





O B S A H

Editorial

-  KOVÁČ, A.: **Vzt'ah vedy a medicíny**

Originálne práce:

-  HURBÁNKOVÁ, M., ČERNÁ, S., BEŇO, M., VALACHOVIČOVÁ, M., KOVÁČIKOVÁ, Z., WIMMEROVÁ, S.: **Fajčenie a jeho vplyv na vybrané parametre bronchoalveolárnej laváže - experimentálna štúdia**
-  ŠOVČÍKOVÁ, E.: **Psychológia zdravia vo verejnom zdravotníctve**
-  HEGYI, L.: **Klady a nedostatky v poskytovaní geriatrickej zdravotnej starostlivosti**
-  OCHABA, R.: **Poradenstvo vo verejnom zdravotníctve so zameraním na fajčenie a alkohol**

Prehľadné referáty

-  FÜLÖPOVÁ, A., WILD, K.: **Manažérske vzdelávanie v zdravotníctve na Slovensku**

Vzťah vedy a medicíny

PhDr. Mgr. Andrej Kováč, PhD.

Dvadsiate storočie poznamenalo vývoj medicíny viac ako storočia predchádzajúce. Veľa publikácií o histórii medicíny (Makovický 1978, Dieška 1967) zdôrazňujú túto skutočnosť. Už na začiatku storočia Röntgen uverejnil výsledky svojich pokusov využiť rtg. lúče v zobrazení ľudských tkanív a na konci storočia zisťujeme najmenšie patologické zmeny v orgánoch počítačovou tomografiou či nukleárnou magnetickou rezonanciou, alebo vidíme obraz plodu v maternici v trojrozmernom ultrazvukovom zobrazení. Na začiatku storočia neschopnosť liečiť infekčné ochorenia – na konci storočia eradikované pravé kiahne na celom svete, v Európe detská obrna. Poznáme tiež celé spektrum antibiotík. Na začiatku storočia neboli známe základné krvné skupiny, a robili sa len základné chirurgické výkony, na konci storočia nie sú už žiadnou výnimočnosťou transplantácie orgánov ako srdce, pľúca, pečeň či obličky. A to stojí medicína na prahu genetickej revolúcie, ktorá zásadným spôsobom zmení diagnostické i liečebné postupy.

Všetky tieto postupy priniesol vedecko-technický pokrok. Avšak zavedenie týchto vedeckých poznatkov do medicíny je výsledkom akceptácie a aktívnej aplikácie vedeckých poznatkov lekármi do praxe. Práve tento krok – aplikácia do praxe - vyžaduje od lekárov nielen neustále štúdium poznatkov o existencii nových diagnostických či liečebných postupov, ale aj poznanie rozsiahlych štúdií o ich efektívite a benefite pre pacientov. Rodí sa nový spôsob medicínskeho myslenia Evidence-based medicine - medicína založená na dôkazoch (Gladkij, 1997, Drbal, 1993). Táto však vyžaduje vysokú vzdelanosť lekárov, aby vedeli vedecké poznatky triediť, hodnotiť a použiť v prospech každého konkrétneho pacienta. Niet sa čo čudovať, že vzťahu vedy a medicíny bola a je venovaná aj výrazná legislatívna pozornosť a poskytovanie zdravotníckej starostlivosti v súlade s aktuálnymi vedeckými poznatkami sa stalo zákonnou povinnosťou zdravotníckych pracovníkov.

Napríklad *Zákon č. 170 zo dňa 21. decembra 1950 o zdravotníckych povolaniach* v § 1 tento vzťah definuje takto: „Výkon zdravotníckych povolání musí smerovať k tomu, aby zdravotná starostlivosť bola vykonávaná podľa súčasného stavu vedy, plánovito a hospodárne, aby sa tak účelné zabezpečilo právo ľudu na ochranu zdravia a plné uplatnenie zdravotníckych pracovníkov pri výstavbe socializmu“.

Vládne nariadenie č. 24 zo dňa 13. februára 1951 o lekároch uvádza v § 4 nielen povinnosť pracovať podľa súčasného stavu vedy, ale dáva aj návod, ako to dosiahnuť. Cesta k tomuto cieľu vedie cez vzdelávanie. „Aby lekári mohli dobre plniť úlohy im uložené, najmä, aby sa zabezpečilo, že úroveň ich odbornej práce bude zodpovedať súčasnému stavu vedy, zúčastnia sa na školení a výcviku, poprípade na výcviku potrebnom pre získanie osobitnej spôsobilosti v určitom odbore. Na úspešný výsledok tohto školenia alebo výcviku možno viazať ďalší výkon lekárskeho povolania vôbec alebo v určitom odbore. Školenie a výcvik lekárov vedie Ministerstvo zdravotníctva po dohode so zúčastnenými ministerstvami“.

Zákon č. 20 zo 17. marca 1966 o starostlivosti o zdravie ľudu, v § 11 obsahuje:

„(1) Štát poskytuje zdravotnícke služby svojimi zariadeniami v súlade so súčasnými poznatkami lekárskej vedy“. § 64 a § 65 tohto zákona sa venujú úlohám vedeckých inštitúcií v zdravotníctve a plne ich podriaďujú potrebám praxe.

Zákon č. 277 z 24. augusta 1994 o zdravotnej starostlivosti ukladá povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť nielen zdravotníckym zariadeniam, ale aj každému zdravotníckemu pracovníkovi. § 4 tohto zákona hovorí: „Každý má právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na osobitné medicínske účely (ďalej len "dietetická potravina"). Zdravotnú starostlivosť poskytujú zdravotnícke zariadenia v súlade so súčasnými dostupnými poznatkami lekárskej vedy a inými biomedicínskymi vedami“.

V § 55 o právnom postavení zdravotníckeho pracovníka je zakotvená povinnosť zdravotníckeho pracovníka využívať vo svojej činnosti dostupné poznatky vedy:

„(1) Poslaním zdravotníckeho pracovníka je vykonávať zdravotnícke povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s právnymi predpismi s dostupnými poznatkami v oblasti lekárskej vedy a biomedicínskych vied a s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom poskytuje zdravotnú starostlivosť“.

Zákon č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov už nehovorí vo svojom § 4 o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade so súčasnými dostupnými poznatkami lekárskej vedy:

„(1) Zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytuje poskytovateľ a zdravotnícki pracovníci za podmienok ustanovených osobitným predpisom.

(2) Zdravotná starostlivosť sa poskytuje vo vzťahu k chorobe určenej zdravotníckym pracovníkom.

(3) Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa bezodkladne vykonajú všetky zdravotné výkony potrebné na určenie správnej choroby a zabezpečí sa správny preventívny postup alebo správny liečebný postup.

(4) Na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa vyžaduje informovaný súhlas (§ 6 ods. 4), ak v tomto zákone nie je ustanovené inak (§ 6 ods. 8).

(5) Neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je vedenie zdravotnej dokumentácie (§ 2 ods. 6)“.

Ukazuje sa, že medicína je skutočne výrazne odkázaná na vedecký pokrok. Je ešte veľa ochorení, ktoré diagnostikuje medicína neskoro alebo vôbec, ktoré nevie liečebne ovplyvniť, alebo rieši iba následky ochorení. Objavujú sa nové ochorenia aj infekčnej povahy. Vedecké ustanovizne sú však schopné na niektoré situácie zareagovať veľmi rýchlo (napríklad zvládnutie epidémie SARSu, AIDS, Ebola a pod.) Nie sú doriešené problémy geneticky podmienených ochorení, problémy zhubných nádorov atď. Môžeme povedať, že medicína nie je iba trpným prijímateľom vedeckých poznatkov, ale aj ich iniciátorom a spolutvorcom.

Použitá literatúra:

1. DIEŠKA, D., MAKOVICKÝ, E.: Vývoj ďalšieho vzdelávania lekárov a farmaceutov na Slovensku v rokoch 1945-1966. In: 10 rokov Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave. Bratislava : Obzor 1967. s. 9-22.
2. DRBAL, C.: Politika pro zdraví. Praha : Škola veřejného zdravotnictví, IPVZ. 1993. 36 s.
3. GLADKIJ I.: Politika a politický proces a jejich vliv na možnosti uplatnění systémového přístupu v transformaci. Olomouc : Universita Palackého. 1997. ISBN 80-7067-753-8
4. MAKOVICKÝ, E. A KOL.: Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva. Martin : Osveta. 1978. 920 s.
5. Vládne nariadenie č. 24 z 13. februára 1951 o lekároch.
6. Zákon č. 170 z 21. decembra 1950 o zdravotníckych povolaniach
7. Zákon č. 20 zo 17. marca 1966 o starostlivosti o zdravie ľudu
8. Zákon č. 277/1994 o zdravotnej starostlivosti
9. Zákon č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Adresa autora:

PhDr. Mgr. Andrej Kováč, PhD.

Katedra riadenia Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

Vedúci katedry: PhDr. Mgr. Andrej Kováč, PhD.

Fajčenie a jeho vplyv na vybrané parametre bronchoalveolárnej laváže - experimentálna štúdia

Marta Hurbánková, Silvia Černá, Milan Beňo, Martina Valachovičová,

Zuzana Kováčiková, Soňa Wimmerová

Slovenská zdravotnícka univerzita, Limbová 12, 833 03 Bratislava.

Súhrn

Choroby pľúc (obštrukčné, fibrotické, nádorové), ktoré sú dôsledkom znečisteného ovzdušia, vrátane fajčenia, majú vzostupný trend. Spomínané ochorenia majú negatívny dopad na ekonomiku úbytkom pracovnej sily a zvýšenými nákladmi na zdravotnú a sociálnu starostlivosť. V našej práci sme sa zaoberali účinkom cigaretového dymu na vybrané parametre (zápalové, cytotoxické a parametre oxidačného stavu) bronchoalveolárnej laváže (BAL) u potkanov. Výsledky experimentálnej štúdie ukázali, že 6-mesačná inhalácia 8 cigariet denne významne zmenila mnohé vyšetrené biomarkery, čo signalizuje prebiehajúce patologické procesy v pľúcach. Prítomný zápal môže zohrávať významnú úlohu v navodení genotoxicity a karcinogenity vplyvom fajčenia.

KLúčové slová: cigaretové fajčenie, bronchoalveolárna laváž, parametre: zápalové, cytotoxické, antioxidačného stavu

Úvod

Jednou z príčin nárastu pľúcnych ochorení v dôsledku znečisteného ovzdušia je aj fajčenie. Mnohé známe polutanty, ktoré vznikajú z environmentálnych a priemyselných zdrojov ako sú benzen, formaldehyd, olovo a arzen, vyskytujú sa tiež v cigaretovom dyme. Tabakový dym obsahuje okolo 4800 substancií, 69 dokázaných karcinogénov a množstvo toxických substancií, z ktorých mnohé sú vysoko reaktívne. Cigaretový dym je komplexná zmes, ktorá je zložená z mnohých identifikovaných zložiek, obsahuje oxidanty a rôzne toxické látky, ktoré poškodzujú predovšetkým pľúca. Aktivuje zápalové bunky, ktoré generujú voľné radikály, enzýmy a bioaktívne látky. Rovnováha medzi poškodením a opravou pľúcnych buniek je dôležitým faktorom pri vzniku a rozvoji chorôb vyvolaných cigaretovým dymom (1, 2).

Práve z tohto dôvodu je potrebné sledovať toxicitu tabakového dymu ako celku. V našej práci sme sledovali vplyv tabakového dymu na vybrané zápalové a cytotoxické parametre bronchoalveolárnej laváže v experimente na potkanoch. Fajčenie je chronicky pôsobiaca noxa, ktorej ireverzibilné následky sa prejavujú až po dlhodobej inhalácii cigaretového dymu. Podľa WHO je fajčenie zodpovedné za vznik najmä nasledovných skupín ochorení:

1. 30 % nádorových chorôb s najvýraznejším podielom rakoviny pľúc (90% u mužov a 70% u žien), ale i nádorových chorôb úst, hrtana, pažeráka, žalúdka, pankreasu, hrubého čreva, konečníka, pečene, močového mechúra, prsníka a čípku maternice.
2. 20 % kardiovaskulárnych chorôb – ICHS, ateroskleróza a ischémia ciev dolných končatín.
3. 75 % chronickej bronchitídy, ktorá môže vyústiť do chronickej obštrukčnej choroby pľúc a emfyzému.

Okrem uvedených ochorení má fajčenie dokázateľnú súvislosť s výskytom cerebrovaskulárnych ochorení, komplikácií v tehotenstve a pri pôrode, nepriaznivý účinok na plod a novorodeneckú úmrtnosť. Každých 10 sekúnd na svete zomrie 1 človek na následky fajčenia (1).

Podľa IARC (International Agency for Research on Cancer):

- priamy účinok cigaretového dymu (mnohé jeho zložky) je klasifikovaný ako humánný karcinogén a je zaradený do skupiny 1.
- ako humánný karcinogén je klasifikovaný aj tabakový dym u pasívnych fajčiarov (tabakový dym v životnom prostredí – skupina 1) (3)

Spomínané ochorenia majú nesmierne závažný dopad na ekonomiku prostredníctvom strát, ktoré vznikajú úbytkom pracovnej sily a nákladom na zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Navyše vysoký výskyt spomínaných ochorení bráni rýchlejšiemu vzostupu dĺžky života nášho obyvateľstva. Na Slovensku zomiera na choroby súvisiace s fajčením ročne asi 20 tisíc osôb. Je dokázané, že život fajčiarov sa skracaje asi o 8 -10 rokov (priemerne o 5 min. pri vyfajčení jednej cigarety). Absolútna väčšina ľudí, ktorí zomreli na infarkt alebo rakovinu pľúc, boli fajčiari. Z toho dôvodu sme našou prácou chceli prispieť k poznaniu patomechanizmu pľúcnych poškodení vzniknutých vplyvom fajčenia.

Cieľom práce bolo:

- zistiť účinky fajčenia na vybrané zápalové, cytotoxické parametre a parametre oxidačného stavu bronchoalveolárnej laváže,
- zistiť vplyv fajčenia na nešpecifické bunkové obranné mechanizmy,
- z analýzy výsledkov zistiť, ktoré pľúcne parametre zohrávajú významnú úlohu v obrane ako aj patomechanizme pľúcnych poškodení po cigaretovom fajčení,
- Sledovaním vybraných citlivých markerov chceme zistiť ich podiel na obrannom mechanizme, ako aj patomechanizme pľúcnych ochorení v dôsledku fajčenia.

Materiál a metódy

- V pokuse sme použili samcov Wistar potkanov (Anlab, Praha, Česká republika) s hmotnosťou 194,3 g (kontrolná skupina) a 192,2 g (exponovaná skupina) na začiatku pokusu. Zvieratá sme chovali za štandardných podmienok predpísaných pre chov laboratórnych zvierat. Dostávali konvenčné granulované krmivo ST1 (TOP-Dovo, Dubové, Slovenská republika) a pitnú vodu ad libitum.
- Pri inhalácii cigaretového dymu boli zvieratá umiestnené v špeciálnej inhalačnej komore (Tobacco and Health Research Institute - THRI, Lexington, KY, USA), do ktorej sa čerpadlom vháňal hlavný prúd cigaretového dymu z cigariet typu 1R1 (THRI, Lexington, KY, USA). Množstvo prečerpaného dymu sme kontrolovali na základe váženia častíc (total particulate matter –TPM) zachytených na filtri typu Cambridge (THRI, Lexington, KY, USA). Zvieratá (n=6) inhalovali tabakový dym denne, okrem sobôt a nedeľ, po dobu 6 mesiacov dve hodiny denne (85 mg TPM /m³ vzduchu, približne 8 cigariet).
- Po šiestich mesiacoch sme zvieratá utratili exsanguináciou (prerezaním vena cava caudalis) v i. p. tiopentalovej narkóze (150 mg/1kg). Bronchoalveolárnu laváž (BAL) sme robili modifikovanou metódou podľa Myrvika (4). Pľúca sme premývali 3 x 5 ml výplachového roztoku. Takto získanú lavážnu tekutinu (BALF) sme odstredovali 10 minút pri 4° C a 400 g. V našej práci sme použili natívnu laváž a sediment BAL buniek (doplnený fyziologickým roztokom na koncentráciu 10⁶ buniek/ml).

Sledované zápalové a cytotoxické parametre BAL

- počet leukocytov a alveolárnych makrofágov (AM) v BAL
- diferenciálny obraz BAL (% PMNL, AM, LY)
- % nezrelých foriem AM a % dvojjadrových buniek BAL

- fagocytová aktivita a viabilita AM

Podrobný popis metodík uvádza práca autorov Hurbánková a Kaiglová (5)

- oxidačné poškodenie u potkanov sme zistili pomocou kométového testu na alveolárnych makrofágoch a TII bunkách, ktoré boli vyizolované z pľúcneho tkaniva.

Výsledky:

Výsledky subchronického účinku fajčenia na vybrané zápalové a cytotoxické parametre udáva tabuľka 1.

V porovnaní s kontrolnou skupinou sme zistili:

- štatisticky významné zvýšenie % polymorfonukleárných leukocytov, % lymfocytov a % nezrelých foriem AM,
- štatisticky významné zníženie viability AM, % fagocytovej aktivity AM a % AM z diferenciálneho obrazu buniek BAL,
- šesť mesačné fajčenie významne neovplyvnilo počet buniek a počet AM v BAL ako aj % dvojjadrových buniek v BAL.

Výsledky sme vyhodnotili Wilcoxonovým testom.

Tab. 1. BAL PARAMETRE PO 6-MESAČNEJ INHALÁCII CIGARETOVÉMU DYMU

PARAMETRE BAL	KONTROLNÁ SKUPINA	EXPONOVANÁ SKUPINA (8 cigariet denne)
Počet Le (10 ³)	1877,5 (1762,0; 2091,0)	1986,5 (1702,5; 470,63)
Počet AM (10 ³)	1406,5 (1350,0; 1648,25)	1399,5 (1228,5; 1845,0)
AM %	98,0 (98,0; 98,0)	- 86,5** (85,25; 87,75)
PMNL %	1,0 (1,0; 1,0)	9,5 ** (7,5; 10,75)
Ly %	1,0 (1,0; 1,0)	4,0** (4,0; 4,75)
nezrelé formy AM %	8,5 (7,25; 9,75)	22,5 ** (18,75; 30,0)
dvojjadrové bunky %	2,5 (2,0; 3,0)	3,0 (3,0; 3,75)
viabilita AM %	90,0 (89,25; 90,75)	- 81,5 ** (78,5; 83)
fagocytová aktivita AM %	23,5 (20,75; 28,5)	12,5 ** (12,0; 13,75)

Hodnoty predstavujú mediány a 25. a 75. percentil; ** p<0,01
- zníženie alebo zvýšenie hodnôt oproti kontrole

Tab. 2. CHARAKTERISTIKA SÚBORU A OXIDAČNÉ POŠKODENIE DNA U EXPONOVANEJ SKUPINY POTKANOV V POROVNANÍ S KONTROLNOU SKUPINOU.

		exponovaná
--	--	------------

Parametre	kontrola	skupina
Hmotnosť zvierat na začiatku experimentu (g)	194,3 ± 8,2	192,2 ± 9,8
Hmotnosť zvierat po utratení (g)	395,7 ± 19,3	413 ± 14,4
hmotnosť pľúc (g)	1,6 ± 0,1	1,3 ± 0,1
relatívna hmotnosť pľúc	0,0042 ± 0,0003	0,003099 ± 0,00028
objem BAL	16 ± 1,0	28,3 ± 0,9
počet AM x 10 ⁶	7,2 ± 0,8	5,4 ± 0,8
počet T II x 10 ⁶	7,1 ± 2,3	3,8 ± 1
DNA zlomy (AU) v AM	49,3 ± 11,7	73,0 ± 12,8**
DNA zlomy s oxidovanými purínmi (AU) v AM	66,3 ± 18,6	64,8 ± 15,5
DNA zlomy s oxidovanými pyrimidínmi (AU) v AM	71,0 ± 2,0	75,8 ± 14,0
DNA zlomy (AU) v TII	58,5 ± 5,3	59 ± 1,3
DNA zlomy s oxidovanými purínmi (AU) v TII	52,7 ± 10,1	83,7 ± 9,1**
DNA zlomy s oxidovanými pyrimidínmi (AU) v TII	60,0 ± 16,7	84,8 ± 1,9**

Výsledky sú priemery ± SEM; ** P < 0,001

AM - alveolárne makrofágy; TII- T2 bunky; AU- arbitrálne jednotky, BAL- bronchoalveolárna laváž.

Diskusia a záver

Počet a typ buniek získaných BAL ako aj ich viabilita, fagocytová aktivita a stav aktivácie AM dávajú možnosť pochopiť potenciálny škodlivý účinok inhalovaného cigaretového dymu. V našej štúdií sme zistili, že 6 mesačná inhalácia cigaretového dymu počet celkových buniek ani AM v BAL, v porovnaní s kontrolnou skupinou, neovplyvnila. Inhalované častice, ako aj ich depozit v pľúcach, sú prevažne vychytávané a eliminované z organizmu alveolárnymi makrofágmi. Pretože AM sú prvými bunkami, ktoré prichádzajú do styku s inhalovanou noxou, sú prioritne používané v *in vivo* a *in vitro* experimentoch na zistenie cytotoxicity inhalovaných škodlivín. Zohrávajú významnú úlohu v mechanizme, ktorý reguluje odpoveď po ich expozícii. Vedľa ich prioritnej schopnosti fagocytovať, sú tiež významné imuno-regulačné a sekréčne bunky zahrnuté do obranného mechanizmu, ako aj patogenézy mnohých pľúcnych ochorení. Vo fáze aktivácie uvoľňujú mnohé cytokíny, reaktívne kyslíkové intermediáty ako aj rôzne mediátory zápalovej odpovede – významné modulátory bunkového rastu a diferenciácie (6,7,8,9). AM sú predominantné bunky prítomné v BAL a zmena v ich počte alebo funkcii určuje pľúcne poškodenie a charakterizuje patogenitu ako odpoveď k expozícii polutantov. V porovnaní s kontrolou sme u fajčiacej skupiny zistili významne zvýšené % nezrelých foriem AM. Zvýšenie nezrelých monocytových foriem AM môže byť ako následok patologickej reakcie po expozícii intenzívnemu cigaretovému fajčeniu, anorganickým vláknam atď., ako aj pri určitých intersticiálnych pľúcnych ochoreniach (sarkoidózy, silikózy, azbestózy) (10).

Čo sa týka dvojjadrových buniek v BAL, tieto sa v laváži vyskytli vo zvýšenom počte (o 16,6 % viac), v porovnaní s kontrolnou skupinou, ale zvýšenie nebolo štatisticky významné. Beňo a kol. vo svojej práci tak isto dokázali, že dvoj a viacjadrové bunky sú vhodným biomarkerom pľúcneho zápalu (11).

Diferenciálny obraz buniek, ako aj celkový počet buniek, sú dôležitými ukazovateľmi bunkovej analýzy v BAL. Expozícia škodlivým substanciami spôsobuje zmenu v diferenciálnom počte buniek BAL a to proporcionálnym zvýšením zápalových buniek PMNL a Ly. Zvýšenie zápalových buniek môže tiež navodiť aj redukcia absolútneho počtu AM (6, 8). Expozícia cigaretovému dymu v našom prípade významne znížila % AM a významne zvýšila %

PMNL a LY (diferenciálny obraz BAL buniek). PMNL tvoria dôležitú časť diferenciálneho obrazu buniek, najmä v akútnej fáze – ako odpoveď k expozícii inhalovaným škodlivinám (6). Froudarakis et al. zistili u fajčiarov významné zvýšenie neutrofilov. (12). Podľa Dziedzica et al. dlhodobá perzistencia týchto vlákien a tým navodené zvýšenie PMN môže byť akýmsi prediktorom vývoja metaplastických procesoch v pľúcach (6).

Zníženie počtu makrofágov, viability a fagocytovej kapacity môže vyústiť do oslabeného clearance inhalovaných častíc (teda aj cigaretového dymu), čo môže následne viesť k zvýšeniu účinnej dávky potenciálnej škodliviny (6,8). Naša štúdia poukázala na štatisticky významne zníženú viabilitu a fagocytovú aktivitu AM, čo svedčí o oslabení obrannej schopnosti organizmu v dôsledku cigaretového fajčenia.

Molekula DNA nie je inertná ako by sa mohlo zdať na základe úvah o stabilnom genóme, ale naopak, je neustále poškodzovaná veľkým množstvom rozmanitých faktorov. Mnohé modifikácie DNA sú celkom náhodné a môžu nastať pri bežných procesoch bunky, ako je replikácia, či rekombinácia. Zmeny v DNA sú dôsledkom pôsobenia množstva fyzikálnych a chemických prvkov, z ktorých niektoré sú endogénneho pôvodu, čiže vznikajú ako produkty bunkového metabolizmu, kým iné môžu ohroziť stabilitu štruktúry DNA z vonkajšieho prostredia a teda sú pôvodom exogénne. Výsledky výskumov dokazujú, že oxidačné poškodenie DNA zohrávajú významnú úlohu pri vzniku a progresi mnohých ochorení. Nahromadenie oxidačných poškodení v bunke prispieva k procesu karcinogenézy, neurodegeneratívnym, kardiovaskulárnym a iným ochoreniam a zúčastňuje sa aj na procese starnutia a bunkovej smrti. Proti toxickému pôsobeniu reaktívnych metabolitov kyslíka má organizmus vybudované ochranné mechanizmy, ktorými buď odstraňuje poškodené miesta DNA, alebo znemožňuje tvorbu voľných radikálov, resp. ak sa už vytvorili, znižuje ich negatívne dôsledky (13).

Expozícia potenciálnym chemickým mutagénym a karcinogénym látkam spúšťa v organizme kaskádu procesov od absorpcie, metabolickej premeny až po poškodenie cieľových molekúl, vrátane DNA, a vznik mutácií. Na sledovanie týchto procesov sa používajú biomarkery s cieľom odhaliť mechanizmus genotoxicity, karcinotoxicity ako aj individuálnu odpoveď na prítomnosť karcinogénnych látok v organizme. Výsledky subchronického účinku fajčenia na oxidačné poškodenie sú udané v tabuľke 2.

- Výsledky prezentovanej štúdie potvrdili, že šesťmesačná inhalácia cigaretového dymu (8 cigariet denne) štatisticky významne - voči kontrole - ovplyvnila väčšinu nami vyšetrených parametrov BAL u potkanov.
- Prítomný zápalový proces a významné zmeny bunkovej nešpecifickej obrany môžu signalizovať cytotoxický účinok cigaretového dymu na pľúcne tkanivo.
- Z výsledkov vyplýva, že exponovaná skupina potkanov má zvýšené oxidačné poškodenie v porovnaní s kontrolnou skupinou.
- Dlhodobo zotrúvajúci zápal v pľúcach môže zohrávať významnú úlohu v následnej genotoxicite, prípadne karcinogenite cigaretového dymu, keďže ten je podľa IARC zaradený do skupiny 1 ako humánný karcinogén (aj u pasívnych fajčiarov).

Literatúra:

1. World Health Organisation, Tobacco or Health: a Global Status Report, Geneva WHO; 1997, 495, ISBN 924156184 X.
2. M. Aufderheide: Artificially Generated Cigarette Smoke – a Model for Studying Komplex Atmospheres, Fraunhofer ITEM News Report; Ed.: Dillitzer, A and Straudi, A., Hannover, Germany. 2005, 1-2.
3. International Agency for Research on Cancer. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Lyon, France; 2004, Vol. 83, 334, ISBN 92 832 1283 5.

4. Myrvik, Q.N., Leake, E.S. and Fariss, B.: Studies on pulmonary alveolar macrophages from the normal rabbit. A technique to procedure them in a high state of purity. J. Immunol. 1961, 86, 128-132.
5. Hurbánková, M. and Kaiglová, A.: Compared effects of asbestos and wollastonite fibrous dusts on various biological parameters measured in bronchoalveolar lavage fluid, J. Trace and Microprobe Techniques, 1999, 17, 233-243.
6. Dziedzic, D., Wheeler, C. S., Gross, K. B.: Bronchoalveolar lavage: detecting markers of lung injury, 99-113. In: Handbook of Hazardous Materials. (Corn M editor), Academic Press, New York; 1993, 772, ISBN 0-12-189410-X.
7. Hurbánková, M., Kaiglová, A., Buchancová, J.: Cytokines – the important biomarkers of lung injury after exposure to industrial fibrous dusts, Acta Medica Martiniana, 2001, 1, 19 – 24.
8. Pittet, J.F., Mackensie, R. C., Martin, T.R., Matthay, M.A.: Biological Markers of Acute Lung Injury: Prognostic and Pathogenetic Significance, Am J Respir Crit Care Med, 1997, 155, 1187-1205.
9. Tarkowski, M., Gorski, P.: Macrophage activity in asbestos related diseases, Polish Occup. Med. Environ. Health, 1991, 4, 115 - 25.
10. Buchancová, J.: Choroby pľúc a pleury z azbestu, 585-594. In: BUCHANCOVÁ, J. a kol.: Pracovné lekárstvo a toxikológia, 1. vyd., Martin, Osveta; 2003, 1133, ISBN 80-8063-113-1.
11. Beňo, M., Hurbánková, M., Dušínská, M., Volkovová, K., Staruchová, M., Černá, S., Barančoková, M., Kažimírová, A., Kováčiková, Z., Bobek, P., Horecký, M., Mikulecký, M., Kyrtopoulos, S.A.: Some lung cellular parameters reflecting inflammation of amosite dust with cigarette smoke by rats, Cent Eur J Publ Health, , 2004, 11-13.
12. Froudarakis, M.E., Fournel, P., Costes, F., Perrin-Cottier, M., Blanchard, O., Sébastien, P., Vergnon, J.M.: Metabolism of ceramic fibers in humans, In: Abstract Book from 6th International Conference on Bronchoalveolar Lavage, Corfu, 1998, 33.
13. Wiesmuller, L., Ford, J. M., Schiestl, R.H.: DNA damage, repair and diseases, Journal of Biomedicine and Biotechnology, 2002, 21- 45.

Táto práca bola podporovaná MZ SR v rámci projektu Obranné mechanizmy a patogenéza pľúcnych ochorení po expozícii pevným aerosólom a fajčeníu v experimente (19-10-07) a APVV v rámci projektu Respiračná toxicita a patomechanizmus pľúcnych ochorení vzniknutých po expozícii priemyselným minerálnym vláknitým prachom – substitútom za azbest (APVT -21-01110).

Psychológia zdravia vo verejnom zdravotníctve

PhDr. Eva Šovčíková, CSc.

Súhrn

Na základe multi-odborového prístupu k zdraviu WHO zahrnuje do starostlivosti o zdravie aj štúdium životného štýlu, správania ľudí a ich životného prostredia. V tomto smere sa ukázal veľmi vhodný bio-psycho-sociálny model zdravia, ktorý dáva priestor pre uplatnenie poznania, že zdravie je podmienené mnohými vnútornými faktormi, ale aj vplyvmi vonkajšími, vrátane správania. Prioritné zameranie v starostlivosti o verejné zdravie obyvateľstva každej krajiny má verejné zdravotníctvo, ktoré usmerňuje ochranu a podporu zdravia ľudí a aplikuje princípy starostlivosti pri zabezpečovaní zdravia. Psychológia zdravia je už integrovaná súčasť verejného zdravotníctva a má za úlohu usmerňovať a propagovať zdravý životný štýl ľudí, vrátane zdravých životných podmienok, ich ochrany cez vlastné správanie každého jednotlivca. V podstate ide o výchovu obyvateľstva ku kognitívne-emočnému správaniu voči vlastnému zdraviu a tým aj zdraviu ostatných ľudí. Táto filozofia vo výchove ľudí má ešte nedostatky a preto úlohou psychológie zdravia je praktickými krokmi, t.j. aplikáciou intervenčných postupov, učiť k zmene negatívnych foriem správania zdravých, aj chorých ľudí, propagovať zásady zdravej výživy, sústredenosti v súvislosti s nehodovosťou a pracovnými úrazmi, učiť ľudí osvojovať si pohybovú aktivitu, rozvíjať prevenciu užívania návykových a omamných látok, zabezpečovať výchovu pred chronickými chorobami, stresom, a v neposlednom rade učiť ľudí ovládať mnohé negatívne osobnostné prejavy v správaní.

Kľúčové slová: psychológia zdravia, verejné zdravotníctvo, zmeny správania, životný štýl, chronické choroby

Abstract

The World Health Organization included the problem of life style, behavior of population and care of environmental conditions in the study program of health care. The bio-psycho-social model of health and disease takes place as plausible form for understanding of health, which has the conditions in many internal and external factors, including behavior. The public health has a priority in caring of population health in each country, organizes, and leads and protects the support of humanity health. The Health Psychology is integrated topic into the Public Health, and leads, promotes and teaches to protect the own healthy life style, healthy environment and changing of own behavior. This is an education of cognitive-emotional behavior of population, which is the new philosophy and which has till now many imperfections. The aim of Health Psychology is to teach a population by practical steps – interventions to change a negative habits for promotion of health (principles of healthy nutrition,

problems with incidences in traffic and work place, fitness, addictions, stress, and negative behavioral habits, act).

Key words: Health Psychology, Public Health, changes of behavior, life style, chronic diseases.

Úvod

Zdravie obyvateľstva každej krajiny má významnú stabilizujúcu hodnotu aj pre jej sociálno-ekonomický systém. Starostlivosť o zdravie ľudí zahŕňa rad vedných disciplín biologických, medicínskych, aj spoločenskovedných (ekonómiu, sociológiu, psychológiu, filozofiu, etiku, a pod.).

Na základe takéhoto multi-odborového prístupu k zdraviu Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) zahrnula do starostlivosti o zdravie aj štúdium životného prostredia, životného štýlu a správania ľudí. Vypracovaný bol **Sociálno-ekonomický model zdravia**, ktorý má za úlohu dosiahnuť rovnováhu a vzájomné dopĺňovanie sa medzi liečbou, prevenciou a spoločenskými (občianskymi) aktivitami. Pre riešenie problémov zdravia a choroby bol prijatý **bio-psycho-sociálny model**, ktorý dáva priestor pre uplatnenie poznania, že zdravie je podmienené mnohými vnútornými aj vonkajšími faktormi; všetky sa navzájom prelínajú a významne ovplyvňujú zdravie, priebeh choroby aj jej prevenciu.

V tomto kontexte vzniklo viacero projektov (Zdravé mestá, Zdravé školy, CINDY... a pod), ktoré boli konkrétnym vyjadrením celosvetového úsilia pre podporu zdravia.

Verejné zdravotníctvo má komplexné zameranie, t.j. sleduje a hodnotí zdravotný stav obyvateľstva vo vzťahu k životnému a pracovnému prostrediu, spôsobu života, psychosociálnym a kultúrnym faktorom svojej krajiny; zároveň usmerňuje ochranu a podporu zdravia ľudí.

Psychológia zdravia je v súčasnosti už integrovanou súčasťou verejného zdravotníctva v celej šírke jeho zamerania, aktívnou kooperáciou. Jednou z najviac rozpracovávaných tém tejto komplexnej spolupráce je problém **zdravého životného štýlu ľudí (healthy life style)**. Psychológia zdravia vstupuje do tohto procesu implementáciou a propagáciou postupov pre zdravý spôsob života, zdravých životných podmienok (**healthy environment**), ovplyvňuje správanie, postoje a názory ľudí na vlastné zdravie.

Psychológia zdravia a niektoré s ňou súvisiace definície

Svetová zdravotnícka organizácia vydala množstvo definícií, významných aj k tejto téme:

Zdravie - je životný proces, dynamická skutočnosť. Toto medicínsko-filozofické konštatovanie predefinovala Svetová zdravotnícka organizácia ako: „...zdravie je celkový stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody, **nie iba neprítomnosť choroby**, resp. vady..“; **duševné zdravie** je „...stav organizmu, ktorý sa prejavuje **v správaní** ako pozitívny postoj k sebe, ovládaním vlastných emócií, nepodceňovaním/preceňovaním svojich schopností; sú to

takí ľudia, ktorí sú spoločenski, sú schopní zvládať požiadavky života a snažia sa zvládnuť problémy tým, že si plánujú svoje aktivity a neobávajú sa budúcnosti“.

Environmentálne zdravie WHO označilo ako vzťah medzi faktormi životného prostredia, chorobami a zdravím ľudí; je to v podstate vplyv kvality životného prostredia a životných podmienok na zdravie ľudí a celej spoločnosti.

Kvalita života má mnoho definícií, najvýstižnejšia hovorí, že kvalita života človeku umožňuje na jednej strane poznať vlastné ciele a uspokojovať potreby, na druhej strane mu umožňuje reagovať na zmeny, t.j. vyrovnávať sa so svojím prostredím.

Choroba je označovaná ako stav organizmu, vznikajúci pôsobením vonkajších alebo vnútorných dejov, ktoré narúšajú jeho správne fungovanie a cítenie.

Zo všetkých uvedených definícií vyplýva, že ako zdravie, tak aj choroba, či kvalita života, majú spoločného menovateľa, ktorým je osobnosť človeka a jeho prežívanie.

Vymedzenie predmetu psychológie zdravia

Psychológia zdravia je už vyprofilovaná samostatná psychologicko-medicínska vedná oblasť, ktorej predmetom je štúdium správania a psychických procesov v súvislosti so zdravím, jeho udrzovaním a prevenciou zlyhávania. Oproti klasickým bio-medicínskym vedám, ktoré sa tiež venujú tejto téme, v psychológii zdravia ide o širší vzťah medzi psychologicko-biologickými komponentmi a zdravím, resp. chorobou: ide o **udržiavanie zdravia a jeho posilňovanie**. Najvýznamnejším prínosom psychológie zdravia je jej pedagogické, vedecké a profesionálne propagovanie **individuálnej zodpovednosti za vlastné zdravie** (Křivohlavý, 2001a).

Vo viacerých definíciách psychológie zdravia sa uplatňujú alternatívne používané pojmy, napr: *Health Promotion a Health Psychology*; vo všetkých prístupoch však ide o štúdium psychických a psychosociálnych faktorov, v súvislosti so zdravím a chorobou. Americká psychologická asociácia označila psychológiu zdravia ako súbor špecifických výchovno-vzdelávacích, vedeckých a profesionálnych zručností na podporu a udrzovania zdravia, v liečbe, aj v prevencii chorôb (Matarazzo, in Kaplan, et al.1996).

Psychológia zdravia má svoju históriu vývinu, predmet a aplikáciu; v súčasnosti je veľa špecializovaných vedeckých časopisov, ktoré sa sústreďujú na problematiku psychológie zdravia, v európskych aj amerických vydavateľstvách, napr. *Health Psychology, Journal of Behavioral Medicine, American psychosomatics, The American Journal of Public Health*, a pod.

Rozvoj psychológie zdravia nastal v období (70. roky minulého storočia), keď sa začala zdôrazňovať dôležitosť skúmania **správania spolu so psychosociálnymi faktormi**, v súvislosti so zdravím/chorobou. Vyformovalo sa samostatné štúdium **behaviorálneho zdravia** (behavior health). Následne vznikla samostatná

vedná disciplína **-Behaviorálna medicína-** , ktorá sa zaoberá vývojom a integráciou behaviorálnych a bio-medicínskych vedeckých poznatkov a metód (techník) aplikovateľných pre štúdium zdravia aj choroby. Metodicky sa tiež orientuje na **bio-psycho-sociálny model zdravia a choroby**.

Súčasne so vznikom behaviorálnej medicíny a koncepciou psychológie zdravia sa etablovala nová medicínsko-psychologická vedná oblasť - **psychosomatická medicína** -, podľa ktorej „*telesné choroby majú svoje emocionálne a psychické zložky, ktoré sú v interakcii práve tam, kde vzniká choroba.*“ (Baštěcký a kol., 1993). **Psychosomatická medicína** je vo svete uznávaná vedná oblasť, študujúca súvislosti medzi psychosociálnymi a biologickými dejmi človeka v zdraví, aj v chorobe a pracuje tiež v zmysle **bio-psycho-sociálneho modelu zdravia a choroby**.

Metodický prístup v psychológii zdravia

Vychádzajúc z definícií psychológie zdravia je isté, že aj metodický prístup v tejto oblasti je orientovaný na správanie, súvisiace so zdravím; správanie pacientov, zdravotníkov, správanie zdravých a chorých osôb, detí, ľudí vo vysokom veku, ľudí vzdelaných, ale aj negramotných. Pri objasňovaní niektorých druhov správania sa využívajú viaceré teórie (teórie operačného a sociálneho učenia, podmieňovanie, pod).

1. Biopsychosociálne faktory, poškodzujúce zdravie

Psychológia zdravia má významnú spoluprácu s odborníkmi aj v imunológii, nakoľko **imunitný systém** významne súvisí s prežívaním stresu (zvládanie/nezvládanie, prežívanie týchto stavov), čo má za následok zmeny v činnosti endokrinného systému (štítna žľaza, pohlavné žľazy a ďalšie); následne dochádza k zmenám vo vedomí, cez aktiváciu *osi hypotalamus-hypofíza-kôra nadobličiek*. Viacerí, aj naši autori (Křivohlavý, 2001a, Šolcova, Kebza, 1996) zhodne uvádzajú, že najvýraznejšie pôsobiace faktory na poruchu imunitného systému sú: *skúškový stres, kumulovaný stres, opustenosť, ťaživá pro-sociálna aktivita, nedostatok sociálnej opory, rozvod, tragédia, týranie, negatívny stav domáceho prostredia, každá chronická choroba*.

Psychológia zdravia analyzuje tieto faktory a pracuje s nimi ako s rizikovými, nakoľko sú často zodpovedné za negatívne stavy osobnosti, negatívne správanie a rozvoj najmä chronických chorôb:

- **Stres** je označovaný ako reakcia organizmu na požiadavky. Táto reakcia je sprevádzaná mobilizovaním energetických rezerv organizmu a následným spustením adaptačných mechanizmov, čo vedie k biologickej odozve organizmu (zmeny činnosti psychofyziologického a endokrinného systému).

- **Zát'až** je reakcia organizmu v zmysle spracovania a vyrovnania sa s požiadavkami a vplyvmi z vonkajšieho prostredia, bez biologickej odozvy organizmu. Ak uvažujeme o psychickej, resp. psychosociálnej záťaži, zdôrazňujeme psychiku, jej sociálnu povahu a sociálne zdroje, napr. neuropsychická záťaž, mentálna záťaž,

emocionálna záťaž, a pod.

Veľmi významným krokom je meranie a hodnotenie stresu, resp. záťaže, využívajú sa k tomu dva spôsoby:

fyziologické metódy (meranie krvného tlaku, galvanická kožná reakcia, hladina katecholamínov, sekrécia glukokortikoidov, a pod);

psychodiagnostika (psychologické testy, profesiografia, dotazníky, škály, stupnice).

- **Fajčenie** je návyková forma správania, s ťažko reparačným výsledkom. Zvlášť u mladých ľudí, ktorí začínajú fajčiť, je fajčenie súčasťou obecného **syndrómu problémového správania**; s alkoholom, drogami a rizikovým sexom, sú súčasťou delikventného syndrómu, s ťažko predpovedateľnou resocializáciou. Liečba a prevencia fajčenia sa navzájom dopĺňajú. Vyžaduje to však výrazné sociálne ovplyvňovanie štýlu života, nácvik zmeny spôsobu života a riešenia problémov, za pomoci kognitívnej a behaviorálnej terapie.

- **Alkoholizmus** - je označovaný za chorobu osobnosti s poruchou vôle, ale s organickými zmenami v centrálnom nervovom systéme (CNS). Psychológia zdravia sa významne venuje týmto problémom zdravia, najmä v rámci prevencie a intervencie.

- **Drogová závislosť** - má výraznejší účinok na nervový systém, aj CNS. Liečba drogovu závislých nie je zásadnou náplňou psychológie zdravia, ale úzko s ňou súvisí.

To, čo platí u alkoholikov, platí aj u iných drog: prevencia je najúčinnější aktivita, tzn. *zabrániť iniciácii, bez ohľadu, či je genetická súvislosť*, t.j. vytváranie takého výchovného sociálneho prostredia, aby nedošlo k štartu drog. Treba však zdôrazniť, že prevencia všetkých závislostí je veľmi náročná činnosť a jej úspech je stále nedostatočný.

- **Rizikové sexuálne správanie, HIV pozitívne osoby** - ide o problémy patriace tiež do psychológie zdravia, hoci pojmy „*zdravý a nezdravý sexuálny život*“ sú témy, na ktoré dávajú prednostne odpoveď odborníci v sexuológii.

Osobnosť u HIV pozitívnych osôb je často nezrelá a závislá, preto sa stáva obeťou rizikového sexuálneho správania a následne HIV pozitívna.

- **Nehody a úrazy** možno tiež považovať za sociálne negatívne fenomény poškodzovania zdravia. Štatistiky udávajú najmä u mladistvých najviac úmrtí v súvislosti s dopravnými nehodami; problému sa odborne venuje predovšetkým dopravná psychológia.

Zatiaľ je len teoretický predpoklad tzv. náchylnosti k nehodám (**accident proneness**), resp. osobnostných typov pre nehodovosť. Ukazuje sa však, že problém je zložitejší, nakoľko sociálno- spoločenské prostredie je do istej miery tiež zodpovedné za spôsob dopravného správania ľudí. Z hľadiska osobnosti sa vykonáva zatiaľ len odborný výber ľudí pre profesionálne povolania (dopravno-psychologická diagnostika).

- **Osobnostné charakteristiky** sú určité špecifické prejavy správania súvisiace s chorobou:

A typ správania predstavuje tzv. *komplex nadmernej aktivity*, čiže výraznú snahu veľa pracovať, angažovať sa až na hranicu únosnosti. Toto správanie je typické pre osoby s kardiovaskulárnymi problémami; sú vypracované dobré psychologické metodiky na zachytenie A typu správania a pre usmernenie psychoterapie.

B-typ správania - relatívne opačné správanie ako pri A type. Toto správanie je typické pre gastrointestinálne poruchy.

C-typ správania produkujú osoby konformné, vyhýbajúce sa konfliktom, ustupujú a výrazne potláčajú svoje emócie (napr. pri chronických chorobách dýchacieho systému).

Hostilita je negativistické, hnevľivé správanie, so sklonom k agresivite (verbálnej aj fyzickej). Hostilita sa *často kombinuje s inými rizikovými faktormi*; správanie je vždy podmienené prítomnosťou viacerých iných psychosociálnych faktorov, resp. somatických problémov. Najčastejšie je hostilné správanie kombinované s A typom správania a prejavuje sa u pacientov s kardiovaskulárnymi chorobami (výrazné u pacientov po opakovanom infarkte myokardu), ale aj u pacientov s reumatoidnými bolestivými atakmi.

Anxieta (úzkosť) je aktuálny emocionálny stav nereálnych obáv. Je výraznou súčasťou prežívania pri mnohých chorobách, predovšetkým v ich iniciálnom štádiu. Zvlášť u kardiovaskulárných chorôb (najmä po opakovanom infarkte myokardu), je anxieta spolu s hostilitou veľmi výrazná počas terapie, aj v štádiu rekonvalescencie.

Anxiozita (úzkostnosť) je dlhodobý emocionálny stav neadekvátnej úzkosti a tiež je významný rizikový faktor pri mnohých chronických chorobách, v zmysle ich prehlbovania a upevňovania.

Depresia je chorobný stav prejavujúci sa negativizmom, pasivitou v správaní, otupenosťou, vyčerpanosťou, aj podráždenosťou. Depresia môže vzniknúť ako dôsledok nevyriešených konfliktov, frustrácie, nezvládnutých stresových zážitkov. Ak vznikne ako *samostatná chorobná jednotka* (endogénna depresia), je rizikovým faktorom pre všetky chronické choroby.

- **Nedostatočná opora sociálneho prostredia**, jej chýbanie alebo jej nesprávna forma, majú veľmi zlý vplyv na zdravie, aj priebeh a intenzitu choroby; táto skutočnosť bola mnohonásobne dokázaná najmä pri chronických chorobách.

- **Sociálna izolácia** je stav pocitu psychickej opustenosti najbližšími ľuďmi, bez akýchkoľvek medziľudských vzťahov, ide o tzv. *sociálne zavrhnutie*.

- **Vyhorenie (Burn-out)** alebo aj strata nadšenia, je subjektívny stav fyzického, citového, aj duševného vyčerpania (často až na hranici života), v dôsledku dlhodobého, náročného seberealizovania sa pre niečo a pre niekoho. Typickým príznakom vyhorenia je *pocit vlastného zlyhania a pocit psychickej prázdnoty*, s dlhodobou prítomnou zníženou výkonnosťou, nerovnomerne pri každej činnosti.

- **Násilie, šikanovanie a psychický teror** - ide o úmyselné poškodzovanie iných osôb, vyskytuje sa na

rozličných úrovniach a zaoberajú sa ním viaceré vedné oblasti; môže ísť o **násilie voči sebe** (samovraždy, pokusy) alebo voči inej osobe. Do tejto skupiny patrí aj **šikanovanie** (psychický teror na osobách, v ktorých správaní je tendencia ústupu). Ten kto šikanuje, má vždy prítomnú určitú psychopatologickú komponentu v osobnosti; istou formou násilia je aj psychický teror.

2. Biopsychosociálne faktory, ktoré udržuju, posilňuju a podporuju zdravie.

- **Zvládanie životných ťažkostí, zvládanie záťaž** (*cooping*), je podľa klasickej teórie (Lazarus, Folkman, et al. 1984) proces, využívajúci behaviorálne, kognitívne a sociálne aktivity osoby pre možnosť regulovať vnútorné alebo vonkajšie napätie, vyplývajúce z interakcie osoby a prostredia. V tomto smere je známa aj teória Kobasaovej (1979), ktorá vypracovala niekoľko charakteristík zvládania. Najvýznamnejšou je **hardiness** - nezdolnosť, vo vzťahu k osobnostnej pružnosti (*resiliency*), resp. schopnosť rýchlo vedieť požiadať o pomoc, vysoká miera sebahodnotenia a viera vo vlastné schopnosti. Medzi efektívne formy zvládania životných ťažkostí patrí tzv. **kognitívne ovplyvňovanie**, je to posilňovanie presvedčenia o schopnosti situáciu zvládnuť, posilňuje sa tým sebaistota.

- **Sociálna opora** je pomoc, poskytovaná človeku v záťažovej situácii (obyčajne blízka osoba). Význam sociálnej opory bol študovaný vo viacerých klinických výskumoch (Connel, D'Augeli, in: Zacharová, Hermanová, et al:1990), zisťované boli charakteristiky ľudí, ktorí majú najväčšiu osoh zo sociálnej opory: *osoby, ktoré sociálnu oporu vedia prijímať, osoby, ktoré samy oporu vedia dávať, muži sociálnu oporu vyžadujú viac ako ženy*. Psychológia zdravia využíva niekoľko druhov sociálnej opory (inštrumentálna, informačná, emocionálna, hodnotiacia).

Ďalšie štúdie (Křivohlavý, 2001b, Šolcová, Kebza, 1996, a i) tiež ukázali, že poskytovanie sociálnej opory môže byť za určitých podmienok aj veľkou záťažou pre poskytovateľa; vytvoril sa ďalší pojem - **pomoc pomocníkom** - , čo vyústilo do nového štúdia niekoľkých foriem tohto problému: *nadmerná pomoc človeku v tiesni, nevhodná forma pomoci, neporozumenie ľuďom, ktorí pomoc potrebujú* a pod.

- **Cvičenia** sa môžu týkať tréningu niektorých psychických dejov, napr. pamäti (senzorickej, krátkodobej, dlhodobej) alebo psychomotorických zručností a pod. Z hľadiska psychológie zdravia je najmä *pohybová aktivita* (telesné cvičenia) veľmi významná, najmä v súvislosti s niektorými psychickými poruchami: *depresie, zvládanie stresu, znižovanie úzkosti (anxiety), posilňovanie sebadôvery a sebahodnotenia*.

- **Duševná hygiena (mental health)** je tiež problematika psychológie zdravia; jej význam spočíva v posilňovaní a udržovaní duševného zdravia, má konkrétnu úlohu zabezpečovať, aby správanie ľudí odrážalo realitu, aby bolo primerané vo všetkých situáciách (Míček, 1986; Křivohlavý, 2001b). Zabezpečovanie duševnej hygieny prebieha v niekoľkých úrovniach: ako navodzovanie **správnej životosprávy** (správna organizácia času:

striedania práce a odpočinku, telesnej a duševnej činnosti); **úprava životného prostredia** (domáceho, pracovného, biologická a chemická spoľahlivosť životného prostredia); **úprava sociálnych vzťahov** (komunikácie, riešenie konfliktov, stresu); **sebvýchova a autoregulácia** (sebvýchova, cieľavedomosť, nácvik správnych spôsobov správania).

- **Zmysluplnosť života, dôvera a viera** sú fenomény patriace tiež do psychológie zdravia; ich opodstatnenosť je doložená viacerými zisteniami a kauzistickými závermi (Stráženeček, 2000). Sú to významné protektívne faktory pri hodnotení kvality vlastného života. Z hľadiska zmysluplnosti života je považovaná schopnosť zvládať stres ako jedna z najvýraznejších charakteristík duševného zdravia.

Záver

Psychológia zdravia a ostatné behaviorálne vedy sú prudko sa rozvíjajúce a rýchlo sa meniace oblasti, ktoré významne prispievajú k zlepšeniu zdravia a zdravotnej starostlivosti. Jedným z cieľov verejného zdravotníctva je **zodpovednosť občanov za zdravie celej spoločnosti**, psychológia zdravia vstupuje do tohto procesu svojím cieľom t.j., učiť ľudí k **zodpovednosti aj za svoje zdravie**. Tieto dva prístupy organicky na seba nadväzujú a stávajú sa významným podporovateľom zdravia v rámci celej spoločnosti.

Verejné zdravotníctvo je komplexný systém starostlivosti o verejné zdravie a psychológia zdravia v tomto procese rieši praktické otázky problémov správania v smere jeho ovplyvňovania u jednotlivcov. Formy správania, ktorými sa psychológovia zdravia zaoberá, sú závažnými rizikovými faktormi pre väčšinu chronických chorôb, ktoré sú označované aj ako *choroby životného štýlu*. Podľa odhadu *Centers for Disease Control* (CDC, USA in Kaplan, et al.1996), aspoň polovica predčasných úmrtí na svete súvisí so správaním jednotlivcov. To je významne nebezpečný údaj a upozorňuje na nevyhnutnosť klásť veľký dôraz na štúdium a reedukáciu správania jednotlivcov, čo je v konečnom dôsledku v záujme zlepšenia zdravia celého ľudstva.

Použitá literatúra:

1. Baštecký J., Šavlík J., Šimek J.: Psychosomatická medicína, Grada, 1993,
2. Kaplan R.M., Sallis J.F., Patterson, T.L.: Health and Human Behavior, ISBN 0-07-033566-4, Univ.of Calif. San Diego, USA.p.450.
3. Kobasa S.C.: Stressful life events and health. J.of Personal, Social Psychol., 9979, 37,1-11.
4. Křivohlavý J.: Psychologie zdraví, Portál, 2001a.
5. Křivohlavý J.: Psychologie nemoci, Grada, Praha, 2001b
6. Lazarus R.S., Folkman S.: Stress, appraisal and coping, Spring.N.Y., 1984.
7. Míček L.: Duševní hygiena, SPN, Praha, 1986.

8. Stríženec M.: Religion and coping: empirical verification of their interaction. Stud. Psychologica, 2000, 32, 1-2, 71-74.
9. Šolcová I., Kebza: Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti (hardiness) u vzorku americké a české populace. Čs.psychol., 1996, 40, 480-487.
10. Zacharová E., Hermanová M., Šrámková J.: Zdravotnická psychologie, Grada, 2006.

Adresa autora:

PhDr. Eva Šovčíková, CSc.,

eva.sovcikova@szu.sk

Fakulta verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave,

Limbová 14, 83303 Bratislava,

Dekan: doc. MUDr. Roman Kováč, CSc. mim. prof.

Klady a nedostatky v poskytovaní geriatrickej zdravotnej starostlivosti

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

Katedra behaviorálneho zdravia Fakulty verejného zdravotníctva SZU v Bratislave

Súhrn

12,09 % obyvateľstva SR je vo veku nad 65 rokov, priemerný vek obyvateľstva je 38,3 rokov. Stredná dĺžka života pri narodení má stúpajúca trend a dosiahla v r. 2008 70,85 rokov pre mužov a 78,73 rokov pre ženy.

V geriatrickej zdravotníckej sieti pôsobia na úrovni primárneho kontaktu praktickí lekári a 386,79 sestier v Agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. V 59 geriatrických ambulanciách pracuje 30,67 geriatrov. Nemocničná starostlivosť bola v odbore poskytovaná na 947 geriatrických posteliach, 322 gerontopsychiatrických posteliach, 2146 posteliach oddelení a liečební pre dlhodobu chorých a 636 posteliach doliečovacích.

Najväčším kladom je systém starostlivosti, ktorý existuje na Slovensku už 30 rokov a vychádza z Koncepcie geriatrickej starostlivosti. Z nedostatkov pri poskytovaní geriatrickej starostlivosti treba vyzdvihnúť nízky počet lekárskejších miest ambulantných geriatrov, z čoho plynie nedostatočná dostupnosť tejto služby. Personálne i materiálne vybavenie geriatrických zdravotníckych zariadení je nedostatočné. Legislatívne nie je vyriešený problém dlhodobej starostlivosti v geriatrickej. Absentuje pripravenosť spoločnosti na demografické zmeny.

Kľúčové slová: demografický vývoj – geriatrická zdravotnícka sieť – klady a nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti seniorom

Demografické údaje potvrdzujú trend starnutia obyvateľstva, ale súčasne i zlepšovania jeho zdravotného stavu.

Tab. 1: Veková štruktúra obyvateľstva podľa ekonomických vekových skupín v SR, 2001-2008

Veková skupina/rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Index (%) 2008/2001
0-14	1006970	974991	944456	918915	894308	870622	851044	836069	83,03
15-64	3759296	3787945	3815286	3839958	3862234	3883376	3903172	3921880	104,32
65+	612685	616225	620311	625949	632638	639639	648782	654305	106,79
Spolu	5378951	5379161	5380053	5384822	5389180	5393637	5400998	5412254	100,62

Zdroj: ŠÚ SR 2008(1)

Tab. 2: Veková štruktúra obyvateľstva SR v %

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0-14	18,72	18,13	17,55	17,06	16,59	16,14	15,76	15,45
15-64	69,89	70,42	70,92	71,31	71,67	72,00	72,27	72,46
65+	11,39	11,46	11,53	11,62	11,74	11,86	11,98	12,09

Zdroj: ŠÚ SR 2008

Tab. 3: Priemerný vek obyvateľstva v SR 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Muži	34,6	34,9	35,2	35,5	35,8	36,1	36,3	36,6
Ženy	37,7	38,0	38,4	38,7	39,0	39,3	39,5	39,8
Spolu	36,2	36,5	36,8	37,1	37,4	37,7	38,0	38,3

Zdroj: ŠÚ SR 2008

Tab. 4: Stredná dĺžka života pri narodení SR, 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Muži	69,51	69,77	69,77	70,29	70,11	70,40	70,51	70,85
Ženy	77,54	77,57	77,62	77,83	77,90	78,20	78,08	78,73

Zdroj: ŠÚ SR 2008

70% ľudí vo veku nad 70 rokov trpí ochorením srdca a ciev, 50% z rovnakej vekovej skupiny chronickými zápalovými procesmi, 20% ľudí vo veku nad 65 rokov trpí psychickou poruchou a 30% ľudí vo veku nad 60 rokov poruchami tráviaceho traktu. V skupine ľudí vo veku nad 80 rokov 35% žien a 23% mužov nevychádza z bytu, 52% má oslabený zrak, z toho 12% ťažko, 45% horšie počuje a 42% má sťažený prístup k zdravotnej starostlivosti (2).

Zdravotná starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach sa Poskytuje na základe platnej koncepcie geriatrickej starostlivosti, vydanjej MZ SR v r. 2007 (3). **Ambulantnú geriatrickú starostlivosť** poskytujú odborní lekári geriatrickej starostlivosti v geriatrických ambulanciách. V r. 2008 pracovali geriatrickej starostlivosti na odborných ambulanciách v rozsahu 30,67 p.m., počet ambulancií v SR bol v r. 2007 59. V poskytovaní ambulantnej geriatrickej starostlivosti najviac zaostávajú kraje trnavský, žilinský a košický (tbl. 1).

Tab. 5: Prehľad ambulantných geriatrických zariadení SR, 2008 (5)

územie SR/kraje	počet obyvateľov 65+	p.m. sestier v ADOS	počet l.m. v geriatr. amb.	počet l.m. v geronto-psych. amb.	počet l.m. v amb. Dolieč. odd.	počet l.m. v amb. Dlhodobochorých
SR	654 305	386,79	30,67	2,40	0	1,80
Bratislava	77 592	30,22	6,58	0,70	0	0,10
Trnava	68 448	47,83	0,68	0	0	0,30
Trenčín	78 546	36,10	5,50	0,20	0	0
Nitra	94 232	49,19	3,58	1,50	0	0,20
Žilina	79 834	48,03	1,25	0	0	0

Banská Bystrica	82 805	41,55	5,60	0	0	0
Prešov	85 806	85,42	4,73	0	0	1,20
Košice	87 042	48,45	2,75	0	0	0

Zdroj: NCZI, 2009

Nemocničnú akútnu diagnostiku a liečbu občanom vo veku 65+ poskytujú **geriatrické oddelenia a kliniky** (947 postelí), intenzívnu starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti (4 posteľe len v bratislavskom kraji), psychiatrickú starostlivosť občanom vo veku 65+ poskytujú **gerontopsychiatrické oddelenia** (322 postelí), chronicky chorým dospelým občanom poskytujú starostlivosť **liečebne a oddelenia pre dlhodobo chorých** (2 146 postelí vrátane 90 detských) a dospelým občanom s potrebou doliečenia po akútnej starostlivosti **doliečovacie oddelenia** (636 postelí) (tbl. 2-4).

Tab. 6: Prehľad nemocničných zariadení geriatrického typu v SR k 31.12.2008

oddelenie	Počet zariadení	Počet postelí	Počet l.m.	Počet postelí/1 l.m.	Počet p.m. sestier	Z toho pri posteli chorého
Geriatrické	27	947	75,74	12,5	291,99	263,23
JIS geriatrická	1	4	2,70	1,5	10,00	10,00
Gerontopsychiatrické	8	322	18,80	17,1	67,00	63,50
Dlhodobo chorých	65	2 146*	134,02	16,0	613,76	564,65
Doliečovacie	33	636	36,92	17,2	196,30	169,00

Tab. 7: Činnosť nemocničných zariadení geriatrického typu v SR k 31.12.2008

oddelenie	Počet postelí	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dní	Priemerný ošetrovací čas v dňoch	Využitie postelí v dňoch	Využitie postelí v %
Geriatrické	947	18 298	200 828	11,0	211,2	66,7
JIS geriatrická	4	156	1 051	6,7	262,8	74,0
Gerontopsychiatrické	322	1 683	69 655	41,4	220,7	67,5
Dlhodobo chorých	2 146*	25 239	490 865	19,4	227,6	64,2
Doliečovacie	636	10 553	120 938	11,5	185,6	55,7

* vrátane 90 detských postelí

Zdroj: NCZI, 2009

Najväčším kladom je systém starostlivosti, ktorý existuje na Slovensku už 30 rokov a vychádza z Koncepcie geriatrickej starostlivosti. Súčasne platná koncepcia bola prijatá v roku 2007. Z koncepcie vyplynulo zriadenie geriatrickej zdravotnej siete a sústavné školenie odborníkov. V súčasnej dobe má Slovensko 195 odborných lekárov geriatrov.

Zo zistení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Hlavného odborníka MZ SR a krajských geriatrov vyplynulo, že v zdravotnej starostlivosti o seniorov sa vyskytujú najmä tieto nedostatky.

1. ambulatná starostlivosť

- * Reálne lekárske úväzky geriatrov v odbore sa pohybujú okolo 23,0 l.m., pričom novela 751/2008 Nariadenia vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v odbore geriatrickej určuje pre ambulatnú geriatrickej starostlivosti len 22,0 l.m. pre celé Slovensko. Počet ambulancií v SR bol 59. Dostupnosť ambulatnej geriatrickej starostlivosti v niektorých oblastiach nebola zabezpečená.
- * Chýbajú zariadenia poskytujúce dennú starostlivosť pacientom s demenciou.
- * Chýbajú sestry pre starostlivosť v komunite a chýba dohľad nad dodržiavaním liečebného režimu a dohľad nad rizikovými starými ľuďmi.
- * Pretrvávajú problémy pri zabezpečení odbornej starostlivosti o imobilných pacientov, ktorí sú v domácom prostredí.

2. Nemocničná starostlivosť

- * V niektorých oblastiach je nedostupná alebo ťažko dostupná špecializovaná akútna geriatrická starostlivosť (napr. žilinský kraj).
- * Nedostatok lekárov spôsobuje problémy pri zabezpečení konziliárnych služieb na negeriatrických oddeleniach so starými pacientmi.
- * Napriek platnému metodickému usmerneniu o kvalifikačných predpokladoch potrebných pre vykonávanie vedúcej funkcie, nemajú mnohí primári geriatrických zariadení špecializáciu v geriatrickej starostlivosti.
- * V mnohých nemocniciach chýbajú paramedicínski špecialisti (psychológovia, logopédi, liečební pedagógovia).
- * Nedostatočná vybavenosť pomôckami výrazne zhoršuje starostlivosť o starých, imobilných a inkontinentných pacientov. Prejavuje sa to vysokým výskytom preležanín.
- * Architektonické riešenie mnohých oddelení je nevhodné pre ťažko mobilných pacientov. Nábytok v nemocniciach výrazne sťažuje pohyblivosť pacientov s poruchami mobility. Počet toaliet a kúpeľní je nedostatočný, čo robí problémy ťažko mobilným pacientom. Na niektorých oddeleniach nefunguje signalizácia a pacienti majú problém dovolať sa pomoci.
- * Nedostatok miesta v zariadeniach sociálnej starostlivosti blokuje lôžka, a tak mnohí pacienti sú prepúšťaní nedoliečení a mnohí pacienti sa dostanú do nemocnice až po viacerých vyšetreniach na centrálnom príjme.
- * Zatiaľ sa nepodarilo vyriešiť dlhodobú geriatrickej starostlivosti v rezorte zdravotníctva.

Napriek nedostatkom v geriatrickej zdravotnej starostlivosti je úroveň poskytovaných služieb stále uspokojivá a vzhľadom k ochote Ministerstva zdravotníctva SR riešiť problémy, sa i pri celkových ťažkostiach rezortu rysuje šanca na odstránenie alebo zlepšenie aspoň niektorých z uvedených nedostatkov.

Literatúra

1. ŠÚ SR, 2008
2. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: Geriatria pre praktického lekára, 2. vyd., Bratislava: HERBA, 2006, s. 340 s., ISBN 80-89171-36-2
3. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore geriatria Vestník MZ SR, Čiastka 1-5, 25.januára 2007,Ročník 55
4. NCZI, 2009
5. HEGYI, L.: Zdravotný stav seniorov v Európe a možné trendy jeho vývoja. Geriatria, 2008, č.3, s. 99-106

Adresa autora:

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.

Fakulta verejného zdravotníctva SZU v Bratislave

Poradenstvo vo verejnom zdravotníctve so zameraním na fajčenie a alkohol

Róbert Ochaba
Katedra behaviorálneho zdravia, FVZ SZU

Súhrn

Článok poradenstvo vo verejnom zdravotníctve charakterizuje východiská, postavenie, obsah a ciele v oblasti znižovania rizika fajčenia a užívania alkoholu. Poradenstvo vo verejnom zdravotníctva prebieha systematicky od roku 1992 v rámci programu CINDI. Z tohto pohľadu sú charakterizované formy, metódy a etapy poradenského procesu v poradni na odvykanie od fajčenia a v poradni prevencie drogových závislostí. Záver príspevku podporuje rozvoj činnosti poradní na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva.

Postavenie a úlohy poradenstva vo verejnom zdravotníctve

S účinnosťou od 1. 9. 1999 vydalo Ministerstvo zdravotníctva SR odborné usmernenie č. 33 na zriaďovanie, prevádzku a činnosť Poradenských centier ochrany a podpory zdravia. V článku 4 ods. 3 tohto usmernenia sa hovorí o organizácii poradenských centier na úseku poskytovania špecializovaného poradenstva prevencie a odvykania od fajčenia a iných foriem prevencie. V rámci určenia pracovných postupov v základnej poradni a špecializovaných poradniach bolo vypracovaných niekoľko odborných manuálov. V roku 2000 vydal kolektív autorov manuál, ktorý mal komplexne pokrývať problematiku zásad, metód a foriem poskytovania poradenskej starostlivosti v poradenských centrách zdravotnej výchovy a podpory zdravia (Avdičová, 2000). Inak tomu nebolo ani pri určení postupu v poradenskej činnosti v *poradni na odvykanie od fajčenia* (Dobiášová, 1997, Ochaba, 2007). V rámci poradenstva prevencie drogových závislostí bol vypracovaný aj manuál pre *poradenstvo prevencie drogových závislostí* (Ochaba, 2007).

V súčasnosti platný **zákon č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov** kladie dôraz na poradenskú činnosť poradní zdravia pri regionálnych úradoch verejného zdravotníctva. Cieľom poradenských centier ochrany a podpory zdravia je znižovanie výskytu zdravotných rizík prostredníctvom všeobecného a špecializovaného poradenstva zameraného na pozitívnu zmenu spôsobu života, s využitím vedecky overených poznatkov a metód z oblasti medicíny a verejného zdravotníctva (Rovný, 2007).

Regionálne úrady verejného zdravotníctva poskytujú v rámci špecializovaného poradenstva klientom odborné poradenstvo a spolupracujú so štátnou správou a poskytovateľmi liečebno-preventívnej zdravotnej starostlivosti (ambulantné zdravotnícke zariadenia pre drogové závislosti, praktickí lekári, psychiatrické ambulancie, pedagogicko-psychologické poradne).

Poradenstvo je metóda vzdelávania a výchovy, metóda redukovania emocionálneho napätia, metóda pomoci človeku pri riešení problémov a pri hľadaní nových priradenejších foriem života.

Typy a formy poradenských služieb vo verejnom zdravotníctve

Podľa cieľovej skupiny môže byť poradenstvo zamerané na *jednotlivca, skupinu i širokú verejnosť*.

V rámci **individuálneho poradenstva** by mali poradne umožniť klientovi zorientovať sa v probléme nadmerného pitia, užívania tabaku a iných drog, mali by mu poskytnúť informácie o hroziacich nebezpečenstvách poškodenia zdravia a riziku vzniku závislosti. Mali by zabezpečovať jeho usmernenie a distribúciu do odborných ambulancií lekárov a liečební.

Poradenstvo skupinové so zameraním na ohrozené skupiny, napríklad študentov škôl, kde sa vyskytol problém, pracovníkov barov, pohostinských zariadení, kde sa predáva a konzumuje alkohol, na vodičov, ktorí jazdili so zisteným alkoholom v organizme a iné. Vykonáva sa na požiadanie a po dohode s príslušnými organizáciami. Na druhej strane, skupinové poradenstvo je jednou z účinných metód zanechania fajčenia (Rovný, 2005).

Poradne by mali v rámci svojho pôsobenia zabezpečovať aj výstupy pre médiá v oblasti prevencie možných škôd v dôsledku užívania tabaku, alkoholu a iných drog. Mali by sa podieľať na príprave edičných materiálov, letákov a iných materiálov s použitím moderných foriem a metód výchovy ku zdraviu, ktoré sú určené pre *širokú verejnosť* (Hegyí, 2004).

Poradenstvo so zameraním na prevenciu drogových závislostí nie je určené na starostlivosť o ľudí

s aktívnou chorobnou závislosťou alkoholu a iných drog. V prípade zistenia chorobnej závislosti, alebo podozrenia na ňu, či inú duševnú poruchu, ktorá by mohla vyžadovať medicínsku liečbu, sú pracovníci poradne povinní bez meškania poradiť a odporučiť klientovi, aby urýchlene vyhľadal špecializovanú zdravotnícku liečebno-preventívnu starostlivosť v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Poradenstvo nie je určené ani klientom s diagnostikovanou aktívnou chorobnou závislosťou, či v prvých 12 mesiacoch abstinencie, ktorí nepatria do kontinuálneho poradenského procesu.

V individuálnom poradenstve poradca vykonáva orientačné preskúmanie problematiky, čiže nemedicínsku diagnostiku. V prípade podozrenia, či potreby medicínskej diagnostiky, táto sa v poradniach nevykonáva, ale poradca má povinnosť pacienta odporučiť do príslušného špecializovaného zdravotníckeho zariadenia.

Kontakt s klientom

Do poradenstva vstupujú rôzne skupiny a typy klientov. Poradenstvo pre prevenciu drogových závislostí je orientované na občanov s hazardným spôsobom pitia. Ďalej na tie skupiny, ktoré sa z dôvodu nedostatku primeraných sociálnych návykov nedokážu prispôbiť akceptovaným spoločenským normám správania. Podobne na ľudí, ktorí stratili svoje rodinné zázemie, na tých, čo majú problémy s alkoholom, ilegálnymi návykovými látkami, taktiež (rodinní príslušníci, deti, rodičia), ktorí zlyhávajú vo všetkých sociálnych rolách (profesionálnej, občianskej, rodičovskej). Pôsobenie pracovníkov poradní nie je orientované na *chorých ľudí so závislosťou od alkoholu a iných drog*, ale na tých, čo sú vo zvýšenom riziku vzniku poruchy zdravia, najmä závislosti v dôsledku hazardného spôsobu užívania týchto látok.

V súvislosti so zameraním poradne prevencie drogových závislostí je potrebné zdôrazniť, že poradenstvo na odvykanie od fajčenia vykonávajú poradne na odvykanie od fajčenia v rámci samostatného nadstavbového poradenstva a podľa manuálu pre poradne na odvykanie od fajčenia.

Poradňu na odvykanie od fajčenia navštevujú väčšinou *spontánne typy*, ktorí majú vlastnú skúsenosť a záujem o zanechanie fajčenia, ale aj *klienti posielaní svojimi príbuznými, partnermi, či rodičmi* a klienti distribuovaní alebo odporúčaní z iných zariadení.

Diagnostika

Poradca využíva v poradni základné diagnostické metódy – *pozorovanie, analýzu materiálov, štandardizovanú diagnostiku, činnosťnú diagnostiku*.

Pozorovaním sa zameriava na vonkajšie prejavy správania. Dobrý poradca vie pracovať so selektívnym výberom, vie komunikovať vo forme verbálnej i neverbálnej a predmetom jeho pozorovania sú aj klientove motorické prejavy.

Štandardizovaná diagnostika – poradca sa dostáva k výsledkom štandardizovaných testov vlastne len sprostredkované, ako výstup psychológa alebo lekára. Na druhej strane má poradca právo predložiť na vyplnenie testy, ktoré určujú stupeň závislosti a iné testy, ktoré pomáhajú identifikovať dôvody zanechania a riziko zlyhania. Klient sa sám rozhodne poskytnúť výsledky poradcovi.

Činnosťná diagnostika – prostredníctvom využívania modelových situácií sa zadá úloha klientovi a jeho úlohou je odpovedať na otázky a vysvetliť následne jeho reakcie, respektíve jeho postoje.

Diagnostika fajčenia je založená na dotazníkových metódach a individuálnom rozhovore. Objektívne hodnotiace metódy pomocou analýzy vydychovaného oxidu uhoľnatého a biochemickej analýzy kotinínu v moči sú skôr pomocnými metódami na potvrdenie výpovede klienta. Všeobecná anamnéza klienta potom pozostáva zo zistenia veku, mena, dosiahnutého vzdelania, mena ošetrojúceho lekára (praktického lekára) a zdravotných problémov. Behaviorálna anamnéza klienta pozostáva z údajov o počte denne vyfajčených cigariet, o dobe fajčenia, o značke cigariet, o počte pokusov prestať s fajčením, o dôvodoch, prečo došlo k zlyhaniu a o určení dôvodov k zanechaniu fajčenia (Ochaba, 2006 a 2007).

Metódy práce v poradenstve

Kvalita a efektivita poradenského procesu je často priamo úmerná priebehu prvého kontaktu s klientom. Aby výsledky poradenského procesu boli čo najtrvácnejšie, je vhodné využívať rôzne účinné metódy. **Poradenstvo disponuje širokou paletou rôznych metód a postupov:**

Informácia – klienti často prichádzajú do poradne pre určité informácie a poznatky, ktoré by im mali pomôcť orientovať sa v probléme a hľadať primerané riešenia.

Distribúcia – do poradne často prichádzajú aj klienti, ktorých problém nie je možné riešiť v poradni. Poradca v takomto prípade odosiela klienta do inštitúcie i zariadenia, ktoré je kompetentné pre riešenie uvedených problémov.

Klarifikácia – je proces, v rámci ktorého si poradca a klient objasňujú rôzne aspekty prezentovaného problému. Je užitočné, ak poradca sám brilantne neobjasňuje všetky príčiny a okolnosti rizika poškodenia zdravia, ale vedie klienta k tomu, aby si sám objasnil základný rámec problému, hľadal príčiny toho, čo sa stalo. Poradca pôsobí podporne, povzbudzuje ho.

Ventilácia – mnohí klienti prichádzajú do poradne preto, aby mohli s niekým hovoriť o svojich ťažkostiach a problémoch. Ventiláčna konzultácia pomáha klientovi zbaviť sa nahromadeného napätia, úzkosti, umožňuje mu hovoriť o ťažkostiach a problémoch bez obáv. Niektorým klientom ventilácia úplne postačí a nepotrebujú inú poradenskú intervenciu. Pri práci poradcu s klientom je ventilácia veľmi dôležitá, pretože keď klient dostane zo seba všetku nespokojnosť, vytvorí sa tým priestor pre konštruktívnu poradenskú prácu.

Povzbudenie – klienti často prichádzajú do poradne s neistotou. Je dôležité, aby poradca hneď v iniciálnej fáze klienta povzbudil, ocenil to, že klient prišiel do poradne, uistil ho, že jeho problém budú spolu riešiť.

Interpretácia – v určitej fáze procesu prestáva byť poradca celkom pasívnym a aktívne dopĺňa chýbajúce súvislosti, ktoré doteraz ostávali klientovi skryté. O tom, či je interpretácia správna, rozhoduje v konečnom dôsledku klient, pretože ten ju prijíma alebo neprijíma, prípadne ju spracováva v ďalšom procese. Poradcovo interpretovanie by malo byť správne načasované, nemal by interpretovať v stave zvýšeného napätia klienta, pri nedostatku poznatkov, interpretácia nesmie presahovať klientove chápanie seba a kontextov v jeho živote.

Tréning – je charakteristická metóda pre behaviorálne prístupy, jeho hlavnými zložkami sú učenie, opakovanie a nácvik. V poradenských programoch sa objavujú tréningy optimálnej komunikácie, využívajú sa zároveň preventívne ako súčasť osobnostného rastu a sociálnych zručností.

Relaxačné techniky – sú špeciálnou formou nácvikov, ktoré využívajú súvislosti medzi uvoľnením svalstva, psychickým preladením a ovplyvnením somatiky.

Modelovanie – patrí medzi činnostné metódy práce poradcu.

Hranie rolí – je podobná metóda ako modelovanie. Prehranie role môže druhému človeku priblížiť prežívanie druhého človeka, jeho pocity.

Konfrontácia – poradca upozorňuje klienta na rozdiely a rozpory v jeho tvrdeniach, správani, v chápaní seba a iných. Pri individuálnom poradenstve môže prísť ku konfrontácii názorov a postojov poradcu a klienta, pri skupinovom ku konfrontácii medzi názormi jednotlivca a skupiny.

Reflexia – poradca odráža to, čo klient povedal, preformulováva klientove odpovede, aby stimuloval ďalší klientov vzhľad a sebareflexiu.

Intervencia v poradenstve

Existuje množstvo poradenských metód a postupov. Jedným z poradenských systémov je aj *behaviorálny prístup*. Vychádzajúc z predpokladu, že každé správanie je výsledkom toho, čo sa človek naučil, alebo nenaučil v živote. Na tomto princípe je založený **poradenský vzťah**, ktorý je edukatívny a monitoruje vzťah poradca – klient. Behaviorálny prístup je krátkodobý, pracuje často s technikami, ktoré majú navodiť zmenu. Používa sa najčastejšie **v poradenskom procese pre prevenciu vzniku závislostí a v sociálnom poradenstve**. Rozhovorom sa poradca snaží získať potrebné informácie, ktoré súvisia s klientom a jeho problémom.

Počas vedenia *poradenského rozhovoru* prezentuje klient poradcovi svoje problémy. Poradca aktívne počúva, snaží sa klienta pochopiť.

Rozhovor prebieha v nasledujúcich bodoch:

- **Vyjednávanie** – za akým účelom klient navštívil poradňu. Veľmi dôležité je aktívne počúvanie, práca s otázkami, empatia, neverbálna komunikácia,
- **Stanovenie kontraktu alebo zákazky** (očakávaný výsledok klienta),
- **Vlastný dialóg** (jadro problému – rozhovoru),
- **Záverečná správa** (hodnotenie),

Každý poradenský prístup viac menej vychádza zo záveru, že sa musí v istom čase ukončiť. Jednak z dôvodu, že klient dosiahol svoj cieľ alebo z dôvodu, že klient nenavštívil poradňu a proces tak dobrovoľne ukončil. Každé ukončenie poradenského procesu je poradca povinný zaznamenávať do dokumentácie o klientovi, spoločne s uvedením dôvodu ukončenia poradenstva a dosiahnutých výsledkoch.

Individuálne poradenstvo

Na Slovensku je známy a využívaný program postupného odvykania od fajčenia, ktorého autormi sú T. Kollárik a kol. (Rovný, 2005). Program sa využíva pri skupinovej forme odvykania, ale je účinný aj v prípade individuálneho poradenstva.

Poznáme dve formy individuálneho poradenstva, ktorými sú *individuálny prístup, ako doplnková forma a individuálny prístup pre ľudí, ktorí nemajú záujem o skupinové stretnutia*. Individuálny prístup je zvlášť výhodný pre ľudí, ktorí trpia depresiou, poruchami afektivity, alebo úzkostnými neurózami. Každý fajčiar, ktorý sa rozhodne prestať fajčiť, prejde niekoľkými fázami:

Štádium pre - uvažovania je obdobím, keď klient nevníma škodlivosť fajčenia. V tomto štádiu sa uplatňuje aplikácia tzv. motivačného rozhovoru. Poukázať na nebezpečenstvo fajčenia sa darí vybranými intervenčnými tematikami - informovať klienta o vplyvoch fajčenia, odporúčať zmenu správania, zostaviť podmienky na dosiahnutie zmeny správania, diskutovať s klientom o jeho názore na odporúčania. Dôležitá je spätná väzba s cieľom monitorovania a posilňovania zmeny správania. Ak klient začne o nastolených otázkach uvažovať, obyčajne zopakuje návštevu.

Štádium uvažovania je vhodné zamerať sa na uvedomenie zmeny životného štýlu, ktorý prináša zlepšenie zdravotného stavu, zvýšenie sebaocenenia i zlepšenie ekonomickej situácie. Ako náhle klient zistí, že výhody nefajčenia sú väčšie, ako výhody fajčenia, rozhodne sa s fajčením prestať.

Štádium prípravy zahŕňa stanovenie dňa, kedy s fajčením prestať, získanie opory v blízkom okolí, informovanie rodiny, blízkych a požiadanie o pomoc a podporu, odstránenie predmetov spojených s fajčením a voľne dostupných cigariet. V prvých mesiacoch je dôležité sa vyhýbať miestam, kde sa fajčí a najmä konzumácii alkoholu. Pripraviť si kompenzácie za fajčenie a venovanie sa koníčkam.

Štádium akcie sa upraví pre potreby individuálneho poradenstva. Individuálne poradenstvo pri postupnom alebo náhlom ukončení fajčenia by sa malo realizovať aspoň raz za týždeň. Individuálne poradenstvo by malo prebiehať aj v *štádiu upevňovania* role bývalého fajčiara. Ak sa klient lieči z nikotínovej závislosti, veľmi účinné sú už aj 4 individuálne konzultácie, v trvaní aspoň 20 minút.

Skupinové poradenstvo

Skupina je sociálnym mikrosvetom a pri odvykaní od fajčenia má niekoľko podporných funkcií. Má presne definovaný cieľ, čo umožňuje využiť vplyv sociálneho tlaku na jednotlivca. Cieľ skupinového stretnutia musí byť preto vždy jasne definovaný a na začiatku stretnutia formulovaný a deklarovaný. Na každom skupinovom stretnutí je nesmierne dôležitá jednotnosť cieľov. Kognitívno-behaviorálny prístup pri odvykaní od fajčenia býva najúčinnější v kombinácii s využitím skupinovej dynamiky, s možnosťou individuálnej konzultácie (Ochaba, 2002). Individuálny prístup je podpornou možnosťou skupinového odvykania, no deje sa mimo skupinových stretnutí, na žiadosť jednotlivca. Nenahraditeľný je význam faktorov, ako je skupinový tlak, súťaživosť a pod. Dôležité je v skupine udržiavať atmosféru ocenenia a emočného prijatia, zvlášť v prípade vzniku rôznych konfrontácií. Rola vedúceho koordinátora skupiny odvykania od fajčenia je vzhľadom k sile nikotínovej závislosti pomerne náročná. Je vhodné absolvovať prípravný tréningový program pred vedením takýchto kurzov. Úlohou vedúceho kurzu je napríklad upevňovať skupinovú atmosféru a pocit príslušnosti ku skupine medzi členmi. Vedúci koordinátor skupiny sa podieľa na vytváraní pocitu psychického bezpečia v skupine, dohliada na ochranu členov i skupiny, ovláda umenie „mlčať“, aby vytvoril priestor pre skupinu, dbá na dodržiavanie časových limitov. V procese postupného odvykania od fajčenia je dôležité nielen vedenie skupiny, ale aj upevňovanie motivácie.

Program postupného odvykania predstavuje 8 týždňový podrobný kognitívno – behaviorálny plán pre skupinovú prácu pri odvykaní od fajčenia. Tréningový program určuje na každý týždeň presné úlohy. Fajčiari – účastníci odvykacích skupín si robia pravidelné záznamy o procese odvykania počas celého trvania programu. Vedúci koordinátor kurzu poskytne účastníkom všetky materiály a vysvetlí pravidlá robenia záznamov. Absolvovanie výcvikového programu zameraného na prácu so skupinou a dôsledné oboznámenie sa s materiálmi programu zvyšujú pravdepodobnosť úspechu účastníkov kurzu.

Telefonické poradenstvo

Quitline je interaktívne telefonické poradenstvo. Prostredníctvom neho možno poskytovať informácie o spôsoboch odvykania od fajčenia, vrátane farmaceutických preparátov, psychologickú a sociálnu väzbu na nikotín a pod. Jeho význam spočíva najmä v poskytovaní emocionálnej podpory pri odvykaní s cieľom zvyšovania motivácie. V prípade potreby možno volajúceho odkázať na ďalšie služby v tejto oblasti, hlavne na poradne, ktoré

poskytujú kvalifikované služby. Cieľovou skupinou telefonického poradenstva sú fajčiari, ktorí sa už zaoberajú myšlienkou ukončenia fajčenia, prípadne sú už rozhodnutí, ale bez odbornej pomoci nedokážu trvale abstinovať (Baška, 2007).

Záver

Poradenstvo vo verejnom zdravotníctve tvorí v systéme dôležitý nástroj na predchádzanie, znižovanie či zastavovanie rizík prejavov správania, ktoré poškodzujú zdravie. Od roku 1992 začali vznikať počiatky komplexnej poradenskej činnosti vo verejnom zdravotníctve v rámci medzinárodného projektu CINDI. Úlohou orgánov verejného zdravotníctva je rozvíjať sieť poradenských zariadení najmä na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva. Systém poskytovania poradenstva vo verejnom zdravotníctve vychádza zo skúseností, ktoré potvrdzujú opodstatnenosť posilnenia postavenia poradenstva v oblasti lokálnej a cenovej dostupnosti pre každého obyvateľa, ktorý má záujem poradu navštíviť. Na Slovensku existuje na každom regionálnom úrade verejného zdravotníctva základná poradňa a mnohé typy nadstavbových poradní. Metodickým orgánom pre poradne na odvykanie od fajčenia je Úrad verejného zdravotníctva SR.

Literatúra:

1. **AVDIČOVÁ, M. a kol.:** Metodická príručka pre prácu v poradniach zdravia. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2000, 57 s. ISBN 80-7159-125-4
2. **BAŠKA, T., OCHABA, R., ŠŤASTNÝ, P.:** Vybrané aspekty kontroly tabaku – Odborná príručka pre telefonické interaktívne poradenstvo. Martin: Národná koalícia pre kontrolu tabaku, 2007, 40 s. ISBN 978-80-969767-0-6.
3. **DOBIÁŠOVÁ, V. a kol.:** Odvykanie od fajčenia. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy 1997, 39 s. ISBN 80-7159-090-8
4. **HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D.:** Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: SZU, 2004, 149 s. ISBN 80-89171-20-6.
5. **OCHABA, R., KAVCOVÁ, E., ROVNÝ, I., TÓTH, K.:** Zdravotné následky nedobrovoľného fajčenia u detí a žien. Verejné zdravotníctvo, 4, č. 2-3, 2007, www.szu.sk
6. **OCHABA, R., KOLLÁRIK, T., KAVCOVÁ, E., BAŠKA, T., AVDIČOVÁ, M., KRETOVÁ, E., SALAMONOVÁ, M., ŠIMOROVÁ, A., ŠŤASTNÝ, P.:** Manuál pre pracovníkov poradne na odvykanie od fajčenia. Bratislava: ÚVZ SR, 2007, 36 s. ISBN 978-80-7159-165-8.
7. **OCHABA, R., MAJTÁNOVÁ, E., ŠIMOROVÁ, A., ŠENKIRIK, R., BIELIK, I., STANČIAK, J., KUCHAROVÁ, B.:** Manuál pre poradenstvo prevencie drogových závislostí. Bratislava, ÚVZ SR, 2007, 32 s. ISBN 978-80-7159-168-9.
8. **OCHABA, R., ROVNÝ, I., BIELIK, I., BAŠKA, T., KAVCOVÁ, E.:** Základy poradenského procesu v poradni na odvykanie od fajčenia. Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 2006, 3, str. 177-189
9. **OCHABA, R.:** Odvykanie od fajčenia a kognitívno-behaviorálna psychoterapia. Alkoholizmus a drogové závislosti, 2002, 3, s.161 – 166.
10. **ROVNÝ, I., KOLLÁRIK, T., OCHABA, R.:** Prečo a ako prestať fajčiť. Bratislava: ÚVZ SR, 2005. 16 s. ISBN 80-7159-147-5.
11. **ROVNÝ, I., OCHABA, R., BIELIK, I. a kol.:** Prevencia závislosti a fajčenia tabaku. Bratislava: ÚVZ SR, 2007. 144 s. – ISBN 978-80-7159-164-1.
12. **ROVNÝ, I., OCHABA, R., KAVCOVÁ, E.:** Poradenstvo na odvykanie od fajčenia – moderné prístupy. Verejné zdravotníctvo, 2005, 2-3, <http://www.szu.sk>

Adresa autora:

PhDr. Róbert Ochaba, PhD., MPH

Katedra behaviorálnej medicíny

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita

Manažérske vzdelávanie v zdravotníctve na Slovensku

Mgr. Alexandra Fülöpová

Mgr. Karol Wild

V každej organizácii je dôležité, aby vedenie a riadenie bolo úlohou pre odborníka, ktorý má dostatočné znalosti nielen z oblastí, ktorými sa daná spoločnosť zaoberá, ale aj z manažmentu a riadenia. Iba tak bude schopný kvalifikovane a efektívne riadiť všetky zdroje, ktoré na svojej úrovni riadenia má k dispozícii a tým zabezpečiť smerovanie jeho činností k plneniu cieľov organizácie. V zdravotníctve, ktoré je charakteristické špecifickými trhovými mechanizmami, ostáva riadenie naďalej z veľkej časti na lekároch a iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí nemajú dostatočné vzdelanie a zručnosti v riadení a organizovaní zdravotníctva a pritom musia robiť aj ekonomické a manažérske rozhodnutia.

Z tohto dôvodu sme sa rozhodli zmapovať spôsoby manažérskeho vzdelávania zdravotníkov na Slovensku z pohľadu platnej legislatívy, zdravotníckych i nezdravotníckych študijných odborov a ich programovej náplne a doplnkových foriem vzdelávania. Všetky informácie a údaje pochádzajú z webových stránok jednotlivých univerzít, ich fakúlt, katedier a ústavov. Informácie, s ktorými sme pracovali, boli dostupné v mesiaci február 2009 na webových stránkach. Mnohé z nich však neboli aktualizované po dlhší čas, čo je už ale otázkou sebareprezentácie jednotlivých inštitúcií, marketingovej stratégie a získavania si nových poslucháčov.

V dobe zberu údajov bolo na Slovensku 21 verejných, 10 súkromných a 3 štátne vysoké školy a z nich zdravotnícke študijné odbory na svojich fakultách poskytovalo 8 z nich.

Prehľad manažérskeho vzdelávania v zdravotníctve na Slovensku v zdravotníckych odboroch

V rámci analýzy manažérskeho vzdelávania v zdravotníctve na slovenských univerzitách a vysokých školách sme dospeli k záveru, že oblasť zdravotníckeho manažmentu je sústredená najmä do obsahu a náplne študijných programov pregraduálneho štúdia a to najmä v odbore Verejné zdravotníctvo. Ten je v sieti študijných odborov 6 fakúlt na 5 univerzitách a vysokých školách na Slovensku.

Ostatné zdravotnícke študijné odbory majú zakomponované vo svojich študijných programoch len základy manažmentu v príslušnom zdravotníckom odbore alebo všeobecné základy manažmentu a riadenia zdravotníctva. Ak študenti majú záujem špecializovať sa v rámci svojho zdravotníckeho odboru práve na manažment a riadenie, musia absolvovať špecializačné postgraduálne štúdium v odboroch na riadenie pre príslušný odbor na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, ktorá ich v súčasnom období poskytuje ako jediná.

Najobsiahlejšiu manažérsku výučbu podľa jednotlivých povinných a nepovinných predmetov v študijných programoch pre odbor Verejné zdravotníctvo má Fakulta verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity a Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Študenti oboch univerzít si, najmä v magisterskom stupni štúdia, môžu sami voliť odborné predmety z oblasti manažmentu a riadenia a tým sa profilovať do tejto oblasti. Manažment je na oboch univerzitách zaradený aj do modulov pre štátnu skúšku. Absolvent takéhoto typu štúdia je, okrem iného, aj odborníkom pre organizáciu a riadenie v zdravotníctve a môže zastávať manažérske funkcie.

Zameranie jednotlivých vysokých škôl a univerzít

Trnavská univerzita má na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce pomerne dobre rozbehnutú sieť

manažérskeho vzdelávania v zdravotníctve. Tieto potreby poskytuje najmä Katedra zdravotníckeho manažmentu. Manažérske vzdelávanie je sústredené hlavne na odbor Verejné zdravotníctvo, kde v magisterskom stupni je jedným zo štyroch povinných predmetov pre štátne záverečné skúšky Manažment vo verejnom zdravotníctve. Fakulta má pre svojich študentov k dispozícii aj vlastné učebné texty z manažmentu a to : Riadenie ľudských zdrojov a Základy manažmentu v ošetrovatel'stve I.

Vysoká škola Sv. Alžbety je ďalšou v poradí, ktorá poskytuje v pregraduálnom štúdiu v odbore Verejné zdravotníctvo a Ošetrovatel'stvo základy manažérskeho vzdelávania. Špecializačné štúdium ani odborné zameranie v rámci manažmentu a riadenia už ale neposkytuje. Podľa profilu absolventa uverejneného na webových stránkach je možnosť uplatnenia absolventov odboru Ošetrovatel'stvo aj v oblasti ošetrovatel'ského manažmentu. Profil absolventa odboru Verejné zdravotníctvo o uplatnení sa v manažmente či riadení nič nehovorí.

Z dostupných informácií, ktoré sme mapovali sme zistili, že najkomplexnejšie vzdelávanie v oblasti manažmentu poskytuje *Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave*. Jej *Fakulta verejného zdravotníctva* má obsiahlu pregraduálnu výučbu v oblasti manažmentu v zdravotníctve. Rozsiahla sieť predmetov je jednak v povinnej i nep povinnej voliteľnej schéme štúdia, čím sa študenti môžu v prípade záujmu profilovať do manažérskej oblasti. Jedným z povinných modulov pre záverečnú štátnu skúšku je Zdravotná politika, ktorej obsahom sú aj základy manažmentu v zdravotníctve. Okrem toho majú študenti možnosť zvoliť aj Manažment, ako samostatný voliteľný modul. *Fakulta ošetrovatel'stva a odborných štúdií* tej istej univerzity nemá v rámci pregraduálneho štúdia žiadny odbor, ktorý by sa zaoberal manažmentom v zdravotníctve, ale poskytuje aspoň základné vedomosti.

Čo sa týka analýzy ďalšieho vzdelávania v oblasti manažmentu v zdravotníctve Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, ako jediná univerzita, poskytuje špecializačné programy pre riadenie a organizáciu v zdravotníctve podľa prílohy číslo 4 k Nariadeniu vlády č. 322/2006 Z.z.

Špecializačný študijný odbor **Odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve – Master of public health** (ďalej MPH) je jediným manažérskym odborom určeným pre všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov s ukončeným druhostupňovým vysokoškolským vzdelaním a praxou v zdravotníctve. Vznik tohto študijného odboru na Slovensku priamo súvisí s utváraním a vznikom Školy verejného zdravotníctva. Tento špecializačný odbor je určený pre všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov s ukončeným vysokoškolským vzdelaním a na Slovensku je jediný svojho druhu. Podľa profilu odboru zabezpečuje, že jeho absolventi budú schopní: analyzovať zdravotný stav obyvateľstva a identifikovať príčiny chorôb na populačnej úrovni, formulovať a koordinovať priority zdravotnej politiky a uplatňovať metódy prevencie, aplikovať v praxi získané manažérske vedomosti a zručnosti so špeciálnym zameraním na manažment zdravia, zdravotníckeho zariadenia a ekonomického zabezpečenia zdravotnej starostlivosti, projektovať a riešiť úlohy vyplývajúce z programov ochrany zdravia, podpory zdravia a výchovy k zdraviu, získavať pre tieto ciele verejnosť. Podmienkou pre zaradenie do štúdia je ukončené vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa a práca v zdravotníctve. Špecializačné štúdium sa začína akademickým rokom, štúdium trvá 3 roky, ktoré sú rozdelené na 6 semestrov. Každý semester má 2 týždne kontaktného štúdia a 80 vyučovacích hodín venovaných vybraným predmetom. Štúdium každého predmetu je zakončené skúškou na konci semestra. Za vykonanie skúšky sa pridávajú kredity. Podmienkou postupu do ďalšieho ročníka je získanie stanoveného počtu kreditov.

A nakoniec ďalšia univerzita, ktorá zabezpečuje vzdelávanie v zdravotníckom manažmente, najmä v odbore Verejné zdravotníctvo, je *Univerzita Komenského*, konkrétne, *Jesseniová lekárska fakulta v Martine* a *Lekárska fakulta v Bratislave*.

Manažérske vzdelávanie v zdravotníctve na Slovensku v nezdravotníckych odboroch

Sieť manažérskeho vzdelávania v nezdravotníckych odboroch je stále bohatšia a pestrejšia. Manažment v obchodnej, ekonomickej sfére má dlhšiu tradíciu a je oň aj väčší záujem. Napriek tomu sú aj nezdravotnícke študijné odbory, ktoré sa zaoberajú oblasťou manažmentu a riadenia v zdravotníctve. V súčasnosti, podľa informácií uverejnených na webových stránkach jednotlivých univerzít a vysokých škôl, sú na Slovensku dve univerzity, ktoré takéto študijné programy ponúkajú. Ich absolventi sa môžu uplatniť ako manažéri strednej až vrcholovej úrovne zdravotníckych zariadení, organizácií a pod. Ide o študijný program *Verejná ekonomika a služby* na Univerzite Mateja Bela v Banskej Bystrici a odboru *Verejná správa* na Univerzite Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.

Doplňkové formy manažérskeho vzdelávania v zdravotníctve

Rovnako, ako ponuka študijných a špecializačných programov či programov ďalšieho vzdelávania, je aj ponuka komerčných doplnkových foriem manažérskeho vzdelávania špecifikovaného pre zdravotnícky personál a zdravotnícke prostredie na slovenskom trhu veľmi úzka. Tie formy, ktoré na Slovensku v súčasnosti existujú a sú dostupné, nie sú príliš komplexné. Väčšina z nich sa zameriava len na čiastkové problémy a nie na komplexný profil zdravotníckeho manažéra. Rovnako je otáznava aj kvalita poskytovaného vzdelávania, prípadná akreditácia a certifikácia, o ktorej na webových stránkach nemá väčšina inštitúcií žiadne informácie. Klasické manažérske vzdelanie v akejkoľvek forme je však dostupné, či už ako pregraduálne štúdium, postgraduálne, alebo iná vzdelávacia aktivita, školenie či tréning. V tomto smere je však zdravotnícky sektor ešte stále pozadu a kvalifikovaných riadiacich pracovníkov je tým pádom stále nedostatok.

Elektronické odkazy na vysoké školy a univerzity

- Univerzita Komenského v Bratislave:
 - Jesseniova lekárska fakulta v Martine: Informácie o štúdiu, odboroch, ústavoch a profil absolventa. Citované dňa: 17.02.2009. Dostupné na: <http://www.jfmed.uniba.sk/index.php?id=1>
 - Lekárska fakulta v Bratislave: Informácie o štúdiu, odboroch, ústavoch a profil absolventa. Citované dňa: 18.02.2009. Dostupné na: <http://www.fmed.uniba.sk/index.php?id=1>
- Slovenská zdravotnícka univerzita:
 - Fakulta verejného zdravotníctva: Informácie o štúdiu, odboroch, katedrách a profil absolventa. Citované dňa: 20.02.2009. Dostupné na: <http://www.szu.sk/obsah.html?cast=1-4194>
 - Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií : Informácie o štúdiu, odboroch, katedrách a profil absolventa. Citované dňa: 20.02.2009. Dostupné na: <http://www.szu.sk/obsah.html?cast=1-4186>
 - Fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií: Informácie o štúdiu, odboroch, katedrách a profil absolventa. Citované dňa: 20.02.2009. Dostupné na: <http://www.szu.sk/obsah.html?cast=1-4202>
- Trnavská univerzita:
 - Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce: Informácie o štúdiu, odboroch, katedrách a profil absolventa. Citované dňa: 17.02.2009. Dostupné na: <http://www.truni.sk/index.php?page=3>

Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici:

- Ekonomická fakulta: Informácie o štúdiu, odboroch, katedrách a profil absolventa. Citované dňa: 20.02.2009. Dostupné na: <http://www.ef.umb.sk/ef/index.asp?uid=8>

• Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach:

- Fakulta verejnej správy: Informácie o štúdiu, odboroch a profil absolventa. Citované dňa: 19.02.2009. Dostupné na: <http://www.upjs.sk/fakulta-verejnej-spravy/>

- Lekárska fakulta: Informácie o štúdiu, odboroch a ústavoch. Citované dňa: 19.02.2009. Dostupné na: <http://www.upjs.sk/lekarska-fakulta/>

• Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety

- Informácie o štúdiu, odboroch a ústavoch. Citované dňa: 20.02.2009. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/index.php?co=1&sub=1>