
O B S A H

Editorial



POPOVIČ J.: Kríza finančných trhov a očakávané dopady na zdravotníctvo

Originálne práce



MALINA, A.: Struktura a obsah vzdelávania v oboru verejné zdravotníctví v Českej republike



DEMESOVÁ, L.: : Epidemiológia kardiovaskulárnych chorôb a možnosti intervenčného ovplyvnenia v podmienkach okresu Trebišov.



MARUŠKOVÁ, L., PEKARČÍKOVÁ, J., ČERNUŠKOVÁ, Z.: Informovanosť návštevníkov solárií o nádoroch kože a možnostiach prevencie



SALAMONOVÁ M.: Etiológia užívania drog u detí



ŽULTÁKOVÁ S., DERŇANOVÁ L.: Výchova k zdraviu ako nástroj eliminácie rizikových faktorov u rómskych tehotných žien.



KLEMENT C., MAĐAROVÁ L.: Biologické zbrane a legislatívne nástroje ich kontroly IV.

Prehľadné referáty



KOVÁČ A.: Štúdium verejného zdravotníctva na Slovensku – vývoj a perspektívy.

Recenzie kníh



MASLENOVÁ D.: Nováková E., Oleár V., Klement C. : Lekárska Vakcinológia nielen pre medikov.

Kriza finančných trhov a očakávané dopady na zdravotníctvo

MUDr. Ján Popovič

Veľké finančné krízy so svojimi dramatickými zvratmi a zásahmi do ľudských osudov už tradične oživujú stereotyp hospodárskych dejín. Pritom nie vždy sú schopné vysvetliť javy a udalosti, ktoré im predchádzali. Práve naopak. Často vytvárajú najrôznejšie mýty, alegorické iracionality a bájky, ktoré viac mlžia ako osvetľujú.

Obvyklým výkladom vzniku veľkých finančných kríz býva už tradične porušenie morálky, nekonečná pýcha, ktorá predchádza pád, neprípustná chamtivosť, zasluhujúca spravodlivý trest. Stačí to ale?

Pokiaľ by sme pristúpili na takéto vysvetlenie, dostali by sme sa do pozície moralistu, ktorý hodnotí okolitý svet výhradne prostredníctvom etických hodnôt dobra a zla, čo môže byť pre niekoho povznášajúce hodnotenie, ničmenej, je to hodnotenie morálne (1).

My sa však chceme poučiť, získať skúsenosti a na ich základe sa pripraviť adekvátne reagovať na hroziace nebezpečenstvo v budúcnosti. A k tomu nám morálna analýza nestačí. Chce to čosi viac. Chce to solídny ekonomický pohľad, seriózne ekonomické zhodnotenie príčin a dôsledkov. Chce to interpretáciu faktov prostredníctvom štandardných ekonomických kategórií, ako sú finančný trh, úverové portfólium, úroková miera, ekonomický rast, ekonomická recesia a podobne.

Ak prijmeme tento prístup, stávajúca kríza finančných trhov sa nám začne javiť ako dôsledok snahy (americkej) vlády pomôcť trhu s bývaním za cenu neprimerane nízkych úrokových sadzieb hypotekárnych úverov. Je to práve štátom garantovaná úverová inflácia, motivujúca banky požičiavať na bývanie komukoľvek bez ohľadu na to, či je schopný splácať svoj dlh alebo nie, ktorá spôsobila súčasný chaos na finančných trhoch. Nezodpovedná hra štátu s úrokovými mierami, etatizmus vo svojej najčistejšej podobe (2,3)

Ten, kto aspoň trochu tuší, o čom hovorím vie, že takéto správanie sa štátu môže mať jediný efekt-dramatické zúženie úverového portfólia a sekundárne spomalenie ekonomického rastu.

A presne to sa stalo. Nikto dnes nedokáže presne povedať, kde, kedy a v akej miere sa hazardná hra s trhom hypotekárnych úverov prejaví. Čo sa však dá povedať s istotou je, že dôsledky poniesie i systém zdravotnej starostlivosti.

V prvom rade, klesnú príjmy zdravotných poisťovní. Tie sú totiž, ako je známe, viazané na výšku poistnej platby, ktorá je zasa proporcionálne zviazaná s výškou mzdy. Pokiaľ dôjde k spomaleniu ekonomického rastu - a k nemu iste dôjde, rast miezd sa spomalí a stúpne nezamestnanosť. Sekundárny pokles výberu poistného a tým i celkového objemu disponibilných zdrojov v systéme bude už len logickým vyústením tohto trendu.

A poskytovatelia? Tí sa budú musieť najkôr zriecť veľkorysej valorizácie miezd a obozretnejšie vyberať dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok, prostriedkov bude menej a tým bude i menej možností sa reprodukovať.

V zaujímavej situácii sa ocitnú konzumenti zdravotnej starostlivosti - pacienti. Kto si myslí, že kríza finančných trhov zmení i ich správanie, bude najskôr sklamaný. Nezmení. Naďalej budú požadovať (a čerpať) viac zdravotnej starostlivosti ako by čerpali, keby pocítili ekonomickú recesiu priamo na vlastnej koži. To sa ale nestane, nakoľko neplatia svoju zdravotnú starostlivosť priamo. Nevedie koľko stojí, ako a kedy sa platí a preto nebudú pocitovať jej vyššie náklady priamo i naďalej. Nie som ekonóm a preto mi neprináleží púšťať sa do sofistických analýz finančného trhu. Do jeho zákonitostí a pravidiel jeho fungovania. Som však lekár, ktorý si veľmi silne uvedomuje jeho vzťah k systému zdravotnej starostlivosti. Ak totiž zaškrípe niečo na trhu finančných služieb, je isté, že tento škripot bude veľmi zreteľne počuť i v zdravotníctve. Skúsme mu načúvať.

Literatúra:

1. JOHNSON, P.: Dějiny 20. století. Rozmluvy, 2008, Praha

2. MACH, P.: Americká finanční krize-selhání státních regulací, Euro, 2008, Praha
3. MUELLER, A.: What is behind the Financial Crisis? Ludwig von Mises Institute, 2008

Struktura a obsah vzdělávání v oboru veřejné zdravotnictví v České republice

MUDr. Antonín Malina, Ph.D., MBA

Souhrn:

Škola veřejného zdravotnictví Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví byla založena po vzoru zahraničních "Schools of Public Health" v roce 1992. Vznikla jako moderní pracoviště, které vedle svých dalších aktivit realizuje závažnou společenskou objednávku - systematické vzdělávání řídicích pracovníků ve zdravotnictví.

Ve sdělení jsou uvedeny základní principy vzdělávacího programu v oboru veřejné zdravotnictví, praktický průběh a obsah studia.

Škola veřejného zdravotnictví - jako jediné akreditované výukové pracoviště v oboru veřejné zdravotnictví - chce i nadále udržovat agenturní fungování instituce, která dokáže adekvátně reagovat na měnící se strukturu a požadavky posluchačů.

Klíčová slova: veřejné zdravotnictví, škola veřejného zdravotnictví, postgraduální vzdělávání, manažerské vzdělávání

Škola veřejného zdravotnictví je v současné době jediným výukovým pracovištěm v České republice, které bylo v roce 2006 akreditováno na dobu desíti let podle zákona č. 95/2004 Sb., pro lékaře, farmaceuty a stomatology pro specializační obor Veřejné zdravotnictví a podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. pro obor Organizace a řízení zdravotnictví. Vzdělávání odpovídá evropskému standardu mezinárodně uznávaného studia Master of Public Health (MPH).

Specializační příprava je určena lékařům, kteří zastávají řídicí funkci ve zdravotnictví nebo se na ni připravují, ale také ostatním vysokoškolákům pracujícím ve zdravotnictví (inženýrům, právníkům, farmaceutům, bakalářům, magistrům i dalším vysokoškolákům), zejména těm, kteří aspirují na vedoucí funkce. Je koncipována především jako vzdělávání ředitelů, náměstků a vedoucích pracovníků nemocnic, klinik, ústavů a samostatných oddělení, managementu zdravotnických zařízení, řídicích pracovníků státní a veřejné správy (vedle pracovníků ministerstva zdravotnictví a krajských orgánů také vedoucích zdravotnických pracovníků resortů vnitra, dopravy, obrany a spravedlnosti), vedoucích pracovníků v oblasti ochrany veřejného zdraví, ale také pro učitele veřejného zdravotnictví na vysokých školách a pracovníky z oblasti sociomedicínského výzkumu. Zatímco v minulých letech se stávali absolventy školy především pracovníci, kteří již na vedoucích místech pracovali nebo pracují, v posledním období roste zájem i u pracovníků, kteří své působení v organizaci a řízení zdravotnictví teprve plánují.

Specializační příprava z veřejného zdravotnictví obsahuje celkem 15 týdenních modulů, které jsou zaměřeny na nejdůležitější oblasti veřejného zdravotnictví. Ověřování znalostí frekventantů v závěru specializační přípravy probíhá formou standardní kvalifikační (u lékařů atestační) zkoušky podle příslušných předpisů. Důležitou součástí specializační přípravy je vypracování samostatné písemné práce, její veřejná prezentace a obhajoba. Posluchači zpracovávají závěrečnou práci na úrovni diplomové práce,

témata jsou volena s ohledem na aktuální potřeby a pracovní zařazení účastníka. Pozornost je věnována i formálnímu zpracování, konzultanty a oponenty projektu jsou naši i externí lektori.

V rámci specializační průpravy je věnovaná velká pozornost zdravotnickému managementu. Posluchači mají možnost se seznámit se všemi důležitými manažerskými oblastmi, a to zejména se strategickým řízením, s problematikou řízení lidských zdrojů a se základy ekonomického a finančního managementu. Také management kvality zdravotní péče patří k velmi aktuálním tématům. V manažerských modulech přednášejí vedle interních pracovníků přední externí odborníci na danou problematiku, se kterými ŠVZ dlouhodobě spolupracuje. Na základní moduly pak v rámci kontinuálního vzdělávání navazují krátkodobé monotematicky zaměřené kurzy, semináře či workshopy, v nichž se do hloubky probírají některá specifická manažerská témata, otázky či problémy. Oblíbené a žádané jsou zejména semináře věnující se personálnímu managementu (zásady efektivní komunikace, týmová spolupráce, řešení konfliktů, hodnocení výkonu zaměstnanců, apod.).

Z dlouhodobého hlediska reprezentují manažerské kurzy jeden ze stěžejních programů pracoviště.

Škola se zabývá také oblastí sociálního lékařství a sociologie medicíny, věnuje se psychologickým a sociologickým aspektům zdraví a nemoci (nerovnostem ve zdraví, kvalitě života, zdraví a nemoci v rodině, roli lékaře a pacienta), zabývá se sociálními aspekty péče o zdraví a orientuje se směrem k podpoře zdraví v komunitě. Jde jednak o prevenci společensky nejzávažnějších onemocnění (kardiovaskulární choroby a nádory) a podporu zdraví různých ohrožených populačních skupin (dětí a mládeže, seniorů, duševně nemocných, etnických minorit). Tato témata jsou součástí jak specializačního kurzu, tak krátkých kurzů nabízených v rámci kontinuálního vzdělávání. Kurzy se zabývají vybranými problémy péče o chronicky nemocné a staré lidi (návaznost zdravotní a sociální péče o seniory, komplexní péče o člověka s demencí). Pružně reagují na nové trendy v oblasti zdravotně - sociální péče (chráněné bydlení pro seniory a lidi se zdravotním postižením, komunitní plánování, práce s dobrovolníky, supervize v pomáhajících profesích), na problémy a potřeby uživatelů služeb (kvalita služeb, propouštění rizikových pacientů z nemocnice, sociální práce v nemocnici), na úsilí orientovat služby směrem k prevenci a podpoře zdraví (projekt zdravé město, zdravá nemocnice apod.).

Škola veřejného zdravotnictví se podílí na výkladu současných a na přípravě nových právních předpisů týkajících se zdravotnictví, provádí konzultační činnost týkající se práv, povinností a právem požadovaných postupů zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče a dalších právních otázek. Výuka zdravotnického práva patří k nejsilnějším stránkám studia na škole. Právní problematika, kterou přednáší tým zkušených právníků, kteří se specializují na zdravotnické právo, patří již tradičně k nejlépe hodnoceným předmětům. Zvláštní pozornost je - stejně jako na Slovensku - věnována právům starších pacientů.

Specializační příprava v oboru veřejné zdravotnictví je pětiletá. Předpokládá dva roky praxe ve zdravotnictví nebo veřejné správě a tříletou výuku Školy veřejného zdravotnictví.

Vlastní výuku tvoří celkem 15 modulů - týdenních tematických soustředění, které se uskutečňují v průběhu dvou a půl roku. Výukové moduly probíhají od pondělí 9.00 hodin do čtvrtka 12.30 hodin. Ve čtvrtek odpoledne a v pátek je vyhrazen čas pro individuální konzultace s lektory školy a na samostudium (posluchači mohou využívat multimediální učebnu, odbornou knihovnu, internetovou učebnu apod.).

Prvních XIV modulů probíhá v 1 – 2měsíčních intervalech, 6 měsíců je vyhrazeno pro zpracování atestační práce, pro konzultace, případně náhradní účast za neabsolvované moduly k dosažení potřebných kreditů, pro účast na volitelných kurzech nebo na absolvování praktických stáží.

Poslední modul je věnován veřejné obhajobě atestačních prací (projektů) a probíhá přibližně měsíc před plánovanou atestací.

Jednotlivé moduly jsou monotematicky zaměřeny na nejdůležitější oblasti veřejného zdravotnictví. Programy těchto modulů jsou pro každý cyklus specializační přípravy upravovány podle aktuálních podmínek a potřeb i připomínek účastníků.

V případě zájmu dostatečného počtu studujících je možné upravit program tak, aby byl některé specifické problematice věnován větší prostor (např. v oblasti sociálních služeb nebo v oblasti specifických témat, které se týkají ochrany veřejného zdraví).

Výuka probíhá v učebnách Institutu postgraduálního vzdělávání v Praze. Dle dohody s účastníky může výuka probíhat případně i na jiných pracovištích mimo prostory Institutu, může být spojena s exkurzí do vybraných zdravotnických zařízení, a to i mimo Prahu.

Obsah jednotlivých modulů:

MODUL I: Úvod do veřejného zdravotnictví

- obor veřejné zdravotnictví a jeho současné pojetí
- zdraví a nemoc: pojmy a jejich historicky podmíněné chápání, biologické, psychické a sociální souvislosti, etické aspekty zdraví
- determinanty zdraví, jejich povaha, dynamika a validita
- současné prioritní determinanty zdraví obyvatel České republiky
- dosavadní vývoj a současný obraz zdravotního stavu obyvatel České republiky, jeho mezinárodní konfrontace a perspektivní vývojové tendence

MODUL II: Právo a zdravotnictví

- systém práva, mezinárodní smlouvy, druhy a závaznost právních norem, aplikace práva, další vybrané otázky právní teorie
- ústavní systém České republiky, Listina základních práv a svobod
- evropské právo
- vybrané otázky občanského, obchodního, trestního, pracovního a daňového práva
- správa a správní řízení
- zdravotnické právo, pojem, obsah, systém, základní zákony platné ve zdravotnictví
- zdravotní pojištění, komory, zdravotnická zařízení
- práva a povinnosti občanů a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče

MODUL III: Zdravotní politika

- pojem, cíle, strategie a nástroje zdravotní politiky
- vývoj evropské a české zdravotní politiky
- současné problémy české zdravotní politiky
- evropské strategie Světové zdravotnické organizace pro 21. století
- evropské zdravotnické systémy
- regionální zdravotní politika

MODUL IV: Vzdělávání a výzkum ve zdravotnictví

- vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
- specifické aspekty postgraduálního vzdělávání v oblasti veřejného zdravotnictví
- věda a výzkum ve zdravotnictví ČR v kontextu s mezinárodními výzkumnými programy
- organizace výzkumu v resortu zdravotnictví
- specifické aspekty výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví
- informační zdroje na Internetu, praktická práce s databázemi
- prezentace projektů atestačních prací

MODUL V: Ekonomické teorie a zdravotnictví

- vývoj evropského ekonomického myšlení 20. století
- teorie veřejného sektoru a zdravotnictví
- základy makroekonomie a vztah ke zdravotnictví
- základy mikroekonomie a vztah ke zdravotnictví
- institucionální ekonomie
- teorie racionálních očekávání
- teorie her a ekonomie
- veřejná ekonomie
- veřejný a soukromý sektor v ekonomických vztazích ve zdravotnictví
- teorie efektivnosti a možnosti aplikace ve zdravotnictví

MODUL VI: Zdravotnický management

- zásady řízení a jejich aplikace v řízení organizace zdravotnického systému a zdravotnického zařízení
- strategické řízení ve zdravotnictví
- řízení pomocí klíčových ukazatelů efektivity zdravotní péče
- personální management, teorie a praktický nácvik asertivních dovedností
- styly řízení, řešení konfliktů, týmová spolupráce
- management kvality zdravotní péče, problematika standardizace a akreditace
- zdravotnický systém a jeho instituce

MODUL VII: Hygiena a epidemiologie

- základy lékařské ekologie
- povaha a validita faktorů zevního prostředí a jejich vliv na zdraví
- hodnocení rizika v životním prostředí
- organizace a úkoly hygienické služby v systému péče o zdraví
- ochrana při práci, nemoci z povolání
- epidemiologie – legislativa, situace, metodologie
- očkovací programy a jejich efekt
- prevence a dohled u vybraných onemocnění
- enviromentální zdraví – péče o zdravé životní prostředí

- nově se objevující nákazy (re-emerging and emerging diseases)

MODUL VIII: Zdravotnická statistika a informatika

- role a uplatnění statistiky a informatiky ve veřejném zdravotnictví
- národní zdravotnický informační systém, jeho organizace, legislativní podklad a koncepce
- organizace a koncepce nadnárodních zdravotnických informačních databází informační systémy ve zdravotnických zařízeních, koncepce a provozní aspekty
- demografie a trendy populačního chování
- legislativní a etické aspekty sběru zdravotnických dat, ochrana osobních údajů
- využití informací pro řízení zdravotnictví (regionální a národní úroveň, management zdravotnického zařízení)
- koncepce dalšího vývoje informační soustavy ve zdravotnictví
- geografické informační systémy a jejich využití ve zdravotnictví

MODUL IX: Prevence a podpora zdraví, komunitní péče

- principy komunitního přístupu v péči o zdraví
- národní programy péče o zdraví
- projekty podpory zdraví (Zdravé město, Zdravá škola atd.) a jejich hodnocení
- prevence v oblasti významných skupin onemocnění (kardiovaskulární choroby, onkologická onemocnění, úrazy)
- koncept komplexní rehabilitace
- sociomedicínské aspekty péče o zdraví seniorů
- návaznost zdravotní a sociální péče

MODUL X: Ekonomické koncepty zdravotnictví v České republice

- hlavní směry vývoje zdravotnictví ve vybraných zemích
- ekonomické struktury zdravotnictví – instituce a vztahy
- veřejné zdravotnictví – klady a zápory, vývoj
- zdravotní pojištění veřejné a soukromé
- koncepce ekonomických regulací ve zdravotnictví z pohledu:
 - zdravotní politiky státu, regionů a municipalit
 - personální a mzdové politiky
 - přístrojové politiky
 - lékové politiky
- ekonomika zdravotnického zařízení
- ekonomická strategie rozvoje zdravotnictví

MODUL XI: Problematika komunikace v medicíně a zdravotnictví

- komunikační technologie, internet, intranet
- externí a interní komunikace, public relation, analýza mediální scény, tiskový mluvčí, tisková zpráva, tisková konference
- mediální trénink, moderování, facilitace, nácvik technik
- komunikace zdravotnického personálu s pacientem
- lobbying, fundraising
- právní problematika

MODUL XII: Aktuální problémy českého zdravotnictví

- flexibilně inovovaný program, zaměřený na významné události ve sféře veřejného zdravotnictví a zdravotní politiky v průběhu dosavadní specializační přípravy
- nové a připravované právní normy ve zdravotnictví
- aktuální problémy zdravotnické právní praxe
- aktuální priority českého zdravotnictví

- seznámení s přípravou atestační práce

MODULY XIII. a XIV:

Oba moduly jsou svým obsahem diferencovaně zaměřené na dva tematické okruhy volitelné podle pracovního zařazení a zájmu posluchačů. Témata pro oba směry navazují na otázky probírané v předchozích modulech a prohlubují je zejména prostřednictvím diskusních panelů a řešením modelových situací a konkrétních projektů.

- směr manažerský:
vybrané otázky financování zdravotnictví, zdravotního pojištění, ekonomiky zdravotnictví, organizace a řízení zdravotnických zařízení
- směr prevence, podpory zdraví a komunitní péče:
péče o specifické populační skupiny vymezené sociálními a věkovými charakteristikami, možnosti a způsoby prevence a podpory zdraví v různých podmínkách.

MODUL XV: Závěrečný seminář – veřejná obhajoba atestačních prací

- obhajoba před plénem ostatních frekventantů a konzultantů

Pro realizaci výukového plánu se osvědčilo agenturní pojetí činnosti pracoviště. Část problematiky je přednášena zaměstnanci školy, část zajišťují experti - zaměstnanci IPVZ z jiných kateder (z katedry hygieny a epidemiologie, subkatedry geriatry a gerontologie, katedry všeobecného lékařství, subkatedry drogových závislostí, katedry posudkového lékařství, katedry dětského a dorostového lékařství atd.). Externí přednášející se rekrutují také z odborníků z různých oblastí, institucí, pracovišť a škol, což umožňuje zařazovat i „horká“ aktuální témata. Táž témata jsou přednášena z různých hledisek, pozitivní je názorová pluralita i určitá kompetice mezi přednášejícími.

Další perspektivu Školy spatřujeme i v průběžném zvyšování kvality dosavadních způsobů a forem výuky (např. diferenciací některých modulů specializační přípravy, zavedení e-learningových výukových programů apod.). Chceme nadále posilovat vědecké, výzkumné a publikační činnosti, přednost klademe na realizaci krátkých a operativních grantů. Základní cíle i způsoby výuky budou však vždy vycházet z novodobé historie oboru, který si za patnáctiletou existenci našel v oblasti dalšího vzdělávání své pevné postavení.

Literatura:

- Barták, M., Horáková, P., Malina, A.: *Lidské zdroje ve zdravotnictví*, Zdravotnictví v České republice, č.10, 2007
- Krejčíková, J., Malina, A.: *Multi professional approach in Postgraduate Education in Public Health*, Abstract Book of 9th International Ottawa Conference in Medical Education, Cape Town, 1-3 března 2003
- Malina, A.: *Škola veřejného zdravotnictví nejen pro lékaře*, Medical Tribune, roč.II, 2005, č.22, s.9
- Tóth, K., Badalík, L., Hegyi, L.: *Health Law School of Public Health in Bratislava, Slovakia*. The 12-th World Congress on Medical Law. Proceedings. Siófok, Hungary : 1998
- Malina, A., Drbal, C.: *Postgraduální vzdělávání v oblasti veřejného zdravotnictví v České*

republiče, Verejné zdravotníctvo SZU, č. 1, říjen 2005.

Šulcová, M., Čižnár, I., Egnerová, A., Hegyi, L., Kováč, R., Šajter, V.: Verejné zdravotníctvo včera, dnes a zajtra. www.verejnezdravotnictvo.sk, 2004, č. 1

Malina, A.: Úvod do veřejného zdravotnictví. In: Studijní materiály k problematice veřejného zdravotnictví. Praha: IPVZ, 2004, 1-2.

Adresa autora:

MUDr. Antonín Malina, Ph.D., MBA

Škola veřejného zdravotnictví Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Ruská 85, 100 05 Praha 10

Epidemiológia kardiovaskulárnych chorôb a možnosti intervenčného ovplyvnenia v podmienkach okresu Trebišov.

Mgr. Lucia Demesová
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Súhrn:

Nerovnosť v zdraví obyvateľov okresu Trebišov v porovnaní so SR je významná. Túto skutočnosť podčiarkuje aj fakt, že ide o etnicky, národnostne a kultúrne zmiešané územie^(11,12), kde pretrvávajú viaceré rizikové faktory životného štýlu. Vo všeobecnosti ako aj tu platí, že mnohí ľudia si uvedomujú svoje rizikové správanie, ale nič v zmysle odstránenia alebo zníženia svojho rizika nerobia. Príčinou neochoty zmeniť zaužívané rizikové správanie je hlavne nedostatočná motivácia.^(6,10)

Program PO-ZDRA-VY pre srdce je zameraný na ovplyvnenie zdravého spôsobu života rodín vo zvýšenom riziku chronických ochorení. Jeho zámerom je posilniť motiváciu a vzájomnú podporu členov rodiny v ozdravnom procese.

Jedným z výsledkov programu je aj publikácia: „Každý musí na niečo zomrieť“, ktorá bola spracovaná za účelom získania podpory a spolupráce zdravotníckych pracovníkov ako aj na informovanie a motiváciu verejnosti s vyšším vzdelaním.

Kľúčové slová: nerovnosti v zdraví, chronické choroby, intervenčný program, zdravý životný štýl

Chronické choroby a ich vplyv na nerovnosť v zdraví obyvateľov okresu Trebišov.

Chronické neinfekčné choroby (CHCH) si trvalo udržiavajú prvé miesta ako príčiny smrti^{1,2,3}). Nepriaznivo ovplyvňujú výskyt náhlych úmrtí a tak negatívne ovplyvňujú strednú dĺžku života. Pre CHCH sú však typické pomaly progredujúce stavy. Ich cena – cena liečby ako aj cena, ktorú je treba zaplatiť v podobe nízkej kvality života, je vysoká.^(4,5)

Vývoj trendov vo výskyte chronických ochorení (CHO) poukazuje, že 80% úmrtí sa vyskytne v krajinách s nízkym a stredným ziskom⁽⁴⁾, vrátane Slovenska. V rámci SR existujú rozdiely vo výskyte CHO (zvlášť kardiovaskulárnych) a rozdiely vo výskyte nerovností v zdraví. Úmrtnosť na KVCH mužov i žien vo veku nad 65 rokov je najvyššia v južných a juhovýchodných okresoch SR^(1,6) (vrátane okresu Trebišov - TV). Okres TV bol v roku 1993 na prvom najhoršom mieste v štandardizovanej úmrtnosti na KVCH v SR. V súčasnosti sa nachádza na treťom najhoršom mieste.⁽⁷⁾

Špeciálnemu riziku v súvislosti s CHCH sú vystavené deti, ktoré si nemôžu vybrať, napr. kde by chceli žiť, ako by sa chceli stravovať. Podobne nemajú možnosť ovplyvniť svoju expozíciu pasívnemu fajčeniu v domácom prostredí.⁽⁴⁾ Dieťa narodené v okrese TV, ktoré prežije život v podmienkach tohto okresu, sa dožije v priemere o 2,5 roka menej ako dieťa narodené a celý svoj život žijúce v Bratislave.⁽⁸⁾

„Najviac postihnutí CHCH sú chudobní.“⁽⁴⁾ S chudobou úzko súvisí nezamestnanosť, ktorá dosahuje v okrese TV úroveň 26%.⁽¹¹⁾

Nerovnosť v zdraví obyvateľov okresu Trebišov v porovnaní so SR je významná. Túto skutočnosť podčiarkuje aj fakt, že ide o etnicky, národnostne a kultúrne zmiešané územie^(11,12), kde pretrvávajú viaceré RF životného štýlu - hlavne z pohľadu spôsobu stravovania.

Za väčšinu prípadov CHCH je zodpovedná malá skupina hlavných RF - nezdravá výživa a nadmerný energetický príjem; fyzická inaktivita a fajčenie.⁽⁹⁾ Elimináciou týchto RF sa dá predísť najmenej 80% prípadov KVCH a diabetes mellitus typ 2 ako aj 40% prípadov ochorení na rakovinu.⁽⁴⁾

Intervenčné programy RÚVZ so sídlom v Trebišove:

Intervenčné aktivity boli zacielené na zníženie rizika u rizikových rodín, špeciálne na populáciu detí a mládeže s očakávaným vplyvom na populáciu stredného veku. Na týchto pilieroch sú postavené dva navzájom prepojené verejnozdravotné programy: rovesnícky program „NÁŠ ŽIVOT“ a intervenčný program „PO-ZDRA-VY pre srdce“. Sú postavené na spolupráci zdravotníckych inštitúcií, neziskovej organizácie, verejnej správy, podnikateľskej obce, škôl a dobrovoľníkov.

Program PO-ZDRA-VY pre srdce.

Prioritami programu sú ozdravenie výživy, optimalizácia pohybu a prevencia fajčenia. Tento

integrovaný program ideálne spája preventívne intervencie u vysokorizikových osôb s populačnými aktivitami.

Motto programu PO-ZDRA-VY pre srdce: „Pozdravme svoje srdce pohybom, zdravím a výživou (a nefajčením). Upevníme a ochránime zdravie svojho srdca a predídeme aj ostatnými CHCH.“

Východiskom programu je skutočnosť, že mnohí ľudia si uvedomujú svoje rizikové správanie, ale nič v zmysle odstránenia alebo zníženia svojho rizika nerobia. Príčinou neochoty zmeniť zaužívané rizikové správanie je hlavne nedostatočná motivácia.^(6,10) Motiváciu pritom ovplyvňuje intenzita vnímania rizika choroby a sociálny kapitál - oporná sieť kontaktov. Vnímanie rizika choroby, ktorá postihuje veľký počet jedincov (napr. hypertenzia alebo hypercholesterolémia) je nízke, zvlášť ak sú známe spôsoby účinnej liečby. Dôležitá je aj skutočnosť, že ak sa už niekto rozhodne pre zmenu spôsobu života a jeho najbližšie okolie ho nepodporuje počítačnou motivácia sa ľahko mení na demotiváciu.

Zámer programu: Zvýšiť prevalenciu rodín žijúcich zdravým spôsobom života. Základom je, aby jednotliví členovia rodiny realizovali zmeny životného štýlu spoločne.

Cieľová skupina a metodika programu: Cieľovú skupinu tvoria rodiny, v ktorých bol jeden alebo viac členov postihnutých náhlou cievnou mozgovou príhodou (NCMP) alebo infarktomyokardu (IM). Rodiny sú písomne alebo osobne oslovené a je im ponúknutá možnosť vyšetrenia v poradni zdravia. Rodinám sa poskytuje cieleňé poradenstvo zamerané na zníženie individuálneho a rodinného rizika s využitím všetkých štandardných ako aj špeciálnych prístupov viazaných na program.

Ciele programu: 1.Zníženie rizika chronických chorôb u cieľovej populácie cestou zmeny životného štýlu – dlhodobý cieľ. 2.Vytvorenie registra hospitalizovaných (na NCMP, IM) a ich príbuzných. 3.Výbrat' a vyškolit' mladých ľudí pochádzajúcich z rodín v riziku pre prácu v rovesníckom programe. (Tým je možné získať silne pozitívne motivovaných jedincov pre rovesnícku prevenciu chronických chorôb) 4.Vytvorenie novej kvality spolupráce medzi klinickými pracovníkmi a pracovníkmi verejného zdravotníctva – prvým prvkom naplnenia tohto cieľa je spracovanie publikácie „Každý musí na niečo zomrieť...“.

„Každý musí na niečo zomrieť, ale smrť nemusí byť pomalá, bolestivá alebo predčasná.“

Publikácia je určená predovšetkým zdravotníckej - verejnozdravotníckej a klinickej verejnosti. Bola spracovaná hlavne za účelom motivácie a podpory realizácie programu PO-ZDRA-VY pre srdce.

Prináša sumárny prehľad najvýznamnejších RF kardiovaskulárnych chorôb a iných CHCH - nezdravá výživa, nedostatok pohybovej aktivity, fajčenie, psychosociálne vplyvy a stres, nadmerná konzumácia alkoholu, hypertenzia, diabetes mellitus, obezita, lipoproteinémie, zvýšená hladina homocysteínu. Publikácia pojednáva o týchto RF v členení - základná charakteristika; výskyt - vo svete, v SR v okrese Trebišov; následky expozície; spôsoby hodnotenia a možnosti intervencie na individuálnej aj skupinovej úrovni.

Názov publikácie veľmi presne vystihuje stret dvoch protichodných postojov. Výrok „Každý musí na niečo zomrieť“ je jedným z najčastejších výrokov ľudí, ktorí nemajú záujem o zmenu svojho rizikového správania (zároveň jeden z desiatich Svetovou zdravotníckou organizáciou uznaných mýtov o chronických chorobách). Tento mýtus a nerozumný výrok je dokončený protiargumentom „... ale smrť nemusí byť pomalá, bolestivá alebo predčasná.“, ktorý zdôrazňuje závažnosť a negatívny dôsledok, takéhoto prístupu k zdraviu. Zdôrazňuje potrebu uvedomiť si svoje rizikové správanie a žiť zdravo.

Publikácia je prístupná na internetových stránkach RÚVZ sídlom v Trebišove: www.ruvz.tv.sk a internetovej stránke partnera programu PO-ZDRA-VY pre srdce Občianskeho združenia Patronus Health: www.patronushealth.szm.sk.

Literatúra:

- VAŇO, B. a i.: Populačný vývoj v Slovenskej republike 2004. Bratislava : INFOSTAT – Inštitút informatiky a štatistiky, 2005, 96 s. In: www.infostat.sk/ VDC / Publikácie VDC, 16.11.2005.
- ÚZIŠ, ODBOR INFORMAČNEJ A PUBLIKAČNEJ SLUŽBY.: Sme zdraví?. Vybrané ukazovatele zo zdravotníckej štatistiky SR. Bratislava : Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2004, 30 s.
- ROVNÝ, I.: Determinanty zdravia: Slovensko na začiatku XXI. Storočia. In: Verejné zdravotníctvo, 2004, č.2-3, www.szu.sk / Informácie / Odborné periodiká / Verejné zdravotníctvo / Obsah / No 2-3/2004, 18.7.2005

4. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Preventing chronic diseases : a vital investment. Geneva : World health organization cop., 2005, 178 s. ISBN 92-4-156300-1
5. MCQUEEN, DV.: Continuing efforts in global chronic disease prevention. Prev Chronic Dis [serial online]. Atlanta : National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. In: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/07_0024.htm, 10.3.2007
6. HULANSKÁ, K. a i.: Národný program podpory zdravia. Aktualizácia národného programu podpory zdravia v roku 2005. Bratislava : Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2005, 22 s. ISBN 80-7159-159-9
7. BARÁKOVÁ, A., HLAVA, P.: Vybrané informácie o vývoji úmrtnosti na najčastejšie príčiny smrti v SR v rokoch 1971 –2000. Projekt MONIKA. Bratislava : Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2003, 111 s. ISBN 80-968936-1-0
8. SLÁDEK, J.: Úvahy o ochrane verejného zdravia a o verejnom zdravotníctve. Michalovce : Excel enterprise, 2005, 79 s. ISBN 80-969142-5-1
9. SEDLÁKOVÁ, D.: Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a jej globálna stratégia pre výživu, pohyb a zdravie. In: [www.who.sk/Ostatné/Globálna stratégia pre výživu, pohyb a zdravie – Slovenská verzia/](http://www.who.sk/Ostatné/Globálna_stratégia_pre_výživu_pohyb_a_zdravie_-_Slovenská_verzia/), 9.6.2005
10. AVDIČOVÁ, M., HRUBÁ, F., HERDOVÁ, O. a i.: Zdravotné návyky a kvalita zdravia dospelých populácie Slovenska v roku 2002. Bratislava : Štátny fakultný zdravotný ústav Slovenskej republiky Bratislava pre Štátny zdravotný ústav Banská Bystrica, 2003, 56 s. ISBN 80-7159-141-6
11. KUNDEK, Š.: Vybrané demografické údaje Košického kraja za rok 2004. Demografia a sociálna štatistika. Košice : Štatistický úrad Slovenskej republiky. Krajská správa v Košiciach. Odbor informatiky, registrov a informačných služieb, 2005, 84 s.
12. HAASOVÁ, G.: Úmrtnosť. In: JURČOVÁ, D. a i.: Populačný vývoj v regiónoch Slovenskej republiky 2001. Bratislava : INFOSTAT–Inštitút štatistiky a informatiky. Výskumné demografické centrum, 2003, s.45-52, In: www.infostat.sk/vdc/pdf/popul2001regfinal.pdf, 19.1.2006.

Adresa autora :

Mgr. Lucia Demesová

Oddelenie podpory zdravia

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trebišove

Jilemnického 3370/2, 075 01 Trebišov

tv.vychova@uvzs.sk

INFORMOVANOSŤ NÁVŠTEVNÍKOV SOLÁRIÍ O NÁDOROCH KOŽE A MOŽNOSTIACH PREVENČIE

L. Marušková, J. Pekarčíková, Z. Černušková

Úvod

Medzi najvýznamnejšie a najčastejšie sa vyskytujúce nádorové ochorenia patria nádor pľúc, nádor hrubého čreva, nádor prsníka, nádory krčka a tela maternice a nádory kože.[1] Nádory kože predstavujú veľkú hrozbu pre populáciu najmä vďaka zvyšujúcej sa incidencii tohto ochorenia. V súčasnosti je celosvetovo každý rok novo-diagnostikovaných približne 132 000 malígnych melanómov a 2-3 milióny nemelanómových nádorov kože. Štatistiky ukazujú, že jednému z piatich Američanov a jednému z dvoch Austráľčanov bude počas života diagnostikovaný nádor kože. [2]

Podľa American Cancer Society môžeme vo všeobecnosti zhubné nádory kože rozdeliť na dva základné typy: melanómové a nemelanómové. [3] Na koži sa najčastejšie vyskytujú tri druhy zhubných nádorov – malígný melanóm, bazalióm a spinalióm.

V Slovenskej republike bola v roku 2003 incidencia malígneho melanómu štandardizovaná na svetovú populáciu 7,0/100 000 u mužov, čo predstavuje 221 prípadov a 7,3/100 000 u žien, čo predstavuje 291 prípadov. Incidencia nemelanómových nádorov kože štandardizovaná na svetovú populáciu bola 65,3/100 000 u mužov, čo predstavuje 1704 prípadov a 69,8/100 000 u žien, čo predstavuje 1932 prípadov. [1]

Rizikových faktorov nádorov kože je viacero. Vek, mužské pohlavie, biela rasa, nádory kože v rodinnej a osobnej anamnéze a Xeroderma pigmentosum patria k najdôležitejším nemodifikovateľným rizikovým faktorom nádorov kože. K najdôležitejším modifikovateľným rizikovým faktorom patrí nadmerné vystavovanie sa slnečnému žiareniu, expozícia ultrafialovému žiareniu zo solárií a solárnych lúčov, chemickým látkam (napr. ťažké kovy, arzén), rádioterapia, jazvy a chronické poškodenia kože, fajčenie, liečba psoriázy (aplikácia fotosenzibilizujúcich psoralénov a ožarovanie v oblasti UVA), Human papillomavirus, pigmentové névy (materské znamienka) a oslabený imunitný systém. [4,5,6]

K najvýznamnejším primárnym preventívnym opatreniam patrí zníženie expozície UV žiareniu (vyhľadávanie tieňa, pohyb, ochranné oblečenie a okuliare, používanie opaľovacích prípravkov), odstránenie melanocytových névov, vyhýbanie sa škodlivým chemikáliám a konzumácia vitamínov a antioxidantov. V sekundárnej prevencii má svoju nezastupiteľnú funkciu samovyšetrenie kože a pravidelný skrining najmä u ľudí s familiárnym rizikom. Terciárna prevencia zahŕňa pravidelné sledovanie chorých s vyliečeným nádorovým ochorením s cieľom včas odhaliť recidívu ochorenia. [7,8,9]

Materiál a metodika práce

Informovanosť o nádoroch kože a využívanie možností prevencie bola zisťovaná v súbore, ktorý tvorili návštevníci solárií v mestách Trnava a Trenčín. Celkový počet spolupracujúcich solárií bol 15. Na získavanie údajov o informovanosti bola použitá dotazníková metóda. Dotazník pozostával z 27 otázok. Zber údajov bol realizovaný v mesiacoch november a december 2006, pričom každá prevádzka mala na vyplnenie dotazníkov v priemere jeden mesiac. Bolo rozdáných 360 dotazníkov, ktoré boli pracovníkmi solárií ponúkané klientom. Počet vrátených dotazníkov bol 169, návratnosť bola 47%. Dôvodom nízkej návratnosti dotazníkov bolo odstúpenie troch prevádzok zo štúdie a časová zaneprázdnenosť personálu, ale najmä návštevníkov solárií. Z dôvodu nesprávneho, príp. neúplného vyplnenia bolo vyradených 13 dotazníkov. Počet úplných a správne vyplnených dotazníkov, ktoré boli následne spracované, bol 156.

Výsledky

Celkový počet respondentov, ktorí sa zapojili do štúdie, bol 156. Počet respondentov z prevádzok solárií v Trnave bol 77 (49%) a z prevádzok solárií v Trenčíne bol 79 (51%).

Z celkového počtu respondentov bolo 81% žien (126 respondentiek) a 19% mužov (30 respondentov). Priemerný vek respondentov bol 26,1 rokov. Minimálny vek respondentov bol 12 a maximálny 62 rokov. Najviac, 34,6% respondentov bolo vo vekovej skupine 20 – 24 rokov, 23,7% respondentov bolo vo vekovej kategórii < 19 rokov, 14,8% opýtaných malo 25 – 29 rokov, 10,9% respondentov bolo vo vekovej skupine 30 – 34 a taktiež > 40 rokov. Do vekovej skupiny 35 – 39 rokov bolo zaradených 5,2% respondentov.

Z celkové počtu 156 respondentov bolo 46% zamestnaných a 46% študentov, po 3% bolo nezamestnaných respondentov a dôchodcov a 2% tvorili ženy na materskej dovolenke.

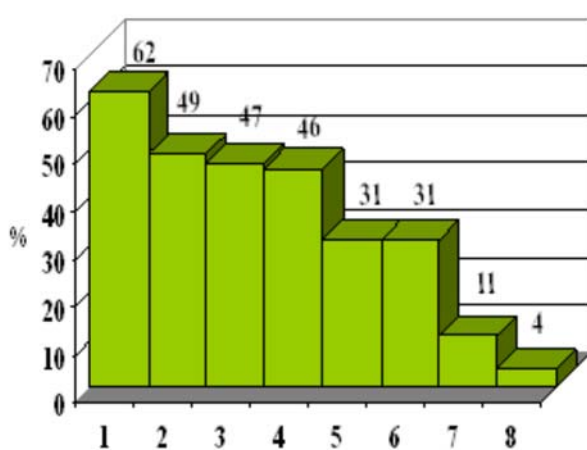
Najviac, 59% respondentov malo najvyššie dosiahnuté vzdelanie stredoškolské s maturitou, ďalej nasledovalo vzdelanie vysokoškolské – 15% a zhodne po 13% bolo respondentov so základným a stredoškolským vzdelaním bez maturity.

Z celkového počtu respondentov 76% bývalo v meste a 24% respondentov uviedlo ako svoje bydlisko vidiek.

Nádorové ochorenie kože v rodine uviedli 4 respondenti (3%). Z týchto prípadov sa dva prípady vyskytli u matky, jeden prípad u brata a jeden prípad u starej mamy respondenta.

Na otázku, či respondenti vedia, čo je melanóm kože, 68% odpovedalo správne, že je to zhubné ochorenie kože. Melanóm kože za infekčné ochorenie považujú 3% respondentov a 29% sa k tejto otázke nevedelo vyjadriť.

V otázke, ktorá zisťovala informovanosť respondentov o prvých príznakoch vzniku nádorov kože, mali respondenti možnosť vybrať si z ôsmich odpovedí, pričom bolo možné označiť viacero odpovedí. Najviac, 62% respondentov označilo mokvajúce, prípadne krvácajúce materské znamienko. Druhým najčastejšie označovaným príznakom respondentmi bolo v 49% prípadov neustále sa zväčšujúce materské znamienko. Tretím najznámejším príznakom bola zmena farby materského znamienka, ktorý označilo 47% respondentov. Odpovede respondentov ilustruje obr.č.1.

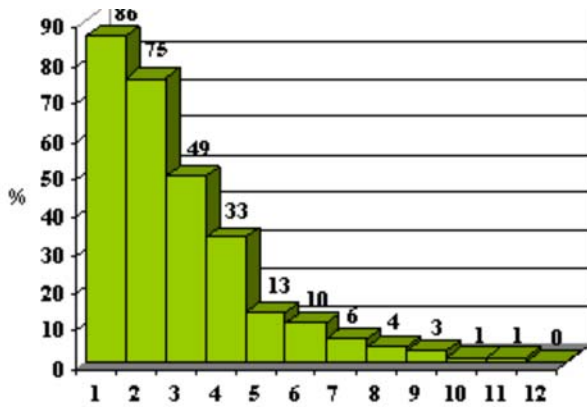


Legenda

1. mokvajúce, prípadne krvácajúce materské znamienko
2. neustále sa zväčšujúce materské znamienko
3. zmena farby materského znamienka
4. vznik novej pigmentovej škvrnky, ktorá neustále rastie a mení tvar
5. svrbiace materské znamienko
6. neostrôhnané, nepravidelné znamienko
7. svrbenie kože (mäťúca možnosť)
8. vznik nového materského znamienka (mäťúca možnosť)

Obr.č.1: Percentuálne rozdelenie 156 respondentov podľa určenia prvých príznakov nádorov kože, Trnava, Trenčín, 2007.

Pri určovaní rizikových faktorov nádorov kože respondenti najviac volili možnosť častého spálenia sa na slnku - 86%. Druhým rizikovým faktorom, ktorý respondenti uvádzali najčastejšie, bolo vystavenie sa slnečnému žiareniu – vybralo ho 75% respondentov. Tretím najznámejším rizikovým faktorom nádorov kože bola rakovina kože v rodine, ktorú označila takmer polovica respondentov – 49%. Odpovede respondentov ilustruje obr.č.2.



Legenda

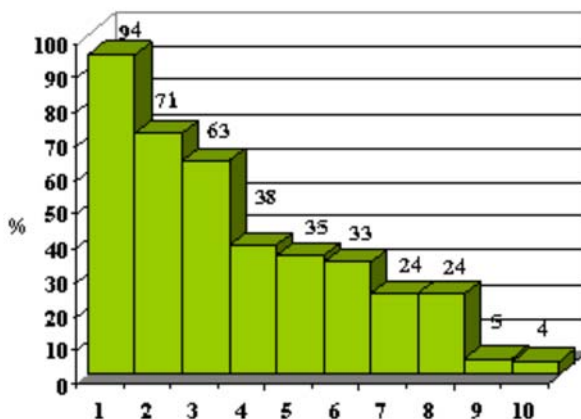
1. časté spálenie sa na slnku
2. vystavenie slnečnému žiareniu
3. rakovina kože v rodine
4. väčšie množstvo materských znamienok
5. fajčenie
6. modré alebo zelené oči, svetlá farba pokožky a vlasov
7. biela rasa
8. pehy
9. pohlavie – žena (mätúca možnosť)
10. nadmerná konzumácia alkoholu (mätúca

možnosť)

11. obezita (mätúca možnosť)
12. pohlavie – muž

Obr.č.2: Percentuálne rozdelenie 156 respondentov podľa určenia rizikových faktorov pre vznik nádorov kože, Trnava, Trenčín, 2007.

Z vybraných preventívnych opatrení proti vzniku nádorov kože uvedených v dotazníku takmer všetci respondenti označili vyhýbanie sa slnku počas kritických hodín. Túto možnosť uviedlo 94% respondentov. Druhým najznámejším preventívnym opatrením bolo používanie vhodných prípravkov na opaľovanie podľa fototypu kože, uviedlo to 71% respondentov. Pravidelné samovyšetrenie a vyšetrenie kože lekárom zvolilo 63% respondentov. Odpovede respondentov ilustruje obr.č.3



Legenda

1. vyhýbanie sa slnku počas kritických hodín (11. – 15. hodina)
2. používanie vhodných prípravkov na opaľovanie podľa fototypu kože
3. pravidelné samovyšetrenie a vyšetrenie kože lekárom
4. využívanie tieňa
5. chirurgické odstránenie väčších materských znamienok
6. konzumácia vitamínu C, B₃, betakaroténu, zeleného čaju
7. nosenie vzdušného ochranného odevu pri práci a športoch vonku
8. nosenie slnečných okuliarov
9. udržiavanie vlhkej pokožky (mätúca možnosť)
10. pohybovanie sa počas pobytu na slnku

Obr.č.3: Percentuálne rozdelenie 156 respondentov podľa určenia preventívnych opatrení proti vzniku nádorov kože, Trnava, Trenčín, 2007.

Samovyšetrenie kože vykonáva pravidelne 42% respondentov, z toho 62% respondentov praktizuje samovyšetrenie kože pomocou zrkadiel a 38% respondentov za pomoci iných osôb. Samovyšetrenie kože nevykonáva vôbec 58% respondentov.

Chirurgické odstránenie materských znamienok s priemerom > 5mm v rámci prevencie nádorov kože absolvovalo 21% respondentov. Rizikové materské znamienka na svojom tele podľa svojho názoru nemá 9% respondentov. Túto možnosť prevencie ešte nikdy nevyužilo z celkového počtu 156 respondentov väčšina (70%) z nich.

Zo všetkých 156 respondentov 75,5% uviedlo, že kožného lekára za účelom preventívneho vyšetrenia kože a materských znamienok nenavštevuje vôbec. Menej ako raz ročne navštevuje kožného

lekára 13% respondentov. Pravidelne 1x ročne navštevuje kožného lekára 9,5% respondentov. Na preventívne prehliadky ku kožnému lekárovi viac ako 1x za rok chodia 2% respondentov.

Fototyp svojej kože poznalo 67% respondentov a tretina respondentov – 33% fototyp svojej kože určiť nevedela.

Na otázku, či majú respondenti dostatok informácií o nádoroch kože odpovedalo kladne len 31% respondentov. Takmer väčšina - 69% respondentov si myslela, že dostatok informácií o danej problematike nemá. Záujem o nové informácie o nádoroch kože prejavilo 59% respondentov a 41% respondentov záujem o túto problematiku nemalo.

V otázke zameranej na zistenie najčastejších zdrojov informácií o problematike nádorov kože mohli respondenti označiť ľubovoľný počet možností. Najviac informácií o nádoroch kože získavajú respondenti prostredníctvom médií – uviedlo to 61% respondentov. Informačné brožúry, letáky a plagáty využíva na zvyšovanie svojej informovanosti o problematike nádorov kože 57% respondentov. Tretím najčastejším zdrojom informácií pre respondentov je lekár, ktorého označilo 26% respondentov. Školu, prípadne pracovisko uviedlo 21% respondentov, rodinu zvolilo 17% a priateľov 16% respondentov. O túto problematiku sa vôbec nezaujíma 5% respondentov. Otvorenú možnosť „iné“ nevyužil žiaden respondent.

V dotazníku bola uvedená aj otvorená otázka, ktorá sa týkala spôsobov, akými by chceli byť respondenti v prípade záujmu o problematike nádorov kože informovaní. Respondenti mohli sami navrhnúť spôsob informovania. Najviac respondentov – 29% zvolilo zvýšenie ich informovanosti o danej problematike prostredníctvom médií, ktoré bližšie nešpecifikovali. Druhou najčastejšou odpoveďou bolo informovanie prostredníctvom televízie, ktorú uviedlo 23% respondentov. Lekára, najmä lekára prvého kontaktu za rozširovateľa informácií o danej problematike považovalo 21% respondentov. Informačné letáky a brožúry považovalo za najvhodnejšiu možnosť 19% respondentov. Články v novinách a časopisoch s informáciami o nádoroch kože by privítalo 12% respondentov, články na internetových portáloch 10% respondentov. Formou rôznych besied, diskusií a prednášok by chcelo byť informovaných 8% respondentov. Z ostatných menej frekventovaných odpovedí spomeniem zvyšovanie informovanosti prostredníctvom rozhlasu (4%), informačných mailov (2%) a 2% respondentov si myslí, že by ich o tomto probléme mohli informovať aj personál kozmetických salónov.

Okrem spomínaných možností viac ako polovica - 60% respondentov by privítala viac informácií o správnom opaľovaní sa v prevádzke solárií, ktoré navštevujú.

Záver

Na základe prezentovaných výsledkov môžeme skonštatovať tieto závery:

- Informovanosť respondentov o prvých príznakoch nádorov kože je dobrá.
- Vedomosti respondentov o rizikových faktoroch pre vznik nádorov kože boli nedostatočné.
- Informovanosť respondentov o preventívnych opatreniach nádorov kože bola priemerná.
- Navštevu kožného lekára raz ročne s cieľom vyšetrenia kože v rámci preventívnej prehliadky absolvuje veľmi nízke percento respondentov (9,5%).
- Využitie chirurgického odstránenia rizikových materských znamienok využila len pätina respondentov.
- Najviac informácií o problematike nádorov kože získavajú respondenti prostredníctvom médií a týmto spôsobom chcú byť aj naďalej informovaní.
- Väčšina respondentov si myslí, že nemá dostatok informácií o nádoroch kože, no nie všetci by chceli vedieť viac.
- Viac ako polovica respondentov by privítala informácie o správnom opaľovaní sa v navštevovaných soláriách.

Odporúčania do praxe

Na základe zistených výsledkov a záverov štúdie odporúčame tieto opatrenia:

- Zabezpečiť informačné plagáty o problematike nádorov kože do prevádzok solárií, ale taktiež aj na informačné tabule na umelých i prírodných kúpaliskách. Plagáty by mali obsahovať základné informácie o problematike nádorov kože, o správnom opaľovaní sa nielen na slnku, ale aj prostredníctvom UV žiarenia v soláriách, o postupe samovyšetrenia kože a o potrebe pravidelných návštev u kožného lekára s cieľom predísť vzniku nádoru kože.

- Zahrnúť do onkologickej výchovy na školách problematiku nádorov kože, keďže v prevencii nádorov je veľmi dôležité osvojenie si správnych návykov v mladšom veku.
- Zapojiť do procesu zvyšovania informovanosti verejnosti o nádoroch kože aj lekárov. Jednak dermatovenerológov (upozorňovanie na problematiku nádorov kože, podpora vykonávania preventívnych prehliadok, vyšetovanie rizikových materských znamienok), lekárov prvého kontaktu (hodnotenie potreby návštevy pacienta v dermatovenerologickej ambulancii v rámci prevencie nádorov kože).
- Distribuovať informačné letáky o danej problematike v rámci zdravotno-výchovných kampaní, do čakární u lekárov.
- Vykonávať pravidelné štúdie podobného charakteru nielen u návštevníkov solárií, ale aj u ostatnej populácie (navrhujem zamerať sa aj na návštevníkov kúpalísk) a podľa výsledkov hodnotiť prijaté opatrenia a navrhovať ďalšie.

Literatúra

1. Národné centrum zdravotníckych informácií: Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike 2003. Bratislava: NCZI, 2006. 208s ISBN 80-968936-9-6
2. World Health Organization: Protecting Children from Ultraviolet Radiation. [online]. [citované dňa 30.3.2007]. Dostupné na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs261/en/>
3. American Cancer Society: What Is Nonmelanoma Skin Cancer? [online]. [citované dňa 20.3.2007]. [Dátum aktualizácie: 22.3.2006]. Dostupné na: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_is_skin_cancer_51.asp?rnav=cri
4. American Cancer Society: What Causes Melanoma Skin Cancer? [online]. [citované dňa 30.3.2007]. [Dátum aktualizácie: 24.4.2006]. Dostupné na: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_What_causes_melanoma_skin_cancer_50.asp?rnav=cri
5. American Cancer Society: What Are The Risk Factors for Nonmelanoma Skin Cancer? [online]. [citované dňa 30.3.2007]. [Dátum aktualizácie: 22.3.2006]. Dostupné na: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_skin_cancer_51.asp?rnav=cri
6. DE VRIES, E.: Trends and Risk Factors of Cutaneous Melanoma in Europe. Enschede: Print Partners Ipskamp, 2004. 210s. ISBN 90-9018756-1
7. Liga proti rakovine SR: Rakovina kože. Rady nielen pre postihnutých. 5.vyd. Bratislava: KOMPRINT, 2006. 38s. ISBN 80-89201-21-0
8. American Cancer Society: Can Melanoma Skin Cancer Be Prevented? [online]. [citované dňa 30.3.2007]. [Dátum aktualizácie: 24.4.2006]. Dostupné na: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_Can_melanoma_skin_cancer_be_prevented_50.asp?rnav=cri
9. American Cancer Society: Can Nonmelanoma Skin Cancer Be Prevented? [online]. [citované dňa 30.3.2007] [Dátum aktualizácie: dňa 22.3.2006]. Dostupné na: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_Can_skin_cancer_be_prevented_51.asp?rnav=cri

Adresa autora:

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
 Katedra verejného zdravotníctva
 Vedúci katedry: Prof. MUDr. M. Rusnák, CSc.
 Hornopotočná 23, 918 43 TRNAVA
 e-mail: maruskova@gmail.com

Etiológia užívania drog u detí

Mgr. Mária Salamonová

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Starej Ľubovni

Riaditeľ: MVDr. Ida Hudáková

Súhrn:

Článok je zameraný na problematiku drogovej scény u žiakov základných škôl v okrese Stará Ľubovňa. Cieľom práce bolo porovnať výsledky drogovej scény u žiakov základných škôl v okrese Stará Ľubovňa v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia (2001, 2005, 2008), porovnať výsledky medzi pohlavím a jednotlivými rokmi sledovaného obdobia a následne porovnať získané výsledky s celoslovenským prieskumom TAD1 – 1998, 2002, 2006. Prieskum v oblasti drogovej scény bol realizovaný u 13 až 16 ročných žiakov základných škôl v okrese Stará Ľubovňa a pre zber údajov bol použitý dotazník. Uvedené prieskumy v roku 2001, 2005 a 2008 prebiehali v rovnakom časovom období mesiaca február za použitia spoločnej metodiky. Výsledky práce v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia jednoznačne poukazujú na nárast percenta žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa, ktorí majú prvú skúsenosť s nelegálnou drogou už za sebou. Najčastejšie uvádzanou príčinou užitia drog v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia bola uvádzaná zvedavosť. Každým sledovaným rokom prieskumu sa zvyšuje aj percento žiakov ZŠ okresu Stará Ľubovňa, ktorí už majú za sebou prvú skúsenosť s vlastným užitím alkoholu. Z porovnania údajov jednoznačne vyplynulo, že alkohol ochutnalo podstatne vyššie percento žiakov z okresu Stará Ľubovňa v porovnaní so súborom žiakov základných škôl v SR. Závěry tejto práce jednoznačne vypovedajú o nutnosti prevencie užívania drog.

Kľúčové slová: drogy, drogová scéna, deti a mládež, Stará Ľubovňa, prevencia

Úvod

Problémy súvisiace so závislosťami sa začínajú už v období, keď sa dieťa usiluje vymaniť z detskej závislosti na rodine a v snahe samostatne rozhodovať o svojom živote. Lenže cesta, ktorá mu môže pomôcť, aby sa v túžbe po slobode nedostalo do područia závislostí, začína oveľa skôr. Začína sa výchovou už od kolísky. Nikto iný ako rodina nedokáže usmerniť dieťa vtedy, keď sa ešte usmerniť dá, na cestu, ktorá ho naučí žiť slobodne a zodpovedne. Neustále sa utvrdzujeme faktom, že užívanie drog je problém, ktorý vychádza z mnohých príčin v spoločnosti, danej kultúry, v rodine i osobnosti užívateľa. Samozrejme u každého môže byť podiel jednotlivých príčin rôzny. Už prvotnými motívmi a príčinami užitia drog sú zvedavosť, snaha získať nové príjemné zážitky a podceňovanie informácií o nepriaznivých následkoch takéhoto konania.

Problematika užívania drog v SR

Droga je teda akákoľvek látka prírodnej alebo syntetickej povahy, ktorá po pravidelnom užívaní vyvoláva závislosť organizmu, teda drogovú závislosť. /Emmerová, 2007/

Drogová závislosť – WHO ju charakterizuje ako duševný a niekedy aj telesný stav vyplývajúci zo vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou, charakterizovaný zmenami správania a inými reakciami, ktoré vždy zahŕňajú nutkanie brať drogu stále alebo opakovane pre jej účinky na psychiku a tiež preto, aby sa zabránilo nepríjemnostiam z jej neprítomnosti v organizme. /Novotný, 1999, Emmerová, 2007/. K užívaniu drogy dochádza v určitom systéme. Bio–psycho– sociálny model znázorňuje vzťah medzi drogou, jeho užívateľom a prostredím v ktorom k interakcii medzi drogou a užívateľom dochádza. /Bém, Kalina, 2003/. Vývoj závislosti sa neviaže len na jednu príčinu, je to skôr hra sily rozličných faktorov súvisiacich s osobnostnou charakteristikou, drogou a okolitým prostredím. Podľa toho, či sa tieto faktory u človeka prejavujú negatívne, alebo pozitívne, môžu predstavovať nebezpečenstvo alebo ochranu pred vývojom závislosti. /Göhlert, Kühn, 2001/.

Prehľad výsledkov u žiakov základných škôl v TAD1 - 1994, 1998, 2002, 2006 na Slovensku poukázal nárast tých, ktorí by sa dali nahovoriť na vyskúšanie marihuany. Od začiatku drogovej epidémie to však predstavuje štvornásobný nárast (r. 1994: 1,8 %, r. 1998: 9,2 %, r.2002: 7,7 %; r. 2006: 8,9 %). Vlastné fajčenie marihuany aspoň raz v živote poklesol v porovnaní s predchádzajúcim obdobím o 2 % (r. 1998: 9,8 %, r.2002: 7,7 %; r. 2006: 5,7 %). Vysoká je ponuka marihuany (r.1998: 14,6 %; r.2006: 13,6 %).

/Nociar, 2004, Nociar, 2006/. V roku 2003 do veku 14 rokov vyskúšalo drogy 8,9 % mladých ľudí. /Bieliková, Pétiová, 2003/. Porovnanie štyroch ročníkov (11-14 ročných) ukázalo, že rast skúsenosti s legálnymi drogami s pribúdajúcim vekom sa potvrdil aj o vzrastajúcej ochote vyskúšať, ale aj skutočne vyfajčiť marihuanu, kde je tento nárast päťnásobný. Vek prvého kontaktu je cca 10,38 rokov. /Nociar, 2004/. Z prehľadov výsledkov TAD1 - 1998, 2002, 2006 malo v roku 1998 prvé osobné skúsenosti s legálnymi drogami 13,4 % detí vo veku od 11-14 rokov, v roku 2002 to bolo už 22,2 % detí a v roku 2006 malo uvedenú skúsenosť 24,9 % detí v uvedenom veku. Na základe uvedeného priama skúsenosť s účinkami alkoholu v zmysle podnapitosti u 11-14 ročných plynule narastá, pričom štatisticky významne častejšie u chlapcov (v r.1998: 17,2 verzus 9,7; v r.2002: 25,3 verzus 17,7; r.2006: 27,19 % verzus 22,38). Pokiaľ ide o prvú skúsenosť s tromi druhmi alkoholu, pohybuje sa v prípade piva od 80 do takmer 90 %; v prípade vína medzi 70 až 80 %; kým v prípade liehovín ide o rastúci trend, vždy s prírastkom cca 10 % v každom nasledujúcom prieskume, prírastok v roku 2006 oproti roku 2002 bol cca 3 % (r. 1998: 50,3 % ; r.2002: 60,1 % ; r. 2006: 63,3 %). Priemerný vek prvého kontaktu s alkoholom u žiakov základných škôl v SR (TAD1- 1998, 2002) je v roku 1998 okolo 10,18 rokov, v roku 2002 je to okolo 10 rokov, v roku 2006 to bolo 10,83 rokov (10,7 chlapci; 10,99 dievčatá). /Nociar, 2001, Nociar 2004, Nociar, 2006/. Pri hodnotení dôvodov, prečo sa užívajú drogy a prečo sa s nimi experimentuje, ako jeden z najčastejších dôvodov sa uvádza zvedavosť, na druhom mieste očakávanie zážitku – eufórie u chlapcov a u dievčat prevláda snaha zabudnúť na problémy. /Nociar, 2004/. Problematické pitie niektorého člena rodiny v celoslovenskom súbore uvádzalo 18,4 % žiakov v roku 1998, v roku 2002 uvádzalo problematické pitie niektorého člena rodiny v celoslovenskom súbore 19,6 % žiakov a v roku 2006 uviedlo túto skutočnosť 19,0 % žiakov. Pokiaľ ide o fajčenie u rodičov výsledky TAD1 na Slovensku poukázali na mierny pokles percenta rodičov fajčiarov – otcov (r. 1998: 48 %; r. 2002: 46,6 %; r. 2006: 41,1%) a matiek (r. 1998: 30,9 %; r. 2002: 27,7 %; r. 2006: 27,1 %). / Nociar,2001, Nociar, 2004, Nociar 2006/.

Súbor a metodika:

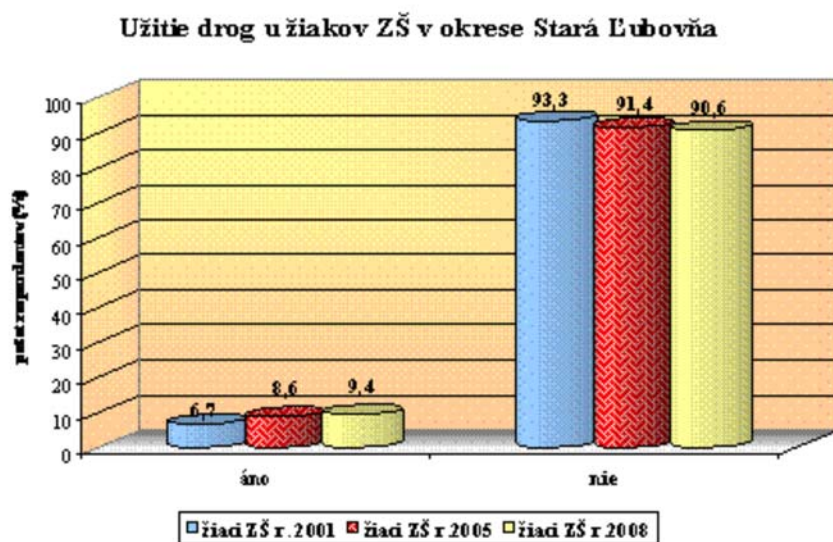
V práci sú analyzované dotazníkové prieskumy o alkohole a iných drogách u žiakov základných škôl v okrese Stará Ľubovňa. Prvý dotazníkový prieskum bol uskutočnený v školskom roku 2000/2001. Samotný zber údajov prebiehal v mesiaci február v roku 2001 a súbor tvorilo celkovo 988 respondentov z 23 základných škôl (5 ZŠ v meste, 18 ZŠ na vidieku) okresu Stará Ľubovňa. Uvedený súbor pozostával z 503 chlapcov (50,1 %) a 485 dievčat (49,9 %) vo vekovom rozmedzí od 13 do 16 rokov. Priemerný vek súboru bol 13,9 roka (SD 0,7; IS 13,8 – 13,9). Druhý dotazníkový prieskum bol uskutočnený v školskom roku 2004/2005. Samotný zber údajov prebiehal v mesiaci február v roku 2005 a súbor tvorilo celkovo 943 respondentov z 22 základných škôl (5 ZŠ v meste, 17 ZŠ na vidieku) okresu Stará Ľubovňa. Uvedený súbor pozostával zo 463 chlapcov (49,1 %) a 480 dievčat (50,9 %) vo vekovom rozmedzí od 13 do 15 rokov. Priemerný vek súboru bol 13,8 roka (SD 0,7; IS 13,8 – 13,9). Tretí dotazníkový prieskum bol uskutočnený v školskom roku 2007/2008. Samotný zber údajov prebiehal v mesiaci február v roku 2008 a súbor tvorilo celkovo 979 respondentov z 22 základných škôl (5 ZŠ v meste, 17 ZŠ na vidieku) okresu Stará Ľubovňa. Uvedený súbor pozostával zo 487 chlapcov (49,7 %) a 492 dievčat (50,3 %) vo vekovom rozmedzí od 13 do 15 rokov. Priemerný vek súboru bol 13,8 roka (SD 0,7; IS 13,8 – 13,9). Pre zber údajov bol použitý dotazník, ktorý bol vypracovaný v roku 2000 v spolupráci s Mgr. Jánom Dubničkom, psychológom Pedagogicko-psychologickej poradne v Starej Ľubovni. Samotný dotazník pozostával z úvodnej inštrukcie, prostredníctvom ktorej boli respondenti oboznámení s dôležitosťou a významom tohto prieskumu a boli poučení ako dotazník úplne a správne vyplniť. V úvode sme zisťovali základné údaje o respondentovi - bydlisko, vek a pohlavie. Dotazník tvorilo celkom 13 otázok. Prvú časť dotazníka tvorili otázky vedomostné, týkajúce sa možných následkov užívania drog. Druhú časť dotazníka tvorili otázky prieskumné, zamerané na užívanie alkoholu a drog u žiakov a rodičov. Anonymne vyplnený dotazník odovzdávali respondenti koordinátorovi drogovej prevencie, ktorý bol pre realizáciu tohto prieskumu zaškolený a zabezpečoval prieskum v pôsobnosti svojej školy. Vyplnené dotazníky v zalepenej obálke boli odovzdané spolupracujúcim pracovníkom RÚVZ so sídlom v Starej Ľubovni. Získané údaje boli spracované a vyhodnotené v programe EPI INFO. Pre štatistické vyhodnotenie a analýzu dát boli použité analytické nástroje v programe Microsoft Excel – ANOVA: jeden faktor, ANOVA: dva faktory s opakovaním, popisná štatistika, regresia. V rámci štatistického hodnotenia uvedenými analytickými nástrojmi bola používaná hladina významnosti alfa = 5 % a tá, sa porovnávala s p – hodnotou, ktorá je výsledkom testovanej analýzy. Uvedené prieskumy v roku 2001, 2005 a 2008 prebiehali v rovnakom

časovom období mesiaca február za použitia spoločnej metodiky.

Výsledky a diskusia:

Na základe porovnaní výsledkov celkových súborov v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia môžeme konštatovať, že dochádza k nárastu percenta žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa (r. 2001: 6,7 %; r. 2005: 8,6 %; r. 2008: 9,4 %), ktorí majú prvú skúsenosť s nelegálnou drogou už za sebou. Závislosť užitia drog u žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa od jednotlivých rokov sledovaného obdobia nie je štatisticky významná ($p = 0,947$).

Diagram č.1



Tabuľka č. 1 UŽITIE DROG U ŽIAKOV ZŠ V OKRESE STARÁ ĽUBOVŇA

Užitie drog u žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa	žiaci ZŠ r. 2001 n = 988		žiaci ZŠ r. 2005 n = 943		žiaci ZŠ r. 2008 n = 979	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
áno	66	6,7	81	8,6	92	9,4
nie	922	93,3	862	91,4	887	90,6

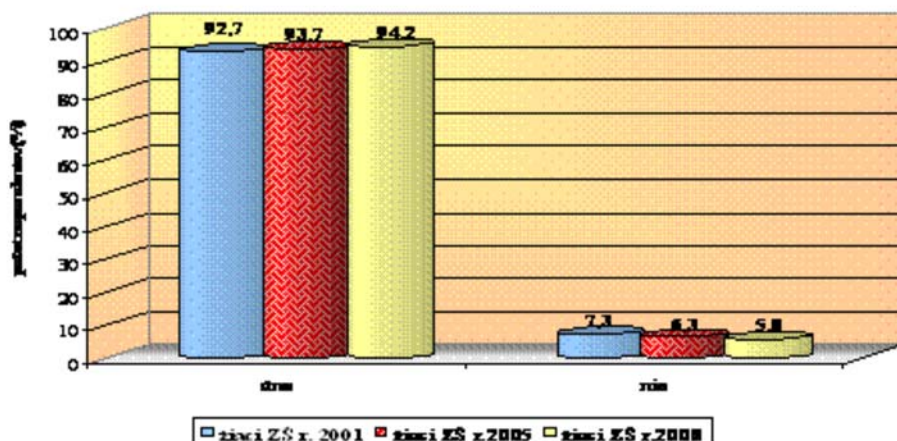
Porovnanie medzi súborom chlapcov a dievčat ZŠ okresu Stará Ľubovňa v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia potvrdzujú, že dochádza k nárastu percenta ako chlapcov, tak aj dievčat (r. 2001: 10,5 % chlapcov a 2,7 % dievčat; r. 2005: 12,7 % chlapcov a 4,6 % dievčat; r. 2008: 13,1 % chlapcov a 5,7 % dievčat), ktorí majú prvú skúsenosť s nelegálnou drogou už za sebou. Na základe regresnej analýzy sa závislosť užitia drog od jednotlivých rokov sledovaného obdobia v skupine dievčat potvrdila ako štatisticky významná ($p=0,0449$), naopak v skupine chlapcov sa nepotvrdila závislosť užitia drog od jednotlivých rokov sledovaného obdobia ako štatisticky významná ($p=0,1897$).

Priemerný vek prvého kontaktu s drogou bol u žiakov základných škôl z okresu Stará Ľubovňa v roku 2001: 12,2 rokov života (u chlapcov 12,3 rokov; u dievčat 12 rokov), v roku 2005: 12,0 rokov života (u chlapcov 11,9 rokov; u dievčat 12,2 rokov), v roku 2008: 12,3 rokov života (u chlapcov 12,5 rokov; u dievčat 11,9 rokov).

Podľa výsledkov nášho prieskumu, alkohol už ochutnalo v roku 2001 celkovo 92,7 % žiakov (94,6 % chlapcov a 90,7 % dievčat), v roku 2005 malo túto skúsenosť za sebou 93,7 % žiakov (95,2 % chlapcov a 92,3 % dievčat) a v roku 2008 malo v okrese Stará Ľubovňa skúsenosť s alkoholom 94,2 % žiakov (95,5 % chlapcov a 92,9 % dievčat). Závislosť užitia alkoholu u žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa od jednotlivých rokov sledovaného obdobia nie je štatisticky významná ($p=0,0686$).

Diagram č.2

Užitie alkoholu u žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa



Tabuľka č. 2 UŽITIE ALKOHOLU U ŽIAKOV ZŠ V OKRESE STARÁ ĽUBOVŇA

Užitie alkoholu u žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa	žiaci ZŠ r. 2001 n = 988		žiaci ZŠ r. 2005 n = 943		žiaci ZŠ r. 2008 n = 979	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
áno	916	92,7	884	93,7	922	94,2
nie	72	7,3	59	6,3	57	5,8

Priemerný vek prvého kontaktu s alkoholom uvádzali žiaci základných škôl z okresu Stará Ľubovňa v roku 2001: 10,6 rokov života (u chlapcov 10,4 rokov; u dievčat 10,9 rokov), v r. 2005: 10,6 rokov života (u chlapcov 10,3 rokov; u dievčat 10,9 rokov), v r. 2008: 10,9 rokov života (u chlapcov 10,7 rokov; u dievčat 11 rokov).

Čo sa týka spôsobu užívania drog u žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa, ako najčastejší spôsob uvádzali žiaci vdych, na druhom mieste boli tí, ktorí neuviedli odpoveď, na treťom mieste bola uvádzaná žiakmi konzumácia. V roku 2005 a 2008 už bol zaznamenaný aj spôsob užitia drogy vpichom (0,2 % v r. 2005; 0,1 % v r. 2008) a v roku 2005 uviedli žiaci aj rôzny spôsob užitia drogy (0,2 %).

Čo sa týka frekvencie užitia drog „3 a viackrát“ v súbore žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa, v roku 2001 ju uviedlo 3,3 % (5,2 % chlapcov; 1,4 % dievčat), v roku 2005 to bolo 3,9 % (5,4 % chlapcov; 2,5 % dievčat), v roku 2008 to bolo už 3,7 % (5,3 chlapcov; 2,1 % dievčat). Ako druhá najčastejšia frekvencia bola uvádzaná frekvencia 1 krát, ktorá bola zároveň v roku 2008 na prvom mieste s frekvenciou 3 a viackrát, čo predstavovalo v oboch prípadoch 3,7 %. Na treťom mieste bola uvádzaná frekvencia 2 krát ako v súbore žiakov ZŠ okresu Stará Ľubovňa, tak aj v súbore chlapcov a v súbore dievčat v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia.

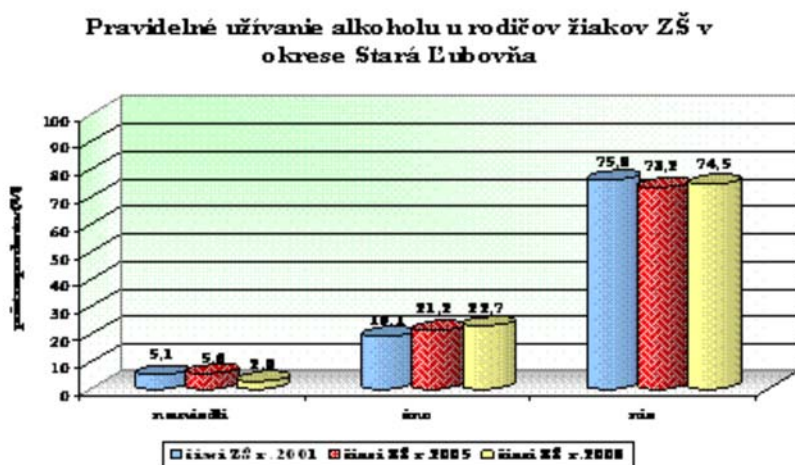
Pri porovnaní frekvencie užívania alkoholu u žiakov ZŠ okresu Stará Ľubovňa uviedlo v roku 2001, že občas užilo alkohol 75,1 % žiakov ZŠ okresu Stará Ľubovňa (75 % chlapcov, 75,3 % dievčat), v roku 2005 došlo k poklesu percenta v celom súbore na 73,6 %, pričom pokles bol zaznamenaný u chlapcov (69,3 %) ale v súbore dievčat došlo k nárastu oproti roku 2001 (77,7 %). V roku 2008 došlo k nárastu žiakov, ktorí užili alkohol občas na 76,2 % (73,7 % chlapcov, 78,7 % dievčat). Časté užívanie alkoholu (1 - 4 krát mesačne) v roku 2001 uviedlo 10,5 % žiakov (13,7 % chlapcov, 7,2 % dievčat), v roku 2005 bol zaznamenaný pokles na 8,9 % (11,4 % chlapcov, 6,5 % dievčat) a v roku 2008 došlo k nárastu na 10,6 % (13,1 % chlapcov, 8,1 % dievčat). Kým v roku 2001 uviedlo pravidelné užívanie alkoholu (viackrát týždenne) 0,4 % žiakov ZŠ okresu Stará Ľubovňa (0,8 % chlapcov, 0 % dievčat), v roku 2005 došlo k nárastu na 1,6 % (2,6 % chlapcov, 0,6 % dievčat) a v roku 2008 bol zaznamenaný ďalší nárast tých, ktorí uviedli pravidelné užívanie alkoholu na 1,8 % žiakov (2,3 % chlapcov, 1,2 % dievčat).

Čo sa týka príčin užitia drog u žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa, ako najčastejší dôvod uvádzali žiaci zvedavosť, pričom v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia postupne dochádzalo k nárastu percenta (3,6 % v r. 2001; 4% v r. 2005; 5,7 % v r. 2008). Na druhom mieste uvádzali žiaci nuda v roku 2001 (0,8 %) i v roku 2008 (1,4 %). V roku 2005 bola na druhom mieste u žiakov ZŠ uvádzaná príčina frajerina a iné (1,3%). Ako tretia najčastejšia príčina užitia drog bola žiakmi ZŠ uvádzaná v r. 2001 frajerina a iné (0,7%), v roku 2005 nuda (1,2 %) a v roku 2008 frajerina (0,8 %). Medzi menej uvádzané

patrili nechť žiť a iné dôvody. Ako v súbore chlapcov, tak aj v súbore dievčat bola zvedavosť najčastejšie uvádzanou príčinou užitia drog v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia. Na druhom mieste uvádzali chlapci nuda a iné (4 %) v roku 2001, frajerinu a iné (2,2 %) v roku 2005 a v roku 2008 nuda (2,1 %). U dievčat bola na druhom mieste v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia uvádzaná nechť žiť (0,4 % v r.2001; 0,8 % v r.2005 a 0,8 % v r.2008). U chlapcov bola na treťom mieste frajerina, u dievčat nuda a frajerina.

Žiaci základných škôl v okrese Stará Ľubovňa uviedli v roku 2001, že pravidelne užíva alkohol 19,1 % rodičov (17,3 % rodičov chlapcov a 21 % rodičov dievčat). V roku 2005 pravidelné užívanie alkoholu u rodičov uviedlo 21,2 % žiakov (22,4 % chlapcov a 20 % dievčat) a v roku 2008 uviedlo 22,7 % žiakov (25,4 % chlapcov a 19,9 % dievčat), že rodičia pravidelne (viackrát do týždňa) užívajú alkohol. Závislosť pravidelného užívania alkoholu u rodičov žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa od jednotlivých rokoch sledovaného obdobia je štatisticky významná ($p=0,0087$).

Diagram č.3



Tabuľka č.3 PRAVIDELNÉ UŽÍVANIE ALKOHOHU U RODIČOV ŽIAKOV ZŠ V OKRESE SL

Pravidelné užívanie alkoholu u rodičov žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa	žiaci ZŠr. 2001 n = 988		žiaci ZŠr. 2005 n = 943		žiaci ZŠr. 2008 n = 979	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
neuviedli	50	5,1	53	5,6	28	2,8
áno	189	19,1	200	21,2	222	22,7
nie	749	75,8	690	73,2	729	74,5

Pravidelné fajčenie u rodičov v roku 2001 uviedlo 47,1 % žiakov (45,7 % chlapcov a 48,5 % dievčat), v roku 2005 uviedlo pravidelné fajčenie u rodičov 42,2 % žiakov (41,9 % chlapcov a 42,5 % dievčat) a v roku 2008 to bolo 40,8 % žiakov (42,3 % chlapcov a 39,2 % dievčat).

Závislosť pravidelného fajčenia rodičov žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa od jednotlivých rokov sledovaného obdobia nebola štatisticky významná ($p=0,1452$). Závislosť pravidelného fajčenia u rodičov žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa od jednotlivých rokov sledovaného obdobia sa nepotvrdila ako štatisticky významná ani v skupine chlapcov, ani v skupine dievčat.

Závery:

Už spomínané vyššie percento užívania legálnych drog - alkoholu žiakmi základných škôl v okrese Stará Ľubovňa a štatisticky významne vyššie percento konzumácie alkoholu u rodičov žiakov ZŠ v okrese Stará Ľubovňa v závislosti od jednotlivých rokov sledovaného obdobia potvrdzujú jednoznačne vyššiu konzumáciu alkoholu v našom okrese. A preto z uvedených dôvodov, bude opodstatnené zahájiť cieľnú intervenciu u žiakov základných škôl, zameranú na zvýšenie vedomostnej úrovne žiakov v tejto oblasti, ale zároveň je potrebné organizovať a realizovať rôzne zdravotno-výchovné aktivity, ktoré by u tejto cieľovej skupiny zabránili experimentovaniu s drogou do budúcnosti.

Literatúra:

1. BÉM, P., KALINA, K.: Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 274-283.
2. BIELIKOVÁ, M., PÉTIOVÁ, M.: Drogy a životný štýl mládeže v Slovenskej republike. Bratislava: ÚIPŠ, 2003. s. 59, ISBN 80-708-364-7
3. EMMEROVÁ, I.: Základná terminológia. In.: Kraus, B., Hroncová, J. a kol.: Sociální patologie. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007. s. 74-77.
4. GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: Falošné vedomie. Bratislava: Ikar, 2001. s.142, ISBN 80-551-0207-4
5. NOCIAR, A.: Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava: ASKLEPIOS, 2001. s. 364, ISBN 80-7167-044-8
6. NOCIAR, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže. Bratislava: VEDA, 2004. s. 220, ISBN 80-224-0832-8
7. NOCIAR, A.: Prieskum TAD (tabak, alkohol, drogy) v SR za rok 2006. Závěrečná správa. VÚDPaP, 2006
8. NOVOTNÝ, I.: Vznik drogových závislostí a štádiá drogových závislostí. In: Ondrejko, P., Poliaková, E. a kol.: Protidrogová výchova. Bratislava: VEDA, 1999. s. 161-167.

Adresa autora:

Mgr. Mária Salamonová

Oddelenie hygieny detí a mládeže

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Starej Ľubovni

Obrancov mieru 1, 064 01 Stará Ľubovňa

sl.salamonova@uvzsr.sk

Výchova k zdraviu ako nástroj eliminácie rizikových faktorov u rómskych tehotných žien.

Silvia Žultáková¹, Ľubica Derňarová²

¹ Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra pôrodnej asistencie

² Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Predpokladom narodenia zdravého dieťaťa je dobrý zdravotný stav matky. Preto je nevyhnutná dostatočná starostlivosť ženy o svoje zdravie, hlavne v období tehotenstva. Zložité je to najmä u rómskych žien, ktoré sa o svoje zdravie počas tehotenstva nevedia, alebo nechcú starať, vzhľadom na ich nevedomosť spôsobenú izoláciou a zaostalým spôsobom života. Spôsob, akým tieto rómske ženy žijú, je vo väčšine zdraviu škodlivý. Vo veľkej miere ohrozujú ich tehotenstvo rizikovými faktormi životného štýlu a prostredia, v ktorom sa rómske ženy nachádzajú. Na to, aby sa tieto rizikové faktory eliminovali, je potrebné zmeniť nesprávny spôsob ich života, odstrániť ich škodlivé zlozvyky a venovať väčšiu pozornosť ich zdravotnému stavu. V záujme ochrany a zlepšenia ich zdravia, treba klásť veľký dôraz na prevenciu ochorení a rizikových faktorov, ktoré pôsobia na zdravie a priebeh tehotenstva. Za jedno z preventívnych opatrení považujeme výchovu k zdraviu.

Výchova k zdraviu podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je „špeciálny odbor lekárskeho a zdravotníckeho povolania, ktorého cieľom je utvárať vedomosti a rozvíjať konanie, zameranie na zachovanie zdravia jednotlivcov i populačných skupín spoločnosti (Hegyí, Takáčová, Brukkerová, 2004). Výchovu k zdraviu tvoria princípy zohľadňujúce požiadavky jednotlivca a celej spoločnosti, ktorá výchovu ako takú realizuje.

Výchova k zdraviu je určená širokým masám ľudí spoločnosti, je určená pre deti, dospelých, starých, pre ženy, mužov, teda pre všetkých bez rozdielu pohlavia, príslušnosti, kultúry a rasy. Tento fakt nás oprávňuje tvrdiť, že výchova k zdraviu je multidimenzionálna, lebo svojím pôsobením zasahuje do rôznych oblastí – dimenzií života človeka s cieľom zlepšiť kvalitu jeho života vo vzťahu k zdraviu.

Súčasný stav priebehu tehotenstva u rómskych žien je v prevažnej miere rizikový a má negatívny dopad najmä na priebeh pôrodu, zdravotný stav novorodenca a priebeh nasledujúceho tehotenstva. V budúcnosti sa negatívny dopad môže odraziť aj na zdravotnom stave rómskej ženy, ktorý sa v súčasnej dobe považuje za dobrý.

Cielené výchovné pôsobenie na jedinca zámerne ovplyvňuje jeho správanie, vedomosti a mení jeho postoje. Takýmto cieľovým výchovným pôsobením je aj plán zdravotnej výchovy, či zdravotného pôsobenia určený tehotným rómskym ženám. Tento plán umožňuje rómskym tehotným ženám pochopiť priebeh tehotenstva a poskytuje možnosti, ako predísť alebo zabrániť pôsobeniu tým rizikovým faktorom, ktoré negatívne ovplyvňujú priebeh tehotenstva.

Plán zdravotnej výchovy jednoduchou formou podáva účelné informácie o tehotenstve, priebehu pôrodu, šestonedelia tak, aby boli zrozumiteľné a aby si tehotná rómska žena zapamätala a začala ich uplatňovať aj vo svojom správaní k zdraviu v tehotenstve tak, aby jej tehotenstvo prebiehalo fyziologicky a pôrod i novorodenec nevykazoval odchýlky od normálu.

V prípade spomínaného plánu, pre jeho overenie účinnosti v rámci eliminácie rizikových faktorov v praxi, bol realizovaný prieskum v teréne na vzorke 100 rómskych žien. Výber týchto rómskych tehotných žien bol realizovaný podľa vopred stanovených kritérií:

- § rómske ženy vo veku od 15 – 49 rokov
- § v prvej polovici tehotenstva
- § bydlisko situované v rómskych osadách Prešovského regiónu.

Pre potreby štatistického porovnania a vyhodnotenia, bola vzorka rozdelená do dvoch skupín. Obidve skupiny boli intaktné, rozdiel bol v tom, že prvá skupina – experimentálna (skupina A) absolvovala zdravotnú výchovu podľa navrhovaného plánu a druhá skupina (skupina B) zdravotnú výchovu neabsolvovala. Táto skupina bola kontrolnou skupinou.

Po absolvovaní plánu zdravotnej výchovy boli uskutočnené merania v niekoľkých kategóriách v obidvoch skupinách a následne prostredníctvom štatistickej analýzy aj porovnanie výsledkov medzi obidvoma skupinami:

- § v kategórii sledovaných parametrov v prenatálnom období
- § v kategórii sledovaných parametrov počas pôrodu
- § v kategórii sledovaných parametrov u novorodenca
- § v kategórii sledovaných parametrov v období šestonedelia.

Účinnosť navrhovaného plánu potvrdili argumentujúce výsledky, najmä v kategórii sledovaných parametrov u novorodenca:

- § priemerná hmotnosť novorodencov zo skupiny A bola 2890 gramov a novorodencov zo skupiny B bola 2520 gramov, teda novorodenci A boli o 370 gramov ťažší;
- § priemerná dĺžka novorodencov zo skupiny A bola 47,88 cm a zo skupiny B bola 45,55 cm, teda novorodenci A boli o 2,33 cm dlhší;
- § vo vzorke A priemerný gestačný vek novorodencov bol 38,38 týždňa, vo vzorke B bol priemerný gestačný vek novorodenca 36,90 týždňa, teda novorodenci A sa narodili o 1,48 týždňa neskôr a konštatujeme, že pôrod u týchto novorodencov prebehol v termíne;
- § priemerné Apgarskóre u novorodencov v skupine A bolo 8,88 bodov; novorodenci B mali 8,06 bodov;
- § fyziologický priebeh včasného novorodeneckého obdobia sme zaznamenali u 91,8 % novorodencov skupiny A na rozdiel od skupiny B, kde sme zaznamenali fyziologický priebeh len u 73,5 % novorodencov.

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 zrejma. Jednou z nich je výchova k zdraviu ako jeden z nástrojov prevencie.

Plán zdravotnej výchovy, ktorý bol použitý u rómskych tehotných žien jasne poukázal na formu pomoci, ktorá nie je finančne náročná, ale pri aktívnom a trpezlivom prístupe k rómskym tehotným ženám je účinná.

Použitá literatúra:

1. HEGYI, L.: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. Učebné texty. Bratislava: SZU, zdravotnícke vydavateľstvo HERBA, 2005. 78 s.
2. HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D.: Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: SZU, zdravotnícke vydavateľstvo HERBA. 2004. 149 s. ISBN 80-89171-20-6
3. HEGYI, L.: Komunitná medicína. In: Verejné zdravotníctvo. http://www.szu.sk/ine/verejnezdravotnictvo/2005/komunitna_medicina_2-305.htm ISSN 1337-1789

Adresa autora:

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

BIOLOGICKÉ ZBRANE A LEGISLATÍVNE NÁSTROJE ICH KONTROLY IV.

Medzinárodné organizácie ako nástroj svetového spoločenstva zabezpečujú úce dohľad nad
problematikou biologických zbraní

Cyril Klement, Lucia Maďarová

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom V Banskej Bystrici

Súhrn

Pracovníci verejného zdravotníctva na rôznych stupňoch riadenia prichádzajú do styku s niektorými medzinárodnými organizáciami. Niekoľko medzinárodných organizácií v rámci svojej pôsobnosti dohliada a zaoberá sa aj Dohodou a zákaze bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní ako aj Dohodou o zákaze chemických zbraní. Svetové spoločenstvo používa medzinárodné organizácie ako nástroje na presadzovanie svojej politiky. Pre pracovníkov iných rezortov ako zahraničných vecí nebýva často jednoduché orientovať v ich členení a zameraní.

Kľúčové slová: Medzinárodné organizácie, Organizácia spojených národov, biologické zbrane, Svetová zdravotnícka organizácia

Úvod

Pracovníci verejného zdravotníctva sa často dostávajú do kontaktu s úlohami, ktoré majú zabezpečiť elimináciu biologického, chemického a radiačného rizika, pričom toto riziko môže byť spôsobené zámernou činnosťou jednotlivcov a skupín s cieľom destabilizovať verejný poriadok, spôsobiť rozvrat občianskej spoločnosti a získať výhody a prostriedky pre naplnenie politických, hospodárskych alebo vojenských cieľov.

Účastnícke štáty Dohody o zákaze bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní a toxínových zbraní spájajú svoje úsilie pri zvládnutí tejto problematiky a súčasne spolupracujú s medzinárodnými organizáciami.(1) Aktivity a iniciatívy týchto organizácií taktiež slúžia na posilnenie medzinárodných noriem zameraných proti nepriateľskému použitiu ochorení namierených voči zvieratám, ľuďom a rastlinám v dôsledku čoho by zlyhal režim kontroly biologických zbraní. V tomto ohľade najvýznamnejšími organizáciami sú:

- Organizácie pre poľnohospodárstvo a potraviny - FAO
- Medzinárodný výbor červeného kríža - ICRC
- Medzinárodný námorný úrad - IMO
- Interpol
- Organizácia pre zákaz chemických zbraní - OPCW
- Svetová zdravotnícka organizácia.- WHO
- Svetová organizácia pre zdravie zvierat.- OIE
- UNMOVIC
- Austrálska skupina – AG

Uvedené medzinárodné organizácie sú začlenené najmä v štruktúre Organizácie spojených národov.(2) Zneužitie biologických zbraní je potrebné posudzovať v kontexte svetového terorizmu.(3)

Medzinárodné organizácie ako nástroj svetového spoločenstva zabezpečujú úce dohľad nad
problematikou biologických zbraní

Organizácie pre poľnohospodárstvo a potraviny. FAO

Organizácia pre poľnohospodárstvo a potraviny – FAO so sídlom v Ríme je špecializovanou ustanovizňou Organizáciou spojených národov založenou v roku 1945. Úlohou FAO je zvyšovanie úrovne výživy, zlepšovanie poľnohospodárskej výroby, zlepšenie života vidieckeho obyvateľstva a prispievať k rastu svetovej ekonomiky. FAO potvrdzuje svoju úlohu pri zábrane a reakcií havárií pôsobiacich na potravinovú bezpečnosť, poskytuje včasné varovanie v prípade, že havárie sú spôsobené prirodzenými okolnosťami alebo sú výsledkom zámernej činnosti. Organizácia má vytvorené inštitucionálne

mechanizmy koordináciu výpomoci pri haváriách. FAO je taktiež hositeľom sekretariátu Medzinárodnej zmluvy pre ochranu rastlín z roku 1952. (International Plant Protection Convention- IPPC). Jeho úlohou je zabezpečovať činnosť pri zábrane uvádzania a šírenia škodcov rastlín a rastlinných výrobkov a napomáhať vhodným opatreniam pri ich ničení.

Pracovníci sa od roku 2003 zúčastňujú stretnutí expertov a v roku 2004 pripravili prezentáciu. Emergency Prevention System for Transboundary Animal and Plant Pests and Diseases (EMPRES) a Current Mechanisms for Pests Surveillance, Monitoring and Outbreak Response under IPPC. (4).

Medzinárodný výbor červeného kríža . ICRC

Medzinárodný výbor červeného kríža - The International Committee of the Red Cross je nezávislá neutrálna organizácia zaisťujúca humanitárnu ochranu a pomoc pre postihnutých vo vojne a ozbrojených konfliktoch. Bola založená v roku 1863 ženevským občanom Henri Dunantom, ktorý vidiac hrôzy bitky pri Solferine si uvedomil potrebu takejto inštitúcie. Sídlo má v Ženeve kde sídlia delegácie približne osemdesiatich krajín a personál organizácie pozostáva asi z 12 000 zamestnancov. Medzinárodný výbor červeného kríža sa dlhodobo angažuje v zábrane nepriateľského použitia jedov a ochorení. Je známe jeho stanovisko proti použitiu jedovateho plynu v I. svetovej vojne. Vzhľadom na použitie takýchto zbraní ako zavrnutia - hodných MVČK dôvodí že: „použitie takýchto zbraní je v rozpore s jestvujúcimi medzinárodnými zmluvami a mnohými základnými normami medzinárodného humanitárneho práva“. V septembri 2002 MVČK vydal „Predvolanie o biotechnológii. Zbraniach a ľudskosti majúceho za cieľ napomôcť úvahám o riziku, pravidlám a zodpovednosti vo vzťahu k výhodám vyplývajúcim z rozvoja v biotechnológii, ktoré môže viesť k ich nepriateľskému zneužitiu..

Následne po tomto vyhlásení MVČK vydal zásady postupov : Zábrana nepriateľského použitia v prírodných vedách: Od etiky a práva k najlepšej praxi, november 2004. Problematika sa vyvíjala cestou konzultácie odborníkov v prírodných vedách a medicíne a politických otázkach. Zásady praxe sú ponímané súčasť multidisciplinárneho preventívneho rámca celej problematiky, ktoré zvyšuje výdobytky vedy v prírodných vedách a ich uplatnenie pre humanitu pričom cieľom zostáva minimalizácia rizika ich nepriateľského použitia.

Medzinárodný námorný úrad. IMO

Medzinárodný námorný úrad, International Maritime Organisation je špecializovanou ustanovizňou OSN, ktorá je zodpovedná za zlepšovanie námornej bezpečnosti a zábrane znečisťovania z lodí. Medzinárodný námorný úrad bol založený v roku 1948 so sídlom v Londýne. Okamžité oznamovanie v prípade únosu alebo zajatia posádkami ako napr. v prípade lode Achille Lauro, uviaznutia na plytčine či poškodené výbuchom, koordinácia a organizovanie pomoci to je úlohou organizácie. Valné zhromaždenie OSN nabáda štáty ku spolupráci pri eliminácii prípadov spôsobených terorizmom podľa rezolúcie 40/61 (1985). Medzinárodný námorný úrad bol poverený študovať problém terorizmu, ktorý sa udeje na palubách lodí alebo lodiam ako takým a následne pripravovať podklady pre vhodné a účinné opatrenia. Toto vyústilo do v roku 1988 do Dohody o potláčaní nezákonných skutkov proti bezpečnosti námornej navigácie známej ako SUA Convention, ktorá vstúpila do platnosti v marci 1992.

Ako výsledok teroristických útokov proti USA v septembri 2001 sa stalo, že členské štáty Medzinárodného námorného úradu začali venovať zvýšenú pozornosť riziku vyplývajúcemu z terorizmu a prípadnému použitiu zbraní hromadného ničenia pre námornú navigáciu v prípade, že lode takýto náklad dopravujú.

Členské štáty Medzinárodného námorného úradu vyrokovali v roku 2005 protokol ku SUA Convention na diplomatickej konferencii v Londýne. Tento Protokol je prvou diplomatickou dohodou poskytujúcou rámec pre boj a postih hocikoho kto použije loď ako zbraň a ako spôsob vykonania teroristického útoku alebo toho kto dopravuje teroristov na lodi alebo náklad, ktorý podporuje programy zbraní hromadného ničenia. Článok 1 tohto protokolu definuje biologickú zbraň rovnako ako Dohoda o zákaze bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní, (BWC) a článok 3 Protokolu .Protokol taktiež ustanovuje mechanizmy ako uľahčiť strážnym lodiam aktivity súvisiace s kontrolnou činnosťou v medzinárodných vodách. Protokol je pripravený na podpis od februára 2006 a vstúpi do platnosti po ratifikácii 12 štátmi Medzinárodného námorného úradu.

Interpol

Medzinárodná kriminálna policajná organizácia všeobecne známa ako Interpol sa nedávno stala aktívnym hráčom v súvislosti so snahami o nepriateľské použitie niektorých ochorení. Interpol bol založený v roku 1923 a v súčasnosti má 186 členských štátov. Výhľadovo je využiteľný ako medzinárodná agentúra pre vynútiteľnosť práva a špecificky sa, okrem iného, zameriava na bioterorizmus a iné bio-kriminálne aktivity. Ako prvá vôbec bola uskutočnená Globálna konferencia Interpolu o bioterorizme a to v marci 2005 v Lyone, hlavnom štábe Interpolu. Konferencia umožnila stretnutie vyšších policajných dôstojníkov a odborníkov na protiteroristické aktivity, národné a medzinárodné vládne a mimovládne organizácie, vedcov a členov akademickej obce. Konferencia odsúhlasila program, ktorý obsahoval rozvojové programy vo výcviku policajných zložiek, založenie zdrojového celosvetového centra pre vynútiteľnosť práva, prípravu príručky pri odpovedi na incident v súvislosti s vynútiteľnosťou práva, zintenzívnenie spolupráce a porozumení v medzinárodných organizáciách majúci na mysli verejno-zdravotníckych predstaviteľov, colníkov a súdnych úradníkov. Súčasťou tohto cieľa je poskytnúť regionálny výcvik pre krajiny, ktoré si potrebujú vybudovať kapacity pre zodpovedajúcu reakciu na bioteroristický incident. Interpol usporiadal regionálne workshopy pre policajných úradníkov v Afrike, Ázii, a Južnej Amerike.

Záverečné komuniké Prvej globálnej konferencie o Interpolu o bioterorizme obsahuje okrem iných materiálov aj Príručku predbežného plánovania reakcie na bioteroristický incident.

Organizácia pre zákaz chemických zbraní. OPCW

Organizácia pre zákaz chemických zbraní, Organisation for Prohibition of Chemical Weapons má cca 180 účastníckych štátov, ktoré pristúpili ku Konvencii o Zákaze chemických zbraní. (CWC) Najvyšším orgánom je Konferencia účastníckych štátov, jej Výkonná rada a Technický sekretariát. Sídlo organizácie je v Haagu. Vzťahy medzi Dohodou o zákaze chemických zbraní a Dohodou o zákaze bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní sú z pochopiteľných dôvodov veľmi úzke, najmä ak si uvedomíme prelínanie sa oboch Konvencii na úseku toxínov a často nejasné hranice medzi chémiou a biológiou. Okrem toho, článok IX BWC vyzýva účastnícke štáty „pokračovať v negociáciách v dobrej viere s pohľadom dosiahnutia skorej dohody na účinných opatreniach“ s cieľom zabrániť použitiu chemických zbraní.

Dohoda o zákaze chemických zbraní zmluvne zaväzuje účastnícke štáty, že by sa mali schádzať každých päť rokov, (na rozdiel od Zmluvy o zákaze biologických, (bakteriologických) a toxínových zbraní, kedy táto povinnosť bola uložená účastníckym štátom vo forme konania hodnotiacej konferencie a to od roku 1980 na čo ju oprávňuje dohoda z roku 1980.

Prvá hodnotiaca konferencia Dohody o zákaze chemických zbraní sa konala v apríli- až máji 2003 v Haagu. Vzhľadom na to, že CWC má medzinárodnú organizáciu, ktorá dohliada na to, aby účastnícke štáty implementovali dohodu na rozdiel od BWC, ktorá medzinárodnú organizáciu nemá. Táto organizácia, (OPCW), pripravuje a vedie hodnotiace konferencie.

Pracovná skupina, ktorej mandát nie je časovo obmedzený sa stretávala 18 mesiacov pred konaním prvej konferencie a pripravovala jej program.

V súlade s hodnotiacimi konferenciami účastníckych štátov prehodnocuje činnosť CWC tematicky v súlade so Zmluvou článok po článku podobne ako hodnotiace konferencie účastníckych štátov pre BWC.

Prvá hodnotiaca konferencia CWC venovala pozornosť národnej implementácii a univerzalite pričom zároveň odporučila prijatie akčného plánu za účelom zintenzívnenia pokroku v oboch bodoch, čo bolo následne prijaté výkonnou radou a Konferenciou účastníckych štátov v októbri 2003. Do akčného plánu boli inkorporované rôzne termíny a oznámené požiadavky na zabezpečenie politického tlaku a na zabezpečenie a uľahčenie pri prijímaní týchto cieľov. Akčné plány boli hodnotené na stretnutiach členských štátov v rokoch 2004 a 2005 a následne boli prijímané rozhodnutia. V súlade s uvedeným bola vyzvaná Šiesta hodnotiaca konferencia aby prijala podobné aktualizované akčné plány.

Svetová zdravotnícka organizácia. WHO

Svetová zdravotnícka organizácia, World Health Organisation je špecializovanou organizáciou pre zdravie a bola založená v roku 1948 v Ženeve. Združuje 193 členských štátov prostredníctvom Svetového zdravotníckeho zhromaždenia. Okrem iného je dlhodobým záujmom Svetovej zdravotníckej organizácie zabrániť nepriateľskému využitiu biológie. Napríklad v roku 1967 Svetové zdravotnícke zhromaždenie opätovne riešilo „vedecké výdobytky najmä na poli biológie a medicíny, ktorá je najhumánnejšou vedou a mala by byť využívaná len pre dobro ľudstva a nikdy nie k jeho poškodeniu.“ V roku 1969 Svetové zdravotnícke zhromaždenie požiadalo generálneho riaditeľa WHO aby pokračoval v spolupráci s generálnym tajomníkom v záležitostiach chemických a biologických zbraní a možných následkoch ich použitia. V roku 1970 vydalo WHO správu: Zdravotné aspekty chemických a biologických zbraní: Správa skupiny konzultantov WHO. Táto správa vyvolala záujem členských štátov v súvislosti s možným zneužitím biológie.

V máji 2002 Svetové zdravotnícke zhromaždenie prijalo rezolúciu WHA 55.16, ktoré definovalo úlohu WHO pri reakcii, (odpovedi) na „prirodzený výskyt, náhodné uvoľnenie alebo zámerné použitie biologických, chemických alebo rádio-nukleárných materiálov, poškodzujúcich ľudské zdravie“. Sekretariát WHO taktiež ustanovil jednotku zameranú na „pripravenosť voči zámerným epidémiám“ ako aj Pracovnú skupinu pre chemické a biologické zbrane. V roku 1993 WHO pripravilo tretie vydanie Laboratory Biosafety Manual, ktorý po prvý krát obsahoval aj časť o biologickej bezpečnosti (biosecurity). Taktiež WHO v roku 2004 publikovalo Verejno-zdravotnícka odpoveď na chemické a biologické zbrane- návody WHO ako revidovanú a aktualizovanú verziu materiálu z roku 1970.

V septembri 2006 WHO vydalo Biorisk Management: Laboratory Biosecurity Guidance, ktorá bola vytvorená z kapitoly o biobezpečnosti, (biosecurity) Laboratory Biosafety Manual a poskytuje podrobnejšie návody dotýkajúce sa biobezpečnosti [\[CK1\]](#) v mikrobiologických laboratóriách a bola nasmerovaná tak, aby poskytla čo najlepšie postupy pre biobezpečnosť. WHO je tiež poverená, aby dohľadom nad zásobami vírusu varioly, ktoré sú uložené v laboratóriu spoločnosti VEKTOR, (Kolcovo, Novosibirsk -Ruská federácia a CDC, Atlanta, GA, USA).

V roku 2005 boli vytvorené vo WHO v Ženeve strategické rezervy, ktoré obsahujú 5 miliónov dávok a ďalších 200 miliónov dávok bude pripravených tak, aby sa uľahčila reakcia pri prípadnom výskyte epidémie varioly. Napriek tomu, že ochorenie sa deklaruje ako eradikované od roku 1980, sú tu signály, že nejaké neautorizované zásoby vírusu varioly by sa mohli dostať do nepovoláných rúk.

V roku 2005 účastnícke štáty WHO jednomyselne prijali revidovanú a aktualizovanú verziu Medzinárodných zdravotníckych opatrení. Prvá verzia bola prijatá v roku 1969. Táto verzia nahradila Medzinárodné sanitárne opatrenia IHR (International Health Regulations) prijaté v roku 1951. Medzinárodné zdravotnícke pravidlá vytvárajú legislatívny rámec v súvislosti s úsilím zabrániť a kontrolovať cezhraničné šírenie infekčných ochorení.

V tejto súvislosti je treba vedieť, že Medzinárodné zdravotnícke pravidlá z roku 1969 vyžadujú notifikáciu, (oznamovanie) pre WHO len tri ochorenia: cholera, mor a žltú zimnicu v prípade výskytu na danom teritóriu.

Po výskyte niektorých emergentne sa vyskytujúcich infekčných ochorení sa stalo zrejším, že je potrebné revidovať Medzinárodné zdravotnícke pravidlá a členské štáty WHO sa uzhodli, že veľká revízia by mala odrážať potreby globalizovaného sveta v 21. storočí.

Takto upravené a revidované Medzinárodné zdravotnícke pravidlá odštartovali možnosť vďaka rozšírenému pohľadu posilňujú najmä pôsobnosť sekretariátu WHO.

Povinnosť notifikovať viac než vyššie spomenuté tri ochorenia, (cholera, mor a žltá zimnica) sa vyžaduje od členských štátov notifikovať hocijakú udalosť, ktorá môže spôsobiť „verejno-zdravotnícku haváriu alebo núdzový stav s medzinárodným dosahom, ktorý je možné definovať ako: mimoriadnu udalosť určenú vytvorením verejno-zdravotníckeho rizika pre iné členské štáty s možnosťou šírenia ochorenia na územie iných štátov a možnosťou požadovať koordinovanú medzinárodnú reakciu“. Rozhodnutie o tom či sa jedná o havarijný stav z hľadiska verejného zdravotníctva ja založené na posúdení štyroch kritérií:

1. akútnosť dopadu na verejné zdravie,
2. neobyčajný a neočakávaný pôvod udalosti,
3. možnosť medzinárodného sa šírenia a
4. riziko obmedzenia medzinárodnej dopravy, cestovania a obchodu,

Medzinárodné zdravotnícke pravidlá vstúpili do platnosti v júni 2007.

Svetová organizácia pre zdravie zvierat. OIE

Svetová organizácia pre zdravie zvierat, pôvodne známa ako Medzinárodný úrad pre epizootie, (OIE) bola založená roku 1924 so sídlom v Paríži. V súčasnosti má 167 členských štátov. Zabránenie šírenia ochorení zvierat cestou medzinárodného hnutia je jedným z kľúčových cieľov OIE. Jedným zo spôsobov ako to dosiahnuť je aj zverejňovanie medzinárodných štandardov a návodov a doporučení majúcich za cieľ zabrániť dovozu patogénov, ktoré sú nebezpečné pre ľudí a zvieratá, (antropozoonózy) a zároveň posilniť veterinárske služby tak, aby zlepšili dohľad a zodpovednosť systému veterinárnej ochrany. OIE pracuje v partnerských vzťahoch a to najmä s FAO a spolu rozvíjajú spoločné iniciatívy ako sú napr. Globálny rámec pre progresívnu kontrolu cezhraničného výskytu zvieracích ochorení. (Global Framework for the Progressive Control of Trans-boundary Animal Diseases (GT-TADs).

Zástupcovia OIE sa v roku 2003 zúčastnili v roku 2003 stretnutia expertov a v roku 2004 na takomto stretnutí aj prezentovali: „The Challenge of International Biosecurity: the OIE Standards and FAO-OIE Actions.“

OIE vydalo aj manuál: „Biologické havárie zvieracieho pôvodu – úloha a pripravenosť veterinárnych a zdravotníckych služieb“. veterinárnych a zdravotníckych služieb“.(4)

Medzinárodná verifikačná a inšpekčná komisia Organizácie spojených národov - UNMOVIC

Pre kontrolu bakteriologických, (biologických) a toxínových zbraní bola najdôležitejšou organizáciou UNMOVIC, (United Nations Monitoring Verification and Inspection Commission). Táto organizácia má kľúčové postavenie pri kontrole biologických zbraní.

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

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

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

1. júla 2003 bol vymenovaný za výkonného predsedu Demetrius Perricos.(1,4)

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

Personál UNMOVIC-u sa skladal zo zamestnancov OSN. Bol rozdelený na štyri odbory: Plánovanie a operácie, Hodnotenie a analýza, Informácie, Technická podpora a výcvik, ako aj administratívne služby. Vedenie komisie sídlilo v New Yorku, v hlavnej budove OSN.

Bezpečnostná rada požadovala od výkonného predsedu správy o činnosti každé tri mesiace. Kolégium komisárov sa stretávalo každé tri mesiace.

Austrálska skupina

Austrálska skupina, Australia Group je neformálnym združením zameraným na pomoc krajinám z ktorých sa vyváža alebo cez ktoré sa prepravujú tovary dvojakého použitia. Toto združenie sa snaží minimalizovať riziko šírenia chemických a biologických zbraní. Skupina zasadá raz do roka s cieľom diskutovať o spôsoboch nárastu efektívnosti národných licenčných opatrení jednotlivých členských štátov zameraných na zamedzovanie získavania položiek potrebných pre chemické a biologické zbrane ich

šíriteľmi.

Členské štáty sú: Argentína, Austrália, Rakúsko, Belgicko, Bulharsko, Kanada, Cyprus, Česká republika, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Nemecko, Grécko, Maďarsko, Island, Írsko, Taliansko, Japonsko, Lotyšsko, Litva, Luxembursko, Malta, Holandsko, Nový Zéland, Nórsko, Poľsko, Portugalsko, Kórejská republika Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Španielsko, Švédsko, Švajčiarsko, Turecko, Ukrajina, USA, Veľká Británia.

Členské štáty neporušujú právne záväzky, efektívnosť ich spolupráce závisí výlučne od zdieľanej angažovanosti nešírenia chemických a biologických zbraní a posilňovania patričných národných opatrení. Kľúčové opatrenia kontroly exportu by mali:

- vytvárať efektívne prekážky pre výrobu chemických a biologických zbraní,
- byť primerané a ľahko implementovateľné a
- nemali by brániť bežnému obchodu s materiálmi a zariadeniami používanými pre legítimne účely.

Všetky členské štáty Austrálskej skupiny sú aj stranami Dohovoru o zákaze šírenia chemických zbraní a Dohovoru o zákaze šírenia biologických zbraní a silne podporujú úsilie týchto dohovorov zbaviť svet chemických a biologických zbraní.(5)

Záver

V článku sú predstavené medzinárodné organizácie, ktoré sa nejakou formou podieľajú na riešení agendy biologických zbraní a to najmä z pohľadu Organizácie spojených národov. Takú istú pozornosť si bude vyžadovať aj pripravenie prehľadu o relevantných organizáciách zaoberajúcich sa biologickým rizikom z pohľadu Európskej únie.

Literatúra:

1. KLEMENT C., MAĐAROVÁ L., ROVNÝ I. : Biologické zbrane a legislatívne nástroje ich kontroly II. Bakteriologické, (biologické) a toxínové zbrane v historickom kontexte medzinárodných zmlúv. Verejné zdravotníctvo, č. 1, 2007.
2. AZUD, J.: Základy Medzinárodného práva. Fakulta politických vied a medzinárodných vzťahov, Univerzita Mateja Bela Banská Bystrica. Zmluva o zákaze vývoja, výroby a hromadenia zásob bakteriologických a toxínových zbraní a o ich ničení z r. 1972, s. 328 – 329.
3. KOLEKTIV: Terorismus a my, Computer Press, 2001, 216 s. ISBN 80- 7226- 584 - 9
4. FEAKES, D., McLEISH, C.: Briefing Book, BWC Sixth Review Conference 2006, Prepared by the British American Information Council (BASIC), the Harvard Sussex Program (HSP) and the Verification Research, Training and Information Centre (VERTIC). Ženeva, október 2006. ISBN: 1-9033721-03-2.
5. <http://www.australiagroup.net/>

Štúdium verejného zdravotníctva na Slovensku – vývoj a perspektívy.

PhDr. Mgr. Andrej Kováč, PhD.

Súhrn

Vývoj výučby verejného zdravotníctva môžeme rozčleniť do štyroch etáp, ktorými sú predinštitucionálna etapa, Hygiena a epidemiológia, škola verejného zdravotníctva a Fakulta verejného zdravotníctva. Začiatky novodobého slovenského verejného zdravotníctva môžeme datovať od roku 1939 kedy v Bratislave zákonom č. 101/1939 vznikol Štátny zdravotno-sociálny ústav. V ďalšej etape to bol Katedra hygieny a epidemiológie ako jedna zo základných pedagogických útvarov pri založení Slovenského ústavu pre doškoloňovanie lekárov v Trenčíne s pôsobnosťou pre územie Slovenska. Neskôr vznikla Škola verejného zdravotníctva na báze vtedajšieho Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve ako osobitná časť jej štruktúry. V programovom manažmente dominovalo štúdium Master of Public Health. V roku 2002 sa Škola verejného zdravotníctva pretransformovala na Fakultu verejného zdravotníctva. Prioritami FVZ sú ochrana a podpora zdravia, prevencia a zdravotnícky manažment. Študentom ako budúcim výkonným zložkám verejného zdravotníctva musí byť poskytnuté odborné vzdelávanie, ktoré sa opiera o najnovšie poznatky vo verejnom zdravotníctve a využíva najnovšie formy a metódy vo vzdelávacom procese.

Kľúčové slová: Verejné zdravotníctvo, štúdium, etapy vývoja

Úvod

Verejné zdravotníctvo prešlo bohatým vývojom naplneným veľkým počtom udalostí, ktoré významným spôsobom prispeli k zlepšeniu zdravia a života generácií pred nami. Vývoj výučby verejného zdravotníctva môžeme rozčleniť do štyroch etáp:

- q Predinštitucionálna etapa
- q Hygiena a epidemiológia
- q Škola verejného zdravotníctva
- q Fakulta verejného zdravotníctva

Predinštitucionálna etapa

Začiatky novodobého slovenského verejného zdravotníctva môžeme datovať od roku 1939 kedy v Bratislave zákonom č. 101/1939 vznikol Štátny zdravotno-sociálny ústav. Bola to prvá inštitúcia systematickej činnosti verejného zdravotníctva na Slovensku. Prvým riaditeľom sa stal MUDr. Ivan Stodola, vynikajúca osobnosť slovenskej literatúry. Pochopil, aký potenciál skrýva v sebe verejné zdravotníctvo pri riešení zdravotných problémov ako aj vzdelávania odborníkov a verejnosti. MUDr. I. Stodola súčasne budoval vedeckú inštitúciu, ktorej kvalitné základy dali vznik aj ďalším zdravotníckym výskumným a vzdelávacím inštitúciám, akými boli Výskumný ústav epidemiológie a mikrobiológie, Výskumný ústav hygieny a Výskumný ústav hygieny práce, ale tiež aj Slovenský ústav pre doškoloňovanie lekárov.

Hygiena a epidemiológia

Katedra hygieny a epidemiológie bola jednou zo základných pedagogických útvarov pri založení Slovenského ústavu pre doškoloňovanie lekárov v Trenčíne s pôsobnosťou pre územie Slovenska. Stalo sa tak v roku 1957, spolu s epidemiológiou, laboratórnymi vyšetrovacími metódami, mikrobiológiou a rádiológiou (Kaláč et al., 2003). Tieto katedry našli svoje pedagogické základne vo výskumných

ústavoch. V zmysle Zákona č. 19/1966 ministerstvo zdravotníctva vydalo štatúty Inštitútov, ktoré v tom čase slúžili výchove a ďalšiemu vzdelávaniu vysokoškolských a stredných zdravotníckych pracovníkov.

Katedra hygieny po odčlenení katedry epidemiológie mala svoju stabilnú pedagogickú základňu vo Výskumnom ústave hygieny, neskôr vo Výskumnom ústave preventívneho lekárstva, Ústave preventívnej a klinickej medicíny – teraz Vedecko-výskumná základňa Slovenskej zdravotníckej univerzity, kde mohla vykonávať svoju postgraduálnu výchovu pracovníkov hygienickej služby.

Katedra epidemiológie mala svoju pedagogickú základňu vo Výskumnom ústave epidemiológie a mikrobiológie a neskôr vo Výskumnom ústave preventívneho lekárstva. Náplňou postgraduálneho vzdelávania v epidemiológii bola najmä epidemiológia infekčných chorôb a od roku 1967 aj epidemiológia vybraných neinfekčných chorôb.

Katedra hygieny a epidemiológie Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny mala nezastupiteľné miesto v starostlivosti o výchovu a vzdelávanie ostatných pracovníkov v zdravotníctve s vysokoškolským vzdelaním. V roku 1974 navrhla model postgraduálnej výchovy týchto pracovníkov spolu so záverečnými skúškami a so získaním osvedčenia na výkon práce v zdravotníctve.

Katedra hygieny a epidemiológie sa aktívne podieľala aj na výuke v rámci Školy verejného zdravotníctva, ktorá bola súčasťou Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny a pripravovala pracovníkov na riadiace funkcie v zdravotníctve, kde hygiena a epidemiológia mala nezastupiteľnú účasť.

Škola verejného zdravotníctva

Škola verejného zdravotníctva v Bratislave (ďalej ŠVZ) bola založená v roku 1991 a skončila svoje účinkovanie dňom 1.9.2002, keď sa v rámci vzniku Slovenskej zdravotníckej univerzity transformovala na Fakultu verejného zdravotníctva.

ŠVZ vznikla na báze vtedajšieho Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve ako osobitná časť jej štruktúry. ŠVZ bola tvorená piatimi katedrami a piatimi programami. Skladba katedier sa v priebehu rokov obmenila. V prvých rokoch existencie ŠVZ sa táto skladala z Katedry hygieny a epidemiológie, Katedry sociálneho lekárstva a organizácie zdravotníctva, Katedry medicínskej pedagogiky, Katedry manažmentu a Katedry informatiky. V polovici 90-tych rokov boli Katedry hygieny a epidemiológie preradené do iných štruktúr, ale ostali v programe školy ako významné spolupracujúce katedry. Pribudla Katedra medicínskeho práva, ktorej význam neustále narastal. Prvým a jediným riaditeľom Školy bol po celú dobu jej trvania Prof. MUDr. Ladislav Badalík, DrSc..

V programovom manažmente dominovalo štúdium Master of Public Health (ďalej MPH), ktoré prebiehalo ako trojročné prerušované štúdium. Každý rok absolvovali poslucháči štyri dvojtýždňové sústredenia, doplnené prácou na vlastnom projekte, ktorý si študent zvolil a pracoval na ňom na vlastnom pracovisku s občasnými konzultáciami tútora.

Významnou udalosťou v histórii ŠVZ bolo vydanie koncepcie odboru verejného zdravotníctva ministerstvom zdravotníctva SR. Táto, v slovenskej histórii prvá koncepcia verejného zdravotníctva nadobudla účinnosť dňa 1.7.1997. Koncepcia definuje verejné zdravotníctvo ako samostatný odbor a zakotvuje postavenie ŠVZ v postgraduálnej výchove, výskume a poradenstve v oblasti zdravotnej politiky (Hegyí, 2008).

Okrem štúdia MPH usporiadala ŠVZ každoročne okolo 70 školiacich akcií od krátkodobých až po 30 dňové. Išlo o kurzy tematické alebo o kurzy špecializačné.

ŠVZ v Bratislave bola prvá a jediná škola tohto typu a zamerania na Slovensku, rýchlo získala vysoký medzinárodný kredit a stala sa významnou bázou, na základe ktorej sa mohla dôstojne vybudovať Fakulta verejného zdravotníctva SZU.

Fakulta verejného zdravotníctva

Fakulta verejného zdravotníctva vznikla ako súčasť Slovenskej zdravotníckej univerzity zákonom č. 401/2002 Z. z. o zriadení Slovenskej zdravotníckej univerzity a o doplnení zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a zmene niektorých zákonov č. 209/2002 Z. z. s účinnosťou od 1. 9. 2002, pričom nadväzovala na tradíciu Školy verejného zdravotníctva, ktorá vznikla v roku 1991 ako súčasť Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny.

Fakulta získala akreditáciu na bakalársky, magisterský a doktorandský stupeň vysokoškolského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo a špecializačné štúdium Odborník na riadenie verejného zdravotníctva (Master of Public Health, MPH). Fakulta zabezpečuje pre potreby Fakulty zdravotníckych

špecializačných štúdií SZU špecializačné štúdium vo verejnom zdravotníctve, ale aj všetky typy subšpecializačných štúdií v predmetoch súvisiacich s verejným zdravotníctvom pre viaceré zdravotnícke profesie.

Poslaním fakulty je vytváranie predpokladov na rozvíjanie verejného zdravotníctva na Slovensku ako v teoretickej oblasti, tak aj pri jeho praktickej aplikácii. Toto poslanie sa realizuje prostredníctvom

- a) vzdelávania a výchovy odborníkov vo verejnom zdravotníctve
- b) výskumu
- c) služby spoločnosti.

Cieľom vzdelávania a výchovy je pripravovať odborníkov schopných riešiť problémy ochrany a podpory zdravia ľudí v dimenziách lokálnych, regionálnych, štátnych i medzinárodných (Kováč et. al., 2008) Vo svojom programe spája fakulta výučbu, výskum a službu spoločnosti a formuje osobnosť absolventa univerzity tak, aby bol schopný plniť súčasne i perspektívne úlohy verejného zdravotníctva.

Na splnenie tohto poslania využíva fakulta spoluprácu so zahraničnými univerzitami, výskumnými pracoviskami a uznávanými odborníkmi v Európe i zámorí, pričom využíva moderné komunikačné technológie a vytvára rovnováhu medzi výučbou, výskumom a službou komunite.

Verejné zdravotníctvo ako multidisciplinárny odbor využíva participáciu odborníkov z medicínskych, biologických, environmentálnych, prírodovedných a technických disciplín. Prioritou FVZ je skĺbiť toto multidisciplinárne zastúpenie do programov výučby a výskumu v záujme dosiahnutia cieľov odboru.

Prioritami FVZ sú ochrana a podpora zdravia, prevencia a zdravotnícky manažment. Vo výskume je prioritou environmentálne zdravie a poznávanie kauzálnych súvislostí medzi faktormi prostredia a zdravím ľudí, mechanizmy ich účinkov, nástroje prevencie poškodení zdravia a podpory zdravia ľudí. Fakulta sa snaží aj o výučbu i vedecké spracovanie možností, ako ovplyvniť zdravotnícku politiku, a ako tieto procesy riadiť. Vychádzajúc z týchto priorít sa Fakulta zameriava na prevenciu chorôb neinfekčného i infekčného charakteru, ochranu a podporu zdravia, pridanie rokov života /obmedziť predčasné úmrtia/, pridanie života rokom /plne využiť zdravotný potenciál ľudí/pridať zdravie životu /znižovať chorobnosť, obmedziť následky ochorení/, zlepšenie kvality života /život bez chorôb, bez invalidity/, znižovanie nespôsobilosti na prácu, pozitívne ovplyvňovanie determinantov zdravia, zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov, vychovávanie manažérov pre verejné zdravotníctvo, rozširovanie, formovanie vedomostí, postojov a návykov zameraných na ochranu, podporu a rozvoj zdravia jednotlivca i spoločnosti.

Per spektívy

Aby štúdium verejného zdravotníctva držalo krok s potrebami praxe je potrebné zaviesť modulárny spôsob štúdia tak aby sme mohli lepšie využívať aj možnosti štúdia v zahraničí. V bakalárskom štúdiu to znamená vyvážiť podiel teoretických predmetov a predmetov vlastných verejnému zdravotníctvu tak, aby podiel štúdia predmetov vlastných pre VZ postupne narastal.

Na tomto základe sme vytvorili v bakalárskom stupni moduly ako:

- Základné teoretické predmety,
- Teória a metodológia vedeckej a odbornej práce,
- Základy vlastných odborných predmetov vo verejnom zdravotníctve,
- Praktické zručnosti.

V magisterskom štúdiu je dôležité poznatky získané v bakalárskom štúdiu rozširovať v sérii samostatných predmetov. Poskytnúť možnosť študentom magisterského štúdia voľbu viacerých voliteľných predmetov (40% výučby) tak, aby sami študenti formovali svoj odborný profil.

V špecializačnom štúdiu Odborník na riadenie vo VZ je potrebné presúvať ťažisko štúdia na predmety z oblasti riadenia a zdravotnej politiky. Najideálnejšie sa preto javí modulárny systém. Tento systém by pozostával z modulov ako:

- Manažment,
- Zdravotná politika a ekonomika zdravotníctva,
- Právo,
- Zdravé životné a pracovné prostredie,
- Podpora zdravia,

- Prevencia,
- Základné informačné zdroje vo VZ,
- Sociálne podmienky a zdravie,
- Behaviorálne predmety vo VZ.

Jedným z najvýznamnejších krokov v štúdiu verejného zdravotníctva bude zavedenie e-learningovej formy štúdia, čím sa otvárajú úplné nové možnosti pre študentov a väčšia flexibilita štúdia. Pre rozvoj samostatnej práce študentov je veľmi dôležité používať vo výučbe prípadové štúdie, študentov viesť v písaní esejí a seminárnych prác a zapájať ich do najrozmanitejších projektov.

Záver

Študentom ako budúcim výkonným zložkami verejného zdravotníctva musí byť poskytnuté odborné vzdelávanie, ktoré sa opiera o najnovšie poznatky vo verejnom zdravotníctve a využíva najnovšie formy a metódy vo vzdelávacom procese (10 vyhlásení o budúcnosti verejného zdravotníctva v Európe, 2006). Je potrebné sledovať globálne trendy, pretože ľudstvo bude naďalej pokračovať v systematickom ničení životného a pracovného prostredia s negatívnym vplyvom na zdravie. Procesy globalizácie môžu priniesť hrozby šírenia emergentných i reemergentných infekčných chorôb. Budeme len veľmi pomaly postupovať v snahách o zdravší životný štýl ľudí. Budeme sa musieť vyrovnávať s chronickým nedostatkom zdrojov pre zdravotníctvo. Populácia bude starnúť a tejto skutočnosti sa bude musieť prispôbiť celé zdravotníctvo. Na druhej strane nové poznatky v medicíne a v prírodných vedách najmä z oblastí genetiky, mikro a nanotechnológií, možnosti informačných technológií, rast vzdelanosti obyvateľov určite prispievajú k zlepšenému zdravotnému stavu populácie. Aby sa o zdraví nehovorilo ako o najdôležitejšej hodnote ale aby sa podľa toho každý správajú, jednotlivci, rodiny komunity ale aj štátne a vládne orgány. Zdá sa že táto úloha, ku ktorej sa verejní zdravotníci hlásia môže byť práve tou rozhodujúcou.

Literatúra

1. 10 vyhlásení o budúcnosti verejného zdravotníctva v Európe. 2006. Košice, OZ SAVEZ, 2006, 9 s. ISBN 80-969465-9-5.
2. HEGYI, L.: Škola verejného zdravotníctva v Bratislave. In Medicína – celoživotné štúdium 55. rokov inštitucionálneho ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2008. s. 73-75. ISBN 978-80-89352-02-9.
3. KOVÁČ, R., KOVÁČ, A.: Fakulta verejného zdravotníctva - integrácia pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania. In Medicína – celoživotné štúdium. 55. rokov inštitucionálneho ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2008. s. 75-77. ISBN 978-80-89352-02-9.
4. KALÁČ, J., MIHALSKÁ, E., EGNEROVÁ, A.: História katedry hygieny a epidemiológie Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny pri ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov. In 50 rokov inštitucionálneho ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na Slovensku. Bratislava, SZU, 2003, 143 s. ISBN 80-968951-6-8.

Adresa autora:

PhDr. Mgr. Andrej Kováč, PhD.

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

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

Nováková E., Oleár V., Klement C. : Lekárska Vakcinológia nielen pre
medikov.

PRO, Banská Bystrica 2007, I. vydanie, 141 strán, ISBN
978-80-89057-18-4

Očkovanie, ktorého význam je historicky veľmi silno zapísaný, je a zostane jedným z najväčších objavov ľudstva. Napriek tomu sa tu a tam ozývajú názory rôznych antivakcinačných skupín, medzi ktorými sa dajú nájsť aj medicínski vzdelaní ľudia, ktorým možno chýbalo viac informácií o tomto procese boja s nebezpečnými ochoreniami. Autori knihy veľmi správne vycítili, že bez pochopenia základných pravidiel imunológie nie je možné chápať celý proces vakcinácie a preto hneď v prvej kapitole ľahkou a prístupnou formou vysvetľujú princípy imunitných pochodov súvisiacich s vakcináciou. Aj pod nárast a rozširovanie kontraindikácií vo vakcinácii sa veľkou mierou podpisuje neznalosť vakcinačnej imunológie. Kapitola o očkovaní zvláštnych skupín je veľmi vhodne vytvorená spôsobom, aby prispela k odbúraniu zbytočných odložení očkovania, ktoré pramenia snáď len z obmedzených informácií očkujúceho. Zvlášť treba pochváliť a vyzdvihnúť kapitoly terminológia a prílohy.

Celá publikácia je písaná veľmi zrozumiteľne, prehľadne tak, aby zaujala už budúcich vakcinujúcich lekárov, ale aby v nej našli všetko to, čo k objasneniu vakcinácie potrebujú aj ostatní odborníci.

Vývoj očkovacích látok pokračuje veľmi rýchlo. Je však potrebné, aby tí, ktorí majú v konečnom dôsledku tento výtvarok medicíny aplikovať v praxi boli dostatočne vzdelaní a k tomu bude táto publikácia bez pochyb pomáhať. O potrebe takto koncipovanej publikácie na našom trhu a hlavne medzi „študentskou-medickou“, literatúrou nie je vôbec potrebné diskutovať.

MUDr. Danica Maslenová, MPH