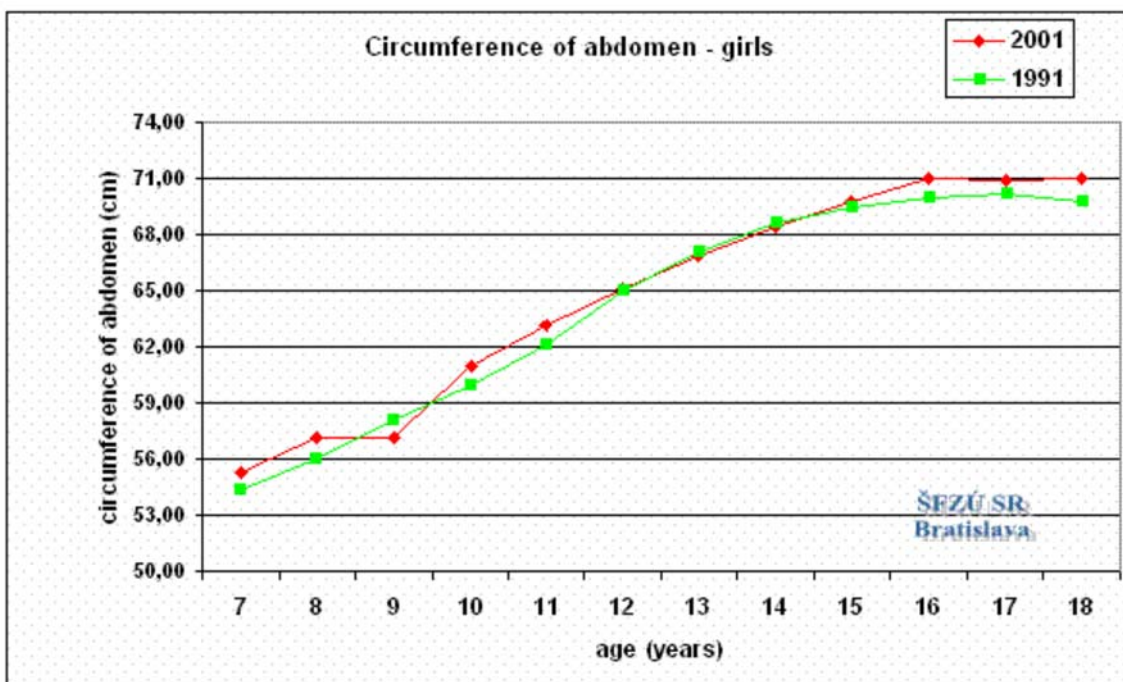
Graf. č.1 – Telesná hmotnosť – dievčatá



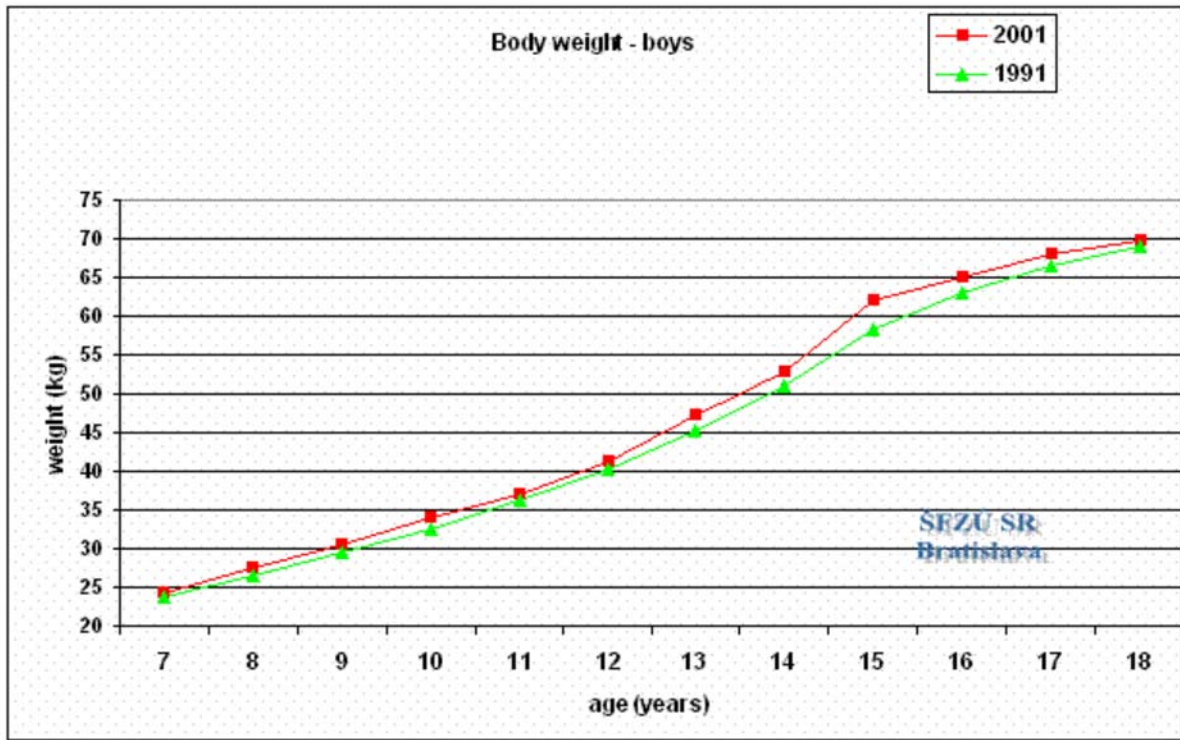
Graf č. 2 - Výška – dievčatá



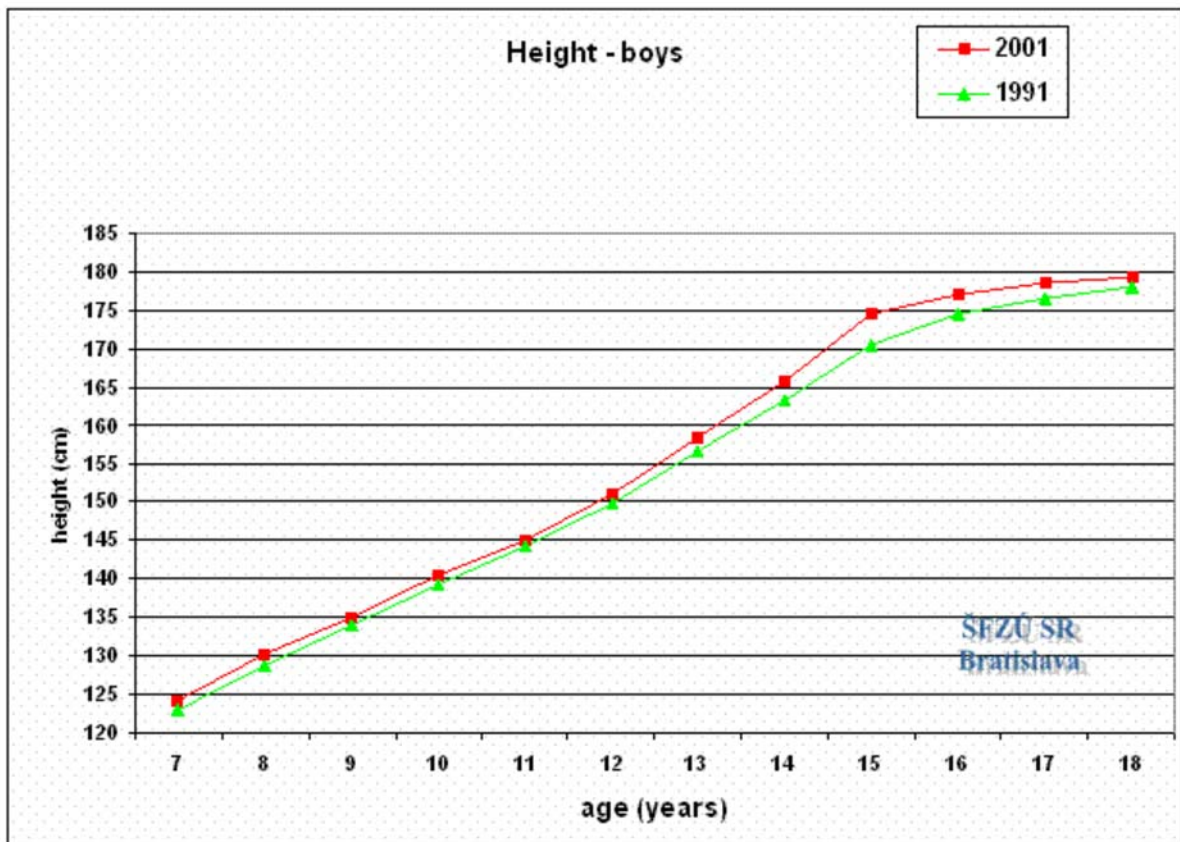
Graf č.3 . – Obvod brucha – dievčatá



Graf č. 4 – Telesná hmotnosť - chlapci

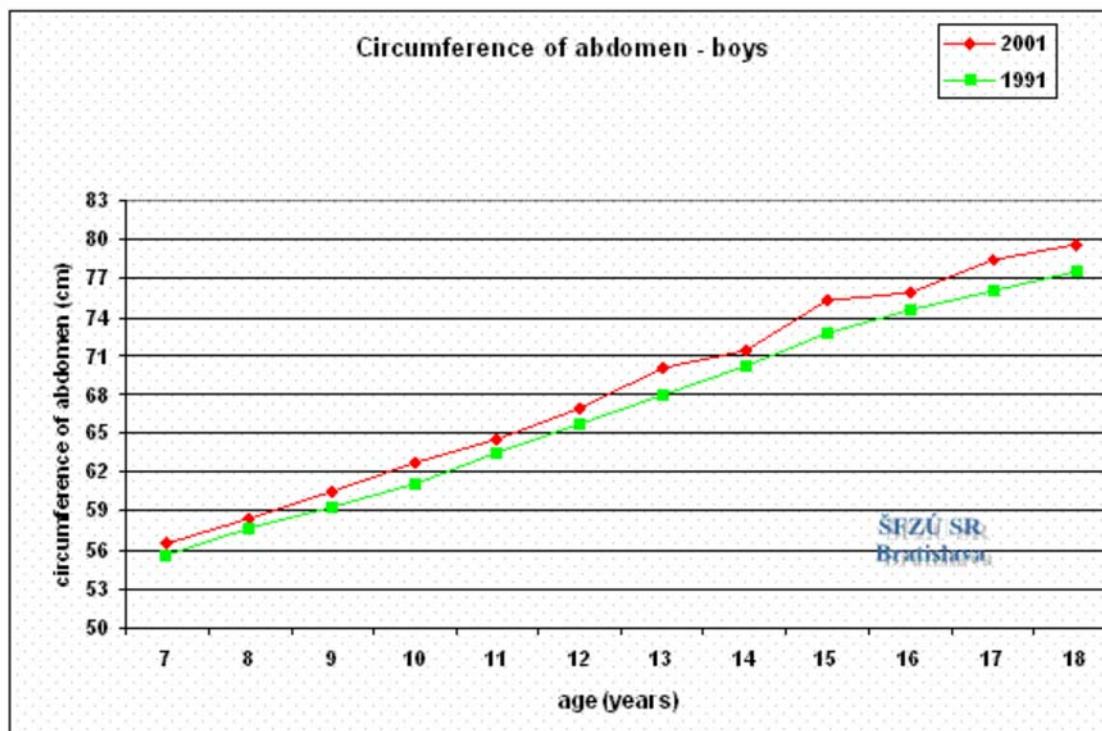


Graf č. 5 – Výška – chlapci



;

Graf č. 6 – Obvod brucha - chlapci



DISKUSIA A ZÁVER

Pri porovnaní antropometrických ukazovateľov detskej a dorastovej populácie na Slovensku v roku 2001 s výsledkami rovnakého prieskumu uskutočneného pred desiatimi rokmi (1991) sa preukázalo, že rastová akcelerácia pokračuje iba u slovenských chlapcov. Potvrdili to významne vyššie telesné výšky a hmotnosti u 7 až 18 ročných chlapcov. Krivka telesnej výšky sa v roku 2001 posunula nad krivku z r. 1991 rovnako ako v predchádzajúcich desiatich rokoch. V roku 1991 bola priemerná hodnota výšky u 18 ročných chlapcov 177,87 cm. Celkový prírastok výšky 18 ročných chlapcov oproti roku 1981 bol 2,01 cm. V roku 2001 sme zaznamenali priemernú hodnotu výšky 18 ročných chlapcov 179,35 cm. V tomto prípade bol celkový prírastok výšky 18 ročných chlapcov oproti roku 1991 1,48 cm.

U dievčat je situácia odlišná z hľadiska rastovej akcelerácie (Freedman, D.S., Khan, L.K., Serdula, M.K., Srinivasan, S.R., Berenson, G.S., 2000; Bielicki, T., Szklarska, A., 1999).

Zisťujeme, že hraničná výška dievčat nám stagnuje od 16 roku veku (165,71 cm). Ešte v roku 1991 sme aj u dievčat pozorovali pokračujúcu rastovú akceleráciu. Rozdiely výšok dievčat vo všetkých vekových skupinách od 7 do 18 rokov boli štatisticky významne vyššie pri porovnaní s rokom 1981. Celkový prírastok výšky 18 ročných dievčat oproti roku 1981 bol 1,94 cm. V súčasnosti sa výška dievčat od 16 roku nezvyšuje, ale stagnuje na úrovni zhruba 165,6 cm a výška dievčat v 18. roku veku nie je odlišná od výšky z roku 1991. Výšky indikujú ukončenie akceleračnej stimulácie a sekulárneho trendu u dievčat. (Brandt, I., Reinken, L., 1988,2000; Cooney, K., Pathak, U., Watson, A., 1994)

Výsledky telesných výšok u detí do dvoch rokov veku vykazujú naďalej určitú stabilitu hodnôt. Nevýrazné rozdiely vidíme u oboch pohlaví v zmysle mierne nižších hodnôt v r. 2001 oproti roku 1991. Tieto rozdiely sú pozorované iba ojedinele a vo väčšej miere u chlapcov.

Hodnoty telesných hmotností vykazovali u dievčat od 0 do 72 mesiacov zväčša zvýšenie. U chlapcov badať mierne zníženie hmotnosti vo vekových skupinách od 6 do 15 mesiacov. V ostatných vekových kategóriách sú hodnoty vyššie podobne ako u dievčat. Výrazné zmeny v zmysle zvýšenia vidíme najmä u chlapcov vo vekovej skupine 7 až 18 ročných. U dievčat tejto vekovej skupiny došlo rovnako k zvýšeniu hodnôt, ale oveľa menej výraznému ako u chlapcov a vo

vekovej skupine 13 a 17 ročných dievčat zaznamenávame dokonca znížené hodnoty.

Pri porovnávaní hodnôt obvodov hrudníka v roku 1991 sa významne znížila táto obvodová miera u väčšiny vekových skupín chlapcov a dievčat od 0 do 3 rokov v porovnaní s rokom 1981. V súčasnosti sú hodnoty obvodov hrudníka vo vekových skupinách 0 až 72 mesačných detí takmer rovnaké, ako pri predchádzajúcom prieskume. Zníženie hodnôt je zrejmé iba vo vekových skupinách od 5 do 15 mesiacov. U chlapcov najstaršej vekovej skupiny (18 roční) dochádza rovnako ako v minulosti k zníženiu hodnôt obvodu hrudníka. U dievčat od 7 do 18 rokov, na rozdiel od minulosti, vidíme štatisticky významne vyššie hodnoty obvodov hrudníka a to takmer vo všetkých týchto vekových skupinách.

Zoštíľovanie detskej a dorastovej populácie nie je také markantné, ako v prieskume pred desiatimi rokmi, kedy výsledky jasne dokumentovali pokračujúce zoštíľovanie mladej populácie. V súčasnosti síce pokračuje trend určitého zoštíhlenia, ale nie tak výrazne, ako to bolo v minulosti. U chlapcov sa nepreukázali nižšie hodnoty obvodov brucha vo vyšších vekových skupinách a u dievčat zaznamenávame zníženie tejto obvodovej miery iba vo vekovej skupine 9, 13 a 14 ročných.

Mierne zoštíľovanie, najmä dorastovej dievčenskej populácie, sa preukázalo pri hodnotení proporcionality – Rohrerovho indexu, kedy znížené hodnoty RI vidíme v populácii 12 až 17 ročných dievčat. V tejto vekovej kategórii sa nám aj štatisticky významne zvýšili hodnoty telesnej výšky a vo vekovej kategórii 14 - 15 ročných dievčat nachádzame zodpovedajúce znížené hodnoty hmotností a obvodov brucha.

Rovnako ako v prieskume pred desiatimi rokmi, aj v súčasnosti zisťujeme u najmenších vekových kategórii dievčat od narodenia do dvoch rokov, resp. u chlapcov až do 72 mesiacov nižšie hodnoty obvodov hlavy. U chlapcov je zníženie obvodov hlavy štatisticky významné aj vo vyšších vekových kategóriách od 7 do 18 rokov. V tejto vekovej skupine u dievčat ostávajú hodnoty obvodov hlavy rovnaké ako v minulosti a zvýšené sú u 15 až 18 ročných dievčat.

U hodnôt obvodov hrudníka pozorujeme opačný trend u dievčat, ako tomu bolo pred desiatimi rokmi. V roku 1991 u 15 až 18 ročných chlapcov a dievčat došlo k štatisticky významnému zmenšeniu tejto obvodovej miery v porovnaní s rokom 1981. V súčasnosti naopak pri porovnaní s rokom 1991 v tejto vekovej kategórii s výnimkou 18 ročných chlapcov zaznamenávame vyššie hodnoty obvodov hrudníka u oboch pohlaví.

Zistené zmeny v somatometrických charakteristikách u reprezentatívnej vzorky celoslovenskej detskej a dorastovej populácie ukázali opodstatnenosť antropometrických prieskumov z dôvodov poskytnutia aktuálnych referenčných štandardov pre potreby preventívnej a klinickej praxe, ako aj pre potreby realizácie zdravých životných a pracovných podmienok pre deti a mládež.

SÚHRN

- § Rozdiely výšok potvrdzujú pokračujúcu rastovú akceleráciu u chlapcov 3 – 18 r.
- § Vidíme tendenciu dosiahnutia vyššej definitívnej výšky ako 179,4 cm – pozitívny sekulárny trend u chlapcov pokračuje.
- § Odlišná situácia je u dievčat – hraničná výška stagnuje od 16. roku veku (165,7 cm).
- § Výška dievčat v 18. roku veku nie je odlišná od výšky z r. 1991.
- § Výšky indikujú ukončenie akceleračnej stimulácie a sekulárneho trendu u dievčat.
- § Hodnoty hmotností u dievčat a chlapcov starších ako 6. rokov nevykazujú zmeny, sú iba slabozostupné.
- § U chlapcov starších ako 7 rokov je tendencia vzrastu hmotnosti podobná ako u výšky, ale vyššia hmotnosť – 69,7 kg u 18 r. nie je signifikantná.
- § Hmotnosť 16. až 18. r. dievčat má pokračujúco klesajúce hodnoty už od roku 1981.
- § Trend priemerných hodnôt obvodov brucha u chlapcov je podobný ako u obvodov hrudníkov.
- § 12. až 18r. dievčatá majú signifikantne nižšie hodnoty obvodov brucha v porovnaní s r. 1981.
- § Výsledky so zníženými hodnotami RI a BMI naznačujú pokračovanie zoštíľujúceho trendu slovenských detí a mládeže, najmä u dievčat.
- § Hodnoty obvodov hlavy sú identické s hodnotami z r. 1981.
- § Rastová akcelerácia detí a mládeže za obdobie posledných dvoch desaťročí je pomalšia

v porovnaní s predchádzajúcimi dekadami.

§ Niektoré z rastových trendov sú podobné v Českej republike a iných európskych krajinách.

§ Na základe získaných údajov sa vypracujú percentilové rastové grafy pre použitie v klinickej praxi a pre individuálne a skupinové monitorovanie vzťahov medzi rastom a rozdielnymi životnými podmienkami.

Práca bola publikovaná v zborníku abstraktov: Ševčíková, L., Nováková, J., Hamade, J., Tatara, M: Growth and developmental trends in Slovak Children and youth during last decades: International Anthropological Congress, Charles University, Prague, 2003, s. 187

Použitá literatúra:

1. Bielicki, T., Szklarska, A., Welon, Z., Malina, R.M.: Variation in the body mass index among young adult Polish males between 1965 and 1995. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000 May;24(5):658-62
2. Bielicki, T., Szklarska, A.: Secular trends in stature in Poland: national and social class-specific. *Ann Hum Biol* 1999 May-Jun;26(3):251-8
3. Brandt, I., Reinken, L.: The growth rate of healthy children in the first 16 years: Bonn-Dortmund longitudinal developmental study, *Klin Padiatr* 1988 Nov Dec;200(6):451-6
4. Cooney, K., Pathak, U., Watson, A.: Infant growth charts, *Arch Dis Child*. 1994, Aug; 71(2):159-60.
5. Freedman, D.S., Khan, L.K., Serdula, M.K., Srinivasan, S.R., Berenson, G.S. : Secular trends in height among children during 2 decades: The Bogalusa Heart Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000 Feb;154(2):155-61
7. Lhotska, L., Bláha, P., Vignerova, J., Roth, Z., Prokopec, M.: Vth nation-wide anthropological survey 1991 in the Czech Republic comparison with 1981 data, *Cent Eur J Public Health*. 1994 Dec;2(2):95-9.

-
-
-
-
-
-

Vývoj a utváranie verejného zdravotníctva

Ladislav Hegyi, Zuzana Takáčová

Z Katedry výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity. Vedúci katedry: Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.)

Starostlivosť o zdravie sa rozvíjala ako starostlivosť individuálna, poskytovaná pacientovi priamo lekárom, a starostlivosť kolektívna, poskytovaná spoločnosťou, teda štátom, celej populácii. Kým individuálna starostlivosť sa stala náplňou klinickej medicíny, kolektívna starostlivosť položila základy verejnému zdravotníctvu. Verejné zdravotníctvo sa od začiatku vyvíjalo ako multidisciplinárny odbor, vychádzajúci najmä z poznatkov hygieny, epidemiológie infekčných chorôb, výchovy k zdraviu a sociálnej medicíny.

Prvopočiatky liečiteľstva možno podľa historikov datovať do obdobia zhruba pred pol milióna rokov. Predkovia človeka sa bránili proti následkom úrazov a chorobám jednoduchými opatreniami, ktoré si neuvedomovali. Išlo o inštinktívne jednoduché liečiteľstvo, väčšinou o osobnú, individuálnu ochranu (1,2).

Homo sapiens, žijúci približne pred stotisíc rokmi, už uplatňoval i niektoré účelne vykonávané liečiteľské zásahy, opierajúc sa o prírodné zdroje, rastliny, ústroje zvierat. Rodilo sa prírodné racionálne liečiteľstvo, súčasne sa rozmáhalo i kultovo-magické liečiteľstvo, zjavujú sa prví liečitelia. Až po niekoľkých tisícročiach sa formuje lekárstvo ako veda založená na skúmaní ľudského tela a podmienok zdravia (1).

Z archeologických vykopávok poznáme vodovody, kanalizácie, kúpele, ktoré hovoria o vysokom stupni rozvoja hygienickej kultúry a starostlivosti o zdravie ľudí. V starovekom Egypte kládli veľký dôraz na osobnú čistotu. V súlade s tým je indická rada: „Človeče, teplý kúpeľ, čerstvé mlieko, mladé dievča a striedmo požívaná tučná strava svedčia tvojmu zdraviu“.

V antickej Sparte patrilo k základom výchovy otužovanie. Hippokrates (460 – 370 p. n. l.) , ktorý vošiel do histórie ako otec medicíny, a ktorému sa pripisuje známe dielo „Corpus Hippocraticum“, zdôrazňoval význam prostredia pre zdravie a chorobu človeka a bol zástancom hygienických opatrení v boji proti chorobám. Hippokrates je považovaný za zakladateľa ekologicky ponímanej epidemiológie (3). V antickom Ríme, sa spolu s kultúrou a vedou, rozvíjalo i zdravotníctvo. Opieralo sa o zákon tzv. 12 tabúl (450 pred. N. l.), ktorý obsahoval hygienické predpisy o pochovávaní a spaľovaní mŕtvych v vnútri mesta, o zákaze piť vodu z rieky a pod. Vybudované boli rozsiahle stavby – vodovody, kanalizácie, verejné kúpele. Hygienický dozor nad vodovodmi a tržnicami vykonávali osobitne na to určení úradníci – tzv. Edilovia (lat. aedilis)(4,5).

V starovekých spoločenských poriadkoch sa zdravotno-výchovné poučenia týkali predovšetkým hygieny, výživy a životosprávy. Viaceré zachované a dostupné spisy mali zdravotno-výchovné zameranie. Napr. známy Hippokratov spis o dietetike, v ktorom poukazuje na to, že pohodu a zdravie človeka výrazne ovplyvňuje jeho okolie, predovšetkým vzduch, voda a spôsob života. Asklepiades propagoval gymnastiku. Diokles z Euboie pripisoval význam

každodennej starostlivosti o ústnu dutinu a o zuby. Najvýznamnejší rímsky lekár Galenos (129-199) vo svojom diele „De sanitate tuenda“, o. i. zhrnul poznatky o medicíne, hygiene a životospráve. Odporúčal ľahkú a výživnú stravu, pohyb na čerstvom vzduchu, ranné telesné cvičenia, pravidelné kúpele a masáže. Grécky lekár Diokles z Karystu zhrnul všetky dovtedy známe pravidlá správnej životosprávy. Tieto pravidlá ostali platné i v ďalších storočiach a v zásade nestratili na aktuálnosti ani dnes (5).

Ali Abu Ibn Sina (Avicenna) (980-1037) (4) vytvoril svojim „Canon medicinae“ základ stredovekej medicíny. Predpokladal, že nákazy spôsobujú ľudským okom neviditeľné živočíchy. Pozoruhodným spôsobom vystihol vplyv strachu (stresu) na ľudské zdravie.

Koncom 1. tisícročia nášho letopočtu vznikla v juhotalianskom meste Salerne lekárska škola, v ktorej významné miesto vo výučbe patrilo hygiene a správnej životospráve. Tu vznikla známa zdravotno-osvetová báseň „Salernské pravidlá zdravia“ (Regimen sanitatis salernitanum), ktorú postupne preložili do mnohých jazykov (5,6).

Girolamo Fracastoro (1478-1553) z Verony vo svojom diele „De contagione et contagiosis morbis“ (1546) osvetlil pojem nákazy a vyslovil teóriu o šírení epidemických chorôb.

Ján Amos Komenský (1592-1670) riešil vo svojom otázke zdravej životosprávy. Jedno z jeho odporúčaní môže dodnes slúžiť ako základná myšlienka preventívnej gerontológie: „Umění života spočívá v umění žíti dlouho, býti zdrav a býti v pohodě. Umění žíti dlouho spočívá ve vyhýbání se smrti, střežení se toho, čím smrt si nachází k nám přístup. Nestačí být dlouho živ, je třeba býti také zdrav, chce-li kdo dobře život strávit. Stonat a zápasit s nemocmi je poloviční žití, neboť život obtěžkaný nemocmi má omezenou činnost. Podstata dlouhověkosti jest nežítí v zahálce, nýbrž stále býti v horlivé práci“.

John Graunt (1620-1674), William Petty 1623-1687) a Edmund Halley (1656-1742) sú zakladateľmi zdravotníckej štatistiky, ktorá umožnila presnejšie poznanie zdravotného stavu obyvateľstva. Zostavili tiež úmrtnostné tabuľky.

Bernardino Ramazzini (1633-1714) (5,7) vo svojom diele „Úvahy o chorobách remeselníkov“ zovšeobecnil pozorovania svojich predchodcov. Vytvoril tým zásady preventívnej medicíny, ktoré pretrvali niekoľko storočí. V roku 1646 vydáva Ján Weber, lekárnik v Prešove, knižku „Amuletum“ – to jest zpráva krátká a potřebná o moru, jakýchby prostředků náležitých y zdravj y nemocnj v čase moru užívati měli, učinena od Jana Webera, apatikáře Pressowského (1).

Gerhard van Swieten (1700-1772) pôsobil na dvore Márie Terézie a bol autorom mnohých reforiem v oblasti starostlivosti o zdravie a vytvoril predpoklady pre právny základ štátnej zdravotnej správy a vznik zdravotnej polície. Koncom 18. storočia sa predmet Zdravotná polícia začal prednášať na univerzitách ako tzv. štátne lekárstvo. Na základe jeho prác vydala Mária Terézia v roku 1770 generálny zdravotný poriadok pre celú monarchiu.

Johann Peter Frank (1754-1821), nemecký lekár a profesor medicíny v Pávii a potom vo Viedni, položil vedecké základy náuky o zdravotnej polícii, ktorá bola predchodcom sociálnej hygieny a sociálneho lekárstva. Jeho šesťzväzkové dielo „Systém dokonalej lekárskej polície“ vychádzalo z myšlienky, že sociálne faktory sú rozhodujúce pre vznik poruchy zdravia (8). Edward Jenner (1749-1823) objavil a v roku 1798 uviedol do praxe očkovanie proti kiahňam (9). Zacharias Gottlieb Huszty (1754-1803), bratislavský mestský lekár, bol spoluzakladateľom

náuky o zdravotnej polícii.

V Rakúsko-uhorskej monarchii boli niektoré zdravotnícke otázky upravované špeciálnymi normami, napr. zákonom č. 89/1885 o boji proti pohlavným chorobám, výnosom Ministerstva vnútra č. 29 949/1902 o boji proti tuberkulóze, výnosu Ministerstva vnútra z roku 1891 o ochrannom očkovaní proti kiahňam a pod.

Na Slovensku platil Zákon č. XIV z roku 1876, ktorý upravoval v širokom rozsahu celý rad otázok zdravotníctva, okrem iného aj ochranné očkovanie. Mal dve hlavné časti a 176 paragrafov. Prvá časť sa zaoberala otázkami verejného zdravotníctva, druhá časť riešila úpravy v oblasti zdravotníckej služby v obciach a v ústredí. Druhá časť sa zameriavala na činnosti v záujme ochrany zdravia obyvateľov. Niektorí z nich pojednávali o čistote životného prostredia, vrátane ovzdušia a vody, ako aj o otázkach verejnej hygieny. Nariadilo sa zabezpečiť čistotu miest, potravinárskych obchodov a najmä výsekov mäsa. Živnostníci si museli zadovážiť svedectvo úradného lekára o zdravotnej vhodnosti potravín. Veľký dôraz sa kládol na ochranu detí predškolského veku a ochranné očkovanie. Tento zákon bol na svoju dobu veľmi pokrokový v porovnaní so zákonodarstvom ostatných európskych krajín. Jeho prínosom oproti predchádzajúcim úpravám bola skutočnosť, že sa usiloval problematiku zdravotníctva riešiť komplexne a v podstate sa mu podarilo obsiahnuť celú oblasť verejného zdravotníctva (5,10).

Nemenej významným zákonom bol v tomto období protiepidemický zákon č. 67/1913 a naň nadväzujúce nariadenie ministerstva vnútra, vydané po dohode s ministrom obchodu č. 103/1914 o oznamovaní prenosných chorôb (11).

William Farr (1807-1883), anglický lekár, bol zakladateľom modernej zdravotníckej štatistiky. Jeho správy boli podnetom k mnohým reformám. Termín „sociálne lekárstvo“ sa po prvý raz objavil v roku 1848. Francúzsky lekár Jules René G. Guérin otvoril vo svojom časopise *Gazette médicale de Paris* aktuálny stĺpec, nazvaný „*Médecine Sociale*“. Názov mal výstižnejšie charakterizovať a nahradiť doteraz používané názvy ako „*police médicale*“, „*hygiène publique*“ a „*médecine légale*“.

Rudolf Virchow (1821-1902) je autorom celulórnej patológie. Ovplyvnil medicínu celej druhej poloviny 19. storočia. Rozvinul koncepciu sociálnej epidemiológie. V roku 1848 navrhol vo svojom časopise *Die Sozialreform*, v súvislosti s pojmom *Soziale Medizin*, zriadenie ministerstva zdravotníctva (*Ministerium f. Öffentliche Gesundheitspflege*). Podčiarkol význam sociálnych reforiem pre zdravie obyvateľstva a povinnosť spoločnosti chrániť zdravie všetkých svojich členov (12).

Alfred Grotjahn (1869-1931) vydal v roku 1912 knihu „*Sociálna patológia*“, ktorá položila teoretický základ sociálnej hygieny, teda vlastne sociálneho lekárstva.

Po 1. svetovej vojne začali vznikať ústavy sociálneho lekárstva pri lekárskejších fakultách. K prvým patrí ústav v Utrechte (1918), v Berlíne (1920), v Nancy (1920), v Brne (1922) a v Prahe (1335).

Po 2. svetovej vojne sa prudko zvýšil počet ústavov zaoberajúcich sa bio-sociálnou problematikou. Už v roku 1950 existovalo viac ako 50 definícií sociálneho lekárstva. Historik G. Rosen (1963) napísal, že „sociálne lekárstvo má dva aspekty: deskriptívny a normatívny. Ako popisná veda študuje sociálne a medicínske podmienky špecifických skupín ľudí a stanovuje príčinné vzťahy, ktoré existujú medzi týmito podmienkami. Ako normatívna veda stanovuje

štandardy pre rôzne populačné skupiny a navrhuje opatrenia, ktoré by slúžili k dosiahnutiu stanovených noriem“.

Súbežne so sociálnym lekárstvom sa vyvíjala hygiena, ktorá bola v anglosaských zemiach nazývaná „Public Health“. Tento termín sa začal používať okolo roku 1840 pre zdravotnícke zákonodárstvo a sanitárne opatrenia na podporu zdravia sociálne slabých vrstiev obyvateľstva.

Vznik hygieny, ako vedeckej disciplíny, bol reakciou na zdravotné problémy súvisiace s prudkým nástupom priemyselnej revolúcie v 19. storočí. Rovnako dôležitým činiteľom bol rýchly rozvoj prírodných vied, ktoré mohli poskytnúť metódy skúmania nevyhnutné pre vedeckú a rutinnú prácu. Hygiena sa stala samostatným lekárske odborom v 2. pol. 19. storočia a začala sa na európskych univerzitách vyučovať ako samostatný predmet. Za zakladateľa odboru považujeme Maxa von Pettenkofera (1818-1901), ktorý sa stal prvým profesorom hygieny v Mníchove v roku 1865. Pettenkofer zaviedol objektívne vyšetrenie faktorov prostredia a hodnotenie ich vzťahu k zdraviu, zaslúžil sa tiež o vypracovanie prvých hygienických limitov, ktoré sa stali základom pre zdravotné zabezpečenie pitných a odpadových vôd, pôdy, ovzdušia a potravín. Po 2. svetovej vojne sa obsah odboru Public Health začal rozširovať o populačné a zdravotno-výchovné aspekty.

Profesor sociálneho lekárstva na Pražskej lekárskej fakulte, Hynek Pelc, charakterizoval už v roku 1935 verejné zdravotníctvo ako úsek verejnej správy, ktorý uplatňuje poznatky hygieny a sociálneho lekárstva.

Pred približne štvrtstoročím sa začalo hovoriť o novom pojme New Public Health, ktorý znamenal príklon k hodnotám, propagovaným v roku 1848, spájaným s názvom „Öffentliche Gesundheitspflege“, čiže verejným zdravotníctvom, ktoré zdôrazňovalo vládnu zdravotnú politiku, potrebu vedeckého výskumu sociálnych a ekonomických faktorov na utváranie zdravia populácie a boj proti chorobám nielen lekárske, ale i spoločenskými prostriedkami. New Public Health zároveň kritizuje prílišný dôraz kladený na financovanie a manažment, neuváženú privatizáciu a snahu trhu o ekonomický rast za každú cenu. Public Health, existujúci v súčasnej dobe v anglosaských zemiach, je blízky našej hygiene. Tu sa kritizuje jeho experimentálny a laboratórny charakter, dominancia fyzikálno-chemických rizikových faktorov, nedocenenie vplyvu socio-ekonomického prostredia na zdravie populácie a spoliehanie na verejné protiepidemické opatrenia.

V roku 1952 prijala komisia expertov WHO adaptovanú definíciu C.E.A. Winslowa z roku 1923: „Public Health je veda a umenie o prevencii chorôb, predĺžovaní života, rozvoji telesného a duševného zdravia a o efektívnosti cestou organizovaného úsilia spoločnosti“. Súčasná definícia verejného zdravotníctva vychádza z definície, ktorú vypracovala Achesonova komisia pre otázky budúceho rozvoja verejného zdravotníctva v roku 1988 pre potreby Európskeho spoločenstva.

V koncepcii verejného zdravotníctva pre SR (1997), ktorej návrh vypracovala Škola verejného zdravotníctva v Bratislave, sa píše: „Verejné zdravotníctvo je multidisciplinárny vedný odbor, zaoberajúci sa zdravím populácie a spôsobmi, ako predchádzať chorobám, predĺžovať život a posilovať zdravie prostredníctvom organizovaného úsilia spoločnosti“.

Názov VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO (uvedený v UNESCO klasifikácii vedných a

študijných odborov pre členské štáty Rady Európy) je všeobecne zaužívaný a vo svetových jazykoch má tieto podoby:

- anglický jazyk: PUBLIC HEALTH
- francúzsky jazyk: SANTÉ PUBLIQUE
- ruský jazyk: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
- španielsky jazyk: SALUD PÚBLICA

Ako samostatný študijný odbor je verejné zdravotníctvo uvedené v materiáli, vydanom United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, ED/BIE/CONFINTED 45/6, July 1996: International Standard Classification of Education-ISCED-revised version II., na str.23.

Hlavné úlohy odboru boli vypracované v súlade s materiálom WHO: Training in Public Health, Strategies to Achieve Competences. Public Health Dialogue Series No.2, WHO/EURO, apríl 1994, s. 64-68.

Hlavné úlohy verejného zdravotníctva ako odboru vyjadrujú skutočnosť, že zodpovednosť za zdravie populácie nie je viazaná výlučne na rezort zdravotníctva, ale je celospoločenskou záležitosťou. Verejné zdravotníctvo sa nezaobiera len zdravou populáciou, a teda výlučne primárnou prevenciou, ale i časťou populácie s narušeným zdravím a dáva podnety na smery rozvoja zdravotnej starostlivosti a na prijímanie opatrení v zmysle sekundárnej a terciárnej prevencie. Verejné zdravotníctvo nemožno chápať len ako výkonnú časť organizačného systému zdravotníctva, pretože riadiacu činnosť realizuje na základe analýzy skutočnosti a na základe spätnej väzby vytvára nové modely starostlivosti a nové možnosti zásahov do ovplyvnenia zdravia populácie.

Verejné zdravotníctvo sa uplatňuje najmä na úseku verejnej správy a pri riadení zdravotníckej starostlivosti a zdravotníckej praxe. Plní úlohy v oblasti výchovy, výskumu a informácií a podieľa sa na koncepcnej a programovej činnosti. Jeho hlavné úlohy sú tesne zviazané so základnou filozofiou stratégie SZO "Zdravie pre všetkých", ktorá sa opiera predovšetkým o primárnu zdravotnícku starostlivosť a podporu zdravia, rovnosť, medzirezortný prístup a účasť verejnosti. Vychádzajú z koncepcie štátnej politiky ochrany zdravia vrátane štátnej zdravotnej politiky a liekovej politiky. Verejné zdravotníctvo pomáha vytvárať teoretické zásady a odborné podklady k formulovaniu štátnej zdravotnej politiky a zároveň túto politiku realizuje.

Keďže je verejné zdravotníctvo multidisciplinárny odbor, na jeho náplni sa prirodzene podieľa celý rad disciplín, ako sú: medicína, a to najmä epidemiológia, sociálna a preventívna medicína, rehabilitácia, hygienické odbory, ďalej farmácia, zdravotnícka štatistika a zdravotnícka informatika, zdravotnícky manažment, psychológia zdravia, medicínska pedagogika, ošetrovatelstvo, výchova k zdraviu, zdravotnícke právo, ďalej matematika, demografia, metodológia, história, ekonómia, sociológia, humánna biológia, zdravotnícke inžinierstvo, ekológia, meteorológia a hygiena životného prostredia, architektúra, filozofia, lingvistika, politické vedy a etika.

Verejné zdravotníctvo sa uplatňuje najmä v podpore zdravia v jednotlivých rezortoch spoločnosti, v plánovaní a manažmente vo verejnom zdravotníctve, v riadení zdravotnej a sociálnej a enviromentálnej politiky, vo vyučovaní zdravotníckych vied a verejného zdravotníctva, v epidemiologickom a enviromentálnom výskume, vo farmakoepidemiológii,

monitorovacích systémoch, zdravotníckej informatike, vo vypracovávaní strategických projektov a vyhodnocovaní zdravotníckych služieb, v primárnej zdravotníckej starostlivosti, v zdravotníckom poradenstve a výchove k zdraviu a v zdravotníckej etike.

Prvá Škola verejného zdravotníctva (ŠVZ) na Slovensku vznikla v roku 1991 (13). Prvý oficiálny kontakt s Asociáciou škôl verejného zdravotníctva v Európe (ďalej ASPHER) nadviazali záujemcovia o vytvorenie takejto školy u nás ešte v roku 1979. Odvtedy sa zúčastňovali na zasadnutiach Valných zhromaždení ASPHER a mali možnosť spolupracovať s tzv. „task force“, čo bola skupina záujemcov o budovanie takýchto škôl vo svete. Na zriaďovaní ŠVZ na Slovensku sa podieľala cennými radami a pomocou pri školení pedagógov Svetová zdravotnícka organizácia. Významnú úlohu pri tom hral najmä projekt EUROHEALTH.

Riadením prípravných prác na založenie školy poveril minister zdravotníctva SR Alojz Rakús profesora MUDr. Ladislava Badalíka, DrSc. Prof. Badalík spolu so skupinou odborníkov potom definovali ciele školy, zvolili jej optimálny názov, vypracovali organizačnú štruktúru, stanovili edukačnú stratégiu a vypracovali varianty programu. Táto práca prebiehala formou série brainstormingov, ktorých predbežné výsledky boli konzultované s pracovníkmi Regionálnej úradovne SZO.

ŠVZ vznikla na báze vtedajšieho Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, dnešnej Slovenskej zdravotníckej univerzity ako osobitná časť jej štruktúry. V septembri 1992 bola medzi MZ SR a Regionálnou úradovňou SZO v Kodani uzatvorená dohoda o spolupráci pri plnení niektorých prioritných úloh programu EUROHEALTH. Jednou z vybraných úloh bolo posilňovanie budovania ŠVZ v Bratislave. V programovom manažmente dominuje štúdium Master of Public Health (ďalej MPH), ktoré v súčasnosti existuje ako trojročné prerušované štúdium. Dôležitým medzníkom v dejinách ŠVZ bola tzv. Peer review mission, ktorá sa uskutočnila na jeseň v roku 1993, kedy na požiadanie vedenia školy navštívila ŠVZ skupina odborníkov pre vzdelávanie a výskum vo verejnom zdravotníctve. V skupine boli zástupcovia SZO, ASPHER, a EHMA (Európska asociácia zdravotníckych manažérov).

Dňa 1. 9. 2002 bola založená Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Medzi jej 3 fakulty patrí aj Fakulta verejného zdravotníctva (FVZ), ktorá vznikla z pôvodnej Školy verejného zdravotníctva. V súčasnej dobe má fakulta tieto katedry: Katedru riadenia, Katedru hygieny, Katedru epidemiológie, Katedru hygieny práce, Katedru teoretických disciplín, Katedru komunitnej medicíny a Katedru výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky. S fakultou úzko spolupracujú najmä Katedra medicínskeho práva, Katedra medicínskej informatiky, Katedra medicínskej sociológie a Katedra medicínskej etiky. Prvou dekanou FVZ sa stala prof. MUDr. Margaréta Šulcová, CSc.

Fakulta verejného zdravotníctva realizuje výučbu na bakalárskom, magisterskom a doktorantskom stupni a v oblasti postgraduálneho vzdelávania je jej najvýznamnejšou pedagogickou aktivitou trojročné externé štúdium Master of Public Health. Okrem už predtým spomenutých úloh patrí k najdôležitejším činnostiam fakulty vytváranie teoretických podkladov pre tvorbu štátnej zdravotnej politiky a výchova špičkového zdravotníckeho manažmentu.

Napriek vývoju, trvajúceho stáročia, je verejné zdravotníctvo moderným vedným medicínskym odborom, ktorý výraznou mierou prispieva k zachovaniu a zlepšeniu zdravia populácie.

Literatúra

1. BENIAK, M.: Fragmenty z dejín zdravotnej výchovy na Slovensku. Bratislava : Ústav zdravotnej výchovy, 1993, 48 s. ISBN 80-7159-030-4
2. JUNAS, J., BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: Dejiny medicíny a zdravotníctva. Martin : Osveta, 1985, 568 s.
3. WEISSER, U.: Hippocrates, Galen. In: Klassiker der Medizin 1. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 11-29, ISBN 3 406 35537 4
4. SCHIPPERGES, H: Arabische Ärzte. In: Klassiker der Medizin 1. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 30-43, ISBN 3 406 35537 4
5. SCHOTT, H. et al.: Kronika medicíny. Bratislava : Fortuna Print, 1994, 648 s. ISBN 80-7153-081-6
6. Regiment zdraví. Regimen sanitatis salernitanum. Praha: Avicenum, 1980, s. 239, ISBN 08-020-82
7. ECKART, W.U.: Bernardino Ramazzini. In: Klassiker der Medizin 1. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 173-189, ISBN 3 406 35537 4
8. SEIDLER, E.: JohannPeter Frank. In: Klassiker der Medizin 1. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 291-308, ISBN 3 406 35537 4
9. LÜCKE, M.H.: Edward Jenner. In: Klassiker der Medizin 1. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 309-327, ISBN 3 406 35537 4
10. FALISOVÁ, A.: Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1999, 204 s.
11. ROVNÝ, I.: Ochrana a podpora zdravia, retrospektíva a perspektíva. Bratislava: ŠFZÚ SR, BA, 2002, 96 s.
12. MANN, G.: Rudolf Virchow. In: Klassiker der Medizin 2. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 203-215, ISBN 3 406 35537 4
13. BADALÍK, L., HEGYI, L., RUSNÁKOVÁ, V., ŠAJTER, V., TÓTH, K., FARKAŠOVÁ, D., ŠAŠINKA, M.: Škola verejného zdravotníctva v Bratislave, jej história, štruktúra a činnosť. In: Aktuálne úlohy zdravotnej výchovy v súčasnosti. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie XXVIII. Dní Ivana Stodolu. Bratislava: Štátny zdravotný ústav SR, 2001, s.49-52, ISBN 80-7159-133-5

Adresa autora: Prof. MUDr. L.H., DrSc.
Fakulta verejného zdravotníctva SZU
833 03 Bratislava 37, Limbová 12

Súhrn

Pojem „Verejné zdravotníctvo“ sa utváral po dlhé stáročia a je spojený s vývojom názorov na zdravie a na možnosti jeho ochrany a upevnenia. Od pôvodných primitívnych

foriem liečiteľstva cez Hipokrata, Galena a Avicenu sa formovala dnešná medicína. Snaha zabrániť šíreniu infekčných chorôb viedla cez formulovanie základných pravidiel hygieny a epidemiológie až po vytvorenie týchto samostatných vedných odborov. Snaha dožiť sa vyššieho veku v zdraví a zabrániť vzniku ochorení viedla k vytvoreniu pravidiel zdravej životosprávy ako ich formulovala napríklad salernská škola, neskôr Komenský a mnohí iní. Anglickí vedci Graunt, Petty a Halley sú zakladateľmi zdravotníckej štatistiky, ktorá umožnila presnejšie poznanie zdravotného stavu obyvateľstva. Napokon v polovine 19. storočia vzniká pojem „sociálnej medicíny“, pod ktorým sa združujú poznatky o zdravotnom stave obyvateľstva. Mimoriadny význam pre formovanie odboru verejného zdravotníctva mal Virchow, ktorý podčiarkol význam sociálnych reforiem pre zdravie obyvateľstva a povinnosť spoločnosti chrániť zdravie všetkých svojich členov. Súbežne so sociálnym lekárstvom sa vyvíjala hygiena, ktorá bola v anglosaských zemiach nazývaná „Public Health“, čiže verejné zdravie. Tento termín sa začal používať okolo roku 1840 pre zdravotnícke zákonodárstvo a sanitárne opatrenia na podporu zdravia sociálne slabých vrstiev obyvateľstva.

V roku 1952 prijala komisia expertov WHO adaptovanú definíciu C.E.A. Winslowa z roku 1923: „Public Health je veda a umenie o prevencii chorôb, predĺžovaní života, rozvoji telesného a duševného zdravia a o efektívnosti cestou organizovaného úsilia spoločnosti“. Táto definícia poslúžila ako základ pre definíciu, prijatú a vydanú Ministertvom zdravotníctva SR v prvej koncepcii verejného zdravotníctva z roku 1997.

Vyššie opísaný vývoj potvrdzuje jednak zložitosť pojmu „verejné zdravotníctvo“, jednak jeho multidisciplinárny charakter s výrazným podielom sociálneho lekárstva, hygieny, epidemiológie, štatistiky, výchovy k zdraviu a podpory zdravia, ako i ďalších odborov. Mnohorakosť pohľadov umožňuje rôznosť názorov a rôznosť definícií, ale potencuje tiež jeho dynamický rozvoj ako moderného vedného odboru, vytvárajúceho nielen exaktné podklady pre formulovanie štátnej zdravotnej politiky, ale napomáhajúceho zlepšeniu zdravotného stavu populácie.

Kľúčové slová: verejné zdravotníctvo – hygiena – epidemiológia – sociálna medicína – výchova k zdraviu – Škola verejného zdravotníctva