
O B S A H

Editorial



KOVÁČ, R: Zamyslenie sa nad kvalitou vzdelávania

Originálne práce



ŠTOVČÍKOVÁ, M.: Výskyt rizikových faktorov
srdcovo-cievnych chorôb u klientov Poradne zdravia
Prievidza v rokoch 2003-2007



LAUKOVÁ, P., TÓTH, S., JURIŠOVÁ, S.: Zmeny v
zdravotnom stave a v životnom štýle učiteľov



GOGOLÁKOVÁ, P., DOSTÁLOVÁ, K., SOMOGYIOVÁ,
E., VLADÁROVÁ, M., MORICOVÁ, Š.: Bezdomovci -
problém z pohľadu verejného zdravotníctva



WILD, K., FÜLÖPOVÁ, A.: Hodnotenie manažér skeho
vzdelávania v odbore Odborník na riadenie vo
verejnom zdravotníctve - Master of Public Health
(MPH)

Prehľadné referáty



VOŽECHOVÁ, J.: Herní práce v České republice:
Uplatňování principu "Family centred care", péče
zaměřené i na rodinu pacienta

Zamyslenie sa nad kvalitou vzdelávania

doc. MUDr. Roman Kováč, CSc., mimoriadny profesor

V nedávno skončenej akreditácii vysokých škôl Fakulta verejného zdravotníctva SZU získala akreditáciu vo všetkých troch stupňoch vysokoškolského vzdelávania i akreditáciu uskutočňovania habilitačných či inauguračných konaní. Priebeh akreditácie vysokých škôl na Slovensku, jej výsledky, ale aj neprístojnosti odhalené na niektorých vysokých školách, však nútia každého seriózneho a zodpovedného vysokoškolského pedagóga, ktorý aktívne učí, zamyslieť sa nad ďalším osudom študijného programu, nad jeho organizačným usporiadaním, nad jeho obsahom, a najmä nad jeho kvalitou.

Postihnúť kvalitu pedagogického procesu a pedagogických schopností vysokoškolského učiteľa je vždy nesmierne ťažké. Uvedomme si že kým pre hodnotenie vedeckej produkcie vysokej školy a jej zamestnancov sú vypracované pomerne presné metódy jej merania, napríklad počtom publikácií, citácií, článkov v karentovaných zahraničných časopisoch a podobne, kvalita pedagogickej práce je niečo, čo síce všetci chceme dosiahnuť, o čo sa všetci usilujeme, ale nevieme presne definovať, čo to vlastne je. Uvedomujeme si, že kvalitu pedagogického procesu aj preto nevieme presne definovať, lebo ju len ťažko možno merať kvantitatívnymi ukazovateľmi. Avšak, dobrým, efektívnym meradlom kvality by mohol byť trh práce, žiaľ, vo väčšine prípadov stále nemáme dostatok spätných informácií o pohybe (našich) absolventov na trhu práce.

A aké kritérium by sme mali zvoliť? Je indikátorom kvality to, že sa poslucháč zamestná v profesii, ktorú študoval, alebo je kritériom kvality, že sa stal úspešným, možno aj v iných oblastiach? Je neúspechom kvality také vzdelávanie skončených bakalárov, o ktoré trh práce nemá záujem, alebo je to prejav toho, že naša univerzitná komunita síce prijala bolonský proces dvoj, respektíve trojúrovňového vysokoškolského vzdelávania, avšak naša spoločnosť, a najmä jej zamestnávateľská komunita, sa s takouto predstavou vysokoškolského vzdelávania a vysokoškolských titulov stále nezžila. Potvrdením tohto konštatovania je aj snaha absolventov bakalárskeho štúdia verejného zdravotníctva pokračovať v jeho magisterskom stupni. Prečo? Trochu skostnateným spôsobom sme legislatívne zakotvili podmienky uplatňovania bolonského procesu, pri čom sme zabudli na špecifiká jednotlivých študijných odborov. Verejné zdravotníctvo je multidisciplinárny odbor, a jeho mnohorakosť podčiarkuje aj fakt, že v rozvinutých krajinách na magisterské štúdium prijímajú absolventov bakalárskeho štúdia z rôznych oblastí, ktoré tvoria piliere multidisciplinarity verejného

zdravotníctva. My takto postupujeme, avšak iba v prípade špecializačného štúdia odborníka na riadenie vo verejnom zdravotníctve (MPH). V pregraduálnom vzdelávaní sme totiž, súčasne so snahou o zavedenie európskeho modelu štúdia verejného zdravotníctva, zakotvili vo vysokoškolskom zákone zásadu, že podmienkou prijatia na štúdium študijného programu druhého stupňa v zdravotníckych študijných odboroch, je vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v príslušnom študijnom odbore.

Osobitný problém predstavuje rozvinutá sústava špecializačných odborov, subšpecializácií a certifikácií absolventov bakalárskeho či magisterského štúdia vo verejnom zdravotníctve. Ako by sme tým chceli povedať, že naše pregraduálne štúdium tohto odboru je málo kvalitné, a preto absolventov musím pomocou špecializačných a ďalších štúdií ďalej do vzdelávať. Ergo, dokončiť ich „úplné“ vzdelávanie. Pričom zámer je iný. Zámerom je poskytnúť už hotovým absolventom možnosť zvyšovania odbornej zdravotníckej kvalifikácie. Aj keď súčasný model pracovníka vo verejnom zdravotníctve - štátneho úradníka - príliš po zdravotníckej odbornosti nemotivuje. Týchto niekoľko vybraných príkladov ilustruje, že v oblasti vzdelávania v našom odbore nás čaká ešte veľa koncepcnej práce. Našťastie, nie sme s týmto problémom osamotení. Európske štruktúry združene v ASPHER, aj za našej účasti, hľadajú preto optimálny model výučby verejného zdravotníctva.

Vysokoškolské vzdelávanie musíme chápať ako veľmi špecifickú službu poskytovanú vzdelávacou inštitúciou. Čo je cieľom poskytovania vysokoškolského vzdelávania? Nie je to iba poskytnutie súboru nových, odborných vedomostí, či zručností, ale aj rozvoj osobnosti poslucháča, jeho láske k slobode bádania, rozvoj jeho kritičnosti a jeho formovanie vo vysoko morálnu osobnosť. Vysokoškolský pedagóg musí byť poslucháčovi vzorom pravdivosti a poctivosti, morálky, etiky a schopnosti sa angažovať v neúprosnej boji s vedeckými nepravdami, s podvodom či plagiátorstvom. Prirodzenou požiadavkou na vysokoškolského pedagóga je aj mať schopnosť pôsobiť na študentov, vysvetľovať, dokázať usmerňovať a formovať ich správanie. Som presvedčený, že absolútna väčšina vysokoškolských pracovníkov vyhovuje týmto zásadám a že nedávne neprístojnosti sú výnimkou v slovenskom vysokom školstve. Je škoda, že práve prebehnutá akreditácia neakcentovala práve túto pedagogickú časť práce vysokoškolského učiteľa, a venovala sa viac „exaktnému“ matematickému vyjadrovaniu vedeckej práce pedagógov. Som si tiež plne vedomý, a podporujem zásadu, že vysoké školy sú materinskou pôdou pre rozvoj vedeckého poznania už aj preto, aby sa výsledky vedeckej práce pedagógov dostali do náplne ich pedagogickej činnosti. Presadzujem však vyváženosť hodnotenia kvality vysokoškolských štúdií, ktoré rovnako, ako vedeckú činnosť, zhodnotí aj pedagogické umenie a zrelosť pedagogického

zboru. Systém hodnotenia kvality v oblasti vysokoškolského vzdelávania má byť podľa rektorskej konferencie založený na kombinácii akreditácie, ako uznania spôsobilosti vysokoškolskej ustanovizne vykonávať dané druhy činností a evaluácie, ako hodnotenia napĺňania jej poslania. A poslaním univerzity je, okrem slobodného rozvíjania vedeckého poznania, aj odborná príprava mladých ľudí na náročné povolanie, ktoré si slobodne vybrali a výchova poctivých, morálne zdatných vysokoškolsky vzdelaných pracovníkov. Akých zdravotníckych pracovníkov dnes vychováme, takí sa budú starať o ochranu, podporu, či rozvoj nášho zdravia, akí sú dnes študenti medicíny, takí lekári nám budú znovu navracat' naše zdravie. Majme túto pravdu vždy na pamäti, keď sa v posluchárni, či seminárnej miestnosti, postavíme pred našich študentov.

Adresa autora:

doc. MUDr. Roman Kováč, CSc., mimoriadny profesor

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Výskyt rizikových faktorov srdcovo-cievnych chorôb u klientov Poradne zdravia pri regionálnom úrade verejného zdravotníctva v Prievidzi v rokoch 2003 – 2007

MUDr. Miroslava Štovčíková

Zhrnutie

V predkladanej práci sme sa zamerali na 1211 klientov Poradne zdravia Prievidza vo veku 19 – 64 rokov, ktorí absolvovali prvú návštevu v rokoch 2003-2007. Sledovali sme u nich výskyt nadváhy, obezity, zvýšeného pomeru pás/boky, zvýšeného celkového cholesterolu a zvýšeného krvného tlaku. Zároveň sme sledovali súvislosť medzi telesnou hmotnosťou, resp. pomerom pás/boky (WHR) a výskytom hypertenzie a hypercholesterolémie. Za nadváhu bola považovaná hodnota indexu telesnej hmotnosti (BMI) 25-29,9, za obezitu BMI v hodnote 30 a vyššie. WHR bol považovaný za zvýšený, ak presahoval 0,80 u žien a 0,95 u mužov. Ako vysoký bol hodnotený krvný tlak od 140 a/alebo 90 mmHg vrátane. Zvýšený celkový cholesterol presahoval hodnotu 5,0 mmol/l. V sledovanom súbore bola prevalencia nadváhy 36,7%, obezity 15,2% a zvýšeného pomeru pás/boky 43,3%. Prevalencia hypertenzie bola 41,9%, hypercholesterolémie 44,0%. Muži vo veku 19 – 44 rokov mali vyšší výskyt nadváhy, obezity a hypertenzie ako rovnako staré ženy. So stúpajúcim vekom sme zaznamenali vzostup prevalence kombinácie všetkých sledovaných rizikových faktorov, a to výraznejšie u žien (z 1,1% na 9,4%) ako u mužov (z 2,0% na 6,9%). Jednou z príčin tohto javu by mohlo byť chýbanie ochranného efektu pohlavných hormónov u žien v období menopauzy. Tento fakt je dôvodom na vytvorenie novej stratégie zdravotno-výchovného pôsobenia na ženy staršie ako 44 rokov.

Kľúčové slová: poradňa zdravia. Prevalencia. Nadváha. Obezita. Pomer pás/boky. Hypertenzia. Hypercholesterolémia. Rizikové faktory. Srdcovo-cievne choroby. Zdravotno-výchovná intervencia.

Úvod

Stredná dĺžka života pri narodení bola na Slovensku v roku 2002 69,77 rokov u mužov a 77,57 u žien. V okrese Prievidza to bolo v rokoch 1997 – 2002 u mužov 71,02 rokov, u žien 78,49 rokov. Tieto hodnoty zaraďovali okres Prievidza v rámci SR medzi najlepších desať okresov u mužov a trinásť u žien. Hodnoty štandardizovanej miery úmrtnosti na ischemickú chorobu srdca v rokoch 2003 – 2007 boli u mužov aj žien v prievidzskom okrese nižšie ako na Slovensku, a aj keď sa oproti rokom 1993 – 1997 zlepšili, resp. nemenili, v rámci SR klesli muži z pôvodnej 16. priečky na 40., ženy z 10. miesta na 51. (1). Podľa prognóz vývoja obyvateľstva stúpne počet ľudí vo veku 65 a viac rokov v okrese Prievidza zo 17 218 v roku 2007 na 29 471 v roku 2025 (z 12% na 21% obyvateľstva okresu) (2). Keďže prevalencia rizikových faktorov srdcovo-cievnych chorôb ako aj prevalencia týchto chorôb stúpa s vekom, je vysoká pravdepodobnosť, že v ďalších rokoch bude v dôsledku starnutia populácie aj vyšší počet takto postihnutých ľudí.

Cieľ

Hlavným cieľom našej práce bolo zistiť prevalencie základných biologických rizikových faktorov - RF (indexu telesnej hmotnosti, pomeru pás/boky, hodnôt krvného tlaku a celkového cholesterolu) u klientov Poradne zdravia v Prievidzi v rokoch 2003 – 2007.

Ďalšími cieľmi bolo zistiť:

- koľko klientov nemalo ani jeden zo sledovaných RF a koľko malo všetky štyri RF podľa veku a pohlavia,
- ktoré RF mali najnižšiu a najvyššiu prevalenciu u klientov podľa veku a pohlavia,
- zmenu v riziku podľa prítomnosti RF u mužov a žien v dvoch vekových obdobiach.

Sledovaný súbor a metodika

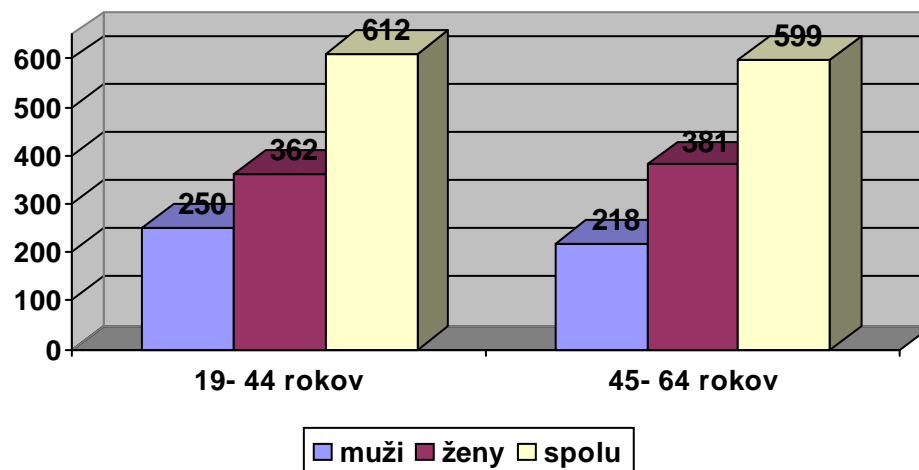
Do sledovaného súboru sme zaradili 1211 klientov vo veku 19 – 64 rokov. Súbor sme rozdelili na dve vekové kategórie: 19 – 44 rokov a 45 – 64 rokov a v každej z nich sme sledovali zvlášť mužov a zvlášť ženy.

Sledovanými parametrami boli index telesnej hmotnosti (BMI), pomer pás/boky (WHR), hodnota krvného tlaku (TK) a hladina celkového cholesterolu (CCH) v krvi. Somatometrické parametre potrebné na výpočet indexov sme stanovovali nasledovne: výšku pomocou pásma na to určeného, hmotnosť pomocou mechanickej osobnej váhy, obvod pásu a obvod bokov pomocou krajčírskeho metra. Hodnoty TK sme merali ortuťovým sfgymomanometrom pri zachovaní predpísaného postupu. Hladinu CCH sme stanovovali z nalačno odobratej kapilárnej krvi vyšetrenej štandardne metódou suchej kvapky prístrojom reflotron.

Za normálnu hmotnosť sme považovali $BMI < 25$, za nadváhu $BMI = 25 - 29,9$, za obezitu $BMI \geq 30$. Normálny WHR bol pre mužov $\leq 0,95$, pre ženy $\leq 0,80$. Za hypertenziu bol považovaný $sTK \geq 140$ mmHg a/alebo $dTK \geq 90$ mmHg. Zvýšený bol $CCH > 5,0$ mmol/l. Všetky údaje pre analýzu boli získané retrospektívne z programu „Test zdravé srdce“ a spracované pomocou programov Microsoft Access, Microsoft Excel a Epi Info.

Výsledky

Sledovaný súbor predstavuje 1211 ľudí, z čoho bolo 38,6% mužov a 61,4% žien. Priemerný vek vyšetrovanej skupiny bol 43,0 rokov, mužov 41,6 rokov, žien 43,9 rokov.



Obr.1 Rozdelenie súboru podľa veku a pohlavia

V celom súbore malo normálnu hmotnosť 48,1% klientov, 36,1% mužov a 55,6% žien, nadváhou trpelo 36,7% vyšetrených, 46,6% mužov a 30,6% žien a obezitu sme zaznamenali u 15,2% klientov, 17,3% mužov a 13,9% žien ($p=0,000$). Zvýšené WHR malo 43,3% vyšetrených, 33,1% mužov a 49,7% žien ($OR=0,49$; $p=0,000$). Podľa výsledku OR sa zdá, že mužské pohlavie bolo ochranným faktorom pri zvýšenom WHR.

Prevalencia hypertenzie bola 41,9%, u mužov 53,2%, u žien 34,7% ($OR=2,16$; $p=0,000$). Muži mali viac ako dvojnásobne vyššie riziko mať hypertenziu ako ženy. Prevalencia hypercholesterolémie v celom sledovanom súbore bola 44,0%, u mužov 39,5%, u žien 46,8% ($OR=0,75$; $p=0,021$). Riziko vzniku hypercholesterolémie bolo u mužov menšie ako u žien.

Analýza vekovej kategórie 19 – 44 rokov – muži

V tejto kategórii bolo 250 mužov. Z nich 56,0% trpelo nadváhou alebo obezitou, 18,8% malo zvýšený WHR. Prevalencia hypertenzie bola 46,0%, prevalencia hypercholesterolémie 27,6%. Zvýšený TK a nadváhu alebo obezitu malo 32,0% mužov (OR=2,69; $p<0,001$). Zvýšený CCH a nadváhu alebo obezitu malo 21,2% mužov (OR=3,53; $p<0,0001$). Muži s nadváhou a obezitou mali takmer trojnásobne vyššie riziko hypertenzie a 3,5-násobne vyššie riziko hypercholesterolémie, ako muži s primeranou hmotnosťou.

Tabuľka 1 Rozdelenie mužov vo vekovej kategórii 19 – 44 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od BMI

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
BMI < 25	75 (30,0%)	35 (14,0%)	94 (37,6%)	16 (6,4%)	110 (44,0%)
BMI ≥ 25	60 (24,0%)	80 (32,0%)	87 (34,8%)	53 (21,2%)	140 (56,0%)
Spolu	135 (54,0%)	115 (46,0%)	181 (72,4%)	69 (27,6%)	250 (100%)

Zvýšený TK a zvýšený WHR malo 12,4% mužov (OR=2,51; $p<0,01$). Zvýšený CCH a zvýšený WHR malo 8,4% mužov (OR=2,48; $p=0,011$). Zvýšený WHR bol spojený s 2,5-násobne vyšším rizikom hypertenzie aj hypercholesterolémie v porovnaní s mužmi s primeraným WHR.

Tabuľka 2 Rozdelenie mužov vo vekovej kategórii 19 – 44 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od WHR

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
WHR ≤ 0,95	119 (47,6%)	84 (33,6%)	155 (62,0%)	48 (19,2%)	203 (81,2%)
WHR > 0,95	16 (6,4%)	31 (12,4%)	26 (10,4%)	21 (8,4%)	49 (18,8%)
Spolu	135 (54,0%)	115 (46,0%)	181 (72,4%)	69 (27,6%)	250 (100%)

Analýza vekovej kategórie 19 – 44 rokov – ženy

V tejto vekovej kategórii bolo 362 žien. Z nich 25,4% malo nadváhu alebo obezitu a 30,4% zvýšený WHR. Prevalencia hypertenzie bola 19,3%, prevalencia hypercholesterolémie 27,6%. Zvýšený TK a nadváhu alebo obezitu malo 7,5% žien (OR=2,14; $p=0,012$). Vysoký CCH a nadváhu alebo obezitu malo 11,6% žien (OR=2,79; $p<0,0001$). Ženy s nadváhou a obezitou mali

viac ako dvojnásobne vyššie riziko hypertenzie a takmer trojnásobne vyššie riziko hypercholesterolémie, ako ženy s primeranou hmotnosťou.

Tabuľka 3 Rozdelenie žien vo vekovej kategórii 19 – 44 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od BMI

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
BMI < 25	227 (62,7%)	43 (11,9%)	212 (58,6%)	58 (16,0%)	270 (74,6%)
BMI ≥ 25	65 (18,0%)	27 (7,5%)	50 (13,8%)	42 (11,6%)	92 (25,4%)
Spolu	292 (80,7%)	70 (19,3%)	262 (72,4%)	100 (27,6%)	362 (100%)

Zvýšený TK a zvýšený WHR malo 10,2% žien (OR=3,24; p<0,0001). Vysoký CCH a zvýšený WHR malo 12,7% žien (OR=2,54; p<0,001). Zvýšený WHR je u žien spojený s viac ako trojnásobne vyšším rizikom hypertenzie a 2,5-násobne vyšším rizikom hypercholesterolémie v porovnaní so ženami s primeraným WHR.

Tabuľka 4 Rozdelenie žien vo vekovej kategórii 19 – 44 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od WHR

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
WHR ≤ 0,80	219 (60,5%)	33 (9,1%)	198 (54,7%)	54 (14,9%)	252 (69,6%)
WHR > 0,80	73 (20,2%)	37 (10,2%)	64 (17,7%)	46 (12,7%)	110 (30,4%)
Spolu	292 (80,7%)	70 (19,3%)	262 (72,4%)	100 (27,6%)	362 (100%)

Analýza vekovej kategórie 45 – 64 rokov – muži

V tejto vekovej kategórii bolo celkovo 218 mužov. Z nich nadváhu alebo obezitu malo 72,9%, zvýšený WHR 49,5%. Prevalencia hypertenzie bola 61,5%, prevalencia hypercholesterolémie 53,3%. Zvýšený TK a nadváhu alebo obezitu malo 47,2% mužov (OR=1,59; p=0,172). Muži s nadváhou a obezitou mali 1,5-násobne vyššie riziko hypertenzie ako muži s primeranou hmotnosťou. Zvýšený CCH a nadváhu alebo obezitu malo 39,4% mužov (OR=1,09; p=0,897).

Tabuľka 5 Rozdelenie mužov vo vekovej kategórii 45 – 64 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od BMI

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
BMI < 25	28 (12,8%)	31 (14,2%)	29 (13,3%)	30 (13,8%)	59 (27,1%)
BMI ≥ 25	56 (25,7%)	103 (47,2%)	73 (33,5%)	86 (39,4%)	159 (72,9%)

Spolu	84 (38,5%)	134 (61,5%)	102 (46,7%)	116 (53,3%)	218 (100%)
--------------	------------	-------------	-------------	-------------	------------

Zvýšený TK a zvýšený WHR malo 34,9% mužov (OR=2,13; p=0,011). Zvýšený WHR bol spojený s viac ako dvojnásobne vyšším rizikom hypertenzie, v porovnaní s mužmi s primeraným WHR. Zvýšený CCH a zvýšený WHR malo 25,7% mužov (OR=0,9; p=0,793). Takáto hodnota OR by svedčila pre to, že zvýšený WHR bol ochranným faktorom pri hypercholesterolémii.

Tabuľka 6 Rozdelenie mužov vo vekovej kategórii 45 – 64 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od WHR

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
WHR ≤ 0,95	52 (23,9%)	58 (26,6%)	50 (22,9%)	60 (27,5%)	110 (50,5%)
WHR > 0,95	32 (14,7%)	76 (34,9%)	52 (23,9%)	56 (25,7%)	108 (49,5%)
Spolu	84 (38,5%)	134 (61,5%)	102 (46,7%)	116 (53,3%)	218 (100%)

Analýza vekovej kategórie 45 – 64 rokov – ženy

V tejto vekovej kategórii bolo 381 žien. Z nich 62,5% malo nadváhu alebo obezitu a 68,0% zvýšený WHR. Prevalencia hypertenzie bola 49,3%, prevalencia hypercholesterolémie 56,1%. Zvýšený TK a nadváhu alebo obezitu malo 34,4% žien (OR=1,94; p=0,0026). Vysoký CCH a nadváhu alebo obezitu malo 42,5% žien (OR=1,42; p=0,135). Ženy s nadváhou a obezitou mali takmer dvojnásobne vyššie riziko hypertenzie a takmer 1,5-násobne vyššie riziko hypercholesterolémie, ako ženy s primeranou hmotnosťou.

Tabuľka 7 Rozdelenie žien vo vekovej kategórii 45 - 64 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od BMI

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
BMI < 25	86 (22,6%)	57 (15,0%)	57 (15,0%)	86 (22,6%)	143 (37,5%)
BMI ≥ 25	107 (28,1%)	131 (34,4%)	76 (19,9%)	162 (42,5%)	238 (62,5%)
Spolu	193 (50,7%)	188 (49,3%)	133 (34,9%)	248 (65,1%)	381 (100%)

Zvýšený TK a zvýšený WHR malo 36,2% žien (OR=1,74; p=0,017). Zvýšený WHR bol u žien spojený s takmer dvojnásobne vyšším rizikom hypertenzie, v porovnaní so ženami

s primeraným WHR. Vysoký CCH a zvýšený WHR malo 45,4% žien (OR=1,25; p=0,381).

Zvýšenie WHR nad normu bolo spojené len s malým zvýšením rizika hypercholesterolémie.

Tabuľka 8 Rozdelenie žien vo vekovej kategórii 45 - 64 rokov podľa hodnôt tlaku krvi a celkového cholesterolu v závislosti od WHR

	TK < 140/90	TK ≥ 140/90	CCH ≤ 5	CCH > 5	Spolu
WHR ≤ 0,80	72 (18,9%)	50 (13,1%)	47 (12,3%)	75 (19,7%)	122 (32,0%)
WHR > 0,80	121 (31,8%)	138 (36,2%)	86 (22,6%)	173 (45,4%)	259 (68,0%)
Spolu	193 (50,7%)	188 (49,3%)	133 (34,9%)	248 (65,1%)	381 (100%)

Porovnanie vekových kategórií

U mužov aj žien so stúpajúcim vekom stúpala prevalencia nadváhy, obezity, zvýšeného WHR, hypertenzie aj hypercholesterolémie. BMI, WHR, krvný tlak aj celkový cholesterol v medziach normy malo štyrikrát viac mladších mužov ako starších mužov a osemkrát viac mladších žien ako starších žien. Počet tých, ktorí mali všetky sledované parametre zvýšené, stúpol u starších mužov 3,4-krát, v porovnaní s mladšími mužmi, u starších žien 8,5-krát, oproti mladším ženám.

Tabuľka 9 Porovnanie vybraných parametrov v jednotlivých vekových kategóriách mužov a žien

Vek (roky)	BMI 25 – 29,9 (%)	BMI ≥ 30 (%)	Prevalencia hypertenzie (%)	Prevalencia hypercholesterolémie (%)	BMI, WHR, TK, CCH nezvýšené (%)	BMI, WHR, TK, CCH zvýšené (%)
MUŽI						
19 – 44	43,6	12,4	46,0	27,6	26,4	2,0
45 - 64	50,0	22,9	61,5	53,3	6,4	6,9
Vzostup vo vyššej vekovej kategórii (x)	1,1	1,8	1,3	1,9	4,1*	3,4
ŽENY						
19 – 44	18,2	7,2	19,3	27,6	42,5	1,1
45 - 64	42,3	20,2	49,3	56,1	5,2	9,4
Vzostup vo vyššej vekovej kategórii (x)	2,3	2,8	2,5	2,0	8,2*	8,5

* pokles

Diskusia

V sledovanom súbore bolo vyššie zastúpenie žien, čo pozorujeme v našej poradni dlhodobo. Medzi mužmi bola početnejšia veková kategória 19 – 44 rokov, medzi ženami 45 – 64 rokov.

Pri hodnotení jednotlivých kategórií podľa veku a pohlavia je zrejmé, že mladší muži mali podstatne vyšší výskyt nadváhy ako mladšie ženy (43,6% vs. 18,2%), vo vyššej vekovej kategórii sa tento nepomer vyrovnal a nadváhou trpela polovica mužov a takmer polovica žien (50,0% vs. 42,3%). Aj vzostup obezity so zvyšujúcim sa vekom je výraznejší u žien (zo 7,2% na 20,2%) ako u mužov (z 12,4% na 22,9%). Vyšší vek u oboch pohlaví je tiež spojený so zvýšením výskytu centrálnej obezity. Prevalencia hypertenzie bola vysoká už u mladších mužov (46,0%) a vo vyššom veku stúpala až na 61,5%. Mladšie ženy mali prevalenciu hypertenzie 19,3%, so vzostupom veku stúpala o ďalších 30%. Prevalencia hypercholesterolémie u mladších klientov bola rovnaká u mužov aj žien – 27,6%. U mužov vo vyššom veku sa takmer zdvojnásobila (53,3%), u žien stúpala až na 56,1%. Zaujímavé je porovnanie klientov pri súčasnom hodnotení všetkých sledovaných parametrov - kým u mladších mužov má BMI, WHR, krvný tlak aj celkový cholesterol v norme 26,4% a zvýšené len 2,0% vyšetrených, vo vyššej vekovej kategórii je to 6,4% a 6,9%. U mladších žien má všetky parametre v norme 42,5% a všetky parametre zvýšené len 1,1% vyšetrených. Vo vyššej vekovej kategórii je to 5,2% a 9,4%. Staršie ženy v tomto regióne teda majú až 8,5-krát vyšší výskyt kombinácie všetkých sledovaných RF ako mladšie ženy, a tak sa stávajú zaujímavou cieľovou skupinou pre intenzívne zdravotno-výchovné pôsobenie.

Pri porovnávaní nášho súboru so súbormi z iných štúdií realizovaných na Slovensku alebo aj v zahraničí, sa opakovane stretávame so zjavnými rozdielmi v prevalencii zvýšenej hmotnosti. Predovšetkým v prípade „našich“ žien sa častejšie zisťuje buď nižšia prevalencia obezity, alebo

nadváhy aj obezity. Domnievame sa, že tento fakt možno pripísať tomu, že náš súbor nie je reprezentatívna vzorka obyvateľstva regiónu a do poradne častejšie prichádzajú klienti s primeranou hmotnosťou, príp. nadváhou a menej klienti s obezitou.

Záver

Analýzou súboru sme zistili, že v celom súbore bola prevencia nadváhy 36,7%, prevencia obezity 15,2%, prevencia zvýšeného pomeru pás/boky 43,3%, prevencia zvýšeného krvného tlaku 41,9% a prevencia hypercholesterolémie 44,0%.

Ani jeden rizikový faktor nemalo 26,4% mladších mužov a 6,4% starších mužov, medzi ženami to bolo 42,5% mladších žien a 5,2% starších žien. Všetky sledované rizikové faktory malo zistené 2,0% mladších mužov a 6,9% starších mužov, 1,1% mladších žien a 9,4% starších žien.

Medzi mužmi mala najvyššiu prevenciu nadváha a obezita (56,0% mladších a 72,9% starších mužov). Najnižší bol výskyt zvýšeného WHR (18,8% mladších a 49,5% starších mužov). Medzi ženami bol najčastejšie sa vyskytujúcim rizikovým faktorom zvýšený WHR (30,4% mladších a 68,0% starších žien). Najzriedkavejší bol výskyt zvýšeného TK (19,3% mladších a 49,3% starších žien).

U mužov so stúpajúcim vekom stúpala prevencia kombinácie všetkých RF – 3,4-násobne. U žien je tento nárast ešte markantnejší – 8,5-násobný. Jeho dôsledkom je, že aj keď mladší muži v našom súbore majú vyššiu prevenciu viacerých rizikových faktorov ako mladšie ženy (BMI, TK), u starších sa tieto rozdiely znižujú. Zdá sa, že u žien sa významne zvyšuje riziko výskytu RF práve v období, keď u nich prestávajú plniť ochrannú úlohu pohlavné hormóny.

Pre ženy staršie ako 45 rokov je preto potrebné vytvoriť stratégiu zahŕňajúcu efektívne individuálne, skupinové a hromadné pôsobenie. Základom individuálneho pôsobenia je aktívne vyhľadávanie žien v rizikovom veku. Na tento účel sú vhodné predovšetkým výjazdové akcie pracovníkov poradne do podnikov a inštitúcií regiónu, so zameraním sa na tie, ktoré zamestnávajú prevažne ženy. Zintenzívnenie hromadného pôsobenia možno dosiahnuť intenzívnejším využívaním regionálnych masovokomunikačných prostriedkov, ako aj tvorbou aktuálnych propagačných materiálov distribuovaných predovšetkým do čakární ambulancií praktických a odborných lekárov (hlavne gynekologických ambulancií).

Použitá literatúra:

1. MÉSZÁROS, J. Atlas úmrtnosti Slovenska 1993 – 2007 [online]. Bratislava: INFOSTAT, Nov. 2008 [cit. 2009-04-23]. Dostupné na internete: <<http://www.infostat.sk/vdc/pdf/umrtnost93-07.pdf>>. ISBN 978-80-89398-03-4.
2. VAŇO, B., BLEHA, B. Prognóza vývoja obyvateľstva v okresoch SR do roku 2025 [online]. Bratislava : INFOSTAT, Nov. 2008 [cit. 2009-04-25]. Dostupné na internete: <<http://www.infostat.sk/vdc/pdf/publikaciaproj.pdf>>.

Adresa autora:

MUDr. Miroslava Štovčíková

Oddelenie podpory zdravia

Regionálny úrad verejného zdravotníctva Prievidza so sídlom v Bojniciach

Nemocničná 8, 972 01 Bojnice

e-mail: pd.pz@uvzs.sk

Zmeny v zdravotnom stave a v životnom štýle učiteľov **Changes in health status and teachers lifestyle**

Lauková P., Tóth S., Jurišová S.

Súhrn

Pedagogická prax prináša množstvo signálov o relatívne vysokej náročnosti učiteľskej profesie spojenej s výskytom zdravotných, psychických a emocionálnych porúch. Cieľom štúdie bolo zhodnotiť zdravotný stav a profesionálnu záťaž pedagógov a posúdiť zmeny vplyvom transformačného procesu spoločnosti s odstupom 15 rokov v porovnateľnom súbore učiteľov ZŠ.

Kľúčové slová: učiteľ, pracovná záťaž, zdravotný stav, škodlivé návyky

Summary

Educational practice brings signals about a relatively high load of teaching profession connected to the occurrence of health, psychical, physical and emotional disorders. The aim of this study was to evaluate the health status and professional strain of educators, and to gauge the changes which are influenced by the transformation process of society after 15 years in the comparable sample of teachers.

Key words: teacher, professional strain, health status, abuses

Úvod

Pracujúci v prostredí plného stresu, záťažových situácií na ľudskú psychiku, vyžadujúcich od človeka úplné nasadenie svojich síl a energie sú často vyčerpaní hlavne psychicky a s tým úzko súvisia i choroby fyzické, pretože psychicky oslabený organizmus ľahko podlieha, o. i., aj vplyvom prostredia (sociálny determinant zdravia), ktoré pôsobí škodlivo na ľudský organizmus.

Jedným z týchto pracovísk je aj škola a v nej učiteľ. Na kvalitu jeho práce sa kladú vysoké nároky. Viaceré výskumy v ostatnom období nasvedčujú, že učiteľské povolanie patrí k čoraz viac rizikovým a stresovým [1,2,4]. V súčasnej škole učiteľ, popri všetkých pozitívach modernizácie, demokratizácie a humanizácie je súčasne vystavený predtým v interpersonálnych vzťahoch nepoznaným, stresujúcim faktorom, rôznym tlakom, napätiam, krízam, čím sa zvyšuje (aj zrýchľuje) riziko tzv. vyhorenia učiteľa (burnout efekt).

Na základe uvedených skutočností sa čoraz viac stáva aktuálnou požiadavka stanovenia ukazovateľov zdravotného stavu a spôsobov kompenzácie profesionálnej záťaže pedagógov.

Cieľ

Cieľom štúdie bolo zhodnotiť zdravotný stav a profesionálnu záťaž pedagógov, ako aj posúdiť zmeny vo vybraných ukazovateľoch vplyvom transformačného procesu spoločnosti.

Metodika a charakteristika súboru

Dotazníkovou empirickou metódou sme zisťovali u 154 učiteľov vybraných základných škôl Nitrianskeho a Bratislavského kraja stanovené ukazovatele zdravotného stavu a spôsoby kompenzácie pracovnej záťaže. U všetkých respondentov bolo sledovaných 305 parametrov. Bol použitý všeobecný dotazník, Cornell-index 3+ (na zistenie strachu a maladaptácie, depresií, nervozity a úzkosti, neurocirkulačných symptómov, desových reakcií, psychosomatických symptómov, hypochondrie a asténie, gastrointestinálnych symptómov, sensitivity a podozrievavosti, psychopatických ťažkostí) a položky zamerané na behaviorálne rizikové faktory. Výsledky sme porovnávali s identickým výskumom, realizovaným v roku 1988.

K štatistickej analýze sa použil program EPI Info, verzia 3.4.3., 2007, Epi info 6.04 a S – Plus 6.0.

Výsledky a diskusia

Charakteristika výskumných súborov ukazuje, že veková štruktúra sledovaných 154 učiteľov sa posunula do kategórie do 30 rokov, z toho bolo 12 mužov a 54 žien a klesol počet učiteľov v ďalších vekových kategóriách, pri porovnaní so súborom z roku 1988.

Tab.č.1: Kompenzácia záťaže

Roky učit. praxe (y)	<=10		10-20		21-30		>=31		Spolu	
	1988	2003	1988	2003	1988	2003	1988	2003	1988	2003
Počet učiteľov (n)	23	66	52	30	61	41	18	17	154	154
Fajčenie (%)	21,7	27,3	19,2	26,7	9,8	26,8	27,8	23,5	16,9	26,6
p	0,3441		0,3139		0,0112		0,9267		0,0263	
Konzumácia alkoholu (%)	4,4	11,6	17,3	11,1	6,6	5,7	11,1	23,5	10,4	11,3
p	0,3662		0,4907		0,9927		0,1288		0,7088	
Fyzická aktivita (%)	30,4	57,6	0	66,7	49,2	61	27,8	64,7	27,3	61
p	0,0596		0,0001		0,3122		0,0635		0,0001	

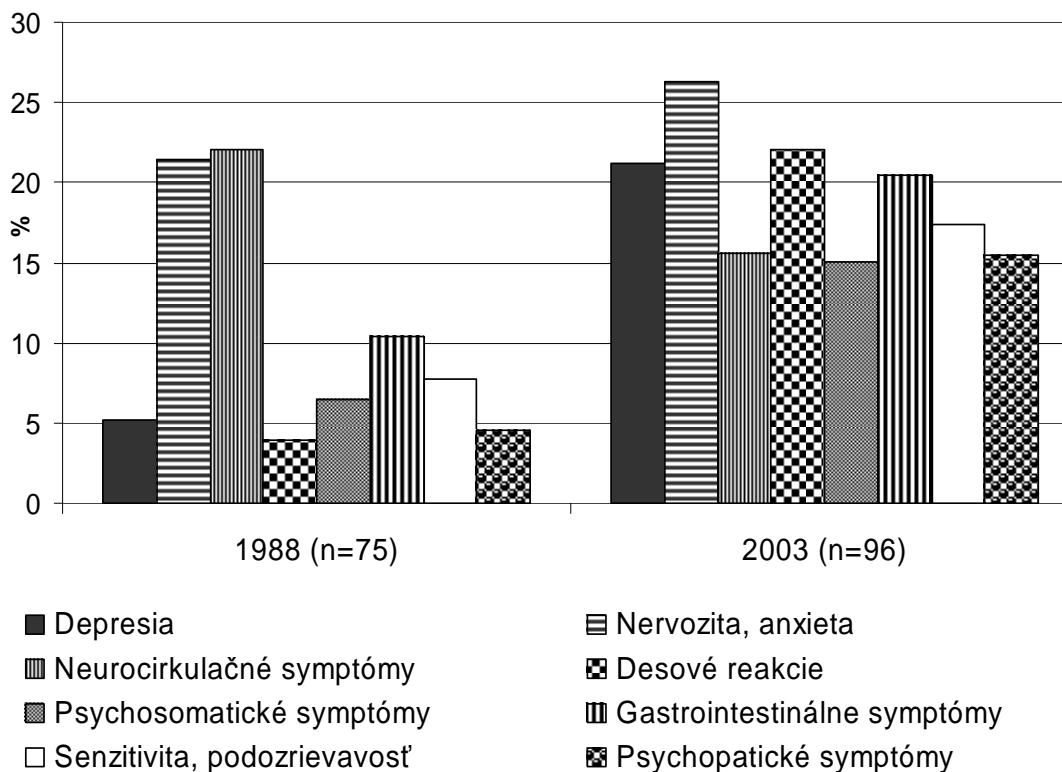
Učiteľia kompenzujú psychickú záťaž zdravotne nevhodnými kompenzačnými prostriedkami, najčastejšie konzumáciou alkoholu a fajčením, pričom v roku 2003 je nárast fajčiarov až o 10 %. Potešiteľná je fyzická aktivita, kde zaznamenávame oproti roku 1988 nárast.

Tab.č.2: Výsledky Cornel index 3+ dotazníka

Príznaky	Cornel Index 3+ items skóre (% pathognomonic odpovedí)	
	Sledované roky (Počet učiteľov)	
	1988 (154)	2003 (154)
Depresie	5,19	21,15**
Strachy	21,42	26,30
Neurocirkulačné symptómy	22,07	15,58
Desové reakcie	3,89	22,08**
Psychosomatické symptómy	6,49	15,10*
Gastrointestinalne symptómy	10,38	20,42*
Sensitivity, podozrievavosť	7,79	17,40
Psychopatické symptómy	4,54	15,50*

* p < 0,05 ; ** p < 0,01

Obr.č.1: Výsledky Cornel index 3+ dotazníka



O nedobrej psychickej situácii učiteľov v súčasnosti svedčia výsledky dotazníka Cornel index 3+. Je veľmi znepokojujúce, ak narastá počet depresíí, strachov, úzkostí, psychosomatických symptómov, nervozity a maladaptácie. Nemožno obchádzať ani zdanlivo nižšie percentá podozrievavosti a psychopatických ťažkostí.

Tab.č.3: Konzumácia alkoholu

Požitie alkoholu podľa dĺžky učiteľskej praxe										
počet odpracovaných rokov	rok sledovania	počet učiteľov	NIE (%)	p	ÁNO (%)	p	Denne (%)	p	Nepravideľne (%)	p
<=10	1988	23	95,65		4,35		0,00		4,35	
	2003	66	88,38	0,6542	11,62	0,3662	1,01	1,0000	10,61	0,3662
11-20	1988	52	82,70		17,30		0,00		17,30	
	2003	30	88,89	0,6351	11,11	0,4907	2,22	1,0000	8,89	0,2452
21-30	1988	61	93,45		6,55		0,00		6,55	
	2003	41	94,31	0,8817	5,69	0,9927	0,00	1,0000	5,69	0,9927
>=31	1988	18	88,89		11,11		0,00		11,11	
	2003	17	76,47	0,3299	23,53	0,1288	0,00	1,0000	23,53	0,1288
spolu	1988	154	89,62		10,38		0,00		10,38	
	2003	154	88,74	0,7161	11,26	0,7088	0,87	0,3165	10,39	0,8498

Alarmujúci je však vzostup konzumácie alkoholu u krátko učiacich a najdlhšie učiacich pedagógov. Pri porovnaní s pracovníkmi v zdravotníctve, pije pivo 1-3 krát týždenne

16 % učiteľov a len 6 % zdravotníkov, destiláty 1-3 krát týždenne 4 % učiteľov a 1,7 % zdravotníkov a víno 1-3 krát týždenne 12 % učiteľov a 7 % zdravotníkov.

Tab.č.4: Frekvencia fajčenia

Fajčenie podľa dĺžky učiteľskej praxe										
počet odpracovaných rokov	rok sledovania	počet učiteľov n	NIE (%)	p	ÁNO (%)	p	Denne (%)	p	Nepravidelne (%)	p
<=10	1988	23	78,27		21,73		21,73		0,00	
	2003	66	72,73	0,6016	27,27	0,3441	12,12	0,5240	15,15	0,0475
11-20	1988	52	80,77		19,23		19,23		0,00	
	2003	30	73,33	0,4333	26,67	0,3139	20,00	0,7613	6,67	0,0594
21-30	1988	61	90,17		9,83		9,83		0,00	
	2003	41	73,17	0,0240	26,83	0,0112	12,20	0,5055	14,63	0,0021
>=31	1988	18	72,23		27,77		27,77		0,00	
	2003	17	76,47	0,7738	23,53	0,9267	23,53	0,9267	0,00	1,0000
spolu	1988	154	83,12		16,88		16,88		0,00	
	2003	154	73,38	0,0383	26,62	0,0263	14,94	0,7534	11,69	0,0000

Rovnako je veľmi nepriaznivý medzi pedagógmi vzostup fajčiarov. Podľa výsledkov v súčasnosti fajčí každý štvrtý pedagóg (27 %). Porovnateľné údaje ukázali, že medzi zdravotníkmi je až 30,3 % fajčiarov [3].

Tab.č.5: Frekvencia pohybových aktivít

Pohybové aktivity podľa dĺžky učiteľskej praxe					
dĺžka učiteľskej praxe	počet učiteľov n	viackrát týždenne (%)	1x týždenne (%)	menej (%)	vôbec (%)
<=10	66	37,88	19,70	31,82	10,61
11-20	30	20,00	23,33	26,67	30,00
21-30	41	24,39	19,51	36,59	19,51
>=31	17	41,18	23,53	17,65	17,65
spolu	154	31,17	20,78	30,52	17,53

Alarmujúca je nízka pohybová aktivita učiteľov nad 10 rokov praxe, ktorí cvičia málo, alebo necvičia vôbec.

Údaje o pohybovej aktivite odzrkadľujú celkovú situáciu u dospelých slovenskej populácie. Výsledky u zdravotníckych pracovníkov sú ešte nepriaznivejšie, kde iba 6,4 % cvičí viackrát týždenne a 27 % necvičí vôbec [3].

Tab.č.5: Frekvencia počtu jedál

Počet jedál denne v závislosti na dĺžke učiteľskej praxe

dlžka učiteľskej praxe	počet učiteľov	1-2	3-4	5-6	viac
	n	(%)	(%)	(%)	(%)
<=10	66	9,09	72,73	18,18	0,00
11-20	30	6,67	83,33	10,00	0,00
21-30	41	14,63	65,85	19,51	0,00
>=31	17	17,65	64,71	17,65	0,00
spolu	154	11,04	72,08	16,88	0,00

Pri stravovacom režime optimálnych 5-6 jedál denne uviedlo iba 17 % učiteľov. Ukázali sa tesné negatívne súvislosti medzi počtom prijímaných jedál počas dňa a psychosomatickými príznakmi, ako aj fajčením.

Pritom učitelia majú lepšie stravovacie návyky ako zdravotnícki pracovníci, ktorých iba 24 % konzumuje 3 – 4 jedlá denne, ostatní menej [3].

Len pri optimálnej starostlivosti o telesné a psychické zdravie a zabezpečení sociálnej pohody možno očakávať a vyžadovať kvalitnú a efektívnu prácu pedagógov.

Domnievame sa, že naše zistenia môžu prispieť k ozrejmieniu a riešeniu niektorých problémov nášho školstva, o ktorých sa v ostatnom čase diskutuje v súvislosti s novou legislatívou a akútnou potrebou väčšej starostlivosti o učiteľov [5].

Záver

Výsledky priniesli významné poznatky pre smerovanie ochrany a podpory zdravia pedagógov. Prevencia psychosomatických ochorení u učiteľov predpokladá vypracovanie profesiogramu povolania, vzdelávanie v oblasti hygieny pedagogického procesu a zvnútorňovanie si zdravotne žiaducich, behaviorálnych, kompenzácií psychickej záťaž.

Literatúra

- [1] Admiral, W. F. – Korthagen, F. A. J. - Wubbels, T.: Effects of Student Teachers' Coping Behaviour, British of Educat. Psychol. 70, 2000, s. 33-52
- [2] Buchancová, J. – Krutý, F. – Klimentová, G., a spol.: Prehľad profesionálnych ochorení v rezorte školstva v SR v r. 1961 – 96. In: Novinky v pracovnom lekárstve a v klinickej toxikológii II. 1997, Martin : Jeséniova LF, s. 128.
- [3] Bulletin hlavného hygienika SR, 9/2000, SZÚ SR
- [4] Daniel, J.: Psychická záťaž učiteľa. Zborník PF UKF Nitra : Nitra UKF 1996, s.127 – 152.
- [5] Milénium: Konceptia rozvoja výchovy a vzdelávania v SR. Učiteľské noviny, 2000, č. 3, Príloha

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.

Katedra andragogiky

Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Gondova 2

818 01 Bratislava

e-mail: nela.l@centrum.sk

Vedúci katedry: doc. PhDr. Július Matulčík, CSc., mim. prof.

Bezdomovci – problém z pohľadu verejného zdravotníctva

¹Gogoláková, P.; ²Dostálová, K.; ¹Somogyiová, E.; ¹Vladárová, M.; ²Moricová, Š.

¹- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava

²- Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Súhrn: Zdravotný stav bezdomovcov a poskytovanie zdravotnej starostlivosti je závažný verejno-zdravotnícky problém, umocnený nezáujmom pacientov - bezdomovcov o vlastné zdravie. Bezdomovci sú náchylnejší podľahnúť chorobám, čo je dôsledok ich životného štýlu, nedostatočnej hygieny a stravovania, dlhého státia, spánku v chlade a vlhkosti, nadmerného pitia alkoholu, prípadne užívania drog, nezúčastňovania sa preventívnych prehliadok, očkovaní a podobne. Ľudia bez domova väčšinou nemajú svojho praktického lekára a príslušných špecialistov, ktorí by sa o pacienta kontinuálne starali, viedli zdravotnú dokumentáciu o ich zdravotnom stave. Lekársku pomoc vyhľadávajú často veľmi neskoro, až keď je nutná (akútna) hospitalizácia. Ak si stav pacienta po ukončení hospitalizácie bezdomovca vyžaduje ďalšie doliečenie, môže byť umiestnený na oddelení dlhodobo chorých, alebo do niektorých z útulkov (napr. Útulok sv. Lujzy, charitatívna organizácia Depaul Slovensko, n.o.), ktoré sú však kapacitne nepostačujúce

Kľúčové slová: bezdomovec, verejné zdravotníctvo, zdravotný stav, odkázanosť, choroby, charita

Intuitívne tušíme, kto je bezdomovec, akým problémom čelí, ale napriek tomu, v našej spoločnosti ešte nemáme sformulovanú definíciu, ktorá by problematiku ľudí bez domova zahŕňala komplexne. Niektoré definície berú do úvahy len absenciu bývania a charakterizujú bezdomovcov ako ľudí, ktorí sú bez možnosti využívať trvalé prístrešie.

Najčastejšie sa uvádza, že **za bezdomovca sa považuje občan, ktorý je z najrôznejších dôvodov v momentálnej situácii bez prístrešia, bez možnosti užívania základných hygienických potrieb a bez možnosti pravidelného stravovania.**

Bezdomovcom sa môže stať každý, bez ohľadu na svoj pôvod, vzdelanie, výchovu, postavenie. Hrozba bezdomovstva ide naprieč celým spektrom spoločnosti.

Tab. č.1: Príčiny straty domova

problémové vzťahy v rodine – partnerské, súrodenecké, rodičovské
úmrtie partnera alebo rodičov, inej blízkej osoby
úmrtie partnera alebo rodičov, inej blízkej osoby
zdravotné postihnutie
strata zamestnania
rôzne znevýhodnenia v prístupe na trh práce
migrácia za prácou do veľkých miest, kde je jedinec odkázaný sám na seba
neschopnosť plniť podmienky spojené s užívaním bytu/domu (platba nájomného a energií)
strata bytu/domu v dôsledku iných okolností (podvod, právny nárok iných osôb)
ukončenie pobytu v ústavnom zariadení (detský domov, psychiatrická liečebňa)
návrat z výkonu trestu odňatia slobody
sklon k nekonvenčnému spôsobu života prijatý ako riešenie problémov
rôzne druhy závislostí
sociálna núdza (chudoba)
bezdomovstva ako životné zlyhanie

Na webovej stránke občianskeho združenia Proti prúdu sú uvedené nasledovné definície:

- 1) Základná definícia – človek bez domova je človek bez možnosti využívať trvalý prístrešok.
- 2) Ľudia bez domova sú osoby s nedostatkom prostriedkov, nielen materiálnych, potrebných k bežnému spôsobu života a bez možností či schopností s nimi zmysluplne nakladať.

Z pohľadu „strechy nad hlavou“ na bezdomovstva väčšinou nazerá aj štátna správa rôznych krajín. V záujme každého štátu by malo byť, aby mali jeho občania zabezpečené bývanie, čo deklarujú aj viaceré medzinárodné dohovory a zmluvy.

V Európskej únii bola snaha zjednotiť pohľad na bezdomovstvo a vylúčenie z bývania. **V roku 2005 pre potreby Európskej únie bola vytvorená typológia, ktorá nesie názov ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).** Vytvorila ju Národná organizácia FEANTSA (Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri,). FEANTSA bola založená v roku 1989. V súčasnej dobe združuje viac ako 100 členských organizácií z 30 štátov Európy, vrátane všetkých 27 členských štátov Európskej únie. Členmi sú mimovládne organizácie, ktoré zabezpečujú široké spektrum služieb pre bezdomovcov, vrátane ubytovania a sociálnej podpory.

ETHOS slúži ako nástroj na zjednotenie pohľadu na problematiku bezdomovcov, u ktorých rozlišuje 4 hlavné kategórie, ďalej rozpracované do podrobnejších podkategórií, ktoré spresňujú situáciu bezdomovcov.

Podľa ETHOS do kategórie bezdomovcov, či ľudí ohrozených bezdomovstvom patrí osoba:

Tab.č.2: kategórie bezdomovcov

bez prístrešku (rooflessness) – bez možnosti pobytu pod strechou 24 hodín denne, napr. na ulici, v kanáloch či nocľahárni;
bez bytu (houselessness) – osoby v rôznych zariadeniach, napr. v útulkoch, verejných ubytovniach, ako aj osoby, ktoré opúšťajú inštitúcie;
bývajúci v neistých podmienkach - osoby, ktorým hrozí vyst'ahovanie, obeť domáceho násilia, domácnosti v bytoch bez právneho nároku;
bývajúci v neprimeraných podmienkach - priveľa ľudí v byte, zlý technický stav budovy, mimo pitnej vody a elektriny, rôzne provizórne stavby, maringotky;

Doposiaľ ešte neexistujú oficiálne európske štatistiky o bezdomovcoch. Počet bezdomovcov v Európe sa odhaduje na 3 milióny. Konkrétnejšie údaje sa uvádzajú na národnej a miestnej úrovni. Všetky krajiny EÚ by mali pravidelne predkladať Európskej komisii štatistické údaje týkajúce sa sociálnej situácie v národnej strategickej správe o sociálnej ochrane a sociálnom začlenení. V roku 2008 v Európskej únii:

- 57 miliónov ľudí žije pod hranicou chudoby,
- 31 miliónov je odkázaných na sociálne zabezpečenie,
- viac ako 17 miliónov žije v nevyhovujúcich alebo provizórnych podmienkach,
- 2,7 milióna obyvateľov je nútených viesť kočovný život, žijú prechodne u priateľov, príbuzných alebo v zariadeniach sociálnych služieb a 1,8 milióna ľudí sa spolieha na hostely.

Presný počet bezdomovcov v Slovenskej republike nie je známy. Hlavne veľké mestá, najmä Bratislava ako Hlavné mesto SR, sústreďujú najvyšší počet bezdomovcov. Občianske združenie Proti prúdu vydáva časopis Nota Bene, ktorého predajcami sú práve bezdomovci. Združenie odhadlo, že v roku 2009 sa zdržovalo na území Bratislavy asi 3000 bezdomovcov. Približne rovnaký počet sa odhaduje aj v Košiciach. Celkovo sa na Slovensku predpokladá, že počet ľudí bez domova sa pohybuje okolo 30 000. Určiť presný počet by si vyžadovalo koordináciu veľkého počtu ľudí, ktorí by pracovali priamo v teréne a spočítavali ľudí bez prístrešia.

Podľa údajov Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR je na Slovensku pre ľudí bez domova asi 60 útulkov, azylových domov a nocľahární v mestách a obciach. Časť obcí disponuje sociálnymi bytmi, či domami sociálnych bytov. Zo všetkých 60 útulkov na území Slovenskej republiky je 34 v zriaďovateľskej pôsobnosti samosprávnych krajov a 26 zariadení je prevádzkovaných neštátnymi subjektmi, resp. mestom. Ich celková kapacita je 1130 miest.

Verejno-zdravotnícky aspekt problému

Ľudia bez domova sú náchylnejší podľahnúť chorobám. Je to dôsledok ich životného štýlu, nedostatočnej hygieny a stravovania, dlhého státia, spánku v chlade a vlhkosti,

nadmerného pitia alkoholu, prípadne užívania drog, nezúčastňovania sa preventívnych prehliadok a očkovaní a podobne. Lekára vyhľadávajú často neskoro, keď je bolesť neznesiteľná, prípadne sú hospitalizovaní, keď sa stanú obeťou úrazu, skolabujú na ulici.

Najčastejšie problémy zdravotnej starostlivosti o bezdomovcov:

1. Nevyjasnenosť vzťahov bezdomovec - zdravotná poisťovňa - poskytovatelia zdravotnej starostlivosti:

Systém zdravotnej starostlivosti v našej spoločnosti predpokladá trvalé bydlisko poistencov zdravotných poisťovní. Od tejto skutočnosti sa odvíjajú ďalšie administratívne úkony, systém rajonizácie, úhrada za poskytnuté výkony.

Problém vyplýva už z povahy sociálneho javu bezdomovstva. Bezdomovec, aj keď má formálne trvalé bydlisko, zvyčajne sa ani v jeho blízkosti nezdržiava. Často nemá doklad totožnosti, ktorý je potrebný pre kontakt so zdravotnou poisťovňou. Na tento nedostatok nadväzuje logicky chýbanie platného preukazu poistenca zdravotnej poisťovne.

Bez platného dokladu zdravotnej poisťovne lekár musí bezdomovca ošetriť, pokiaľ ide o ohrozenie života. Ak nejde o ohrozenie života a lekár zdravotnú starostlivosť poskytne, následne mu bude výkon preplatený zdravotnou poisťovňou na základe zvláštneho vykazovania. Rovnako hospitalizácia bezdomovca si vyžaduje zvláštne vykazovanie.

2. Chýbajúca kontinuita zdravotnej starostlivosti

Historicky na území Slovenskej republiky sa v medicíne opierame o tri základné piliere: dôvera, zodpovednosť a kontinuita. Vzájomná dôvera pacienta, lekára a zdravotnej poisťovne. Zodpovednosť lekára k pacientovi, pacienta v postoji k vlastnému zdraviu, poisťovne k pacientom a poskytovateľom. Kontinuita v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, kontinuita v medicínskom vzdelávaní, kontinuita medicínskych pracovníkov.

Ľudia bez domova väčšinou nemajú svojho praktického lekára a príslušných špecialistov, ktorí by sa o pacienta kontinuálne starali, viedli zdravotnú dokumentáciu o zdravotnom stave. Charitatívne organizácie majú skúsenosti, že je veľmi ťažké nájsť praktických lekárov, ktorí by boli ochotní prevziať do svojej starostlivosti

bezdomovca. Povinnosťou lekára by to bolo jedine vtedy, ak by dotyčný mal trvalé bydlisko v obvode daného lekára. Bezdomovci väčšinou trvalé bydlisko nemajú alebo z neho odchádzajú a združujú sa vo veľkých mestách. Narušenie sociálnych väzieb, zúženie perspektívy života na prežitie jedného daného dňa narušuje bezdomovcovi vnímanie nutnosti starať sa o vlastné zdravie. Pravidelné návštevy u lekára, absolvovanie preventívnych prehliadok, riešenie zdravotných problémov v ich počiatočných štádiách sú sociálne návyky, ktoré bezdomovci strácajú spolu s ostatnými ďalšími.

Bez príslušnej zdravotnej dokumentácie je niekedy veľmi náročné, napr. pri jednej návšteve na lekárskej pohotovosti, stanoviť správnu diagnózu. Absenciou údajov sa môže oddialiť potrebná liečba. Prípadne môže dôjsť k nežiaducim účinkom liekov, napr. pri chýbajúcich údajoch o alergií.

3. Doliečovanie po ukončení hospitalizácie

Pacient zvyčajne po prepustení z nemocnice odchádza domov a je prevzatý do ambulantnej starostlivosti, ktorá kontinuálne nadväzuje na ústavnú starostlivosť. Bezdomovec po prepustení z nemocnice sa zvyčajne vracia späť na ulicu, čo sťažuje doliečenie a celkové uzdravenie. Je nedostatok zariadení, ktoré by bezdomovcom poskytovali priestor na doliečenie po prepustení z nemocnice, čím by sa zlepšil ich zdravotný stav.

Ošetrojúci lekár v nemocnici po zvládnutí akútneho stavu môže pacienta - bezdomovca, ktorého stav si vyžaduje ďalšie doliečenie, umiestniť na oddelenie pre dlhodobu chorých, kde je pobyt časovo limitovaný, alebo do niektorých z útulkov (napr. Útulok sv. Lujzy, charitatívna organizácia Depaul Slovensko, n.o.), ktoré sú kapacitne nepostačujúce. V útulkoch sa o chorých väčšinu dňa starajú sociálni pracovníci, nie zdravotníci.

Ďalšou možnosťou je zariadiť umiestnenie v domovoch dôchodcov, domovoch sociálnej starostlivosti alebo zabezpečiť domácu ošetrovateľskú starostlivosť, čo v prípade bezdomovcov s príjmom dávky v hmotnej núdzi, je prakticky nemožné.

4. Chronicky chorí bezdomovci s náročným ošetrením:

Chronické choroby sú náročné na zvládnutie aj u ľudí majúcich domov a sociálne zázemie. Ide napríklad o chorých zaradených v dialyzačnom programe, po amputácii končatín, s cukrovkou (diétny režim, aplikácia inzulínu, pravidelná liečba a kontroly

glykémii), s nádorovým ochorením (chemoterapia, rádioterapia, rehabilitácia), kolostómiou, zavedeným permanentným močovým katétrom, chorobami vyžadujúce finančne náročnú liečbu, asistenciu, po mozgovej cievnej príhode s následným ochrnutím a poruchou reči, po ťažkých úrazoch a pod. Bezdomovec s takýmto ochorením je úplne bezradným, bez pomoci sa jeho život skrakuje aj napriek (napr.) úspešne zvládnutému operačnému výkonu.

5. Vyššia morbidita bezdomovcov na niektoré ochorenia

Vyplyva z nesprávneho životného štýlu, z nadmerného užívania alkoholu, fajčenia, užívania drog, nesprávnej hygieny a stravovania. Charakteristické sú ochorenia dýchacích ciest, vrátane tuberkulózy, ochorenia dolných končatín - omrzliny, periférne artériové ochorenie, ochorenia kože spôsobené kožnými parazitmi.

Na záver je nutné zdôrazniť, že zdravotný stav bezdomovcov a poskytovanie zdravotnej starostlivosti je veľmi vážny problém, umocnený nezáujmom pacientov o vlastné zdravie. Lekársku pomoc vyhľadávajú často až veľmi neskoro. Mnohí z nich z dôvodu chýbajúceho trvalého bydliska nemajú svojho praktického lekára, nezúčastňujú sa preventívnych prehliadok a povinných očkovaní.

Príjem do nemocnice je problematický, pacient bezdomovec nemá doklady, preukaz poistenca, nespolupracuje so zdravotníckym personálom, často je pod vplyvom alkoholu. Namiesto doliečenia v domácom prostredí pacienti - bezdomovci skončia opäť na ulici, kde sa ich stav znovu zhorší, a vzniká tak *circulus vitiosus* ulica - nemocnica, ktorý znamená zníženie kvality života a jeho skrátenie, oproti väčšinovej spoločnosti.

Použitá literatúra:

BEŇOVÁ, N.: *Bezdomovci, ľudia ako my*. Bratislava : o.z. Proti prúdu, 2008. s. 12,14,21 ISBN 978-80-969924-1-6

HORVÁTHOVÁ, B.: O ľuďoch bez domova. In *Sociálna politika a zamestnanosť*. ISSN 13365053, November 2006, č. 11, s. 4

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 1999. s. 411-416 ISBN 80-7178-214-9.

www.notabene.sk

<http://www.feantsa.org>

http://www.feantsa.org/files/indicators_wg/ETHOS/ethos_2005cz.pdf

Adresa autora:

Ing. Petra Gogoláková

DFNsP Bratislava
Limbová 1, Bratislava

**HODNOTENIE MANAŽERSKÉHO VZDELÁVANIA V ODBORE
ODBORNÍK NA RIADENIE VO VEREJNOM ZDRAVOTNÍCTVE –
MASTER OF MPUBLIC HEALTH (MPH)**

Mgr. Karol Wild, Mgr. Alexandra Fülöpová

SÚHRN

V článku sme sa zamerali na výskum jediného študijného špecializačného odboru určeného na riadenie v zdravotníctve spoločný pre všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov, Odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve (MPH). V rámci kvantitatívneho výskumu sme si určili štyri hlavné ciele, jeden vedľajší a sedem hypotéz, ktoré sme sa snažili potvrdiť. Zdrojom výskumných údajov bol dotazník, ktorý vyplnilo 99 poslucháčov z troch ročníkov odboru MPH. Spracovali sme ich na základe matematicko-štatistických metód a získané výsledky splnili nami stanovené ciele, ktoré sme mohli konfrontovať s hypotézami. Výsledky prinášame v tomto článku.

Kľúčové slová: zdravotnícke vzdelávanie, manažérske vzdelávanie, zdravotnícky manažment, odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve

Špecializačný študijný odbor **Odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve – Master of public health** (ďalej MPH) na Slovenskej zdravotníckej univerzite je jediným manažérskym odborom určeným pre všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov s ukončeným druhostupňovým vysokoškolským vzdelaním a praxou v zdravotníctve. Z tohto dôvodu sme sa rozhodli pre výskum poslucháčov predmetného štúdia a jeho výsledky prinášame v tomto príspevku.

Metodika

Vo výskume sme sa zamerali na manažérske teoretické vedomosti, praktické zručnosti a vzťah medzi manažérskym vzdelávaním a vykonávanou prácou u poslucháčov 1., 2. a 3. ročníka špecializačného štúdia MPH v školskom roku

2008/2009, ktorí tvorili základný súbor tohto výskumu. Išlo o dostupný výber. Zo 176 poslucháčov nám vyplnilo dotazník 99, čo tvorí 56%.

Výskumné ciele

Hlavné ciele:

1. Zistiť subjektívne hodnotenie vlastnej úrovne teoretických vedomostí a praktických zručností vo vybraných skupinách manažérskych predmetov poslucháčov MPH.
2. Zistiť očakávania poslucháčov od štúdia v odbore MPH.
3. Zistiť využívanie doplnkových foriem štúdia manažmentu a riadenia poslucháčmi MPH.
4. Zmapovať témy záverečných prác poslucháčov MPH v oblasti manažmentu a riadenia a ich prepojenie na súčasnú alebo budúcu prácu.

Vedľajší cieľ:

1. Definovať štruktúru základného súboru poslucháčov štúdia MPH SZU v školskom roku 2008/09 (pohlavie, vek, kraj, vysokoškolské vzdelanie, pracovná pozícia, prax v zdravotníctve).

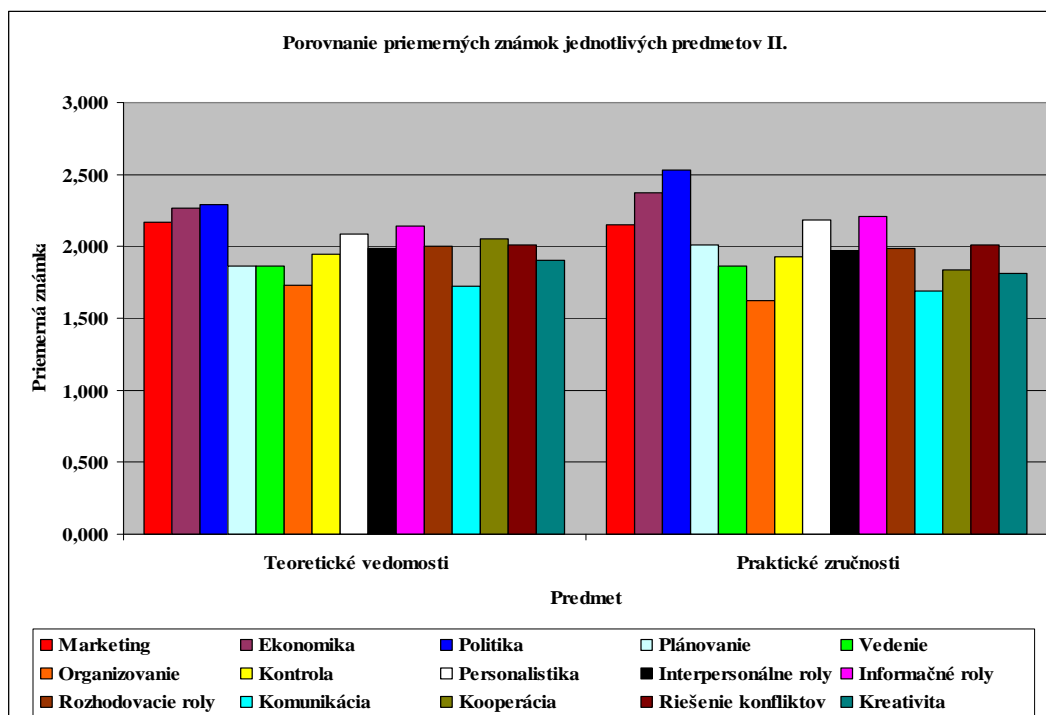
Stanovené výskumné ciele sa stali podkladom pre stanovenie výskumných hypotéz našej práce. Prvá hypotéza vychádza z prvého hlavného výskumného cieľa. Zo subjektívneho hodnotenia poslucháčov, vo vybraných manažérskych predmetoch, zoradených do štyroch skupín. Zamerali sme sa na určenie výslednej priemernej známky pre teoretické vedomosti a praktické zručnosti. Sledovali sme, či sa nachádzajú v tom istom klasifikačnom stupni, ktorý sme zadefinovali intervalom. Manažérske predmety, ktoré sme do práce vybrali a následne rozdelili do štyroch

skupín, považujeme za dôležité pre výkon manažérskeho povolania v zdravotníctve. Vzhľadom na fakt, že sme si určili štyri skupiny manažérskych predmetov, rozdelili sme prvú hypotézu na štyri čiastkové hypotézy, kde každá vyjadruje náš predpoklad o jednej skupine manažérskych predmetov. Zvyšné tri hypotézy presne a jasne nadväzujú na výskumné ciele číslo 2, 3 a 4.

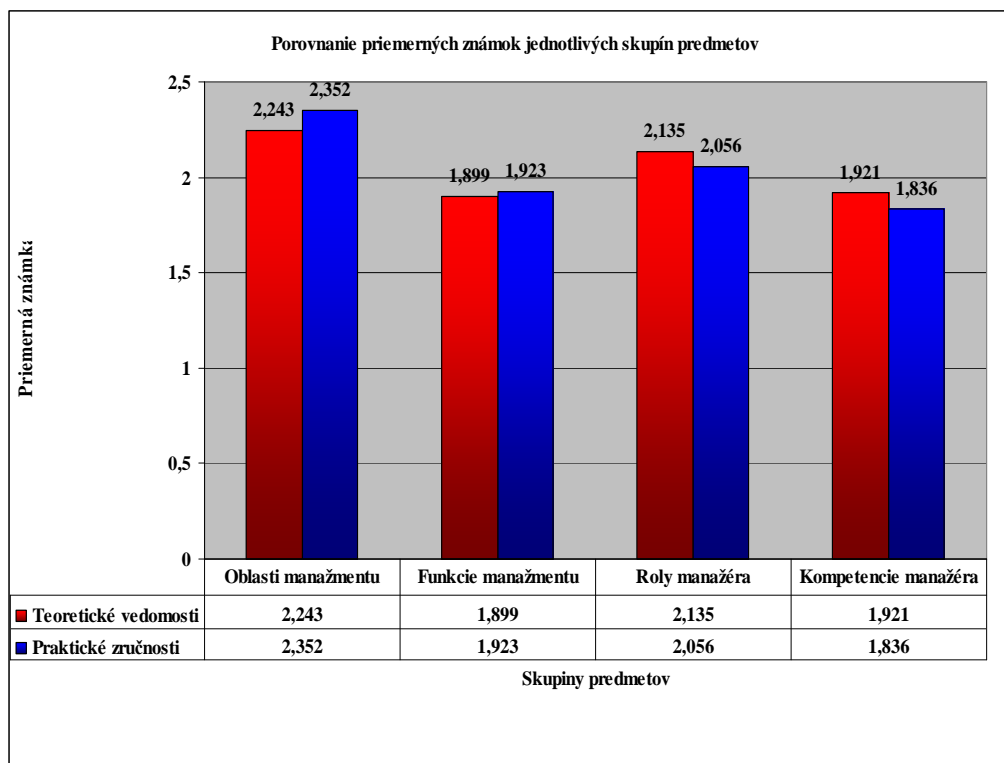
Výsledky výskumu

V rámci kvantitatívneho výskumu sme použili na zber výskumných údajov dotazník. Z celkového počtu sedem hypotéz sa nám podarilo potvrdiť tri hypotézy a štyri hypotézy sme zamietli.

Pri testovaní prvej hypotézy, pozostávajúcej zo štyroch čiastkových, sme si stanovili jednotlivé klasifikačné intervaly pre sledované skupiny manažérskych predmetov na základe subjektívneho názoru, na akej úrovni by mali mať poslucháči teoretické vedomosti a praktické zručnosti. Výsledky však boli prekvapivé, čo je jasne vidieť na obrázku číslo 1 a číslo 2.



Obrázok 1 Porovnanie priemerných známok jednotlivých predmetov II



Obrázok 2 Porovnanie priemerných známok jednotlivých skupín predmetov

Prvá skupina predmetov, Oblasti manažmentu, dopadla v subjektívnom hodnotení suverénne ako najhoršia. Predmet Politika sa ako jediný umiestnil v intervale pre klasifikačný stupeň 3, čiže dobrý. Politika sa síce môže zdať ako okrajový predmet v priestore zdravotníckeho manažmentu, ale podľa nás je zvládnutie aspoň jej základov, nesmierne podstatné - napríklad z pohľadu tvorby štátnej politiky zdravia, organizácie zdravotníctva, chápanie jednotlivých väzieb v zdravotníckom systéme, práca s legislatívou, podieľanie sa na legislatívnom procese, pripomienkovanie zákonov a podobne. Druhým najhorším predmetom sa ukázala Ekonomika. Zdravotnícki manažéri pracujú aj s ekonomickými funkciami, robia ekonomické rozhodnutia a tým pádom by mali disponovať aj ekonomickými vedomosťami a zručnosťami na primeranej úrovni, aby mohli efektívne zastávať svoje riadiace funkcie. Vzhľadom na fakt, že až 72% respondentov má zdravotnícke

vzdelanie, len 9% má ekonomické a 2% politologické, nie je tento výsledok až takým prekvapením, ale rozhodne podporuje fakt, že v zdravotníctve by malo byť v riadiacich funkciách viac ekonomicky vzdelaných pracovníkov, schopných vykonávať efektívne ekonomické rozhodnutia.

V druhej skupine predmetov sme sa zamerali na manažérske funkcie. Predpokladali sme, že v našom súbore bude väčšina riadiacich pracovníkov a budú výborne vykonávať riadiace funkcie a poznať ich náplň, ako po stránke teoretickej, tak po stránke praktickej. Opäť sa však predpoklad nepotvrdil. Aj keď 81% respondentov pracuje v oblasti riadenia, na rôznej úrovni, ani jeden predmet z manažérskych funkcií nedostal hodnotenie z intervalu pre klasifikačný stupeň výborný. Suverénne najhorším predmetom z tejto skupiny sa stala Personalistika. Opäť si myslíme, že to môže súvisieť so vzdelaním poslucháčov. Ako najlepší skončil predmet Organizovanie, čo je veľké plus, no ani ten sa do intervalu pre známku výborná nedostal.

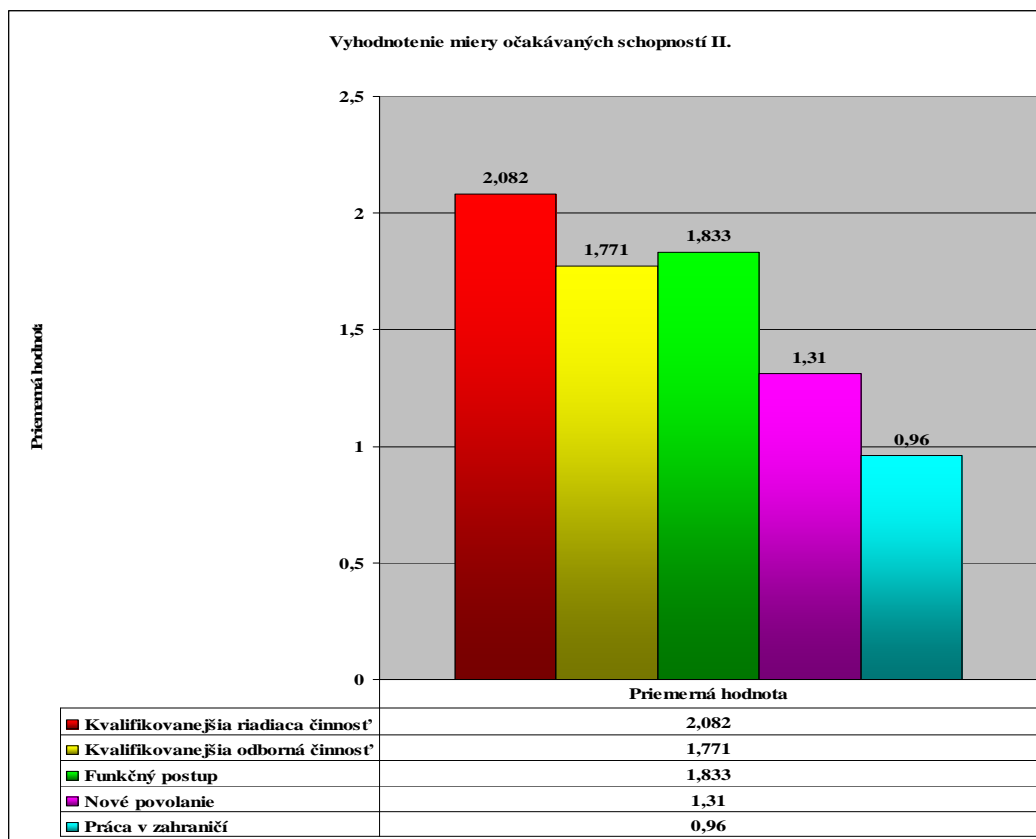
V tretej skupine predmetov Manažérske roly sme predpokladali najhoršie známky. Nie však z dôvodu, že je to skupina predmetov, ktorá nie je dôležitá, ale preto, že sme predpokladali, že poslucháči majú o tejto skupine najmenšie vedomosti. Náš predpoklad sa však nepotvrdil, poslucháči sa hodnotili lepšie. Zaujímavosťou ale je, že predmet Informačné roly získal najhoršie známky v rámci tejto skupiny, ale predmet Komunikácia zo skupiny Manažérske kompetencie je jedným z dvoch najlepších v celkovom hodnotení. Vzhľadom na fakt, že manažérske zručnosti dávajú základ pre kompetencie a na základe kompetencií vykonávajú riadiaci pracovníci svoje manažérske roly a plnia si tak manažérske funkcie je jasné, že rozdielnosť hodnotenia týchto dvoch na seba nadväzujúcich predmetov poukazuje

na fakt, že poslucháčom nie je úplne jasná vzájomná previazanosť, nadväznosť a náplň manažérskych zručností, schopností, kompetencií, rolí a funkcií.

Štvrtá skupina predmetov - Manažérske kľúčové kompetencie, mala byť podľa nášho predpokladu hodnotená najlepšou známku - 1. Náš predpoklad sa však opäť nepotvrdil, ale zo štyroch skupín predmetov, sa stala táto skupina predmetov najlepšie hodnotenou. Najhoršími predmetmi v tejto skupine boli predmet Riešenie konfliktov a Kooperácia. Obe kompetencie sú hlavne v zdravotníckom prostredí kľúčové a každý manažér by ich mal zvládať rovnako, ako po stránke teoretickej, tak aj praktickej.

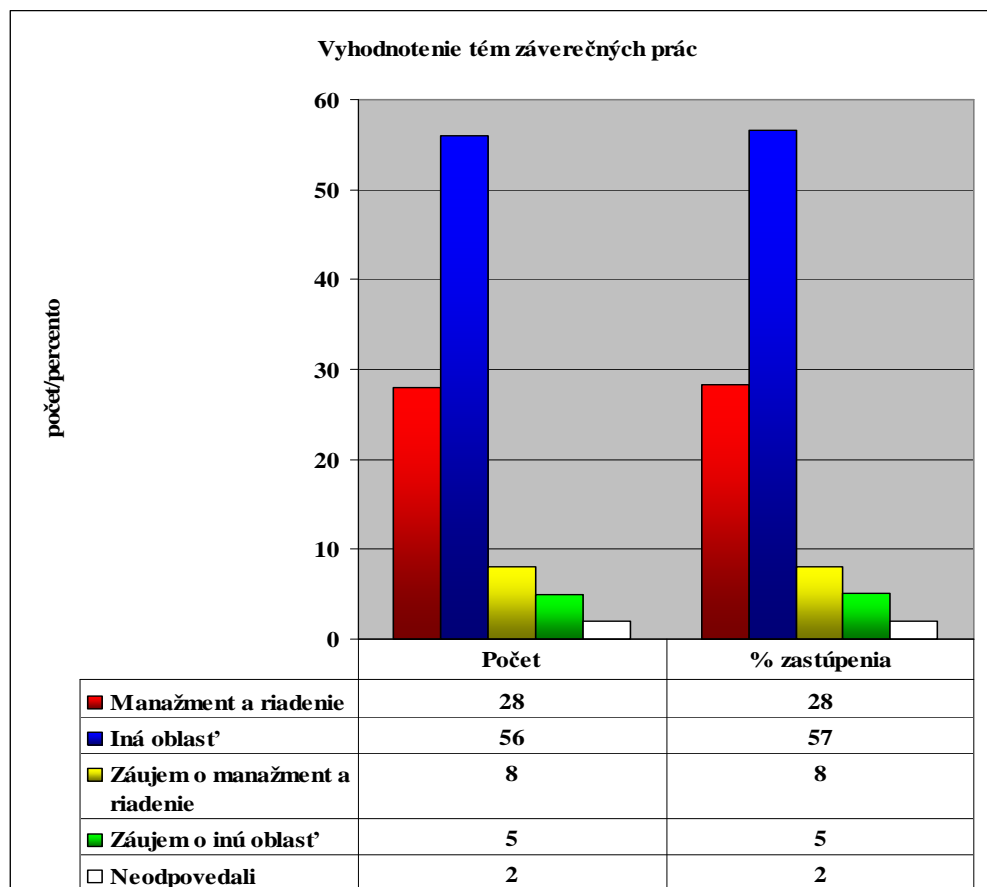
V našom výskume sme sa dopracovali ešte k ďalším zaujímavým informáciám. Z pätnástich skúmaných predmetov len päť dosiahlo lepšiu známku za teoretické vedomosti, ako za praktické zručnosti. Z toho sa dá usudzovať, že *poslucháči vedia lepšie narábať s praktickými zručnosťami, ako s teoretickými vedomosťami*. Na základe subjektívneho hodnotenia teoretických vedomostí a praktických zručností sú poslucháči zo sledovaného súboru na chválibnej úrovni.

Ďalej sme v práci skúmali, aké sú očakávania poslucháčov o nadobudnutom vzdelaní v špecializačnom odbore MPH. Jednoznačne sa nám hypotéza potvrdila a študenti ohodnotili najvyššou známku schopnosť pre lepšiu a kvalifikovanejšiu výkon riadiacej práce. Výsledok je ovplyvnený aj tým, že 81% respondentov vykonáva riadiacu funkciu a väčšina nemá príslušné vzdelanie z manažérského smeru. Manažérske vzdelanie bolo v súbore zastúpené len 2%. Najnižšie ohodnotenie dostala schopnosť získať prácu v zahraničí, čo ale hodnotíme pozitívne, najmä z dôvodu neutíchajúceho trendu odchodu kapacít zo slovenského zdravotníctva do zahraničia.



Obrázok 3 Vyhodnotenie miery očakávaných schopností II

Pri analýze tém záverečných prác sme opäť získali zaujímavé informácie. Aj napriek vysokému zastúpeniu riadiacich pracovníkov v súbore, len 28% bolo rozhodnutých pre záverečnú tému z oblasti manažmentu a riadenia. Jeden z dôvodov môže byť aj fakt, že riadiaci pracovníci v zdravotníctve sú stále viac orientovaní na svoju medicínsko-zdravotnícku odbornosť, ako na manažérsku zložku svojej funkcie. To považujeme za veľkú škodu, pretože zdravotnícky manažment sa na Slovensku len rozvíja a nie je dostatok odborníkov, ani literatúry a každá záverečná práca z tejto oblasti by mohla pomôcť k rozvoju a následne skvalitneniu manažérskeho vzdelávania. Vyplýva to aj z ďalších nami zistených faktov.

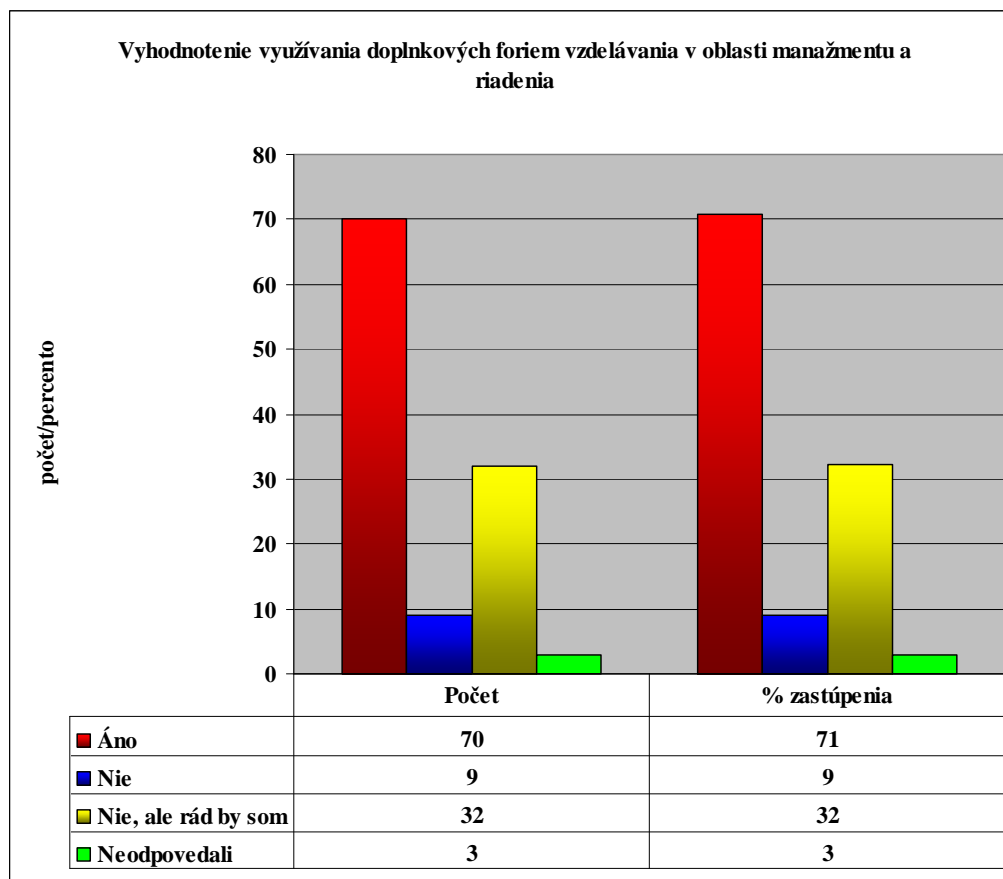


Obrázok 4 Vyhodnotenie tém záverečných prác

Až 77% respondentov uviedlo, že téma ich záverečnej práce priamo súvisí s ich zamestnaním a 80% respondentov plánuje využiť závery a výsledky svojich prác v súčasnom zamestnaní. Keby si viac poslucháčov vybralo záverečné témy z oblasti zdravotníckeho manažmentu, výsledky by mohli využiť priamo v zamestnaní a mohli by tak prispieť k zlepšeniu výkonu manažérskych funkcií a činností v rámci zdravotníckej organizácie, kde pracujú.

Spracovanie výskumných údajov v otázke doplnkových foriem manažérského vzdelávania prinieslo tiež pár zaujímavých faktov. Napriek nášmu predpokladu, až 71% respondentov využilo možnosť doplnkového vzdelávania v oblasti manažmentu a riadenia. Takéto vysoké číslo sme neočakávali. O to väčším prekvapením je fakt, že záujem o manažérske vzdelávanie prostredníctvom kurzov, ktoré napríklad

ponúkala Katedra riadenia FVZ SZU, je veľmi nízky až nulový, a pritom 32% respondentov by malo záujem o vzdelávaciu aktivitu z oblasti manažmentu a riadenia. Tu by bolo možné prispôbiť ponuku kurzov aktuálnym požiadavkám a potrebám poslucháčov univerzity.



Obrázok 5 Vyhodnotenie využívania doplnkových foriem vzdelávania v oblasti manažmentu a riadenia

Poslednou skúmanou oblasťou boli demografické charakteristiky sledovaného súboru respondentov. Aj keď sa na Slovensku pomerne často spomína feminizácia zdravotníctva, v našej skúmanej vzorke respondentov sa tento jav nepotvrdil. 52% respondentov bolo ženského pohlavia a 48% mužského pohlavia. Získané demografické údaje by sa dali využiť pre oslovenie potenciálnych záujemcov o tento typ špecializačného štúdia. Ako vidno z našich výsledkov, tak

o toto štúdium majú záujem rovnako muži ako ženy, najmä vo veku 31 až 40 rokov a najmä z Bratislavského kraja. Tu sa naskytuje možnosť osloviť zamestnancov zdravotníckych zariadení z iných krajov, kde bolo najmenšie zastúpenie poslucháčov, napríklad z Trnavského, Trenčianskeho či Banskobystrického kraja, alebo považovať nad možnosťou výučby aj v rámci existujúcich štruktúr univerzity v Banskej Bystrici.

Zhrnutie využitia výsledkov práce a odporúčania

- Využitie výsledkov subjektívneho hodnotenia teoretických vedomostí a praktických zručností pre ich porovnanie s reálnymi výsledkami v rámci predmetov, ktoré sú spoločné v študijnom programe špecializačného štúdia, rozšírenie alebo zúženie jeho modulov, usmernenie zamerania a pod.
- Využitie výsledkov subjektívneho hodnotenia teoretických vedomostí a praktických zručností poslucháčmi, ako spätnú väzbu pre vyučujúcich, so zámerom skvalitnenia a obohatenia výučby jednotlivých predmetov.
- Motivovanie poslucháčov k výberu tém z oblasti manažmentu a riadenia, čo by smerovalo k rozvoju zdravotníckeho manažmentu.
- Pri plánovaní aktivít ďalšieho vzdelávania v oblasti zdravotníckeho manažmentu na Slovenskej zdravotníckej univerzite urobiť prieskum u poslucháčov a zistiť, po akých moduloch, respektíve predmetoch je aktuálne dopyt a tomu prispôbiť ponuku.
- Využitie výsledkov demografických ukazovateľov pre marketingové aktivity Fakulty verejného zdravotníctva SZU na oslovenie nových potenciálnych poslucháčov so záujmom o štúdium a ďalšie vzdelávanie sa v zdravotníckom manažmente.

Adresa autora:

Mgr. Alexandra Fülöpová

Katedra riadenia

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbová 14, 833 03, Bratislava

Herní práce v České republice: Uplatňování principu „Family centred care“, péče zaměřené i na rodinu pacienta

Mgr. Jana Vožechová

Souhrn

Následující článek popisuje princip Family centred care – péči zaměřenou i na rodinu pacienta, Chartu práv dětí v nemocnici, herní práci a herního specialistu a možnosti studia herní práce v České republice. Odkazuje na další zdroje zabývající se touto problematikou: zajímavé rozhovory, zahraniční organizace, dostupné publikace.

Klíčová slova: family centred care, herní specialista, herní práce, Charta práv dětí v nemocnici

Ke konci roku 2008 se v budově ředitelství Fakultní nemocnice Motol konala konference „Humanizace dětských nemocnic v Evropě“, kde hlavním přednášejícím hostem byla Peg Belson MBE, BA, Ph.D., Hon Fellow Royal College of Paediatrics & Child health, Londýn - psychologka, zakládající členka původně rodičovské organizace na podporu hospitalizovaných dětí NAWCH (dnes Action for sick children). Konferenci pořádal Nadační fond Klíček a Společnost pro herní práci. Nabízí se otázka, proč psát v roce 2010 o konferenci konané v roce 2008? Od té doby se v České republice nekonala žádná obdobná konference zabývající se danou problematikou v takové šíři a pojetí. Příspěvky pojednávající o principu Family centred care, vzniku a etablování herní práce jako samostatné profese, práv hospitalizovaného dítěte z pohledu současných evropských norem EACH (o organizaci EACH níže), etických a legislativních souvislostech společného pobývání rodičů s hospitalizovanými dětmi v tuzemských nemocnicích a další, si vyslechli zájemci z řad studentů, zdravotníků, pedagogů, speciálních pedagogů a veřejnosti. Konferenci pořádal Nadační fond Klíček ve spolupráci se Společností pro herní práci.

Nadační fond Klíček, reprezentován manželou Markétou a Jiřím Královcovými je organizací, která se v České republice zasazuje o prosazení a „legalizaci“ oboru a profese herní specialista. Obor se neustále vyvíjí a o jeho ukotvení se Klíček ve spolupráci s dalšími stranami snaží už několik let. Například v květnu roku 2001 podalo Sdružení pro herní práci s dětmi v nemocnici společně s Profesní a odborovou

unií zdravotníckých Čech, Moravy a Slezska návrh na doplnění vyhlášky o způsobilosti zdravotníckých pracovníků o kategorii herní specialista. Návrh byl předložen odboru ošetrovateľské péče ministerstva zdravotníctví, zde byl však odmítnut pro „koncepční nejasněnost“. Prosazení oboru jakým je herní specialista je „během na dlouhou trať“ a vyžaduje mezioborovou a meziresortní spolupráci.

Ruku v ruce s etablováním oboru přichází také vytvoření a prosazení kvalitního studijního programu, odpovídajícího svojí úrovni vzdělání odborníků v podobných oborech. V současné době lze studovat tento obor v rámci specializačního studia „Herní specialista“ na Univerzitě Palackého v Olomouci a v rámci studia organizovaného Nadačním fondem Klíček, Střední a Vyšší zdravotnickou školou v Plzni a Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze „Specialista pro hru a komunikaci v domácí a institucionální péči“. Na UP v Olomouci je studium koncipováno jako tří semestrální, určené somatopedům v nemocnicích, dětským zdravotním sestřám, zdravotním sestřám dětských lůžkových oddělení nemocnic, učitelkám mateřských škol. Cílem studia je specializace na přípravu dětského pacienta na diagnostický či léčebný zákrok, schopnost pomoci pacientovi pochopit důvody hospitalizace a snížit psychickou tenzi u pacienta, jeho sourozenců a rodičů. Další informace ke studiu naleznete na adrese <http://www.scv.upol.cz/rubriky/studijni-programy/herni-specialista/>.

Dalším nabízeným studiem je taktéž tří semestrální studium důsledně vycházejícího z principu family centred care a mezioborového přístupu zaštitěného výše zmíněnými třemi organizacemi. Náplň učebního programu je rozdělena do čtyř skupin: kurzy herní práce – teoretická i praktická průprava, kurzy individuální a souvislé praxe, kurzy ošetrovateľských předmětů, souborná závěrečná zkouška. Studium je určeno zájemcům o herní práci (playwork, playtherapy) - ať už v této oblasti pracují, nebo o takové profesi uvažují, lidem, kteří přicházejí do kontaktu s nemocnými a hospitalizovanými dětmi a/nebo dospělými, všem zájemcům o mezioborově pojaté vzdělávání v oblasti pomáhajících profesí. Informace o studijním programu jsou dostupné na adrese <http://www.herniprace.cz/>.

Nadační fond Klíček je jedním z členů organizace EACH - European Association for Children in Hospital. EACH je zastřešující asociací pro organizace zabývající se „blahem“ dětí před, během nebo po pobytu v nemocnici. V současné době má EACH 18 členů ze šestnácti evropských zemí a Japonska. Činnosti

členských sdružení jsou přizpůsobeny potřebám každé konkrétní země a jejich cílem je: radit, informovat a poskytovat podporu rodinám, osobám, které pečují o nemocné děti; podporovat dobré vztahy mezi dětským pacientem, jeho blízkými, lékaři, zdravotními sestrami a dalšími pracovníky; jednat s vládními orgány směrem k zkvalitnění a zlepšení péče o děti ve zdravotnických zařízeních; usilovat o prosazení zásad Charty práv dítěte v nemocnici, atp.

Kolébku Family centred care, herních specialistů, charty práv hospitalizovaného dítěte je právě Velká Británie. Praktické poznatky a dojmy z prostředí britských nemocnic v souvislosti s herní prací popisuje Jiří Ondrušák v kapitole „Hra je naše práce“ v knize Rukověť dramaterapie II. Velká Británie je jistě vzorem v přístupu péče o nemocné pacienty v souvislosti s přítomností herních specialistů ne dětských odděleních nemocnic, a s prosazováním principů vyplývajících z Charty práv dětí v nemocnici. Původně Chartu vypracovala NAWCH a se stala základním zdrojovým textem pro obdobné dokumenty ve světě. Charta spolu i s anotacemi je v anglickém originále dostupná na stránkách EACH. V českém znění je dostupná například na stránkách již zmiňovaného Klíčku na adrese <http://www.klicek.org/hospital/charta.html>:

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

5. S deťmi sa musí zachádzať s taktom a pochopením a neustále musí byť rešpektované ich súkromie.
6. Deťom sa musí dostávať péče náležite školeného personálu, ktorý si je plne vedom fyzických i emocionálnych potrieb deťmi každej vekovej skupiny.
7. Deťi majú mať možnosť nosiť svoje vlastné oblečenie a mať s sebou v nemocnici svoje veci.
8. O deťi má byť pečované spoločne s inými deťmi tej istej vekovej skupiny.
9. Deťi majú byť v prostredí, ktoré je zařízené a vybavené tak, aby odpovedalo ich vývojovým potrebám a požiadavkám, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostným pravidlám a zásadám starostlivosti o deťi.
10. Deťi majú mať plnú príležitosť na hru, odpočinok a vzdelávanie, prispôbenou ich veku a zdravotnému stavu.

Tento dokument vychádza z textu Charty práv deťskych pacientov organizácie "National Association for the Welfare of Children in Hospital" (NAWCH) so sídlom v Londýne. Preklad zdrojového textu pořídila Nadace Klíček so svolením tejto organizácie.

Materiál v tomto znení podpořila Centrálna etická komisa pri Ministerstve zdravotníctva ČR v únoru 1992.

„Family centred care je filozofie starostlivosti, ktorá usnadňuje spoluprácu medzi rodinou a odborníkmi, udržuje rovnováhu medzi potrebami rodiny a radami odborníkov, jedná s rodičmi ako s rovnocennými partnermi v ošetrovateľskom tíme a v celom procese liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti, do nejž odborníci vnášajú svoje odborné znalosti a z týchto znalostí vychádzajú služby, a rodičia zase informácie o svojom dieťati a jeho potrebách.“ (Královcovi, 2007)

Vymedzenie princípu family centred care by si určite zasloužilo rozsáhlejšie vymedzenie, ale to by bolo predmetom samostatného článku. Ruku v ruce s príchodom Family centred care prichádzajú tiež herní špecialisti. Herní špecialista je odborník, ktorý *„pečuje predovšetkým o dobrý psychický stav deťmi, vrátane kojencov a mladistvých a ich rodičov“*. Náplň herní práce nie je dieť poučovať, vychovávať, ale citlivo a laskavo ho provázet úskaliami hospitalizácie. Herní špecialista je spoločníkom dieťati a rodiny, ktoré vníma ako rovnocenné partneri, vždy vystupuje a koná v zájme dieťati, rešpektuje jeho práva. Je súčasťou ošetrovateľského tímu, pripravuje dieť na zákroky, vo spolupráci s rodičmi navrhuje plán herních aktivít pre dieť, koordinuje informovanie dieťati a rodičov, pričomž dbá na zrozumiteľnosť a návaznosť informácií, dohlíži na

provoz v herně, ve spolupráci s ostatními pracovníky připravuje vhodné informační pomůcky a materiály pro rodiče a děti, atp. (Řezníčková, 2003). Blíže popisují práci a praxi herního specialisty odkazy uvedené na konci článku, ale také rozhovor dostupný na <http://www.zdn.cz/rozhovory/predstavujeme/411643>, ve kterém popisuje Lída Romová z Fakultní nemocnice Plzeň práci herního specialisty. Je jednou z mála herních specialistů v České republice, které se daří, jak sama píše díky osvědčenému vedení nemocnice, vykonávat herní práci v takovém rozsahu a míře.

Před samotným závěrem článku uvádím doslovný přepis letáčku vydaném Nadačním fondem Klíček ve spolupráci s organizací Kind en Ziekenhuis a European Association for Children in hospital.

Děti v nemocnici mají kromě práva na péči poskytovanou kvalifikovaným a odborně zdatným personálem právo na:

- přítomnost svých rodičů
- bezbolestně prováděné zákroky
- informace odpovídající jejich chápání
- spolurozhodování o poskytované péči
- příležitosti ke hře a vzdělávání
- kontakt se svými vrstevníky
- prostředí, které napomáhá zdravě

Děti v nemocnici často nedokáží porozumět tomu, co se s nimi děje, proto potřebují své rodiče také během:

- uvádění do anestezie
- probírání z anestezie
- lékařských vyšetření
- léčebných zákroků
- aplikace injekcí, šití ran, atp.
- poskytování ošetrovatelské péče
- a vůbec kdykoliv, kdy si to samy přejí.

Přítomnost rodičů na dětských odděleních nemocnic vyvolává u zúčastněných stran velké diskuse. Cílem tohoto článku není obhajovat či vyvracet názory na přítomnost rodičů na dětských odděleních.

Na závěr si dovoluji uvést slova přední české herní specialistky Alice Řezníčkové „*V posledních letech dochází k významným změnám péče o děti*

v nemocnicích...příchod rodičů na dětská oddělení znamená nesporně zkvalitnění péče o nemocné děti...tento příznivý efekt je však podmíněn dobrou spoluprací rodiny a zdravotnického týmu.“

Zdroje:

www.detivnemocnici.cz

www.klicek.org

www.each-for-sick-children.org

www.zdn.cz

www.upol.cz

různé studijní materiály získané v rámci studia „Specialista pro hru a komunikaci v domácí a institucionální péči“

- 1) KRÁLOVCOVI, J. a M. *Herní specialista jeho význam a role v kontextu hospitalizace dítěte a jejích historických souvislostí*. Praha: Nadační fond Klíček, 2007 – učební texty pro studenty certifikovaného programu
- 2) ONDRUŠÁK, J. *Hra je naše práce*. In: VALENTA, M. a kol. *Rukověť dramaterapie II*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009, 180 s. ISBN 978-80-244-2274-9
- 3) ŘEZNÍČKOVÁ, A. *Herní práce s dětmi v nemocnici*. In: VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 218 s. ISBN80-244-0763-9

Adresa autora:

Mgr. Jana Vožechová

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií