
O B S A H

Editorial



HEGYI, L.: Výchova k zdraviu v dnešnom zdravotníctve

Originálne práce:



KLEMENT, C., MAĎAROVÁ, L.: Niektoré riziká potravín a vody spôsobené infekčnými patogénmi



BÉREŠOVÁ, M., TARAGEL'OVÁ, B.: Dynamika zmien v incidencii vírusovej hepatitídy typu A v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1977 – 2006



TARINOVÁ, S., BIELIK, I.: Hodnotenie súťaže pre fajčiarov "Prestaň a vyhraj 2006"



DROBNÁ, T., FAVOROVÁ, A.: Zisťovanie úrovne vedomostí sestier o demencii a používaní posudzovacích škál

Prehľadné referáty



DOSTÁLOVÁ, K., MORICOVÁ, Š.: Úloha verejného zdravotníctva v prevencii žilovej trombózy



BIELIK, I., TÓTH, K.: Ochrana nefajčiarov na verejných miestach – východiská a názory verejnosti

Jubileá



KOVÁČ, R., HEGYI, L.: Profesor Badalík sedemdesiatročný



MAGULA, D.: doc. MUDr. Peter Beržinec, CSc., FCCP päťdesiatročný

Výchova k zdraviu v dnešnom zdravotníctve

Editorial

Zdravotný stav slovenského obyvateľstva svojou úrovňou stále zaostáva za úrovňou zdravotného stavu obyvateľstva západoeurópskych krajín, o čom svedčia aj sledované indikátory zdravia obyvateľstva. Analýza demografického trendu, ukazujúca nielen starnutie obyvateľstva, ale i pokles počtu obyvateľov v produktívnom veku na 1 dôchodcu zo 6 v súčasnej dobe na 2 v roku 2050, vedie k reálnej obave, že v polovici 21. storočia nebude dost' finančných prostriedkov na úhradu zdravotnej starostlivosti. Túto očakávanú ekonomickú krízu zdravotníctva môže riešiť v prvom rade zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, a to najmä novými cestami v uplatňovaní prevencie. K najvýznamnejším mechanizmom prevencie patria výchova k zdraviu a podpora zdravia. V súčasnej dobe ani jedna z týchto súčastí prevencie nezohráva u nás úlohu, adekvátnu svojmu významu.

Výchova k zdraviu je špeciálny odbor lekárskeho vied a zdravotníctva, ktorého cieľom je utvárať vedomosti, postoje a návyky obyvateľov a rozvíjať konanie, zameranie na zachovanie zdravia jednotlivcov i populačných skupín spoločnosti.

Hlavným cieľom odboru je upevňovať, ochraňovať, podporovať a motivovať aktívnu účasť obyvateľov na starostlivosti o svoje zdravie a tým aj zdravie celej spoločnosti.

V praktickej realizácii výchovy k zdraviu obyvateľstva sa dnes vyskytuje veľa problémov a nedostatkov. V oblasti výchovy k zdraviu dnes pôsobia alebo by mali pôsobiť všetci lekári a zdravotnícki pracovníci. Inštitucionálne zabezpečenie odboru spočíva na Úradoch verejného zdravotníctva (ÚVZ). V skutočnosti najväčšiu úlohu pri šírení zdravotnových poznatkov dnes zohrávajú médiá. Pritom pomerne málo pracovníkov médií má aspoň základné vzdelanie v zdravotníckej problematike. V mediálnej oblasti sa dôraz väčšinou kladie na negatívne javy v zdravotníctve, čo narušuje vzťah medzi občanom a zdravotníkom. Rozšírenie internetu poskytlo občanom možnosť získavania informácií, z ktorých nie všetky sú relevantné.

Počet pracovníkov v oblasti výchovy k zdraviu v rámci ÚVZ je menej ako 100, vrátane Poradni zdravia. V odbore pracuje málo lekárov. Postavenie odboru v rámci verejného zdravotníctva je skôr submisívne, dominujúce postavenie v úrade má štátny zdravotný dozor. Chýba centrálna inštitúcia, akou bol v minulosti Ústav zdravotnej výchovy, možnosti ovplyvnenia verejnosti zdravotníckymi profesionálmi sa znížili. Do výchovy k zdraviu prichádza málo peňazí. Financovanie pokrýva mzdy, ale nepokrýva programy.

V zdravotníckych zariadeniach sa z rôznych príčin zanedbáva alebo obmedzuje „terapeutický rozhovor“. Nedostatočné poskytnutie informácií pacientom vedie k nižšej compliance. Nižšia compliance zhoršuje terapeutický efekt. Praktickí lekári už takmer neorganizujú verejné prednášky so zdravotnových obsahom. Je nedostatok printových zdravotnových materiálov pre občanov. Občan ťažko rozlišuje medzi firemnou reklamou a pravdivou a relevantnou informáciou.

Niektoré aktivity aj napriek spomínaným nedostatkom pozitívne ovplyvňujú súčasnú situáciu. Fakulta verejného zdravotníctva SZU participovala na príprave projektu pravidelných TV seriálov o zdraví, ktorých periodicita bude raz týždenne, 25 minút na STV 2. Slovenská zdravotnícka univerzita a Úrad verejného zdravotníctva SR sa stali odbornými garantmi.

V roku 2004 sa pracovníci FVZ SZU v spolupráci s Úradom verejného zdravotníctva SR podieľali na

vypracovaní projektu na vydávanie zdravotno-osvetového časopisu Bedeker zdravia, ktorý začal vychádzať v roku 2005. Časopis má v súčasnosti náklad 75 000 ks, je dvojmesačník, vychádza na 116 stranách, je bezplatný. Slovenská zdravotnícka univerzita a Úrad verejného zdravotníctva SR sa stali odbornými garantmi časopisu.

V roku 2006 sa začali na SZU realizovať tlačové besedy k významným Svetovým dňom, podľa odporúčaní WHO, ako aj na ďalšie aktuálne témy, vyplývajúce z činnosti SZU.

Fakulta verejného zdravotníctva SZU začala realizovať projekt výchovy a vzdelávania novinárov vo verejnom zdravotníctve formou výučby študentov žurnalistiky FiF-UK, ako povinného výberového predmetu v letnom semestri v školskom roku 2007/2008. Na tento predmet sa prihlásilo 56 študentov žurnalistiky. Fakulta verejného zdravotníctva bola požiadaná o zopakovanie aj v nasledujúcom školskom roku, lebo o predmet je enormný záujem. Pripravuje sa otvorenie internetového portálu so zdravotnovýchovným obsahom.

Záverom sa dá konštatovať, že klasická predstava o realizácii výchovy k zdraviu je minulosťou. Jedným z významných dôsledkov toho je pokles compliance pacienta. Súčasnou najúčinnjšou formou výchovy k zdraviu je mediálna forma, jej nedostatkom je ale malá odborná pripravenosť žurnalistov. Napokon výchova k zdraviu je podhodnotená a podfinancovaná.

Východiskom v tejto situácii je navýšenie finančných prostriedkov, prichádzajúcich do odboru výchovy k zdraviu. Ďalej rozvíjať výchovu k zdraviu v zdravotníckych zariadeniach, teda v oblasti sekundárnej a terciárnej prevencie. Zvýšiť odbornú úroveň výchovy k zdraviu v médiách a rozvíjať moderné formy výchovy k zdraviu a podpory zdravia.

Adresa autora:

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

Vedúci Katedry výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky FVZ SZU v Bratislave

NIEKTORÉ RIZIKÁ POTRAVÍN A VODY SPÔSOBENÉ INFEKČNÝMI PATOGÉNMI

doc. MUDr. C. Klement PhD., L. Maďarová

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, odbor lekárskej mikrobiológie, Cesta k nemocnici 1, Banská Bystrica 975 56

SÚHRN

Vzostup produkcie potravín a ich centralizácia má za následok ich rozsiahlu, vnútroštátnu, európsku a v niektorých prípadoch až celosvetovú distribúciu.

Možná zámerná kontaminácia potravín, prípadne vody a vodných zdrojov nie je zriedkavá. Možnosť kontaminácie závisí na agens, ktorým môžu byť baktérie, vírusy, huby, protozoá alebo toxíny. V súvislosti s potravinami a vodou možno hovoriť aj o bioterorizme, biozločine (biocrime), ale naopak aj o celkovej pripravenosti štátu alebo organizácie štátnej či súkromnej a to tak, aby bola schopná efektívne čeliť takýmto hrozbám. Dôsledky vyplývajúce z takýchto ohrození môžu mať až globálny charakter. Jedná sa o vážny problém, ktorým sa zaoberá aj Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Takáto kontaminácia môže byť spôsobená biologickými, chemickými a radiačnými látkami. Býva vyvolaná prirodzene, neúmyselne alebo zámerne. Okrem toho pri zámernej kontaminácii potravín a vody hovoríme aj o biozločine, bioterorizme alebo sa môže jednať o použitie biologických zbraní.

Kľúčové slová: Potraviny, kontaminácia, voda, agens, ohrozenie, bioterorizmus

ÚVOD

Pitná voda pre obyvateľstvo a zásoby potravín bývali predmetom sabotáží v dávnej minulosti ako aj počas vojenských ťažení. V nedávnej minulosti však nešlo o sabotáže takého typu, ale najmä o činy možného terorizovania obyvateľstva a občianskej spoločnosti. Teroristi majú rozličné motívy a to od uplatňovania nátlaku až k politickej destabilizácii. V takomto prípade nie je hlavným cieľom spôsobiť masové straty, ale „postačuje“ šírenie paniky a narušenie normálneho chodu života obyvateľstva a hospodárstva. Zatiaľ čo zámerná kontaminácia pitnej vody môže spôsobiť ochorenia ľudskej populácie, dlhodobé poškodenie zdrojov pitnej vody môže mať katastrofálne následky pre verejné zdravotníctvo. Aj keď zámerná a cielená kontaminácia všetkých zásob potravín v danej oblasti nie je pravdepodobná znamená poškodenie zdrojov pitnej vody ich významné zhoršenie. Ľudia ako aj zvieratá sú zraniteľné voči takémuto druhu útoku. (Tab.č.1)

ÚLOHA VLÁD A ORGANIZÁCIÍ PRI ZÁBRANE KONTAMINÁCIE POTRAVÍN A VODY

Vlády a obchodné či iné organizácie v súkromnom sektore by si mali uvedomiť potrebu zabrániť a primerane reagovať na zámernú kontamináciu vody a potravín. Takéto ohrozenie si

vyžaduje zvýšený prísun finančných prostriedkov najmä od organizácií v komerčnom sektore, ktoré obyčajne neuvažujú o terorizme, pričom tento je oveľa aktuálnejší ako si mnohí uvedomujú. Ekonomické a sociálne dopady v týchto prípadoch sú rovnaké ako všetky činy a skutky, ktoré majú jasnú súvislosť s terorizmom. Ochrana a bezpečnostné opatrenia by mali byť pravidelne vyhodnocované pričom by mala byť jasne definovaná schopnosť pružnej reakcie na dané ohrozenie. Prevádzkovatelia a zásobovatelia vodných zdrojov, výrobcovia a iné organizácie súkromného sektora sa musia podieľať na rozvoji a implementácii plánov zabezpečenia, ktoré obsahujú prevenciu, detekciu a odpoveď v súvislosti so zámernou kontamináciou. V týchto plánoch musí byť obsiahnuté doškoľovanie spotrebiteľov a aktívne spôsoby komunikácie s tlačou a verejnosťou. Zlepšujúcou sa bdelosťou sa zároveň znižuje zraniteľnosť ale taktiež pravdepodobnosť ako náhodnej tak i zámernej kontaminácie. Hrozba terorizmu by nemala znamenať, že iné bezpečnostné hľadiská, ako je napríklad prevencia náhodnej kontaminácie pitnej vody a potravín, budú ignorované a ani by to nemalo spôsobovať paniku.

Pretože pitná voda a potraviny ako aj lieky sú pravidelne spotrebované ľuďmi predstavujú tieto komodity najľahší prostriedok dopravy letálneho alebo zneschopňujúceho množstva toxických chemikálií alebo biologických agens. Systémy pre výrobu a úpravu pitnej vody ako aj výroby a distribúcie potravín a iných spotrebiteľských produktov dávajú mnohé príležitosti na zámernú kontamináciu. Globalizácia, komplexná výroba a dopravné systémy sú tým čo pri výrobe a distribúcií potravín môže spôsobiť kontamináciu a nárast zraniteľnosti. Rozdielnosť zdrojov taktiež znižuje pravdepodobnosť, že všetky zdroje potravín a liekov môžu byť kontaminované. V prípade vody to znamená straty alternatívnych zdrojov a čo je najväčší problém aj potenciálne zvyšuje hystériu a paniku.

Šírenie ochorení býva v ľudskej populácii sprevádzané značným počtom mikroorganizmov, ktoré sa pomnožujú v potravinách a vo vode a takto ich kontaminujú. (Tab.č.2). Taktiež potraviny a pitná voda môže byť kontaminované toxickými chemikáliami. Rozsiahle poškodenie potravinových zásob spôsobuje aj ochorenia domácich zvierat. Takéto epidémie spôsobujú zahltenie verejných služieb, bývajú značne medializované s následnými vedľajšími ekonomickými, sociálnymi a politickými efektmi. Tieto skutočnosti vyúsťujú do straty verejnej dôvery obyvateľstva vo vládu a orgány verejnej správy a samosprávy. Teroristi vo všeobecnosti zaznamenávajú takéto, pre nich želateľné úspechy, najmä tam kde sa im darí kontaminovať pitné a potravinové zdroje.

V prípade, že sa použijú na vyvolanie ochorení baktérie, vírusy, protozoá, huby alebo toxíny v súvislosti s vojenskými operáciami a následne vyvolajú ochorenia ľudí, zvierat alebo rastlín a následne infikujú potraviny alebo vodu hovoríme o použití biologických zbraní. (Tab.č. 3)

Súhrnne prevenciu, detekciu a odpoveď (reakciu) označujeme ako pripravenosť.

Programy, ktoré majú za cieľ zabrániť sabotážam pitnej vody, potravín a iných spotrebiteľských výrobkov ako sú kozmetika a lieky sú založené najmä na:

1. prevencií
2. detekcií
3. odpovedi, (reakcií)⁽¹⁾

NIEKTORÉ DEFINÍCIE

V súvislosti s kontamináciou potravín a vody je dôležité si uvedomiť niekoľko definícií, ktoré sa často vyskytujú v tejto problematike a je veľmi žiadúce ich používať v správnych súvislostiach.

Biologická zbraň - biologické agens, toxíny, resp. bioregulátory v spojení s prostriedkami na ich disemináciu (munícia) pôsobia v priestore napadnutia a s prostriedkami na ich dopravu (nosné systémy) do priestoru napadnutia. Optimálne biologické agens pre biologické zbrane by mali vyhovovať desiatim klasickým Roseburyho kritériám: 1.)vysoká infektivita (malá infekčná dávka), 2.)vysoká morbidita spojená s vyradením zasiahnutých osôb z činnosti, poprípade vysoká letalita, 3.)možnosť masovej produkcie agens, 4.)vysoká odolnosť agens voči vonkajším vplyvom pri ich diseminácii a skladovaní, 5.)možnosť nákazy infekčným aerosólom, 6.)vysoká kontagiozita, 7.)chýbanie možnosti profylaktickej imunizácie, 8.)liečba ochorenia náročná alebo neefektívna, 9.)nemožnosť alebo vysoká náročnosť detekcie a identifikácie použitého agens, 10.)obmedzené riziko retroaktivity (prenosu agensu alebo ochorenia späť na útočníka).

Agroterorizmus - úmyselné zneužitie biologických agens (biologických zbraní) na vyvolanie ochorenia zvierat alebo rastlín motivované politicky, nábožensky alebo ideologicky.

Bioterorizmus - úmyselné zneužitie biologických agens na vyvolanie ochorenia ľudí alebo zvierat motivované politicky, nábožensky alebo ideologicky.

Biozločin (biocrime) – úmyselné zneužitie alebo hrozba zneužitia biologických agens (biologických zbraní) na vyvolanie ochorenia ľudí, zvierat a rastlín, pričom tento čin je na rozdiel od bioterorizmu (agroterorizmu) motivovaný osobnými pohnútkami (zisk peňazí, pomsta, a pod.).

Pripravenosť – súhrnné označenie pre prevenciu, detekciu a odpoveď (reakciu).

Prirodzená kontaminácia potravín - dochádza k nej počas výroby, spracovania, maloobchodnej distribúcie a spotreby.

Mikrobiálna kontaminácia - pochádza zo zvieracích výkalov, mikroorganizmov vyskytujúcich sa v životnom prostredí alebo mikrobiálnej flóry personálu, ktorý prichádza s nimi do styku pri ich spracovávaní.⁽²⁾

POTRAVINY AKO NÁSTROJ TERORISTICKÝCH ČINOV

Potraviny alebo nápoje predstavujú od antických čias obľúbený spôsob na podanie prostriedkov, ktoré viac alebo menej spoľahlivo spôsobili smrť záujmovej osoby.

Cisár Claudius sa po požití húb stal bohom, čo je eufemistické vyjadrenie jeho otrávenia .

V stredoveku travičské aféry boli bežnou súčasťou praxe a metód ako dosiahnuť odstránenie konkurentov na šľachtických a panovníckych dvoroch. V týchto dobách, (v staroveku a stredoveku), boli bežní tzv. ochutnávači jedál a nápojov.

Následne uvádzame zdokumentované prípady postihnutia ľudí po podaní infikovaných potravín ako dôsledok bioterorizmu, biozločinu alebo poškodenia ľudí v dôsledku neúmyselne spôsobenej epidémie kedy boli kontaminované potraviny.

1946- pokus o otrávenie zajatých príslušníkov SS soľami arzénu, ktorý sa podarilo vpraviť do bochníkov chleba v pekárni (bioterrorizmus)

1964-1966-niekoľko epidémií brušného týfusu a dyzentérie v japonských nemocniciach kedy boli potraviny a nápoje kontaminované mikrobiológom, ktorý navyše ešte infikoval susedov a členov rodiny, aby získal kmene do súboru potrebného pre doktorandskú prácu. Viac ako 100 ľudí bolo infikovaných, 4 zomreli (biozločin)

1966- prepustený zamestnanec nemocnice v Dallase zámerne kontaminoval komerčne pripravené pekárenské výrobky poprúšením kmeňom *Shigella dysenteriae* 2 v dennej miestnosti personálu následkom čoho ochorelo 12 ľudí (biozločin)

1970-počas karnevalu na McGillovej univerzite došlo k infestácii (zamoreniu) potravín, ktorú vykonali štyria študenti a infikovali vajčkami *Ascaris suum* potraviny (biozločin)

1978-v snahe poškodiť izraelskú ekonomiku boli citrusové plody dovážané do Európy kontaminované soľami ortuti (bioterrorizmus)

1984- teroristický útok na šalátové bary členmi náboženskej sekty Radžaniš, aby ovplyvnili komunálne voľby (bioterrorizmus)⁽⁵⁾

1985-epidémia spôsobená kmeňom *Salmonella typhimurium*, ktorá postihla 170 000 ľudí, bola spôsobená kontamináciou pasterizovaného mlieka v USA (neúmyselne spôsobená epidémia)

1985-epidémia listeriózy v Los Angeles viedla k úmrtiu 48 ľudí pričom *Listeria monocytogenes* bola dokázaná v mäkkých syroch (neúmyselne spôsobená epidémia)

1989-domnelé kontaminovanie čínskeho ovocia viedlo k jeho stiahnutiu z trhu v USA (bioterrorizmus)

1989-stafylokoková enterotoxikóza mala väzbu na huby v konzervách dovezených z Číny do USA (neúmyselne spôsobená epidémia)

1991-epidémia hepatitídy A spôsobená konzumáciou kalamárov v Šanghaji postihla 300 000 jedincov (neúmyselne spôsobená epidémia)

1991-3 prípady cholery v štáte Maryland v dôsledku spotreby mrazených kokosových orechov dovezených z Thajwanu (neúmyselne spôsobená epidémia)

1994-neúmyselná kontaminácia zmrzlinového základu spôsobila ochorenie 224 000 jedincov v 41 štátoch USA, tým, že bola prenesená do tankerov a na kamiónoch v ktorých sa predtým prevážali nepasterizované vajcia a následne distribuovaná po USA (neúmyselne spôsobená epidémia)

1994-1995, (december- január)- *Salmonella Agona* PT, 15 ochorení sa vyskytlo vo Walese a Anglicku, súčasne s veľkou epidémiou v Izraeli, ktorá postihla viac ako 2 200 ľudí, trvala päť mesiacov. Pôvod bol v kôšer prísade do potravín veľmi obľúbenej u školskej mládeže importovanej z Izraela. Dodatočné prípady sa vyskytli v USA (neúmyselne spôsobená epidémia)

1995-tadžická opozícia počas osláv Nového roku pridala do šampanského stopové množstvo kyanidu a spôsobila tak smrť piatich civilistov a deviatich vojakov (bioterrorizmus)⁽⁴⁾

1996-asi 8000 detí v Japonsku ochorelo a niekoľko z nich zomrelo po infekcii spôsobenou *E. coli* O 157:H7 cestou chrenových šprotov podávaných v školských jedálňach (neúmyselne spôsobená epidémia)

1996-epidémia infekcie spôsobenej *Escherichia coli* O 157:H7 postihla viac ako 400 jedincov, z ktorých 17 zomrelo v strednom Škótsku, ktorí konzumovali mäso z mäsiarstva z mestečka Wishaw (neúmyselne spôsobená epidémia)

1996-epidémia cyklosporidiózy v Severnej Amerike v dôsledku konzumácie infikovaných černíc z Guatemaly, (neúmyselne spôsobená epidémia)⁽³⁾

1997- 161 prípadov hepatitídy A u študentov a personálu štyroch rozličných škôl v dôsledku konzumácie mrazených jahôd importovaných z Mexika (neúmyselne spôsobená epidémia)

1997-epidémia spôsobená vírusom Norwalk v Kanade v dôsledku kontaminácie černíc zo Slovinska, ochorelo 300 ľudí. Následne sa vyskytlo viacero ohnísk v Európe (neúmyselne spôsobená epidémia)

1998-v dôsledku údajnej kontaminácie frankfurtských párkov kmeňmi *Listeria* spp. americké spoločnosti prišli o zarábok 50- 70 mil. USD. (bioterrorizmus)

1998, august-1999, Január-79 ochorení spôsobených zriedkavým sérotypom *Listeria monocytogenes* 4b, ktorý sa vyskytol v 17. štátoch USA. Ochorenie bolo spôsobené distribúciou hot - dogov a lahôdkového mäsa (neúmyselne spôsobená epidémia)⁽⁵⁾

Takéto a podobné prípady biozločinu, bioterrorizmu a neúmyselne spôsobených epidémií sa budú vyskytovať a aj sa vyskytujú, nakoľko potraviny a voda sú vhodným médiom na prenos infekčných ochorení. Tento výpočet potvrdzuje, že aj v krajinách s vysokým hygienickým štandardom sa vyskytujú takéto prípady, ktoré sú následne veľkým verejno-zdravotníckym problémom.

TABUĽKA 1

Potenciálna hrozba biologických agens pri pití kontaminovanej vody

Agens	Možné ohrozenie vody	Stabilita vo vode	Tolerancia na chlór
<i>Bacillus anthracis</i>	áno	2 roky (spóry)	rezistentné spóry
<i>Brucella</i> spp.	pravdepodobné	20-72 dní	neznáma
<i>Clostridium perfringens</i>	pravdepodobné	bežne v odpade	rezistentné
<i>Francisella tularensis</i>	áno	do 90dní	inaktivované 1ppm/5min
<i>Burkholderia mallei</i>	nepravdepodobné	do 30 dní	neznáma
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	nepravdepodobné	neznáma	neznáma
<i>Shigella</i> spp.	áno	2-3 dni	inaktivované
<i>Vibrio cholerae</i>	áno	prežíva dobre	0,05ppm/10min
<i>Vibrio</i> spp.	áno	8 dní, čistá voda	ľahko zničiteľné
<i>Salmonella</i> spp.	áno	16 dní	inaktivované
<i>Yersinia pestis</i>	možné	neznáma	neznáma
<i>Coxiella burnetii</i>	nepravdepodobné	neznáma	neznáma
<i>Rickettsia</i> spp.	možné	18-24 hodín	neznáma
<i>Chlamydia psittaci</i>	nepravdepodobné	neznáma	neznáma
Alphavírusy	nepravdepodobné	neznáma	neznáma

Filovírusy, Arenavírusy, Bunyavírusy, Flavivírusy	možné	neznáma	neznáma
Vírus varioly	áno	neznáma	neznáma
Vírus hepatitídy A (VHA)	áno	tyždne a viac	inaktivované
Cryptosporidium spp.	áno	stabilný	0,4ppm/30min
Botulotoxíny	áno	stabilné	oocysty-znič. 720ppm/10
T-2 mykotoxíny	áno	pravdep. .stabilný	min
Aflatoxíny	áno	neznáma	inaktivované
Ricín	áno	pravdep. .stabilné	0,6ppm/20min
Stafylokokové enterotoxíny	áno	pravdep. stabilné	rezistentné
Mikrocystíny	pravdepodobné	inaktivovaný (dni)	rezistentné pri 10 ppm
Anatoxín A	áno	neznáma	neznáma
Tetrodotoxín	áno	stabilný	rezistentné pri 100 ppm
Saxitoxín			neznáma inaktivované pri 0,05ppm rezistentné pri 10 ppm

Okolitá teplota, 1 ppm voľne prístupný chlór (FAC), 30 minút

Biological Warfare Agents as Potable Water Threats, US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine, Aberdeen Proving Ground, MD, USA, March 1998.

Ali S. Khan, David L. Swerdlow, Dennis D. Juraneck. 2001. Precautions against Biological and Chemical Terrorism Direct at food and Water Supplies. Public Health Reports, Jan-Feb 2001, vol. 116.

TABUĽKA 2

Zoznam infekčných a prenosných ochorení, ktoré sú prenášané

<p>Patogény prenášané jedlom, ktoré kontaminovala infikovaná osoba manipulujúca s ním</p> <p>Calicivírusy (Norwalk a Norwalk - like vírusy) Vírus hepatitídy A (VHA) Salmonella typhi Shigella spp. Staphylococcus aureus Streptococcus pyogenes</p>
<p>II. Patogény zriedka prenášané jedlom, ktoré kontaminovala infikovaná osoba manipulujúca s ním, ale najčastejšie prenášané kontamináciou zdroja pri spracovaní jedla alebo neprenášané potravinovou cestou</p> <p>Campylobacter jejuni Cryptosporidium parvum Entamoeba histolytica Enterohemoragická Escherichia coli Giardia lamblia Netýfusové salmonely Rotavírusy Taenia solium Vibrio cholerae 01 Yersinia enterocolitica</p>
<p>Patogény prenášané jedlom, ktoré kontaminovala infikovaná osoba manipulujúca s ním</p> <p>Calicivírusy (Norwalk a Norwalk - like vírusy) Hepatitída A vírus Salmonella typhi Shigella spp. Staphylococcus aureus Streptococcus pyogenes</p>

Federal Register: September 15, 1998 (Volume 63, Number 178), pp: 49359- 19360

Ali S. Khan, David L. Swerdlow, Dennis D. Juraneck. 2001. Precautions against Biological and Chemical Terrorism Direct at food and Water Supplies. Public Health Reports, Jan-Feb 2001, Vol. 116.

TABUĽKA 3

Biologické agens, ktoré je možné zneužiť ako biologickú zbraň, prenášané potravou a ich vlastnosti

	Dostupnosť	Minimálna infekčná dávka, sekundárny prenos	Klinické syndrómy	Úmrtnosť v prípade nakazenia	Ďalšie charakteristiky mikroóba alebo ochorenia
Botulotoxín	Ubikvitne v prostredí rozšírené organizmy, kultúry vyžadujú anaeróbne prostredie	LD ₃₀ = 0,001 µg/ kg	Klesajúca paralýza medzirebrových svalov, respiračné zlyhanie	5% u liečených pacientov	95% pacientov potrebuje hospitalizáciu, 60% pacientov potrebuje intubáciu
Salmonella sérotypy (okrem Salmonella typhi)	Klinické a výskumné laboratóriá, zbierky mikroorganizmov, hydina	10 ³ organizmov, obmedzený sekundárny prenos	Akútne hnačkové ochorenia, 1-3% chronicita	> 1%	Znáša aj nízke teploty, dlho prežíva v prostredí
Salmonella typhi	Klinické a výskumné laboratóriá	10 ⁵ organizmov, sekundárny prenos možný	Akútne febrilné stavy, 10% relapsv, 1% intestinálna ruptúra	10% neliečených pacientov, 1% liečených	Rôzne klinické syndrómy, dlhá inkubačná doba (1-3 týždne), asymptomatický priebeh v 3% prípadov
Shigella spp.	Klinické a výskumné laboratóriá	10 ² organizmov, sekundárny prenos možný	Akútne hnačky, často krvavé	< 1%	
Shigella dysenteriae typ 1	Klinické a výskumné laboratóriá	10-100 organizmov, sekundárny prenos možný	Dyzentéria, záchvaty	Viac ako 20% liečených	Dyzentéria, hemolytycko-uremický syndróm, kŕče u detí
Escherichia coli O157:H7	Klinické a výskumné laboratóriá, hovädzí dobytok, farmy	> 50 organizmov, sekundárny prenos možný	Akútne krvavé hnačky, 5% hemolyticko-uremický syndróm, dlhotrvajúce komplikácie	1%	Dlho trvajúce komplikácie: hypertenzia, renálna nedostatočnosť, neurologické komplikácie
Vibrio cholerae	Klinické a výskumné laboratóriá	10 ⁸ organizmov, sekundárny prenos možný	Akútne život ohrozujúce dehydratačné diarhoes	Viac ako 50% neliečených, 1% liečených	V minulosti spôsobovalo masívne epidémie prenášané vodou v oblastiach so zníženou hygienou (chudoba)

Jeremy Sobel, All S Khan, David I. Swerdlow.: Threat of a biological terrorist attack on the US food supply: the CDC perspective, Public Health, The Lancet, Vol 359, March 9, 2002

ZÁVER

Fakt, že teroristi by mohli ohroziť zámernou kontamináciou zdroje pitnej vody, potraviny alebo iné predmety dennej spotreby je treba brať veľmi vážne. Na to, aby sa znížila možnosť rizika sabotáže, bude potrebné vynaložiť enormný stupeň spolupráce medzi verejným zdravotníctvom, policajnými zložkami, vládou, verejno-právnymi službami, komerčným a privátnym sektorom a verejnosťou. Svetová zdravotnícka organizácia vyvíja návody na zabránenie hrozby terorizmu vo vzťahu k potravinám pre spolupracujúce členské štáty. Orgány na ochranu zdravia by mali vykonávať nie len surveillance infekčných ochorení a reakcie na incident ale aj podporovať a vytvárať predpoklady pre tvorbu a vykonávanie preventívnych opatrení.

Existujú časté a zákonité ťažkosti pri odovzdávaní informácií a vzájomnej informovanosti v súvislosti s citlivými spravodajskými informáciami, najmä ak sa jedná o nešpecifické hrozby.

Úplná eliminácia celého rizika neúmyselného alebo zámerného kontaminovania je prakticky vylúčená. Cieľom musí byť redukcia rizika na najnižšiu možnú mieru a reakcia musí byť rýchla, keď sa vyskytne kontaminácia potravín. Systém zabezpečenia voči kontaminácii by mal do seba včleniť vhodné mechanizmy na rozpoznanie zámernej kontaminácie. Finančné prostriedky, ktoré je potrebné venovať na riešenie hrozieb a incidentov by mali zodpovedať rozsahu očakávaného rizika. V žiadnom prípade sa nedajú zabezpečovať programy, ktoré sú finančne poddimenzované. Spotrebitelia hrajú významnú úlohu pri zábrane výskytu a potrebe si uvedomenia vlastného rizika. Hrozby a podozrenia by mali byť oznamované príslušným orgánom. Výchova spotrebiteľa by mala obsahovať informácie o plánoch pripravenosti. Úsilie, smerujúce k zabráneniu kontaminácie by malo byť úplné a nemalo by nahrádzať iné aktivity.⁽⁷⁾

Literatúra

1. Terrorist threats to food: guidance for establishing or strengthening prevention and response systems. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/SDE/PHE/FOS; available at <http://who.int/fsf>).
2. KLEMENT, C., MEZENECV, R., ROVNÝ, I., MAĎAROVÁ, L., SIRÁGI, P.: Verejno zdravotnícke aspekty biologických zbraní I. Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava 2007, 509 s. ISBN 978-80-969611-2-2
3. MACKENZIE, WR., et. al.: A massive outbreak in Milwaukee of Cryptosporidium Infection transmitted through the public water supply. N Engl J Med 1994,331:161-7.
4. MERMINE JH et al.: A massive epidemic of multidrug-resistant typhoid fever in Tajikistan associated with consumption of municipal water. Journal of Infectious Diseases, 1999, 179:1416-1422.
5. TOROK TJ. et al.: A large community outbreak of salmonellosis caused by intentional contamination of restaurant salad bars. Journal of the American Medical Association, 1997, 278:389-395.
6. KHAN AS.,SWERDLOW DL., JURANEK DD.: Precautions against biological and chemical terrorism directed at food and water supplies. Public Health Reports, 2001, 116:3-14.
7. Public health response to biological and chemical weapons. Second edition of Health aspects of chemical and biological weapons: report of a WHO Group of Consultants, Geneva, World Health Organization, 1970, p. 340.

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

Analýza faktorov ovplyvňujúcich incidenciu VHA v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1977-2006

M. Bérešová, D. Marcinková, B. Tarageľová

Úvod

Vírusová hepatitída typu A je jedno z najstarších ochorení ktoré bolo popísané u človeka. Infekčná povaha ochorenia je známa už od čias Hippokrata, ktorý dal ochoreniu meno infekčný ikterus. Vírusový pôvod hepatitídy typu A bol potvrdený pokusmi na ľudských dobrovoľníkoch dôkazom filtrabilného pôvodcu nákazy v stolici a v krvi chorých už v rokoch 1940 – 1950 (Helcl, a., 1986).

VHA má len u nízkeho percenta pacientov fulminantný priebeh ktorý môže končiť smrťou. Je významnou príčinou morbiditu a indikátorom zlých socio-ekonomických podmienok v rozličných častiach sveta. Má relatívne dlhý inkubačný čas, ktorý sa pohybuje v rozmedzí 15 – 50 dní s priemernou dĺžkou 30 dní, pričom nakazené osoby sú infekčné už v druhej polovici inkubačného času a ešte asi 2 – 3 týždne od začiatku ikteru (Zusková, a kol., 1991).

Vírusová hepatitída typu A je závažným problémom verejného zdravotníctva. Jej epidemický výskyt predstavuje pre mnohé krajiny veľký sociálny, ekonomický a zdravotnícky problém (Van Damme, 1995). Sledovať a analyzovať proces šírenia vírusovej hepatitídy je možné na základe poznatkov o pôvodcovi nákazy, spôsobe prenosu, vnímavej populácii a prostredí.

Celosvetovo na vírusovú hepatitídu typu A ročne ochorie viac ako 1,5 mil. osôb, pričom najvyššia vekovo-špecifická chorobnosť je pozorovaná vo vekovej skupine 5-9 a 10-19 ročných. Chorobnosť na VHA v Slovenskej republike (SR) má trvale klesajúci trend s historicky najnižšou chorobnosťou v posledných rokoch. V SR topológia výskytu VHA značne kopíruje proporciu rómskej populácie (Máderová, 2000). V predchádzajúcich rokoch prevažoval výskyt ochorení v lokalitách s nízkym hygienickým štandardom najmä v rómskych osadách a oblastiach s vysokou koncentráciou uvedeného etnika. Buď sa jednalo o menšie rodinné epidémie, alebo išlo o protrahovaný výskyt, kde sa infekcia prenášala kontaktom. Chorobnosť Rómov vysoko prevyšuje chorobnosť ostatnej populácie Slovenska. Ochorenia u Rómov tvoria 50-60% z celoročného celkového počtu chorých (Sláčiková, 2006). Aj vďaka tomu do popredia výrazne vystupuje význam prevencie, ktorý je dôležitý nielen pre jednotlivca, ale aj pre celú spoločnosť.

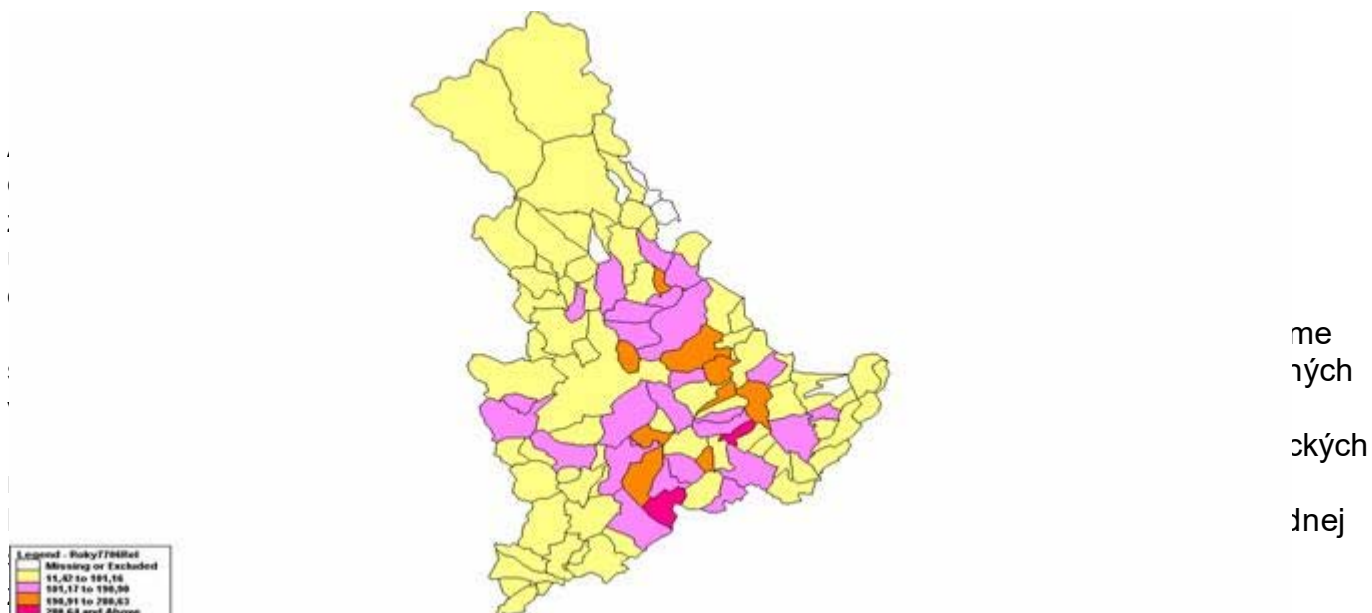
Výskyt v našich podmienkach má sezónny charakter s maximom koncom roku a s minimom v júni až v júli. V dôsledku zlepšovania sanitácie a komunálno-hygienických podmienok sa počet ľudí exponovaných tomuto ochoreniu neustále znižuje (WHO, 2007).

V SR sa zintenzívnili viaceré aktivity smerujúce k posilneniu prevencie vzniku ochorení na VHA. Prevencia je založená na zvyšovaní osobnej a celkovej hygieny, zabezpečení zásobovania pitnou vodou, na ochrane potravín pred kontamináciou a na výchove skupín obyvateľstva v riziku nákazy (Bálint, 1998). Rovnako, z hľadiska prevencie, je potrebná zábezpeka vysokej proporcie imunizovaných rómskych detí a zvýšenie kolektívnej imunity.

Sledovať a analyzovať proces šírenia vírusovej hepatitídy je možné na základe poznatkov o pôvodcovi nákazy, spôsobe prenosu, vnímavej populácii a prostredí.

Ciele práce

Porovnali sme topológiu a sezonalitu v chorobnosti na VHA podľa etnických skupín v okrese Rimavská Sobota v horizonte 30-tich rokov. Analyzovali sme vplyv komunálno-hygienických faktorov na proces šírenia vírusovej hepatitídy typu A v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1980-2006. Porovnali sme výskyt ochorení v závislosti od typu imunizácie v etnických skupinách v horizonte 30-tich rokov v okrese Rimavská Sobota a zhodnotili sme zdravotnú uvedomelosť a včasnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa etnických skupín v okrese Rimavská Sobota v horizonte 30-tich rokov.



me
ných
ckých
lnej

Pre štatistické spracovanie boli použité softwarové programy – EpiInfo, Excel, MsOffice a Swiftchart. Na testovanie štatistickej významnosti rozdielov sa použil t – test pre rozdielne rozptyly a chí-kvadrátový test. K sledovaniu topológie bola použitý modul Epi Map programu EpiInfo.

Zozbierané údaje boli analyzované podľa pohlavia na dve základné skupiny: muži, ženy a podľa etnika bol súbor rozdelený na: ostatné obyvateľstvo, Rómovia.

Pre sledovanie dlhodobých trendov boli použité údaje z 30-ročného časového intervalu v rokoch 1977-2006, kde súbor tvorilo 2259 zaznamenaných ochorení. Vzhľadom na to, že v prvých 10-tich rokoch, t.j. od roku 1977-1986, neboli dostupné listy epidemiologického vyšetrenia, nebolo možné vykonať detailnejšiu analýzu výskytu VHA.

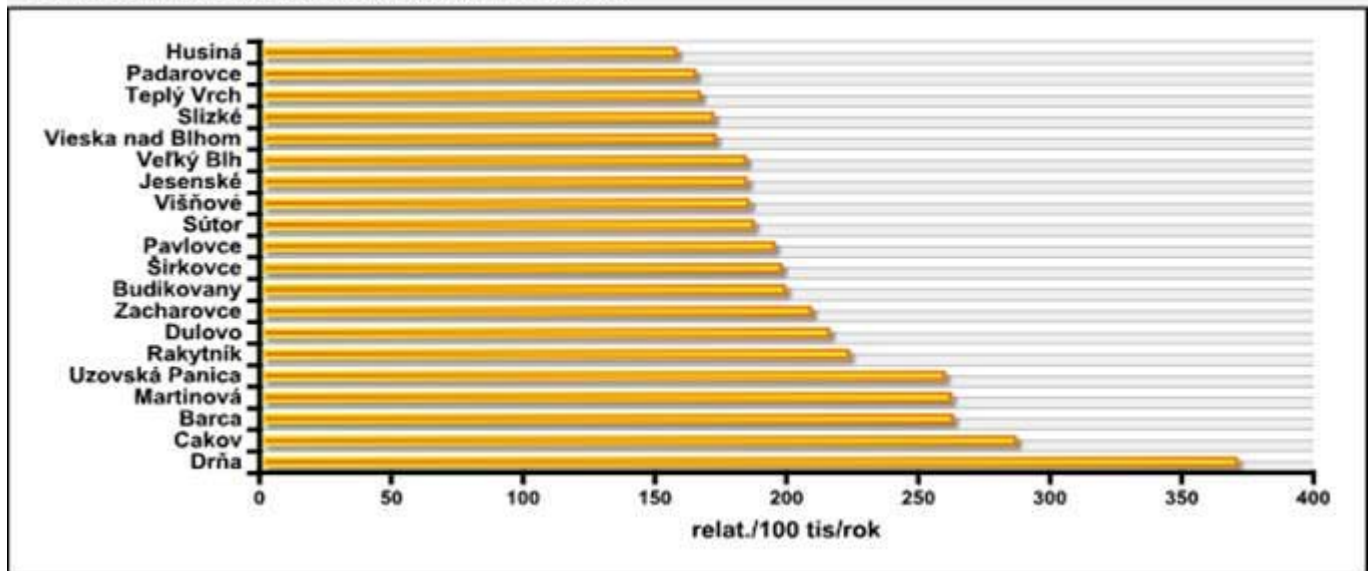
Výsledky

Obce v okrese Rimavská Sobota sú väčšinou malé bez potrebnej infraštruktúry, rovnako likvidácia odpadov a proporcia odkanalizovania je jedna z najnižších v SR. To sú všetko faktory, ktoré tento okres radia medzi zaostalé s nepriaznivým dopadom na chorobnosť obyvateľstva vrátane prenosných ochorení.

Pre sledovanie topológie výskytu VHA bolo v okrese Rimavská Sobota vybraných prvých 20 obcí s najvyšším výskytom VHA, ktoré sú znázornené na grafe č. 1. V okrese Rimavská Sobota bolo v rokoch 1977-2006 103 obcí s výskytom VHA.

Graf č.1 Topológia výskytu VHA vo vybraných obciach v okrese Rimavská Sobota.

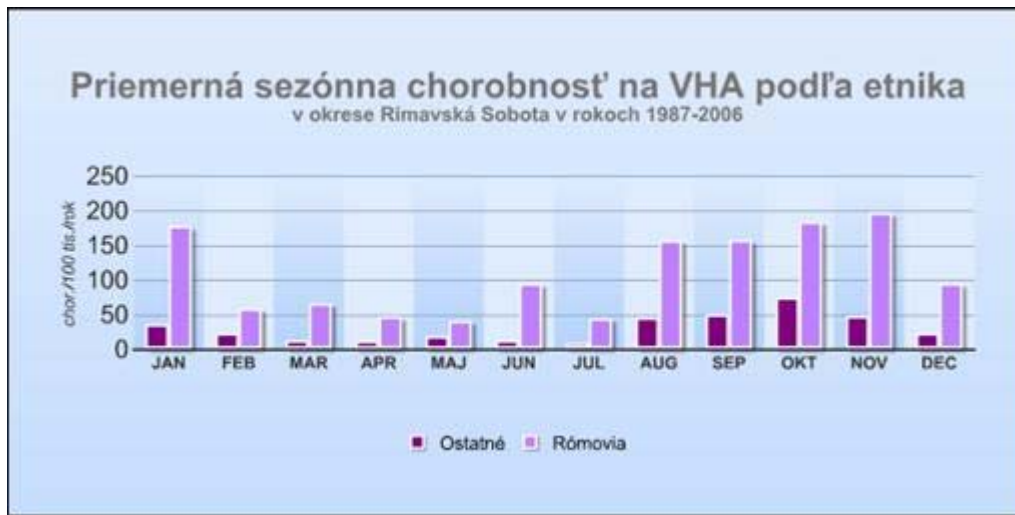
**Topológia výskytu VHA
v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1977-2006**



Epi Map - Topológia choroby na VHA v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1977 - 2006

V okrese Rimavská Sobota v rokoch 1987-2006 bol zistený výrazný rozdiel v sezónnej chorobnosti medzi ostatným obyvateľstvom a rómskym etnikom, s najvyššími hodnotami chorobnosti v mesiaci január a v neskorých letných a jesenných mesiacoch august – november. Štatistickým testovaním aj napriek veľkým rozdielom v priemernej hodnote sezónnej chorobnosti medzi etnickými skupinami – ostatného obyvateľstva (12,18/100 000/30) a Rómov (138,04/100 000/30) bol zistený signifikantný rozdiel len v mesiacoch marec a apríl ($P < 0,05$). Chorobnosť u Rómov je 11,33-krát v uvedených mesiacoch vyššia ako u ostatného obyvateľstva. Je možné to vysvetliť tým, že súbory sú vysoko nehomogénne a s veľkým rozptylom hodnôt.

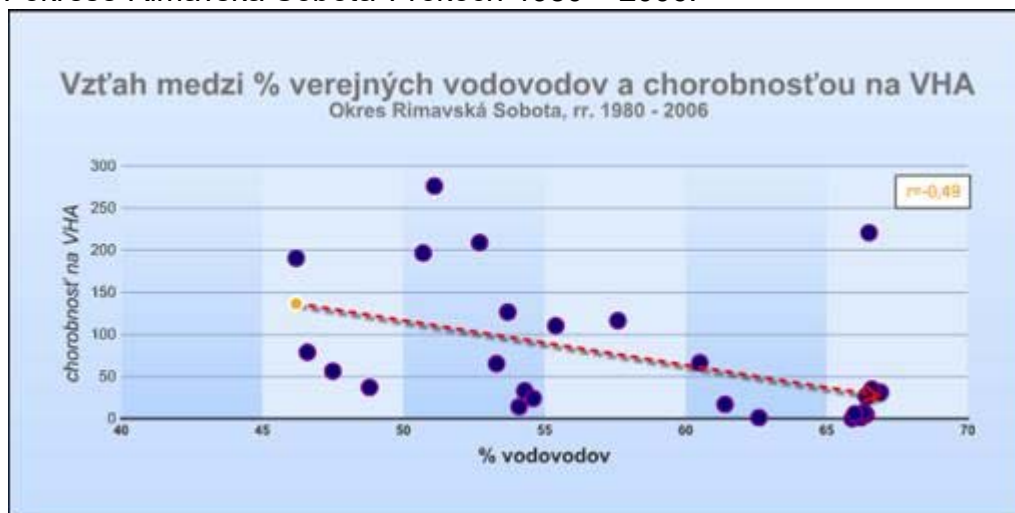
Graf č. 2 Priemerná sezónna chorobnosť na VHA v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1987-2006 podľa etnických skupín



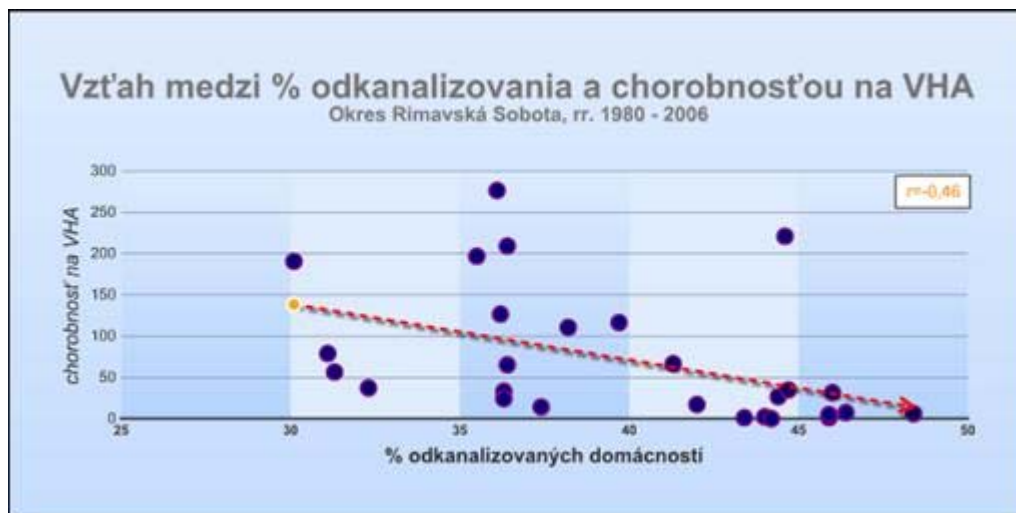
Grafické znázornenie vzťahu medzi chorobnosťou na VHA a percentom vodovodov a odkanalizovania naznačuje pokles chorobnosti v závislosti od stúpajúceho percenta vodovodov a odkanalizovania. Platí vzťah, že čím vyššie je percento vodovodov a kanalizácie, tým nižšia je chorobnosť na VHA. Vzťah medzi percentom vodovodov a chorobnosťou na VHA sa potvrdil aj štatistickým testovaním ($P < 0,001$).

Chi-kvadrátovým testom bol zistený signifikantný rozdiel medzi chorobnosťou na VHA a spôsobom zásobovania pitnou vodou. U osôb zásobovaných pitnou vodou prostredníctvom verejných vodovodov je chorobnosť na VHA 0,53-krát nižšia ako u osôb, ktoré čerpajú vodu z inej siete, ako z verejného vodovodu.

Graf č. 3 Vzťah chorobnosti na VHA k zásobovaniu pitnou vodou z verejných vodovodov v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1980 – 2006.

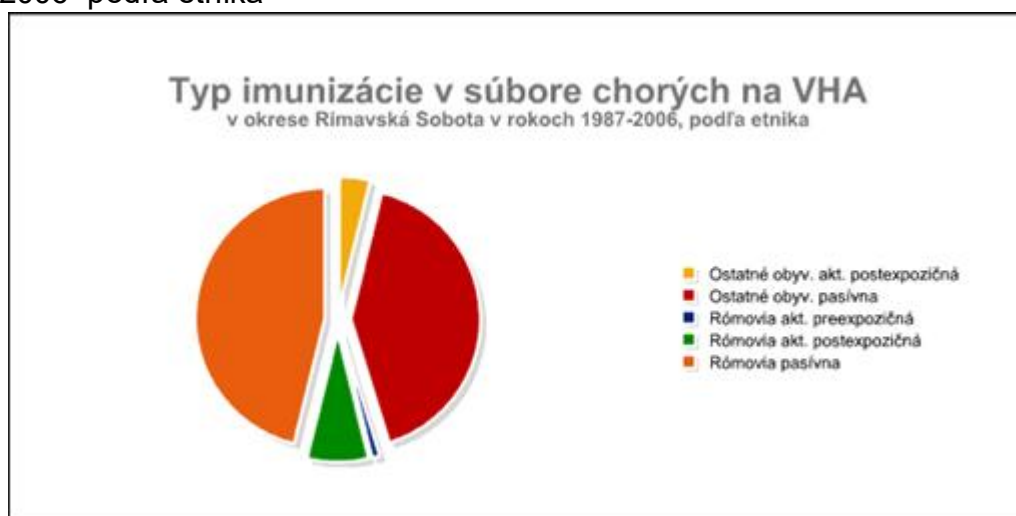


Graf č. 4 Vzťah chorobnosti na VHA k percentu odkanalizovaných domácností v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1980 – 2006



V okrese Rimavská Sobota v rokoch 1987-2006 najčastejšie bola použitá pasívna imunizácia ako u ostatného obyvateľstva (43 prípadov), tak aj u Rómskeho obyvateľstva (48 prípadov). Len v 1 prípade v tomto intervale rokov bola rovnako u ostatného obyvateľstva aj u Rómov použitá aktívna preexpozíčná imunizácia.

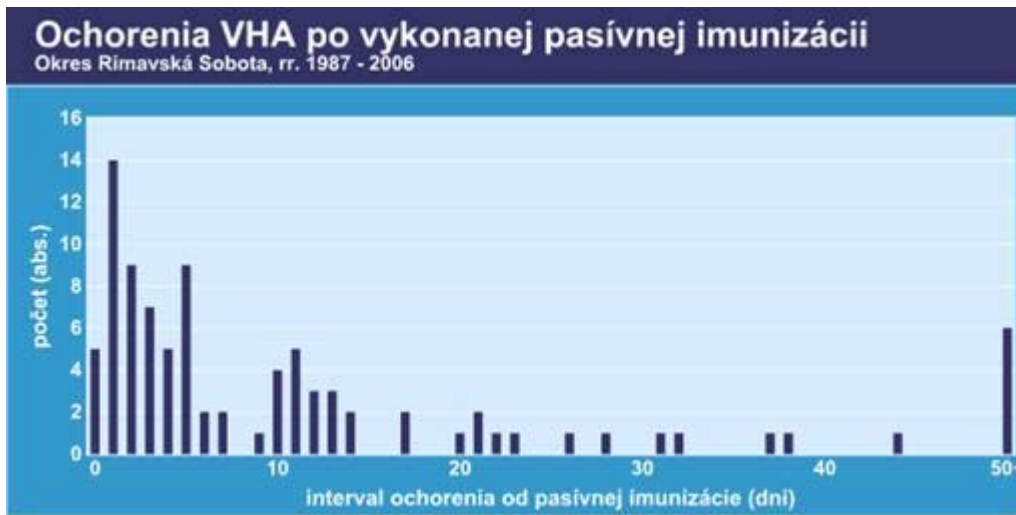
Graf č. 5 Typ imunizácie v súbore chorých na VHA v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1987 – 2006 podľa etnika



V 104 prípadoch ochorení na VHA po vykonanej imunizácii bola v 56 (53,9%) prípadoch vykonaná jednoznačne neskoro. Interval od vykonanej imunizácie po ochorenie bol rovný alebo menší ako 7 dní. V 18 (17,3%) prípadoch bol rovný, alebo menší ako 14 dní. Z predložených výsledkov vyplýva, že imunizácia v 74 (71,2%) prípadoch bola jednoznačne vykonaná neskoro. Platí to predovšetkým pre prípad pasívnej imunizácie.

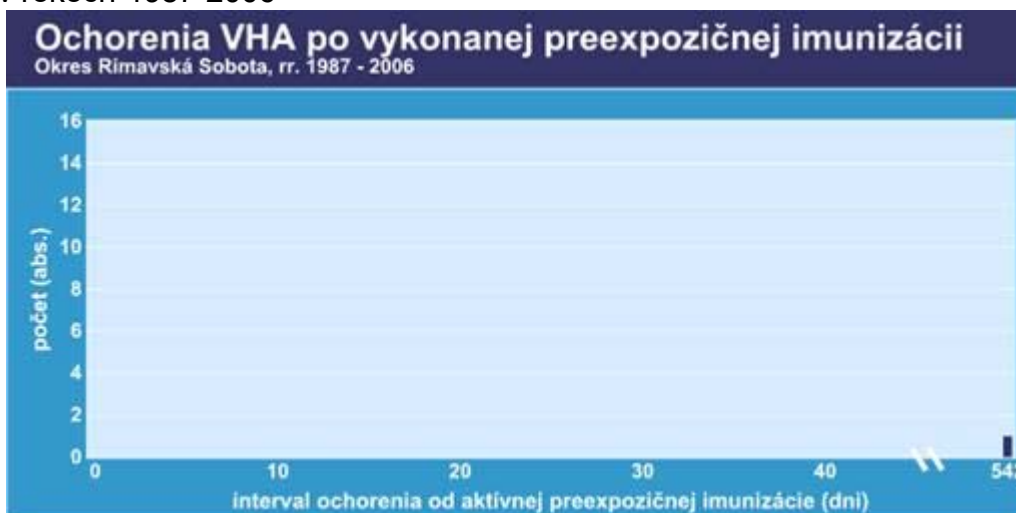
Z nasledujúceho grafu vyplýva, že bolo zaznamenaných 91 ochorení po pasívnej imunizácii v intervale rokov 1987-2006 v okrese Rimavská Sobota.

Graf č. 6 Ochorenia VHA po vykonanej pasívnej imunizácii v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1987-2006



Z nasledujúceho grafu vyplýva, že bol zaznamenaný len 1 prípad ochorenia po vykonanej aktívnej preexpozičnej imunizácii.

Graf č. 7 Ochorenia VHA po vykonanej preexpozičnej imunizácii v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1987-2006



Z nasledujúceho grafu vyplýva, že po vykonanej aktívnej postexpozičnej imunizácii sa vyskytlo 12 prípadov ochorenia v intervale rokov 1987-2006.

Graf č. 8 Ochorenia VHA po vykonanej postexpozičnej aktívnej imunizácii v okrese Rimavská Sobota v rokoch 1987-2006



Hodnotenie intervalov, ktoré by bolo možné považovať za intervaly zdravotnej uvedomelosti a včasnosti diagnostiky u majoritného a minoritného obyvateľstva

- Interval č. 1. (interval od prvých príznakov ochorenia po návštevu lekára) tento interval by bolo možné považovať za zdravotné uvedomenie osôb ktoré ochoreli na VHA, hlavne v období epidemického výskytu,
- Interval č. 2. (interval od prvých príznakov ochorenia po izoláciu - hospitalizáciu) tento interval by bolo možné považovať za obdobie vyslovenia podozrenia z ochorenia na VHA ošetrojúcim lekárom a je dôležitý pre zabezpečenie protiepidemických opatrení v ohnisku nákazy,
- Interval č. 3. (interval od návštevy lekára po hospitalizáciu) tento interval by bolo možné považovať za ukazovateľ kvality diagnostiky VHA ošetrojúceho lekára, spravidla lekára prvého kontaktu,
- Interval č. 4. (interval od prvých príznakov ochorenia po laboratórnu diagnostiku) uvedený ukazovateľ je možné považovať za indikátor kvality a rýchlosti laboratórnej diagnostiky pre potreby epidemiologickej práce v ohnisku nákazy VHA,
- Interval č. 5. (interval od návštevy lekára po laboratórnu diagnostiku) tento ukazovateľ je možné považovať za indikátor rýchlosti potvrdenia diagnózy VHA v zdravotníckom zariadení.

Štatistickým testovaním sa pri intervale č. 1 zistilo, že $P > 0,001$. Priemerná hodnota intervalu č. 1, t.j. intervalu od prvých príznakov po návštevu lekára u ostatného obyvateľstva (3,42) je signifikantne vyššia ako priemerná hodnota intervalu č. 1 rómskeho obyvateľstva (2,31).

Pri intervale č. 2 sa zistilo, že $P > 0,001$. Priemerná hodnota intervalu č. 2, t.j. od prvých príznakov ochorenia po izoláciu (hospitalizáciu) pacienta je signifikantne vyššia u ostatného obyvateľstva (5,22) ako priemerná hodnota intervalu č. 2 rómskeho obyvateľstva (3,69).

Štatistickým testovaním sa pri intervale č. 3 zistilo, že $P < 0,05$. Priemerná hodnota intervalu č. 3, t. j od návštevy lekára po hospitalizáciu pacienta nie je štatisticky významná.

Pri intervale č. 5 sa zistilo, že pri stupni voľnosti 457 sa $t = 0,68$, z čoho vyplýva, že $P > 0,05$. Priemerná hodnota intervalu č. 5, t. j od návštevy lekára po laboratórnu diagnostiku vírusu nie je štatisticky významná.

Tabuľka č.1 Hodnotenie zdravotnej uvedomelosti a včasnosti diagnostiky u ostatného obyvateľstva a Rómov v okrese Rimavská Sobota v intervale rokov 1987-2006

P. č.	Interval	Priemerné hodnoty v dňoch	
		Ostatné	Rómovia
1	od prvých príznakov po návštevu lekára	3,42	2,3
2	od prvých príznakov po izoláciu pacienta	5,22	3,69
3	od návštevy lekára po hospitalizáciu	1,74	1,34
4	od prvých príznakov po laboratórnu diagnostiku	pre celú populáciu 9,71	
5	od návštevy lekára po laboratórnu diagnostiku	6,97	6,55

Graf č. 9 Hodnotenie zdravotnej uvedomelosti a včasnosti diagnostiky u ostatného obyvateľstva a Rómov v okrese Rimavská Sobota v intervale rokov 1987-2006



Diskusia

Z hľadiska topológie výskytu na základe vykonaných analýz by bolo možné konštatovať, že najvyšší výskyt v absolútnych hodnotách bol v obciach s najvyšším počtom obyvateľov. Dôležité sú údaje o chorobnosti a v tomto prípade v období sledovaných rokov bola najvyššia chorobnosť zaznamenaná v obciach s výraznou prevahou rómskeho obyvateľstva.

Sledovanie dlhodobých trendov chorobnosti VHA v roku 1977 – 2006 okrem signifikantne vyššej chorobnosti v okrese Rimavská Sobota preukázalo aj výraznejšie pravidelne sa opakujúce zmeny vo výskyte VHA v rozpätí 5 až 6 rokov a výraznejšiu sezonalitu s minimom výskytu v letných mesiacoch a maximom výskytu v neskorých jesenných mesiacoch. Môže to vyplývať z horších komunálno – hygienických podmienok, ktoré sú charakteristické pre okres Rimavská Sobota. Oblasť s problematickým komunálno- hygienickým zabezpečením, nízkou socioekonomickou úrovňou a nízkym zdravotným uvedomením obyvateľstva, boli charakterizované výraznými cyklickými zmenami v chorobnosti na VHA. Môže to byť spôsobené aj dorastaním detskej populácie vnímavej k ochoreniu. Podobne bola pozorovaná situácia aj v prípade sezonality, keď príchod detí do kolektívnych zariadení v jesenných mesiacoch, podľa stavu kolektívnej imunity, umožňoval nekontrolovateľné šírenie VHA. Jedná sa najmä o šírenie pôvodcu nákazy na základe úzkeho kontaktu detskej populácie s nízkou zdravotnou a hygienickou uvedomelosťou.

Výskyt VHA je v zásade ovplyvnený nešpecifickými faktormi ako je stav v zásobovaní zdravotne bezchybnou vodou a bezpečným odkanalizovaním, čo je vo vyspelých krajinách štandardnou súčasťou bývania. Práve v okrese Rimavská Sobota sa potvrdilo, že absencia týchto faktorov bola príčinou výrazne horšej epidemickej situácie vo výskyte VHA. Z výsledkov

vyplýva, že s rastom hodnoty počtu obyvateľov zásobovaného z verejných vodovodov a bezpečného odkanalizovania chorobnosť na VHA klesá. Potvrdil to aj zistený údaj, že v obciach s verejným vodovodom bola priemerná chorobnosť na VHA v sledovanom období nižšia než v obciach bez verejného vodovodu. Z uvedeného vyplýva, že dominantným faktorom ovplyvňujúcim výskyt VHA bola veľmi nízka úroveň komunálno – hygienických podmienok.

V roku 1994 – 1998 boli v okrese Rimavská Sobota imunizované rómske deti ročníkov narodenia 1989 až 1996. Hodnota dosiahnutej kolektívnej imunity sa pohybovala od 77,6% až po 92,4%. V roku 1999 sa z dôvodov nedostatku finančných prostriedkov s aktívnou preexpozičnou imunizáciou prestalo, čo sa odrazilo aj vo výskyte VHA v roku 2004. Z hľadiska hodnotenia dopadu preexpozičnej imunizácie by bolo možné konštatovať, že ochorelo len jedno dieťa. Inak je to u postexpozičnej pasívnej alebo aktívnej imunizácie. Možno konštatovať, že v 71,2% prípadov bola táto imunizácia vykonaná neskoro. Platí to predovšetkým pre prípad pasívnej imunizácie.

V oblasti ochrany a podpory zdravia boli sledované faktory, ktoré by sa mohli rovnako podieľať na šírení VHA v populácii. Mohli by to byť predovšetkým zdravotná uvedomelosť a úroveň včasnosti diagnostiky. U zdravotnej uvedomelosti obyvateľstva bol sledovaný interval medzi prvými príznakmi ochorenia a návštevou lekára. Zistilo sa, že tento interval u ostatného obyvateľstva bol signifikantne väčší ako u minoritného. Môže to poukazovať na to, že práve minoritná skupina obyvateľstva má vyššiu zdravotnú uvedomelosť o VHA. Bolo by potrebné poznamenať, že veľká časť ochorení rómskeho obyvateľstva bola aktívne vyhľadaná pri kontrolách a vyšetreniach v ohnisku nákazy, čo mohlo viesť ku skráteniu uvedeného intervalu. Ďalej bolo zistené, že dochádza k výraznému predĺžovaniu intervalu medzi prvými príznakmi ochorenia a laboratórnou diagnostikou. Uvedený stav môže byť spôsobený prijatými ekonomickými opatreniami zo strany zdravotníckych zariadení, ktoré diagnostiku začnú až po naplnení počtu vzoriek v laboratórnych setoch. Podobná situácia bola zistená aj pri sledovaní intervalu od návštevy lekára po laboratórnou diagnostiku, ako indikátora, ktorý by sme mohli považovať za rýchlosť laboratórnej diagnózy v zdravotníckom zariadení. Tento interval sa výrazne predlžuje.

Záver

Po analýze výsledkov vybraného súboru možno konštatovať:

- Ø zistil sa výrazný rozdiel v sezónnej chorobnosti medzi minoritnou a majoritnou časťou populácie s najvyššími hodnotami chorobnosti v januári a neskorých letných a jesenných mesiacoch. Signifikantný rozdiel bol zistený len v mesiaci marec a apríl ($P < 0,05$)
- Ø topológia výskytu VHA je charakterizovaná predovšetkým jej relatívnymi ukazovateľmi, ktoré výraznou mierou korelujú s komunálno-hygienickými podmienkami
- Ø bol zistený signifikantný rozdiel medzi chorobnosťou na VHA a spôsobom zásobovania pitnou vodou a odkanalizovania ($P < 0,01$)
- Ø najvyšší výskyt ochorení na VHA bol zistený po pasívnej imunizácii, hlavne v minoritnej skupine obyvateľstva
- Ø interval od prvých príznakov ochorenia po návštevou lekára bol signifikantne vyšší v majoritnej časti populácie ($P > 0,001$). Došlo k výraznému predĺženiu intervalu medzi prvými príznakmi ochorenia a laboratórnou diagnostikou.

Vzhľadom na vyššie uvedené závery, by som odporúčala vykonať nasledovné opatrenia:

1. Zvýšiť uvedomenie občanov a to nielen rómskeho etnika v oblasti prevencie VHA formou zdravotnej výchovy obyvateľstva
2. Zabezpečiť zaočkovanosť detí minoritnej skupiny najmä v rizikovej skupine 5-9 ročných
3. Zabezpečiť zásobovanie pitnou vodou z centrálnej vodovodnej siete do všetkých oblastí okresu Rimavská Sobota a rovnako zvýšiť proporciu obyvateľstva napojeného na

hygienicky bezchybný kanalizačný systém. S týmto bodom je spojené aj zlepšenie komunálno-hygienických pomerov v rómskych osadách.

Literatúra:

1. BÁLINT, O.: Hepatitídy – riziko predovšetkým mladosti. Harmónia, 6, 1998, č.12, Bratislava, Media-Juven, ISSN 1335 – 1281
2. HELCL, J., HAZUCHA, V., PEČENKOVÁ, I. : Virové hepatitídy. Praha, Avicenum 1986, s.13-15, 17-24, 51, 62-72
3. MÁDEROVÁ, E.: Prevencia infekčných ochorení. In: Infektológia a antiinfekčná terapia. Martin, Osveta 2000, 477s., s. 473, ISBN 80-8063-034-8
4. MÁDEROVÁ, E.: Epidemiologická situácia vo výskyte vírusových hepatitíd. Zdravotnícké noviny 2000, č.27, s 10-11
5. SLÁČIKOVÁ, M.: Aktuálna problematika VHA a VHB, ViapRACTICA, 3 (7/8), Bratislava, Solen s.r.o., 2006, s. 351-355, ISSN 1336 – 4790
6. VAN DAMME, P.: Hepatitis A,B and C: defining workers at risk. Viral hepatitis, vol.3, 1995, No.2, s. 2-14
7. World Health Organisation. Hepatitis A.2007 [online], [citované 23. február 2007]. Portabledocumentformat.Dostupnéna:http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisA_whocdscsredc2000_7.pdf
8. Zusková, D. a kol.: Principi boje s prenosnými nemocmi I.Praha, Avicenum, 1991, 261 s., ISBN 80-85047-02-0

Adresa autora:

M. Bérešová

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra manažmentu a jazykov

Vedúci katedry: m. prof., PhDr. Jana Bérešová, PhD

Hodnotenie súťaže pre fajčiarov „Prestaň a Vyhraj 2006“

Tarinová, S., ¹ Bielik, I., ²

¹ Úrad verejného zdravotníctva SR

² Slovenská zdravotnícka univerzita

Abstrakt

Článok hodnotí efektívnosť medzinárodnej súťaže pre fajčiarov Prestaň a vyhraj 2006 na základe prieskumu po roku od zahájenia súťaže u respondentov, ktorí sa do súťaže v roku 2006 zapojili. Za základnú výskumnú metódu bol zvolený dotazník s 10 otázkami na ktorý respondenti odpovedali po roku od zahájenia súťaže. Výskumný súbor tvorilo 197 respondentov – súťažiacich z oslovených 500.

Článok charakterizuje jednotlivé odpovede respondentov a dokazuje, že súťaž predstavuje jednu z najúčinnjších metód výchovy ku zdraviu u fajčiarov.

Úvod

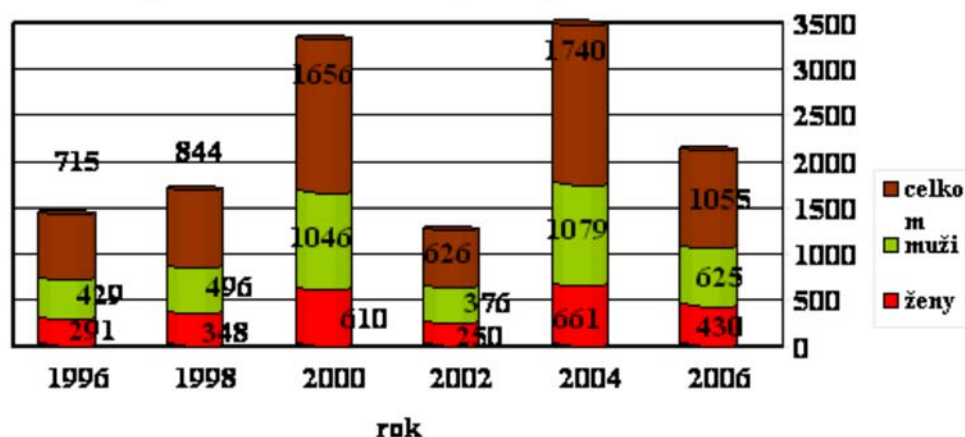
Fajčenie dnes svojimi rozmermi a dosahmi predstavuje na ľudské zdravie globálny sociálno-ekonomický problém. Počet úmrtí v dôsledku fajčenia sa dnes odhaduje na 5 miliónov ročne vo svete a na Slovensku zomiera ročne okolo 11.000 ľudí. Z tohto hľadiska je v rámci podpory zdravia obyvateľstva jednou z účinných metód výchovy ku zdraviu organizovanie súťaží (Ochaba, 2008). Metódy hromadného pôsobenia vo výchove ku zdraviu využívajú prostriedky hromadného oznamovania (Hegyí, 2004). Z tohto hľadiska bola súťaž pre fajčiarov mediálnou súťažou a jednou z metód hromadného pôsobenia.

Súťaž „Prestaň a Vyhraj“ je jedným z účinných nástrojov, ktorý pôsobí už od roku 1994 na obyvateľstvo participujúcich krajín z celého sveta. Na základe hodnotenia vybraných súťaží sa v roku 2005 zistilo, že až 70 % súťažiacich počas trvania súťaže /1 mesiac/ zanechalo fajčenie. Čo je však z hľadiska hodnotenia a efektívnosti súťaže najdôležitejším indikátorom, je sledovanie nefajčenia po roku od zahájenia súťaže. Práve v tomto ohľade predstavuje súťaž jeden z najúčinnjších metód výchovy ku zdraviu. Po roku od zahájenia súťaže stále nefajčilo viac ako 30 % oslovených súťažiacich, ktorí sa do súťaže zapojili v roku 2004 (Ochaba, 2006).

Počet súťažiacich vo svete a na Slovensku

V histórii súťaže nastal trend postupného nárastu počtu súťažiacich. Zatiaľ čo v roku, kedy bolo súťaž po prvý krát organizovaná, sa do nej prihlásilo 60 tisíc participantov z 13 krajín sveta, v roku 2006 to už bolo viac ako jeden milión súťažiacich z viac ako 100 krajín sveta. Z týchto údajov možno konštatovať, že súťaž si získala pozornosť mnohých fajčiarov. Situáciu s počtom súťažiacich na Slovensku ilustrujú nasledovné tabuľky.

Prehľad počtu účastníkov súťaže podľa pohlavia 1996 - 2006



Výskumný súbor a metodika

Každý rok, po skončení súťaže, sa prostredníctvom dotazníka hodnotí kampaň v jednotlivých krajinách. Výsledky dotazníka môžu prispieť k príprave nových stratégií na vedenie novej kampane. Hodnotenie kampane prostredníctvom dotazníka sa realizovalo po prvý raz po súťaži v roku 1998, respektíve 1999. Na Slovensku sa distribúcia dotazníkov, náhodne vybraným spôsobom v rámci súťaže organizovanej v roku 2006, vykonala v auguste 2007.

V roku 2007 bolo spomedzi 1055 súťažiacich dotazníkovou metódou oslovených 500 respondentov s návratnosťou 197 vyplnených dotazníkov, čo predstavuje 40 % návratnosť. Obsah dotazníka tvorilo 10 otázok s uzavretým koncom, kde vo väčšine prípadov mohli respondenti vyznačiť viac odpovedí.

Vyhodnotenie otázok v dotazníku

1. S akým cieľom ste sa rozhodli zapojiť do súťaže?	%	počet resp.
A. Prestať fajčiť úplne	82%	162
B. Prestať fajčiť počas jedného mesiaca	6%	11
C. Obmedziť fajčenie	12%	24

2. Prestali ste fajčiť počas jedného mesiaca trvania súťaže?	%	počet responden.
A. Áno	78%	153
B. Nie	22%	44

3. Aká bola podľa Vás najdôležitejšia príčina toho, že ste počas trvania súťaže neprestali fajčiť? že ste počas trvania súťaže neprestali fajčiť?	%	počet responden.
A. Nedostatok podpory	4%	7
B. Nedostatok informácií ako prestať	4%	8
C. Stres	19%	39

D. Zvýšenie hmotnosti	3%	5
E. Fajčenie spojené s pitím alkoholu	3%	5
F. Fajčenie v domácnosti	6%	11
G. Iné príčiny	12%	23
H. Nevyjadrili sa	49%	99

4. V súčasnosti	%	počet resp.
A. Nefajčím vôbec	38%	76
B. Fajčil som v priebehu roka nepravidelne a teraz nefajčím vôbec	5%	9
C. Fajčil som denne, ale teraz nefajčím vôbec	3%	5
D. Fajčil som, ale teraz fajčím menej než predtým	30%	60
E. Fajčil som a teraz fajčím tak, ako predtým	24%	47

5. Používali ste nejaké pomôcky počas obdobia 1 roka od súťaže?	%	počet resp.
A. Nie	77%	152
B. Žuvačky s obsahom nikotínu (Nicorette)	7%	14
C. Náplaste s obsahom nikotínu (Nicorette)	9%	18
D. Zyban (Bupropion)	1%	1
E. Iné....	6%	12

6. Dostávali ste počas uplynulého roka podporu k zanechaniu fajčenia?	%	počet respond.
A. Nie	30%	60
B. Áno, od členov rodiny	47%	93
C. Áno, od kamarátov a spolupracovníkov v práci	15%	29
D. Áno, od zdravotníckych pracovníkov	5%	10
E. Áno, od lekárnika	1%	1
F. Áno, od niekoho iného	2%	4

7. Odkiaľ ste získali informácie o súťaži?	%	počet resp.
A. Z rádia a televízie	8%	15
B. Z novín a časopisov	34%	69
C. Od členov rodiny	20%	39
D. Od priateľov a spolupracovníkov z práce	9%	17
E. Od zdravotníckych pracovníkov	3%	6
F. Od lekárníkov	1%	2
G. Od niekoho iného	10%	19
H. Nepamätám si	15%	30

8. Pomohla Vám súťaž QUIT and WIN so zanechaním fajčenia?	%	počet resp.
A. Áno, bolo to dôležité	19%	37
B. Áno, pomohla trochu	45%	89
C. Nie, nepomohla vôbec	20%	40
D. Neviem	16%	31

9. Aký je Váš rodinný stav?	%	počet resp.
A. Vydatá, ženatý	56%	109
B. Slobodná/ý	26%	52
C. Rozvedená/ý	15%	30
D. Ovdovená/ý	3%	6

10. Aké máte ukončené vzdelanie?	%	počet
A. Základné	2%	3
B. Učňovské	14%	28
C. Učňovské s maturitou	7%	14
D. Stredoškolské	45%	89
E. Vysokoškolské	27%	53
F. V súčasnosti študujem	5%	10

Hodnotenie výsledkov dotazníka a závery

Medzinárodná súťaž pre fajčiarov Prestaň a vyhraj predstavuje jednu z efektívnych metód zanechania fajčenia. Najviac respondentov ako najdôležitejší dôvod zapojenia so súťaže uviedlo úplne zanechanie fajčenia a viac ako 78 % sa to počas trvania súťaže aj podarilo. Stres bol jedným z najväčších dôvodov, prečo sa respondentom nepodarilo prestať počas trvania súťaže fajčiť. Druhým najčastejšie udávaným dôvodom boli iné príčiny, ktoré neboli špecifikované.

Po roku od zahájenia súťaže stále nefajčí až 38 % respondentov a ďalších 30 % udáva, že fajčia menej než pred prihlásením sa do súťaže. Iba 24 % respondentov udáva, že fajčí rovnako, ako pred začiatkom súťaže.

Z hľadiska zmierňovania abstinenčných príznakov pri zanechaní fajčenia boli zaujímavé odpovede na používanie prípravkov k redukcii príznakov. Podľa výsledkov prípravky vôbec nepoužívala väčšina - 77 % respondentov.

S cieľom identifikovania faktora, ktorý pomáha fajčiarom stať sa nefajčiarom, bola zvolená otázka k podpore zanechania fajčenia. Podporu k zanechaniu fajčenia získavali najčastejšie respondenti od členov rodiny. 30 % súťažiacich naproti tomu udáva, že podporu nedostávali alebo ju vôbec nepotrebovali.

Najčastejším zdrojom získavania informácií o súťaži bolo rádio a televízia, na druhom mieste nasledovali členovia rodiny.

Napriek viacerým pozitívnym odpovediam vo vzťahu k objektívnemu hodnoteniu efektívnosti súťaže bolo zaujímavé hodnotenie odpovedí vo vzťahu k subjektívnemu vnímaniu významu súťaže zo strany respondentov. Tí jej najčastejšie pripisovali význam, ktorý nie je úplne v súlade s pozitívnymi doterajšími hodnoteniami v odpovediach na otázky o stave fajčenia počas trvania súťaže a stave fajčenia po roku od začiatku súťaže. Väčšina respondentov udáva, že im súťaž k zanechaniu fajčenia pomohla iba trochu.

Z hľadiska sledovanie rodinného stavu sa do hodnotenia súťaže zapojili najčastejšie

vydaté ženy a ženatí muži, čo je v súlade so všeobecnou charakteristikou súboru všetkých súťažiacich.

Z hľadiska stupňa vzdelania prevažujú respondenti so stredoškolským vzdelaním, potom sú vysokoškolsky vzdelaní respondenti a najmenšiu skupinu tvoria ľudia so základným vzdelaním.

Záver z hodnotenia súťaže sú približne na rovnakej úrovni, ako hodnotenie súťaže Prestaň a vyhraj v roku 2005. Všetky sledované premenné boli na porovnateľnej úrovni a predovšetkým premenné fajčenie počas trvania súťaže a fajčenie po roku od začiatku súťaže potvrdili, že súťaž predstavuje jednu z najúčinnějších metód výchovy ku zdraviu.

V súvislosti s plánovaním ďalších súťaží by bolo žiaduce pripraviť súťaž, ktorá by bola určená pre vekovú kategóriu 15 – 19 ročných, ktorí sú z hľadiska zanechania fajčenia z porovnávaných vekových skupín najúspešnejší (Ochaba, 2008).

Literatúra:

1. HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D.: Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: SZU, 2004, 149 s. ISBN 80-89171-20-6.
2. OCHABA, R., NÉMETOVÁ, D., BIELIK, I., HRDLICOVÁ, J.: Prestaň a Vyhraj 2004 – hodnotenie efektívnosti súťaže po I. roku. In. 33. dni zdravotnej výchovy I. Stodolu. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. Bratislava: ÚVZ SR, 2006, 48 – 51 s. ISBN 80-7159-163-7.
3. OCHABA, R., ROVNÝ, I., BIELIK, I., HAMADE, J., KAVCOVÁ, E., KIMÁKOVÁ, T., NOCIAR, A., SALAMONOVÁ, M., STANČIAK, J.: Základy kontroly tabaku a alkoholu. Bratislava: ÚVZ SR, 2008, 62 s. ISBN 978-80-7159-170-2.
4. OCHABA, R.: Postoje, skúsenosti a zdravotné uvedomenie mládeže k fajčeniu. Lekársky obzor, 56, 2008, č. 4, s. 148-152.

ZISŤOVANIE ÚROVNE VEDOMOSTÍ SESTIER O DEMENCII A POUŽÍVANÍ POSUDZOVACÍCH ŠKÁL.

Mgr. Terézia Drobná, PhDr. Anna Faborová,
Ústav ošetrovateľstva LF UK,

SÚHRN

Demencia je progredujúce ochorenie, ktorého výskyt sa neustále zvyšuje. Počet pacientov hospitalizovaných s touto diagnózou neustále narastá, čo kladie určité nároky na ich starostlivosť. Jedným z nich sú kvalitné teoretické vedomosti o demencii, ako aj validne a reliabilné informácie o pacientovi získané používaním štandardizovaných posudzovacích škál. V našom prieskume sme si za ciele stanovili zistiť teoretické vedomosti sestier o demencii a posudzovacích škálach a ich používaní. Respondentskú vzorku tvorilo 20 sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení vo FN Trenčín, ktorým sme distribuovali nami zostavený dotazník. Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že sestry majú dobré teoretické vedomosti o demencii. Zistili sme, že väčšina sestier nepoužíva štandardizované posudzovacie škály pri zbere informácií o pacientovi a niektoré sestry posudzovacie škály ani nepoznajú. V závere sme konštatovali, že tento výsledok je pravdepodobne následkom toho, že v čase realizácie prieskumu nemala ani jedna zo sestier ukončené vysokoškolské vzdelanie, ktorého obsahom je aj učivo o posudzovacích škálach a ich používaní. Sústavné vzdelávanie sestier nachádza aj tu svoje opodstatnenie. Spolupráca sestier s lekármi v komplexnej starostlivosti o geriatrického pacienta by mala byť založená na vzájomnom rešpekte, informovanosti, komunikácii a zodpovednosti. Cieľom modernej zdravotnej starostlivosti je poskytnúť pacientovi kvalitnú starostlivosť výsledkom ktorej je spokojnosť jeho samotného a aj jeho rodinných príslušníkov.

Kľúčové slová: sestra – demencia - posudzovacie škály

Úvod

Demencia je ochorenie, ktoré sa vyskytuje prevažne u starých ľudí. Postihuje kognitívne funkcie, správanie, emócie chorého a celú osobnosť. Výskyt demencie v celom svete výrazne stúpa, preto ju niektorí autori označujú ako tichú epidémiu. U ľudí starších ako 64 rokov je prevalencia „...asi 5-10% a ročná incidencia 1-2%. Po 75. roku života je prevalencia 15-20% a incidencia 2-4%.“ (Hegy L., Krajčík Š., 2006, str. 329)

Na diagnostiku demencie sa okrem anamnézy používajú aj rôzne posudzovacie škály, asi najznámejší je MMSE test (Mini-Mental State Examination). Sestry ho používajú v prvom kroku ošetrovateľského procesu – posudzovanie.

Farmakologická liečba demencie pozostáva z podávania nootropik, farmák ovplyvňujúcich cholinergný systém, vazodilatátorov, blokátorov kalciového kanála a iných.

Pri demencii je veľmi dôležitá nefarmakologická liečba, ako napríklad metóda aktivizácie a rôzne iné moderné nebiologické metódy zamerané na udržiavanie kognitívnych funkcií pacienta.

Starostlivosť o demenčného pacienta je veľmi náročná, sestra musí mať vysoký stupeň odborných

vedomostí o príznakoch, diagnostike, liečbe, ale aj o starostlivosti o dementného pacienta. Je potrebné, aby si sestra dobre všimla všetky, aj najmenšie zmeny sociálneho správania, kognitívnych funkcií, ktoré môžu byť príznakom zhoršenia stavu pacienta. Okrem toho musí mať veľa trpezlivosti a pochopenia pre dementného pacienta a jeho príbuzných s ktorými pri starostlivosti spolupracuje.

Cieľ prieskumu

Cieľom prieskumu je zistiť úroveň teoretických vedomostí sestier o demencii a používaní posudzovacích škál.

1. Zistiť, aký vysoký stupeň teoretických vedomostí o demencii majú sestry pracujúce na geriatrickom oddelení.
2. Zistiť, či sestry pracujúce na geriatrickom oddelení pracujú s posudzovacími škálami.

Metódy a metodika prieskumu

Po preštudovaní literatúry a vytvorení teoretických východísk sme si stanovili ciele práce. Následne sme získali súhlas na vykonávanie prieskumu od námestníčky pre ošetrovateľskú starostlivosť vo FN Trenčín. Svoj zámer sme konzultovali s manažérkou pre ošetrovateľstvo na geriatrickom oddelení. Dotazník sme doplnili inštruktážnym listom, v ktorom bolo uvedené, že dotazník je anonymný a bola v ňom uvedená inštrukcia ako majú sestry vyplňať jednotlivé položky. Dotazník sme distribuovali prostredníctvom manažérky pre ošetrovateľskú starostlivosť. Návratnosť dotazníka bola 100%. Prieskum bol realizovaný v čase od 30.9.2006 do 14.10.2006. Jeho výsledky sme kvantifikovali a uvádzame ich v absolútnych hodnotách. Počet možností odpovedí vo výsledkoch môže byť viac ako počet participantov, nakoľko niektoré položky boli otvorené a umožňovali viac odpovedí. Prieskum je kvantitatívno – kvalitatívny.

Respondentská vzorka

Respondentskú vzorku tvorilo 20 sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení FN v Trenčíne. Podmienkou výberu bolo, aby sestry pracovali na uvedenom oddelení a mali skúsenosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti u geriatrických pacientov.

Nami realizovaného prieskumu sa zúčastnili sestry vo veku od 18 do 55 rokov, najväčšiu skupinu tvorili sestry vo veku 26 – 35 rokov.

Všetky sestry mali ukončené stredné odborné štúdium s maturitou na strednej zdravotníckej škole, osem sestier absolvovalo aj vyššie odborné štúdium. Osem sestier má absolvované špecializačné štúdium v odboroch vnútorného lekárstva. Bakalársky a magisterský stupeň vzdelania nemala v tom čase ukončený ani jedna zo sestier.

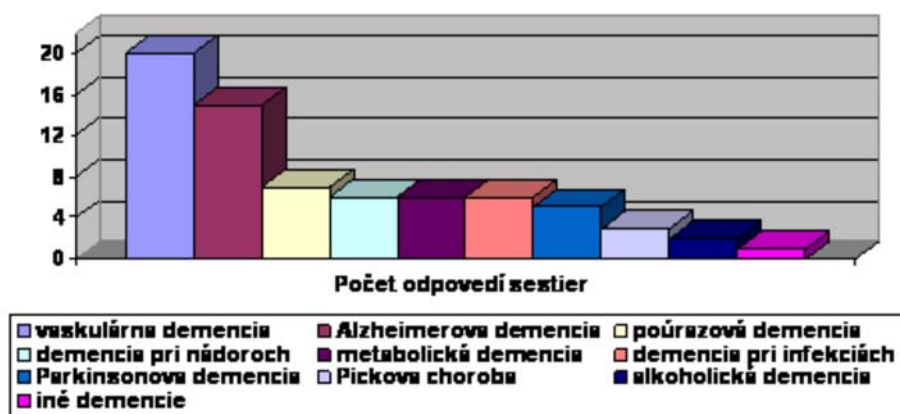
Väčšina sestier pracuje na svojom terajšom oddelení od nástupu do zamestnania. Najviac sestier pracuje na oddelení od 4 do 6 rokov. Celkovú dĺžku praxe má väčšina sestier od 10 do 12 rokov.

VÝSLEDKY PRIESKUMU

Položka č. 1: VYMENUJTE AKÉ POZNÁTE DRUHY DEMENCIE.

Počet odpovedí je u každého respondenta iný, nakoľko nebolo presne stanovené koľko odpovedí majú sestry uviesť. Najviac sestier uviedlo, že pozná vaskulárnu demenciu. Počet odpovedí bol 20. Najzriedkavejšia odpoveď bola iné demencie s počtom 1 (graf č. 1).

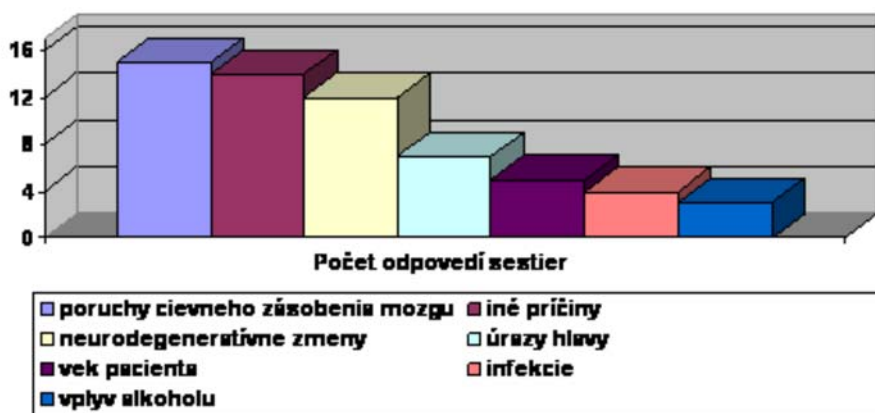
Graf č. 1: Druhy demencie.



Položka č.2: VYMENUJTE, AKÉ POZNÁTE PRÍČINY VZNIKU DEMENCIE.

Všetci respondenti uviedli po tri odpovede. Sestry uviedli najčastejšiu príčinu poruchy cievneho zásobenia mozgu, odpoveď sa vyskytla 15-krát. Najzriedkavejšia odpoveď bola vplyv alkoholu u 3 respondentov, (graf č.2).

Graf č. 2: Príčiny vzniku demencie.

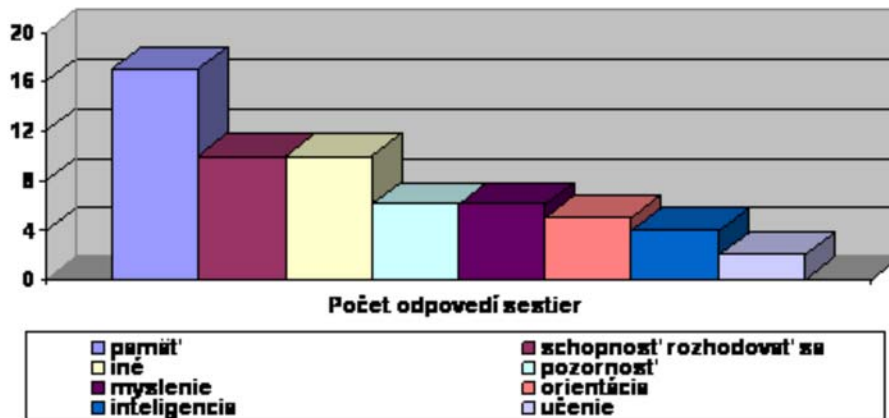


Položka č. 3: VYMENUJTE PROSÍM, KTORÉ PSYCHICKÉ FUNKCIE PATRIA KU KOGNITÍVNÝM FUNKCIÁM.

V položku č. 3 uviedla každá respondentka po tri odpovede. Najčastejšie odpoveď bola pamäť, vyskytla

sa u 17 respondentov. Najzriedkavejšia odpoveď bola učenie, vyskytla sa u 2 respondentov (graf č. 3).

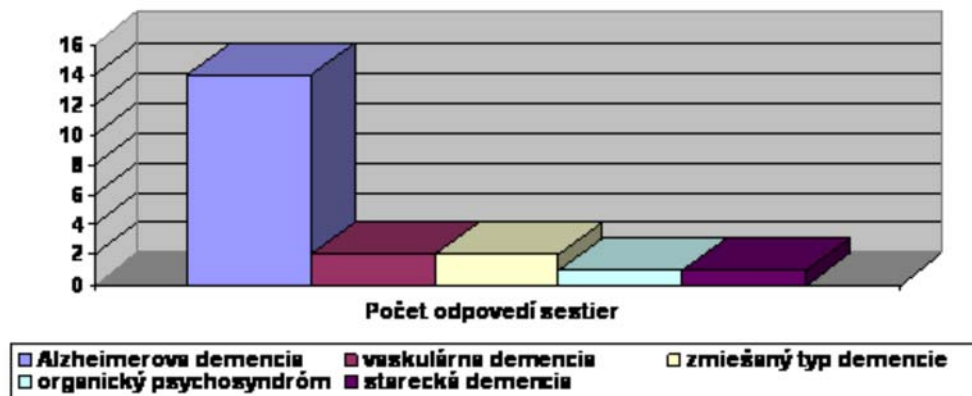
Graf č. 3: Ktoré psychické funkcie patria ku kognitívnym funkciám?



Položka č. 4: UVEĎTE PROSÍM, KTORÝ TYP DEMENCIE SA VYSKYTUJE NAJČASTEJŠIE.

Sestry uviedli, že najčastejší typ demencie je Alzheimerova demencia. Odpoveď sa vyskytla 14-krát. Najzriedkavejší typ demencie uviedli organický psychosyndróm a stareckú demenciu. Oba typy sa vyskytli po 2-krát, (graf č. 4).

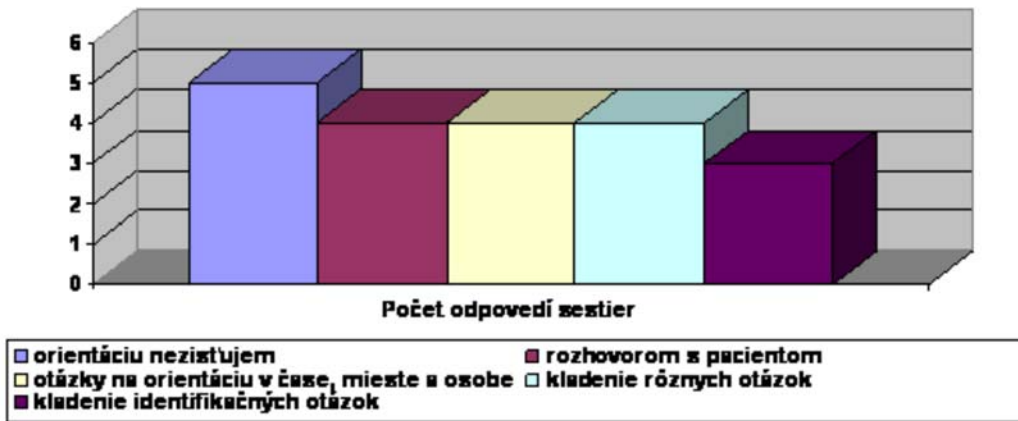
Graf č. 4: Ktorý typ demencie sa vyskytuje najčastejšie?



Položka č. 5: AKO ZISŤUJETE ORIENTÁCIU U DEMENTNÉHO PACIENTA?

Najčastejšou odpoveďou je, že sestry orientáciu nezisťujú. Takto odpovedalo 5 sestier. Najzriedkavejšou odpoveďou je kladenie identifikačných otázok. Odpoveď sa vyskytla 3-krát, (graf č.5).

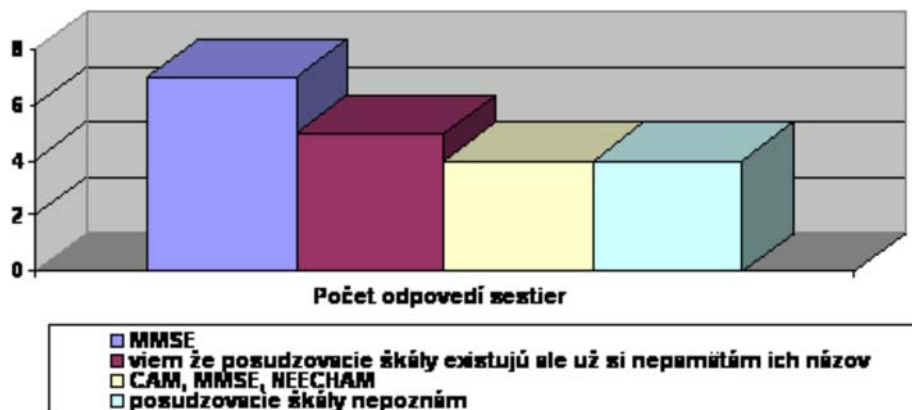
Graf č. 5: Ako zisťujete orientáciu?



Položka č. 6: AKÉ ŠTANDARDIZOVANÉ POSUDZOVACIE ŠKÁLY NA ZISŤOVANIE ÚROVNE KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ POZNÁTE?

Na geriatrickom oddelení je najčastejšia odpoveď MMSE, u 7 respondentov. Najzriedkavejšia odpoveď je CAM (Confusion Assessment Method), MMSE, NEECHAM (The Neelon an Champagne) a posudzovacie škály nepoznám. Každá odpoveď sa vyskytla 4-krát, (graf č. 6).

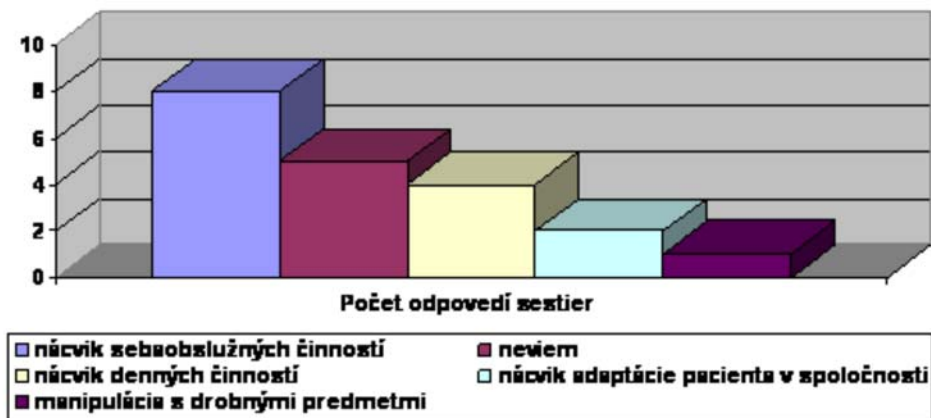
Graf č. 6: Aké štandardizované posudzovacie škály poznáte?



Položka č. 7: VYSVETLITE PROSÍM ČO ZNAMENÁ NÁCVIK SOCIÁLNYCH ZRUČNOSTÍ.

Je to otvorená položka. Najčastejšia odpoveď je nácvik sebaobslužných činností. Odpoveď sa vyskytla 8-krát. Najzriedkavejšia odpoveď je manipulácia s drobnými predmetmi, odpoveď sa vyskytla 1-krát, (graf č. 7).

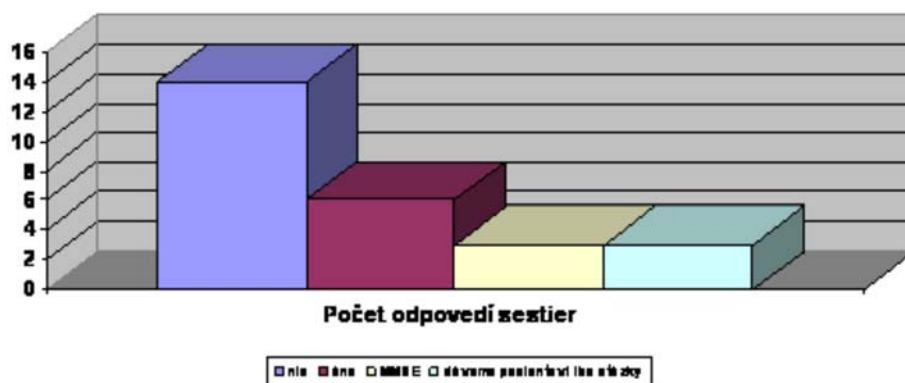
Graf č.7: Čo znamená nácvik sociálnych zručností?



Položka č. 8: POUŽÍVATE PRI ZBERE INFORMACIÍ O PACIENTOVI S DEMENCIOU NEJAKÉ POSUDZOVACIE ŠKÁLY?

Na geriatrickom oddelení 14 sestier z 20 nepoužíva posudzovacie škály, (graf č. 8).

Graf č. 8: Používate posudzovacie škály?

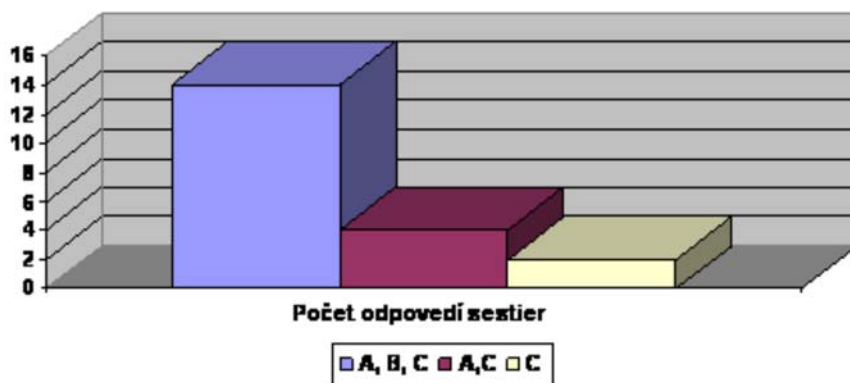


Položka č. 9: PRÍZNAKOM DEMENCIE MÔŽE BYŤ :

Možnosti odpovede: A – narušené sociálne správanie, B – porucha kontroly emócií, C – strata poznávacích schopností

Najčastejšia odpoveď je A, B, C t.j. narušené sociálne správanie, porucha kontroly emócií, strata poznávacích schopností, odpoveď sa vyskytla 14-krát. Možnosti A t.j. narušené sociálne správanie a B t.j. porucha kontroly emócií sestry vo svojich odpovediach neoznačili, (graf č. 9).

Graf č. 9: Čo je príznakom demencie?

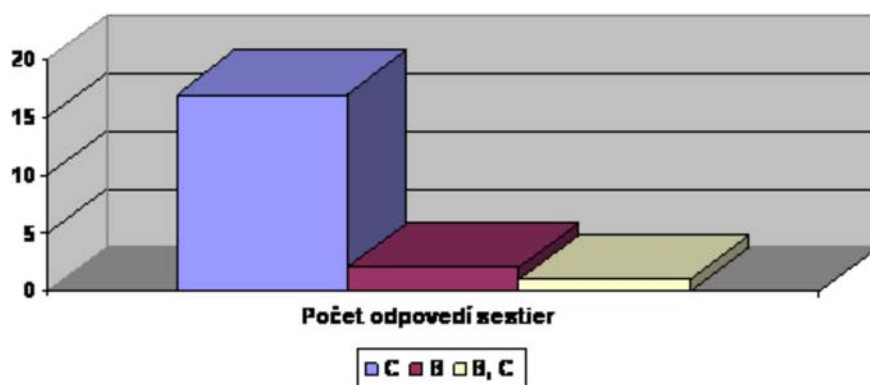


Položka č.10: AKÝ JE VZŤAH MEDZI DEMENCIOU A DEPRESIOU?

Možnosti odpovede: A – vyskytujú sa vždy spolu, B – vyskytujú sa nezávisle, C – môžu sa vyskytovať spolu

Najviac odpovedí je C t.j. môžu sa vyskytovať spolu. Odpoveď sa vyskytla 17-krát. Odpoveď A t.j. vyskytujú sa vždy spolu sestry neoznačili, (graf č. 10).

Graf č. 10: Aký je vzťah medzi demenciou a depresiou?



Diskusia

Z výsledkov prieskumu môžeme konštatovať, že aj napriek tomu, že Alzheimerova demencia je najčastejší a najznámejší typ demencie u geriatrických pacientov, všetky sestry uviedli, že poznajú vaskulárnu demenciu a len 15 sestier uviedlo, že pozná Alzheimerovu demenciu. Ako najčastejšiu príčinu vzniku demencie uviedlo 15 sestier poruchu cievneho zásobenia mozgu a len 5 sestier uviedlo vek pacienta. Až 17 sestier zaradilo pamäť medzi kognitívne funkcie, orientáciu 5 sestier a iba 2 sestry zaradili ku kognitívnym funkciám učenie. 8 sestier definovalo nácvik sociálnych zručností ako nácvik sebaobslužných činností, 5 sestier nevedelo uviesť žiadnu definíciu. Zistili sme, že 5 sestier z 20 dotazovaných vôbec nezisťuje orientáciu u geriatrických pacientov. Ostatných 15 sestier zisťuje orientáciu kladením cielených otázok alebo rozhovorom s pacientom. Zo štandardizovaných posudzovacích škál na zisťovanie orientácie 7 sestier pozná MMSE, viac ako jednu posudzovaciu škálu (CAM, MMSE, NEECHAM) poznajú 4 sestry. 9 sestier nepozná posudzovacie škály, alebo si nepamätá ich názov. 14 sestier z 20 pri zbere informácií o geriatrickom pacientovi nepoužíva žiadne posudzovacie škály.

Záver

Demencia je ochorenie, pri ktorom sa pacient stráca v prostredí a vo svete, kde dovtedy bez problémov „fungoval“. Bežné činnosti sa pre neho stávajú veľmi náročné a mnohé veci si prestáva uvedomovať. Takýto pacient je v terminálnom štádiu úplne odkázaný na pomoc druhých. V domácom prostredí sa o pacienta starajú najbližší príbuzní, ktorí väčšinou nevedia ako sa o pacienta starať, aby správne uplatňovali nefarmakologickú liečbu. Úloha sestry je tu veľmi dôležitá. Sestra by mala podávať príbuzným informácie, ktoré potrebujú a oboznamovať ich s informáciami o ktorých predtým nevedeli. Predpoklad, že sestra ovláda vedomosti o demencii a starostlivosti o dementného pacienta je automatický. Či je tento predpoklad správny sme zisťovali našim prieskumom. Zamerali sme sa na sestry, ktoré každodenne poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom s demenciou, t.j. sestry pracujúce na geriatrickom oddelení. Zisťovali sme úroveň ich teoretických vedomostí o demencii a to, či vo svojej praxi uplatňujú štandardizované posudzovacie škály. Vopred sme si stanovili ciele a jednotlivými položkami nami zostaveného dotazníka sme ich overovali.

Zistili sme, že teoretické vedomosti o demencii sú u sestier na pomerne vysokej úrovni. Taktiež sme zistili, že väčšina sestier nepracuje so štandardizovanými posudzovacími škálami. V položkách dotazníka zameraných na zistenie identifikačných údajov sestry uviedli aj stupeň dosiahnutého vzdelania. Ani jedna zo sestier nemala v čase realizácie prieskumu dosiahnutý bakalársky ani magisterský stupeň vzdelania. Vedomosti o štandardizovaných posudzovacích škálach sú obsahom učiva práve na tomto stupni vzdelávania. Aj napriek tomu, že sestry nepokračovali vo svojom osobnom raste štúdiom na vysokej škole, mali by si svoje vedomosti vo svojom záujme aj v záujme pacienta ďalej rozširovať a prehĺbovať.

Ošetrovateľstvo je vedná disciplína, ktorá sa rýchlo rozvíja a na jej rozvoji sa vo vysokej miere podieľajú samotné sestry. Teoretické vedomosti sa overujú praxou a tým sa aj ďalej rozširujú a prehĺbujú. V súčasnosti každý pacient vyžaduje kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť a tú môže poskytovať len sestra, ktorej záleží na vlastnej odbornosti, osobnom raste a stavovskej hrdosti. Naším prieskumom sme potvrdili fakt, že sústavné vzdelávanie sestier má svoje opodstatnenie.

LITERATÚRA

- HEGYI, L., KRAJČÍK Š. Geriatria pre praktického lekára. 2. vyd. Bratislava: HERBA, spol. s r.o., 2006. 364 s., ISBN 80-89171-36-2.
- KALVACH, Z. a kol. Geriatrie a Gerontologie. Praha: Grada Publishing, a. s. 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- SPAR, J. E., La RUE, A. Geriatrická psychiatria : Stručný sprievodca. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003. 239 s. ISBN 80-88952-13-1.

Adresa autora:

Mgr. Terézia Drobná, Ústav ošetrovateľstva LFUK, Špitálska 24,
813 72 Bratislava

Úloha verejného zdravotníctva v prevencii žilovej trombózy

MUDr. Katarína Dostálová, doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH

Pracovisko: Angiologická ambulancia Nemocnice akad. L. Déreera, FNsP Bratislava Katedra komunitnej medicíny FVZ SZU

Súhrn:

Príspevok Úloha verejného zdravotníctva v prevencii žilovej trombózy sa v prvom rade venuje epidemiologickým údajom tohto závažného ochorenia. V ďalšom charakterizuje nové poznatky v diagnostike a liečbe ochorenia. Pomocou identifikácie rizikových faktorov žilovej trombózy sa jednoznačne dajú špecifikovať cieľové skupiny, ktorým je nutné venovať sa v prevencii a na ktoré sa má zamerať pôsobenie zdravotnej výchovy. Rizikové faktory sú veľmi rôznorodé, žilová trombóza môže postihnúť ako polymorbidného pacienta hospitalizovaného v nemocnici, tak zdanlivo zdravého človeka cestujúceho lietadlom, ktorý má geneticky podmienený trombofilný stav. Žilová trombóza a jej komplikácie sú závažným medicínskym a celospoločenským problémom. Je úlohou špecializovaných odborov: angiológie a verejného zdravotníctva, aby zhromaždili podklady a argumenty pre zaradenie žilovej trombózy do kardio-vaskulárneho programu.

Kľúčové slová: žilová trombóza, pľúcna embólia, verejné zdravotníctvo, edukácia

Žilová trombóza je závažné ochorenie aj kvôli závažným komplikáciám: pľúcnej embólii a posttromboflebitickému syndrómu.

V celom svete sa venovala v poslednom storočí a aj naďalej sa venuje veľká a zaslúžená pozornosť ateroskleróze, jej komplikáciám. Na Slovensku bolo v rámci Kardio-vaskulárneho programu počas rokov 1978-1989 vyšetrených takmer pol milióna ľudí vo veku 30-59 rokov so zistením prevalencie rizikových faktorov tvoriacich „smrtiace kvarteto“ rizikových faktorov aterosklerózy (Riečanský, Egnerová, 1991). Takéto príkladné a podrobné zmapovanie spoločnosti z hľadiska výskytu flebotrombózy a jej rizikových faktorov doteraz nebolo u nás realizované.

Vďaka dlhoročnej edukácii sú znalosti o rizikových faktoroch aterosklerózy všeobecne známe. Ako však poukázala konferencia vedúcich predstaviteľov verejného zdravotníctva USA vo februári 2003, všeobecné znalosti verejnosti o tromboembolizme sú nedostatočné. Takmer tri štvrtiny (74%) dospelých je málo alebo vôbec nie je informovaných o hlbokjej venóznej trombóze podľa prieskumu Americkej asociácie verejného zdravotníctva (APHA, 2002). Z respondentov informovaných o existencii hlbokjej venóznej trombózy viac ako polovica (57%) nevedelo vymenovať rizikové faktory venóznej trombózy. Až 95% respondentov nebola na venóznou trombózu ošetrovujúcim lekárom nikdy upozornená.

Tromboembolizmus nie je zriedkavé ochorenie. V USA sa ročne diagnostikuje u približne 900 000 ľudí. Každý dvadsiaty obyvateľ USA prekoná flebotrombózu počas svojho života. (National Quality Forum, 2006). V Spojených štátoch je ročne nutné hospitalizovať až 600 000 pacientov kvôli venóznej trombóze (Gerotziapas, 2004).

Ročne zomrie v Spojených štátoch amerických na pľúcnu embóliu 50 000 ľudí (Goldhaber, 1994). Určenie počtu klinicky nemých nefatálnych prípadov je mimoriadne ťažké. Časté sú aj diskrepancie medzi stanovenou diagnózou intra vitam a pitevným nálezom. Diskrepancia medzi počtom nediagnostikovaných pľúcnych embólií počas života pacienta a pľúcnych embólií potvrdených pitevným nálezom je nápadná aj vtedy, ak bola akútna masívna, respektíve submasívna pľúcna embólia bezprostrednou príčinou smrti (Mandelli, 1997, Stein, 1996).

Metaanalýza 12 štúdií vykonaných post mortem, ktoré prebehli v rokoch 1971-1995, odhalila, že viac než 70% významných pľúcnych embólií ostalo klinicky nepoznaných (Mandelli, 1997, Morpurgo, 1998). Vzhľadom na to, že pitvy sa nevykonávajú systematicky, sekčné štúdie prispievajú len malým podielom k ozrejmeniu prevalencie tromboembolickej choroby alebo úmrtí v dôsledku pľúcnej embólie. Pľúcna embólia nie vždy spôsobuje smrť pacienta. Pri chronickom priebehu však vedie k progresívnemu zvýšeniu pľúcnej hypertenzie a k rozvoju chronického cor pulmonale.

V Českej republike je ročne klinicky diagnostikovaných 15 000 – 25 000 prípadov žilovej trombózy (Puchmayer, 2000, Chochola, 2000).

Žilový tromboembolizmus je spojený s vysokými liečebnými nákladmi. Len v samotných Spojených štátoch náklady na diagnostiku a liečbu žilového tromboembolizmu prevýšia ročne 15,5 miliárd dolárov (Hull, 1995).

Nemenej závažnou komplikáciou hlbokoj žilovej trombózy je posttrombotický syndróm, ktorý môže pacienta invalidizovať. Pri pretrvávajúcom uzávere hlbokého žilového systému dochádza k edémom postihnutej končatiny, k trofickým zmenám kože a postupne sa môže vyvinúť vred predkolenia.

Terminologické rozlíšenie trombózy hlbokého venózneho systému ako flebotrombózy je len otázkou posledných rokov a súvisí ako s rozvojom diagnostiky, tak liečby. Zároveň podčiarkuje klinickú závažnosť a prognózu pacienta v kontraste s postihnutím povrchového žilového systému - tromboflebitídou.

Počas posledných desaťročí došlo k podstatným zmenám v ponímaní, diagnostike a liečbe žilovej trombózy. V minulosti sa tradoval model hemostázy – tzv. kaskádový. V súčasnosti sa prezentuje bunkový model, ktorý komplexnejším spôsobom vystihuje zložité deje počas hemostázy.

Identifikácia rizikových faktorov, ktoré tieto základné podmienky vzniku trombózy spôsobujú, je nielen významnou súčasťou diagnostiky, liečby, ale aj určenia ďalšej perspektívy pacienta. Rozmach genetických vyšetrovacích metód umožnil zisťovanie vrodených trombofilných stavov.

Posledné desaťročia sa venovala veľká pozornosť súvislosti medzi malígnym procesom a hemokoaguláciou, čo prinieslo dôsledky v prevencii, ako aj spätne: flebotrombóza je chápaná ako významný paraneoplastický syndróm so všetkými závažnými dôsledkami.

Niekdajšia istota v klinickej diagnostike flebotrombózy sa zavedením objektívnych zobrazovacích metód značne otriasla. Ukázalo sa, že jedna tretina až jedna polovica pacientov s klinickými prejavmi flebotrombózy, nemá flebograficky dokázateľnú flebotrombózu a naopak – podobne veľký počet pacientov s flebograficky dokumentovanou flebotrombózou je bez príznakov (Widimský, Malý, a spol., 2002).

Rozvoj výpočtovej techniky v druhej polovici 20. storočia podmienil klinické využitie ultrasonografie založenej na Dopplerovom princípe. Farebná duplexná ultrasonografia dnes umožňuje hodnotenie morfológie ako aj funkcie cievneho systému v reálnom čase, pričom vyšetrenie je neinvazívne a široko dostupné. Stáva sa tak najpoužívanejšou objektívnou metódou v diagnostike flebotrombózy, ba dokonca oslabuje pozíciu flebografie ako „zlatého štandardu“. Napriek horeuvedenému zostáva anamnéza a klinické vyšetrenie nevyhnutnou súčasťou v diagnostike hlbokoj venózneho trombózy.

V prevencii žilovej trombózy používame nemedikamentózne a medikamentózne metódy:

Medzi nemedikamentózne metódy prevencie patria:

- § dôsledná hydratácia pacienta
- § komplexná rehabilitácia a včasná mobilizácia
- § kompresia
- § elektrická stimulácia lýtkových svalov počas operácie
- § liečba bolesti

V medikamentóznej prevencii sa používajú:

- § nefrakcionovaný heparín
- § heparíny s nízkou molekulovou hmotnosťou a pentasacharid
- § perorálne antikoagulanciá
- ostatné antikoagulačné látky

V súčasnosti najrozšírenejšou farmakologickou metódou je podávanie heparínov s nízkou molekulovou hmotnosťou. Podávajú sa 1x denne subkutánne. Výhodou je spoľahlivosť, nižší výskyt nežiaducich účinkov – ako krvácania, tak HIT. Výhodou je aj bezpečnosť podávania v gravidite. V internej medicíne je prevencia aktuálna u imobilných pacientov so závažnými internými ochoreniami.

Perorálne antikoagulanciá – antagonisti vitamínu K v primárnej prevencii sa používajú zriedkavejšie. V sekundárnej prevencii dominujú. Podávanie perorálnych antikoagulancií je náročné na spoluprácu pacienta. Spája sa s diétnymi opatreniami, ktoré sú zamerané na rovnomerný prísun vitamínu K. Účinnosť podávania sa sleduje laboratórne vyšetrením protrombínového času. Hodnota medzinárodného normalizovaného pomeru (INR) by sa mala pohybovať medzi 2-3, tak aby pacient nebol ohrozený krvácaním na jednej strane a na druhej strane recidívou trombózy prípadne embóli v prípade neúčinnosti liečby. Antagonisti vitamínu K sú známe interakciami s mnohými inými liečivami. V prípade úrazu, plánovanej operácie alebo diagnostického vyšetrenia spojeného s biopsiou je nutná tzv. bridging – premost'ovacia liečba heparínmi s nízkou molekulovou hmotnosťou.

Špecifické je podávanie antikoagulačnej liečby u pacientov s malignitou. Títo pacienti podstupujú operačné zákroky, chemoterapiu, rádioterapiu, čo sa spája s problematickou nastaviteľnosťou na liečbu. Pri základnom ochorení môžu krváčať. V takýchto prípadoch sa potom zvažuje dlhodobé podávanie heparínov s nízkou molekulovou hmotnosťou, ktoré je pacientami lepšie tolerované, poskytuje im lepšiu kvalitu života. Je hodné zreteľa, že heparínom s nízkou molekulovou hmotnosťou boli dokázané protinádorové účinky a ich prolongované podávanie signifikantne predlžuje život pacientov.

V prípade rozsiahlej ileo-femorálnej trombózy je možná aj trombolytická liečba lokálnym podaním tkanivového aktivátora plazminogénu. Po rekanalizácii vény sa niekedy pristupuje aj k stentingu postihnutej žily. Táto liečba je v kompetencii intervenčných rádiológov a angiologických intenzivistov. Z tohto hľadiska je prínosným vznik Oddelenia intenzívnej angiológie vrámci Kardiolologickej kliniky NÚSCH v roku 2007.

Žilová trombóza a jej komplikácie sú závažným medicínskym a celospoločenským problémom. Je úlohou špecializovaných odborov: angiológie a verejného zdravotníctva, aby zhromaždilo podklady a argumenty pre zaradenie žilovej trombózy do kardio-vaskulárneho programu.

Napriek pokrokom v liečbe a prevencii tromboembolickej choroby pretrváva vysoká incidencia tejto choroby. Čo je príčinou tohto javu? Zlepšenie diagnostiky? Rast výskytu nádorových ochorení? Rozšírenie hormonálnej antikoncepcie a hormonálnej substitučnej liečby? Zatiaľ neobjavené genetické mutácie spôsobujúce trombofíliu? (Kvasnička, 2003).

Hlavné ciele verejného zdravotníctva sú:

- § Dosiagnuť zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva.
- § Predĺžiť roky kvalitného produktívneho života.
- § Podporiť telesné a duševné zdravie a predchádzať chorobám, úrazom a invalidite.

Zo špecifických cieľov verejného zdravotníctva sa nasledovné ciele javia ako relevantné s preberanou problematikou prevencie žilovej trombózy:

- § Zabezpečiť účinnú ochranu zdravia legislatívnymi úpravami, štátnou politikou zdravia a projektmi.
- § Zabezpečiť komunikáciu s verejnosťou, s orgánmi štátnej správy a samosprávy v problematike prevencie, podpory, ochrany a rozvoji zdravia
- § Podieľať sa na zvýšení kvality poskytovaných zdravotníckych služieb

V rozhodnutí č.1786 Európskeho parlamentu a Rady k päťročnému programu o činnosti Európskeho spoločenstva sa konštatuje, že je potrebné lepšie identifikovať riziká hlavných príčin piatich hlavných skupín chorôb: neuropsychické ťažkosti, srdcovo-cievne ochorenia, rakovinové ochorenia, neúmyselné poranenia, dýchacie a tráviace ťažkosti. Národný program podpory zdravia sa zameriava okrem iného na zdravý životný štýl a starostlivosť o zdravie.

Venózna trombóza a jej komplikácie nie sú zriedkavé. Môžu postihnúť ako polymorbidného pacienta hospitalizovaného v nemocnici, tak zdanlivo zdravého človeka vysedávajúceho v počítači či cestujúceho lietadlom. Na základe vedeckých poznatkov je z veľkej časti možné žilovej trombóze predísť. V prevencii zohráva veľkú úlohu znalosť zdravotníkov o odporúčaníach odborných spoločností, dôsledné uplatnenie odporúčaní v praxi, ale aktívnu úlohu v prevencii zohráva aj pacient.

Je úlohou zdravotnej výchovy ako multidisciplinárneho medicínskeho odboru poskytovať a rozširovať vedomosti, postoje a návyky zamerané na ochranu a podporu zdravia, aby občan bol motivovaný a aktívne sa zúčastnil na starostlivosti o svoje zdravie vo všetkých štádiách zdravia a choroby. Známe rizikové faktory žilovej trombózy jednoznačne špecifikujú cieľové skupiny výchovy k zdraviu: pacienti po úraze, tehotné ženy, pacienti hospitalizovaní pre závažné interné ochorenia, pacienti podrobujúci sa operačnému zákroku, pacienti s malígnymi ochoreniami, ich rodinní príslušníci.

Bez vedeckých informácií o mechanizmoch pôsobenia rizikových faktorov, o ich zmenách pod vplyvom meniaceho sa životného prostredia, o genetickom polymorfizme, psychosociálnych fenoménoch nie je možné vytvárať prognózy a pripravovať programy, ktorých jadro tvoria účinné preventívne a represívne nástroje. Pred verejným zdravotníctvom v 21. storočí stoja nové problémy, ale aj „staré problémy s novou tvárou“. (Čižnár, 2005).

Len komplexný prehľad na úrovni súčasných poznatkov medicíny je dostatočným podkladom pre efektívnu edukáciu pacienta, aby sa pacient mohol stať aktívnym v prevencii žilovej trombózy.

Literatúra:

1. APHA Deep-Vein Thrombosis Omnibus Survey. Conducted by Wirthlin Worldwide 2002
2. ČIŽNÁR, I.: Verejné zdravotníctvo, veda a výskum v 21. storočí, www.verejnezdravotnictvo.sk, No.4, 2005
3. GEROTZIAFAS, G.T., SAMAMA, M.M.: Prophylaxis of venous thromboembolism in medical patients, Curr. Opin. Pulm. Med. 2004, 10, s. 356-365
4. GOLDHABER, S.Z.: Epidemiology of pulmonary embolism and deep vein thrombosis. In: Bloom, A.L., Forbes, C., D., Thomas, D., P., Tuddenham, E., G., eds. Haemostasis and Thrombosis, New York, NY, Churchill Livingstone, 1994, 1327 s.

5. HULL, R.D., FELDSTEIN, W., PINEO, G.F., RASKOB, G.E.: Cost effectiveness of diagnosis of deep vein thrombosis in symptomatic patients, *Tromb. Haemost.* 1995, 74, s. 189-96
6. CHOCHOLA, M. VAŘEJKA, P., STANĚK, F. et al.: Novinky v diagnostice a léčbě hluboké žilní trombózy dolních končetin. *Čas. Lék. Čes.* 2000, 139, s.583
7. KVASNIČKA, J. Trombofilie a trombotické stavy v klinické praxi, Praha 2003, Grada Publishing, s.300
8. MANDELLI, V., SCHMID, C., ZOGNO, C., a spol.: „False negatives“ and „false positives“ in acute pulmonary embolism, A clinical postmortem comparison, *Cardiologia* 1997, 42, s.205-210
9. National Duality Forum. National voluntary consensus standards for prevention and care of venous thromboembolism: policy, preferred practices, and initial performance measures. Washington, DC. 2006
10. PUCHMAYER, V., ROZTOČIL, K.: Praktická angiologie, Triton, Praha 2000, 175s.
11. RIEČANSKÝ, I., EGNEROVÁ, A.: The cardiovascular program in Slovakia 1978-1989, *Bratislavské lekárske listy*, 1991 May, 92(5): s.203-218
12. STEINP, D., HENRY, J.W., RELYEA, B.: Untreated patients with pulmonary embolism. *Chest*, 1995, 107, s.931-935

Adresa autora:

MUDr. K. Dostálová

Angiologická ambulancia

Nemocnica akad. L.Dérera

Limbová 5

833 05 Bratislava

katarina.dostalova@kramare.fnsppba.sk

Ochrana nefajčiarov na verejných miestach – východiská a názory verejnosti

PhDr. Ivan Bielik MPH, doc. JUDr. Karol Tóth, PhD., MPH, mim. prof.
Slovenská zdravotnícka univerzita

Abstrakt

Článok charakterizuje základné východiská intervencií v oblasti ochrany nefajčiarov a výchovy k nefajčeniu. Na základe záverov zo zahraničných štúdií dokazuje skúsenosti niektorých krajín EÚ s uplatňovaním striktnej politiky kontroly tabaku v oblasti fajčenia v reštauráciách a baroch. Článok predstavuje najdôležitejšie právne normy a programy podpory zdravia, ktoré sa týkajú dlhodobej intervencie v oblasti ochrany, podpory a rozvoja zdravia.

Kľúčové slová: verejné zdravotníctvo, pasívne fajčenie, reštaurácie, bary

Úvod

Slovenská republika odovzdala ratifikačný protokol o uzavretí Rámcového dohovoru OSN o kontrole tabaku (ďalej iba „dohovor“) v sídle Organizácie Spojených národov v máji 2004. Predtým vláda SR uznesením č. 896 z 24. septembra 2003 a následne parlament uznesením č. 667 zo 4. decembra 2003 súhlasila s návrhom na uzavretie dohovoru. Dohovor nadobudol medzinárodnú účinnosť 27. 02. 2005 v zmysle článku 36 dohovoru, čím sa stal záväzným pre krajiny, ktoré ho ratifikovali. (Ochaba, 2003, Oznámenie MZV SR, 2005). Na procese prípravy a prijímania dohovoru participovala Európska únia, ktorá pokladá prevenciu fajčenia a kontrolu tabaku za jednu z prioritných oblastí verejného zdravotníctva.

Z tohto pohľadu sa mnohé krajiny sveta odhodlali systematicky prijímať opatrenia, s cieľom znížiť škody, ktoré spôsobuje užívanie tabakových výrobkov. Jedným z najúčinnějších nástrojov na dosiahnutie tohto cieľa je legislatíva na ochranu nefajčiarov a prevencia fajčenia. Vláda SR preto v roku 2006 prijala Národný program kontroly tabaku, ktorý stanovuje východiská, ciele a stratégie kontroly tabaku. Príprava národného programu bola pod odbornou gesciou orgánov verejného zdravotníctva, respektíve Úradu verejného zdravotníctva SR.

Kontrola tabaku, ako pojem, sa v súčasnosti používa na označenie všetkých aktivít, ktoré vedú k znižovaniu ponuky a dopytu po tabakových výrobkoch. Obsahuje aktivity v oblasti výchovy a vzdelávania v prevencii a podpore nefajčenia, zahŕňa aktivity na liečbu a poradenstvo pri tabakovej závislosti, ale aj aktivity, ktoré smerujú k znižovaniu až zastaveniu dotácií pre pestovateľov tabaku či aktivít s cieľom znižovania výskytu nedovoleného obchodovania a pašovania tabakových výrobkov.

Prijímanie legislatívnych opatrení pritom v systéme nástrojov kontroly tabaku predstavuje osobitnú rolu. Právne normy sú účinným nástrojom, ktoré vedú predovšetkým k znižovaniu výskytu pasívneho (nedobrovoľného) fajčenia na verejných miestach, ale aj k znižovaniu ponuky predaja tabakových výrobkov na tých miestach, kde môžu byť ponukou oslovení mladí ľudia.

Výskyt pasívneho fajčenia

Z pohľadu výskytu pasívneho fajčenia v EÚ je podľa prieskumu Európskeho štatistického úradu z roku 2006 najhoršia situácia v Malte, kde je veľmi často a niekedy vystavených účinkom pasívneho fajčenia až 64 % dospelaj populácie nad 18 rokov. Na ďalších miestach nasledujú Cyprus, Taliansko a Slovensko na úrovni vystavenia 54 % dospelaj populácie (Attitudes of Europeans, 2006). Medzi najčastejšie miesta, kde sú ľudia vystavení účinkom fajčenia sú bary a kaviarne, reštaurácia a nákupné centrá. Oveľa dramatickejšia situácia sa javí u detí vo veku 13 až 15 rokov, kde je miera vystavenia pasívnemu fajčeniu na oveľa vyššej úrovni ako u dospelaj populácie. Deti sú viac nedobrovoľne vystavené účinkom pasívneho fajčenia než dospelí, ktorí sa môžu rozhodnúť, či budú alebo nebudú akceptovať fajčenie predovšetkým v domácnostiach. Na Slovensku je účinkom fajčenia vystavených až 80 % detí, pričom najviac pasívne fajčiacich detí je v Grécku a Rumunsku (80 %), naopak zas najmenej je v Českej republike (41 %) (European Tobacco Control Report, 2007).

Dôvody regulácie fajčenia na verejných miestach

Regulácia fajčenia na verejných miestach sa uskutočňuje z týchto dôvodov:

1. Zdravotné riziká pasívneho fajčenia na nefajčiarov
2. Názory a postoje obyvateľstva k pasívnemu fajčeniu
3. Ochrana nefajčiarov (zamestnancov) v zariadeniach spoločného stravovania
4. Právo Európskeho spoločenstva a medzinárodný dohovor o kontrole tabaku

Aktívne fajčenie spôsobuje na Slovensku odhadom 11.000 úmrtí ročne. V súvislosti s údajom o dopadoch pasívneho fajčenia sa podľa údajov z databázy Európskej respirologickej asociácie (Lifting the smokescreen, 2006) hovorí o číslu 519 prípadov úmrtí ročne na Slovensku. Najčastejšie sa dopady pasívneho fajčenia prejavujú v úmrtiach na ischemickú chorobu srdca, mozgovú porážku, rakovinu pľúc a chronické dýchacie ochorenia. Aj keď v porovnaní s odhadovanými úmrtiami na aktívne fajčenie je údaj za dopady pasívneho fajčenia oveľa nižší, sú dôvody na zákaz fajčenia na verejných miestach výsledkom ďalších dôvodov, napríklad estetických a sociálnych. Navyše aj relatívne riziko spojené s aktívnym fajčením je rozdielne. Relatívne riziko spojené s aktívnym fajčením je najvyššie v indikátore rakovina pľúc na rozdiel od pasívneho fajčenia, kde je relatívne najvyšší indikátor ischemická choroba srdca.

Najčastejšie sú rizikom vzniku ochorení vystavení zamestnanci v sektore služieb, kde je dovolené fajčiť. Relatívnym rizikom sú najviac postihnutí ľudia v reštauráciách a baroch, kde je dovolené fajčiť a kde z hľadiska ochrany nefajčiarov, v tomto prípade zamestnancov, sa nepostupuje v zmysle zákonov, ktoré sa týkajú ochrany a bezpečnosti na pracovisku. Riziko vzniku mozgovej mŕtvice je najvyššie u ľudí pracujúcich v baroch a reštauráciách na rozdiel od iných pracovísk a domácností, kde je riziko v porovnaní s barmi a reštauráciami nižšie.

Najlepšie dôkazy o rizikách pasívneho fajčenia podali štúdie z New Yorku a Talianska, kde v rámci longitudinálneho sledovania došlo k respondentov v reštauráciách po zavedení zákazu fajčenia k poklesu dýchacích problémov a vystavenia pasívnemu fajčeniu (Farrelly, 2005).

Pre podporu prijatia striktnějších opatrení na ochranu nefajčiarov môžu poslúžiť príklad krajín ako sú Írsko, Nórsko, či štáty ako New York, kde napriek negatívnym očakávaniam, získali opatrenia po prijatí úplného zákazu fajčenia v reštauráciách a baroch, podporu verejnej mienky. Negatívne očakávania boli sprevádzané v Írsku hlavne v súvislosti s nepriaznivými ekonomickými dopadmi na obchod, čo sa nepreukázalo ako opodstatnené, skôr naopak (Howell, 2005). Navyše aj verejná mienka po prijatí úplného zákazu fajčenia bola výrazne pozitívne naklonená prijatým zmenám (Lifting the smokescreen, 2006). Pozitívne zdravotné dopady boli preukázateľné u pracovníkov reštaurácií v New Yorku rok po zavedení úplného zákazu fajčenia (Farrelly, 2005) a v Nórsku už po piatich mesiacoch (Eagan, 2006).

Názory a postoje k zakazu fajčenia v reštauráciách a baroch

V súvislosti s opatreniami na reguláciu fajčenia na verejných miestach Európska komisia v roku 2006 publikovala správu, ktorá sledovala postoje obyvateľov k formám regulácie fajčenia v reštauráciách a baroch (Attitudes, 2006). Na Slovensku sa vykonalo niekoľko prieskumov verejnej mienky, ktoré sledovali postoje občanov k možnosti úplného zákazu fajčenia v reštauráciách a baroch. V súlade so závermi možno konštatovať, že pre prijatie úplného zákazu fajčenia existuje silná podpora nielen v krajinách EÚ, ale aj na Slovensku. Druhým zistením je rozdiel v podpore prijatia úplného zákazu fajčenia v aspekte druh zariadenia a vek skúmaného súboru respondentov. S možnosťou prijatia úplného zákazu fajčenia v reštauráciách súhlasí 56 % obyvateľov krajín EÚ starších ako 18 rokov na rozdiel od 40 % podpory úplného zákazu pre bary. Na Slovensku s úplným zákazom fajčenia v reštauráciách súhlasí 52 % obyvateľov a len 30 % súhlasí s úplným zákazom fajčenia v baroch. Na Slovensku však vo vekovej kategórii 15 – 29 ročných podporuje úplný zákaz fajčenia na všetkých verejných miestach až 70 % respondentov (Ochaba, 2008).

Zo záverov a výsledkov prieskumov v Európe a na Slovensku vyplýva nižšia podpora pre prijatie úplného zákazu fajčenia hlavne v baroch. Na druhej strane, existuje silná podpora pre

reguláciu fajčenia na verejných miestach zo strany 15 – 29 ročných na rozdiel od dospeléj populácie vo veku 18 - 65 rokov.

Podpora fajčiarov pre nefajčiarske verejné miesta

V súvislosti s vyhodnocovaním regulačných opatrení sa vykonali viaceré longitudinálne sledovania, ktoré vyhodnocovali postoje fajčiarov k prijatým právnym opatreniam na ochranu nefajčiarov. Podľa Fonga et al, 2005 stúpila podpora Írov, ktorí prijali úplný zákaz fajčenia v reštauráciách v roku 2004, po roku o 31 %. Obdobne stúpila podpora nefajčiarov pre úplný zákaz fajčenia v baroch o 42 % po roku, od prijatia úplného zákazu fajčenia. Iné štúdie dokladajú pozitívne ekonomické a sociálne dopady úplného zákazu fajčenia. Skúsenosti z USA potvrdili dokonca zvýšenie zamestnanosti a nárast daňových príjmov z obchodu v reštauráciách.

V súvislosti s Írskom, kde platí zákaz fajčenia v reštauráciách a baroch od 29. 3. 2004, odhadovala Asociácia vinárov negatívny dopad na obchod s poklesom o 16 %. Treba povedať, že tieto katastrofické scenára sa nenaplnili. Na druhej strane treba priznať, že došlo k minimálnemu poklesu tržieb v rámci maloobchodného predaja v reštauráciách a baroch po roku prijatí úplného zákazu fajčenia o 3 %.

Záver:

V súvislosti s ochranou nefajčiarov na verejných miestach je jedným z najúčinnnejších opatrení úplný zákaz fajčenia. Ventilácia priestorov, kde sa fajčí, či stavebne alebo akokoľvek inak vyčlenené priestory na fajčenie nezabránia prenikaniu tabakového dymu z jedného miesta na druhé. Z tohto hľadiska mnohé krajiny vo svete a v Európe prijali právne predpisy, ktoré regulujú fajčenie predovšetkým na verejných miestach akými sú zdravotníckej zariadenia, pracoviská, kultúrne zariadenia, cukrárne, bary a reštaurácie. Práve fajčenie v priestoroch barov a reštaurácií vnímajú obyvatelia Slovenska ale aj iných krajín veľmi citlivo. Prieskumy verejnej mienky dokazujú, že voľné fajčenie sa nestretlo so súhlasom u väčšiny obyvateľov Slovenska a z tohto hľadiska sú verejní zdravotníci zodpovední za zlepšenie ochrany nefajčiarov na verejných miestach. Slovensko ratifikovalo Rámcový dohovor o kontrole tabaku, prijalo Národný program kontroly tabaku a predovšetkým zákon o ochrane nefajčiarov. Právne nástroje kontroly tabaku predstavujú vo svete jeden z najúčinnnejších prostriedkov podpory a ochrany zdravia obyvateľstva. Okrem právnych nástrojov je v rámci komplexného prístupu potrebné poskytnúť fajčiarom, ktorí chcú prestať fajčiť, sieť odborných poradenských zariadení na zanechanie fajčenia. V rámci edukácie je kľúčovou úlohou výchovy k nefajčeniu a podpora zdravia mladej generácie. Na Slovensku boli v tejto súvislosti vydané viaceré publikácie a pomôcky, ktoré pomáhajú fajčiarom na ceste k nefajčeniu (Ochaba, 2007; Rovný, 2007).

Literatúra:

1. Attitudes of Europeans towards tobacco (2006). Bruselss: European Commision, 2006, 103 p.
2. EAGAN, LMT. HETLAND, J., AARO, EL. (2006). Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. Tobacco Control, 15, 242-246;
3. European Tobacco Control Report 2007 (2007). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 155 p.
4. FARRELLY, CM., NONNEMAKER, MJ., CHOU, R., HYLAND, A., PETERSON, KK., BAUER, EU (2005). Changes in hospitality worker's exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. Tobacco Control, 14, 236-241.
5. FONG GT, HYLAND A, BORLAND R, et al.(2005). Reduction in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Irelan/UK survey. Tobacco Control, Epub ahead of print.

6. HOWELL, F. (2005). Smoke Free Bars in Ireland: A Runway Success. *Tobacco Control* 2005; 14:73-74.
7. Lifting the smokescreen: 10 reasons for smoke free Europe (2006). Brussels: European Respiratory Society, 146 p.
8. OCHABA, R. (Ed.) (2003). *Kontrola tabaku v Slovenskej republike*. 1. vyd. Bratislava: ŠFZÚ SR, 108 s.
9. OCHABA, R., KOLLÁRIK, T., KAVCOVÁ, E., BAŠKA, T., AVDIČOVÁ, M., KRETOVÁ, E., SALAMONOVÁ, M., ŠIMOROVÁ, A., ŠŤASTNÝ, P. (2007). *Manuál pre pracovníkov poradne na odvykanie od fajčenia*. Bratislava: ÚVZ SR, 36 s.
10. OCHABA, R. (2008). *Postoje, skúsenosti a zdravotné uvedomenie mládeže k fajčeniu*. *Lekársky obzor*, 57, č. 4, v tlači.
11. *Oznámenie MZV SR č. 84/2005 Z.z. o podpísaní Rámcového dohovoru o kontrole tabaku*. Zbierka zákonov č. 38/2005 str. 730.
12. ROVNÝ, I., OCHABA, R., BIELIK, I., AVDIČOVÁ, M., BOBROVSKÁ, M., BRUTENIČOVÁ, E., HAMADE, J., KAVCOVÁ, E., KIMÁKOVÁ, T., KIŠŠOVÁ, L., NÉMETOVÁ, D., SALAMONOVÁ, M., TÓTH, K., TURČANOVÁ, E. (2007). *Prevencia závislostí a fajčenia tabaku*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, s. 144.

Profesor MUDr. Ladislav Badalík, DrSc. sedemdesiatnikom



Vážený pán profesor,

Sedemdesiatka je privčias na bilancovanie ale dobrá na spomínanie. Takže si spomíname, že ste sa narodili 26. mája 1938 v Jacovciach pri Topoľčanoch v rodine úradníka a učiteľky a mladosť ste prežili na Myjave, v Trenčíne a Žiline, kde ste i maturovali. Potom Vás osud zavial na Karlovu univerzitu, kde ste v roku 1961 ukončili štúdium medicíny. Po ukončení štúdia ste nastúpili ako sekundárny lekár na cirkuláciu do OÚNZ Trenčín. Odtiaľ ste odišli do Bratislavy – Podunajských Biskupíc. Nasledovali skúšky a hodnosti: atestácia z epidemiológie v roku 1963, hodnosť kandidáta vied v roku 1967, habilitácia v roku 1978, hodnosť doktora vied v roku 1983 a inaugurácia za profesora epidemiológie v roku 1986. Skoro 40 rokov ste boli pracovníkom IVZ v Bratislave a zúčastnili ste sa všetkých jeho premien. Od roku 2003 odovzdávate svoje bohaté skúsenosti a vedomosti študentom Lekárskej fakulty UK v Bratislave. Len tak mimochodom ste stačili odpublikovať viac ako 300 prác prevážne z oblasti epidemiológie tuberkulózy a medicínskej pedagogiky.

Vašu prácu sprevádzala zakladateľská vášeň. Už v roku 1969 ste založili Oddelenie klinickej epidemiológie a štatistiky v Ústave tuberkulózy a respiračných chorôb v Bratislave – Podunajských Biskupiciach, v roku 1978 Katedru medicínskej pedagogiky IVZ v Bratislave a napokon v roku 1991 Školu verejného zdravotníctva, ktorej ste boli riaditeľom od jej založenia až po jej prerod na Fakultu verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v roku 2002. V rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti ste založili odbornú spoločnosť pracovníkov vo vzdelávaní v zdravotníctve, ktorej ste dlhoročným prezidentom. Ako člen komisií pre udeľovanie vedeckých hodností, ako školiteľ a oponent doktorandského štúdia, habilitačných a inauguračných konaní, ste mali podiel na vytvorení vedeckej a pedagogickej bázy vedného odboru verejného zdravotníctva.

Po celý život Vás sprevádzali najrôznejšie funkcie: od vedúceho oddelenia po tajomníka vedeckej rady a námestníka ministra zdravotníctva, od vedúceho katedry po námestníka riaditeľa IVZ a prodekana Fakulty verejného zdravotníctva až po členstvo vo vážených medzinárodných organizáciách.

Od roku 1963 až do roku 2008 Vás životom sprevádzala Vaša manželka, Dr. Badalíková,

ktorá Vám vytvorila zázemie pre vedeckú prácu.

Vážený pán profesor,

Roky Vám neubrali nič z Vášho šarmu a veľkorysého prístupu k riešeniu problémov.
Prajeme Vám veľa zdravia a spokojnosti a ďalšie pracovné úspechy.

Doc. MUDr. Roman Kováč, CSc. – mimoriadny profesor

Dekan FVZ SZU v Bratislave

prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.



Stáva sa, že sa s prekvapením dozvedáme, že niekto z nášho okolia sa dožíva životného jubilea, a to i napriek tomu, že svojou energiou, aktivitami a prístupom k problémom, ktoré prináša život, na to vôbec nevyzerá. Neostáva však iné, ako uveriť údajom v matrike a akceptovať tento neodškriepiteľný, aj keď prekvapivý fakt. Tak je to aj v prípade nášho jubilanta.

Doc. MUDr. Peter Beržinec, CSc., FCCP sa narodil 29.marca 1958 v Trebišove. Svoju mladosť a školské roky prežil na východnom Slovensku, kde aj absolvoval v roku 1983 Lekársku fakultu Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Ďalšia jeho cesta viedla na západné Slovensko do starobylej Nitry, kam sa presťahovali jeho rodičia. Prvým pracoviskom novopromovaného lekára bol vtedajší Odborný liečebný ústav TaRCH Nitra-Zobor, ktorému zostal verný doteraz. Tu postupne odborne rástol. Začal na oddelení TaRCH ako sekundárny lekár, po špecializácii v odbore vnútorného lekárstva I.stupňa získal špecializáciu v odbore TaRCH. Po získaní špecializácie z klinickej onkológie začal popri práci na oddelení vykonávať aj funkciu ordinára v tomto odbore, a od roku 1995 sa stal primárom novozriadeného oddelenia klinickej onkológie, ktoré vedie až doteraz.

V svojich začiatkoch odbornej lekárskej kariéry sa okrem všeobecnej pneumologickej problematiky zameriava na problematiku sarkoidózy a pľúcnu onkológiu. Svoj rozhľad si rozširuje na dvojmesačnej stáži v Drážďanoch (Bezirkskrankenhaus Coswig 1990) a v roku 1992 na stáži v Zürichu. Absolvoval aj kurz bronchológie v Podunajských Biskupiciach. V roku 1992 atestuje z klinickej onkológie. Aj po atestácii sa ďalej vzdeláva na kurzoch chemoterapie v SPAM, ktoré absolvoval už desaťkrát. Sarkoidóze sa venuje aj naďalej. Na sarkoidózu je zameraná aj jeho kandidátska dizertačná práca, ktorú obhájil v roku 1995. Absolvoval aj ďalšie zahraničné stáže v Londýne (Middlesex Hospital) a Manchestri (Christie Hospital). V roku 1996 Chest , San Francisco, získal členstvo v American College of Chest Physicians a titul FCCP.

Je vynikajúcim prednášateľom, ktorý vie upútať a zaujímavo osvetliť problém o ktorom hovorí, prezentujúc výsledky svojej práce. Vystúpil 150 krát na domácich a zahraničných odborných fórach (ČR, Rakúsko, Španielsko, USA a ďalšie krajiny). Bohatá je aj jeho publikačná činnosť. Publikoval viac ako 130 krát v domácich a viac ako 40 krát v zahraničných časopisoch. Je autorom učebných textov o pokrokoch v liečbe pľúcneho karcinómu a 15 prípadoch aj spoluautorom. Potvrdením jeho vysokej odbornej úrovne je priznanie titulu hosťujúci docent (2001) na Trnavskej univerzite a v roku 2005 obhájil titul riadneho docenta v odbore verejného zdravotníctva tiež na tejto univerzite.

Intenzívne rozvíjal aj svoje rečové schopnosti. Má štátnu, alebo inú hodnotnú skúšku z angličtiny, francúzštiny, nemčiny a ruštiny.

Veľmi aktívne sa zapája do života Slovenskej lekárskej spoločnosti, je členom jej internistickej spoločnosti, pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti, onkologickej spoločnosti, Spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti, členom Vedeckej rady Ligy proti rakovine v SR. V medzinárodných odborných spoločnostiach je členom ACCP, ERS a IASLC. Je členom redakčných rád časopisov- Ambulantná terapia, Onkológia, Paliatívna medicína a liečba bolesti a Respiro. Opakovane bol aj koordinátorom Zoborských dní v Nitre. Získal aj viaceré významné

ocenenia: 6th World Conference on Lung Cancer Travel Award (IASCL and the University of Colorado, Denver, USA), Colorado Springs, 1994, cena Bristol-Myers-Squibb, Bratislava 1997.

Aj keď dosiahol významné úspechy, zostal skromný, priateľský a ochotný pomôcť radou mladším aj starším kolegom. Má pozoruhodne ľudský vzťah k svojim pacientom a do odbornej práce sa zapája s nezvyčajným elánom a húževnatosťou. Jeho najväčším koníčkom je medicína. Ale nie všetci vedia, že je aj vynikajúci šachista, ktorý v mladších rokoch hrával aj medzinárodné zápasy. Má rád literatúru a má v nej obdivuhodný prehľad. Je široko rozhladený a po mnohých stránkach je zaujímavým spoločníkom oplývajúc suchým, takmer anglickým humorom.

Do ďalších rokov života želáme doc. MUDr. Petrovi Beržincovi, CSc., FCCP pevné zdravie, neutíchajúci elán v práci, pevné zdravie, optimizmus, úspešné prekonávanie všetkých prekážok a mnoho šťastia a spokojnosti v živote.

Ad multos annos.

MUDr. Daniel Magula, CSc., MUDr. Štefan Petříček, M.P.H. a MUDr. František Dvořák
za vedenie a spolupracovníkov Špecializovanej nemocnice sv. Svorada Zobor, n.o.

Adresa a kontakt:

MUDr. Daniel Magula, CSc. (adresa pre komunikáciu)

r.č. 60 07 02/ 6432

Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o.

Kláštorská 134

949 88 Nitra-Zobor

Slovenská republika

Telefón/Fax: ++421-37-6 941 247 /++421-37-6 510 616

E-mail: sekretariat@snzobor.sk, magula@snzobor.sk

Podpísaný, MUDr. Daniel Magula, CSc., týmto čestne prehlasujem, že zastupujem autorský kolektív a mám plnú moc jednať jeho menom.

MUDr. Štefan Petříček, M.P.H.

Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o.

Kláštorská 134

949 88 Nitra-Zobor

Slovenská republika

Podpísaný, MUDr. Štefan Petříček, M.P.H., týmto dávam plnú moc MUDr. Danielovi Magulovi, CSc., jednať menom celého autorského kolektívu.

MUDr. František Dvořák

Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o.

Kláštorská 134

949 88 Nitra-Zobor

Slovenská republika

Podpísaný, MUDr. František Dvořák, týmto dávam plnú moc MUDr. Danielovi Magulovi, CSc., jednať menom celého autorského kolektívu.