

O B S A H

Editorial



L. HEGYI: Dlhodobá starostlivosť o seniorov

Originálne práce:



S. ŽULTÁKOVÁ: Plán zdravotnej výchovy u rómskych tehotných žien



I. ROVNÝ, E. MORVICOVÁ: Stravovacie návyky mládeže v Slovenskej republike

Prehľadné referáty



I. BIELIK: Verejné zdravotníctvo, práca s verejnosťou a práca s médiami



C. KLEMENT, T. GMITTEROVÁ, H. MARKUŠ, I. ROVNÝ:
Biologické zbrane a legislatívne nástroje ich kontroly
III. Zákon o zákaze biologických zbraní a doplnení
niektorých zákonov



R. OCHABA, E. KAVCOVÁ, I. ROVNÝ, K. TÓTH:
Zdravotné následky nedobrovoľného fajčenia u detí a
žien

Dlhodobá starostlivosť o seniorov

Editorial

Kalvach a spol (2004) rozdeľujú zdravotnícke a/alebo sociálne služby pre seniorov na ambulantné a ústavné. Ambulantné služby sa poskytujú v byte klienta alebo mimo byt, napr. v dennom štacionári. Ústavné služby delia uvedení autori na pobyty krátkodobé – obvykle nemocničné ale i sociálne, pobyty subakútne, časovo obmedzené, obvykle do 3 mesiacov a pobyty chronické, dlhodobé, niekedy i trvalé. Pokiaľ ide o pobyty subakútne, jedná sa o indikáciu

- rekonvalescenčnú, rehabilitačnú alebo liečebnú
- diagnostickú
- respitnú čiže zabezpečujúcu pacienta po dobu neprítomnosti opatrovateľa pri dlhodobom ošetrovaní v domácom prostredí
- azylovú pri nemožnosti pobytu v pôvodnom prostredí pre živelnú pohromu, asanačné práce, zneužívanie a týranie a podobne.

Veľmi významné pre prejednávanú tematiku je delenie dlhodobých pobytov na také, ktoré zabezpečujú len bazálnu zdravotnícku starostlivosť, napríklad v ústavoch sociálnej starostlivosti ako sú Domovy dôchodcov, a prevážne zdravotnícku starostlivosť, akú podľa svojho určenia poskytujú odborné liečebné ústavy, liečebne pre dlhodobo chorých alebo ošetrovateľské centrá, napríklad Dom ošetrovateľskej starostlivosti.

Zavázalová charakterizuje dlhodobú ústavnú starostlivosť (long-term care) 1. dlhodobosťou trvania choroby, chronicitou a stupňom zdravotného postihnutia, ktoré zapríčiňuje stratu sebestačnosti a závislosť na starostlivosti druhej osoby, 2. multidisciplinárnym prístupom s ohľadom na spektrum zdravotných, psychických a sociálnych problémov. Starostlivosť má vždy charakter sociálny i zdravotný a jej potreba veľmi významne závisí na psychickom stave pacienta. 3. Zapojením ostatných sektorov (komunity, školstva, služieb a pod.). 4. Spoluprácou zdravotníkov a laikov (rodina, dobrovoľní opatrovatelia, charita, náboženské spoločenstvá a ďalšie). V dlhodobej starostlivosti prevláda starostlivosť ošetrovateľská, paliatívna a rehabilitačná (Zavázalová, 2001).

V Nemecku uskutočnili v roku 1993 štúdiu na 61 000 probandoch, u ktorých skúmali potrebu ošetrovania a potrebu pomoci. Potreba ošetrovania sa vzťahovala na ľudí, ktorí trvale alebo viackrát denne alebo týždenne potrebovali pomoc pri denných činnostiach. Išlo prevážne o imobilných alebo takých, ktorých nebolo možné nechať dlhšiu dobu samých. Potreba pomoci sa vzťahovala na pomoc v domácnosti ľuďom, ktorí neboli schopní si nakúpiť, upratať alebo samostatne spravovať svoje financie. Výskum ukázal, že v zmysle týchto definícií má 1,4 % celého obyvateľstva potrebu ošetrovania a 2,7 % celého obyvateľstva potrebu

pomoci. S rastúcim vekom narastá aj počet ľudí s potrebou ošetrovania: u 65 ročných a starších činí 7,6 %, u 80 ročných a starších 16,4 %. Potrebu pomoci vykazuje 12,5 % ľudí nad 65 rokov a 22,7 % nad 80 rokov (Deimling, 1996).

Pojem dlhodobá starostlivosť vyjadruje poskytovanie zdravotníckej i sociálnej starostlivosti po dlhšiu alebo dlhú dobu, poprípade ako trvalú starostlivosť. Pre inštitucionálnu starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach bola definovaná ako zdravotná starostlivosť, poskytovaná pacientom s komplikáciami viacerých chronických chorôb dospelého veku, ktorých základné diagnózy sú známe a stav nevyžaduje intenzívne vyšetovanie, ale vyžaduje liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik bežných denných činností. V zariadeniach ústavnej sociálnej starostlivosti sa poskytujú služby prevážne sociálneho charakteru. Prelínanie sociálnych a zdravotníckych služieb je v jednotlivých zariadeniach nevyhnutné, pretože vyplýva z charakteristiky chronicky chorého starého pacienta (Hegyí, 2007). Úloha Liečební pre dlhodobo chorých bola jasne definovaná už pri ich založení: „Liečebňa prijíma chorých, u ktorých ani pri použití všetkých dostupných prostriedkov a metód modernej lekárskej vedy sa nedá očakávať zlepšenie v dobe kratšej ako 3 mesiace“ (Pacovský, 1981). Časom sa ukázalo, že úmrtnosť v Liečebniach bola približne trojnásobná oproti nemocniciam (Kalvach a spol., 2004) a že veľká časť poskytovaných služieb má charakter ošetrovania (Busch, 1997).

Ťažkosti pri realizácii takejto starostlivosti nastali, keď sa nemocnice dostali do finančnej tiesne. Za hospitalizáciu chorého na Oddelení dlhodobej starostlivosti (ODCH/LDCH) dostala nemocnica od zdravotnej poisťovne približne 21 000.- Sk. Táto suma pokryje náklady na priemerného pacienta, ktorý netrpí ochorením v jeho akútnej fáze, približne na 3 týždne. Ak zdravotný stav chorého nie je taký, aby sa mohol liečiť ďalej v domácom prostredí, a nemocnica ho teda neprepustí, začína vytvárať dlh, ktorý nemá z čoho uhradiť. Nemocnica je teda nútená prepustiť pacienta bez ohľadu na objektívnu potrebu dlhšej hospitalizácie ako sú 3 týždne. Treba jednoznačne konštatovať, že trojtýždňová liečba nie je liečba dlhodobá. Dlhšiu hospitalizáciu ako na ODCH môže poskytnúť Dom ošetrovateľskej starostlivosti, a to 28 dní. Takisto sa teda nejedná o dlhodobú starostlivosť, navyše v tomto zariadení nie je garantovaná každodenná lekárska starostlivosť. V rámci Slovenska zatiaľ existujú len dve takéto zariadenia. Z uvedených skutočností vyplýva, že v SR v rámci zdravotníckych zariadení nie sme schopní poskytovať dlhodobú starostlivosť.

Dlhodobú starostlivosť môžeme v rezorte zdravotníctva poskytovať v rámci nemocničnej starostlivosti, v denných štacionároch alebo v domácom prostredí. V praxi to vyzerá tak, že v nemocniciach túto starostlivosť nevieme poskytnúť z vyššie uvedených dôvodov, denné štacionáre prakticky nemáme a Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti obvykle nedostanú od zdravotných poisťovní zmluvy na neohraničenú starostlivosť. Pritom platí, že optimálne prostredie pre starého človeka je jeho vlastné domáce prostredie (Hegyí, Krajčík, 2006). V rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny ju vieme poskytovať v zariadeniach sociálnej starostlivosti, čo v geriatrickej znamená Domovy dôchodcov, Domovy penzióny, Domy

opatrovateľskej služby. V domácej starostlivosti ju rezort poskytuje prostredníctvom opatrovateliek, ktoré sú dnes väčšinou už profesionálne.

Z medicínskeho hľadiska sa dá povedať, že dlhodobá starostlivosť sa poskytuje po dobu viacerých týždňov až mesiacov, vyžaduje pravidelný lekársky dohľad a odbornú ošetrovateľskú starostlivosť. Táto starostlivosť je poskytovaná pacientom, ktorých základné diagnózy sú známe a stav nevyžaduje intenzívne vyšetrenie, ale vyžaduje liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik bežných denných činností. Dôvodom k dlhodobej starostlivosti môže byť nepriaznivo prebiehajúce základné ochorenie, napríklad onkologické alebo kardiovaskulárne, ale v geriatrickej každopádne ochorenie, sprevádzané komplikáciami. Za najväčšie komplikácie, indikujúce dlhodobú starostlivosť, považujeme imobilitu a demenciu. Z ďalších geriatrických syndrómov sú to najmä imobilizačný syndróm, vážne poruchy výživy, geriatrický maladaptívny syndróm, opakované ťažké infekcie, depresia, delírium, inkontinencia, retencia moča, obstipácia, poruchy spánku, poruchy termoregulácie, pády a úrazy, ortostatická hypotenzia, dekubity, slepota a hluchota, a ďalšie (Hegyí, 2007)..

Dlhodobá starostlivosť s prevažujúcou náplňou sociálnych služieb sa poskytuje seniorom v zariadeniach sociálnej starostlivosti, najmä ale v domovoch dôchodcov (DD) a v domovoch penziónoch.

K najväčším problémom v DD patrí nedostatok miest, čo komplikuje činnosť LDCH, ktoré majú obmedzenú dobu hospitalizácie. Ďalej je to skutočnosť, že mnohí obyvatelia DD by pre vážny zdravotný stav mali ležať na chronických oddeleniach zdravotníckeho zamerania tiež preto, že DD nie sú personálne ani materiálne vybavené na ich ošetrovanie. Riešením by bolo spoločné financovanie domácej starostlivosti, vykonávané ADOS a vytvorenie ošetrovateľských oddelení (nursing home, Pfllegeheim) (Krajčík, 2000).

Bartošovič zistil, že v príčinách prijatia do DD dominujú sociálne príčiny (63,3 %) nad zdravotnými (36,7 %), pričom so stúpajúcim vekom narastá podiel zdravotnej indikácie. Ľahká až stredne ťažká kognitívna porucha je prítomná u 49,5 % obyvateľov DD, u 3,5 % našiel autor ťažkú kognitívnu poruchu. 59,4 % obyvateľov DD malo trvalé a ťažké bolesti, 34,4 % závraty, 28,9 % dýchavicu, 24,7 % slabosť, 22,8 % nespavosť a 25,4 % smútok (Bartošovič, 2006).

Súčasný systém dlhodobej starostlivosti na Slovensku sa dostal na rúžcestie, nezodpovedá dnešnej situácii najmä v zdravotníctve a vyvoláva otázky ďalšieho vývoja. Je zrejmé, že zdravotníctvo pri súčasnej praxi dlhodobú starostlivosť seniorom neposkytuje. Dá sa konštatovať, že systém funguje v zariadeniach sociálnej starostlivosti s výhradou, že by bola želateľná optimalizácia poskytovania zdravotníckej a najmä lekárskej starostlivosti. Jedna cesta rozvoja by teda spočívala vo väčšej podpore zdravotníckych služieb v týchto zariadeniach.

Na druhej strane treba vziať do úvahy, že vyššia kvalita života ako i naplnenie prání a predstáv seniorov o svojej starobe spočíva v zabezpečení adekvátnej domácej starostlivosti všade tam, kde sa odborná starostlivosť podľa potrieb dá v domácich podmienkach poskytnúť. Možnosti k tomu dáva najmä komunitná medicína. Spôsobov realizácie je viac. Ako príklady sa dajú uviesť sociálne a zdravotné okruhy, organizované po dlhé roky v Tirolsku (Rakúsko) v malých územných celkoch (Hegyí, 1996), alebo model PACE (Programs of All-inclusive Care for the Elderly) v USA, ktorý umožňuje život v komunite pri poskytovaní zdravotníckych služieb praktickými i odbornými lekármi, ošetrovateľskej starostlivosti ako i starostlivosti sociálnej. Na projekt PACE nadväzuje tzv. Green House Project, ktorý usiluje o náhradu ústavnej

starostlivosti bývaním v malej komunite v domkoch pre 6-8 osôb. Týmto obyvateľom sa poskytuje odborná ošetrovateľská starostlivosť. V Európe existujú už roky rôzne modely poskytovania komplexnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rámci komunity.

Dlhodobá starostlivosť je predovšetkým otázkou finančného krytia. V Nemecku, Rakúsku, Luxembursku a ďalších štátoch platí už viac ako desať rokov zákon o ošetrovateľskom poistení (Pflegeversicherungsgesetz), ktorý zabezpečuje tvorbu pomerne bohatého fondu na pokrytie najmä dlhodobej starostlivosti. Tento zákon umožňuje hrať ošetrovanie ťažko chorých a odkázaných na pomoc z vlastného fondu, pričom uhradza nielen ambulantnú ale aj inštitucionálnu starostlivosť (Hoffman, 1996). Aj u nás je jednoznačne nutným pre finančné zabezpečenie dlhodobej starostlivosti, ambulantnej i štacionárnej prijatie zákona o ošetrovateľskom poistení.

Záverom možno konštatovať, že súčasný spôsob poskytovania dlhodobej starostlivosti seniorom najmä v rezorte zdravotníctva si vyžaduje neodkladné legislatívne riešenie.

Literatúra:

1. BARTOŠOVIČ, I.: Seniori v domove dôchodcov. Bratislava: Charis, 2006, s. 156, ISBN80-88743-63-X
2. BUSCH, S., HUCHLER, U., PFAFF, A.B.: Empirical analysis of work flow in inpatient nursing homes for the elderly. Gesundheitswesen, 1997: 59(Suppl 1): 42-48
3. DEIMLING, G.: Sociálne zmeny v starobe. In: FÜSGEN, I.: Der ältere Patient. 2. Aufl. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996, s. 14-20, ISBN3-541-12102-5
4. HEGYI, L.: Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatrickej, Bratislava: IVZ, 1996, s.72./skriptá/. ISBN 80-7163-005-5
5. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: Geriatria pre praktického lekára. 2. vyd. Bratislava: HERBA, 2006, s. 364, ISBN 80-89171-36-2
6. HEGYI, L.: Medicínske aspekty dlhodobej starostlivosti. Geriatria, 13,2007, č. 2, s. 53-55
7. HOFFMAN, P.: Pflege und Betreuung zu Hause: Die sozialrechtliche Sicherung häuslicher Pflege. In: FÜSGEN, I.: Der ältere Patient. 2. Aufl. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996, s. 688-697, ISBN3-541-12102-5
8. KALVACH, Z., JANEČKOVÁ, H., BUREŠ, I., HEGYI, L., KOVAL, Š., PŘEHNAL, J.: Dlouhodobá zdravotní a sociální ústavní péče. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol.: Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada-Avicenum, 2004, s. 490-508, ISBN 80-247-0548-6
9. KRAJČÍK, Š.: Geriatria. Trnava: SAP. 2000, s. 82, ISBN 80-88908-68-X
10. PACOVSKÝ, V. HEŘMANOVÁ, H.: Gerontologie. Pra: Avicenum, 1981, s. 298
11. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Plzeň: LF UK v Plzni, 2001, s. 89

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc., riadny profesor

Z Katedry výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky Fakulty verejného zdravotníctva SZU,
vedúci: Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

PLÁN ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY U RÓMSKÝCH TEHOTNÝCH ŽIEN

PhDr. Silvia Žultáková

Plán zdravotnej výchovy u rómskych tehotných žien sme vytvorili na základe podmienok, aké rómske ženy majú, včítane východiska pri všeobecnom posúdení ich mentálnej úrovne a predpokladajúc nízku vedomostnú úroveň o priebehu tehotenstva, pôrodu a šestonedelia. Pri zostavovaní tohto plánu sme postupovali v zmysle krokov ošetrovateľského a edukačného procesu podľa Kozierovej et al. (Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R., 1995). Ako hlavnú metódu pre získanie vstupných informácií sme zvolili vstupný rozhovor, ktorého cieľom bolo zistiť rozsah poznatkov o tehotenstve, životospráve v tehotenstve, pôrode a šestonedelí. Otázky v rozhovore boli jednoduché, aby im rómske ženy mohli porozumieť. V rámci posúdenia sme sa zamerali na dve základné skutočnosti – zistenie dôležitých údajov o tehotných ženách a určenie potreby získavania vedomostí, ktorá sa vzťahuje na niekoľko oblastí, ktoré budú podrobne opísané v ďalšej časti písomnej práce.

Na základe predpokladaných odpovedí sme vytvorili nasledujúce potreby edukácie:

- § nedostatok vedomostí o procese oplodnenia, tehotenstve a jeho priebehu
- § nedostatok vedomostí o životospráve a hygiene počas tehotenstva
- § nedostatok vedomostí o výžive v tehotenstve
- § nedostatok vedomostí o preventívnej zdravotnej starostlivosti o tehotné ženy
- § nedostatok vedomostí o priebehu pôrodu a šestonedelia

Zdravotnovýchovný program je zameraný na poskytnutie základných informácií tehotných rómskych žien o správnom životnom štýle v období tehotenstva vzhľadom na ich nedostatočnú uvedomelosť a starostlivosť o svoje zdravie počas tehotenstva.

Plánovanie 1. zdravotnovýchovného pôsobenia na tehotné rómske ženy

Tabuľka 1 Prvé stretnutie

Prvé stretnutie	nedostatok vedomostí: o procese oplodnenia, tehotenstve a jeho priebehu
Dátum a čas:	
Miesto konania:	prirodzené prostredie rómskej tehotnej ženy alebo priestory poskytnuté obecným úradom
Hlavný cieľ:	edukovať tehotné rómske ženy o procese oplodnenia, priebehu tehotenstva v jednotlivých trimestroch a zmenách v organizme tehotnej ženy
Ciele edukátora:	
§	nadviazať dôveryhodný vzťah s tehotnou rómskou ženou
§	poskytnúť rómskej tehotnej žene informácie o oplodnení a vývoji oplodneného vajíčka
§	demonštrovať proces oplodnenia na obrazovej prílohe
§	poskytnúť informácie o priebehu tehotenstva s obrazovou prílohou

§ inštruovať o zmenách v organizme ženy v tehotenstve § podporovať aktívne pozorovanie zmien rómskou ženou v priebehu jej tehotenstva § povzbudzovať a podporovať každú snahu rómskej tehotnej ženy pri získavaní každej novej informácie o tehotenstve a jeho priebehu		
Ciele rómskej tehotnej ženy:		
Afektívne	Kognitívne	Psychomotorické
<ul style="list-style-type: none"> - rómska tehotná žena sa aktívne zaujíma o proces oplodnenia, priebeh tehotenstva - rómska tehotná žena vyjadruje potrebu informácií o procese oplodnenia a priebehu tehotenstva 	<ul style="list-style-type: none"> - rómska tehotná žena racionálne zdôvodňuje potrebu vedomostí o oplodnení a priebehu tehotenstva - opisuje jednoduchým spôsobom proces oplodnenia - menuje zmeny v jednotlivých trimestroch tehotenstva - opisuje priebeh tehotenstva podľa lunárnych mesiacov 	<ul style="list-style-type: none"> - spolupracuje pri identifikácii zmien na jej organizme počas tehotenstva formou ukazovania - demonštruje miesta počívania oziev plodu
Metódy	Didaktické pomôcky	Organizačná forma
<ul style="list-style-type: none"> - rozhovor - názorná demonštrácia 	<ul style="list-style-type: none"> - maketa maternice - obrazy so znázorneným procesom oplodnenia a vývojom embrya a plodu 	<ul style="list-style-type: none"> - skupinová (5 – 10 rómskych tehotných žien)

Realizácia

Motivačná fáza (10 minút)

Motivačná demonštrácia – rozhovorom a názornou demonštráciou je potrebné vysvetliť, prečo je dôležité, aby rómska tehotná žena vedela ako dochádza k procesu oplodnenia, aké sú znaky tehotenstva, aké zmeny v organizme nastávajú u tehotnej ženy a ako prebieha tehotenstvo v jednotlivých lunárnych mesiacoch gravidity.

Expozičná fáza (30 – 40 minút)

teoretický vstup – prednáška + vysvetľovanie s názornou ukážkou

V úvode prednášky objasníme rómskej tehotnej žene termín tehotenstvo. Tehotenstvo je obdobím, počas ktorého sa v tele matky vyvíja nový jedinec. Začína sa oplodnením a končí pôrodom. Trvá 280 dní. Je to fyziologický proces, ktorý by mala zvládnuť každá zdravá žena bez poškodenia činnosti vlastného organizmu.

V ďalšej časti prednášky žene vysvetlíme ako dochádza k oplodneniu a poučíme ju o jednotlivých vývojových obdobiach plodu. Nový život vzniká počatím, ktoré nastane splynutím mužskej pohlavnej bunky spermie so ženskou pohlavnou bunkou vajíčkom. Zrelé vajíčko sa uvoľňuje z vaječníka a pohybuje sa do vajcovodu, ktorý je spojený maternicou. V maternici sa skupina buniek začne pretvárať na plod (Holomáň, K., 2004). Vývin dieťaťa na začiatku tehotenstva je základom pre ďalší rast plodu, preto je veľmi dôležité, aby sa žena o svoje

zdravie starala. Musí sa zrieknuť všetkých zlozvykov (fajčenie, alkohol, ...), pretože môžu ohroziť vývoj a zdravie plodu.

V dôsledku tehotenstva na ženský organizmus pôsobia hormóny vyvolávajúce zmeny, ktoré sa na začiatku tehotenstva prejavujú nevoľnosťou, zmenami chuti, citlivosťou prsníkov a vynechaním menštruácie. Tieto príznaky žene signalizujú, že je tehotná. Dĺžka tehotenstva sa určuje na týždne alebo mesiace.

Vnútromaternicový vývoj plodu:

- koncom 4. týždňa je zárodok dlhý 8 mm, má chvostový a hlavový koniec. Vytvárajú sa u základy pre končatiny.
- koncom 8. týždňa je plod dlhý 30 mm a váži 5 g. Vnútorne orgány sú už na svojom mieste, srdce bije. Vyvíja sa tvar a končatiny.
- koncom 14. týždňa sú očka plodu prekryté viečkami. Je dlhý 75 mm, váži 30 g. Je sformovaný, začína jeho rastová fáza. Vytvárajú sa močové a pohlavné orgány.
- koncom 20. týždňa má plod 25 cm a 340 g. Žena od tohto týždňa pociťuje jeho pohyby. Koža plodu je hrubšia, jemné chlípky pokrývajú celé jeho telo.
- koncom 28. týždňa má plod 37 cm a váhu 900 g. Pod kožou sa mu začína ukladať tuk, jeho pokožka je pokrytá ochranným mazom. Očka sú čiastočne otvorené, vlásky dosť dlhé. Pľúca dozrievajú.
- koncom 34. týždňa je plod dlhý 43 cm a váži 2,3 kg. Množstvo tuku sa zväčšuje. Nechtíky na rukách siahajú až ku končekom prstov. Svojou polohou sa plod pripravuje na pôrod.
- v 40. týždni má plod svoju pôrodnú hmotnosť. Váži približne 3 kg a meria 50 cm, je vyvinutý a pripravený na samostatný život mimo vnútromaternicového priestoru (Stoppardová, M., 1993).

Fixačná fáza

Rozhovor (15 minút)

§ zopakovať informácie

§ spätná väzba kladením otázok zúčastneným.

Vyhodnotenie 1. zdravotnovýchovného pôsobenia

Vyhodnotenie prvého stretnutia realizujeme na základe rozhovoru, kde kladieme otázky účastníčkam prvého stretnutia. Či je cieľ splnený môžeme konštatovať, keď posúdime naplnenie cieľov každej rómskej tehotnej ženy, ktorá sa prvého stretnutia zúčastnila.

Plánovanie 2. zdravotnovýchovného pôsobenia na tehotné rómske ženy

Tabuľka 2 Druhé stretnutie

Druhé stretnutie	nedostatok vedomostí: o životospráve a hygiene počas tehotenstva
Dátum a čas:	

Miesto konania:	prirodzené prostredie rómskej tehotnej ženy alebo priestory poskytnuté obecným úradom	
Hlavný cieľ:	edukovať tehotné rómske ženy o zásadách životosprávy v tehotenstve a dôležitosti dodržiavania hygieny počas tehotenstva	
Ciele edukátora:		
<ul style="list-style-type: none"> § nadviazať dôveryhodný vzťah s tehotnou rómskou ženou § poskytnúť rómskej tehotnej žene informácie zásadách životosprávy § demonštrovať príklady správnej životosprávy tehotnej ženy § poukázať na negatívny dopad na priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa pri nevhodnom životnom štýle v tehotenstve § inštruovať o správnej celkovej hygiene a intímnej hygiene u tehotnej s poukázaním na negatívny dopad nízkej hygienickej úrovne na priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa § povzbudzovať a podporovať každú snahu rómskej tehotnej ženy pri ochote zmeniť životosprávu a dodržiavať hygienu v tehotenstve § spolupracovať pri identifikácii negatívnych krokov v životospráve a hygiene, ktoré môžu ovplyvniť priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa § spolupracovať pri hľadaní možných riešení úpravy životosprávy a hygieny vzhľadom na podmienky a možnosti rómskej tehotnej ženy 		
Ciele rómskej tehotnej ženy:		
Afektívne	Kognitívne	Psychomotorické
<ul style="list-style-type: none"> - rómska tehotná žena sa aktívne zaujíma zásady životosprávy a hygieny v tehotenstve - rómska tehotná žena vyjadruje potrebu zmeny životosprávy a hygieny - vyjadruje zodpovednosť za priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa nevhodnou životosprávou a hygienou 	<ul style="list-style-type: none"> - rómska tehotná žena racionálne vysvetľuje zásady životosprávy a hygieny - opisuje vlastnú nevhodnú životosprávu a hygienu počas tehotenstva - v spolupráci s edukátorom hľadá možné riešenia úpravy zmeny životosprávy a hygieny vzhľadom na prostredie a podmienky aké je situácia umožňuje 	<ul style="list-style-type: none"> - v spolupráci s edukátorom hľadá možné riešenia úpravy zmeny životosprávy a hygieny vzhľadom na prostredie a podmienky, aké jej situácia umožňuje
Metódy	Didaktické pomôcky	Organizačná forma
<ul style="list-style-type: none"> - rozhovor - názorná demonštrácia pomocou príkladov 	<ul style="list-style-type: none"> - obrazová príloha rôzne postihnutých novorodených detí 	<ul style="list-style-type: none"> - skupinová (5 – 10 rómskych tehotných žien)

Realizácia

Motivačná fáza (10 minút)

Motivačná demonštrácia – rozhovorom a názornou demonštráciou je potrebné vysvetliť, prečo je dôležité, aby rómska tehotná žena nielen vedela, ale aj dodržiavala zásady životosprávy a hygieny v tehotenstve. Súčasťou tejto fázy je uvedomenie si tehotnej ženy, že svojím prístupom a pozitívnymi zmenami v oblasti životosprávy a hygieny môže ovplyvniť priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa. Počas tohto stretnutia je dôležité, aby rómska tehotná žena dospela k aktívnemu riešeniu zmien v životospráve a v hygiene v rámci svojich možností.

Expozičná fáza (30 – 40 minút)

teoretický vstup – prednáška + vysvetľovanie s názornou ukážkou

V úvode rómsku ženu poučíme o dôležitosti dodržiavania hygieny v období tehotenstva. Počas tehotenstva musí žena starostlivo dbať o svoju osobnú hygienu i hygienu svojho okolia. Pozornosť treba venovať čistote rúk, najmä vo vzťahu k príjmu potravy a vykonávaniu telesných potrieb. Veľmi dôležitou je intímna hygiena, ale aj hygiena sexuálneho života, aby sa žena nenakazila pohlavnou infekciou , ktorá ako neliečená môže spôsobiť potrat alebo predčasný pôrod, či počas vnútromaternicového vývoja môže spôsobiť rôzne vývojové chyby plodu a i. V hygiene sexuálneho života upozorňujeme na používanie bariérovej metódy – kondómu, ktorý posluží ako ochrana pred rôznymi pohlavnými infekciami. V tehotenstve neodporúčame striedať partnerov, skôr rozprávame o striedmosti v sexuálnom živote alebo až o abstinencii, pokiaľ si to vyžaduje stav tehotnej. Veľký dôraz kladieme aj na hygienu ústnej dutiny, aby sa predišlo kazivosti chrupu. Každý zubný kaz je potrebné dať ošetriť, pretože môže byť zdrojom infekcie, najmä streptokokovej. Nízky hygienický štandard je problémom všetkých Rómov, preto veľmi opatrne navrhujeme jednoduché postupy, aby mohli dodržiavať hygienu na minimálnej úrovni. Beniak odporúča tehotným: „ v tehotenstve je potrebné nosiť podprsenku pretože prsníky rastú. Ideálne je nosenie voľnejších odevov. Nesmú tlačiť v oblasti brucha a pásu. Voľné má byť aj spodné prádlo, neodráždivé. Obuv má byť pohodlná, nezaťažujúca chôdzu. Neodporúčajú sa vysoké podpätky“ (Beniak, M., 1990). Vzhľadom na možnosti aké má rómska žena jej budeme odporúčať voľnejšie odevy, vysvetlíme, prečo sa nesmie sťahovať v páse. Môžeme jej odporučiť, akú bielizeň si má pripraviť do nemocnice na pôrod. Určite uvíta možnosť, ak jej navrhujeme nákup obnoseného šatstva i pre tehotné, v predajniach na to určených. Pre zdarný priebeh tehotenstva je dôležitá aj psychika tehotnej rómskej ženy. Je ťažké radiť, aby sa vyhýbala stresovým situáciám, ale môžeme jej odporučiť, aby sa nestala sama terčom vyhrotených situácií v komunite, alebo aby ich sama nevyvolávala. V tehotenstve je žena skôr unavená a vyžaduje si viac spánku. Tu jej môžeme odporúčať, aby neponocovala a starostlivosť o domácnosť vykonávala priebežne a nie nárazovo. Aj tu je potrebné citlivo pristupovať k poskytovaniu rád, lebo každá rómska žena je citlivá na svoju domácnosť, a v porovnaní s bielymi ženami možno pracuje veľmi málo, ale za takých podmienok, že jej fyzicky vynaložená práca v domácnosti je oveľa vyššia ako v klasickej domácnosti bielych gazdiniek, pretože nevlastní skoro žiadne domáce elektrospotrebiče.

Fixačná fáza

Rozhovor (15 minút)

§ zopakovať informácie

§ spätná väzba kladením otázok zúčastneným.

Vyhodnotenie 2. zdravotnovýchovného pôsobenia

Vyhodnotenie druhého stretnutia realizujeme na základe rozhovoru, kde kladieme otázky účastníckam druhého stretnutia. Či je cieľ splnený môžeme konštatovať, keď posúdime naplnenie cieľov každej rómskej tehotnej ženy, ktorá sa druhého stretnutia zúčastnila.

Plánovanie 3. zdravotnovýchovného pôsobenia na tehotné rómske ženy

Tabuľka 3 Tretie stretnutie

Tretie stretnutie	nedostatok vedomostí: o výžive v tehotenstve	
Dátum a čas:		
Miesto konania:	prirodzené prostredie rómskej tehotnej ženy alebo priestory poskytnuté obecným úradom	
Hlavný cieľ:	edukovať tehotné rómske ženy o správnej výžive v tehotenstve, o škodlivom účinku alkoholu, nikotínu a drog na organizmus tehotnej ženy, ale najmä plodu	
Ciele edukátora:		
<ul style="list-style-type: none"> § nadviazať dôveryhodný vzťah s tehotnou rómskou ženou § poskytnúť rómskej tehotnej žene informácie o zásadách správnej výživy v tehotenstve § demonštrovať príklady správnej výživy tehotnej ženy prostredníctvom vzorového jedálneho lístka § poukázať na negatívny dopad na priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa pri nevhodnej výžive v tehotenstve § poukázať na negatívny dopad užívania alkoholu, nikotínu a drog v tehotenstve na plod a následne na dieťa v súvislosti s jeho somatickým a mentálnym poškodením a následkami pre jeho ďalší život § povzbudzovať a podporovať každú snahu rómskej tehotnej ženy zmeniť spôsob výživy v tehotenstve § spolupracovať, podporovať pri snahe neužívať návykové látky v tehotenstve § poukázať na pozitívne príklady dodržiavania výživy a životosprávy v tehotenstve u rómskej ženy v komunite 		
Ciele rómskej tehotnej ženy:		
Afektívne	Kognitívne	Psychomotorické
<p>rómska tehotná žena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktívne sa zaujíma o správne stravovacie návyky počas tehotenstva - rómska tehotná žena vyjadruje potrebu zmeny v oblasti výživy - vyjadruje zodpovednosť za priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa užívaním návykových látok (alkohol, nikotín, drogy) 	<p>rómska tehotná žena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opisuje zásady výživy v tehotenstve - opisuje vlastné stravovacie návyky a identifikuje nevhodné - racionálne vylučuje (ev. obmedzuje – nikotín) - užívanie návykových látok 	<p>rómska tehotná žena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - v spolupráci s edukátorom hľadá možné riešenia úpravy výživy - v spolupráci zostavuje modifikovaný jedálny lístok vzhľadom na prostredie a podmienky, aké jej situácia umožňuje - zaznamenáva primeraný hmotnostný prírastok každý mesiac (dlhodobý cieľ)
Metódy	Didaktické pomôcky	Organizačná forma
<ul style="list-style-type: none"> - rozhovor - názorná demonštrácia pomocou príkladov 	<ul style="list-style-type: none"> - obrazová príloha zostavených jedálničkov 	<ul style="list-style-type: none"> - skupinová (5 – 10 rómskych tehotných žien)

Realizácia

Motivačná fáza (10 minút)

Motivačná demonštrácia – rozhovorom a názornou demonštráciou je potrebné vysvetliť, prečo je dôležité, aby sa rómska tehotná žena správne stravovala a aby vedela, aký negatívny dopad na vývoj plodu a zdravie dieťaťa má užívanie návykových látok v tehotenstve. Súčasťou tejto fázy je uvedenie si tehotnej ženy, že svojím prístupom a pozitívnymi zmenami v oblasti výživy a obmedzením či absolútnym vylúčením návykových látok môže ovplyvniť priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa. Počas tohto stretnutia je dôležité, aby rómska tehotná žena dospela k aktívnemu riešeniu zmien v stravovaní podľa svojich možností a vylúčeniu návykových látok.

Expozičná fáza (30 – 40 minút)

teoretický vstup – prednáška + vysvetľovanie s názornou ukážkou

Na začiatok tretieho stretnutia rómsku ženu oboznámime so všeobecnými zásadami správneho a zdravého stravovania v tehotenstve. Rómskej žene je potrebné vysvetliť aký vplyv má výživa na vyvíjajúci sa plod a jeho úplnú závislosť od príjmu potravy matkou. Pravidelným príjmom potravy tehotná prispieva k optimálnemu prírastku na hmotnosti, čo je v tehotenstve veľmi dôležité. Ideálny prírastok váhy počas tehotenstva je 10 - 12 kg. Rómsku ženu poučíme o množstve potravy a dávkach potravy počas dňa a upozorníme, že počas tehotenstva nie je vhodné chudnúť, pretože môže ovplyvniť vývoj plodu. V tomto prípade môžeme poukázať na novorodené deti ich etnika, ktoré sa rodia v termíne, ale s nízkou pôrodnou hmotnosťou následkom podvýživy budúcej matky. Týmto nie je ohrozené len dieťa, ale aj matka.

Aj keď počas tretieho stretnutia je potrebné vysvetľovať čo má obsahovať strava tehotnej ženy, je zrejmé, že rómska tehotná žena všetky potraviny vhodné pre tehotné ženy vo svojom jedálničku určite mať nebude. Preto by sme mali spolu s rómskou ženou hľadať v jej doterajšom jedálničku potraviny vhodné a nevhodné, ktoré vylúči a vzhľadom na finančné možnosti, ktoré potraviny pridať môže. Rómskej žene je nutné vysvetliť, že jedálniček tehotnej ženy je vhodný aj pre celú rodinu a nemusí si chystať stravu osobitne. Strava musí byť ľahko stráviteľná, nesmie dráždiť. Pri príprave jedál vyberať taký spôsob aby sa čo najmenej používalo praženie. Uprednostniť prípravu varením a dusením. Počas tehotenstva je potrebné vyhnúť sa údeninám, surovému mäsu, chemicky prifarbovaným potravinám. Obmedziť soľ a koreniny. Súčasťou správnej výživy tehotnej ženy je aj pitný režim. Denná dávka tekutín by mala byť minimálne 2 litre. Najvhodnejšie sú bylinné čaje, mlieko ovocné šťavy a čistá voda.

Zvlášť je potrebné sa zaoberať užívaním návykových látok a ich škodlivému účinku na vyvíjajúci sa plod i na zdravie tehotnej rómskej ženy. Rómske ženy sa nerady priznávajú k užívaniu návykových látok, najmä alkoholu a nikotínu, v prevažnej miere klamú a zavádzajú v odpovediach, preto je potrebné im vysvetliť, že v prvom rade klamú samé seba a ak nechcú priznať užívanie nikotínu či alkoholu, škodia dieťaťu a nikomu inému.

Fixačná fáza

Rozhovor (15 minút)

§ zopakovať informácie

§ spätná väzba kladením otázok zúčastneným.

Vyhodnotenie 3. zdravotnovýchovného pôsobenia

Vyhodnotenie tretieho stretnutia realizujeme na základe rozhovoru, kde kladieme otázky

účastníčkam tretieho stretnutia. Či je cieľ splnený môžeme konštatovať, keď posúdime naplnenie cieľov každej rómskej tehotnej ženy, ktorá sa tretieho stretnutia zúčastnila. V spätnej väzbe by sme mali zaregistrovať zmeny v správaní tehotnej rómskej ženy a to najmä vo vylúčení návykových látok taktiež by sme mohli zistiť primeraný hmotnostný prírastok vzhľadom na pokročilosť tehotenstva (v tehotenskom preukaze alebo na váhe .)

Plánovanie 4. zdravotnovýchovného pôsobenia na tehotné rómske ženy

Tabuľka 4 Štvrté stretnutie

Štvrté stretnutie	nedostatok vedomostí: o preventívnej zdravotnej starostlivosti o tehotné ženy	
Dátum a čas:		
Miesto konania:	prirodzené prostredie rómskej tehotnej ženy alebo priestory poskytnuté obecným úradom	
Hlavný cieľ:	edukovať tehotné rómske ženy o nutnosti návštev v prenatalnej poradni a preventívnych vyšetrení v tehotenstve	
Ciele edukátora:		
<ul style="list-style-type: none"> § nadviazať dôveryhodný vzťah s tehotnou rómskou ženou § poskytnúť rómskej tehotnej žene informácie o princípe pravidelných návštev (častosť) v prenatalnej poradni § demonštrovať príklady správneho zdravotného uvedomenia tehotnej rómskej ženy prostredníctvom pozitívnych príkladov z komunity § poukázať na pozitíva preventívnych vyšetrení, ktoré vylúčia alebo potvrdia fyziologický priebeh tehotenstva § vysvetliť priebeh jednotlivých vyšetrení, ich význam a čas, kedy musia byť zrealizované § povzbudzovať a podporovať každú snahu rómskej tehotnej ženy pravidelne navštevovať prenatalnú poradňu § poukázať na pozitívne príklady dodržiavania harmonogramu návštev prenatalnej poradne rómskou ženou 		
Ciele rómskej tehotnej ženy:		
Afektívne	Kognitívne	Psychomotorické
<p>rómska tehotná žena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chápe význam návštev prenatalnej poradne a preventívnych vyšetrení v tehotenstve - si uvedomuje nutnosť zmeny v prístupe k vlastnému zdraviu i zdraviu nenarodeného dieťaťa - vyjadruje zodpovednosť za priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa v prípade nízkej alebo žiadnej akceptácie návštev prenatalnej poradni 	<p>rómska tehotná žena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opisuje význam preventívnych vyšetrení v tehotenstve - opisuje harmonogram návštev prenatalnej poradne - opisuje priebeh návštevy prenatalnej poradne 	<p>rómska tehotná žena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - akceptuje zaznamenaný harmonogram prenatalných poradní v tehotenskom preukaze - pravidelne navštevuje prenatalnú poradňu (dlhodobý cieľ)
Metódy	Didaktické pomôcky	Organizačná forma

- rozhovor - názorná demonštrácia pomocou príkladov	- obrazová príloha - tehotenský preukaz	- skupinová (5 – 10 rómskych tehotných žien)
---	--	---

Realizácia

Motivačná fáza (10 minút)

Motivačná demonštrácia – rozhovorom a názornou demonštráciou je potrebné vysvetliť, prečo je dôležité, aby rómska tehotná žena pravidelne navštevovala prenatálnu poradňu. Rómska tehotná žena len vtedy bude navštevovať prenatálnu poradňu, keď pochopí jej význam a priebeh, vrátane vyšetrení, ktoré musí absolvovať počas celého tehotenstva. Rómska tehotná žena musí pochopiť, že cieľom týchto vyšetrení je potvrdiť, či vylúčiť fyziologický priebeh tehotenstva alebo podchytiť patologický priebeh tehotenstva a následne začať s opatreniami.

Expozičná fáza (30 – 40 minút)

Rómsku ženu poučíme o dôležitosti návštev prenatálnej poradne. Od chvíle, keď rómska žena zistí, že je tehotná, čo najskôr by mala navštíviť svojho gynekológa. Lekár spolu s pôrodnou asistentkou sestrou vedú prenatálnu poradňu, v ktorej zabezpečujú starostlivosť o ženu počas celého obdobia jej tehotenstva. Prenatálna starostlivosť má podstatný význam pre dobrý výsledok tehotenstva, pretože správna starostlivosť a poradenstvo prináša so sebou väčšiu istotu, že sa žene narodí zdravé dieťa. Pravidelné návštevy poradne pomôžu tehotným ženám odstrániť škodlivé vplyvy, ktoré by mohli tehotenstvo ohroziť. Umožňujú tiež včasné podchytenie ochorení. Rómskej žene budeme odporúčať, že do poradne by mala chodiť, aj keď nepociťuje žiadne problémy. Prvá návšteva poradne je veľmi dôležitá, lebo sa rómskej žene vyplní preukaz tehotnej, do ktorého sa uvedú všetky údaje dôležité pre tehotenstvo a pôrod. Potrebné je, aby ho žena nosila všade so sebou, vrátane poradne a zdravotníckeho zariadenia. Prostredníctvom preukazu pre tehotné sa eviduje priebeh tehotenstva a vývoj plodu, zaznamenávajú sa všetky dôležité vyšetrenia. Čím častejšie bude poradňu navštevovať, tým je menšia pravdepodobnosť komplikácií. Počas tehotenstva má navštíviť poradňu najmenej desaťkrát. Zo začiatku stačí jedna návšteva za mesiac. V druhej polovici gravidity je potrebné navštíviť poradňu aspoň dva razy mesačne, v poslednom mesiaci tehotenstva raz týždenne. Z reálne vyplývajúcich skutočností však vieme, že len veľmi malý počet rómskych tehotných žien navštívi prenatálnu poradňu odporúčaných desaťkrát. V súčasnosti nie je možné určiť minimálne koľkokrát by bolo vhodné, aby rómska tehotná žena navštívila prenatálnu poradňu. Optimálne by mohlo byť vždy vtedy, keď je potrebné urobiť odbery krvi na vyšetrenia v 12. , 16. a 28. týždni tehotenstva a okrem toho, keď je potrebné urobiť ultrasonografiu v 20. týždni tehotenstva na screening VVCH a v 28. týždni tehotenstva ultrasonografiu podľa Doplera (prietoky) a biometriu plodu. Keďže vieme, že mnoho rómskych rodičiek prichádza do zdravotníckeho zariadenia bez akejkoľvek návštevy prenatálnej poradne, bez tehotenského preukazu a akýchkoľvek vyšetrení je aj týchto počet návštev prenatálnych poradní nadmieru dostačujúci. Zo skúseností tiež vieme, že takáto rómska rodička je ohrozujúca a ohrozená zároveň, čo nie je dobré pre ňu samotnú, ani pre ošetrojúci personál a klientky na pôrodníckom pracovisku. Veľmi často až pri vyšetrení krvi v prenatálnej poradni sa dozvie rómska žena, že je bacilonosičom niektorých ochorení na základe zistenej positivity, napr.: HbsAg, BWR a i. Aj to

jeden z dôvodov, prečo aj rómska žena má pravidelne navštevovať prenatalnú poradňu.

Fixačná fáza

Rozhovor (15 minút)

§ zopakovať informácie

§ spätná väzba kladením otázok zúčastneným.

Vyhodnotenie 4. zdravotnovýchovného pôsobenia

Vyhodnotenie štvrtého stretnutia realizujeme na základe rozhovoru, kde kladieme otázky účastníčkam stretnutia. Či je cieľ splnený môžeme konštatovať, keď posúdime naplnenie cieľov každej rómskej tehotnej ženy, ktorá sa štvrtého stretnutia zúčastnila. V spätnej väzbe by sme mali zaregistrovať zmeny v správaní tehotnej rómskej ženy v zaznamenaných návštevách prenatalných poradní a absolvovaných vyšetrení. Ďalšou možnosťou vyhodnotenia je kontrola tehotenského preukazu na požiadanie. Účinok zdravotnovýchovného pôsobenia v takomto prípade by mal byť vysoký. Za splnený cieľ budeme považovať minimálne päť návštev prenatalnej poradne zaznamenané v tehotenskom preukaze do pôrodu so základnými vyšetreniami.

Plánovanie 5. zdravotnovýchovného pôsobenia na tehotné rómske ženy

Tabuľka 5 Piate stretnutie

Piate stretnutie	nedostatok vedomostí: o priebehu pôrodu a šestonedelia	
Dátum a čas:		
Miesto konania:	prirodzené prostredie rómskej tehotnej ženy alebo priestory poskytnuté obecným úradom	
Hlavný cieľ:	edukovať tehotné rómske ženy o príznakoch komplikácii počas pôrodu a začínajúceho pôrodu, o možnostiach odbornej pomoci, o priebehu pôrodu, šestonedelia a starostlivosti počas tohto obdobia	
Ciele edukátora:		
<ul style="list-style-type: none"> § nadviazať a upevniť dôveryhodný vzťah s tehotnou rómskou ženou § poskytnúť rómskej tehotnej žene informácie o možných komplikáciách v tehotenstve a typických príznakoch, kedy je potrebné vyhľadať pomoc lekára § opísať charakteristické príznaky začínajúceho pôrodu § poučiť rómsku tehotnú ženu, čo si má pripraviť do nemocnice § vysvetliť fázy a priebeh pôrodu § definovať obdobie šestonedelia a vysvetliť zásady starostlivosti šestonedielky o seba s dôrazom na hygienu rodidiel a prsníkov, vrátane dojčenia § poučiť o nutnosti pravidelných prehliadok dieťaťa pediatrom, vrátane očkovania § povzbudzovať a podporovať ochotu rómskej tehotnej ženy získavať informácie a zmeniť prístup k pôrodu v zdravotníckom zariadení a jej pobytu po pôrode § ukázať na pozitívne príklady dodržiavania liečebného režimu v zdravotníckom zariadení 		
Ciele rómskej tehotnej ženy:		
Afektívne	Kognitívne	Psychomotorické

rómska tehotná žena: - uvedomuje si nutnosť poznania príznakov možných komplikácií v tehotenstve a príznakov začínajúceho pôrodu - chápe dôvody hospitalizácie po pôrode v záujme jej dieťaťa aj jej vlastnom - vyjadruje zodpovednosť za zdravie narodeného dieťaťa pravidelnými návštevami u pediatra - súhlasí s očkovaním ako preventívnym opatrením pred infekčnými chorobami	rómska tehotná žena: - opisuje príznaky možných komplikácií a začínajúceho pôrodu - vymenuje predmety dennej potreby a doklady, ktoré si má pripraviť do nemocnice - vysvetľuje dôvody prečo má dodržiavať zásady hygieny rodidiel a prsníkov - identifikuje výhody dojčenia - otvorene rozpráva o rešpektovaní liečebného režimu po pôrode v zdravotníckom zariadení	rómska tehotná žena: - pripravuje predmety dennej potreby na hospitalizáciu
Metódy	Didaktické pomôcky	Organizačná forma
- rozhovor - názorná demonštrácia pomocou príkladov	- obrazová príloha - očkovací kalendár	- skupinová (5 – 10 rómskych tehotných žien)

Realizácia

Motivačná fáza (10 minút)

Motivačná demonštrácia – rozhovorom a názornou demonštráciou je potrebné vysvetliť, prečo je dôležité, aby rómska tehotná žena vedela rozpoznať príznaky možných komplikácií v tehotenstve (krvácanie, predčasný odtok plodovej vody, bolesti brucha) a tiež príznaky začínajúceho pôrodu (pravidelné kontrakcie, odtok plodovej vody, odchod hlienovej zátky). Pri týchto príznakoch musí rómska tehotná žena vedieť na koho sa môže obrátiť a do ktorého najbližšieho zdravotníckeho zariadenia má ísť na ošetrovanie. Je tiež veľmi dôležité, aby rómska tehotná žena bola poučená o priebehu pôrodu, pretože porozumie procesu, čo sa s ňou bude diať na pôrodnej sále a čo sa od nej ako rodičky očakáva počas pôrodu. Je vhodné ak rómska žena pochopí, aké zmeny v jej organizme nastávajú po a prečo je potrebné zotrvať v zdravotníckom zariadení vzhľadom na jej popôrodný stav a vykonanie všetkých screeningových vyšetrení u novorodenca. Dobrý zdravotný stav dieťaťa by mal byť motiváciou jej návštev u pediatra povinného očkovania.

Expozičná fáza (30 – 40 minút)

V tomto poslednom stretnutí rómsku ženu opíšeme všetky príznaky, ktoré svedčia o možných komplikáciách v tehotenstve vrátane tých, ktoré môže zistiť lekár v poradni. Tiež jej vysvetlíme, ktoré príznaky svedčia o začínajúcom pôrode, aby vedela, že onedlho začne rodiť a je potrebné ísť do zdravotníckeho zariadenia. Veľmi dôležité je rómsku ženu poučiť o tom, aké doklady a predmety osobnej potreby si má zabalíť už vopred. Rómske ženy málokedy majú hygienické

potreby, bielizeň, prezuvky a kompletne doklady a tým sťažujú situáciu nielen sebe, ale najmä zdravotníckemu personálu. Je potrebné vysvetliť, ktoré doklady sú dôležité, aby rómska žena pochopila, že v zdravotníckom zariadení nemôže byť anonymná a že sa musí pri prijíme identifikovať. Veľa rómskych žien, najmä prvorodičiek, pozná priebeh pôrodu z rozorávania starších skúsenejších žien. Počas pôrodu

nechápu čo sa s nimi deje, preto je dôležité im jednoduchým spôsobom vysvetliť celý priebeh pôrodu a čo je ich úlohou. v jednotlivých fázach pôrodu a ako majú spolupracovať s personálom na pôrodnej sále. Rómske ženy po pôrode veľmi často odchádzajú (utekajú) za svojimi blízkymi domov a neuvedomujú si ako tým ohrozujú samé seba. Tu je potrebné vysvetliť rómskej žene, čo sa s ňou deje po pôrode, ako sa má starať o hygienu rodidiel a prsníkov a prvorodičkám techniku dojčenia. Poukázanie na nedostatočnú hygienu, ktorá je príčinou infekcie rodidiel a prsníkov je poučná . V oblasti dojčenia rómske ženy nemajú problémy, pretože zo skúseností vieme, že skoro všetky rómske ženy dojčia po pôrode a väčšina dojčí dieťa viac ako jeden rok. Napriek tomu poučíme a podporujeme, aby sa stali dojčiacimi matkami a oceníme, že chcú dojčiť. Osobitne sa budeme venovať odbornej starostlivosti o dieťa prostredníctvom pravidelných návštev pediatra a povinným očkovaním. Rómske matky navštevujú pediatra veľmi sporadicky a vždy len v súvislosti so zdravotnými problémami dieťaťa. Návštevy do jedného roka dieťaťa sa realizujú každý mesiac, ale rómske matky to nerešpektujú a neuvedomujú si, že práve počas prvého roka života dieťaťa sa môžu podchytiť rôzne ochorenia, ktoré sa neprejavili po narodení a že sa hodnotí vývoj a rast dieťaťa . Treba klásť veľký dôraz na túto oblasť starostlivosti o dieťa a zdôrazňovať, že nesmú bagatelizovať alebo znevažovať túto formu starostlivosti.

Fixačná fáza

Rozhovor (15 minút)

§ zopakovať informácie

§ spätná väzba kladením otázok zúčastneným.

Vyhodnotenie 5. zdravotnovýchovného pôsobenia

Vyhodnotenie piateho stretnutia realizujeme na základe rozhovoru, kde kladieme otázky účastníckam stretnutia. Či je cieľ splnený môžeme konštatovať, keď posúdime naplnenie cieľov každej rómskej tehotnej ženy, ktorá sa piateho stretnutia zúčastnila. V spätnej väzbe by sme mali zaregistrovať vedomosti o príznakoch začínajúceho pôrodu, o priebehu pôrodu, o období šestonedelia a zdôvodňovaní nutnosti dodržiavania hygieny rodidiel a prsníkov. Rešpektovanie liečebného režimu sa odrazí v zotrvaní v zdravotníckom zariadení. Prísľub, že edukované rómske ženy budú pravidelne navštevovať pediatra s dieťaťom sa nebude dať vyhodnotiť, ale pochopenie, že sú pre dieťa potrebné, už je úspechom. Pretože môžeme očakávať že aj keď nie pravidelne, ale aspoň v čase očkovania navštívi pediatra. Toto stretnutie je posledné v našom zdravotnovýchovnom pôsobení na rómske tehotné ženy a preto je potrebné urobiť záverečné vyhodnotenie. To môže byť realizované formou diskusie, prostredníctvom ktorej môžeme zistiť pozitívne a negatívne stránky takého pôsobenia na rómske tehotné ženy. Akékoľvek pripomienky sú dôležité pre ďalšie plánovanie zdravotnovýchovného pôsobenia pre akúkoľvek skupinu rómskych tehotných žien.

V pláne zdravotnej výchovy, nami navrhovaného, sme v jednoduchej forme sa snažili podať účelné informácie o tehotenstve, priebehu pôrodu , šestonedelia tak, aby boli zrozumiteľné a aby si tehotná rómska žena zapamätala a zmenila aj vo svojom správaní k zdraviu v tehotenstve tak, aby jej tehotenstvo prebiehalo fyziologicky a pôrod i novorodenec nevykazoval odchýlky od normálu.

Plán zdravotnovýchovného pôsobenia na rómske tehotné ženy je jednoduchý a vyjadruje očakávané výsledky najmä zo zmeny v správaní rómskej tehotnej ženy v tehotenstve.

Aj keď možno nie s efektom, pri poslednom stretnutí je vhodné, aby rómska tehotná žena dostala aj materiál, ktorý bude môcť používať alebo ho môže ponúknuť iným rómskym tehotným ženám, ktoré sa nezúčastňovali nášho výchovného pôsobenia.

Spôsob života Rómov je nesporne zaujímavý, ale už dnes hovoríme o rómskej komunite ako o skupine ohrozenej a ohrozujúcej. Obidva fakty v sebe zahŕňajú dôležité údaje pre ich komunitu samotnú, ale aj pre majoritnú časť obyvateľstva, pre ktorú je naozaj skupinou ohrozujúcou v pravom slova zmysle. Samotní Rómovia si túto skutočnosť neuvedomujú. Je preto namieste, že potreba pomôcť tejto skupine znamená pre majoritu obyvateľstva preventívne pomôcť aj sebe. O formách pomoci je potrebné rozprávať, pretože špecifickosť tejto skupiny je zrejmá. Jednou z nich je výchova k zdraviu ako jedna z možností, ktoré poskytuje verejné zdravotníctvo. Sme presvedčení, že výchovou k zdraviu sa dá predchádzať rôznym poruchám zdravotného stavu a správnou metódou docieľiť pozitívny postoj na starostlivosť o zdravie jedinca a teda aj rómskej komunity. Aký úspech bude mať zdravotnovýchovné pôsobenie na zmenu postoja v starostlivosti o zdravie počas tehotenstva u rómskych žien v danej situácii nemôžeme vysloviť. Plán výchovného pôsobenia je postavený na jednoduchosti a zrozumiteľnosti a teda ak rómske tehotné ženy prejavia ochotu zmeniť postoj a správanie v tehotenstve malo by sa to odraziť na ukazovateľoch, ktoré by mali byť presvedčivé.

Všeobecne v spoločnosti prevláda názor, že Rómovia nie sú vychovateľní. Nie je to správny názor, pretože sa domnievame, že do určitej miery sa ovplyvniť dajú a to pokiaľ ide o nich samotných, vo vzťahu samých k sebe a nie vo vzťahu k spoločnosti. Tento fakt je možné využiť v prospech zdravotnovýchovného pôsobenia.

Použitá literatúra:

- 1.BENIAK, M., et al.: Zdravoveda. 3. vyd. Martin: Osveta, 1990. 607 s. ISBN 80-217-0104-8
- 2.HOLOMÁŇ, K. et al.: Vybrané kapitoly z pôrodnictva. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského. 2004. 212 s. ISBN 80-223-1929-5
- 3.KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: Ošetrovatelstvo I. 1. vyd. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
- 4.STOPPARDOVÁ, M.: Žena od A po Z. Martin: Neografie, 1993. 382 s. ISBN 80-85186-23-3

Adresa autora:

Fakulta zdravotníctva PU v Prešove,

Katedra pôrodnej asistencie,
Partizánska 1, Prešov 080 01

Stravovacie návyky mládeže v Slovenskej republike.

doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD., MPH., MUDr. Elena Morvicová

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

SÚHRN

Úvod: Zdravá výživa a stravovacie návyky patria spolu s pohybovou aktivitou k základným pilierom zdravého spôsobu života (Kraak 2001). Je známe, že príjem nutrientov ovplyvňuje výskyt a vývoj viacerých neinfekčných ochorení.

Usporiadanie, miesto výskumu, respondenti: V priebehu obdobia január-marec 2005 sa uskutočnil dotazníkový prieskum zdravotného uvedomenia a správania. Dotazníky boli distribuované rovnomerne po celom území Slovenska za pomoci 36 regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Do prieskumu bolo zahrnutých celkovo 1148 respondentov vo veku 15-19 rokov. Dotazníkom sa zisťovali vedomosti respondentov z oblasti zdravia, zdravého životného štýlu, postoje k vlastnému zdraviu a ukazovatele správania v uvedenej oblasti. Vzhľadom na rozsiahlosť prieskumu sa v článku venuje iba stravovacím návykom.

Zber údajov, analýza: Údaje sa získavali z vyplnených dotazníkov, ktoré boli následne spracované a vyhodnotené v štatistickom súbore Statistica a graficky spracované v prezentácii PowerPoint.

Hlavné výsledky: Konzumácia hydiny je dobrá, no zároveň pretrváva vysoká konzumácia úder Surovú zeleninu konzumuje 1-2-krát týždenne 40-44% respondentov, no 13-14% respondentov nekonzumuje vôbec strukoviny. Čerstvé ovocie denne konzumujú najmä dievčatá, no alarmujúca vysoká denná konzumácia sladkostí a kofeínových nápojov.

Záver: Porovnanie výsledkov uvedeného výskumu s výskumom uskutočnenom ŠFZÚ v roku 2003 poukazujú na to, že stravovacie návyky 15 – 19 ročnej mládeže na Slovensku sa v niektorých parametroch viditeľne zlepšili, v niektorých z nich naopak pretrváva alarmujúco nepriaznivý stav (ŠFZÚ 2003).

Kľúčové slová: zdravotné uvedomenie - zdravotné správanie – stravovacie návyky.

Výsledky

Základná charakteristika výskumného súboru

Ako už bolo uvedené, dotazníkového výskumu sa zúčastnilo 1148 respondentov – študentov stredných škôl a učilíšť v Slovenskej republike, vo veku 15 - 19 rokov. Chlapci boli vo výskumnej vzorke zastúpení 44,5 percentami, dievčatá 55,5 percentami. Z mesta pochádzalo 58% účastníkov, 42% bolo z vidieka, 95% respondentov uviedlo ako svoju národnosť slovenskú.

Z uvedeného je zrejmé, že sa nejedná o reprezentatívny pohľad na populáciu 15 - 19 ročných na Slovensku. Menšie zastúpenie národnostných a etnických menšín ako i chlapcov a dievčat mimo škôl a učilíšť, môže ovplyvňovať získané výsledky. Napriek tomu možno predpokladať, že získané výsledky majú veľkú výpovednú hodnotu o stave súčasnej dospelujúcej populácie na Slovensku a dokážu identifikovať problémové oblasti - veľakrát však problém môže byť väčší než výsledky naznačujú.

Stravovanie a konzumácia potravín

Stravovacím a konzumným návykom bola venovaná najväčšia časť výskumu. Výživa spolu s telesnou aktivitou sú rozhodujúcimi činiteľmi ovplyvňujúcimi chorobnosť a úmrtnosť najmä na kardiovaskulárne choroby. V priebehu posledných desaťročí sa v Európe zisťujú významné zmeny v stravovacích zvyklostiach: stále rozšírenejší je model stravy bohatej na tuk a cukor a väčší príjem nasýtených mastných kyselín, znížený príjem komplexných sacharidov a vlákniny, zeleniny, ovocia a aj mikronutrientov (Jurkovičová, 2006). V našom výskume sa ukazuje, že z hľadiska štýlu stravovania : štandardom stala 1 – 2 porcie vareného jedla (83% u chlapcov, 80% u dievčat). Relatívne veľká časť (10% chlapcov a takmer dvojnásobok – 19% dievčat) je niekedy bez jedla, vyšší výskyt tohto javu u dievčat je asi potrebné pripísať držaniu diét, ktoré sú obľúbené najmä medzi dievčatami (Lockyea 2006).

Jedno percento respondentov oboch pohlaví udáva, že varené jedlo majú zriedka, či nikdy (tab. č. 1).

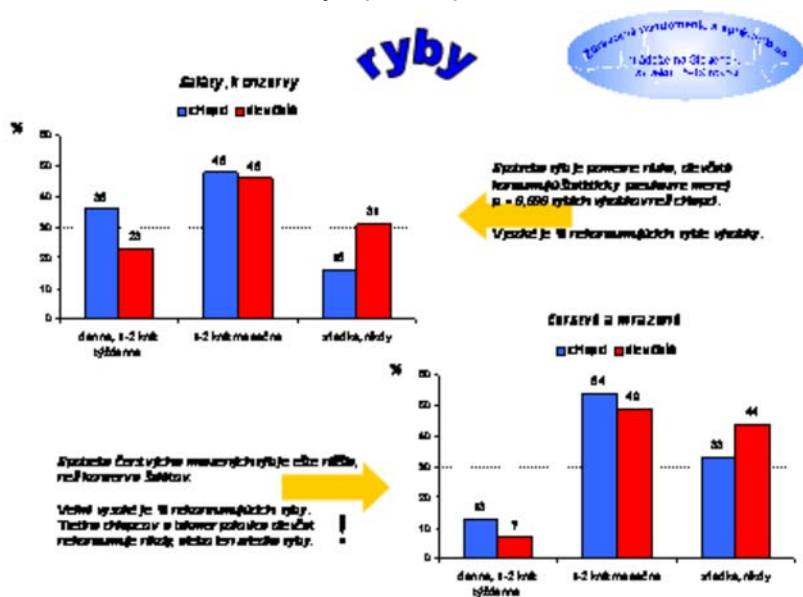
Tab. č. 1 Denná frekvencia vareného jedla

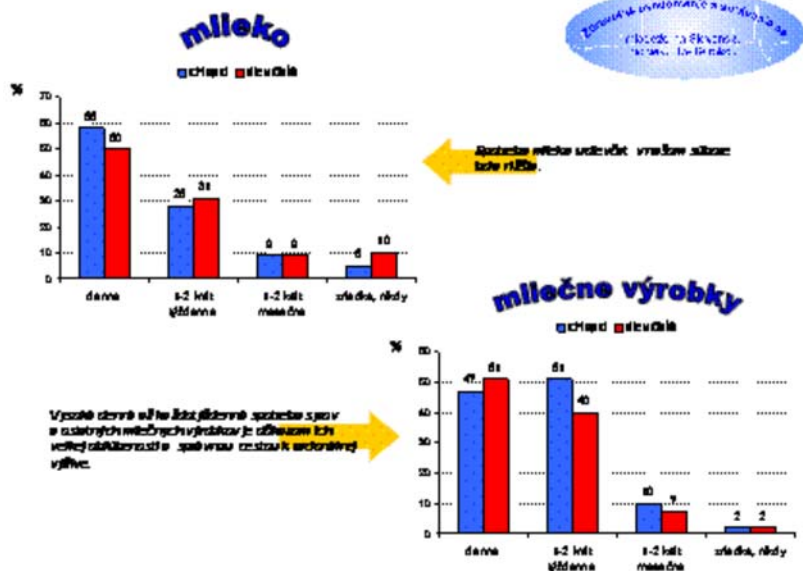
Koľkokrát denne máte varené jedlo ?

	1-2 krát denne	niekedy nemajú žiadne	zriedka, nikdy
CHLAPCI	83%	10%	1%
DIEVČATÁ	80%	19%	1%

Ďalšiu časť výskumu tvorila séria otázok orientovaných na zistenie, ako často konzumujú responderi jednotlivé druhy potravín. Z veľkého množstva údajov sú zhrnuté iba tie najpodstatnejšie zistenia: Pretrvávajú nízka spotreba rýb a rybích výrobkov. 44% dievčat a 33% chlapcov ich v čerstvej či zmrazenej forme konzumuje zriedka alebo nikdy, o málo lepšia je spotreba rýb v konzervách a šalátoch (graf č. 1).

Graf č. 1 Konzumácia rýb podľa pohlavia

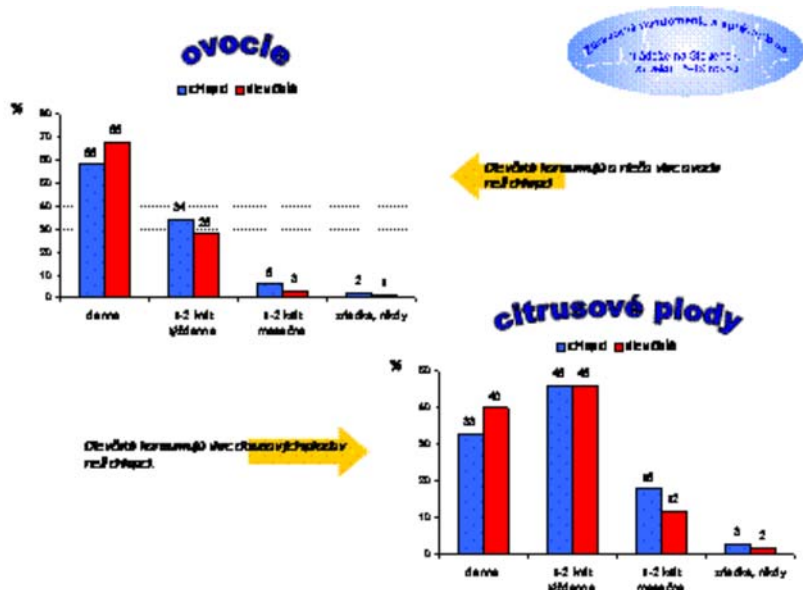




Ovocie je dennou súčasťou jedálneho väčšiny dievčat i chlapcov. Asi 8% chlapcov uvádza, že ho konzumuje 1 – 2 krát mesačne, prípadne zriedka, alebo nikdy.

Podobná je situácia s citrusovými plodmi. Sú obľúbené, i keď zrejme pre finančnú náročnosť menej konzumované ako ostatné druhy ovocia. Stále však zostáva dosť respondentov (18% chlapcov a 12 dievčat), ktorí ich konzumujú len 1 – 2 krát mesačne (graf č. 5).

Graf č. 5 Konzumácia ovocia podľa pohlavia

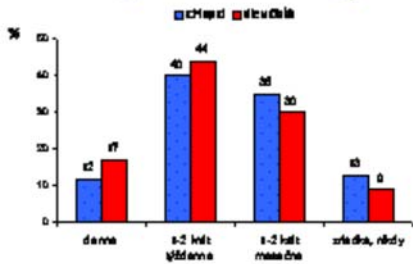


Pretrváva nízka úroveň spotreby zeleniny v surovej i varenej podobe, ktorá je dennou súčasťou jedálneho len u malej časti (12% až 17%) respondentov (graf č. 6).

Graf č. 6 Konzumácia zeleniny podľa pohlavia

surová zelenina

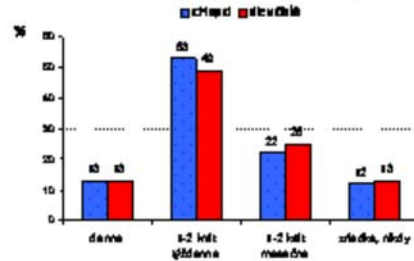
Tabuľka vyhodnotenia a spracovania údajov na 60 respondentov z celkového počtu 70 respondentov



Dievčatá konzumujú o niečo viac surovej zeleniny než chlapci. Oba pohlavie pozostáva zväčša zriedka až nikdy konzumuje surovú zeleninu.

Posledný percent konzumácie surovej zeleniny spiká veľmi nízke denné spotreby. V konzumácii surovej zeleniny nie je rozdiel medzi dievčatami a chlapcami.

varená zelenina

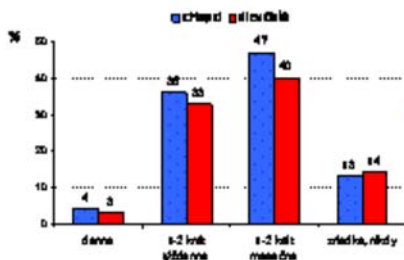


Taktiež strukoviny sú pomerne slabo zastúpené, len menej ako 40% respondentov ich konzumuje aspoň raz týždenne (graf č. 7).

Graf č. 7 Konzumácia strukovín podľa pohlavia

strukoviny

Tabuľka vyhodnotenia a spracovania údajov na 60 respondentov z celkového počtu 70 respondentov



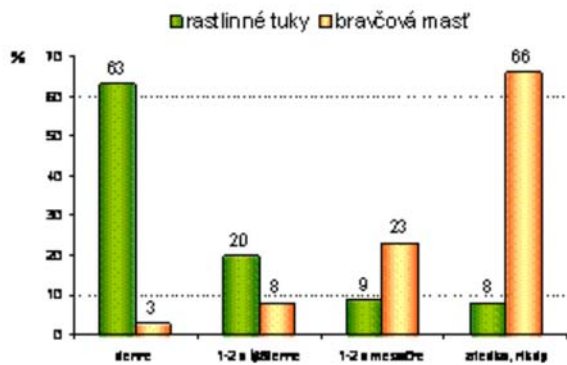
Spotreba strukovín je štatisticky rovnaká medzi pohlavím. 13-14 % respondentov nekonzumuje strukoviny, nie je štatisticky významné.

Rastlinné tuky sa stali náhradou bravčovej masti, ktorú vôbec nekonzumuje 66% respondentov. Okrem preventívnej výchovy je to zrejme aj vplyvom komerčnej reklamy (graf č. 8).

Graf č. 8 Konzumácia bravčovej masti a rastlinných tukov

Konzumácia bravčovej masti a rastlinných tukov

(všetci vo veku 15-18 rokov bez rozdelenia pohlavím)

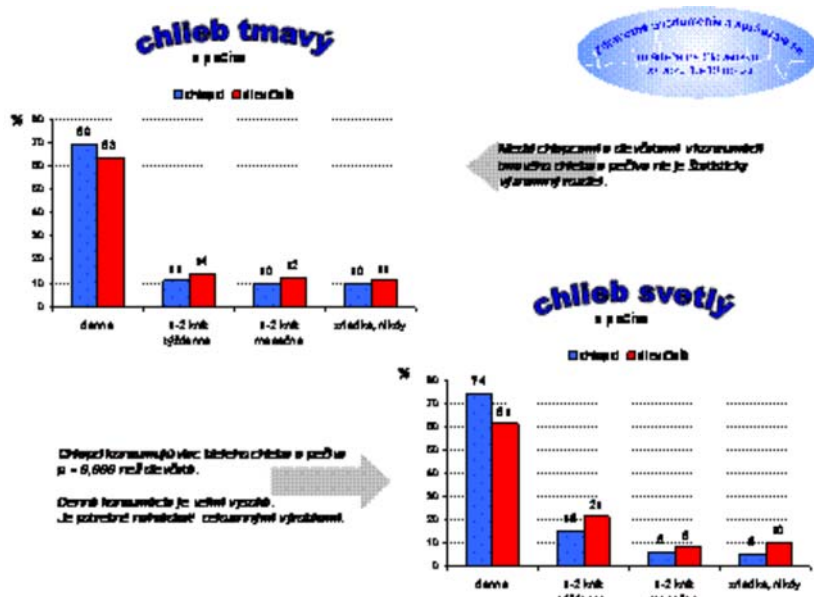


Posledných 16 rokov vedeckej preventívnej výchovy priniesla významnú pozitívnu zmenu v konzumácii rastlinných tukov a masti v celkovej populácii Slovenska.

Konzumácia tmavého i svetlého chleba sa stáva u respondentov približne rovnocennou a rovnako

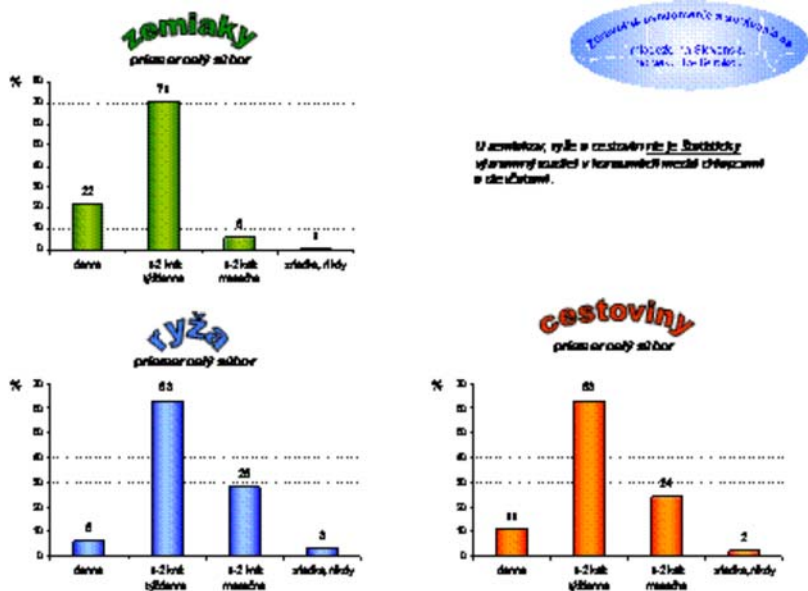
častou. Bolo by žiaduce v tomto trende pokračovať najmä u chlapcov, u ktorých konzumácia svetlých chleba a pečiva stále mierne dominujú (graf č. 9).

Graf č. 9 Konzumácia chleba podľa pohlavia



Ako prílohy podávané potraviny – zemiaky, ryža, cestoviny majú v podstate identický vzorec konzumácie – sú obmieňané navzájom, mierne častejšie sú konzumované zemiaky (graf č. 10).

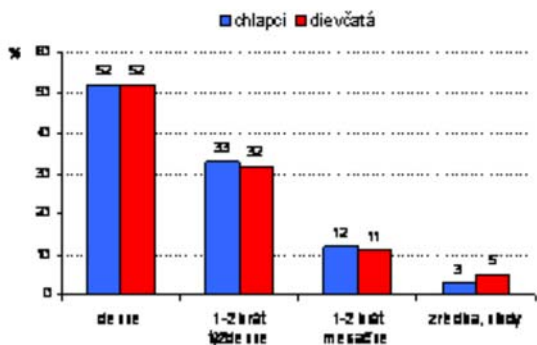
Graf č. 10 Konzumácia zemiakov, ryže a cestovín



Pretrváva vysoká spotreba koláčov a sladkostí, alarmujúce je zistenie, že vyše polovica respondentov ich konzumuje denne (graf č. 11). Obľúbenosť sladkostí a sladkých jedál bola dokázaná i v prieskum z r. 2005 (Šajbidor, 2005).

Graf č. 11 Konzumácia sladkostí podľa pohlavia

koláče, sladkosť

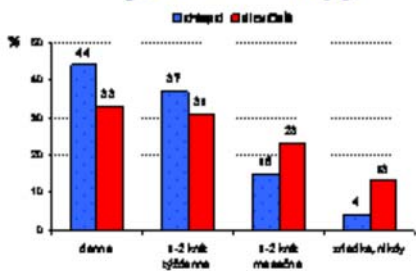
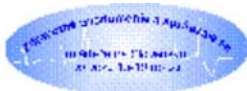


Chlapci aj dievčatá sa veľmi obľubujú konzumujú sladkosť denne. V oblasti konzumácie je veľmi vysoká!

V oblasti nealkoholických nápojov chlapci viac inklinujú k pitiu sladených nápojov (44% denne), dievčatá skôr k pitiu minerálok. Spotreba sladených nápojov je veľmi vysoká u oboch pohlaví (graf č. 12).

Graf č. 12 Konzumácia sladených nápojov a minerálok

sladené nápoje

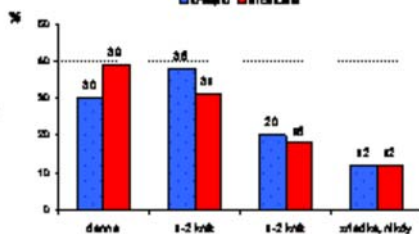


Niekoľko chlapcov a dievčienok je študentsky ušetrný možnosť konzumácie sladených nápojov = 0,000.

Denne konzumácia sladených nápojov je veľmi vysoká v oboch pohlaví.

minerálky

Dievčatá konzumujú viac denne minerálky. Dôvčom je dobrá spotreba minerálok. Bolo by vhodné nahradenie sladených nápojov minerálkami.

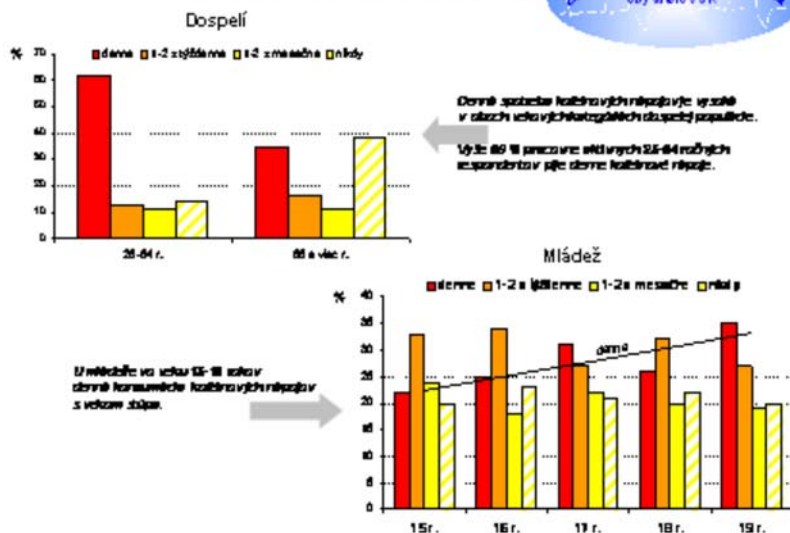


S vekom stúpa spotreba kofeínových nápojov – od 22% u 15-ročných po 35% u 19 ročných. Samostatnou kapitolou pre výskum v budúcnosti sa zrejme stanú nekofeínové energetické nápoje (napr. na báze guarany), ktorých obľuba medzi mládežou rastie (graf č. 13).

Graf č. 13 Konzumácia kofeínových nápojov

Často konzumujete kofeínové nápoje?

Získali sme údaje o mlieku a spotrebe kofeínových nápojov v SR



Čo sa týka medzipohlavných rozdielov, ukazuje sa, že stravovacie návyky dievčat sú vo všeobecnosť výhodnejšie. Pijú síce menej mlieka a konzumujú menej rybích výrobkov, na druhej strane však v menšej miere konzumujú bravčové i hovädzie mäso, údeniny. Väčšia časť z nich je denne ovocie, citrusové plody i surovú zeleninu. Spomedzi nápojov uprednostňujú minerálky pred sladenými nápojmi.

Záver

Stravovacie návyky sú ovplyvnené viacerými faktormi: sociálnymi, kultúrnymi, biologickými, ekologickými a osobnými faktormi (Parraga, 1990).

Porovnanie výsledkov uvedeného výskumu s výskumom uskutočnenom ŠFZÚ v roku 2003 poukazuje na to, že stravovacie návyky 15 – 19 ročnej mládeže na Slovensku sa v niektorých parametroch viditeľne zlepšili, v niektorých z nich naopak pretrváva alarmujúco nepriaznivý stav (ŠFZÚ 2003). Ak aktuálne problémy sa javia:

- vysoká spotreba bravčového mäsa,
- nízka spotreba rýb a rybích výrobkov,
- nízka spotreba surovej a varenej zeleniny,
- vysoká obľúbenosť sladkostí a sladených nápojov.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- JURKOVIČOVÁ, J. a kol.: Výživové zvyklosti a konzumácia vybraných potravín v Slovenskej populácii In zborník príspevkov z vedeckej konferencie 33. dní zdravotnej výchovy I. Stodolu, Bratislava: ÚVZ SR 2006, ISBN 80-7159-163-7, s. 79 - 81.
- KRAK, J.: Fyzická aktivita In EGNEROVÁ, A.: Epidemiológia neinfekčných chorôb. Trnava: Trnavská univerzita, 2001, ISBN 80-88908-81-7, 129 s.
- LOCKYEAR, P., L., B.: Childhood Eating Behaviors: Developmental and Sociocultural Considerations, <http://www.medscape.com/viewarticle/467523>
- PARRAGA IM: Determinants of food consumption. J Am Diet Assoc. 1990; 90: s.661-664.

5. ŠAJBIDOR, J. et kol: Priebežná správa o riešení úlohy výskumu a vývoja podprogramu „Výživa a zdravie vo výchove a vzdelávaní“prierezového štúdia programu výskumu a vývoja „Kvalita života – zdravie, výživa a vzdelávanie“, Bratislava 2005, s 167.

6. ŠTÁTNY FAKULTNÝ ZDRAVOTNÝ ÚSTAV SR: Správa o zdravotnom uvedomení a správaní sa obyvateľov SR 2001/2002, Bratislava 2003, 59 s.

Adresa autora:

MUDr. Elena Morvicová

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

Trnavská cesta 52

826 45 Bratislava

Verejné zdravotníctvo, práca s verejnosťou a práca s médiami

PhDr. Ivan Bielik, MPH

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

Súhrn: Verejnú mienku formujú názory a postoje nielen politikov, ale aj inštitúcií, orgánov, ktoré majú participovať, či priamo zo zákona sa aj podieľať na šírení myšlienok týkajúcich sa zdravia, zdravého spôsobu života, prevencie a pod. Ako jeden z najvýznamnejších kanálov sa dnes považujú médiá. Poznanie ich práce, ich technológie výroby, ich limitov a možností, techniky práce, ale aj etických kódexov a redakčných predpisov dáva do rúk účinný nástroj na budovanie harmonických pracovných vzťahov. Za týchto podmienok sa potom môže dať dostávať do mediálneho priestoru informácie zbavené senzací, bulvárnosti, snahy o škandalizovanie alebo až šírenie poplašných správ. Zo strany inštitúcií, akými sú napríklad FVZ SZU alebo ÚVZ SR, sa však očakáva vysoká profesionalita, vecnosť, jasnosť, aktuálnosť, novosť, originalita, ale aj prospešnosť, významnosť, čiže atribúty, ktoré sú častokrát až nevyhnutnou podmienkou toho, že sa informácie „dostanú“ až na stránky novín alebo do vysielacieho času rozhlasov či televízií. To si však vyžaduje zo strany pracovníkov mediálnych či tlačových odborov, úsekov a pod. vysokú dávku profesionálneho poznania médií, ako aj problematiky, ktorú im „ponúkajú“. Zosúladenie týchto dvoch pohľadov dáva vysoký predpoklad, že sa zdravotnícka problematika bude opakovane pravidelne mediálne prezentovať, a tým aj následne ovplyvňovať a vzdelávať široké vrstvy obyvateľov.

Kľúčové slová: verejné zdravotníctvo, ochrana a podpora zdravia, zdravotnícka publicitika,

Úvodom si pripomeňme definíciu verejného zdravotníctva, ktoré je:

Veda a umenie zlepšovať zdravie komunity s pomocou zdravotnej výchovy, podpory zdravia, výskumu a stratégií prevencie ochorení. Je to poznanie, aplikácia multidisciplinárnych populačne založených metód výskumu, výučby, realizácie zahrňujúce rôzne akademické disciplíny. Je to veda a umenie predchádzať chorobám, predlžovať život a podporovať zdravie cestou organizovaného úsilia spoločnosti. Je to organizačný a riadiaci systém, ktorý sa snaží komplexne, konzistentne, kompetentne a efektívne o zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva pomocou podpory a rozvoja zdravia, ochranou zdravia a prevencie pred ochoreniami. Verejné zdravie je zdravotný stav obyvateľstva a jeho skupín. Tento zdravotný stav je určovaný súhrnom prírodných, životných, pracovných podmienok a spôsobu života. Verejné zdravie je úroveň zdravia spoločnosti, ktorá zodpovedá úrovni poskytovanej zdravotnej

starostlivosti a ekonomickej úrovni spoločnosti. (Hegyí, L...: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo s.34).

In medias res, čo občania SR poznajú z úloh verejného zdravotníctva vyplývajúcich napríklad zo Správy EÚ – z kancelárie EuroHealthNet, č. 2, február 2005? Možno len niektoré parciálne úlohy z Rámcového dohovoru o kontrole tabaku. Verejné zdravotníctvo je pre nich stále bezbrehý pojem, bez jasnejšieho a komplexnejšieho poznania základného obsahu. Kde hľadať chyby? Kam, na eliminovanie tohto stavu, musíme čo najskôr a najúčinnejšie, nasmerovať našu pozornosť? Prečo sme len tam, kde sme? Kde sú hlavné príčiny? Aké sú následky?

V našej téme sa najprv trochu podrobnejšie zamerajme na problematiku médií, ako jednej významnej súčasti komunikácie. Veď nevyhnutnosť komunikácie a dôležitosť jej postavenia v akejkoľvek oblasti a pri akejkoľvek činnosti vyplýva z potreby dôkladnej znalosti prostredia, ktoré nás obklopuje, názorovej hladiny a potrieb tých, ktorí toto prostredie tvoria, ako aj potreby ponúknuť nielen čo najlepší spôsob riešenia týchto potrieb a požiadaviek, ale aj reagovať na aktuálne problémy, ktorých riešenie prinesie spoločenský benefit.

Potreba správne a vhodne komunikovať je aktuálnou nevyhnutnosťou, podmienkou demokracie, predpokladom a východiskom dobrej spolupráce. Bez komunikácie sa nezaobíde ani moderný marketing a bez marketingu sa nezaobíde univerzita či zdravotnícke zariadenie, úrad verejného zdravotníctva, občianske združenie a pod. Všetci bez rozdielu potrebujú svojich študentov, pacientov, občanov informovať, oboznamovať so svojou ponukou, vysvetľovať vlastnosti, prospešnosť a užitočnosť, hodnotu použitia predkladanej (sociálnej, zdravotníckej) informácie alebo služby a pod. Komunikovať v marketingu však vyžaduje byť dobre pripravený na počúvanie druhej strany, na prijímanie podnetov, návrhov, pripomienok, požiadaviek zo strany recipienta a primerane vhodne na ne aj reagovať. Len tie inštitúcie, ktoré v tomto turbulentnom, dynamicky sa meniacom svete, popri vzniku nových komunikačných technológií, chápu význam marketingovej komunikácie a vedia ju aj vhodne využívať vo svojich aktivitách, majú oveľa väčšiu šancu na úspech. Aj tu platí známe slovenské príslovie o tom, že nemému dieťaťu ani vlastná matka nerozumie.

Súčasná „informačná spoločnosť“ očakáva neustále zlepšovanie foriem komunikácie. Sme dostatočne odborne, teoreticky i prakticky pripravení plniť tieto úlohy? Moderný marketingový prístup znamená, že inštitúcia systematicky sleduje potreby, prania, vnímanie, preferencie a spokojnosť svojich študentov, pacientov, občanov. Do komunikačných výstupov modeluje, vysvetľuje zákony, vládne nariadenia, úlohy na poli zdravotníckej osvetu a prevencie, moderné formy výučby, nové predmety a pod. Napríklad modeluje aj našu (vašu) „prácu“ v oblasti propagácie zdravotníctva pomocou monitorovania jeho stavu, aktuálnych problémov, hĺbke poznania predmetnej problematiky, schopnosti správne analyzovať a syntetizovať. A potom, ako finálny výsledok, aj ponúkať svojim recipientom pravdivé a neskreslené

informácie.

Z poznaného musíme, žiaľ, konštatovať, že súčasná mediálna práca viacerých periodík, najmä elektronických (televízie, ktoré v krátkom šote nemajú dostatočne široký priestor pre objektívnu informáciu) v oblasti sociálnej reklamy: konkrétne zdravotníctva, trpí živelnosťou, kampaňovitosťou, zväčša aj príliš nízkym stupňom poznania problematiky. Zo strany viacerých médií až bezprecedentne násilnou snahou o dosiahnutie zverejnenia akejkoľvek informácie, najradšej negatívnej.

O tlačové besedy, ktoré slovenskú medicínu (svoj vklad do sociálneho komunikácie) môžu predstaviť aj v inom, ako negatívnom svetle, nie je zo strany niektorých médií príliš veľký záujem. Ako napríklad o problematiku Alzheimerovej choroby (Svetový deň WHO – 18. 09. 2006), osteoporózy (Svetový deň WHO – 19. 10. 2006), alebo Kmeňových buniek z pohľadu medicíny 21. storočia, ktoré organizovala Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, neprejavili verejnoprávne (STV a SR) médiá záujem, aj keď im to zákon č. 308/2 00 Z. z. v paragrafe 18 , odst. 2 písm. d ukladá, aby zabezpečili rôznorodú skladbu programov, najmä väčšinový podiel programov vo verejnom záujme.

Zdravotnícka publicistika

Úlohou zdravotníckej publicistiky je oboznamovať verejnosť so všetkým, čo sa v zdravotníctve deje. Zdravotnícka publicistika je zvláštnou formou publicistiky, ktorá si aj vyžaduje zvláštne formy a prístupy spracovania. Plní nezastupiteľnú úlohu, ktorej význam sa hodnotí zvláštnou cenou - cenou zdravia. Bielik I.

Zdravotnícka publicistika je zvláštnou formou publicistiky. Preto v niektorých krajinách je dokonca riadnym študijným oborom (Anglicko). Venujú sa jej nielen novinári, ale tiež lekári, ktorí sa z časti alebo úplne rozhodli praktizovať zdravotnícku popularizačnú činnosť. Zdravotná výchova a zdravotnícka publicistika sú od seba nezlučiteľné, ak chceme hovoriť o vysokej profesionalizácii, a tým aj významnému spoločenskému benefite oboch odborov pre spoločnosť. V Nemecku, napríklad, platia tzv. publicistické zásady, v ktorých sa dočítame, že v správach o medicíne je nutné sa vyhnúť všetkým formuláciám, ktoré by vyvolávali nepodložené obavy alebo neopodstatnené nádeje verejnosti. Za úplnú samozrejmosť sa považuje serióznosť a publicistické zásady doporučujúce: „vyhnúť sa bulvárnosti a atraktivite“. „Nič nemá byť zveličované, v texte aj v obraze sa má vypustiť všetko, čo by mohlo u pacientov, obyvateľov vyvolať rozladenie, úzkosť alebo naopak, eufóriu“, uvádza sa na inom mieste (Haškovcová, H.: 2002).

Ako sme však už povedali, na Slovensku nie je dostatočne prepracovaný systém komplexného, dlhodobého a koordinovaného informovania obyvateľstva zdravotníckou problematikou, využívaním rôznych foriem propagácie primárnej prevencie a podpory zdravia.

Nie je to aj preto, lebo chýbajú finančné zdroje. Celá problematika preto leží len v proklamačnej polohe. Akoby sa zabúdalo, že rozhodujúca časť prevencie a podpory zdravia nie je len vecou zdravotníctva, ale aj celej spoločnosti. Samozrejme, že odborným gestorom, ktorý identifikuje problémy, riziká, determinanty, ukazuje cesty riešenia, hodnotí a interpretuje výsledky, musí byť zdravotníctvo. Ak však zdravotníctvo nenachádza dostatočný mediálny priestor na informovanie podľa načrtnutých predstáv, jeho význam v oblasti verejného zdravotníctva, v presadzovaní Koncepcie verejného zdravotníctva (v r. 1997), sa znižuje. Preto je potrebné tento problém riešiť najmä na úrovni ministrov zdravotníctva a kultúry, aby sa vytvorili legislatívne podmienky, špeciálne zamerané na tento druh publicity. Naozaj pritom nejde o obmedzenie slobody médií, či nebodaj skrytú formu cenzúry alebo nátlaku, ale len o naplnenie anglosaského práva: čím väčšia sloboda, tým väčšia zodpovednosť. Štát si aj z ústavy musí túto významnú úlohu zodpovednejšie a konkrétnejšie plniť.

Z tohto dôvodu bol napríklad na Úrade verejného zdravotníctva SR v roku 2002 vytvorený odbor mediálno – marketingových činností. Žiaľ, bez toho, aby na jeho prácu MZ SR vyčlenilo dostatočné množstvo peňazí. Napríklad na zmysluplné, efektívne projekty, školenia, semináre, rozsiahlejšiu edičnú činnosť a pod.

Literatúra

1. HAŠKOVCOVÁ, H.: Lékařská etika, Praha: Galén, 2002, s. 165-167, ISBN 80-7262-132-7

Adresa autora:

PhDr. Ivan Bielik, MPH

Fakulta verejného zdravotníctva SZU

Bratislava, Limbová 14

e-mail: ivan.bielik@szu.sk

BIOLOGICKÉ ZBRANE A LEGISLATÍVNE NÁSTROJE ICH KONTROLY III.
ZÁKON O ZÁKAZE BIOLOGICKÝCH ZBRANÍ A O DOPLNENÍ NIEKTORÝCH ZÁKONOV

C. Klement *, T. Gmitterová**,
H. Markuš , I. Rovný ***,

*Regionálny úrad, verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

**Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach,

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

Súhrn

Dohovor o zákaze vývoja, výroby a hromadenia zásob bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní a o ich zničení (ďalej „Dohovor“), ktorý je v SR publikovaný v Zbierke zákonov SR pod číslom 96/1975¹⁾, zaväzuje zmluvné štáty prijať národné opatrenia na implementáciu základných povinností vyplývajúcich z tejto medzinárodnej normy. Približne od začiatku 90-tych rokov minulého storočia sa jeho zmluvné štáty orientovali na napĺňanie tohto záväzku prostredníctvom rozvíjania myšlienky prijať verifikačný mechanizmus k dohovoru, obdobného ako v oblasti nešírenia jadrových a zákazu chemických zbraní.

Vzhľadom na absenciu konsenzu medzi približne 150 zmluvnými štátmi o potrebe a účelnosti prijať takýto nástroj sa proces komplexnej národnej implementácie dohovoru v roku 2002 vrátil k pôvodnému konceptu naplnenia uvedenej povinnosti zo strany zmluvných štátov dohovoru individuálne, bez pomoci stanovenia univerzálnych parametrov. Tento krát však s podstatne väčším dôrazom ako v období predchádzajúceho kolektívneho prístupu k danej otázke. Na tento posun vo vnímaní predmetného záväzku stanoveného dohovorm mala predovšetkým odlišná medzinárodná situácia, ako bola v čase od prijatia tejto normy do rozpadu bipolárneho sveta. Okrem iného sa jej prejavmi stala zvýšená hrozba šírenia zbraní hromadného ničenia a ich zneužitia zo strany neštátnych aktérov, najmä teroristov.

2)3)4) EÚ na summite v Bruseli v decembri 2003 prijala „Stratégiu EÚ proti šíreniu zbraní hromadného ničenia“²⁾. V rámci Spoločnej zahraničnej a bezpečnostnej politiky ňou EÚ reaguje na jednu z najnaliehavejších požiadaviek svetovej bezpečnosti a zároveň prispieva ku globálnemu boju proti terorizmu. Stratégia, okrem iného, identifikuje aj nutnosť posilnenia dohovoru, pričom sa sústreďuje na poprednú úlohu EÚ pri podpore implementácie záväzkov dohovoru na národnej úrovni.

Problematika implementácie záväzkov z Dohovoru o zákaze vývoja, výroby a hromadenia zásob bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní a o ich zničení sa stala tiež otázkou naplnenia záväznej rezolúcie Bezpečnostnej Rady OSN č. 1540 (2004) o nešírení zbraní hromadného ničenia z 28. apríla 2004³⁾ resp. jej následnej rezolúcie 1673 (2006)⁴⁾

Na základe týchto súvislostí vznikol návrh zákona, ktorý upravuje práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb v oblasti zákazu vývoja, výroby, hromadenia, prechovávanía, používania biologických zbraní a ich zničení. Jeho jadro predstavuje špecifikovanie vysoko rizikových biologických agensov a toxínov, ktoré môžu byť použité spôsobom porušujúcim dohovor, úprava zaobchádzania s nimi, stanovenie výkonu štátnej správy a ukladanie sankcií v oblasti zákazu bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní.

Kľúčové slová: biologické zbrane – zákon o zákaze biologických zbraní

Úvod

Návrh zákona bol vypracovaný na základe úlohy B.1 uznesenia vlády SR č. 1050/2004 zo dňa 10. novembra 2004 k návrhu na ustanovenie Ministerstva zdravotníctva SR ako Národného orgánu SR pre zákaz bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní, ktorým bolo iniciované ďalšie rozvíjanie napĺňania cieľov zahraničnej politiky SR v oblasti zákazu biologických zbraní.

Táto iniciatíva vyšla z vývoja na medzinárodnej scéne, ktorý reflektuje uvedenie si potreby výrazne dôslednejšie, v porovnaní s dovtedajšou všeobecne rozšírenou praxou, naplniť ustanovenie článku IV „Dohovoru o zákaze vývoja, výroby a hromadenia zásob bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní a o ich zničení“.

Uvedený článok zaväzuje zmluvné štáty dohovoru „prijat' v súlade so svojim ústavným postupom všetky nevyhnutné opatrenia na zákaz a zamedzenie vývoja, výroby a hromadenia, získavanie alebo prechovávanie agensov, toxínov, zbraní, zariadení a nosičov uvedených v článku I dohovoru, a to kdekoľvek na území takého štátu pod jeho jurisdikciou alebo pod jeho kontrolou“. Základným parametrom problematiky je relatívne ľahký prístup k látkam, z ktorých môžu byť vyrobené biologické zbrane, jednoduchý proces produkcie, skladovania a tým aj ukrytia pred odhalením vlastníctva takýchto látok. Aj preto sú dnes biologické zbrane považované za potenciálne nebezpečnejšie ako chemické a jadrové.

Predmetný dohovor nemá, na rozdiel od základných noriem medzinárodného práva týkajúcich sa jadrových a chemických zbraní, verifikačný mechanizmus. Viacročné rokovania zmluvných štátov dohovoru o jeho verifikačnom protokole smerovali k určeniu parametrov národných implementačných opatrení, čo by im bolo výrazne pomohlo pri ich vypracovaní a zavedení do ich legislatívneho rámca. Absencia konsenzu o potrebe a vhodnosti takéhoto nástroja a teda aj výsledku želaného drvivou väčšinou zmluvných štátov v tomto ohľade prinútila zmluvné štáty dohovoru konať vo vzťahu k jeho čl. IV individuálne.

Záver výročnej konferencie zmluvných štátov dohovoru z novembra 2003 preto obsahovali odporúčania vykonať revíziu existujúcej legislatívy v danej oblasti, novelizovať ju, resp. prijať nové úpravy v súlade s naplnením čl. IV dohovoru. Táto iniciatíva našla odraz i v „Stratégii EÚ proti šíreniu zbraní hromadného ničenia“ (ďalej iba „stratégia EÚ“), prijatej na summite EÚ v decembri 2003. Stratégia preto obsahuje konkrétny záväzok posilniť legislatívu EÚ a národné legislatívy členských krajín v oblasti kontroly nad patogénnymi mikroorganizmami a toxínmi. Vyzýva na zvýšenie spolupráce medzi inštitúciami verejného zdravotníctva a štruktúrami majúcimi vplyv na zabezpečenie nešírenia látok zneužitelných na výrobu zbraní.

SR sa ako členský štát EÚ podieľa na aktivitách únie presadzujúcej zákaz biologických zbraní v celej šírke danej problematiky. Od nových členských krajín EÚ sa očakáva urýchlené dosiahnutie približne jednotných štandardov v rámci únie tak, aby EÚ mohla ako celok dôraznejšie presadzovať politiku nešírenia ZHN a stupňovať aktivity zamerané na implementáciu princípov stratégie EÚ.

Prijatie účinných národných implementačných opatrení v oblasti zákazu biologických zbraní sa stali tiež otázkou naplnenia rezolúcie Bezpečnostnej rady OSN (BR OSN) 1540 z 28. 4. 2004. Jej operatívny odsek č. 2 explicitne žiada o prijatie vnútroštátnych legislatívnych opatrení týkajúcich sa zákazu zbraní hromadného ničenia vo vzťahu k neštátnym subjektom a teroristickým účelom. Mimoriadne dôležitý je operatívny odsek 3 rezolúcie, ktorý načrtáva, aký by mal byť rozsah kontroly nad materiálmi súvisiacimi s možným zneužitím na výrobu ZHN.

Operatívny odsek 4 vyzýva členské krajiny OSN informovať do šiestich mesiacov od prijatia rezolúcie o prijatých alebo plánovaných opatreniach zameraných na implementáciu rezolúcie. SR tak urobila v októbri 2004, kedy uviedla, že iniciovala prípravu národnej legislatívy v predmetnej oblasti pod záštitou Ministerstva zdravotníctva SR.

Platnosť tejto rezolúcie potvrdila a predĺžila rezolúcia BR OSN č. 1673 z 27. apríla 2006. SR má vo vzťahu k týmto rezolúciám osobitnú zodpovednosť, keď od začiatku r. 2006 predsedá Výboru BR OSN 1540 dohliadajúcemu nad implementáciou opatrení v nej obsiahnutých zo strany všetkých štátov sveta.

Otázka posilnenia zákazu biologických zbraní sa vzhľadom na jej komplexné bezpečnostné implikácie v ostatnom čase stala tiež predmetom výrazného záujmu Severoatlantickej aliancie a koalície boja proti terorizmu.

Vykonávanie dohovoru nie je možné chápať iba v úzkom zmysle zákazu biologických zbraní ako takých. Ide o oveľa širší komplex otázok spojených s kontrolou nad látkami a aktivitami, ktoré sú potenciálne využiteľné pre vývoj, výrobu a použitie takýchto zbraní. Efektívna implementácia musí byť založená nielen na systéme účinnej kontroly exportu tovarov dvojakého použitia, ale tiež na mechanizme poskytovania povolení pre prácu s nebezpečnými látkami v rámci SR.

Cieľom SR je dosiahnuť prostredníctvom predmetného zákona administratívny a právny stav zabezpečujúci komplexný a efektívny dozor nad relevantnými biologickými látkami tak, aby bola v čo najväčšej miere eliminovaná možnosť ich zneužitia na zakázané aktivity. Predmetná úloha si vyžadovala určenie gestora, resp. národný orgán koordinujúci aktivity zamerané na prijatie potrebných legislatívnych opatrení a ich vykonávanie v praxi. Ustanovenie národného orgánu pre plnenie týchto úloh je v súlade s trendom uplatňovaným v krajinách EÚ a ďalších zmluvných štátoch dohovoru. Ako najvhodnejšia inštitúcia, ktorá má mať gesciu nad problematikou zákazu biologických zbraní v SR, bolo identifikované ministerstvo zdravotníctva. Ide však o širokospektrálnu problematiku, ktorá si vyžaduje zainteresovanie viacerých rezortov, ktoré majú priamo či nepriamo dočinenia s biologickými látkami.

Zákon o zákaze biologických zbraní a o doplnení niektorých zákonov

Slovenská republika v r. 1993 sukcedovala do Dohovoru o zákaze vývoja, výroby a hromadenia zásob bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní a o ich zničení, ktorého bolo Československo pôvodným zmluvným štátom. Prevzala tak dedičstvo, podľa ktorého uplatňovanie dohovoru, resp. napĺňanie jeho čl. IV o národných implementačných opatreniach, bolo po nadobudnutí platnosti tejto medzinárodnej normy v roku 1975 chápané voľne bez potreby prijatia relevantnej legislatívy.

V počiatočnom období fungovania dohovoru prevládal podobný trend u väčšiny jeho zmluvných štátov. Neskôr zase vychádzali z predpokladu, že by malo dôjsť k vypracovaniu verifikačného protokolu k dohovoru, ktorý okrem iného stanoví povinnosť prijať príslušnú legislatívu explicitnejšie ako samotný dohovor, určí rámce takejto legislatívy, vrátane národného implementačného orgánu. Ako je uvedené vyššie, tento predpoklad sa dosiaľ nenaplnil a implementácia dohovoru sa pohla iným smerom. Najmä vyspelejšie štáty však začali už v čase prípravy verifikačného protokolu uplatňovať striktnejší prístup. Uvedomili si naliehavú potrebu prijatia takej legislatívy, ktorá by ustanovenia dohovoru transformovala v súlade s jeho čl. IV do konkrétnych podmienok narábania s biologickým materiálom v celej šírke záberu problematiky.

V dohľadnej dobe nemožno pre pokračujúcu absenciu konsenzu medzi zmluvnými štátmi dohovoru očakávať prijatie verifikačného protokolu k dohovoru. Trend po jeho 5. hodnotiacej konferencii (uskutočnenej v rokoch 2001 – 2002) je preto v znamení posilnenia dohovoru prostredníctvom naplnenia jeho článku IV o národných implementačných opatreniach. Členské štáty EÚ sa k takémuto kroku zaviazali priamo ako aj prijatím Stratégie

proti šíreniu zbraní hromadného ničenia z decembra 2003. Problematika zákona je upravená aj v práve Európskej únie, a to v primárnom práve (najmä čl. 11 Zmluvy o EÚ) ⁵⁾

Doterajšia legislatíva Slovenskej republiky sa dotýkala zákazu biologických zbraní len okrajovo a to v zákone č. 179/998 Z.z. o obchodovaní s vojenským materiálom v znení neskorších predpisov. Tu chýba zakotvenie záležitostí, ktoré sú primárne civilného charakteru, ktoré sa vzťahujú na zákaz biologických zbraní v dôležitých normách o zaobchádzaní s biologickými látkami v kontexte ich možného zneužitia na vojenské účely, vrátane Trestného zákona (§ 232, 295, 298 a 299 týkajúce sa zbraní hromadného ničenia, resp. vysokorizikových látok).

Biologické agensy ako také sa v legislatíve Slovenskej republiky sa dosiaľ vyskytovali len v nariadení vlády č. 47/2002 Z.z⁶⁾. o ochrane zdravia pri práci s biologickými faktormi zo 16. januára 2002. Toto nariadenie upravuje podmienky pre prácu s biologickými faktormi, ktorými sú baktérie, vírusy, parazity, huby a toxíny.

Naproti tomu predmetný zákon upravuje práva a povinnosti fyzických osôb, podnikateľov patriacich do kategórie fyzických osôb a právnických osôb v oblasti zákazu vývoja, výroby, hromaden⁵⁾ia, prechovávanía, používania biologických zbraní a ich zničenia. Jeho jadro predstavuje špecifikovanie vysoko rizikových biologických agensov a toxínov, ktoré môžu byť použité spôsobom porušujúcim dohovor.

Zákon upravuje zaobchádzanie s nimi, stanovuje výkon štátnej správy a ukladá sankcie v oblasti zákazu bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní. Predstavuje istú paralelu k zákonu o zákaze chemických zbraní z r. 1998 a predovšetkým dotvára legislatívny systém SR regulujúci oblasť nešírenia a zákazu zbraní hromadného ničenia.

Štruktúra zákona a stručný popis jednotlivých článkov a paragrafov

Zákon je rozdelený do siedmych článkov a obsahuje 25 paragrafov, obsahuje dve prílohy

V prílohe č.1 je zoznam vysoko rizikových agensov a toxínov, ktoré môžu byť použité ako biologické zbrane.

V prílohe č. 2 je zoznam vysoko rizikových biologických agensov a toxínov, ku ktorým úrad vydáva stanovisko.

K § 1

V tomto paragrafe sa ustanovuje rozsah úpravy zákona

K § 2

Zákon vymedzuje základné pojmy, ktoré sa opakovane používajú v texte zákona a pre správnu interpretáciu je potrebné zakotviť tieto pojmy ako výkladové pojmy.

K § 3

V tomto ustanovení sú presne formulované zákazy jednotlivých druhov zaobchádzania s biologickými zbraňami a so zariadeniami na ich výrobu.

K § 4

Toto ustanovenie upravuje prípady nálezov materiálov a vecí, u ktorých sa dá predpokladať, že môžu byť biologickou zbraňou a ustanovuje povinnosti nálezcov.

K § 5 - 6

Upravuje základné povinnosti pri zaobchádzaní s vysokorizikovými biologickými agensmi a toxínmi, povinnosti držiteľov povolenia alebo povolenia podľa osobitného predpisu,

porušenie ktorých má za následok uloženie sankcie.

K § 7 - 10

Zákon v tomto ustanovení zakotvuje základnú sústavu orgánov štátnej správy v oblasti dodržiavania zákazu biologických zbraní, a to Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky a Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici.

K § 11 - 13

Zákon tu zakotvuje podmienky na vydanie povolenia na zaobchádzanie s vysoko rizikovými biologickými agensmi a toxínmi na strane právnickej osoby, fyzickej osoby - podnikateľa alebo fyzickej osoby, ktoré žiadajú o vydanie povolenia. Ide najmä o spôsobilosť na právne úkony, bezúhonnosť a odbornú spôsobilosť.

K § 14 a 15

Zákon tu podrobnejšie vymedzuje náležitosti žiadosti o vydanie povolenia a rozhodnutia o vydaní povolenia Úradom verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. Tu sú určené aj prípady, kedy povolenie nie je potrebné.

K § 16

Zákon tu zakotvuje zmenu podmienok, zmenu, zrušenie a zánik povolenia na zaobchádzanie s vysoko rizikovými biologickými agensmi a toxínmi.

K § 17

Zákon tu upravuje postup pri vydávaní stanovísk v prípadoch, keď povolenie na vývoz niektorých zo sledovaných vysoko rizikových biologických agensov a toxínov vydáva iný orgán (v danom prípade MH SR) podľa osobitného predpisu.

K § 18

Tu je zakotvená úprava podmienok pre vydanie záväzného stanoviska podľa § 140b Stavebného zákona úradom ako dotknutým orgánom štátnej správy pri stavbách a zariadeniach, ktoré budú slúžiť na jednotlivé druhy zaobchádzania s vysoko rizikových biologických agensov a toxínov.

K § 19

Zákon tu zakotvuje povinnosť držiteľov povolenia viesť evidenciu o zaobchádzaní s vysoko rizikovými biologickými agensmi alebo toxínmi, náležitosti evidencie a tiež deklarácie, ktorú je držiteľ povolenia v ustanovených časových intervaloch povinný predkladať úradu.

K § 20 - 21

Toto ustanovenie vymedzuje predmet dohľadu vykonávaný orgánom dohľadu, ktorým je regionálny úrad. Dohľad budú vykonávať inšpektori, ktorých vymenúva a odvoláva riaditeľ regionálneho úradu a poverenie k výkonu dohľadu im vydá riaditeľ úradu. Zákon tu ďalej zakotvuje rozsah oprávnení kontrolórov, procesný postup pri výkone dohľadu, aj nariaďovanie opatrení na nápravu. Opatrenia na nápravu, ak kontrolóri zistia v činnosti kontrolovanej osoby nedostatky, sú taxatívne vymenované v odseku 1 a v odseku 2 je zakotvené oprávnenie úradu v prípade nebezpečenstva z omeškania alebo pri vzniku nežiaducich skutočností dôležitých z hľadiska bezpečnosti.

K § 22

V tomto paragrafe je vymedzená súčinnosť s ministerstvami a inými orgánmi štátnej správy pri výkone dohľadu, poskytovanie informácií alebo inej súčinnosti v iných mimoriadnych

situáciách je presne vyšpecifikovaná v tomto ustanovení zákona.

K § 23 - 24

V tomto ustanovení zákon presne vymedzuje jednotlivé skutkové podstaty správnych deliktov s určením dvoch druhov sankcií – prepadnutia majetku a pokuty, výšky pokuty za ten-ktorý delikt a tiež kritériá, na ktoré úrad prihliada pri určení výšky pokuty. Pokuty sú príjmom štátneho rozpočtu.

K § 25

V jednotlivých odsekoch sú obsiahnuté spoločné a prechodné ustanovenia vo vzťahu k účinnosti tohto zákona.

Čl. II

Zákon dopĺňa zákon č. 50/1976 Zb. o územnom plánovaní a stavebnom poriadku v znení neskorších predpisov, konkrétne v § 126 ods. 1, upravujúci prípady, keď sa stavené konanie dotýka záujmov chránených osobitnými predpismi, v danom prípade zákona o zákaze biologických zbraní a toxínových zbraní a o ich zničení, rozhodne stavebný úrad alebo iný orgán len na základe záväzného stanoviska úradu ako dotknutého orgánu štátnej správy.

Čl. III

Zákon dopĺňa zákon č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov, konkrétne ustanovenie § 3 ods. 2 o písmeno zu), v ktorom z podnikania podľa živnostenského zákona vylučuje používanie vysokorizikových biologických agensov a toxínov.

Čl. IV

Zákon dopĺňa zákon č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy (kompetenčný zákon) v znení neskorších predpisov, konkrétne ustanovenie § 19, ktoré upravuje pôsobnosť Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky ako ústredného orgánu štátnej správy, sa dopĺňa o písmeno g), ktoré znie: „g) kontrola zákazu biologických zbraní“.

Čl. V

Zákon dopĺňa Trestný zákon č. 300/2005 Z.z., konkrétne skutkovú podstatu trestného činu nedovoleného ozbrojovania a obchodovania so zbraňami podľa § 295 ods. 2 písm. b) o slová „alebo biologických zbraní.“, skutkovú podstatu trestného činu nedovolennej výroby a držania jadrových materiálov, rádioaktívnych látok a vysokorizikových chemických látok podľa § 298 ods. 1 a § 299 ods. 1 o slová „alebo vysoko rizikového biologického agensu a toxínu“, vrátane § 232 ods.3 písm. c).

Zákon o zákaze biologických zbraniach a o doplnení niektorých zákonov vstúpil do platnosti 1.6.2007.

Záver

Predloženie Zákona o zákaze biologických zbraniach a o doplnení niektorých zákonov je zavŕšením viacročného úsilia Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky a Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o efektívnu implementáciu Dohovoru. To, že Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako ústredný orgán štátnej správy rozšírilo svoju pôsobnosť o kontrolu zákazu biologických zbraní je na jednej strane ocenením personálnych schopností pracovníkov rezortu, ale na strane druhej obrovským záväzkom voči

Slovenskej republike, aby činnosť vyplývajúca z napĺňania zákona bola vykonávaná dôstojne a na zodpovedajúcej úrovni. Reálne činnosť súvisiacou s naplnením zákona budú vykonávať pracovníci Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici kde sa už 15.10.2001 vytvorilo rozhodnutím ministra zdravotníctva Romana Kováča Informačné centrum pre bakteriologické, (biologické) a toxínové zbrane.

Žijeme v období, kedy je zdravotníctvo podrobované tvrdej kritike ekonomického charakteru. Na činnosť v oblasti zákazu biologických zbraní bude potrebné postupne tiež vyčleňovať prostriedky zo štátneho rozpočtu alebo zo štrukturálnych fondov EÚ, aby prijatie Zákona o biologických zbraniach bolo len prvým krokom na ceste za budovaním funkčnej ustanovizne, ktorá znesie prísne medzinárodné kritériá.

Adresa autora:

doc. MUDr. Cyril Klement PhD

Regionálny úrad verejného zdravotníctva

Banská Bystrica

Príloha č. 1
k zákonu č. .../2007 Z. z.

Zoznam vysoko rizikových biologických agensov a toxínov, ktoré môžu byť použité ako biologické zbrane

A. Humánne a živočíšne patogénne vírusy:

1. Vírus Krymžsko – konžskej hemoragickej horúčky
2. Vírus Ebola
3. Vírus Sin Nombre (sérotyp Hanta vírusu)
4. Vírus Junin
5. Vírus Lassa
6. Vírus Machupo
7. Vírus Marburg
8. Vírus horúčky Rift. Valley
9. Vírus kliešťovej encefalitídy
10. Vírus variola
11. Vírus venezuelskej encefalitídy koní
12. Vírus východnej encefalitídy koní
13. Vírus žltej zimnice
14. Vírus opičích kiahní

B. Baktérie:

1. Bacillus anthracis
2. Brucella melitensis
3. Brucella suis
4. Burkholderia mallei
5. Burkholderia pseudomallei
6. Francisella tularensis
7. Yersinia pestis
8. Coxiella burnetti

9. *Rickettsia prowazekii*
10. *Rickettsia rickettsii*

C. Prvoky:

1. *Naegleria fowleri*

D. Živočíšne patogény:

1. Vírus afrického moru ošípaných
2. Vírus afrického moru koní
3. Vírus katarálnej horúčky oviec, modrý jazyk
4. Vírus slintačky a krívačky
5. Vírus pseudomoru hydiny
6. Vírus moru hovädziedho dobytku

E. Rastlinné patogény:

1. Hladkopodka *Colletotrichum coffeanum* var. *virulans* (slovenský názov druhu neexistuje)
2. *Dothistroma pini* (*Scirrhia pini*) (slovenský názov neexistuje)
3. *Erwinia amylovora*
4. Peronospóra *Peronospora hyoscyami* f. *tabacina* (slovenský názov druhu neexistuje)
5. *Ralstonia solanacearum*
6. Vírus Fiji cukrovej trstiny
7. Mazľavka *Tilletia indica* (slovenský názov druhu neexistuje)
8. *Xanthomonas albilineans*

F. Toxíny:

Toxíny baktérií:

1. Botulotoxín
2. Toxín *Clostridium perfringens*
3. Stafylokokový enterotoxín
4. Šigatoxín

G. Fykotoxíny

1. Anatoxín
2. Ciguatoxín
3. Saxitoxín

H. Mykotoxíny:

1. Trichotecentoxín

I. Fytotoxíny:

1. Abrín
2. Ricín

J. Zootoxíny:

1. Bungarotoxín

Zoznam vysoko rizikových biologických agensov a toxínov, ku ktorým úrad vydáva stanovisko

Prvoky:

1. Naegleria fowleri

Rastlinné patogény:

1. Dothistroma pini (Scirrhia pini)
2. Erwinia amylovora
3. Peronospora Peronospora hyoscyami f. tabacina
4. Ralstonia solanacearum
5. Vírus Fiji cukrovej trstiny
6. Mazľavka Tilletia indica

Fykotoxíny

1. Anatoxín
2. Ciguatoxín

Mykotoxíny:

1. Trichotecentoxín

Zootoxíny:

1. Bungarotoxín

Literatúra:

- 1) DOHOVOR o zákaze vývoja, výrobe a hromadenia zásob bakteriologických (biologických) a toxínových zbraní a o ich zničení
- 2) EU Strategy against the Proliferation of Weapons of Mass Destruction,
- 3) UN Security Council Resolution 1540 (2004) on non-proliferation of weapons of mass destruction
- 4) UN Security Council Resolution 1673 (2006) on non-proliferation of weapons of mass destruction.
- 5) Treaty on European Union.
- 6) NARIADENIE VLÁDY Slovenskej republiky zo 16. januára 2002 o ochrane zdravia pri práci s biologickými faktormi

Zdravotné následky nedobrovoľného fajčenia u detí a žien

¹ PhDr. R. Ochaba, MPH ² E. Kavcová, ¹
doc. MUDr. I. Rovný PhD., MPH ³ doc. JUDr. K. Tóth PhD., MPH

¹ Úrad verejného zdravotníctva SR

²Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského

³Slovenská zdravotnícka univerzita

Súhrn

Článok Zdravotné následky nedobrovoľného fajčenia u detí a žien charakterizuje v prvom rade históriu pojmu pasívne fajčenie, jeho definíciu, indikátory a vysvetlenie, prečo je považované za novú hrozbu tohto storočia. Jadro práce predstavuje opis základných zdravotných následkov pasívneho fajčenia z pohľadu žien a detí, ktoré bývajú najčastejšie vystavené jeho vplyvom. Ďalej v práci sú zachytené stratégie predchádzania pasívnemu fajčeniu z pohľadu komunitného a individuálneho prístupu. Prehľadná práca obsahu aj časť o niektorých právnych normách, ktoré upravujú problematiku ochrany detí a mládeže pred nedobrovoľnými fajčeniami.

Kľúčové slová: nedobrovoľné fajčenie - zdravie

Úvod

Pasívne fajčenie dnes predstavuje vážny problém postihujúci nefajčiarov predovšetkým v domácnostiach, na pracoviskách a verejných miestach. Proces pasívneho fajčenia charakterizuje vdychovanie tabakového dymu vo vnútornom a vonkajšom prostredí nefajčiarmi. Pre doplnenie sa pasívne fajčenie tiež nazýva ako vdychovanie environmentálneho tabakového dymu skratkou ETS (environmental tobacco smoke). Riziko ETS spočíva predovšetkým na fakte, že zatiaľ čo fajčiar vdychuje častice vznikajúce pri spaľovaní tabaku cez filter, tak pasívny fajčiar vdychuje vedľajší prúd dymu vdychuje bez filtra. V tabakovom dyme sa nachádza okolo 4000 chemických látok a 43 poznaných karcinogénov, pričom pasívny fajčiar bez filtra vdychuje asi 400 chemických látok. Medzi chemické látky, ktoré vdychuje nefajčiar patria:

- a) Organické látky ako napríklad polycyklické uhľovodíky, amíny, nitrozamíny, hydrazíny, benzén a vinil chlorid.
- b) Anorganické látky ako arzén, kadmium a chróm.
- c) Rádio-nukleotidy z ktorých polónium-210 je najčastejšie sa nachádzajúcim nukleotidom.

Na riziko vzniku vážnych zdravotných komplikácií vplyvom pasívneho fajčenia upozornila Svetová zdravotnícka organizácia v revidovaných odporúčaní na kvalitu prostredia konštatovaním, že pasívne fajčenie by malo byť uznané za karcinogénne a zapríčiňujúce zvýšenú chorobnosť a úmrtnosť. Príkladom dopadu pasívneho fajčenia sú náhle a chronické ochorenia dýchacieho ústrojenstva u detí, ktoré žijú v domácnosti s fajčiarmi a tiež v niektorých prípadoch s príležitostnými fajčiarmi. Zatiaľ neexistuje dôkaz k určeniu bezpečnej úrovne vystaveniu pasívnemu fajčeniu (Policy to reduce exposure, 2000).

Svetová zdravotnícka organizácia v definícii za pasívne fajčenie považuje vystavenie jeho účinkom po dobu najmenej 15 minút denne v trvaní počas jedného týždňa (Women and the tobacco epidemic, 2001).

Na svete je dnes účinkom pasívneho fajčenia v domácnosti vystavených 700 miliónov detí. Na rozdiel od väčšiny dospelých ľudí a rodičov sú prevažne deti nedobrovoľne vystavené

účinkom pasívneho fajčenia. Nemôžu si vybrať pobyt v nefajčiarskom prostredí pokiaľ sa rodičia nerozhodnú jednak prestať fajčiť alebo fajčiť na inom mieste. Pokiaľ nebudú brať do úvahy fakt, že pasívne fajčenie okrem ekonomických dopadov na rodinu ako celok vplýva osobitne na deti, ktoré musia tolerovať správanie rodičov – fajčiarov v domácnosti.

S týmto fenoménom úzko súvisí stanovenie indikátora prevalencie pasívneho fajčenia. Dnes sa v prevažnej miere odvodzuje z miery výskytu aktívneho fajčenia v bežnej dospeljej populácii nad 18 rokov. Hlavným a smerodajnejším ukazovateľom je však sledovanie miery výskytu pasívneho fajčenia v domácnosti, ktorému sú okrem detí vystavené aj tehotné ženy.

Indikátory ETS

1. Základná úroveň

Ø Prevalencia aktívneho fajčenia u mužov a žien na vybraných miestach. Z tohto údaju sa odvodzuje frekvencia a riziko vystavenia pasívnemu fajčeniu hlavne detí a tehotných žien.

2. Nepriama úroveň

Ø Koncentrácie zložiek ETS (meranie obsahu nikotínu na vybraných miestach, napríklad koncentrácie nikotínu v miestnosti s jedným alebo dvoma fajčiarmi sa pohybuje na úrovni 2 až 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; v reštauráciách, kde sa fajčí je úroveň vyššia ako 70 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

3. Priame metódy

Ø Medzi priame metódy na zisťovanie výskytu pasívneho fajčenia sa dnes využíva osobné monitorovanie výskytu pasívneho fajčenia a sledovanie výskytu markerov. Medzi základné biomarkery považujeme kotinín, karboxymehoglobín a oxid uhoľnatý. Nikotín sa z tela dostáva po relatívne krátkej dobe s polčasom rozpadu asi dvoch hodín. U nefajčiarov má kotinín polčas rozpadu okolo sedemnášť hodín. Polčas rozpadu sa predlžuje u tehotných žien a detí. Na hodnotenie fajčenia u žien pred a počas tehotenstva sa osvedčilo predovšetkým meranie obsahu kotinínu v moči alebo v amniotickej tekutine.

Zdravotné následky pasívneho fajčenia

Dôkazy o zdravotných následkoch vychádzajú z epidemiologických a toxikologických štúdií odvodených z dôsledkov aktívneho fajčenia. Prvé vedecké správy pochádzajú z roku 1971 od hlavného lekára USA (The Health Consequences, 1971). Kauzálne závery boli dosiahnuté v roku 1986 – vzťah medzi pasívnym fajčením a rakovinou pľúc u nefajčiarov a dýchacích problémov hlavne u detí (hlavný lekár USA, Medzinárodný výbor pre výskum rakoviny a iné) (The health consequences of involuntary smoking, 1986; Environmental tobacco smoke, 1986)

Rakovina pľúc

Štúdie z roku 1981 z Japonska a Grécka poukázali na zvýšený výskyt rakoviny pľúc u vydatých žien, ktoré žijú s manželom – fajčiárom (Hirayama, 1986; Trichopoulos, 1981). Genotoxická aktivita preukázaná v experimentálnych štúdiách s pasívnymi fajčiarmi v moči vylučovaním špecifického karcinogénu z tabaku (4-methylnitrosamino)-1-(pyridyl)-1-butanol (NNAL) (Hecht, SS., 1993).

Výbor na ochranu prírody v USA v roku 1992 zaradil ETS ako karcinogén (Respiratory health effect of passive smoking, 1992).

Srdcovo-cievne choroby a ETS

Dnes existuje presvedčivý vzťah medzi účinkami aktívneho fajčenia na vznik srdcovo-

cievnych chorôb. Riziko sa zvyšuje s dĺžkou a počtom denne vyfajčených cigariet. Fajčenie zvyšuje riziko vzniku srdcovo-cievnych chorôb prostredníctvom vzniku aterosklerózy, krvných zrazenín a infarktu myokardu. Fajčenie znižuje schopnosť prenosu kyslíka v krvi a tým sa zvyšuje pravdepodobnosť vzniku srdcových arytmií. Na druhej strane pasívne fajčenie môže zvyšovať riziko vzniku srdcovo-cievnych chorôb. Prvé epidemiologické dáta o vplyve pasívne fajčenia na vznik srdcovo-cievnych chorôb sú známe z roku 1985 z prostredia Kalifornie (Garland, 1985). Dnes sa počet štúdií značne rozrástol s výsledkami, ktoré dokazujú vplyv pasívneho fajčenia na vznik kardiovaskulárnych chorôb.

Podľa Kalifornského výboru na ochranu prírody je 30 % riziko vzniku srdcovo-cievnych chorôb v dôsledku pasívneho fajčenia (Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, 1997). Pasívne fajčenie je najväčšou preventabilnou príčinou srdcovo-cievnych chorôb a úmrtí podľa Americkej kardiologickej asociácie (Taylor, 1992).

Choroby dýchacích ciest

Existuje iba niekoľko štúdií, ktoré dokazujú súvislosť medzi pasívnym fajčením a príznakmi súvisiacimi s problémami s dýchaním. Presvedčivé dôkazy o účinkoch pasívneho fajčenia na chronické choroby dýchacích ciest neexistujú. Neexistuje žiadna epidemiologická štúdia, ktorá by dokázala vplyv ETS na zhoršovanie astmatického priebehu u dospelých ľudí. Na druhej strane však existuje vzťah medzi pasívnym fajčením a výskytom chorôb dolných dýchacích ciest u detí a detí matiek, ktoré počas tehotenstva fajčili. Na základe vedeckých štúdií bol preukázaný vzťah medzi fajčením rodičov a častejším výskytom problémov u detí s dýchaním v podobe príznakov ako je kašeľ a chrípka (Cook, 1997). Takisto bolo dokázané, že astmatické deti užívajú častejšie lieky na liečbu astmy pri matkách, ktoré fajčia (Weitzman, 1990) a astmatické deti, ktorých matky fajčia, častejšie navštevujú lekársku pohotovosť (Burnett, 1997).

Pasívne fajčenie počas tehotenstva matky

Fajčenie počas tehotenstva vyúsťuje do mnohých komplikácií u detí. Fajčenie počas tehotenstva dokázateľne redukuje pôrodnú hmotnosť u detí, spôsobuje súmernú hypotrofiu plodu (200 – 300 g), chronické problémy s dýchaním, zápal stredného ucha a redukuje pľúcne funkcie. Fajčenie matiek počas tehotenstva dokázateľne znižuje pôrodnú hmotnosť a zvyšuje riziko vzniku syndrómu náhleho detského úmrtia (SIDS) (Reducing the health consequences of smoking, 1989). Zdravotné následky fajčenia matky sa prejavujú na narodenom dieťati výrazne aj po pôrode vo forme psychických a neuropsychiatrických problémov (plačlivosť, nervozita, poruchy spánku, bledosť, cyanóza). Ďalšie štúdie dokazujú vplyv fajčenia matky na spomalenie telesného rastu a vrodených porúch vývoja (The health benefit of smoking cessation, 1990; Zhang, 1992).

Stratégie prevencie pasívneho fajčenia u žien a detí

Vzhľadom k tomu, že fajčenie v domácnosti sa nestane predmetom riešenia v právnych normách, intervencie smerujúce k obmedzeniu pasívneho fajčenia u žien a detí musia byť zacielené na zmenu správania fajčiarov. V súčasnosti sa k zmene správania fajčiarov s cieľom redukovať výskyt pasívneho fajčenia používajú tri teórie (Glanz, 1992).

Prvá teória je zameraná na intrapersonálne zvládanie správania, vlastnú vieru v ovplyvniteľnosť svojho zdravia, plánované správanie, zvládanie záťaží a stresov. Teória je zameraná na uvedomenie si dôsledkov vlastného správania a jeho dosahu na správanie a zdravie ostatných ľudí, uvedomenie si prínosov a prekážok na ceste k cieľu cestou sebauvedomenia.

Druhá teória je zameraná na modely interpersonálneho správania, kde patrí sociálno-poznávacia teória pozostávajúca zo sociálnej podpory a sociálnej siete. Sociálno-poznávacia teória pozostáva z dvoch komponentov: poznávací rámec individua, kam patrí sumár

poznanych vlastností a schopností poznávať nové veci a proces prostredníctvom ktorého môže byť poznávací rámec a schopnosti individua zmenené. Druhá teória je zameraná už na zmenu alebo korekciu vlastných postojov a názorov.

Tretia teória ukazuje na rozhodujúcu úlohu organizácií, veľkých sociálnych inštitúcií a komunit v zdravotnom uvedomovaní. Teórie a stratégie pomáhajú týmto zoskupeniam k pochopeniu správania ľudí vo vzťahu k zdraviu ľudí formou organizovania široko zameranej prevencie a edukácie. Medzi dôležitý faktor patrí aj tvorba príslušnej legislatívy v oblasti prijímania opatrení na verejných miestach a pracoviskách v spolupráci s mimovládnyimi organizáciami, ktoré podnecujú vládny sektor k ochrane a podpore zdravia obyvateľstva.

Okruh opatrení v oblasti komunitnej úrovne

-
- Ø Legislatíva na zákaz fajčenia
- Ø Informovanie verejnosti o nedobrovoľnom fajčení a jeho zdravotných a sociálnych aspektoch
- Ø Vytvorenie fajčiarskych zón
- Ø Zlepšenie ventilácie v budovách
- Ø Informovanie rodičov a tehotných žien o škodlivosti pasívneho fajčenia
- Ø Kampane pre „rodiny bez tabaku“

Opatrenia na individuálnej úrovni

-
- Ø Systém dobrovoľníkov a poradcov, aby fajčiari nefajčili v uzavretých miestach
- Ø Odrádzanie mladých ľudí od fajčenia
- Ø Pomoc fajčiarom prestať
- Ø Edukácia mladých ľudí a tehotných žien o rizikách nedobrovoľného fajčenia
- Edukácia a tréning ako povedať fajčiarom v rodine alebo návšteve, aby nefajčili

Právne normy na ochranu nefajčiarov

Medzinárodný dohovor OSN o právach dieťaťa vstúpil do účinnosti v septembri 1990. Neobsahuje explicitné právo detí na ochranu pred tabakom a fajčením, napriek tomu Výbor pre práva dieťaťa zdôrazňuje, že tabak je určite otázkou ľudských práv a zdôrazňuje vo svojich odporúčaniach, aby boli zabezpečené informácie o legislatíve a iných opatreniach za účelom prevencie užívania alkoholu, tabaku a iných drog u detí, ktoré môžu poškodiť zdravie (Tobacco and Rights of the Child, 2001). Akčný plán prijatý na Svetovom summite o deťoch v roku 1990 identifikoval tabak ako problém, ktorého riešenie si vyžaduje prijatie mnohých opatrení.

Rámcový dohovor OSN o kontrole tabaku vstúpil do účinnosti vo februári 2005 s cieľom ochrániť budúce generácie pred fajčiarskou epidémiou (Rovný, 2005). Osobitnú pozornosť venuje v článku 16 deťom s cieľom znížiť ponuku tabakových výrobkov osobám mladším ako 18 rokov. V úvodných častiach dohovoru sa stanovuje zreteľ na medzipohlavné rozdiely pri uplatňovaní metód na znižovanie výskytu fajčenia.

Medzi najdôležitejšiu právnu normu na Slovensku v oblasti ochrany nefajčiarov možno považovať zákon NR SR č. 377/2004 Z.z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona NR SR č. 465/2005 Z.z.. V § 6 ods. 2 spomenutého zákona sa zakazuje predaj tabakových výrobkov osobám mladším ako 18 rokov. V § 7 je vymenovaný zoznam miest a inštitúcií, kde je zakázané fajčenie. Jedným z dôvodov prijatia zákazu fajčenia na verejných miestach je aj ochrana detí a mládeže pred účinkami pasívneho fajčenia (Ochaba, 2006).

Medzi ďalšie výzvy do blízkej budúcnosti patrí prijatie Národného programu kontroly tabaku, ktorý v jednej zo svojich častí upravuje podmienky na ochranu pred pasívnym fajčením (Ochaba, 2004; Rovný, 2004). Prijatie takéhoto národného programu spoločne s akčným

plánom, ktorý definuje finančné zabezpečenie, vytvára podmienky na aplikáciu preventívnych opatrení s cieľom znížiť výskyt pasívneho fajčenia so zameraním na celú populáciu.

Záver

Na každých osem úmrtí v krajinách EÚ vinou aktívneho fajčenia pripadá jedno ďalšie úmrtie spôsobené vdychovaním tabakového dymu nefajčiarmi. V roku 2000 pripadlo z celkových 4,5 milióna úmrtí v EÚ 650 000 úmrtí na ochorenia spôsobené užívaním tabaku.

Každý rok zomrie v 25 krajinách EÚ viac než 79 000 ľudí v dôsledku pasívneho fajčenia, pričom 19 000 ľudí tvoria nefajčiari.

Pasívne fajčenie, nedobrovoľné fajčenie, environmentálny tabakový dym (ETS) sú pojmy k označeniu vystavenia nefajčiarov účinkom látok, ktoré sú obsiahnuté v tabakovom dyme. Pasívne fajčenie spôsobuje rad zdravotných, sociálnych a osobných problémov hlavne v domácnostiach, kde účinkom fajčenia sú vystavené deti a ženy. Medzi základné zdravotné problémy, ktoré sú preukázateľne spôsobené pasívnym fajčením dnes zaraďujeme rakovinu pľúc, zápal dýchacích ciest a choroby srdca. Na druhej strane nie je ešte dostatok jasných a presvedčivých dôkazov na potvrdenie súvislosti medzi pasívnym fajčením a vznikom rakoviny krčka maternice, zníženou funkciou pľúc, zápalom pľúc, vznikom a rozvojom astmy, zápalom stredného ucha, syndrómom náhleho detského úmrtia (SIDS), nízkou pôrodnou hmotnosťou u detí, ktorých matky počas tehotenstva fajčili. Cieľom príspevku bolo poukázať na následky pasívneho fajčenia na pozadí vedeckých štúdií a odvolaní. V druhom rade príspevok uviedol základné indikátory, intervencie a právne súvislosti súvisiace s ochranou a podporou zdravia detí a žien v súvislosti s pasívnym fajčením.

V Európe sú krajiny ako Írsko, Nórsko, Taliansko, Malta, Švédsko, Škótsko, v USA štáty ako Arkansas, Kalifornia, Delaware, New York, Connecticut, Maine, Massachusetts, Rhode Island, Montana, Vermont, Washington, New Jersey, Utah, Colorado, Florida, Idaho, Hawaii, Severná Dakota, Puerto Rico, Guam, Washington DC, väčšina provincií Kanady a Austrálie, ktoré majú nefajčiarske verejné miesta.

Literatúra:

1. BURNETT, RT., CAKMAR, S., BROOK JR., et al: The role of particulate size and chemistry the association between summertime ambient air pollution and hospitalisation for cardio respiratory diseases. *Environmental Health Perspect* 1997; 105:614-20.
2. COOK, DG., STRACHAN, DP.: Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997; 52:1081-94.
3. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. Washington, DC: National Academy Press, 1986.
4. GARLAND, C., BARRET-CONNOR, E., SUAREZ, L., et al: Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers: a prospective study. *American Journal of Epidemiology*, 1985; 121:645-50.
5. GLANZ, K.: Community and group intervention models of health behaviour change. In: Glanz, K., Lewis, FM., Rimer, BK, Eds. *Health behaviour and health education, theory, research and practise*. 2 ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1997:237-8.
6. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. California: California Environmental Protection Agency, 1997.
7. HECHT, SS., CARMELLA SG, MURPHY SE, et al: A tobacco-specific lung carcinogen in the urine of men exposed to cigarette smoke. *English Journal of Medicine*, 1993; 329:1543-6.
8. HIRAYAMA, T.: Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981; 282:183-5.
9. MARTIN, TR., BRACKEN, MB.: Association of low birth weight with passive smoking exposure in pregnancy. *American Journal of Epidemiology* 1986; 124:633-42.

10. OCHABA, R.: Návrh Národného programu kontroly tabaku a jeho východiská. Alkoholizmus a drogové závislosti, 39, 2004, 2, s. 105-116.
11. OCHABA, R., TÓTH, K., ROVNÝ, I., KAVCOVÁ, E., BIELIK, I.: Politika kontroly tabaku a výskyt užívania tabakových výrobkov v SR. Verejné zdravotníctvo, 2006, 1, <http://www.szu.sk>.
12. Policies to Reduce Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000, 75p.
13. Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office, 1989.
14. Respiratory health effect of passive smoking. Lung cancer and other disorders. Washington, DC: US Government Printing Office, 1992.
15. ROVNÝ, I., OCHABA, R., BIELIK, I.: Kontrola tabaku v Európskej únii. In: XXXI. Stodolove dni. Bratislava: ÚVZ SR, 2004. s. 115 – 118. ISBN 80-7159-148-3
16. ROVNÝ, I., OCHABA, R., TÓTH, K.: Právne aspekty ochrany nefajčiarov v SR a EÚ. In: Národný program podpory zdravia. Ochaba, R., Žáková, E. (eds.) Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2005, 54-73 s. ISBN 80-7159-153-X
17. TAYLOR, AE., JOHNSON, DC., KAZEMI, H.: Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease: a position paper from the council on cardiopulmonary and critical care, American Heart Association. Circulation 1992; 86:1-4.
18. The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General: 1971. Washington, DC: US Government Printing Office, 1971.
19. The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office, 1986.
20. The health benefit of smoking cessation. A report of Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office, 1990.
21. Tobacco and Rights of the Child. WHO 2001, 62p.
22. TRICHOPOULOS, D., KALANDIDI, A., SPARROS, L. et al: Lung Cancer and passive smoking. International Journal of Cancer, 1981; 27:1-4.
23. WEITZMAN, M., GORTMAKER, S., WALKER, DK., et al: Maternal smoking and childhood asthma. Pediatrics 1990; 85:505-11.
24. Women and the Tobacco Epidemic. Canada: WHO Regional Office for PANAM, 2001, 222p.
25. ZHANG, J., SAVITZ, DA., SCHWINGL, PJ., et al: A case-control study of paternal smoking and birth defects. International Journal of Epidemiology 1992; 21:273-8.

Adresa autora:

PhDr. Robert Ochaba, MPH

Úrad verejného zdravotníctva SR