

O B S A H

Editorial



I. Rovný, D. MIHINOVÁ: Európska únia a verejné zdravotníctvo

Originálne práce



J. KELNAROVÁ, P. FICAL: Komunikační dovednosti sester při komplexní ošetrovatelské péči o umírající - chýbajú obrázky



I. M. TOMO, I. VARGA, R. MIKUŠOVÁ, Š. POLÁK, I. TOMO JR., F. TÓTH, R. KOKAVEC, S. BARTEKOVÁ – TOMOVÁ: Exogénne faktory ovplyvňujúce normogénzu embrya a plodu



L. DEMESOVÁ: INVENAPRA – alkohol.
Vyhodnotenie intervencií a prieskum vedomostí, názorov a praktík žiakov základných škôl vo vzťahu k alkoholu - chýbajú obrázky

Prehľadné referáty



L. HEGYI, K. TÓTH: Reformné zákony a práva pacientov



R. OCHABA, K. TÓTH, I. ROVNÝ, E. KAVCOVÁ, I. BIELIK: Politika kontroly tabaku a výskyt užívania tabakových výrobkov v SR

Študentská vedecko-odborná činnosť - ŠVOČ



J. TIHÁNYI: Výskyt alergických ochorení u 5-ročných detí vo vzťahu k environmentálnym faktorom v 8-ich regiónoch Slovenska s rozdielnym typom znečistenia

Správy



I. BIELIK: Centrum kontroly tabaku pri ÚVZ SR bolo zrušené



Z. TAKÁČOVÁ: Kvalita života seniorů v ČR a jejich zdravotní potřeby - výsledky sociologických výzkumů. Správa z odborného podujatia.

Európska únia a verejné zdravotníctvo

Editorial

Súhrn: Autori sa v článku zameriavajú na vznik EÚ, na hlavné inštitúcie EÚ, na jej stručný historický vývoj, na zmluvu o EÚ – Maastrichtskú zmluvu, Amsterdamskú zmluvu, Legislatívne opatrenia, Verejné zdravotníctvo, priority verejného zdravotníctva v EÚ, v SR, CDC Atlanta, SZO a program EHS na r. 2003-2008. Najčastejšími prioritami verejného zdravotníctva krajín EÚ sú environmentálne zdravie, závislosti, chronické neinfekčné ochorenia a nerovnosť v zdraví.

Kľúčové slová: EÚ, verejné zdravotníctvo, inštitúcie EÚ, Maastrichtská a Amsterdamská zmluva

Európa je kontinent rozmanitých tradícií a jazykov, ale aj spoločných hodnôt. Európska únia (EÚ) je spoločenstvom demokratických európskych štátov, ktoré sa zaviazali spolupracovať na dosiahnutí mieru a prosperity. Nepredstavuje štát, ktorý by mal nahradiť existujúce štáty, ale je čímisi viac, ako ktorákolvek iná medzinárodná organizácia. Členské štáty EÚ vytvorili spoločné inštitúcie, na ktoré delegovali časť svojej suverenity, aby sa rozhodnutia o konkrétnych záležitostiach spoločného záujmu mohli demokraticky prijímať na európskej úrovni.

Korene vzniku EÚ siahajú do rokov II. svetovej vojny. Myšlienku zjednotenia prvýkrát prezentoval 9. 5. 1950 Robert Schuman, minister zahraničných vecí Francúzska. Tento deň, ktorý sa považuje za deň zrodu dnešnej EÚ sa každoročne oslavuje ako Deň Európy.

V EÚ pôsobí päť hlavných inštitúcií – Európsky parlament (volený občanmi členských štátov), Rada Európy (reprezentuje vlády členských štátov), Európska komisia (výkonný orgán), Európsky súdny dvor (zabezpečuje dodržiavanie zákonov), Dvor audítorov (kontroluje riadne a zákonné spracovanie rozpočtu EÚ).

K týmto inštitúciám sa priraduje ďalších päť dôležitých orgánov - Hospodársky a sociálny výbor (vyjadruje názory organizovanej občianskej spoločnosti na ekonomické a sociálne záležitosti), Výbor regiónov (vyjadruje názory regionálnych a miestnych orgánov), Európska centrálna banka (zodpovedá za menovú politiku a riadenie eura), Európsky ombudsman (vybavuje sťažnosti občanov, ktoré sa týkajú nedostatkov v správe ktorejkoľvek inštitúcie, alebo orgánu EÚ), Európska investičná banka (pomáha dosahovať ciele EÚ financovaním investičných projektov).

EÚ tvorilo na začiatku šesť štátov – Belgicko, Nemecko, Francúzsko, Taliansko, Luxembursko a Holandsko. Postupne boli prijaté tieto štáty – Dánsko (1973), Írsko (1973), Veľká Británia (1973), Grécko (1981), Španielsko (1986), Portugalsko (1986), Portugalsko (1986), Rakúsko (1995), Fínsko (1995), Švédsko (1995) a v r. 2004 – SR, ČR, Maďarsko, Poľsko, Malta, Lotyšsko, Litva, Estónsko, Slovinsko a Cyprus.

Spočiatku sa spolupráca sústredila najmä na oblasť obchodu. V súčasnosti je už rozšírená na ďalšie oblasti, ktoré priamo ovplyvňujú každodenný život.

V roku 1950 francúzska vláda prijala Schumanovu deklaráciu, ktorá obsahovala vypracovaný Plán na vytvorenie Európskeho spoločenstva pre uhlie a oceľ. V r. 1957 podpísali zakladajúce štáty EÚ zmluvu v Ríme, ktorou založili EHS a Európske atómové spoločenstvo. Zmluva zakladajúca EHS neobsahovala spoločnú politiku v oblasti zdravotníctva.

V r. 1986 podpísali vlády členských štátov „Jednotný európsky akt“, ktorý bol európskym parlamentom ratifikovaný. Tento rozširoval a zdokonaľoval zmluvu z Ríma. V tejto zmluve sa

zaviazalo 12 členských štátov do 31.12.1992 vytvoriť spoločný trh s cezhraničným pohybom osôb, tovaru a služieb.

„Jednotný európsky akt“ zahrnul do zmluvy EHS opatrenia týkajúce sa spolupráce pri ochrane zdravia pracovníkov. Tým podporil vznik štátnych výskumných programov pre túto oblasť, ako aj zavádzanie legislatívy v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci.

V r. 1990 podpísali ministri zahraničných vecí Francúzska, Nemecka a krajín Beneluxu „Dohodu o Schengene – o odstránení colných a pasových kontrol na vzájomných hraniciach a o voľnom pohybe občanov“ týchto krajín na ich území. Postupne k Dohodu o Schengene pristúpili Taliansko, Španielsko, Portugalsko a Grécko.

V r. 1992 bola v Maastrichte podpísaná „Zmluva o EÚ – MAASTRICHTSKÁ ZMLUVA“ (MZm), ktorá definovala zdravie ako oblasť európskej politiky. Svojimi článkami 30 a 129 vytvorila rámec pre určenie stratégií a priorít jednotnej politiky členských krajín EÚ v oblasti ochrany zdravia a prevencii ochorení. Medzi hlavné ustanovenia článku 129 MZm patria:

- Ø EÚ bude prispievať na zabezpečenie vysokej úrovne ochrany ľudského zdravia,
- Ø činnosť EÚ v oblasti ochrany zdravia bude zameraná na prevenciu chorôb,
- Ø aktivity EÚ v oblasti verejného zdravia by sa mali sústrediť osobitne na hlavné, nebezpečenstvá, vrátane drogovej závislosti.

Ďalšie články MZm vzťahujúce sa k zdraviu - Čl. 39 a 43 (poľnohospodárska politika), Čl. 75c (bezpečnosť dopravy), Čl. 100a (aproximácia práva vo vzťahu k jednotnému trhu), Čl. 129 (ochrana spotrebiteľa), Čl. 130r (životné prostredie).

V r. 1999 poskytla novú príležitosť pre zdôraznenie významu zdravia v politike EÚ – Amsterdamská zmluva (AZm), ktorá poskytla ďalšie kompetencie spoločenstva v oblasti ochrany zdravia obyvateľstva. Článok 152 AZm predstavuje revidovaný článok 129 MZm, ktorý pozostáva z týchto zmien:

- vysoký stupeň ochrany ľudského zdravia je definovaný a zabezpečený vo všetkých politikách a aktivitách EÚ
- všetky aktivity EÚ smerujú k zlepšeniu zdravia verejnosti, k prevencii ochorení a na odstránenie rizík ohrozujúcich zdravie
- v oblasti liekovej politiky sú snahy EÚ na redukcii liekmi vyvolaných škôd na zdravie ľudí, vrátane informovanosti a prevencie
- EÚ môže prijať opatrenia zabezpečujúce vysoký štandard kvality a bezpečnosti orgánov a inštitúcií ľudského pôvodu, krvi, krvných derivátov
- EÚ môže prijať opatrenia v oblasti veterinárnej a fytozdravotnej, ak pôjde o ochranu zdravia verejnosti
- všetky zámery spoločenstva sa realizujú bez harmonizácie legislatívy členských krajín.

Hlavným rozhodovacím orgánom je Rada EÚ, ktorá prijíma legislatívne opatrenia štvorakého druhu - Nariadenia (majú všeobecnú platnosť, pre adresátov sú záväzné), Direktívy = smernice (sú záväzné pre všetky členské štáty, ktoré na rozdiel od nariadení majú možnosť si zvoliť spôsoby a metódy ich realizácie), Rozhodnutia (sú reakciou na konkrétne príklady, sú adresované jednému alebo viacerým členským krajinám, alebo jednotlivcom v členských krajinách), Odporúčania - názory, memorandá (nemajú záväzný charakter).

Iniciatívnym, výkonným a správnym orgánom EÚ je EK, ktorá je povinná dozerať na plnenie základných zmlúv ES, na realizáciu nariadení a direktív vydaných Radou a pri presadzovaní týchto úloh sa môže obrátiť na Súdny dvor.

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.

Vo všeobecnosti všetky vyspelé krajiny majú zabezpečenú starostlivosť o podporu, ochranu a rozvoj zdravia obyvateľstva. Legislatívne zabezpečenie sa v krajinách EÚ zjednocuje inštitucionálne, ale administratívne sú obrovské rozdiely z hľadiska začlenenia do rôznych rezortov v špecifických oblastiach, napr. verejné zdravotníctvo väčšinou pod rezortom zdravotníctva, environmentálne zdravotné služby ako súčasť verejného zdravotníctva pod rezortom životného prostredia, ochrana zdravia pri práci pod rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny event. pod rezortom zdravotníctva (Fínsko, Taliansko), ochrana potravín patrí do viacerých rezortov najmä poľnohospodárstva, obchodu, ale v poslednej dobe aj zdravotníctva s tendenciou zvyšovania kompetencií rezortu zdravotníctva (najmä po BSE a dioxínovej afére - V. Británia, USA).

Priority vo verejnom zdravotníctve v krajinách EÚ sa líšia podľa krajín. Dve najčastejšie citované priority vybraných krajín EÚ možno znázorniť v tomto prehľade:

V. BRITÁNIA	- nerovnosť v zdraví, fajčenie
FÍNSKO	- ilegálne narkotické drogy, alkohol
DÁNSKO	- environmentálne zdravie, fajčenie
NEMECKO	- starnutie a zdravie, nerovnosť v zdraví
ÍRSKO	- infekčné choroby, fajčenie
PORTUGALSKO	- infekčné choroby, závislosti
HOLANDSKO	- životný štýl, vrátane závislostí (drogy, tabak, alkohol), chronické ochorenia
ŠVÉDSKO	- starnutie, nerovnosť v zdraví
GRÉCKO	- dopravné úrazy, drogy
FRANCÚZSKO	- zdravotné dôsledky environmentálnych poškodení, nárast nerovností v zdraví

Z uvedeného prehľadu vyplýva, že najčastejšími prioritami verejného zdravotníctva krajín EÚ sú:

- environmentálne zdravie,
- závislosti,
- chronické neinfekčné ochorenia,
- nerovnosť v zdraví.

Na základe poznatkov z vybraných krajín EÚ možno konštatovať, že neexistuje ani vo svete, ani v Európe jednotný model verejného zdravotníctva. Pomerne často diskutovanou témou je obsahové zameranie činnosti verejného zdravotníctva. Základnými úlohami verejného zdravotníctva sú:

- prevencia a surveillance ochorení,
- kontinuálne sledovanie zdravotného stavu,
- podpora zdravia,
- legislatíva verejného zdravotníctva,
- manažment verejného zdravotníctva,
- zdravotno – hygienické problémy komunity
- starostlivosť o rizikové osoby.

Tieto úlohy častokrát ovplyvňuje mnoho faktorov ako napr.: historický vývoj danej krajiny, finančné prostriedky vynakladané na verejné zdravotníctvo, materiálne a personálne vybavenie inštitúcii verejného zdravotníctva, ekonomická situácia danej krajiny, úroveň a kvalita legislatívy.

Priority verejného zdravotníctva v SR sú environmentálne zdravie, neinfekčné hromadne sa vyskytujúce ochorenia, závislosti a postupne sa k nim priraduje nárast nerovností v zdraví a dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Verejné zdravotníctvo možno komparovať s modelom verejného zdravotníctva SZO a USA – Center for Disease Control and Prevention, Atlanta.

POROVNANIE ÚLOH VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA RIEŠENÝCH KRAJINAMI EÚ (MODEL SZO) S MODELOM CDC A ÚLOHAMÍ VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR

	SZO	CDC	Verejné zdravotníctvo SR
1.	Prevenčia, surveillance a kontrola prenosných a neprenosných ochorení	Monitorovanie zdravotného stavu obyvateľstva	Sledovanie zdravotného stavu obyvateľstva SR – jedenkrát za 2 roky sa správa predkladá na rokovanie vlády SR
2.	Monitorovanie zdravotného stavu	Diagnostikovanie a riešenie zdravotných problémov a rizík komunity	Sledovanie zdravotného stavu obyvateľstva SR vrátane rizikových faktorov – jedenkrát za 2 roky sa správa predkladá na rokovanie vlády SR
3.	Podpora zdravia	Informovanie, vzdelávanie a posilňovanie obyvateľstva v oblasti zdravia	1. Výchova a vzdelávanie v podpore zdravia 2. Výchova a vzdelávanie v environmentálnom zdraví 3. Školy podporujúce zdravie 4. Výživa vo vzdelávaní
4.	Pracovné lekárstvo	Mobilizácia partnerstva v komunite s cieľom identifikovať a riešiť zdravotné problémy	Ochrana zdravia pri práci, preventívne pracovné lekárstvo a choroby z povolania
5.	Ochrana prostredia	Vypracovanie a plánovanie politiky podporujúcej individuálne úsilie pre lepšie zdravie	1. Akčný plán pre prostredie a zdravie 2. Zdravé pracoviská
6.	Legislatíva verejného zdravotníctva	Vymáhať dodržiavanie zákonov a vykonávacích predpisov v oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti	Nezávislý výkon štátneho zdravotného dozoru a potravinového dozoru (t. č. zákon NR SR č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov a zákon NR SR č. 152/1995 Z. z. o potravinách)
7.	Manažment verejného zdravotníctva	Prepojenosť obyvateľov k zdravotným službám a zabezpečenie týchto služieb	
8.	Špeciálne služby verejného zdravotníctva	Zabezpečenie kompetentnej pracovnej sily	
9.		Výskum, nové poriadky, inovácie riešení zdravotných problémov	
10.	Osobná starostlivosť o znevýhodnených a vysoko rizikových občanov	Vyhodnocovanie efektivity, dostupnosti a kvality zdravotníckych služieb	

Ďalším významným dokumentom týkajúcim sa verejného zdravotníctva je direktíva EP a Rady Európy č. 1786/2002/EC z 23.9.2002 – Program verejného zdravotníctva EHS na roky 2003 – 2008, z ktorého vyplývajú povinnosti:

1. Zabezpečiť informovanie verejnosti o stave a vývojových trendoch zdravotného stavu obyvateľstva
2. Zabezpečiť informovanie verejnosti o rizikových faktoroch ovplyvňujúcich zdravie

3. Zabezpečiť v praxi rýchly výstražný systém v prípadoch akútneho ohrozenia zdravia.

Tieto úlohy, ale aj úlohy pre verejné zdravotníctvo odporúčané Svetovou zdravotníckou organizáciou slovenské verejné zdravotníctvo vo veľkej miere plnilo. Treba ale upozorniť na skutočnosť, že pre r. 2006 neboli vyhlásené úlohy, alebo program zdravia verejnosti pre úrady verejného zdravotníctva v SR.

Literatúra:

1. GULIŠ, G.: Perspektívy verejného zdravotníctva v 21. storočí. In: Zborník prednášok z konferencie „Vzdelávanie, výskum a prax verejného zdravotníctva v SR“, Košice, Equilibria, 2005, ISBN 80-969224-1-6.
2. HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z.: Vývoj a utváranie verejného zdravotníctva. In: Verejné zdravotníctvo, 2004, č. 2-3.
3. ROVNÝ, I.: Verejné zdravotníctvo – retrospektíva a perspektíva, habilitačná práca, TU, FZaSP, r. 2006.
4. ROVNÝ, I.: Konceptia verejného zdravotníctva (Prednáška na seminári FVZ SZU, International Workshop Quality Improvement in Public Health Education, Bratislava, 2003).
5. ŠULCOVÁ, M., ČIŽNÁR, I., EGNEROVÁ, A., HEGYI, L., KOVÁČ, R., ROVNÝ, I., ŠAJTER, V.: Verejné zdravotníctvo - včera, dnes a zajtra. In: Lekársky obzor, roč. 13, 2004, č. 7-8, s. 311-313.
6. TÓTH, K.: Kľúčové oblasti verejného zdravotníctva a štúdiom MPH, In: Eurorehab, 2001, č. 2, s. 73
7. TÓTH, K.: Právo vo verejnom zdravotníctve. In: Šulcová, M.: Verejné zdravotníctvo, Martin, Osveta, 2006 (v tlači)

Adresa autora:

h.doc. MUDr. Ivan ROVNÝ, PhD., MPH
Katedra environmentálneho zdravia
vedúci: h.doc. MUDr. Ivan ROVNÝ, PhD., MPH)
Fakulta verejného zdravotníctva SZU
Limbová 12
833 03 Bratislava 37
ivan.rovny@szu.sk

Komunikační dovednosti sester při komplexní ošetrovatelské péči o umírající

Souhrn

J. Kelnarová, P. Fical

(J. Kelnarová, ředitelka Střední zdravotnické školy, Brno, ČR)

Předložená výzkumná práce řeší problematiku významu komunikace při komplexní ošetrovatelské péči o umírající z pohledu registrovaných sester. Kvalita poskytované ošetrovatelské péče nezávisí jen na technickém a materiálním vybavení nemocnice, ale i na profesionální ošetrovatelské péči. Kvalitu profesionální ošetrovatelské péče ovlivňuje i schopnost sester komunikovat s nemocnými. Komunikace patří mezi dovednosti sester, které mohou rozvíjet po celý život. V práci sestry zaujímá dobrá komunikace významné místo. Ukazuje se, že ne všechny sestry hodnotí svoje komunikační dovednosti s umírajícími pozitivně. Je nutné, aby si sestra profesionální komunikační praktiky cíleně osvojila. Interakce sestry a umírající je o tom, jak si spolu slovně i beze slov sdělují informace, postoje, emoce, svá sebepojetí. Efektivní komunikace sestry a umírající je nezbytná. Na středních zdravotnických školách se vyučuje a procvičuje komunikace v odborných předmětech, bylo by však vhodné zavést předmět „Komunikace“, ve kterém by se prakticky procvičovaly modelové úlohy ze života nemocnice. Nezbytným předpokladem efektivního rozhovoru sestry a umírající jsou výborné komunikační dovednosti. Praktickým komunikačním dovednostem je možno se také naučit v experienciálních kurzech.

Klíčová slova: Komunikace, umírající, ošetrovatelská péče, terminální stav, experienciální.

Úvod

Komunikace se učí na středních zdravotnických školách v předmětu Psychologie a pedagogika, dále v předmětu Ošetrovatelství, Ošetrování nemocných a v Ošetrovatelské propedeutice. „Sociální komunikaci považujeme za společného jmenovatele tří základních stránek sociálního styku: společné činnosti, vzájemného působení a mezilidských vztahů“ (MAREŠ, KŘIVOHLAVÝ, 1995). Slovo komunikace je latinského původu. V latině *communicare* znamená *communem reddere* – učinit společným. Z psychologického pohledu to znamená zbavit něco subjektivity, výlučné vázanosti na psychiku toho, kdo s druhým sdílí to své.

V užším pojetí můžeme sociální komunikaci chápat jako výměnu informací. V širším pojetí si lidé v průběhu různých činností vzájemně vyměňují představy, nálad, ideje, pocity, postoje aj. Lze to vše chápat také jako výměnu informací.

Sociální styk sestry a umírajícího tj. také to, jak si spolu navzájem slovně i beze slov sdělují informace, postoje emoce, svá sebepojetí. Mimoslovní způsoby sdělování, tj. to, co si sdělujeme pohledy, mimikou, přiblížením a odstupem, gesty, tónem hlasu, v interakci sestry a pacient zaujímá významné místo. Umění naslouchat je někdy více, než umění mluvit (KŘIVOHLAVÝ, 1988).

Umírající potřebuje se svým okolím komunikovat a sestry často zapomínají, že více než slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, oči i naše oblečení. Komunikace s pacientem je důležitá i v agónii. Je třeba, aby si sestry uvědomily, co vše mohou pro umírajícího udělat (SVATOŠOVÁ, 1995).

Komunikace v zařízeních paliativní péče je často ad hoc, náhodná při interakci sestry s pacientem a

postrádá jakýkoliv smysl a účel. Výzkumnou prací je dokázáno, že sestry nemají dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby mohli s umírajícím hovořit o jeho problémech. Málo sester získává více než základní vzdělání v psychologii na střední škole. Je nutno vzdělání v komunikaci neustále doplňovat a prohlubovat. Efektivní komunikace sestry a umírající je nezbytná, to však vyžaduje znalosti sester. Nezbytným předpokladem efektivního rozhovoru jsou výborné komunikační dovednosti (CONNOR, ARANDA, 2005).

Efektivní komunikace sestry a pacienta o plánovaných vyšetřeních, zákrocích, pomáhá pacientovi získat pocit větší kontroly nad svým životem, podporuje jeho sebeúctu, zvyšuje jeho větší uspokojení (ŠKRLOVI, 2003). Sestra musí přemýšlet o potřebách umírajícího a dělat vše pro to, aby jeho život byl smysluplný, bez bolesti a dalšího utrpení. Z ošetrovatelského hlediska musí sestra vědět o potřebách pacienta tolik, aby je uměla rozpoznat a pochopit a zajistit jejich uspokojení (FARKAŠOVÁ, 2005).

„Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje k smrti“ (HEGYI, 2001), dobrá komunikace sestry a umírajícího v tomto období má významné místo a pomáhá ke zkvalitnění posledních dní života.

Komunikovat s umírajícím, který má bolest, trápení, obavy, je nazlobený, nervózní, není lehké. Náročné je i domluvit se, získat nejen důležité informace, ale i dávat povzbuzení a naději (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006).

Komunikační dovednosti sestry předpokládají zvládnutí nejen teoretických znalostí sociální komunikace, ale i trénink v efektivních komunikačních strategiích a také osvojení si teoretické základny sesterské profesionální komunikace (KRISTOVÁ, 2004).

Výzkumný vzorek

V roce 2006 vyplnily registrované sestry (zdravotní sestry a všeobecné sestry) z pěti zdravotnických zařízení Jihomoravského kraje České republiky anonymní dotazník (1), kterým byla zjišťována úroveň jejich komunikace s umírajícími, jak ji sestry samy vidí. Dále bylo zjišťováno, zda řadí komunikaci mezi priority při komplexní ošetrovatelské péči o umírající.

Dotazník vyplnilo 254 sester ve věku 19 – 59 let ze sedmi pracovišť, ze dvou hospiců a z chirurgického oddělení, interního oddělení a onkologického oddělení jedné nemocnice, z chirurgického oddělení s následnou péčí druhé nemocnice a z léčebny pro dlouhodobě nemocné třetí nemocnice.

Metodika

Čárkovací metodou (2) byly zjištěny absolutní četnosti jednotlivých odpovědí všech respondentů, které byly vyhodnoceny výběrovými charakteristikami a koeficienty.

Vyhodnocení dotazníků týkajících se komunikace zdravotnického personálu.

Pro zpracování byly použity výběrové charakteristiky a koeficienty:

- m výběrová střední hodnota (v diagnostických bodech db)
- s výběrová směrodatná odchylka (v diagnostických bodech db)
- a koeficient asymetrie
- e koeficient excesu (špičatosti)
- n absolutní četnost varianty
- f relativní četnost varianty (uváděna v procentech)

1. otázka: Jak hodnotíte svoje znalosti o vlivu komunikace na umírající pacienty?

Tabulka č. 1

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	vůbec si nevěřím	1	4	2
2.	spíše si nevěřím	2	16	6
3.	nevím	3	105	42
4.	docela si věřím	4	100	39
5.	zcela si věřím	5	29	11
6.	nezodpovězeno	0	0	0
	součet		254	100

$$m = 3,53 \text{ db}$$

$$s = 0,84 \text{ db}$$

$$a = -0,23$$

$$e = 0,23$$

Graf č. 1a Procentuální rozložení vlivu komunikace na umírající z vlastního hodnocení sester

Graf č. 1b Procentuální vyjádření vlivu komunikace na umírající z vlastního hodnocení sester

Dokážete hovořit s pacienty, kteří mají terminální onemocnění, o jejich psychických problémech?

2. otázka:

Tabulka č. 2

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	vůbec si nevěřím	1	2	1
2.	spíše si nevěřím	2	25	10
3.	nevím	3	109	43
4.	docela si věřím	4	85	33
5.	zcela si věřím	5	31	12
6.	nezodpovězeno	0	2	1
	součet		254	100

$$m = 3,44 \text{ db}$$

$$s = 0,91 \text{ db}$$

$$a = -0,33$$

$$e = 0,75$$

Graf č. 2a Procentuální rozložení schopnosti sester hovořit s pacienty o jejich psychických problémech

Graf č. 2b Procentuální vyjádření schopnosti sester hovořit s pacienty o jejich psychických problémech

3. otázka: Dokážete komunikovat s pacienty rozrušenými?

Tabulka č. 3

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	vůbec si nevěřím	1	0	0
2.	spíše si nevěřím	2	20	20
3.	nevím	3	70	28
4.	docela si věřím	4	104	40
5.	zcela si věřím	5	60	24
6.	nezodpovězeno	0	0	0
	součet		254	100

$$m = 3,80 \text{ db}$$

$$s = 0,89 \text{ db}$$

$$a = -0,28$$

$$e = -0,69$$

Graf č. 3a Procentuální rozložení schopnosti sester hovořit s pacienty rozrušenými

Graf č. 3b Procentuální vyjádření schopnosti sester hovořit s pacienty rozrušenými

4. otázka: Dokážete doporučit pacienta, který je v psychickém stresu, jinému zdravotnickému pracovníkovi?

Tabulka č. 4

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	vůbec si nevěřím	1	4	2
2.	spíše si nevěřím	2	20	8
3.	nevím	3	66	26
4.	docela si věřím	4	84	32
5.	zcela si věřím	5	78	31
6.	nezodpovězeno	0	2	1
	součet		254	100

$m = 3,81$ db

$s = 1,06$ db

$a = -0,74$

$e = -0,40$

Graf č. 4a Procentuální rozložení schopnosti sester doporučit pacienta jinému zdravotnickému pracovníkovi

Graf č. 4b Procentuální vyjádření schopnosti sester doporučit pacienta jinému zdravotnickému pracovníkovi

5. otázka: Dokážete komunikovat s úzkostlivým pacientem?

Tabulka č. 5

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	vůbec si nevěřím	1	2	1
2.	spíše si nevěřím	2	19	7
3.	nevím	3	65	26
4.	docela si věřím	4	118	46
5.	zcela si věřím	5	50	20
6.	nezodpovězeno	0	0	0
	součet		254	100

$$m = 3,77 \text{ db}$$

$$s = 0,88 \text{ db}$$

$$a = -0,48$$

$$e = -0,06$$

Graf č. 5a Procentuální rozložení schopnosti sester komunikovat s úzkostným pacientem

Graf č. 5b Procentuální vyjádření schopnosti sester komunikovat s úzkostným pacientem

6. otázka: Dokážete komunikovat s pacientem trpícím nesnesitelnou bolestí?

Tabulka č. 6

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	vůbec si nevěřím	1	2	1
2.	spíše si nevěřím	2	31	12
3.	nevím	3	79	31
4.	docela si věřím	4	91	36
5.	zcela si věřím	5	51	20
6.	nezodpovězeno	0	0	0
	součet		254	100

$$m = 3,62 \text{ db}$$

$$s = 0,96 \text{ db}$$

$$a = -0,22$$

$$e = -0,68$$

Graf č. 6a Procentuální vyjádření schopnosti sester komunikovat s pacientem trpícím nesnesitelnou bolestí

Graf č. 6b Procentuální vyjádření schopnosti sester komunikovat s pacientem trpícím nesnesitelnou bolestí

7. otázka: Přejí si umírající, abyste seděl(a) u jeho lůžka?

Tabulka č. 7

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	13	5
2.	spíše ne	2	49	19
3.	nevím	3	97	39

$$m = 3,04 \text{ db}$$

$$s = 1,24 \text{ db}$$

$$a = -0,36$$

$$e = 0$$

4.	spíše ano	4	49	19
5.	určitě ano	5	35	14
6.	nezodpovězeno	0	11	4
	součet		254	100

Graf č. 7a Procentuální rozložení přání umírajících, aby sestra seděla u jeho lůžka, z pohledu sester

Graf č. 7b Procentuální vyjádření přání umírajících, aby sestra seděla u jeho lůžka, z pohledu sester

8. otázka: Přeje si umírající, abyste ho držel(a) za ruku?

Tabulka č. 8

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	25	10
2.	spíše ne	2	45	18
3.	nevím	3	70	27
4.	spíše ano	4	67	26
5.	určitě ano	5	35	14
6.	nezodpovězeno	0	12	5
	součet		254	100

$$m = 3,3 \text{ db}$$

$$s = 1,31 \text{ db}$$

$$a = 0,03$$

$$e = -0,63$$

Graf č. 8a Procentuální rozložení přání umírajícího, aby ho sestra držela za ruku, z pohledu sester

Graf č. 8b Procentuální vyjádření přání umírajícího, aby ho sestra držela za ruku, z pohledu sester

9. otázka: Přeje si umírající, abyste s ním hovořil(a) o jeho diagnóze?

Tabulka č. 9

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	26	10
2.	spíše ne	2	76	30
3.	nevím	3	93	36
4.	spíše ano	4	35	14
5.	určitě ano	5	12	5
6.	nezodpovězeno	0	12	5
	součet		254	100

$$m = 2,87 \text{ db}$$

$$s = 1,20 \text{ db}$$

$$a = 0,71$$

$$e = 0,43$$

Graf č. 9a Procentuální rozložení přání umírajícího, aby sestra s ním hovořila o jeho diagnóze, z pohledu sester

Graf č. 9b Procentuální vyjádření přání umírajícího, aby sestra s ním hovořila o jeho diagnóze,

z pohledu sester

10. otázka: Dal umírající najevo, že s Vámi nechce hovořit?

Tabulka č. 10

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	42	17
2.	spíše ne	2	46	18
3.	nevím	3	87	34
4.	spíše ano	4	50	20
5.	určitě ano	5	13	5
6.	nezodpovězeno	0	16	6
	součet		254	100

$m = 2,6$ db
 $s = 1,28$ db
 $a = -0,26$ db
 $e = -0,63$ db

Graf č. 10a Procentuální rozložení přání umírajícího hovořit se sestrou z pohledu sester

Graf č. 10b Procentuální vyjádření přání umírajícího hovořit se sestrou z pohledu sester

11. otázka: Pomáhá interakce sestra a pacient k zlepšení pohody umírajícího?

Tabulka č. 11

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	5	2
2.	spíše ne	2	16	6
3.	nevím	3	45	18
4.	spíše ano	4	93	36
5.	určitě ano	5	86	34
6.	nezodpovězeno	0	9	4
	součet		254	100

$m = 3,83$ db
 $s = 1,22$ db
 $a = -1,33$
 $e = 1,70$

Graf č. 11a Procentuální rozložení názoru sester na vliv interakce sestra a pacient na pohodu umírajícího

Graf č. 11b Procentuální vyjádření názoru sester na vliv interakce sestra a pacient na pohodu umírajícího

12. otázka: Vyžadují příbuzní umírajícího často rozhovor s Vámi?

Tabulka č. 12

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	15	6

$m = 3,42$ db
 $s = 1,34$ db

2.	spíše ne	2	25	10
3.	nevím	3	67	26
4.	spíše ano	4	76	30
5.	určitě ano	5	60	24
6.	nezodpovězeno	0	11	4
	součet		254	100

$$a = -0,80$$

$$e = 0,10$$

Graf č. 12a Procentuální rozložení přání příbuzných umírajícího o rozhovor se sestrou z pohledu sester

Graf č. 12b Procentuální vyjádření přání příbuzných umírajícího o rozhovor se sestrou z pohledu sester

13. otázka: Přeje si umírající hovořit s Vámi o jeho ošetrovatelské péči?

Tabulka č. 13

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	21	8
2.	spíše ne	2	55	22
3.	nevím	3	81	32
4.	spíše ano	4	68	27
5.	určitě ano	5	19	7
6.	nezodpovězeno	0	10	4
	součet		254	100

$$m = 2,92 \text{ db}$$

$$s = 1,21 \text{ db}$$

$$a = -0,40$$

$$e = -0,24$$

Graf č. 13a Procentuální rozložení přání umírajícího o rozhovor se sestrou o jeho ošetrovatelské péči z pohledu sester

Graf č. 13b Procentuální vyjádření přání umírajícího o rozhovor se sestrou o jeho ošetrovatelské péči z pohledu sester

14. otázka: Přeje si umírající hovořit s Vámi o jeho životě?

Tabulka č. 14

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	14	6
2.	spíše ne	2	34	13
3.	nevím	3	83	33
4.	spíše ano	4	82	32
5.	určitě ano	5	34	13
6.	nezodpovězeno	0	7	3

$$m = 3,26 \text{ db}$$

$$s = 1,18 \text{ db}$$

$$a = -0,64$$

$$e = 0,22$$

	součet		254	100
--	--------	--	-----	-----

Graf č. 14a Procentuální rozložení přání umírajícího hovořit se sestrou o jeho životě z pohledu sester

Graf č. 14b Procentuální vyjádření přání umírajícího hovořit se sestrou o jeho životě z pohledu sester

15. otázka: Zavolal si Vás umírající k lůžku a přitom vůbec nevěděl, o čem chce hovořit?

Tabulka č. 15

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	26	10
2.	spíše ne	2	36	14
3.	nevím	3	70	27
4.	spíše ano	4	66	26
5.	určitě ano	5	47	19
6.	nezodpovězeno	0	9	4
	součet		254	100

$$m = 3,18 \text{ db}$$

$$s = 1,36 \text{ db}$$

$$a = -0,47$$

$$e = -0,53$$

Graf č. 15a Procentuální rozložení přání umírajícího o kontakt se sestrou, aniž věděl, o čem chce se sestrou hovořit, z pohledu sester

Graf č. 15b Procentuální vyjádření přání umírajícího o kontakt se sestrou, aniž věděl, o čem chce se sestrou hovořit, z pohledu sester

16. otázka: Zařadil(a) byste komunikaci s pacientem mezi priority ošetrovatelské péče?

Tabulka č. 16

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	11	4
2.	spíše ne	2	4	2
3.	nevím	3	24	9
4.	spíše ano	4	53	21
5.	určitě ano	5	156	62
6.	nezodpovězeno	0	6	4
	součet		254	100

$$m = 4,26 \text{ db}$$

$$s = 1,21 \text{ db}$$

$$a = -1,95$$

$$e = 3,28$$

Graf č. 16a Procentuální rozložení názoru sester, zda komunikaci řadí mezi priority ošetrovatelské péče

Graf č. 16b Procentuální vyjádření názoru sester, zda komunikaci řadí mezi priority ošetrovatelské péče

17. otázka: Přeje si často umírající, abyste byl(a) v jeho těsné blízkosti?

Tabulka č. 17

položka	slovní odpověď	db	n	f (%)
1.	určitě ne	1	18	7
2.	spíše ne	2	22	9
3.	nevím	3	75	30
4.	spíše ano	4	90	34
5.	určitě ano	5	37	15
6.	nezodpovězeno	0	12	5
	součet		254	100

$m = 3,28$ db

$s = 1,29$ db

$a = -0,84$

$e = 0,26$

Graf č. 17a Procentuální rozložení přání umírajícího, aby sestra byla často v jeho těsné blízkosti, z pohledu sester

Graf č. 17b Procentuální vyjádření přání umírajícího, aby sestra často byla v jeho těsné blízkosti z pohledu sester

Diskuze

Mezi profesionální dovednosti sester patří i komunikace s umírajícími. Z výzkumu, při kterém bylo získáno 254 zodpovězených anonymních dotazníků ze tří nemocnic a dvou hospiců z celkového počtu 300 předaných dotazníků vyplývá:

Komentář k otázce č. 1 Při komunikaci s umírajícími 39% sester si „docela věřím“, 11% si „zcela věřím“, 42% „nevím“, jak hodnotit svoje znalosti o vlivu komunikace na umírající a pouze 2% čtyři sestry „si vůbec nevěřím“ a šestnáct sester z 254 tj. 6% „si spíše nevěřím“. Průměrná odpověď je 3,53 db a leží takřka uprostřed intervalu (3; 4) db. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „nevím“ až „docela si věřím“. Přitom mají odpovědi „nevím“ (3 db) a „docela si věřím“ (4 db) největší četnost: 42% a 39%. Ne všechny registrované sestry hodnotí své znalosti komunikace kladně, ne všechny si věří. Dobrá komunikace však má pozitivní vliv na umírající a nejbližší příbuzné. Jsou sestry, které si nevěří vůbec nebo neví, zda komunikace v ošetrovatelské péči zaujímá důležité místo.

Komentář k otázce č. 2 Na otázku, zda dokáže hovořit s pacientem v terminálním stavu o jeho psychických problémech, odpovědělo třicet jedna sester tj. 12% „zcela si věřím“, „docela si věřím“ osmdesát pět sester, tj. 33%, „nevím“ sto devět sester – 43%, pouze dvě sestry – 1% „vůbec si nevěřím“ a dvacet pět sester tj. 10% „spíše si nevěřím“. Dvě sestry tj. 1% neodpověděly vůbec. Průměrná odpověď je 3,44 db, leží v intervalu (3; 4) db. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „nevím“ až „docela si věřím“. Přitom mají odpovědi „nevím“ (3 db) a „docela si věřím“ (4 db) největší četnosti: 43% a 33%. Sestry dokáží hovořit se smrtelně nemocným o jeho psychických problémech. Sestra vedle znalostí odborných, manažerských, právních, etických, musí mít i znalosti psychologické. Ne všechny sestry však dokáží hovořit s nemocným o jeho psychických problémech.

Komentář k otázce č. 3 S pacienty rozrušenými sestry umí komunikovat, „zcela si věřím“ 24% tj. šedesát sester, sto čtyři tj. 40% „si docela věřím“, „nevím“ 28% tj. sedmdesát sester „spíše si nevěřím“ 8% tj. dvacet sester z 254 sester. Průměrná odpověď 3,8 db leží v intervalu (3; 4) db, blíže hodnotě 4 db. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „docela si věřím“. Odpovědi „docela si věřím“ (4 db) má nejvyšší četnost 40% a okolní

odpovědi „nevím“ (3 db) a „zcela si věřím“ (5 db) mají srovnatelné četnosti 28% a 24%. Sestry dokáží komunikovat i s rozrušenými pacienty, věří si. K chování pacienta musí sestra přistupovat s velkou tolerancí a s nadhledem. Opět jsou sestry, které si nejsou jisty, že to dokáží.

Komentář k otázce č. 4 Pokud je pacient v psychickém stresu, tak je dokáže doporučit jinému zdravotníkovi sedmdesát osm sester tj. 31% „si zcela věřím“, 32% „si docela věřím“ tj. osmdesát čtyři sester, „vůbec si nevěřím“ čtyři sestry tj. 2%, „spíše si nevěřím“ dvacet sester, a „nevím“ šedesát šest sester. Průměrná odpověď je 3,81 db. Leží v intervalu (3; 4) db, blíže hodnotě 4 db. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „docela si věřím“. Odpovědi „docela si věřím“ (4 db) a „zcela si věřím“ (5 db) mají srovnatelné četnosti 32% a 31%. Jinému zdravotnickému pracovníkovi dokáží sestry doporučit pacienta ve stresu. Ve zdravotnických zařízeních pracují specialisti, kteří mohou mít veliký význam pro umírajícího a mohou mu pomoci s jeho obtížemi fyzickými, psychickými, duchovními i sociálními. Jsou však sestry, které nedokáží pacientovi pomoci a nedokáží doporučit pacienta ve stresu jinému zdravotnickému pracovníkovi, důvodem může být neznalost, ale také neochota sestry.

Komentář k otázce č. 5 Při komunikaci s úzkostným pacientem „si zcela věřím“, že to dokáže, padesát sester tj. 20%, „docela si věřím“ 46% tj. sto šestnáct sester, „vůbec si nevěřím“ dvě sestry tj. 1%, „spíše si nevěřím“ 7% sester tj. sedmnáct sester. Průměrná odpověď 3,77 db leží v intervalu (3; 4) db, mnohem blíže hodnotě 4 db. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „docela si věřím“. Odpověď „docela si věřím“ (4 db) má zcela jednoznačně nejvyšší četnost 46%. Dalšími nejčetnějšími odpověďmi jsou „nevím“ (3 db) – 26 % a „zcela si věřím“ (5 db) – 20%. Většina sester uvádí, že dokáží komunikovat i s úzkostným pacientem. Úzkost se objevuje jako nepříjemný pocit, ale nemocný nedokáže říci, z čeho konkrétně je. Úzkost stejně jako strach je sociálně nežádoucí, je proto kontakt sestry s umírajícím velmi důležitý.

Komentář k otázce č. 6 Komunikovat s pacientem trpícím nesnesitelnou bolestí dokáže padesát jedna sester tj. 20% „zcela si věřím“, „docela si věřím“ 36% tj. devadesát jedna sester, „vůbec si nevěřím“ dvě sestry tj. 1%, „spíše si nevěřím“ třicet jedna sester tj. 12% a „nevím“ sedmdesát devět sester tj. 20%. Průměrná odpověď 3,62 db leží v intervalu (3; 4) db. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „nevím“ až „docela si věřím“. Odpověď „docela si věřím“ (4 db) má nejvyšší četnost 36%. Dalšími nejčetnějšími odpověďmi jsou „nevím“ (3 db) – 31 % a „zcela si věřím“ (5 db) – 20%. Při komunikaci s pacientem trpícím nesnesitelnou bolestí většina sester uvádí, že dokáže s pacientem smrtelně nemocným, jehož konec života doprovází kruté bolesti, komunikovat. Dnes již zdravotníci akceptují právo pacienta nemít bolest.

Komentář k otázce č. 7 Zda si přeje umírající, aby sestra seděla u jeho lůžka, odpovědělo třicet pět sester tj. 14% „určitě ano“, třináct sester tj. 5% „určitě ne“, čtyřicet devět sester tj. 19% „spíše ano“ a stejný počet odpovědělo „spíše ne“, „nevím“ odpovědělo devadesát sedm sester tj. 39%, na otázku neodpovědělo jedenáct sester tj. 4%. Průměrná odpověď je 3,04 db. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „nevím“. Této odpovědi odpovídá i její nejvyšší četnost 39%. Okolní odpovědi „spíše ne“ (2 db) a „spíše ano“ (4 db), mají shodnou četnost 19%. Další nejčetnější odpovědí je „určitě ano“ (5 db) 14%. Sestry uvádí, že si umírající přejí, aby je držely za ruku, seděly u jeho lůžka a často si přejí, aby byly v jejich těsné blízkosti. Tělesný kontakt – doteky, přináší umírajícímu příjemné pocity. I neverbální komunikace má veliký význam v interakci sestra a pacient, což bylo výzkumem potvrzeno. Ne všechny sestry však mají znalosti o významu neverbální komunikace pro nemocného. Pacientovi nemusí být vždy příjemný tělesný kontakt, ale jiný druh neverbální komunikace přijímá rád. Sestra musí poznat a sama rozhodnout, jaký druh komunikace je pro umírajícího nejlepší.

Komentář k otázce č. 8 Třicet pět sester tj. 14% se domnívá, že si umírající přeje – „určitě ano“, aby ho sestra držela za ruku, dvacet pět sester tj. 10% se domnívá, že „určitě ne“, „spíše ano“ si myslí šedesát sedm sester tj. 26%, „spíše ne“ se domnívá čtyřicet pět sester tj. 18% , dvanáct sester neodpovědělo na

otázku tj. 5%. Průměrná odpověď je 3,3 db, náleží intervalu (3;4). Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „nevím“ až „spíše ano“. Této odpovědi odpovídají i nejvyšší četnosti: „nevím“ (3 db) – 39% a „spíše ano“ (4 db) – 26%. Shodnou četnost mají okolní odpovědi „spíše ne“ (2 db) a „spíše ano“ (4 db), obě po 19%. Další nejčetnější odpovědí je „určitě ano“ (5 db) – 14%.

Komentář k otázce č. 9 Dvacet šest sester uvádí tj. 14%, že pacient nechce „určitě ne“ hovořit o jeho diagnóze se sestrou, dvanáct sester tj. 5% uvádí, že „určitě ano“, „spíše ano“ uvádí třicet pět sester tj. 14%, „spíše ne“ uvádí sedmdesát šest sester tj. 30%, „neví“ devadesát tři sester tj. 36%. Na otázku neodpovědělo dvanáct sester tj. 5%. Průměrná odpověď je 2,87 db, náleží intervalu (2; 3), blíže hodnotě 3. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „nevím“. Odpověď „nevím“ (3 db) má i nejvyšší četnost 36%. Dále 30% dotazovaných uvedlo odpověď „spíše ne“ (2 db). Další odpovědi jsou již poměrně málo četné.

Komentář k otázce č. 10 Zda dal umírající sestře najevo, že s ní nechce hovořit odpovědělo čtyřicet dva sester tj. 17% „určitě ne“, čtyřicet šest sester tj. 18% „spíše ne“, osmdesát sedm tj. 34% odpovědělo „nevím“. Padesát sester tj. 20% odpovědělo „spíše ano“, třináct tj. 5% „určitě ano“ a 6% tj. šestnáct sester neodpovědělo. Průměrná odpověď je 2,6 db, náleží intervalu (2; 3). Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „spíše ne“ až „nevím“. Odpověď „nevím“ (3 db) má i nejvyšší četnost 34%. Srovnatelnou četnost mají odpovědi „určitě ne“ (1 db), „spíše ne“ (2 db) a „spíše ano“ (4 db) – 17 %, 18 % a 19 %. Sestry citlivě vnímají, kdy s nimi umírající chce hovořit a kdy ne. Pacientovi je třeba dát klid, pokud jej potřebuje, a je třeba mu poskytnout rozhovor, pokud jej žádá. Při rozhovoru je třeba dávat najevo pacientovi opravdový zájem o jeho život, potřeby, zájmy, přání.

Komentář k otázce č. 11 Na otázku, zda pomáhá interakce sestra a pacient ke zlepšení pohody umírajícího, odpovědělo osmdesát šest sester tj. 34% „určitě ano“, devadesát tři tj. 36% „spíše ano“, čtyřicet pět sester tj. 18% odpovědělo „nevím“. Pět sester tj. 2% odpovědělo „určitě ne“, šestnáct sester tj. 6% „spíše ne“ a devět sester tj. 4% neodpovědělo. Průměrná odpověď je 3,83 db, náleží intervalu (3;4), blíže hodnotě 4. Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „spíše ano“. Tato odpověď (4 db) má i nejvyšší četnost 36% a nepatrně nižší četnost má odpověď „určitě ano“ (5 db) – 34%. Výzkumem je potvrzeno, že interakce sestra a pacient přispívá ke zlepšení pohody umírajícího.

Komentář k otázce č. 12 Zda často vyžadují rozhovor příbuzní se sestrou, odpovědělo šedesát sester tj. 24% „určitě ano“, sedmdesát šest sester tj. 26% „spíše ano“, šedesát sedm sester tj. 26% odpovědělo „nevím“. Patnáct sester tj. 6% odpovědělo „určitě ne“, dvacet pět sester tj. 10% „spíše ne“ a jedenáct sester tj. 4% neodpovědělo. Průměrná odpověď je 3,42 db, náleží intervalu (3; 4). Odpovídá tedy slovnímu vyjádření „nevím“ až „spíše ano“. Tomu odpovídají i četnosti, kdy ve 30% odpověděli respondenti „spíše ano“, ve 26% „nevím“ a ve 24% „určitě ano“. Sestry potvrzují, že nejbližší příbuzní vyžadují často komunikaci s nimi. Zajímají se o vše, co se týká umírajícího. Ne všechny sestry si uvědomují, jaký význam má pro nejbližší příbuzné informace o jejich smrtelně nemocném.

Komentář k otázce č. 13 O ošetrovatelské péči si přeje nemocný hovořit se sestrou „určitě ano“, to uvádí devatenáct sester tj. 7%, „spíše ano“ uvádí šedesát osm sester tj. 22%, „neví“ osmdesát jedna sester tj. 32%. 8% tj. dvacet jedna sester uvádí, že „určitě ne“, padesát pět sester tj. 22% uvádí, že „spíše ne“. Deset sester tj. 4% neodpovědělo. Průměrná odpověď je 2,94 db, což prakticky odpovídá slovnímu vyjádření „nevím“. Tato odpověď má nejvyšší četnost 32%. Další nejčetnější odpověď je „spíše ano“ (4 db) 27% a odpověď „spíše ne“ (2 db) 22%. Ostatní odpovědi jsou velmi málo zastoupeny. Pacienti si přejí hovořit se sestrou i o jeho ošetrovatelské péči. Cílem komplexní ošetrovatelské péče je zapojit nemocné i do plánování ošetrovatelské péče a zapojit i nejbližší příbuzné.

Komentář k otázce č. 14 O svém životě chce se sestrou hovořit „určitě ano“, to uvádí třicet čtyři sester tj. 13%, „spíše ano“ uvádí osmdesát dva tj. 32% sester a „neví“ osmdesát tři sester tj. 33%. Čtrnáct sester tj.

6% uvádí, že „určitě ne“, třicet čtyři sester tj. 13 % uvádí, že „spíše ne“. Neodpovědělo sedm sester tj. 3%. Průměrná odpověď je 3,26 db, což prakticky odpovídá slovnímu vyjádření „nevím“ až „spíše ano“. Další nejčtenější odpovědi „nevím“ (3 db) a „spíše ano“ (4 db) mají takřka shodnou, poměrně vysokou, četnost: 32% a 33%. Pacient v terminálním stavu chce hovořit i o svém životě se sestrou. Při rozhovoru je třeba dávat najevo opravdový zájem o život pacienta, nenaléhat na umírajícího. Ne všechny sestry umí naslouchat nemocnému.

Komentář k otázce č. 15 Na otázku, zda si umírající zavolal sestru k lůžku a přitom nevěděl, o čem chce hovořit, odpovědělo čtyřicet sedm sester tj. 19% „určitě ano“, 26% tj. šedesát šest sester odpovědělo, že „spíše ano“, sedmdesát sester tj. 27% odpovědělo „nevím“. „Určitě ne“ odpovědělo dvacet šest sester tj. 10%. „Spíše ne“ odpovědělo třicet šest sester tj. 14%. Neodpovědělo devět sester tj. 4%. Průměrná odpověď 3,18 db je v intervalu (3; 4), mnohem blíže hodnotě 3, což odpovídá slovnímu vyjádření „nevím“. Tato odpověď je nejčtenější (27%). Její nízká hodnota hovoří o velkém směrodatné odchylce s. Takřka stejně četná je i odpověď „spíše ano“ (4 db): 26%. Neverbální komunikace je pro nemocného často důležitější, než pronesená slova. Umírající někdy nechce být sám, opuštěný a touží po přítomnosti nejen svých nejbližších, ale i zdravotníků. I když je smířen s osudem, přesto stále čeká na slova naděje. Přítomnost člověka dodává umírajícímu sílu jít cestou neznámou.

Komentář k otázce č. 16 Mezi priority ošetrovatelské péče zařazuje komunikaci „určitě ano“ sto padesát šest sester tj. 62%, „spíše ano“ padesát tři sester tj. 21 %. „nevím“ dvacet čtyři sester tj. 9%. „Určitě ne“ jedenáct sester tj. 4%, „spíše ne“ 2% sester a neodpovědělo šest sester tj. 2%. Sestry potvrzují, že komunikace, ať už verbální, neverbální nebo činem, v interakci sestra a pacient patří mezi priority ošetrovatelské péče. Průměrná odpověď 4,26 db náleží intervalu (4; 5), což odpovídá slovnímu vyjádření „spíše ano“ až „určitě ano“. Přitom odpověď „určitě ano“ má zcela převažující četnost 62%. Pětina dotazovaných odpovídá na otázku „spíše ano“, ostatní odpovědi jsou zcela marginální. Sestry tedy zařazují komunikaci s umírajícími mezi priority komplexní ošetrovatelské péče.

Komentář k otázce č. 17 Zda si přeje umírající, aby sestra byla v jeho těsné blízkosti, odpovědělo třicet sedm sester tj. 15%, „určitě ano“, „určitě ne“ odpovědělo osmnáct sester tj. 7%. „Spíše ano“ odpovědělo devadesát sester tj. 34%, „spíše ne“ odpovědělo dvacet dva sester tj. 9%, „nevím“ 30% sester tj. sedmdesát pět. Neodpovědělo 5% tj. dvanáct sester. Průměrná odpověď 3,28 db náleží intervalu (3; 4), což odpovídá slovnímu vyjádření „nevím“ (3 db) až „spíše ano“ (4 db). Přitom odpověď „spíše ano“ (34%) má větší četnost, než odpověď „nevím“ (30%). 15% dotazovaných odpovídá „určitě ano“. Neverbální komunikace má veliký význam v interakci sestra a umírající. Mnoho smrtelně nemocných potvrzuje, jak důležitý je pro ně kontakt se zdravotníky, a to konkrétně se sestrou.

Během předávání dotazníků v nemocnicích a v hospicích proběhl neformální rozhovor s vrchními sestrami. Vrchní sestry uváděly, že často jsou to lékaři, kteří vyžadují pouze plnění ordinací a komunikaci sester s umírajícími nepodporují. Podpora dotazníkové akce ze strany vedoucích pracovníků však svědčí o tom, že i vedoucí sestry mají zájem zjistit informace o názoru sester na komunikaci v ošetrovatelské péči a zároveň je zajímá, jaký mají sestry na jejich odděleních postoj k problematice umírání a smrti.

Komunikaci na středních zdravotnických školách a i na vysokých školách, kde studují všeobecné sestry je věnována pozornost a studuje se v teoretických předmětech a v praktických cvičeních. Na středních zdravotnických školách by bylo vhodné zavést nový předmět „Komunikaci“, který by byl zaměřen převážně prakticky. Problematice umírání je však třeba věnovat větší pozornost, jak na středních, tak na vysokých školách.

Kanadské univerzity uvažují o zahrnutí péče o umírající do lékařského studia za podpory ministerstva zdravotnictví. Ukazuje se, že byla péče o umírající dlouhodobě zanedbávaným oborem, a to co do

výuky, tak i do výzkumu.

Závěr

Cílem anonymního dotazníkového výzkumu bylo zjistit, zda si sestry při komunikaci s umírajícími věří. Ukázalo se, že většina dotazovaných sester hodnotí své komunikační dovednosti kladně. Zároveň ale se ukázalo, že ne všechny sestry si při komunikaci věří. Dále bylo cílem výzkumu prokázat, že komunikace patří mezi priority ošetrovatelské péče o umírající. I toto bylo výzkumným vzorkem 254 registrovaných sester prokázáno.

Hypotéza je na základě anonymního dotazníkového šetření potvrzena. Komunikace je dotazovanými registrovanými sestrami zařazena mezi priority ošetrovatelské péče. Efektivní komunikace patří mezi kritické součásti ošetrovatelské péče o umírající. Sestry, které umí efektivně komunikovat, jsou nadány větší schopností iniciovat u umírajících změny, které vedou ke zkvalitnění posledních dní života nemocného. Dobrá komunikace mezi sestrou a umírajícími a jeho nejbližšími má větší úspěch při budování důvěrnějších vztahů mezi terminálně nemocnými a jejich nejbližšími. Efektivní komunikace může zabránit i možným právním problémům souvisejících s komplexní ošetrovatelskou péčí o umírající. Potvrzuje se i teoretické tvrzení, že efektivní komunikace v ošetrovatelské péči o umírající je nezbytná. Potvrzuje se, že nezbytným předpokladem dobrého a efektivního terapeutického rozhovoru mezi sestrou a terminálně nemocným jsou výborné komunikační dovednosti verbální, neverbální, činem i komunikace paralingvistická. Efektivní komunikace však vyžaduje znalosti sester nejen teoretické, ale i praktické.

Práce konstatuje v odpovědích na otázky č. 1 – 6, že si sestry při rozhovoru s umírajícími docela věří. V odpovědích na otázku č. 1 odpovědělo 39% sester, že si „docela věří“ a 11 %, že si „zcela věří“. „Vůbec si nevěří“ pouze 2% a 6% „si spíše nevěří“. Zda dokážou sestry hovořit s pacientem v terminálním stavu otázka č. 2 jsou největší četnosti odpovědí 43% „nevím“ a 33% „docela si věřím“. Při komunikaci s rozrušenými pacienty otázka č. 3 „si docela věří“ 40% sester, „zcela si věří“ 24% a „neví“ 28%. Opět zajímavá je i odpověď na otázku č. 4, zda dokáže sestra doporučit umírajícího jinému zdravotníkovi. „Docela si věří“ 32%, „zcela si věří“ 31%. Při komunikaci s úzkostným pacientem otázka č. 5 „si zcela věří“ 20% sester a „docela si věří“ 46% sester. „Vůbec si nevěří“ 1 sestra z 254 dotazovaných. Komunikovat s pacientem trpícím nesnesitelnou bolestí otázka č. 6 dokáže 20% sester „si zcela věří“, „docela si věří“ 36%, „vůbec si nevěří“ 1 sestra. Z toho vyplývá, že sestry chápou význam dobré komunikace pro umírající, jsou však sestry, které komunikační techniky nezvládají. Je proto nutno se neustále zdokonalovat v komunikaci a zařadit i komunikační techniky mezi další vzdělávání sester. Otázka č. 7, 8, 15 a 17 dává odpověď na otázku, jak významná je pro umírajícího neverbální komunikace z pohledu dotazovaných sester. Průměrná odpověď na otázku č. 7, zda si přeje umírající, aby sestra seděla u jeho lůžka je „nevím“ tj. 39%, ale „určitě ano“ odpovědělo 19% a „určitě ne“ pouze 5%. Větší počet sester odpovídá na otázku č. 8, že si pacient přeje, aby ho držela za ruku 14% „určitě ano“ proti 10% „určitě ne“, „spíše ano“ 26%, „spíše ne“ 18%, „neví“ 27% sester. O blízký kontakt sestry stojí umírající z pohledu sester takto, „spíše ano“ 26%. „neví“ 27% sester tj. odpověď na otázku č. 15, 34% umírajících „spíše ano“ si přeje, aby sestra byla v jeho těsné blízkosti, „určitě ano“ odpovídá 15% sester. Na otázku č. 9, zda si přeje umírající hovořit se sestrou o jeho diagnóze odpověděly sestry „nevím“ 36% a „spíše ne“ 30%, „určitě ne“ 10%. Tuto problematiku přenechávají sestry raději lékařům. Interakce sestra a pacient pomáhá ke zlepšení pohody umírajícího, to potvrzují sestry ve svých odpovědích v otázce č. 11 36% uvádí „spíše ano“ a 34% „určitě ano“. Rozhovor se sestrou vyžadují nejbližší příbuzní a sestry to potvrzují odpověďmi „spíše ano“ 30%, „určitě ano“ 24%

v otázce č. 12. Sestry „neví“ tj. 32%, zda s nimi chtějí umírající hovořit o ošetrovatelské péči. Je otázkou proč tomu tak je, bylo by dobré poučit nemocné a jeho nejbližší na tato práva pacienta a bylo by vhodné umírající zapojit do spolupráce se sestrou. Nejvíce se dotazované sestry shodly v odpovědi na otázku č. 16, zda by zařadily komunikaci mezi priority ošetrovatelské péče. Mezi priority ošetrovatelské péče zařazuje komunikaci „určitě ano“ 156 sester tj. 62%, „spíše ano“ 21% sester, přesto je část sester, která nemá jasno v tom, jak je důležitá komunikace v její práci. Doporučení pro praxi – je potřeba, aby se v rámci celoživotního vzdělávání registrované sestry neustále vzdělávaly v komunikaci jak teoreticky, tak v praktických cvičeních v seminářích, experienciálních kurzech. Současné moderní terapeutické komunikační techniky mohou výrazně zlepšit vztah interakce sestra a umírající, sestra a nejbližší příbuzní umírajícího. Pomohou ke zlepšení vzájemné důvěry a pochopení mezi sestrou a terminálně nemocným. V ošetrovatelské péči o umírajícího se sestra setká se situacemi, kde běžné komunikační metody jí doposud známé nebudou stačit. I když i v těchto situacích bude sestra využívat základních komunikačních dovedností.

Ukazuje se nutností, aby na středních zdravotnických školách byl zaveden v rámci učebního plánu studijní předmět „Komunikace“. Tento teoreticko praktický předmět by seznamoval žáky s nejnovějšími technikami a procvičovaly by se rozhovory s nemocnými nejen různých věkových kategorií, ale i s nemocnými problémovými, zmatenými, agresivními, s nemocnými jiných kultur, s nemocnými hovořícími cizí řečí apod. Efektivní komunikace v ošetrovatelské péči o umírající by měla patřit mezi základní dovednosti všech zdravotníků.

Literatura

1. CONNOR, M., ARANDA, S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.
2. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: Ošetrovatelstvo – teória. Martin: Osveta, 2005, 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: Výskum v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2002, 85 s. ISBN 80-8063-111-5.
4. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: Geriatria pre praktického lekára.. 1. vyd. Bratislava : Herba, 2004, 298 s. ISBN 80-89171-06-0.
5. HEGYI, L.: Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí. Učebné texty. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. 128 s. ISBN 80-88908-80-9.
6. KRISTOVÁ, J.: Komunikácia v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2004, 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
7. MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J.: Komunikace. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 210 s. ISBN 80-210-1070-3.
8. SVATOŠOVÁ, M.: Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1995, 144 s.
9. ŠKROLOVI, P., M.: Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
10. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Adresa autora:

PhDr. Jarmila Kelnarová

Střední zdravotnická škola

Jaselská 7/9

602 00 Brno

Česká republika

Exogénne faktory ovplyvňujúce normogénezu embrya a plodu

Igor M. Tomo ¹, Ivan Varga ², Renáta Mikušová ², Štefan Polák ², Igor Tomo jr. ³,
František Tóth ⁴, Radomír Kokavec ⁵, Silvia Barteková – Tomová ⁶

- ¹ Ústav lekárskej biológie a genetiky, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave (prednosta ústavu : Prof. RNDr. Ján Vojtaššák, CSc),
² Ústav histológie a embryológie, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave (prednosta ústavu : Doc. MUDr. Štefan Polák, CSc.),
³ Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Švédsko (vedúci oddelenia : Prof. Mats Ulfendhal PhD.),
⁴ Gynekologicko – pôrodnické oddelenie, FORLIFE n. o. Nemocnica v Komárne (primár oddelenia : MUDr. František Tóth),
⁵ Klinika plastickej chirurgie, Fakultná nemocnica a Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave (prednosta kliniky : Doc. MUDr. Jozef Fedeleš, CSc.),
⁶ Súkromná ambulancia pre deti a dorast, Brnianska 1, Bratislava (vedúci lekár : MUDr. Soňa Tomová)

Súhrn

V roku 2004 bolo v Slovenskej republike hlásených spolu 1394 vrodenných chýb. Približne 20 až 25% vývinových chýb je jednoznačne podmienených genetickými faktormi, u ďalších 65% sa predpokladá spoluúčasť genetických faktorov a faktorov vonkajšieho prostredia. Avšak až 10% vrodenných vývinových chýb vzniká pôsobením exogénnych činiteľov, enviromentálnych faktorov. Autori v príspevku dávajú stručný prehľad o týchto faktoroch vonkajšieho prostredia, ktoré môžu negatívne ovplyvniť normogénezu embrya.

Kľúčové slová : teratogény, vrodenné vývinové chyby, farmaká, infekcia, ťažké kovy, kyselina listová, defekty neurálnej rúry

Vrodenné vývinové chyby (congenital abnormalities) predstavujú zvláštnu skupinu ochorení. Po prvé vznikajú v ranom období vývinu jedinca, väčšinou medzi 3. a 8. týždňom po oplodnení a následne sa často dajú odhaliť až pri pôrode. Po druhé sa jedná o takzvané „defektné“ stavy, preto je úplné „vyliečenie“ vrodenných chýb „ad integrum“ zriedkavé. Oproti klasickým chorobám v postnatálnom období života jedinca, ktoré sú vo väčšine liečiteľné, vrodenné vývinové chyby (VVCh) sú kvôli skorej manifestácii príznakov pri narodení jednou z najväčších výziev medicíny. Preto pri VVCh obzvlášť platí motto modernej medicíny : prevencia je účinnejšia, ako liečba.

Ak na embryo, resp. plod s normálnym genotypom nepôsobia žiadne endogénne alebo exogénne škodlivé vplyvy, vyvíja sa normálne. Veda, ktorá študuje odchýlky od normálneho vývinu a zisťuje príčiny – mechanizmy ich vzniku a tiež následky na úrovni morfológických a funkčných štruktúr, sa nazýva teratológia. Teratogén definujeme ako faktor z vonkajšieho prostredia, ktorý po prechode transportným kanálom spôsobuje (podmieňuje) nežiadúce ovplyvnenie ontogenézy in utero (Vojtaššák a kol., 2004). Okrem genetických faktorov, kde je väčšinou možné určiť riziko poškodenia budúceho jedinca, problematika enviromentálneho rizika v populácii novorodencov nie je pre klinickú prax dostatočne preskúmaná. Pri diferenciálnej diagnostike a etiopatogenéze malformačných syndrómov musíme brať do úvahy aj vplyv exogénnych faktorov. Príkladom môže byť Greggov syndróm (rubeolová embryopatia) alebo infekcia intracelulárnym parazitom Toxoplasma gondii, ktoré vyvolávajú mnohopočetné malformácie poškodzujúce viaceré orgánové systémy. Medzi teratogény patria mnohé chemické, biologické alebo fyzikálne činitele, pričom viaceré agensy môžu pôsobiť v interakcii, kde často dochádza k sumácii viacerých faktorov (antiepileptiká, antidiabetiká a chronické ochorenia budúcich matiek).

Tabuľka č. 1: Faktory pôsobiace na vznik vrodenných vývinových chýb.

fyzikálne faktory	chemické faktory	biologické faktory	mechanické faktory
RTG žiarenie	liečivá :	Toxoplasma gondii	prolaps maternice
iné druhy žiarenia (ultrazvuk ?)	thalidomid (Contergan)	vírus rubeoly (Greggov syndróm)	ruptúra amniónového vaku
radiácia	cytostatiká	vírus Herpes simplex	transpozícia plodu
vibrácie (diskotéky a pod.)	steroidné hormóny	cytomegalovírus	zníženie množstva plodovej tekutiny a amniové pruhy

niektoré antihistaminiká	syfilis (<i>Treponema pallidum</i>)
antiepileptiká	kvapavka (<i>Neisseria gonorrhoea</i>)
barbituráty	vírus HIV a ochorenie AIDS
niektoré antibiotiká	pohlavne prenosné ochorenia (STD's)
psychofarmaká	diabetes mellitus u matky
psychoaktívne látky ako nikotín, alkohol, kokaín, heroín, morfín a pod.	epilepsia
prvky v prostredí : radón, ortuť, olovo, kadmium	inkompatibilita v antigénových systémoch
a ďalšie ťažké akovy	autoimúnne ochorenia
alkylačné látky	psychická a emociálna záťaž
profesionálna intoxikácia	vek matky a otca
	telesná konštitúcia matky
	etnický faktor
	výživa matky

Normálny i patologický vývin embrya a plodu je určovaný faktormi endogénnymi a exogénnymi. Exogénne faktory pôsobiace na plod, ovplyvňujú jeho rast a vývin prostredníctvom matky. Negatívne pôsobia najmä choroby matky, jej nedostatočná výživa, alkoholizmus, závislosť od psychoaktívnych látok, nikotinizmus, porucha uteroplacentárnej cirkulácie, infekcie postihujúce plod, izoimunizácia v systéme Rh a ABO, mnohé farmaká, žiarenie, chemikálie, stres a ďalšie (Buchanec, 2001). Podľa Bóznery a kol. (1990) sa embryotoxický efekt exogénnych škodlivín môže manifestovať nasledovnými cestami :

- škodlivé agens môže poškodiť organizmus matky, čo má sekundárny vplyv na normogénezu embrya,
- substancia môže po prechode placentárnou bariérou vyvolať teratogénny efekt priamo u embrya,
- škodliviny môžu výrazne poškodiť funkciu placenty, ktorou následne môžu prejsť i látky za normálnych pomerov zadržané.

Pre klinickú prax má osobitný význam konzumácia farmák pred počatím a v priebehu gravidity. Problematika účinku liekov na reprodukciu a na tehotenstvo pritom zaujíma nie len odbornú, ale aj laickú verejnosť. Jednoznačným teratogénom u človeka je thalidomid s odhadom rizika 10 až 30%. Thalidomid sa dostal do obehu v roku 1957 pod obchodným názvom Contergan® (výrobca Grünethal Chemie). Slúžil ako výborné analgetikum a mal potláčať nevoľnosť počas prvého trimestra tehotenstva. Bol prístupný aj bez lekárskeho predpisu. V dôsledku jeho teratogénneho účinku sa však narodilo len v samotnom Nemecku 6700 novorodencov postihnutých typickými malformáciami horných končatín – tzv. phocomelia.

Z antibiotík má pravdepodobný teratogénny účinok tetracyklín, ktorý má vysokú afinitu k základnej hmote kostí a zubov, do ktorej je inkorporovaný v podobe vápnikových komplexov. Pri podávaní tetracyklínov boli okrem žltého až tmavého sfarbenia mliečnych zubov, hypoplázie skloviny a iných deformácií zubov zaznamenané aj poruchy rastu kostí a zmeny v očnej šošovke. Po dlhodobom užívaní chloramfenikolu boli zaznamenané vrodené anomálie, ako rázštep, anomálie urogenitálneho traktu, hnačky, dyspnoe, obehový kolaps, hypotermia a následná vysoká letalita. Nebezpečné je podanie chloramfenikolu matke aj ku koncu gravidity, keď sa u dieťaťa môže vyskytnúť tzv. „šedý syndróm“. Aj glukokortikoidy môžu spôsobovať u potomstva matiek, ktoré ich užívali v kritickom období retardáciu rastu, zvyšujú riziko perinatálnej mortality a predčasného pôrodu. Účinok kortikoidov sa využíva aj na dosiahnutie rýchlejšieho dozrievania tkaniva pľúc pri predčasne narodených deťoch, ako prevencia respiračného distress syndrómu. Fletcher a kol. (1979) zistil výraznú involúciu týmusu novorodencov pri použití betametasonu, ktorého vplyv na ďalší postnatálny vývin imunitného systému jedinca sa ešte dostatočne nepreskúmal.

K závažným zdravotným následkom vedie požívania alkoholu počas gravidity. Prejavuje sa fetálnym alkoholovým syndrómom (FAS) u novorodencov. Zatiaľ sa dostatočne nepreskúmalo, či na normogénezu plodu patologicky pôsobí alkohol a/alebo produkt jeho metabolizmu – acetaldehyd, prípadne abstinénčné stavy u matiek. Deti, ktoré sa narodia chronickým alkoholičkám majú špecifický vzor defektov týkajúcich sa prenatálnej aj postnatálnej rastovej retardácie, mentálnych porúch a typických zmien na lebke a tvári (mikrocefália, krátke očné štrbiny – blefarofimóza, epikantus, hypoplázia maxily, krátky nos, tenká horná pera, dlhé a slabo vyvinuté filtrum, abnormálne flexčné ryhy a u tretiny novorodencov sú prítomné aj vrodené chyby srdca). Nakoľko citlivé obdobie vývinu mozgu je počas celého tehotenstva, je potrebná úplná abstinencia alkoholu počas gravidity (Pospíšilová a kol., 2006).

Podozrenie, že nikotinizmus môže byť nebezpečný nielen pre reprodukčné funkcie, ale aj pre vývin plodu, bolo vznesené už pred viac ako 100 rokmi. Cigaretový dym obsahuje asi 2000 komponentov, z toho asi 10% tvorí nikotín a decht. Priemerná pôrodná hmotnosť novorodencov matiek fajčiarok je o 200 gramov nižšia, ako novorodencov matiek, ktoré nefajčili. Fajčenie je spojené aj so zvýšeným počtom spontánnych potratov, mŕtvonarodených detí, predčasných pôrodov, malformácií a tiež môže vyvolať chromozomálne aberácie (Elis a Elisová, 1989). Patomechanizmus nepriaznivého vplyvu fajčenia na rast plodu spočíva v poruche uteroplacentárnej cirkulácie (Buchanec, 2001). Vzniknuté chorobné stavy súvisia však nielen s hypoxiou v placente a v tkanivách plodu, ale aj s nižším obsahom vitamínu C a B12, kyseliny listovej a iných látok potrebných pre rast a vývin (Poradovský a kol., 1991). Podľa Pavúka (2002) na východnom Slovensku fajčí 59,6% rómskych a 20,9% nerómskych žien. Po zistení tehotenstva postupne zanechal fajčenie, najviac v prvom trimestri, 52,5% rómskych a 70,2% nerómskych žien.

Od roku 1989 sa na naše územie dostávajú drogy nielen pri transporte cez naše hranice, ale už aj ako surovina pre našich toxikomanov. Pri drogových závislostiach je niekedy ťažké posúdiť, do akej miery ide o vplyv danej drogy na normálny vývin plodu a do akej miery tieto zmeny v normogenéze spôsobuje životospráva spojená s drogovou závislosťou. Novorodenci matiek závislých od tzv. tvrdých drog pri porovnaní s fyziologickými novorodencami majú signifikantne nižšiu pôrodnú hmotnosť aj dĺžku tela, pričom ich retardácia v obvodových mierach je dokonca ešte viac výrazná (Drobná a Neščáková, 2000).

Materský organizmus má počas gravidity zmenenú vnímavosť a obranyschopnosť voči infekciám. Gravidita sa pri poškodení infekciou môže skončiť potratom, predčasným pôrodom, pôrodom infikovaného novorodenca alebo novorodenca s vrodenu vývinovou poruchou. V klinickej praxi sa skupina malformácií vyvolaných najčastejšími teratogénmi mikrobiálneho pôvodu označuje skratkou STORCH (syfilis, Toxoplasma gondii, rubeola, cytomegalovírus a Herpes simplex vírus). Pri rubeole sa prvýkrát podarilo spoľahlivo dokázať teratogénny účinok vírusov. Asi v 30% intrauterinných infekcií vzniká rubeolová embryopatia (Greggov syndróm) s charakteristickou mikroftalmiou, poruchou sluchu, psychomotorickou retardáciou, hepatosplenomegáliou, defektmy srdca a kataraktou (Wiedemann a Kunze, 1996).

Prvé zmienky, že niektoré ťažké kovy môžu prechádzať placentárnou bariérou, koncentrovať sa v placente a tým poškodiť embryo a plod sú z roku 1974 (Baglan a kol., 1974). Z ťažkých kovov je olovo nebezpečné pre vývin krvotvorného, nervového a vylučovacieho systému. Pri intoxikácii sa zvyšuje pravdepodobnosť spontánnych potratov, preto sa v minulosti olovo využívalo aj ako prostriedok na vyvolanie potratov. Prežívajúce plody majú spomalený vnútro maternicový aj postnatálny rast a objavujú sa u nich neurologické poruchy (Saxena Chitra Singh a kol., 1994). Viaceré štúdie dokázali, že olovo prechádza placentárnou bariérou a jeho koncentrácia v krvi plodu je rovnaká, ako v krvi matky. V placente sa olovo kumuluje predovšetkým v štruktúrach syncytiotrofoblastu (Vráblová a kol., 2005).

Prvý poznatok, že ženy ktorých deti sa narodili s vrodennými defektmi neurálnej rúry (neural tube defects, NTD's) majú v krvi nízku hladinu niektorých vitamínov uverejnil Smithells a kol. (1980). Neurálna rúra sa začína uzavárať na začiatku 4. týždňa po oplodnení tak, že najprv sa uzavrie približne v strede embryonálneho tela a neskôr jej uzatváranie pokračuje kaudálnym a kranialným smerom. Ak sa neurálna rúra kompletne neuzavrie, vznikajú ťažké vrodené chyby ako napr. anencefália a vrodený rázštep chrbtice - spina bifida (Kapeller a Pospíšilová, 2001). Posledné roky ukázali klinicky významnú koreláciu medzi hladinou homocysteínu v krvi a rizikom vzniku NTD's. Homocysteín je aminokyselina, ktorá vzniká demetyláciou esenciálnej aminokyseliny metionín. Jeho zvýšená hladina spôsobuje okrem narušenia normogenézy aj ako toxická látka na cievy, ktorá napomáha procesu aterogenézy a trombogenézy v postnatálnom období. Asi 50% homocysteínu je spätne remetylovaný na metionín, okrem iných za prítomnosti kyseliny listovej a vitamínu B₁₂ alebo odbúraný transsulfuračným procesom za prítomnosti vitamínu B₆ na cysteín, ktorý je vylučovaný močom. Za fyziologických okolností, keď nie je prítomný geneticky podmienený defekt cystation-β-syntázy (transsulfuračná dráha) alebo defekt metionínového cyklu, predovšetkým enzýmu 5-10 metyléntetrahydrofolát reduktázy (5,10 MTHFR), normálny prísun kyseliny listovej, vitamínu B₁₂ a B₆ zaisťujú normálne hodnoty homocysteínu v krvi. Gén pre MTHFR sa nachádza na krátkom ramienku chromozómu 1 v oblasti 36.3. V našej populácii je častý polymorfizmus tohto génu, pri ktorom sa na 677. nukleotide nahradí cytozín tymínom (C677T). Dôsledkom je, že oproti normálnemu homozygotovi (C/C) klesá aktivita enzýmu 5,10-MTHFR pri 37°C u heterozygotov (C/T) o 25-30%, kým u homozygotov T/T až o 50-60%. Podľa Smolkovej (2004) je frekvencia výskytu normálnych homozygotov v populácii slovenských adolescentov 49,5%, heterozygotov 45,8% a mutantných homozygotov 4,6%. Normálna hladina kyseliny listovej v organizme je dôležitá aj pri tvorbe DNA a RNA, nakoľko tá hrá kľúčovú úlohu pri tvorbe až troch báz: guanín, adenín a tymín.

V roku 1984 sa v Maďarskej republike vytvorila Služba optimálneho plánovaného rodičovstva (Optimális családtervezési szolgálat). Až 5453 budúcich mamičiek sa vďaka nej prihlásilo do štúdie, v rámci ktorej polovica z nich užívala zmes (embryoprotektívnych) vitamínov (Elevit Pronatal® od firmy Hoffmann-La Roche) a druhá polovica placebo obsahujúce len minerálne látky. Z 2471 novorodencov matiek, ktoré užívali vitamíny sa nenarodilo ani jedno s vrodenu vývinovou chybou neurálnej rúry, kým v kontrolnej skupine 2391 novorodencov sa vyskytlo 6 (0,25%) prípadov defektu neurálnej rúry (Czeizel a Dudás, 1992). V prekoncepčnom období a v období embryogenézy sa dostatočným prísunom kyseliny listovej a vitamínov B₆ a B₁₂ dá dosiahnuť zníženie hladiny homocysteínu v krvi, dostatočná replikácia DNA a tým dôležitý embryoprotektívny účinok. V mnohých krajinách sa už dlhé roky využíva fortifikácia (obohatenie) múky a múčnych výrobkov kyselinou listovou a vitamínmi B₆ a B₁₂. V týchto krajinách poklesla nielen incidencia vrodených vývinových chýb, ale aj morbidita a mortalita na kardiovaskulárne ochorenia. Už v období pred počatím je mimoriadne dôležité zabezpečiť dostatočný prísun vitamínov prirodzenou cestou alebo formou špecializovaných vitamínových preparátov určených pre tehotné ženy. Žiaľ, u laickej verejnosti ešte nie je dostatočne

rozšírená dôležitá funkcia správnej výživy v predkoncepčnom období. V mnohých prípadoch, kým žena odhalí, že je tehotná, prebehne celá organogenéza a plod sa ďalej vyvíja aj so vzniknutými vrodenými vývinovými chybami. Preto by malo byť úlohou všetkých zdravotníckych zariadení rozširovať medzi širokou verejnosťou myšlienku plánovaného rodičovstva a upozorniť na možné nebezpečenstvá vonkajších faktorov na normálny vnútro maternicový vývin jedinca.

Napriek rozširujúcim sa poznatkov týkajúcich sa etiopatogenézy vzniku VVCh je množstvo nezodpovedaných otázok. Ich vyriešenie je výzvou pre výskum v oblasti teratológie, ktorý môže byť úspešný len v rámci interdisciplinárneho prístupu.

Literatúra

1. BAGLAN, R. J., BRILL, A. B., SCHULERT, A., WILSON, D., DYER, N., MANSOUR, M., SCHAFFNER, W., HOFFMAN, L., DAVIES, J.: Utility of placental tissue as an indicator of trace element exposure to adult and fetus. *Environ. Res.* 1974; 8: 64-70.
2. BÓZNER, A., BARTOŠ, F., SMETANA, K.: Všeobecná biológia pre farmaceutov. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1990, 216 pp.
3. BUCHANEC, J.: Rast a vývin dieťaťa. Pp. 19-43. In: Buchanec, J. et al.: *Vademékum pediatra*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2001, 1115 pp.
4. CZEIZEL, A. E., DUDÁS, I.: Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N. Engl. J. Med.* 1992; 327: 1832-1835.
5. DROBNÁ, H., NEŠČÁKOVÁ, E.: Telesné proporcie a vývin slovenských novorodencov matiek závislých od drog. Pp. 38-42. In: Thurzo, M. (Ed.): *Zborník referátov a posterov z antropologických dní s medzinárodnou účasťou v Smoleniciach 1999*. Bratislava: STU, 2000, 223 pp.
6. ELIS, J., ELISOVÁ, K.: *Léky v těhotenství*. Praha: Avicenum zdravotnícke nakladatelství, 1989, 208 pp.
7. FLETCHER, B. D., MASSON, M. M., LISBONA, A., RIGGS, T., PAPAGEORGIOU, A. N.: Thymic response to endogenous and exogenous steroids in premature newborn infants. *J. Pediatr.* 1979; 95: 111-114.
8. KAPPELLER, K., POSPÍŠILOVÁ, V.: *Embryológia človeka*. Učebnica pre lekárske fakulty. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2001, 371 pp.
9. PAVÚK, A.: Analýza fajčiarskych návykov rómskych a nerómskych tehotných žien na východnom Slovensku. Pp. 75-78. In: Thurzo M. (Ed.): *Bulletin Slovenskej antropologickej spoločnosti pri SAV*, Bratislava: STU, 2002, 140 pp.
10. PORADOVSKÝ, K., LUKAČÍN, Š., FRIČ, I., HUTTOVÁ, M.: Hypotrofia plodu a novorodenca. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1991, 349 pp.
11. POSPÍŠILOVÁ, V., MIKUŠOVÁ, R., VARGA, I., POLÁK, Š.: *Embryológia človeka*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2006 (v tlači).
12. SAXENA CHITRA SINGH, D. K., MURTHY, R. C., NEERAJ, M., SATYA, V, CH.: Blood and placental lead levels in an Indian City: a preliminary report. *Archives of Environmental Health*. 1994; 4: 106-110.
13. SMITHELLS, R. W., SHEPPARD, S., SCHORAH, C. J.: Vitamin deficiencies and neural tube defects. *Arch. Dis. Child.* 1976; 51: 944-949.
14. SMOLKOVÁ, B.: Rizikové faktory aterosklerózy a kardiovaskulárnych ochorení vo vzťahu k vybraným kandidátnym génom. Dizertačná práca. Depon. In: *Prírodovedecká fakulta UK v Bratislave*, 2004.
15. VOJTAŠŠÁK, J. ET AL.: *Vybrané kapitoly z lekárskej biológie a humánnej genetiky*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2004, 108 pp.
16. VRÁBLOVÁ, V., FOLTINOVÁ, J., FOLTIN, V., MORVOVÁ, M.: Interdisciplinary contribution to the study of placenta. *Slov. Antropol.* 2005; 8(1): 178-181.
17. WIEDEMANN, H. R., KUNZE, J.: *Atlas klinických syndrémov pre kliniku a prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996, 684 pp.

Adresa autora :

Doc. RNDr. Igor M. Tomo, CSc., MPH.

Ústav lekárskej biológie a genetiky, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Sasinkova ulica 4, I. poschodie, 811 08 Bratislava

INVENAPRA – alkohol.

Vyhodnotenie intervencií a prieskum vedomostí, názorov a praktík žiakov základných škôl vo vzťahu k alkoholu.

Lucia Demesová

študentka 3. ročníka externého štúdia, Verejné zdravotníctvo

Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove

Riaditeľ: MUDr. Jozef Sládek, MPH

Súhrn

Úvod: Štúdia sa zameriava na vyhodnotenie preventívnych intervencií u 12 - 15 ročných žiakov, zameraných na zvýšenie vedomostí o škodlivých účinkoch alkoholu a na formovanie záporného vzťahu k jeho nadmernej konzumácii .

Diskusia: Aby bolo možné očakávať výrazný úspech zdravotno-výchovnej prevencie v oblasti rizikovej konzumácie alkoholu, je potrebné najprv zdefinovať najoptimálnejšiu metódu preventívneho pôsobenia. Nájsť túto metódu, však zatiaľ znamenalo prejsť cestu vykonania menej efektívnych intervencií. Pozitívne na tejto ceste je to, že touto pilotnou štúdiou, sa podarilo jasne pomenovať problémové zložky preventívnych aktivít a samotného sledovania (aj keď na malej vzorke respondentov). Získal sa obraz o vedomostiach, názoroch a praktikách detí a dosiahlo sa aj pozitívne ovplyvnenie respondentov. Popísali sa najvýznamnejšie zistené výsledky vrátane výsledkov vyhodnotenia efektivity intervencií.

Záver: Poznanie a vyhodnotenie dopadu zvolenej primárnej prevencie bolo prvým krokom k rozbehnutiu aktivít, u ktorých sa očakáva, že prinesú želaný výsledok - výrazné ovplyvnenie vedomostí, názorov a praktík detí a mladých ľudí vo vzťahu k alkoholu.

Kľúčové slová: alkohol, prevencia, intervencie, vedomosti, názory, praktiky, ovplyvnenie detí a mladých ľudí

Úvod

Problém zneužívania návykových látok je sociálno-patologický jav, ktorý neobchádza ani Slovensko.(1) Škody v dôsledku užívania alkoholu, vrátane nehôd, predstavujú veľký zdravotný problém. Podľa dokumentu „Zdravie pre všetkých v 21. Storočí“ do roku 2020 nemá byť spotreba alkoholických nápojov ročne viac než 6 litrov na obyvateľa a má sa blížiť k nule u mladších než 15 rokov.(2) Priemerná spotreba alkoholických nápojov v Slovenskej republike dosahovala v poslednej dekáde 20. storočia 111 l na osobu. Menovite 88,5 l, víno 13,3 l, liehoviny a ostatné alkoholické nápoje 9,21 l. Prepočet zahŕňa všetky vekové kategórie obyvateľstva.(3) Prevencia problémov s alkoholom je u mládeže dôležitá z mnohých dôvodov. Jedným z nich je to, že závislosť na alkohole sa u mladých rozvíja oveľa rýchlejšie ako

u dospelých. Mladý organizmus sa telesne aj psychicky neustále vyvíja a preto konzumácia aj malého množstva alkoholu pôsobí vážnejšie zdravotné problémy.(4)

Metodika

Ako metóda výchovy k zdraviu sa využívala metóda skupinového pôsobenia formou prednášok a skupinových diskusií na vopred stanovené a aktuálne vzniknuté otázky. Prednášky boli doplnené o prezentáciu v programe PowerPoint. Využili sa aj ďalšie pomôcky, tlačené materiály, letáky a plagáty.

Respondenti intervencií boli žiakmi základných škôl v okrese Trebišov. Išlo o celé triedy, ktoré boli určené školou na základe jej požiadavky.

Ako nástroj na zber údajov sa použil dotazník. Bol členený na dve časti: Prvá časť obsahovala vedomostné otázky o alkohole a jeho účinkoch. Otázky boli vypracované na obsahovom základe prednáškovej časti intervencie. Druhá časť bola zameraná na názory a skúsenosti s alkoholickými nápojmi. Časť otázok v dotazníku bola zostavená za účelom tejto štúdie a boli použité aj otázky z dotazníkov: ESPAD 2003 - Európsky školský prieskum o alkohole, tabaku a drogách; Zdravotné návyky a kvalita života dospelaj populácie Slovenska v roku 2002. Otázky korešpondovali s prieskumami: TAD 1 - Prieskum „Tabak, Alkohol, Drogy“ u žiakov základných a stredných škôl na Slovensku, Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže v roku 1999 v Košickom a Prešovskom kraji. Žiaci vyplnili dva dotazníky, prvý – vstupný pred intervenciou a druhý - výstupný bezprostredne po intervencii.

Počet správnych odpovedí sa hodnotil pomocou programu Excel, v ktorom sa vytvorila databáza údajov z dotazníkov. Údaje boli spracované pomocou matematických nástrojov programu a nástroja Analýza dát s vyžitím funkcie Popisná štatistika. Vypočítalo sa proporčné zastúpenie jednotlivých odpovedí, priemerné hodnoty frekvencie správnych odpovedí pred a po intervencii ako aj konfidenčné intervaly s hladinou spoľahlivosti 95%.

Výsledky

Do intervenčných aktivít bolo celkovo zapojených 991 žiakov v rámci celého okresu. Do štúdie sa zaradili žiaci z troch základných škôl v meste Trebišov vo veku 12 –15 rokov (žiaci 7. – 9. ročníka). Získalo sa 204 kompletne vyplnených dotazníkov. Rozdelili sa podľa školských ročníkov a následne podľa pohlavia. Vzhľadom na potrebu porovnateľnosti sledovaných skupín a získaných výsledkov sa jednoduchým spôsobom náhodného výberu vytvorili 3

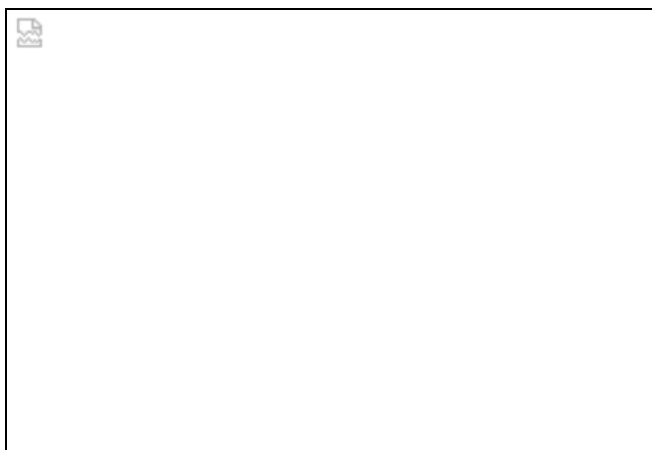
skupiny. V štúdiu sa použilo 150 dotazníkov, po 50 od žiakov z každého ročníka s rovnakým zastúpením pohlaví t.j. 25 chlapcov a 25 dievčat.

Výsledky hodnotenia 1.časti dotazníka.



Graf č. 1

Predpokladalo sa, že frekvencia správnych odpovedí bude vyššia po intervencii. Intervaly spoľahlivosti pred a po intervencii u žiakov siedmeho ročníka sa prekrývali, bolo zrejmé, že efekt intervencie z hľadiska zvýšenia vedomostí, nebol dostatočný (graf č.1).



Graf č. 2

U žiakov 8 a 9 ročníka boli intervencie efektívne, keďže sa konfidénčné intervaly pred a po intervencii neprekrývali (graf č.2 a č.3). Predpokladalo sa, že so zvyšujúcim sa ročníkom vzrastie aj efektívnosť intervencií, to sa však nepotvrdilo.



Graf č. 3

Výsledky hodnotenia 2. časti dotazníka.

Jedna z otázok sa zameriavala na zistenie prítomnosti rizikového faktora – absencie mimoškolskej záujmovej činnosti a jej na vplyvu na konzumáciu alkoholu v porovnaní so žiakmi, ktorí túto činnosť vykonávajú. Z celkového počtu respondentov sa len 14% opýtaných nevenuje nijakej mimoškolskej záujmovej činnosti. Títo žiaci pili alkoholické nápoje v každom sledovanom časovom období v priemere s nižšou frekvenciou ako žiaci, ktorí sa venujú spomínanej činnosti.

Zisťovalo sa, či má častosť vykonávania mimoškolskej záujmovej činnosti vplyv na konzumáciu alkoholu u respondentov. Predpokladalo sa, že nižšia spotreba alkoholu bude u žiakov, ktorí sa venujú záujmovej činnosti častejšie, predpoklad sa nepotvrdil.



Graf č. 4

Považujú respondenti mierne pitie alkoholu za normálnu súčasť zdravého spôsobu ich života? Toto zistenie bolo kľúčové pri hodnotení zmeny postoja respondentov k miernemu pitiu alkoholu. Výsledok vyjadruje mieru vplyvu intervencie na zmenu týchto postojov. Predpokladalo sa, že po intervencii bude považovať mierne pitie ako normálnu súčasť

života, nižší počet žiakov. Potvrdilo sa to len u žiakov siedmeho ročníka, kde nastal pokles o 10% a u ôsmakov o 14% (graf č.4).

Niekoľko otázok v dotazníku bolo orientovaných na zistenie konzumácie alkoholu. V časovom období za celý život celkovo konzumovalo alkohol najmenej 40-krát 16% opýtaných. Táto frekvencia konzumácie alkoholu sa považuje za pravidelnú. Najčastejšie konzumovaným alkoholickým nápojom je pivo - 44% respondentov ho konzumuje niekoľkokrát do roka. Na druhom mieste je víno - 39%, tvrdý alkohol pije niekoľkokrát ročne 31% opýtaných.

Najčastejšie konzumovaným alkoholickým nápojom v uplynulých siedmych dňoch bolo víno, pilo ho v objeme 2 dl a viac 30% všetkých opýtaných. V priemere každý z nich vypil 4,19 dl. Na druhom mieste boli miešané nápoje - 19%. Pivo konzumovalo 17% opýtaných žiakov. Tvrdý alkohol pilo 14%. Časové obdobie, v ktorom sa odpovede získali, nebolo charakteristické žiadnymi tradičnými príležitosťami, ktoré by mohli byť zámienkou na takúto konzumáciu.

Miesta najčastejšej konzumácie alkoholu sú: 1) u nás doma 35%, 2) doma u niekoho iného

23%, 3) na diskotéke 15%, 4) v krčne, bare 14% (graf č.5).



Graf č. 5

Vo výstupnom dotazníku sa mali opýtaní zaradiť do kategórie podľa konzumácie alkoholu. Do kategórie abstinentov sa zaradilo 50%, medzi konzumentov 47%, pijanov 3%.

Respondenti pre svoju spotrebu najčastejšie osobne nakupovali pivo, viac ako jedenkrát si ho kúpilo 26%, víno 21% a tvrdý alkohol

16%.

Najmenej raz za život bolo opitých 41% všetkých opýtaných. O miere silnej konzumácie alkoholu vypovedá frekvencia pitia 5 a viac dávok alkoholu za sebou („šnúra“ alebo „záťah“). Túto frekvenciu konzumácie udáva 13% respondentov. Konzumáciu 1 až 4 dávok udáva 27% opýtaných.

Pitie alkoholu prináša následky. Tie si uvedomujú aj respondenti. Problémy s rodičmi očakáva 71% opýtaných. Poškodenie zdravia – 67% žiakov. Spravím, čo budem ľutovať – 44% respondentov. Poriadne sa zabavím 40%.

Pred intervenciou uviedlo 91% opýtaných, že by nechceli aby ich deti pili alkohol, po intervencii takto odpovedalo 92% respondentov. 10% opýtaných uviedlo, že keď pijú ich rodičia alkohol, ponúkajú alkohol aj im.

Na základe získania nových informácií hodnotilo vykonané intervencie kladne 77% respondentov a z pohľadu získania zaujímavých informácií 66%. Posledná otázka bola zameraná na zistenie toho, či získané informácie ovplyvnia správanie respondentov vo vzťahu k alkoholu v budúcnosti. Kladne odpovedalo 43%, záporne 23%, nevedelo odpovedať 34%.

Diskusia

Problematika užívania (zneužívania) alkoholu sa doposiaľ vo zvolenom rozsahu sledovala hlavne u dospelých a stredoškolskej populácie. Pri porovnaní niektorých výsledkov nemohla byť dodržaná charakteristika jednotného veku. Očakávalo sa, že výsledky budú podstatne nižšie v porovnaní s vyššími vekovými skupinami, ktorých výsledky prieskumu boli k dispozícii.

V našom sledovanom súbore bolo výrazne menej žiakov, ktorí nikdy nepili víno (32% siedmakov a 64% ôsmakov) v porovnaní s prieskumom TAD 1, kde víno nikdy nepilo 86% siedmakov a 89% ôsmakov. To znamená, že naši respondenti majú podstatne väčšie

skúsenosti s konzumáciou tohto alkoholického nápoja. Väčšina ostatných porovnávaných výsledkov je veľmi podobná a svedčí o rovnakom vývoji správania sa mladých vo vzťahu k alkoholu v celej republike.

V našej štúdií uviedlo konzumáciu najmenej jednej dávky miešaného nápoja za uplynulý týždeň až 19% žiakov. To je vysoká proporcia v porovnaní so štúdiou - Zdravotné návyky a kvalita zdravia dospelaj populácie Slovenska v roku 2002, kde rovnaké množstvo konzumovalo len 5,8% respondentov. Tvrdý alkohol v súbore nami opýtaných pije 1x týždenne až 5% žiakov, čo je nepriaznivé pri porovnaní s vyššie uvedenou štúdiou, v ktorej rovnakú frekvenciu konzumácie tvrdého alkoholu uviedlo 6,10% dospelých. Ku konzumácii vína s frekvenciou 1x týždenne sa priznalo vyššie percento nami sledovaných respondentov (9%), v porovnaní so spomínanou štúdiou, kde to bolo len 6,8% opýtaných. Tento stav považujeme za veľmi nepriaznivý.

V štúdií Zdravotné návyky a kvalita zdravia dospelaj populácie Slovenska v roku 2002 uvádza 83,6% respondentov vo veku 15 – 24 rokov, že konzumuje alkohol najmenej 1x za rok. V našom sledovaní sa k tejto konzumácii priznáva 69% žiakov, čo vzhľadom na rozdielnosť veku respondentov v porovnávaných štúdiách považujeme za veľmi nepriaznivé zistenie.

Tieto výsledky porovnaní sú veľmi závažné, pretože frekvencia a miera konzumácie alkoholických nápojov u 12 – 15 ročných detí je veľmi podobná konzumácii alkoholu u dospelých.

Štyri percentá našich respondentov bolo za uplynulý mesiac opitých najmenej 3-krát. Považujeme to za nepriaznivé, lebo v porovnaní so štúdiou ESPAD 2003 (stav opitosti uviedlo 6,4% opýtaných) ide len o málo nižšiu proporciu opitých v rovnakom a nižšom veku. Táto skutočnosť zodpovedá zvyšujúcej sa tendencii pitia so zvyšujúcim sa vekom a poukazuje na znižujúcu sa hranicu začiatku konzumácie alkoholu u mladých ľudí.

Do kategórie abstinent sa v našej štúdií zaradilo len 50% opýtaných žiakov v porovnaní so štúdiou Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže realizovanej v roku 1999 v Košickom a Prešovskom kraji, kde sa medzi abstinentov radilo podstatne viac - 80,9% respondentov. V nami sledovanom súbore bolo veľmi vysoké percento žiakov (47%), ktorí sa zaradili do kategórie konzument v porovnaní s vyššie uvedeným monitoringom, kde sa medzi príležitostných konzumentov zaradilo len 10% opýtaných.

Získané výsledky, poukazujúce na vzostup vedomostí, nespĺnili očakávanie. Ako hlavné problémové faktory sa stanovili: klasická prednášková forma odovzdávania informácií a skutočnosť, že lektor je dospelá osoba. Bolo nevyhnutné prehodnotiť metódy odovzdávania informácií a prikloniť sa k metóde zážitkovej, kde by bol každý z účastníkov besedy alebo inej aktivity v rámci tzv. skupinových techník nenásilne nútený vyjadriť svoj názor, postoj a konfrontovať ho s ostatnými rovesníkmi. Potrebné bolo hľadať nové spôsoby v odovzďavaní informácií z pohľadu osoby lektora. Vychádzajúc zo zahraničných skúseností mladí ľudia prijímajú nové informácie vnímavejšie od svojich rovesníkov. Z tohto dôvodu v rámci pôsobnosti

Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove aktuálne pracujeme na vytvorení a vyškolení tzv. Peer skupín. Jedná sa o skupiny mladých ľudí prvého a druhého ročníka stredných škôl, ktorí budú intervenčne pôsobiť medzi svojimi rovesníkmi na základných a stredných školách. Uvedený predpoklad bude potrebné overiť porovnaním výsledkov prieskumu po rovesníckych intervenciách s v tejto štúdii získanými výsledkami.

Záver

Zistené výsledky v porovnaní s ďalšími štúdiami sú veľmi závažné, pretože frekvencia a miera konzumácie alkoholických nápojov u 12 – 15 ročných detí je veľmi podobná konzumácii alkoholu u dospelých. Najčastejšie konzumovaným alkoholickým nápojom je pivo, nasleduje víno a potom tvrdý alkohol. Pravidelne konzumuje alkohol 16% opýtaných. Najmenej raz za život bolo opitých 41% respondentov, 5 a viac dávok na jedno posedenie vypilo 13%, táto frekvencia je prejavom silnej konzumácie alkoholu. Do kategórie abstinentov sa radí len 50% opýtaných, medzi konzumentov 47%. Najfrekvencovanejšie miesta konzumácie sú: „u nás doma“ a „doma u niekoho iného“, pričom 10% respondentov uviedlo, že im alkohol ponúkli aj rodičia.

Zámer zdravotno-výchovných aktivít, zvýšiť vedomosti o škodlivých účinkoch alkoholických nápojov, sa jednoznačne podarilo len u žiakov ôsmeho ročníka. Len 43% respondentov uviedlo kladný vplyv uskutočnených intervencií na ich postoje a správanie vo vzťahu k alkoholu. Preto je nevyhnutná zmena formy skupinových intervencií s využitím zážitkových metód a príprava lektorov z rovesníckeho prostredia – Peer aktivistov.

Literatúra

1. SCHNITZEROVÁ, E.: Pohľad na konzumáciu návykových látok u žiakov základných a stredných škôl v obvode Košice – okolie. In: 31.dni zdravotnej výchovy Ivana Stodolu. Zborník prednášok z vedeckej konferencie. Bratislava : Úrad verejného zdravotníctva SR, 2004, 214 s., ISBN 80-7159-148-3
2. Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí. Bratislava : Štátny zdravotný ústav SR, 2001, 155 s., ISBN 80-7159-119-X
3. www.seps.sk/zp/stuz/kapitoly/7/1.html, Vývoj Slovenska v poslednej dekáde 20. storočia vo svetle vybraných faktorov, 10.1.2005
4. NEŠPOR, K.: Změny rizikového chování. Pomoc lidem, kteří mají problémy s alkoholem. Praha : Státní zdravotní ústav, 1996, 137 s.
5. NOCIAR, A.: ESPAD 2003 - Európsky školský prieskum o alkohole, tabaku a drogách. Dotazník. Bratislava : Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2002, 17 s.
6. AVDIČOVÁ, M., HRUBÁ, F., HERDOVÁ, O. et al.: Zdravotné návyky a kvalita zdravia dospeljej populácie Slovenska v roku 2002. Bratislava : Štátny fakultný zdravotný ústav

Slovenskej republiky Bratislava pre Štátny zdravotný ústav Banská Bystrica, 2003, 56.s., ISBN 80-7159-141-6

7. www.stopfajceni.sk/page_clanok.php?=156, Prieskum „Tabak, Alkohol, Drogy“ u žiakov, študentov a učiteľov základných a stredných škôl na Slovensku, 25.3.2005
8. REŠOVSKÝ, J., MIŠENDA, P.: Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže, Podpora zdravia, 2002, č.1, s. 11-16.

Adresa autora :

Lucia Demesová

Oddelenie výchovy k zdraviu a poradenskej činnosti

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove

Jilemnického 3370/2

075 01 Trebišov

Reformné zákony a práva pacientov

L. HEGYI *, K. TÓTH **

* Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU

** Katedra medicínskeho práva SZU

Úvodom

Až do polovice 20. storočia nebola diskutovaná otázka ľudských práv v oblasti medicíny a už zvlášť nie právo pacienta môcť ovplyvniť priebeh liečby. Až hrôzy 2. svetovej vojny, porušovanie základných ľudských práv a pokusy na ľuďoch akcelerovali potrebu prijať medzinárodné záruky týchto práv. Postupom času sa problematika ľudských práv rozšírila na oblasti ľudskej činnosti, kde vznikala možnosť ich porušovania. K takým patrí aj oblasť medicíny a vzťahov medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom.

Práva pacientov sa odvíjajú od Všeobecnej deklarácie ľudských práv, prijatej Zhromaždením Spojených národov v roku 1948. K právam pacientov sa vzťahujú nasledovné dokumenty:

Charta práv pacientov, vydaná Americkou asociáciou nemocníc

Charta práv a povinností pacienta, vydaná vo Francúzsku

Charta hospitalizovaného pacienta, vydaná vo Francúzsku

1976 Návrh práv chorých a zomierajúcich, prijatý Parlamentným zhromaždením Rady Európy

Charta hospitalizovaného pacienta, prijatá Nemocničným výborom Európskeho spoločenstva

Návrh, predstavujúci pacienta ako aktívneho účastníka v jeho vlastnej liečbe, prijatý Komisiou ministrov Rady Európy

Lisabonská deklarácia práv pacientov, prijatá Svetovou lekárskou spoločnosťou

1984 Európska charta práv pacientov, prijatá ako rezolúcia Európskym parlamentom

1994 Deklarácia Svetovej zdravotníckej organizácie o šírení práv pacientov v Európe, podpísaná 34 členskými štátmi Európskeho regiónu SZO v Amsterdame

1995 Revidovaná verzia Lisabonskej deklarácie práv pacientov, prijatá Svetovou lekárskou spoločnosťou

1996 Ljubljanská charta SZO reformy zdravotníctva, podpísaná takmer všetkými členskými štátmi Európskeho regiónu SZO

1996 Konvencia o ľudských právach a biomedicíne, prijatá Radou Európy

lovenská legislatíva upravuje práva pacientov predovšetkým v článku 40 Ústavného zákona, a potom najmä v zákonoch:

Zákon NR SR č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti (13)

Zákon NR SR č. 272/1994 Z.z. o ochrane zdravia ľudí (14)

Zákon NR SR č. 98/1995 Z.z. o Liečebnom poriadku v znení neskorších predpisov (15)

Zákon NR SR č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení (16)

sociácia nemocníc Slovenska vypracovala v roku 1992 Chartu práv pacienta, vychádzajúcu z medzinárodných dokumentov (8).

Už návrh práv chorých a zomierajúcich ukázal, že okrem všeobecných práv pacientov sa budú vyvíjať zvláštne práva, vzťahujúce sa na skupiny chorých, u ktorých by mohla vzniknúť diskriminácia. Tak sa vytvorila Listina práv pacientov s rakovinovou bolesťou, charta práv hospitalizovaných detí, charta práv chorých demenciou a napokon aj charta štandard starších ľudí, prijatá Medzinárodnou asociáciou gerontológie (IAG) v roku 1997 v Adelaide.

Na Slovensku vznikla v roku 1999 asociácia Nádej pre pacienta, ktorej cieľom je mimo iné šírenie informácií a zvyšovanie povedomia občanov v otázkach ochrany zdravia a koordinácia úsilia pri presadzovaní práv občana v tejto oblasti

Čo sú to ľudské práva?

Prameň: Rezolúcia Valného zhromaždenia 217 A (III) z 10.decembra 1948.

Ľudských práv, ktorých základné myšlienky pochádzajú z 18. storočia z Veľkej francúzskej revolúcie a z amerického Vyhlásenia nezávislosti, sa odvíjajú mnohé súčasné právne normy. Mimo iné sa v nich hovorí, že:

... Každý má právo na takú životnú úroveň, ktorá by mohla zabezpečiť jeho zdravie a blahobyt, aj zdravie a blahobyt jeho rodiny, vrátane potravy, ošatenia, bývania, lekárskej starostlivosti a nevyhnutných sociálnych služieb; má právo na zabezpečenie v nezamestnanosti, v chorobe, pri pracovnej nespôsobilosti, pri ovdovení, v starobe alebo v ostatných prípadoch straty zárobkových možností, ktoré nastali okolnosťami nezávislými od jeho vôle...

Európska charta práv pacientov

1. Právo na prevenciu
2. Právo na prístup k zdravotníckym službám
3. Právo na informácie
4. Právo vyjadriť súhlas
5. Právo slobodného výberu
6. Právo na súkromie
7. Právo na rešpektovanie pacientovho času
8. Právo na kvalitu
9. Právo na bezpečnosť
10. Právo na inovácie
11. Právo predchádzať utrpeniu a bolesti
12. Právo na zohľadnenie osobných potrieb
13. Právo sťažovať sa.
14. Právo na náhradu škody

Práva pacientov v SR sú garantované reformnými zákonmi NR SR z roku 2004.

Má pacient právo na prevenciu?

Prameň: Zákon NR SR č. 577 / 2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti úhradách na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotníckej starostlivosti toto právo rieši v § 2 a prílohe č. 2.

Na základe verejného zdravotného poistenia sa plne uhrádzajú preventívne prehliadky:

- Ø u pediatra u detí do jedného roku 9 krát,
- Ø jedna do 18 mesiacov u špecialistu,
- Ø raz za 2 roky vo veku od 3 do 15 rokov,
- Ø jedna od 15 rokov veku u praktického lekára pre dospelých raz za 2 roky,
- Ø nad 50 rokov u mužov u urológa raz za 3 roky.
- Ø U zubného lekára 2 preventívne prehliadky ročne do 18 rokov, potom 1 preventívna prehliadka ročne.
- Ø Tehotná poistenkyňa má nárok na 2 prehliadky u zubného lekára, raz za mesiac u gynekológa-pôrodnika počas tehotenstva a raz 6 týždňov po pôrode
- Ø Žena nad 18 rokov alebo po prvom tehotenstve má nárok na 1 preventívnu prehliadku u gynekológa-pôrodnika ročne.

Poistenec uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti /ďalej len „poskytovateľ“, u ktorého absolvoval preventívnu prehliadku, plnú úhradu za poskytnuté zdravotné výkony. Na základe potvrdenia o úhrade mu zdravotná poisťovňa následne preplatí zodpovedajúcu výšku úhrady na základe verejného zdravotného poistenia

Môže si pacient slobodne vybrať lekára alebo nemocnicu?

Prameň: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, § 11 zákona o zdravotnej starostlivosti garantuje každému právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti a zakazuje diskrimináciu z dôvodu, pohlavia, farby pleti, jazyka, národného alebo sociálneho pôvodu majetku, rodu, alebo iného postavenia, § 5 zákon o poskytovateľoch ukladá štátu povinnosť garantovať minimálnu sieť a zabezpečiť tak dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Každý jedinec má právo na prístup k takým zdravotníckym službám, aké si vyžaduje jeho zdravie. Zdravotnícke služby musia zaručovať rovnaký prístup každému, bez diskriminácie na základe finančných možností, miesta bydliska, druhu choroby, alebo doby prístupu k zdravotníckej starostlivosti. Každý má právo na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Toto právo sa nevzťahuje na osobu, ktorá je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody, na žiadateľa o azyl a na príslušníkov ozbrojených síl Slovenskej republiky, Policajného zboru, Slovenskej informačnej služby, Národného bezpečnostného úradu, Zboru väzenskej a justičnej stráže, Železničnej polície, Hasičského a záchranného zboru, ak takej osobe určil poskytovateľ služobný orgán alebo služobný úrad.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má každý právo za podmienok ustanovených

týmto zákonom na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej integrity a psychickej integrity.

Zaručuje zákon pacientom primeranú diagnostiku a liečbu ako i pomoc v utrpení?

Prameň: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov § 11, ods. 8, písm. h/ zákona o zdravotnej starostlivosti garantuje každému nárok na zmiernenie utrpenia.

Každý jedinec má právo na diagnostické a liečebné programy čo najviac prispôsobenie jeho osobným potrebám. Každý jedinec má právo, pokiaľ je to len možné, aby sa predchádzalo a čo najviac zmierňovalo jeho utrpenie a bolesť vo všetkých etapách jeho choroby.

Na aké informácie má pacient právo?

Prameň: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Podľa § 6 zákona o zdravotnej starostlivosti má každý právo na informovaný súhlas za presne definovaných podmienok. Podľa § 11 ods. 8 má každý pacient právo na informácie o svojom zdravotnom stave.

§ 25 zákona o zdravotnej starostlivosti zabezpečuje pacientovi prístup do zdravotnej dokumentácie a možnosť vyhotovenia kópie zdravotnej dokumentácie. Novela zákona č. 140 o lieku ukladá povinnosť lekára aj lekárnikovi informovať pacienta o lacnejšej generickej substitúcii.

Každý jedinec má právo na prístup k všetkým druhom informácií, týkajúcich sa jeho zdravotného stavu, zdravotníckych služieb a ich využívania a všetkého, čo je dostupné na základe vedeckého výskumu a technickej inovácie. Údaje zo zdravotnej dokumentácie sa sprístupňujú formou nahliadania do zdravotnej dokumentácie osoby: tejto osobe alebo jej zákonnému zástupcovi v celom rozsahu, manželovi alebo manželke, dieťaťu alebo rodičovi alebo ich zákonnému zástupcovi po smrti tejto osoby, a to v celom rozsahu, ak takáto osoba nie je, osobe plnoletej, ktorá s ňou žila v čase smrti v domácnosti, blízkej osobe alebo ich zákonnému zástupcovi, osobe splnomocnenej na základe písomného plnomocenstva osoby podľa písmena a) alebo b) s osvedčeným podpisom podľa osobitného predpisu v nevyhnutnom rozsahu uvedenom v plnomocenstve, a tiež úradným osobám, ktoré stanovuje zákon. Osoba oprávnená nahliadať do zdravotnej dokumentácie má právo robiť si na mieste výpisky alebo kópie zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu ustanovenom v odseku 1. Poskytovateľ môže odmietnuť nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie osobe, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore psychiatria alebo špecializačnom odbore klinická psychológia, ak by negatívne ovplyvnilo jej liečbu.

Každý má právo domáhať sa rozhodnutia súdu, ak sa domnieva, že nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie sa mu odmietlo neprávom.

Čo je informovaný súhlas a prečo je dôležitý pre pacienta i lekára?

Prameň:: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. § 6 zákona o zdravotnej starostlivosti ukladá povinnosť zdravotníckemu pracovníkovi poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku – tak, aby sa pacient mohol slobodne rozhodnúť.

Každý jedinec má právo na prístup ku všetkým informáciám, ktoré by mu umožnili aktívnu spoluúčasť pri rozhodovaní o svojom zdraví. Tieto informácie sú základnou podmienkou pred akoukoľvek procedúrou a liečbou, vrátane účasti na vedeckom výskume. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovania zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytovania zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytnúť poučenie)

a) osobu ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť , alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,

b) zákonného zástupcu, opatrovníka, alebo osobu, ktorá má maloleté dieťa v pestúnskej starostlivosti (ďalej len „zákonného zástupcu)

Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť. Každý, kto má právo na poučenie, má právo poučenie odmietnuť. O odmietnutí poučenia sa urobí písomný záznam. Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia. Informovaný súhlas dáva osoba, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo zákonný zástupca. Ak zákonný zástupca odmietne dať informovaný súhlas, poskytovateľ môže dať návrh na súd, ak je to v záujme osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť. Do rozhodnutia súdu možno vykonávať len také zdravotné výkony, ktoré sú nevyhnutné na záchranu života tejto osoby. Každý má právo dať informovaný súhlas, má aj právo informovaný súhlas kedykoľvek slobodne odvolať. Informovaný súhlas sa nevyžaduje v prípade

a) neodkladnej starostlivosti, ak ho nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať,

b) ochranného liečenia uloženého súdom podľa osobitného predpisu,

c) ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá šíri prenosnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje jej okolie, alebo v dôsledku duševnej choroby, alebo s príznakmi duševnej choroby ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie

zdravotného stavu.

Spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas a odvolanie informovaného súhlasu sú súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie.

V čom spočíva právo pacienta na súkromie a mlčanlivosť?

Prameň: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Podľa § 11 ods. 8 zákona o zdravotnej starostlivosti má každý právo na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej a psychickej integrity, zachovanie mlčanlivosti v súvislosti s údajmi o jeho zdravotnom stave, a na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotných pracovníkov. § 18 až 25 zákona o starostlivosti upravujú správne vedenie zdravotnej dokumentácie a pravidlá jej sprístupňovania.

Každý jedinec má právo na zachovanie dôverného prístupu k svojim osobným informáciám a mlčanlivosť, vrátane informácií, týkajúcich sa jeho zdravotného stavu a možných diagnostických alebo liečebných metód, ako aj na ochranu svojho súkromia pri výkone diagnostických vyšetrení, prehliadke u lekára a lekárskom ošetrení alebo chirurgickom zákroku vo všeobecnosti.

Zaručuje zákon právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť?

Prameň: Zákon NR SR č. 578 z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

§ 4 zákona o zdravotnej starostlivosti definuje zdravotnú starostlivosť lege artis –správne poskytnú zdravotnú starostlivosť, ktorú je poskytovateľ povinný poskytovať.

§ 9 zákona o poskytovateľoch ukladá poskytovateľovi nepretržite zabezpečovať systém kvality
§ 42 zákona o poskytovateľoch ukladá povinnosť zdravotníckych pracovníkov celoživotne sa vzdelávať.

Každý jedinec má právo na prístup k zdravotníckym službám vysokej kvality na základe špecifikácie a dodržiavania presne stanovených noriem. Poskytovateľ je povinný nepretržite zabezpečovať systém kvality na dodržiavanie a zvyšovanie kvality tak, aby sa vzťahoval na všetky činnosti, ktoré môžu v zdravotníckom zariadení ovplyvniť zdravie osoby alebo priebeh jej liečby a personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia zodpovedalo požiadavkám

Čo je právo na bezpečnosť a zohľadnenie osobných potrieb?

Prameň: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Podľa § 11 zákona o zdravotnej starostlivosti je zdravotnícky pracovník zo zákona povinný informovať pacienta o rizikách poskytovanej zdravotníckej starostlivosti, prípadne o rizikách jej

odmietnutia.

Podľa § 4 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti ukladá poskytnutie zdravotnej starostlivosti „lege artis“.

Podľa zákona o dohľade nad zdravotnou starostlivosťou každý môže začať konanie na Úrade pre dohľad, ak je presvedčený, že mu zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá „lege artis“.

Podľa § 18, ods. 1, písm. b/ zákona o dohľade Úrad vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa bezodkladne vykonajú všetky zdravotné výkony potrebné na správne určenie choroby a zabezpečí sa správny preventívny postup alebo správny liečebný postup. Každý jednotlivec má právo neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb, zanedbaním lekárskej starostlivosti a chýb, a právo na prístup k zdravotníckym službám, ošetrovaniu a liečbe, ktoré spĺňajú vysoko stanovené bezpečnostné normy. Každý jednotlivec má právo na diagnostické a liečebné programy čo najviac prispôbené jeho osobným potrebám.

Má pacient právo sa sťažovať a žiadať náhradu škody?

Prameň:: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Podľa § 11 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti nesmie byť nikto stíhaný ani prenasledovaný v súvislosti s vymáhaním svojich práv. Podľa § 43 zákona o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonáva dohľad nezávislý od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Zákon NR SR č. 365/2004 z 20. mája 2004 o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov /antidiskriminačný zákon/.

Každý jednotlivec má právo podávať sťažnosť vždy, keď utrpí škodu a má právo dostať odpoveď alebo inú formu spätnej väzby. Každý jednotlivec má právo na dostatočnú náhradu škody v primerane krátkej dobe vždy, keď utrpí telesnú alebo morálnu a psychickú ujmu, spôsobenú ošetrovaním alebo liečbou pri poskytovaní zdravotnej služby. Každý má právo na nezávislé vyšetrenie svojho prípadu Úradom pre dohľad. Antidiskriminačný zákon a Občiansky zákonník poskytujú ďalšie možnosti na domáhanie sa svojich práv.

Aké sú povinnosti pacienta?

Prameň:: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V zmysle § 11, ods. 11 a 12.

Ø Každý je povinný poskytnúť alebo sprostredkovať nevyhnutnú pomoc každej osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí známky závažnej poruchy

zdravia, ak tým závažným spôsobom neohrozí svoj život alebo zdravie

Ø Osoba, ktorá má prenosnú chorobu, je povinná správať sa tak, aby zabránila prenosu takejto choroby na iné osoby označiť ošetrojúcemu lekárovi zdroj nákazy, ak ho pozná, a poskytnúť mu všetky informácie na jeho určenie, určiť okruh osôb, na ktorú mohla prenosnú chorobu preniesť.

Ø Pacient, ktorý podpíše informovaný súhlas, má povinnosť spolupracovať s lekárom pri poskytovaní diagnostiky, liečby a rehabilitácie.

Adresa autora:

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

Vedúci Katedry výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU

833 03 Bratislava 37, Limbová 14

Politika kontroly tabaku a výskyt užívania tabakových výrobkov v SR

R. Ochaba¹, K. Tóth², I. Rovný², E. Kavcová³, I. Bielik¹

¹ Úrad verejného zdravotníctva SR, ² Slovenská zdravotnícka univerzita, ³ Jesseniova lekárska fakulta UK

Súhrn:

Príspevok vychádza zo štatistických prieskumov vykonávaných štátnymi inštitúciami na základe názorov obyvateľov SR k výskytu užívania tabakových výrobkov a postojov k fajčeniu u iných osôb. Prieskum zachytáva verejnú mienku populácie nad 18 rokov, populáciu detí, ktoré navštevujú druhý stupeň základných škôl, stredné školy a učiteľov týchto škôl. Príspevok charakterizuje politiku kontroly tabaku na Slovensku vo vzťahu k politike EÚ a naznačuje trendy smerovania aktivít v oblasti výchovy, vzdelávania, legislatívy a poradenskej starostlivosti o ľudí, ktorí chcú prestať fajčiť.

Politika kontroly tabaku a prevencie fajčenia OSN a EÚ

Národná rada Slovenskej republiky vyslovila súhlas s uzavretím Rámcového dohovoru o kontrole tabaku 4. decembra 2003 uznesením č. 667 (Oznámenie, 2005). Následne nato ratifikačný protokol o uzavretí bol odovzdaný v sídle Organizácie Spojených národov 4. mája 2004, čím sa Slovensko zaradilo medzi prvých trinásť štátov sveta, ktoré odovzdali ratifikačný protokol. Na procese prípravy a prijímania dohovoru participovala Európska komisia, ktorá pokladá prevenciu fajčenia a kontrolu tabaku za jednu z prioritných oblastí verejného zdravotníctva (Council Recommendation, 2002).

Politika kontroly tabaku a prevencie fajčenia v SR

Realizáciou politiky kontroly tabaku sa zaoberá Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky a Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. Medzi ich poradné a iniciatívne orgány patrí hlavný odborník hlavného hygienika SR na kontrolu tabaku, národný koordinátor WHO na kontrolu tabaku a Národný koordináčný výbor na kontrolu tabaku, ktorý je multirezortným orgánom určeným na výmenu informácií a spoluprácu s mimovládnyimi organizáciami. Činnosť mimovládnych organizácií v oblasti kontroly tabaku reprezentovali Národná koalícia na kontrolu tabaku, občianske združenie Stop fajčeniu a Liga proti rakovine.

Podľa Rámcového dohovoru o kontrole tabaku je kontrola tabaku súhrn stratégií na zníženie ponuky, dopytu a škodlivosti, ktorých cieľom je zlepšiť zdravie obyvateľstva prostredníctvom vylúčenia alebo zníženia spotreby tabakových výrobkov a expozície tabakovému dymu. O stratégii a nástrojoch kontroly tabaku v SR sa hovorí vo všeobecnosti v štyroch rovinách. Kontrola tabaku sa uplatňuje prostredníctvom štyroch nástrojov, ktorých cieľom je znížiť počet fajčiarov a zlepšiť ochranu práv nefajčiarov. Medzi základné nástroje kontroly tabaku považujeme legislatívne opatrenia, cenové a daňové úpravy, výchovu a vzdelávanie a poradensko-liečebnú starostlivosť (Ochaba, Kavcová, 2003, 2004).

V oblasti právnych aspektov ochrany nefajčiarov patrí na Slovensku medzi najdôležitejšie právne normy zákon NR SR č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý vstúpil do platnosti od 1. júla 2004. Zákon vychádza z ustanovení zrušeného zákona NR SR č. 67/1997 Z. z. o ochrane nefajčiarov v znení neskorších predpisov a smernice EÚ č. 37/2001 o výrobe, označovaní a predaji tabakových výrobkov. Zákon NR SR č. 377/2004 Z. z. o ochrane

nefajčiarov upravuje v 14-tich paragrafoch podmienky ochrany ľudí pred vznikom závislosti od nikotínu a pred škodlivými účinkami fajčenia. Zákon upravuje podmienky predaja, výroby, označovania a uvádzania tabakových výrobkov do obehu. Legislatívnym procesom prešiel návrh zákona NR SR č. 465/2005 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon NR SR č. 377/2004 Z.z. a návrh novely zákona č. 147/2001 Z.z. o reklame, ktorý zaviedol ustanovenia o zákaze sponzoringu podujatí alebo činností, ktorých účelom alebo vedľajším výsledkom je reklama tabakového výrobku. V oblasti daňovej politiky je účinným nástrojom k zníženiu počtu fajčiarov zvyšovanie daňového zaťaženia na tabakové výrobky. V rámci tohto cieľa a cieľov daňovej politiky ministerstva financií taktiež prebehol legislatívny proces novelizácie zákona NR SR č. 106/2004 Z.z. o spotrebnej dani z tabakových výrobkov, podľa ktorého sa zvyšuje daňové zaťaženie z predaja tabakových výrobkov. Medzi dôležité právne ustanovenia pre politiku kontroly tabaku patrí Národný program podpory zdravia prijatý vládou SR uznesením č. 1038 z roku 1999. Jednou z prioritných oblastí programu je odstrániť zdraviu škodlivé vplyvy, medzi ktoré program zaraďuje aj zníženie výskytu fajčiarov tabakových výrobkov. Aktualizácia Národného programu podpory zdravia vznikla rozhodnutím vlády SR na podnet dokumentu WHO Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí. Cieľom programu je priebežne zabezpečovať ochranu a posilňovanie, ako aj trvalé zlepšovanie zdravia obyvateľov Slovenskej republiky v období rokov 2000 – 2010.

Poradenstvo a liečba tabakovej závislosti

V Medzinárodnej klasifikácii chorôb je pod kódom F 17 definícia porúch psychiky a správania zapríčinených užívaním tabaku. Napriek tomu liečba tabakovej závislosti nepatrí do zoznamu prioritných diagnóz podľa zákona NR SR č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Liečba je preto v plnej miere hradená zo strany pacienta. Kvalifikovanú odbornú liečbu na Slovensku môžu vykonávať iba lekári – psychiatri. Na Slovensku zatiaľ neexistujú špeciálne kliniky alebo liečebné ústavy, ktoré by sa venovali liečbe tabakovej závislosti.

V rámci systému poradenskej starostlivosti existuje na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva sieť 31 poradní na odvykanie od fajčenia. Odbornú činnosť poradcu pre klientov vykonávajú prevažne vyškolení pracovníci bez finančnej úhrady.

Do budúcnosti je potrebné zakomponovať liečbu tabakovej závislosti do zoznamu prioritných diagnóz a zabezpečiť finančnú dostupnosť prípravkov určených k liečbe a zvládaniu abstinenčných príznakov. V druhom rade posilniť existujúcu sieť poradní na odvykanie od fajčenia formou poskytovania pravidelného telefonického poradenstva ako prestať fajčiť.

Edukácia v kontrole tabaku

V rámci odbornej prípravy pracovníkov pracujúcich v poradniach na odvykanie od fajčenia a odborníkov pôsobiacich v preventívnej sfére Úrad verejného zdravotníctva SR v spolupráci so Slovenskou zdravotníckou univerzitou zorganizovali školenie v technikách na odvykanie od fajčenia, ktoré bolo ukončené obhajobou záverečných prác pred komisiou. Pre poradne na odvykanie od fajčenie ÚVZ SR pripravil svojpomocnú príručku pod názvom Prečo a ako prestať fajčiť, ktorá je určená pre klientov poradenských centier.

V rámci Európskeho týždňa proti rakovine a Svetového dňa bez tabaku Úrad verejného

zdravotníctva SR v spolupráci so zdravotnými poisťovňami a mimovládnyimi organizáciami organizovali vzdelávacie semináre určené pre pedagogických pracovníkov, respektíve koordinátorov prevencie drogových závislostí. Témou seminárov bolo prezentovať nové prístupy k prevencii fajčenia tabakových výrobkov, foriem a metód informovania verejnosti o účinkoch pasívneho fajčenia. ÚVZ SR vydal letáky s cieľom informovania verejnosti o sieti poradní na odvykanie od fajčenia na Slovensku a o uplatňovaní zákona o ochrane nefajčiarov v školách a školských zariadeniach.

Dôležitou súčasťou edukácie obyvateľstva je medializácia nefajčenia ako „bežného“ prejavu správania formou súťaží. Medzinárodná súťaž Prestaň a vyhraj prebieha od roku 1994. Na Slovensku sa do nej v roku 2004 zapojilo okolo 1700 fajčiarov, ktorí sa prostredníctvom výzvy k zanechaniu fajčenia pokúšali prestať fajčiť.

Medzi ďalšie úspešné mediálne kampane patrí iniciatíva Ligy proti rakovine SR v rámci Európskeho týždňa proti rakovine so zameraním na pasívne fajčenie. Úspešnosť poslstva kampane dokazujú ocenenia získané v kreatívnych súťažiach za rok 2004: Zlatý klinec za poster Colombo a Bronzový klinec v kategórii kampaň. Liga proti rakovine SR v rámci kampane vyhlásila tiež súťaž Mladých žurnalistov s názvom „VZDUCH JE ČISTÝ – POĎ VON!“.

Epidemiologická situácia vo fajčení

Štatistický úrad SR každé dva roky realizuje na reprezentatívnej vzorke prieskum o názoroch obyvateľov SR k drogám a užívaniu tabaku. Od roku 1994 najväčší podiel vo všetkých sledovaných súboroch tvoria nefajčiar. Od roku 2000 stúpa podiel nefajčiarov medzi mládežou SR. U mládeže z Bratislavy je identický podiel nefajčiarov od roku 1998 – 53%.

So zvyšujúcim sa vekom respondentov sa zvyšuje podiel tých, ktorí o sebe tvrdia, že fajčia denne. Na druhej strane je u najmladších najvyšší podiel príležitostných fajčiarov.

Podiely fajčiarov (denných a príležitostných) a nefajčiarov v SR																		
(údaje v %)																		
	1994			1996			1998			2000			2002			2004		
respondent fajčí	SR	ml. SR	ml. BA	SR	ml. SR	ml. BA	SR	ml. SR	ml. BA	SR	ml. SR	ml. BA	SR	ml. SR	ml. BA	SR	ml. SR	ml. BA
denne	27	23	22	28	26	22	29	23	23	32	29	27	27	26	29	28	24	28
príležitostno	17	23	15	14	19	22	14	21	24	14	23	20	13	22	20	13	22	19
vôbec	56	54	63	58	55	56	57	56	53	54	48	53	60	52	53	59	54	53

Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2004

Momitorovanie skúseností s užívaním tabaku u mládeže a detí Slovenska je realizované prostredníctvom prieskumov ESPAD (European School Project on Alcohol and Other Drugs), GYTS (Global Youth Tobacco Survey) a prieskumov, ktoré pravidelne vykonáva Ústav informácií a prognóz školstva.

Porovnanie rokov 1995 – 2003 (fajčenie u 16-ročných v SR v priebehu minulých 30 dní) (ESPAD Report 2003)

	1995	1999	2003
Chlapci	34 %	40 %	39 %
Dievčatá	20 %	34 %	36 %

Z tejto tabuľky je zrejmé, že situácia na Slovensku sa podľa údajov z ESPAD-u zhoršuje. Alarmujúco, až o 16 % pribudol počet dievčat, ktoré si zapálili cigaretu v priebehu minulých 30 dní (1995 – 2003). O nič ružovejšiu situáciu nebadáť ani u chlapcov, kde nárast predstavuje 5 % (1995 – 2003). Pre doplnenie informácie treba dodať, že celoslovenský priemer jednoznačne prekračuje Bratislava, kde nárast fajčenia u dievčat predstavuje neuveriteľných 20 % a je na dnešnej úrovni 48 %.

Porovnanie rokov 1995 – 2003 (fajčenie cigariet v SR - 40 a viac krát počas života)
(ESPAD Report 2003)

	1995	1999	2003
Chlapci	26 %	35 %	35 %
Dievčatá	13 %	26 %	30 %

Aj z tejto tabuľky nič nenasvedčuje tomu, že by si situácia bola lepšia. Výrazné zvýšenie fajčenia u dievčat o 17 % a u chlapcov o 9 %, signalizuje zvýšený počet fajčiarov (1995 – 2003).

Prieskum organizovaný Centrom pre kontrolu chorôb v USA pod názvom GYTS zisťoval výskyt fajčenia a užívania tabakových výrobkov medzi mládežou vo veku od 13 do 15 rokov aj na Slovensku. Na základe jeho výsledkov možno poukázať na najdôležitejšie údaje (GYTS Report, 2003):

- Až 29,3 % respondentov začalo fajčiť pre 10. rokom života
- Až 24,3 % respondentov v súčasnosti fajčí cigarety
- Až 11,7 % respondentov fajčí cigary
- Až 80,8% respondentov sa pokúšalo prestať fajčiť
- Až 68,5 % respondentov – nefajčiarov - je doma vystavených účinkom pasívneho fajčenia oproti 90,9 % respondentov – fajčiarov

Reprezentatívny prieskum TAD 1, 2 a 3 pod gesciou Úradu vlády SR sledoval trendy užívania legálnych a čiastočne aj nelegálnych drog medzi žiakmi základných škôl vo veku od 11 – 17 rokov (TAD 1), trendy užívania drog medzi študentmi stredných škôl vo veku od 15 – 18 rokov (TAD 2) a nakoniec užívanie drog medzi učiteľmi a koordinátormi prevencie drogových závislostí (TAD 3), (Nociar, 2004). Prieskum prebiehal v obdobiach rokov 1994, 1998, 2002.

TAD 1 (vybrané položky)

Obsah otázok	1994	1998	2002
Otec je fajčiar	50,4	48,0	46,6
Matka fajčí	29,8	30,9	27,7
Skúšal vyfajčiť už aspoň jednu cigaretu	35,4	50,4	50,0
Myslí si, že raz bude fajčiť	9,5	9,8	9,6
Myslí si, že väčšina učiteľov fajčí	49,5	-	70,7

Zdroj: Nociar, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže, 26 str.

Z vybraných položiek prieskumu TAD 1 nevidno žiadny signifikantný trend zvyšovania alebo znižovania niektorého z vybraných ukazovateľov. Výnimkou z tohto tvrdenia je otázka o tom, či väčšina učiteľov fajčí. V porovnaní s rokom 1994 až o 20 % narástlo vnímanie väčšiny učiteľov ako ľudí, ktorí fajčia. Až 70,7 % žiakov základných škôl si myslí, že väčšina učiteľov fajčí.

TAD 2 (vybrané položky)

Obsah otázok	1994	1998	2002
Kamarát/ka pravidelne fajčí	68,4	89,4	92,1
Fajčí cigarety pravidelne /1-2 denne alebo viac/	10,9	27,0	25,0
Občas fajčí cigarety /asi 1-2 mesačne/	21,9	44,7	42,5
Činžáno a ľahká cigareta patria k dáme	11,2	20,6	22,5
Väčšina učiteľov/učiteľiek z jeho/jej školy fajčí	74,1	87,1	96,9

Zdroj: Nociar, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže, 49 - 50 str.

Oproti výsledkom z predošlého prieskumu TAD 1 prieskum o užívaní drog u stredoškolskej mládeže vykazuje niektoré trendy počas sledovaného obdobia. Stále viac mladých ľudí vníma svojich kamarátov ako pravidelných fajčiarov. Podobne zvyšujúci trend kladných odpovedí možno sledovať aj pri otázke o vnímaní pitia činžána a fajčenia cigarety ako „módneho doplnku“ pre mladé ženy. Z pohľadu prevencie je však povážlivé tak, ako v predchádzajúcom prieskume vnímanie väčšiny učiteľov ako ľudí, ktorí fajčia.

TAD 3 (vybrané položky)

Obsah položiek	1994		1998		2002	
	ZŠ	SŠ	ZŠ	SŠ	ZŠ	SŠ
Je fajčiar/ka	23,7	20,0	15,2	17,1	13,8	16,7
Zafajčí si cigaretu aspoň cez jednu školskú prestávku	18,3	17,4	13,3	18,4	10,9	17,1
Cigaretu si dá hneď zrána ku káve	12,8	9,5	9,7	12,2	9,2	12,6
Pre žiakov je pozitívnym vzorom	87,9	87,4	94,0	86,2	96,2	91,6

Zdroj: Nociar, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže, 69 str.

V porovnaní s názormi žiakov a študentov o fajčení väčšiny učiteľov na školách vyznievajú výsledky o fajčení paradoxne. Podľa výsledkov z prieskumu TAD 3 klesá počet fajčiarov z radov učiteľov jednak zo základných škôl a tiež z radov učiteľov zo stredných škôl. Naproti tomu prieskumy TAD 1 a 2 hodnotia väčšinu učiteľov ako fajčiarov. S odpoveďou na predošlú otázku súvisí aj trend mierneho poklesu fajčenia počas školských prestávok u obidvoch sledovaných súborov. Na druhej strane si učitelia zo základných i stredných škôl myslia, že sú pre žiakov a študentov pozitívnym vzorom.

Záver

Kontrola tabaku je súbor opatrení v oblasti znižovania ponuky a dopytu po tabakových výrobkoch s cieľom ochrany nefajčiarov a podpory zdravia fajčiarov. V druhom rade ma kontrola tabaku za cieľ ochrániť nefajčiarov pred účinkami nedobrovoľného fajčenia. V tejto súvislosti príspevok vychádza z analýzy právnych nástrojov kontroly tabaku – Rámcový dohovor o kontrole tabaku, zákon o ochrane nefajčiarov a iné právne normy. K poznaniu epidemiologickej situácie vychádzame zo sledovaní a prieskumov Štatistického úradu SR, Úradu vlády SR a zahraničných prieskumov. Z prieskumov vyplynulo, že situácia vo výskyte fajčenia je vážna predovšetkým u detí a mládeže. Naopak situácia u dospelých je stabilizovaná s predpokladom k poklesu v budúcnosti.

Ďalším dôležitým nástrojom kontroly tabaku je edukácia najširších spoločenských vrstiev so zameraním na školenie v odvykaní od fajčenia a v prevencii užívania tabakových výrobkov.

Neodmysliteľnou súčasťou sú mediálne aktivity a prezentácie v tlači s cieľom rozvíjania povedomia obyvateľstva o rizikách užívania tabakových výrobkov a možnosti ochrany nefajčiarov na verejných miestach. Spolupráca s médiami je v súčasnosti na dobrej úrovni.

V oblasti poradensko-liečebnej je akcentom činnosť regionálnych úradov verejného zdravotníctva v SR, ktoré majú vybudovanú sieť poradenských oddelení odvykania od fajčenia. V súčasnosti sa rozbiehajú aktivity v oblasti Hotline - poskytovanie telefonického poradenstva ako prestať fajčiť.

Zámerom do budúcnosti je v oblasti liečebnej starostlivosti vytvárať oddelenia odvykania od fajčenia priamo v nemocniciach a ďalších zdravotníckych zariadeniach.

Použitá a odporúčaná literatúra:

1. Council Recommendation of 2 December 2002 on the prevention of smoking and on initiatives to improve tobacco control
Official Journal of the European Communities L 022 , 25/01/2003 P. 0031 – 0034
2. The 2003 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
3. Národný program podpory zdravia. Bratislava: NCPZ 2000. 21 s. ISBN 80-7159-123-8.
4. NOCIAR, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže. Bratislava: VEDA 2004. 220 s. ISBN 80-224-0832-8.
5. OCHABA, R.: Zákaz reklamy a zvyšovanie cien znižujú počet fajčiarov. Alkoholizmus a drogové závislosti, 2003, 2, s. 117 – 120.
6. OCHABA, R., KAVCOVÁ, E.: Kontrola tabaku v SR. In: KAVCOVÁ, E. A SZÁRASOVÁ, M. (ed.):

- Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi – III. Martin: JLF UK, 2004, s. 40 – 55.
7. OCHABA, R., KAVCOVÁ, E.: Kontrola tabaku v SR. In: Formujme budúcnosť pre život: zdravé prostredie pre deti. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie XXX. dni zdravotnej výchovy I. Stodolu. Bratislava: ŠFZÚ SR, 2003, s. 71 – 85.
 8. PRAHBAT, JHA, CHALOUPKA, J. F.: Ako zastaviť epidémiu. 1. vyd. Washington: World Bank, 1999, 124 s. ISBN 80-968631-2-6
 9. ROVNÝ, I., KOLLÁRIK, T., OCHABA, R.: Prečo a ako prestať fajčiť. Bratislava: ÚVZ SR 2005. 15 s. ISBN 80-7159-147-5.
 10. Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou. Bratislava: ŠÚ SR, 2004. 78 s.
 11. Oznámenie MZV SR č. 84/2005 Z.z. o podpísaní Rámcového dohovoru o kontrole tabaku. Zbierka zákonov č. 38/2005, 730 s.
 12. www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/repotrs/pdf/Slovakia_2003_EURO.pdf. Global Youth Tobacco Survey. 2. 8. 2005
 13. WHO European Country Profiles on Tobacco Control: Report WHO, Regional Office for Europe. 2003, ISBN 92 890 10 86X

Výskyt alergických ochorení u 5 - ročných detí vo vzťahu k environmentálnym faktorom v 8-ich regiónoch Slovenska s rozdielnym typom znečistenia

(Študentská vedecko-odborná činnosť - ŠVOČ)

J. Tihányi

Školiteľ: Mgr. KATARÍNA RAUSOVÁ, VZ SZU, oddelenie environmentálnej medicíny

Vedúci odd.: MUDr. ĽUBICA PALKOVIČOVÁ, PhD.

Súhrn

Téma: Výskyt alergických ochorení u 5 - ročných detí vo vzťahu k environmentálnym faktorom v 8-ich regiónoch Slovenska s rozdielnym typom znečistenia.

Ciele práce: Zhodnotiť výskyt alergických ochorení u vybranej kohorty detí v predškolskom veku vo vzťahu k environmentálne rozdielnym regiónom Slovenska a zhodnotiť vzťah medzi kontamináciou ľudskej placenty Pb a výskytom alergických ochorení u vybranej kohorty detí v predškolskom veku s prihliadnutím na anamnestické údaje s dotazníkov.

Materiál a metódy práce: Do projektu boli zaradené matky so zdravými donosenými novorodencami (37.-42. týždeň), narodenými v 8-ich environmentálne rozdielnym regiónoch SR. Pri pôrode sa odobrala vzorka placenty a pupočníkovej krvi, vyplnil sa vstupný dotazník s matkou kvôli získaniu základných údajov o matke a o novorodencovi. Vzorky placent a pupočníkovej krvi boli neskôr analyzované. V tejto práci ŠVOČ sa zaoberám vplyvom kontaminácie ľudskej placenty znečisťujúcimi látkami so zreteľom na ubikvitárny výskyt olova a zvyšujúcu sa incidenciu alergických ochorení. Na objasnenie tohto vzťahu je okrem údajov o kontaminácii placent Pb a obsahu Pb v pupočníkovej krvi (ako indikátoroch expozície matky a plodu Pb), pozitívite ulgE (ako indikátore intrauterinnej senzibilizácie) a výskyte alergických ochorení, potrebné brať do úvahy aj ďalšie faktory, keďže ide o veľmi zložitý komplex vzťahov. Matky boli každoročne pozvané do alergologických ambulancií v jednotlivých regiónoch na klinické vyšetrenie detí na výskyt alergických ochorení. Pri návšteve alergológa matka v spolupráci s alergológom vyplnila alergologický dotazník, ktorý bol každoročne adaptovaný na príslušný vek dieťaťa. Na základe laboratórnych výsledkov, údajov o výskyte alergických ochorení a anamnestických údajov sa spätne hodnotili príčinné vzťahy medzi danými faktormi.

Výsledky: Jednoznačný vplyv environmentálneho znečistenia na výskyt alergických ochorení u danej kohorty detí nebol potvrdený, no vo viacerých prípadoch bolo možné pozorovať istý trend. V regiónoch s prevládajúcim chemickým znečistením som zaznamenal zvýšené množstvo pozitívnych vzoriek ulgE. Štatisticky významná spojitosť sa ukázala vo výskyte alergickej rinitídy v regiónoch s prevládajúcim metalurgickým priemyslom v porovnaní s ostatnými regiónmi ($p < 0,05$).

Diskusia: Napriek tomu, že výsledky tejto práce nepriniesli zo štatistického hľadiska významné výsledky, z medicínskeho hľadiska môžeme predpokladať, že intrauterinná expozícia xenobiotikám by mohla pôsobiť ako prídavný faktor pri vzniku alergickej senzibilizácie dieťaťa a následne podporiť vznik alergického ochorenia v detstve. Čiastočne sa preukázala závislosť medzi typom znečistenia prostredia a výskytom alergickej rinitídy a vyšším počtom pozitívnych vzoriek ulgE, no priame vzťahy v spojení s prenatálnou expozíciou olova sme nedokázali.

Zaver: Keďže práca pôvodom vychádza z pilotnej štúdie a kohorta detí v priebehu času z rôznych dôvodov výrazne poklesla, môžu byť do určitej miery dané výsledky počtom detí ovplyvnené. Výsledky tejto práce a údaje z literatúry však naznačujú potrebu rozvoja ďalšieho výskumu v oblasti pôsobenia environmentálnych faktorov pri vzniku alergickej senzibilizácie a alergického ochorenia. Tento výskum by mohol priniesť významné výsledky v primárnej i sekundárnej prevencii alergií a mohol by napomôcť zastaviť

stúpajúci trend prevalencie alergických ochorení hlavne v detskej populácii.

Kľúčové slová: intrauterínna senzibilizácia, olovo, ulgE, alergické ochorenia

Téma tejto práce ŠVOČ vychádza z dvoch vedeckovýskumných projektov v spolupráci s pediatrickými alergológmi z 8-ich regiónov Slovenska:

- Ø „Epidemic Investigation of Allergic Diseases among Children in the Slovak Republic“ (grant U.S. – Slovak Science and Technology Program No. ID 012-95).

Vedúca projektu: MUDr. Eva Reichrtová, DrSc.

- Ø „Závislosť medzi koncentráciou vybraných toxických a esenciálnych prvkov a alergickými ochoreniami detí“ (grant APVT č. 21-025602).

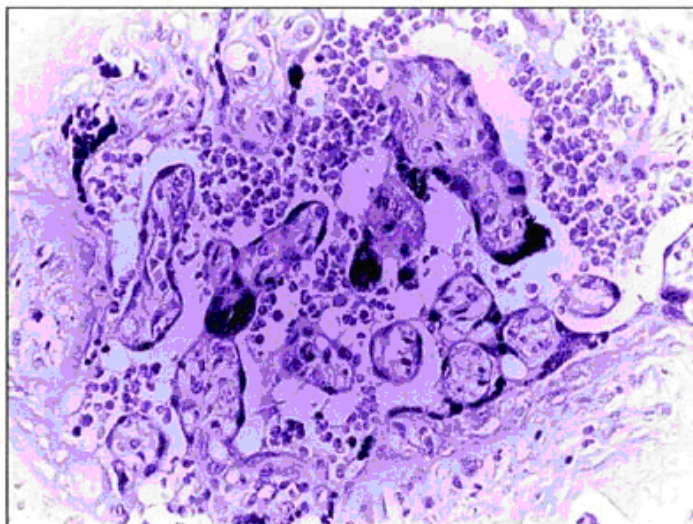
Vedúca projektu: Ing. Monika Ursínyová, CSc.

Práca sa zaoberá iba malou časťou problematiky, na ktorú boli uvedené projekty zamerané, skúma vzťahy medzi výskytom alergických ochorení u detí v predškolskom veku v závislosti od typu environmentálneho znečistenia prostredia, v ktorom dané rodiny žijú a prenatálnej expozícii matky olovu (Pb). Pre objektívne porovnanie vplyvu environmentálnych faktorov na prenatálne a postnatálne zdravie detí je táto kohorta rozdelená do 8-ich environmentálne rozdielnych regiónov Slovenska.

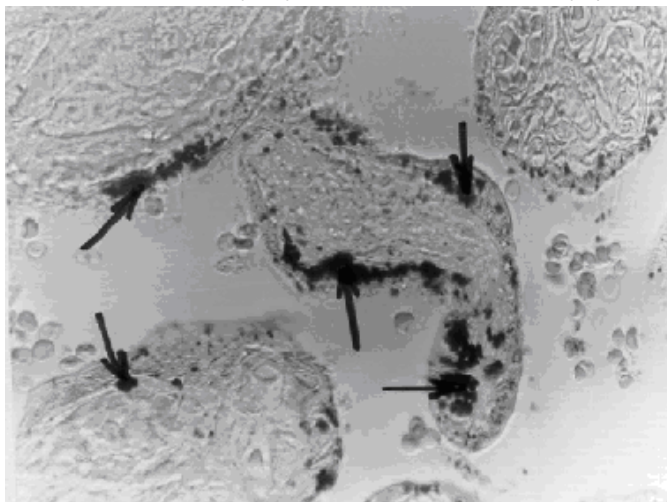
Úvod: Počas intrauterínneho života placenta okrem iného nahrádza aj väčšinu funkcií ešte nevyvinutých orgánov plodu, preto je kvalita placenty určujúcim faktorom kvality intrauterínneho života. Expozícia matky xenobiotikám v období pred oplodnením alebo počas gravidity, môže mať zásadný vplyv na vývoj plodu a kvalitu intrauterínneho života prostredníctvom narušenia placentárnych funkcií a štruktúry placenty xenobiotikami.

Xenobiotiká, či už organického alebo anorganického pôvodu, ktoré sú obsiahnuté vo vzduchu, v pôde, vode a potravinách majú imunotoxické a/alebo imunodevičné účinky. Vplyv xenobiotík na organizmus je v tomto prípade o to závažnejší, že ide o vyvíjajúci sa plod, ktorý je zvlášť citlivý na nepriaznivé účinky toxických látok. Bol potvrdený vplyv fajčenia matky počas gravidity na vývoj respiračného systému plodu. Ako následok takejto expozície bola významne znížená funkcia pľúc exponovaných detí, čo môže byť jeden z faktorov, ktoré sa môžu podieľať pri predispozícii jedinca na vznik astmy v budúcnosti (Reichrtová a spol., 1999).

Vplyv xenobiotík na kvalitu a funkcie placenty prezentovali poľskí autori Niwelinski a Zamorska (1990, 1995) na spomalenom dozrievaní mikroštruktúr tkaniva a porušenej vaskularizácii choriónových klkov v placentách z priemyselne znečistenej oblasti. Ako reakcia organizmu na hypoxiu sa v týchto placentách vytvorili tzv. "pohotovostné tenké klky" ako výsledok adaptačných mechanizmov, ktoré však nestačili kompenzovať poškodenie placentárnej štruktúry placenty, a tak došlo k významnému obmedzeniu výmeny látok medzi matkou a plodom. Tento stav zníženej výmeny látok medzi matkou a plodom viedol k hypoxii plodu a následnej zníženej pôrodnej hmotnosti. Vplyv xenobiotík na placentu je komplexný, a tak nepriaznivý vplyv na placentárne štruktúry sa môže následne prejavovať narušením funkcií placenty.



Obrázok č.1: Ischemická proliferácia syncytiotrofoblastu placenty (Reichrtová a spol., 2003a)

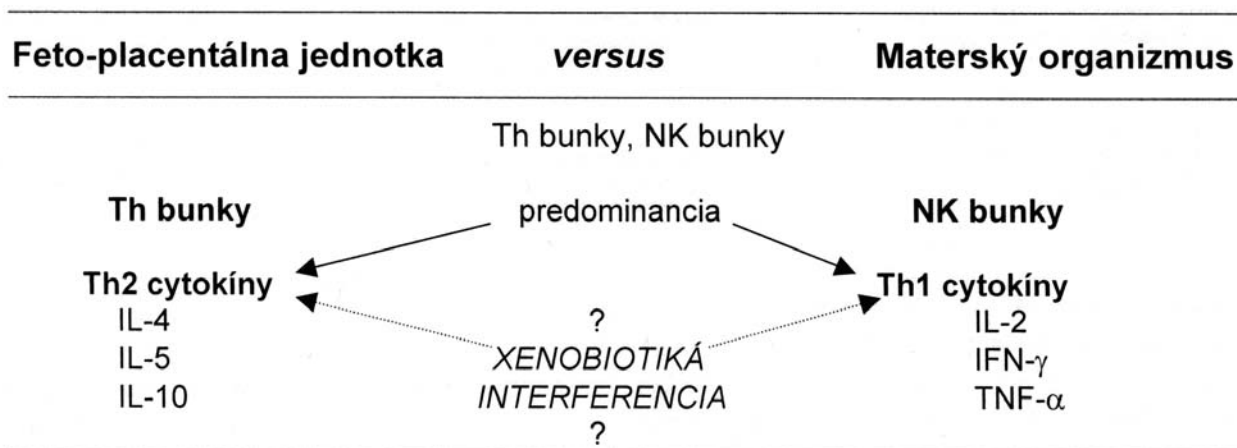


Obrázok č.2: Depozity jemných kovových častíc obsahujúcich Ni a Pb v syncytiotrofoblastickom leme choriónových klkov ľudskej placenty pri pôrode v termíne (Reichrtová a spol., 2003b)

Vplyv xenobiotík na štruktúru placenty a jej metabolizmus má teda dosah na množstvo biomechanizmov v ľudskom organizme vrátane imunitného systému. Takéto zmenené prostredie in utero môže ovplyvniť vývoj imunitnej odpovede dieťaťa voči alergénom v životnom prostredí v postnatálnom období (Palkovičová a spol., 2003; Reichrtová a spol., 2003a).

Fetálno-placentárny imunitný systém má za úlohu zabezpečovať rovnováhu medzi Th1 a Th2 cytokínmi pre bezproblémový priebeh gravidity. Xenobiotiká môžu rovnováhu medzi Th1 a Th2 narušiť dnes ešte nie presne známymi mechanizmami, čím môžu prispievať k intrauterínnej senzibilizácii (Reichrtová a spol., 2003a).

Obrázok č.3.: Interakcia xenobiotík s imunitným systémom počas gravidity (Reichrtová a spol., 2004)



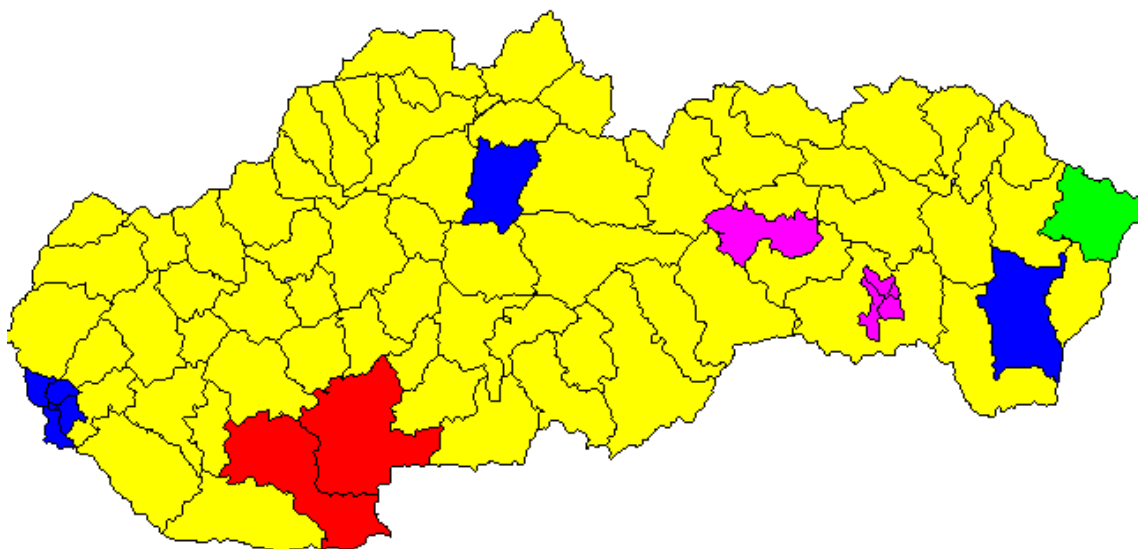
Placenta je pre xenobiotiká semipermeabilná bariéra. Permeabilita tejto bariéry je daná do určitej miery aj vlastnosťami jednotlivých xenobiotík. Pb patrí medzi tie xenobiotiká, ktoré cez placentu prechádzajú pomerne ľahko, iba časť ostáva zachytená v štruktúrach placentárneho tkaniva narozdiel napríklad od Cd, ktorého väčšina zostáva v placente.

V tejto práci ŠVOČ sa zaoberám vplyvom kontaminácie ľudskej znečisťujúcimi látkami so zreteľom na ubikvitárny výskyt olova a zvyšujúcu sa incidenciu alergických ochorení u detí v predškolskom veku. Na objasnenie tohto vzťahu je okrem údajov o kontaminácii placent Pb, pozitívite ulgE (ako indikátore intrauterinnej senzibilizácie) a výskytu alergických ochorení, potrebné brať do úvahy aj ďalšie faktory, keďže ide o veľmi zložitý komplex vzťahov.

Hypotéza práce: Kontaminácia ľudskej placenty xenobiotikami, ako dôsledok environmentálnej expozície matky, môže byť sprevádzaná narušením kvality placenty a jej funkcií, čo môže byť jeden z dôležitých faktorov spolupodieľajúcich sa na vzniku alergických ochorení či už v prenatálnom alebo postnatálnom období života.

Materiál a metodika práce: Do projektu podľa určených kritérií vychádzajúcich zo správy Ministerstva životného prostredia SR o stave životného prostredia v SR a údajov z monitoringu ovzdušia projektu PHARE EU /93/AIR/22 bolo vybratých 8 regiónov. Na základe ich prevládajúceho typu znečistenia boli rozdelené do štyroch skupín:

- Ø Vidiecky región – Snina
- Ø Poľnohospodárske regióny – Nové Zámky, Levice
- Ø Priemyselné regióny znečistené prevažne chemickým priemyslom – Bratislava, Ružomberok, Michalovce
- Ø Priemyselné regióny znečistené prevažne metalurgickým priemyslom – Košice, Spišská Nová Ves



Vidiecky región

Poľnohospodárske regióny

Priemyselné regióny znečistené prevažne chemickým priemyslom

Priemyselné regióny znečistené prevažne metalurgickým priemyslom

Do projektu bolo zaradených 2000 matiek rovnomerne rozdelených medzi 8 regiónov. V každom regióne sa náhodným výberom vybralo približne 50 matiek s novorodencami, čiže približne každá piata matka podľa nasledovných kritérií:

- Ø Pobyt matky počas gravidity v danom regióne a taktiež minimálne 2-ročný trvalý pobyt pred graviditou

v danom regióne

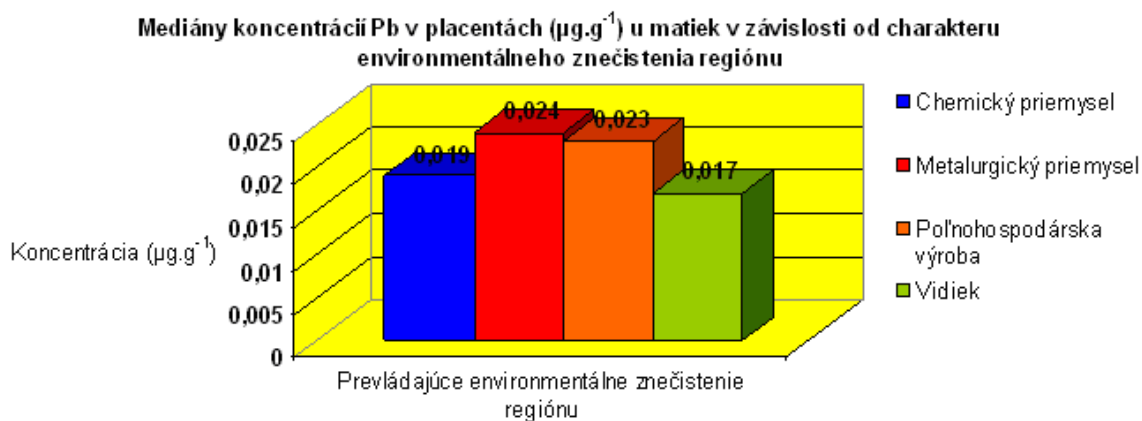
- Ø Fyziologický priebeh gravidity a jej ukončenie v termíne (40 týždeň 2)
- Ø Novorodenec bez patologického nálezu, ktorého stav by vyžadoval prevoz do inej nemocnice
- Ø Písomný súhlas matky s účasťou na štúdiu

Pri pôrode sa odobrala vzorka placenty a pupočníkovej krvi, vyplnil sa vstupný dotazník s matkou kvôli získaniu základných údajov o matke a o novorodencovi. Vzorky placent a pupočníkovej krvi boli neskôr analyzované. Analýza placent na obsah Pb sa robila pomocou metódy atómovej absorpčnej spektrometrie s elektrotermickou atomizáciou (ETA-AAS) a analýza vzoriek séra z pupočníkovej krvi na obsah Pb sa robili pomocou metódy bezplameňovej atómovej absorpčnej spektrometrie v Laboratóriu toxických a esenciálnych prvkov na VVZ SZU. Analýza sér z pupočníkovej krvi na obsah celkového IgE (umbilikálny imunoglobulín E) sa robila v laboratóriu Detskej kliniky SPAM v Bratislave. Matky boli každoročne pozvané do alergologických ambulancií v jednotlivých regiónoch na klinické vyšetrenie detí na výskyt alergických ochorení. Pri návšteve alergológa matka v spolupráci s alergológom vyplnila alergologický dotazník, ktorý bol každoročne adaptovaný na príslušný vek dieťaťa (Reichrtová a spol., 2004). Časom, vybraná kohorta detí zapojených s matkami do projektu z najrôznejších dôvodov klesala, takže pri dosiahnutí 5. roku života táto kohorta z pôvodných približne 400 detí dosahuje 185 detí.

Údaje z analýz boli uložené v databáze programu Microsoft Excel 2003 a SPSS 13.0. Na štatistické spracovanie boli použité programy Microsoft Excel 2003 a SPSS 13.0. Pri hodnotení boli použité tieto štatistické testy: neparametrický 2-stranný, 2-výberový Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W test; Chi-kvadrátový test v kontingenčných tabuľkách a Fisherov exaktný test. Všetky testy boli robené na hladine významnosti $\alpha = 0,05$.

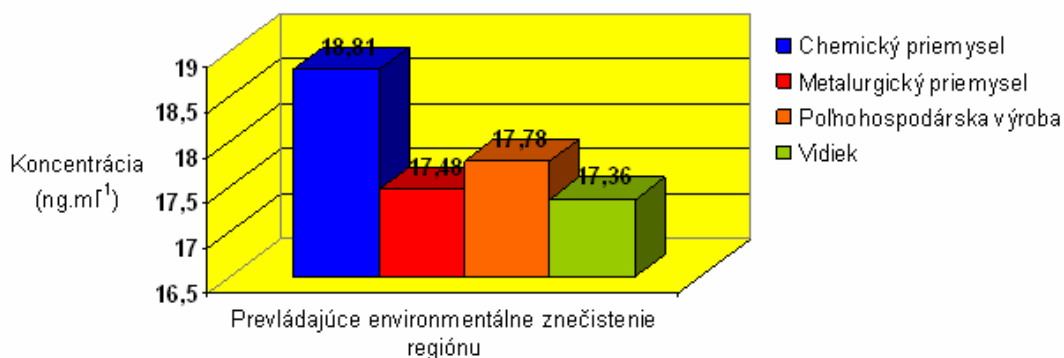
Výsledky:

Koncentrácie Pb v placentách:



Koncentrácie Pb v pupočníkovej krvi:

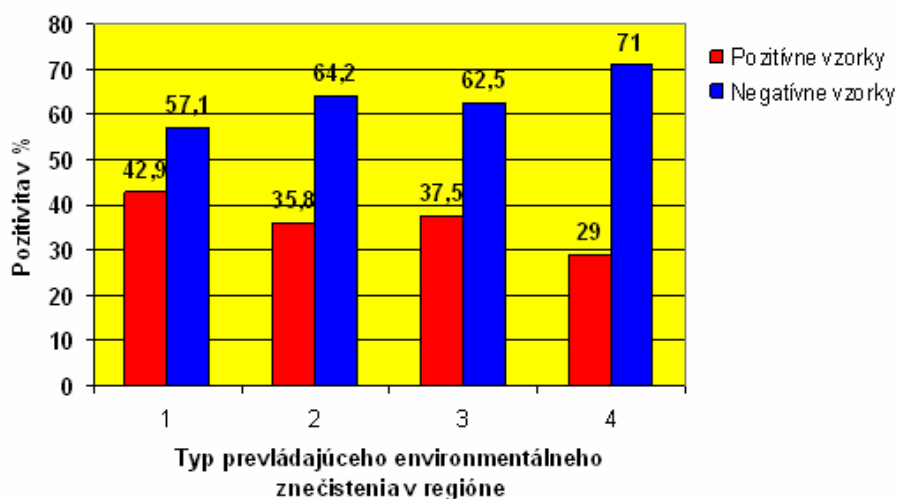
Mediány koncentrácií Pb v pupočníkovej krvi ($\text{ng}\cdot\text{ml}^{-1}$) u novorodencov v závislosti od charakteru environmentálneho znečistenia regiónu



Koncentrácie IgE v pupočníkovej krvi (μgE):

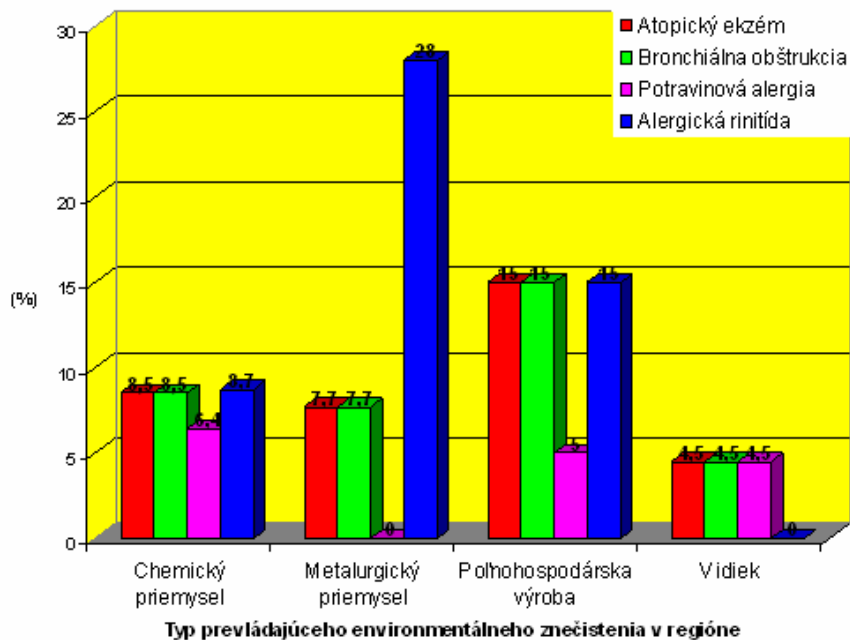
Pozitívne vzorky sa hodnotia podľa hodnôt μgE v kU/l . Limit detekcie bol $0,35 \text{ kU/l}$. Negatívne vzorky = koncentrácia $\mu\text{gE} \leq 0,35 \text{ kU/l}$. Pozitívne vzorky boli tie, ktoré mali hodnoty $\mu\text{gE} > 0,35 \text{ kU/l}$.

Koncentrácie IgE v pupočníkovej krvi



Frekvencia výskytu vybraných alergických ochorení u 5-ročných detí:

Frekvencia výskytu vybraných alergických ochorení u 5-ročných detí podľa prevládajúceho typu environmentálneho znečistenia v regióne



Zhrnutie najvýznamnejších výsledkov práce: Na hodnotenie jednotlivých príčinných vzťahov boli použité výsledky laboratórnych analýz placent a pupečníkovej krvi a informácie z dotazníkov vyplňaných pri pôrode a neskôr aj z dotazníkov vyplňaných v alergologických ambulanciách. Dané dotazníky obsahovali veľké množstvo údajov. Obsahovali údaje o rodine a jej zdravotnom stave, o životných podmienkach. Dotazníky boli zamerané predovšetkým na získanie údajov o možných faktoroch, ktoré by mohli súvisieť s výskytom alergií u detí. Všetky informácie som štatisticky zhodnotil. V tomto súhrne vyberám iba také výsledky, u ktorých som zistil štatisticky významné vzťahy alebo istý trend, ktorý síce štatisticky významný nie je, ale z medicínskeho hľadiska nie je zanedbateľný.

- Ø Medzi koncentráciou Pb v placentе a pozitivitou vzorky celkového IgE v pupečníkovej krvi som nezistil štatisticky významný vzťah ($p=0,496$), no môžeme konštatovať, že v prípadoch, ak bolo pozitívne celkové IgE v pupečníkovej krvi, boli hodnoty koncentrácií Pb v placentе vyššie ako u prípadoch, kedy bolo negatívne IgE v pupečníkovej krvi.
- Ø Medzi koncentráciou Pb v pupečníkovej krvi a pozitivitou vzorky celkového IgE v pupečníkovej krvi som nezistil štatisticky významný vzťah ($p=0,685$), no môžeme konštatovať, že v prípadoch, ak bolo pozitívne celkové IgE v pupečníkovej krvi, boli hodnoty koncentrácií Pb v pupečníkovej krvi vyššie ako u prípadoch, kedy bolo negatívne IgE v pupečníkovej krvi.
- Ø Medzi pozitivitou celkového IgE v pupečníkovej krvi a výskytom alergických ochorení som nezistil štatisticky významný vzťah, no pri atopickom ekzéme možno badať určitý trend ($p=0,368$), ktorý naznačuje možný súvis.
- Ø Pozitivita celkového IgE v pupečníkovej krvi štatisticky významne nesúvisela s typom environmentálneho znečistenia regiónu, no medzi regiónom s prevládajúcim chemickým priemyslom a kontrolnou oblasťou je badať istý rozdiel v počte pozitívnych a negatívnych vzoriek.
- Ø Štatisticky významná spojitosť sa ukázala vo výskyte alergickej rinitídy v regiónoch s metalurgickým priemyslom v porovnaní s ostatnými regiónmi ($p<0,05$).
- Ø Výskyt bronchiálnej obštrukcie významne súvisel s vlhkým prostredím ($p=0,04$).
- Ø V domácnostiach s ústredným vykurovaním sa častejšie vyskytovala alergická rinitída ($p=0,019$).
- Ø Štatisticky významný vzťah sa ukázal medzi koncentraciami Pb v placentе a vzdelaním otca. V prípade nižšieho vzdelania boli hladiny Pb v placentе vyššie ($p<0,001$) ako u rodín, kde mal otec vyššie vzdelanie.

Diskusia a závery: V práci som potvrdil rozdiely medzi regiónmi z hľadiska znečistenia životného prostredia, ktoré odrážalo antropogénnu aktivitu v danej oblasti. Tento spôsob charakteristiky environmentálnej expozície vybranej populácie vo vzťahu k zdravotnému stavu človeka zvolili aj iní autori (Karmaus a Kruse, 2001; Karmaus a spol., 2003, Kočan a spol., 1994).

Na porovnanie vplyvu znečistenia životného prostredia na výskyt alergických ochorení u 5-ročných detí som v práci porovnával 8 environmentálne rozdielnych regiónov.

Jednotlivé regióny boli rozdelené do 4 skupín na základe charakteristiky ich prevládajúceho typu znečistenia. Jedna skupina predstavovala regióny s prevažne metalurgickým priemyslom, ďalšie s chemickým priemyslom a regióny s prevažne poľnohospodárskou výrobou. Vidiecky región predstavoval kontrolnú oblasť.

Práca mala dva ciele. Zhodnotiť výskyt alergických ochorení u vybranej kohorty 5 - ročných detí vo vzťahu k environmentálne rozdielnym regiónom Slovenska a zhodnotiť vzťah medzi kontamináciou ľudskej placenty Pb a výskytom alergických ochorení u vybranej kohorty 5 – ročných detí s prihliadnutím na anamnestické údaje s dotazníkov

Na tento cieľ boli použité výsledky z analýzy nielen placent, ale aj krvi na obsah Pb. Stupeň kontaminácie placenty nám naznačoval, akej expozícii boli matka a dieťa v prenatálnom období vystavené. Koncentrácie Pb v pupočníkovej krvi boli skúmané na presnejšie definovanie expozície plodu Pb.

V práci som koncentráciu IgE v pupočníkovej krvi (ulgE) použil ako možný biomarker intrauterinnej alergickej senzibilizácie dieťaťa. Kerkhof a spol. (2005) uvádzajú prenatálnu expozíciu plodu vybraným environmentálnym faktorom ako rizikový faktor intrauterinnej senzibilizácie respektíve vzniku alergie v prvých 4 rokoch života dieťaťa. Petrů a spol. (2000) popísali vo svojej práci príklad z klinickej praxe, keď matka bola počas gravidity exponovaná vysokým koncentráciám alergénu (čokoláda) a u dojčťa bola následne preukázaná špecifická alergická senzibilizácia (zvýšené celkové aj špecifické IgE).

Positivita celkového IgE v pupočníkovej krvi štatisticky významne nesúvisela s typom environmentálneho znečistenia regiónu, no medzi regiónom s prevládajúcim chemickým priemyslom a kontrolnou oblasťou je badať istý rozdiel v počte pozitívnych a negatívnych vzoriek. Štatisticky významná spojitosť sa ukázala vo výskyte alergickej rinitídy v regiónoch s metalurgickým priemyslom v porovnaní s ostatnými regiónmi ($p < 0,05$).

Medzi kontamináciou placenty Pb, koncentráciou Pb v pupočníkovej krvi a výskytom alergických ochorení som štatisticky významný vzťah nezistil. Tak isto som nezistil štatisticky významné vzťahy medzi pozitivitou celkového ulgE a koncentraciami Pb v placente a v pupočníkovej krvi a ani vzťah medzi pozitivitou ulgE a výskytom alergií. Viacero vzťahov, ktoré síce štatisticky významne nevyšli, možno pokladať za dôležité, pretože vo viacerých prípadoch bolo možné sledovať isté trendy. To, že sa viacero vzťahov jednoznačne nepotvrdilo by som pripísal najmä veľmi malej kohorte, ktorá neustále z roka na rok klesala z viacerých objektívnych dôvodov. Napriek tomu, že výsledky tejto práce nepriniesli zo štatistického hľadiska významné výsledky, z medicínskeho hľadiska môžeme predpokladať, že intrauterinná expozícia xenobiotikám by mohla pôsobiť ako prídavný faktor pri vzniku alergickej senzibilizácie dieťaťa a následne podporiť vznik alergického ochorenia v detstve. Čiastočne sa preukázala závislosť medzi typom znečistenia prostredia a výskytom alergickej rinitídy a vyšším počtom pozitívnych vzoriek ulgE, no priame vzťahy v spojení s prenatálnou expozíciou olovu sme nedokázali. Túto hypotézu však potvrdila moja predošlá práca ŠVOČ, kedy sa ukázalo, že kontaminácia ľudskej placenty organochlórovanými zlúčeninami (konkrétne p,p'-DDE, PCB-118) mala významný vplyv na koncentráciu ulgE (Tihányi, 2005).

Výsledky a údaje z literatúry naznačujú potrebu rozvoja ďalšieho výskumu v oblasti pôsobenia environmentálnych faktorov pri vzniku alergickej senzibilizácie a alergického ochorenia. Tento výskum by mohol priniesť významné výsledky v primárnej i sekundárnej prevencii alergií a mohol by napomôcť zastaviť stúpajúci trend prevalencie alergických ochorení hlavne v detskej populácii.

Literatúra:

- Ø KARMAUS, W., KRUSE, H.: Infections and Atopic Disorders Childhood and Organochlorine Exposure. Archives of Environmental Health, 11-12, 2001, s.485-492
- Ø KARMAUS, W., DAVIS, S., CHEN, Q., KUEHR, J., KRUSE, H.: Atopic manifestations, breast-feeding protection and the adverse effect of DDE. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 17, 2003, s.212-220
- Ø KERKHOF, M., WIJGA, A., SMIT, H.A., JONGSTE, J.C., AALBERSE, R.C., BRUNEKREEF, B., GERRITSEN, J., POSTMA, D.S.: The effect of prenatal exposure on total IgE at birth and sensitization at twelve months and four years of age - The PIAMA study. Pediatr. Allergy Immunol.,16, 2005, s.8-10
- Ø KOČAN, A., PETRÍK, J., DROBNÁ, B., CHOVANCOVÁ, J.: Level's of PCB's and some organochlorine pesticides in the human population of selected areas of the Slovak Republic. Chemosphere, Elsevier Science, 9-11, 1994, s.2315-2325
- Ø NIWELINSKI, J., ZAMORSKA, L., KACZMARSKI, F., PAWLICKI, R.: Enzyme histochemistry and microstructure of the human placenta as indicators of environmental pollution. Arch Ochr. Srod., 3-4, 1990, s.53-59.
- Ø NIWELINSKI, J., ZAMORSKA, L.: The human placenta as an indicator of environmental pollution. Arch Ochr Srod, 2, 1995, s.143-151.
- Ø PALKOVIČOVÁ, Ľ., REICHRTOVÁ, E., URSÍNYOVÁ, M., ŠUŠKA, P., RAUSOVÁ, K.: Intrauterinná expozícia olovu a kvalita placenty v ôsmich environmentálne odlišných regiónoch SR. Ed. Ághová, Ľ.: Životné podmienky a zdravie – Zborník vedeckých prác, LFUK, Bratislava 2003, s.40-42.
- Ø PETRŮ, V., MICHALOVÁ, D.: Intrauterinní senzibilizace. Alergie,1, 2000, 19-24s.
- Ø REICHRTOVÁ, E., PALKOVIČOVÁ, Ľ., ČIŽNÁR, P., ADAMČÁKOVÁ-DODD, A., RAUSOVÁ, K., ŠUŠKA, P., MCNABB, J.N.S.: Expozícia znečisťujúcim látkam v prostredí počas gravidity a výskyt alergie u najmenších detí (Exposure to Environmental Pollutants During Gestation Period and Allergy Prevalence in Early Infancy). Alergie, 2, 2003a, s.52-57.
- Ø REICHRTOVÁ, E., PALKOVIČOVÁ, Ľ.: Expozícia kovovým časticiam počas gravidity. In: Ed. Ághová, Ľ.: Životné podmienky a zdravie – Zborník vedeckých prác, LFUK, Bratislava 2003b, s.37-39.
- Ø REICHRTOVÁ, E., DOROCIÁK, F., PALKOVIČOVÁ, Ľ.: Sites of lead and nickel accumulation in the placental tissue. Human & Experimental Toxicology, 17, 1998, s.176-181.
- Ø REICHRTOVÁ, E., PALKOVIČOVÁ, Ľ.: Ľudská placenta ako bioindikátor narušeného prostredia (Human Placenta as a Bioindicator of Environmental Disturbance). Životné prostredie, 3, 1999, s.117-121.
- Ø REICHRTOVÁ, E. a spol.: Záverečná správa za výskumnú úlohu: Výskyt alergických ochorení u detí v predškolskom veku vo vzťahu k životnému prostrediu V SR, ÚPKM – VVZ SZU, Bratislava, 2004, 26s.
- Ø TIHÁNYI, J., ŠEGUL, L.: Vzťah medzi kontamináciou ľudskej placenty organochlórovanými zlúčeninami a intrauterinnou senzibilizáciou v dvoch environmentálne rozdielnych regiónoch Slovenska. Práca ŠVOČ, SZU FVZ, Bratislava, 2005, 29s.

Adresa:

JURAJ TIHÁNYI

študent 3. ročníka FVZ SZU

Röntgenova 12, 851 01, BRATISLAVA 5, SR

Tel.: +421 904 965 447

e-mail: tihanyi_juraj@yahoo.com

Zrušenie Centra kontroly tabaku

Presne po dvoch rokoch práce, čiže od 1. 3. 2006, zrušil nový vedúci služobného Úradu verejného zdravotníctva SR doc. MUDr. František Valašek, CSc. Centrum kontroly tabaku (ďalej iba „centrum“) na Úrade verejného zdravotníctva SR. O dôvodoch, ktoré viedli k zrušeniu, sa odborná ani laická verejnosť nič bližšie nedozvedela. O dôvodoch, prečo bolo centrum zriadené, však vieme viac, posúďte:

1. Centrum bolo zriadené na základe ratifikovania Rámcového dohovoru o kontrole tabaku (ďalej iba „dohovor“) NR SR uznesením č. 667 zo 4.12.2003. Podľa čl. 5 ods. 2 písm. a) dohovoru patrí medzi hlavné povinnosti zriadenie alebo posilnenie centra kontroly tabaku v smere úspešnej implementácie dohovoru v praxi. Zdá sa, že pre služobne kompetentných nebolo problémom zastaviť činnosť, ktorú centrum za obdobie od 1. 3. 2004 vykonalo. Navyše aj napriek tomu, že pracovníci, ktorí pôsobili v centre, sa predtým podieľali na rokovaní Svetovej zdravotníckej organizácie, konkrétne na šiestich zasadnutiach medzivládneho negociačného výboru, keď sa dohovor tvoril, ako aj na legislatívnom procese prijímania dohovoru na Slovensku (rezortné, medzirezortné pripomienkové konanie, legislatívna rada vlády SR, vláda SR, NR SR - zasadania výborov). Slovensko odovzdalo ratifikačný protokol ako 13 krajina sveta a 3 krajina spomedzi štátov Európskej únie, čo možno považovať za úspech. S ratifikáciou dohovoru súvisí aj plnenie v budúcnosti ďalších úloh Konferencie strán Rámcového dohovoru o kontrole tabaku. Svetová zdravotnícka organizácia aj po vstupe dohovoru do medzinárodnej účinnosti ďalej vyvíja činnosť v smere koordinovania a výkonu politiky kontroly na úrovni štátov, ktoré dohovor ratifikovali. V tomto smere bolo pokračovanie činnosti centra aj naďalej opodstatnené.

2. Výkon politiky kontroly tabaku. Úrad verejného zdravotníctva SR, na základe schváleného štatútu Národného koordinačného výboru na kontrolu tabaku (ďalej iba „výbor“) v roku 2000 vtedajším ministrom zdravotníctva SR, vytváral podmienky na činnosť výboru prostredníctvom zriadenia Sekretariátu. Výbor, ako koordinujúci orgán zložený zo zástupcov jednotlivých rezortov národného hospodárstva, mal tvoriť prepojenie medzi Svetovou zdravotníckou organizáciou, národným koordinátorom na kontrolu tabaku a centrom ako výkonným pracoviskom. Centrum kontroly tabaku bolo zriadené 1. 3. 2004 a odvtedy pracovalo ako výkonný orgán v oblasti kontroly tabaku pre spomínaný výbor, ale aj Ministerstvo zdravotníctva SR. Jednou z najdôležitejších úloh, ktoré centrum vtedy plnilo, bola príprava návrhu nového zákona o ochrane nefajčiarov a jeho novely (Zákon NR SR č. 377/2004 Z. z. a 465/2005 Z. z.), ďalej realizácia vzdelávacích aktivít v spolupráci s Metodicko - pedagogickým centrom Bratislavského kraja. Napriek viacerým kritickým hlasom z minulosti, dnes možno konštatovať, že nový zákon o ochrane nefajčiarov posunul vnímanie ochrany nefajčiarov o kus ďalej. Istá časť verejnosti sa síce stavia kriticky k niektorým obmedzeniam a kontrole, na druhej strane však prieskumy dokazujú, že rešpektovanie nefajčenia, konkrétne v reštauráciách, sa u fajčiarov postupne zvyšuje. Je však potrebné prijať aj ďalšie opatrenia, ktoré povedú k zlepšeniu kontroly fajčenia v zmysle ochrany nefajčiarov, najmä zo strany samotných regionálnych úradov verejného zdravotníctva. V oblasti výkonu kontroly tabaku v smere

vzdelávania, centrum pre pedagógov zorganizovalo rad podujatí a školiacich sústreďení, s cieľom ďalšieho vzdelávania v možnostiach uplatňovania prevencie fajčenia, ale aj o možnostiach zanechanie fajčenia. Tým, že došlo k zrušeniu centra, je ťažké dnes zodpovedne povedať, kto túto úlohu bude plniť z pozície prevencie, ako štátnej politiky zdravia. Pokračovateľ totiž nebol určený.

3. Metodické vedenie regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Jednou z dôležitých úloh centra bolo pôsobiť, ako metodické a koordinačné centrum pre regióny, predovšetkým v smere vedenie regionálnych kampaní k Svetovému dňu bez tabaku, Medzinárodnému dňu bez fajčenia, v oblasti koordinovania súťaže pre fajčiarov - Prestaň a Vyhrať. Ďalšou dôležitou funkciou bola práca vzdelávacieho centra pre pracovníkov regionálnych úradov verejného zdravotníctva v oblasti ďalšieho vzdelávania v technikách na odvykanie od fajčenia, ktorých ovládanie patrí medzi základné predpoklady na prácu v Poradni na odvykanie od fajčenia. Mimochodom, ďalšie vzdelávanie pracovníkov v poradenských centrách ochrany a podpory zdravia stanovuje odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva SR č. 33 z roku 1999. Jednou z najaktuálnejších úloh centra bolo metodické vedenie a pomoc regionálnym úradom verejného zdravotníctva v oblasti výkonu kontroly zákazu fajčenia v zmysle § 11 zákona NR SR č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona NR SR č. 465/2005 Z. z. Verejnosť očakávala zlepšenie kontroly zákazu fajčenia na verejných miestach a jedným z nástrojov zlepšenia kontroly bola aj koordinujúca a metodická pomoc, ktorú centrum poskytovalo nielen pre regionálne úrady verejného zdravotníctva, ale aj pre ostatné kontrolné inštitúcie. V tejto súvislosti spomeňme Slovenskú obchodnú inšpekciu, Štátnu veterinárnu a potravinovú správu SR, či Inšpekciu práce. Centrum počas svojho pôsobenia poskytovalo odborné stanoviská a výklad jednotlivých ustanovení zákona o ochrane nefajčiarov pre fyzické i právnické osoby. Centrum v spolupráci s kontrolnými inštitúciami vypracovalo novelu zákona o ochrane nefajčiarov a podieľalo sa na príprave iných právnych noriem či programov, ktoré mali, okrem iného, vzťahnosť na ochranu nefajčiarov a podporu nefajčenia. V tomto ohľade možno spomenúť prípravu Aktualizácie Národného programu podpory zdravia v roku 2005, kde sa v čl. 4 spomínajú opatrenia v smere zníženia spotreby tabakových výrobkov.

4. Edičná činnosť. V oblasti informovania vybraných skupín obyvateľstva centrum od svojho vzniku pripravilo a vydalo tri letáky so zameraním na odvykanie od fajčenia a informovanie učiteľov o zákaze fajčenia v školách a jednu svojpomocnú príručku pre ľudí, ktorí chcú prestať fajčiť v Poradniach na odvykanie od fajčenia. Vydanie všetkých edičných materiálov bolo zrealizované vďaka spolupráce so zdravotnými poisťovňami.

5. Pedagogická a publikačná činnosť centra bola za obdobie dvoch rokov pomerne bohatá. V oblasti pedagogickej, centrum poskytovalo odborných pracovníkov pre Slovenskú zdravotnícku univerzitu k výučbe predmetu Výchova k zdraviu, kde zaslúžené miesto získala aj téma prevencie fajčenia a kontroly tabaku. Prijatím jednostranného rozhodnutia došlo k zastaveniu výučby pracovníkov centra na Slovenskej zdravotníckej univerzite. V oblasti publikačnej činnosti pracovníci centra publikovali 20 odborných príspevkov uverejnených v zborníkoch a odborných časopisoch.

Schéma, ako by štruktúra kontroly tabaku mala v budúcnosti vyzerat'

Svetová zdravotnícka organizácia

Národný koordinátor na kontrolu tabaku

Národný koordináčny výbor na kontrolu tabaku

Centrum kontroly tabaku na MZ SR



Zahraniční partneri

Z pohľadu zlepšenia organizácie kontroly tabaku je na Slovensku potrebné prijať rad ďalších dôležitých opatrení:

1. zriadiť Národné centrum kontroly tabaku na Ministerstve zdravotníctva SR. Úlohou centra bude metodicky a koordinačne viesť Úrad verejného zdravotníctva SR a regionálne úrady verejného zdravotníctva na Slovensku.
2. Sekretariát Národného koordináčneho výboru na kontrolu tabaku (ďalej iba „NKVKT“) premiestniť na Ministerstvo zdravotníctva SR do organizačnej zložky Národného centra kontroly tabaku. NKVKT bude koordinovať politiku kontroly tabaku formou multirezortnej spolupráce a formou odporúčaní sa vyjadrovať k otázkam kontroly tabaku na Slovensku v súlade s odporúčaniami Svetovej zdravotníckej organizácie a Európskej únie.
3. Úrad verejného zdravotníctva SR a regionálne úrady verejného zdravotníctva budú výkonným pracoviskom na úseku implementácie opatrení a výkonu aktivít v prevencii fajčenia. Vo svojej činnosti podliehajú Národnému centru kontroly tabaku na Ministerstve zdravotníctva SR.
4. V rámci siete regionálnych úradov verejného zdravotníctva budú v 8 samosprávnych mestách (VÚC) zriadené centrá kontroly tabaku.

Miesto záveru: Keďže Úrad verejného zdravotníctva SR spadá do pôsobnosti MZ SR, je viac ako pravdepodobné, že zrušenie sa udialo za tichého súhlasu (podpory?) Ministerstva

zdravotníctva SR.

PhDr. Ivan Bielik, MPH

odborný asistent Katedry výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky

Kvalita života seniorů v ČR a jejich zdravotní potřeby - výsledky sociologických výzkumů.

Správa z odborného podujatia

Zuzana Takáčová

Dňa 8.11. 2005 sa na pôde Inštitútu postgraduálneho vzdelávania v zdravotníctve (IPVZ) v Prahe uskutočnil odborný seminár pod názvom Kvalita života seniorů v ČR a jejich zdravotní potřeby - výsledky sociologických výzkumů.

Na seminári boli prezentované informácie o aktuálnych výsledkoch vedecko-výskumných aktivít zaoberajúcich sa demografickými zdravotnými a sociálnymi aspektmi starnutia populácie.

Odborné podujatie bolo určené predovšetkým odborníkom pracujúcim v oblasti sociológie, gerontológie, verejného zdravotníctva a verejnej správy, ktorí môžu implementovať prezentované výsledky výskumov do svojej činnosti alebo inak ovplyvniť verejnú zdravotnú politiku, ale tiež širokej odbornej verejnosti. V jednotlivých prednáškových blokoch odzneli prednášky na témy:

- Kvalita života seniorů (vybrané výsledky projektu WHOQOL-OLD).
(E. Dragomirecká, J. Bartoňová, Psychiatrické centrum Praha)
- Poznámky k metodologii sociologických výzkumů starých lidí
(L. Vidovičová, FSS MU Brno, VÚPSV)
- Senior ve společnosti, život ve stáří - projekty: ageizmus, mediální obraz seniora, aktivní stárnutí. Politika aktivního stárnutí, akceptace politik, mezinárodní srovnání.
(L. Vidovičová, FSS MU Brno, VÚPSV)
- Od mapování zátěže pečujících v ČR k praktickým výstupům.
(T. Tošnerová, FN Praha)
- Péče o staré lidi v rodině - kvalitativní výzkum (výskumný projekt 2004 -2009)
(J. Bartoňová a J. Barvíková, FSV UK, PCP LF III.)

Ďalšie informácie sa týkali hodnotenia plnenia hlavných úloh projektov z oblasti edukácie seniorov riešených v Českej republike v priebehu rokov 2003 až 2005.

Následnú diskusiu k predneseným príspevkom moderovala PhDr. H. Janečková, ktorá účastníkov sprevádzala počas konania odborného seminára.

Problematika kvality života seniorov je v súvislosti s prevládajúcim demografickým trendom starnutia populácie témou nanajvýš aktuálnou a zaujímavou z pohľadu viacerých vedných disciplín. Čo si pod týmto pojmom môžeme predstaviť? Kvalita života je podľa

definície SZO (1993) to, „ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom.“ V súčasnosti sa považuje za optimálne kritérium pre komparáciu populačných skupín, hodnotenie zdravotníckych programov a iných zdravotných a sociálnych intervencií. Kvalita života seniorov sa v súčasnosti často chápe ako synonymum schopnosti viesť nezávislý život. Metódy hodnotenia kvality života sa sústreďujú a schopnosť vykonávať bežné každodenné aktivity. Popri funkčnej schopnosti, ktorá má nepochybne vplyv na kvalitu života existuje množstvo ďalších psychologických a sociálnych faktorov, prispievajúcich ku skvalitneniu života. Práve ich poznanie môže priaznivo ovplyvniť životnú situáciu seniorov.[\[1\]](#) V tomto smere plní významnú úlohu prezentácia výsledkov výskumných úloh na odborných fórach. Účasť na podujatí tohto druhu umožňuje vzájomné stretávanie a komunikáciu odborníkov rozličných profesijných zameraní.

Domnievame sa, že i z uvedeného stručného pohľadu na obsah odborného seminára je viditeľný široký tematický záber pohľadov na komplexnú oblasť kvality života. Pretože téma kvality života seniorov zostane nepochybne aktuálna i v budúcnosti, môžeme sa na podobné stretnutia tešiť aj v nasledujúcich rokoch.

Adresa:

PhDr. Zuzana Takáčová

Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU

833 03 Bratislava 37, Limbová 14

Katedra Výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky

Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbová 14, 833 03 Bratislava 37

[\[1\]](#) Dragomirecká, E., Bartoňová, J. Kvalita života seniorů (vybrané výsledky projektu WHOQOL-OLD). Praha: IPVZ, 8.11.2005.