

O B S A H

Editorial



A. KOVÁČ: Potreba manažérskeho vzdelania v zdravotníckej praxi

Originálne práce



K. HATIAROVÁ: Návrh skrínigovej metódy na vyhládavanie pracovníkov rizikových pracovníkov z hľadiska vzniku syndrómu karpálneho tunela



A. CZIGÁNYIOVÁ: Výskyt pemfigov na novorodeneckom oddelení

Prehľadné Referáty



R. OCHABA, I. ROVNÝ, J. STANČIAK, K. TÓTH: Kontrola alkoholu z pohľadu komunitných pistupov



M. RAUČINOVÁ, Š. MÓRICOVÁ: Pracovná zdravotná služba v SR



Bc. LUCIA DEMESOVÁ: Manažment rozvoja sociálnych kompetencií v prevencii a podpore zdravia

Potreba manažérskeho vzdelávania v zdravotníctve

PhDr. Andrej Kováč, PhD.

Katedra riadenia, Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita
v Bratislave, poverený vedením PhDr. Andrej Kováč, PhD.

Manažment je proces riadneho plnenia pracovných úloh pomocou iných. Manažér je potom človek, ktorý tento proces zaisťuje ovplyvňovaním ľudí tak, aby boli dosiahnuté spoločné ciele.

Na manažérov sú kladené všeobecne vysoké nároky a to najmä v koncepčných, ľudských a technických zručnostiach, vedomostiach a schopnostiach. Podľa Handlířa (1998) záleží na úrovni riadenia, či budú prevažovať koncepčné schopnosti a zručnosti, alebo technické a odborné zručnosti.

V zdravotníctve sa postupom rozvoja manažmentu vyvinuli tri základné úrovne:

1. Manažér prvej línie (lower management) vykonáva činnosti spojené s plnením každodenných úloh. V nemocniciach sú typickými predstaviteľmi staničné sestry, vedúci lekári úseku a pod.

2. Strední manažéri (middle management) sú predstavitelia vyváženého spojenia koncepčných schopností so schopnosťami operatívneho riadenia. V zdravotníctve predstavujú vrchol odborných schopností. Sú teda manažermi strednej úrovne a vrcholoví odborníci pre svoju činnosť, napríklad primári, alebo prednostovia oddelení, vrchné sestry a pod.

3. Vrcholoví manažéri (top management) sú špičkoví manažéri, ktorých hlavné úlohy majú koncepčný ráz, strategické riadenie a riadenie zmien. V nemocniciach k nim patrí riaditeľ a jeho námestníci, prípadne hlavná sestra, alebo námestník pre ošetrovatelstvo. Ich odborné znalosti z rôznych disciplín medicíny nemusia byť vysoké a prevažuje u nich znalosť manažmentu.

Pre zdravotníckych manažérov sú charakteristické dva prvky ich správania sa:

- Tímová práca – typická pre zdravotníctvo, ktorá však nevylučuje potrebu autokratického rozhodovania v kritických situáciách (napríklad rozhodnutia vedúceho operačného tímu).
- Vyhranený etický prístup - pre zdravotníctvo mimoriadne dôležitý, pretože zdravotníctvo svojou činnosťou môže ovplyvniť najdôležitejšie hodnoty, život, jeho kvalitu, zdravie.

V zdravotníctve väčšina top manažérov má zdravotnícke vzdelanie a je viazaná profesionálnou zdravotníckou etikou. Táto vychádza z iných princípov ako je etika manažéra. Pre zdravotníka sú najdôležitejšie podľa Gladkého (2003) nasledovné princípy:

- snaha pomôcť (beneficiencia);
- snaha neuškodiť (non-maleficiencia);
- solidarita;
- subsidiarita;
- dostupnosť;
- spravodlivosť (rovnosť- ekvita);
- sloboda rozhodovania sa (autonómia);
- ekonomická efektívnosť.

Manažér podľa Bělohlávka et al. (2001) musí uznávať iné princípy:

- peniaze,
- práca,
- istota postavenia,
- odborný rast,
- osobné postavenie,
- priatelia a spolupracovníci,
- firma.

Už na prvý pohľad po porovnaní oboch množín hodnôt je jasné, že etické správanie sa lekára jednotlivca je z filozofického i z faktického hľadiska v rozpore s etickým správaním sa a rozhodovaním lekára manažéra. Lekár musí mať v prvom rade na mysli dobro pacienta, kým manažér túto hodnotu podmieňuje ekonomickými možnosťami zariadenia. V dnešnej dobe sa skôr pretláča trend, aby top manažér v zdravotníctve nebol lekár, ale čisto iba manažér. Lekár má totiž bezprostredný vzťah k pacientovi. Je pravdou, že niektorí ekonómovia razia aj v zdravotníctve heslo „čo je neekonomické je aj neetické“ a zdôvodňujú ho tým, že ak neposkytneme ekonomicky efektívnu starostlivosť jednému pacientovi, môžu nám takto neefektívne vynaložené prostriedky chýbať u iného, ťažšieho pacienta (Kováč et al. 2005). Tento princíp však neospravedlní niektoré aktivity zavedené z ekonomických dôvodov, napríklad čakacie listiny na niektoré operácie či vyšetrenia. Upozorňujem tu na nebezpečenstvo z omeškania, prípadne na utrpenie pacienta počas doby, kým na operáciu čaká. Veľký vnútorný rozpor v osobe lekára manažéra sa prejavuje aj v kariérovom pohybe lekárov, ktorý je viac orientovaný na odbornosť ako na manažment.

Akýkoľvek kariérový rozvoj lekára je spojený s nástupom manažérskych aktivít, ktoré musí lekár vo svojej funkcii vykonávať. Pri štúdiu na lekárskej fakulte, ani pri špecializačnom štúdiu sa lekári nestretávajú s manažérskym vzdelávaním, a tak sa stáva, že po nástupe do funkcie spojenej s manažérskymi aktivitami sa v nej ocitá lekár ako laik v oblasti manažmentu a na vlastných chybách sa učí základy toho, čo mal ovládať pri nástupe do funkcie. V predchádzajúcom systéme bol manažment časťou predmetu teória a organizácia zdravotníctva, neskôr organizácia zdravotníctva, potom sociálne lekárstvo a napokon sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva. To všetko bolo vzdelávanie charakteru špecializačného vzdelávania ukončené atestáciou z tohto v podstate organizačného odboru. Napríklad **Makovický (1967)** vo veľkej učebnici sociálneho lekárstva Kompendium sociálneho lekárstva sa venuje riadeniu z 920 strán iba na 160 stranách. To znamená 17% učebného textu. Zo začiatku sa ročne pohyboval počet vzdelávaných okolo 30 uchádzačov.

Od roku 1965 do roku 2006 získalo osvedčenie o atestácii z tohto oboru 395 lekárov. V priemere je to ročne 10 lekárov. Od roku 1998 prudko klesol záujem o atestáciu z tohto odboru, čoho dokladom je, že od roku 1998 do roku 2004 atestovalo z tohto odboru 14 uchádzačov. Od roku 2002 sa okrem toho zaviedlo špecializačné štúdium riadenia zdravotníctva v odbore zdravotnícky manažment a financovanie, ktoré v roku 2002-2003 ukončilo 29 poslucháčov, v roku 2003-2004 skončilo 31 poslucháčov a v roku 2004-2005 skončilo 28 poslucháčov a v rokoch 2005-2006 skončilo 41 poslucháčov. Osobitnú formu postgraduálneho štúdia predstavuje štúdium riadenia vo verejnom zdravotníctve, ktoré sa koná pod záštitou Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a končí získaním titulu MPH (Master of Public Health).

Lekár, ktorý sa zaujíma o riadenie, má podľa prílohy č. 4 Nariadenia vlády č. 322/2006 možnosť študovať tieto špecializačné odbory určené na riadenie a organizáciu zdravotníctva:

a) Kategória lekár a kategória zubný lekár

- zdravotnícky manažment a financovanie,

- sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva,
- organizácia vojenského zdravotníctva.

b) Spoločné štúdium pre všetky kategórie pracovníkov v zdravotníctve s vysokoškolským vzdelaním

- odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve (Master of Public Health)

Manažérske vzdelávanie lekárov nemá síce takú históriu, akú má špecializačné štúdium. Je oveľa mladšie a neprípisoval sa mu až taký význam. Význam naberá až v dnešnej dobe transformácií zdravotníckych zariadení, keď sú nútené samostatne hospodáriť a efektívne poskytovať zdravotnícku starostlivosť nielen zo zdravotného hľadiska, ale aj z ekonomického hľadiska.

Zdravie pacientov je príliš vážna vec, optimálne plánovanie, organizácia, personálny výber i kontrola jeho zabezpečenia vyplývajúca z poznania zdravotníckeho manažmentu je súčasťou kvality zdravotníctva. Preto si myslím, že aj zabezpečenie vzdelávania a organizácia vzdelávacích akcií má byť prispôsobená vážnosti úloh zdravotníctva. Predpokladom úspešnej organizácie manažérskeho vzdelávania je mať k dispozícii podrobný profesiogram manažérskej časti práce na jednotlivých funkciách, dobre definovanú cieľovú skupinu, jej vzdelávacie potreby a na základe nich stanovené ciele, obsah, formy a metódy vzdelávania.

Použitá literatúra:

1. Bělohávek, F., Košťan, P., Šuleř, O.: Management. Olomouc : Rubico. 2001. 642 s. ISBN 80-85839-45-8
2. Gladkij, I. a kol.: Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press. 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
3. Handlíř, J.: Management. Praha : Computer press. 1998. 268 s. ISBN 80-7226-095-2
4. Kováč, R., Kováčová, L., Kováč, A., Kováčová, N.: Čo je neekonomické je aj neetické? Kniha abstraktov. XII. Kongres Slovenskej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti pri Slovenskej lekárskej spoločnosti s medzinárodnou účasťou 26. – 28. mája 2005. Abstrakt č. 66.
5. Makovický, E. a kol.: Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva. Martin : Osveta. 1978. 920 s.
6. Nariadenie vlády SR č. 322/2006 o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

Adresa autora:

PhDr. Andrej Kováč , PhD.

Katedra riadenia, Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

tel.: 02/ 59 37 05 53, e-mail: andrej.kovac@szu.sk

Návrh skriningovej metódy na vyhľadávanie rizikových pracovníkov z hľadiska vzniku syndrómu karpálneho tunela

RNDr. Katarína Hatiarová
Slovenská zdravotnícka univerzita
Fakulta verejného zdravotníctva
Katedra zdravia pri práci
Vedúci katedry: MUDr. Danica Henčeková

Súhrn

Práca prináša poznatky z oblasti problematiky výskytu symptómov syndrómu karpálneho tunela na linkách vybraného podniku. Syndróm karpálneho tunela patrí medzi najčastejšie profesionálne postihnutia horných končatín nielen na Slovensku, ale aj v rámci celej Európskej únie a ostatných vyspelých krajín vo svete. Vzhľadom k závažnosti výskytu tohto ochorenia je potrebné dbať na prevenciu vzniku uvedených ochorení a poškodení. Cieľom tejto práce bolo navrhnúť skriningovú metódu identifikácie počiatkových symptómov vedúcich k vzniku syndrómu karpálneho tunela, pomocou modifikovaného dotazníka Nordic Questionnaire, ktorá by umožnila včas uplatniť preventívne opatrenia v rámci podnikového ergonomického programu. Výstupom práce je návrh modifikovaného dotazníka Nordic Questionnaire, ktorý poskytne podklady pre včasné uplatnenie preventívnych opatrení v rámci podnikového ergonomického programu v spolupráci s podnikovými štruktúrami zameranými na bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci.

Kľúčové slová: Podporno-pohybový systém. DNJZ. Symptómy syndrómu karpálneho tunela. Ergonómia. Modifikovaný dotazník Nordic Questionnaire.

Úvod do problematiky

Ochorenia a poškodenia podporno-pohybového systému (PPS) predstavujú v súčasnosti vážny problém nielen na Slovensku ale i celosvetovo, v súvislosti s ich prevalenciou. Celkovo sa radia ochorenia PPS medzi najčastejšie diagnostikované profesionálne ochorenia. Patria medzi najrozšírenejšie dlhotrvajúce ochorenia u pracovníkov takmer vo všetkých odvetviach a ich liečba a následné odškodňovanie sú finančne náročné. Narastajúci výskyt týchto ochorení úzko súvisí s charakterom vykonávanej práce, ktorá je ovplyvnená požiadavkami trhu. V súčasnosti sa stále viac presadzuje spôsob výroby tzv. „just - in - time“, preferujúci dodávanie produktov priamo k odberateľovi bez skladovania hotových výrobkov. Tento systém výroby sa často spája s nárazovou prácou, ktorá nie je prispôsobená schopnostiam pracovníkom ale požiadavkám (nárokom) odberateľov.

Do popredia vystupuje pracovná činnosť, charakterizovaná častým opakovaním rovnakých pracovných pohybov (operácií) s nárokmi na pohybovú koordináciu a zmyslovú kontrolu. V mnohých prípadoch je práca vykonávaná dlhodobo vo vynútenom pracovnom tempe s nadmerných statickým zaťažením a jednostranným preťažovaním končatín vo vynútených pracovných polohách [1]. Uvedené typy zaťaženia pri práci spôsobujú poškodenia predovšetkým PPS zamestnancov. Tieto ochorenia sa výrazne podieľajú na znižovaní kvality

života pracovníkov. Zapríčiňujú dlhodobú a opakovanú práceneschopnosť, často recidivujú a postupne sa ťažkosti menia z akútnych na chronické a môžu viesť až k úplnej invalidizácii. Sprievodné ťažkosti obmedzujú pracovníkov nielen z hľadiska zdravotných dopadov, ale sú aj príčinou ich zníženého pracovného výkonu, znižuje sa celková produktivita a kvalita výrobkov aj služieb a podieľajú sa aj na znižovaní kvality ich života.

Vzhľadom k závažnosti výskytu ťažkostí a chorôb všeobecne PPS, je potrebné dbať nielen na poskytnutie adekvátnej liečby pracovníkov a ich opätovné začlenenie do pracovného procesu, ale hlavnou prioritou má byť prevencia vzniku týchto ochorení a poškodení. Včasná identifikácia symptómov poškodení PPS u pracovníkov v podniku môže pomôcť pri zvyšovaní efektívnosti prevencie chorôb súvisiacich s prácou, kvalitu života pracovníkov a ich pracovnú výkonnosť. Toto úsilie spadá pod primárnu prevenciu [2]. Tá sa zameriava na včasnú identifikáciu negatívnych rizikových faktorov pri práci, spôsobujúcich vznik ťažkostí spojených so syndrómom karpálneho tunela a na včasné vyhľadávanie pracovníkov, u ktorých sa začali prejavovať prvotné príznaky tohto ochorenia. Ergonómia môže účinne prispieť k riešeniu problematiky prevencie výskytu ťažkostí a ochorení PPS súvisiacich s prácou, vrátane syndrómu karpálneho tunela.

Práca sa zameriavala na hľadanie metód prevencie syndrómu karpálneho tunela cez včasné zisťovanie výskytu jeho symptómov, ktoré k nemu vedú, tak aby bolo možné včas uplatniť preventívne opatrenia v rámci podnikového ergonómického programu v súčinnosti s podnikovými štruktúrami zameranými na bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci.

Vzájomný vzťah človeka a pracovného prostredia

Človek v pracovnom prostredí strávi približne polovicu svojho života. Počas tohto obdobia je pracovník vystavený rôznorodému spektru faktorov, pôsobiacich pri práci. Napríklad fyzikálne, chemické, biologické, fyziologické, psychologické, psychosociálne a sociálno-ekonomické faktory. Každý z týchto faktorov môže predstavovať riziko vzniku poškodenia zdravia človeka. Samotné pracovné podmienky sú tvorené pôsobením pracovného prostredia a spôsobom vykonávania práce. Úlohou spoločnosti je vytvárať také pracovné podmienky, ktoré umožnia vykonávať prácu bez poškodenia zdravia a zároveň sa zabezpečí pozitívny vplyv na telesné a duševné schopnosti pracovníkov. Ak sa však pracovné podmienky zanedbávajú, potom narastá riziko vzniku pracovných úrazov, chorôb z povolania a iných poškodení zdravia pri práci alebo ochorenia podmienené prácou, stúpa celková chorobnosť, predlžuje sa pracovná neschopnosť, klesá celková produktivita práce, v konečnom dôsledku negatívne ovplyvňuje ekonomiku a kvalitu života celej spoločnosti.

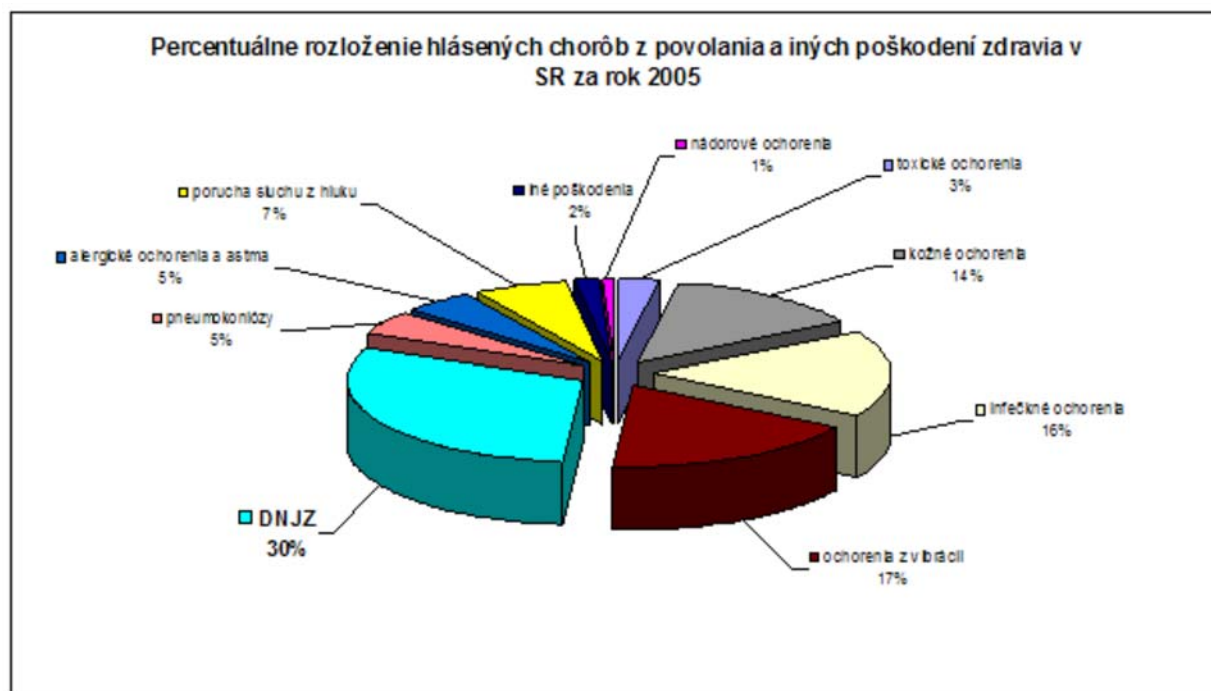
Ochrana zdravia pri práci sa zabezpečuje vytváraním zdravých pracovných podmienok. Tvorí ich zdravé pracovné prostredie a zdravotne neškodný spôsob vykonávania práce. Účinnú ochranu zdravia možno dosiahnuť cielenou skupinovú a individuálnou prevenciou. Preventívne opatrenia možno rozdeliť na technické, organizačné, osobnú ochranu, osobnú hygienu pracovníkov životosprávu, zisťovanie a určovanie rizikových prác, posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu a výchova k bezpečnej práci a podpore zdravia [3].

Najčastejším postihnutím, ktoré súvisí s prácou sú poruchy muskuloskeletálneho systému (podporno-pohybového systému). Dlhodobé preťaženie následkom ergonomicky nevhodných pracovných podmienok často vedie k narušeniu funkcie podporno-pohybového systému s následným pestrým spektrom klinických symptómov. Väčšinu ochorení PPS súvisiacich s prácou predstavujú kumulované poruchy, ktoré sú spôsobené opakovaným vystavením vysokej alebo nízkej intenzite záťaže počas dlhého obdobia [4].

Termín ochorenia z dlhodobého nadmerného a jednostranného zaťaženia (DNJZ) sa používa na Slovensku na označenie profesionálnych chorôb, ktoré poškodzujú štruktúry PPS človeka. Tieto ochorenia postihujú kosti, kĺby, šľachy, svaly, nervy, cievy a vznikajú pri rozličných pracovných činnostiach, ktoré sú spojené s dlhodobým, nadmerným a jednostranným zaťažením končatín s nedostatočným časom na odpočinok a regeneráciu namáhaných oblastí. Podľa slovenskej legislatívy sú profesionálne ochorenia z DNJZ uvedené v zozname chorôb z povolania ako položka č. 29 [5].

V súčasnosti poškodenia PPS z DNJZ postupne vstupujú do popredia záujmu nielen v Slovenskej republike, ale i v ostatných krajinách Európskej únie, v USA a ďalších krajinách vo svete s vyspelým priemyslom. Tento stav súvisí s vysokou prevalenciou týchto ochorení v populácii. V rámci Európy predstavujú poškodenia PPS najčastejší problém súvisiaci s prácou. Nárast výskytu týchto poškodení úzko súvisí s výkonom pracovných činností, ktoré sú často spojené s vysokým statickým zaťažením pracovníkov, vysokým pracovným tempom a s vynakladaním nadmernej sily pri práci.

Dôležitým ukazovateľom úrovne pracovných podmienok je daný výskyt chorôb z povolania, profesionálnych otráv a iných poškodení zdravia z práce. Na Slovensku sa hlási ochorenie zapríčinené DNJZ končatín ako choroba z povolania od roku 1976. Podľa Národného centra zdravotníckych informácií patria ochorenia z DNJZ nielen na Slovensku, ale aj vo väčšine štátov Európskej únie k najčastejšie hláseným chorobám z povolania. Od roku 1997 do roku 2005, podľa počtu hlásení, boli tieto ochorenia u nás uvedené vždy na prvom mieste [6]. V grafe č. 1 je zrejмый vysoký podiel ochorení z DNJZ zo všetkých priznaných chorôb z povolania za rok 2005.



Graf č. 1 Percentuálne rozloženie hlásených chorôb z povolania a iných poškodení zdravia v Slovenskej republike za rok 2005 [6]

Platí, že u klasických chorôb z povolania je známy vzťah medzi veľkosťou pôsobenia príčinného faktora v pracovnom prostredí a jeho výsledným účinkom na pracovníka. Pri ochoreniach z DNJZ je potrebné zdôrazniť ich multifaktoriálnu etiológiu. Vznik ochorenia je podmienený jednak faktormi práce, individuálnym anatomicko-funkčným vybavením pracovníka pre určitý druh a spôsob vykonávania práce [7]. Na vznik nepriaznivo pôsobí aj rad mimopracovných faktorov, ako napríklad vek, fajčenie, obezita, záľuby, dlhodobá mimopracovná alebo športová aktivita. Ďalšiu skupinu mimopracovných faktorov predstavujú rôzne prekonané úrazy a poranenia, rôzne choroby (reumatoidná artritída, poúrazové stavy) a ich následky.

Ochorenia PPS väčšinou neohrozujú ľudský život, ale výrazne sa podieľajú na znižovaní jeho kvality. Ťažkosti postupne prechádzajú z akútnych do chronických foriem a môžu viesť k ochoreniam končiacim invalidizáciou. Takto postihnutí ľudia majú ťažkosti v pracovnom procese i pri mimopracovných aktivitách. Pretrvávajúce ťažkosti a bolesti obmedzujú pracovníka pri pracovných aktivitách a spôsobujú tým negatívne psychické zmeny, ktoré postupne zhoršujú fyzický stav jedinca. To spôsobuje nielen osobné ťažkosti a výpadok príjmov pracovníkov, ale aj nezanedbateľné náklady pre podniky a národné hospodárstvo.

Tieto ochorenia môžu postihnúť každého zamestnanca, možno im však predchádzať hodnotením pracovných úkonov, zavedením preventívnych opatrení a kontrolovaním účinnosti týchto opatrení.

Výskyt ťažkostí a chorôb PPS sa dáva do súvislosti s nedostatkami pracovísk z hľadiska ergonómie a nedostatočným prispôbením práce a pracovných podmienok možnostiam a schopnostiam organizmu postihnutých pracovníkov a dlhodobým, nadmerným a jednostranným zaťažením PPS pri práci. Ide o dôsledky kumulatívne patogénnych fyzikálnych faktorov, ako sú moment sily, ktoré sa na Slovensku označujú ako choroby z DNJZ [8].

Napriek množstvu odbornej literatúry, príčinný vzťah medzi ťažkosťami a chorobami PPS a faktormi pracovného prostredia zostal predmetom značnej diskusie [2]. Medzi rizikové pracovné aktivity z hľadiska vzniku ťažkostí a chorôb PPS patria z hľadiska biomechaniky najmä[9]:

- rýchlo vykonávané a často sa opakujúce pohyby pri vykonávaní pracovných činností,
- nadmerné statické a zaťažovanie PPS pri práci,
- pracovné operácie vyžadujúce vynakladanie nadmernej sily a vplyv vibrácií.

Podľa Lasta je riziko definované ako pravdepodobnosť, že sa určitý jav vyskytne. To znamená, ak osoba ochorie alebo zomrie v danom časovom období alebo veku [10]. Riziko chorôb súvisiacich s prácou možno znížiť, respektíve eliminovať len vtedy, keď sa v praxi dôsledne a systematicky uplatnia aspekty primárnej, sekundárnej i terciárnej prevencie.

Vhodná ergonomická intervencia proti rizikovým faktorom sa považuje za účinnú pri prevencii uvedených chorôb. Môže zredukovať výskyt chorôb PPS približne o 30 až 40 % [11]. Prostriedky primárnej prevencie sú technického, organizačného (administratívneho) charakteru. Podľa Rosecranca je primárna prevencia doménou hygieny práce, ergonómie a psychológie práce. Prioritným zámerom týchto oblastí je sledovať vznik symptómov ochorení súvisiacich s prácou, a včasné rozpoznanie prvých náznakov ťažkostí pracovníkov pri práci. Sekundárna prevencia sa potom zameriava na skorú diagnostiku a adekvátne liečenie chorôb súvisiacich s prácou. Terciárna prevencia má za cieľ zabrániť recidívam, prípadne zhoršeniu už prítomnej choroby. Realizuje sa prostredníctvom adekvátnej rehabilitácie po úspešnej terapii, pričom je snaha, aby sa po odstránení rizikových faktorov, ktoré ochorenie spôsobili, mohol zamestnanec vrátiť na svoje pôvodné pracovisko [2].

Účink kumulatívne patogénnych rizikových faktorov z hľadiska ergonómie spočíva v ich

negatívnom vplyve na zdravie pracovníkov, ktorý sa neprejaví hneď, ale až po určitom čase. Najskôr sa ťažkosti začnú prejavovať v zaťažovaných častiach PPS. Tam, kde sú z hľadiska ergonómie nepriaznivé podmienky, môžu tieto ťažkosti aj po krátkej pracovnej expozícii prerásť do bolestivých syndrómov.

Pokiaľ sa dôsledne uplatňuje primárna, sekundárna i terciárna prevencia prispeje sa k:

- kontrole zdrojov rizík,
- identifikovaniu nových rizík v čo najkratšom čase a poskytnutiu adekvátnej a cielenej terapie a rehabilitácie zamestnancom,
- zabráneniu recidív chorôb u vyliečených postihnutých a prevencii zdravých pracovníkov vystavených tým istým rizikovým faktorom,
- zisťovaniu nových vzťahov medzi vplyvom rizikových faktorov a sledovanými chorobami.

Ochorenia horných končatín z DNJZ

Ochorenia horných končatín z DNJZ je možné rozdeliť na ochorenia nervov (neuropatie), šliach a šľachového puzdra (tendinitis a tendovaginitis), šľachových úponov svalov (epicondylitis), kostí, kĺbov (arthrosis, arthritis) a mazových váčkov (bursitis). Tieto ochorenia spôsobujú bolesť, nepohodlie, pocity trpnutia a pálenia. Ďalšie symptómy sa môžu rozvinúť po expozícii chladu, alebo pri používaní vibrujúcich nástrojov. Spôsobujú opuchy v kĺboch, znižujú mobilitu končatín a intenzitu uchopenia prstami a menia sfarbenie pokožky na rukách alebo prstoch. Ochorenia horných končatín z DNJZ sa obvykle vyvíjajú postupne a sú spôsobené kumulatívnym účinkom mnohých faktorov, ktoré evidentne oslabujú silové schopnosti človeka. Výsledkom je svalová slabosť, ktorá spôsobuje poškodenia mäkkých tkanív šije, ramien a horných končatín. Medzi hlavné rizikové faktory ochorení horných končatín z DNJZ patrí manipulácia s ťažkými bremenami, lokálny tlak náradia príp. pracovnej plochy, nevyhovujúce tepelno-vlhkostná mikroklima, nadmerná hlučnosť, vibrácie, nefyziologické pracovné polohy, statická práca, monotónna práca, vysoké pracovné tempo a nedostatok času na regeneráciu [12]. Medzi najčastejšie ochorenia horných končatín z DNJZ patria úžinové syndrómy nervov. Z nich je syndróm karpálneho tunela (SKT) najznámejším a najrozšírenejším úžinovým syndrómom [13]. Vzhľadom k početnosti tohto ochorenia, sme sa rozhodli podrobnejšie rozpracovať problematiku SKT a symptómy, ktoré sprevádzajú jeho vznik. Predovšetkým znalosť symptómov, ktoré sprevádzajú rozvoj SKT v jednotlivých štádiách je podstatná pre tvorbu preventívnych opatrení v podnikoch. V rámci preventívnych opatrení je uplatňovaná snaha odhaliť prípady ochorení skôr, ako sa prejavia.

Syndróm karpálneho tunela

Na základe rôznych štatistických údajov pochádzajúcich z aktuálnych analýz je možné tvrdiť, že v rámci všetkých ochorení WRMSDs (Work-related Musculoskeletal Disorders) sa najčastejšie vyskytuje syndróm karpálneho tunela (SKT) – 57,6 %. Údaje o výskyte SKT sa však podľa rôznych autorov podstatne líšia. Podľa amerických autorov sa dá predpokladať, že riziko vzniku počas života jedinca je okolo 10 %, ročná incidencia sa pohybuje okolo 0.1 %

u dospelých, prevalencia okolo 2,7 %.

V bežnej populácii predstavuje prevalencia klinicky diagnostikovaného SKT 2,7 %. Je potvrdené, že u 1 z 5 jedincov v bežnej populácii sa môže vyskytnúť jeden zo symptómov SKT [14]. Najväčší výskyt SKT bol zaznamenaný v priemyselnej výrobe (46 %), v službách (16,7 %) a maloobchode (12,8 %). Takmer polovica prípadov SKT (47,5 %) viedla k absencii zamestnania na viac ako 31 dní.

Podľa väčšiny štúdií medzi jedincami so SKT prevládajú ženy v pomere 3-4:1 s obojstranným poškodením rúk, pričom je vo všeobecnosti postihnutá vo väčšej miere dominantnejšia končatina. SKT sa dáva do súvisu s DNJZ horných končatín, konkrétne s opakovanými pohybmi prstov a dlane [15, 16]. Už v roku 1854 opísal Paget prejavy SKT u chorého po zlomenine distálneho konca rádia. V roku 1913 boli Marie a Foix zaznamenané patologické zmeny, ktoré pozorovali na n. medianus po jeho dlhodobej kompresii u chorého s atrofiou thenaru. V roku 1938 Moersch prvýkrát opísal spontánnu kompresiu nervu a zaviedol termín "syndróm karpálneho tunela". Hlavnú zásluhu na výskume a štúdiu problematiky SKT má Phalen, ktorý od roku 1950 vydal na túto tému sériu odborných prác, ktoré zahŕňali tisíce pozorovaní [17]. V určitých pracovných podmienkach, kde sú pracovníci vystavení dlhodobo pôsobeniu rizikových faktorov práce, je riziko vzniku SKT vysoké. SKT sa vyvíja postupne, klinické prejavy tohto ochorenia sú identifikovateľné už v počiatočných štádiách. Podľa viacerých autorov, zaoberajúcich sa problematikou SKT, trvá aj niekoľko rokov, kým ťažkosti súvisiace s SKT prerastú do chronickej podoby. Postupne môže dôjsť až k ireverzibilným poškodeniam, ktoré znemožňujú jedincovi vykonávať prácu- čiže je evidentný nielen zdravotný ale aj sociálny dopad tohto ochorenia na pracovníka. Znižuje sa jeho príjem z dôvodu práceneschopnosti, zvyšujú sa náklady na liečenie. Neprítomnosť na pracovisku kvôli ťažkostiam súvisiacich so SKT tvorí v priemere 31 dní.

Symptómy tohto ochorenia sa dajú rozoznať v počiatočných štádiách rozvoja ochorenia, kedy ťažkosti ešte nespôsobujú ireverzibilné poškodenia. Z tohto dôvodu je možné vyhľadávať rizikových jedincov v podnikoch, u ktorých existuje šanca vzniku SKT. Všeobecne platí, že jednotlivé prípady je nutné identifikovať ešte predtým, ako sa prejaví. Kvôli tomu je v podnikoch v rámci preventívnych programov dôležité zamerať sa na vyhľadávanie jedincov, s prejavmi prvotných symptómov ochorenia.

Pre tento účel sa doplnil modifikovaný dotazník Nordic Questionnaire, umožňujúci všeobecne mapovať výskyt ťažkostí PPS a vďaka modifikáciám aj špeciálne sledovať aj včas identifikovať počiatočné klinické príznaky, ktoré vedú k postupnému rozvinutiu SKT u pracovníkov.

Rizikové faktory vzniku syndrómu karpálneho tunela

Na vznik SKT je podstatný vplyv profesionálnych faktorov pracovného prostredia. Riziková činnosť z tohto hľadiska sú repetitívna práca, vynútené pracovné tempo pri stereotypnej práci s nedostatkom času na odpočinok. Riziko stúpa pri zvýšenom svalovom napätí stále rovnakých svalových skupín a pri úsilnom úchope rúk pri práci. Vzniká tým porucha krvného zásobovania, čo spôsobuje rýchly nástup únavy. SKT vzniká pri dlhobodej nepriaznivej polohe rúk (viac ako 70° flexie, extenzie, prípadne ulnárna deviácia) a pri asymetrickom zaťažení rúk. Nástroje, ktoré majú tvrdé, ostré hrany alebo majú krátke rukoväte môžu spôsobovať kompresívnu ischémiu, ktorá zapríčiňuje poškodenie myelinizovaných vlákien a ich jednotlivých zväzkov v rámci nervu.

Nedostatok odpočinku, pri vysokých nárokoch práce, dlhšej pracovnej zmene dochádza k zvýšenému riziku poškodenia mäkkých štruktúr. Expozícia chladu a vibráciám zvyšujú riziko vzniku SKT. Pri ich pôsobení dochádza k spazmu ciev, čo má za následok pokles cirkulácie a taktilnej citlivosti v prstoch [7].

Návrh skriningovej metódy vyhľadávania rizikových pracovníkov v podniku z hľadiska výskytu SKT

Vzhľadom na akútnosť výskytu ťažkostí spojených so SKT, sme navrhli skriningovú metódu, ktorá by priamo umožnila vyhľadávať rizikových pracovníkov v podniku z hľadiska výskytu SKT. Na tento účel sme využili osvedčený modifikovaný dotazník Nordic Questionnaire, do ktorého sme zapracovali časť, v ktorej jednotlivé otázky opisovali priebeh klinických prejavov jednotlivých štádií SKT. Štádiá symptómov boli vybrané podľa viacerých literárnych zdrojov. Otázky boli zamerané hlavne na subjektívne hodnotenie symptómov, sprevádzajúcich vznik SKT. Popis symptómov bol formulovaný tak, aby jednotlivé symptómy boli jednoznačné a zrozumiteľné aj pre laikov [17, 18, 19, 20].

Symptómy sme rozdelili na 4 typy, podľa závažnosti a podľa štádia postupujúcich ťažkostí. Jednotlivé symptómy predstavujú nasledujúce ťažkosti:

- Symptóm 1: Mravenčenie resp. trpnutie prstov alebo ruky, najmä palca, ukazováka, prostredníka alebo aj časti prstenníka (nie malíčka).
- Symptóm 2: Bolesť vyžarujúca do pleca, alebo dole do dlane alebo prstov, zvlášť po vynaložení sily alebo vyššej frekvencie opakovania pohybov pri práci. Jej intenzita je príčinou nočného budenia sa.
- Symptóm 3: Pocit slabosti v rukách a problém udržať aj menšie predmety (najmä ráno po prebudení).
- Symptóm 4: Stály pocit straty citlivosti v niektorých prstoch rúk.

Záver

Práca prináša poznatky z oblasti problematiky výskytu symptómov SKT na linkách vybraného podniku. SKT patrí medzi najčastejšie profesionálne postihnutia horných končatín nielen na Slovensku, ale aj v rámci celej Európskej únie a ostaných vyspelých krajín vo svete.

V sledovanom podniku SKT spôsobuje vyradovanie zamestnancov z pracovného procesu, čo zvyšuje nároky na nábor a zácviak nových pracovníkov, preto podnik prejavil záujem o zisťovanie jednak faktorov, ktoré majú vplyv na objavovanie sa symptómov SKT a tiež o včasné objavovanie sa známkov symptómov SKT, ktoré môžu viesť až k rozvinutiu SKT ako choroby z povolania, aby sa mohli realizovať účinné preventívne opatrenia.

Z toho dôvodu mala práca za cieľ navrhnúť skriningovú metódu, ktorou by bolo možné zisťovať rizikových zamestnancov v podniku z hľadiska výskytu SKT a začať u nich s preventívnymi opatreniami.

Použitá literatúra:

- [1] JANDA, V. – GILBERTOVÁ, S. – URBAN, P: Přetěžování horních končetin opakovanými pohyby (RSI Syndrom). Pracovní lékařství, roč. 40, 1988, č.4, str. 180-183. ISSN 0032-6291
- [2] ROSECRANCE, J.C. – COOK, T.M.: Upper Extremity Musculoskeletal Disorders:

Occupational Association and a Model for Prevention. Central European Journal of occupational and environmental Medicine.1998, roč. 4, č. 3, s.214-231. ISSN 1219-1221).

- [3] ŠULCOVÁ, M.: Preventívne pracovné lekárstvo. In: ROVNÝ, I. a kol.: Preventívne lekárstvo. Učebnica pre zdravotnícke školy. Martin: Osveta, 1995. s. 87-97. ISBN 80-217-0574-4
- [4] OSHA: Problematika poškodení podporno-pohybovej sústavy. [online]. Publikovaný: 1.3.2007. Naposledy modifikovaný: 8.6.2007. [citované dňa 4.6.2007]. Dostupné z: <http://osha.europa.eu/publications/factsheets/71/fs71ew07_sk.pdf>.
- [5] Zákon č. 513/2006 Z. z. o sociálnom poistení
- [6] Edícia zdravotnícka štatistika: Choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania v SR 2005. Národné centrum zdravotníckych informácií. Bratislava, 2006. roč. 2006. ZŠ-6/2006
- [7] BUCHANCOVÁ, J.: Ochorenia z dlhodobého, nadmerného, jednostranného zaťaženia končatín. In: Buchancová, J.a kol.: Pracovné lekárstvo a toxikológia. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. str. 449-465. ISBN: 80-8063-113-1
- [8] HATJAR, K.: Hodnotenie rizík v pracovnom procese z hľadiska ergonómie. Bezpečná práca. Dvojmesačník pre teóriu a prax bezpečnosti práce. Bratislava, 2004. roč. 35. str. 3 – 6. ISSN 0322- 8347
- [9] HATJAR, K: Základy ergonómie.(Prednáška). Materialovotechnologická fakulta STU so sídlom v Trnave. Katedra priemyselného inžinierstva a manažmentu. Trnava. 09.11. 2006
- [10] LAST, J. M.: A dictionary of epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2001, s.224. ISBN 0-19514169-5
- [11] HANSEN, S.M. - JENSEN, P.: Arbeidsmiljø og samfundsekonomi i Norden (Working environment and national economies in the Nordic Countries. Nordic Council of Ministres). Report no. 556, 1993
- [12] OSHA: Hazards and risks leading to work-related neck and upper limb disorders (WRULDs) [online]. Publikovaný: 24.01.2007. [citované: 24.08.2007]. Dostupné z: <<http://osha.europa.eu/publications/e-facts/efact16>>
- [13] EHLER, E.: Úžinové syndromy. Česká a slovenská neurologie –tematická príloha, 2000, roč. 63/96, č. 6. s.1-26. ISSN: 1210 – 7859
- [14] ATROSHI, I. – GUMMESSON, Ch. – JOHNSON, R. – ORNSTEIN, E. – RANSTAM, J. – ROSÉN, I.: Prevalence of Carpal Tunnel Syndrome in a General Population. JAMA, 1999, Vol. 281, no. 2, str.153 – 158. ISSN 0098-7484
- [15] BUCHANCOVÁ, J.: Výskyt, etiopatogenéza a klinika syndrómu karpálneho tunela z pohľadu pracovného lekárstva. Medicínsky monitor, 2000, č. 6, s. 12-16. ISSN 1335-0951
- [16] BRHEL, P, - ŘÍHOVÁ, A. – DUFEK, J. – BENEŠOVÁ, E. – STREITOVÁ, H.: Profesionální syndrom karpálního tunelu. Pracovní lékařství, 1999, roč. 51, č. 3. s. 123-129. ISSN. 1212-7191
- [17] RYCHLÝ, Z.: Je syndrom karpálního tunelu diagnostickým a terapeutickým problémem?. SANQUIS, 2002, číslo 18/2002, s. 20-22. ISSN 1212-6535
- [18] American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS): Diagnosis of Carpal Tunnel

Syndrome [online]. Publikované: 06.06.2007. [citované: 12.08.2007]. Dostupné z: <www.aaos.org/Research/guidlines/CTS_guidline.pdf>

- [19] KEYSERLING, W. M.: Occupational Ergonomics: Promoting Safety and Health Through Work Design. In: LEVY, S. B. et al.: Occupational And Environmental Health. Recognizing and Preventing Disease and Injury. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, s.238 – 250. ISBN 0-7817-5551-4
- [20] MFMER: Mayo Foundation for Medical Education and Research. Carpal tunnel syndrome [online]. Publikované: 21.02.2007, [citované: 03.07.2007]. Dostupné z: <<http://www.mayoclinic.com/health/carpal-tunnel-syndrome/DS00326>>

Adresa autora:

RNDr. Katarína Hatiarová
Slovenská zdravotnícka univerzita
Fakulta verejného zdravotníctva
Katedra zdravia pri práci
katarina.hatiarova@szu.sk
02/59-369-303

Výskyt pemphigov na novorodeneckom oddelení.

MUDr. Adriana Czigányiová
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Leviciach
riaditeľ MUDr. Alena Frtúsová, MPH

SÚHRN

Úvod: Najčastejšie infekcie nozokomiálneho pôvodu vyskytujúcich sa na novorodeneckých oddeleniach po konjunktivitídach, sú kožné infekcie – pemphigus neonatorum.

Súbor a metódy: Diagnóza pemphigu sa v prvom rade stanovuje na základe klinických príznakov, ktorými je výsev drobných vesikul, pustul až rozsiahle macerácie povrchu kože. Okrem toho sa z postihnutého miesta vykonáva odber sterov na mikrobiologickú kultiváciu.

Výsledky: V čase od 18.12.2000 – 16.1.2001 bol z novorodeneckého oddelenia Nemocnice s poliklinikou v Šahách nahlásený zvýšený výskyt kožného ochorenia novorodencov – pemphigus neonatorum. Boli vykonané opakované šetrenia jednotlivých prípadov, v rámci ktorých bol zabezpečený odber vzoriek sterov z vonkajšieho prostredia i zo sterilného materiálu a zároveň boli vykonané protiepidemické opatrenia. Pri šetrení posledného prípadu bolo zistené porušenie barierevej ošetrovateľskej techniky zo strany personálu – povolenie vstupu matiek do novorodeneckých boxov. Okamžite bol zabezpečený prísny zákaz vstupu matiek. Koncom januára bola vykonaná opakovaná kontrola dodržiavania barierevej ošetrovateľskej techniky, v rámci ktorej bol vykonaný odber vzoriek sterov. Kultivačné výsledky vzoriek sterov preukázali vyhovujúce výsledky.

Záver: Prísny dodržiavaním barierevej ošetrovateľskej techniky sa zabránilo vzniku a ďalšiemu šíreniu kožných ochorení.

Kľúčové slová: pemphigus neonatorum – nozokomiálne nákazy - protiepidemické opatrenia

Úvod

Nozokomiálne nákazy nie sú novým, dosiaľ neznámym problémom, pretože sa zaznamenávali už od ranného stredoveku v prvých lazaretoch, leprozáriách a nemocniciach. Prvé kroky v prevencii nemocničných infekcií zavedením antisepsy a neskôr asepsy sú úzko spojené s menami mnohých význačných lekárov v minulosti. (1,10).

Prešla éra Semmelweisa, Listera, Pasteura. Základy asepsy, sterilizácie a dezinfekcie a všeobecnej čistoty prostredia nemocníc sa snažíme vynahradiť spoľahnutím sa na antibiotiká a ich baktericídne a bakteriostatické účinky. Asepsa a antisepsa však zostávajú základnými princípmi lekárskej praxe a ich opomenutie znamená porušenie základnej etiky lekárskej práce. (1,10,11,17,18).

Nozokomiálne nákazy sa vyskytujú priemerne u 6 – 8 % pacientov, pričom u osôb s chronickým ochorením môže byť postihnutý každý druhý pacient. (1, 6, 10, 18, 19)

Podľa prof. Červenku definícia nozokomiálnej nákazy znie: „ Nozokomiálne nákazy sú choroby infekčnej etiológie, ktoré vznikli alebo sa prejavili v príčinnej alebo v priamej súvislosti s pobytom alebo s návštevou v zdravotníckom zariadení alebo v príčinnej súvislosti so zdravotníckym výkonom„ .(2)

Nozokomiálne nákazy delíme na:

- špecifické
- nešpecifické

Pod špecifickým rozumieme také infekcie, ktoré vznikajú ako dôsledok liečebných alebo diagnostických postupov. Napr. sekundárne infekcie po operáciách, infekcie urologického traktu po katetrizáciách. Ich prenos sa deje za špecifických nemocničných podmienok. Za nešpecifické nákazy považujeme tie, ktoré sa prenášajú podobne i mimo nemocničného prostredia. (11) Prameňom pôvodcu nozokomiálnej nákazy môžu byť pacienti, zdravotnícky

personál i personál kuchyne a návštevníci. Pôvodcami nozokomiálnych nákaz sú predovšetkým baktérie, ale môžu to byť i vírusy, prvoky a huby. (1,11,17,18,19)

Kožné infekcie nozokomiálneho pôvodu môžu mať pestrý klinický obraz od pustuliek, vezikul, ulceronekrotických zmien až po postihnutie kože i hlbokých podkožných tkanív. Kožné infekcie bakteriálneho pôvodu sa vyskytujú hlavne na novorodeneckých oddeleniach alebo na ďalších oddeleniach pri nedodržiavaní bariérovej ošetrovateľskej techniky. Hlavnými pôvodcami tejto skupiny nozokomiálnych nákaz sú stafylokoky a streptokoky. Pyodermia a impetigo sú prevažne stafylokokového pôvodu. (3,5,11,12,18)

Pemphigus neonatorum – impetigo bullosa neonatorum, infekčné ochorenie, ktoré postihuje novorodencov v druhom týždni života. Najčastejšie je vyvolané baktériou *Staphylococcus aureus*, vzácnejšie streptokokom. Prameňom infekcie bývajú bacilonosiči, hlavne ošetrojúci personál, alebo iné infekčné prostredie. Môže sa vyskytnúť ojedinele ale i epidemicky napr. v pôrodniciach. Na koži dieťaťa sa na zápalovej spodine vysievajú pľuzgiera veľkosti prosa až drobných mincí, naplnené čírou až zakalenou tekutinou, ktorá sa hromadí v dolnej časti pľuzgiera tzv. hypopyon. Môžu byť lokalizované na tele kdekoľvek, najčastejšie však na trupe. Krytie uvedených pľuzgierov praská za 24 hodín. Prasknutím krytiny vzniká erózia, ktorá sa postupne epitelizuje. K celkovým príznakom nedôjde. U detí nedonosených alebo inak oslabených, sa môžu objaviť zväčšené príslušné lymfatické uzliny, zvýšené teploty, hnačky až septický stav. (4, 5, 9, 10,12)

Šírenie stafylokokov v nemocničnom prostredí sa uskutočňuje priamym kontaktom s hnisavou léziou, alebo prostredníctvom inej osoby, hlavne kontaminovanými rukami personálu. Uplatňuje sa i prenos predmetmi kontaminovanými infekčným materiálom. Do vzduchu sa masívne dostávajú stafylokoky pri manipulácii s lôžkovinami, nemocničnou bielizňou, pri prevážoch. Vzdušná cesta je pomerne závažná, nakoľko môžu byť infikovaní súčasne viacerí pacienti i personál. (11,13,14)

Pri nedodržaní hygienicko – epidemiologického režimu chodu oddelenia, je predpoklad pretrvávania multirezistentných tzv. „nemocničných“ kmeňov stafylokokov v nemocničnom prostredí. Vyvolávajú najprv sporadické ľahšie formy infekcií, ktoré sa kedykoľvek môžu zmeniť v závažné infekcie s epidemickým výskytom. (7,11,14)

Cieľom práce bolo preukázať, že dodržiavaním bariérovej ošetrovateľskej techniky je možné predchádzať vzniku a rozšíreniu nozokomiálnych nákaz.

Súbor a metódy

Nemocnica s poliklinikou v Šahách s počtom lôžok 113, pôsobnosťou pre spádovú oblasť počtom obyvateľov 19 839, má pavilónové usporiadanie lôžkových oddelení. Uvedená nemocnica je vzdialená od okresného mesta Levice 40 km . Novorodenecký úsek gynekologicko – pôrodnického oddelenia sa nachádza v gynekologickom pavilóne na 1. poschodí. Novorodenecký úsek pozostáva z troch miestností. Vstupná miestnosť, kde sa nachádza detská vanička, prebaľovací stôl a detská váha. V tejto miestnosti má personál odložené pracovné plášte, ktoré používajú pri vstupe do oboch boxov, oddelené sklenenou stenou i dverami. V jednom boxe sú umiestnené 3 postieľky a prebaľovací stôl. V druhom boxe sú umiestnené 2 postieľky, prebaľovací stôl, vyhrievacie lôžko a inkubátor. V čase výskytu kožných ochorení na novorodeneckom úseku nebol zavedený systém „rooming in“. Pre matky sú k dispozícii 3 izby so 6 posteľami, z toho jedna izba je jednoposteľová a je vyhradená ako izolačná izba. Na tomto poschodí sa nachádza aj pôrodná sála s tromi pôrodnými posteľami.

Podkladom pre epidemiologickú analýzu boli hlásne lístky nozokomiálnych nákaz. Kritériami pre stanovenie diagnózy nozokomiálnej nákazy kožného ochorenia u novorodencov boli klinicky potvrdené kožné prejavy v podobe sýto červeného makulózneho exantému. Odber sterov z postihnutého miesta kože novorodencov sa vykonal navlhčeným sterilným vatovým tampónom vo fyziologickom roztoku . Takto odobratý materiál spolu so správne vyplneným sprievodným lístkom sa zasielal na mikrobiologické vyšetrenie ešte v ten istý deň na oddelenie klinickej mikrobiológie NsP v Leviciach (od XI.2003 súkromná mikrobiologická spoločnosť MIKRO – K).

Obdržané výtery sa rozočkovali na tuhé pôdy - krvný agar v Petriho miske. Takto rozočkovaný materiál v Petriho miskách sa kultivoval 24 hodín v termostate pri teplote 37° C. Na druhý deň sa zabezpečilo odčítavanie kultivačných médií. Pri podozrení, alebo pri nedostatočnej identifikácii sa znova vykonávalo rozočkovanie bakteriologickými kľučkami na pevné pôdy. Buď znova na krvný agar alebo na Endovú pôdu. Potom sa zabezpečila opakovaná kultivácia pôd pri teplote 37° C v termostate s následným a opätovným odčítavaním kultivovaných pôd.

Citlivosť kultivačných kmeňov sa zisťoval diskovým – difúznym testom citlivosti na antibiotiká. Ako testovacia pôda sa použila Mueller – Hintonová pôda. Ako zdroj antibiotík sa používali testovacie disky pripravené z vhodného filtračného papiera. Priemer diskov je 6,5 mm . Označené sú skratkami rôznych druhov antibiotík, aby sa predišlo ich zámene. Disky filtračného papiera sú impregnované určitým množstvom antibiotika, ktorý po priložení na tuhú pôdu difunduje, teda preniká do nej. Na takto pripravenú pôdu sa vylieva testovaný kmeň vo forme inokula. Inokulum sa získa prenesením 5 izolovaných kolónií do 1 ml tekutého 35° - 37° C teplého Mueller – Hintonového bujónu . Po dôkladnom pretrepaní sa 1 kvapka suspenzie pridáva do 5 ml Mueller – Hintonového bujónu. Petriho misky s priloženými diskami sa inkubovali do druhého dňa pri teplote 37° C. Potom sa odčítavajú pomocou šablóny. Odmerané hodnoty sa porovnávali s hodnotami nameranými pri známych citlivých a rezistentných kmeňoch.

Odber vzoriek sterov z vonkajšieho prostredia i zo sterilného materiálu sa vykonával so sterilnými detoxikovanými vatovými tampónmi. Každá jedna vzorka pozostávala z 3 sterov. Na ukladanie už použitých tampónov boli k dispozícii sterilné skúmavky s tekutými pôdami glukósového bujónu a thioglykolátovej pôdy v pomere - 1 glukósový bujón : 2 thioglykolátovým pôdam. Po otvorení sterilne baleného vatového tampónu sa tento navlhčil tekutou pôdou glukósového bujónu a vykonal sa ster z predloženého materiálu. Po vykonaní steru sa vatový tampón zasunul do skúmavky a koniec tampónu sa odlomil. Tento istý postup bol vykonaný i pri odbere steru vatovým tampónom, ktorý bol vložený do tekutých thioglykolátových pôd. Uvedené skúmavky boli uložené v stojane na skúmavky. Takto zabezpečené stery sa odovzdávali hneď po príchode na pracovisko do laboratória mikrobiológie životného prostredia, kde sa následne zabezpečujú ich kultivácia v termostate pri teplote 36 ± 1° C. Po 3 dňoch kultivácie sa tekuté pôdy odčítavali. V prípade zakalenia pôdy sa tieto so sterilnými mikrobiologickými kľučkami rozočkovali na pevné pôdy – krvný agar v Petriho miskách a znova opakovala následná kultivácia, ktorá trvala 5 – 7 dní. Po uvedenej kultivácii bol mikrobiológom vykonané tzv. odčítanie t.j. určenie druhu mikrobiologickej kontaminácie odobratej vzorky steru.

Čas predĺženej hospitalizácie v dňoch, z dôvodu výskytu nozokomiálnej nákazy, sa zistil odčítaním potrebného času pobytu novorodenca po narodení v nemocnici a zo skutočného času, ktorý by bol novorodenec pobudol v nemocnici. Priemerné predĺženie hospitalizácie v dňoch, sa zistilo delením počtu dní predĺženej hospitalizácie s počtom novorodencov, ktorí boli hospitalizovaní z dôvodu výskytu nozokomiálnej nákazy.

Tabuľkovité i grafické spracovanie výskytu kožných ochorení – pemphigus neonatorum na novorodeneckých oddeleniach v nitrianskom kraji a v okrese Levice boli získané z tabuľky I.3. Výročných správ za roky Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Nitre a Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Leviciach z roku 2003. (15,16)

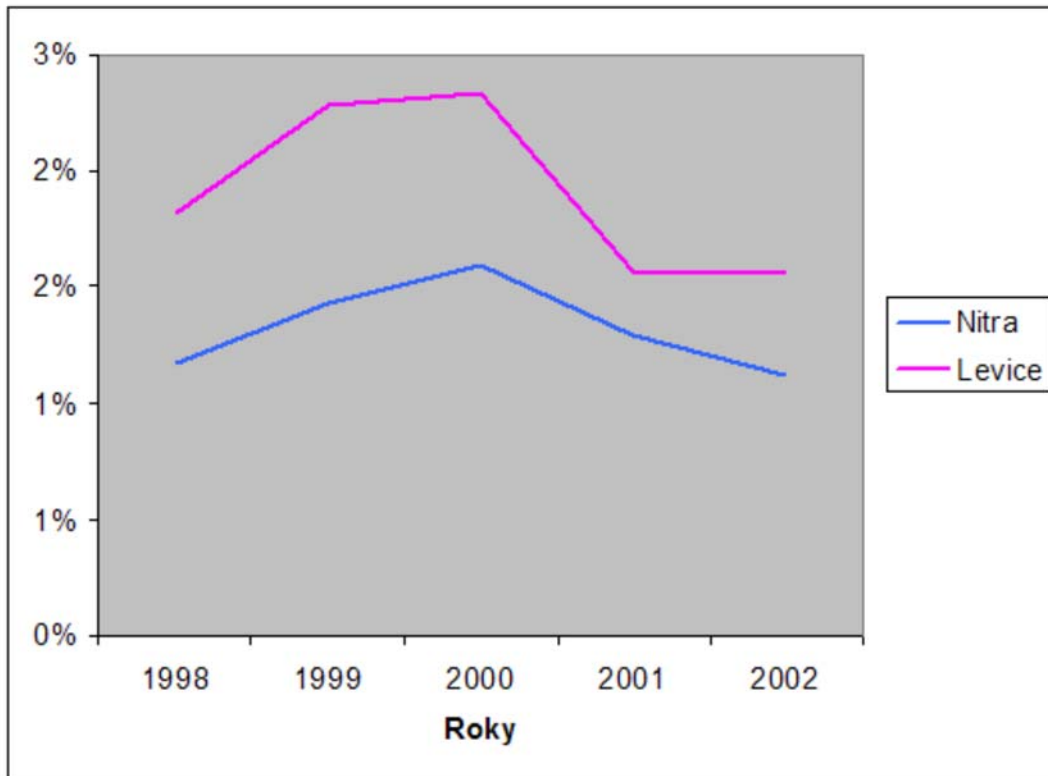
Výsledky

Pemphigus neonatorum – impetigo bullosa neonatorum, infekčné ochorenie, ktoré postihuje novorodencov v druhom týždni života. Najčastejšie je vyvolané Staphylococcus aureus, vzácnejšie streptokokom. Na koži dieťaťa sa na zápalovej spodine vysievajú pľuzgiere o veľkosti prosa až drobných mincí, naplnené čírou až zakalenou tekutinou, ktorá sa hromadí v dolnej časti pľuzgiera tzv. hypopyon. Môžu byť lokalizované na tele kdekoľvek, najčastejšie však na

trupe. Krytie uvedených pľuzgierov praská za 24 hodín. Prasknutím krytiny vzniká erózia, ktorá sa postupne epitelizuje. K celkovým príznakom nedôjde.

V okrese Levice sa v rokoch 1998–2002 hlásilo 2099 prípadov nozokomiálnych nákaz. Za uvedené obdobie bolo v 3 nemocniciach s poliklinikou (NsP) a v psychiatrickej nemocnici (PN) prijatých 110 209 pacientov. Incidencia hlásených nozokomiálnych nákaz za sledované obdobie bola 1,9%. V sledovanom období nitriansky kraj vykazoval 8705 prípadov nozokomiálnych nákaz, čo z počtu hospitalizovaných 657 346 pacientov činí 1,3%. (graf č.1.)

Incidenca hlásených NN.

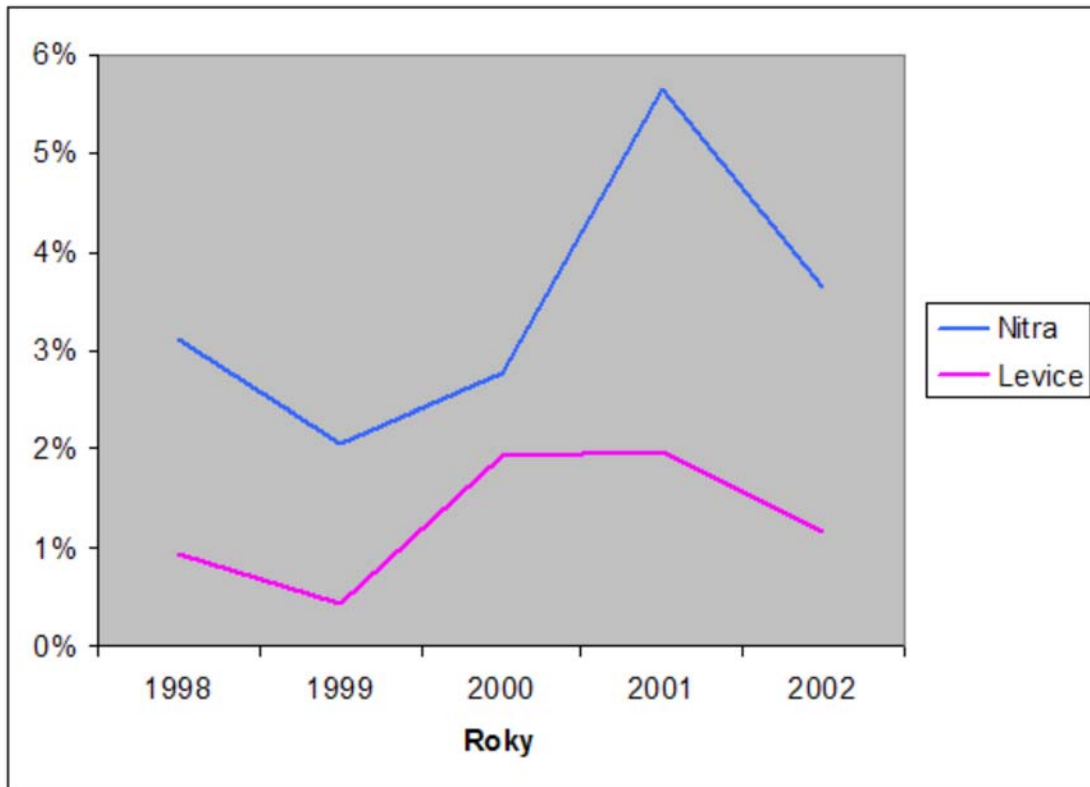


Nitrianský kraj, okres Levice. rr. 1998 – 2002

Graf č. 1

Vyšší výskyt kožných infekcií nozokomiálneho pôvodu bol za roky 1998–2002 zaznamenaný v nitrianskom kraji počtom 294 prípadov, čo činí 3,4%. V okrese Levice bolo za sledované obdobie hlásených 27 prípadov nozokomiálnych nákaz kože, čo činí 1,3 %. (graf č.2.)

Incidenca kožných nozokomiálnych infekcií.



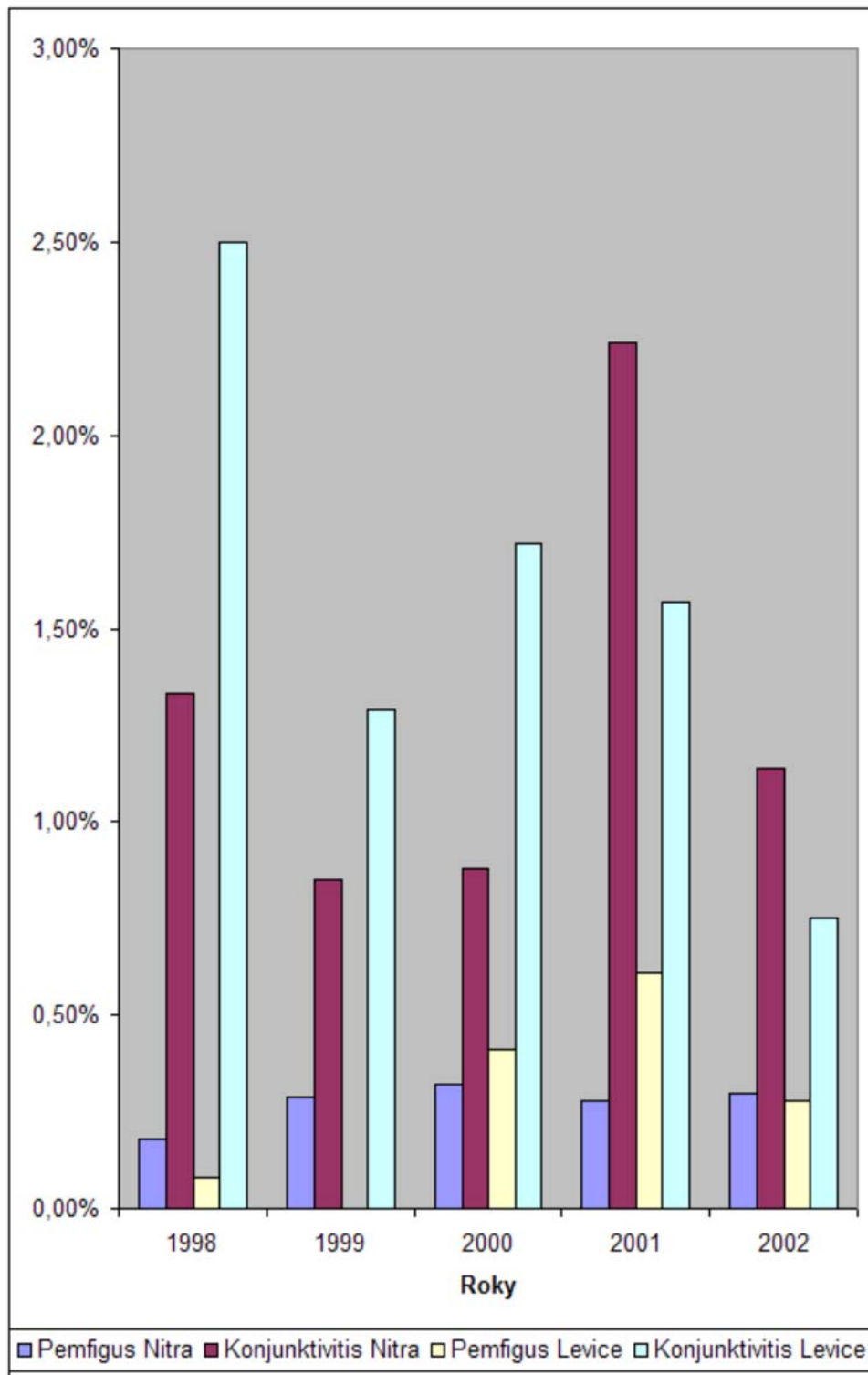
Nitriansky kraj, okres Levice. rr. 1998 – 2002

Graf č. 2

Pemphigy ako nozokomiálne nákazy boli v rokoch 1998–2002 v okrese Levice hlásené počtom 16 prípadov z počtu 5704 narodených detí to činí 0,28 %. V sledovanom období v nitrianskom kraji bolo hlásených 87 prípadov novorodeneckých pemphigov, čo z počtu 31 793 narodených detí činí 0,27 %.

Na základe hlásenia novorodeneckých nozokomiálnych nákaz za roky 1998 až 2002 môžeme skonštatovať, že nozokomiálne infekcie kože novorodencov počtom 16 prípadov t.j. 0,28% sú na druhom mieste za novorodeneckými konjunktivitídami (91 hlásených prípadov t.j. 1,59%). V sledovanom období v nitrianskom kraji bol výskyt novorodeneckých pemphigov počtom 87 prípadov t.j. 0,27% tiež na druhom mieste za novorodeneckými konjunktivitídami počtom 406 hlásených prípadov t.j. 1,28%. (graf č.3)

Incidencia hlásených nozokomiálnych nákaz podľa lokalizácie infekcie.



Nitrianský kraj, okres Levice. rr. 1998 – 2002

Graf č. 3

Dňa 18.12.2000 v poobedňajších hodinách na oddelenie nozokomiálnych nákaz telefonicky nahlásil primár detského oddelenia Nemocnice s poliklinikou v Šahách (NsP v Šahách) 2 prípady výskytu pemphigov na novorodeneckom úseku, čo z počtu už dovtedy narodených 11 detí za mesiac december činilo 18,1%. Deti boli už v čase nahlásenia prepustené do domácej starostlivosti. Lokalizácia pemphigov bola u oboch novorodencov v podpazuší. Vzhľadom na uvedený stav sme telefonicky nariadili zabezpečenie okamžitého odberu výterov nosohltana od celého personálu novorodeneckého úseku. Medzi ďalšie nariadenia patrilo používanie obličajových masiek a prísne dodržiavanie umývania i dezinfekcie rúk.

Dňa 19.12.2000 sme vykonali epidemiologické šetrenie. V čase nášho príchodu sa v ten deň zaznamenal tretí prípad, čiže to z počtu 12 narodených detí činilo 25%. Lokalizácia pemphigu

bola tá istá ako v predchádzajúcich prípadoch, v podpazuší. Stery na kultiváciu z kožných výsevov boli vykonané ako u predchádzajúcich prípadov, tak aj u tohto prípadu. Naše šetrenie sa týkalo výkonu dezinfekcie a manipulácie s bielizňou pre novorodencov a hlavne sme sa sústredili na manipuláciu s novorodencami. Pri kontrole sme nezistili žiadne porušenie bariérovej ošetrovateľskej techniky. Pri kontrole v novorodeneckých boxoch, bola v novorodeneckých postieľkach zistená prítomnosť balíkov jednorázových plienok. Okamžite bol daný zákaz akéhokoľvek ukladania predmetov do novorodeneckých postieľok. Deti boli v pravidelných intervaloch nosené službukonajúcimi sestrami oddelenia matkám na kojenie. Okrem uvedeného, každý deň v doobedňajších hodinách bolo vykonávané kúpanie novorodencov. Túto činnosť vykonávali matky pod dohľadom službukonajúcej sestry v predsieni novorodeneckého úseku, kde bola umiestnená vanička pre novorodencov. Po vykúpaní matky vykonávali aj utieranie, natieranie pokožky dieťaťa olivovým olejom a následné zabalenie do čistej bielizne. Ukladanie novorodencov na jednotlivé boxy do postieľok zabezpečovala službukonajúca sestra. To znamená, že matky mali zakázaný vstup do boxov. Dali sme si predložiť záznamy novorodencov, u ktorých bol výskyt kožnej infekcie a to aj už prepustených, aj záznamu novorodenca nového prípadu.

Po vykonaní odberu vzoriek sterov z vonkajšieho prostredia i zo sterilného materiálu boli s okamžitou platnosťou nariadené ďalšie nápravné opatrenia - izolácie dieťaťa s kožným výsevom, používania obličajových masiek u personálu i matiek, ktorých deti majú kožný výsev, pred akoukoľvek manipuláciou s novorodencami zabezpečiť umývanie rúk a pred manipuláciou s novorodencami s kožným výsevom zabezpečiť umývanie i dezinfekciu rúk s dezinfekčným prípravkom s obsahom alkoholu. Výskyt ďalšieho prípadu kožného výsevu, zabezpečiť okamžité telefonické hlásenie.

Do vianočných sviatkov zostávalo pár dní. Naďalej sme boli s oddelením i s vedúcou lekárkou v telefonickom spojení. Do začiatku vianočných sviatkov nebol zaznamenaný ďalší výskyt kožných eflorescencií u novorodencov. Kultivačný výsledok odberu tampónu z kože preukázal prítomnosť mikróba *Staphylococcus aureus*. Citlivosť na antibiotiká vo všetkých troch prípadoch bola veľmi dobrá. Kultivačné výsledky nami odobratých vzoriek sterov z prostredia i zo sterilného materiálu boli vo všetkých prípadoch vyhovujúce.

Po vianočných sviatkoch dňa 2.1.2001 bola telefonicky kontaktovaná vedúca lekárka novorodeneckého úseku, ktorá hlásila ďalšie prípady pemphigózneho ochorenia u novorodencov. Spolu už s predchádzajúcimi prípadmi sa ich počet zvýšil na 8 prípadov, čo z počtu narodených činilo 42,1%. Dňa 3. 1. 2001 bolo vykonané opakované šetrenie prípadov. Bol vykonaný opakovaný odber sterov a skontrolované dodržiavanie i vykonávanie uložených nápravných opatrení. V rámci šetrenia nebolo zistené žiadne porušenie bariérovej ošetrovateľskej techniky. V čase výkonu previerky sa zopakovala situácia z predchádzajúceho roka, keď sa zaregistroval ďalší prípad pemphigu u dieťaťa narodeného 30.12.2000 jednalo sa v poradí už o 9. prípad t.j. 47,4%. Kultivačné výsledky odobratých vzoriek sterov z prostredia i zo sterilného materiálu boli vyhovujúce.

Dňa 16.1.2001 primár detského oddelenia nám telefonicky oznámil 1 prípad pemphigu u novorodenca. Ešte v ten deň sme okamžite vykonali šetrenie prípadu. V čase šetrenia, podobne ako i v predchádzajúcich šetreniach bolo vykonané opakované šetrenie bariérovej ošetrovateľskej techniky. Z vyjadrenia prítomnej zdravotnej sestry, ktorá vykonávala väčšiu časť služieb počas vianočných sviatkov, bola zistená závažná skutočnosť voľného vchádzania matiek do novorodeneckých boxov. Tento tzv. „samoobslužný systém matiek „ bol len v čase prítomnosti uvedenej sestry, ktorá im to svojvoľne povoľovala. Takto sa stalo, že matky mali v novorodeneckých boxoch voľný prístup ku všetkému materiálu používaného k ošetrovaniu a prezliekaniu detí.

Dňa 30.1.2001 sme vykonali opakovanú kontrolu hygienicko - epidemiologického režimu oddelenia a vrátane odberov sterov zo sterilného materiálu i z prostredia. V rámci previerky sme sa u vrchnej sestry oddelenia a službukonajúcej sestry novorodeneckého úseku cielene zamerali na kontrolu dodržiavania bariérovej ošetrovateľskej techniky. Nezistili sme žiadne závažné porušenie. Kultivačné výsledky odobratých sterov v rámci previerky nám len potvrdili skutočnosť dodržiavania nami uložených opatrení.

Diskusia

Incidenca hlásnej služby nozokomiálnych nákaz počtom 2099 prípadov za roky 1998–2002 z 3 NsP a PN v okrese Levice z počtu hospitalizovaných pacientov činila 1,9%. V porovnaní s hlásnou službou nitrianskeho regiónu, kde sa evidovalo 8705 prípadov nozokomiálnych nákaz z počtu 657 346 hospitalizovaných pacientov činilo 1,3%. I napriek nepatrne vyššiemu percentuálnemu zastúpeniu v okrese Levice oproti nitrianskemu regiónu môžeme skonštatovať, že hlásna služba nie je na požadovanej úrovni. Epidemiologická analýza incidencie hlásených nozokomiálnych nákaz spracovaná Máderovou v rokoch 1980–1989 preukázal výskyt 95 327 prípadov nozokomiálnych nákaz čo z počtu 9 070 541 hospitalizovaných pacientov činilo 1%. (8)

V nitrianskom kraji sa za sledované obdobie nahlásilo 294 prípadov kožných infekcií nozokomiálneho pôvodu, čo z počtu 31 793 novorodencov činí 0,9%. V okrese Levice hlásnou službou za roky 1998–2002 bolo evidovaných 27 prípadov kožných ochorení nozokomiálneho pôvodu. Z počtu 5 704 novorodencov za sledované obdobie to činí 0,5%. Epidemiologickou analýzou incidencie hlásených nozokomiálnych nákaz z novorodeneckých oddelení v rokoch 1982–1983 spracovanou Šrámovou, preukázal výskyt 14 prípadov dermatitíd nozokomiálneho pôvodu. Z počtu 2 674 novorodencov to činí 0,5 % prípadov. (11)

Na základe hlásenia novorodeneckých nozokomiálnych nákaz za roky 1998 až 2002 môžeme skonštatovať, že nozokomiálne infekcie kože novorodencov počtom 16 prípadov t.j. 0,28% sú na druhom mieste za novorodeneckými konjunktivitídami 91 hlásených prípadov t.j. 1,59%. V sledovanom období v nitrianskom kraji bol výskyt novorodeneckých pemphigov v počte 87 t.j. 0,27% tiež na druhom mieste za novorodeneckými konjunktivitídami s počtom 406 hlásených prípadov t.j. 1,28%. K podobnému záveru dospela i Šrámová v rámci incidencie výskytu nozokomiálnych nákaz na novorodeneckých oddeleniach v ČR v rokoch 1982–1983. Výsledky incidenčnej štúdie týkajúcej sa štruktúry nozokomiálnych nákaz ukázali, že k najčastejším nákazám novorodencov patria konjunktivitídy počtom 55 prípadov z 2 674 novorodencov t. j. 2,1%. Hneď za nimi nasledujú kožné infekcie nozokomiálneho pôvodu počtom 14 prípadov t.j. 0,5 %. (11)

Schultz udáva 20% výskyt kožných ochorení v rámci epidémie, ktorý podľa neho nebýva zriedkavý. Podľa Záhradníka mimo epidemického obdobia postihujú drobné kožné lézie asi 4 – 28 % novorodencov, v epidémiách aj 40 %. Výmola vo svojej publikácii prezentuje výskyt drobných kožných lézií u novorodencov, pričom poukazuje na to, že sa občas objavujú epidémie ťažších stafylokokových infekcií kože pričom dôjde k postihnutiu 40% novorodencov. Výsledky epidemiologickej analýzy epidémie pemphigov na novorodeneckom oddelení NsP v Šahách preukázali, že z počtu 27 narodených detí od 1.12.2000 do 10.1.2001, kedy bol zaznamenaný posledný prípad nozokomiálnej kožnej infekcie u 10. novorodenca, to činí 37% výskyt. (10, 14)

Epidemiologická analýza Šrámovej o výskyte kožných infekcií u novorodencov preukázala, že výsev uvedených kožných infekcií je 4. až 8. deň po narodení. V priemere výsev uvedených kožných infekcií bol na 6. deň po pôrode. Výsledky epidemiologickej analýzy epidémie pemphigov na novorodeneckom úseku NsP v Šahách preukázali, že výsev kožných infekcií bol v rozpätí 2 – 6 dní, čiže v prvom týždni života. Priemerný výsev bol na 3,6 deň po narodení. (12)

Bolek so Schultzom sa zhodujú v tom, že infekcie kože a podkožia sú najčastejším prejavom stafylokokovej nákazy. Stafylokokové infekcie môžu vzniknúť v ktoromkoľvek tkanive a môžu mať známe formy zápalu s rozmanitým priebehom. Najčastejšie býva postihnutá koža, hlavne ak je z akýchkoľvek príčin porušená jej integrita, pretože koža predstavuje hlavnú fyziologickú bariéru pred inváziou stafylokokov. Výmola vo svojej knihe prezentuje presne ten istý výsledok. Výsledky prezentovanej epidemiologickej analýzy preukázali, že najčastejším kultivačným výsledkom odoberatých sterov z kože novorodencov bola baktéria *Staphylococcus aureus*. V 8 prípadoch z počtu 10 novorodencov bola kultivačne potvrdená prítomnosť baktérie

Staphylococcus aureus t. j. 80%. (1, 10, 14)

Výskyt stafylokokových infekcií v nemocniciach vyvoláva čoraz väčšie problémy. Stafylokoky patria medzi baktériové druhy, pri ktorých sa rezistencia vyvíja pomerne rýchlo. V posledných rokoch sa venovala veľká pozornosť skúmaniu zložitých problémov rezistencie stafylokokov voči antibiotikám. Viaceré kmene stafylokokov odolávajú účinkom antibiotík jednak svojou schopnosťou rozmnožovať sa v prítomnosti príslušného antibiotika, jednak, ako je to pri penicilíne, tvorbou osobitného enzýmu, ktorý rozrušuje penicilín, t.j. penicilinázy. Dlhoročné skúsenosti dokázali, že systematické používanie antibiotík v nemocničnom prostredí malo za následok prevahu takých stafylokokových kmeňov, ktoré účinkom aplikovaných antibiotík odolávajú. Zahradnícky vo svojej práci prezentoval 10 % citlivosť baktérie Staphylococcus aureus na Penicilín. Na základe štandardnej metódy monitorovania rezistencie Staphylococcus aureus na antibiotiká v Českej republike Šrámová zistila 80% rezistenciu na Penicilín. Krčméry vo svojej práci prezentoval 18 - ročný monitoring rezistencie bakteriálnych kmeňov Staphylococcus aureus na antibiotiká, izolovaných od hospitalizovaných pacientov v Slovenskej republike. Najvyšší výskyt rezistentných stafylokokov bol na penicilín 79–80%. V rámci epidémie pemphigov na novorodeneckom úseku NsP v Šahách bola tiež zisťovaná citlivosť na antibiotiká z odobratého biologického materiálu - steru z kože novorodencov. V každom prípade kultivačného výsledku - Staphylococcus aureus, bola 100 % citlivosť na Penicilín. (7, 11, 17)

Nozokomiálna nákaza je často dôvodom k predĺženiu hospitalizácie. Je potrebné zabezpečiť a vykonať ďalšie lekárske vyšetrenie, začať, pokračovať alebo modifikovať antimikrobiálnu terapiu. Pacienti, u ktorých sa hospitalizácia kvôli nozokomiálnej nákaze predlžuje, blokujú lôžka. Pri zisťovaní prevalencie nozokomiálnych nákaz v nemocniciach v Slovenskej republike v rokoch 1986–1987, ktorú prezentovala Šrámová, sa sledoval i údaj o predĺženej hospitalizácií pacientov z dôvodov nozokomiálnych nákaz. V priemere na všetkých lôžkových oddeleniach to činilo 9,2 dní. Na novorodeneckých oddeleniach priemerne predĺžená hospitalizácia vyšla na 4,3 dni. Výsledky epidemiologickej analýzy v prezentovanej seminárnej práci epidémie pemphigov na novorodeneckom oddelení NsP v Šahách preukázali priemerné predĺženie hospitalizácie o 0,9 dňa. (12)

Havlik vo svojej publikácii udáva podávanie Oxacilínu ako základného prípravku pre liečbu stafylokokových infekcií, pokiaľ nie je k dispozícii mikrobiologická citlivosť. V definitívnej fáze sa však samozrejme treba riadiť výsledkom mikrobiologického vyšetrenia. Trnka pri výskyte impetigo bullosa neonatorum doporučuje vlažné kúpele v slabom roztoku rúžového hypermangánu, kde sa doporučuje mechanicky ľahko odstraňovať kryty pľuzgierov a krúst. Kúpele v kamilkovom odvare sú tiež vhodným doplnkom. Pľuzgieri a erózie sa potierajú 2% acidum salicylicum v masti, Framykoin mastičkou alebo zásypom, 0,5% vodným roztokom genciánovej vianeti, 1–2% endiaronovou pastou. U prípadov doprevádzaných teplotou doporučuje podávať celkovo antibiotiká. Podľa Houštěka je najlepšie postihnuté miesto potrieť jódom tinktúrou. Ak sa nepodarí resorpcia, je možné urýchliť proces prehrievania soluxom, aplikáciou Aphloxu, teplými kamilkovými obkladmi, hypermangánom. V prezentovanej analýze epidémie pemfigov na novorodeneckom oddelení bola zahájená lokálna terapia natieraním Rivanolom. Vzhľadom na mimoriadne rýchlu a úspešnú liečbu uvedeným prípravkom, ani v jednom z prezentovaných prípadov nebolo potrebné pristúpiť k antibiotickej terapii. Novorodenci boli v dobrom stave, v štádiu zaschnutých krúst, prepúšťaní domov. (3,4,12)

Už Schultz v roku 1979 vo svojej publikácii prezentoval, že v cirkulácii stafylokokov na novorodeneckých oddeleniach má mimoriadne postavenie novorodenec, ktorý môže byť nielen ich prameňom, ale aj vnímavým jedincom. V prevencii nemocničných ochorení na novorodeneckých oddeleniach sa nevystačí s prísnyim dodržiavaním zásad aseptického a antiseptického režimu, nestačia ani aplikované antiseptiká a antibiotiká, ale je potrebné venovať mimoriadnu pozornosť umiestneniu, respektíve izolácii novorodencov. Jedným zo spôsobov izolácie novorodencov je umiestnenie novorodenca s matkou. Zrušenie spoločných novorodeneckých izieb má výhodu v tom, že sa pôvodca nákazy nemôže prenášať z novorodenca na novorodenca a že so zvýšenou starostlivosťou matky o dieťa sa zníži riziko infekcie od sestry. Podobný názor preferoval i Zahradnícky, ktorý pripúšťal určitú ochranu pred kolonizáciou a infekciou novorodencov, ich rozdelenie do menších skupiniek - kohort. Spoločne

na jednom boxe boli umiestnení novorodenci narodení v jeden, nanajvýš v dvoch dňoch. Tak boli oddelení mladší novorodenci od starších a častejšie už kolonizovaných. Podobne sa osvedčilo i spoločné ošetrovanie novorodencov s ich matkami, tzv. rooming-in. Kombinácia rôznych opatrení podľa Záhradníckeho môže znížiť výskyt drobných stafylokokových nákaz novorodencov i na 0,1%. Epidemiologické a mikrobiologické nálezy štúdií, ktoré prezentovala Šrámová sa týkali oddelení s charakterom hospitalizácie centrálného typu, kde matky a deti boli hospitalizované zvlášť, t.j. rodičky na izbách a novorodenci v novorodeneckých boxoch. Ich styk bol realizovaný na izbách matiek výhradne počas kojenia. Možnosť porovnať tento typ hospitalizácie s hospitalizáciou rooming-in Šrámovej umožnila dvojročná študijná práca vykonaná pomocou opakovanej prevalencie na oddeleniach, kde matky boli hospitalizované so svojimi deťmi v oddelených izbách: kontakt matky a dieťaťa bol tesný po celú dobu hospitalizácie. Prevalencia nozokomiálnych nákaz novorodencov bola na rooming-in systéme trojnásobne nižšia ako pri centrálnom spôsobe hospitalizácie. V lete roku 2001 sa na novorodeneckom oddelení NsP v Šahách tiež zaviedol systém rooming-in. Po zavedení uvedeného systému hospitalizácie sme na novorodeneckom oddelení nezaznamenali výskyt ani jednej kožnej infekcie u novorodencov. Samozrejme k uvedenému výsledku sa pripája aj sprísnený režim bariérovej ošetrovateľskej techniky novorodencov. (10,11,18)

Záver

Špecifickosť problematiky výskytu nozokomiálnych nákaz na novorodeneckom oddelení je daná skutočnosťou, keď novorodenci po narodení predstavujú panenský terén, ktorý je postupne kolonizovaný mikroorganizmami zo svojho okolia. Vo výsledkoch incidenčných štúdií nozokomiálnych nákaz zistených u novorodencov, boli kožné infekcie na druhom mieste po konjunktivitídach. Protiepidemické opatrenia sú zamerané na prerušenie ktoréhokoľvek článku v procese šírenia infekčných ochorení t.j. prameňa, cesty prenosu a vnímavého jedinca. V našom prípade tretím článkom v procese šírenia infekčných ochorení boli novorodenci.

Medzi základné preventívne opatrenia v rámci opakovaných výkonov šetrení prezentovanej epidémie boli navrhnuté - dôsledné dodržiavanie umývania i dezinfekcie rúk zo strany personálu pred manipuláciu s novorodencami, poučenie matiek o spôsobe umývania rúk i výkonu osobnej hygieny, používanie obličajových masiek zo strany personálu i matiek pri manipulácii s novorodencami s kožným výsevom, pri opakovanom výseve pemphigov zabezpečiť výter z nosohltanu personálu i matiek. Zabezpečiť okamžitú izoláciu dieťaťa s kožným výsevom. Priebežne a natrvalo zabezpečiť používanie jednorázových uterákov pre personál. Vykonávať dôslednú dezinfekciu vaničky po každom použití, taktiež opakovanú, dennú dezinfekciu prebaľovacích stolíkov i kovových konštrukcií detských postieľok.

V mesiaci júl roku 2001 sa na novorodeneckom oddelení NsP v Šahách zaviedol systém rooming-in. Po zavedení uvedeného systému hospitalizácie nebol na novorodeneckom oddelení zaznamenaný výskyt kožných infekcií u novorodencov. Samozrejme k uvedenému výsledku sa pripájalo aj prísne dodržiavanie bariérovej ošetrovateľskej techniky na oddelení.

Použitá literatúra:

1. BOLEK, S. a kol.: Dezinfekce, sterilizace a režim v prevenci nozokomiálnich nákaz 3., přepracované a doplněné vydání. Zdravotnické aktuality 202. Praha: Avicenum, 1984. s. 390.
2. ČERVENKA, J.: Epidemiologie. Učebnice pro středné zdravotnické školy, odbor asistentov hygienickej služby. Martin: Osveta, 1985. s. 269.
3. HAVLÍK, J. a kol.: Infekční nemoci. Příručka pro praktické lékaře. Praha: Galén, 1998. s. 393, ISBN 80-85824-90-6
4. HOUŠTĚK, J. a kol.: Dětské lékařství. Učebnice pro lékařské fakulty. Praha: Avicenum, 1982.

s. 528.

5. HRÚZIK, J., ČATÁR, G., HAVLÍK, J., JÍRA, J., KOUBA, K., METHERNOVÁ, V., VACEK, V.: Infektológia. Učebnica pre lekárske fakulty. Martin: Osveta, 1984. s. 304.
6. KMETY, E.: Epidemiológia 2. prepracované a rozšírené vydanie. Učebnica pre lekárske fakulty. Bratislava: Vydavateľstvo Igor Dráb, 1993. s. 128, ISBN 80-85441-03-9
7. KRČMÉRY, V.st., ANTAL, M.: Výsledky 18 – ročného monitoringu rezistencie bakteriálnych kmeňov *Staphylococcus aureus* na antibiotiká. Lekársky obzor 40, 1991, č.11, s. 607 – 611, ISSN 0457-4214
8. MÁDEROVÁ, E., ČERVENKA, J.: Incidencia nozokomiálnych nákaz na Slovensku. Lekársky obzor 40, 1991, č. 2, s. 49 – 55, ISSN 0457-4214
9. LOBOVSKÁ, A.: Infekční nemoci. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Karolinum, 2001. s. 263, ISBN 80-246-0116-8
10. SCHULTZ, F., KESTNER, J.: Nemocničné nákazy a ich predchádzanie. 2., prepracované a doplnené vydanie. Martin: Osveta, 1979. s. 396.
11. ŠRÁMOVÁ, H. a kol.: Nozokomiální nákazy. Praha: Maxdorf – Jesenius, 1995. s. 224, ISBN 80-85912-00-7
12. TRNKA, J.: Impetigo. Impetigo contagiosa. In: KOLEKTIV AUTORŮ : Lékařské repetitorium. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Svazek I. Praha: Avicenum, 1981. s. 838 – 839.
13. VOLNÁ, F. a kol.: Dezinfekcia a sterilizácia teória a prax. Vrana, Žilina 1999. s. 188, ISBN 80-96824-0-5
14. VÝMOLA, F. a kol.: Stafylokokové infekce. Praha: Avicenum, 1983. s. 236.
15. Výročná správa odboru epidemiológie Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Nitre r. 2003, Tab. I.3.
16. Výročná správa oddelenia epidemiológie Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Leviciach r. 2003, Tab. I.3.
17. ZAHRADNICKÝ, J. a kol.: Mikrobiológia a epidemiológia I Učebnice pre stredné zdravotnícke školy. Martin: Osveta, 1991. s. 609, ISBN 80-217-0326-1
18. ZAHRADNICKÝ, J.: Nosokomiální nákazy. Novinky v medicíně (21). Praha: Avicenum, 1981. s. 103.
19. ZAHRADNICKÝ, J.: Nosokomiální nákazy. In: KOLEKTIV AUTORŮ: Lékařské repetitorium. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Svazek II. Praha: Avicenum, 1981. s. 1205 – 1208.

Adresa autora:

MUDr. Adriana Czigányiová
Javorová 28
943 01 Levice

Kontrola alkoholu z pohľadu komunitných prístupov

PhDr. Róbert Ochaba, MPH – Úrad verejného zdravotníctva SR
doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD., MPH - Úrad verejného zdravotníctva SR
PhDr. Jaroslav Stančiak , MPH – Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
doc. JUDr. Karol Tóth, PhD., MPH, mim. prof. - Slovenská zdravotnícka univerzita

Súhrn

Príspevok charakterizuje súčasnú situáciu užívania alkoholu v Európe a na Slovensku z pohľadu dospeléj populácie. Predstavuje komunitné prístupy s cieľom znižovania problémov s alkoholom. Vzťahujú sa na otázky poskytovania krátkej intervencie praktickými lekármi a odborníkmi v poradniach na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva, vzťahujú sa na oblasť vzdelávania špecifických skupín obyvateľstva a oblasť legislatívno-právnej úpravy s cieľom regulácie správania vo vzťahu k užívaniu alkoholu na verejných miestach.

Kľúčové slová: alkohol – kontrola alkoholu - intervencie

Európa a alkohol

Európa je jedným z najväčších užívateľov alkoholických nápojov na úrovni spotreby 11 litrov čistého alkoholu ročne na dospelú osobu. Aj keď došlo k poklesu spotreby z pohľadu sedemdesiatich rokov, ktorá predstavovala až 15 litrov čistého alkoholu na dospelú osobu ročne, problém z pohľadu podpory verejného zdravia trvá dodnes. Alkohol je po tabaku a zvýšenom krvnom tlaku tretím najzávažnejším rizikovým faktorom, ktorý spôsobuje ochorenia a zhoršuje úroveň verejného zdravia. Posledných štyridsať rokov viedlo k vyrovnávaniu rozdielov v konzumácii alkoholu v Európe, ktoré boli v rokoch 1960 až 1980 sprevádzané nárastom konzumu v strednej a severnej Európe. Väčšina Európanov konzumuje alkohol, pričom alkohol vôbec nekonzumuje iba 15 % dospeléj populácie. Najčastejším nápojom, ktorý sa v Európe konzumuje je pivo (44 %), potom víno (34 %) a nakoniec destiláty alebo tvrdý alkohol (23%). Odhady expertov z Európskej únie a Svetovej zdravotníckej organizácie naznačujú, že v Európe je 23 miliónov ľudí, ktorí majú problémy so závislosťou od alkoholu, čo predstavuje 5 % mužov a 1 % žien.

Pitie piva, vína a liehovín na Slovensku

V sledovanom období rokov 1996 – 2006 sa podľa údajov zo Štatistického úradu SR z roku 2006 výrazne nezmenil trend konzumácie piva u dospelých. Pivo denne pije 8 % dospeléj populácie Slovenska, pričom príležitostne ho pije 40 % dospelých . Až 37 % obyvateľov však pivo nepije vôbec.

V oblasti konzumácie vína u dospeléj populácie je trend stabilizovaný, pričom nedochádza k znižovaniu výskytu konzumu vína. Víno pije najviac respondentov príležitostne až 69 %, vôbec nepije víno 24 % respondentov.

V oblasti konzumu tvrdého alkoholu nedošlo v výrazných zmenách. Za abstinentov od tvrdých alkoholických nápojov považuje 33 % respondentov spomedzi dospeléj populácie.

Kontrola alkoholu na Slovensku

Rámec politiky kontroly alkoholu na Slovensku je vymedzený prostredníctvom WHO Európskej stratégie na politiku kontroly alkoholu a tiež Stratégie EÚ pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s požívaním alkoholu (Framework, 2006; Stratégia EÚ, 2006). História komplexnej politiky kontroly alkoholu však siaha k roku 1992, kedy bol prijatý prvý európsky akčný plán pre problémy s alkoholom. Na Slovensku je v súčasnosti aktuálny Akčný plán pre problémy

spôsobené alkoholom, ktorý schválila vláda v roku 2006. Podľa tohto akčného plánu je za výkon politiky kontroly alkoholu zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR, ktoré v dvojročných intervaloch bude predkladať na rokovanie vlády SR správu o plnení jeho úloh. Prvý krát bol akčný plán na Slovensku schválený vládou SR v roku 2002 a na ktorého výkon boli v zmysle uznesenie vlády č. 929 účelovo určené financie vo výške 33 450 000.- Sk.

Komunitné prístupy

Primárna zdravotná starostlivosť spočíva predovšetkým v krátkej intervencii praktických a detských lekárov ohľadom zvykov vo vzťahu k pitiu alkoholu pri návšteve každého pacienta. Ordinácia praktického lekára má výhodu oproti ostatným druhom prevencie v tom, že ňou prejde takmer každý človek. Štúdie vykonané vo Veľkej Británii dokazujú, že krátka intervencia viedla k 20 % zníženiu výskytu excesívneho pitia alkoholu (Wallace, 1988; Role of general, 2002). Napriek viacerým pozitívnym záverom zostáva problémom výkon krátkej intervencie zo strany lekárov a sestier. Z tohto dôvodu je dôležité odborné vyškolenie lekárov a sestier, ktorí by mali byť odborne kompetentnými v tejto činnosti. Krátku intervenciu by mali v tejto súvislosti vykonávať aj odborníci v poradniach zdravia v rámci siete úradov verejného zdravotníctva.

Vzdelávanie komunít v oblasti kontroly alkoholu, predovšetkým však so zreteľom na cieľovú skupinu koordinátorov prevencie drogových závislostí na školách a pracovníkov RÚVZ, predstavuje jeden z kľúčových nástrojov opatrení na znižovanie problémov súvisiacich s alkoholom. Systematická a dlhodobá edukácia vybraných cieľových skupín má dopad na postoje a správanie mladých ľudí. V tejto súvislosti je dôležitá mediálna výchova a prezentácia vzorových modelov správania sa vo vzťahu k alkoholu. S tým úzko súvisí aj legislatíva v oblasti reklamy s cieľom prijatia úplného zákazu reklamy na všetky alkoholické nápoje.

Zákaz reklamy na alkoholické nápoje prostredníctvom tlačených a vysielacích informačných predstavuje jeden z najúčinnějších nástrojov na znižovanie experimentácie s alkoholom a pravidelných užívaním u detí a mládeže. Z tohto hľadiska je potrebné prijať novelu zákona č. 147/2001 Z.z. o reklame v znení neskorších predpisov. V oblasti televízneho a rozhlasového vysielania je dôležité zakázať reklamu v čase od 6.00 do 22.00 hod. aj na pivo prostredníctvom novely zákona č. 308/2000 Z.z. o vysielaní a retransmisii v znení neskorších predpisov.

Zákaz predaja alkoholických nápojov a zákaz užívania mladými ľuďmi predstavuje z pohľadu znižovania ponuky a dopytu po alkoholických nápojoch ďalší dôležitý nástroj. Regulácia predaja a užívania alkoholu na verejných miestach je obsahom zákona č. 219/1996 Z.z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných služieb. Zákon dáva právomoc obciam, aby obmedzovali predaj alebo požívanie alkoholických nápojov s cieľom ochrany detí a mládeže. Obce túto možnosť využívajú zriedkakedy. V tomto smere je dôležité navrhnúť ustanovenie, ktoré obmedzí predaj a užívanie alkoholických nápojov komplexne na verejných miestach, kde sa priamo alebo v blízkosti nachádza školské zariadenie, detský areál alebo iné zariadenie, ktoré navštevuje mládež.

V oblasti koordinácie a výkonu politiky kontroly tabaku je potrebné podporiť kľúčovú úlohu sektoru verejného zdravotníctva. V zahraničí je kompetencia koordinácie a výkonu niektorých nástrojov kontroly alkoholu uložená úradom verejného zdravotníctva. Dokumenty ako Národný program podpory zdravia a Národný akčný plán pre problémy s alkoholom definujú koordinačnú funkciu rezortu zdravotníctva, respektíve verejného zdravotníctva. Obdobná kompetencia sa vzťahuje aj na výkon prevencie, edukácie a poskytovania poradenstva zo strany úradov verejného zdravotníctva. V tejto súvislosti bude do budúcnosti potrebné personálne a odborne posilniť centrá koordinácie a výkonu kontroly alkoholu na Slovensku.

Použitá Literatúra:

1. Framework for alcohol policy in the WHO European region. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe , 2006, 35 p. ISBN 92-890-1384-2.

2. Názory občanov na problémy spojené s rozšírenosťou drog. Bratislava : ŠÚ SR, 2006, 110 s.

3. Role of general practice setting in the prevention and management of the harm done by alcohol use. Copenhagen : WHO Regional office for Europe , 1992. (Document EUR/ICP/ADA 038).

4. ROOM, R.: Alcohol and the Developing World. Helsinki : A Public Health Perspective. Finnish Foundation for Alcohol Studies, 2002, 276 p. ISBN 951-9192-63-8.

5. Stratégia EÚ na podporu členských štátov pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s požívaním alkoholu. KOM 2006/625 v konečnom znení.

6. WALLACE, P.G.: Are Randomized controlled trial of general practitioners intervention in patients with excessive alcohol consumption. BMJ, 297: 663-668. 1988.

Adresa autora:

PhDr. Robert Ochaba, MPH
Úrad verejného zdravotníctva SR

PRACOVNÁ ZDRAVOTNÁ SLUŽBA NA SLOVENSKU

RNDr. Miroslava Raučinová, Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH
(Katedra komunitnej a preventívnej medicíny Fakulty verejného zdravotníctva SZU,
vedúca: Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH)

Súhrn

Úlohou spoločnosti je vytvárať také podmienky, aby človek mohol svoju prácu vykonávať trvale, bez poškodenia zdravia a aby práca pozitívne vplývala na rozvoj jeho telesných a duševných schopností. V prípade, že sa zanedbávajú pracovné podmienky, pribúdajú pracovné úrazy, choroby z povolania a iné poškodenia zdravia alebo ochorenia podmienené prácou, čím stúpa celková chorobnosť, stúpa pracovná neschopnosť, znižuje sa produktivita práce, čo negatívne ovplyvňuje ekonomiku a následne aj kvalitu života celej spoločnosti.

V minulosti na Slovensku problematiku ochrany a podpory zdravia pri práci riešil systém závodných zdravotných služieb, ktorý sa však po roku 1989 úplne rozpadol. V súčasnosti sa ochrana a podpora zdravia o zamestnancov opiera o novú legislatívu. Od 1. júla 2006 vstúpil do platnosti zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a dňa 1. septembra 2007 nadobudol účinnosť zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia. Z obidvoch spomínaných zákonom vyplýva povinnosť pre zamestnávateľov zabezpečiť pre svoje pracoviská pracovnú zdravotnú službu.

Pracovná zdravotná služba je odborná služba na poskytovanie preventívnych a ochranných služieb zamestnávateľovi, ktoré súvisia s výberom, organizovaním a vykonávaním odborných úloh pri zaisťovaní bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, predovšetkým s prevenciou rizík vrátane psychosociálnych rizík a ochrany pred nimi. Podrobnosti o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby, o zložení tímu odborníkov, ktorí ju vykonávajú a o požiadavkách na ich odbornú spôsobilosť ustanovuje Ministerstvo zdravotníctva vyhláškou č. 458/2006 Z. z. Na Slovensku je k 15.12.2007 83 firiem oprávnených vykonávať činnosť pracovnej zdravotnej služby.

Kľúčové slová: pracovná zdravotná služba, zamestnávateľ, lekárske preventívne prehliadky

Človek strávi priemerne polovicu rokov svojho života v práci, pričom ďalšie dlhé roky života venuje príprave na zamestnanie. V práci je človek vystavený rôznym faktorom pracovného prostredia (fyzikálne, chemické, biologické, fyziologicko-psychologické, psychosociálne a sociálno-ekonomické) ako i ďalších pracovných podmienok, ktoré môžu mať negatívny alebo pozitívny vplyv na jeho zdravie. Úlohou spoločnosti je vytvárať také podmienky, aby človek mohol svoju prácu vykonávať trvale, bez poškodenia zdravia a aby práca pozitívne vplývala na rozvoj jeho telesných a duševných schopností. V prípade, že sa zanedbávajú pracovné podmienky, pribúdajú pracovné úrazy, choroby z povolania a iné poškodenia zdravia alebo ochorenia podmienené prácou, čím stúpa celková chorobnosť, stúpa pracovná

neschopnosť, znižuje sa produktivita práce, čo negatívne ovplyvňuje ekonomiku a následne aj kvalitu života celej spoločnosti. Za tvorbu a ochranu zdravých pracovných podmienok zodpovedá zamestnávateľ a zamestnanci sú povinní dodržiavať opatrenia a zásady zabezpečujúce ochranu ich zdravia, zdravia spolupracovníkov a ostatných ľudí. Úlohou štátu a ustanovených orgánov ochrany zdravia je vytvárať stratégie, legislatívny rámec pre otázky a úlohy ochrany zdravia a zabezpečovať dohľad nad dodržiavaním celospoločenských prijatých podmienok definovaných v zákonoch, vyhláškach, nariadeniach a individuálnych správnych aktoch (Fabiánova, 2003).

V minulosti na Slovensku problematiku ochrany a podpory zdravia pri práci riešil systém závodných zdravotných služieb, ktorý sa však po roku 1989 úplne rozpadol. Nastala situácia, keď sa prevencia chorôb z povolania a poškodení zdravia z práce dostala do úzadia. Pracujúci si mohli vybrať praktického lekára, u ktorého absolvovali vstupnú prípadne výstupnú lekársku prehliadku, periodické preventívne lekárske prehliadky. Dohľad nad pracovným prostredím vykonávali štátne zdravotné ústavy, väčšie podniky si čiastočný dohľad zabezpečovali sami a u menších podnikov, organizácií sa nevykonával vôbec (Jurinová, 2006).

V súčasnosti sa ochrana a podpora zdravia o zamestnancov opiera o novú legislatívu. Od 1. júla 2006 vstúpil do platnosti zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a dňa 1. septembra 2007 nadobudol účinnosť zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia. Z obidvoch spomínaných zákonom vyplýva povinnosť pre zamestnávateľov zabezpečiť pre svoje pracoviská pracovnú zdravotnú službu. Podrobnosti o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby, o zložení tímu odborníkov, ktorí ju vykonávajú a o požiadavkách na ich odbornú spôsobilosť ustanovuje Ministerstvo zdravotníctva vyhláškou č. 458/2006 Z. z.

Pracovná zdravotná služba je odborná služba na poskytovanie preventívnych a ochranných služieb zamestnávateľovi, ktoré súvisia s výberom, organizovaním a vykonávaním odborných úloh pri zaisťovaní bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, predovšetkým s prevenciou rizík vrátane psychosociálnych rizík a ochrany pred nimi.

Zamestnávateľ môže zriadiť pracovnú zdravotnú službu dvoma spôsobmi a to buď vlastnými odbornými zamestnancami, ktorí sú s ním v pracovnom pomere alebo v obdobnom pracovnom vzťahu alebo zmluvne dodávateľským spôsobom s jednou fyzickou osobou alebo s viacerými fyzickými osobami, ktoré sú podnikateľmi, alebo s právnickými osobami a ktoré sú oprávnené na výkon pracovnej zdravotnej služby. Výkon činnosti pracovnej zdravotnej služby dodávateľským spôsobom je možný len na základe oprávnenia na výkon pracovnej zdravotnej služby (Zákon NR SR 124/2006). Povoľenie na uvedený druh činnosti vydáva na obdobie 5 rokov Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorý zároveň kontroluje plnenie podmienok na výkon pracovnej zdravotnej služby (Zákon NR SR 355/2007).

Úlohy pracovnej zdravotnej služby plnia odborní zdravotnícki pracovníci kvalifikovaní na výkon pracovnej zdravotnej služby. Tím odborníkov v zmysle vyhlášky MZ SR 458/2006 Z. z. u zamestnávateľa tvoria s ohľadom na pracovné podmienky:

- a) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore
 - pracovné lekárstvo alebo
 - služby zdravia pri práci,

b) asistent po získaní

- vysokoškolského vzdelania v odbore verejné zdravotníctvo alebo
- vyššieho odborného vzdelania v odbore diplomovaný asistent hygieny a epidemiológie so špecializáciou v špecializačnom odbore zdravie pri práci,

c) sestra,

d) iný zdravotnícky pracovník so špecializáciou v špecializačnom odbore

- hygiena pracovných podmienok,
- vyšetrovacie metódy v preventívnom pracovnom lekárstve a toxikológii alebo
- ergonómia a rehabilitačné inžinierstvo,

e) iný zdravotnícky pracovník po získaní vysokoškolského vzdelania v odbore psychológia so špecializáciou v špecializačnom odbore pracovná a organizačná psychológia.

Úlohou pracovnej zdravotnej služby u zamestnávateľa podľa § 26 zákona č.124/2006 Z. z. je najmä:

1. zisťovať nebezpečenstvá a hodnotiť zdravotné riziká, ktoré ohrozujú zdravie zamestnancov pri práci
2. dohliadať na faktory pracovného prostredia a na stav pracovných podmienok, ktoré môžu ovplyvňovať zdravie zamestnancov,
3. podporovať prispôsobovanie práce zamestnancom,
4. poskytovať poradenstvo zamestnávateľovi i zamestnancom, najmä pri
 - plánovaní a organizácii práce a odpočinku vrátane usporiadania pracovísk a pracovných miest,
 - technológiách a látkach, ktoré sa používajú pri práci a ktoré môžu ohroziť zdravie,
 - ochrane a kladnom ovplyvňovaní zdravia, hygiene, fyziológii a psychológii práce, ergonómii vrátane prostriedkov individuálnej ochrany a kolektívnej ochrany,
5. zúčastňovať sa
 - na vypracúvaní programov ochrany a podpory zdravia zamestnancov, na zlepšovaní pracovných podmienok a na vyhodnocovaní nových zariadení a technológií zo zdravotného hľadiska,
 - na opatreniach pracovnej rehabilitácie,
 - na rozboroch pracovnej neschopnosti, chorôb z povolania, ochorení súvisiacich s prácou a zdravotných rizík,
 - na organizovaní systému prvej pomoci v prípade ohrozenia života alebo zdravia zamestnancov,
6. školiť zamestnancov na poskytovanie prvej pomoci
7. spolupracovať pri poskytovaní informácií, výcviku a výchovy v oblasti ochrany a kladného ovplyvňovania zdravia, hygieny, fyziológie a psychológie práce a ergonómie,
8. dohliadať na zdravie zamestnancov v súvislosti s prácou.

K náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby patrí aj zabezpečenie preventívnych

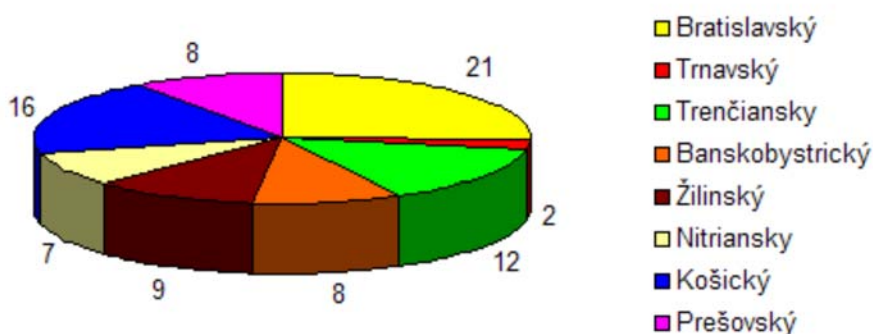
lekárskych prehliadok. Lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci vykonávajú lekári pracovnej zdravotnej služby u zamestnancov

- a) pred nástupom do práce,
- b) v súvislosti s výkonom práce,
- c) pred zmenou pracovného zaradenia,
- d) pri skončení pracovného pomeru zo zdravotných dôvodov,
- e) po skončení pracovného pomeru.

Lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci sa vykonávajú pri pracovnej činnosti druhej kategórie jedenkrát za tri roky, pri práci zaradenej do tretej a štvrtej kategórie jedenkrát za rok. U zamestnancov, ktorí vykonávajú práce zaradené do prvej, druhej, tretej a štvrtej kategórie vykonávajú lekárske preventívne prehliadky lekári pracovnej zdravotnej služby so špecializáciou v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo, klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia a služby zdravia pri práci. Lekárske preventívne prehliadky u zamestnancov, ktorí vykonávajú práce zaradené do prvej a druhej kategórie, môžu vykonávať aj lekári pracovnej zdravotnej služby so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo. Na požiadanie lekára pracovnej zdravotnej služby môžu vykonávať ďalšie doplnkové preventívne vyšetrenia aj iní lekári príslušných špecializácií. Všetky výsledky vyšetrení lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci zaznamená lekár pracovnej zdravotnej služby do zdravotnej dokumentácie a vypracuje posudok o zdravotnej spôsobilosti na výkon konkrétnej činnosti. Posudok odovzdá zamestnávateľovi a kópiu posudku zašle lekárovi, s ktorým má zamestnanec uzatvorenú dohodu o poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Náklady, ktoré vznikli v súvislosti s posudzovaním zdravotnej spôsobilosti na prácu, uhrádza zamestnávateľ (Zákon NRSR 355/2007).

Na Slovensku je k 15.12.2007 83 firiem oprávnených vykonávať činnosť pracovnej zdravotnej služby (Graf č. 1) (www.uvzsrsk).

Graf č. 1: Zastúpenie firiem oprávnených vykonávať činnosť pracovnej zdravotnej služby v jednotlivých krajoch, Slovensko 2007



Dôsledná a kvalitná realizácia výkonu pracovnej zdravotnej služby vedie k zlepšeniu pracovných podmienok ako aj zdravotného stavu zamestnancov. Nová legislatíva priniesla so

sebou aj isté problémy, ktoré vidíme hlavne vo vysokom dopyte po poskytovaných službách, nakoľko pracovná zdravotná služba je podľa zákona povinná a v nedostatočnom počte firiem oprávnených vykonávať pracovnú zdravotnú službu.

Použitá literatúra:

1. FABIANOVÁ, E.: Človek v pracovnom prostredí. In: BUCHANCOVÁ, L. et.al.: Pracovné lekárstvo a toxikológia. 1vyd. Martin: OSVETA, 2003, s. 36 – 38. ISBN 80-8063-113-1
2. JURINOVÁ, A.: Pracovná zdravotná služba: Špecializačná práca. Bratislava. Slovenská zdravotnícka univerzita 2006, 39s.
3. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. (citované dňa 17.12.2007). Dostupné na www.uvzsr.sk
4. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 458/2006 o podrobnostiach o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby, o zložení tímu odborníkov, ktorí ju vykonávajú a o požiadavkách na ich odbornú spôsobilosť
5. Zákon NRSR 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov
6. Zákon NRSR 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia

Adresa autora:

RNDr. Miroslava Raučinová

Fakulta verejného zdravotníctva SZU

Limbová 14, 833 03 Bratislava 37

e-mail: Miroslava.raucinova@szu.sk

Manažment rozvoja sociálnych kompetencií v prevencii a podpore zdravia.

Bc. Lucia Demesová študentka 2. ročníka Mgr. stupňa, ex. št., Verejné zdravotníctvo
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove
Riaditeľ: MUDr. Jozef Sládek, MPH

Súhrn:

Prečo je dôležité venovať sa otázke rozvoja osobných a sociálnych kompetencií (spôsobilostí) v prevencii a podpore zdravia? Pretože priamo ovplyvňujú správanie človeka - spôsob života. Za manažment rozvoja týchto kompetencií sú zodpovední jednak rodičia, škola ale aj ďalšie zložky - školské a kultúrno-osvetové zariadenia, mimovládne organizácie a samozrejme verejné zdravotníctvo.

Môže sa javiť, že na procese rozvoja kompetencií sa podieľa dostatok „zainteresovaných“, ale napr. z pilotnej terénnej štúdie vykonanej Oddelením podpory zdravia pri RÚVZ Trebišov na vzorke študentov ôsmeho ročníka je zrejmé, že títo nielenže nemali možnosť rozvíjať tieto spôsobilosti (89% respondentov), ale 77% opýtaných ani nemalo poznatok o tom, čo sú sociálne kompetencie.

Verejné zdravotníctvo sa preto na procese rozvoja sociálnych kompetencií má podieľať a to cestou účinných tzv. „špecifických preventívnych programov“- kombinujúcich informačný prístup s afektívnym vzdelávaním (rozvojom personálnych a sociálnych kompetencií) predovšetkým zameraných na obdobie adolescencie. Tieto programy by nemali byť ničím „naviac“ (ako to v súčasnosti žiaľ je), ale mali by tvoriť základ činnosti v oblasti podpory zdravia, pretože napĺňajú jej poslanie.

Kľúčové slová: sociálne kompetencie, kľúčové kompetencie pre zdravie, špecifické preventívne programy

Kompetencie a ich vzťah k zdraviu:

Pre dobré porozumenie pojmu kompetencie je na úvod vhodné vysvetliť niektoré (aj v texte používané) pojmy.

Schopnosť je psychická vlastnosť osobnosti, ktorá je podmienkou (predpokladom) úspešného vykonávania určitej komplexnej činnosti, napr. schopnosť abstraktne myslieť, schopnosť učiť sa. Miera schopnosti závisí od vrodenných predpokladov (vláh) a získaných, osvojených predpokladov (napr. učením) pre výkon určitej činnosti.

Zručnosť je špecializovaná schopnosť vykonávať určitú konkrétnu činnosť, riešiť určitý konkrétny problém, napr. čítať, robiť si poznámky. Z tohto vyplýva, že schopnosť učiť sa pozostáva zo systému viacerých zručností. Zručnosť intelektuálnej povahy sa zvykne nazývať aj spôsobilosť.

Kompetencia je schopnosť (správanie, činnosť alebo komplex činností), ktorú charakterizuje vynikajúci výkon v niektorej oblasti činnosti. Kompetencie sú charakteristické prvky činnosti, ktoré sa vyskytujú oveľa častejšie a dôslednejšie pri dosahovaní vynikajúcich výkonov, ako pri dosahovaní priemerných a slabých výkonov v určitej oblasti. Za kompetentného v určitej oblasti sa zvykne považovať človek, ktorý má schopnosti, motiváciu, vedomosti, zručnosti atď. robiť kvalitne to, čo sa v príslušnej oblasti robiť vyžaduje.

Kľúčové kompetencie sú najdôležitejšie kompetencie z množiny kompetencií. Sú vhodné na riešenie celého radu väčšinou nepredvídateľných problémov, ktoré umožnia jedincovi úspešne

sa vyrovnat' s rýchlými zmenami.(1,2)

Ktoré konkrétne kompetencie sú definované ako kľúčové?

V podmienkach SR ustanovuje kľúčové kompetencie pre život v oblasti výchovy a vzdelávania základný strategický dokument vlády SR: Milénium: Národný program výchovy a vzdelávania v Slovenskej republike na najbližších 15 až 20 rokov. Ich rozvíjanie sa zaradilo medzi hlavné ciele výchovy a vzdelávania. Za kľúčové kompetencie sa v tomto dokumente sa považujú okrem iného aj kategórie - interaktívne využívanie nástrojov; interakcia v rámci heterogénnych skupín (sociálne kompetencie); autonómne správanie sa (osobné kompetencie). Podrobnú špecifikáciu jednotlivých kategórií prináša tabuľka č. 1.

Jednotlivé krajiny OECD definujú podobné, ale nie úplne identické kľúčové kompetencie. Existuje síce medzi krajinami zhoda vyjadrujúca potrebu ich definovať, ale v súčasnosti sa nepodarilo dospieť ku všeobecne akceptovaným výsledkom.(3)

Tabuľka č. 1: Kľúčové kompetencie pre život v oblasti výchovy a vzdelávania.

1. Kategória - interaktívne využívanie nástrojov (funkčné a kognitívne kompetencie)

§ Spôsobilosť interaktívne využívať jazyk, symboly a texty (adekvátne komunikácia, aktívne počúvanie, čítanie s porozumením, písomné vyjadrovanie...)

§ Spôsobilosť interaktívne využívať vedomosti a informácie (vedieť vyhľadávať, zatrieďovať, využívať informácie, kriticky myslieť, vyjadrovať svoj názor, logicky myslieť, riešiť problémy)

§ Spôsobilosť interaktívne využiť techniku (využívať informačno-komunikačné technológie)

2. Kategória – interakcia v rámci heterogénnych skupín (sociálne kompetencie)

§ Spôsobilosť vytvárať dobré vzťahy s ostatnými (budovať vzťahy, rešpektovať kultúrnu rôznorodosť a ľudské práva, preberanie zodpovednosti)

§ Spôsobilosť spolupracovať (spôsobilosť podeliť sa na práci tímu, zodpovedne konať)

§ Spôsobilosť zvládať a vyriešiť konfliktné situácie (spôsobilosť analyzovať problém s cieľom priateľného riešenia, kooperatívne riešenie konfliktov, vyjednávanie)

3. Kategória – autonómne správanie sa (osobné kompetencie)

§ Spôsobilosť učiť sa (poznávať pochopiť svoje myšlienkové postupy, spôsobilosť uplatňovať rôzne stratégie učenia a efektívne si osvojovať poznatky)

§ Spôsobilosť správať sa v širších kontextoch (spôsobilosť reflektovať svoju identitu k spoločnosti, vedieť prejavovať a zvládať emócie, spôsobilosť zodpovedne sa rozhodovať, konať a znášať dôsledky, spôsobilosť aktívne tvoriť a ochraňovať životné prostredie)

§ Spôsobilosť plánovať a riadiť svoje životné ciele a rozhodnutia (spôsobilosť sebaregulovať sa cieľavedome riadiť svoj život, spôsobilosť byť zvedavý)

§ Spôsobilosť presadzovať svoje právo, záujmy, obmedzenia a potreby (spôsobilosť pochopiť ich, spôsobilosť správať sa asertívne) (2,3,4)

Osobnosť človeka a jej vzťah k zdraviu

Prečo je dôležité venovať sa otázke rozvoja osobných a sociálnych kompetencií (spôsobilostí) v prevencii a podpore zdravia? Pretože priamo ovplyvňujú správanie človeka.

A práve

správanie t.j. spôsob života je najvýznamnejším kľúčom k zdraviu.

Osobnosť človeka je charakteristická určitými vlastnosťami, názormi a vzťahmi, vlastnými morálnymi potrebami, úrovňou aktivity a radom iných dôležitých schopností, ktoré sa neutvárajú naraz, ale postupne.(5) Vzniká, vyvíja sa a utvára na základe vrodenných predpokladov vo vzťahu k podmienkam života, predovšetkým v procese socializácie.(6) Tento proces začína v detstve, zvlášť intenzívne prebieha v období dospievania a relatívne je ukončený v dospelom veku. Ďalšie zdokonaľovanie osobnosti, jej vlastností pokračuje počas celého života.(5) Osobnosť sa spája s tými zvláštnosťami človeka, na ktorých závisí vyrovnávanie sa s podmienkami a požiadavkami života a životného prostredia (adaptáciou). (6) Na psychickú a preukázateľne i fyzickú stránku človeka má veľký vplyv to, ako človek koná, čo cíti a čo si myslí. Duševné zdravie podľa Svetovej federácie zdravia (WFMH) sa dosahuje vtedy, ak majú ľudia sami k sebe dobrý postoj, ak sa cítia dobre medzi inými ľuďmi, ak sú schopní zvládať požiadavky života. (5) Na to, aby bol človek schopný dosiahnuť duševné zdravie je potrebné venovať pozornosť rozvoju protektívnych faktorov, ktorými sú predovšetkým personálne a sociálne kompetencie.

Sociálne kompetencie – manažment ich rozvoja.

Keďže majú sociálne kompetencie významný vplyv na zdravie je potrebné si položiť otázku: „Kto je zodpovedný za manažment rozvoja týchto kompetencií?

V prvom rade sú zodpovední za rozvoj kompetencií u svojich detí rodičia, respektíve osoby zodpovedné za ich výchovu. Neskôr sú to aj školy a školské zariadenia. V súčasnosti sa v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu presadzuje trend humanizácie výchovy a vzdelávania vo všetkých vyučovaných predmetoch na základných a stredných školách. Tento trend má smerovať k individuálnemu rozvoju osobnosti každého žiaka. Dôležitou otázkou je však do akej miery sa tento nový trend aj uplatňuje v každodennej praxi.

Na základných a stredných školách sa tiež vyučuje predmet etická výchova. Predmet sa v prvom rade zameriava na výchovu k prosociálnosti, ktorá sa má odrážať v morálnych postojoch a v regulácii správania žiakov. Ide však o povinne voliteľný predmet, takže nemá dosah na všetkých žiakov a študentov. (7) Ďalšie možnosti pre rozvoj sociálnych kompetencií poskytujú predovšetkým školské a kultúrno- osvetové zariadenia, mimovládne organizácie a samozrejme verejné zdravotníctvo.

Aj keď sa môže javiť, že na tomto procese sa podieľa dostatok „zainteresovaných“ aj z pilotnej terénnej štúdie vykonanej Oddelením podpory zdravia pri RÚVZ Trebišov na vzorke študentov ôsmeho ročníka je zrejmé, že títo nielenže nemali možnosť rozvíjať tieto svoje spôsobilosti (89% respondentov), ale 77% opýtaných ani nemalo poznatok o tom, čo sú sociálne kompetencie.

Verejné zdravotníctvo sa preto na procese rozvoja sociálnych kompetencií (vo väzbe na

podporu zdravia a ochranu pred rizikovým správaním) má podieľať - cestou preventívnych programov predovšetkým zameraných na obdobie adolescencie.

Metódy a formy preventívnych intervencií

Existuje viacero postupov, ktorými je možné prevenciu realizovať. V zásade by sa však mali uplatňovať najviac, tie ktoré sú najefektívnejšie – „Špecifické programy“ - zamerané na dosiahnutie konkrétnych cieľov v určitej cieľovej populácii. Tieto programy zvyčajne kombinujú informačný prístup s afektívnym vzdelávaním – rozvojom personálnych a sociálnych kompetencií. Kompetencie sa zvyšujú prostredníctvom nácviku, posilňovania, modelovaním.(8) Dôležité je, že nešpecifická a špecifická prevencia sa v praxi musia prelínať a zároveň je nevyhnutná kombinácia informatívneho prístupu a vystužovania osobnosti. Programy zamerané nešpecificky len na prehľbovanie rozhodovacích schopností žiakov - afektívne vzdelávanie boli vyhodnotené ako neefektívne. Neovplyvnili prístup žiakov k drogám a ich užívaniu, iba prehľbili znalosti. (zdroj: Coggan S., et. al.: National Evaluation of Drug Education in Scotlands, ISDD, Edinburgh, 1991).(9) Hlavným dôvodom neúspechu programov zameraných len na afektívne vzdelávanie bola neprítomnosť jasne stanoveného cieľa prevencie a nedostatočný počet intervencií (napr. EXPO program).(8)

Podobne však intervencie zamerané len na podávanie informácií sa považujú za neefektívne. Túto skutočnosť potvrdila aj metaanalýza štúdií, ktoré používali intervenčné techniky didaktického rázu (založené len na sprístupňovaní poznatkov). Príčina neúspechu informačných prístupov je daná tým, že sa často prezentujú len strach budiace správy (napr. fajčenie škodí zdraviu), ktoré však nezodpovedajú každodennej skúsenosti cieľovej skupiny (prevažná väčšina fajčiacich adolescentov ešte nepociťuje žiadne negatívne dopady na zdravia). Podávanie objektívnych informácií môže mať paradoxný efekt, môže znižovať úzkosť mnohých adolescentov, čo môže následne viesť k zvýšeniu konzumácie drog.(8,10) Naproti tomu metaanalýzy programov, ktoré kombinovali informačný prístup s rozvojom spôsobilostí u cieľovej skupiny a mali dostatočne dlhé trvanie dosahovali štatisticky významnú účinnosť.(10, 11)

Pre udržanie a rozvoj zdravia je preto nevyhnutné osvojenie nových informácií a rozvoj spôsobilostí – personálnych ako aj sociálnych.(11, 12)

Rizikové správanie v adolescencii

Počas prechodu z detstva do adolescencie mladí ľudia prežívajú mnohé fyzické a psychologické zmeny. Práve v tomto čase mladí viac experimentujú, riskujú a skúšajú rôzne formy dospelého správania, ktorých výsledok môže priniesť negatívne následky, alebo pozitívne výsledky.

Rizikovými formami správania možno rozumieť jednak rôzne sociálno-patologické javy ako napr. fajčenie, pitie alkoholu, užívanie nelegálnych drog, nebezpečné riadenie auta, rizikové športy, nechránené sexuálne aktivity a porušovanie sociálnych noriem a pod.(13) Nemenej dôležité sú však aj otázky nezdravej výživy (vrátane problematiky anorexie a bulímie) ako aj optimalizácie pohybovej aktivity vo vzťahu k prevencii kardiovaskulárnych, metabolických a nádorových ochorení.(14) Riziká sa dotýkajú každého rozhodnutia v rámci životného štýlu. Ide jednak o vedomé správanie sa vo vzťahu k zdraviu rovnako ako aj nevedomé správanie sa a postupy, ktoré sa vykonávajú v nepriamom vzťahu k zdraviu, avšak obsahujú zdravotné dôsledky alebo riziká.(15) Závažnosť rizikového správania u adolescentov narastá so skutočnosťou, že mladí

Ľudia (ako aj deti) majú väčšiu tendenciu utrpieť fyzické aj emocionálne dôsledky z neho plynúce.

Na toto obdobie je preto nevyhnutne potrebné sústrediť zvýšené zdravotno- výchovné úsilie a samozrejme aj edukačný proces v škole a voľno časové aktivity, tak aby sa mladý človek naučil, čo je potrebné pre existenciu človeka, pre zdravý a tvorivý život. (5)

Jeden z významných rizikových faktorov, ktoré sa uplatňujú pri rozvoji rizikového správania je nedostatočný rozvoj sociálnych kompetencií. Na druhej strane ich optimálny rozvoj pôsobí významne protektívne. (13)

Kľúčové kompetencie pre zdravie

Pri rozhodovaní, na ktoré kľúčové kompetencie sa pri preventívnych programoch zamerať je vhodné vychádzať z publikovanej literatúry. Niektorí autori (Salomäki 2006) ich definujú ako sociálne kompetencie (v zmysle vyššie uvádzaného národného programu ide o osobné a sociálne kompetencie).

Príklad osnov pre rozvíjanie sociálnych schopností:

- 1) Predstavovanie a charakterizácia samého seba (témou je mladý človek resp. dieťa) = ja som;
- 2) Spoznávanie pocitov (vymenujte a vyjadrite pocity);
- 3) Komunikačné schopnosti: schopnosť počúvať, vyjadrovanie myšlienok a nápadov zrozumiteľným a konštruktívnym spôsobom, pozitívne hodnotenie priateľov i seba samého;
- 4) Schopnosti týkajúce sa vzťahov: ako získať priateľov, ako pestovať vzťahy, ako konštruktívne skončiť citové vzťahy;
- 5) Riešenie problémov: stanovovanie pravidiel, vyjadrovanie pocitov konštruktívnym spôsobom, komunikačné schopnosti atď., sprostredkovanie medzi vrstovníkmi, zvládanie tlaku;
- 6) Schopnosti týkajúce sa bezpečnosti: ako povedať nie drogám, ako sa chrániť, ako sa navzájom o seba starať
- 7) Schopnosti spolupracovať: tímová práca, schopnosť pracovať v skupinách; úlohy, chápanie úloh, cvičenie úloh. (12)

Dôležitým faktorom je, že jednotlivé techniky zamerané na rozvoj sociálnych (a osobných) kompetencií sú spojené s výchovou k zdravému životnému štýlu, ale aj k uvedomeniu si negatívnych dôsledkov prameniacych z rizikového správania.

Techniky, ktoré sa používajú majú charakter skupinovej práce – diskusia v skupine (anketová metóda), skúsenostné aktivity v zmysle manipulácie s predmetmi, didaktické hry, hranie rolí a modelovanie situácií, simulačné hry. Učenie založené na týchto metódach:

§ Podporuje pozitívne hodnotenie seba aj druhých (dôležitý predpoklad efektívneho učenia),

§ Je to participatívne učenie - to znamená, že žiaci neprijímajú informácie pasívne, ale iniciatívne a tvorivo sa zúčastňujú na usmerňovaní tohto procesu;

§ Je to kooperatívne učenie – podporuje pozitívne medzil'udské vzťahy, podnecuje otvorenú, efektívnu komunikáciu, podporuje tvorivé myslenie;

§ Je to učenie založené na zážitku a skúsenosti - o zážitkovom učení hovoríme ak, ak priama interakcia s vecami, ľuďmi prináša zmeny v správaní;

§ Je to kreatívne učenie -podporuje napr. tvorivé myslenie.

Cieľom preventívnych intervencií však nie je len rozvoj kompetencií, ale aj zvyšovanie a rozširovanie poznatkov a ovplyvňovanie postojov, ktoré v konečnom dôsledku ovplyvňujú správanie. Na to aby bolo možné dosiahnuť zmenu správania je potrebné, aby boli preventívne intervencie efektívne, je potrebné splniť niekoľko zásad:

1. Skorý začiatok preventívnych aktivít

Osobnostné rysy, názory a postoje sa formujú už v rannom veku dieťaťa. Vytváranie postojov vedúcich k odmietaniu rizikového správania (v neskoršom období) je najľahšie vtedy, keď dieťa ešte žiadny postoj nemá. Preto sa odporúča začať preventívne pôsobiť v predškolskom veku. Prevencia, ktorá sa začína až na druhom stupni základnej školy, sa väčšinou musí snažiť zvrátiť už vytvorené postoje, ktoré sú zvyčajne v úplnom rozpore s tými, ktoré by sme u mladých radi videli.

2. Cielenosť a primeranosť informácií a foriem pôsobenia

Vzhľadom na cieľovú populáciu sa musia brať do úvahy vek, intelektuálna úroveň, sociokultúrne zázemie a ďalšie charakteristiky prostredia, v ktorom adresáti prevencie žijú. Dôležitá je atraktivnosť programu pre každú cieľovú skupinu z hľadiska obsahu, spôsobu podania tak, aby dokázal zaujať, udržať pozornosť a umožnil jeho posolstvo prijať za svoje. Program má byť interaktívny.

3. Orientácia na zdravý spôsob života, pozitívne alternatívy

Preventívne programy sa musia realizovať predovšetkým v kontexte podpory zdravia a podpory protektívnych (ochranných) faktorov v spoločnosti. Majú sa sústrediť predovšetkým na pozitívnu motiváciu – výhody zdravého spôsobu života, na utváranie takého prostredia, kde zdraviu škodlivé správanie je vnímané ako nežiadúce a nie ako neutrálna sociálna norma.

4. Prepojenie prevencie tzv. legálnych a nelegálnych drog vrátane závislostí od činností

Programy zamerané na návykové látky nie je vhodné orientovať len na nelegálne látky, pretože sa tým znižuje vnímanie legálnych látok ako nebezpečných. Takisto nevhodné je tvrdenie, že obe skupiny sú rovnako nebezpečné, pretože to vedie k podceneniu rizík spojených s užívaním tzv. nelegálnych drog. V preventívnych programoch nesmie chýbať problematika tabaku a alkoholu, je východiskom na zoznamovanie s účinkami a následkami ostatných látok.

5. Dlhodobosť a systematickosť, využívanie rôznych prostredí

Prevencia by mala prebiehať od predškolského veku po celý čas školskej dochádzky tak, aby sa poznatky rozširovali a s nimi upevňovali aj žiaduce postoje, aby sa dosiahol tzv. špirálový efekt. Prevencia by sa mala uskutočňovať nie len v škole, ale aj v rodine a v ďalších prostrediach (napr. rôzne kultúrno-osvetové zariadenia). Vykonávanie prevencia v školách učiteľmi, má nevýhodu spočívajúcu v tom, že žiaci ju vždy vnímajú viac ako výučbu. Učitelia sú predsa len viac zameraní na odovzdávanie informácií, učenie, než na vytváranie a usmerňovanie postojov. Majú tendenciu vraviť autoritatívnym spôsobom. Tieto negatívne vplyvy odpadávajú pri práci napr. kultúrno-osvetových zariadení ako aj verejného zdravotníctva – napr. oddelení podpory zdravia

6. Nepoužívanie neúčinných prostriedkov a foriem

Medzi všeobecne neúčinné patria zastrášovanie a prosté zákazy, moralizovanie, jednostranné zameranie iba na informácie o drogách alebo na emočné zážitky, jednorazové akcie vrátane

Záver

Vyššie uvádzané poznatky je nevyhnutné uplatňovať v rámci činností verejného zdravotníctva na poli podpory zdravia a primárnej prevencie (ochorení ako aj nežiadúcich javov). V súčasnosti sú ale takéto efektívne prístupy skôr raritou ako bežnou praxou a toto nemožno považovať za normu. Isteže celá situácia ohľadom (pre zdravie tak potrebných) sociálnych kompetencií a ich rozvoja si vyžaduje systematické riešenie, nemožno však pri tomto konštatovaní skončiť. Je potrebné konať a nečakať, že náš podiel na efektívnej primárnej prevencii (efektívnych preventívnych programoch) za nás urobí niekto iný.

Jedným v podmienkach verejného zdravotníctva dobre realizovateľným prístupom (vychádzajúc z vlastných skúseností) je tzv. peer prístup – peer program, ktorý bol zdrojom poznatkov aj pre tento príspevok.

Použitá literatúra:

1. HRMO, R., TUREK, I.: Kľúčové kompetencie. Bratislava: STU, 2003. ISBN 80-227-1881-5.
2. HRMO, R., TUREK, I.: Návrh systému kľúčových kompetencií. Bratislava : Katedra inžinierskej pedagogiky a psychológie, Slovenská technická univerzita. In: www.mtf.stuba.sk/docs//internetovy_casopis/2003/2/hrmo2.pdf, 24.3.2007
3. Ministerstvo školstva Slovenskej republiky: MILÉNIUM: Národný program výchovy a vzdelávania v Slovenskej republike na najbližších 15 až 20 rokov. Bratislava: IRIS, 2002. 50 s., ISBN 80-89018-36-X
4. BAGALOVÁ, Ľ., GODOLOVÁ, D.: Kľúčové kompetencie. Príprava pre život. Bratislava : Štátny pedagogický ústav, 2006,2007 In: www.statpedu.sk/buxus/docs//skolska_reforma/Kompetencie_prip_rava_pre_zivot.ppt, 15.7.2007
5. FAZEKAŠOVÁ, D., DARGOVÁ, J.: Humanizácia edukácie a tvorivé postupy vo výučbe. Prešov : Fakulta humanistických a prírodných vied Prešovskej univerzity v Prešove. In: www.pdf.uhk.cz/kch/obecna_didaktika_konference/prispevky, 24.8.2007
6. JOBÁNKOVÁ, M. a i.: Vybrané problémy psychologie zdravotnícké činnosti. Učební text. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, 215 s. ISBN 80-7013-127-6
7. Ministerstvo školstva Slovenskej republiky: Učebné osnovy. Etická výchova pre základné školy. In: www.statpedu.sk/buxus/generate_page.php?page_id=1, 19.3.2007
8. SLAVKOVSKÁ, M.: Rozvíjanie sociálnych kompetencií adolescentov v príprave rovesníckych poradcov univerzálnej prevencie závislostí. Prešov : Prešovská univerzita, Filozofická fakulta, Katedra psychológie. In: 194.160.246.99/elpub/FF/Dzuka3/16.pdf, 11.1.2007
9. NOVÁKOVÁ, D.: Prevencia drogových závislostí. In: Prevencia drogových závislostí. Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry. Bratislava : Národné osvetové centrum, 2006, č. 2, s. 6-7, ISSN 1336-9679
10. KAPLAN, R. M., SALLIS, J. F. jr., PATTERSON, T. L.: Zdravie a správanie človeka. Bratislava : SPN, 1996, 450 s. ISBN 80-08-00332-4
11. Nešpor, K. csémy, I., pernicová, H.: zásady efektívni primární prevence. Praha: Sportprogram. 1999, 40 s., In: www.plbohnice.cz/nespor/knizkycz.html, 15.11.2006
12. SALOMĀki, U.: Vývoj citovej inteligencie bráni škodlivému správaniu. In: Prevencia drogových závislostí. Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry. Bratislava : Národné osvetové centrum, 2006, č. 2, s. 4-5, ISSN 1336-9679
13. NEŠPOR, K.: Návykové chování a závislost. Třetí aktualizované vydání. Praha : Portál, 2007; 176 s.. ISBN 978-80-7367-267-6

14. DEMESOVÁ, L., MIŠENDA, P., HRICKO, M.: Peer výchova v prevencii, podpore a rozvoji zdravia. Bratislava : Pracovná skupiny pre rovesnícke programy pri UVZ SR, 2006
15. RUSNAK, M., AUL, S., POLLARD, R., HOLLISTER, R.: Podpora zdravia, zdravotná výchova a životné prostredie. Prednáška. In: <http://www.healthnet.sk>, 25.6.2007

Adresa autora :

Bc. Lucia Demesová

Oddelenie podpory zdravia

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove

Jilemnického 3370/2, 075 01 Trebišov

tv.vychova@uvzsr.sk