

# O B S A H

## Editorial



J. Přehnal: Systém péče o diabetiky vyššího věku ve světle evropských klinických doporučení - chyba

## Pôvodné články:



V.Dobiášová, E.Červeňanová, L. Bučková: Vedomosti a informovanosť verejnosti o aktivitách venovaných problematike fajčenia



I.Rovný: Úrazy detí a mládeže a prevencia pred nimi



H.Zavázalová, V. Zaremba, K. Zikmundová, J.Kotrba: Vybrané sociální charakteristiky osob vyššího věku

# VÝŽIVA, POTRAVINY, SPOLOČNÉ STRAVOVANIE- RETROSPEKTÍVA A PERSPEKTÍVA

I. Rovný

Katedra environmentálneho zdravia, Fakulta verejného zdravotníctva SZU, vedúci: h.Doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD., MPH

Súhrn: Autor v článku analyzuje spôsob výživy a jej trendy na Slovensku, vplyv stravovacích návykov na zdravotný stav obyvateľstva SR a postavenie Programu ozdravenia výživy obyvateľstva v oblasti prevencie civilizačných ochorení, najmä kardiovaskulárnych a nádorových. Ďalej sa zaoberá aj otázkou bezpečnosti potravín, ochrany zdravia a ochrany spotrebiteľa, ktorá je v súčasnosti najvyššou prioritou Európskej komisie.

Kľúčové slová: výživa, potraviny, stravovanie, legislatíva, odporúčané výživové dávky.

Výživa je faktorom vonkajšieho prostredia, ktorý významnou mierou ovplyvňuje kvalitu života človeka.

Správna výživa je základným predpokladom zdravého vývoja človeka, hlavnou podmienkou prevencie a súčasťou liečby závažných ochorení, ktoré postihujú veľké skupiny obyvateľstva, jeho chorobnosť a úmrtnosť a majú tiež nezanedbateľné sociálne a ekonomické dopady. Pritom vznik a rozvoj ochorení ako sú kardiovaskulárne a onkologické ochorenia diabetes mellitus, osteoporóza, anémia z nedostatku železa sa dá účinne ovplyvniť úpravou životosprávy, ktorej neoddeliteľnou súčasťou je výživa.

Spôsob výživy a jej trendy sa v minulosti menili pod vplyvom spoločenských, sociálnych zmien. Podobne ako v iných štátoch došlo aj u nás v povojnových rokoch, akonáhle to pomery dovolili, k vzostupu spotreby živočíšnych produktov, najmä mäsa, na úkor obilnín a zemiakov. Stúpla spotreba cukru, zatiaľ čo spotreba zeleniny a ovocia sa zmenila len málo. Tento trend prevažuje dodnes, hoci už dochádza pod vplyvom intervencie k zmenám. Taktiež sme svedkami na jednej strane extrémov v podobe vegetarianizmu, veganizmu alebo makrobiotiky a na druhej strane nekritického obdivu "západného životného štýlu" vrátane hamburgerov, hranoliek a koly.

Mnohé zdravotné problémy, ktoré dnes musí zdravotníctvo riešiť, majú základ práve v nevyváženej výžive a spotrebných trendoch z minulosti.

Zdravotný stav obyvateľov SR, v porovnaní s inými vyspelými krajinami sveta je nepriaznivý. Na srdcovo-cievne ochorenia ročne umiera 55% obyvateľov SR, na onkologické ochorenia cca 22%. Ochorenia obehovej sústavy si medzi príčinami úmrtí dlhodobo udržiujú

prvé miesto.

Nakoľko správna výživa je základom zdravia a podstatnou zložkou prevencie a liečby najvýznamnejších ochorení, ktoré postihujú veľké skupiny obyvateľstva, starostlivosť o zdravú výživu patrí k prioritám prijatým v SR.

V nadväznosti na toto, prijala vláda SR v roku 1999 Program ozdravenia výživy obyvateľstva.

Program ozdravenia výživy obyvateľstva SR má za úlohu zlepšiť výživový stav a v priamej nadväznosti na to aj zdravotný stav obyvateľstva SR a dosiahnuť prevenciu viacerých civilizačných ochorení - najmä srdcovo - cievnych a niektorých nádorových ochorení s plným využitím jedného z najvýznamnejších faktorov prevencie, ktorým je správna výživa vo vzťahu k veku, pohlaviu, zamestnaniu a k daným životným podmienkam človeka.

Program vychádza z dokumentov WHO a Slovenskej republiky najmä z Národného programu podpory zdravia, koncepcie Štátnej zdravotnej politiky a Akčného plánu pre prostredie a zdravie obyvateľstva SR.

Spája úlohy zdravotníctva, pôdohospodárstva, školstva, vedy, kultúry a masmediálnej politiky na tomto poli.

Ciele programu ozdravenia výživy sú všeobecné a konkrétne. Všeobecným cieľom je zlepšenie zdravotného stavu a prevencia civilizačných ochorení - najmä srdcovo - cievnych a nádorových prostredníctvom napr. poskytnutia vedeckých podkladov pre poľnohospodárstvo a produkciu nutrične hodnotných a zdravotne bezpečných potravín, legislatívnej podpory produkcie zdraviu prospešných kvalitných potravín, novej koncepcie rozvoja všetkých foriem spoločného stravovania, využitia odporúčaných výživových dávok, zmeny stravovacích zvyklostí a zmeny postoja občanov k vlastnému zdraviu, orientácie na mladú generáciu a zabezpečenia dostatočnej informovanosti občanov o zásadách správnej výživy, výživovej skladbe potravín, nových druhov potravín a o rizikách z nesprávnej skladby stravy. Konkrétne ciele sa týkajú zníženia negatívnych a zvýšenia pozitívnych výživových faktorov vo výžive a v nadväznosti na to zmeny štruktúry spotreby potravín. Ako príklad uvediem napr. zníženie denného energetického príjmu živočíšnych bielkovín o 10 %, príjmu tukov najmenej o 20 %, príjmu cholesterolu, sacharózy a chloridu sodného o 30 %. Zvýšenie sa týka vitamínov C,E a beta karoténu, celkových sacharidov (polysacharidov, vlákniny), nenasýtených mastných kyselín typu n-3, horčíka a vápnika, stopových prvkov zinka a selénu.

Uvedené požiadavky sa následne premietajú aj do spotreby potravín. Napríklad je potrebné znížiť spotrebu tučných druhov mäsa a výrobkov z nich, plnotučného mlieka, syrov a jogurtov s vysokým obsahom tuku, vajec, živočíšnych tukov a rastlinných stužených tukov, cukru, cukrárenských výrobkov a výrobkov s vysoko vymielanej múky, kuchynskej soli a alkoholických nápojov. Naopak je potrebné zvýšiť spotrebu obilnín a ich výrobkov z celozrnných a tmavých múk, strukovín, rýb, kyslo - mliečnych výrobkov, tvarohu a syrov s

nízkym obsahom tuku (do 20% tuku v sušine), zeleniny a ovocia, zemiakov, húb (hliv ustricovej), hydiny a prírodných minerálnych stolových vôd.

Ciele programu zabezpečujeme okrem iného aj:

#### 1. Masmédiálnou politikou

Podporujeme širokú publicitu programu v masmédiách širokospektrálnou a dlhodobou štátnou kampaňou (tlačové besedy, konferencie, platená inzercia a pod.)

V masmédiách sa propagujú ciele a smery programu ozdravenia výživy obyvateľstva, informujeme obyvateľstvo o zásadách správnej výživy, vysvetľujeme vzťah výživy k vzniku tzv. civilizačných ochorení, propagujeme nové ocenené výrobky, ktoré spĺňajú požiadavky programu ozdravenia výživy.

#### 2. Činnosťou poradní zdravia, ktoré sú súčasťou úradov verejného zdravotníctva (38 základných poradní zdravia v 36 ÚVZ) na území SR. Ich úlohou je najmä:

- rozvíjať široké zdravotno-výchovné aktivity pre cieľové skupiny občanov (napr. deti, starí občania, tehotné ženy a pod.) zamerané na správnu výživu s cieľom dostať potrebné informácie do povedomia širokej verejnosti,
- poskytovať masmédiám a ďalším záujemcom zdravotno-výchovné edičné materiály zamerané na výživu. V roku 2003 poskytli poradne zdravia v SR služby 23 000 klientom.

#### 3. Spoluprácou s nevládnymi organizáciami, ktoré sa zaoberajú výchovou obyvateľstva k správnej výžive, napr. Ochrana spotrebiteľa, Liga proti rakovine, Liga proti celiakom

4. Špecifikáciou potravinárskych výrobkov, ktoré majú výrazné znaky zlepšenia výživových faktorov oproti pôvodným výrobkom. V rámci uvedeného má významné miesto Kanadsko – Slovenský projekt „Zdravá výživa pre zdravé srdce“, kde logom srdca bolo doposiaľ označených viac ako 47 rôznych druhov potravín, napr. cereálne výrobky, mliečne výrobky, nápoje, mäsové výrobky.

#### 5. Podporou vhodného stravovania detí a mládeže

6. Uplatnením nových odporúčaných výživových dávok pre jednotlivé formy spoločného stravovania a okruhy stravníkov

7. Legislatívnou úpravou maximálneho obsahu rizikových faktorov v požívatinách, v potravinovom kódexe SR u komodít, napr. mäsové, mliečne, pekárenské a cukrárenské výrobky a nápoje), vyjadrovaním výživovej hodnoty potravín, reguláciou obsahu soli, tuku a cukru v potravinách.

Prijatie nových Odporúčaných výživových dávok pre obyvateľstvo v SR (tzv. OVD) Hlavným hygienikom SR v roku 1997, ktoré sú založené na WHO/FAO odporúčaníach, je ďalším významným krokom k zlepšeniu výživového a tým aj zdravotného stavu obyvateľstva.

OVD sú určené na plánovanie výroby a spotreby potravín, koncipovanie zásad výživovej a potravinovej politiky. Zároveň sú určené ako východiskové údaje pre rôzne formy stravovania, ako kritérium pre hodnotenie spotrebných údajov u väčších populačných skupín, najmä však na vypracovanie rôznych variantov odporúčaných dávok spotreby potravín. OVD utvárajú základný predpoklad racionálnej výživy a jej preventívneho pôsobenia u väčších skupín populácie. Vyjadrujú zároveň súčasné ciele, ktoré sa majú dosiahnuť vo výžive obyvateľstva SR.

Slovenská republika sa v súvislosti so snahou o zlepšenie výživového stavu obyvateľstva zapája do medzinárodných intervenčných a monitorovacích programov ako sú napr. CINDI, MONICA.

ÚVZ SR v nadväznosti na program WHO v súčasnosti pripravuje implementáciu stratégie pre výživu, fyzickú aktivitu a zdravie v SR.

Dosiahnutie zlepšenia zdravotného stavu obyvateľov SR je dlhodobou úlohou, kde postavenie starostlivosti o zdravú výživu má rozhodujúci vplyv.

V súvislosti s výživou nemožno zabudnúť ani na problematiku bezpečnosti potravín, pre ktorú sú v SR vytvorené všetky legislatívne opatrenia v súlade s požiadavkami EK. Táto oblasť je u nás riešená v rámci zákona NR SR č. 152/1995 o potravinách v znení neskorších predpisov.

Obsahuje základné pravidlá výroby, manipulácie a obehu potravín, kontroly a splnomocnenia na vydávanie vykonávacích predpisov. Nadväzne na tento zákon sú vydávané ďalšie predpisy potravinového práva, a to horizontálne, ktoré sa vzťahujú na všetky potraviny, napr. pre kontaminanty, pre prídavné látky, pre mikrobiologickú bezpečnosť alebo ich rozhodujúcu časť a vertikálne, ktoré sa vzťahujú na určitú komoditu. Špecifiká niektorých komodít sú zakotvené

v osobitných legislatívnych úpravách ako napr. zákon o vinohradníctve a vinárstve. Vykonávacím predpisom zákona je Potravinový kódex SR.

Už v minulosti boli vlastnosti potravín uvádzaných na trh a podmienky obchodu s nimi predmetom záujmu človeka a tým aj predmetom právnej regulácie. Pozornosť sa zameriavala nielen na hospodárske aspekty ale hlavne na zdravotné aspekty, vzhľadom na možné riziko ohrozenia zdravia.

Originálnym regulačným nástrojom, ktorý vznikol v oblasti rakúskeho práva bol tzv. potravinový kódex (Codex Alimentarius austriacus) vydaný v troch zväzkoch v r. 1911, 1912 a 1917, ktorý zachytil pre jednotlivé výrobky platné predpisy, popis tovaru, jeho zloženie, skúšanie a pod. V tridsiatych rokoch bol aktualizovaný, preložený do češtiny a rozšírený aj na oblasť bývalého uhorského práva už ako Potravinový kódex československý.

Potravinová legislatíva Slovenskej republiky mala v minulosti charakter národnej legislatívy a prechádzala viacerými aktualizáciami. Pri jej tvorbe sa vychádzalo zo záverov uznávaných medzinárodných organizácií a z výsledkov dlhoročného monitoringu. Možno spomenúť napríklad rozsiahlu oblasť cudzorodých látok, kde došlo k najvýraznejším zmenám.

V roku 1995 podpísala SR Európsku dohodu o pridružení. Z nej, ako jedna z hlavných podmienok pre integráciu Slovenska do Európskej únie a tým zabezpečenie voľného pohybu tovaru v rámci EÚ, vyplynula povinnosť zblížovania existujúcich a pripravovaných legislatívnych predpisov Slovenskej republiky s predpismi únie. Toho času je potravinová legislatíva Slovenskej republiky, ako právoplatného člena Európskej únie, plne harmonizovaná s legislatívou EÚ, avšak niektoré oblasti si zachovali aj požiadavky národnej legislatívy, ktoré sa vzťahujú len na výrobcov v SR a dovozcov z tzv. tretích krajín.

V nadväznosti na kauzy ako choroba šialených kráv, slintačka a krívačka a iné vstúpila do popredia otázka bezpečnosti potravín, ochrany zdravia a ochrany spotrebiteľa, ktorá je v súčasnosti najvyššou prioritou Európskej Komisie. Bezpečnosť potravín je chápaná ako celok, pričom zahŕňa potravinovú, veterinárnu, fytosanitárnu legislatívu a legislatívu pre krmivá a je v súčasnosti najdiskutovanejšou problematikou na úrovni tak členských i kandidátskych krajín.

Na dosiahnutie bezpečných potravín je nevyhnutný celý komplex opatrení od produkcie surovín, cez ich spracovanie, manipuláciu s nimi až po uvedenie potraviny do obehu, ďalej zabezpečenie správnej manipulácie s potravinou užívateľom – spotrebiteľom.

Zabezpečovanie zdraviu neškodných potravín malo už v minulosti u nás dobrú tradíciu a v súčasnosti je zabezpečované na kvalitnej úrovni zásluhou systému opatrení na utváranie podmienok pre produkciu potravín zdraviu neškodných a zároveň prostredníctvom harmonizovanej legislatívy Slovenskej republiky, čím sa zabezpečuje rovnocenná úroveň ochrany spotrebiteľa na úrovni EÚ.

SR sa prostredníctvom svojho členstva vo FAO zapája aj do medzinárodného programu štandardizácie potravín. V rámci Organizácie Spojených Národov je od 1963 vytvorená spoločná komisia organizácii FAO/WHO – Komisia Codex Alimentarius, ktorej úlohou je vydávať medzinárodne odporúčané potravinárske predpisy, slúžiace na ochranu spotrebiteľa a na usmerňovanie potravinárskych výrobných a obchodných praktík.

Súbežne s problematikou bezpečnosti potravín sa kladie stále väčší dôraz aj na kvalitu potravín a ich účinok na zdravie. Tento fakt je pre agropotravinárske odvetvie výzvou

aj príležitosťou. Výzvou vo vedeckých a technických objavoch, akými je napr. nástup geneticky modifikovaných potravín, funkčných potravín a príležitosťou v ekonomickej oblasti, nakoľko potraviny sú tradične jednou z hlavných opôr exportu.

K uvedenému bezpochyby patrí efektívny a vysoko kvalifikovaný systém dozoru rozpracovaný v dokumente Národného programu úradnej kontroly potravín v SR, ku ktorému patria orgány na ochranu zdravia v SR.

V súvislosti so zabezpečením dostupnosti kvalitných a zdravotne nezávadných potravín a z nich pripravených pokrmov pre každého a v spojitosti so starostlivosťou o zdravú výživu populácie, v súčasnej uponáhľanej dobe vystupuje čoraz viac do popredia problematika spoločného stravovania. Úspora času je totiž jedným z najdôležitejších faktorov zvládania každodenných povinností, či už pracovných alebo súkromných, a jedným z riešení je využívanie zariadení spoločného stravovania (ZSS). Táto tendencia bude mať narastajúci charakter aj v budúcnosti. Nakoľko ide o hromadné stravovanie veľkého množstva ľudí, často vulnérabilných populačných skupín (v školských zariadeniach, v školách, v zariadeniach sociálnych služieb, v zdravotníckych zariadeniach), kde sa denne pripravuje veľké množstvo pokrmov, existuje tu zvýšené epidemiologické riziko. Z tohto dôvodu sú na ZSS kladené čoraz väčšie požiadavky tak, aby sa zabezpečila vysoká úroveň ochrany zdravia konzumentov.

Legislatívne je táto problematika riešená v zákone NR SR č. 272/1994 § 13m o ochrane zdravia ľudí. Požiadavky na zariadenia spoločného stravovania sú podrobnejšie upravené vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 214/2003, ktorou sa ustanovujú hygienické požiadavky na stavebno-technické riešenie, priestorové usporiadanie, vybavenie, vnútorné členenie a na prevádzku zariadení spoločného stravovania, požiadavky na výrobu, prípravu a podávanie pokrmov a nápojov, postup pri odbere vzoriek hotových pokrmov a ich uchovávaní a obsah dokumentácie ako aj požiadavky na dodržiavanie osobnej hygieny a dodržanie hygienických požiadaviek zamestnancami spoločného stravovania

Nové legislatívne požiadavky vyžadujú od výrobcov dodržiavanie prísnych kritérií pri výrobe a manipulácii s potravinami. Od 1. januára 2000 Potravinovým kódexom SR je stanovená zákonná povinnosť majiteľov a prevádzkovateľov zariadení spoločného stravovania uplatňovať zásady správnej výrobných praxe/HACCP vo svojich zariadeniach.

V súčasnosti zo strany orgánov na ochranu zdravia je venovaná mimoriadna pozornosť nielen na zavádzanie systému HACCP ale aj na kontrolu monitorovania kritických kontrolných bodov, ako rizikových či ochranných miest pre zdravotnú bezpečnosť hotových pokrmov pripravovaných vo všetkých typoch zariadení spoločného stravovania.

V zmysle zákona č.152/1995 o potravinách sú majitelia a prevádzkovatelia zariadení povinní: "vykonať všetky potrebné opatrenia, ktorými zabezpečia, aby sa príprava, spracovanie, výroba, skladovanie, preprava, distribúcia, manipulácia a ponúkajú potravín, pochutín a nápojov na predaj vykonávali hygienickým spôsobom".

Výživa, potraviny a s tým súvisiace spoločné stravovanie sú rozsiahlou oblasťou, kde

dochádza k prudkému rozvoju na poli vedeckých objavov, poznatkov a technológií. Zároveň sa vplyvom globalizácie a umožnením voľného obehu tovaru a služieb, zvýšila dostupnosť netradičných komodít potravín. Na túto skutočnosť reagujeme cestou zabezpečenia zdraviu neškodných, kvalitných potravín a pokrmov a realizáciou efektívnych intervenčných programov, zameraných na ozdravenie výživy tak, aby sme zabezpečili ochranu zdravia každého jedného obyvateľa Slovenskej republiky, čo je našou najvyššou prioritou.

#### Literatúra:

1. Program ozdravenia výživy obyvateľov SR, schválený uznesením vlády SR č. 894 zo dňa 13. októbra 1999
2. Národný program podpory zdravia, schválený uznesením vlády SR č. 659 zo dňa 19. novembra 1991 a jeho aktualizácie z r.1995 a z novembra 1999
3. Odporúčané výživové dávky pre obyvateľov SR (č.: SOTO – 1586/1997), Vestník MZ SR, čiastka 7 – 8 z 28. apríla 1997
4. Zákon NR SR č. 152/1995 o potravinách, Zbierka zákonov č. 51/1995, s. 1482
5. Potravinový kódex Rakúska, Codex Alimentarius Austriacus, r. 1911, 1912, 1917

#### Adresa autora:

h.Doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD., MPH Katedra environmentálneho zdravia, Fakulta verejného zdravotníctva SZU, 833 03 Bratislava 37, Limbová 12



# Vedomosti a informovanosť verejnosti o aktivitách venovaných problematike fajčenia

<sup>1</sup>Věra DOBIÁŠOVÁ, <sup>2</sup>Eva ČERVEŇANOVÁ, <sup>1</sup>Ľudmila BUČKOVÁ

## GENERAL KNOWLEDGE AND ACQUAINTANCE OF PUBLIC WITH ACTIVITIES DEVOTED TO THE PROBLEM OF SMOKING

(<sup>1</sup> Z Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Trenčíne, riaditeľka MUDr. Věra Dobiášová, MPH a <sup>2</sup>Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Ústavu zdravotníctva a ošetrovateľstva, riaditeľ Doc. MUDr. Ján Bielik, CSc. )

SÚHRN:	SUMMARY:
<p>Východiská: Intervenčné programy podpory zdravia môžu odovzdávať vedomosti, rozvíjať schopnosti alebo podporovať pozitívne zdravotné rozhodnutia. Podľa doterajších skúseností je však najlepšie, ak sa súbežne kombinuje viac prístupov, vzájomne integračne prepojených – individuálneho a populačného.</p> <p>Súbor a metódy: S cieľom zistiť prevalenciu fajčenia, informovanosť verejnosti o aktivitách venovaných problematike fajčenia a zdroje informácií sme analyzovali odpovede od 911 dobrovoľných respondentov, obyvateľov mesta Trenčín a jeho blízkeho okolia počas jedného dňa – 21. novembra 2002, Medzinárodného nefajčiarskeho dňa. Respondenti vyplňali dotazník anonymne. Otázky im kladlo sedem dvojíc, študentiek Strednej zdravotníckej školy a Obchodnej akadémie v Trenčíne.</p> <p>Výsledky: Pravidelné fajčenie sa zistilo u 36,2% mužov a 18,4% žien. Príležitostne fajčí 14,7% mužov a 21,0% žien. Najvyšší počet fajčiarov, i tých čo fajčia príležitostne bolo vo vekovej skupine 20-29 ročných u mužov i žien. Aktivity venované problematike fajčenia poznalo 23,9% opýtaných. Informácie o Medzinárodnom nefajčiarskom dni – 21. november 2002 malo 164 osôb, čo bolo 18,0% zo všetkých oslovených (n=911). Hlavným zdrojom informácií je televízia - 53,6%, rozhlas- 39,0%, tlač a internet cca 30,0%. Zdravotníckych pracovníkov, ako zdroj informácií udáva 6,0% tých, čo vedeli o nefajčiarskom dni. Fajčiari, ktorí vedeli o nefajčiarskom dni n= 82, sa v uvedený deň vo fajčení neobmedzovali v 82,9%. Vytvorenie nefajčiarskych zón podporuje určité áno 48,0% a skôr áno 26,0% respondentov.</p> <p>Záver: Výsledky sledovania poukazujú na vysokú prevalenciu fajčenia v regióne Trenčín, predovšetkým vo vekovej skupine mladých ľudí oboch pohlaví. Médiá zohrávajú významnú úlohu pri prezentovaní zdravotno výchovných aktivít. Nedostatočná a nedocenená je kontrola tabaku</p>	<p>Basis: Interventionist programmes of supporting health can bring knowledge, develop abilities or encourage positive health decisions. However, our experience up to now has confirmed that the best way is parallel combination of more integrally interconnected attitudes – the individual one and the population one.</p> <p>File and methods: The aim of this survey was to find out the prevalence of smoking, acquaintance of the public with the activities devoted to the problem of smoking and the sources of information. We have analysed 911 responses from the volunteers from Trenčín and its surroundings. The responses were collected on one day, November 21, 2002, The International Non – Smoking Day, The questionnaire was filled anonymously. The questions were given by seven pairs of secondary school students, representatives of Stredná zdravotnícka škola (The Secondary School for Health Workers) and Obchodná akadémia (The Secondary Business School) in Trenčín.</p> <p>Results: Regular smoking was found out in 36.2% men and in 18.4% women. 14.7% men and 21.0% women smoke occasionally. The highest number of smokers, both regular and occasional, men and women was found out in the age group 20 – 29 years old. 23.9% respondents were acquainted with activities devoted to the problem of smoking. Information about The International Non – Smoking Day – November 21 – was known to 164 people, which was 18% from all responded (n = 911). The main source of the information is television – 53.6%, radio – 39.0%, press and the Internet – approximately 30.0%. Health workers as the source of information were given by 6.0% from those who knew about non – smoking day. The smokers who were informed about non – smoking day n = 82 did not restrict themselves in 82.9%. Making of the non- smoking zones is supported by 48.0% - „definitely yes“, and 26.0% - „rather yes“, from the respondents.</p> <p>Conclusions: The results of this survey refer to the high prevalence of smoking in the region of Trenčín, especially in the age group of young people, both men</p>

<p>v dennej praxi zdravotníckych pracovníkov ambulancií, oddelení nemocníc, klinických pracovísk, predovšetkým na individuálnej úrovni.</p> <p>K l ú č o v é s l o v á: fajčenie – kontrola tabaku – vedomosti obyvateľov – individuálna a populačná intervencia.</p>	<p>and women. An important role in presenting health – educational activities is taken by media. "Tobacco control," in a daily routine of medical practice, hospital wards and clinic health workers is insufficient and underestimated, especially on the individual level.</p> <p>Key words: smoking – tobacco control –public knowledge – individual and population intervention.</p>
---	--

## Úvod

Fajčenie, ako závažné chronické ochorenie je v súčasnosti popri AIDS najzávažnejší celosvetový medicínsky problém. Asi 60, 0% fajčiarov má ťažkú závislosť na nikotíne. Tá sa často kombinuje s inými drogami. Fajčí napr. cca 90, 0% alkoholikov. Cez uvedené legálne spoločnosťou tolerované drogy sa predovšetkým mladí ľudia dostávajú k marihuane či heroínu. (1). Každoročne je publikovaných množstvo prác z najrôznejších medicínskych odborov, ktoré dokladujú negatívny účinok fajčenia na orgánové systémy, ktoré sú predmetom sledovania jednotlivých odborov. V kontexte súhrnnej populačnej stratégie redukcia fajčenia je celosvetovým imperatívom.

Rozhodujúcu úlohu v „kontrole tabaku“ majú zdravotnícki pracovníci. Je však až nepochopiteľné, ako mnohí z nich opomínajú problematiku fajčenia, pritom fajčenie v mnohých smeroch predčí, čo do ohrozenia ľudstva i tak obávaný AIDS. Je najvyšší čas na to, aby sa zisťovanie fajčiarskeho statusu, odborné poradenstvo a podpora v tom, aby fajčiari prestali fajčiť, dostalo do dennej praxe lekárov a sestier v ambulanciách i na všetkých oddeleniach nemocníc. Fajčenie je dnes významný pediatrický problém, pretože väčšina dospelých fajčiarov začína fajčiť v období detstva a adolescencie (2, 3, 4). Je dôležité nefajčiarov za ich pozitívne chovanie chváliť, predovšetkým tehotné ženy a podporovať ich v nefajčení. ( 5, 6).

Zdravotnícki pracovníci by sa mali stať významnými spojencami špecialistov na podporu zdravia, ak príjmu funkciu obhajcov zdravého životného štýlu. K tomu však bude treba ešte veľa úsilia, pretože aj medzi lekármi i zdravotnými sestrami je veľa fajčiarov, ktorí sa veľmi ťažko vzdávajú svojej závislosti na nikotíne.

Na programoch zameraných na deti a mladistvých, ktoré by mali trvať niekoľko rokov, spolupracuje škola so zdravotníckymi organizáciami. (1, 2). Pritom je však potrebné venovať dostatočnú pozornosť zodpovedajúcemu výcviku učiteľov a pedagógov v podpore zdravia.

Médiá, predovšetkým verejnoprávne, zohrávajú najdôležitejšiu rolu v populačnej stratégii primárnej prevencie, nie len v problematike fajčenia. Dnes si úspech žiadnej kampane bez účinnej podpory médií nevieme predstaviť.

Nové technológie, využitie internetu a iných elektronických prostriedkov na výmenu a uchovanie zdravotníckych informácií v sebe zahŕňa pre nás nové slovo e-health, ktoré sa začalo používať už v roku 2000. E-health sa rozdeľuje napr. na e-care (e-starostlivosť), na e-learning (e-učenie), ku ktorému môžeme priradiť preventívne medicínske vzdelávanie populácie občanov a vzdelávanie profesionálov ako aj monitorovanie ich spôsobilostí. (7).

## Súbor a metódy

Anonymne bolo vykonané dotazníkové vyšetrenie zamerané na zistenie miery zdravotného uvedomenia a informovanosti obyvateľstva o vykonávaní medzinárodných aktivít venovaných problematike fajčenia, zistenie názorov a postojov k fajčeniu a rozšírenie fajčenia v populácii.

Celkom bolo oslovených 1 108 obyvateľov mesta Trenčín a blízkeho okolia. Rozhovor odmietlo 227 oslovených, to je 20, 0% - prevažne mužov. S rozhovorom súhlasilo 911 osôb t. j. 80, 0% opýtaných. Pre výber respondentov neboli stanovené žiadne špecifické kritériá. Priemerný vek respondentov bol 29 rokov, mužov bolo 41, 0% a žien 59, 0% vo veku 15 až viac ako 65 rokov. U oboch pohlaví najčastejšie bola zastúpená veková skupina 20 – 29 ročných – 32, 4% mužov a 26, 4% žien, ďalej skupina 40 – 49 ročných - 20, 4% mužov a 18, 4% žien. Rozdelenie respondentov podľa vzdelania: základné vzdelanie malo 4, 7%, stredoškolské 48, 5%, vysokoškolské 14, 6% respondentov. Vyučených bolo 32, 2% opýtaných. Z mesta bolo 60, 4%, z vidieka 39, 6% osôb.

Bol vypracovaný veľmi stručný dotazník. Mal dve časti. Prvú časť tvorili otázky na zisťovanie statusu fajčiara, druhú časť otázky zamerané na zistenie zdroja informácií o aktivitách venovaných problematike fajčenia, vedomostí a postojov k pasívnemu fajčeniu.

Výskyt uvedených znakov sme analyzovali v skupine mužov a žien podľa ich fajčiarskeho chovania na nefajčiarov, príležitostných fajčiarov - fajčiacich menej ako 10 cigariet za deň, fajčiarov – fajčiacich 15 a viac cigariet za deň. Respondenti boli oslovení na siedmich stanovištiach v meste Trenčín. Dotazník vyplnili respondenti s pomocou študentov Strednej zdravotníckej školy a Obchodnej akadémie v Trenčíne.

## Výsledky

Pravidelné fajčenie sa zistilo u 25, 6% opýtaných osôb, z toho u mužov 36, 2% a 18, 4% u žien. Príležitostne si zapáli cigaretu 14, 7% mužov a až 21, 0% žien. V meste fajčí 26, % osôb, na vidieku len o 3, 2% osôb menej. Príležitostné fajčenie bolo zistené na rovnakej úrovni v meste aj na vidieku – 16, 9% osôb. Podľa pohlavia a vekovej špecifikácie u mužov je najviac pravidelných fajčiarov na úrovni 13, 4% a príležitostných fajčiarov 4, 1% vo vekovej skupine 20 - 29 ročných, nasleduje skupina pravidelných fajčiarov v skupine 40-49 ročných, ako aj skupina 30-39, v ktorých fajčí približne rovnaký počet osôb – 6, 9% a 6, 1%. (Graf č.1). U žien najvyšší počet fajčiarok bol zistený taktiež v skupine 20 - 29 ročných (5, 0%), ako aj i príležitostných (6, 3%).

Alarmujúci je počet pravidelných 3, 0% a príležitostných fajčiarok 4, 2% v najmladšej vekovej skupine 15 - 19 ročných dievčat. (Graf č. 2).

V prípade väzby fajčenia na stupeň vzdelania bol najvyšší podiel pravidelných fajčiarov mužov i žien s maturitou (17, 1% muži a 10, 0% ženy), nasledujú osoby vyučené (14, 2% muži a 4, 5% ženy). Na otázku, či fajčí niekto ďalší v rodine odpovedalo až 44, 6% respondentov, že áno.

Analýzou otázok zameraných na zistenie informovanosti o aktivitách medzinárodného charakteru venovaných problematike fajčenia (31. máj, 21. november, súťaž „Prestaň a vyhráš“), odpovedalo kladne, že vie, 23, 9% opýtaných, z toho jednu aktivitu uviedlo 66, 5%, dve aktivity 17, 9% a všetky tri 15, 6%. Najviac vedomostí mali osoby v skupine 50 - 58 ročných 48, 0%, nasledovala skupina 60 a viac ročných 42, 0%. V decéniách 20, 30, 40 ročných bol približne rovnaký počet cca 22,0% kladných odpovedí. Najznámejšou aktivitou bola súťaž „Prestaň a vyhráš“, tú poznali predovšetkým fajčiari vo veku 40 rokov a viac. Celkovo nebol zistený rozdiel v informovanosti o aktivitách s protifajčiarskou tematikou medzi fajčiarimi a nefajčiarimi. Respondentom, ktorí vedeli o Medzinárodnom nefajčiarskom dni (n=164), bola položená otázka: „Odkiaľ vedia, že tento deň je Medzinárodným nefajčiarskym dňom?“ Zdroje informácií uvádza graf č. 3. Vzhľadom k tomu, že opýtaní mohli označiť všetky zdroje informácií, z ktorých sa o tomto dni dozvedeli, je súčet relatívnych početností v grafe väčší ako 100, 0%. Hlavným zdrojom informácií o Medzinárodnom nefajčiarskom dni sú jednoznačne médiá, predovšetkým televízia (53, 6%) a rozhlas (39, 0%). Tlač a pomerne nový zdroj informácií – internet, sú zastúpené temer rovnako 31, 7% k 29, 8%. Zdravotníckych pracovníkov, ako zdroj informácií, udáva 6, 0% tých, ktorí boli o tomto dni informovaní. Keďže 82 osôb, ktoré vedeli o uvedenom dni, boli fajčiari, zisťovali sme u nich chovanie v tento deň vzhľadom k fajčeniu – 82, 9% z nich sa vo fajčení neobmedzovalo, fajčili ako zvyčajne, 9, 7% fajčenie obmedzilo a len 7, 3% z nich nefajčilo. Tí, čo nefajčili, boli všetko ženy, príležitostné fajčiarky. Uvedený deň bol venovaný pasívnemu fajčeniu, preto sme sa respondentov opýtali na ich názor vytvorenia nefajčiarskych zón na rôznych miestach napr. v reštauráciách, v parkoch či na športoviskách. Až 48, 0% opýtaných vyslovilo presvedčenie, že určite áno, 26, 0% skôr áno. Opačný názor, skôr nie resp. určite nie malo 14, 8% osôb. Je potešiteľné, že i pravidelní a príležitostní fajčiari boli za vytvorenie nefajčiarskych zón. (Graf č. 4).

## Diskusia

Poznatky o rizikovom správaní sa obyvateľstva, postojoch obyvateľstva k vlastnému zdraviu i zdraviu spoločnosti, informovanosť obyvateľstva o zdravom spôsobe života predstavujú významný základ pre prevenciu ochorení, ako aj organizáciu zdravotníckej starostlivosti.

Ako odborní pracovníci verejného zdravotníctva sme si vedomí, že našou významnou činnosťou či náplňou práce je predovšetkým počúvať čo hovoria ľudia, čo vedia, čomu veria, ako sú schopní sa zapojiť do aktivít verejného zdravotníctva, vzdelávať odborníkov i verejnosť za účelom prijímania správnych rozhodnutí, spolupracovať s médiami, využívať na presadzovanie opatrení a aktivít obdobia, kedy je

vnímavosť verejnosti na problematiku zdravia vyššia. (8).

Na medzinárodnej, resp. celosvetovej úrovni, sú tri aktivity venované problematike fajčenia. Je to 31. máj - od roku 1987 z iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie nazvaný ako „Svetový deň bez tabaku“, ďalej tretí štvrtok v mesiaci november ako - „Medzinárodný nefajčiarsky deň“ a „Quit and win“ – každý druhý rok súťaž pre fajčiarov, ktorá vrcholí 31. májom, „Svetovým dňom bez tabaku“. Organizátormi týchto aktivít na Slovensku sú predovšetkým pracovníci verejného zdravotníctva.

Vieme, že naši lekári ani sestry nevenovali, a v súčasnosti ani dnes nevenujú rizikovosti fajčenia takú pozornosť, ktorú si táto závažná problematika zasluhuje. Pritom úloha lekárov v prevencii fajčenia, ako aj ďalších rizikových faktorov srdcovocievnych ochorení, vykonávaním ich nefarmakologickej liečby sa dokázala v mnohých sledovaniach. (5, 6, 9). Aká je realita ?

Hodnotenie vedomostí, prístupov a praktické skúsenosti v oblasti podpory zdravia u všeobecných lekárov a ich sestier pracujúcich v oblasti primárnej zdravotníckej starostlivosti bolo úlohou pilotnej štúdie KAP (Knowledge, Attitude, Praxis) vykonanej na Slovensku v rámci PHARE projektu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. (10). Do pilotnej štúdie bolo zapojených 658 respondentov, 47, 0% lekárov a 53, 0% sestier. Z výsledkov vyplynulo, že prevencia nenachádza uplatnenie v praxi i keď väčšina lekárov a sestier udáva, že prevencia a kuratíva sú si rovnocenné, ale dosť vysoké percento lekárov, menej sestier, uplatňuje kuratívnu terapeutickú starostlivosť. Respondenti udávajú, že na podporu zdravia nemajú požadovaný čas. Nedostatok vzdelania pre prácu v podpore zdravia uvádzalo až 50, 0% sestier a 37, 0% lekárov. Mnohí vyjadrujú aj pochybnosti a skepticizmus o efektívite podpory zdravia v primárnej prevencii. Americká štúdia (viac než 700 všeobecných lekárov) ukázala, že americkí všeobecní lekári sa cítia po vedomostnej stránke dobre pripravení na individuálne poradenstvo, ale lekári tiež pochybujú o úspechoch v zmene behaviorálneho správania sa pacientov. (11).

Dôkazy o efektívite podpory zdravia prináša správa Medzinárodnej únie pre podporu zdravia a zdravotnú výchovu (International Union for Health Promotion and Education – IUHE) vypracovaná pre Európsku komisiu. Tento dokument prináša zhodnotenie 20 ročných dôkazov o zdravotných, sociálnych, ekonomických a politických dopadoch podpory zdravia a doporučenia pre ďalší postup. (12).

Kavcová a spol. (13) zisťovali názory a vedomosti medikov k problematike fajčenia a zdravia. Až cca 94, 0% medikov 1. a 5. ročníka súhlasí s pozitívnou úlohou lekárov v kontrole fajčenia. Napr. pri každodennom kontakte s pacientom by malo byť samozrejmosťou konštatovať, že nefajčenie patrí k zdravému spôsobu života. Na druhej strane bolo zistenie, že len menej ako polovica študentov (48, 8%) na konci štúdia na lekárske fakultách - t. j. v piatom ročníku - má dostatočné znalosti na to, aby vedela poradiť ľuďom, ako prestať fajčiť. Výučba v oblasti poskytnutia pomoci fajčiarom je nedostatočná i v Anglicku. Len 17, 0% medikov dokáže poskytnúť náhradnú nikotínovú terapiu, terapiu bupropion len 5, 0%. (14).

Vedomosti a prax lekárov v kontrole hypertenzie sledovali Egnerová a spol. (15). Zistili, že rizikový faktor fajčenie zisťovalo v anamnéze 97, 0% lekárov, ako nefarmakologickú liečbu odvykanie si od fajčenia odporúčalo svojim pacientom 73, 0% z nich. Avšak vysvetliť, ako nefarmakologický postup prakticky vykonať vedelo len 61, 0% lekárov.

Z údajov získaných v štúdiu „Health Monitor“ organizovanej na Slovensku v roku 2002, ktorej sa zúčastnilo i naše pracovisko vyplynulo i to, že respondentom, ktorí často navštevujú zdravotnícke zariadenia, sa často merajú základné biologické rizikové faktory (tlak krvi, cholesterol, či zisťuje fajčiarsky návyk), ale napriek tomu dostávajú len málo informácií od lekárov a ostatných zdravotníkov o potrebe a spôsobe ako pozitívne zmeniť životný štýl. Lekári radili len 25, 0% fajčiarom a 19, 3% fajčiarkam prestať fajčiť, iní zdravotnícki pracovníci dávali túto radu ešte zriedkavejšie. (16).

Niekoľko epidemiologických štúdií dokázalo, že fajčenie cigariet predstavuje nezávislý rizikový faktor ischemickej cievej mozgovej príhody. (17). Zo zostaveného registra hospitalizovaných pacientov na vybrané diagnózy cievnych chorôb mozgu v regióne Rimavská Sobota (rok 1995–2001, n=1 308), údaj o fajčení chýba až u 77,5% hospitalizovaných. (17).

Zdravotnícki pracovníci by mali byť príkladom pre svojich pacientov a nemali by fajčiť, resp. byť vzorom i v chovaní a zdravom spôsobe života. Kolegovia v Čechách (18) vo svojom sledovaní stanovovali výšku rizika kardiovaskulárnych ochorení u zdravotníckych pracovníkov a pokúsili sa ovplyvniť rizikové faktory s cieľom znížiť celkové riziko. Medzi zdravotníkmi bolo zistených 30, 5% fajčiarov a 29, 0% fajčiariok. Nadhmotnosťou trpí 20, 4% žien a 8, 9% je v pásme obezity, u mužov – zdravotníkov má 40, 9% nadhmotnosť, obezitou trpí 10,0% mužov. Celkom 39, 3% zdravotníkov má zvýšenú hladinu cholesterolu nad normu. Riziko KVO nad 20, 0% v 60 rokoch veku bolo zistené u 20, 0% mužov, priemerného veku 42, rokov. Ochota zdravotníckych pracovníkov k cielej intervencii rizikových faktorov sa ukázala ako nízka. O ďalšiu spoluprácu prejavilo záujem 28, % osôb zo súboru rizikových zamestnancov.

Naše výsledky ukázali vysokú prevalenciu fajčenia u obyvateľov Trenčianskeho regiónu u oboch pohlaví. Pravidelne tu fajčí 36, 2% mužov a 18, 4% žien, čo je cca o 5, 0% menej ako v bežnej populácii

Slovenska. V súčasnosti na Slovensku pravidelne fajčí 40, 1% mužov a 23, 7% žien. Zistená prevalencia súčasného fajčenia potvrdila relatívne stabilizujúci sa až klesajúci trend fajčenia u mužov a minimálne stúpajúci trend fajčenia u žien. Najrizikovejšie sú najmladšie vekové skupiny 15 - 24 a 25 - 34 ročných mužov i žien. (16). Je to v zhode s naším zistením, ako aj v zhode s údajmi z Českej republiky, Maďarska a Fínska (3, 19, 20).

Nové možnosti vzdelávania profesionálov ako aj laickej verejnosti dnes poskytuje internet a iné komunikačné technológie. (21, 22, 23). Výsledky nášho sledovania ukázali, že internet sa stáva častým zdrojom informácií predovšetkým pre mladšie vekové skupiny, s prístupom na internet. Až 29,0% opýtaných uvádza tento zdroj informácií o Medzinárodnom nefajčiarskom dni. Zisťovanie vedomostí pomocou internetu v produkte Tendo používajú v niektorých odboroch medicíny na Ghentskej univerzite v Belgicku (24), či univerzite v Sheffielde v Anglicku (25), alebo Viktoriinej univerzite v Kanade. (26).

Z európskych štátov v tejto oblasti majú najviac skúseností vo Fínsku. (27, 28). „Poznaj svoje riziko,“ je vzdelávacia webová stránka Harvardského centra pre prevenciu rakoviny informatívneho charakteru. (29). Starší ľudia sú rezistentnejší na využívanie zdravotných informácií pomocou nových technológií (30), uprednostňujú brožúrky, letáčky, alebo rozhovory priamo s lekárom, sestrou či iným zdravotníckym pracovníkom. (31).

Vzdelávanie lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov v problematike fajčenia pomocou rôznych metód a prístupov je veľmi potrebné i z toho hľadiska, že len dobre informovaný a pripravený odborník je motivovaný a schopný ju zvládnuť a pomôcť tak fajčiarom pri odvykaní od fajčenia. Z mnohých sledovaní u nás vyplýva, že záujem prestať fajčiť má 40, 0% mužov a 36, 0% žien. Pokusy prestať fajčiť v rôznych časových intervaloch v minulosti má až 79, 2% fajčiacich mužov a 79, 8% fajčiacich žien. (9, 16).

Fajčiari zreteľne vnímajú pôžitky z fajčenia, inak by za to neplatili. Vnímanie pôžitkov jasne prevažuje nad vnímanými nákladmi - peniaze vynaložené na tabakové výrobky, poškodenie zdravia a závislosť na nikotíne. Mnohí fajčiari si nie sú plne vedomí vysokej pravdepodobnosti ochorenia a predčasného úmrtia, ktoré ich voľba prináša. Škodlivosť fajčenia vôbec nevnímajú 15, 4% mužov fajčiarov a 11, 1% žien fajčiarok. (13).

Deti a mládež nemusia vedieť správne zhodnotiť informácie o účinkoch fajčenia na zdravie. Taktiež mladí ľudia podceňujú riziko závislosti od nikotínu a tak výrazne podceňujú aj budúce vlastné náklady na fajčenie. Zdá sa, že školské programy venované problematike fajčenia sú menej účinné ako ostatné spôsoby šírenia informácií. Je preto žiaduce, aby sa preventívne programy vykonávali sústavne a dlhodobo, lebo len tak je možné predpokladať ich úspešnosť a efektivitu v tom, že dokážu predchádzať alebo oddialiť stretnutie žiakov s legálnymi i nelegálnymi návykovými látkami, prípadne znížiť ich spotrebu. (1, 2).

. Spolupráca masmédií s odborníkmi na komplexnej a dlhodobej podpore nefajčenia patrí medzi najúčinnnejšie opatrenie, ktoré smeruje k zníženiu fajčenia v populácii.

Masmediálna antireklama, kampane prezentované v médiách na celoštátnej alebo lokálnej úrovni napr. v Severnej Amerike, Austrálii, Európe a Izraeli potvrdzujú, že negatívne informácie o fajčení majú vplyv na zníženie celkovej spotreby tabaku.

## Z á v e r

Výsledky sledovania poukazujú na vysokú prevalenciu fajčenia v regióne Trenčín, predovšetkým vo vekovej skupine mladých ľudí oboch pohlaví. Médiá zohrávajú významnú úlohu pri prezentovaní zdravotno výchovných aktivít. Nedostatočná a nedocenená je „kontrola tabaku“ v dennej praxi zdravotníckych pracovníkov ambulancií, oddelení nemocníc, klinických pracovísk, predovšetkým na individuálnej úrovni. Mali by sme mať na pamäti slová pána Dota Nutbeama, profesora verejného zdravotníctva Univerzity v Sydney a medzinárodne uznávanej autority na poli podpory zdravia, ktorý hovorí: „V krátkodobom horizonte sa výsledok operácie koronárneho bypassu líši od očakávaného výsledku vzdelávacích programov, ktoré majú ľuďom pomôcť zlepšiť vedomosti a zručnosti k zlepšeniu životného štýlu. V dlhodobej perspektíve sú obidva zamerané na zníženie dopadu koronárneho srdcového ochorenia.“ (12).

## Literatúra:

1. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H.: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha, 1999, 40 s.
2. HRUBÁ, D., KACHLÍK, P.: Program "Kouření a já" ovlivňuje žáky základních škol už tři roky. Hygiena,

45, 2000, s. 3-9.

3. HRUBÁ, D., ZACHAROVÁ, L., KYASOVÁ, M., MATĚJOVÁ, H.: Začátek kouření českých adolescentů. *Hygiena*, 48, 2003, s. 29-41.
4. PAAVOLA, M., VARTIANEN, E., PUSKA, P.: Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res*, 2001, 16(1), s. 49-57.
5. BAŠKOVÁ, M.: Primárna prevencia kardiovaskulárnych chorôb v prenatálnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Prakt Gynek.*, 7, 2000, 4, s. 127-129.
6. KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M.: Kuřácké chování a zdraví matek za šest měsíců po porodu. Výsledky studie ELSPAC. *Hygiena*, 48, 2003, s. 13-20.
7. AL SHEHRI, M, Y.: Current issues in medical education. *West Afr Med*, 2003, 22(4), s. 329-333.
8. ŠULCOVÁ, M., EGNEROVÁ, A., KOVÁČ, R., RUSNÁKOVÁ, V.: Funkcie a úlohy verejného zdravotníctva. Životné prostredie a zdravie. ÚVZ SR, ÚH LF UK Bratislava, 2004, s. 336-338.
9. KAVCOVÁ, E.: Nikotínová závislosť a jej liečba. Martin, Beriss 2002, 115 s.
10. RIMÁROVÁ, K., TKÁČIKOVÁ, P., KOUPILOVÁ.: Vedomosti, prístup a prax v oblasti podpory zdravia u pracovníkov primárnej zdravotníckej starostlivosti hodnotené KAP testom. *Hygiena*, 47, 2002, s. 147-156.
11. MOSER, R, Jr., McCANCE, K, L., SMITH, K, R.: Results of national survey of physicians knowledge an application of prevention capabilities. *Am J Prev Med*, 1991, 7, 6, Nov.-Dec., s. 384-390.
12. <http://www.szu.cz/czsp/enhpa/>
13. KAVCOVÁ, E., ROZBORILOVÁ, E., KOLLÁR, J.: Názory a vedomosti medikov k problematike fajčenia a zdravia. Zborník prednášok in extenso 1. konferencie "Podpora zdravia a prevencia", Martin SR, 30.-31. október 1997. Martin 1998.
14. RODDY, E., RUBIN, P., BRITTON, J.: A study of smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tob Control*. 2004, 13(1), s. 74-77.
15. EGNEROVÁ, a., BUCOVÁ, Z., ŠTEC, J.: Kontrola arteriálnej hypertenzie na Slovensku – prístup lekárov (2). *Lek Obz*, 51, 2002, 4, s. 103-105.
16. AVDIČOVÁ, M., HRUBÁ, F., HERDOVÁ, O., NÁMEŠOVÁ, J., FRANCISCOVÁ, K.: Zdravotné návyky a kvalita zdravia dospeljej populácie Slovenska v roku 2002. CINDI program v SR. Štátny zdravotný ústav, Banská Bystrica, 2003, 76 s.
17. BÉREŠOVÁ, J.: Register a zmeny detekovaného rizika u chorých na cievne choroby mozgu v okrese Rimavská Sobota, roky 1995 – 2001. 1. časť. Register hospitalizovaných pacientov. *Cardiol*, 2004, 13(3), s. 131-135.
18. NAKLÁDALOVÁ, M., SOVOVÁ, E., KALETOVÁ, M., FIALOVÁ, J.: Prevence kardiovaskulárních onemocnění u zdravotníků. *Prac Lékař*, 56, 2004, s. 148-149.
19. MORAVA, E., VÉGH, E., BÓNA, I., KISS, I., OROSZI, B., JOZAN, P.: Health risk factors and mortality in Pécs city, Hungary in the 1990s. *Cent Eur J Public Health*, 2000, 8(2), s. 109-113.
20. HELAKORPI, S., MARTELIN, T., TORPPA, J., PATJA, K., VARTIANEN, E., UUTELA, A.: Did Finland´s Tobacco Control Act of 1976 have an impact on ever smoking ? An examination based on male and female cohort trends. *J Epid Communit Health*, 2004, 58(8), s. 649-654.
21. KIBBE, D, C., SMITH, P, P., LaVALLEE, R., BAILEY, D., BARD, M.: A guide to finding and evaluating best practices health care information on the Internet: the truth is out there ? *Jt Comm J Qual Improv*. 1997, 23(12), s. 678-689.
22. NELSON, E, A.: E-learning. A practical solution for training and tracking in patient-care settings. *Nurs Adm Q*. 2003, 27(1), s. 29-32.
23. HOYLE, R.: The benefits of e-learning. *Br J Perioper Nurs*. 2002, 12(8), s. 298-299.
24. Van GRIMBERGEN, B., THIENPONT, G., De MOOR, G, J., BUYASSE, H.: Test-based e-learning: a new path in training medical students. *Stud Health Technol Inform*. 2002, 93, s. 33-38.
25. ROBERTS, C., LAWSON, M., NEWBLE, D., SELF A.: Managing the learning environment in undergraduate medical education: the Sheffield approach. *Med Teach*. 2003, 25(3), s. 282-286.
26. LAU, F., BATES, J.: A review of e-learning practices for undergraduate medical education. *J Med Syst*. 2004, 28(1), s. 71-87.
27. MAKELA, M., KUNNAMMO, L.: Implementig evidence in Finnish primary care. Use of electronic guidelines in dail practice. *Scand J Prim Health Care*. 2001, 19(4), s. 214-217.
28. JUNTUNEN, A., HEIKKINEN, E.: Lessons from interprofessional e-learning: piloting a care of the elderly module. *J Interprof Care*. 20004, 18(3), s. 269-278.
29. <http://www.yourdiseaserisk.harvard.edu/hccpquiz.pl>
30. WAGNER, L, S., WAGNER, T, H.: The effect of age on the use of health and self-care information:

confronting the stereotype. *Gerontologist*. 2003, 43(3), 318-324.

31. JOUSIMMA, J., MAKELA, M., KUNNAMOL., MACLENNAN, G., GRIMASHAW, J, M.: Primary care on consultation practices: the effectiveness of computerized versus paper-based versions. A cluster randomized controlled trial among newly qualified primary care physicians. *Int J Technol Assess Health Care*. 2002, 18(3), s. 586-596.

# Úrazy detí a mládeže a prevencia pred nimi

h. doc. MUDr. Rovný I., PhD., MPH  
Úrad verejného zdravotníctva SR  
Trnavská 52, 826 45 Bratislava  
rovny@uvzs.sk

Súhrn: Autor sa v článku venuje problematike úrazov detí a mládeže s dôrazom na ich prevenciu. Na Slovensku každoročne na následky úrazov zomrie priemerne 120 detí, čo je prvé miesto spomedzi európskych štátov. K úrazom detí a mládeže najčastejšie dochádza v domácom prostredí, na športoviskách, na ceste a v škole, resp. predškolskom zariadení. Prevenciu úrazov detí a mládeže autor vidí v zdokonalení a zjednotení informačného systému detských úrazov na Slovensku, v legislatívnych úpravách, ktoré by viedli k povinnosti používať detské autosedačky a ochrannú prilbu pri bicyklovaní u detí do 18 rokov a v zdravotno-vychovno-intervenčnej činnosti, ktorá patrí medzi účinné prostriedky úrazovej prevencie.

Kľúčové slová: epidemiológia úrazov, primárna prevencia, dopravné úrazy, riziko úrazu, športové úrazy, zdravotno-intervenčná činnosť

Nočnou morou väčšiny rodičov či pedagogických pracovníkov sú úrazy detí. Na Slovensku je to viac ako opodstatnené. Veď každoročne na následky úrazov u nás zomrie v priemere 120 detí, čo je prvé miesto spomedzi európskych štátov. Aj keď úrazom detí nedokážeme na 100% zabrániť, môžeme ich vo veľkej miere eliminovať.

Medzi najčastejšie miesta úrazov detí a mládeže patrí domáce prostredie /36%/, ďalej športoviská /23%/, cesta /21%/ a škola, resp. predškolské zariadenia /17%/.

Odborníci z Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky v rámci Národného programu podpory zdravia realizovali projekt „Epidemiológia úrazov detí a mladistvých“. Podľa neho:

- Chlapci majú 2-krát vyššiu úrazovosť ako dievčatá
- Deti z miest boli 2-krát častejšie ambulantne ošetrované ako deti z vidieka
- Úrazovosť výrazne stúpa od 10. roku a najvyššiu mieru dosahuje medzi 13. až 15. rokom života
- Trvale poúrazové následky majú skôr chlapci ako dievčatá
- Najčastejšie poranená bola horná končatina
- Najčastejší typ poranenia bola pohmoždenina a otvorená rana
- U vekovej skupiny 1-3 roky bola popálenina najčastejším typom poranenia
- Úrazy sa najčastejšie stali v domácom prostredí.

Najčastejším mechanizmom vzniku úrazu podľa vekových skupín je úder alebo



pád, na druhom mieste je náraz na predmet či osobu, na treťom rozrezanie, bodnutie, rozdrvenie. Najčastejšie úder alebo pád postihuje 10 - 14-ročných. Rovnaká veková skupina utrpí úraz pri náraze na predmet alebo osobu. Vo vekovej skupine 0 - 4-ročných je najčastejšou príčinou vzniku úrazu tepelný účinok.

Najčastejším dôvodom hospitalizácií je otras mozgu, zlomenina a pohmoždenina po úrazoch, ktoré sa stali doma, resp. na ceste.

Trvalé následky sú najčastejšie po otvorenej rane, po poranení hlavy, po údere či páde v prípade úrazov, ktoré sa stanú doma.

### Domáce úrazy detí a mladistvých a preventívne opatrenia

Pod úrazmi v domácnosti, v širšom zmysle slova, rozumieme nielen zranenia v byte a v príslušných priestoroch (schodisko, pivnica, povala, garáž, kôlna, domáca dielňa, dvor, záhrada), ale i úrazy pri práci na chatách a pri stavbe rodinných domov. Sem patria aj pády v zimných mesiacoch na zľadovatenej ceste, neposypanom chodníku, na dvore, ďalej pády z rebríka nezabezpečeného proti skĺznutiu, pády z voza, zo stromu, z okna a pod. Najčastejšími obeťami úrazov v domácnosti sú starí ľudia a deti mladšie ako 5 rokov.

Štatistiky hovoria, že takmer polovica vážnych detských úrazov sa stáva v dome alebo v jeho okolí. Najčastejšími príčinami sú oheň a popáleniny, utopenie, udusenie, neúmyselné použitie strelných zbraní, pády a otravy. Domov je pre malé deti rizikovým miestom najmä preto, lebo tam trávajú najviac času. V staršom veku domácich úrazov prirodzene ubúda.

V rámci projektu Bezpečný domov, ktorého hlavnou úlohou je prevencia detských úrazov v domácnosti, bol realizovaný prieskum detskej úrazovosti na Slovensku. Na otázky odpovedali rodičia detí vo veku do 15 rokov. Podľa zistených údajov je až 91% rodičov presvedčených, že má bezpečný domov. Napriek tomu sa ročne 42% zo všetkých úrazov stane v domácnosti. Ročne približne ¼ detí z vekovej skupiny od 0 - 15 rokov má úraz. Tri štvrtiny z týchto úrazov potrebujú lekárske ošetrenie. Najviac úrazov je spôsobených pádom (približne 60%), na druhom mieste je kuchynské náčinie (hlavne nože) a na treťom mieste sú rozpálené predmety (napr. sporák). Pritom len každý druhý rodič dodržiava aspoň niektoré bezpečnostné zásady v domácnosti.

V rámci primárnej prevencie je dôležitá:

- Výchovno-edukačná činnosť rodičov zameraná najmä na prehľbovanie znalostí a informácií o prevencii detských úrazov.
- Ochrana detí pred elektrickými spotrebičmi, horúcimi predmetmi a tekutinami a pred ostrými a nebezpečnými nástrojmi v domácnostiach.
- Zvýšený dozor nad deťmi, hlavne v rušnom prostredí (napríklad: výstavba domu, práca

v záhrade, na chate, kedy pre záplavu povinností často zabúdame na činnosť detí).

### Dopravné úrazy detí a mládeže a preventívne opatrenia

Jedným z negatívnych dôsledkov súčasných sociálnych a ekonomických zmien v oblasti dopravy je jednoznačne nepriaznivý vývoj dopravnej nehodovosti na našich komunikáciách, dôsledky ktorej sa každoročne zvyšujú. Viac ako 80% dopravných nehôd zapríčiňuje človek, predovšetkým svojím neprimeraným správaním sa v dopravnom systéme.

Dopravná úrazovosť je veľký, donedávna však zanedbávaný globálny problém verejného zdravia. Každý deň na celom svete zomiera viac ako 16 000 ľudí na rôzne typy poranení.

V roku 2003 bolo na Slovensku zaevidovaných 60 300 dopravných nehôd, čo je o 3 240 viac ako v roku 2002.

Úmrtnosť v dôsledku úrazov spôsobených dopravnou nehodou je hlavným problémom u detí od 5 do 14 rokov a u mladých ľudí od 15 do 29 rokov, u ktorých sú úrazy druhou najčastejšou príčinou smrti. V kategórii 0 - 4 ročných sú úmrtia pri dopravných nehodách na 13. mieste.

Hlavnou príčinou vzniku dopravných nehôd je neadekvátne správanie človeka, ktoré je pre všetky druhy dopravných nehôd spoločné. Je podmienené nepresnosťou pri výkone, ktorá vychádza z nepozornosti, neskúsenosti, či precenení vlastných schopností, z indispozície po požití alkoholického nápoja alebo liekov, z indispozície pri začínajúcej alebo prebiehajúcej chorobe, zvlášť infekčnej, z telesného alebo duševného vypätia, ktoré vedú k únave až k spánku. Podľa okolností sa pritom tiež uplatňujú vonkajšie faktory, ako sú napríklad - príliš vysoká alebo nízka teplota, vlhkosť prostredia, jednotvárnosť okolitej krajiny, monotónnosť jazdy v kolónach, znížená viditeľnosť za šera, v noci, v hmle, oslnenie a pod.

V mnohých prípadoch sú práve deti hlavnými aktérmi pri vzniku dopravného úrazu a to najčastejšie nepozornosťou na cestách, hraním sa v blízkosti ciest, nedodržiavaním dopravných predpisov, precenením svojich schopností pri riadení nemotorového dopravného prostriedku a nedostatočnou znalosťou dopravných predpisov.

Úrazy detí - chodcov, reprezentujú veľký zdravotnícky problém miest vo vyspelých krajinách. Motorové vozidlá každý rok zrazia tisíce detí. Úrazom sú najviac vystavené deti vo veku od 5 do 9 rokov, a to keď prechádzajú veľkými križovatkami alebo cestujú mestskou dopravou bez doprovodu rodičov.

Pred tridsiatimi rokmi Fínsko ako prvé začalo v osobných autách používať autosedačky pri prevoze detí. Posledných 20 rokov používanie autosedačiek zaznamenalo rozmach. Podľa medzinárodnej organizácie National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) správne používanie autosedačiek redukuje radovo o 60 - 70% smrteľných úrazov a o 40% úrazov s ťažkým poškodením zdravia. Autosedačky sa delia podľa hmotnosti a veku dieťaťa na štyri skupiny. Výber autosedačiek podľa veku a hmotnosti dieťaťa:

- Od 0 až 10 kg (približne deti do 9 mesiacov) tzv. škrupinové, prenosné sedačky s rukoväťou, montujú sa proti smeru jazdy. Môžu sa používať aj na prednom sedadle spolujazdca, ktoré však nesmie byť vybavené airbagom (alebo musí mať možnosť

dočasnej deaktivácie). V krajinách EU je povolené tento typ autosedačky montovať na predné sedadlo spolujazdca. Na rozdiel od USA, kde akýkoľvek typ autosedačky môže byť použitý len na zadnom sedadle.

- Od 0 až 18 kg (do 3 rokov). Môžu sa montovať v protismere, a neskôr keď nožičky dieťaťa začnú presahovať von zo sedačky, v smere jazdy - väčšinou sú polohovateľné.
- Tretia a štvrtá skupina zahŕňa sedačky od 18 kg do 36 kg a montujú sa na zadné sedadlo v smere jazdy a sú nepolohovateľné. Sú určené deťom starším ako 4 roky.

Vo vyspelých krajinách EU je používanie autosedačiek do 4 rokov povinnosť vyplývajúca zo zákona. Dokonca niektoré štáty (Škandinávia, Rakúsko, Nemecko) majú zákonom stanovené používanie sedačiek do 12 rokov veku dieťaťa. Medzinárodná organizácia NHTSA iniciovala zaviesť povinné používanie autosedačiek do 8 rokov veku dieťaťa a povinnosť posadiť dieťa mladšie ako 12 rokov len na zadné sedadlo. Na Slovensku, žiaľ, zatiaľ táto povinnosť nie je zákonom stanovená.

V rámci primárnej prevencie je dôležité:

U detí vekovej skupiny 0 - 4 rokov je potrebné preventívne programy zamerať na rodičov.

-

Programy by mali zahrňovať :

Informácie o nižšom riziku úrazu pri používaní autosedačiek.

Poukazovať na zvýšené riziko úrazu pokiaľ dieťa sedí na prednom sedadle vedľa šoféra, aj keď je v autosedačke. Na certifikovaných autosedačkách je výstražný nápis, aby neboli upevňované na predné sedadlo pokiaľ je tam namontovaný airbag.

Zdôvodňovať opodstatnenosť používania autosedačiek až do veku 12 rokov resp. kým dieťa nedosiahne hmotnosť 36 kg.

Informovať a edukovať rodičov o dôležitosti vychovávať u detí od ranného detstva také správanie v doprave, aby sa znižovali riziká úrazov.

Dozor nad deťmi hrajúcimi sa v blízkosti cesty, a to zo strany rodičov ako aj účastníkov cestnej premávky

Pre vekovú skupinu 5 - 9 rokov je potrebné vytvoriť

Edukačno - intervenčné programy, ktoré budú v podobe ako prijímania informácií, tak aj praktických overovaní a fixácii naučených zručností na dopravných ihriskách pod dozorom vyškoleného pracovníka. Pre správnu fixáciu návykov je dôležité počuté slovo (prednáška primeraná veku), vizuálny obraz (v podobe rozprávky) a praktický tréning (pohybová hra).

Pre vekovú skupinu 10 – 19 rokov by mali byť preventívne programy zamerané na: Výchovu dorastu k dodržiavaniu pravidiel cestnej premávky.

## Športové úrazy detí a mladistvých a preventívne opatrenia

Šport poskytuje ideálne miesto pre fyzický a emocionálny rast detí a mladistvých. Každý rok sa však približne 750 000 adolescentov poraní pri rôznych športových aktivitách. Športové úrazy zahrňujú akútne príhody ako vyklbenia, zlomeniny, očné úrazy a poškodenia chrčtice. Najviac úrazov je pri loptových hrách hlavne pri futbale, ktorý je našim najrozšírenejším športom, ďalej nasledujú poranenia pri lyžovaní, bicyklovaní, základnej telesnej výchove a atletike, ľadovom hokeji, sánkovaní, vodných športoch, zápasení.

Podľa štúdie Ministerstva školstva SR, realizovanej u školopovinných detí vo veku 11 - 16 rokov, z aktivít, pri ktorých sa úrazy stali, dominujú u mužov športovanie (33,1%), bicyklovanie (14,6%) a pošmyknutie (12,9%). U žien je to športovanie (30,2%), pošmyknutie (22%) a bicyklovanie (10,2%).

Veľkú časť športových úrazov tvoria poranenia pri neorganizovanom športe alebo hre. Počítame sem rekreačné športovanie všetkého druhu a hru detí bez dozoru. Boj proti tomuto druhu úrazov je veľmi ťažký, pretože neorganizovaný šport prebieha rozptýlene a nemožno priamo pôsobiť na športujúcich.

V rámci primárnej prevencie je dôležité:

- Pri športovaní z pohľadu verejného zdravotníctva je potrebné zamerať na športovanie vo voľnom čase.
- V posledných rokoch je obľúbeným športom bicyklovanie, ktorému sa venujú aj deti už do 2 - 3 rokov. Z toho vyplýva nárast počtu úrazov pri bicyklovaní. Ak zoberieme do úvahy, že deti pri páde s bicykla majú častejšie úraz hlavy ako dospelí pri rovnakom páde, je potrebné poukazovať na nutnosť používania ochrannej prilby. V 90-tich rokoch minulého storočia vlády Austrálie, Kanady a Nového Zélandu uzákonili povinnosť používať ochrannú prilbu pri bicyklovaní v každom veku. Neskôr sa pridali aj ďalšie štáty (Fínsko, Španielsko, Island, Česká republika), ktoré uzákonili povinnosť používať ochrannú prilbu u detí a mladistvých do 15 resp. do 18 rokov. Podľa výsledkov používanie ochrannej prilby znižuje výskyt úrazov hlavy u detí až o 45%.
- Dôležitá je aj zdravotno - výchovná činnosť (propagácia slovom, tlačou, obrazom, filmom, rozhlasom, školením). Patrí medzi veľmi účinné prostriedky úrazovej prevencie.
- Jedným z najdôležitejších činiteľov úrazovej zábrany je individuálna prevencia: správna metodika výcviku, vyšetrenie zdravotného stavu cvičenca, rozcvičovanie, rozohriatie, prípadne prípravná masáž pred tréningom alebo pretekami.
- Prevencia športových úrazov by mala zahrňovať aj epidemiologický prehľad športových úrazov u detí, adolescentov
- prehľad prevencie úrazov na odstránenie environmentálnych rizík úrazov

- prehľad individuálnej prevencie úrazov
- prehľad princípov rehabilitácie a ich členenie do primárnej starostlivosti
- prehľad psychosociálnych aspektov športu

Ďalšie preventívne stratégie zahŕňujú výučbu o úrazoch spôsobených horúčavou, výučbu trénerov a zabezpečenie bezpečného oblečenia.

V roku 1999 bol vytvorený program prevencie poranení (Injury Prevention Program IPP) na obdobie 5 rokov a jeho hlavným cieľom bolo vytvoriť jednotnú databázu ISS – Injury Surveillance System v rámci EUPHIN – European Public Health Information Network. Prevencia poranení má pozitívny dopad na znižovanie finančných nákladov, na roky dožitia a v neposlednom rade na redukciu postihnutia ľudí. Podľa programu verejného zdravia (2003 - 2008) budú aktivity prevencie úrazov pokračovať v dvoch prúdoch:

- v zdravotníckych informáciách
- v determinantoch zdravia

V Slovenskej republike je potrebné zdokonaľiť informačný systém detských úrazov. Pre tú časť detských úrazov, ktoré nie sú monitorované v rámci celej republiky je potrebné vytvoriť dlhodobý monitorovací systém. Jedná sa hlavne o športové úrazy a úrazy v domácnosti, ktoré nie vždy sú ošetrované len v chirurgických ambulanciách. V SR sa zbierajú len údaje o deťoch, ktoré zomrú v dôsledku úrazu.

Dôležitá je aj spolupráca s ostatnými sektormi. Napríklad Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky v roku 2004 začal spoluprácu s Policajným zborom Ministerstva vnútra pri vyhodnocovaní intervencie v rámci programu „Správaj sa normálne“ vo vybraných školách Bratislavského kraja, ktorá je zameraná na prevenciu úrazov v doprave, úrazov pri manipulácii so zábavnou pyrotechnikou, prevenciu zneužívania liekov a drog.

Na základe našich zistení a odporúčaní medzinárodných organizácií navrhujeme nasledovné opatrenia:

#### 1.) Legislatívne opatrenia:

- Povinnosť používania detských autosedačiek.
- Povinnosť používať ochrannú prilbu pri bicyklovaní u detí do 18 rokov.

#### 2.) Preventívne opatrenia v ochrane zdravia

- Odporúčať používanie autosedačiek do 12 rokov dieťaťa.
- Zdravotno – výchovno - intervenčná činnosť (propagácia slovom, tlačou, obrazom, filmom, rozhlasom, školením). Patrí medzi veľmi účinné prostriedky úrazovej prevencie.
- Podľa Nového programu verejného zdravia (2003 - 2008) budú aktivity prevencie úrazov pokračovať v dvoch prúdoch:

- § v zdravotníckych informáciách
- § v determinantoch zdravia

### 3.) Monitorovací systém

- V Slovenskej republike je potrebné zdokonaľiť a zjednotiť informačný systém detských úrazov.

#### Literatúra:

1. Projekty ÚVZ SR k Národnému programu podpory zdravia – Epidemiológia úrazov detí a mladistvých
2. Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR, schválená uznesením vlády SR č. 689 zo 7. júla 2004

# Vybrané sociální charakteristiky osob vyššího věku

Zavázalová, H., Zaremba, V., Zikmundová, K., Kotrba, J.  
Ústav sociálního lékařství LFUK v Plzni

## Souhrn

V souboru 615 osob starších 60 let, které navštívily praktického lékaře pro dospělé byla zjišťovaná schopnost postarat se o domácnost, spokojenost s bydlením, bydliště rodiny, v jakém zařízení by v případě nutnosti chtěly bydlet, event. další charakteristiky. Zajímavé bylo zjištění, že 92% osob byla se současným bydlením spokojena. V případě potřeby péče spoléhají na pomoc dětí. Více než pětina mužů a téměř 13% žen mají zájem v případě potřeby o bydlení v domově důchodců. Většina však stále spoléhá na péči rodiny. Ta nutně potřebuje pomoc společnosti, nejen z hledisek finanční podpory, ale i změny v postojích a názorech mladších generací.

Klíčová slova : staří, domácnost, bydlení, spokojenost, rodina

## Summary:

Ability to take care of their household, satisfaction with type of their dwelling, domicile of their family, type of facility which would be chosen by them in the case of necessity and other characteristics were followed in the sample of 615 persons that visited general practitioner. There was very interesting information that 92 % of persons was satisfied with their contemporary dwelling. They trust help of children in the case of need of care. More than one fifth of men and nearly 13% of women are interested in admission to pension home in the case of necessity. Majority of them keep to trust in family care. Family needs the help of society not only from the aspect of financial support, but also changes in attitudes and opinions of younger generations.

Stárnutí a stáří je přirozený životní proces. Stále se zvyšující počty osob vyššího věku svědčí o pozitivním společenském vývoji, o zlepšování zdravotního uvědomění obyvatelstva, zkvalitnění zdravotní péče. Na druhé straně je třeba se na zvyšující se počty seniorů připravit. Staří lidé netvoří homogenní skupinu, liší se zkušenostmi, dosavadním způsobem života, vzděláním. Mají různé návyky, postoje a názory na způsob kvalitního prožití stáří (8). Pro osoby vyššího věku je velmi důležité setrvat co nejdéle ve vlastní domácnosti, v prostředí, které znají, dovedou se orientovat v okolí, mají v blízkosti přátele a známé. Jsou v tomto prostředí spokojenější než v moderním ústavním zařízení. Toto je možné pouze za předpokladu dobrého zdravotního stavu (9), schopnosti se o sebe postarat. Jakmile dojde ke zdravotním poruchám a dostaví se nutnost především trvalé pomoci, postupně až bezmocnost je nezbytné zajistit

kvalitní stáří v zařízení, která jsou u nás k dispozici. Většina naší populace (7,8) dostatečný přehled o možnostech, kde a za jakých podmínek prožít stáří, nemá. Někteří stárnoucí a staří vůbec neuvažují, o tom, že by zbytek života prožili jinde nežli ve své domácnosti. Neuvědomují si většinou, že se pro ně obstarávání domácnosti stane stále více komplikované a budou potřebovat pomoc v instituci, protože v mnoha případech rodina nebude moci ze zcela objektivních důvodů zajistit péči.

V našem šetření jsme se zaměřili na některé vybrané charakteristiky života starých lidí žijících ve vlastní domácnosti především ve velkém městě.

Soubor zahrnoval 615 osob, mužů bylo 236 (38,4%), žen 379 (61,6%), ve věku nad 60 let. Ve věku 60-69 let bylo 43,3% osob, statisticky významně více mužů než žen, ve věku 70-79 to bylo 41,8% osob, s převahou žen, ta byla významná v dalším věkovém období (nad 80 let), kde bylo sledováno 14,9% osob.

Složení souboru podle věku a pohlaví ukazuje tab.1.

Tab.1. Složení souboru podle věku a pohlaví

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.č.	%	Abs.č.	%	Abs.č.	%
60-69 let	121	51,4	145	38,3	266	43,3
70-79 let	90	38,1	167	44,1	257	41,8
80-89 let	23	9,7	59	15,5	82	13,3
90+ více let	2	0,8	8	2,1	10	1,6
Celkem	236	100,0	379	100,0	615	100,0

Jedná se o soubor seniorů, kteří v roce 2002 navštívili svého praktického lékaře a standardizovaný rozhovor byl s nimi proveden v ordinacích lékaře. Na rozhovoru se podíleli studenti 6. ročníku fakulty v rámci praktické výuky. Rozhovor byl dobrovolný a anonymní.

Kromě sledování zdravotních a sociálních charakteristik jsme se zaměřili také na zjišťování kontaktů s ostatními, spokojenosti s bydlením, rodinného zázemí, schopnosti postarat se o domácnost, event.v jakém zařízení by v případě nutnosti chtěl žít.

Téměř 60% osob bydlelo v Plzni městě, 18% v menších městech, na venkově 22% osob, nebyly zjištěné rozdíly mezi muži a ženami, všichni žili ve svých domácnostech. (tab.č.2)

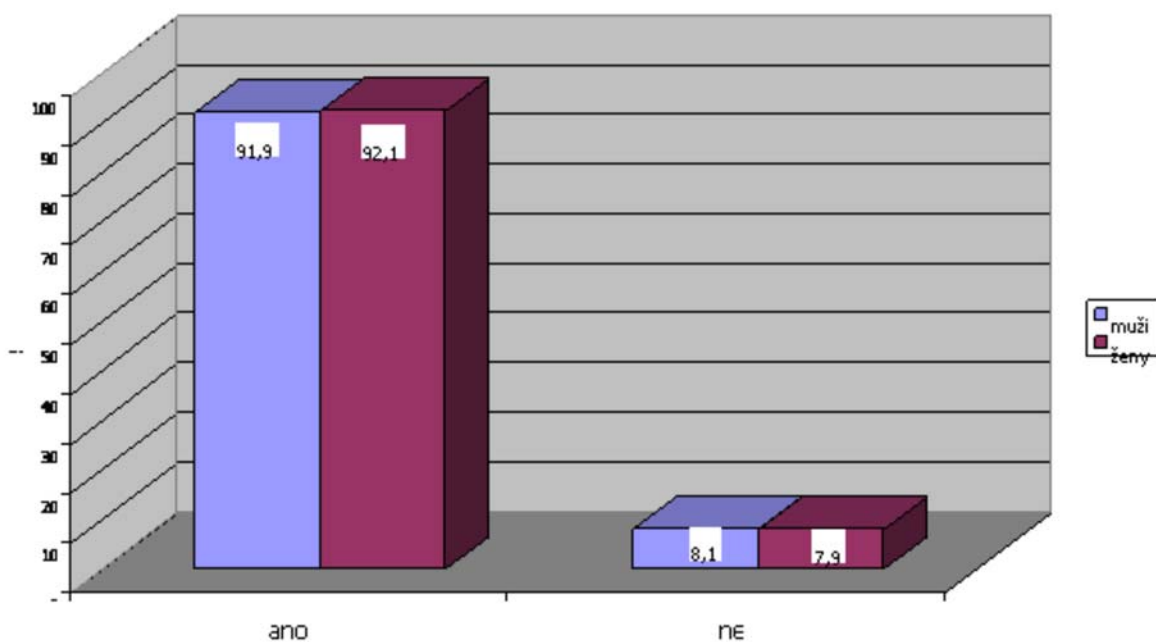
Tab.2 Bydliště

Bydliště	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.č.	%	Abs.č.	%	Abs.č.	%
Plzeň	147	62,3	220	58,0	367	59,7
Jiné město	39	16,5	71	18,8	110	17,9
Venkov	50	21,2	88	23,2	138	22,4
Celkem	236	100,0	379	100,0	615	100,0

Většina osob, bez ohledu na pohlaví a velikost místa bydliště byla spokojena s bydlením, jen 8% osob uvedlo, že spokojeni nejsou. Viz graf 1.

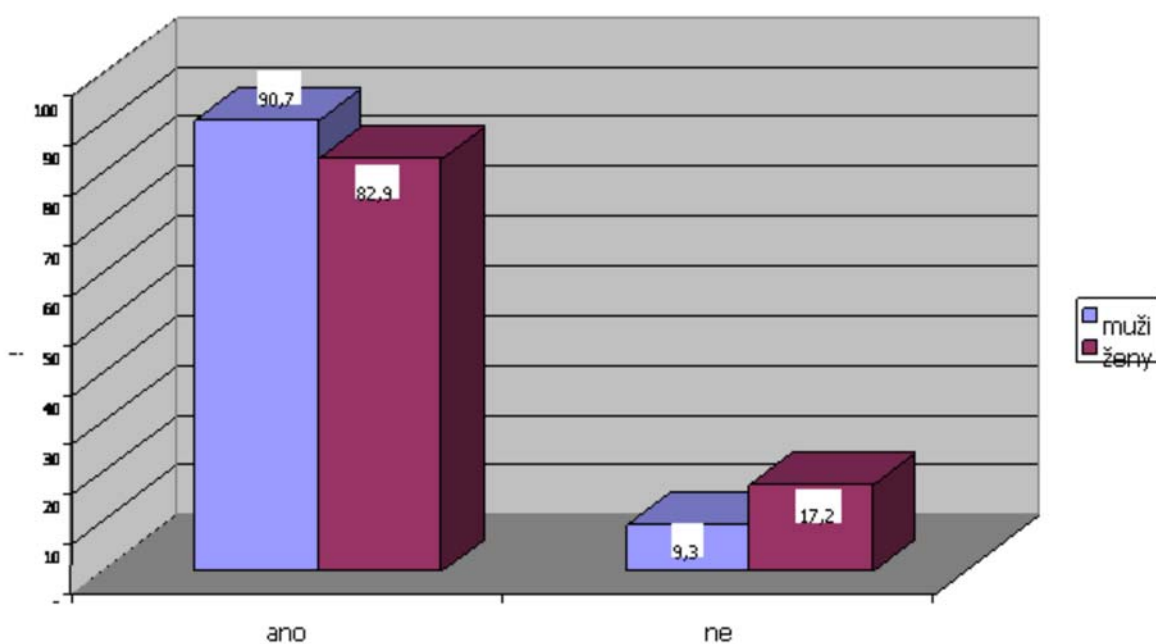


Graf 1. Spokojenost s bydlením



85,9% osob má v místě bydliště přátele, tato skutečnost je důležitá pro udržení aktivity, prevenci osamělosti a opuštěnosti. Ovšem 14% osob, podstatně více ženy (17,2%) než muži (9,3%) nemají v blízkosti bydliště žádné kontakty s přáteli. (viz graf 2)

Graf 2. Přátele v blízkosti bydliště



43% sledovaných osob má nejbližší rodinu v místě bydliště a zhruba stejný počet v nejbližším okolí. Vzdálenější místo bydliště uvádí 18,6% mužů a 15,6% žen, mimo republiku

žijí děti necelého 1% žen. Jen u 3 žen jsme zjistili, že nemají děti, ani přátele, vůbec nikoho. (tab.3)

Tab. 3. Bydliště dětí

Bydliště dětí	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.č.	%	Abs.č.	%	Abs.č.	%
V místě bydliště, poblíž	192	81,3	312	82,3	504	82,0
Jinde v ČR	44	18,7	59	15,6	103	16,7
Mimo republiku	-	-	5	1,3	5	0,8
Nemá nikoho	-	-	3	0,8	3	0,5
Celkem	236	100,0	379	100,0	615	100,0

Toto zjištění je nesmírně důležité i pro koncepci a plánování péče o staré osoby. Na rodinu se většina z nich spoléhá, že v případě potřeby jim zajistí pomoc (7). Rodina musí péči umět poskytovat, musí chtít a musí mít možnosti, tzn. mimo jiné i blízkost bydliště(5).

62,8 % osob, mužů 52,5% a 69,1% žen uvádí, že jsou pro ně obtížné domácí práce. Jsou to především fyzicky namáhavější práce. Např. mytí oken, úklid, ale i vaření a nakupování více zatěžuje ženy, muži naopak uvádějí potíže s prací na zahradě, se zajištěním topení apod. (viz tab.4)

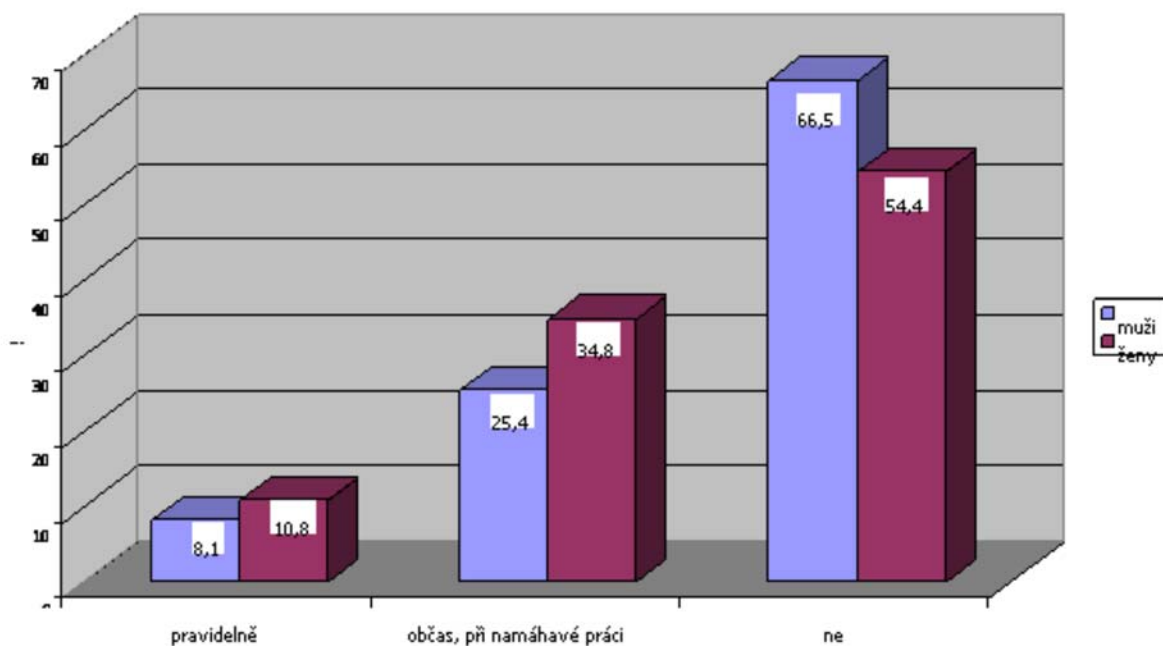
Problémy se zajištěním domácnosti se zvyšují v závislosti na věku a přibývající zdravotními obtížemi.

Tab. 4. Potíže se zajištěním domácnosti

	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.č.	%	Abs.č.	%	Abs.č.	%
Ano	124	52,5	262	69,1	386	62,8
Ne	112	47,5	117	30,9	229	37,2
Celkem	236	100,0	379	100,0	615	100,0

Při těchto namáhavých pracích potřebuje občas pomoc 25,4% mužů a 34,8% žen. Pravidelnou pomoc vyžaduje necelých 10% osob. Viz graf 3.

Graf 3. Potřeba pomoci druhé osoby



Stárnoucí jedinec i jeho rodina by měli být informováni o možnostech, které jsou v rámci sociální péče nabízeny. Měli by znát spektrum služeb a v případě potřeby se informovaně rozhodnout. Většina starých osob tyto znalosti nemá, více jsou informováni pouze o domovech důchodců, event. domovech penziónech, či domech s pečovatelskou službou. Uvádí se, že domov důchodců jako možné zařízení pro pobyt starých osob je uvažováno až jako poslední možnost. V našem šetření o něm uvažuje necelých 16% osob. Poněkud více muži (20,8%) než ženy (12,9%). Od rodiny či příbuzných očekává pomoc 16,9% mužů a 20,6% žen. Zatím o žádné možnosti neuvažovalo pouze 3,7% osob (viz tab.5)

Tab.5. V jakém zařízení by chtěli v případě potřeby bydlet – rok 2001

	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.č.	%	Abs.č.	%	Abs.č.	%
Domov důchodců	49	20,8	49	12,9	98	15,9
Domov penzion	62	26,3	112	29,6	174	28,3
Dům s peč. službou, domovinka	62	26,3	105	27,7	167	27,2
Jinak	8	3,4	10	2,6	18	2,9
Rodina, ostatní příbuzní	40	16,8	78	20,6	118	19,2
V žádném	7	3,0	10	2,6	17	2,8
Nevím	8	3,4	15	4,0	23	3,7
Celkem	236	100,0	379	100,0	615	100,0

V podobném šetření prováděném v roce 1998 jsme zjistili poněkud menší zájem o domov důchodců a větší počet starších osob o možných eventualitách nepřemýšlel vůbec (7).

## Závěr:

1. Naše současné šetření ukazuje, že staří lidé stále spoléhají na pomoc a péči dětí a rodiny. Rodina pro ně představuje největší pocit jistoty a zázemí. V našich šetřeních jsme však prokázali, že mladší generace spíše předpokládá, že pomoc seniorům by měla být záležitostí společnosti (6). Domníváme se, že problematika gerontologická by měla být zahrnuta v osnovách základních i středních škol s cílem zvýšit mezigenerační solidaritu a vzájemnou empatii. Také při pregraduální i postgraduální výuce zdravotníků, ale i všech ostatních profesí je třeba více upozorňovat na zdravotní i sociální problémy osob vyššího věku. Je to nutné především proto, že osoby vyššího věku budou v nejbližší době tvořit skoro třetinu populace (2,5). Pro zajištění kvality jejich života jsou nutné teoretické znalosti i praktické dovednosti, ale i postoje a hodnotové orientace (10).

2. Zajímavé bylo zjištění, že většina dětí našich respondentů žije ve stejném městě se svými rodiči, ale 14% osob nemá v blízkém okolí přátele. Pouze 8% osob nebylo spokojeno s bydlením. Toto zjištění je pravděpodobně ovlivněno tím, že se jedná o bydlení ve velkém městě, kde i vybavení domácností je na dobré úrovni.

3. V tomto šetření jsme zjistili, že se zřejmě informovanost o spektru nabízených zařízení zlepšila. Vzrostl poněkud zájem o domov důchodců (uvažuje o pobytu v něm více než pětina mužů). Staří lidé si zřejmě začínají včas uvědomovat, že je třeba přemýšlet kde by v případě potřeby chtěli aby jim byla poskytována péče a pomoc. Pouze necelá 4% uvedla, že neví kde stráví poslední část svého života, před třemi lety byl tento počet větší. Lze tedy předpokládat, že staří lidé se začínají více zamýšlet nad existujícími možnostmi a nabídkami zdravotnických i sociálních služeb v komunitě.

Staří lidé hrají nepostradatelnou úlohu v komunitě, jsou nejen její součástí, ale svými zkušenostmi, dobrovolnými činnostmi se stávají nepostradatelnými (1,3). S postupným stárnutím populace bude přibývat starších osob vzdělanějších, aktivnějších a snad i zdravějších (4,10).

## Souhrn

V souboru 615 osob starších 60 let, které navštívily praktického lékaře pro dospělé byla zjišťovaná schopnost postarat se o domácnost, spokojenost s bydlením, bydliště rodiny, v jakém zařízení by v případě nutnosti chtěly bydlet, event. další charakteristiky. Zajímavé bylo zjištění, že 92% osob byla se současným bydlením spokojena. V případě potřeby péče spoléhají na pomoc dětí. Více než pětina mužů a téměř 13% žen mají zájem o bydlení v domově důchodců. Většina však stále spoléhá na péči rodiny. Ta nutně potřebuje pomoc společnosti, nejen z hledisek finanční podpory, ale i změny v postojích a názorech mladších generací.

## Summary:

Ability to take care of their household, satisfaction with type of their dwelling, domicile of their family, type of facility which would be chosen by them in the case of necessity and other characteristics were followed in the sample of 615 persons that visited general practitioner. There was very interesting information that 92 % of persons was satisfied with their contemporary dwelling. They trust help of children in the case of need of care. More than one fifth of men and nearly 13% of women are interested in admission to pension home in the case of necessity. Majority of them keep to trust in family care. Family needs the help of society not only from the aspect of financial support, but also changes in attitudes and opinions of younger generations.

#### Seznam literatury

1. Hegyi,L.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.Bratislava,IVZ 1996.
2. Konference „Stárnutí po česku“ Praha 29.-30.září 2004.
- 3.Koval,S.: Reforma zdravotnictva a korene ageizmu alebo stará generácia jako menšina vo vlastnom štáte.Geriatria X, 2004,3,s.99-102.
- 4.Ministerská konference o stárnutí. Berlín 11.-13.září 2002.
- 5.Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007.Min.práce a soc. věcí ČR 2003.
- 6.Vlasák,J.,Zikmundová,K.,Zavázalová,H.: Problém stárnutí očima mladé generace.Sborník abstrakt Pražské gerontologické dny.Praha 16.-20.5.2001 s.31-32.
- 7.Zavázalová,H., a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.Praha 2001.
- 8.Zavázalová,H.,Zaremba,V.,Vožehová,S.,Zikmundová,K.,Lavička,F., Vlasák,J.: Některé charakteristiky života starých osob.Geriatria 1-2,1998, s21-25.
- 9.Zaremba, V.,Zavázalová,H., Zikmundová,K.: Chronické choroby v obraze nemocnosti osob starších 60let.Plzeň.lék.Sbor.,70,2003,s.75 – 81.
- 10.Topinková,E.,: Pokroky medicíny aneb i ve stáří být zdravý. Jakost pro život.5, 2004, 3 s.17-21.

Plzeň 4.11.2004

Doc. MUDr.Helena Zavázalová, CSc.,  
Ústav sociálního lékařství LFUK v Plzni

Práce vznikla při řešení grantového projektu FRVŠ 202901, řešitel doc.MUDr. Helena Zavázalová,CSc.