
O B S A H

Editorial



R. KOVÁČ: Partnerstvo pre zdravie

Originálne práce



J. KRAK, V. MITLÖHNEROVÁ, M. VÁCLAVOVÁ:
Úmrtnosť rómskej populácie v spádovom
regióne RÚVZ so sídlom v Poprade a možnosti
jej ovplyvnenia



S. ŽULATÁKOVÁ: Vplyv demografických a
sociálnych faktorov na priebeh tehotenstva u
rómskych žien

Prehľadné referáty



M. BARTÁK, A. MALINA: Reforma zdravotníctví v
ČR po parlamentných voľbách v roce 2006



C. KLEMENT, L. MAĎAROVÁ, I. ROVNÝ: Biologické
zbrane a legislatívne nástroje ich kontroly II.
Bakteriologické (biologické), a toxínové zbrane v
historickom kontexte medzinárodných zmlúv



I. BIELIK: K niektorým otázkam sociálnej reklamy
a marketingu

Správy



Z. TAKÁČOVÁ: Záverečná správa zo študijného
pobytu na Sheffield Institute for studies on
Ageing, the University of Sheffield, Sheffield,
Veľká Británia

Partnerstvo pre zdravie

Editorial

Deklarácia z Jakarty, ktorá spolu s Ottawskou chartou tvorí základ nového verejného zdravotníctva (New Public Health) je postavená na piatich pilieroch. Podpora sociálnej zodpovednosti za zdravie, rast investícií do vývoja zdravia, konsolidácia a rozvoj partnerstva pre zdravie, zvyšovanie participácie komunity ale súčasne jej posilnenie individuality v zdraví a ochrana infraštruktúry podpory zdravia. Pristavme sa v tejto úvahe u pojmu partnerstvo pre zdravie.

Nejde o klasické partnerstvo tak ako ho poznáme zo vzťahu ľudí či v obchodných vzťahoch medzi organizáciami. Partnerstvo pre zdravie je významným prvkom nového verejného zdravotníctva. Potvrdzuje že zodpovednosť za zdravie jednotlivca i keď ju nemôžeme zbaviť individuálneho náboja je predsa aj vecou society, komunity či všetkých nás. Konsolidácia a rozširovanie partnerstva pre zdravie znamená odstránenie bariér medzi vládnymi orgánmi, nevládnymi organizáciami, súkromným i verejným sektorom s cieľom nie len zdieľať poznatky získaných v jednotlivých sektoroch, ale aj expertíz či zdrojov, ekonomických ale aj ľudských, v záujme dosiahnutia lepšej úrovne zdravia spoločnosti. Partnerstvo je natoľko dôležité že sa označuje za jeden z troch nosných pilierov nového verejného zdravotníctva spolu s posilnením individuality a s uznaním vplyvu sociálnych determinánt na zdravie. Významnú úlohu v partnerstve hrá vláda ale aj komunity, ktoré by mali prostredníctvom svojich aktivít v ochrane podpore a posilňovaní zdravia určovať priority, mali by prijať rozhodnutia ktorá z priorít je najvýznamnejšia a je potrebné sa s ňou zaoberať, plánovať stratégie a implementovať ich. Aká je situácia pri ustanovovaní partnerstva pre zdravie v podmienkach Slovenskej republiky?

Partnerstvo musí začať u tých orgánov, ktoré sa rozhodujúcou mierou podieľajú na legislatívnych procesoch. Zákony a iné všeobecne platné právne normy podstatnou mierou určujú ako sa spoločnosť správa. Je preto pochopiteľná požiadavka, aby sa pri prijímaní právnych noriem zvažoval ich vplyv na zdravie obyvateľov štátu, regiónu, mesta či obce. Aby každý zákon obsahoval doložku aký bude predpokladaný vplyv realizácie zákona na zdravie obyvateľov. Určite by stálo za to, k zákonu sa po istej dobe vrátiť a zhodnotiť či sa predpokladaný vplyv potvrdil. Podobné ustanovenie si vo vláde presadilo ministerstvo financií. Súčasťou návrhov zákonov je vždy doložka hodnotiaca vplyv realizácie zákona na štátny rozpočet. Ministrom zdravotníctva sa toto presadiť nepodarilo. Prečo? Je snáď zdravie obyvateľov menej zreteľa hodné ako štátny rozpočet? Ak by sme totiž takéto opatrenie, zaisťujúce partnerstvo pre zdravie na vládnej úrovni realizovali, určite by sa nemohlo stať aby jeden rezort na škatuľkách cigariet upozorňoval aké je fajčenie nebezpečné pre zdravie a život a iný rezort tej istej vlády poskytoval dotácie na pestovanie tabaku. Takéto postupy skutočne nesvedčia o tom, že zdravie obyvateľov je prioritou vládnych orgánov. Ako máme chápať zvýšenie spotrebnej dane za cigarety, ktoré síce prinesú do štátneho rozpočtu viac zdrojov, ale zdravotníctvo, ktoré sa potýka s následkami fajčenia z nich neuvidí nič. Naopak, súčasne sa znižuje rozpočet ministerstva zdravotníctva. Pri tom fajčiari na diagnostiku a liečbu následkov fajčenia spotrebujú veľkú časť zdrojov zdravotnej starostlivosti.

Naša spoločnosť v skutočnosti viac hovorí o prioritě zdravia ako sa tak správa. O zdraví ako o najdôležitejšej hodnote hovorí pokojne občan a má pri tom zapálenú cigaretu v ústach či v ruke poldecák. Nie málo našich občanov sa hrdí že neboli u lekára už niekoľko rokov, pri čom už štvrtý rok platí zákon o zdravotnej starostlivosti, ktorý ponúka občanom bezplatné preventívne prehliadky u praktického lekára a stomatóloga a ženám aj u gynekológa. A dobre vieme že prevencia je lacnejšia ako liečba. Nie je v tom istá dávka pokrytectva? Sme v otázkach zdravia poctiví voči sebe i druhým? Nie je to tak že do tej doby budeme hovoriť o zdravotníctve ako „korupčnom hniezde“, či „čiernej diere ekonomiky“ pokým my sami, alebo naši najbližší neochorejú na vážnu nemoc, ohrozujúcu naše zdravie či životy? Vtedy sa staneme pokornými a začneme sľubovať čo všetko pre zdravie a zdravotníctvo urobíme. A aká je realita?

Slovensko ako jedna z mála krajín v EU nemá svoj národný onkologický program, ktorého realizácia vyžaduje súčinnosť všetkých rezortov a je teda klasickým príkladom partnerstva pre zdravie. Národný program podpory zdravia je dobrý, ale jeho plnenie zo strany niektorých rezortov vykazuje značnú dávku formalizmu.

Informovanosť občanov o problematike zdravia je minimálna. V komunikačných prostriedkoch sa dozvieme, kto koho zavraždil, ktorá „celebrita“ sa s ktorým partnerom rozišla či zišla. Ale z problematiky zdravotníctva sa dozvieme iba to v ktorom zariadení lekári urobili chybu a akú. O správnom životnom štýle, o škodlivých návykoch o vplyve prostredia na zdravie, o tom ako zdravo žiť sa nedozvedáme takmer nič.

V škole sa deti učia, čo je príčastie minulé trpné, alebo letopočty bezvýznamných udalostí, ale poznatky o tom ako zdravo žiť, ako nepodľahnúť škodlivým návykom, ako chrániť životné a pracovné prostredie, aký význam má prevencia, teda poznatky ktoré by mali mať zafixované pre celý život, to sa deti dozvedajú iba nedostatočne a nesystematicky. Takýto predmet na školách nemáme a pokiaľ viem, ani sa v novelách školských zákonov nechystá. Môžeme teda na Slovensku hovoriť o partnerstve pre zdravie? Myslím si že naša spoločnosť ešte tak ďaleko nedozrela.

Pri tom vieme, že nad hlavami našich detí tiká časovaná demografická bomba a jej hrozbu nie je možné odstrániť bez zapojenia sa úsilia celej spoločnosti. Bez ozajstného partnerstva pre zdravie. Tú bombu predstavuje fakt, že o 20- 25 rokov bude mať tretina našej populácie viac ako 60 rokov.

Sociálna sféra sa pripravuje na potrebu zvýšených finančných nárokov budúcich seniorov v dôchodkovom poistení zavedením viacpilierových dôchodkových systémov. Nevieme či to bude stačiť, ale aj snaha hovorí o zodpovednosti. Doteraz sme sa však nestretli s návrhom na riešenie problému, kto a ako zaplatí tejto tretine populácie jej zdravotnú starostlivosť. Pri tom polymorbiditu seniorov nevieme dostatočne ovplyvniť a teda ak niečo neurobíme bude potrebné stále viac finančných prostriedkov. Ukazuje sa že zdroje odvedené práceschopnou časťou populácie nebudú stačiť a to ani pri klesajúcej nezamestnanosti a rastúcom HDP. Musí sa preto prijať rad opatrení, posilňujúci vlastnú zodpovednosť za zdravie. Už terajšia mladá generácia by sa mala zapojiť do programu zdravého starnutia s cieľom výrazne znížiť polymorbiditu v starobe a prispieť tak k zníženiu nákladov na zdravotnú starostlivosť.

Akú úlohu v ustanovovaní partnerstva pre zdravie môžu zohrávať univerzity a vysoké

školy, na ktorých je možné študovať verejné zdravotníctvo? Najvýznamnejším prínosom týchto inštitúcií je zodpovedná príprava špecialistov, profesionálov, ktorí budú môcť plniť svoje úlohy na rôznych miestach. Naša fakulta začala s postupným dopĺňaním a premenou štúdia v duchu nového verejného zdravotníctva, v duchu bolonského procesu s významným podielom študenta na formovaní svojej osobnosti. Pri koncipovaní nového modelu sme brali do úvahy to, že iba nepatrná časť všetkých absolventov verejného zdravotníctva (na Slovensku sa jeho výučbou zaoberá 7 univerzít respektíve vysokých škôl) bude môcť pracovať na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva. Podstatná časť absolventov bude pracovať v iných pozíciách, pre ktoré ich treba pripraviť tak, aby mohli úspešne zastávať aj iné funkcie v zdravotníctve a pri tom nezabudli, že ich základnou profesiou je verejné zdravotníctvo a základným cieľom zdravie obyvateľov. Nepochybne to budú závodné zdravotné služby, farmaceutické firmy, zdravotné i komerčné poistenie, výskumné ústavy. Radi by sme videli našich absolventov aj na významných postoch na ktorých sa tvorí či implementuje zdravotná politika na štátnej, regionálnej či komunálnej úrovni. Politici, ak chcú dosiahnuť v zdravotníctve čo i len mierny pokrok, mali by sa oprieť o profesionálov schopných istého nadhľadu a širšieho pohľadu na celistvú problematiku zdravia vrátane otázok ekonomických.

Prieskum pracovného trhu ukázal zhruba 12 možných typov pracovísk, ktoré by mali záujem o našich absolventov. Predpoklad je, že vzdelanie bude podrobnejšie zamerané na plánovanú profesiu a na jej špecifiká. Zamestnávateľ nemá záujem o pracovníka, ktorého musí naučiť všetko o profesii, v ktorej bude pracovať. Preto sme zvolili model, pri ktorom polovinu predmetov (tvoriacich podstatu verejného zdravotníctva) absolvujú poslucháči povinne a zo spektra druhej poloviny si študenti volia takú zostavu, ktorá im umožní zamerať sa na tú problematiku v ktorej plánujú pracovať. Vážnou otázkou je, do akej miery majú študenti absolvovať klinické predmety, aby sa zo štúdia verejného zdravotníctva nestala „ malá medicína“ a na druhej strane aby univerzitu neopúšťali absolventi, ktorí počas celého štúdia nevideli žiadneho pacienta ani chorobu, s ktorou absolventi ako verejní zdravotníci budú bojovať. Najst' dokonale vyvážený model je iste neľahkou úlohou, ale snažíme sa v novom modeli práve o takýto spôsob štúdia.

V duchu nového verejného zdravotníctva sa naši študenti musia zamerať aj na sociálne determinanty zdravia, ktorých váha vo vyspelých spoločnostiach stále rastie. Nezabúdame ani na demografické hrozby a aj preto sa program zdravého starnutia ponímaný z rôznych aspektov stal nie len predmetom výučby ale aj jedným z kľúčových vedeckých cieľov všetkých katedier našej fakulty. Snažíme sa aj o rozvoj najmodernejších pedagogických metód kontaktného a najmä dištančného štúdia. Na našej fakulte stále pretrváva vysoký záujem o dištančné formy pregraduálneho i špecializačného štúdia so silne skráteným časom na priamy kontakt so študentmi. Jednou z možností, ako nedostatok priameho kontaktu so študentmi nahradiť je e-learning, ktorý s pomocou európskych fondov budeme na našej fakulte implementovať. Všetky tieto opatrenia by sa mali stať podkladom pre zvyšovanie kvality pedagogického procesu.

Za najdôležitejší ukazovateľ úspešnosti a kvality práce pedagóga považujem úspech absolventov školy v ich zaradení sa na pracovný trh, v získaní takého zamestnania, ktoré bude zodpovedať ich vzdelaniu a v ktorom budú môcť tvorivo uplatniť poznatky získané počas štúdia.

Aj preto je súčasťou nového modelu štúdia výrazný nárast samostatnosti študentov, prejavujúci sa aj v množstve riešených príkladov, prípadových štúdií, rozhodnutí, precvičovanie zručností a praktické preverovanie reálnych problémov tak aby vedeli zodpovedne riešiť situácie, ktoré ich v reálnom živote čakajú.

Práca pedagóga sa veľmi podobá na prácu lesníka. Výsledky ich práce prichádzajú veľa razy až po rokoch. Bude naším zadosťučinením, keď čo i len trochou prispeje naša inštitúcia k tomu aby si naši občania začali uvedomovať skutočnú hodnotu zdravia, ale najmä aby sa podľa tejto správali. Aby sme dosiahli lepší zdravotný stav a kvalitnejší život našich obyvateľov. Práve toto sú naše strategické ciele.

Doc. MUDr. Roman Kováč CSc.
mimoriadny profesor
dekan Fakulty Verejného Zdravotníctva
SZU

ÚMRTNOSŤ RÓMSKEJ POPULÁCIE V SPÁDOVOM REGIÓNE RÚVZ SO SÍDLOM V POPRADE A MOŽNOSTI JEJ OVPLYVNENIA

Autori: MUDr. Jozef Krak, MPH, MUDr. Viera Mitlöhnerová, Mária Václavová

V spoločenskej hierarchii zastávali Rómovia tie najnižšie miesta, čo pretrváva aj v súčasnosti. Hlavnou príčinou tohto stavu je vysoký stupeň chudoby, nízka vzdelanosť, ale aj nezamestnanosť rómskeho obyvateľstva.

I keď sa život Rómov v poslednom období mení, tradičný spôsob života sa zachoval ešte vo východoslovenských rómskych osadách.

V priebehu celej histórie sa o Cigánoch a kočovníkoch zachovali iba dokumenty, ktoré napísali príslušníci iných národov. Samotní Cigáni nezanechali o sebe nijaké dobré, alebo zlé, skutočné, či vymyslené písomné zmienky. V kolektívnej pamäti sa uchovali viac legendy ako faktami podložené udalosti. (Liégeois, 1995)

V rómskej hierarchii hodnôt a tradícii má najvyššiu hodnotu rodina a rodové usporiadanie. V rode je patriarchálne usporiadanie, úcta k seniorom, pozitívny vzťah k deťom, význam plodnosti. Dôraz kladú na skupinu, majú tendenciu k združovaniu, pričom sa všetko používa spoločne, chýba osobné vlastníctvo. Znami sú svojou súdržnosťou a solidaritou – spoločne riešia problémy, vytvárajú skupiny i v zamestnaní. Majú osobitný vzťah k času, neplánujú, budúcnosť nie je pre nich významná, pre životný štýl je typický sklon k nepravdivosti, živelnosti. (Hegyi, Bartošovič 2005)

Podľa posledného sčítania obyvateľstva, Rómovia tvoria druhú najpočetnejšiu národnostnú menšinu v SR. Prihlásilo sa k nej 89 920 obyvateľov Slovenska. Odhady odborníkov napovedajú, že počet Rómov na Slovensku je niekoľkonásobne vyšší.

V minulosti, ale i v súčasnosti bola venovaná len nepatrná pozornosť zdravotnému stavu Rómov. Ešte stále sa vie veľmi málo o ich chorobnosti a úmrtnosti v porovnaní s ostatným obyvateľstvom. Hlavnou príčinou je izolovanosť a zvyčajne častá zmena miesta pobytu tejto etnickej skupiny. Súčasná legislatíva neumožňuje sledovať zdravotný stav v závislosti od etnickej skupiny.

Ďalším problémom v sledovaní ukazovateľov zdravotného stavu tohto etnika je aj skutočnosť, že viac ako 90% z nich udáva slovenskú národnosť (Mitlöhnerová, 2004) a preto sa nedajú odlíšiť od majoritnej populácie.

Aká je situácia na území spádového regiónu RÚVZ so sídlom v Poprade som sa pokúsila zistiť určením príčin úmrtnosti rómskeho etnika na základe analýzy listov o prehliadke mŕtveho.

Zdravotný stav Rómov je podľa našich i zahraničných výskumov horší ako majoritnej populácie. (Hegyi, 2005)

Charakteristickou črtou skladby obyvateľstva v okresoch Poprad, Kežmarok, Levoča je značne zastúpenie rómskeho etnika. (Surveillance chronických ochorení, 2005) Podľa percentuálneho zastúpenia je najvyšší podiel rómskeho etnika v okrese Kežmarok – 24,12%, v okrese Levoča 16,30%, a v okrese Poprad 9,70%. Podrobnejší prehľad uvádza tab. č.1.

Zloženie obyvateľstva okresov Poprad, Kežmarok, Levoča k 31.12.20003

tab.č.1

Okres	Počet obyvateľov	Rómska populácia		Majoritná populácia	
		abs. č.	%	abs.č.	%

Poprad	104 465	10 133	9,70	94 332	90,30
Kežmarok	64 261	15 500	24,12	48 761	75,90
Levoča	32 126	5 236	16,30	26 890	83,70
Spolu	200 852	30 869	15,4	169 983	84,60

Na Matrike Obvodného úradu Poprad (pre okres Poprad a Levoča) a Kežmarok (pre okres Kežmarok) bolo za roky 1996 – 2004 obhliadnutých 14 618 Listov o prehliadke mŕtveho z toho Listov o prehliadke mŕtveho z trvalým bydliskom v okresoch Poprad, Kežmarok, Levoča bolo 12 294. Z toho do súboru bolo zaradených 776 Rómov (tab. č. 2a,2b,2c).

Počet úmrtí v okrese Poprad

tab.č.2a

Legenda	rok									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Spolu
Počet listov o prehliadke celkom	846	890	778	865	885	895	931	1017	918	8025
Počet listov o prehliadke mŕtveho s trvalým pobytom v okr. PP	702	688	615	703	730	720	751	814	686	6409
Počet listov o prehliadke mŕtveho s trvalým pobytom v okr. PP (Rómovia)	45	55	43	37	57	48	54	47	37	423

Počet úmrtí v okrese Kežmarok
tab.č.2b

Legenda	rok									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Spolu
Počet listov o prehliadke celkom	512	451	415	438	416	445	424	426	432	3959
Počet listov o prehliadke mŕtveho s trvalým pobytom v okr. KK	497	434	398	430	400	433	409	418	401	3820
Počet listov o prehliadke mŕtveho s trvalým pobytom v okr. KK (Rómovia)	31	29	28	31	29	45	44	35	32	304

Počet úmrtí v okrese
Levoča tab.č.2c

Legenda	rok									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Spolu
Počet listov o prehliadke celkom	348	317	291	294	294	280	279	282	249	2634
Počet listov o prehliadke mŕtveho s trvalým pobytom v okr. LE	232	239	236	234	242	218	232	239	193	2065
Počet listov o prehliadke mŕtveho s trvalým pobytom v okr. LE (Rómovia)	7	8	3	2	7	6	4	8	4	49

Pitva v okrese Poprad

tab.č.3a

rok		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
spolu	Zomrelých	702	688	615	703	730	720	751	814	686
	Pitvaných	150	151	126	106	138	99	105	96	116
	rel.%	21,4	21,9	20,5	15,1	18,9	13,8	14,0	11,8	16,9
Rómovia	Zomrelých	45	55	43	37	57	48	54	47	37
	Pitvaných	18	17	13	3	16	11	9	9	10
	rel.%	40,0	30,9	30,2	8,1	27,1	22,9	16,7	19,1	27,0
Ost.obyv.	Zomrelých	657	633	572	666	673	672	697	767	649
	Pitvaných	132	134	113	103	122	88	96	87	106
	rel.%	20,1	21,2	19,8	15,5	18,1	13,1	13,8	11,3	16,3

Pitva v okrese Kežmarok

tab.č.3b

rok		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
spolu	Zomrelých	497	434	398	430	400	433	409	418	401
	Pitvaných	49	43	41	43	34	35	57	53	46
	rel.%	9,9	10,4	10,3	10,0	8,5	8,1	13,9	12,7	11,5
Rómovia	Zomrelých	31	29	28	31	29	45	44	35	32
	Pitvaných	9	11	10	8	9	7	15	7	12
	rel.%	29,0	37,9	35,7	25,8	31,0	15,5	34,1	20,0	37,5
Ost.obyv.	Zomrelých	466	405	370	399	371	388	365	383	369
	Pitvaných	40	32	31	35	25	28	42	33	34
	rel.%	8,6	7,9	8,3	8,8	6,7	7,2	11,5	8,6	9,2

Pitva v okrese Levoča

tab.č.3c

rok		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
spolu	Zomrelých	232	239	236	234	242	218	232	239	193
	Pitvaných	11	15	11	12	13	9	4	8	5
	rel.%	4,7	6,3	4,6	5,1	5,4	4,1	1,7	3,3	2,6
Rómovia	Zomrelých	7	8	3	2	7	6	4	8	4
	Pitvaných	1	3	0	1	0	0	0	1	0
	rel.%	14,3	37,5	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0
Ost.obyv.	Zomrelých	225	231	233	232	235	212	228	231	189
	Pitvaných	10	12	11	11	13	9	4	7	5
	rel.%	4,4	5,2	4,7	4,7	5,5	4,2	1,8	3	2,6

**Priemerný vek zomrelých v okrese Poprad
(1996 - 2004) graf č. 1a**



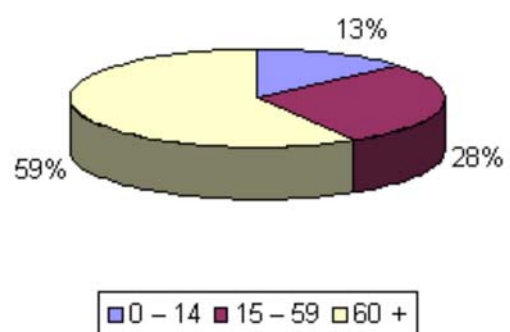
**Priemerný vek zomrelých v okrese Kežmarok
(1996 - 2004) graf č. 1b**



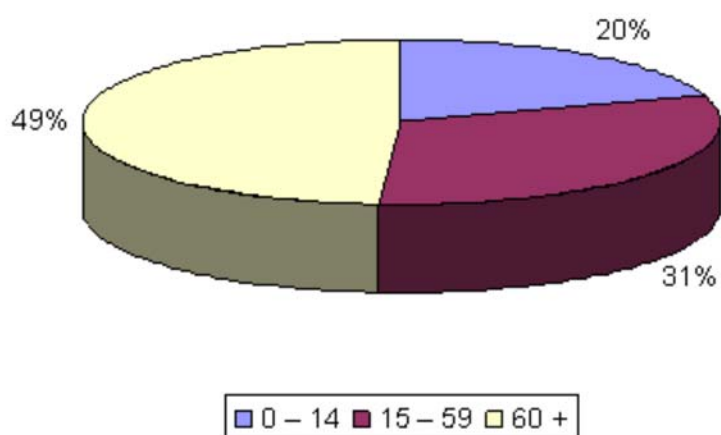
**Priemerný vek zomrelých v okrese Levoča
(1996 - 2004) graf č. 1c**



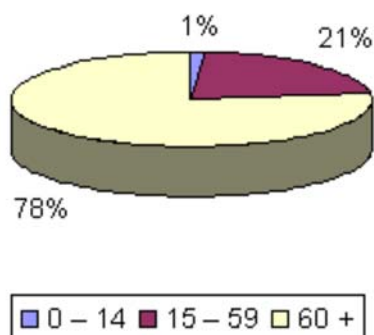
Štruktúra úmrtí Rómov vo vybraných vekových skupinách v okrese Poprad za roky 1996 - 2004
graf č. 2a



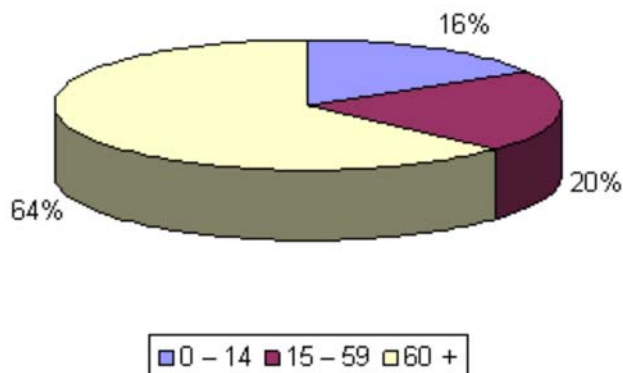
Štruktúra úmrtí Rómov vo vybraných vekových skupinách v okrese Kežmarok za roky 1996 - 2004
graf č. 2c



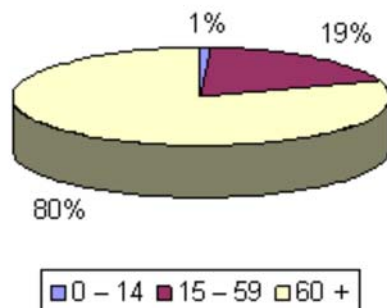
Štruktúra úmrtí majoritnej populácie vo vybraných vekových skupinách v okrese Kežmarok za roky 1996 - 2004
graf č. 2d



Štruktúra úmrtí Rómov vo vybraných vekových skupinách v okrese Levoča za roky 1996 - 2004
graf č. 2e



Štruktúra úmrtí majoritnej populácie vo vybraných vekových skupinách v okrese Levoča
za roky 1996 - 2004
graf č. 2f



Analýzou listov o prehliadke mŕtveho som zisťovala najčastejšie príčiny úmrtia rómskeho obyvateľstva a majoritnej skupiny z okresov Poprad, Kežmarok a Levoča.

Výsledky potvrdili veľké rozdiely v sledovaných ukazovateľoch porovnávaných skupín, ale i medzi rómskou populáciou navzájom (Poprad, Kežmarok, Levoča). Vysoká úmrtnosť v predproduktívnom a v produktívnom veku nepriaznivo ovplyvňuje dĺžku života Rómov. Najhoršia situácia u Rómov bola zistená v okrese Kežmarok, kde podiel úmrtí v predproduktívnom veku bol až 20%, v produktívnom veku 31% z čoho vyplýva, že 60 a viac rokov sa dožilo len 49% Rómov oproti 78% majoritnej populácie v okrese Kežmarok (grafy 2a,2b,2c,2d,2e,2f).

Táto skutočnosť sa zákonite odráža v niektorých demografických ukazovateľoch a v ukazovateľoch zdravotného stavu obyvateľov ako celku v zmysle skresľovania skúmaných javov.

Priemerný vek pri úmrtí Rómov je oveľa nižší ako u majoritnej skupiny a to výraznejšie u žien. Najnižší priemerný vek pri úmrtí v rómskej populácii bol zistený v okrese Kežmarok (50,40 roka) a výrazne najnižší u mužov 46,3 roka, v okrese Levoča (55,10 roka) a v okrese Poprad (55,80 roka) (grafy 1a,1b,1c).

Uvedené údaje jednoznačne poukazujú na skutočnosť, že stredná dĺžka života Rómov bude v porovnaní s majoritnou populáciou podstatne kratšia. Chýbajú však relevantné údaje pre jej stanovenie.

Rozhodujúcim činiteľom pre kvalitu štatistiky úmrtnosti a príčin smrti je lekár prítomný pri stanovení príčiny smrti ako aj potvrdenie diagnózy sekciou.

Podľa koncepcie odboru patológie, patológia v celom rozsahu svojej činnosti umožňuje posudzovanie kvality zdravotnej starostlivosti tzn. na základe rozborov nálezov získaných pri nekrotickej a biologickej diagnostike umožňuje hodnotiť mieru diagnostickej a liečebnej úspešnosti a predstavuje akúsi výstupnú kontrolu zdravotnej starostlivosti. Ako uvádzajú tab. č. 3a,3b,3c, overovanie správnosti diagnostického a terapeutického postupu sekciou bolo v sledovaných rokoch veľmi nízke a pohybovalo sa v priemere v okrese Poprad 24,8% a v okrese Kežmarok 31,9% v okrese Levoča 12,7 % z celkového počtu zomrelých. V okrese Levoča to môže byť podmienené aj nízkym počtom úmrtí (v niektorých rokoch 1998, 2000 – 2002) tzv. chyba malých čísel. Do úvahy treba vziať aj skutočnosť, že percento pitvanosti je ovplyvnené aj pomerne vysokým podielom externých príčin, kde je pitva povinná.

Štatistické údaje o rómskom obyvateľstve majú rozdielny rozsah a kvalitu, čím sú skomplikované možnosti ich porovnávaní. Preto i v záujme zisťovania objektívnych údajov by bolo nutné zahájiť ich monitorovanie na celom území Slovenska s možnosťou kontinuálneho hodnotenia vývoja.

Sú známe aj pravdepodobné príčiny takéhoto stavu – nedostatočná a nesprávna výživa, nezdravý životný štýl a nízka zodpovednosť za zdravie – čo súvisí aj s nízkou vzdelanosťou tejto skupiny. Nakoľko sa v posledných rokoch sociálna situácia Rómov zhoršila najmä z dôvodu ich nízkej schopnosti uspieť v konkurenčnom prostredí trhu práce pre ich nízku kvalifikovanosť, sa budú rozdiely v zdravotnom stave a úmrtnosti rómskej majoritnej populácie ešte prehĺbovať.

Návrh nápravných opatrení:

1. Legislatívno právnymi krokmi prispieť k zvýšeniu vzdelanostnej úrovne Rómov
2. Edukačnými programami zvyšovať zdravotné uvedomenie Rómov v zmysle zvýšenia záujmu o vlastné zdravie a zdravie členov rodiny, zlepšenia výživy a celkového spôsobu života
3. Iniciovať aktivity samosprávy zamerané na skvalitnenie zásobovania osád pitnou vodou, odkanalizovania ako i riešenia odvozu TDO
4. Do skvalitnenia životného a obytného prostredia Rómov aktívne zapojiť rómske obyvateľstvo
5. Zahájiť sledovanie zdravotného stavu a úmrtnosti rómskej populácie v rámci celého Slovenska
6. Vo vyššom percente overovať diagnostickú príčinu úmrtia sekciou

LITERATÚRA

1. HEGYI, L. et al.: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta verejného zdravotníctva, 2005, 78s. ISBN....
2. KRAK. J., MITLŔHNEROVÁ, V., VALLUŠ, E.: Porovnanie vybraných ukazovateľov zdravotného stavu Rómov s majoritnou populáciou v okresoch Poprad, Kežmarok, Levoča. In: Surveillance chronických ochorení v Slovenskej republike, Banská Bystrica, 2005, 155s. ISBN: 80-89090-14-1
3. LIÉGEOIS, J-P.: Rómovia Cigáni Kočovníci. Bratislava: Informačné a dokumentačné stredisko o Rade Európy, 1995, 272s., ISBN 80-967380-4-6
4. MITLŔHNEROVÁ, V.: Analýza listov o prehliadke mŕtveho. RÚVZ Poprad so sídlom v Poprade, 2004

Adresa autora:

MUDr. Jozef Krak, MPH

Regionálny úrad verejného zdravotníctva

Poprad

VPLYV DEMOGRAFICKÝCH A SOCIÁLNYCH FAKTOROV NA PRIEBEH TEHOTENSTVA U RÓMSKÝCH ŽIEN

PhDr. Silvia Žultáková,
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove

Demografické rizikové faktory najčastejšie sa vyskytujúce u rómskych žien sú veľmi výrazné a považujú sa za jedny z veľmi dôležitých z hľadiska predpokladu rizikového tehotenstva, patologického pôrodu alebo porúch rastu a vývoja plodu. Všetky faktory uvedené v tab. 3 spolu súvisia a skoro vždy na seba nadväzujú, či jeden z druhého vyplývajú. Sú typické práve pre rómske ženy, avšak vyskytujú sa aj u žien majoritnej časti spoločnosti, no v menšom počte. Veková hranica vo vzťahu k prvému tehotenstvu u rómskych žien sa znižuje a je bežné, že rodia pred 15. rokom života, približne od 12 rokov. Ak sa zamyslíme nad týmto údajom, tak jedným z argumentov je, že ešte deti už majú deti. Rómske dievčatá veľmi skoro dospievajú a stávajú sa matkami. Na druhej strane je potrebné vysvetliť túto skutočnosť. Podmienky, v akých rómske dievčatá vyrastajú, poukazujú, že sa dennodenne stretávajú a vidia od útleho detstva, sexuálne prejavy a život svojich rodičov a preto to považujú za samozrejmé a začínajú aj ony samé veľmi skoro pohlavne žiť, častokrát už pred nástupom prvej menštruácie. Odporovaný sexuálny život praktizujú nielen s partnermi v rovnakom veku, ale aj so staršími. Rómovia nepoužívajú žiadny druh antikoncepcie, ako taká im nič nehovorí, hormonálna antikoncepcia je veľakrát pre nich finančne náročná, denné užívanie hormonálnych tabliet ich obťažuje a bariérovú antikoncepciu považujú za prekážku, ktorá im neumožňuje plnohodnotne prežiť pohlavný styk. V posledných rokoch však bola zaznamenaná zmena v užívaní antikoncepcie rómskymi ženami. Táto zmena sa dotýka používania intrauterinného telieska (IUT), ktorého účinnosť daná Pearlovým indexom je 0,5 – 2,7 u 100 žien / rok (Martius, G., 1996). Rómske ženy k užívaniu tejto metódy pristupujú, keď majú niekoľko pôrodov za sebou a organizmus je častými pôrodmi vyčerpaný. Ďalším dôvodom je, že IUT sa zavádza na dlhšiu dobu a to 3 – 5 rokov (Martius, G., 1996) a po odstránení IUT môžu znovu otehotnieť.

Včasný pohlavný život u rómskych dievčat vedie automaticky k otehotneniu. Z hľadiska somatického vývoja, ktorý ešte nie je dokončený, je zrejmé, že takéto tehotenstvo považujeme za rizikové. Nároky organizmu sú dvojnásobné, pretože sa ešte vyvíja a k tomu pripočítajme vyvíjajúci sa plod, kde sú tiež vysoké nároky pre jeho rast a zdravý vývoj. Tieto nároky organizmu mladé dievča nie je schopné uspokojiť v plnej miere a to sa odzrkadlí najčastejšie na plode, na jeho veľkosti, pôrodnej hmotnosti, výskyte VVCH alebo predčasnému pôrodu. Ale rizikovým tehotenstvám ho musíme zaradiť aj z hľadiska psychického, pretože psychicky osobnosť rómskeho dievčaťa nie je zrelá a pripravená na materstvo a úlohy s ním spojené. Často chýba vzor matky, od ktorej by mohla skopírovať starostlivosť o dieťa. Veď je v období, keď by sa mala stretávať s kamarátkami, nadväzovať nové priateľstvá, dokonca sa ešte aj hrať. Sociálne hľadisko v tomto prípade zohráva svoju úlohu taktiež vo veľkej miere, rómske dievča nie je ekonomicky nezávislé, nemá žiadne zamestnanie, žije s rodičmi v často nevyhovujúcich

podmienkach, do ktorých privedie svoje dieťa. Pretože je mladistvá, nemôže sa vydať a starší z rómskej osady ju poučili, že nesmie nikde uviesť meno otca dieťaťa, lebo ich čin nebol v súlade so zákonmi spoločnosti, v ktorej žijú. To je ten lepší prípad, ak dievča pozná otca dieťaťa, ale mnohokrát, keďže pre toto ich obdobie je typická promiskuita, nevie určiť, kto je otcom. A tak je mladá rómska tehotná dievčina je odkázaná na pomoc rodiny a sociálne dávky priznané štátom. Na okraj musíme povedať, že otehotnenie mladého dievčaťa nie je považované za tragédiu v rómskej rodine, ako je to v rodinách majoritnej spoločnosti, ale na príchod dieťaťa sa tešia, pretože je pre nich požehnaním. V konečnom dôsledku sa možno len opakuje situácia, keď matka mladej rómky otehotnela a priviedla na svet dieťa tiež pred 15. rokom života. Tak sa potom stretávame s 30 – ročnými rómskymi babičkami.

„Pre Rómov je dieťa požehnaním“, tvrdia oni sami a preto sa vyznačujú mnohodetnosťou, to znamená, že v jednej rómskej rodine je viac ako štyri deti. Parita je pre rómske ženy charakteristickou črtou. Ak sa pozrieme, aké následky má pre zdravie žien a ďalšie tehotenstvo početnosť pôrodov, musíme konštatovať, že žena je ohrozená spontánnym potratom, predčasným pôrodom, plod je ohrozený hypotrofiou alebo vyšším výskytom VVCH. Organizmus často rodiacej ženy, kde mnoho krát odstup medzi dvoma pôrodmi je menší ako jeden rok, je vyčerpaný. Organizmus sa nestačil zregenerovať z predchádzajúceho tehotenstva a pôrodu, dojčenia, vrátane nevhodnej životosprávy a návykov. Maternica týchto žien má po každom pôrode vždy nižšiu schopnosť retrakcie a preto po pôrode vznikajú časté hypotónie až atónie uteru a následne v ďalšom tehotenstve spontánne potraty a predčasné pôrody. V období šestonedelia sa u rómskych rodičiek vyskytuje subinvolúcia uteru, pretože v stene maternice prevládajú väzivové vlákna a retrakcia maternice je znížená (tzv. nebezpečná multipara) (Rokytová, V. in Čech et al., 1999). Každé ďalšie tehotenstvo je vyššie rizikové a pribúdajú ďalšie komplikácie s narušením zdravia ženy.

Sociálne podmienky Rómov sú nám všetkým známe. Najčastejšie sú to tie, ktoré neovplyvňujú len priebeh tehotenstva , ale aj samotné zdravie Rómov.

Zo sociálnych faktorov sa na priebehu tehotenstva u rómskych žien podieľajú tieto:

1. vysoká nezamestnanosť, pod ktorú sa podpisuje nízke alebo žiadne vzdelanie, neochota pracovať, pohodlnosť Rómov hľadať si prácu, ale aj veľmi malý záujem (svoju úlohu hrajú aj predsudky zamestnávateľov voči rómskym uchádzačom o prácu) zamestnávať Rómov vzhľadom na negatívne skúsenosti s ich pracovnou výkonnosťou. Pracovné príležitosti sa obmedzujú na pomocné, nekvalifikované, fyzicky náročné, sezónne a príležitostné práce. Daná situácia má negatívny dopad na mladú generáciu, ktorá nikdy nepracovala, často ani nevidela pracovať svojich rodičov (Bartošovič, I. in Hegyi, L. et al. 2005).
2. nedostatok finančných prostriedkov alebo zlé hospodárenie s finančnými prostriedkami, ktoré dostávajú mesačne od štátu v podobe sociálnych dávok a prídavkov na deti
3. nekvalitné až nevhodné podmienky na bývanie – absencia elektriny, vody, kanalizácie, sociálnych zariadení, kúrenia, nedostatok vhodného ošatenia. Najhorší stav je v segregovaných a separovaných osadách, kde najdostupnejšia je elektrina (91 % osídlení), najmenej je dostupná kanalizácia - takmer 81 = rómskych osídlení nemá vôbec kanalizáciu, plyn je nedostupný v 59 % osídlení a vodovod v 37 % osídlení. Z hľadiska infraštruktúry bolo identifikovaných 46 % osídlení, ktoré nemajú vodovod, kanalizáciu, plyn a nemajú ani asfaltovú

a prístupovú cestu. 12 % osídlení z nich nemá ani len elektrinu. Väčšina týchto osídlení sa nachádza v Košickom a Prešovskom kraji. Takmer 1/3 obydlií v rómskych osídleniach je nelegálna (chatrče, unimobunky, nebytové domy, ale aj domy) (Bartošovič, I., in Hegyi, L. et al 2005).

4. životné prostredie, ktoré si najčastejšie zdevastujú sami a nie sú schopní očistiť si okolie obydlií, ktoré sú zdrojom rôznych druhov infekcie

5. nízka vzdelanostná úroveň – Rómovia nemajú ukončenú základnú povinnú školskú dochádzku, sú negramotní a to mnoho krát vedie k nezájmu o vlastné zdravie, tzv. nízke zdravotné uvedomenie, čo je dôsledok nesprávnych stravovacích návykov, nedostatočnej hygieny a ignorácii návštev prenatálnych poradní rómskych žien.

Nedostatočná hygiena sa podieľa na vzniku ochorení najmä parazitárnych a infekčných. U rómskych obyvateľov je častý svrab a zavšivavenie (Ághová, L., 1993). Na Slovensku v roku 2000 sa Rómovia podieľali na celkovom výskyte:

§ infekčnej hepatitídy A v 56 %

§ dyzentérie v 19 %

§ invazívnych meningokokových infekcií v 68 %

§ svrabu v 63 %.

V rómskej populácii je vysoký výskyt tuberkulózy, Bartošovič uvádza, že v roku 2003 sa rómske etnikum podieľalo na celkovom výskyte tuberkulózy na Slovensku v 12,4 % prípadov, pričom je vysoký výskyt detskej tbc až 72,2 % a vrchol výskytu je v mladšom veku (do 40 rokov) ako u ostatnej populácie (Bartošovič , I. in Hegyi, L. et al. 2005).

6. závislosť na drogách, alkohole a nikotíne

Závislosť na drogách, tzv. toxikománia v tehotenstve vystavuje ako matku, tak aj plod mnohým rizikám, napr. riziku predčasného pôrodu, retardácie rastu plodu a abstinenčných príznakov u novorodenca. Okrem zvýšenej perinatálnej úmrtnosti a morbidity majú drogy aj dlhodobý účinok na dieťa vo forme porúch správania a zvýšenej agresivity (Maršál, K. in Čech et al., 1999). Riziko poruchy placenty je u matiek závislých na drogách 10x vyššie ako u zdravých žien. Viac než 30% tehotenstiev závislých tehotných končí potratom, veľmi časté sú predčasné pôrody alebo pôrody hypotrofických plodov. Častejšie sú vývinové chyby obličiek a močových ciest, vrodené srdcové chyby , poruchy vývinu centrálného nervového systému a tráviaceho systému (Macku, F., Macku, J., 1998). Počas vnútromaternicového vývoja je plod vystavený účinku pôsobenia drogy. Po narodení u 50 – 70% novorodencov sa dostavia abstinenčné príznaky vo forme hyperexcitability, kŕčov, zvýšenej tvorby slín a potenia, zvracania, hnačiek a horúčky (Maršál, K. in Čech et al. 1999, 276).

Tehotné ženy užívajúce kokaín sú vystavené vyššiemu riziku eklampsie , stavom abrupcie placenty alebo placenty praevie. Po pôrode ženy – narkomanky častejšie trpia rôznymi formami psychózy, emocionálnymi problémami vo vzťahu k dieťaťu. Väčšinou tieto ženy majú častý výskyt hepatitídy, chronickej hypertenzie a hematologické problémy (Klitsch, M., 2002). Užívanie alkoholu v tehotenstve ovplyvňuje rast plodu, ale vo včasnom štádiu má teratogénne účinky. Na nepriaznivé vplyvy alkoholu v tehotenstve už v staroveku upozornil Platón, ktorý v jednom zo svojich spisov uviedol: „Ak bolo dieťa počaté v alkoholovom opojení, objaví sa u neho slabomyseľnosť a neposlušnosť, býva často choré“. Pre deti alkoholičky je hlavným

nebezpečenstvom oneskorený duševný vývoj, pomalý rast a poškodenie mozgu, ktoré vedie k rôznym stupňom mentálnej retardácie. Alkohol prestupuje voľne bariéru placenty a v tele plodu sa nachádza v priamom pomere k obsahu vody, čoho následkom orgány s vysokým obsahom vody, napr. mozog plodu, sú zvlášť vystavené toxickému pôsobeniu alkoholu. Vylučovanie alkoholu je u plodu podstatne nižšie ako u matky (cca 50%), čo vedie k predĺženej expozícii u plodu. Vysoká spotreba alkoholu v tehotenstve (viac ako 25cl alkoholu denne) vedie k fetálnemu alkoholovému syndrómu so závažnými následkami pre postnatálny vývoj dieťaťa (Maršál, K. in Čech et al., 1999). Fetálny alkoholový syndróm má svoje znaky, ktoré sa u dieťaťa alkoholičky prejavujú (Tabuľka 1).

Tabuľka 1 Fetálny alkoholový syndróm (Maršál, K. in Čech et al., 1999)

Charakteristický vzhľad
- mikrocefália
- mikroftalmia
- krátka očná štrbina
- epikantus
- plochý, široký nos
- nedostatočne vyvinutá ryha hornej pery (filtrum)
Postihnutie centrálného nervového systému
- mentálna retardácia
- hyperaktivita
- neurologické odchýlky
Intrauterinná retardácia rastu symetrického typu
- znížená pohyblivosť v kĺboch končatín
- zvýšená frekvencia vrodených malformácií srdcových, urogenitálnych a centrálného nervového systému

Koren et al. definuje fetálny alkoholový syndróm (Fetal alcohol syndrome – FAS) ako triádu intrauterinnej a postnatálnej rastovej retardácie, špecifických anomálií tváre a nepriaznivých mozgových efektov. Akékoľvek príznaky vedú ku klinickým problémom, fyzickým a neurobehaviorálnym. Tieto problémy uvádza Koren et al. ako spoločné kognitívne a neurobehaviorálne problémy (Tabuľka 2) (Koren, G. et al., 2003).

Tabuľka 2 Spoločné kognitívne a neurobehaviorálne problémy u detí s FAS (Koren, G. et al., 2003)

§ hyperaktívny nepokoj
§ neschopnosť predvídať dôsledky

- § neschopnosť učiť sa z predchádzajúcich skúseností
- § nevhodné alebo nezrelé správanie
- § chýbanie organizačných schopností
- § ťažké učenie
- § chudobné abstraktné učenie
- § znížená adaptabilita
- § znížená kontrola podnetov
- § nízky úsudok
- § problematická reč, jazyk a iná komunikácia

U dieťaťa alkoholovo závislej matky sa po pôrode prejavia typické abstinenčné príznaky (Nešpor, K., 2001). Rómske ženy najčastejšie konzumujú víno a tvrdý alkohol, ktorý patrí medzi základný sortiment, ktorí Rómovia nakupujú.

Ďalším dôležitým sortimentom sú cigarety, ktoré fajčia nielen dospelí Rómovia, vrátane tehotných a dojčiacich žien, ale aj ich maloleté deti. V Spojených štátoch amerických je fajčenie majoritným problémom verejného zdravia obyvateľstva. Wakschlagová uvádza, že z fajčiacich žien skoro polovica pokračuje vo fajčení aj v priebehu tehotenstva. Tento problém sa týka aj viac, ako pol milióna mladistvých tehotných žien (Wakschlag, L., S., 2002). Účinky nikotínu v organizme človeka sú nám dobre známe, avšak treba podotknúť, že v organizme tehotnej ženy sú znásobené o účinok na plod. Nikotín vyvoláva stiahnutie ciev maternice, znižuje prekrvenie svalu maternice a prietok uteroplacentárnym obehom, zvyšuje krvný tlak a spomaľuje činnosť srdca. V krvi tehotnej i plodu je vyššia hladina oxidu uhoľnatého, ktorý sa v plodovej krvi viaže na erytrocyty , ktoré potom nemôžu viazať na seba kyslík a prenášať ho, preto je placenta menej prekrvená a plod trpí intrauterinnou hypoxiou. Deti fajčiarok majú pôrodnú hmotnosť o 200 – 300 gramov ako deti matiek, ktoré v tehotenstve nefajčili (Maršál, K. in Čech et al., 1999). Podobne aj v epidemiologickej štúdii v Kanade (2005), Farkas et al. poukazuje na prenatálne a postnatálne komplikácie. Skupina odborníkov sledovala u tehotných fajčiarok v plazme hladinu nikotínu, carboxyhemoglobínu a hematokritu. Koncentrácia sledovaných ukazovateľov bola vysoká, v jej závislosti rástla materská a fetálna mortalita (Farkas, S. et al., 2006). Jedným z následkov fajčenia v tehotenstve sú časté potraty a predčasné pôrody. Deti fajčiacich matiek sú ohrozené vyšším výskytom ochorení dýchacích ciest a výskytu VVCH (Huttová, M., et al., 2001). Závažným zdravotným problémom je aj rozrastajúca prostitúcia a drogová závislosť, pretože predstavuje riziko infekcie vírusom HIV, hepatitídy B a C či riziko pohlavne prenosných chorôb (Vašečka, M., 1999).

7. nedostatočná výživa, ktorá pramení z nízkej vzdelanostnej úrovne a nedostatku finančných prostriedkov. Rómovia sa stravujú jednostranne, požívajú potraviny s vysokým obsahom tuku, menej kvalitné mäsové výrobky, málo zeleniny, ovocia, mliečnych výrobkov. Je známe, že v dňoch vyplácania sociálnej podpory Rómovia robia veľké nákupy v obchodných centrách a nie vždy sú to potraviny, ale aj alkohol a cigarety, ktoré tvoria väčšiu časť ich nákupov. Veľmi často na tieto nákupy minú väčšiu časť sociálnej podpory a potom celý mesiac žijú na dlh, alebo hladujú. Pri rozhovore s Rómami sa dozvedáme, že veľmi často nakupujú za oveľa nižšie ceny celé kusy bravčového mäsa z bitúnkov a stávajú sa aj prípady, že keď občanovi na

dedine zahynie ošipaná, prídu si ju Rómovia vypýtať na spracovanie. Za takýchto podmienok hovoriť o výžive tehotnej ženy je veľmi náročné. Výživový deficit u tehotnej rómskej ženy je evidentný a predstavuje riziko pre matku a plod (Mikulaj, V., 2000).

U nás, podobne ako vo všetkých vyspelých štátoch, podvýživa plodu z nedostatočnej výživy matky prestal byť problémom, vynímajúc rómske etnikum. Podiel novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou (pod 2500g) tvorí v posledných dvoch desaťročiach približne 6% všetkých novonarodených. Väčšinou sú to však novorodenci narodení predčasne, príčiny podvýživy u hypotrofických detí sú väčšinou ťažko zistiteľné, často spojené s poruchami placenty (Bašková, M., 2005) V dnešnej dobe je možné na pôrodnických pracoviskách pozorovať rozdiely vo výžive rómskych tehotných žien, kde hmotnostný prírastok je pod odporúčanou hodnotou (cca 7 – 8 kg) alebo vysoko nad ňou (viac ako 12 kg, cca 15 – 17 kg). Tento rozdiel ukazuje na rozdielnosť v stravovaní tehotných rómskych žien, ale v každom prípade nie za hodnotné a vhodné.

Použitá literatúra:

- 1.ÁGHOVÁ, Ľ.: Hygiena. Martin : Osveta, 1993. 268 s. ISBN 80-217-0515-9
- 2.BARTOŠOVIČ, I.: Zdravotné a sociálne problémy rómskeho etnika. In: HEGYI, L. et al.: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. Bratislava: SZU, zdravotnícke vydavateľstvo HERBA, 2005. s. 18 – 22.
- 3.BAŠKOVÁ, M.: Možnosti intervencie zameranej na zlepšenie výživy tehotných žien. In: Praktická gynekológia. Vol. 12, 2005, č. 2, s. 61 -64. ISSN 1335-4221
- 4.ČECH, E. et al.: Porodnictví. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 534 s. ISBN 80-7169-355-3
- 5.HUTTOVÁ, M., et al.: Negatívne účinky fajčenia v gravidite. In: Alkoholizmus a drogové závislosti. Bratislava: Obzor. roč. 36, 2001, č.1, 66 s. ISSN 0862-0350
- 6.KLITSCH, M.: Prenatal cocaine and opiate use are linked to a wide variety of health hazards. In: Perspectives on Sexual and reproductive Health. New York: Jul/Aug, 2002. Vol.34, Iss.4; pg.218, 2 pgs. ISSN 15386341
- 7.KOREN , G., NULMAN, I., CHUDLEY, A., E., LOOCKE, CH.: Fetal alcohol spectrum disorder. In: Canadian Medical Association. Journal. Ottawa: Nov 25, 2003. Vol. 169, Iss. 11; pg.1181. ISSN 08203946
- 8.MACKŮ, F., MACKŮ, J.: Průvodce těhotenstvím a porodem. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 328 s. ISBN 80-7169-589-0
- 9.MARŠÁL, K.: Toxické vplyvy v těhotenství. In. ČECH, E. et al.: Porodnictví. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 534 s. ISBN 80-7169-355-3
10. MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER, A.: Gynekológia a pôrodnictvo. 2. vyd. Martin: Osveta. 1996, 656 s. ISBN 80-88824-55-9
11. MIKULAJ, V.: Výživa a životospráva v ťarchavosti a počas dojčenia. In: Slovenská gynekológia a pôrodnictvo. roč. 7, 2000, č. 3, 144-146 s. ISSN 1335-0862
12. NEŠPOR, K., ZIMA, T.: Alkohol u žien – špecifická rizika. In: Alkoholizmus a drogové závislosti. Bratislava: Obzor, roč. 36, 2001, č. 4-5, s. 308 s. ISSN 0862-0350
13. ROKYTOVÁ, V.: Poruchy šestinedělí. In: ČECH, E. et al.: Porodnictví. 1.vyd. Praha:

Grada Publishing, 1999. 534 s. ISBN 80-7169-355-3

14. VAŠEČKA, M.: Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. 2002. 911 s. ISBN 80-88935-41-5
15. WAKSCHLAG, L., S., PICKETT, K., E., COOK Jr., E., BENEWITZ, N., L., LEVENTHAL, B., L.: Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring. A review. In: American Journal of Public Health. Washington: Jun 2002. Vol.92, Iss.6; pg. 966, 9 pgs. ISSN 00900036
16. FARKAS, S., HUSSEIN, J., ARIANO, R., E., SITAR, D., S., HASAN, S., H.: Prenatal cigarette smoke exposure: pregnancy outcome and gestational changes in plasma nicotine concentration, hematocrit, and carboxyhemoglobin in a newly standardized rat model. [online]. 13. 2. 2006 [cit. 2006-02-28]. Dostupné na internete: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_aset=V-WA-A-W-AUUU-...

Adresa autora:

PhDr. Silvia Žultáková, Fakulta zdravotníctva PU v Prešove,
Katedra pôrodnej asistencie, Partizánska 1, Prešov 080 01

Reforma zdravotnictví v ČR po parlamentních volbách v roce 2006

PhDr. Miroslav Barták

(Škola veřejného zdravotnictví, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze)

MUDr. A. Malina, Ph.D., MBA

(ředitel Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze)

Obsah

Cílem článku je nabídnout čtenářům přehled hlavních dokumentů, které se týkají činnosti vlády České republiky, která vzešla z voleb v červnu 2006, v oblasti zdravotnictví. Tyto materiály vyjadřují priority, které bude vláda v oblasti péče o zdraví realizovat.

Klíčová slova

zdravotní politika, reforma zdravotnictví, organizace a řízení zdravotnické soustavy,

Koaliční smlouva mezi Občanskou demokratickou stranou, Křesťanskou a demokratickou unií - Československou stranou lidovou a Stranou zelených

Na základě mandátu od občanů České republiky, vyjádřeného při volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky ve dnech 2. a 3. června 2006, přebrala koaliční vláda plnou odpovědnost za správu věcí veřejných v České republice.^[1] V koaliční smlouvě mezi Občanskou demokratickou stranou, Křesťanskou a demokratickou unií - Československou stranou lidovou a Stranou zelených, který byla zveřejněna 29. 12. 2006 jsou stanoveny základní principy ke kterým se hlásí vláda v oblasti péče o zdraví, podle této smlouvy:

Vláda považuje ekonomickou stabilizaci, modernizaci a další rozvoj systému zdravotního zabezpečení občanů, založeného zejména na veřejném zdravotním pojištění, za jednu ze svých základních programových priorit. Cílem vlády je zajistit dostupnou a kvalitní péči pro občany na principu skutečné solidarity v rámci mantinelů ústavního nároku na bezplatnou zdravotní péči, možností veřejného zdravotního pojištění a ekonomické úrovně země.

Za tímto účelem bude vláda podle vzoru přípravy důchodové reformy iniciovat veřejnou diskusi o transformaci českého zdravotnictví a vznik expertní komise řízené nezávislým koordinátorem (obdoba Bezděkovy komise), která připraví strategický plán zásadní transformace českého zdravotnictví a přispěje k dosažení politického konsenzu při jeho prosazení.

Předtím je však potřeba udělat nezbytné institucionální a legislativní změny na základě následujících principů:

Zachování solidárního financování zdravotnictví

- Zásadním pilířem bude rozvoj systému veřejného zdravotního pojištění s posílením autonomie a konkurence zdravotních pojišťoven.
- Budeme řešit financování péče na rozhraní zdravotního a sociálního systému.
- Zdravotnictví bude považováno za jednu z priorit v rámci operačních programů na využití strukturálních fondů EU.
- Umožníme nakupování zdravotní péče zdravotními pojišťovnami v korunách.

Posílení postavení pacienta ve zdravotním systému na principu skutečné solidarity zdravých s nemocnými

- Budou definovány nepodkročitelné parametry časové a geografické dostupnosti zdravotní péče pro každého občana.
- Občané budou mít přehled o tom, kolik peněz pojišťovně odvádějí a kolik a na co z pojištění čerpají, prostřednictvím osobních zdravotních účtů.
- Podpoříme motivaci občanů k zodpovědné spotřebě zdravotní péče – mj. zavedením regulačních poplatků za recept, den hospitalizace, návštěvu pohotovosti a návštěvu ambulantního specialisty. Současně bude stanoven maximální roční limit finanční spoluúčasti občanů.
- Občané budou pomocí bonusů motivováni ke zdravému životnímu stylu.

Posílení rovné soutěže zdravotnických zařízení a postavení lékařů

- Prosadíme rovnoprávné postavení zdravotnických zařízení bez ohledu na jejich vlastnictví a právní formu – dojde ke zrušení tzv. zákona o neziskových nemocnicích.
- Zvýšíme podporu medicínského pre- i postgraduálního vzdělávání, vědy a výzkumu, zprůhledníme jednotlivé finanční toky.
- Vzniknou univerzitní nemocnice a univerzitní výzkumná centra – dojde k odstranění dvojkoľejnosti řízení a k zavedení transparentního vícezdrojového financování (za zdrav. péči, výuku a výzkum).

Provedení transformace zdravotních pojišťoven a rozsahu zdravotního pojištění

- Dojde k transformaci zdravotních pojišťoven na novou právní formu – akciové společnosti – s odpovědností i motivací k hospodárnému chování, jasným pravomocem a odpovědností managementu, transparentnosti účetnictví a s dodatečnými omezeními určenými zákonem, na obdobné bázi regulace fondů důchodového připojištění.
- Dojde k vytvoření nezávislého regulátora – účinného dohledu nad finančním zdravím, fungováním zdravotních pojišťoven, dodržováním zdravotního pojistného plánu a zajištěním dostupnosti zdravotní péče.
- Bude definováno jasné vymezení nároku na zdravotní péči garantovanou veřejným zdravotním pojištěním na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o biomedicíně.
- Bude umožněn výběr i jiného než standardního rozsahu zdravotního pojištění, včetně pojistných produktů s vyšší spoluúčastí, a bude uskutečněna příprava na případné zavedení zdravotního spoření s podporou státu.
- Bude legalizována možnost oficiálně si připlatit na nadstandardní péči nebo uzavřít na tuto péči připojištění.
- V zájmu vytvoření podmínek zamezujících zneužívání budou v budoucnu informačně propojeny systémy zdravotního a nemocenského pojištění.

Zavedení transparentní a efektivní úhrady léků a zdravotnických prostředků

- Zákonem bude zaveden efektivní a transparentní proces stanovování maximálních cen a úhrad z prostředků veřejného zdravotního pojištění v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR.

Podpora zdraví a další role státu a samospráv ve zdravotnictví

- Bude zaveden jednotný způsob financování zdravotnické záchranné služby a zákonem bude upřesněna její role v integrovaném záchranném systému ČR.
- Bude zvýrazněna podpora prevence jako důležité součásti zdravotní péče v plně hrazené části systému. Současně bude kladen důraz na snížení spotřeby legálních návykových látek (tabák, alkohol) a na podporu zdravého životního stylu.

Koaliční smlouva rovněž zmiňuje prioritní legislativní změny, které se stanou jedním ze základních nástrojů pro realizaci těchto změn. Jde konkrétně o:

- Zákony o transformaci zdravotních pojišťoven, vznik regulátora veřejného zdravotního pojištění (konec 2007 – počátek 2008)
- Novelizace zákona 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění (2007)
- Zákon o univerzitních nemocnicích a univerzitních výzkumných centrech (zákon 2007–2008 – transformace, 1. 1. 2009 – vznikají univerzitní nemocnice)
- Zákon o zdravotnickém zařízení (II. pololetí 2007)
- Novela zákona č. 95/2004 o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (2008)
- Novela zákona č. 96, o nelékařských zdravotnických povoláních (2008)
- Zákon o zdravotní péči (2008)
- Zákon o zdravotnické záchranné službě (II. pololetí 2007, platnost 1. 1. 2008)
- Novela zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (konec 2007 – I. pololetí 2008)

Programové prohlášení vlády ČR

V návaznosti na Koaliční smlouvu, bylo předloženo Programové prohlášení vlády ČR (zveřejněno 17. 1. 2007) ve kterém představuje plán své činnosti v oblasti zdravotnictví následovně:

- Vláda považuje ekonomickou stabilizaci, modernizaci a další rozvoj systému zdravotního zabezpečení občanů, založeného zejména na veřejném zdravotním pojištění, za jednu ze svých základních programových priorit. Cílem vlády je zajistit dostupnou a kvalitní péči pro občany na principu skutečné solidarity v rámci mantinelů ústavního nároku na bezplatnou zdravotní péči, možností veřejného zdravotního pojištění a ekonomické úrovně země.
- Za tímto účelem bude vláda podle vzoru přípravy důchodové reformy iniciovat veřejnou diskusi o transformaci českého zdravotnictví a vznik expertní komise řízené nezávislým koordinátorem (obdoba Bezděkovy komise), která připraví strategický plán zásadní transformace českého zdravotnictví a přispěje k dosažení politického konsenzu při jeho prosazení.

Do té doby však vláda navrhne nezbytné institucionální a legislativní změny na základě následujících principů:

Zachování solidárního financování zdravotnictví

Zásadním pilířem bude rozvoj systému veřejného zdravotního pojištění s posílením autonomie a konkurence zdravotních pojišťoven. Vláda bude řešit financování péče na rozhraní zdravotního a sociálního systému. Zdravotnictví bude považováno za jednu z priorit v rámci operačních programů na využití strukturálních fondů EU. Vláda navrhne možnost nakupování zdravotní péče zdravotními pojišťovnami v korunách.

Posílení postavení pacienta ve zdravotním systému na principu skutečné solidarity zdravých s nemocnými

Občané budou mít přehled o tom, kolik peněz pojišťovně odvádějí a kolik a na co z pojištění čerpají, prostřednictvím osobních zdravotních účtů. Budou definovány nepodkročitelné parametry časové a geografické dostupnosti zdravotní péče pro každého občana.

Vláda podpoří motivaci občanů k zodpovědnému využívání zdravotní péče - mj. zavedením regulačních poplatků za recept, za den hospitalizace, za návštěvu pohotovosti nebo ambulantního specialisty. Současně bude stanoven maximální roční limit finanční spoluúčasti občanů a zohledněn dopad na sociálně slabé skupiny obyvatelstva. Občané budou pomocí bonusů motivováni ke zdravému životnímu stylu.

Posílení rovné soutěže zdravotnických zařízení a postavení lékařů

Vláda prosadí rovnoprávné postavení zdravotnických zařízení bez ohledu na jejich vlastnictví a právní formu – navrhne nahradit tzv. zákon o neziskových nemocnicích novým, v prostředí EU standardním, zákonem o neziskových organizacích.

Vláda zvýší podporu medicínského pre- i postgraduálního vzdělávání, vědy a výzkumu, zprůhlední jednotlivé finanční toky. Vzniknou univerzitní nemocnice a univerzitní výzkumná centra - dojde k odstranění dvojkolejnosti řízení a k zavedení transparentního vícezdrojového financování (za zdravotní péči, výuku a výzkum).

Provedení transformace zdravotních pojišťoven a rozsahu zdravotního pojištění

Dojde k transformaci zdravotních pojišťoven na novou právní formu - akciové společnosti - s odpovědností i motivací k hospodárnému chování, při vymezení jasných pravomocí a odpovědnosti managementu, s větší transparentností účetnictví a s dodatečnými omezeními určenými zákonem na obdobné bázi, jako jsou regulovány fondy důchodového připojištění.

Vláda vytvoří nezávislého regulátora a účinný dohled nad finančním zdravím, fungováním zdravotních pojišťoven, dodržováním zdravotního pojistného plánu a zajištěním dostupnosti zdravotní péče.

Bude definováno jasné vymezení nároku na zdravotní péči garantovanou veřejným zdravotním pojištěním na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o biomedicíně.

Vláda umožní výběr i jiného než standardního rozsahu zdravotního pojištění, včetně pojistných produktů s vyšší spoluúčastí, a bude uskutečněna příprava na případné zavedení zdravotního spojení s podporou státu.

Bude legalizována možnost oficiálně si připlatit na nadstandardní péči nebo uzavřít na tuto péči připojištění.

V zájmu vytvoření podmínek zamezujících zneužívání budou v budoucnu informačně propojeny systémy zdravotního a nemocenského pojištění.

Zavedení transparentní a efektivní úhrady léků a zdravotnických prostředků

Vláda navrhne zákon, který zajistí efektivní a transparentní proces stanovování maximálních cen a úhrad z prostředků veřejného zdravotního pojištění v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR.

Podpora zdraví a další role státu a samospráv ve zdravotnictví

Vláda zavede jednotný způsob financování zdravotnické záchranné služby a zákonem bude upřesněna její role v integrovaném záchranném systému ČR.

Bude zvýrazněna podpora prevence jako důležité součásti zdravotní péče v plně hrazené části systému. Současně bude kladen důraz na snížení spotřeby legálních návykových látek (tabák, alkohol) a na podporu zdravého životního stylu.

Prioritou pro vládu budou legislativní změny naplňující výše uvedené principy.

Strategická a koncepční východiska reformy zdravotnictví Ministerstva zdravotnictví ČR

Priority ministra zdravotnictví koaliční vlády Tomáše Julínka byly představeny mi jiné na tiskové konferenci Stabilizace a reforma českého zdravotnictví 14. 9. 2006. Priority jsou rozděleny z hlediska časového členění do stabilizační fáze (rok 2006), reformní opatření I. (léta 2007 – 2009) a reformní opatření II. (další volební období).

Cílem stabilizační fáze (rok 2006 a 2007) je zavedení okamžitých opatření v následujících oblastech: Zlepšení výkonu státní správy („Rozhýbání“ úřadu, Logická organizační struktura, Návrat respektu k právnímu řádu); Odstranění nejistoty (Odložení účinnosti a přehodnocení zákona o „neziskových nemocnicích“, Zvýšení transparentnosti stanovení úhrad léků, Respektování výsledků dohodovacích řízení mezi pojišťovny a poskytovateli); Dostupnost zdravotní péče (Monitorování dostupnosti péče v nemocnicích řízených MZ, Příprava validních informací pro pacienty); Stabilizace finanční situace (Systematický dozor nad hospodařením fakultních nemocnic; Přehodnocení všech investičních akcí ze strany MZ, Návrh řešení financování péče na rozhraní zdravotnictví a sociálních služeb) Efektivní čerpání fondů EU (Přehodnocení priorit v rámci OP, Posílení alokace pro zdravotnictví v rámci stávajících OP, Efektivní řízení procesu).

Fáze reformní opatření I. Zahrnuje následující opatření: Úhrada léků podle jejich přínosu (Transparentní systém úhrady léků podle jejich přínosu, Sjednocení cenové regulace v gesci MZ a posílení cenové konkurence mezi dodavateli léků, Zavedení celkového limitu na doplatky na léky); Transformace zdravotních pojišťoven (Stanovení jasné odpovědnosti pojišťoven za dostupnost péče, Zvýšení odpovědnosti a pravomocí statutárních orgánů, Vybudování dozoru na vládní úrovni); Modernizace sítě zdravotnických zařízení (Podpora moderních způsobů poskytování zdravotní péče, Podpora specializace poskytovatelů, Postupné uzavírání kontraktů mezi poskytovateli a pojišťovny na základě kvality a ceny) Posílení volby a odpovědnosti občanů (Možnost připojištění na péči nad úroveň standardu veřejného zdravotního pojištění, Možnost bonusů za zdravý životní styl, Zavedení osobních účtů jako prostředku informovanosti o výdajích na zdravotní péči).

Reformní opatření II zahrnují následující kroky: Změna v postavení občana (Částečná možnost volby formy a rozsahu zdravotního pojištění – nabídka pojistných produktů s vyšší spoluúčastí, Plná dostupnost informací o kvalitě a ceně léčby). Změny ve financování

zdravotní péče (Zavedení zdravotního spoření podporovaného státem, Prozkoumání dalších možností snížení nákladů na pracovní sílu a snížení dopadu stárnutí obyvatelstva na financování zdravotnictví)

Legislativní plán Ministerstva zdravotnictví vzhledem ke stanoveným prioritám reformy zdravotnictví

Legislativní plán Ministerstva zdravotnictví ČR byl mimo jiné představen na tiskové konferenci MZ dne 27. 2. 2007. Legislativní plán zahrnuje v oblasti veřejného zdravotního pojištění: Transparentní a efektivní úhrada léků (Novela zákona 48/1997 Sb. do 1.1. 2008, Naplnění požadavků „transparentní“ direktivy a výnosu Ústavního soudu, Zvýšení efektivity lékové politiky); Zamezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb (Novela zákona 48/1997 Sb. v průběhu roku 2007, Zavedení regulačních poplatků, První kroky směrem k nakupování zdravotní péče); Jasná pravidla pro veřejné zdravotní pojištění (Novela zákona 48/1997 Sb. v průběhu roku 2008, Upřesnění rozsahu péče kryté z veřejného zdravotního pojištění včetně časové a geografické dostupnosti, Efektivní pravidla pro vztahy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovkami), Zavedení efektivního dohledu (Nový zákon o dohledu nad veřejným zdravotním pojištěním, Ustavení nezávislého regulátora a jasných pravidel, Dohled nad finančním zdravím pojišťoven a dostupností péče); Zlepšení odpovědnosti a řízení pojišťoven (Jednotný zákon o zdravotních pojišťovnách, Transformace na akciové společnosti za účelem zlepšení transparentnosti a řízení).

V oblasti poskytování zdravotní péče plán zahrnuje: Vymezení podmínek přístupu na trh zdravotních služeb (Nový zákon o zdravotnickém zařízení (ZZ) , Podmínky pro provoz ZZ bez ohledu na právní formu či vlastníka (registrace), dozor a sankce při porušování, Nově úprava svobodného výkonu povolání, Akreditace ZZ – podpora bezpečnosti pro pacienta); Práva a povinnosti pacientů, definice zdravotních služeb a péče (Zákon o zdravotních službách jako náhrada zastaralého zákona č.20/1966 Sb., definice pojmů, druhy služeb, Práva a povinnosti pacientů i zdravotníků, stížnosti, Zdravotnická dokumentace, registry); Sjednocení činnosti záchranné služby a řešení jejího financování (Zákon o zdravotnické záchranné službě (ZZS), Zásadní změna ve způsobu financování, Systém předání pacienta mezi ZZS a lůžkovým ZZ, Princip pohotovostních ambulancí u stanovišť ZZS , Změna financování letecké záchranné služby). Změna financování a kompetencí ve vzdělávání (Komplexní novely zákonů č.95 a 96/2004 Sb.,Změna financování – systém „finance za školencem“, Významné zapojení univerzit (transformace IPVZ a NCO), Stanovení jasných kompetencí státu v celém procesu, Revize kompetencí nelékařů ve smyslu jejich posílení.

Důležitou částí legislativního plánu je rovněž sladění zdravotnického práva s legislativou EU (Novelizace zákona o ochraně veřejného zdraví, zejména:

a) stravovací služby - vypuštění ustanovení, která jsou s nařízením ES v rozporu nebo duplicitní, b) úprava řízení ochrany vod ke koupání v přírodě, c) odstranění některých odchylek od správního řádu, d) vymezení skutkových podstat správních deliktů, e) zefektivnění

fungování hygienické služby – transformace krajských zdravotních ústavů.

Novelizace zákona o biocidech, Konsensus u zákona o ochraně před škodlivými účinky, zákon č. 379/2005.

V oblasti zřizovaných ZZ v oblasti fiskální politiky se legislativní plán MZ soustřeďuje na: Transformace fakultních nemocnic na Univerzitní nemocnice (Speciální zákon s účinností od 1.1.2009, Non-profitní organizace ve spoluvlastnictví státu, municipalit a univerzit, Vymezení role a zodpovědnosti při řízení poskytování zdravotních služeb, při vzdělávání a ve výzkumné činnosti, Transparentnost financování (zdrav.služby, vzdělávání, výzkumné granty) Taxativní výčet nemocnic);

Efektivní řízení organizací v působnosti Ministerstva zdravotnictví (Strategické plány rozvoje zdravotnického zařízení, Důraz na ekonomické zdraví a finanční stabilitu, Efektivní řízení investic, Posílení procesů řízení kvality a bezpečnosti, Osobní a hmotná motivace i zodpovědnost managementu), Transparentní rozpočtová politika (Stanovení prioritních národních programů, Zpřehlednění a větší transparentnost dotačních titulů, Stanovení státních priorit a dodržování pravidel ekonomické racionality pro investiční dotační politiku, Využití možností strukturálních fondů EU, Zohlednění státní fiskální politiky).

Zdroje informací

Koaliční smlouva mezi Občanskou demokratickou stranou, Křesťanskou a demokratickou unií - Československou stranou lidovou a Stranou zelených. Dostupné z <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=20394>
[citováno 11. 5. 2007]

Programové prohlášení vlády ČR. Dostupné z <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=20780>
[citováno 11. 5. 2007]

Stabilizace a reforma českého zdravotnictví, Praha 14. 9. 2006 – prezentace ministra zdravotnictví Tomáše Julínka. Dostupné z http://www.mzcr.cz/data/c2225/lib/prezentace_TK_14_9_06.ppt
[citováno 11. 5. 2007]

Reforma českého zdravotnictví – Plán činnosti Ministeria zdravotnictví, Praha 27. 2. 2007. Dostupné z http://www.mzcr.cz/data/c2413/lib/prezentace_reforma_27_02_07.ppt
[citováno 11. 5. 2007]

Adresa autora:

PhDr. Miroslav Barták (Škola veřejného zdravotnictví, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze)
bartak@ipvz.cz

[1] Vláda je vrcholným orgánem výkonné moci a skládá se z předsedy vlády, místopředsedů a ministrů. Vláda je odpovědná Poslanecké sněmovně.

BIOLOGICKÉ ZBRANE A LEGISLATÍVNE NÁSTROJE ICH KONTROLY II. BAKTERIOLOGICKÉ, (BIOLOGICKÉ) A TOXÍNOVÉ ZBRANE V HISTORICKOM KONTEXTE MEDZINÁRODNÝCH ZMLÚV.

doc. MUDr. C. Klement PhD.*, L. Maďarová*, doc. MUDr. I. Rovný PhD., MPH **

*Regionálny úrad, verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

**Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta verejného zdravotníctva, Bratislava,
Katedra environmentálneho zdravia

Súhrn

Po použití chemických zbraní počas I. svetovej vojny si medzinárodné spoločenstvo uvedomilo aj nebezpečenstvo použitia biologických zbraní aj keď v tom období nemohlo tušiť rozmach, ktorý biologickým zbraniam prinesie technologický rozvoj. Ženevský protokol a následne po rokoch aj Dohoda o zákaze výroby, vývoja, použitia bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní vznikali v určitom historickom a právnom kontexte. Nakoľko pracovníci verejného zdravotníctva s ohľadom na charakter svojej práce majú vyššie právne vedomie, je možno užitočné podať súhrnný prehľad legislatívneho rámca ako aj zmlúv a dohôd, ktoré majú súvis s biologickými zbraňami. Užitočný azda bude prehľad medzinárodných organizácií pre študentov pregraduálu a postgraduálu.

Kľúčové slová: Dohody, zmluvy, Liga národov, Bruselská deklarácia, Haagske mierové konferencie, zvykové právo, Bezpečnostná rada, UNMOVIC, medzinárodné organizácie, Organizácia spojených národov.

Úvod

Úsilie majúce za cieľ zredukovať brutalitu vojny je motivované humanitárnymi, náboženskými, ale aj praktickými úvahami, pričom tieto snahy majú dlhú históriu. V priebehu storočí pravidlá a zásady bojujúcich sa vyvíjali ako zvykové právo. Zvyky a obyčaje boli chápané ako ich opakované šírenie. Používanie a pretrvávajúce dlhodobých zvyklostí viedlo k presvedčeniu, že takéto spôsoby a zvyky vo vedení vojny a ozbrojených konfliktov sú záväzné a mali by byť rešpektované zúčastnenými stranami. Všeobecne sa uznávalo, že zbrane a taktika používané vo vojne musia byť obmedzované smerom k vojenským cieľom. Tieto obmedzenia musia byť vyvážené s ohľadom na ich vojenské využitie, pričom musí byť odôvodnená potreba dosiahnutia takýchto cieľov. Súčasne by nemali spôsobovať nepotrebné utrpenie postihnutých alebo ubližovať ľuďom a spôsobovať škody na majetku neutrálnych krajín.

Za pramene medzinárodného práva vojnového až do 19. storočia sa považuje medzinárodná obyčaj, ktorá vznikala z praxe štátov na základe zvyklostí. (uzus in bello). Až v období ďalšieho vývoja sa formovali všeobecné zásady ľudskosti. Aj v rozsudku Norimberského tribunálu sa konštatovalo, že zákony vojny vyplývajú so zvyklostí a obyčajou, postupne a všeobecne uznaných pravidiel, z učenia právnikov, judikatúr vojenských súdov, že zmluvy často vyjadrujú zásady, ktoré sú už v platnosti.

Od druhej polovice 19. storočia sa začínalo zvykové právo kodifikovať a dopĺňovať

dohodami, ktoré neskoršie vytvárali multilaterálne zmluvy a dohovory.

Je známe, že do polovice 19. Storočia boli prameňom vojenského práva medzinárodné právne obyčaje. Pravidlá vznikli a menili sa v priebehu vojen a ich základom boli zachované vojnové zvyklosti, ktoré nadobúdali všeobecnú právnu záväznosť. Rozsiahla kodifikácia vojnového práva bola na tzv. Haagskych mierových konferenciách v rokoch 1899 a 1907 a neskôr na medzinárodných konferenciách Červeného kríža. Medzi hlavné dohovory a dokumenty vojnového práva z obdobia prvej svetovej vojny patria:

1. Parížska deklarácia o námornom práve z roku 1856
2. Ženevský dohovor o zlepšení osudu ranených a nezvestných pri armádach v poli v roku 1864, ktorá bola revidovaná v r. 1906.
3. Petrohradská deklarácia o zákaze výbušných striel malého kalibru z roku 1868
4. Dohovor o úprave zásad Ženevského dohovoru z roku 1864 pre vojnu námornú z roku 1899.
5. Dohovor o zákonoch a obyčajoch vojny pozemnej s priloženým poriadkom z vojny pozemnej z roku 1899.
6. Deklarácia o zákaze splošťujúcich a rozširujúcich nábojov (tzv. dum-dum z roku 1899)
7. Deklarácia o vrhaní striel alebo výbušných látok z balónov z roku 1899.
8. Deklarácia o zákaze striel šíriacich či dusivé či zhubné plyny z r. 1899.
9. Dohovor o počiatku nepriateľstva z r. 1907.
10. Dohovor o zákonoch a obyčajoch pozemnej vojny z r. 1907.
11. Dohovor o právach a povinnostiach štátov a osôb neutrálnych v pozemnej vojne z r. 1907.
12. Dohovor o režime nepriateľských obchodných lodí na počiatku vojny r. 1907.
13. Dohovor o pretváraní obchodných lodí na vojnové z r. 1907.
14. Dohovor o kladení podmorských dotykových mín z r. 1907.
15. Dohovor o bombardovaní námornými silami za vojny r. 1907.
16. Dohovor o úprave ženevského dohovoru pre vojnu námornú z r. 1907

Takzvaná Bruselská deklarácia bola prijatá v roku 1874 zástupcami 15. európskych štátov, ktorá zakazovala okrem iného používanie jedov a toxických zbraní. Táto deklarácia nebola nikdy ratifikovaná, ale bola vytvorená na základe Haagskej deklarácie IV, 2 podľa ktorej zmluvné mocnosti súhlasia s nepoužívaním projektilov pre dusivé alebo škodlivých plynov ako aj zákazu používania jedov. V roku 1907 Haagska konvencia IV, ktorá taktiež používanie jedov a toxických zbraní, zároveň zakázala aj vierolomné zabíjanie alebo zraňovanie jedincov patriacich k nepriateľskej armáde alebo národu, prípadne zabíjanie zranených nepriateľov, ktorí zložili zbrane alebo sa vzdali. Pravidlá zakazujúce alebo upravujúce používanie zbraní alebo spôsobu boja sú teraz súčasťou medzinárodného humanitárneho práva uplatňovaného pri ozbrojených konfliktoch. Často sa o ňom hovorí ako o medzinárodnom humanitárnom práve.

Najvýznamnejšie pravidlá medzinárodného vojnového práva možno deliť do určitých etáp a sú to pravidlá:

- z obdobia pred I. svetovou vojnou,
- ďalej pravidlá z obdobia medzi oboma svetovými vojnami a
- pravidlá, ktoré vznikli po druhej svetovej vojne.⁽¹⁾

Pôvod a podstata Ženevského protokolu.

Počas Prvej svetovej vojny sa veľkej miere používali toxické plyny výsledkom čoho bol veľký počet postihnutých a viac ako 90 000 jedincov bolo usmrtených. Hoci straty na životoch v dôsledku použitia týchto chemických zbraní boli relatívne nízke v porovnaní s počtom úmrtí spôsobených konvenčnými zbraňami. Extrémne utrpenie spôsobované týmto druhom zbraní opätovne nastoľovalo požiadavky vedúce k zákazu takýchto metód vo vedení vojny.

V dôsledku Versaillskej mierovej zmluvy z roku 1919, ktorá ukončila I. svetovú vojnu bolo prísne zakázané vyrábať a dovážať dusivé, toxické alebo iné plyny ako aj všetky analogické tekutiny, látky a zariadenia. Versaillská mierová dohoda a iné mierové zmluvy z rokov 1919-1920 boli uplatňované len voči porazeným národom a štátom ako boli Nemecko, Rakúsko, Bulharsko a Maďarsko.

Podobne Zmluva o obmedzení zbrojenia prijatá Konferenciou stredoamerických štátov v roku 1923 zaviazala účastnícke štáty nepoužívať dusivé plyny alebo toxíny či podobné látky ako analogické tekutiny, materiály a zariadenia v čase vojny. Táto zmluva bola platná len pre kraj latinsko-americkéj oblasti, menovite Kostarika, Salvador, Guatemala, Honduras a Nikaragua.

V roku 1922 bola podpísaná vo Washingtone zmluva medzi USA, Veľkou Britániou, Francúzskom, Talianskom a Japonskom o použití toxických plynov vo výzbroji ponoriek. Cieľom bolo vytvoriť efektívnejšie pravidlá pre ochranu životov neutrálnych osôb a nebojujúcich na mori ako opätovne potvrdiť v medzinárodne prijatom dokumente zvykové právo zakazujúce použitie bojových plynov vo vojne. Táto zmluva nikdy nevstúpila do platnosti.

Členské štáty Ligy národov vo svojom úsilí regulovať obchod so zbraňami zvolali zvláštnu konferenciu do Ženevy, ktorá mala riešiť tento problém. 17. júna 1925 konferencia prijala Dohodu o dohľade nad medzinárodným obchodom so zbraňami a muníciou a o vedení vojny. Cieľom tejto dohody bolo obmedziť medzinárodný obchod so zbraňami ktorý sa zdá síce legitímny ale je potrebné obmedziť nezákonný pohyb zbraní. Toto by sa malo vykonávať formou univerzálnych exportných licencií vydávaných vládami a zverejnenými formulármi ktoré by sa štatisticky vyhodnocovali. Paradoxne sa však neplánoval žiadny dohľad nad výrobou zbraní. Nepomer práv a záväzov zmluvných strán, ktoré podpísali Dohodu a zamietnutie štátov, ktoré zbrane vyrábali poskytnúť bezpečnostné záruky tým ktorí zbrane nevyrábajú boli hlavným dôvodom, že mnohé krajiny, ktoré zbrane nevyrábali ale dovážali Dohodu neratifikovali.

Prekvapivo, súčasné rozpory medzi štátmi, ktoré sú alebo nie sú držiteľmi nosičov jadrových zbraní vykazujú tie isté črty ako tie, ktoré boli zaznamenané v roku 1920 medzi štátmi ktoré vyrábali prípadne nevyrábali zbrane. Inými slovami, nič nové pod slnkom.

Tieto dokumenty, ktoré boli podpísané simultánne, len Protokol o zákaze použitia dusivých toxických alebo iných plynov a bakteriologických metód vedenia vojny sa stal účinný. Vstúpil do platnosti 8. februára 1925 a pristúpilo k nemu 24 štátov. V jednej časti sa zaoberá plynmi a všetkými analogickými tekutinami, materiálmi alebo zariadeniami. Ženevský protokol opätovne potvrdil zákon ktorý už existoval, pričom časť Protokolu zaoberajúca sa bakteriologickými metódami a zbraňami bola nová.

Pôsobnosť a uplatnenie Protokolu

Mnoho rokov interpretácia pôsobnosti a rozsahu záväzkov vyplývajúcich zo Ženevského protokolu bola predmetom diskusie. V roku 1969 väčšina členských štátov OSN prijala rezolúciu č.2603 vyjadrujúcu názor, že Protokol zakotvil všeobecne uznávané pravidlá medzinárodného práva

zakazujúce používanie všetkých biologických a chemických metód boja v ozbrojených konfliktoch s ohľadom na technický rozvoj. Okrem toho Rezolúcia deklarovala ako rozpor voči pravidlám medzinárodného práva použitie v medzinárodných ozbrojených konfliktoch hocijaké chemické agens – chemické substancie a to plynné, tekuté alebo pevné, ktoré by mohli byť využité s ohľadom na priamy toxický účinok u človeka, zvierat alebo rastlín. Toto rovnako platí pre použitie biologických agens, ktoré sú, ktoré sú živými organizmami bez ohľadu na ich pôvod a účinok na ľudí, zvieratá a rastliny. Ženevský protokol z dnešného pohľadu a rozsahu vedeckých poznatkov pokrýva len baktérie ale nie iné mikroorganizmy ako rickettsie, vírusy a toxíny, ktoré v dobe podpisu Protokolu neboli známe a už vôbec nie známe ako biologické zbrane. Od tých čias sa používa v takomto kontexte termín biologický.

USA stáli na čele skupín štátov ktoré prisudzovali Ženevskému protokolu zúženú interpretáciu a sporili sa o tom či použitie slzného plynu a chemických látok pôsobiacich proti rastlinám v indočínskej vojne pokrýva Ženevský protokol. V roku 1975 po vojne v Indočíne, kedy sa takéto látky použili v značnom rozsahu, USA sa rozhodli odmietnuť kontrolu prvého použitia herbicídov vo vojne s výnimkou kontroly rastlinstva na územiach podriadených USA nakoľko takéto použitie považovali za záležitosť vnútornej politiky USA. Taktiež bolo rozhodnuté zriecť prvotného sa používania takýchto agens vo vojne s výnimkou ochrany a zachovania životov pri obranných vojenských činnostiach a sú: kontrola búriacich sa vojnových zajatcov na územiach pod vojenskou kontrolou USA alež zachrana havarovaných posádok a cestujúcich pri záchranných misiách ako aj ochrana konvoju z vonkajšej bojovej zóny pri občianskych nepokojoch. Táto interpretácia je liberálnejšia ako doposiaľ odporúčalo.

Ženevský protokol má vo svojej podstate určité oslabenia. Obmedzuje nepoužitie zbraní v prípade vojny. Prísne vzaté nie je aplikovateľný v prípade vnútorných konfliktov. Možno namietat, že Protokol nepokrýva vnútorné konflikty v ktorých v ktorých strany vedúce vojnu neberú do úvahy samotný fakt, že sa formálne nachádzajú vo vojne.

Nie je žiadny mechanizmus na overenie dodržiavania Protokolu alebo vysvetľovanie nejednoznačných situácií. Tieto nedostatky vytvárajú početné problémy. Avšak od roku 1980 verifikačná medzera bola vyplnená jednak rezolúciou OSN oprávňujúca generálneho tajomníka OSN vyžiadať vyšetrovacie správy o možnom použití biologických zbraní a následne sa ustanovil mechanizmus kontroly Konvencie o zákaze chemických zbraní, ktorý bolo možné interpretovať ako hocijaké obmedzujúci alebo znižujúci rozsah záväzkov ktoré predpokladajú účastnícke štáty Ženevského protokolu. Znamená to že ide o tie štáty ktoré zostávajú viazané Protokolom.

Výhrady

K Ženevskému protokolu sa s výhradami pripojilo 37 štátov. Tieto výhrady napomáhali práve štátom majúcim výhrady využívať zakázané zbrane proti štátom, ktoré neboli členmi Protokolu ale mali zodpovednosť za použitie týchto zbraní stranou ktorá porušila Dohodu alebo proti spojencovi narušiteľa ktorý sa neangažoval v porušení Ženevského protokolu.

Hodnota a význam protokolu.

Ženevský protokol je dokument historického významu. Jeho dôležitosť spočíva vo fakte, že medzinárodné zákonné obmedzenia spočívajúce vo „vo väzbe podobnosti vedomia a konania

národov“ bol uvalený na činy a skutky ktoré sú vo všeobecnosti ponímané ako odpudivé a strašné a ktoré sú odsúdenia hodné civilizovaným svetom. Na základe rozsiahlych skúseností sa považuje Protokol za súčasť medzinárodného zvykového práva v zhode s účastníckymi ako aj nezúčastnenými štátmi Protokolu.

Okrem toho pri zákaze použitia chemických a biologických zbraní Ženevský protokol takpovediac dláždil cestu pre zákaz vlastníctva týchto zbraní v budúcich zmluvách a dohovoroch. Protokol dokázal, že existujú vnútorné väzby medzi vývojom medzinárodného humanitárneho práva a pokrokom na poli odzbrojenia. Niet žiadneho dôvodu prečo by postupy opatrení vo vzťahu k biologickému a chemickému odzbrojeniu nedali aplikovať na iné kategórie zbraní. To čo potrebujeme teraz a to čo potrebujeme naliehavo je nový „Ženevský protokol“, ktorý by vyčlenil používanie jadrových zbraní a je preto potrebné zintenzívniť rozhovory o ich odstránení. (2)

Príkladom právnej úpravy ďalšej problematiky, týkajúcej sa zákazu iných zbraní ako jadrových je Zmluva o zákaze vývoja výroby a hromadenia zásob bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní a o ich ničení z 10. apríla 1971, ktorá je platná od 18. mája 1972.

Podľa nej zmluvné štáty uznávajú, že dohoda o zákaze bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní predstavuje prvý možný krok k dosiahnutiu dohody o účinných opatreniach aj pre zákaz vývoja, výroby a hromadenia chemických zbraní (ktoré vtedy neboli zakázané okrem úpravy v Ženevskom protokole zo 17. júna 1925). Podľa článku I. každý zmluvný štát sa zaväzuje, že nebude nikdy a za nijakých okolností vyvíjať, vyrábať, hromadiť alebo akýmkoľvek iným spôsobom získavať alebo vlastníť:

1. mikrobiologické alebo iné biologické látky alebo toxíny akéhokoľvek pôvodu či spôsobu výroby, a to aj takých druhov a v takom množstve, ktoré nie sú určené na preventívne, ochranné alebo iné mierové účely,
2. zbrane, zariadenia alebo nosiče určené na použitie takýchto látok alebo toxínov v ozbrojenom konflikte.

Podľa článku II. každá zmluvná strana tohto dohovoru sa zaväzuje zničiť alebo previesť na mierové účely čo najskôr, najneskôr však do 10 mesiacov po vstupe zmluvy do platnosti, všetky takéto látky, toxíny, zbrane a nosiče uvedené v článku I., ktoré vlastní, alebo ktoré sú pod jeho jurisdikciou či kontrolou. Pri plnení ustanovení tohto článku budú zachované všetky nevyhnutné bezpečnostné opatrenia na ochranu obyvateľstva a životného prostredia.

Zmluva má osobitné miesto v odzbrojovacích opatreniach, lebo nariaďuje zničiť alebo previesť na mierové účely látky spomenuté v článku I. Týka sa existujúcej mimoriadne účinnej zbrane hromadného ničenia použiteľnej s minimálnymi nákladmi. Je vlastne príkladom, ako by sa malo postupovať aj v prípade iných zbraní hromadného ničenia, najmä jadrových zbraní.

Podľa článku I. zmluvy sa každý zmluvný štát ďalej zaväzuje, že nebude nikomu odovzdávať priamo ani nepriamo akékoľvek látky, toxíny, zbrane, zariadenia alebo nosiče a nebude akýmkoľvek iným spôsobom pomáhať, podnecovať a nabádať ktorýkoľvek štát, skupinu štátov alebo medzinárodnú organizáciu k výrobe alebo ich získavaniu akýmkoľvek iným spôsobom. Na realizáciu opatrení, resp. záväzkov podľa článku II. a III. Sa zmluvné štáty zaviazali prijať v súlade so svojím ústavným postupom všetky nevyhnutné opatrenia.

Zmluvné štáty sa zaviazali navzájom konzultovať a spolupracovať pri riešení všetkých otázok týkajúcich sa cieľa zmluvy. Ak zmluvný štát zistí, že akýkoľvek iný štát porušuje záväzky prevzaté podľa tejto zmluvy, môže podať sťažnosť Bezpečnostnej rade OSN. Musí v nej uviesť konkrétne dôkazy a žiadať o ich posúdenie Bezpečnostnou radou. Pritom sa každý zmluvný štát

zaväzuje pri takomto vyšetovaní spolupracovať s Bezpečnostnou radou. Bezpečnostná rada bude informovať zmluvné štáty o výsledku vyšetovania. Zaujímavé je ustanovenie, podľa ktorého sa každý zmluvný štát zaviazal v súlade s Chartou OSN poskytovať a podporovať pomoc ktorémukoľvek zmluvnému štátu, ktorý o to požiada, ak Bezpečnostná rada rozhodne, že takýto zmluvný štát by bol v dôsledku porušenia zmluvy vystavený nebezpečenstvu.

Osobitne je upravený vzťah k Protokolu o zákaze používať vo vojne dusivé alebo podobné plyny a bakteriologické prostriedky, ktorý bol podpísaný v Ženeve 17. júna 1925. Podľa zmluvy sa nič nebude vykladať tak, aby to akýkoľvek spôsobom obmedzovalo alebo poškodzovalo záväzky prevzaté ktorýmkoľvek štátom na základe spomenutého Protokolu. Zmluvné štáty sa tým zaviazali v duchu dobrej vôle pokračovať v rokovaní na uzavretie dohody o účinnom zákaze chemických zbraní.

Rovnako ako pri ostatných zmluvách uvedeného charakteru sa signatárske štáty dohodli po piatich rokoch od vstupu zmluvy do platnosti zvolať konferenciu zmluvných štátov, na ktorej sa posúdi účinnosť zmluvy. Zmluva bola uzavretá na neobmedzenú dobu. Depozitármi sú vlády Veľkej Británie, Spojených štátov amerických a Sovietskeho zväzu, resp. teraz Ruskej federácie.

Medzinárodné organizácie a UNMOVIC

Medzinárodné organizácie sú popri štátoch najpočetnejšie subjekty medzinárodného práva. Verejné zdravotníctvo, prípadne jeho predstavitelia prichádzajú do pracovných kontaktov s mnohými z nich. Ide najmä o Svetovú zdravotnícku organizáciu, Medzinárodnú organizačnú pre atomovú energiu, Medzinárodnú organizáciu práce a iné. Pre kontrolu bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní je najdôležitejšou organizáciou UNMOVIC, (United Nations Monitoring Verification and Inspection Commission). Táto organizácia má kľúčové postavenie pri kontrole biologických zbraní.

Monitorovacia inšpekčná a verifikačná komisia OSN bola vytvorená na základe Rezolúcie Bezpečnostnej rady OSN č. 1284 zo dňa 17. Decembra 1999. UNMOVIC nahradil bývalú Špeciálnu komisiu OSN, (UNSCOM) a pokračoval v jej mandáte overovania či Irak dodržiaval svoje záväzky nevlastniť zbrane hromadného ničenia, (ZHN), majúce na mysli chemické a biologické zbrane ako aj rakety s doletom viac ako 150 km.

Táto komisia mala za cieľ uistiť sa ako aj OSN, že Irak nevlastní takéto zbrane zakázané mu Bezpečnostnou radou.

Do funkcie výkonného predsedu bol generálnym tajomníkom vymenovaný Hans Blix zo Švédska, ktorý bol vo funkcii od 1. Marca 2000 do 30. Júna 2003. (Hans Blix bol výkonným riaditeľom MAEE. Na funkciu výkonného predsedu UNMOVIC rezignoval nakoľko sa odmietol stotožniť s tvrdením USA a Veľkej Británie, že v Iraku sa nachádzajú zbrane hromadného ničenia.).

1. júla 2003 bol vymenovaný za výkonného predsedu Demetrius Perricos.

V súlade s Chartou OSN je personál Komisie, (UNMOVIC), vybraný na základe najvyššej možnej efektivity, schopnosti, berúc pritom do úvahy geografické zastúpenie jednotlivých členov tímu. Tento tím odborníkov sa skladá z odborníkov na jednotlivé druhy ZHN, analytikov, vedcov, inžinierov a operačných plánovačov.

Personál UNMOVIC-u sú zamestnancami OSN. Delí sa na štyri odbory: Plánovanie a operácie, Hodnotenie a analýza, Informácie, Technická podpora a výcvik, ako aj administratívne služby. Vedenie komisie je v New Yorku, v hlavnej budove OSN.

Bezpečnostná rada požaduje od výkonného predsedu správy o činnosti každé tri mesiace. Kolégium komisárov sa stretáva každé tri mesiace.⁽³⁾

Pracovníci verejného zdravotníctva na rôznych stupňoch riadenia prichádzajú do styku s niektorými medzinárodnými organizáciami.

O ich členení a postavení sú nasledujúce riadky.

Medzinárodné organizácie môžu členiť rôznym spôsobom. Najmä na organizácie vládnej povahy a organizácie mimovládne. Mimovládne organizácie nie sú, až na výnimky subjekty medzinárodného práva. Ich členmi sú fyzické osoby alebo organizácie takých osôb, príkladom je napr. Amnesty International. Subjektom medzinárodného práva sú organizácie vládnej povahy, ich členmi sú štáty. Medzinárodné organizácie vládnej povahy môžeme definovať ako združenie štátov, ktoré vzniklo na základe medzinárodnej zmluvy, uzavretej najmenej tromi štátmi, má svoje vlastné orgány, usiluje sa o dosiahnutie cieľov, vytýčených členskými štátmi v zakladajúcej listine a používa niektoré atribúty medzinárodne právnych subjektov. Udržiava vzťahy nielen s členskými, ale často aj s nečlenskými štátmi a rovnako i s inými medzinárodnými organizáciami. Zakladajúca medzinárodná zmluva má rôzne pomenovanie; charta, pakt, štatút, stanovy a pod. Medzinárodné organizácie môžu tiež členiť na organizácie koordinačné, založené na spolupráci. Tieto organizácie sú spravidla iba doporučené so vzťahom k členským štátom. Typickým príkladom je OSN a ďalšie svetové medzinárodné organizácie. Závažné rozhodnutia priama Rada Bezpečnosti OSN.

Druhú kategóriu tvoria organizácie nadštátne (integračné). Typické pre tieto organizácie je závažnosť ich rozhodnutia pre členské štáty a aplikačnú prednosť týchto rozhodnutí pred vnútroštátnym právom členov. Najtypickejším príkladom je Európska únia. Častým delením organizácie je i delenie na organizácie svetové a organizácie partikulárne. Svetové medzinárodné organizácie sú zakladané s tým, že majú celosvetovú pôsobnosť a zámerom je, aby väčšina štátov bola ich členmi. Takouto organizáciou je OSN a medzinárodné odborné organizácie pridružené k OSN. Partikulárne organizácie (pokiaľ pôsobia v určitej oblasti označované tiež ako regionálne), zaväzujú iba určitú skupinu štátu. Príkladom je NATO, Rada Európy, Európska únia a pod. Ciele a úlohy pre ktoré sú organizácie zakladané sú rôzne: bezpečnostné, obranné, hospodárske, politické (ochrana ľudských práv) a ďalší.

Najvýznamnejšou svetovou organizáciou je Organizácie spojených národov, a to ako z hľadiska počtu členov (189) tak aj z hľadiska cieľov a úloh, ktoré plní. Bez zveličovania sa dá povedať, že OSN napomáha pri rozvoji spolupráce medzi štátmi prakticky vo všetkých oblastiach (udržiavanie medzinárodného mieru a bezpečnosti, hospodárskej, sociálnej ochrany ľudských práv, ochrany životného prostredia, rozvoja a kodifikácie medzinárodného práva a ďalších). S OSN spolupracuje rada ďalších svetových organizácií. Jedná sa o organizácie, ktoré boli založené medzinárodnými dohodami a majú na základe svojich ústav rozsiahle medzinárodné úlohy v odbore hospodárskom, kultúrnom, sociálnom, výchovnom, zdravotníckom a v odboroch príbuzných (čl.57 Charty OSN). Tieto organizácie sú pridružené k OSN na základe článku 63 Charty OSN. Dohody o pridružení uzatvára s týmito organizáciami Hospodárska a sociálny rada OSN a podliehajú sa na schválení Valného zhromaždenia OSN.

V súčasnej dobe existuje 18 takých odborných organizácií pridružených k OSN. Dajú sa rozdeliť na ekonomicko-finančné, vedecko-technické, sociálne, zdravotné a kultúrne.

K ekonomicko-finančným odborným organizáciám patrí Medzinárodná banka pre obnovu a rozvoj IBRD, sídli vo Washingtone, má 178 členov; Medzinárodný menový fond IMF, sídli vo Washingtone, má 179 členov; Medzinárodná finančná korporácia IFC, sídli vo Washingtone, má

163 členov; Medzinárodné rozvojové združenie IDA, sídli vo Washingtone, má 158 členov; Organizácia spojených národov pre výživu a poľnohospodárstvo, sídli v Ríme, má 169 členov; Medzinárodná organizácia pre civilné letectvo ICAO, sídli v Montreale, má 183 členov; Medzinárodná námorná organizácia IMO, sídli v Londýne, má 151 členov; Organizácia spojených národov pre priemyselný rozvoj UNIDO, sídli vo Viedni má 167 členov; Medzinárodný fond pre poľnohospodársky rozvoj, sídli v Ríme, má 157 členov; Svetová organizácia duševného vlastníctva WIPO, sídli v Ženeve, má 152 členov; Všeobecná dohoda o clách a obchodoch GATT, sídli v Ženeve, má 129 účastníkov, jej nástupca Svetová obchodná organizácia WTO, sídli v Ženeve, má 97 členov.

K vedecko-technickým odborným organizáciám patrí Svetová poštová únia UPU, sídli v Berne, má 189 členov; Medzinárodná telekomunikačná únia ITU, sídli v Ženeve, má 184 členov; Svetová meteorologická organizácia WMO, sídli v Ženeve, má 182 členov.

K sociálnym, zdravotným a kultúrnym odborným organizáciám patrí Medzinárodná organizácia práce ILO, sídli v Ženeve, má 173 členov; Svetová zdravotnícka organizácia WHO, sídli v Ženeve, má 190 členov; Organizácia spojených národov pre výchovu, vedu a kultúru UNESCO, sídli v Paríži, má 183 členov.

Medzinárodné odborné organizácie zostávajú naďalej samostatnými organizáciami. Prijali však dobrovoľne status odborných organizácií OSN. Organizácia má vo vzťahu k odborným organizáciám právo koordinovať ich činnosť v súlade s dohodami o pridružení.

Hospodárska a sociálna rada robí celkovú koordináciu činnosti tým, že sa s nimi radí a robí im odporúčenia, rovnako ako robí odporúčenia Valnému zhromaždeniu a členským štátom. Naopak, odborné organizácie podávajú Hospodárskej a sociálnej rade pravidelne správy o svojej činnosti a správy o opatreniach, ktoré podnikli pri robení ich odporúčaní a odporúčaní Valného zhromaždenia.

Hospodárska a sociálna rada pozýva k účasti na svojej práci a na činnosti ich zriadených komisií zástupcov odborných organizácií bez práva hlasu. Medzinárodné odborné organizácie spolupracujú aj s inými orgánmi OSN, napr. s Radou bezpečnosti, Medzinárodným súdnym dvorom a Sekretariátom Organizácie.

Zvláštne postavenie má Medzinárodná agentúra pre atómovú energiu IAEA, so sídlom vo Viedni, má 121 členov, ktorá je rovnako svetovou organizáciou. Nejedná sa v pravom slova zmysle o odbornú organizáciu v zmysle čl. 57 Charty OSN. Prejavuje sa to tiež v tom, že Dohodu o vzťahu k OSN uzavrelo Valné zhromaždenie a nie Hospodárska a sociálna rada.

Predmetom činnosti tejto organizácie je mierové využívanie jadrovej energie, ktorá má úzky vzťah k medzinárodnému mieru a bezpečnosti.

Z tohto dôvodu v súlade s čl. III B 4 stanov Agentúry, je Agentúra povinná predkladať každý rok správy o svojej činnosti VZ OSN a kedykoľvek je to treba Rada bezpečnosti, ak sa vyskytnú v súvislosti s činnosťou Agentúry otázky ktoré spadajú do právomoci Rady bezpečnosti ako orgánu, ktorý má hlavnú zodpovednosť za zachovávanie medzinárodného mieru a bezpečnosti. Vzťah k Valnému zhromaždeniu a hlavne k Rade bezpečnosti je vyjadrený aj v otázke ochranných opatrení Agentúry (čl. XII stanov) v prípade porušenia záväzku štátu.

Charta OSN počíta rovnako s vytváraním partikulárnych oblastných organizácií (čl. 52 až 54). Jedná sa o organizácie, ktoré môže použiť Rada bezpečnosti pre donucovaciu akciu pod svojim vedením. Tieto organizácie však nesmú použiť donucovacie opatrenia (ozbrojenou silou)

bez zmocnenia sa Rady bezpečnosti (čl. 53 Charty OSN). Za oblastnú organizáciu sa priamo označuje, v zakladajúcej Charte, Organizácia amerických štátov (čl. 1), za oblastnú organizáciu sú ďalej považované Organizácie africkej jednoty a Liga arabských štátov. Všetky tieto organizácie však majú i určité prvky organizácií kolektívnej sebaobrany.

Charta OSN nepriamo počíta aj so zriaďovaním medzinárodných organizácií kolektívnej sebaobrany (čl. 51 Charty OSN). Takouto organizáciou je Organizácia Severoatlantickej zmluvy (NATO).

Začlenenie Dohody o zákaze výroby, vývoja a skladovania bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní s pohľadom práva na odzbrojenie.

Právo odzbrojenia je jedným z novo sa vyvíjajúcich odvetví medzinárodného práva. Je založené na medzinárodných zmluvách.

Pod pojmom odzbrojenie máme na mysli čiastočne alebo úplné zníženie alebo likvidáciu zbraní a ozbrojených síl a pod. S odzbrojovaním je úzko spätý zákaz vývoja, výroby a skladovania zbraní. Popri pojme odzbrojenie sa stretávame ešte s ďalšími pojmami, ako je obmedzenie zbrojenia, kontrola zbrojenia alebo regulácia zbrojenia. Pod týmito pojmami sú chápané opatrenia, ktoré nemajú priamo charakter odzbrojenia, ale slúži k obmedzeniu zbrojenia alebo inak upravujú zbrojenie, zakazujú šírenie určitých druhov zbraní, skúšky s týmito zbraňami, slúžia k vytváraniu pásiem bez určitých druhov zbraní a pod.

Často je však pojem odzbrojenie chápané v širšom slova zmysle, a zahŕňa ako vlastné odzbrojovacie opatrenie, tak aj opatrenie o obmedzení zbrojenia (regulácia zbrojenia, kontroly zbrojenia).

Vo vývoji po druhej svetovej vojne v 50. a 60. rokoch sú uzatvárané zmluvy, ktoré majú povahu zmlúv o obmedzení zbrojenia. Jedná sa napr. o Zmluvu o zákaze pokusov s jadrovými zbraňami v ovzduší, kozmickom priestore a pod vodou z roku 1963, alebo Kozmickou zmluvou z roku 1967 alebo Zmluvou o nešírení jadrových zbraní z roku 1968.

V roku 1972 je uzatvorená prvá, v pravom slova zmysle, odzbrojovacia zmluva. Jedná sa o Dohodu o zákaze vývoja, výroby a hromadenia bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní a o ich zničení.⁽⁴⁾

Ďalšie zmluvy o odzbrojení

V 90. rokoch sú však uzavreté ďalšie mnohostranné zmluvy o odzbrojení potrebné k zníženiu a zničeniu určitých druhov zbraní. Jedná sa o univerzálnu Dohodu o zákaze vývoja, výroby, hromadenia zásob a použítí chemických zbraní a o ich zničení z roku 1993 alebo univerzálna Dohoda o úplnom zákaze protipechotných mín z roku 1997. Je uzatvorená tiež mnohostranná Zmluva o úplnom zákaze jadrových skúšok v roku 1996, ktorá je zmluvou o obmedzení zbrojenia.

Zmluvy o odzbrojení a o obmedzení zbrojenia sú viac menej tie, ktoré boli uzatvorené v 90. rokoch obsahujú aj podrobné ustanovenia o kontrole, (overovaní). Kontrola je významným prostriedkom pre zaistenie dodržiavania zmlúv v oblasti odzbrojenia. Ich podstatou je overiť či kontrolovaný štát dodržiava ustanovenie danej zmluvy. Medzi najúčinnnejšie kontrolne metódy patrí inšpekcia na mieste (zo zmlúv obsiahnutých v tejto zbierke sú používané ako kontrolné metódy

napr. v Zmluve o úplnom zákaze chemických zbraní z roku 1993). Medzi ďalšie prostriedky kontroly patria napr. rôzne technické prostriedky, označované tiež ako národné alebo medzinárodné technické prostriedky kontroly, t.j. pozorovacie družice, alebo stanice, letecké pozorovanie a pod. Niektoré zmluvy neobsahujú vôbec ustanovenie o kontrole napr. Zmluva o zákaze jadrových pokusov v ovzduší, kozmickom priestore a pod vodou z roku 1963. Rovnako Zmluva o nešírení jadrových zbraní z roku 1968 neobsahuje ustanovenie o kontrole. Štátny nevlastniace jadrové zbrane majú však podľa tejto Zmluvy povinnosť uzavrieť dvojstranné zmluvy o zárukách (inšpekciách) s Medzinárodnou agentúrou pre atómovú energiu (MAAE).

Popri obecných pravidlách o zákaze prostriedkov a spôsobe vedenia ozbrojených konfliktov, sú zakázané i konkrétne zbrane a prostriedky. Tieto zákazy obsahujú niektoré zmluvy uzavreté do začiatku Prvej svetovej vojny. Z neskorších zmlúv medzi najvýznamnejšie patrí Ženevský protokol z roku 1925, ktorý výslovne zakazuje používať chemické a bakteriologické zbrane.

Záver

V článku sa podáva prehľad zmlúv, dohôd a deklarácií dotýkajúcich sa biologických zbraní. Súčasne sa podáva prehľad možností monitorovania biologických zbraní medzinárodným spoločenstvom, možnosti implementácie Dohody o zákaze výroby, vývoja, skladovania bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní medzinárodným spoločenstvom spolu s pohľadom na iné medzinárodné organizácie.

Literatúra

1. POTOČNÝ M., Ondřej J.: Obecné mezinárodní právo v dokumentech, Carl. Beck, Praha 2000, s. 215 – 287
2. GOLDBLAT J. : The biological and chemical weapons threat yesterday and today,. The 1925 Geneva Protocol: Its Origin, Scope and Reservations, Geneva, 9-10 juna 2005. International Seminar In UNIDIR, 21-25 p.
3. www.unmovic.org
4. AZUD J.: Základy Medzinárodného práva. Fakulta politických vied a medzinárodných vzťahov, Univerzita Mateja Bela Banská Bystrica. Zmluva o zákaze vývoja, výroby a hromadenia zásob bakteriologických a toxínových zbraní a o ich ničení z r. 1972, s. 328 – 329.

Adresa autora:
doc. MUDr. Cyril Klement PhD
Regionálny úrad verejného zdravotníctva
Banská Bystrica

K niektorým otázkam sociálnej reklamy a marketingu

PhDr. Ivan Bielik, MPH

(Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU, vedúci: prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.)

Súhrn

Už prežitý pojem spoločensko – výchovná propagácia, ktorý nahradil pojem sociálna reklama má v súčasnej dobe svoje významné postavenie. Žiaľ, aj napriek verbálnej podpore, sa stále nedarí význam a postavenie sociálnej reklamy podporiť aj konkrétnymi výstupmi. Ak si totiž uvedomíme, že cieľom je výchova a vzdelávanie širokých vrstiev obyvateľstva v širokých, ale konkrétnych oblastiach, nie je možné, aby sme súčasnú situáciu na Slovensku nemapovali, nepoukazovali na nedostatky, na neriešenie problémov. Ide o mimoeconomickú oblasť, ktorá bola najmä v USA, na rozdiel od nás, seriózne prepracovaná, ako aj vypracované postupy aplikácie, napríklad tretím sektorom, vládnymi zdravotníckymi organizáciami a pod. Preto začína byť nesmierne dôležité, aby sa situácia na Slovensku v tejto oblasti seriózne zhodnotila, aby sa prijali také opatrenia, ktoré by systematicky monitorovali aktuálny stav a navrhovali najlepšie opatrenia v súčinnosti s orgánmi ako MZ SR, Úrad verejného zdravotníctva SR, MZ ŽP, Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny, Veterinárnou a potravinovou správou a pod.

Kľúčové slová: sociálna práca, sociálny marketing, sociálna reklama, zdravotná politika, public relations,

Prvé pokusy spoločnosti o sformovanie a praktické fungovanie kolektívnej pomoci, čiže organizácií, ktoré budú zamerané na možnosť riešenia rôznych zdravotných následkov ľudí, ako napríklad krátkodobá či dlhodobá neschopnosť pracovať, invalidizácia, smrť začali vznikáť v 17. a 18. storočí. Už na počiatku novoveku sa začínajú objavovať myšlienky obecného zabezpečenia pracujúcich formou verejných zdrojov, fondov rôzne dotovaných z daní, dobrovoľných poplatkov, príspevkov štátu alebo zamestnávateľov. Spomínané aktivity však môžeme radiť skôr do prvých, nesmelých pokusov stojacich skôr na hranici želaní, praktickej reality či až utópie. Už aj v starovekom Grécku veľa filozofov prinášalo návrhy tohto druhu, ako

napríklad Platón so svojou sformulovanou sociálnou utópiou, ale aj Aristoteles, ktorý hovoril o zabezpečovaní pretrvávajúceho blaha pre všetkých. Ale prvé rukolapné „projekty“ začali vznikať v Anglicku a vo Francúzsku až oveľa neskôr, v už vyššie spomínanom období. Ako príklad možno uviesť známeho spisovateľa Daniela Defoa (1660 – 1731), ktorý podrobne rozpracoval návrhy na všeobecné sociálne poistenie kryjúce všetky riziká, najmä spojené s poruchami zdravia a smrti vo svojej práci „Essay upon projects“.

Spomeňme aj Johanna Petra Franka, reformátora zdravotníctva v dobe osvieteniského absolutizmu, ktorý v roku 1790 v Pavii predniesol svoju „Oratio academica de populo misere, morborum genetricae“ (Akademická reč o chudobe ľudu ako matke chorôb). A práve vzťah medzi chorobami, resp. úmrtnosťou a chudobou existuje dodnes vo všetkých krajinách, či už v rozvojových alebo vyspelých. Ak sme na Slovensku po roku 1989 začali budovať nový systém zdravotníctva, tak sme sa dali „inšpirovať“ najmä Nemeckom. V tejto súvislosti nesmieme nespomenúť aj Otta von Bismarcka, nemeckého kancelára, ktorý v oblasti sociálneho poistenia zaviedol v roku 1883 jeho obligatórnosť. Následne potom boli v Nemecku prijaté tri zákony o povinnom robotníckom poistení – nemocenskom (1883), úrazovom (1884), starobnom a invalidnom (1889). Z ďalších významom taktiež nesmierne dôležitých spomeňme Williama Henryho Beveridge-ho, Angličana, ktorý založil aj princíp poistenia v nezamestnanosti v roku 1911, Gunnara Myrdal-a, švédskeho ekonóma, nositeľa Nobelovej ceny (1971), ktorý sa zasadil o znižovanie chudoby a sociálnej nerovnosti, zaviedol povinné zdravotné poistenie, doplnkové zdravotné poistenie, univerzálne rodinné prídavky, všeobecný jednotný dôchodok či príspevok na bývanie pre rodiny s deťmi. A nezabudnime ani na Tomáša Garrigue Masaryka (7. 3. 1850 – 14. 9. 1937), ktorý v roku 1918 zaviedol osemhodinový pracovný čas, zakázal prácu detí, zmenil zákony o úrazovom poistení robotníkov v ich prospech, založil stály zbor pre boj proti pohlavným chorobám a prostitúcii (Hegyí, L...: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo, s. 34)

.Sociálna práca, jej metódy a sociálna politika

Matoušek (2001) definuje sociálnu prácu takto:

Ide o vednú disciplínu i oblasť praktickej činnosti, ktorej cieľom je odhaľovanie, vysvetľovanie a riešenie sociálnych problémov napríklad chudoby, zanedbávania výchovy detí, diskriminácie určitých skupín, delikvencia mládeže, nezamestnanosti.

Pod pojmom metódy „sociálnej práce“ sa obvykle rozumejú špecifické postupy

sociálnych pracovníkov, definované cieľom alebo cieľovou skupinou. Cieľom môže byť úradný výkon, poskytnutie materiálnej pomoci, poskytnutie poradenstva (informácií), komplexnej pomoci, formulácia problému atď. Cieľovou skupinou môže byť jednotlivec, rodina, skupina, komunita, veková skupina, široká verejnosť.

Metódy sociálnej práce sa viažu na:

1. cieľový subjekt – práca s jednotlivcom, skupinou, rodinou, komunitou,
2. na jeho aktuálnu situáciu – sociálne znevýhodnenie na začiatku života, predvídateľné a nepredvídateľné sociálne udalosti,
3. na relevantný vzťahový kontext – vrstovníci, rodina, organizácia,
4. na systémové väzby – regionálna, národná, nadnárodná sociálna politika.

Základné oblasti sociálnej politiky Slovenskej republiky sú najmä:

1. politika zamestnanosti
2. politika sociálneho zabezpečenia,
3. zdravotná politika,
4. politika vzdelávania,
5. politika bývania,
6. rodinná politika,
7. politika ochrany životného prostredia.

Sociálna politika sa zameriava na zlepšenie základných sociálnych životných a zdravotných podmienok, istôt jednotlivcov alebo skupín populácie. Jednou z významných úloh štátu je pôsobiť v oblasti prevencie a informovanosti obyvateľstva s predmetnými oblasťami, ktorými sociálne a zdravotné problémy, otázky ich riešenia, aktívnej podpory a akceptácie širokou verejnosťou, sú nevyhnutným predpokladom úspešnej „implantácie“ do života (Hegyí, L., 2005). Tézy, projekty, legislatíva, poučky, vyhlášky ak nie sú vhodnými komunikačnými kanálmi systematicky, zrozumiteľne a príťažlivo vysvetľované, stávajú sa len „mŕtvymi“ literami, ktoré sú následne častokrát až priveľmi komplikovane vysvetľované sociálnymi úradníkmi, lekármi, zdravotníckymi pracovníkmi, sociálnymi dobrovoľníkmi a pod.

Sociálna a marketingová komunikácia

Sociálny marketing sa snaží o zmenu správania sebauvedomením, ktorý využíva všetky dostupné marketingové prostriedky na obrátenie pozornosti jednotlivcov z nezámernej na zámernú pozornosť a dosiahnutie dobrovoľnej, aktívnej akceptácie vysielanej informácie v programoch prevencie, liečby, ochrany životného prostredia, starostlivosti o staršiu populáciu a uvedomelej ochrany jednotlivca, či celej komunity.

Dnešná moderná doba priniesla so sebou nové problémy aj v sociálnej oblasti. Výrazné zvýšenie nezamestnanosti v niektorých regiónoch Slovenska, prudký rozvoj drogovej scény, invalidizácia, problematika tabakizmu a jeho následkov, narastajúci nepokoj rómskej komunity, bezdomovcov, problematiku zdravotne znevýhodnených občanov, nové požiadavky na postpenitenciárnu starostlivosť, narastajúca majetková diferencovanosť obyvateľov, so zvyšujúcim sa podielom ľudí na hranici, až pod hranicou chudoby a rad ďalších, vyvolávajú nutnosť zapojiť do riešenia týchto úloh nielen sociálnych pracovníkov a zdravotníkov (ADOS-y, hospic-e a pod.), ale aj nové formy sociálnej a marketingovej komunikácie. (Hegyí, L., 2001).

Ved' komunikačné kampane sa v Amerike pri zdravotníckej osvete využívajú už celé desaťročia. Dokonca už na začiatku 20. storočia propagoval istý poradca Edward Bernays experimentálne divadlo „Chybný tovar“, ktoré upozorňovalo na rastúce nebezpečenstvo pri prenose pohlavných ochorení – v tomto prípade najmä syfilisu. Americké kampane boli a sú zamerané na aktuálne zdravotné problémy, ako je napríklad AIDS, znižovanie detskej úmrtnosti, poskytovanie prvej pomoci, používanie bezpečnostných pásov, obmedzenie príjmu tukov, pravidelné športovanie, v Číne zasa znižovanie populačnej explózie, vo Fínsku Projekt severnej Karélie na zníženie úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia, v Európe na podporu zákazu fajčenia vo verejných budovách, autobusových zástavkách, a najmä v reštauráciách i puboch. Takéto zdravotnícke kampane, ktoré majú za cieľ dosiahnuť zmenu správania v určitej oblasti súvisiacej so zdravím, môžeme označiť ako sociálny marketing, alebo sústavu, v ktorej sa prepájajú marketingové koncepty a sociálne zamerané teórie, ktoré generujú programy, na ktorých základoch sa lepšie dosahujú ciele v oblasti behaviorálnych zmien.

Integrované komunikačné metódy v americkom zdravotníctve fungovali už dávno predtým, ako sa termín integrovaná marketingová komunikácia (IMK) začala používať. Povedzme si, že IMK

má dva základné znaky – orientáciu na „zákazníka“ a dôraz na budovanie vzťahov. Toto sú tradičné opory efektívnych zdravotníckych kampaní. (Hurst, B., 1994).

(Sociálna) marketingová komunikácia sa vlastne vyvinula z reklamy pridaním ďalších príbuzných aktivít. Stačí, ak si uvedomíme, že ku klasickému promotion mix, alebo inak nazývaný aj mix marketingovej komunikácie (promotion mix tvorí reklama, personal selling, podpora predaja, public relations a direct marketing) pridáme nadlinkové klasické propagačné prostriedky, ako inzercia, televízna a rozhlasová reklama, billboardy, spolu s podlinkovými aktivitami, ako už spomínané public relations, direct marketing, sales promotion, personal selling.

Spoločensko - výchovná propagácia

Termín spoločensko – výchovná propagácia sa u nás používal najmä pred rokom 1989. V súčasnosti je vytláčaný termínmi reklama, sociálna reklama, sociálny marketing. Do istej miery to pramení z negatívneho pohľadu na význam pojmu propagácia ešte z predošlého spoločenského systému. Aj keď slovo propagácia je odvodené z latinského propagare, čiže rozmnožovať, rozširovať. Jej základnými funkciami sú informovanie, formovanie (výchovno - vzdelávacia, estetická, etická atď.) a aktivizovanie (Horňák, P.: Reklama-Propagácia-Public relations).

Spoločensko - výchovná propagácia, resp. sociálna reklama bez ohľadu na svoju „minulosť“ a názov, objektívne existuje. Jej cieľom je výchova a vzdelávanie recipienta v rozličných oblastiach. Napríklad ochrana životného prostredia a jej význam pre zdravie človeka, ochrana zdravia pred negatívnymi účinkami fajčenia, drog, alkoholu, preventívne programy na udržanie si dobrej telesnej kondície, zníženie cholesterolu, aktívne kontrolovanie krvného tlaku, záujme o odporúčané či nepovinné očkovanie atď. Najbližším ekvivalentom pojmu spoločensko - výchovná propagácia je sociálna reklama a sociálny marketing. Tieto pojmy vyjadrujú prepojenie sociálnej, t. j. mimoekonomickej oblasti s marketingom a reklamou vo všeobecnosti (Horňák, P., 2003).

Sociálna reklama - súčasť sociálneho marketingu

Myšlienka sociálneho marketingu podľa amerických autorov vznikla v roku 1951. G. D. Wiebe vtedy zverejnil svoj názor: „Prečo nemôžeme bratstvo predávať tak, ako mydlo“. Týmto sa

datuje vznik odboru, ktorý bol neskôr nazvaný sociálny marketing. Primárne mal pomôcť neziskovému odboru. Čoskoro vznikli nielen samostatné časopisy, ale po kladnom postoji vládnych subjektov USA a v Európe v rámci vysokých škôl aj samostatné katedry. Teda, základný vzťah medzi marketingom a sociálnym marketingom vidíme analogicky tak, ako je medzi reklamou a sociálnou reklamou. Reklama je „len“ súčasťou marketingu a sociálna reklama zasa „len“ súčasťou komplexnej marketingovej stratégie špecifického sociálneho zamerania. Preto sociálny marketing možno vidieť vo viacerých rovinách, napríklad ako dokonalý alebo o dokonalosť sa pokúšajúci súlad aktivít ekonomického charakteru so spoločenským prospechom – napríklad výroba čistiacich práškov šetriacich životné prostredie, alebo nulová dotácia pre pestovateľov tabaku a presunutie prostriedkov na podporu pestovania ekologických potravín a pod.

Ďalšou rovinou je rovina sprievodného osvetového efektu komerčnej reklamy, ako napríklad propagácia kyslo-mliečneho výrobku – Actimelu. Alebo ako primárne sociálnu aktivitu, akou je napríklad kampaň proti fajčeniu. Takéto kampane u nás primárne realizujú neziskové organizácie a často ich sponzorujú svojimi percentom z daní aj veľké ekonomické subjekty, napríklad farmaceutické firmy. Spomeňme aktivitu firmy Pfizer podporujúcu program WHO - Zdravé pracoviská, ako aj celoslovenské športové podujatie realizované v rámci Svetového dňa srdca pod názvom: „Beh o srdce“, ktorý vymyslel autor tohto článku, keď spolupracoval s istou reklamnou agentúrou na zabezpečení predmetnej akcie.

Pre názornejšiu ilustráciu spomeňme aj iné kampane. Napríklad využívajúc hľadisko ľudskej predstavivosti pri informovaní o výhodách výrobku, istá firma ponúkajúca výživový doplnok pre starších ľudí na doplnenie si vápnika a zníženia rizika rednutia kostí, na plagáte vedľa svojej stojacej škatuľky s preparátom „postavila“ šikmú vežu v Pise. V texte sa čitateľ dočítal nasledovné: „Udržujte teda svoje prirodzené držanie tela“.

Alebo osobitným prípadom reklamy s excelentným (častokrát až kontroverznými kampaňami) sociálnym dopadom sú práce O. Toscaniho, tvorcu „reklamnej filozofie“ módnej odevnej firmy Benetton. Kampane na billboardoch proti rasovej neznášanlivosti (plagát dvoch malých detí sediacich na nočníkoch, jedno blondé, druhé tmavej pokožky), proti vojne (černošský ozbrojenec so samopalom na pleci, v ruke za chrbtom držiaci ľudskú stehennú kosť), či AIDS (ľudský zadok na ktorom je nápis H.I.V. positive) atď. ich tvorca nepovažuje za komerčnú, ale sociálnu reklamu. Napriek ich nespornému umeleckému rozmeru i obrovskému

celosvetovému dopadu ich však musíme považovať za reklamu dovtedy, kým na plagátoch a inzerátoch bude vytlačené zelené logo firmy UNITED COLLOORS OF BENETTON.

Na Slovensku istý čas mali tabakové firmy doslova reklamný raj. Pokiaľ sa na nesprísnilo zákony zakazujúce reklamu tabakových výrobkov, tak sme tu mali aj MARS super ligu, fajčiacich kovbojov a pod. V Čechách sa využívala zvuková podoba anglického slova „WEST“ a českého slova „Vést“ na reklamnom plagáte s pôvabnou mladou dámou a džezového hudobníka so saxofónom v ruke. V dolnom margu plagátu bola zobrazená škatuľka od cigariet West a nad oboma svietil nápis NECH SE WEST, kde džezový hudobník je akousi metaforou cesty, kam aj značka cigariet West môže človeku pomôcť sa dostať. Dostať do sveta lákavého vzrušenia, silných emočných zážitkov a ďaleko od všedných starostí. Ak by sa zákonom nezakázali takéto aktivity, žiaden štát by nemal dostatok prostriedkov na adekvátne silnejšiu „reklamno – osvetovú“ odpoveď. (Vysekalová J., Komárková, R., 2002).

Druhy sociálne reklamy, resp. jej špecifické spolupôsobenie v rámci reklamy komerčnej, z nej robia mimoriadne dôležitú oblasť komunikácie, ktorej je nutné venovať systematickú, na odbornej výške vedenú pozornosť. Aj napriek projektom zo strany všetkých vlád SR, tieto nie sú stále realizované tak, aby dokázali výraznejšie publikum zaujať svojou invenčnosťou, kreativitou, dĺžkou a rozsahom svojho pôsobenia. Za jeden z najzávažnejších dôvodov vidíme nedostatok odborníkov, ktorí dokážu v sebe spojiť marketingovú, reklamnú odbornosť s odbornosťou napríklad zdravotno-výchovnou.

Preto by túto oblasť mal študovať aj lekár, preto by sa mala prednášať na všetkých fakultách sociálnej práce a zdravotníctva.

Sociálna reklama ako súčasť žurnalistických celkov

Prepojenie sociálnej reklamy a žurnalistiky vidíme vo viacerých rovinách. Žurnalistické celky často obsahujú sociálnu reklamu, napríklad pri písaní alebo (rozhlasovom, televíznom) snímaní už spomínaných neziskových organizácií. Žurnalistické žánre sa často stávajú sociálnou reklamou. Ide o články s výchovno-vzdelávacím obsahom, ktoré však nie sú platené a preto nejde o typickú reklamu. Rôzne zdravotnícke prílohy a okienka (napríklad vynikajúca príloha Zdravie v denníku Pravda, alebo 30 minútová relácia MUDr. Andrea Reiner, CSc. v Ta3 a pod.) dávajú rady, poskytujú informácie, ako si napríklad odvyknúť od fajčenia napríklad prostredníctvom náplastí alebo návštevou Poradní zdravia pri regionálnych úradoch verejného

zdravotníctva, obdobne ako možnosť anonymného vyšetrenia krvi v Národnom referenčnom centre HIV/AIDS pri Slovenskej zdravotníckej univerzity.

Formy a žánre sociálnej reklamy sú vo svete aj súčasťou niektorých festivalov kreativity. Hodnotené sú aj inzeráty, a to nielen komerčného charakteru. V Cannes v roku 2002 na pravidelnej súťaži mladých kreatívcov zvíťazil fínsky tím, ktorý mal vytvoriť návrh kampane pre medzinárodnú organizáciu na ochranu vody (International Secretary for Water). Víťazný vizuál žltej tekutiny v poháriku so slamkou znel: „Tvoj moč je čistejší ako voda, ktorú vypije denne 1,5 miliardy ľudí“. Na istom festivale získal Zlatého leva inzerát „cowboy-a“, kde v krajine typu „Marlboro“ stojí kovboj nad uhynutým koňom s textom: Second hand Smoke Kills“.

Ako sme už povedali, so sociálnou reklamou, okrem spomínaných billboardoch, sa možno stretnúť aj v ďalších médiách, v rozhlase a televízii alebo na bezplatných reklamných pohľadniciach a pod. Niektoré festivaly majú dokonca svoju samostatnú kategóriu sociálnej reklamy, ako napríklad International Freecards Awards, kategóriu Social&Charity, kde v roku 2001 zvíťazil nemecký vizuál hákového kríža na dne toaletnej misy.

S problematikou sociálnej reklamy úzko súvisia aj tzv. problémové výrobky, ako alkohol a cigarety. Kedysi mohli sponzorovať športové, kultúrne akcie ako napríklad Marlboro in. Ak máme splniť spoločensko – prospešné ciele, ktoré sú častokrát oveľa dôležitejšie, ako ciele komerčnej reklamy, musíme dokázať túto problematiku pochopiť a dokázať aj tvorivo realizovať. Kde by sa podel život, ak by sme si nechránili životné prostredie, ovzdušie, vodu, flóru, faunu či vlastné zdravie? Preto je nesmierne dôležité venovať maximálnu pozornosť príprave celkov sociálnej reklamy, sociálneho marketingu. Žiaľ, na Slovensku sa sociálnej reklame, okrem prof. PhDr. Pavla Horňáka, CSc., z FiF UK v Bratislave nikto systematicky veľmi nevenuje. Na škodu celej spoločnosti.

Integrovaná marketingová komunikácia

Integrovaná marketingová komunikácia je pojem plánovania komunikácie marketingu, ktorý predstavuje pridanú hodnotu komplexného plánu, zhodnocuje strategickú úlohu určitého počtu rozličných oblastí komunikácie – reklamy, priameho oslovenia, podpory šírenia myšlienok (predaja) a public relations – a tieto spája za účelom dosiahnutia lepšej zreteľnosti, konzistencie a maximálneho účinku. (Caywood a kolektív, 1991)

Položme si preto otázku, ako sa na Slovensku darí praktizovať úspešnú integrovanú

marketingovú komunikáciu v oblasti sociálneho marketingu? Až na ojedinelé výnimky zo strany niektorých občianskych združení, ako napríklad Ligy proti rakovine (Deň narcisov, Kolorektálny karcinóm) Stop fajčeniu (plagáty, informácie médií) alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (Zdravá výživa pre zdravé srdce, Beh o srdce), ide skôr o jednorazové „PR“ kampane, ako o dlhodobú efektívnu stratégiu IMK. Respektíve, v prípade veľkých organizácií, súbor stratégií, ktoré obsahujú základnú víziu a poslanie organizácie tak, aby ľudia boli ochotní zmeniť svoje správanie, spôsob života, aby chápali, že prevencia je na ich prospech, nie na prospech zdravotníkov. Že napríklad zmena stravovacích návykov výrazne znižuje ochorenie na rakovinu, zanechanie požívania alkoholu a fajčenia podstatne predlžuje a skvalitňuje ľudský život.

Postoj spoločnosti a schopnosť realizovať sú však dve odlišné veci. Postoj sa totiž nemení aj preto, lebo všetky slovenské vlády za ostatných 15 rokov do týchto kampaní – IMK – vložili len veľmi malé množstvo financií z pohľadu aktuálnosti problematiky. Schopnosť realizácie je tiež len v stave vývoja, lebo, ako sme už vyššie spomínali, nie sú dostatočné zdroje na zaplatenie profesionálnych pracovníkov pracujúcich či už v mediálno – marketingových odboroch, v odboroch pre styk s verejnosťou, alebo tlačových oddeleniach a podobne. Zdravotníctvo vždy žilo zo zvyškového rozpočtu. Na takýto „nadštandard“ mu už nezostávali peniaze.

O tejto problematike by sa dalo ešte veľa napísať. Na jej záver treba kompetentným pripomenúť, že prevencie je vždy beh na dlhé trate, začne sa „vyplácať“ o desať – dvadsať rokov. A to z pohľadu meniacich sa politických štruktúr, nie je stále veľmi atraktívna téma, ktorá by vyhrávala voľby. Ak by si totiž MZ SR (napríklad) pred v parlamente schvaľovaným zákonom na úplný zákaz fajčenia v reštauráciách, kúpilo televízny a rozhlasový reklamný vysielač čas, ktorý by venovalo povedzme škodlivosti fajčeniu, k tomu dalo vyrobiť obrazový a zvukový šot, zároveň spustilo aj billboard-ovú kampaň, postavilo na uliciach city - postery, zorganizovalo hudobný koncert s protifajčiarskou tematikou, ktorý by začínal napríklad pesničkou Janka Kurica „Fajčenie škodí zdraviu“ a na zadnej projekcii by sa premietali napríklad pľúca fajčiara, rakovina pažeráka, informovalo, koľko ľudí počas trvania koncertu zomrie vo svete na následky fajčenia a pod., športový deň spojený s kondičným behom vo všetkých okresných mestách, vyrobilo letáčky, pozvánky, medaily, zorganizovalo prednášky pre širokú verejnosť, stálo by to na naše podmienky a možnosti naozaj veľa financií. Išlo by o vhodné načasovanie, keď tlak verejnej mienky by poslanci už nemohli prehliadnuť. Lebo liečba následkov je mnohonásobne väčšia, ako vložené peniaze či zisk z predaja tabakových výrobkov. Je však otázne, či tí, ktorí

v tejto oblasti napríklad na MZ SR pracujú, sú na takúto kreatívnu úlohu vôbec pripravení? Či vedia napríklad zadať reklamnej agentúre jasnú a správnu predstavu o tom, čo by mal ich IMK vlastne obsahovať? A po zrealizovaní zákazky ju aj odborne správne oponovať, recenzovať. Nepodarok vrátiť na prepracovanie, alebo úplne odmietnuť.

Nie vždy je totiž nutné obracať sa o pomoc na reklamnú agentúru. Zbehlý, invenčný a odborne vzdelaný pracovník mediálneho oddelenia dokáže niektoré úlohy, zväčša veľmi drahej reklamnej agentúry, veľmi úspešne alternovať. (Tlačové besedy pripravované „PR“ agentúrami vo finančnom vyjadrení zväčša už nejdú pod 100 tisíc Sk). A na pozície pracovníkov mediálnych oddelení prichádzajú pracovať najmä ľudia z novinárskeho prostredia. Preto je také dôležité a významné, aby žurnalisti, ktorí majú vzťah k tejto spoločensky potrebnej a užitočnej problematike, boli popri svojej novinárskej odbornosti správne edukovaní aj v zdravotníckej problematike. Alebo študenti sociálnych fakúlt edukovaní v základoch komunikácie ako takej. Spojením vedomostí z týchto dvoch profesií a ďalším prehĺbovaním a doplňovaním si štúdiá marketingu, reklamy, psychológie, sociológie, môžu v budúcnosti pre zdravotníctvo vyrásť kvalitní, už dnes veľmi potrební, ale stále ešte nedoceňovaní, odborníci.

Záver

Sociálny marketing musí vo verejnom zdravotníctve plniť svoju nezastupiteľnú úlohu. Musí byť chápaný ako jednota vládnych i mimovládnych organizácií, profesijných združení (napríklad Združenia zdravotných poisťovní, ADOS-ov, komôr), s mládežníckymi organizáciami, školami, univerzitami, s jednotlivými zväzmi invalidných ľudí. To všetko za úzkej spolupráce všetkých mediálnych nosičov. Služba, ktorú týmto preukazujú médiá, nie je bežný tovar, ale oblasť, o ktorú je navyše aj štatisticky vysoký záujem zo strany recipientov. Následne vysoký záujem pomáha riešiť problém napríklad zníženia vysokej remitendy, alebo zvýšenia nízkej sledovanosti či počúvanosti. Ide, ak by sme to označili „ekonomickým“ slovníkom, za akýsi obojstranne výhodný a prospešný „barter“.

Práve úzke prepojenie zdravotného stavu a sociálneho štatusu jednotlivých skupín obyvateľstva, s následkami pre zdravotný stav populácie v zmysle nového chápania determinánt zdravia, viedli k pochopeniu významu sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo aj z pohľadu ich čo najvodnejšej a najprofesionálnejšie vedenej komunikácie. Lebo ako povedal Vergilius: Labor vincit omnia – Úsilie (práca) všetko prekoná, alebo myšlienka neznáameho filozofa Scientia est potentia – Vo vedomostiach je sila, nám dávajú predpoklad, aby aj na

Slovensku nebola sociálna reklama a komunikácia len vzácnymi a ojedinelými javmi.

Literatúra

1. CLARKE L., CAYWOOD: Public relations. Brno: Computer Press, 2003, s. 21-37. ISBN 80-7226-886-4.
2. HEGYI, L.: Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí, Trnava, TU, 2001, s. 91, ISBN 80-88908-80-9)
3. HEGYI L.: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo: Bratislava, Herba, 2005, s. 5-6, s 10-12, s. 344
4. HORŇÁK, P.: Nová abeceda reklamy. Bratislava: Central European Advertising, 2003, s. 178, s 217, ISBN 80-967950-5-8
5. HORŇÁK, P.: Reklama-Propagácia-Public relations
6. HURST, B.: Encyklopedie komunikačných techník, Praha: Grada, 1994 – 229s. – ISBN 80-85424-40-1
7. MATOUŠEK 2001
8. VYSEKALOVÁ J., KOMÁRKOVÁ, R.:Psychologie reklamy. Praha: Grada Publishing a. s., s., 2002, s 113-4, ISBN 80-247-0402

Adresa autora:

PhDr. Ivan Bielik, MPH

Fakulta verejného zdravotníctva SZU

Bratislava, Limbová 14

e-mail: ivan.bielik@szu.sk

Závěrečná správa zo študijného pobytu na Sheffield Institute for Studies on Ageing,
the University of Sheffield, Sheffield, Veľká Británia

Meno a priezvisko: PhDr. Zuzana Takáčová
Akademický rok: 2005-2006
w
Pracovisko: Katedra výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky
Fakulta verejného zdravotníctva,
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Hostiteľská univerzita: Sheffield Institute for Studies on Ageing, University of Sheffield,
Sheffield, Veľká Británia
Dĺžka pobytu: štyri mesiace

Sheffield, mesto priemyslu i zelene

Prvé informácie, ktoré som získala v snahe lokalizovať miesto svojho študijného pobytu boli v tomto znení: Sheffield je [miesto](#) v severnom [Anglicku](#). Má rozlohu 367,94 km² a 521-tisíc obyvateľov. Tieto užitočné informácie sa dozviete, keď zadáte názov spomínaného mesta do vyhľadávača internetovej encyklopédie Wikipedia. Dnes pre mňa toto mesto znamená oveľa viac ako len pevný bod súradníc na mape sveta, predovšetkým vďaka ľuďom, ktorých som tu stretla.

Sheffield je štvrté najväčšie mesto Veľkej Británie. Patrí do grófstva South Yorkshire. V minulosti bol priemyselným centrom Veľkej Británie, známym predovšetkým produkciou ocele. Zároveň je to rýchlo rozvíjajúce sa kultúrne centrum regiónu South Yorkshire.

Napriek priemyselnému charakteru môžeme súčasný Sheffield označiť za mesto zelene. Sedem pahorkov, na ktorých sa mesto rozprestiera obklopuje množstvo záhrad, parkov a prírodných rezervácií. Z mnohých miest, ktoré stoja za zhliadnutie spomením aspoň niektoré: Sheffield Botanical Gardens (Botanické záhrady), založené v tridsiatych rokoch 19. storočia, známe svojim letným Shakespeare-ovským festivalom, Peace Gardens (Záhrady mieru), centrálné námestie a základný orientačný bod mesta vedúce priamo k Winter Gardens (Zimným záhradám) najväčšiemu mestskému vytápanému skleníku v Európe. Endcliffe Park, Weston Park... a i. Mnohé z nich sú voľne prístupné a poskytujú možnosť aktívneho oddychu a športových aktivít pre širokú verejnosť.

Múzeá a galérie zamerané na umenie spravuje Sheffield Galleries and Museum Trust. Z najznámejších expozícií spomeňme Millennium Galleries, v priestoroch ktorých sa realizujú putovné výstavy z národných zbierok. Graves Art Gallery - na najvyššom poschodí hlavnej mestskej knižnice sú popri kvalitných dielach menej známych európskych umelcov vystavené menej známe práce významných umelcov 20. storočia (Picasso, Cézanne...). Weston Park Museum - lokalizované za hlavnou univerzitnou knižnicou, (bohužiaľ v čase môjho pobytu bolo vzhľadom na prebiehajúcu rekonštrukciu zatvorené) a mnohé iné.

Dotvoriť obraz o socio-ekonomickom vývoji mesta umožní prehliadka expozícií priemyselných múzeí pod správou [Sheffield Industrial Museum Trust](#): Kelham Island Museum, Abbeydale Industrial Hamlet, The Shepherd Wheel, a i.

K študentskému životu patrí i návšteva filmových a divadelných predstavení. Za zmienku stojí [Showroom Cinema](#), najväčší nezávislý komplex kinosál (okrem Londýna).

Zameriava sa na klubovú scénu - nízkorozpočtové, festivalové filmy pre náročného diváka. Organizuje sprievodné aktivity spojené s filmom.

Divadelné scény: Crucible Main Stage, The Studio a Lyceum Theatre ponúkajú široký repertoár modernej i klasickej drámy. Kultúrny zážitok umocňuje návšteva nezávislých divadelných scén: [The Lantern](#), Merlin Theatre, Montgomery Theatre, či [University Drama Studio](#).

K známym kultúrnym pamiatkam môžeme zaradiť pozostatky opátstva z 12. storočia Beauchief Abbey, najstarší zachovaný dom postavený z kameňa a dreva z roku 1500 Bishops' House, umožňujúci panoramatický výhľad na mesto a jeho okolie, [Sheffield Manor Lodge](#), Cathedral of St. Peter and St. Paul, a i.

Sheffield Institute for Studies on Ageing

Jazyková príprava:

Vyučovanie prebiehalo v anglickom jazyku. Pred odchodom som neabsolvovala prípravné kurzy, z čoho som mala trochu obavy. Tie však rýchlo odbúral milý prístup kolegov a spolupracovníkov. Tiež mi pomohla možnosť zúčastniť sa hodín konverzácie a literárnej tvorby organizované priamo univerzitou pre zahraničných študentov. Pri učení a na vyučovaní neboli problémy.

Organizácia štúdia:

Úvodné stretnutie po príchode a ubytovaní spočívalo vo vyplnení príslušných dokumentov a získaní povolenia na vstup do knižníc a univerzitného počítačového systému. Samotná organizácia bola výborná. Profesor A. M. Warness, koordinátor projektu ma privítal na pracovisku, predstavil kolegom a ďalším štážistom, ktorí nastúpili šesť až deväť mesiacov predou mnou. Spočiatku najviac pomohla práve komunikácia so študentmi, ktorí boli nedávno v rovnakej situácii. Pomohli mi zorientovať sa v novom prostredí, za čo sa im chcem aj na tomto mieste poďakovať.

Celý pobyt prebiehal bez kontaktu s ekonomickým oddelením univerzity, nemala som žiadne problémy, záverečné formality boli bez problémov vybavené.

Účasť na prednáškach organizovaných pre študentov Sheffield Institute for Studies on Ageing a Katedru sociologických štúdií.

Účasť na seminároch:

- WARNES, T., SPINDLER, M. Some social problems of anti-ageing medicine. Seminar Room, Elmfield, Northumberland Road. 5th July, 2006,
- FRAIZ, T.O. Third Age Policy in Cuba: 'No one is abandoned'. Room 215, Elmfield, Northumberland Road. 5th July, 2006.

Konzultácie.:

- Educational gerontology, Professor A. M. Warnes, SISA,
- Research activities related to social gerontology, Mrs. M. Crane, SISA,
- Universities of Third age in United Kingdom, Mrs. R. Webster, U3A in Sheffield,

- Europubhealth, Master of Public Health education at Sheffield University, Mrs. Ch. Hollins, ScHARR.

Prednáška:

- Prednáška v rámci seminára Marie Curie Training Fellowship seminar event, August 24th 2006,

Popri uvedených aktivitách prebiehali organizované konzultácie s p. profesorom A. M. Warnesom počas celej dĺžky trvania študijného pobytu..

Prístup pedagógov a zamestnancov univerzity, náročnosť štúdia

Inštitút pre starnutie populácie - SISA je predovšetkým vedecko-výskumné pracovisko, s tým súvisela aj možnosť výberu aktivít počas môjho pobytu. Napriek tomu, že som na stáž nastúpila začiatkom skúškového obdobia a letných prázdnin, mala som možnosť absolvovať niekoľko prednášok a seminárov. Zároveň som si mohla zvoliť konzultácie podľa predmetu svojho záujmu s ktorýmkoľvek pedagogickým a vedecko-výskumným pracovníkom univerzity.

Pokiaľ môžem hodnotiť úroveň absolvovaných kurzov, prednášky boli vedené formou diskusie. Náročnosť štúdia spočívala predovšetkým vo vyučovaní v cudzej reči. Ako stážisti z rôznych končín Európy (Nemecko, Poľsko, Slovensko) sme boli považovaní za rovnocenných domácim študentom. Našou úlohou bolo zároveň pracovať na svojej doktorandskej práci a prezentovať svoje výsledky na seminároch, ktoré sa konali každé dva týždne. Systém vyučovania sa v oboch inštitúciách výrazne nelíši, prevažne je tvorený prednáškami a seminármi. Študenti dokazujú svoju schopnosť vystupovať a ústne prezentovať svoje názory. Vysoko sa hodnotí práca počas semestra, vyžaduje sa aktívny prístup, prezentácie, projekty, formulácia vlastného stanoviska. Inštitút má vysokú úroveň a dobré meno vo Veľkej Británii i zahraničí, štúdium je pre to náročné.

Prístup k študijným materiálom

Študijné materiály sú väčšinou originály kníh, ktoré sú k dispozícii v čiastkových katedrových knižniciach alebo univerzitnej knižnici. Niektoré materiály sú dostupné v elektronickej podobe. Samozrejmosťou je možnosť vyhotovenia fotokópie.

Pri registrácii na univerzite je potrebné vyžiadať si prístupové heslo, ktoré umožňuje napojiť sa na univerzitnú sieť. Bohužiaľ, prístup neumožňuje internetové pripojenie mimo inštitúcie. Študentom jednotlivých katedier a fakúlt sú k dispozícii voľne prístupné IT miestnosti rovnomerne rozmiestnené v univerzitnom areáli. Otvorené sú denne v pracovných dňoch v čase od 8.00 do 20. 00 hod.

Podobne v knižnici je potrebné predložiť preukaz študenta, ktorý platí do všetkých knižníc univerzity. V prípade verejných knižníc sa pre získanie možnosti výpožičiek stačí preukázať dokladom totožnosti .

Za zmienku stojí samotná budova knižnice. Svojou architektúrou najviac pripomína budovu Slovenskej televízie v Mlynskej doline. Domáci sú na svoju Art Tower pyšní. Ide o pravdepodobne najvyššiu budovu vo Veľkej Británii využívanú pre potreby študentov. Keď nastúpíte do výťahu aby ste sa vyviezli na najvyššie poschodie, kde sídli presklený ateliér študentov architektúry, ponúkajúci najkrajší výhľad na mesto - spomeniete si na domov. Premáva tu pater-noster,

Úroveň a možnosti sociálnej integrácie študentov

Azda najpríjemnejšou skutočnosťou spríjemňujúcou kvalitu života študentov je existencia tzv. [Students Union](#), študentskej organizácie, ktorej poslaním je starostlivosť o potreby študentov. V budove, v ktorej sídli je študentom k dispozícii agentúra sprostredkujúca pracovné príležitosti, ponuka kurzov, voľnočasových aktivít, antikvariát, obchod s kancelárskymi potrebami, potravinami, kaviareň, IT miestnosť, fax copy, telefónne automaty, dokonca práčovňa... Študenti majú vlastný priestor na organizáciu kultúrnych aktivít Octagon, kde realizujú koncerty rôznych hudobných štýlov.

Jedným z výrazných prejavov je silný tímový duch a spolupatričnosť k svojej Alma mater. Študenti sú združení v rôznych kluboch od divadelných súborov, po športové oddiely. Tradíciou je horolezectvo vzhľadom na blízkosť národného parku the Peak District National Park. Nachádza sa tu najväčšie celoročné lyžiarske stredisko v Európe - [Sheffield Ski Village](#).

Študentská komunita je veľmi silná. Blízke okolie univerzity lemuje radová zástavba rodinných domov určených na prenájom. Počas semestra je mesto plné mladých ľudí.

Ubytovanie

Možnosť ubytovania na internátoch (Earnshaw, Halifax, Sorby, Stephenson, Ranmoor a Tipton) prichádzala do úvahy až s odchodom študentov na letné prázdniny. Využila som možnosť ubytovania na priváte, ktorý mi odporučil p. profesor A.M. Warness. S ubytovaním, ako aj s prístupom domácich som bola veľmi spokojná. Výhodou bola pomerne blízka vzdialenosť na pracovisko (cca 25 minút)..

Ktoré aspekty študijného pobytu je potrebné oceniť ?

- Ľudí,
mala som možnosť stretnúť pedagógov a študentov, ktorých zaujíma rovnaká vedná oblasť skúmania. Bola to unikátna príležitosť konfrontovať svoje názory a výskum s doktorandmi z celého sveta,
- prístup k informáciám a študijným materiálom,
Statusom študenta som získala prístup k informačným zdrojom, ktorý by mi inak nebol umožnený,
- možnosť vytvoriť si individuálny plán/rozvrh,
podporovaná tvorivosť a vlastné praktické skúsenosti študentov,
- rozvoj samostatnosti a zodpovednosti,
naučila som sa orientovať v cudzej krajine, vybavovať formality v cudzom jazyku,
- rozšírenie si obzoru o poznatky o iných krajinách, zvykoch
prostredníctvom kontaktu so študentmi rôznych národností.

Študijný pobyt vo Veľkej Británii bol dôležitou súčasťou môjho doktorandského štúdia. Umožnil mi nadobudnúť vedomosti a zručnosti, ktoré by som možno inak nedostala, alebo nemala možnosť získať.

Celkové zhodnotenie pobytu

Pobyt na zahraničnej univerzite považujem za pozitívnu skúsenosť. Je to príležitosť získať nové skúsenosti, zlepšiť jazykové kompetencie, spoznať uznávaných odborníkov vo svojom odbore, a v neposlednom rade - nájsť nových priateľov.

Rada by som poďakovala obom inštitúciám za možnosť zúčastniť sa programu Marie Curie Training Fellowship, za spoluprácu a zabezpečenie výborných podmienok pre pobyt. Verím, že ostaneme v kontakte.

Úlohy vyplývajúce zo študijného pobytu

Vypracovanie a publikácia predkladanej správy, implementácia získaných poznatkov v pedagogickej praxi, ich využitie pre potreby doktorandskej práce na tému: Výchova k zdraviu špecifickej cieľovej skupiny - seniorov.

Doplňujúce informácie nájdete na stránkach:

- <http://sk.wikipedia.org/wiki/Sheffield>
- <http://www.geocities.com/Sheffield>
- <http://www.sheffield.gov.uk/out--about/tourist-information> - oficiálna stránka mesta,
- <http://www.shef.ac.uk/about/sheffield> - stránka the University of Sheffield,
- <http://www.shef.ac.uk/sisa/> - stránka Sheffield Institute for Studies on Ageing,
- <http://www.peakdistrict.org/> - informácie o Národnom parku Peak District.
- <http://www.sheffieldforum.co.uk/> - diskusné fórum mesta Sheffield.

V prípade ďalších otázok ma kontaktujte na: zuzana.takacova@szu.sk.

PhDr.Zuzana Takáčová