



**Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri Slovenskej
akadémii vied**

Katedra sociológie Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

ŽIVOTNÝ ŠTÝL A ZDRAVIE

Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 5. Decembra 2014

V Bratislave

Bratislava 2015

Editorská poznámka

Medzinárodná vedecká konferencia „Životný štýl a zdravie“ sa konala dňa 5. decembra 2014 v priestoroch Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave na Poliankach. Organizátormi konferencie boli Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri Slovenskej akadémii vied a Katedra sociológie Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

Cieľom konferencie bolo vytvoriť priestor pre výmenu poznatkov medzi sociológmi a pre ich dialóg s odborníkmi, ktorý k danej tematike pristupujú z pohľadu medicíny, verejného zdravotníctva, ošetrovateľstva, práva, psychológie a sociálnej práce. Konferencia mala multidisciplinárny charakter.

Príspevky boli prednášané v pléne i vo dvoch paralelných sekciách. V pléne odznelo 10 referátov, v sekcii venovanej otázkam životného štýlu v spojitosti so starnutím vystúpilo 8 referujúcich a 3 príspevky sa týkali problematiky životného štýlu mládeže, ktorá bola premetom rokovania druhej paralelnej sekcie. V tomto zborníku je uverejnených celkovo 18 referátov, ktoré nám boli predložené na uverejnenie.

Editori: prof. PhDr. Jozef Matulník, PhD.

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD

Recenzenti: doc. PhDr. Rastislav Bednárík, CSc.

doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc.

© Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV

ISBN 978-80-85447-25-5

EAN 9788085447255

OBSAH

Vzťah k zdraviu v urbanizovanom prostredí – na príklade Bratislavského kraja Ľudmila MISTRÍKOVÁ, Eva LAIFEROVÁ	5
Nové výzvy na zlepšenie kvality zdravia obyvateľstva a na odstránenie nerovnosti v zdraví Eva CHANDOGOVIÁ, Michaela KOSTIČOVÁ, Vojtech OZOROVSKÝ	18
Právo na ochranu zdraví Soňa MATOCHOVÁ	33
Hodnota zdraví v kontextu spoločenských zmien Martina URBANOVÁ	46
Zdravotné postihnutie a aktívna staroba Mária ORGONÁŠOVÁ	58
Rizikové faktory suicidálneho správania v starobe Michaela KOSTIČOVÁ	72
Vzťah stresu a psychoimunológie u vybraných chronických neinfekčných ochorení Veronika KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, Anna MAZALÁNOVÁ	84
Kvalita života pacientů s chorobami vlasů Jana ZÍMOVÁ, Pavlína ZÍMOVÁ	100
Formovanie životného štýlu podporujúceho zdravie u detí a dospievajúcich Eva DOBIÁŠOVÁ, Ivana VOJTEKOVÁ	105
Legálne drogy v životnom štýle stredoškolskej mládeže Ivana VOJTEKOVÁ, Eva DOBIÁŠOVÁ	113
Užívanie návykových látok u mládeže na Slovensku a religiozita Roman KOLLÁR a Margita KOLLÁROVÁ	124
Životný štýl, sociálna determinácia zdravia a životné prostredie v historickej perspektíve Silvia CAPÍKOVÁ, Anna FALISOVÁ	134
Rizika orientace na úspěch v kontextu vybraných psychologických metod Jana DUNDELOVÁ	155

Механизм оценки уровня развития системы здравоохранения и ее эффективности на примере стран ОЭСР В.БОЙКО, П.ЗАМЯТИН, Н.ДУБРОВИНА, Д.ЗАМЯТИН	169
Анализ показателей самооценки здоровья населения Украины Е.КОЛЕСНИКОВА, Е.ВЫСОЦКАЯ, П.ЗАМЯТИН, Н.ДУБРОВИНА	182
Formy vyrovnávania sa chorých s ochorením Eva MOROVICSOVÁ	186
Vplyv biologických determinantov na antropometrické parametre a tlak krvi Alžbeta BENEDIKOVIČOVÁ, Ivan ROVNÝ	195
Môže si súčasná spoločnosť dovoliť zanedbávať predkoncepčnú starostlivosť? Mária MOJZEŠOVÁ	216

Vzťah k zdraviu v urbanizovanom prostredí – na príklade Bratislavského kraja

Attitudes related to health in the urbanized area – the example of Bratislava region

Ľudmila MISTRÍKOVÁ, Eva LAIFEROVÁ

Abstrakt

Príspevok pojednáva o zdravotnom správaní ľudí žijúcich v podmienkach vysoko urbanizovaného územia. Reflektuje vybrané aspekty životného štýlu vo vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu. Vychádza z aktuálnych konceptov kvality života vo vzťahu k priestoru a prezentuje súčasné spôsoby merania kvality života s dôrazom na oblasť zdravia. Zameriava sa na charakteristiky životného štýlu mestského človeka z pohľadu postmodernej sociológie. Prostredníctvom empirických zistení (ISSP Slovensko 2012) sleduje situáciu v Bratislavskom kraji a porovnáva vybrané ukazovatele vzťahu k zdraviu s údajmi za celú SR. Zámerom príspevku je zistiť, či sa teoreticky vymedzené negatívne charakteristiky života v urbanizovanom prostredí aj prejavujú negatívne v oblasti vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu v prostredí Bratislavského kraja ako regiónu s vysokou mierou urbanizácie.

Kľúčové slová

„tekutá modernita“ životný štýl, vzťah ku zdraviu, mestský spôsob života, urbanizované prostredie

Abstract

The article deals with the health behaviour of people, living under conditions of high urbanized area. It reflects some aspects of life-style in relationship to the health and the health care. Authors take as a starting point contemporary concepts of quality of life in relationship to the space and present actual ways of measurement the quality of life, emphasising the sphere of health. The contribution aims the characteristics of the urban man life-style from the point of view of postmodern sociology. The situation in Bratislava county has been followed by empiric data (ISSP Slovakia, 2012) and some chosen indicators of attitudes to the health were compared the data representing the whole population in Slovakia. The purpose of article is to ascertain, if theoretically defined negative qualities of life in urbanized environment have been reflected negatively in the sphere of relationship to the health in Bratislava County as a region of high rate of urbanization, too.

Key words

„fluid modernity“, lifestyle, relationship to health, urban lifestyle, urbanized area

Úvod

Tento príspevok sa vo svojich východiskách opiera o súdobú sociologickú teóriu, reflektujúcu špecifiká dnešnej spoločnosti, ktorej stav charakterizuje ako „tekutú modernitu“ (Bauman, 2008). Ide o situáciu, keď sociálne formy nemajú schopnosť dlhodobejšie udržať rovnaký tvar, rozpadajú sa a rozpúšťajú rýchlejšie, než stačia byť vôbec ustanovené, nieto ešte ustálené (Bauman, 2008, s. 9). Neurčitost', neusporiadanost', prelínavost' a nízka miera predvídavosti ovplyvňuje referenčné a konatívne rámce ľudského správania, kohéziu a konzistenciu individuálnych životných projektov ľudí. V kontexte uvedených charakteristík

sa vynára viacero otázok o rizikovosti urbanizovaných prostredí v sociálnej i zdravotnej oblasti života ich obyvateľov. **Zámerom** príspevku je preto sledovať vybrané aspekty spôsobu života v kontexte vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu v Bratislavskom kraji a porovnať ich s údajmi za celú populáciu v SR (od 18 rokov), ako aj sledovať, či sa negatívne charakteristiky života v urbanizovanom prostredí tohto kraja aj prejavujú negatívne v oblasti vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu, resp. ukazujú sa „horšie“ než za celú SR. V tomto kontexte nás tiež zaujíma, aký potenciál má v Bratislavský kraj v oblasti akceptovania modernej medicíny a výsledkov biomedicínskeho výskumu.¹ Získané údaje budú súčasťou podkladov pre formulovanie rámcov celkovej spoločenskej akceptovateľnosti biomedicínskeho výskumu.

Teoretické a empirické východiská

Hlavné teoretické východiská príspevku spočívajú v koncepte súčasnej spoločnosti ako „tekutej modernity“ (Bauman, 2008), v konceptoch spôsobu života, resp. životného štýlu a mestského spôsobu života (Kubátová, 2010) a kvality života vo vzťahu k zdraviu a priestoru (Heřmanová, 2012). Základným empirickým východiskom sú výsledky výskumu z medzinárodného programu ISSP Slovensko 2012, ktorý bol špecificky zameraný aj na oblasť zdravia a zdravotnej starostlivosti (Džambazovič, Gerbery, Sopóci, 2013).

Vychádzajúc z teoretického konceptu „**tekutej modernity**“ môžeme konštatovať, že tento explanačný rámec nadobúda špecifický výraz ak nahliadneme na fungovanie urbanizovaných prostredí (relatívne) veľkých miest, kde sa sociálne podmienené a nestabilitou „živené“ neistoty dostávajú do vzájomného stretu, čo u ľudí produkuje rôzne obavy, strach a nedôveru, čo sa premieta do tkaniva medziludských vzťahov. Jeden z typických vývinových trendov je všade prítomná mestská *mixofóbia*. Ide o predvídateľnú, všeobecne rozšírenú reakciu na deprimujúcu a desivú rozmanitosť ľudských typov a ich životných štýlov, v priestoroch, kde sa stretávajú a narážajú na seba v prostredí súčasných miest v najrozličnejších obytných častiach (Bauman, 2008, s. 84). Uvedený jav plodí segregáciu, vylúčenie a v kultúrne rozrôznenom urbánnom prostredí globalizovaného života vyúsťuje do segregacionistického nutkania, ktoré hľadá úľavu v radikálnych prejavoch. Mixofóbia sa prejavuje túžbou po ostrovčekoch podobnosti a rovnakosti v mori rôznosti,

¹Príspevok je súčasťou riešenia výskumnej úlohy Spoločenské výzvy pre 21. storočie –socioekonomické výzvy (Aktivita 2.9) v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

odlišnosti a rozmanitosti. Mestský spôsob života je v súčasnosti ambivalentnou záležitosťou – pre jedných ponúka množstvo príležitostí, pre iných je zdrojom odcudzenia, anonymity, vylúčenia a deprivácií.

Zmienená paradigma naznačuje formovanie kultúry, v ktorej čoraz výraznejšie absentuje solidarita, vzájomná empatia, pomoc alebo nutná miera kohézie, potrebná pre udržanie pocitu spolunáležitosti, rovnosti a pokojného spolužitia v podmienkach rozmanitosti a odlišnosti stimulov a príležitostí. Zároveň sa prejavuje fenomén odstraňovania inštitucionálnej bezpečnostnej siete² (Bauman, 2006), ktorá pôvodne chránila pred nástrahami a vrtochmi trhu, dopadmi globálne pôsobiacich rozhodnutí a vplyvmi mocenských sietí, ktoré sú dnes mimo rámca individuálneho dosahu. Uvedené skutočnosti nás vedú k naliehavosti zaujať stanovisko v otázke koincidencietýchto všeobecne rozšírených fenoménov s fyzickým a mentálnym zdravím človeka, obývajúceho urbánne prostredie.

Základom referenčného rámca pre hlbšiu analýzu problematiky zdravia a choroby ľudí, žijúcich v mestskom prostredí je **kvalita života**, meraná kvantitatívnymi i kvalitatívnymi parametrami. Tematika kvality života je samozrejme interdisciplinárna, v každom prípade však multidimenzionálna. Stretávame sa s radom odlišných významových dimenzií, ako je *materiálna* (existenciálna, spojená s vlastníctvom a dostupnosťou určitej miery konzumu), *psychologická*, spätá s pocitmi subjektívnej pohody, radosti, úspechu a moci, pocitmi šťastia, životnej spokojnosti, či otázkou sebareflexie a sebahodnotenia jednotlivca, *kultúrno-antropologická*, spočívajúca v odlišnom chápaní kvality života v rôznych kultúrnych oblastiach a premenlivosti či stabilite takého chápania v čase, *morálna*, vyjadrená vo vzťahu kvality života k morálnym hodnotám a svedomiu alebo *sociologická*, zameraná na odlišnosti kvality života v rôznych sociálnych skupinách a príčiny týchto odlišností. V neposlednom, rade možno sem zahrnúť aj *dimenziu medicínsku*, skúmanú napríklad cez charakteristiku fyzického a duševného zdravia, pravdepodobnú dĺžku života a pod. (Heřmanová, 2012). A hoci neexistuje jednoznačný koncept pojmu kvality života, všeobecne rozšírené je posudzovanie kvality života na základe parametrov materiálnej úrovne spoločnosti, teda *životnej úrovne*, ako aj kvalitatívnymi indikátormi, akým je napríklad *index ľudského rozvoja* (HDI), ktorý je zároveň indikátorom stupňa modernizácie

²Inštitucionálna bezpečnosť sa týka situácie, keď ľudia strácajú pocit bezpečia v prostredí, kde je veľa ohrození – fyzických, sociálnych aj inštitucionálnych (napr. zlé zmluvy, exekúcie, nemožnosť zaopatriť starých rodičov a pod.).

krajiny (Kubátová, 2010). Samotná kvalita života môže byť ponímaná tak v širšom, ako aj užšom slova zmysle, čo nás následne vedie k dôrazu na uvedené širšie vymedzenie, nakoľko v rámci neho možno poukázať na rad zaujímavých indikátorov, ako je stredná dĺžka života, zdravé životné prostredie, verejný pokoj a bezpečie, doprava a ďalšie atribúty, ktoré zahŕňame všeobecnejšie pod pojem *služieb vo verejnom záujme* (Kubátová, 2010, s. 22).

Kvalita života občanov závisí vo veľkej miere od kvality verejnej správy, ktorá naplňa potreby a hodnoty prostredníctvom jednotlivých verejných politík a následne sa odráža v spôsobe života, **životnom štýle** jednotlivca, sociálnych komunít a komplexne sa prelína s jednotlivými aspektmi života v urbánnom prostredí. Za jedno z najnovších poňaní kvality života je považovaný *holistický dynamický model* (autori E. O'Leary-M. A. Garcia-Martin 2007, In: Heřmanová, 2012), ktorý zahŕňa štyri základné hodnotené a hodnotiteľné oblasti existencie človeka v spoločnosti – 1. kontext a zázemie, 2. prostredie, 3. osobnostné charakteristiky a 4. spracovanie informácií a regulácia (In: Heřmanová, 2012). V zmysle uvedeného modelu má pre súčasné postmoderné spoločnosti najväčší význam *oblasť spracovania informácií*, ktorá výrazným spôsobom určuje a modifikuje konečnú podobu prežívania kvality života každého jednotlivca. Zdôrazňuje sa v nej *aktívna rola jednotlivca* pri spracovaní všetkých faktorov v konkrétnej situácii, zohľadňujú sa objektívne faktory prostredia a osobnostné kvality a skúsenosti (Tamže, s. 29).

Existuje celý rad ďalších faktorov, ovplyvňujúcich **zdravotný stav obyvateľov miest**, čo sa prejavuje napríklad v náraste civilizačných chorôb, vo frekvencii výskytu ochorení v rizikových skupinách obyvateľstva, v raste chronicity porúch zdravia a mnohých ďalších skutočnostiach. Je preto nutné diagnostikovať komplex faktorov, podmieňujúcich sociálne správanie ľudí, ich možný vplyv na zdravotný stav a získané poznatky využiť pre zvýšenie účinnosti medicínskeho pôsobenia. Na sprehľadnenie predstavy o týchto faktoroch môžeme využiť nasledujúcu schému, ktorá uvádza hlavné determinanty aj s percentuálnym podielom, kde životný štýl jednoznačne dominuje:



Zdroj: GLADKIJ, I.: *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc : LF UP, 2000.

Z celospoločenského hľadiska sa **zdravie** chápe v súčasnosti nielen ako indikátor kvality života, ale čoraz viac ako **faktor, ktorý má rastúci zdrojový význam pre sociálny a ekonomický rozvoj regiónu, resp. mesta**. V súčasnosti existujú evaluačné nástroje, pomocou ktorých možno zachytiť tak objektívne charakteristiky zdravotného stavu obyvateľstva, ako aj ich subjektívnu spokojnosť s vlastným zdravím. Univerzálny nástroj na meranie kvality života vyvinula Svetová zdravotnícka organizácia. Používa sa pod názvom WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), ktorého významná časť je venovaná zdraviu a hodnoteniu vlastného zdravia samotným respondentom (Heřmanová, 2012). V praxi sa používajú viaceré typy dotazníkov, smerujúce k hodnoteniu rozličných aspektov života, ako je fyzické zdravie, úroveň nezávislosti, sociálne vzťahy, prostredie, spiritualita a celková kvalita života, ako aj ich prežívanie, vrátane celkovej spokojnosti so zdravím. Dotazníky umožňujú rozlišovať súbory podľa odlišných zdravotných problémov, porovnávať sociodemografické znaky, umožňujú regionálnu a medzinárodnú komparáciu. Zameriavajú sa na diagnostiku takých zdravotných problémov, ako sú únava, depresie, bolesť, poruchy spánku, schopnosť učenia a sústredenia sa, schopnosť pohybu a pod. Celková spokojnosť so zdravím je tu skúmaná holisticky alebo parciálnymi otázkami, smerujúcimi na objasnenie spokojnosti s celkovým vzhľadom, na životnú energiu a pod. (Tamže, s. 64).

Z uvedeného teoretického rámca je zrejmé, že problematika zdravia populácie, a špecificky obyvateľov miest, je mnohorozmerná oblasť, multidimenzionálny sociálny jav. Príspevok však môže reflektovať len jeho časť, určitý výsek. Vychádzajúc z vyššie uvedených zámerov sa preto sústredíme na vybrané aspekty spôsobu života v Bratislavskom kraji súvisiace so zdravím a zdravotnou starostlivosťou³ a porovnáme ich s údajmi za celú SR. Pôjde o prvotné zistenia, ktoré budú súčasťou podkladov pre ďalšie, hlbšie analýzy skúmanej problematiky, v snahe vytvoriť ucelenejší, validný obraz o vzťahu k zdraviu, zdravotníctvu a modernej medicíne v urbanizovanom prostredí Bratislavského kraja.

Vybrané aspekty spôsobu života v kontexte vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu – v Bratislavskom kraji

Vychádzajúc z ponímania spôsobu života ako systému významných činností a vzťahov, životných prejavov a zvyklostí typických pre jedincov a skupinu (podľa Duffkovej, 2005. In: Kubátová, 2010), sme pre potreby analýzy vybrali nasledovné aspekty,

³ Vybrané prvky spôsobu života korešpondujú s obsahom vyššie uvedených dimenzií kvality života (Heřmanová, 2012) – najmä s psychologickou, medicínskou a sociologickou dimenziou.

prejavu spôsobu života, skúmané vo výskume ISSP Slovensko 2012 (Modul: Zdravie a zdravotná starostlivosť):

- Charakteristiky vlastného zdravotného stavu
- Spôsoby zdravotného správania
- Názory na príčiny chorôb, zdravotných problémov
- Názory na alternatívnu medicínu

Dôvera v zdravotnícky systém (a lekárov) v SR, spokojnosť so zdravotníckym systémom.

Uvedené položky chápeme predovšetkým ako ukazovatele vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu, ako aj subjektívnej stránky zdravia chápanejako súčasti kvality života, resp. subjektívnej reflexie vlastného zdravia a životného pocitu – a sekundárne, ako ukazovatele zdravotného potenciálu skúmaného regiónu. Zdôrazňujeme, že uvedené položky sú len výsekom z celého spektra skúmanej problematiky ISSP Slovensko 2012. V danom výskume, ktorý umožňuje aj medzinárodné porovnania boli predmetom záujmu viaceré okruhy – zdravotný stav, starostlivosť o zdravie, názory na zdravie, chorobu, liečenie, zdravotné poistenie, prístup k zdravotníckym službám a ich využívanie, spravodlivosť v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, dôvera v zdravotnícky systém, priority zdravotníctva, hodnotenie fungovania a spokojnosť so systémom zdravotníctva a detailné socio-demografické charakteristiky respondenta a jeho domácnosti. Skúmaná vzorka bola reprezentatívna pre populáciu SR od 18 rokov, počet respondentov bol 1128 (Džambazovič, Gerbery, Sopóci, 2013).

Empirické údaje za analyzované aspekty, prvky vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu v Bratislavskom kraji uvádzame v podobe štyroch okruhov: 1. charakteristiky zdravotného stavu, 2. starostlivosť o zdravie a rizikové správanie, 3. názory na zdravotné problémy a liečenie, 4. dôvera v lekárov a zdravotnícky systém⁴.

⁴ V rámci jednotlivých okruhov sú varianty väčšiny premenných re-kategorizované.

1. Charakteristiky zdravotného stavu – vybrané výsledky

	BA _kraj(v %)	SR(v %)
Subjektívne hodnotenie zdravotného stavu		
1. Dobrý až výborný	90,8	79,3
2. Ako-tak uspokojivý	7,7	17,5
3. Zlý	1,5	3,2
Dlhotrvajúce ochorenie / zdravotné postihnutie		
1. Áno	20,0	27,5
2. Nie	80,0	72,5
Pocit šťastia v živote		
1. Šťastný až úplne šťastný	41,5	42,5
2. Skôr šťastný ako nešťastný	49,2	34,6
3. Rovnako šťastný ako nešťastný	9,2	16,6
4. Nešťastný	0,0	1,6
Fyzické bolesti (v posledných 4 týždňoch)		
1. Nikdy / výnimočne	61,1	64,5
2. Občas	27,5	23,2
3. Často	11,5	12,3
Pocit nešťastia a depresie (v posledných 4 týždňoch)		
1. Nikdy / výnimočne	89,2	75,6
2. Občas	8,5	17,4
3. Často	2,3	6,7
Pocit , že nedokáže prekonať problémy (v posledných 4 týždňoch)		
1. Nikdy / výnimočne	83,9	78,4
2. Občas	13,1	15,5
3. Často	3,1	5,5
Pocit straty sebadôvery (v posledných 4 týždňoch)		
1. Nikdy / výnimočne	89,1	84,2
2. Občas	10,9	11,1
3. Často	0,0	2,2
Ťažkosti so zamestnaním / domácnosťou kvôli zdravotným problémom (v posledných 4 týždňoch)		
1. Nikdy / výnimočne	69,3	68,8
2. Občas	20,8	19,8
3. Často	6,9	13,4

Údaje o charakteristikách zdravotného stavu vypovedajú o pomerne pozitívnej situácii skúmanej vzorky. Subjektívne hodnotenie zdravotného stavu je u výraznej väčšiny (90,8%) deklarované ako dobré až výborné, 80% respondentov netrpí dlhotrvajúcim ochorením, fyzické bolesti nesužujú 61,1% opýtaných (t.j. pociťujú ich len výnimočne až nikdy), pocit nešťastia a depresie sa vyskytuje v malej miere – občas u 8,5% opýtaných, často len u 2,3%. Pociť ťažkostí pri prekonávaní problémov sa vyskytuje u väčšiny (83,9%) len výnimočne alebo nikdy, platí to aj o pocite straty sebadôvery (89,1% pociťuje len výnimočne alebo nikdy), podobne aj o ťažkostiach v živote kvôli zdravotným problémom (69,8% ich má len výnimočne alebo nikdy) a zároveň u väčšiny respondentov prevažuje pocit šťastia v živote nad pocitom nešťastia (49,2% a 41,5%). V porovnaní s údajmi za SR sú sledované premenné za Bratislavský kraj celkovo pozitívnejšie.

2. Starostlivosť o zdravie a rizikové správanie – vybrané výsledky

	BA _kraj(v %)	SR(v %)
Fajčenie		
1. Nikdy nefajčil	49,6	51,0
2. Nefajčí, ale v minulosti áno	24,4	21,5
3. Fajčí v súčasnosti	26,0	27,4
Alkohol(4 a viac nápojov za deň)		
1. Nikdy	60,0	56,1
2. 1 až niekoľkokrát mesačne	39,2	39,6
3. Viackrát týždenne až denne	0,8	2,2
Cvičenie(najmenej 20 minút denne)		
1. Nikdy	14,6	14,3
2. 1 až niekoľkokrát mesačne	45,4	46,4
3. Niekoľkokrát za týždeň	24,6	20,9
4. Denne	13,1	17,0
Strava - ovocie a zelenina		
1. Nikdy	0,0	0,6
2. 1 až niekoľkokrát mesačne	18,6	17,9
3. Niekoľkokrát za týždeň	42,6	40,1
4. Denne	38,8	41,4
Preventívne prehliadky		
1. Áno, pravidelne	49,2	54,1
2. Áno, nepravidelne	37,7	32,8
3. Nechodí	13,1	12,9
Využívanie súkromných zdravotníckych zariadení		
1. Áno	23,1	23,9
2. Nie	76,9	74,9

Z vybraných zistení o konkrétnych činnostiach v rámci starostlivosti o zdravie a o prejavoch rizikového správania vyplýva, že skúmaná vzorka za Bratislavský kraj sa nevyznačuje žiadnymi mimoriadnymi pochybeniami alebo prehreškami voči zdraviu. Týka sa to fajčenia (49,6% nefajčí), požívania alkoholu (60,0% nekonzumuje nikdy viac ako 4 nápoje za deň), cvičenia v dĺžke najmenej 20 minút denne (45,4% cvičí takto 1 až niekoľkokrát mesačne, 24,6% niekoľkokrát za týždeň), ale aj konzumovania ovocia a zeleniny (42,6% niekoľkokrát za týždeň, 38,8% denne). Väčšina respondentov absolvuje preventívne lekárske prehliadky pravidelne (49,2%) – menší počet nepravidelne (37,7%), služby súkromných zdravotníckych zariadení využíva 23,1% opýtaných (79,6% ich nevyužíva). Údaje sú tiež veľmi podobné v porovnaní za celú SR, hoci napríklad pri využívaní súkromných zariadení by sme očakávali vyššiu mieru v Bratislavskom kraji.

3. Názory na príčiny zdravotných problémov a alternatívnu medicínu – vybrané výsledky

	BA _kraj(v %)	SR(v %)
Zdravotné problémy sú kvôli správaniu, ktoré ničí zdravie		
1. Súhlasí	52,3	59,0
2. Aj súhlasí aj nesúhlasí	34,6	25,6
3. Nesúhlasí	13,1	13,2
Zdravotné problémy – kvôli životnému / prac. prostrediu		
1. Súhlasí	54,6	74,1
2. Aj súhlasí aj nesúhlasí	36,2	17,6
3. Nesúhlasí	9,2	6,2
Zdravotné problémy – v dôsledku dedičnosti		
1. Súhlasí	67,7	78,2
2. Aj súhlasí aj nesúhlasí	23,1	14,5
3. Nesúhlasí	8,5	4,4
Zdravotné problémy – kvôli chudobe		
1. Súhlasí	52,3	57,4
2. Aj súhlasí aj nesúhlasí	26,9	24,2
3. Nesúhlasí	20,0	16,7
Alternatívna medicína – väčšia pomoc než oficiálna		
1. Súhlasí	26,1	14,6
2. Aj súhlasí aj nesúhlasí	21,5	31,3
3. Nesúhlasí	37,6	39,4
4. Nevie posúdiť	14,6!	14,8!

Alternatívna medicína sľubuje viac, než môže splniť

1. Súhlasí	43,1	46,3
2. Aj súhlasí aj nesúhlasí	22,3	24,5
3. Nesúhlasí	16,9	11,9
4. Nevie posúdiť	17,7!	17,3!

V názoroch na príčiny chorôb má najväčší podiel, podľa respondentov v sledovanom kraji, *dedičnosť* (súhlasí s tým 67,7%), potom *životné a pracovné prostredie* (54,6%) a ďalej nasleduje s rovnakým percentuálnym podielom *individuálne správanie, ktoré poškodzuje zdravie* (52,3%) a *chudoba* (52,3%). Podobný názor nachádzame aj u respondentov za celú SR, s výnimkou umiestnenia chudoby na poslednom, štvrtom mieste (dedičnosť 78,2%, prostredie 74,1%, zdraviu škodlivé správanie 59,0%, chudoba 57,4%). Vyššie početnosti za SR naznačujú jednoznačnejšie názory na príčiny chorôb než u respondentov z Bratislavského kraja, kde vidíme vyššie zastúpenie odpovedí „súhlasím aj nesúhlasím“.

Čo sa týka názorov na alternatívnu medicínu, v Bratislavskom kraji nachádzame o niečo vyššiu podporu (dôveru) alternatívnej medicíny ako v celej SR (26,1% si myslí, že alternatívna medicína poskytuje lepšiu pomoc než oficiálna, v SR – 14,6%). Avšak vzhľadom na vyššie početnosti pri odpovediach „neviem posúdiť“ (14,6% a 17,7%, čo sa nevyskytlo pri žiadnych iných premenných) môžeme konštatovať, že oblasť alternatívnej medicíny nie je príliš frekventovaná v názoroch, a pravdepodobne ani v živote respondentov, či už v Bratislavskom kraji alebo v SR. Zaznamenávame aj určitý skepticizmus voči alternatívnej medicíny – celkovo vyše 40% opýtaných si myslí, že alternatívna medicína sľubuje viac ako môže splniť. Môžeme poznamenať, že tieto údaje nie sú prekvapujúce, ak si pripomenieme výsledky výskumu EHIS 2009 (ŠÚ SR, 2011), v rámci ktorého sa zistilo, že počet návštev u liečiteľov alternatívnej medicíny (sledovaný za posledný rok v čase konania výskumu) nepresiahol 3% za celú SR. Medzi liečiteľov boli zaradení homeopati, akupunkturisti, fytooterapeuti a iní.

4. Dôvera v lekárov a zdravotnícky systém – vybrané výsledky

	BA _kraj(v %)	SR(v %)
Druh zdravotného poistenia		
1. Žiadne	0,0!	1,3
2. Verejné	86,8	91,2
3. Verejné a individuálne	13,2	7,1
Miera dôvery v zdravotnícky systém v SR		
1. Vysoká dôvera	38,8	41,1
2. Nižšia / čiastočná dôvera	51,9	51,8
3. Nedôveruje vôbec	9,3	7,0
Dôvera v lekárov – „celkovo im možno dôverovať“		
1. Súhlasí	56,2	32,2
2. Aj súhlasí aj nesúhlasí	23,8	24,2
3. Nesúhlasí	20,0	38,2
Spokojnosť so systémom zdravotníctva		
1. Spokojný	40,7	32,7
2. Aj spokojný aj nespokojný	21,5	26,6
3. Nespokojný	37,7	39,7

Z hľadiska dôvery v lekárov a zdravotnícky systém nachádzame u respondentov Bratislavského kraja, v porovnaní so SR (32,2%), vyšší podiel tých, ktorí lekárom dôverujú (56,2%), avšak o niečo nižšiu dôveru v zdravotnícky systém ako celok (38,8%, za SR – 41,1%), pričom väčšina opýtaných využíva verejné zdravotné poistenie (86,8%, čo je nižší podiel než za SR – 91,2%). Celkovú spokojnosť so systémom zdravotníctva uviedlo 40,7% zo vzorky z Bratislavského kraja, čo je viac než za SR (32,7%), pričom „spokojnosť aj nespokojnosť“ vyjadrilo 21,5%, čo je menej než v rámci celej SR (26,6%).

Záverom – hlavné rozdiely medzi výsledkami za Bratislavský kraj a SR

Na základe sledovaných empirických údajov môžeme konštatovať, že v Bratislavskom kraji nachádzame pomerne pozitívne zistenia a situácie v porovnaní s celou SR. Medzi **hlavné rozdiely** patrí: lepšie subjektívne hodnotenie zdravotného stavu, väčší pocit šťastia v živote, menší výskyt pocitov nešťastia a depresie, menej výrazný súhlas s výrokom, že za vážne zdravotné problémy môže prostredie – životné a pracovné, ako aj väčšie uznanie pomoci alternatívnej medicíny v porovnaní s oficiálnou medicínou. Zároveň sme zaznamenali vyššiu dôveru v lekárov, vyššiu spokojnosť so zdravotníckym systémom v SR a celkovo podobnú

mieru dôvery v zdravotnícky systém ako za celú SR. Vzhľadom na teoreticky vymedzené „negatívne“ charakteristiky života v urbanizovanom prostredí, výsledky výskumu ISSP 2012 za Bratislavský kraj priniesli pomerne pozitívne a možno aj nepredpokladané informácie.

Záverom môžeme konštatovať, že sledované charakteristiky súvisiace so životným štýlom sa v Bratislavskom kraji negatívne neprejavujú v oblasti vzťahu k zdraviu a zdravotníctvu. Empirické údaje totiž nenaznačujú napĺňanie predstavy o vyššom výskyte obáv a nedôvery v urbanizovanom prostredí veľkých miest podľa konceptu „tekutej modernity“ (Bauman, 2008). Avšak nie je možné robiť žiadne unáhlené závery o pôsobení urbanizovaného prostredia na zdravie a zdravotné správanie jeho obyvateľov, kým nezahrnieme do analýzy ďalšie faktory (premenné), ktoré pôsobia na vzťah k zdraviu, resp. na subjektívne vnímanie zdravia, životný pocit, ale na aj objektívny zdravotný stav. I keď sa mestský spôsob života vyznačuje viacerými negatívnymi, „nezdravými“ charakteristikami je výskumami dokázané, že v urbanizovanom prostredí s väčšími pracovnými príležitosťami možnosťami profesionálneho uplatnenia, s vyššou životnou úrovňou, väčšími možnosťami trávenia voľného času, s vyššou vzdelanostnou úrovňou obyvateľstva, ako aj s vyššími príjmami a rôznorodejšou ponukou zdravotníckych zariadení a pod., sa vyskytuje lepšie subjektívne hodnotenie zdravia, vyššia miera životného pocitu šťastia a schopnosti prekonávať prekážky, nižšia miera prežívania fyzickej bolesti a prítomnosti chronického ochorenia a pod. než v oblastiach s nižšou úrovňou urbanizácie. (Džambazovič, Gerbery 2014a).

Zároveň je viacerými výskumami dokázané, že hlavným diferencujúcim faktorom v oblasti subjektívneho i objektívneho zdravia je sociálno-ekonomická pozícia jednotlivca, ktorá pôsobí diferencujúco nielen na názory na zdravie, ale aj na konkrétne zdravotné správanie. Napríklad, aj analýza modulu Zdravie a zdravotná starostlivosť, ISSP Slovensko 2012 potvrdila, že vyššie vzdelanie, príjem, subjektívne vnímaná sociálna pozícia, vyššia sociálno-triedna príslušnosť súvisí s lepším subjektívnym ako i objektívnym zdravotným stavom, ale aj s protektívnym správaním vo vzťahu k zdraviu (Džambazovič, Gerbery, 2014). Následná hlbšia analýza súvislostí medzi relevantnými premennými špeciálne za Bratislavský kraj sa preto javí ako nevyhnutná. Avšak nielen na základe údajov z ISSP Slovensko 2012⁵, ale z ďalších reprezentatívnych databáz, v ktorých je zloženie a počet respondentov za vybraný región relevantnejší a reprezentatívnejší.

⁵ Vo výskume ISSP 2102 bol Bratislavský kraj zastúpený v celej reprezentatívnej vzorke (N=1128) podielom 6,8% (v podobe neváženého súboru) a ako vážený súbor podielom 11,5%, čo zodpovedá štruktúre populácie SR

Literatúra

- BAUMAN, Z.: Tekuté časy - Život ve věku nejistoty. ACADEMIA, Praha, 2008
- BAUMAN, Z.: Úvahy o postmoderné době. SLON, Praha, 2006
- DŽAMBAZOVIČ, R., GERBERY, D., SOPÓCI, J.: Zdravie a zdravotná starostlivosť. ISSP Slovensko 2012, pramenná publikácia. Stimul, Bratislava 2013
- DŽAMBAZOVIČ, R., GERBERY, D.: Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia. In: Sociológia, roč. 46, č. 2, 2014
- DŽAMBAZOVIČ, R., GERBERY, D.: Rola rizikového a protektívneho správania vo vzťahu k nerovnostiam v zdraví. In: Nerovnosť a chudoba v Európskej únii a na Slovensku II. Košice, 2014a
- HEŘMANOVÁ, E.: Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha, SLON, 2012
- KUBÁTOVÁ, H.: Sociologie životního způsobu. Praha, GRADA Publishing, 2010
- ISSP Slovensko 2012. Modul: Zdravie a zdravotná starostlivosť. www.sasd.sav.sk
- EHIS – Európske zisťovanie o zdraví 2009. Štatistický úrad SR, 2011

Kontakt:

PhDr. Ľudmila Mistríková, PhD.
PhDr. Eva Laiferová, CSc.
Katedra sociológie Filozofickej fakulty UK
Gondova 2, 814 99 Bratislava
ludmila.mistikova@uniba.sk
eva.laiferova@uniba.sk

Nové výzvy na zlepšenie kvality zdravia obyvateľstva a na odstránenie nerovnosti v zdraví.

The new challenges for improving the quality population health and to reducing inequalities in health.

Eva CHANDOGOVÁ, Michaela KOSTIČOVÁ, Vojtech OZOROVSKÝ

Abstrakt.

Epidemiologické štúdie dlhodobo poukazujú na dôležitosť sociálno-ekonomických vplyvov na kvalitu zdravia obyvateľstva. Kvalita zdravia hodnotená strednou dĺžkou života a predčasnou úmrtnosťou (0-64 r.) je rozdielna medzi východoeurópskymi štátmi a západoeurópskymi štátmi EÚ, v neprospech východoeurópskych štátov. V rámci SR sme zistili regionálne rozdiely nielen medzi SDŽ mužov a žien, ale aj nepriamu závislosť medzi mierou nezamestnanosti a SDŽ. Sociálne determinanty ako príčiny nerovností v zdraví sa v posledných desaťročiach stávajú prioritnou oblasťou národných a medzinárodných zdravotníckych politík a stratégií. Svetová zdravotnícka organizácia na základe zistených nerovností v zdraví v krajinách Európy pripravila politický rámec „Zdravie 2020“, ktorý je výzvou pre všetky rezorty a vlády k pomoci pri odstraňovaní nerovnosti v zdraví a zvyšovaní kvality zdravia európskej populácie a zároveň pripravila aj špecifické odporúčania zamerané na sociálne determinanty.

Kľúčové slová.

Stredná dĺžka života, predčasná úmrtnosť, sociálno-ekonomické determinanty zdravia, nerovnosť v zdraví.

Abstract

The importance of socio-economic impacts on the quality of population health has been stressed in epidemiological studies for a long time. There are differences between Eastern and Western European countries in quality of life measured by life expectancy and premature mortality (0-64 years), with a disadvantage for Eastern European countries. We found the regional differences in Slovakia not just between the life expectancy of men and women, but also an indirect correlation between the unemployment rates and life expectancy. The social determinants as the causes of health inequalities are becoming the priority area of national and international health policies and strategies. Based on the observed health inequalities in European countries, the World Health Organization has developed the policy framework “Health 2020”, which is the challenge for all sectors and governments to help to combat the inequalities in health and to improve the quality of population health in Europe as well as specific recommendations on social determinants.

Keywords

Life expectancy, premature mortality, socio-economic determinants of health, health inequalities.

Názory na príčiny vzniku chorôb – na etiológiu sa menili súbežne s rozvojom medicínskych, technických, humánnych a prírodných vied. Do polovice 20. storočia boli najzávažnejším zdravotným problémom infekčné choroby, ktorých príčiny boli jednoznačné – infekčný agens. Vďaka spomínanému rozvoju vied sa darilo ich diagnostikovať, liečiť a preventívnym očkovaním spolu s ďalšími preventívnymi opatreniami (dodržiavaním

hygienických a protiepidemických opatrení) predchádzať ich výskytu. V druhej polovici 20. stor. rozvoj medicínskeho výskumu priniesol nové poznatky o morfológii a fyziológii ľudského tela a taktiež o symptomatológii chorôb. Teória a prax sa orientovala na individuálny prístup k riešeniu narastajúceho výskytu chronických chorôb – srdcovocievnych, nádorových, chorôb pohybového ústrojenstva, psychiatrických. Pri hľadaní príčin týchto chorôb bol výskum zameraný predovšetkým na genetiku a vonkajšie prírodné prostredie a správanie sa ľudí. Príčiny chorôb sa skúmali na najnižšej úrovni živej hmoty, na úrovni chemicko-fyzikálnej, molekulárnej, imunologickej.

Zároveň sa medicínsky výskum zaoberal aj širšími príčinnými súvislosťami - rizikovými faktormi. Najznámejšia je Framinghamská štúdia (kohortová štúdia . realizovaná od r.1948) zameraná na rizikové faktory aterosklerotických srdcovocievnych chorôb, ktorej výsledky sa uplatňujú pri preventívnych opatreniach voči výskytu srdcovocievnych chorôb aj v súčasnosti. Ďalšie štúdie boli zamerané na rizikové faktory zhubných nádorov, chorôb súvisiacich s alkoholom, fajčením. (Bencko a kol., 2011)

Do prevencie zameranej na znižovanie vplyvu rizikových faktorov sa vkladali veľké nádeje. Predpokladalo sa, že ďalším výskumom a zdravotnou výchovou razantne poklesne incidencia mnohých chorôb. Tieto očakávania sa však nenaplnili, ukázalo sa, že tesnosť vzťahu medzi rizikovými faktormi a výsledným efektom je príliš malá, že prevencia v praxi je menej úspešná ako teória. Nie malú úlohu zohral aj ekonomický faktor – finančne náklady týchto výskumov nepriniesli želaný výsledný finančný zisk, v zmysle zníženia práceneschopnosti, invalidity a spotreby zdravotnej starostlivosti .

Epidemiologické štúdie 80. rokov, ktoré boli orientované na správanie sa ľudí, ukázali že životný štýl je súčasťou spoločenského stereotypu a podmienok, v ktorých ľudia žijú, pracujú, radujú sa, ale aj trpia. Do pozornosti sa dostávali sociálne, ekonomické, psychologické, kultúrne a politické charakteristiky života spoločnosti. V tomto období boli realizované viaceré výskumy zamerané na sledovanie vzťahu chudoby a chorobnosti, resp. úmrtnosti.

V r. 1981 G.Rose a M.Marmot sledovali úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca v 4 rôznych sociálnych skupinách vo vzťahu k známym rizikovým faktorom (cholesterol, fajčenie, TK...). V sociálne najslabšej skupine bola úmrtnosť 4-krát vyššia ako v najvyššej.

V r.1982 v USA na vzorke 300 000 mužov, rozdelených do 12 tried podľa výšky rodinného príjmu sledovali úmrtnosť v jednotlivých príjmových triedach. Výsledky ukázali, že čím nižší príjem, tým bola štandardizovaná úmrtnosť vyššia. Mortalita v triede mužov s najnižším

príjmom bola 2-krát vyššia (81 úmrtí na 100 000 mužov) ako v triede s najvyšším príjmom (41 úmrtí na 10 000 mužov) (Žáček, 2000 a)

Jednou z najznámejších epidemiologických štúdií zameranej na socio-ekonomické determinanty zdravia je Whitehall štúdia z Veľkej Británie, ktorá od roku 1967 sledovala 20 rokov kohortu 10 308 zamestnancov v štátnom sektore a zistila sociálny gradient v morbidite a rizikových faktoroch životného štýlu a to v neprospech nižších sociálnych skupín a nižšieho pracovného zaradenia (Marmot a kol., 1991).

Závery epidemiologických štúdií zameraných na rizikové faktory ischemickej choroby srdca realizované koncom 20. storočia môžeme zhrnúť nasledovne:

- Biologické a behaviorálne faktory ovplyvňujú len 25-40 % variability úmrtnosti na ICHS, sociálny status je rozhodujúcejší
- V kategórii najchudobnejších 20 % obyvateľov je priemerná úmrtnosť o 50% až 150% vyššia ako u horných 20 % populácie. (Bártlová, 2005)

Analytici Svetovej banky na základe analýz z Japonska a ďalších rýchlo sa rozvíjajúcich ázijských krajín zistili, že zúženie rozdielu v príjmoch jednotlivých skupín obyvateľstva sprevádzané posilnením rôznych foriem spoločenskej súdržnosti môžu mať vplyv na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. V Japonsku v 60. rokoch bola stredná dĺžka života (SDŽ) 65r., jej hodnota sa zaraďovala medzi nižšie, odvtedy prudko narastá. Jednou zo zmien, ktorými prešlo Japonsko v 70 a 80 rokoch a ktoré mohli prispieť k zvyšovaniu SDŽ, bolo vyrovňovanie životnej úrovne obyvateľstva (v 1990 vykazovalo Japonsko najnižší rozdiel v príjmoch). V 90. roky ďalších 9 ázijských krajín dosiahlo podobné výsledky v zmene kvality zdravia zvyšovaním vzdelania, podporou zamestnanosti a lacného bývania. (Žáček, 2000 b.)

Pri porovnávaní SDŽ ako citlivého ukazovateľa kvality zdravia obyvateľov vidíme obrovské rozdiely medzi krajinami sveta. Rozdiel je až 30 rokov.

Ako príklad uvádzame:

- Japonsko, Švédsko – 80 rokov
- Brazília – 72 rokov
- India 63 rokov
- Africké krajiny 50 rokov (OECD, 2013)

Dievča narodené v Japonsku má reálnu šancu dožiť sa 83 rokov, kým dievča narodené v africkom štáte Lesotho sa priemerne dožije len 42 rokov. Rozdiely sa zistili nielen medzi krajinami ale aj medzi regiónmi jednotlivých štátov. Narodiť sa v chudobnej časti európskej metropoly ako je Glasgow znamená žiť o 28 rokov menej, než niekto narodený o pár kilometrov ďalej v lepšom, bohatšom susedstve (WHO 2008).

Výskumy realizované v ďalších rokoch poukázali, že sociálne podmienky, sociálna spravodlivosť resp. nespravodlivosť vo svete ale aj vo vnútri krajín sú vo veľkej miere zodpovedné za existujúcu nerovnosť v zdraví.

Najčastejšie používaným ukazovateľom na hodnotenie a porovnávanie zdravotného stavu obyvateľstva je stredná dĺžka života a štandardizovaná predčasná úmrtnosť (0-64 r.). Pri sledovaní nerovnosti v zdraví v rámci členských krajín EÚ a tiež regiónov Slovenska sme sa zamerali na spomínané ukazovatele.

Tab. č. 1: SDŽ v krajinách EÚ v r. 2012.

Krajiny			
s najdlhšou SDŽ		s najkratšou SDŽ	
muži	ženy	muži	ženy
Taliansko 80,1	Francúzsko 85,7	Litva 68,0	Rumunsko 77,6
Švédsko 79,9	Španielsko 85,4	Lotyšsko 98,6	Bulharsko 77,9
Cyprus 79,8	Taliansko 85,3	Rumunsko 70,2	Lotyšsko 78,4

Zdroj: European HFA Database, January 2014

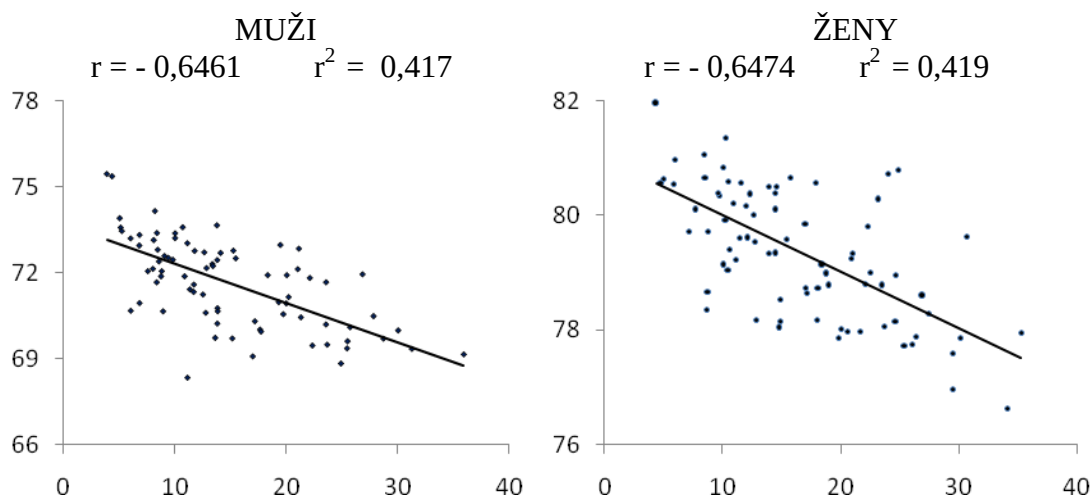
Rozdiely v SDŽ v rámci EÚ sú **u mužov** 12 rokov (Taliansko – 80r., Litva 68 r.)

U žien je to 8 rokov (Francúzky 86 r., Rumunky necelých 78 r.). Priemer krajín EÚ bol v r.2012 u mužov 77 r. a u žien 83 r., SDŽ mužov Slovenskej republiky bola 72,3 rokov (o takmer 5 rokov menej ako priemer EÚ) a žien 79,8 rokov (rozdiel oproti priemeru EÚ 3 roky).

Slovensko je z hľadiska ekonomického, kultúrneho, národnostného rôznorodá krajina, čo sa odráža aj na regionálnych diferenciách zdravotného stavu obyvateľstva. Sledovali sme, aké sú regionálne rozdiely v kvalite zdravia obyvateľstva prostredníctvom hodnotenia SDŽ. U mužskej populácie SR bola v r. 2012 SDŽ najvyššia v okresoch Bratislavy, Trenčína, Partizánskeho (74-75 rokov). V priemere o 6-7 rokov nižšiu SDŽ mali muži v okresoch Rimavská Sobota, Revúca, Čadca, Banská Štiavnica, Trebišov.

U ženskej populácie sú regionálne rozdiely menšie – nad 5 rokov. Najdlhšie sa dožívajú ženy okresov Bratislavy, Trenčína, Trnavy (80-82 rokov), najkratšiu SDŽ sme zaznamenali v okresoch Revúca, Rožňava, Trebišov, Košice-okolie (76,5-78 rokov.) (príloha č.2)

V rámci dlhodobejšieho výskumu regionálnych rozdielov zdravotného stavu a sociálno-ekonomických determinantov sme sledovali vzťah medzi mierou nezamestnanosti ako výstižného sociálno-ekonomického determinantu a SDŽ v regiónoch Slovenska. Údaje o SDŽ sme čerpali z publikácie publikovanej Štatistickým úradom SR: Stav a pohyb obyvateľstva v Slovenskej republike v r. 2013 a údaje o miere nezamestnanosti sme čerpali z regionálnej databázy Štatistického úradu SR (Štatistický úrad 2013). Vzťah sme hodnotili pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu. Na zistenie možného príčinného vzťahu sme použili koeficient determinácie, pomocou ktorého môžeme predpokladať nakoľko (percentuálny podiel) daný faktor (nezamestnanosť) vplýva na sledovaný ukazovateľ (SDŽ). (obr.č.1) U oboch pohlaví bola zistená pomerne silná nepriama závislosť $r = - 0,65$ a koeficient determinácie $r^2 = 0,42$. Na základe tohto výsledku môžeme odhadovať, že stredná dĺžka života u mužov a žien SR je približne v 42 % ovplyvnená postavením na trhu práce, teda nezamestnanosťou.



Obr.č.1:Vzťah medzi mierou nezamestnanosti a strednou dĺžkou života v okresoch SR v r.2012.

Porovnávali sme aj predčasnú úmrtnosť dvoch regiónov EÚ: východoeurópskeho - krajiny tohto regiónu vstúpili do EÚ po r.2004 so západoeurópskym, ktorého krajiny boli jej členmi už pred r. 2004. Predčasná úmrtnosť mužov a žien východnej Európy je vyššia vo všetkých príčinách smrti. Najväčší rozdiel je v úmrtnosti na srdcovocievne choroby - u mužov aj žien 3 – násobne vyššia úmrtnosť východoeurópskych krajín. (príloha č.1)

Tab. č. 2: Štandardizovaná predčasná úmrtnosť (0 – 64 r.) na najčastejšie príčiny smrti mužov a žien členských štátov EÚ v r. 2012.

Príčiny smrti		Členské štáty EÚ - vstup	
		pred r.2004	po r.2004
		(prep.na 100 000 obyv.)	
Srdcovocievne choroby	muži	43	138
	ženy	15	44
Nádorové choroby	muži	74	115
	ženy	55	71
Vonkajšie príčiny	muži	34	77
	ženy	10	16
Choroby tráviacej sústavy	muži	15	41
	ženy	6	15
Choroby dýchacej sústavy	muži	9	20
	ženy	5	9

Zdroj:European

HFA Database, January, 2014

Od r. 2005 do roku 2008 pracovala pri WHO Komisia pre sociálne determinanty (Komisia), ktorej úlohou bolo zbierať data o sociálno-ekonomických determinantoch, analyzovať ich a navrhovať riešenia. Podľa Komisie zlý zdravotný stav chudobných, sociálny gradient zdravia v rámci krajín a zjavné zdravotné rozdiely medzi krajinami sú spôsobené nerovnomerným rozdelením moci, príjmov, tovarov a služieb a to globálne i na národnej úrovni. Rozdiely sú aj v prístupe ku zdravotnej starostlivosti, vzdelaniu, v pracovných podmienkach, možnostiach oddychu, v spôsobe bývania v komunitách a ich šanci prežiť plnohodnotný život. (CSDH, 2008)

Komisia navrhla model mechanizmu vzťahov medzi sociálnymi determinantami a nerovnosťami v zdraví ako aj opatrenia na odstránenie týchto nerovností. Model, ktorý je znázornený na schéme č.1, zdôrazňuje centrálné postavenie sociálno-ekonomického statusu. Mechanizmus jeho vplyvu na zdravie je komplexný. Sociálne, politické a ekonomické mechanizmy utvárajú sociálnu štruktúru a hierarchiu sociálnoekonomických pozícií. Tie následne formujú špecifické (sprostredkujúce) determinanty zdravia odrážajúce miesto

jednotlivcov v sociálnej hierarchii a sociálnej štruktúre. Výsledkom sú diferencované sociálne, ekonomické a zdravotné podmienky a zdravie (Džambazovič, Gergely, 2014).

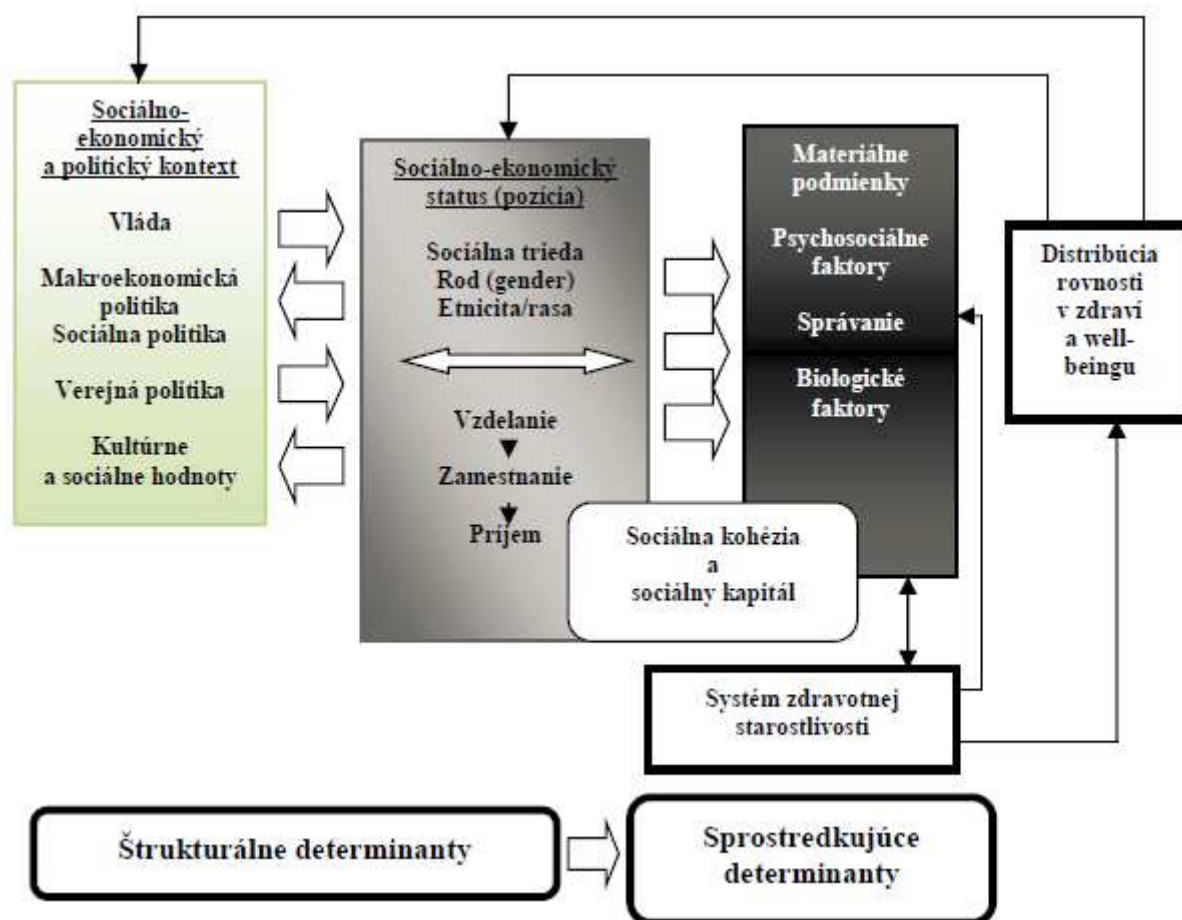


Schéma č.1: Model vzťahov a mechanizmov sociálnych determinantov nerovností v zdraví. vypracovaný WHO Komisiou pre Sociálne Determinanty (Džambazovič, Gergely, 2014 podľa Solar, Irwin, 2010)

Z výsledkov práce Komisie vyplynulo, že na zlepšenia zdravia obyvateľstva a odstránenie nerovnosti zdravia, sa musia podieľať všetky rezorty a úrovne vlády. Preto bol 53 členskými štátmi z európskeho regiónu WHO odsúhlasený nový spoločenský rámec – Zdravie 2020, ktorý oproti predchádzajúcim programom (Zdravie do r.2000, Zdravie v 21. stor.) má charakter politického rámca - na jeho plnení sa majú vo výraznej miere podieľať všetky rezorty a úrovne vlády krajín, ktorých predstavitelia sa osobným podpisom zaviazali plniť tento program. (Zdravie 2020)

Program má dva strategické ciele:

1. Zlepšenie zdravia pre všetkých a znižovanie nerovnosti v oblasti zdravia
2. Zlepšenie vedúcej úlohy v oblasti zdravia a participatívne riadenie zdravia

Slovenská republika sa takisto zaviazala zapojiť a plniť ciele programu. Na základe toho vláda SR prijala „Strategický rámec v zdravotníctve na roky 2014-2030“

Vytýčila v ňom 4 priority:

1. Investovanie do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti za zdravie:

- Ako politická priorita a hlavná výskumná priorita je problém zdravého a aktívneho starnutia
- Budovanie neštátnych ubytovacích kapacít s poskytovaním základnej dlhodobej lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti a to vo všetkých regiónoch Slovenska
- Podpora duševného zdravia – riešenie sociálnej izolácie seniorov
- Zdravý štart do života

2. Riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne – prenosných a neprenosných ochorení:

- Propagačné, konkrétne zdravotné opatrenia, zmeny v zdravotnom poistení s uplatňovaním motivačných kritérií bonusového či malusového štýlu
- Zavádzanie integrovaných vládnych a spoločenských prístupov, pretože sa ukazuje , že opatrenia na ovplyvnenie správania sa jednotlivcov majú obmedzený efekt.

3 . Posilňovanie zdravotníckych systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance a schopnosti reagovať na núdzové situácie:

- Podpora prístupu k primárnej zdravotnej starostlivosti
- Zmeny vo vzdelaní a príprave na zdravotnícke povolanie
- Nové formy poskytovania zdravotnej starostlivosti: - domáca ošetrovateľská starostlivosť a dlhodobá starostlivosť

4. Vytváranie zdravých komunít a podporovaného prostredia pre zdravie ľudí:

- Program WHO „Zdravé mestá a komunity“

Pre Európsky región WHO prijala v roku 2014 špecifické odporúčania na odstránenie nerovnosti v zdraví, ktoré vypracoval tím Inštitútu pre Rovnosť v Zdraví (Institute for Health Equity) pod vedením sir. M. Marmota, ktorý viedol aj WHO Komisiu pre Sociálne

determinanty (Marmot M, 2014). Navrhnuté opatrenia sú zamerané na sociálne determinanty ako príčiny týchto nerovností a mali by sa realizovať prostredníctvom stratégií na úrovni jednotlivých krajín ako aj medzi krajinami. Opatrenia by mali byť zamerané na štyri kľúčové oblasti:

1. Všetky obdobia životného cyklu (adekvátne sociálne a zdravotné starostlivosti pre matky a deti; investície do raného vývinu dieťaťa, univerzálne dostupné vzdelanie pre všetky deti, zníženie nezamestnanosti, redukcia pracovného stresu, zlepšenie pracovných podmienok, odstránenie príčin sociálnej izolácie starých ľudí)
2. Širšiu spoločnosť (podpora sociálnej kohézie, zabezpečenie sociálnej ochrany počas celého života: nemocenské dávky, zdravotné poistenie, počas starostlivosti o dieťa....., nielen podpora najchudobnejších)
3. Makroekonomický kontext (udržateľná zdravotná a sociálna politika, investície do zdravotnej a sociálnej oblasti)
4. Zdravotnícky systém (medzirezortná spolupráca, univerzálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti)

Literatúra

BÁRTLOVÁ Sylvia. *Sociologie medicina a zdravotnictví*. 6.přepracové a doplnené vyd.

Praha:GradaPublishiga.s. , 2005. 188 s. IBSN 80-247-1197-4

BENCKO Vladimír a kol. *Statistické metody v epidemiologii*. [online][cit. 2014-05-10].

Dostupné z www: <<http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0§ion=epidem>>

CSDH. Commission on Social Determinants of health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ženeva : World Health Organization, 2008. 247s. [online]

Dostupné z http://www.who.int/social_determinants/the_commission/final_report/en/ [cit. 2014-01-30].

DŽAMBAZOVIČ Roman, GERBERY Daniel. Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia. In *Sociológia* 2014, roč. 46, č. 2, s. 194-219

European health facts database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. Update: January 2014. [databáza] [cit. 2014-10-09]. Dostupné z www: <<http://data.euro.who.int/hfad/>>

Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD 2013. ISSN – 1999-1312 [cit. 2014-09-03].
Dostupné z www: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en>

MARMOT Michael a kol. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991, 8;337(8754):1387-93.

MARMOT Michael, UCL Institute of Health Equity. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary*. Kodaň : WHO Regional Office for Europe, 2014. 29s. [online] Dostupné z <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-executive-summary> [cit. 2014-01-30].

SOLAR, O; IRWIN, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva : WHO, 2010. 75s (s.6). [online] Dostupné z http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf [cit. 2014-01-30].

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. [cit. 2014-08-11] . Dostupné na www: <<http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>>

Štatistický úrad SR. *Miera evidovanej nezamestnanosti podľa územia, pohlavia a rok*. [databáza] [cit. 2014-05-28]. Dostupné z www: <<http://pxweb.statistics.sk/PXWebSlovak/index.html>>

Štatistický úrad SR. *Stav a pohyb obyvateľstva SR 2013*. Bratislava: Štatistický úrad SR. [cit. 2014-10-27]. Dostupné na www: <<http://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/demography/population/indicators>>

Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2013: Bratislava: Štatistický úrad. 2014. ISBN 978-80-8121-309-0

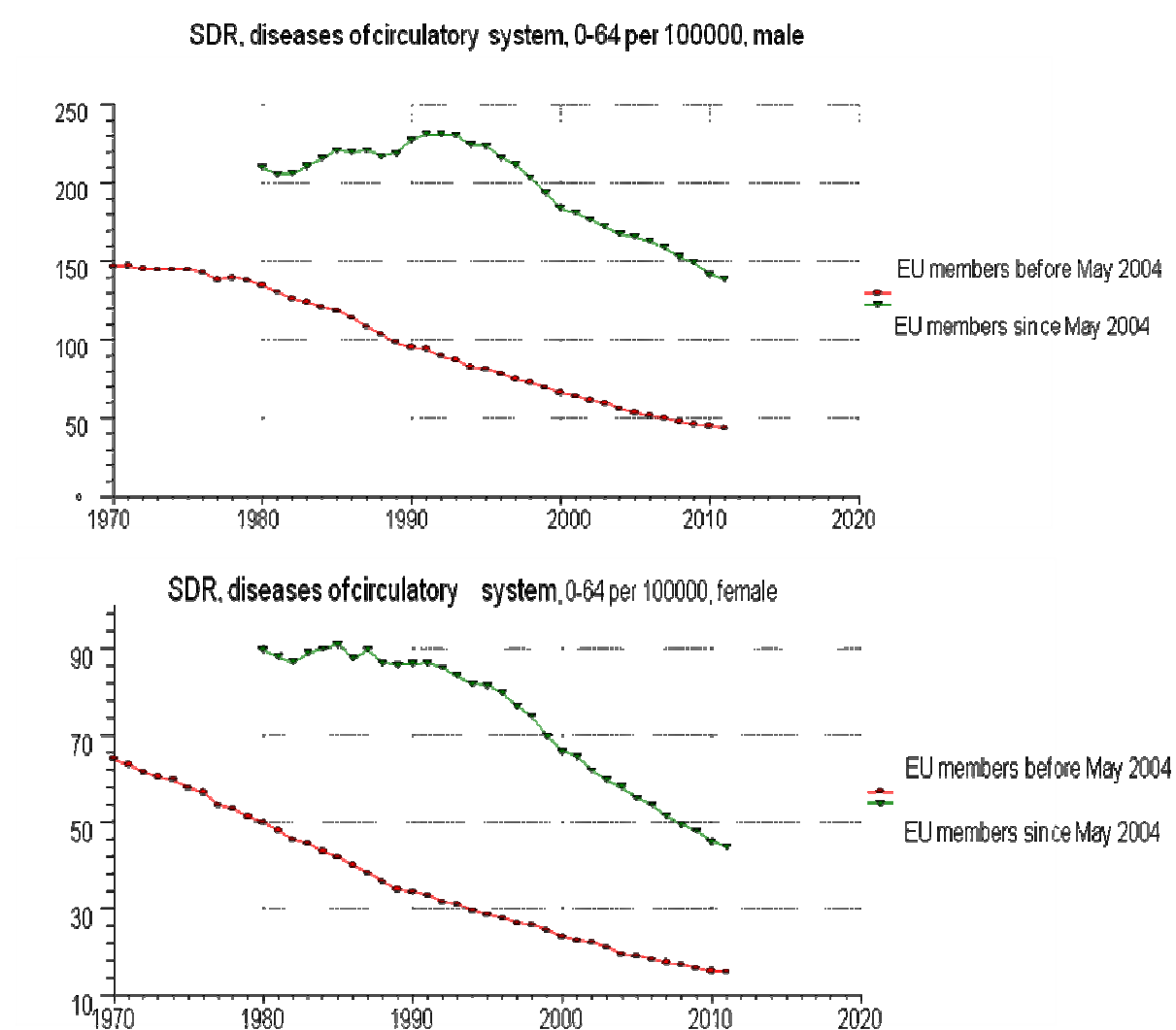
Zdravie 2020: Európsky politický rámec na podporu vládnych a spoločenských aktivít pre zdravie a prosperitu . Vydala: Kancelária SZO na Slovensku : 2013 [cit. 2014-11-21]

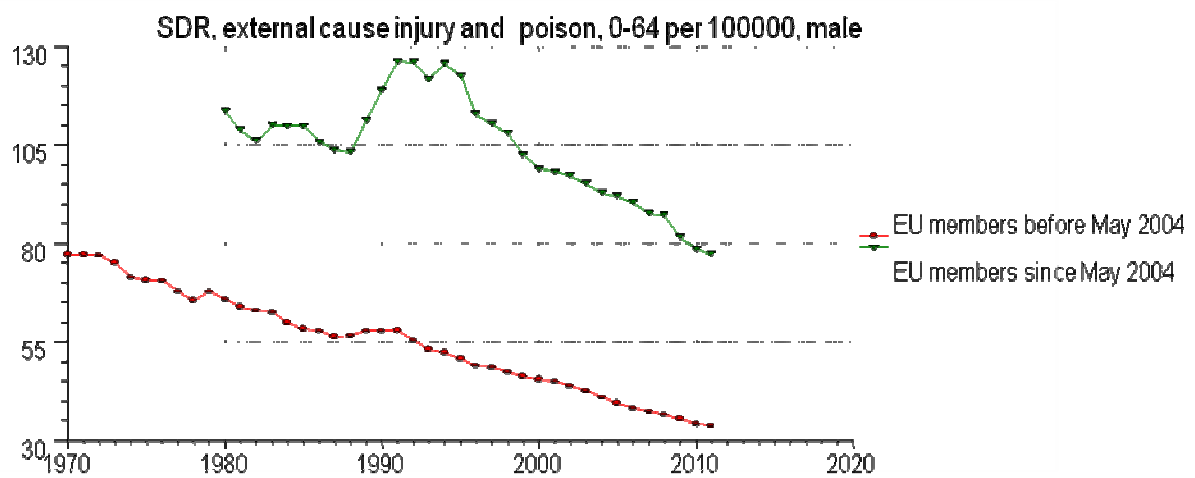
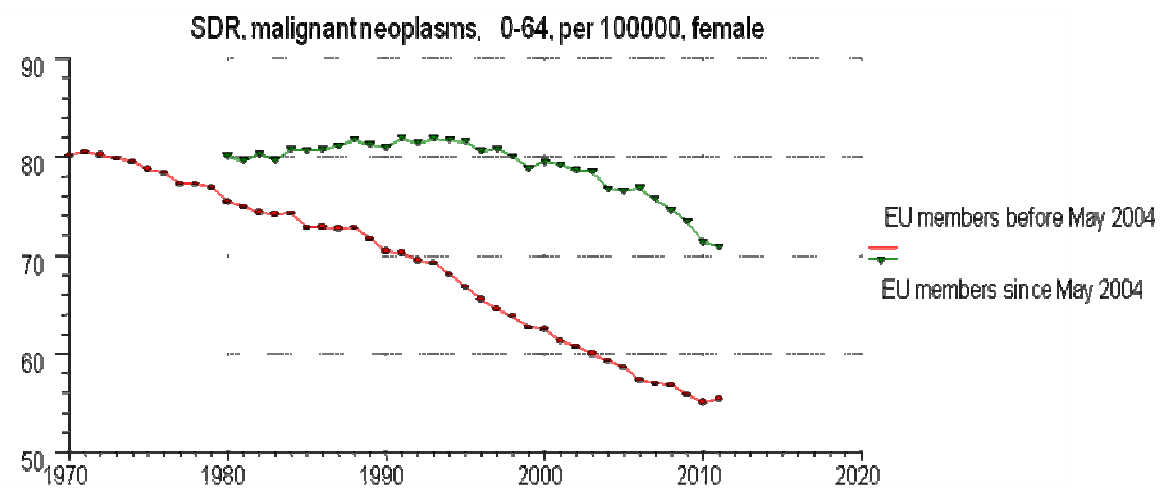
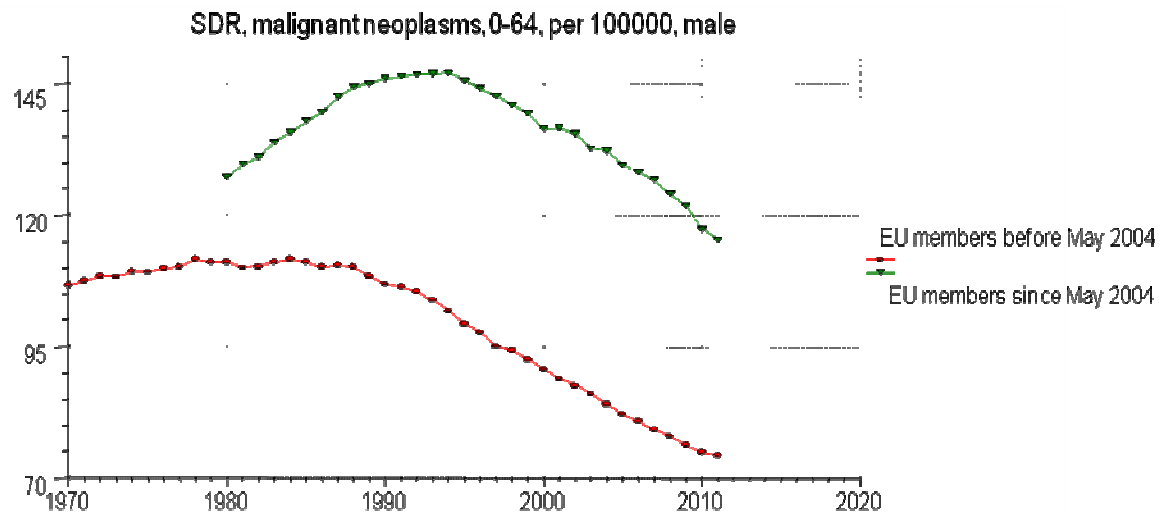
Dostupné z www: <<http://who.sk/images/stories/WHO%20brozura%20Zdravie%202020.pdf>>

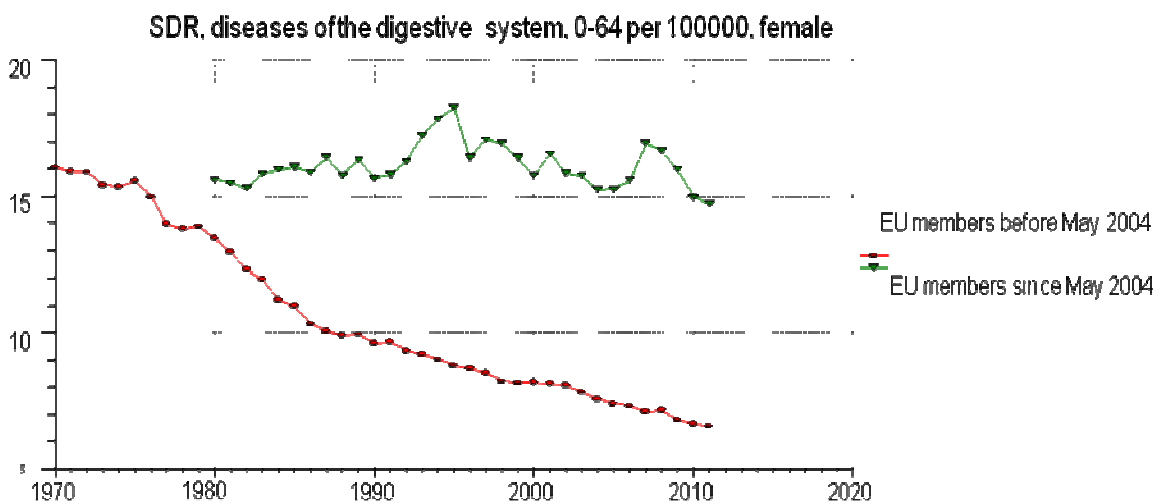
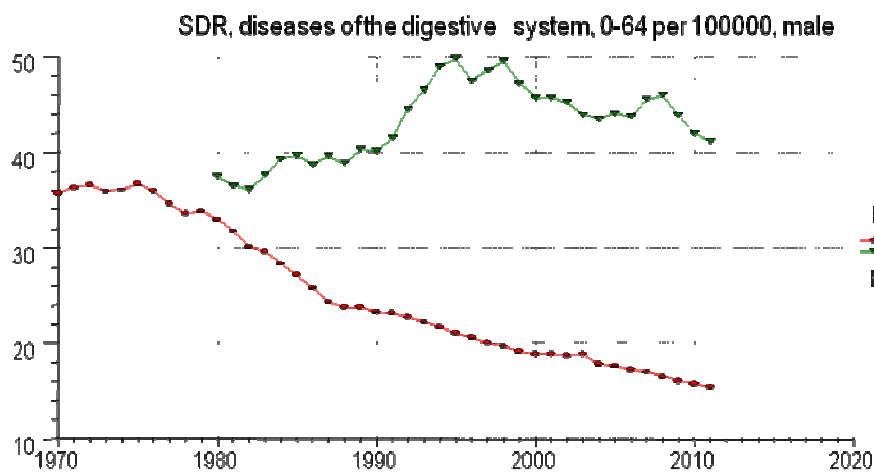
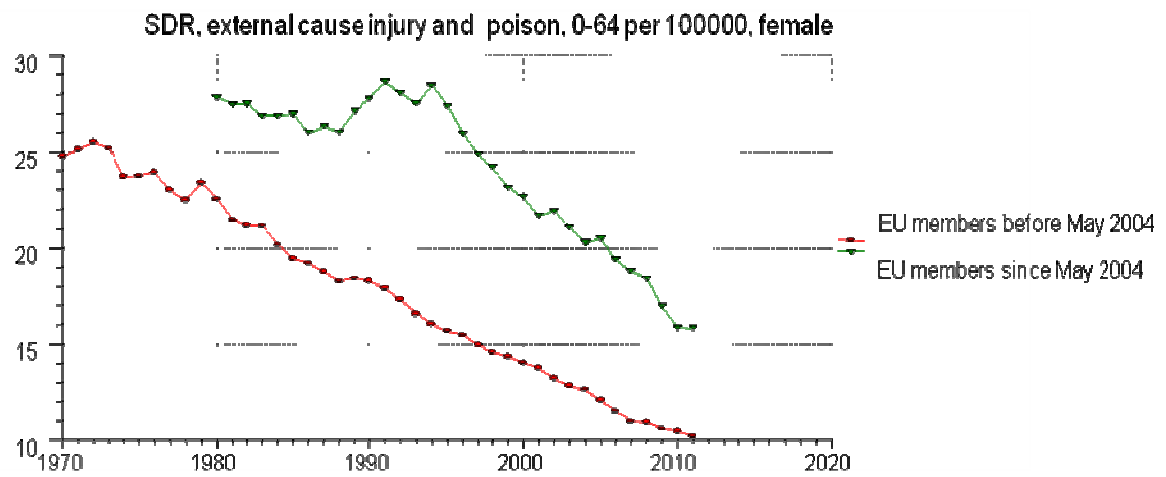
ŽÁČEK Adolf. (a) Determinanty zdraví a zdravotní politika. Část II. Kategorizace a účinnost determinant. In: *Časopis lékaře českých 2000*, 139, (5): 131–134.

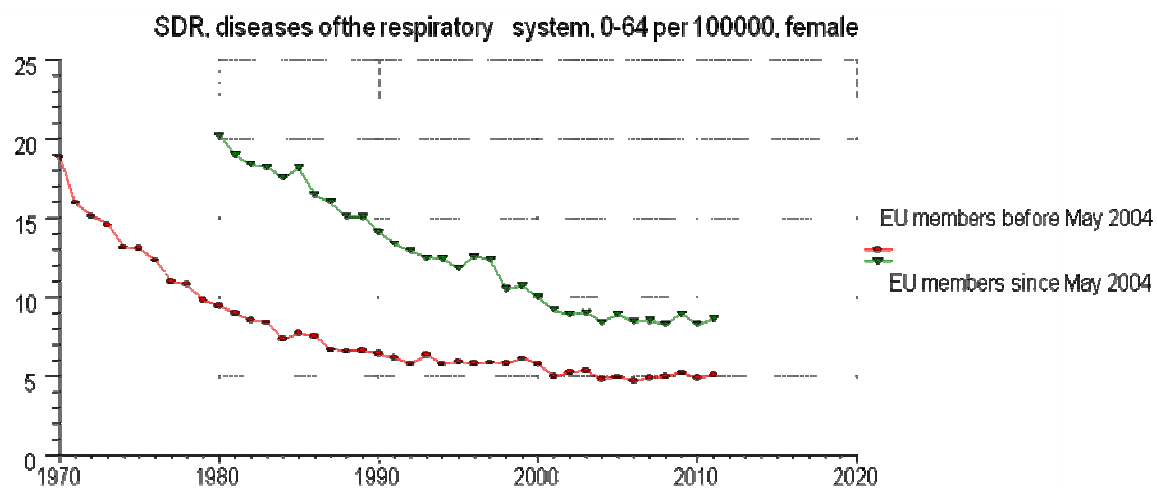
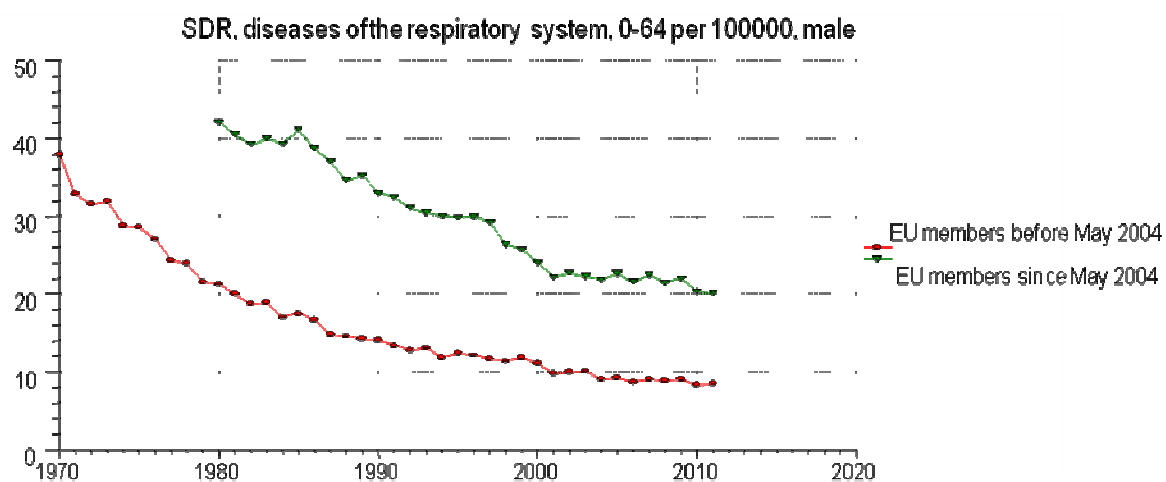
ŽÁČEK Adolf. (b), „Determinanty zdraví a zdravotní politika. Část III. Od intervence ke kvalitě života. In: *Časopis lékaře českých 2000*, 139 (6): 163-165.

Príloha č. 1: Predčasná štandardizovaná úmrtnosť na najčastejšie príčiny smrti mužov a žien Európskej únie.

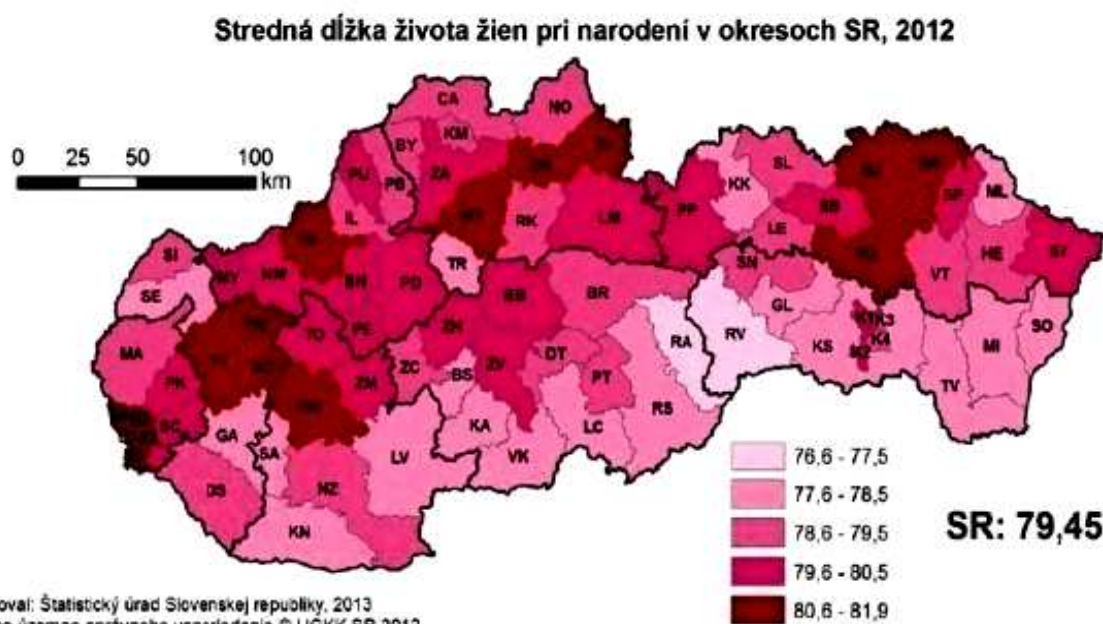
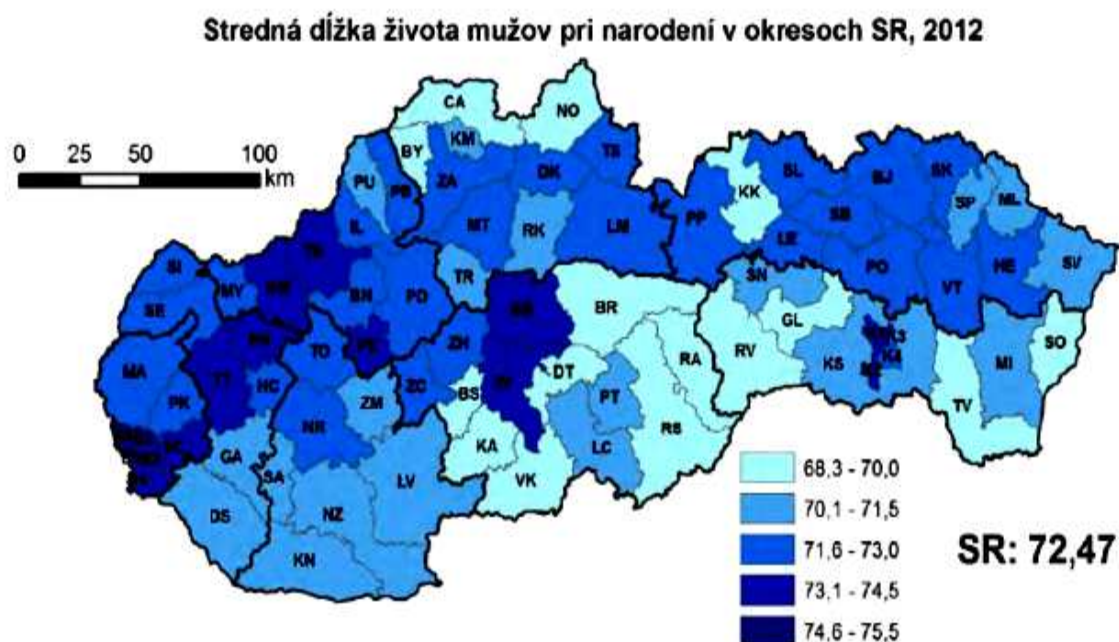








Zdroj: European HFA Database, January, 2014



Spracovali: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2013
Hranice územno-správneho usporiadania © UGKK SR 2012

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2012

Kontakt:

MUDr. Eva Chandogová, CSc., MPH
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK
Sasinkova 2, 81372 Bratislava 1
eva.chandogova@fmed.uniba.sk

Právo na ochranu zdraví

Right to Protection of Health

Soňa MATOCHOVÁ

Abstrakt

Podle dnes již klasické „definice“ Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. Zdraví ovšem není jen charakteristikou organismu (zdraví jako stav), ale i významnou humánní hodnotou. Je ovlivněno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty. Ačkoliv se na ústavní úrovni ve 20. století v evropském kontextu objevila moderní formulace ochrany zdraví již v čl. 161 německé výmarské ústavy z roku 1919, ke skutečnému rozvoji práva na ochranu zdraví došlo především v souvislosti s rozvojem sociálních práv po 2. světové válce. Ochrana tohoto práva byla postupně zakotvena v celé řadě mezinárodních smluv i v některých ústavách. V poslední době rovněž Listina základních práv EU ve svém článku 35 zakotvila právo na ochranu zdraví. Právo na zdraví není ovšem v relevantních právních úpravách formulováno shodně, je flexibilní, odráží tradice zdravotní péče v dané zemi a ekonomický vývoj ve společnosti. Práva týkající se ochrany zdraví jsou v České republice obsažena v Listině lidských práv a základních svobod v hlavě čtvrté označené jako práva hospodářská, sociální a kulturní (články 26 – 35 Listiny). Výše uvedená skupina práv patřila v České a Slovenské federativní republice při přípravě Listiny základních práv a svobod přijaté v roce 1991 Federálním shromážděním k nejdiskutovanějším. Prosazení formulace zaručující bezplatnou zdravotní péči a zdravotní podmínky později vedlo ke sporům o rozsah poskytování zdravotní péče, které posuzoval Ústavní soud ČR. Podle článku 31 Listiny má každý právo na ochranu [zdraví](#) a občané mají na základě [veřejného pojištění](#) právo na bezplatnou [zdravotní péči](#) a [zdravotní pomůcky](#) za podmínek, které stanoví zákon. Judikatura Ústavního soudu ČR se významně uplatnila při interpretaci uvedeného ustanovení, které bylo posuzováno zejména v druhém funkčním období Ústavního soudu. Ústavní soud se vyjádřil k různým aspektům práva na ochranu zdraví, konkrétně k charakteru tohoto práva, jeho ústavní koncepci, obsahu a rozsahu. Z judikatury je patrný systematický přístup k právu na ochranu zdraví, rovněž však nesnadné hledání konsensu ústavních soudců projevující se ve velkém počtu disentních stanovisek. Předmětem zvláštní pozornosti byla otázka výkladu pojmu bezplatného poskytování zdravotní péče. Závěrem příspěvek shrnuje podstatná obecná východiska, ke kterým Ústavní soud ČR dospěl při posuzování práva na ochranu zdraví.

Klíčová slova

Zdraví, pohoda, hodnota, veřejné zdraví, právní úprava zdravotní péče, mezinárodní smlouvy, ústavy, sociální práva, sociální politika EU, právo na ochranu zdraví, čl. 31 Listiny základních práv a svobod ČR, právo na ochranu zdraví, judikatura Ústavního soudu ČR, bezplatná zdravotní péče, standardní a nadstandardní zdravotní péče, test rozumnosti.

Abstract

According to classical definition of the World Health Organisation, *health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.* Health is however not only a quality of an organism (health as a state), but also an important human value. It is influenced by many social, legal, political, economic, cultural and further aspects. Although the modern formulation of right to health emerged at the European constitutional level as early as in 1919 in article 161 of the German Weimar constitution, the actual development of right to health had started in connection with social rights development after the Second World War. The protection of this right has been gradually embedded in the whole range of international conventions and also in some of

European constitutions. Recently, the Charter of EU Fundamental Rights has guaranteed the right to protection of health in its article 35. Nevertheless, the right to protection of health is not formulated in different legal regulations identically; this right is flexible, it reflects traditional legal regulation related to health care in given country; it is also subject to the economic development of the society. In the Czech Republic, the right to protection of health is contained in the Charter of Human Rights and Basic Freedoms, in its article 31 entitled Economic, social and cultural rights (articles 26 – 35 of the Charter). In the Czech and Slovak Federal Republic, the above cited rights belonged to the most discussed ones during the preparation of the Charter of Human Rights and Basic Freedoms enacted in 1991 by the Federal Assembly. Later on, the enactment of the right guaranteeing the free medical care and free medical aids led to disputes on the extent of the health care providing. These disputes have been assessed by the Constitutional Court of the Czech Republic. Under Article 31 of the Charter, “Everyone has the right to the protection of his health. Citizens shall have the right, on the basis of public insurance, to free medical care and to medical aids under conditions provided for by law”. The Constitutional Court of the Czech Republic has contributed significantly to the interpretation of this provision that has become subject of its interest especially during the second term of office of the Court. The Constitutional Court has assessed the different aspects of the right to protection of health, especially its character, content and extent. From the Court’s case law it is evident both the systematic approach to this right and uneasy searching of constitutional consensus presenting itself by great number of dissenting opinions. The issue of free medical care interpretation has been subject of special interest. Finally, the presented contribution summarizes substantial points of view to which the Court concluded while assessing the right to protection of health.

Key words

Health, well-being, value, public health, legal regulation of health care, international conventions, constitutions, social rights, EU social policy, right to protection of health, free health care, Article 31 of the Charter of Human Rights and Basic Freedoms of the Czech Republic, the Constitutional Court of the Czech Republic case law, free health care, standard and above-standard health care, rationality test.

Definice zdraví

Zdraví je důležitým předpokladem plného a kvalitního lidského života a zdraví jedinci jsou nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje společnosti. Pokud si položíme otázku, co je to vlastně zdraví, podle dnes již klasické „definice“ Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948 obsažené v preambuli její ústavy „*zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Zmíněná definice obsahuje prvek negativního vymezení zdraví (nepřítomnost nemoci nebo vady) i prvek pozitivní (stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody). Definice však neříká, co se myslí pohodou (*well-being*). Zde bude nepochybně hrát výraznou roli subjektivní pocit pohody, ale jen na něj se pojem zdraví omezit nedá.

Ačkoliv se tedy neurčitost definice může jevit jako nevýhoda, pokud by někdo očekával, že tak složitý pojem jako je zdraví lze jednoduše a výstižně kvantifikovat, zároveň je obecně pojatá definice i výhodou, pokud ji pojmem jako východisko tzv. širokého pojetí

zdraví a péče o zdraví se všemi podmínkami, determinantami a možnostmi ovlivnění. Umožňuje totiž komplexní přístup ke zdraví, obdobně jako např. dnes hojně používaný pojem kvalita života. Takové pojetí je základem mnoha aktivit a politik (nejen medicínských), které pomáhají chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví.

Vzhledem k obtížnosti definice zdraví bývají pro vědecké účely často vytvářeny tzv. operační definice zdraví, které jsou orientovány na ty charakteristiky zdraví, které jsou důležité pro cíle zamýšlené studie. Jako příklad lze uvést některé z definic obsažených v programu Ministerstva zdravotnictví ČR „Zdraví 21“ z roku 2002, které mají obecnější platnost, např.: *„Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“* (Bureš) nebo *„zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí“* (Žáček).

V citovaném programu Ministerstva zdravotnictví ČR Zdraví 21 je používán spolu s pojmem zdraví rovněž pojem zdravotní potenciál. Je to ta *nejvyšší úroveň zdraví, kterou může konkrétní jedinec žijící v dané společnosti dosáhnout*. Ta je podmíněna jednak možnostmi jedince starat se o sebe i o druhé, schopností samostatně se rozhodovat a přijmout svůj díl odpovědnosti za vlastní životní osud, a jednak tím, zda společnost, ve které žije, dbá na to, aby všichni její členové mohli dosáhnout plného zdraví.

Pochopení obsahu pojmu zdraví může usnadnit vysvětlení, že slovo „zdraví“ má lingvisticky úzký vztah k pojmu „celek“. Např. angl. *health* vzniklo ze staro-anglického slova *hale* mající bezprostřední vztah ke slovu *whole* (celý, zdravý); podobně německé *heil* znamená celek i zdravit. Ve slovanských jazycích se výrazy zdravit a celovat sice již oddělily, ale např., když se rána hojí, říkáme, že se zaceluje.

Zdraví ovšem není jen charakteristikou organismu (zdraví jako stav). Je i významnou humánní hodnotou, a to jak individuální tak sociální. Je ovlivněno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.

Zdraví má tedy výraznou objektivní i subjektivní stránku. Čím hlouběji se jím zabýváme, tím výrazněji vystupuje jeho celostní a hodnotový charakter. O hodnotě zdraví se říká, že člověk ji pochopí, až když onemocní. Vyjádřil to výstižně dřívější generální ředitel WHO Halfdan Mahler: *„Vím, že zdraví není všechno, ale bez něj je všechno ostatní ničím. Když je při vývoji přehlíženo lidské zdraví, společenství postrádá fyzickou energii i svou spirituální energii.“* Význam zdraví ovšem není oceňován až v naší době, jak ostatně dokládá výrok

Herakleita z Efezu (530-470 př.n.l.): „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.*“

Právní úprava ochrany zdraví

Na našem území jsou počátky péče státu o veřejné zdraví spojeny s vládou Marie Terezie, která mj. vydala v roce 1753 Generální zdravotní řád pro Království české. Obecně se uvádí, že vůbec poprvé se tento druh práv vyskytl ve [francouzské](#) ústavě z roku 1793. Na ústavní úrovni se ve 20. století v evropském kontextu poprvé objevila překvapivě moderní formulace ochrany zdraví v čl. 161 německé Výmarské ústavy z roku 1919, podle níž má stát zřídit systém zákonného pojištění za účelem *ochrany zdraví, jakož i dalších účelů (pracovní způsobilosti, ochrany mateřství, stáří, nemocí, apod.)*.

Ke skutečnému rozvoji práva na ochranu zdraví došlo především v souvislosti s rozvojem sociálních práv po 2. světové válce. Ochrana tohoto práva byla postupně zakotvena v celé řadě mezinárodních smluv (čl. 25 Všeobecné deklarace lidských práv, čl. 11 Evropské sociální charty přijaté Radou Evropy, čl. 12 Mezinárodního paktu hospodářských, sociálních a kulturních práv, čl. 3 a čl. 4 Úmluvy o lidských právech a bioetice či úmluvy Mezinárodní organizace práce upravující ochranu zdraví u různých profesí). Konečně i Listina základních práv EU ve svém článku 35 zakotvila právo na ochranu zdraví.

Právo na ochranu zdraví bylo rovněž zakotveno v některých evropských ústavách. Zatímco např. v československé prvorepublikové ústavě z roku 1921 právo na ochranu zdraví zakotveno nebylo, v socialistickém Československu bylo právo na zdraví deklarováno jak v Ústavě ČSR z roku 1948, tak v Ústavě ČSSR z roku 1960. V současné době je v České republice právo na ochranu zdraví zakotveno v Listině základních práv a svobod, což bude předmětem dalšího výkladu. Identické znění je zakotveno jak v české Listině, tak v Ústavě Slovenské republiky, což je dáno převzetím původního federálního katalogu lidských práv a svobod.

Jak vyplývá z níže uvedené Tabulky Definice práva na zdraví v některých mezinárodních dokumentech a v právní úpravě, toto právo není formulováno shodně, je flexibilní, odráží tradiční úpravu a životní úroveň v dané zemi. Zpočátku bylo právo na zdraví společně s dalšími sociálními právy obecně formulováno jako součást životní úrovně či deklarováno jako právo, které přísluší každému (Všeobecná deklarace lidských práv, Evropská sociální charta, Evropská úmluva o lidských právech, rovněž však Ústava ČSR z roku 1948 či 1960). V úmluvách či doporučeních Mezinárodní organizace práce byla ochrana zdraví konkretizována ve vztahu k bezpečnostním požadavkům u jednotlivých

profesí. Úmluva o lidských právech a bioetice z roku 1997 již uvádí zcela konkrétní formulace o rovné dostupnosti zdravotní péče a potřebě souladu zdravotních zákroků s dostupnými profesními standardy.

Pokud jde o sociální politiku Evropské unie, ta je poměrně nového data, vyvíjela se postupně od Maastrichtské smlouvy přijaté v roce 1992, přičemž až Lisabonská strategie na období 2001 – 2010 zdůraznila cíle sociální politiky a potřebu zlepšení spolupráce členských zemí mj. v oblasti zdraví. V tomto trendu pokračovala Listina základních práv EU z roku 2010, která zakotvila právo na ochranu zdraví v článku 35 jako právo každého na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi; dále článek 35 zaručil vysoký stupeň ochrany lidského zdraví při vymezování a provádění všech politik a činností Unie. Lze tedy v podstatě zachytit vývoj od neurčitého vymezení a obecných deklarací práva na zdraví směrem ke konkrétním formulacím.

Definice práva na zdraví v právní úpravě a některých mezinárodních dokumentech

Preambule ústavy WHO, 1948 Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.

Všeobecná deklarace lidských práv, 1948

článek 25

(1) Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při nezpůsobilosti k práci, při ovdovění, ve stáří nebo v ostatních případech

Ústava Československé republiky ze dne 9. května 1948

§ 29

(1) Každému přísluší právo na ochranu zdraví. Všem občanům přísluší právo na léčebnou péči a na zaopatření jak ve stáří, tak i při nezpůsobilosti k práci a při nemožnosti obživy.

(2) Ženy mají nárok na zvláštní péči v těhotenství a v mateřství, děti a mládež pak na zajištění svého plného tělesného a duševního rozvoje.

(3) Tato práva jsou zajištěna zákony o národním pojištění, jakož i veřejnou zdravotní a sociální péčí.

(4) Ochrana života a zdraví při práci je zajištěna zejména státním dozorem a předpisy o bezpečnostních opatřeních na pracovištích.

Ústava ČSSR z roku 1960

Článek 15

(1) Stát provádí takovou hospodářskou, zdravotní, sociální a kulturní politiku, aby se souběžně s růstem výroby, s vzestupem životní úrovně obyvatelstva a s postupným zkracováním pracovní doby neustále rozvíjely fyzické i duševní schopnosti všeho lidu.

(2) Stát pečuje o zvelebování a všestrannou ochranu přírody a o zachování krajinných krás vlasti, aby tím vytvářel stále bohatší zdroje blahobytu lidu a vhodné prostředí, které by prospívalo zdraví pracujících a umožňovalo jejich zotavení.

Článek 23

Evropská sociální charta, 1961	(1) Všichni pracující mají právo na ochranu zdraví a na léčebnou péči, jakož i právo na hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci. (2) Tato práva jsou zajištěna péčí státu a společenských organizací o předcházení vzniku nemocí, celou organizací zdravotnictví, sítí léčebných a sociálních zařízení, stále se rozšiřující bezplatnou léčebnou péčí, jakož i organizovanou péčí o bezpečnost při práci, nemocenským pojištěním a důchodovým zabezpečením. <i>článek 11</i>
Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, 1966	Každý má právo využít jakýchkoli opatření, která mu umožní dosáhnout co nejlepšího zdravotního stavu. <i>článek 12</i> 1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. 2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat: a) opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte; b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny; c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí; d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.
Zákon 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky z 1. septembra 1992	<i>Článek.40</i> Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.
Listina lidských práv a základních svobod, 1993	<i>Článek 31</i> Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.
Úmluva o lidských právech a bioetice, 1997	<i>článek 3</i> Rovná dostupnost zdravotní péče Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality. <i>článek 4</i> Profesní standardy Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.
Listina základních práv EU, 2010	<i>Článek 31</i> Slušné a spravedlivé pracovní podmínky 1. Každý pracovník má právo na pracovní podmínky respektující jeho zdraví, bezpečnost a důstojnost. <i>Článek 35</i> Ochrana zdraví Každý má právo na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi. Při vymezování a provádění všech politik a činností Unie je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví.

Právo na zdraví v Listině lidských práv a základních svobod

Práva týkající se ochrany zdraví jsou v České republice obsažena v Listině lidských práv a základních svobod v hlavě čtvrté označené jako práva hospodářská, sociální a kulturní. V případě práv týkajících se ochrany zdraví jde konkrétně o právo sociální. Tato práva jsou často nazývána jako práva druhé generace na rozdíl od klasických základních práv označovaných jako práva první generace. Sociální práva se obvykle vymezují na základě srovnání s klasickými lidskými právy. Přitom je třeba zdůraznit, že sociální práva nejsou zdaleka vždy součástí evropských ústavních katalogů; z komparatistiky je patrné, že toto právo je garantované v různé rozsahu spíše v ústavách států, které vstoupily do Evropské Unie rokem 2004.

Při rozlišování práv první a druhé generace bývá zejména poukazováno na odlišnou povahu korespondující povinnosti státu. Sociální práva jsou jako všechna základní práva a svobody primárně veřejnými subjektivními právy vůči státu, jímž odpovídá povinnost státu vůči nositeli základního práva, přičemž u základních práv převažuje povinnost státu zdržet se určitého konání, typicky zásahu do individuální sféry chráněné základním právem, zatímco u sociálních práv je v popředí povinnost státu konat, především zajistit v případě potřeby určitá plnění nebo služby. U sociálních práv se také někdy mluví o tom, že mají charakter institucionální garance. V každém případě je ovšem třeba zdůraznit jejich podstatný znak, kterým je solidarita.

Výše uvedená skupina hospodářských, sociálních a kulturních práv (články 26 – 35 Listiny) patřila v České a Slovenské federativní republice při přípravě Listiny základních práv a svobod, prvního demokratického katalogu lidských práv po sametové revoluci, k nejdiskutovanějším. Vzhledem k tomu, že tato právavyžadují plnění ze strany státu, bylo zřejmé, že zvolená formulace bude určující pro rozsah plnění státu. Prosazení formulace zaručující bezplatnou zdravotní péči a zdravotní podmínky skutečně později vedlo ke sporům o rozsah poskytované zdravotní péče, které posuzoval i Ústavní soud ČR, jak bude dále popsáno.

Podle článku 31 Listiny má každý právo na ochranu [zdraví](#) a občané mají na základě [veřejného pojištění](#) právo na bezplatnou [zdravotní péči](#) a [zdravotní pomůcky](#) za podmínek, které stanoví zákon. Citované ustanovení tedy fakticky zakotvuje dvě práva. Z textu první věty je zřejmé, že stát má povinnost nejrůznějšími opatřeními chránit zdraví lidí (a související omisivní povinnost zdržet se činů s negativními důsledky pro zdraví). Pokud jde o právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, je v dikci Listiny především právem na

organizaci a proceduru – stát má povinnost zřídit a udržovat v chodu funkční systém zdravotního pojištění.

Jak rovněž vyplývá z Listiny, výše uvedených práv je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které je provádějí. Z práva na ochranu zdraví tedy primárně plynou nároky zakotvené v zákonech, které sociální práva provádějí (srov. čl. 41 odst. 1 Listiny); tyto nároky jsou vymahatelné po vyčerpání všech opravných prostředků i cestou ústavní stížnosti. Ve vztahu k právům plynoucím z čl. 31 Listiny se rovněž uplatní zákaz diskriminace zakotvený v čl. 3 odst. 1 Listiny, neboť podmínky, za nichž je možno tato práva uplatňovat, musí být stanoveny tak, aby byl všem občanům zajištěn spravedlivý přístup ke zdravotní péči. Nositelem základního práva na ochranu zdraví je každý, zatímco nositelem práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky jen občané ČR (srov. čl. 42 Listiny).

Právo na zdraví v judikatuře Ústavního soudu

Judikatura Ústavního soudu ČR se významně uplatnila při interpretaci práva na ochranu zdraví, které Ústavní soud posuzoval v rámci abstraktního přezkumu zejména ve svém druhém funkčním období. Ústavní soud se jako negativní zákonodárce vyjádřil k různým aspektům práva na ochranu zdraví, zejména k celkovému charakteru sociálních práv, ústavní koncepci ochrany zdraví, obsahu a rozsahu práva na ochranu zdraví a charakteru vztahu mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Předmětem zvláštní pozornosti byla otázka výkladu pojmu bezplatného poskytování zdravotní péče. Z judikatury je patrný systematický přístup Ústavního soudu ve vztahu k posuzovaným otázkám, rovněž však nesnadné hledání konsensu pléna projevující se ve velkém počtu disentních stanovisek. V níže uvedeném textu jsou uvedena podstatná obecná východiska, ke kterým Ústavní soud dospěl ve vztahu k sociálním právům a zejména k právu na ochranu zdraví.

V nálezech Pl. ÚS 35/95 a Pl. ÚS 36/11 Ústavní soud uvedl, že je třeba rozlišovat dvě kategorie základních práv, a to základní lidská práva, která vyvěrají přímo z lidského bytí, a tato skutečnost je základem vymezení jejich ústavního obsahu a rozsahu (právo na život, nedotknutelnost osoby a osobní svoboda) a lidská práva a svobody zařazené v hlavě čtvrté listiny jako „Hospodářská, sociální a kulturní práva“, která vyžadují ke své realizaci dalších faktorů a nepůsobí bezprostředně. To platí rovněž pro čl. 31 Listiny větu druhou. Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je tu zúženo na rozsah veřejného pojištění a je tedy odkázáno na retribuci pojistných částek. Obecně je celá hlava čtvrtá závislá na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu a s tím spojené výše životní úrovně. Toto právo

spadá pod režim čl. 4 odst. 1 Listiny, kdy povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona v jeho mezích a jen při zachování základních lidských práv. Normativní obsah čl. 31 Listiny je dále omezen článkem 41 odst. 1 Listiny, protože se ho jako práva lze dovolat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí.

Pokud se jedná o pojem ochrany zdraví, Ústavní soud vyšel ve svých úvahách v nálezu Pl. ÚS 14/02 z ústavní koncepce ochrany zdraví, jež je zakotvena v čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, dle něhož „Každý má právo na život“ a v článku 31 Listiny základních práv a svobod, který zní: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Listině odpovídá i zákonný rámec poskytování zdravotní péče. Ten byl dříve stanoven zejména zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v současné době byl nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a dalšími zákony.

V nálezu Pl. ÚS 43/13 Ústavní soud uvedl k charakteru čl. 31 Listiny, že představuje základní právo mající povahu práva sociálního, což znamená, že smyslem jeho ústavního zakotvení není vymezení prostoru svobody jednotlivce, do kterého veřejná moc není oprávněna zasahovat, nýbrž naopak garance, že stát bude v určitých případech aktivně jednat, aby zajistil podmínky pro jeho důstojný život a rovnost šancí. Ústavně zaručená sociální práva nepůsobí bezprostředně ve vztahu k jednotlivcům. Jejich obsahem je povinnost státu, aby na úrovni podústavního práva upravit efektivní prostředky k dosažení určitého účelu, který tvoří podstatu a smysl (neboli esenciální obsah) sociálního práva, a následně jej prostřednictvím svých orgánů také realizoval. Je to až podústavní právní úprava, která ve skutečnosti dává odpověď na otázku, čeho a za jakých podmínek se může jednat na základě tohoto základního práva domáhat, tedy jaké jsou meze tohoto základního práva.

Jak uvedl Ústavní soud v nálezu Pl. ÚS 1/08, esenciálním obsahem čl. 31 věty druhé Listiny je ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotního pojištění, který vybírá a kumuluje prostředky od jednotlivých subjektů (plátců), aby je mohl na základě principu solidarity přerozdělit a umožnit jejich čerpání potřebným, nemocným, chronikům. Ústavní garanci, na základě které se bezplatná zdravotní péče poskytuje, požívá pouze a jenom suma takto shromážděných prostředků.

K úpravě obsahu, rozsahu a způsobu poskytování zdravotní péče Ústavní soud v řadě svých nálezů (Pl. ÚS 35/95, Pl. ÚS 36/11, Pl. ÚS 43/13) uvedl, že z ustanovení čl. 4 odst. 2 Listiny vyplývá, že meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených

Listinou upraveny pouze zákonem. I v případě sociálních práv je právě zákonodárce povolán stanovit, čeho se na jejich základě může jednotlivec domoci. Pokud na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané právo na základě veřejného pojištění a za podmínek, blíže vymezených zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny a tedy i ústavnosti. Ústavní soud opakovaně zdůraznil, že povinnosti definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytování práva občana na bezplatnou zdravotní péči se nemůže zákonodárce zbavit tím, že zplnomocní orgán moci výkonné k vydání právních norem nižší právní síly než zákon, které by určovaly meze těchto základních práv a svobod.

Pokud stěžovatelé v ústavní stížnosti, kterou Ústavní soud posoudil nálezem Pl. ÚS 14/02, namítali rozpor s Listinou v tom, že byl protiústavně stanoven limitující faktor, tj. byl limitován objem finančních zdrojů na úhradu zdravotní péče, Ústavní soud poukázal na to, že tento limitující faktor je přímo obsažen v čl. 31 věť druhé Listiny, který nárok občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky váže na rámec veřejného pojištění. Systém veřejného pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků, který se získává na základě povinnosti platit pojistné na všeobecné zdravotní pojištění podle zákona ČNR 592/1992 Sb., v platném znění. V tomto ohledu tedy Ústavní soud stížnosti nemohl vyhovět.

Ve věci Pl. ÚS 14/02 skupina poslanců požadovala zrušení části věty druhé ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, s tvrzením, že napadené ustanovení vylučuje poskytování zdravotní péče a služeb, které nejsou hrazeny z prostředků veřejného pojištění, Ústavní soud uvedl, že zákaz přijímání přímé úhrady se týká především samotného výkonu bezplatné zdravotní péče. Ze znění zákona však současně vyplývá, že nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči, poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči, mohla být vybírána přímá úhrada od pojištěnců. Jde tedy pouze o upřesnění principu bezplatné zdravotní péče dle čl. 31 Listiny. V nálezu Pl. ÚS 36/11 Ústavní soud dále rozvinul svou úvahu tak, že smyslem napadeného ustanovení je nepochybně čelit nezákonnému vybírání peněz za ty poskytnuté služby, jež jsou hrazeny z povinného, všeobecného zdravotního pojištění, ať to jsou různé registrační poplatky a režijní příplatky anebo pak úhrady za takový typ zdravotních a léčebných výkonů, které jsou označovány za „lepší“, nadstandardní a dražší, a to přestože jde o typy, jež spadají do sféry služeb plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

ÚS vytvořil pro posuzování ústavnosti zákonodárství, u kterého je třeba posoudit soulad s ústavně zakotvenými sociálními právy, nový test označovaný jako **test rozumnosti** či **rationality**. Tento test, který byl použit Ústavním soudem např. při posuzování zdravotních poplatků (Pl. ÚS 1/08, Pl. ÚS 36/11), spočívá ve čtyřech krocích: 1) vymezení smyslu a podstaty sociálního práva, tedy jeho esenciálního obsahu, 2) zhodnocení, zda se zákon nedotýká samotné existence sociálního práva nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu, 3) posouzení, zda zákonná úprava sleduje legitimní cíl, tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv, 4) zvážení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.

Konečně, z judikatury Ústavního soudu opakovaně vyplynulo (Pl. ÚS 1/08), že lze identifikovat tři situace, kdy lze shledat protiústavnost zásahu do sociálních práv. Zákon může být shledán protiústavním pro rozpor se sociálními právy, pokud a) zákon zasahuje do minimálního standardu základního práva a tento zásah není vhodný, potřebný či přiměřený pro ochranu jiného základního práva; b) zákon sice nezasahuje do minimálního standardu základního práva, ale představuje svévolné omezení základního práva, které nesleduje legitimní cíl nebo ho sleduje nerozumnými prostředky (test rationality, případně test opodstatněnosti); c) zákon zaručuje sociální práva diskriminačním způsobem (čl. 3 Listiny). Závěrem lze problematiku předloženého příspěvku shrnout následujícími tezemi:

- Důležitost hodnoty zdraví se promítá do práva na ochranu zdraví.
- Právo na ochranu zdraví patří mezi tradiční sociální práva, kterým byla v Evropě věnována pozornost již od konce 18. století.
- Skutečný rozvoj těchto práv nastává od konce 2. světové války, kdy došlo k jejich zakotvení jak v mezinárodních smlouvách, tak v některých ústavních katalozích;
- Sociální práva jsou oproti klasickým lidským právům více flexibilní, vyvíjejí se, odrážející tradiční úpravu zdravotní péče a životní úroveň v dané zemi.
- V ČR je toto právo zakotveno v čl. 31 Listiny základních práv a svobod, přičemž se ve skutečnosti jedná o dvě práva, tj. právo na ochranu zdraví a právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. Ústava SR obsahuje identické znění v čl. 40 Ústavy.
- Ústavní soud ČR významně přispěl k interpretaci řady aspektů čl. 31 Listiny, přičemž za klíčovou je třeba považovat interpretaci tohoto práva ve směru zachování jeho

obsahu tak, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou nárok na ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Princip vývojové orientace zdravotnictví předpokládá zlepšování úkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce.

Bibliografické odkazy:

WAGNEROVÁ, ŠIMÍČEK, LANGÁŠEK, POSPÍŠIL. Komentář. Listina základních práv a svobod. Praha: Wolters Kluwer, 2010. Str. 645 – 658.

PAVLÍČEK, Václav. Ústava a ústavní řád České republiky. Komentář. 2. díl. Praha: Linde, 2003. 250 – 254.

Program Ministerstva zdravotnictví ČR Zdraví 21

http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

Judikatura Ústavního soudu ČR

Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. 7. 1996 Právo na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění

<http://osnt40.concourt.cz/USSearch/Search/ResultDetail.aspx?id=53243&pos=1&cnt=5&typ=result>

Pl. ÚS 14/02 ze dne 4. 6. 2003 Přímá úhrada za zdravotní péči

<http://osnt40.concourt.cz/USSearch/Search/ResultDetail.aspx?id=117&pos=1&cnt=5&typ=result>

Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. 5. 2008 Návrh na zrušení části zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů – část zdravotnická

<http://osnt40.concourt.cz/USSearch/Search/ResultDetail.aspx?id=58756&pos=1&cnt=1&typ=result>

Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotnických služeb

<http://osnt40.concourt.cz/USSearch/Search/ResultDetail.aspx?id=79982&pos=1&cnt=2&typ=result>

Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013 Úhradová vyhláška pro rok 2013

<http://osnt40.concourt.cz/USSearch/Search/ResultDetail.aspx?id=81304&pos=1&cnt=4&typ=result>

Pl. ÚS 43/13 ze dne 25. 3- 2014 Zrušení tzv. lázeňské vyhlášky

<http://osnt40.concourt.cz/USSearch/Search/ResultDetail.aspx?id=83188&pos=1&cnt=3&typ=result>

Kontakt

Soňa Matochová, JUDr., Ph.D.
Ústavní soud ČR
Joštova 8, 660 83 Brno 2
Sona.Matochova@usoud.cz

Hodnota zdraví v kontextu společenských změn

The value of health in the context of social change

Martina URBANOVÁ

Abstrakt

Po připomenutí nejednoznačného vymezení zdraví se příspěvek se zaměřuje na hodnotu zdraví v současné společnosti. Autorka uvádí umístění zdraví v hodnotových žebříčcích, nastiňuje vytváření kultu zdraví jako životního stylu a obrací pozornost na problematiku ekonomizace zdraví v současné společnosti. Snaha o nalezení vyváženého stavu mezi, dle Daniela Bella „sociologizujícím“ a „ekonomizujícím“ modelem, je v oblasti zdravotnictví patrná v rozvíjení disciplíny Public health (zdraví veřejnosti), která klade důraz na interdisciplinárnost a komplexnost při řešení problémů v oblasti zdraví.

Klíčová slova

Zdraví, hodnoty, hodnotové žebříčky, životní styl, ekonomizace zdraví.

Abstract

After recalling the ambiguous definition of health this paper focuses on the value of health in contemporary society. The author presents the location of health in value scales, outlines the cult of health as a lifestyle and draws attention to issues of economization of health in contemporary society. Balanced state between between - according to Daniel Bell - "sociologizing" and "economizing" modes is evident in the health sector in developing the discipline Public Health, which emphasis interdisciplinarity and complexity in solving problems of health.

Keywords

Health, value, value scales, lifestyle, economization of health.

Úvod

„Šťěstí! Co je štěstí. Muška jenom zlatá ...“⁶ Přesto na otázku, co pokládáte za základ svého štěstí, odpovědělo 75 % respondentů, že jde o zdraví.⁷ (Eurobarometr, 2012). Je tedy nesporné, že se jedná o jednu z nejdůležitějších společenských hodnot. V současné době založené na výkonu s cílem udržet se co nejdéle na pracovním trhu, v souvislostech se stárnutím populace a s tím spojeného pozdějšího odchodu do důchodu, a zároveň se snahou podporovat ekonomické aktivity seniorů, nabývá pojem zdraví nových dimenzí.⁸ „Být zdraví

⁶Začátek básně Adolfa Heyduka Dědův odkaz z roku 1879 se stal obecně známým díky filmu Škola základ života (1938).

⁷Na dalších místech se umístila láska 41 %, práce 40 % a peníze 32 %. Do výzkumu bylo zapojeno 32 728 osob z 27 států EU a 6 kandidujících států (Chorvatsko, Macedonie, Turecko, Island, Černa Hora a Srbsko) a Turkish Cypriot Community.

⁸Jako poradní orgán vlády ČR byla v roce 2006 v souvislosti s plněním Národního programu přípravy na stárnutí zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, jejímž hlavním cílem je vytvářet podmínky pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a podporovat zapojení starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti v kontextu demografického vývoje. (MPSV, 2006) Dle Ministerstva práce a sociálních věcí politika přípravy na stárnutí musí realizovat především integrovat starší osoby do ekonomického a sociálního rozvoje a vytvořit inkluzivní společnost.

se vyplatí“, což je slogan, který je úspěšně implementován do řady marketingových strategií, s cílem přesvědčit o nutnosti investovat do svého zdraví a celoživotně se o něj starat. Celý kreativní průmysl postmoderní společnosti se podílí na „vytváření“ našich potřeb, tedy i potřeby být v „kondici“, „cítit se dobře“, „nenechat si ujít žádnou aktivitu“ apod. Často věříme ve farmaceutické zázraky a jen velmi těžko se oddělujeme a identifikujeme zájem společenský od zájmu farmaceutické lobby.

Zdraví obecně, zdraví jako proces a příběh

Je nutné připomenout, že zdraví je pojem, který může mít různé konotace. Ve společenském vědomí je snad nejpevnější ukotven medicínský pohled. Nemocný člověk si uvědomuje své ohrožené zdraví více než člověk zdravý. Tzv. *presumpce nemoci* založená na přesvědčení, že diagnostikovat neexistující nemoc a případně ji léčit je menší chybou než zanedbat nemoc skrytou, rozšiřuje významně kontrolní možnosti lékařů.⁹ Významně se také podílí na oblasti prevence a nesporně má své místo v ekonomizaci zdravotnictví, na které se tento text později zaměří. Vraťme se však k nejasnosti pojmu a definice zdraví, což dokládají i další jeho vymezení. Ústava světové zdravotnické organizace popisuje zdraví jako stav „úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“. (Holčík, 2015) Je zřejmé, že se nejedná o definice v pravém slova smyslu, spíše jde o formulaci záměru (WHO, 1948). Světová zdravotnická organizace se neorientuje jen na nemoci a poruchy zdraví, ale věnuje se zdraví v celé jeho šíři a plnosti i v návaznosti na všechny okolnosti, které se zdravím souvisejí. Uvedené vymezení zdraví je významné především tím, že připomíná tři základní aspekty zdraví, zdraví duševní, tělesné, ale také dokonce i sociální. Zdraví je jakýmsi ideálním stavem, který podle definice neumožňuje objektivní měření. Tím se pole bádání stává značně nepřehledným, neboť evokuje otázky, jak vymezit sociální zdraví a kdo vlastně s narůstající anomickou společností je ještě sociálně zdravý? Každodenní projevy anomie, ke kterým patří např. absence norem, akceptace společensky nepřijatelných norem nebo hodnot, nefunkčnost institucí, jednání v rozporu s normami nebo hodnotami, neexistence případně nefunkčnost sankcí za porušení sociálních norem, bezvýchodiskové perspektivy společnosti a dezorganizace osobnosti, nám naznačují, že sociální zdraví je v ohrožení. Juraj Schenk nachází ukazatele anomie, ve kterých zdařile na základě empirických výzkumů, vysvětluje růst projevů anomického chování na Slovensku.

⁹ Je zde zásadní rozdíl mezi praxí trestního práva, kde se považuje za větší chybu potrestat nevinného než nepotrestat viníka - *presumpce nevinny*.

Jedná se zejména o faktory, jako je rozvrat institucí a lidského chování, bezperspektivnost vývoje neřízené společnosti, kriminalitu, nejistotu, nedůvěru, akceptaci amorálnosti, bezohlednosti a korupce, uznání práva na sebezáchovu za každou cenu. (Schenk, 2004, s. 107-124). Je nesporné, že anomická společnost jako prostředí, ve kterém se nacházíme, má vliv na sociální zdraví, dokonce na zdraví v celé jeho celistvosti, to je i na duševní a tělesné. Vraťme se však ještě k definici zdraví.

Nedostatků definice zdraví z roku 1948 si byla vědoma i WHO, proto v roce 2001 doplňuje definici o „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a nárůst pocíťované úrovně zdraví“ (WHO, 2001). Toto vymezení je reálnější než již zmiňované z roku 1948, přitom pocíťovou úroveň zdraví vkládá do jisté míry na posouzení každého jedince, na jeho subjektivní pocit, což otevírá možnosti využít metodologických přístupů založených na interpretativním paradigmatu a zaměřit se na každodenní život lidí.

Zdraví je tedy bezesporu multidimenzionální fenomén. Zdraví je proces znamenající nejen nepřítomnost nemoci, ale celkový pocit pohody.¹⁰ Právě pocit pohody je spojen se současnou tzv. terapeutickou kulturou, kterou výstižně popisuje Malgorzata Jacyno (2012). Dle ní za strategiemi, jež jednotlivci volí, se dají vysledovat usilovné snahy o racionalizaci života, které mají za cíl z něho vymačkat co nejvíce zdraví, štěstí, mládí, peněz a vysokého sebevědomí. Zaplněné posilovny, popularita pracovních soustředění, na nichž se má „trénovat mysl“ a kursů „programování na úspěch“, workoholismus nebo skon podřizovat se drastickým dietám, jsou toho dokladem. (Jacyno, 2012, s. 7) Probíhající individualizace s důrazem na seberealizaci a kreativitu je formou zespolečnění, tj. kulturním projektem bytí-ve-světě. Terapeutická kultura je založena na poznání moci nad sebou samým, důkladné sebekontrola, která je klíčem k bohatství. Stejně jako všechny aktivity vedoucí k tomu, být stále v kondici, a co nejvíce oddálit zákonitý proces stárnutí, žít si svůj příběh, kdy máme vše ve svých rukou. S tím úzce souvisí životní způsob a styl a tvorba kultu zdraví útočící na nás každodenně z médií ve stylu „lepší je být zdravý a bohatý než chudý a nemocný.“

Životní způsob, styl a zdraví

Zatímco životní způsob je systém významných činností, vztahů, životních projevů a zvyklostí, je konkrétnější kategorie životní styl, který se projevuje v sociálních interakcích, celkově ve stylizaci, ať už na úrovni jedince nebo sociální skupiny. (Kubátová, 2010) Právě u

¹⁰Některé výzkumy používají místo obecné hodnoty zdraví poněkud specifitější položky, např. „být v dobré kondici“. (Buriánek, 2003, s. 136).

sociálních skupin můžeme pozorovat jasné tendence různých životních stylů podle zařazení v rámci sociální stratifikace, v souvislosti s vyšší sociálního statusu, hodnotových orientací apod. U skupin žijící na okraji společnosti jsou patrné tendence se o zdraví mnoho nestarat, naopak u středních a vyšších vrstev se často setkáváme přímo s posedlostí zdravím.¹¹ Je nesporná existence vztahu mezi jednáním lidí a zdravím v kontextu každodenního života. Různé chování lidí může ovlivnit riziko vzniku nemoci, pravděpodobnost odhalení, dostupnost léčby atd. Jak uvádí Roman Džambazovič a Daniel Gerbery (2014) zdraví je důležitý atribut kvality života a životní pohody, který představuje nejen funkční, ale i instrumentální hodnotu a má význam pro vlastní identitu člověka. Určuje kým vlastně člověk je. Džambazovič a Gerbery se primárně soustředí na subjektivní hodnocení vlastního zdraví. Jejich studie ověřuje existenci sociálních nerovností na Slovensku prostřednictvím vlivu sociálně ekonomického statusu. Právě tento sociálně ekonomický status ovlivňuje subjektivní hodnocení zdraví a přítomnost dlouhodobého onemocnění.

Zdraví jako hodnota

K pochopení hodnot v určité kultuře, je třeba si uvědomit, že rozlišujeme kultury ideální, spočívající v normách a hodnotách, ke kterým se lidé oficiálně hlásí, např. hodnoty křesťanské civilizace, střeoevropské hodnoty apod., tzv. všelidské hodnoty jsou pak dokonce zachyceny v právních normách. Dále rozlišujeme reálné kultury, podle kterých lidé jednají a považují je ještě za sociálně přijatelné. (Urbanová, Večeřa, 2011) Hlásíme se tedy k monogamním svazkům, ale naše kultura je plná rozvodů a manželské nevěry. Neuvažujeme o krádeži v obchodě, ale nepovažujeme za prohřešek odnést si nějakou „drobnost“ z našeho pracoviště. Uznáváme škodlivost kouření, pití alkoholu či pojídání „nezdravých“ jídel, ale často si racionalizujeme jejich konzumenství. Toto uvědomění se ideální a reálné kultury je velmi významné pro zvolení vhodné metodologie pro výzkumy hodnot a hodnotových orientací. Lidé se totiž mnohdy hlásí spíše k hodnotám patřícím do sféry ideální kultury než kultury reálné. (Snaha dělat se lepšími než jsou, eventuálně ve výzkumu odpovídat tak, jak si myslí, že očekává výzkumník). Než však připomeneme místo zdraví v hodnotových žebříčcích, připomeňme, co to hodnoty jsou a jakou mají roli.

Hodnoty

Problematika hodnoty se dotýká zájmu řady vědních oborů, ať již se jedná o sociologii, filozofie, psychologie, ekonomii a právo. Není vůbec náhodou, že je jim věnována taková

¹¹ Je patrné a nejen v USA, že počet obézních lidí je daleko vyšší v nižších společenských vrstvách než ve vyšších.

pozornost. Jak uvádí Milton Rokeach hodnoty ovlivňují náš výběr cílů i prostředků (Nakonečný, 1999, s. 142). Ve výběru cílů se hodnoty objevují jako obecné cíle, o něž člověk usiluje, resp. smysl či cena, kterou objekt či událost má pro člověka (např. zdraví, rodina), jde o tzv. cílové hodnoty. Ve výběru prostředků se hodnoty ukazují jako prostředky, jejichž využíváním dosahujeme něčeho pro nás významného (např. vzdělání). Patří sem zejména morální a osobnostní požadavky jako slušnost, čestnost, zásadovost apod., tzv. instrumentální hodnoty. Ustavování hodnot je značnou měrou determinováno sociálně, což nás vrací k předchozímu vymezení vztahu jednotlivých sociálních skupin ke zdraví. Hodnoty jsou určitým standardem, individuálním nebo kulturním (sociálním), jímž jsou věci, události či jednání poměřovány a schvalovány. Jde o standard sdílený jedincem nebo sociálním útvarem (rodina, vesnická komunita, společnost). Hodnoty tak můžeme vztahovat k jednotlivci a jeho osobnostní struktuře jedná se o tzv. individuální hodnoty, k sociálním skupinám (např. k rodině), kdy mluvíme o skupinových hodnotách. Pokud hodnoty vztahujeme k širšímu lidskému společenství (náboženské hodnoty) nebo určité společnosti (hodnoty české společnosti), jedná se o sociální hodnoty. (Večeřa, Urbanová, 2011) Mezi rovinou individuální, skupinovou a sociální probíhají neustálé sociální interakce.

Ze sociologického hlediska patří hodnoty k základním prvkům sociální struktury, kdy data o hodnotách (zejména v dlouhodobějších časových řadách) mohou sloužit i jako prediktory chování jednotlivců, sociálních skupin a sociálních struktur. Klyde Kluckhohn vhodně definuje hodnotu jako explicitní nebo implicitní, pro jedince nebo skupinu charakteristickou představu žádoucího, jež ovlivňuje výběr dosažitelných způsobů, prostředků a cílů činnosti. (Velký sociologický slovník, 1996, s. 379). Hodnoty jsou určitým standardem, individuálním nebo kulturním, jímž jsou věci, události či jednání poměřovány a schvalovány. Svět hodnot není stabilní, proměňuje se v závislosti na změnách sociální reality a vývoji axiologické zkušenosti sociálních subjektů každodenního života. (Večeřa, Urbanová, 2011 s. 130 an.)

Hodnotové žebříčky a místo zdraví v něm

K demonstraci hodnotového žebříčku bude použito vlastní šetření hodnot delikventních žen, vězeňské ženské populace¹², jako jedné ze sociálních skupin a jejich srovnání s českou populací (Urbanová, Večeřa a kol., 2004, s. 119)

¹² V rámci projektu GAČR ve spolupráci se slovenskými kolegy z katedry sociologie FF UK Bratislava bylo v letech 2002-2004 provedeno rozsáhlé šetření vězněných žen v ČR a SR za pomoci kvantitativních i kvalitativních metod.

Žebříček hodnot u českých a slovenských delikventních žen a české populace:

	delikventní ženy ČR <i>pořadí průměr odchylka</i>			delikventní ženy SR <i>pořadí průměr odchylka</i>			česká populace <i>pořadí průměr odchylka</i>		
Být zdravá	1	8,5	1,7	1	8,2	2,2	1	8,7	0,8
Žít v dobré rodině	2	8,31	1,9	6	7,95	2,5	4	8,1	1,5
Žít ve svobodné zemi	3	8,3	1,8	10	7,8	2,6	7	7,6	1,8
Život v míru bez válek	4	8,2	2,1	3	8,1	2,2	2	8,3	1,3
Mít děti	5	8,11	2,1	4	8,5	2,2	8	7,6	2,1
Mít dobré bydlení	6	8,1	1,9	8	7,9	2,4	5	8	1,4
Mít své soukromí	7	8	2,1	7	7,9	2,3	12	7,2	1,8
Prožít klidný život	8	7,9	2,2	5	8,1	2,2	10	7,4	1,8
Mít dobré přátele	9	7,8	2,1	11	7,8	2,1	6	7,6	1,6
Být osobně šťastná	10	7,75	2,3	2	8,1	2,1	3	8,2	1,3
Být užitečná pro druhé	11	7,74	2,1	12	7,7	2,2	13	7,1	1,7
Být moudrý a uvážlivý	12	7,6	2,1	9	7,85	2,2	11	7,4	1,7
Být úspěšný v práci, škole	13	7,5	2,3	17	7,2	2,7	17	6,9	2,1
Vytvořit něco, co zůstane	14	7,3	2,4	13	7,7	2,5	15	7	1,9
Mít bohatý duševní život	15	7,14	2,4	20	6,8	3	18	6,6	2
Mít dost času pro sebe	16	7,13	2,2	16	7,2	2,4	22	6,3	2
Láska, sexuální vyžití	17	7,13	2,4	22	6,6	2,7	14	7	2,2
Dožít se vysokého věku	18	7	2,5	18	7	2,8	16	7	1,9
Být oblíbená ve společnosti	19	6,7	2,5	14	7,3	2,5	20	6,5	1,9
Mít dostatek peněz	20	6,68	2,5	15	7,4	2,4	9	7,4	1,6
Mít co nejlepší vzdělání	21	6,4	2,7	19	6,9	2,6	19	6,6	2
Být atraktivní, přitažlivá	22	6,3	2,6	23	6,4	2,8	23	5,8	2,2
Být váženým, mít postavení	23	5,8	2,7	25	6,3	2,8	21	6,3	2
Věnovat se kultuře, umění	24	5,7	2,6	26	5,7	2,9	26	4,6	2,2
Jezdit na pěknou dovolenou	25	5,5	2,9	24	6,3	2,7	24	5,5	2,3
Mít jistotu v Bohu	26	4,7	3,3	21	6,6	3	27	3,8	2,8
Mít auto	27	3,5	2,7	27	3,7	3,1	25	5,1	2,8

Je patrné, že delikventní ženy rozlišují kvalitativní a kvantitativní dimenzi biologického života. Zatímco „zdraví“ je na 1. místě v důležitosti, „dlouhověkost“ představuje až 18. pozici. Pak následují hodnoty klidného života a pohody (rodina, svoboda, mír, děti, dobré bydlení, přátelé, pracovní úspěšnost) s hodnocením kolem průměru hodnocení 8 (od 8,3 po 7,5). Navazují hodnoty zaměřené do budoucnosti a na duševní život (vytvořit něco trvalejšího, duševní život, čas pro sebe, láska) ohodnocené od 7,3 do 7 bodů. Dále pokračují hodnoty

statusové (být oblíben, mít peníze, vzdělání, postavení) s ohodnocením 6,7-5,8. V závěru žebříčku jsou duchovní hodnoty (kultura, umění víra v Boha) s 5,7 a 4,7 bodu a na posledních místech je pěkná dovolená a auto (5,5 a 3,5).

Některé výzkumy české populace pak používají terminologie „žít zdravě“, „starat se o svoje zdraví“. Dle výzkumu „Naše společnost 2014 v 14. 06.“ Centra pro výzkum veřejného mínění, Sociologického ústavu AV ČR z června 2014 (Tuček, 2014) se mezi první tři zařadily hodnoty: „žít ve spokojené rodině“, „pomáhat své rodině a přátelům“, „mít děti“.

Žít zdravě, starat se o své zdraví je až na 9. místě. Na posledních dvou příčkách – „žít podle náboženských zásad“ a „prosazovat politiku své strany, hnutí“. Jak je tedy patrné není možné některá šetření zcela srovnávat, neboť používají jinou terminologii. Ve výše uvedeném výzkumu není hodnota zdraví, ale žít zdravě a starat se o svoje zdraví. Je zde také patrný již dříve uvedený rozpor mezi ideální a reálnou kulturou. Oceňujeme hodnoty rodiny, pomoci nám blízkým a chceme mít děti, přesto statistické údaje dokládají zvyšující se počty rozvodů a bezdětných osob. Vybrané hodnoty dle výzkumu CVVM shrnuje následující tabulka (Tuček, 2014).

Důležitost různých hodnot 1990 - 2014								
	1990	1994	1999	2004	2006	2008	2011	2014
žít ve spokojené rodině	97	98	97	97	95	96	95	92
pomáhat své rodině a přátelům	96	96	97	97	95	95	93	92
mít přátele, se kterými si dobře rozumí	96	96	95	97	95	97	95	93
žít ve zdravém životním prostředí	98	96	95	96	95	95	92	91
mít zajímavou práci	88	81	82	92	89	92	88	82
mít práci, která má smysl, je užitečná	90	81	79	91	90	88	88	85
žít zdravě, starat se o své zdraví	96	93	94	95	91	94	90	89
žít podle svého přesvědčení	94	94	94	95	94	94	92	88
žít v hezkém prostředí	97	96	94	96	95	97	92	90
pracovat v kolektivu sympatických lidí	86	77	79	89	87	90	86	82
vydělávat hodně peněz	80	74	65	88	85	87	84	79
mít vždy své nerušené soukromí	83	78	79	83	85	86	84	80
mít jakoukoli práci	59	46	56	74	70	71	73	73

Pozn: Součet odpovědí velmi důležité a spíše důležité. Dopočet do 100 % v každém políčku tabulky tvoří součet odpovědí spíše nedůležité, zcela nedůležité a neví. Položky jsou v tabulce seřazeny podle výše podílu "velmi důležité" v roce 2014.

Sociální změna, hodnoty a kultura

Sociální hodnota zdraví je historicky a sociálně podmíněna. Starost o zdraví populace byla spojena se snahou mít výkonnou armádu a ekonomicky výkonnou populaci. Sociální změna je výsledkem působení řady faktorů. Anthony Giddens (1999) charakterizuje dva nejvlivnější obecné přístupy vysvětlující sociální změnu. Prvním je sociální evolucionismus, uváděný často jako sociální darwinismus, propojující biologickou a sociální změnu. Druhým je historický materialismus, původně vypracovaný Marxem a dále rozvíjený řadou dalších autorů, který spojuje sociální změnu s materiálním prostředím, zejména s rozvojem výrobních sil a výrobních vztahů.

Výhrady k těmto jednofaktorovým naturalizujícím a ekonomizujícím konceptům sociální změny vyjádřil již Max Weber a výstižně ukázal, že proces sociální změny není jen otázkou rozmachu průmyslové oblasti, ale že probíhá ve všech oblastech lidského života, tedy i v oblasti duchovní a hodnotové (Harrington, 2006, s. 108). Multifaktorový pohled na proces sociální změny Giddens (1999) vhodně shrnul do třech hlavních kategorií podnětů přispívajících k sociálním změnám. Mezi tyto činitele zařadil fyzikální prostředí zahrnující nejen environmentální podmínky života v širokém slova smyslu, ale i materiální podmínky výrobních systémů, další kategorie podnětů přispívající k sociální změně je politická organizace a kulturní faktory. Právě ekonomizace zdraví je ukázkou takové sociální změny.

Ekonomizace zdraví

Na zdraví je často i nahlíženo jako na zdravotnictví, přičemž zásadní proces změny a současný stav je výstižně reflektován takto: „*Hlavním zdrojem napětí v české zdravotní politice po roce 1989 je bezpochyby rozpor mezi zastánci co nejvýraznějšího uplatnění tržních principů ve zdravotnickém sektoru a těmi, kteří prosazují důsledné chápání zdravotnických služeb jako služeb veřejných. Oblast zdravotnické politiky se vyznačuje několika základními specifickými rysy, které z ní činí arénu velmi ostrých politických a sociálních konfrontací.*“ (Holub, Skovajsa, 2006, s. 119)

Současná ekonomie má tendenci považovat kapitalismus a volný trh za *přirozený řád věcí* (Samuelson, 2008). Pokud se mluví o regulaci nebo plánování apod. jsou tyto stavy v ekonomii považovány spíše za *odchýlení od normálu*, který vytváří volný trh. Ekonomizace jakékoliv společenské oblasti přináší vždy *problematiku peněz* a ekonomizace je dána tím, že samotná ekonomie stojí na čelném místě v naší společnosti, zejména pak pokud provedeme srovnání ekonomie a ostatních neexaktních oborů. Ekonomie ať již ve formě různých prognóz či vysvětlení fungování světa dává každému člověku bez ohledu na jeho profesi možnost

pohodlně - skrze noviny, rozhlas, televizi nebo internet - pochopit, co se vlastně kolem nás děje a udělat si na to názor. Luxus, který si tím dopřáváme, má však i odvrácenou, stinnou stránku: dochází k totální ekonomizaci lidského života a všech jeho sfér. (Mohnár, 2009) Vše je poměřováno kategorií zisku a teorií, že volná ruka trhu vše vyřeší a co je úspěšné si samo na sebe samo vydělá. Volný trh je považován za přirozený řád věcí a regulace nebo plánování, jak již bylo uvedeno výše, jsou považovány jako odchylky od „normálu“, tj. volného trhu. Toto zjednodušení brání poznání příčin jevů, neboť se orientuje spíše na jejich důsledky než příčiny. Ekonomizace tak zplošťuje a banalizuje svět, který nás obklopuje a jehož rozmanitostí jsme neustále překvapováni. Hlavní ekonomický proud se vzdává kritiky kapitalistické ekonomiky za pomoci tvrzení, že existující problémy lze uspokojivě vyřešit aplikací vhodných opatření, a odmítají si přitom přiznat, že kapitalismus, jako každý jiný systém, může mít i svoje vady.

Jak uvedl Milan Sojka (2009) neoklasická ekonomie se dostává při vysvětlování současného sociálně-ekonomického vývoje do stále větších problémů. Jedním z východisek ekonomie z této krize je interdisciplinárnost. Ekonomie již tak nemůže být vnímána jako autopoietický systém, tj. být vysvětlována jen z ní samé. Je nutné reflektovat i poznatky dalších společenských věd (sociologie, psychologie, politologie, právní vědy).

Ekonomie se tedy nemůže uzavírat před ostatními společenskými vědami, které mohou k problémům společnosti z odborného hlediska mnoho říci. Jen tak mohou slovy ekonoma potencionální zisky mnohonásobně převýšit naše náklady. A to je plně platné v oblasti zdraví, kde nelze aplikovat tradiční ekonomické vztahy.

Daniel Bell (1973) nabízí v souvislosti s nástupem postmoderny (v jeho terminologii předvídal nástup postindustriální společnosti) a jejího vysvětlení schéma v podobě „ekonomizujícího“ a „sociologizujícího“ modu. „Ekonomizující“ mód se orientuje na funkční efektivitu a management věcí řízený principy maximalizace a optimalizace. I s lidmi se v něm zachází jako s věcmi. „Sociologizující“ mód zakládá širší sociální kritéria, což ovšem nezbytně znamená pokles efektivity, omezení produkce a další výdaje doprovázející zavedení neekonomických hodnot. Jedním z nejdůležitějších úkolů post-industriální společnosti je hledání vyváženého stavu mezi „sociologizujícím“ a „ekonomizujícím“ modelem (Bell, 1973) To platí dodnes, i když můžeme mít dojem, že v současné době se modelem společnosti slovy Bella nestala univerzita s teoretickým věděním, ale vítězí aplikované vědění a model společnosti jako dobře organizovaného podniku vedeného samými kreativci a to platí i pro oblast zdraví a zdravotnictví.

Závěr

Hledání vyvážení stavu mezi sociálním a ekonomickým je v současné době patrné v rozvíjení disciplíny Public health (zdraví veřejnosti). Public health klade důraz na interdisciplinárnost a využívá poznatky medicíny, ekonomie, sociologie, práva a řady dalších oborů. Jejím praktickým cílem je hledání řešení v oblastech prevence onemocnění, komplexně pak ve zvyšování kvality života v souvislosti se zdravím. (Barták, 2010)

Witold Morawski (2005) popisuje tři koncepce člověka v ekonomice. Vychází přitom z arogance některých ekonomů, kterou demonstruje na prohlášení nositele Nobelovy ceny Paula A. Samuelsona: „Nezajímá mě, kdo stanovuje zákony, pokud mohu psát ekonomické příručky.“ (Morawski, 2005, s. 20) Morawski dokládá, že právě ekonomický člověk je založen na individualismu, ale bez odpovědnosti ke společnosti. Opakem tohoto člověka je dle Morawského člověk sociologický. Cílem jeho jednání jsou hodnoty jako například tradice, solidarita, svoboda, rovnost, vlastenectví. Člověk sociologický je ochoten vzdát se kontroly nad svým majetkem, schopen vzdát se vlastního prospěchu (užitku) ve prospěch cílů společenství. Člověk sociologický užívá takové hodnotové kategorie jako dobrý-zlý, pozitivní-negativní.

Ideálem podle Morawského (2005) je pak spojení člověka ekonomického a sociologického (resp. sociálního) do typu sociálně ekonomického. Člověk společensko ekonomický si tedy bere klady obou předchozích přístupů a vytváří tak jakousi zlatou střední cestu mezi vnímáním pouze ekonomickým a pouze sociologickým. Dokáže chápat provázanost systémů ekonomiky, politiky, práva a kultury a jejich vzájemné interakce, vytváří se kvalifikace sociální založená na poznání a porozumění sebe sama, ostatních a svého okolí v těch nejširších souvislostech a vedoucí k odpovědnosti za sebe i okolní svět.

Literatura

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

BELL, Daniel. *The coming of post-industrial society: a venture in social forecasting*.

1.vyd. New York: Basic Books, 1973. 475 s. ISBN 0465097138.

BURIÁNEK, Jiří. Práce v hodnotovém kontextu české společnosti. In ŠUBRT, JIŘÍ (ed.)

Aktér, instituce, společnost. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. s. 133-147. ISBN 80-246-0653-4.

EUROBAROMETR2012.The Values of Europeans: report. In: *Evropská komise*

[online]. European Commission, [2012] [cit. 2015-02-20]. Dostupné z www:

<http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb77/eb77_value_en.pdf>.

DŽAMBAZOVIČ, Roman, GERBERY, Daniel. Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia. In: *Sociológia*. ISSN 0049-1225, 2014, 46, č. 2, s. 194-219.

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. 595 s. ISBN 8072031244.

HARRINGTON, Austin a kol. *Moderní sociální teorie: Základní témata a myšlenkové proudy*. Praha: Portál, 2006. 496 s. ISBN 80-7367-093-3.

HOLUB, Petr, SKOVAJSA, Marek. Zdravotnictví: když partikulární zájmy předběhnou stát. In NEŠPOR, Zdeněk R., VEČERNÍK, Jiří (eds.). *Socioekonomické hodnoty, politiky a instituce v období vstupu České republiky do Evropské unie*. Praha : Sociologický ústav AV ČR, 2006. s. 119-130 . ISBN 80-7330-085-0.

HOLČÍK, Jan, *Zdraví jako osobní a společenská hodnota*. [online]. Inovace studijního programu Všeobecné lékařství, [cit. 2015-02-12]. Dostupné z www:

<http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php>.

JACYNO, Małgorzata. *Kultura individualismu*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. 262 s. ISBN 978-80-7419-104-6.

KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu*, Praha : Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.

MOHNERT, Jan. *Problém ekonomizace pohledu na společnost problém současné Evropy*

[online]. Blog idnes.cz, [cit. 2014-07-04]. Dostupné z www:

<http://mohnert.blog.idnes.cz/c/244587/Problem-ekonomizace-pohledu-na-spolecnost-_problem-soucasne-Evropy.html>.

MORAWSKI, Witold. *Ekonomická sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 338 s. ISBN 80-86429-43-1.

MPSV[online]. Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, [cit. 2014-11-15]. Dostupné z www: <<http://www.mpsv.cz/cs/2897>>.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha : Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.

SAMUELSON, Paul A., NORDHAUS, William D. *Ekonomie*. 1 vyd. Praha: Svoboda, 2008. 775 s. ISBN 80-205-0590-3.

SCHENK, Juraj. Anómia na Slovensku: pokus o meranie. In: *Sociológia*. ISSN 0049 – 1225, 2004, 36, č. 2, s. 107-136.

SOJKA, Milan. Stane se institucionální ekonomie paradigmatem 21. století? In: *Politická ekonomie*. ISSN 0032-3233, 2009,3, č. 57, s. 297-304.

TUČEK, Milan. *Jaké hodnoty jsou pro Vás důležité – červen 2014* [online]. CVVM, [cit. 2015-02-15]. Dostupné z www: <<http://cvvm.soc.cas.cz/vztahy-a-zivotni-postoje/jake-hodnoty-jsou-pro-nas-dulezite-cerven-2014>>.

URBANOVÁ, Martina, VEČEŘA, Miloš a kol. *Ženská delikvence. Teoreticko-empirická studie k problému právních postojů a hodnotových orientací delikventních žen*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 247 s. ISBN 80-210-3608-7.

Velký sociologický slovník: I. svazek. A-O. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 749 s. ISBN 80-718-4310-5.

VEČEŘA, Miloš, URBANOVÁ, Martina. *Sociologie práva*. 2 upravené vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2011. 313 s. ISBN 80-86898-94-6.

World Health Organization [online]. [cit. 2015-02-02]. Dostupné z www: <<http://www.who.int/en/>>.

Kontakt

Doc. PhDr. Martina Urbanová, Ph.D.
Právnická fakulta Masarykovy univerzity, Katedra právní teorie
Veveří 70, 611 80 Brno
Česká republika
urbanovam@law.muni.cz

ZDRAVOTNÉ POSTIHNUTIE A AKTÍVNA STAROBA

DISABILITY AND STAYING ACTIVE IN OLD AGE

Mária ORGONÁŠOVÁ

„Okrem všetkých práv,
ktoré človek nadobúda svojim konaním a správaním sa,
má tiež práva, ktoré nie sú odmenou za jeho výkon,
ale vyplývajú z jeho bytostnej dôstojnosti ľudskej osoby.“
(Ján Pavol II. Encyklika. „Centessimus annus“)

Abstrakt

Každý šiesty človek v EÚ – približne 80 miliónov – má nejaký druh zdravotného postihnutia. Sú to práve ľudia vyššieho veku, ktorí vo väčšej miere trpia zdravotnými ťažkosťami, pričom viac než jedna tretina ľudí nad 75 rokov má také zdravotné ťažkosti, ktoré ich obmedzujú v každodennom živote. Analýza štatistík ukazuje, že tieto čísla sa budú zvyšovať zároveň s narastaním počtu predčasných pôrodov, dopravných nehôd a iných úrazov, niektorých civilizačných chorôb, ako aj s postupným starnutím obyvateľstva.

Súčasná úroveň techniky, informačné technológie, snaha o bezbariérovú úpravu životného prostredia a možnosti rýchlej a prístupnej prepravy ponúkajú veľa možností seberealizácie. Cieľom integrovaného projektu MonAMI, financovaného Európskou komisiou v rámci 6. rámcového programu, bolo zabezpečiť prostredníctvom aplikovaného výskumu a vývoja, prístupnosť pokrokových technológií, ktoré pomáhajú zabezpečiť nezávislý život a spoluúčasť aj v hlavnom prúde aj pre ľudí staršieho veku.

Športová činnosť, umenie, kultúra, podnikateľské a v neposlednom rade humanitno-charitatívne aktivity, poskytujú uspokojenie, ba až radosť zo života tisícom ľudí aj napriek zdravotnému postihnutiu v podmienkach obmedzenej mobility, resp. v staršom veku. Je tiež mnoho celoživotných povolaní - literárna, politická, alebo umelecká práca, ako aj riadiaca práca v podnikoch, kde obmedzenia napr. v mobilite, alebo pribúdajúci vek prakticky nehrajú významnú úlohu a možno ich vykonávať v každom čase, v závislosti od aktuálneho zdravotného stavu.

Abstract

Every sixth citizen of EU - approximately 80 million people - are persons with disabilities. These are mainly older adults, who have a higher rate of physical health problems. More than one third of people over 75 have physical or sensory health problems which cause limitations in their everyday activities. According to the statistics, these numbers will have a tendency to grow in the future, following the increased numbers of premature births, traffic accidents and other injuries, some civilization diseases and gradual aging of the population.

Current level of available technologies and IT, efforts to create a barrier free environment and availability of quick and accessible transport provide plenty of opportunities for self-realisation. The presented MonAMI project was financed by European Commission within the 6th framework programme. The aim of the project was to provide access to progressive technologies, which can help to provide independent life and mainstream participation also for older adults, using applied research and development.

Sport and cultural activities, art, entrepreneurship and also humanitarian activities and charity can provide satisfaction and joy of life for thousands of people in spite of their physical disability, in the conditions of limited mobility or older age. There are also many lifelong vocations – literary, political or artistic work as well as managerial work in

companies, where limitations (e.g. in mobility) or aging do not have much influence and they can be performed at any time, depending on the present state of health.

ÚVOD

Starnutie je významnou, ale aj obávanou etapou života. Je to síce prirodzený proces, ale milióny ľudí na svete sa tohto procesu obávajú a hľadajú rôzne možnosti jeho zabrzdenia. Prečo aj nie? V skutočnosti už existujú stovky produktov a prostriedkov, ktoré omladzujú výzor, zlepšujú zdravotný stav a poskytujú pocity omladnutia, čím možno dosiahnuť oddialenie vlastnej staroby. Nemožno však zatvárať oči nad realitou, že podiel ľudí staršej generácie sa prudko zvyšuje a to nielen v Európe. Aké perspektívy pre ich ďalší, zmysluplný, dôstojný život sa im otvoria, je už vecou nielen zdravotníkov, sociológov a politikov, ale nás všetkých, lebo všetci máme v rukách možnosť pripravovať si pre toto obdobie primerané podmienky.

Končí sa rok aktívneho starnutia. Jeho cieľom mala byť podpora aktivít aj napriek určitým zdravotným obmedzeniam, ktoré sa nemusia týkať len ľudí staršieho veku. Je známe, že ak je človek zaujatý činnosťou, ktorá ho baví, z ktorej má potešenie a najmä, z ktorej majú potešenie a úžitok aj ľudia, žijúci okolo neho, jeho myseľ je vyrovnanejšia, zdravotný stav nevyžaduje neustále návštevy zdravotníckych zariadení a v mnohých prípadoch takáto aktivita zlepšuje aj jeho sociálno-ekonomický status.

Dnešný život, súčasná technika, ponúkajú veľa možností sebarealizácie. Využívanie najmä elektronickej techniky, športová činnosť, umenie, kultúra, podnikateľské a v neposlednom rade humanitno-charitatívne aktivity, poskytujú uspokojenie, ba až radosť zo života tisícom ľudí aj v podmienkach obmedzenej mobility, resp. v staršom veku. Je tiež mnoho celoživotných povolaní - literárna, politická, alebo umelecká práca, ako aj riadiaca práca v podnikoch, kde zdravotné obmedzenia alebo pribúdajúci vek prakticky nehrajú významnú úlohu a možno ich vykonávať v každom čase, v závislosti od aktuálneho zdravotného stavu.

V rámci platných právnych úprav aj naša spoločnosť ponúka osobám so zdravotným postihnutím a starším ľuďom rôznu podporu a pomoc. Nebudeme teraz analyzovať pozitíva a negatíva aktuálnych foriem podpory a pomoci. Legislatíva sa mení a je na nás všetkých, aby sa menila v prospech ľudí, ktorým má slúžiť. Často sú to však práve vykonávatelia a poskytovatelia týchto služieb, ktorí žiadateľov vtláčajú do nedôstojných podmienok a pritom

zabúdajú, že raz aj oni sa možno budú uchádzať o niektorú formu pomoci a budú očakávať primerané ľudské porozumenie.

Nie je možné vymyslieť žiadne všeobecne platné odporúčania akú životnú náplň, akú formu života si zvolíť. Riešenia sú veľmi individuálne a je dobre, ak sa s nimi človek začne zaoberať už roky vopred. História a životopisy ľudí, na ktorých spoločnosť nezabúda, potvrdzujú, že mnoho literárnych, umeleckých, vedeckých, ba aj technických diel vytvorili ľudia práve v zložitej zdravotnej situácii, resp. v staršom veku. Na mnohé osobnosti, ktoré napriek osobným ťažkostiam až do smrti rozdávali dobro a lásku, s úctou spomína ľudstvo vo všetkých končinách zeme.

ZDRAVOTNÉ POSTIHNUTIE

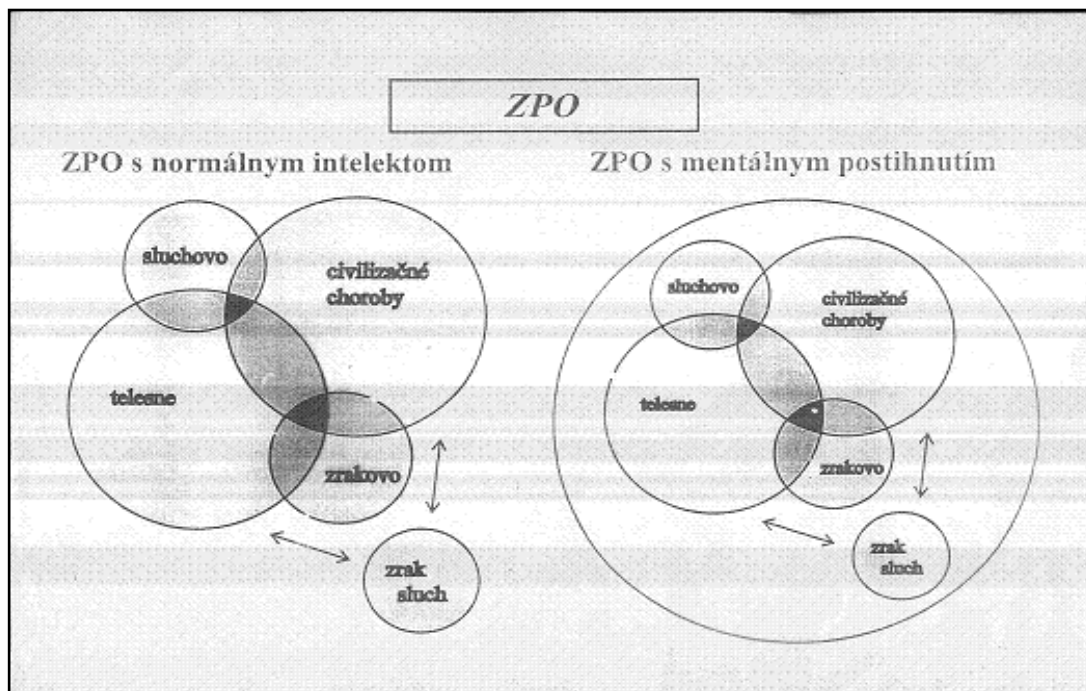
V r. 2012 sme mali možnosť sledovať slávnostný ceremoniál otvorenia paralympijských hier v kolíske tejto celosvetovej súťaže športovcov so zdravotným postihnutím, v Londýne. Počas športových súťaží sme mohli prežívať väčšie či menšie napätie a potom sa radovať z víťazstiev našich športových reprezentantov. Mohli sme vidieť rozradosnené tváre účastníkov hier a znova a znova si uvedomovať, že hľadáme na ozajstných hrdinov každodenného života, ktorí prijali výzvu popasovať sa s nemalými problémami a vziať svoj život do vlastných rúk. A výsledky? Dve zlaté, jedna strieborná a tri bronzové medaily určite potešili nielen víťazov, ale aj ich fanúšikov a zaslúžia si obdiv celej spoločnosti.

Každý šiesty človek v EÚ – približne 80 miliónov – má nejaký druh zdravotného postihnutia, od miernejšieho, až po závažné. Súčasne je potrebné si uvedomiť, že sú to práve ľudia vyššieho veku, ktorí vo väčšej miere trpia nejakými zdravotnými ťažkosťami, pričom viac než jedna tretina ľudí nad 75 rokov má také zdravotné ťažkosti, ktoré ich do určitej miery obmedzujú v každodennom živote. Analýza štatistík ukazuje, že tieto čísla sa budú zvyšovať zároveň s narastaním počtu predčasných pôrodov, dopravných nehôd a iných úrazov, niektorých civilizačných chorôb, ako aj s postupným starnutím obyvateľstva.

Ľudia so zdravotným postihnutím, či už vrodenným, alebo získaným, predstavujú rôznorodú skupinu osôb nielen pokiaľ ide o druh zdravotného postihnutia, ale aj pokiaľ ide o vek, vzdelanostnú úroveň, spoločenské postavenie a prostredie, v ktorom žijú. Najčastejšími problémami, s ktorými sa stretávajú a ktoré ich priamo alebo nepriamo diskriminujú v každodennom živote, sú problémy v mobilite (osoby s telesným postihnutím), v orientácii a komunikácii (osoby so zmyslovým – zrakovým, alebo sluchovým postihnutím),

osoby s rôznymi intelektuálnymi obmedzeniami, ale v značnej miere ide najmä o problémy aj v prekonávaní negatívnych postojov, nedôvery a predsudkov u časti populácie.

Zdravotné postihnutia – schéma základného delenia



ZPO – zdravotne postihnuté osoby

Zdroj: autorka

Zdravotné postihnutie býva rôzne definované a z toho potom často vyplývajú nedorozumenia a nejasnosti, či už pri hodnotení zdravotného stavu, alebo pri štatistickom spracovávaní príslušných údajov. Vo všeobecnosti ide o akúkoľvek dlhodobú alebo trvalú poruchu duševnú, telesnú, alebo zmyslovú, alebo aj viacnásobnú, ktorá týmto osobám bráni realizovať niektoré činnosti v súvislosti s bežnými nárokmi života. Pri tvorbe medzinárodne platných dokumentov je preto snaha nájsť vhodnú, jednotnú definíciu zdravotného postihnutia, resp. definíciu osoby so zdravotným postihnutím.

Dokument OSN „Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím“ z r. 2006, v súlade s dokumentom WHO z r. 2001 jednoznačne definuje osoby so zdravotným postihnutím ako *osoby s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré v interakcii s rôznymi prekážkami môžu brániť ich plnému a účinnému zapojeniu do spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými.*

Ako vyplýva aj z uvedenej definície, dôsledkom zdravotného postihnutia je trvalé obmedzenie určitých životných funkcií. Niet pochybnosti o tom, že dlhodobé fyzické, duševné, mentálne alebo zmyslové postihnutie je pre postihnutú osobu aj významným rizikovým faktorom nebezpečenstva upadnutia do chudoby.

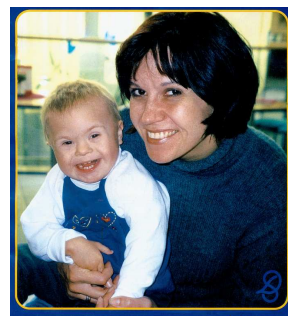
Nové metódy včasnej diagnostiky, napr. ultrazvuk a amniocentéza, dávajú rodičom možnosť dozvedieť sa niečo o fyzickom stave ich ešte nenarodeného dieťaťa. Pokroky v genetike a poznanie DNA zvýšili vedomosti o tom, ktoré gény môžu byť príčinou určitého stavu, alebo ktoré sú predispozíciou takémuto stavu. Aj preto sa v posledných desaťročiach môžeme častejšie stretnúť s úvahami, či by nebolo správne riešiť „prevenciu“ vrodeného zdravotného postihnutia ukončením gravidity, ak sa v rámci prenatalnej diagnostiky vysloví podozrenie, že plod je poškodený. V niektorých krajinách sa už viac ako 90% rodičov rozhoduje pre ukončenie tehotenstva, keď sa ukazuje, že dieťa bude mať zdravotnú poruchu. Dokonca sa na rodičov, ktorí sa napriek tomu nerozhodnú pre ukončenie života svojho dieťaťa, vyvíja výrazný spoločenský tlak.

Pozitívne treba hodnotiť, že sa zvyšujú vedomosti o prirodzenom plánovaní rodičovstva a tiež o primárnej prevencii zdravotných porúch – napr. podávanie kyseliny listovej pred a počas včasného obdobia tehotenstva, nefajčenie a vyvážená diéta matky apod. Všetky tieto preventívne metódy ukazujú markantný pokles počtu detí so zdravotným postihnutím. Žiaľ, napriek tomu sa na sekundárnu „prevenciu“ (potraty) ešte stále hľadá ako na najefektívnejšiu metódu eliminácie ochorenia alebo poruchy.

Skutočnosť, že spoločnosť považuje príchod dieťaťa so zdravotným postihnutím za nežiaduci, zaznamenali aj organizácie osôb so zdravotným postihnutím a vyvolala vlnu znepokojenia a protestu. Uplatňovanie práva na ukončenie tehotenstva z dôvodu podozrenia na zdravotné postihnutie, považujú osoby so zdravotným postihnutím a ich organizácie za neprijateľnú diskrimináciu.

K zdravotnému postihnutiu môže dôjsť v ktorejkoľvek etape života a spoločnosť nesie zodpovedať sa dodržiavanie práv a rešpektovanie potrieb zdravotne postihnutých jednotlivcov, čo dramaticky ovplyvňuje kvalitu ich života. Nedostatok služieb, prístupu do spoločnosti a nedostatok rovnakých príležitostí pre participáciu, robí život ľudí chudobnejším. Najdôležitejším, kľúčovým prvkom v zlepšovaní kvality života je poznanie, že život osôb so zdravotným postihnutím je práve tak dôležitý a hodnotný ako akýkoľvek iný.

Európske fórum zdravotného postihnutia (European Disability Forum – EDF), v snahe poukázať na nežiaduce smerovanie určitej časti spoločnosti, prijalo na svojom Valnom zhromaždení v Aténach v r. 2003 „*Deklaráciu o prenatalnej diagnostike a práve byť iný*“.



Niektoré zásadné upozornenia z Deklarácie EDF:

- Organizácie ľudí so ZP poukazujú na **diskriminačný prístup** vo vzťahu ku zdravotnému postihnutiu pri uplatňovaní práva na abort.
- Prenatálna diagnostika, zameraná na **genetické poškodenie**, ktorá je založená na posúdení, že jeden život je menej hodnotný ako druhý, **nesmie byť dôvodom na ukončenie tehotenstva**.
- **Organizácie ľudí so ZP** musia byť **plnoprávnymi partnermi** v diskusiách o morálnych a etických dilemách pri prenatálnej diagnostike.
- **Prenatálne poradenstvo** rodičom by malo byť podporné, zamerané na všetky aspekty života dieťaťa s genetickým poškodením, nemalo by byť viazané na ukončenie tehotenstva.
- Relevantným faktorom by malo byť oboznámenie, že **súčasný vedecký pokrok podstatne zlepšil kvalitu života ľudí so ZP** a že **legislatívne iniciatívy poskytujú už viac právnej ochrany** ľuďom so ZP a ich rodinám.
- Akákoľvek prax alebo výkon pri prenatálnom poradenstve, ktorý znehodnocuje cenu života ľudí so ZP je formou diskriminácie,a môže byť dôvodom pre právnu námietku.
- **Prevenca genetického poškodenia** sa môže realizovať **primárnymi metódami**, ako aj vyváženou diétou matky, alebo zdržaním sa od fajčenia, či pitia alkoholu....
- Mylná terminológia, ako tzv. „terapeutický abort“ by nemala byť používaná, pretože **ukončenie tehotenstva nemá terapeutický efekt na dieťa**.
- **Ľudia so ZP sú plnohodnotné ľudské bytosti, s rovnakými právami na život, dôstojnosť a slobodu...**
- Akákoľvek forma diskriminácie voči ľuďom so ZP by mala byť postavená mimo zákon, vrátane akejkoľvek legislatívy, týkajúcej sa potratu.

STRATÉGIA AKTÍVNEHO STARNUTIA

„Každý starne inak“ hovorí hra nemecko-gruzínskej dramatičky Nino Haratischwili s názvom Land der ersten Dinge/Bludičky.

V dôsledku politických a spoločenských zmien sa od začiatku 90. rokov minulého storočia výrazne mení reprodukčné a rodinné správanie obyvateľstva. Na jednej strane sa výrazne znížila pôrodnosť, na druhej strane sa predlžuje ľudský život. Starnutie populácie so sebou prináša závažné ekonomické, sociálne, ale aj politické dôsledky. Vysoké náklady na starostlivosť a zabezpečenie starých ľudí na jednej strane a nižšia početnosť produktívnej populácie na druhej strane, zvyšujú tlak na verejné financie. To si vyžaduje komplexné analýzy a riešenia, uskutočnené s časovým predstihom. Nevyhnutné sú reformy v oblasti sociálneho poistenia, zdravotníctva a vzdelávania. Rovnako aj opatrenia na trhu práce, v oblasti bývania, služieb a infraštruktúry.

Proces starnutia začína u niektorých skupín osôb so zdravotným postihnutím skôr ako je to obvyklé u iných. Niektoré osoby s vývinovým postihnutím vykazujú známky predčasného starnutia už vo veku 40 a 50 rokov a majú častejšie skúsenosť so zdravotnými problémami staršieho veku. Napr. osoby s Downovým syndrómom majú vyšší výskyt Alzheimerovej choroby ako celková populácia, zatiaľ čo u osôb s intelektuálnymi poruchami (mimo Downovho syndrómu) sa vo vyššom podiele objavuje demencia. Procesy starnutia a s tým spojené zmeny (poruchy sluchu, strata svalovej sily, rovnováhy, osteoporóza) majú na osoby so zdravotným postihnutím väčší dopad. Napr. osoby s poruchami mobility majú vo zvýšenej miere zníženú pohybovú funkčnosť v porovnaní s inými osobami v ich veku. Na Slovensku máme ešte veľa bariér a aj trh s technológiami a službami pre osoby so zdravotným postihnutím a pre seniorov je obmedzený, i keď sa neustále rozvíja, okrem iných aj pomocou medzinárodných projektov, financovaných EÚ ako je projekt MonAMI.

Je známe, že bariéry v životnom prostredí a v medziľudských postojoch sú väčšou prekážkou pre aktívnu účasť v spoločnosti a pre plnohodnotný život ako samotné zdravotné, funkčné obmedzenia. Odstránenie bariér prostredníctvom legislatívy, univerzálne projektovanie, zabezpečenie príjmu informácií a možností komunikácie, sú označované ako kľúč na vyrovnanie príležitostí.

DÔCHODKOVÉ ZABEZPEČENIE V STARŠOM VEKU

V štruktúre dôchodkov sa v SR, aj v EÚ - European Commission (2012), projektuje najvyšší nárast pre starobné dôchodky (vrátane predčasných) a v rámci nich najmä pre zásluhové dôchodky, vzťahujúce sa na výšku predchádzajúcich pracovných príjmov.

Spracované Centrom vzdelávania MPSVaR SR. V SR sa predpokladá aj rast verejných výdavkov na invalidné a pozostalostné výdavky (Tabuľka). Nepriaznivý vývoj verejných výdavkov na dôchodky bude v SR ovplyvnený predovšetkým veľmi nepriaznivým demografickým vývojom a vývojom na trhu práce⁵. Na jednej strane sa výrazne zníži počet prispievateľov do systému, na strane druhej sa významne zvýši počet dôchodcov. V dôsledku tohto vývoja sa v SR počet prispievateľov na 100 dôchodcov zníži zo 163,9 v roku 2010 na 74,0 v roku 2060. V krajinách Eurozóny bude tento vývoj podstatne miernejší (179,0 verzus 127,3)

Tabuľka: Projekcie verejných dôchodkových systémov v rokoch 2010-2060

Ukazovateľ	Slovensko			EU(27)		
Hrubé a čisté výdavky na dôchodky	2010	2060	celková zmena	2010	2060	celková zmena
Hrubé výdavky na verejné dôchodky, % HDP	8,0	13,2	5,2	11,3	12,9	1,5
<i>scenár s dlhšou dobou dožitia</i>	8,0	13,5	5,5	11,3	13,1	1,8
<i>scenár s vyššou mierou zamest. starších o 5%</i>	8,0	13,0	5,0	11,3	12,6	1,3
<i>scenár s vyššou produktivitou práce</i>	8,0	13,1	5,1	11,3	12,6	1,4
Čisté výdavky na verejné dôchodky	8,0	13,2	5,2	10,0	11,2	1,2

Zdroj: European Commission (2012)

Ukazovateľ	Slovensko			EU27		
Typy dôchodkov	2010	2060	celková zmena	2010	2060	celková zmena
<i>Starob. a predčasné dôchodky, % HDP</i>	6,1	10,5	4,4	9,2	11,1	1,9
<i>Zásluhové dôchodky, % HDP</i>	6,1	10,2	4,2	7,9	9,3	1,5
Invalidné dôchodky, % HDP	1,0	1,2	0,2	1,1	1,0	-0,1
<i>Pozostalostné dôchodky, % HDP</i>	0,9	1,6	0,7	1,6	1,4	-0,2

Zdroj: European Commission (2012)

Ukazovateľ	Slovensko			EU27		
<i>Príspevky na dôchodky</i>	2010	2060	celková zmena	2010	2060	celková zmena
<i>Počet prispievateľov na 100 dôchodcov</i>	163,9	74,0	-89,9	179,0	127,3	-51,7
<i>Počet dôchodcov nad 65 rokov, mil.</i>	0,67	1,73	1,06	87,8	144,9	57,1
<i>Priemerný dôchodok - % priemer. mzdy</i>	43,7	28,9	-14,8	44,7	36,2	-8,5
<i>Priemerný vek odchodu do dôchodku</i>	59,7	61,3	1,7	62,1	64,3	2,3

Zdroj: European Commission (2012)

Okrem poisťovacích služieb ponúka spoločnosť starším ľuďom, v rámci platných právnych úprav, ešte ďalšie možnosti:

- ♦ možnosť zotrvať ešte nejaký čas v pôvodnom zamestnaní (zvyšujú sa tým % k dôchodku),

- ♦ možnosť prijať prácu na dohodu (maximálne 300 hod/ročne, ale bez obmedzenia výšky hodinovej odmeny) v rôznych inštitúciách, ale aj v mimovládnych organizáciách,

- ♦ možnosť získať príspevok na zakúpenie potrebných kompenzačných pomôcok (vrátane počítača) a na úpravu bytového interiéru podľa zdravotných potrieb. Žiaľ, tu končí porozumenie a v legislatíve sa objavili diskriminačné paragrafy, ktoré umožňujú získať niektoré príspevky pre nezávislý, samostatný, aktívny život **iba do 65. roku**. Potom už len sociálne služby, napr. opatrovanie, aj to s veľkými problémami,

- ♦ možnosť získať príspevok na opatrovanie, resp. opatrovateľskú službu ak už ide o ťažké zdravotné postihnutie, pričom **pretrváva nedostatok osôb ochotných vykonávať túto službu, pretože je veľmi náročná a finančne nedocenená**,

- ♦ možnosť získať umiestnenie v Domove sociálneho zabezpečenia, ak pre zotrvanie v domácom prostredí nie sú vhodné podmienky.

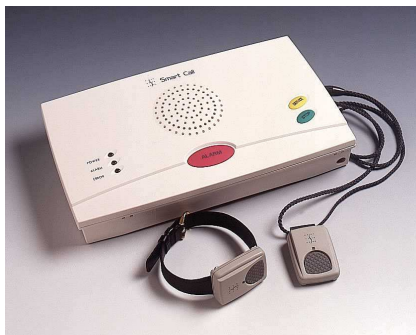
Nebudem analyzovať pozitíva a negatíva uvedených foriem podpory a pomoci. Legislatíva sa mení a je na nás všetkých, aby sa menila k prospechu ľudí, ktorým má slúžiť. Často sú to však práve vykonávatelia a poskytovatelia týchto služieb, ktorí žiadateľov vtlačajú do nedôstojných podmienok a pritom zabúdajú, že raz aj oni sa možno budú uchádzať o niektorú formu pomoci a budú očakávať primerané ľudské porozumenie.

POMÔCKY PRE KAŽDODENNÝ ŽIVOT

Integrovaný projekt MonAMI bol Európskou komisiou financovaný v rámci 6. rámcového programu. Predmetom projektu bolo zabezpečiť prístupnosť v hlavnom prúde (mainstream accessibility) v oblasti tovarov a služieb pre užívateľov, vrátane verejných služieb, prostredníctvom aplikovaného výskumu a vývoja, zameraného na využívanie pokrokových technológií, ktoré pomáhajú zabezpečiť v rámci informačnej spoločnosti rovnaký prístup, nezávislý život a spoluúčasť aj pre ľudí staršieho veku.

Cieľom projektu bolo dokázať, že prístupné, užitočné služby pre starých ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí trávajú čas prevažne doma, im môžu byť doručené v hlavných, všeobecne ponúkaných bežných systémoch a programoch, v tzv. systémoch hlavného prúdu (mainstream systémy). Vybraná skupina služieb a aplikácií sa vyvíja a realizuje s rešpektovaním princípov „Dizajnu pre všetkých“, v spolupráci s potenciálnymi užívateľmi v oblastiach: zdravotníctvo, bezpečnosť a spoľahlivosť, komunikácie a informácie, plánovanie činností, zabezpečenie pohodlia.

Na Technickej Univerzite v Košiciach (ŠIMŠÍK, D. a kolektív, 2004) testovali niektoré služby, napr.: **Pohotovostný alarm:**



Používateľ vlastní tzv. Pohotovostné tlačidlo (panic button). Toto tlačidlo je malé, nosí sa na krku alebo na ruke, ako hodinky. Keď sa užívateľ nachádza v nepriaznivej situácii, tlačidlo stlačí a do pohotovostného centra sa vyšle alarmová správa. Pohotovostné centrum kontaktuje prostredníctvom telefónu užívateľa a rozhodne o nasledujúcej akcii.

Pohotovostný alarm s použitím senzorov a snímačov prostredia a monitorovania aktivity



Princíp je rovnaký, ako v prípade bez použitia senzorov a snímačov. V domácnosti, v ktorej užívateľ žije, sú nainštalované sensory a snímače prostredia, prepojené so systémom, do ktorého odosielať dáta. Ak systém rozozná alarmovú situáciu, kontaktuje pohotovostné centrum. To kontaktuje užívateľa a rozhoduje o ďalšej akcii.

Zaujímavé sú tiež internetové hry MonAMI pre seniorov



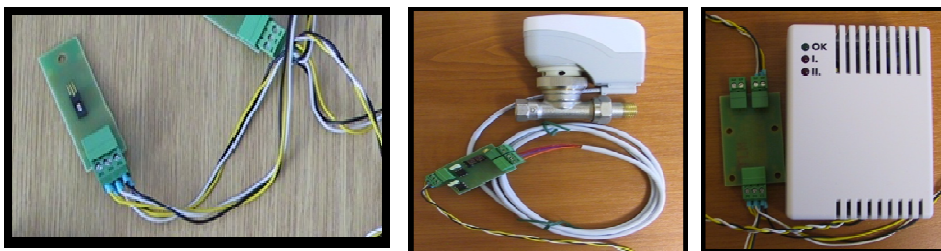
Ide o rôzne jednoduché grafické hry so zábavným i vzdelávacím obsahom, určené pre seniorov, kde sa dá cvičiť sústredenie, či koordinácia pohybu, napr. aj nacvičovať jemné pohyby rukou. Hry sú dostupné na internete, webových stránkach www.ac.tuke.sk, www.senior.sk, <http://www.rhplus.wbs.cz/>.

Pripomienkovač liekov



Programovateľné zariadenie, ktoré užívateľovi pripomína, kedy je čas zobrať lieky.

Ovládanie domácnosti prostredníctvom technológie 1-wire



Na spojenie senzorov a snímačov prostredia s riadiacou jednotkou sú použité 2 káble. Snímače a senzori komunikujú s riadiacou jednotkou v oboch smeroch. Riadiaca jednotka je ovládaná prostredníctvom ovládača, PC aj internetu. Do siete môžu byť zapojené napr.:

- snímač osvetlenia, snímač teploty, snímač vlhkosti, snímač polohy
- detektor úniku plynu, detektor ohňa
- elektrické ovládanie otvárania okien, elektrické ovládanie žalúzií

Kinetické grafické hry pre seniorov ovládané technológiou Nintendo Wii



Ovládačom Nintendo Wii, v ktorom sa nachádza sensor pohybu, je možné určenými pohybmi ovládať PC aj hry. Ovládač tvarom pripomína diaľkové ovládanie TV.

Spoločenské a voľno časové aktivity seniorov

Dnešný život ponúka naozaj veľa možností sebarealizácie. Umenie, kultúra, využívanie technických a najmä elektronických prostriedkov, niektoré športové činnosti, podnikateľské a v neposlednom rade humanitno-charitatívne aktivity, vykonávané individuálne, alebo v rámci aktivít najrozličnejších mimovládnych organizácií, poskytujú uspokojenie, ba až radosť zo života tisícom ľudí v tzv. postproduktívnom veku. Je aj mnoho celoživotných povolání, politická práca a práca v manažmente podnikov, kde vek prakticky nehrá významnú úlohu a

možno ich vykonávať v každom veku, v závislosti od aktuálneho zdravotného stavu a síl. U nás je zatiaľ spoločensky nedocenené odovzdávanie nadobudnutých vedomostí a celoživotných skúseností mladšej generácii najmä v školstve a vo výskume formou odborného poradenstva napr. formou dohody.

V pokročilejšom veku pribúdajú zdravotné problémy, obmedzenia v pohybe, neslúži dostatočne zrak alebo sluch, dostávajú sa neraz aj depresie, najmä ak človek žije v izolácii, ak mu chýba spoločenský kontakt a pociť ľudskej vzájomnosti.

Sociologické, ale aj zdravotnícke výskumy potvrdzujú, že ak je človek zaujatý činnosťou, ktorá ho baví, z ktorej má potešenie a najmä z ktorej majú potešenie a úžitok aj ľudia, žijúci okolo neho, jeho myseľ je vyrovnanejšia, zdravotný stav nevyžaduje neustále návštevy zdravotníckych zariadení a v mnohých prípadoch takáto aktivita zlepšuje aj jeho sociálno-ekonomický status.

Bude namieste pripomenúť, že súčasná výpočtová technika ani zďaleka neslúži len výrobe dokumentov, resp. náročných výpočtov a tvorbe technických projektov, ale umožňuje vizuálnu, aj verbálnu komunikáciu, učenie na diaľku (dištančné vzdelávanie - elearning), ukladanie databáz, ako aj vytváranie archívov fotodokumentácie a množstvo iných funkcií. Toto všetko je možné zvládať aj v staršom veku, pri pohybových ťažkostiach, ba aj pri zmyslových problémoch so zrakom, či sluchom po primeranej technickej úprave.

Nie je možné vymyslieť žiadne odporúčania akú životnú náplň, akú formu života si zvoliť. Riešenia sú veľmi individuálne a je dobre, ak sa s nimi človek začne zaoberať už roky vopred. Významnú úlohu zohráva aj dosiahnutý stupeň vzdelania, čo neznamena len formou školského vzdelávania.

História a životopisy ľudí, na ktorých spoločnosť nezabúda, potvrdzujú, že mnoho literárnych, umeleckých, vedeckých, ba aj technických diel vytvorili ľudia práve v post produktívnom veku, t.j. v čase, keď už mohli byť na tzv. „zaslúženom odpočinku“. Na mnohé osobnosti, ktoré aj v pokročilom veku, napriek osobným ťažkostiam, až do smrti rozdávali dobro a lásku s úctou spomína ľudstvo vo všetkých končinách zeme.

Literatúra

EUROPEAN COMMISSION (2012): The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the EU Member States (2010 - 2060).

MATULNÍK, J.a kol.: Údaje z reprezentatívneho sociologického výskumu obyvateľov SR vo veku od 18 do 60 rokov. In: Analýza sociálnych a zdravotných dôsledkov zmien demografického správania na Slovensku. Filozofická fakulta TU, Trnava 2006

ORGONÁŠOVÁ, M.: SúčasnÉ možnosti pomoci a právna legislatíva, upravujúca pomoc pre ľudí so zdravotným postihnutím v SR. Ahead, n.o. 2008.

SAMOVÁ M. a kol.: Bezbariérové navrhovanie, Eurostav, Bratislava, 2008, 121 s.

ŠIMŠÍK, D. a kolektív: Podporné technológie, TU Košice, 2004, 419 s.

ZÁKON č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia

ZÁKON č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Kontakt

MUDr. Mária Orgonášová, CSc.

maria.orgonasova@gmail.com

Rizikové faktory suicidálneho správania v starobe

Risk factors for suicidal behavior in the elderly

Michaela KOSTIČOVÁ

Abstrakt

Suicidálne správanie v starobe je globálny a komplexný problém, ktorý je v centre záujmu mnohých odborníkov. Ľudia nad 70 rokov majú najvyššiu mieru samovražednosti v porovnaní s mladšími vekovými skupinami. Viaceré faktory, podmieňujú vyššiu letalitu suicidálneho správania ustarých ľudí. Ide najmä o faktory sociálne. Cieľom príspevku je analyzovať záťaž a trendy suicidálneho správania starých ľudí na Slovensku a identifikovať asociované rizikové faktory s využitím epidemiologických dát o hlásených samovraždách a samovražedných pokusov z národných a medzinárodných databáz. Takéto informácie sú potrebné pre tvorbu a plánovanie efektívnych stratégií prevencie samovražedného správania v starobe.

Kľúčové slová

samovražda, samovražedný pokus, suicidálne správanie, staroba, rizikové faktory

Abstract

Suicidal behavior in the elderly is a global and complex problem, which is in the center of attention of many experts. The old people over the age of 70 have the highest suicide rates compare to the younger age groups. Many factors are associated with the increased lethality of self-destructive behaviors in older people. These are mainly social factors. The aim of the paper is to analyze the burden and trends of suicidal behavior in elderly population in Slovakia and to identify the risk factors using the epidemiologic data about reported suicides and suicides attempts from national and international databases. Such information is necessary to plan and design effective strategies to prevent suicidal behavior in the elderly.

Key words

Suicide, suicide attempt, suicidal behavior, elderly, risk factors

Úvod

Suicidálne správanie v starobe predstavuje globálny a komplexný problém, ktorý je v centre záujmu mnohých odborníkov. Suicidálne správanie zahŕňa spektrum správania ako samovražedné myšlienky, samovražedné plány, samovražedné pokusy a samovraždu (WHO, 2014, s.12). Starí ľudia majú najvyššiu mieru samovražednosti v porovnaní s ostatnými vekovými skupinami a to takmer vo všetkých krajinách sveta vrátane Slovenska. Riziko samovraždy stúpa s vekom a je najvyššie u ľudí nad 70 rokov (WHO, 2014, s.7; Čerňanová, 2011 s.41; Dóci, Bednářová, 2014, s.131). . K vysokému výskytu samovražd u starších ľudí prispievajú nepriaznivé ekonomické a sociálne zmeny a zrušenie sa štruktúr tradičnej rodiny (Dóci, Bednářová, 2014, s.132). Predikcia samovraždy v starobe je komplikovaná, keďže

faktory, ktoré podmieňujú vyššiu letalitu suicidálneho správania v starobe sú viaceré, vo vzájomnej interakcii a líšia sa od rizikových faktorov u mladšej populácie.

Na rozdiel od mladých ľudí, u ktorých sa skôr stretávame s demonštratívnymi pokusmi o samovraždu, starší ľudia so samovražednými sklonmi konajú so zámerom zomrieť. V starobe sa nefatálne suicidálne správanie vyskytuje menej často ako v iných vekových skupinách, čo potvrdzujú aj výsledky multicentrickej štúdie suicidálneho správania, ktorú realizovala Svetová zdravotnícka organizácia v rokoch 1989-1993. Výsledky štúdie poukazujú na slabú koreláciu medzi výskytom samovražedných pokusov a samovrážd u starých ľudí, čo naznačuje, že opakované samo-deštrukčné konanie je u starých ľudí zriedkavé (de Leo et al., 2001). Ako uvádza Dóci a Bednářová (2014, s.133) až 70% starších mužov, ktorí spáchali samovraždu nemalo v anamnéze samovražedný pokus. Tieto zistenia zdôrazňujú náročnosť prevencie samovrážd u starých ľudí

Ako uvádzajú viaceré zdroje (Szanto, 2003; Conwell, 1997; Garg, Trivedi, Dhyani, 2007; Ojagbemi, Oladeji, Abiona, Gureje, 2013), faktorov, ktoré vysvetľujú vyššiu letalitu samovražedného správania u starých ľudí je viac. Starí ľudia sú krehkejší, polymorbídni a ich fyzické rezervy sú malé, preto ich šance na prežitie samovražedných pokusov sú nižšie ako u mladých, zdravých ľudí. Starí ľudia žijú často osamote, v izolácii, čo znižuje ich šancu na záchranu a včasné poskytnutie pomoci. Starí ľudia často hovoria o smrti a zomieraní, avšak priamo nekomunikujú svoje samovražedné myšlienky a plány, čo sťažuje u nich odhad suicidálneho rizika. Podľa Ondrejковиča (2009, s.362-363) v prípade samovražednej ohrozenosti starších ľudí ide o dlhodobé dozrievanie myšlienok na samovraždu, ktoré neraz začínajú už v mladosti.

Na základe výsledkov viacerých štúdií (van Orden, Conwell, 2011; Szanto 2003; SAMHSA, 2012; Garg, Trivedi, Dhyani, 2007) môžeme identifikovať tieto kľúčové rizikové faktory samovrážd v starobe:

- Prítomnosť psychickej poruchy, najmä depresie
- Predchádzajúce pokusy o samovraždu
- Sociálna závislosť alebo izolácia
- Bolesť a znížená funkčná kapacita v súvislosti so somatickým ochorením
- Polymorbidita

Existuje niekoľko teórií, ktoré sa snažia o organizáciu rizikových faktorov a vysvetlenia mechanizmu ich účinku v súvislosti so suicidálnym správaním v starobe. Podľa „Interpersonálnej teórie samovraždy“ (van Orden, Conwell, 2011) vyššie spomenuté faktory

zvyšujú riziko samovraždy tým, že potencujú vznik proximálnych príčin suicidálneho správania v starobe. Interpersonálna teória vychádza z predpokladu, že ľudia zomierajú samovraždou preto, že môžu a preto, že chcú (van Orden et al. 2010). Proximálne príčiny samovraždy sú jednak príčiny, ktoré spôsobujú túžbu po samovražde a to je narušenie sociálnych väzieb v zmysle pocitu, že ma nikto nepotrebuje a že som niekomu príťažou, ktoré však musia byť sprevádzané získanou schopnosťou spáchať samovraždu. Do úvahy treba brať aj neurobiologické faktory, ako sú poruchy regulácie serotonínu; kultúrne protektívne faktory ako je viera a spiritualita; osobnostné charakteristiky ako je nedostatočná otvorenosť novým skúsenostiam, rigidita; a negatívne životné udalosti a to najmä rodinné problémy a konflikty, ktoré ovplyvňujú pravdepodobnosť výskytu spomínaných rizikových faktorov. Ako zdôrazňuje Ondrejko (2009, s. 363) u starších ľudí nemožno prehliadať sociálne roly, kultúrne aspekty života – staroby, ktoré ovplyvňujú hodnotový svet ľudí, ich životné pocity a kvalitu života. Podľa Černáka (2014, s.26) samota, izolácia, finančné problémy, ponížovanie, narušenie sebaúcty, zmena spoločenskej atmosféry vytlačujúca starších ľudí z objektu záujmu, posun hodnôt, egoizmus mladých, neúcta k starším a mnohé ďalšie sa tak stávajú korelátmi samovrážd. Sociálna izolácia, nedostatočná sociálna podpora, narušenie sociálnych väzieb patria podľa Interpersonálnej teórie a zistení viacerých štúdií (van Orden et al., 2010; van Orden, Conwell, 2011, Osvlto et al., 2012; Ojagbemi, Oladeji, Abiona, Gurej, 2013; Fässberg et al., 2012) medzi najsilnejšie a najspoľahlivejšie prediktory suicidálneho správania v starobe. Poznanie faktorov, ktoré vedú k sociálnej izolácii starých ľudí je preto dôležité aj z hľadiska plánovania a realizácie intervenčných opatrení.

Užitočným nástrojom na identifikáciu rizikových a protektívnych faktorov suicidálneho správania starých ľudí sú rutinne dostupné epidemiologické údaje. Podľa SZO (WHO, 2011, s.3) registračný systém samovrážd a samovražedných pokusov umožňuje kvantifikovať rozsah problému aj s jeho špecifikáciou a poskytuje informácie o vývoji a trendoch suicidálneho správania. Tieto informácie sú východiskom pre tvorbu politiky a plánovanie cielených stratégií prevencie suicidálneho správania. V našom príspevku sa zameriame na bližšiu analýzu dostupných údajov o samovraždách a samovražedných pokusov z národného registračného systému a na analýzu samovražednosti u starých ľudí v medzinárodnom kontexte využijem údaje z medzinárodných databáz príčin smrti

Metódy

Pri analýze výskytu a trendov vývoja suicidálneho správania v starobe, posudzovania miery závažnosti tohto problému a jeho bližšej špecifikácie sme vychádzali z údajov

Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) o hlásených samovraždách a samovražedných pokusoch na Slovensku (NCZI, 2014) a údajov o samovraždách z medzinárodných databáz Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) Health for All Database a Európskej komisie: Eurostatu – databáza príčin smrti.

Metodologické pravidlá zberu údajov v kontexte legislatívnych noriem (zákon č. 576/2004 Z.z.) na Slovensku určujú, že hláseniu (Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebapoškodenia, ďalej len Hlásenie) podlieha osoba, ktorá sa pokúsila o suicídium a bola jej poskytnutá psychiatrická zdravotná starostlivosť v útvaroch psychiatrických zariadení (na psychiatrickom oddelení/ambulancii, geronto-psychiatrickom oddelení/ambulancii). Predmetné hlásenie sa netýka osôb, ktorým bola poskytnutá iná zdravotná starostlivosť než psychiatrická (napr. na internom oddelení, chirurgii a pod.). V prípade dokonaného suicídia sú prípady hlásené z príslušných pracovísk súdneho lekárstva (Mojzešová, Capíková, Zdarilek, 2013). Údaje sa hlásia na NCZI a sú spracovávané v publikácii Samovraždy a samovražedné pokusy (NCZI, 2014). Zároveň sa však údaje o samovraždách, ako príčine smrti, získavajú z Listu o prehliadke mŕtveho a tieto sa následne spracúvajú Štatistickým úradom Slovenskej republiky a dostávajú sa aj od medzinárodnými databáz príčin smrti. Údaje o počte samovrážd publikovaných NCZI nekorešpondujú s údajmi z databáz príčin smrti, čo treba zohľadniť pri interpretácii údajov.

Analyzovali sme nasledujúce hlásené údaje spracované NCZI: počet samovrážd a samovražedných pokusov podľa pohlavia, spôsobu vykonania činu, motívu činu, miesta vykonania činu, rodinného stavu, vzdelania a psychiatrickej diagnózy. Vekové skupiny pre populáciu nad 20 rokov sú kategorizované v 10 ročných intervaloch, my sme sa zamerali na vekové skupiny 60 až 69 rokov a vekovú skupinu nad 70 rokov.

Trend vývoja samovrážd a ich podiel ako príčiny smrti na celkovej úmrtnosti u starých ľudí nad 65 rokov sme hodnotili na základe údajov z medzinárodnej databázy príčin smrti, ktorú spracováva Eurostat. Na medzinárodnú komparáciu samovrážd v Európskom regióne sme analyzovali údaje z databázy SZO – Health for All Database, posledné dostupné údaje boli z roku 2010. Čo sa týka samovražedných pokusov, mali sme k dispozícii len údaje z NCZI, údaje z medzinárodných databáz nie sú štandardne dostupné, keďže systém hlásenia a registrácie samovražedných pokusov je zavedený len v niektorých krajinách.

Výsledky

V roku 2013, podľa údajov z NCZI (Tab.1), bolo na Slovensku hlásených 628 samovrážd, z toho 173, takmer tretinu (27,56%), spáchali ľudia nad 60 rokov. Počet samovrážd v tejto

vekovej skupine bol vyšší ako počet samovražedných pokusov, ktorých bolo hlásených 88, čo predstavuje len 9% z celkového počtu hlásených samovražedných pokusov (n=972). To neplatí pre ostatné vekové skupiny, kde sa častejšie stretávame s nedokonanými samovraždami. Samovraždy oveľa častejšie páchajú muži, to platí aj pre vekovú skupinu nad 60 rokov, pričom pre ženy je skôr charakteristické neletálne suicidálne správanie. V roku 2013 evidujeme vo vekovej skupine nad 60 rokov 148 samovrážd u mužov a 25 u žien, o samovraždu sa pokúsilo viacej 56 žien a 38 mužov.

Tab. 1. Počet hlásených samovrážd a samovražedných pokusov na Slovensku v roku 2013

Veková skupina	Spolu (n)	Muži (n)	Ženy (n)
Samovraždy spolu	628	544	84
Samovraždy nad 60r.	173	148	25
Samovraždy 60-69r.	97	87	10
Samovraždy 70r. a viac	76	61	15
Samovražedné pokusy spolu	972	550	422
Samovražedné pokusy nad 60r.	88	32	56
Samovražedné pokusy 60-69r..	49	21	28
Samovražedné pokusy 70r. a viac.	39	11	28

Zdroj: NCZI, 2014

Napriek tomu, že výskyt samovrážd je najvyšší v starobe, samovraždy ako príčina smrti sa len v malej miere podieľajú na celkovej úmrtnosti ľudí nad 65 rokov. Najčastejšími príčinami smrti starých ľudí sú choroby obehovej sústavy a zhubné nádory. Podľa údajov z databázy príčin smrti Eurostatu (Tab. 2.) bola celková štandardizovaná úmrtnosť na Slovensku v tejto vekovej skupine 6309,2 úmrtí na 100 000 osôb daného veku. Samovražda je ako príčina smrti podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb zaradené do kapitoly XX „Vonkajšie príčiny smrti a chorobnosti“ a klasifikovaná ako Úmyselné sebapoškodenie (XX60-XX84). Vonkajšie príčiny sa podieľajú na celkovej úmrtnosti ľudí na 65 rokov len necelými dvoma percentami (1,9%), z toho častejšie ide o nehody s následkom smrti ako o samovraždy (Tab. 2). Pre porovnanie vonkajšie príčiny smrti sú najčastejšou príčinou smrti mladých ľudí a u adolescentov sú samovraždy treťou najčastejšou príčinou smrti, hoci ich výskyt je v tejto vekovej skupine oveľa nižší (Kostičová, Capíková, Mojzešová, 2014).

Tab. 2. Úmrtnosť podľa príčin smrti na Slovensku vo vekovej skupine nad 65 rokov, v roku 2010

Príčina smrti	Štandardizovaná úmrtnosť/100 000	% zo všetkých úmrtí
Všetky príčiny smrti	6 309,2	100%
Choroby obehovej sústavy	4 075,8	64,6%
Zhubné nádory	1 150,8	18,2%
Choroby dýchacej sústavy	427,4	6,8%
Choroby tráviacej sústavy	196,2	3,1%
Vonkajšie príčiny smrti	122,9	1,9%
Choroby močovej a pohlavnej sústavy	99,5	1,6%
Endokrinné a metabolické choroby	88,3	1,4%
Choroby nervového systému a zmyslových orgánov	67,3	1,0%
Vonkajšie príčiny smrti	122,9	1,9%
Nehody	66,9	
Údaje s neurčeným úmyslom	39,3	
Úmyselné sebapoškodenie	13,36	

Zdroj: Eurostat

Údaje z medzinárodnej databázy príčin smrti Eurostatu boli podkladom aj pre analýzu trendov vývoja samovrážd u starých ľudí nad 65 rokov v období od roku 1996 do roku 2010. V sledovanom období sme zaznamenali klesajúcu tendenciu úmrtnosti v dôsledku samovraždy. Hrubá miera úmrtnosti poklesla z hodnoty 20,1 na 100 000 obyvateľov nad 65 rokov v roku 1996 na hodnotu 13,3 v roku 2010. Výrazný pokles samovražednosti bol najmä v období rokov 2002 – 2004 a to u mužov nad 65 rokov, od roku 2004 evidujeme relatívne stabilný trend vývoja samovražednosti s miernym poklesom a to u oboch pohlaví tejto vekovej skupiny. Samovraždy u ľudí do 65 rokov však v tomto období vykazujú stúpajúcu tendenciu.

Databáza SZO European Health for All Database nám poskytla údaje pre medzinárodnú komparáciu miery samovražednosti v Európskom regióne SZO u ľudí nad 65 rokov. Na základe týchto údajov môžeme konštatovať, že štandardizovaná miera samovražednosti u starších ľudí na Slovensku je výrazne nižšia (13,6/100 000) ako priemer v Európskej regióne SZO (19,03/100000) a nižšia aj ako priemer v krajinách Európskej Únie (16,73/100000). Najvyššia samovražednosť u ľudí nad 65 rokov bola v Maďarsku (40,9/100 000). Medzi Európske krajiny s vysokou mierou samovražednosti patrili ďalej Srbsko, Chorvátsko, Litva, Slovinsko, Rusko. Aj v krajinách ako je Rakúsko, Francúzsko, Belgicko, Portugalsko sme zaznamenali vyššiu samovražednosť u starších ľudí ako na Slovensku.

Hlásené údaje z NCZI o samovraždách a samovražedných pokusoch za rok 2013 nám poskytli informácie o okolnostiach súvisiacich so samovražedným správaním starších ľudí. Dostupné boli tieto údaje: spôsob, motív a miesto vykonania činu, údaje o vzdelaní a rodinnom stav a údaj o prítomnosti psychiatrickej poruchy. Prehľad týchto údajov vo vekových skupinách nad 60 rokov poskytuje tabuľka č. 3. Ako samovraždy, tak samovražedné pokusy páchajú starší ľudia nad 60 rokov takmer výlučne v domácom prostredí. Obesenie, tak ako aj v iných vekových skupinách, je najčastejším spôsobom vykonania samovraždy (n=112) u starších ľudí. Ostatné okolnosti samovrážd sú väčšinou neznáme. Viac údajov máme k dispozícii z hlásení samovražedných pokusov. Treba však zdôrazniť, že ide o ľudí, ktorí sa pokúsili o samovraždu a poskytla sa im psychiatrická starostlivosť. Najčastejšie sa jedná o otravu liekmi. Motívom činu sú najčastejšie rodinné konflikty a problémy, ďalej u ľudí nad 60 rokov príčinou sú aj vnútorné osobné konflikty a existenčné problém. U starých ľudí nad 70 rokov sa stretávame so samovražednými pokusmi ktoré súvisia so somatickým ochorením a/alebo telesnou chybou. U viac ako 70% ľudí nad 60 rokov, ktorí sa pokúsili o samovraždu je diagnostikovaná psychiatrická porucha, prevažne ide o afektívnu poruchu. Väčšinou ide o ľudí s nižším vzdelaním. U 60-69 ročných sa jedná prevažne o ľudí žijúcich v manželskom zväzku, nad 70 rokov sú rizikovou skupinou najmä vdovy a vdovci.

Tab. 3. Samovraždy a samovražedné pokusy u ľudí nad 60 rokov na Slovensku v roku 2013

	Samovraždy nad 60 r. n=173	Samovražedné pokusy 60 -69 r. n= 49	Samovražedné pokusy nad 70 r. n=39
Spôsob vykonania činu	Obesenie, zaškrtenie (112)	Otrava liekmi (33)	Otrava liekmi (18) Poranenie ostrým predmetom(12)
Motív činu	Neznámy (157) Vnútorné konflikty (8)	Rodinné problémy (26) Existenčné problémy (8) Vnútorné konflikty (8)	Rodinné konflikty a problémy(13), Vnútorné konflikty (10) Súvislosť so somatickým ochorením/ telesnou ch.(8)
Miesto vykonania činu	Doma		
Psychiatrická diagnóza	Neznáma (171)	Psychiatrická diagnóza (54) - Afektívne poruchy (24) - Organické ochorenia (17) - Neurotické ochorenia (13)	
Rodinný stav	Neznámy (127) Ženatý/vydatá (32)	Ženatý/vydatá (27) Vdova/vdovec (12)	Vdova/vdovec (18) Ženatý/vydatá (16)
Vzdelanie	Neznáme (166)	Základné a stredné bez maturity (56)	

Zdroj: NCZI, 2014

Diskusia

Na základe analýzy a komparácie údajov rutinných štatistík môžeme konštatovať, že suicidálne správanie starších ľudí na Slovensku je letálnejšie ako mladých. Častejšie sa u starých ľudí stretávame so samovraždami ako samovražednými pokusmi. V roku 2013 predstavovali samovraždy u ľudí nad 60 rokov takmer tretinu všetkých samovrážd a samovražedné pokusy len 9% z celkového počtu. Podľa Černáka (2014, s.23), rovnako ako v iných krajinách aj na Slovensku s vyšším vekom stúpa miera samovrážd (na 100 000 obyvateľov), a avšak len do vekovej skupiny 50-59 ročných pre obe pohlavia. Suicidálne správanie v starobe je závažný problém, ktorý si vzhľadom k vysokej letalite vyžaduje zvýšenú pozornosť aj napriek tomu, že samovraždy v porovnaní s inými príčinami smrti sa podieľajú na celkovej úmrtnosti ľudí nad 65 rokov len v malej miere a od roku 1996 ich vývoj má klesajúcu tendenciu. Dôležité je predovšetkým poznať faktory a okolnosti, ktoré vedú starých ľudí k sebađeštrukčnému správaniu a tu nám do určitej miery môžu pomôcť údaje z registračného systému samovrážd a samovražedných pokusov. Ako však zdôrazňuje Szanto (2003), dostupné epidemiologické údaje môžu pomôcť pochopiť rizikové a ochranné faktory, ale nemôžu byť návodom pre hodnotenie jednotlivých pacientov. Podľa údajov z NCZI v roku 2013 samovraždy spáchali najmä muži a to obesením doma, ostatné okolnosti u samovrážd boli neznáme. O samovraždu sa pokúsili najmä ženy, otravou liekmi, tiež prevažne v domácom prostredí. Motívom boli najmä rodinné problémy, pričom v 70% bola diagnostikovaná psychická porucha, najmä depresia. Išlo o ľudí s nižším vzdelaním, vo vyššom veku nad 70 rokov to boli najmä osamelo žijúce osoby. Čo sa týka vývoja samovražedných pokusov, ako uvádza Černák (2014, s. 26), od roku 2002 zaznamenávame trend rastúceho veku žien s hláseným úmyselným sebapoškodením, klesá podiel mladších žien (pod 20 rokov) a stúpa podiel starších žien (nad 50 rokov).

Pozitívne je zistenie, že Slovensko patrí medzi krajiny v Európe s nižšou samovražednosťou. Medzinárodné organizácie ako WHO (2011, s.7; 2014, s.07) a OECD (2013, s.28) však apelujú na opatrnosť pri interpretácii rozdielov v samovražednosti na medzinárodnej úrovni, keďže často dochádza k podhodnoteniu týchto údajov a to z dôvodu sociálnej stigmy a ďalších okolností vo vzťahu k hláseniu samovrážd, akými sú nekompletnosť údajov a zlyhanie ľudského faktora pri klasifikácii a kódovaní príčin smrti. Ďalším problémom podľa WHO (2014, s.26) je medzinárodná komparácia výskytu samovražedných pokusov, pretože neexistujú medzinárodne akceptované štandardizované

metódy zberu takýchto údajov. Spôsob hlásenia liečených samovražedných pokusov ovplyvňuje registračný systém konkrétneho zdravotníckeho zariadenia.

Záver

Na základe analýzy epidemiologických dát o samovraždách a samovražedných pokusov z národných a medzinárodných databáz sme zistili vyššiu letalitu suicidálneho správania v starobe ako u mladších ľudí a identifikovali faktory asociované so suicidálnym správaním starých ľudí. Ide o tieto rizikové faktory: sociálna izolácia, rodinné konflikty a problémy, existenčné problémy, prítomnosť psychickej poruchy najmä depresie a nižšie vzdelanie. Poznanie týchto faktorov je potrebné pre plánovanie účinných stratégií prevencie suicidálneho správania v starobe. Intervencie majú mať nevyhnutne interdisciplinárny a komplementárny charakter, a to tak individuálny ako aj makro-spoločenský (Ondrejko, 2009, s.365). Ako uvádzajú Spar a La Rue (2002, s.7-8) starším ľuďom sa nedostáva starostlivosti o duševné zdravie v primeranom rozsahu, určitú rolu tu zohrávajú postoje k starnutiu a stareckým zmenám či chorobám, ako aj nedostatočné vzdelávanie profesionálov v oblasti duševného zdravia. Starší ľudia sa dnes bránia hovoriť o psychických problémoch a zameriavajú sa na referovanie telesných príznakov. Ak sa už objavia nejaké psychické ťažkosti, najčastejšie sa s nimi zdôveria praktickému lekárovi. Psychické poruchy, najmä depresia a úzkostné poruchy sú v primárnej starostlivosti často prehliadané a nedostatočne liečené. Podľa Kolibáša (1996, s.208) až 20-30% starých ľudí trpí psychickými poruchami, pričom ich detekcia je ťažšia a menej úspešná ako v dospelosti. Ako ďalej uvádza Kolibáš (1996, s. 220) prognóza depresie je v starobe horšia ako v dospelosti, je zvýšená mortalita, u mužov je vysoké riziko suicídia. Preto, tak ako zdôrazňujú Dóci a Bednářová (2014, s. 134) na účely prevencie samovražedného konania u osôb vo vyššom veku je potrebný skrining depresie, čo znamená doškoľovanie lekárov v primárnej zdravotnej starostlivosti v oblasti psychiatrie. Dôležitá je aj špecifická psychiatrická intervencia, pričom psychiatri pracujúci so staršími ľuďmi by sa mali zamerať aj na pomoc pri riešení sociálnych a situačných problémov (Spar, La Rue, 2002, s.11). Predikcia suicídia je individuálnou schopnosťou psychiatra, ktorá je daná nielen jeho odbornosťou, ale aj skúsenosťou. V neposlednom rade, však aj ochotou priblížiť sa k svetu duševne trpiaceho človeka (Patarák, 2014, s. 85). Na záver je potrebné zdôrazniť aj individuálnu zodpovednosť každého z nás, za to ako sa my sami, ale aj naše deti, správame voči svojim rodičom, starým rodičom, či im venujeme dostatočnú pozornosť a lásku, či im dávame pocítiť, že ich potrebujeme, že sú pre nás dôležití a majú prečo a pre koho žiť.

Literatúra

CONWELL, Yeates. Management of suicidal behavior in the elderly. In *Psychiatric Clinics of North America*. 1997, 3(20): 667-683

ČERNÁK, Pavel; MINÁRIK Peter. a kol. Samovražda: trendy súčasnej psychiatrie.

Bratislava : Grifis Print s.r.o., 2014. ISBN 978-80-971682-0-9. Epidemiológia suicidality, s. 13-57

ČERNANOVÁ, Andrea. Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach. Martin : Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-354-7. Suicídium, s.41-47.

DE LEO, Diego et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. In *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 300-310.

DÓCI, Ivan; BEDNÁŘOVÁ, Aneta. Samovraždy u seniorov. In Černák P, Minárik P. a kol. *Samovražda: trendy súčasnej psychiatrie*. Bratislava : Grifis Print s.r.o., 2014, s. 131-141. ISBN 978-80-971682-0-9.

EURÓPSKA KOMISIA. EUROSTAT.*Causes of Death database*. [cit. 2014-12-02]. Dostupný z <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

FSSBERG, Madeleine Mellqvist et al. A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. In *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 722-745; [cit. 2014-12-01]. Dostupný z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367273/>

GARGRohit; J.K. TRIVEDI J.K.; DHYANI, Mohan. Suicidal Behaviour in Special Population : Elderly, Women and Adolescent in Reference to India Special. In *Delhi Psychiatri Journal*, 2007, 10 (2): 107-118

KOLIBÁŠ, Eduard. *Príručka klinickej psychiatrie*. Bratislava : Asklepios, 1996. ISBN 80-7167-021-9. Gerontopsychiatria, s. 208-224.

KOSTIČOVÁ, Michaela; CAPÍKOVÁ, Silvia; MOJZEŠOVÁ, Mária. Suicidálne správanie detí a mladistvých – analýza trendov. In Jurkovičová, J.; Štefániková, Z. *Životné podmienky a zdravie*. Zborník vedeckých prác. Bratislava : Úrad verejného zdravotníctva SR, 2014. ISBN 978-80-7159-216-7. s. 246-253

MOJZEŠOVÁ, Mária.;CAPÍKOVÁ, Silvia;ZDARILEK, M. Etické a právne aspekty suicidií. *Folia Societatis Medicinae Legalis Slovacae*, 2013; 3 (1): 70-75.

NCZI. Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2013. Edícia zdravotnícka štatistika. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2014. 36s.

OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris : OECD Publishing, 2013. ISBN 978-92-64-20071-5. Suicide, s.34-36. [cit. 2015-01-18]. Dostupný z http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

OJAGBEMI, Akin; OLADEJI, Bibilola; ABIONA, Taiwo; GUREJE, Oye. Suicidal behaviour in old age - results from the Ibadan study of ageing. In *BMC Psychiatry* 2013, 13:80 doi:10.1186/1471-244X-13-80. [cit. 2014-11-23]. Dostupný z <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/80>

ONDREJKOVIČ, Peter. a kol. *Sociálna patológia*. Bratislava : VEDA, 2009. ISBN 978-80-224-1074-8. Samovražednosť ako sociálnopatologický jav, s. 353-375.

OSVALDO, Almedia et al. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults 2012. In *The British Journal of Psychiatry*. 2012; 201, 466–472. [cit. 2015-01-27]. Dostupný z <http://bjp.rcpsych.org/content/201/6/466.full.pdf+html>

PATARÁK, Michal. Predikcia suicídia. In Černák P, Minárik P. a kol. *Samovražda: trendy súčasnej psychiatrie*. Bratislava : Grifis Print s.r.o., 2014, s. 83-95 ISBN 978-80-971682-0-9.

SPAR James E.; LA RUE, Aseneth. *Geriatrická psychiatria: stručný sprievodca*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2002. 239 s. ISBN 80-88952-13-1.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Administration on Aging. Preventing Suicide in Older Adults. In *Older Americans behavioral health*. 2012; 4. [cit. 2014-12-02]. Dostupný z http://www.sprc.org/library_resources/items/older-americans-behavioral-health-issue-brief-4-preventing-suicide-older-adu

SZANTO, Katalin. Special report: Suicidal behavior in the elderly. In *Psychiatric Times*, Dec 2003; XX(13)

VAN ORDEN, Kimberley A. et al., The interpersonal theory of Suicide. In *Psychol Rev*. 2010; 117(2): 575–600. [cit. 2014-11-14]. Dostupný z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20438238>

VAN ORDEN, Kimberley A.; CONWELL, Yeates. Suicides in late life. In *Curr Psychiatry Rep*. 2011; 13(3): 234–241. [cit. 2015-01-13]. Dostupný z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21369952>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *European Health for All Database*. [cit. 2015-01-24]. Dostupný z <http://data.euro.who.int/hfad/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Ženeva : World Health Organization, 2014. 89s. ISBN: 978 92 4 156477 9

WORLD HEALTH ORGANIZATION.Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Ženeva : World Health Organization, 2011. 18s. ISBN 978 92 4 150266 5

Kontakt

Michaela Kostičová, MUDr., PhD., MPH
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta v Bratislave
Univerzita Komenského v Bratislave
Sasinkova 2
813 72 Bratislava
e-mail: michaela.kosticova@fmed.uniba.sk

Vzťah stresu a psychoimunológie u vybraných chronických neinfekčných ochorení

Relation of stress and psychoimmunology by selected chronical non-infectious diseases

Veronika KITOŤÁ MAZALÁNOVÁ, Anna MAZALÁNOVÁ

Abstrakt

Príspevok charakterizuje vzťah stresu a psychoimunológie u vybraných chronických ochorení, najmä kardiovaskulárneho a nádorového ochorenia. Príspevok sa zameriava i na výklad a analýzu jednotlivých štúdií, ktoré prinášajú významné súvislosti stresu ako dôležitého psychosociálneho faktoru, ovplyvňujúceho genézu a progres ochorení.

Kľúčové slová

stres, imunitný systém, kardiovaskulárne ochorenia, nádorové ochorenia, životný štýl

Abstract

The paper characterizes relation of stress and psychoimmunology by selected chronical diseases, especially cardiovascular and tumor disease. Paper focuses on explanation and analyse of several studies, which bring significant connections of stress like an important psychosocial factor, which influence genesis and progress of diseases.

Key words

stress, immune system, cardiovascular diseases, tumour diseases, life style

1 Úvod

Stres je všeobecným fenoménom vzťahujúcim sa na všetky organizmy, samozrejme aj človeka, ktorý má významný vplyv na fyziologické reakcie, emocionalitu, adaptáciu, správanie sa a životný štýl. Už samotná definícia stresu je v literatúre značne široká. Hoffmann a Hochapfel (1999) charakterizujú stres ako nesúlad medzi vonkajším alebo vnútorným podnetom a možnosťami jeho normálneho spracovania. Výsledkom je silná reakcia, ktorá sa objavuje ako následok snahy o prekonanie, vyrovnanie sa s takýmito požiadavkami (Uhrová, 2007, podľa: Heretik, Heretik jr., 2007).

Stres sa často vymedzuje ako skutočné, alebo implicitne ohrozenie homeostázy organizmu. Nie je však pravdou, že akýkoľvek stres je nebezpečný, a že ideálnym je život bez stresu. V skutočnosti je istá intenzita stresu dôležitá a dokonca pre život i rast nutná. Existujú samozrejme rozdiely medzi patogénnym stresom, kedy prežívame subjektívne napätie negatívne - distress, a stresom pozitívnym, s príjemným emocionálnym zafarbením - eustres (Machačová, 1997). Z hľadiska praxe je dôležitý distress, pretože na rozdiel od eustresu má výrazne väčšiu zotrvačnosť a dlhotrvajúci vplyv na aktivačné systémy. Môže znižovať výkonnosť a dokonca ohrozovať naše zdravie (Selye, podľa: Macháčová, 1997).

Počas distresu, obvykle dochádza k fyziologickým reakciám, hlavne k zvýšeniu kortizolu (steroidný hormón, ktorý má imunosupresívny účinok), katecholaminy (napr. adrenalín, ktorý má naopak imunoaktivačný účinok) sú potláčané a imunitná reakcia je znížená. Pri eustrese jednotlivec vníma a hodnotí stresovú situáciu ako výzvu a prežíva ju stenicky. Pri tomto type stresu človek nachádza pocit uspokojenia a naplnenia, čo prispieva k zlepšeniu zdravotného stavu. Dochádza k zvýšeniu katecholaminu, kortizol je potlačený, imunitná reakcia je vyššia (Vymětal, 2003).

1.1 Selyeho koncepcia stresu

Približne pred 70. rokmi, jeden z objaviteľov fyziológie stresu Hans Selye, začal rozvíjať svoju koncepciu stresu ako tzv. všeobecného adaptačného syndróm (GAS), t.j. určitého nešpecifického súboru prejavov reakcie organizmu na akúkoľvek záťaž (Kern, Mehl et al. 1999).

Podľa Selyeho základnou súčasťou reakcie organizmu na záťaž je podráždenie určitej oblasti hypotalamu, v ktorej sa uvoľňuje chemický extrakt zapríčiňujúci, že hypofýza - žľaza, ktorá sa nachádza na spodine mozgu hneď pod hypotalamom, zvyšuje vylučovania ďalšieho extraktu, adrenokortikotropného hormónu. Tento hormón potom stimuluje kôru nadobličiek k tvorbe ďalších hormónov, kortikoidov. Najdôležitejšími z týchto hormónov sú glukokortikoidy, ktoré ovplyvňujú látkovú premenu glukózy a organických látok vôbec a majú i ďalšie závažné účinky (Zikmund, 1983).

Reakciou na stres sa organizmus pripravuje na prekonanie nebezpečenstva, mobilizuje svoje energetické zdroje, zvyšuje činnosť srdca, aktivuje procesy imunity organizmu, zvyšuje zrážavosť krvi a uvádza do pohotovosti ďalšie procesy zvyšujúce jeho schopnosť vyrovať sa s nárokmi, ktoré preň záťaž predstavuje (Křivohlavý, 1994).

Východiskom Selyeho záujmu o istú nešpecifickú reakciu organizmu na akúkoľvek záťaž boli jeho dve nasledujúce pozorovania (Hunt, 2000):

1. Prvým z nich bolo pozorovanie, ktoré ho upútalo ešte počas štúdií, že totiž ľudia s rozličnými chorobami vykazujú aj určité všeobecnejšie, spoločné príznaky, ktoré jednoducho vyplývajú zo skutočnosti, že sú chorí, trpia nechutenstvom, strácajú fyzickú silu, majú chorý výzor a pod.
2. Druhé z pozorovaní súviselo už s jeho vedeckovýskumnou prácou v oblasti endokrinológie. Pri hľadaní nového hormónu injikoval krysám istý tkanivový výťažok. Spozoroval u nich pravidelné zväčšenie kôry nadobličiek, zmenšenie týmu,

sleziny, lymfatických uzlín a iných lymfatických štruktúr a hlboké krvácajúce vredy na žalúdku a v hornej časti čriev. Odhalil, že extrakty z iných toxických substancií produkovali u kryš identické zmeny, tak ako ich produkovali aj ďalšie stimuly ako extrémna teplota, hluk, bolesť, epinefrín a zdroje infekcií.

Dnes vieme, že Selye pozoroval špičku ľadovca ochorení súvisiacich so stresom. Bol taktiež prvý, kto vytvoril túto teóriu (Joshi, 2007) :

- Telo má prekvapivo podobnú sadu reakcií na širokú škálu stresorov.
- Za určitých podmienok stresory človeku podlamujú zdravie.

Vzhľadom k informáciám, ktoré máme k dispozícii je jednoduché si predstaviť, ako nám spustenie stresovej reakcie pri psychickej záťaž škodí. Akcie, ktoré naše telo v rámci reakcie na stres vykoná, sú krátkozraké a nedostatočné. Postupy, ktoré telo vykonáva, aby účinne vyriešilo núdzovú situáciu, sú veľmi nákladné.

Ak mobilizujeme neustále energiu zo zásoby, nikdy sa nám nepodarí vytvoriť si rezervu. Omnoho rýchlejšie sa unavíme a privedieme si napríklad vyššie riziko cukrovky. Následky chronického prepínania kardiovaskulárneho systému sú obdobne nebezpečné. Dlhodobé potláčania imunitných funkcií môže byť príčinou iných vážnych ochorení. V neposlednom rade, rovnaké systémy mozgu, ktoré tak dobre fungujú pri strese, môžu byť zničené i skupinou hormónov uvoľňujúcich sa v priebehu stresovej reakcie a môžu viesť k nervovým ochoreniam ako napríklad depresia (Joshi, 2007).

1.2 Prejavy stresovej reakcie

Podľa Selyeho je vývin stresovej reakcie ako odpovedi na stresor zaradení do troch nasledujúcich fáz (Vymětal, 2003) :

- a) fáza poplachu (šoku a protišoku),
- b) fáza pokusu o zvládnutie stresoru (útok - útek),
- c) fáza vyčerpanosti organizmu (k rezignácii).

Ľudské reakcie na stresor, vrátane spôsobov jeho zvládania sú individuálne (odolávame mu určitými naučenými stratégiami), sprievodné prežívanie je pre človeka charakteristické a spravidla v ňom prevláda jedna z nasledujúcich možností (Vymětal, 2003):

- 1) Hnev - jednotlivci s tendenciou na stresor reagovať hnevom, vykazujú vyššiu produkciu noradrenalinu a testosteronu. Dochádza k zvýšeniu imunitnej odpovedi.

- 2) Úzkosť a strach - jedinci reagujúci na stresor týmito charakteristikami, vykazujú vyššiu produkciu adrenalínu a taktiež zvýšenú imunitnú odpoveď.
- 3) Depresia - u jedincov majúci tendenciu reagovať na stresor depresívne, teda pasivitou a odovzdanosťou, dochádza k zvýšeniu produkcie kortizolu a zníženiu produkcie testosteronu a teda ku zníženiu imunitnej reakcie.

Predchádzajúce vymedzené spôsoby reagovania, sú zároveň stratégiami riešenia záťažových situácií a môžu sa vzájomne prekrývať. Ich aplikácia závisí hlavne na tom, ako človek určitú situáciu vníma a hodnotí (vrátane jej anticipácie), ako sa mu ju darí udržať pod kontrolou a zvládnuť ju. Vnímanie, hodnotenie, teda kognitívne spracovanie, emocionálne sprievodné znaky i nasledujúce prežívanie sú do značnej miery dané predchádzajúcou skúsenosťou jedinca s totožnými analogickými situáciami (Vymětal, 2003).

Pokrok v psychologických diagnostických metódach odhalil vzťahy medzi osobnostnými faktormi, emóciami, životným štýlom, zdravím a niektorými ochoreniami. Napríklad pocit bezmocnosti, pasivity a depresie, snaha zvládnuť situáciu, ktorá je mimoriadne nepriaznivá a sociálna izolácia, to všetko sú psychosociálne stresory, ktoré môžu negatívne ovplyvniť naše zdravie (Kaplan, Sallis, Patterson, podľa: Šolcová, Kebza, 2006).

Progres v oblasti neuroimunológie, endokrinológie a fyziológie umožňuje kvalitatívnejšie porozumieť mechanizmom, ktoré zohrávajú rolu pri vzniku psychosomatických ochorení v súvislosti s nevládnutými stresovými reakciami. Allenov psychosomatický model stresu poskytuje pohľad do etiológie chorôb, ktoré súvisia so stresom (Allen, podľa: Macháč, Macháčová, 1991):

1. Prvým stupňom tohto modelu je stresor - podnet. Tento podnet musí byť zaregistrovaný a kognitívne ohodnotený ako ohrozujúci. Ak zhodnotíme danú situáciu ako stresor, to sa stane spúšťacím momentom pre ďalší stupeň modelu.
2. Druhým stupňom modelu je emocionálne vypätie. Môže to byť napríklad zlosť, nenávisť, strach, úzkosť a eufória. Základom psychosomatickej teórie je predpoklad úzkeho prepojenia medzi psychikou a telom. Toto prepojenie vedie k tomu, že na emocionálne vypätie sa naviaže fyzická mobilizácia, merateľná v zmenách aktivity vnútorných orgánov.
3. Posledným stupňom psychosomatického modelu je choroba. Ak psychogénne navodená zvýšená aktivačná hladina pretrváva dlho, vyústi do somatickej nerovnováhy. Podľa Selyeho koncepcie stresu, porucha vzniká v orgáne, ktorý je najzraniteľnejším miestom v organizme. V prípade zlyhávania imunitného systému

môže dôjsť k infekciám, nádorovým ochoreniam a postihnutiam i v kardiovaskulárnej oblasti.

2 Imunitný systém a stres

Vplyv stresu na imunitný systém je popri klasickom podmienovaní, oblasťou na ktorej možno mimo akýchkoľvek pochybností dokladovať psychologickú moduláciu imunity. Je známe, že vzťah medzi imunológiou a psychológiou resp. psychosomatickou a behaviorálnou medicínou je veľmi rozsiahli a má relatívne bohatú históriu.

Približne pred 20 rokmi došlo vo vývoji týchto vzťahov k určitému kvalitatívnemu prelomu, pod ktorého vplyvom možno hovoriť o konštituovaní novej oblasti základného a aplikovaného výskumu, psychoneuroimunológie. Za zakladateľa tejto samostatne vystupujúcej výskumnej oblasti je považovaný psychológ Robert Ader, ktorý rozpracoval koncepciu tohto smeru a vymedzil ako predmet regulačné vzťahy nervového a imunitného systému. Jeho úsilie, postupne podporované úsilím ďalších výskumníkov, pôsobiacich v tejto oblasti (napr. S. Locke, D. Colligan, W. Miltner, N. Birbaumer a ďalší) viedlo k rešpektovaniu psychoneuroimunológie ako smeru, ktorý je výrazne schopný obohatiť vedecké poznanie (Šolcová, Kobza, 1998).

S rozvojom poznania etiopatogenézy porúch zdravia narastá podiel autoimunitných ochorení, ktoré spôsobujú zníženie alebo poruchu funkcií jednotlivých zložiek imunitného systému. Ako príklad možno uviesť získaný imunodeficit (HIV), či nádorové ochorenia. Naopak u niektorých skupín chorých zohrávajú veľmi dôležitú úlohu neuropsychické faktory (Vymětal, 1997).

2.1 Vplyv stresu na imunitný systém

Evans et al., prišli s hypotézou, že imunitný systém sa správa rozdielne v reakcii na akútne a chronický stres. Pokiaľ čo akútne stresory v podobe denných udalostí (daily events), či každodenné spory (daily hassles), vedú k zvýšeniu činnosti imunitného systému, životné stresy (life stress), ktoré sú súčasťou denných udalostí za určité obdobie naopak vedú k zníženiu činnosti imunitného systému (Evans et al., podľa: Vymětal, 1997).

Chronický stres prakticky vždy spôsobuje supresiu viacerých imunitných funkcií, najmä antiinfekčnej a protinádorovej obrany. Medzi najťažšie psychické stresory patrí úmrtie životného partnera. Zistilo sa, že mortalita a morbidita vdovcov a vdou na infekčné a

nádorové choroby v prvom roku po strate ich partnera je výrazne zvýšená, osobitne u mužov a vo vekovej kategórii nad 65 rokov (Ferenčík, 2002).

Akútny stres pôsobí dvojakým účinkom, supresívne alebo stimulačne. Supresia sa prejavuje v merateľnom znížení niektorých funkcií, ako je napr. NK - aktivita, odpoveď periférnych lymfocytov na mitogény, produkcia IFN - g, tieto zmeny sú však krátkodobé a zvyčajne sa neprejavujú v následne zníženej celkovej kapacite imunitného systému (Hulín et al., 1998).

Pozorujú sa napr. u vysokoškolských študentov pred skúškami. Na druhej strane výsledkom akútneho stresu môže byť aj zvýšenie imunitných funkcií (napr. pri nepredvídateľných situáciách akým je zemetrasenie), ktoré však zvyčajne vyústia do oneskorenej imunosupresívnej fázy. Niektoré funkcie imunitného systému ako napr. aktivita neutrofilov, sa po krátkodobom mentálnom strese môžu zvýšiť bez následného zníženia (Dorian, Garfinkel, podľa: Ferenčík, 2002).

Hodnotenie vplyvu psychických faktorov na funkcie imunitného systému je pri klinických pozorovaniach veľmi zložitá, pretože pri ňom pôsobí množstvo premenných faktorov, ktoré môžu byť u každého jedinca odlišné. Novšie techniky, predovšetkým vývoj extrémne citlivých testovacích metód na meranie hladiny hormónov, poskytujú detailný obraz toho, čo sa deje s imunitným systémom pri stresovej reakcii (Joshi, 2007).

2.2 Vplyv negatívnych emócií na imunitný systém

Stres je komplexnou reakciou organizmu na fyzickú, či psychickú záťaž, ktorej úlohou je zaistiť optimálnu činnosť všetkých funkcií organizmu v nových podmienkach. Pri strese sa uplatňujú dve rôzne časové línie. Prvou, je rýchle zvládanie stresu (coping), ktoré je zaistené odpoveďou katecholamínov v dôsledku aktivácie sympato-adrenomedulárneho systému. Druhou časovou líniou je pomalšia obrana pred stresom (defense), ktorá súvisí s aktiváciou hypotalamo- hypofýzovo- adrenálneho systému.

Cieľom nasledujúcej štúdie, ktorá bola uskutočnená Křikavom, Dostálom, Balcarom, Yamamotovou a Rakytom v roku 2007, v Českej republike v Nemocnici v Pelhřimove bolo zistiť, ako sa odlišujú svojim emocionálnym prežívaním pacienti s malígnym (zhubným) a benígnym (nezhubným) ochorením pred a po oznámení ich diagnózy, a do akej miery psychický stav v období anticipačného stresu pred oznámením diagnózy ovplyvňuje zastúpenie hlavných podtypov lymfocytov v periférnej krvi u pacientov s benígnym a malígnym ochorením po oznámení diagnózy do 14 dní po operácii.

Súbor pacientov s malígnym ochorením sa skladal z mužov i žien postihnutých kolorektálnym karcinómom, alebo karcinómom prsníka. Analogickým spôsobom bola náhodne vytvorená druhá skupina chorých s benígnym ochorením.

Výsledky zastúpenia podtriad lymfocytov u pacientov s benígnou a malígnou diagnózou boli nasledovné: pacienti s malígnym ochorením mali pri vyšetrení bezprostredne po oznámení diagnózy vyšší počet leukocytov ako pacienti, ktorým bola oznámená diagnóza benígneho ochorenia. Po vyšetrení za 14 dní po operácii, nebol medzi týmito diagnostickými skupinami štatisticky významný rozdiel.

Rovnako hladina kortizolu bola po oznámení diagnózy významne vyššia u pacientov s benígnym ochorením ako u pacientov s malígnym ochorením.

Výsledky psychologických vyšetrení ukázali, že pacienti, ktorým bola oznámená diagnóza malígneho ochorenia, udávali vyššiu mieru smutnej, depresívnej nálady, ako pacienti s benígnym ochorením. Podobne udávali po oznámení diagnózy i väčšiu úzkosť a strach. Index celkovej negatívnej emócie bol korelovaný s kortizolom ako fyziologickým ukazovateľom prežívania stresu.

Pri celom súbore, sa ukázala slabá negatívna korelácia, medzi negatívne prežívanými emóciami a hladinou kortizolu po oznámení diagnózy. Naopak lymfocyty pozitívne korelovali so všetkými sledovanými položkami aktuálneho stavu: s úzkosťou, smútkom, hnevom a strachom.

Získané údaje, teda potvrdzujú hypotézu o súvislosti medzi malígnym onkologickým ochorením a citovým rozpoložením pacienta, obzvlášť s ohľadom na negatívne emócie strachu a smútku spojené s prežívaním stresu.

2.3 Depresia a pokles imunitného systému

Poznatky z psychoneuroimunológie ukazujú, že depresia a život v neustálom strese môžu meniť imunitnú funkciu (Fišar, Jiráček, 2001).

Depresívna symptomatológia je špecifický súbor osobnostného zloženia, prostredníctvom ktorej, dochádza k negatívnemu narušeniu psychických funkcií a procesov ovplyvňujúcich zdravotný stav.

Množstvo štúdií (napríklad R. W. Bartropa et al. z roku 1977, alebo práce Schleifera et al., z roku 1983), preukázalo vzťah medzi smútkom, odlúčením partnera, zmenami v činnosti imunitného systému a úrovňou morbiditu a mortality (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993).

Meta - anlyza štúdií zameraných na vzťah imunitných ukazovateľov a depresie, ktorú uskutočnili (Herbert a Cohen, podľa: Macháčová,1997) ukázala, že klinická depresia súvisí s poklesom činnosti imunitného systému. Zmeny boli výraznejšie u hospitalizovaných a starších pacientov. Vzťah medzi poklesom činnosti imunitného systému a hlbokou lineárnou depresiou bol lineárny.

Aj u aktuálneho psychického stavu s prevahou depresívnych pocitov, získali autori podobné výsledky ako pri klinickej depresii, t. j. zmeny v smere poklesu činnosti imunitného systému, jednalo sa ale o zmeny menšieho rozsahu (Cohen, Herbert, podľa: Macháčová,1997).

2.4 Psychoterapeutické ovplyvnenie imunitného systému

Podľa predpokladaného podielu, vplyvu imunitného systému na etiopatogenézu sa usilujeme o zosilnenie (napr. pri nádorových ochoreniach), či naopak o zníženie (napr. autoimunitných ochoreniach) imunitnej reakcie. Používané psychologické postupy možno rozdeliť na tie, ktoré predovšetkým ovplyvňujeme bezprostredne, priamo funkciou imunitného systému, a na tie, ktoré pôsobia na imunitný systém nepriamo (Durecová, podľa: Vymětal, 1997):

Priamy a bezprostredný vplyv je krátkodobý, spočívajúci predovšetkým v regulácii aktivácie organizmu. Patria sem relaxačné metódy, vrátane imaginácie, biologické spätné väzby, sugestívne postupy.

Nepriamy a sprostredkovaný vplyv na imunitný systém je skôr záležitosťou dlhodobou, uskutočňujúcou sa na psychickej úrovni, hlavne cez sebapoňatie, spôsoby prekonávania náročných životných situácií a prežívania.

Zo psychoterapeutických aktivít spadajúcich pod túto kategóriu, možno menovať autognostické postupy, nácviky aktívneho a produktívneho správania sa.

Pravdivejšie sebapoznanie, rovnako ako určité postupy kognitívno - behaviorálnej terapie, vedú k zmenám postojov, očakávaní, hodnotení udalostí a životného štýlu. Za veľmi podstatné je považovať poskytovanie psychologickej podpory prostredníctvom bezpečného a pevného psychoterapeutického vzťahu.

3 Stres a kardiovaskulárne ochorenia

Jednou z najzaujímavejších okolností problémov so srdcom je skutočnosť, že k náhlemu srdcovému infarktu mnohokrát dôjde pri extrémnom stresovom napätí. Môže to byť smrť niekoho blízkeho. Strata partnera v manželstve u mužov zreteľne zvyšuje nebezpečenstvo

infarktu. Vôbec osamelosť a nedostatok životného obsahu škodí srdcovým funkciám nadovšetko. V rozličných vekových skupinách sa zistilo, že ľudia v manželstve, mali nižšiu úmrtnosť na všetky príčiny smrti, ako žijúci sami, ovdovení alebo rozvedení (Křivohlavý, 1994).

V posledných rokoch sa venuje zvýšená pozornosť aj vplyvu emocionálnych záťaží na rytmus činnosti srdca. Uvádza sa množstvo údajov o vplyve emocionálneho napätia, úzkosti, strachu na zníženie prahu pre fibriláciu srdcových komôr. Záznamy elektrokardiogramov počas rôznych psychických záťaží u ľudí zaznamenávajú významné poruchy srdcového rytmu, ktoré môžu mať aj nenávratné následky (Weiner, 2003) .

Kardiológovia poukazujú na významnú skutočnosť, že náhla srdcová príhoda je extrémnou variantou akútnej stresovej situácie, ktorá spôsobuje srdcovú ischémiu násobenú ventikulárnou fibráciou alebo arytmiou. Pri ventikulárnej fibrácii sa srdcové komory správajú chaoticky a nečerpajú takmer žiadnu krv. Pri ventikulárnej arytmií je celková srdcová frekvencia veľmi nepravidelná (Hulín et al., 1998).

Ďalší prípad sa týka ľudí, ktorí dostali srdcový infarkt po oznámení radostnej udalosti alebo správy. Radosť a strach majú pochopiteľne odlišné účinky na rôzne časti organizmu, ale v kardiovaskulárnom systéme sa prejavujú približne rovnako. Búchanie na hrudi, hlasné výkriky, teda prehnané prejavy emócií, kladú na srdce podobné nároky a môžu chorému srdcu spôsobiť problémy. Je zjavné, že extrémna radosť spôsobí kardiovaskulárnemu systému rovnaké porušenie alostatickej rovnováhy ako extrémny stres (Joshi, 2007).

3.1 Psychologické faktory kardiovaskulárnych ochorení

Základný článok upozorňujúci na vzťah medzi vzorcom správania a kardiovaskulárnym nálezom vyšiel v roku 1959 (Friedman, Rosemman, podľa: Joshi, 2007). Treba však dodať, že správanie typu A má svoje korene už v druhej polovici 19. storočia v podobe pozorovaní nemeckého lekára von Dusché, ktorý poukázal na skutočnosť, že množstvo pacientov s ischemickou chorobou srdca vykazuje výrazné príznaky nadmerného zaujatia prácou a sebavedomého, dominantného hlasového prejavu.

3.1.1 Charakteristika správania typu A

Správanie typu A je úzko spájané so stresogennými situáciami. Existujú dôkazy o tom, že osoby s typom správania A prežívajú situácie v ktorých je ohrozená ich kontrola nad

situáciou, s intenzívnejším psychofyzologickým a neuroendokrinným sprievodom ako osoby s inými typmi správania (Glass et al., podľa: Šolcová, Kubza, 2006).

Po rokoch intenzívneho výskumu je charakteristika jedincov s prevažujúcim správaním typu A vymedzená v tom zmysle, že sa jedná o osoby bezpodmienečne smerujúce k dosiahnutiu cieľa za čo najkratší čas, bez ohľadu na prekážky. Výrazná orientácia na výkon a súťaživosť u týchto ľudí pravdepodobne umocňuje trvalé prežívanie nedostatku času a neschopnosť uvoľniť sa (Kandel, podľa: Šolcová, Kubza, 2006).

V niektorých ďalších štúdiách sa postupne potvrdila zhruba dvojnásobná úroveň rizika vzniku kardiovaskulárnych ochorení u mužov a žien s prevažujúcim typom tohto správania (Haynes, Feinleib, podľa: Šolcová, Kubza, 2006), avšak iné práce tento vzťah nepotvrdili.

Friedman a Rosenmanom, so spolupracovníkmi došli k záveru že, správanie typu A má tri pôvody (Rosemann, podľa: Šolcová, Kubza, 2006):

1. osobnostné a emocionálne charakteristiky jedinca typu A (hostilita, netrpezlivosť, ctižiadostivosť a pod.).
2. špecifické podnety z prostredia a percepčia týchto podnetov z prostredia jedincom.
3. vnútorné emocionálne zložky, stresory z vonkajšieho prostredia a interpretácia jednotlivca.

Správanie typu A u svojich nositeľov vedie k zvýšeniu reaktibility na reálne či vnímané ohrozenie jedinca a to je zjavne mechanizmus, ktorým je toto správanie asociované s prevalenciou a incidenciou ischemickej choroby srdечnej a so závažnosťou aterosklerózy u mužov a žien.

Koncepcia správania typu A a jeho vzťahu ku koronárnym ochoreniam má medzikultúrnú platnosť (Yoshimasu, podľa: Šolcová, Kubza). Veľmi zaujímavé sú tiež štúdie, ktoré opustili pole kardiovaskulárnych chorôb a zaujímajú sa napr. o ľudí, ktorí prekonali obrnu, či vzťah medzi správaním typu A u detí s hyperaktivitou.

Dlhodobu trvajúcu diskusiu o konštrukte správania typu A nepriniesli ani potvrdenia ani vyvrátenia jeho rizikových faktorov na vplyv kardiovaskulárnych ochorení (Suarez et al., Raeikkoenen et al., podľa: Weiner, 2003).

3.1.2 Osobnosť typu D

V súčasnej dobe je intenzívne skúmaný sklon ku kardiovaskulárnym ochoreniam u tzv. osobnosti typu D. Tento pojem pochádza od belgického psychológa Denolleta. Osoby typu D sú charakteristické tendenciou k prežívaniu negatívnych emócií a zároveň k tlmeniu expresie

týchto emócií v sociálnej interakcii. Jedná sa teda o kombináciu dvoch osobnostných charakteristík, tendencia prežívať negatívne emócie a tendencia k sociálnej inhibícii (Denollet, podľa: Šolcová, Kebza, 2006).

Posledné výskumy naznačujú, že typ D osobnosti lepšie vystihuje sklon ku koronárnym ochoreniam ako správanie typu A. Pedersenová a Denollet (podľa: Šolcová, Kebza, 2006) vo svojej štúdii zhrnuli doterajšie poznatky o vzťahu medzi typom D osobnosti a kardiovaskulárnymi ochoreniami. Došli k záveru, že osobnosti typu D sú vystavené štyri až takmer deväť krát väčšiemu riziku kardiovaskulárneho ochorenia. Podľa autorov je za to zodpovedná fyziologická hyperaktivita a aktivácia zápalov vyvolávaných cytokíninmi.

Ako negatívny afekt, tak sociálna inhibícia súvisia podľa Shera (podľa: Šolcová, Kebza, 2006) so zvyšujúcou odpoveďou kortizolu na stres. Zvýšený kortizol môže byť mediátorom vo vzťahu medzi osobnosťou typu D a zvyšujúcim rizikom kardiovaskulárneho ochorenia. Ľudia s typom D osobnosti majú podľa niektorých štúdií zvýšenú aktiváciu imunitného systému a zápalových procesov, čo môže predstavovať zvýšené zaťaženie ciev v srdci a v celom obehovom systéme.

4 Stres a nádorové ochorenia

O žiadnom inom ochorení neexistuje medzi ľuďmi toľko teórií a názorov ako o rakovine. Prvé zmienky o rakovine môžeme nájsť už v staroveku, kedy ju ako prvý opísali Galen a Hippokrates. Podľa nich bola rakovina spôsobená „čiernou žlčou“ alebo „melanchóliu“, chápali ju teda ako duševnú nerovnováhu jedinca. Dnes rakovinou súhrnné označujeme najrôznejšie formy malígnych procesov, ktoré majú rôzne prognózy a pravdepodobne rozdielne príčiny a vznik (Tschuschke, 2004).

Príčiny vzniku malígnych procesov, sú i dnes napriek rozsiahlym a intenzívnym výskumom pomerne neznáme, avšak v súlade s množstvom vedeckých poznatkov, musíme hovoriť o multifaktorovom vzniku tohto ochorenia. Na vzniku rakoviny kumulovane alebo interaktívne pôsobí vplyv životného prostredia (žiarenia, vírusy, karcinogény), psychosociálne faktory (stres, vzorce správania), imunologické, endokrinne a genetické faktory (Húnry, podľa: Tschuschke, 2004).

Výskumy podporujú tvrdenia, že miera stresu a kvalita zdravia sú vzájomne prepojené. V oblasti nádorových ochorení, však tieto vzťahy ešte nie sú objasnené (Spiegel, podľa: Weiner, 2003).

Vplyv stresových životných zmien na vývoj nádorového ochorenia skúmali dve prospektívne štúdie. Forsén (podľa: Weiner, 2003) uskutočnil rozhovory s 86 pacientkami s rakovinou prsníka, ktoré boli po operácií. Rozhovor sa týkal stresujúcich životných udalostí, ktoré pacientky zažili v priebehu 12 mesiacov pred operáciou a ďalej skúmal zdravotnú dokumentáciu pacientok po 7. až 9. roku po operácii. U žien, ktoré udávali viac stresujúcich životných udalostí sa vyskytovalo zvýšené riziko recidívy, a dokonca zvýšené riziko úmrtia na rakovinu.

Ďalším významným prediktorom recidívy na úmrtia na rakovinu bola príslušnosť k určitej sociálnej vrstve. Príslušnosť k nižšej sociálnej vrstve bola spojená s nižším počtom intervalov bez ochorenia ako nižším počtom tých, ktorí prežili. Tieto výsledky ostali nezmenené i potom, čo autor skontroloval klinické fakty.

Na rozdiel od toho nenašli Barraclough et al. (podľa: Weiner, 2003) vo svojej prospektívnej štúdii s 204 pacientkami s rakovinou prsníka žiadny vzťah medzi závažnými životnými udalosťami a rizikom recidívy. Výsledky štúdií prospektívneho charakteru sú všeobecne považované za dôveryhodnejšie ako retrospektívne vyšetrenia.

Weisman a Worden (podľa: Tschuschke, 2004), hovoria o tzv. emocionálnom strese, ktorý je skôr dôsledkom ťažkého pôvodného ochorenia ako príčinou jeho rýchleho postupu. Napriek tomu, že výskumy nedokazujú jasný vzťah medzi intrapsychickými premennými a progresiou nádorového ochorenia, údaje hovoria o tom, že veľký výskyt stresu, hlavne z dôvodov somatických symptómov, môže do určitej miery predpovedať úmrtnosť.

Spiegel (podľa: Weiner, 2003) na podklade empirických štúdií naznačuje, že priama súvislosť medzi stresom a vznikom, prípadne vývojom rakoviny ešte nemôže byť jednoznačne identifikovaná, napriek tomu, že dôkazy podporujúce predpoklad o vzťahu medzi oboma aspektmi stále pretrvávajú. Jedným z problémov výskumu je, že pacienti nie sú povzbudzovaní, aby uskutočňovali zhodnocovanie životných udalostí alebo situácií. Je možné, že u ľudí, ktorí svoju prácu, svoj stav, alebo smútok neprežívajú ako stresujúci, nemá tento fakt nepriaznivý účinok na ich zdravie.

4.1 Osobnosť typu C

Pri koncepcii C typu osobnosti je dominantnou charakteristikou rizikových vlastností osobnosti sklon k popieraniu a potláčaniu emócií, hlavne negatívnych, silné prežívanie straty blízkej osoby, ďalej prehnaná ochota, nekonečná trpezlivosť a podriadenia vlastných potrieb potrebám ostatných (Grossarth-Maticek et al., Dreher, podľa: Weiner, 2003).

Pre rozpracovanie problematiky vzťahu správania a zdravia boli veľmi podnetné výsledky prospektívnych štúdií, uskutočňovaných na prelome 70. a 80. rokov 20. storočia Eysenckom a jeho spolupracovníkmi. Prvá štúdia bola realizovaná v malom meste Crevence, v bývalej Juhoslávii, ďalšie dve v meste Heidelbergu.

Tieto štúdie sledovali vybrané vzorky populácie viac ako desať rokov, registrovali údaje o stresogenných udalostiach, osobnostných vlastnostiach probandov, ale tiež dáta, týkajúce sa pitia, fajčenia, prekonaných ochorení. Medzi hlavné zistenia, získané z výsledkov týchto štúdií, patrí konštatovanie, že v populačných skupinách s vyššou úrovňou stresorov sa objavila mortalita o 40% vyššia ako v skupinách menej stresovaných.

Prejavili sa tu tiež rozdiely medzi dôsledkami akútneho a chronického stresu, avšak s celkom odlišnými závermi, ako vo väčšine iných štúdií. Zatiaľ čo akútny stres mohol viesť podľa výsledkov uvedených štúdií k potlačeniu činnosti imunitného systému a tým napomáhať vzniku a rozvoju nádorových ochorení, chronický stres mohol pod podmienkou jeho úspešného zvládania pôsobiť ako činiteľ zvyšujúci odolnosť voči týmto ochoreniam (Grossarth-Maticek, Bastiaans, Kanazir, podľa: Weiner, 2003). V rámci ďalších analýz výsledkov týchto štúdií (Grossarth-Maticek, Eysenck, 1990) koncipoval následne tento tím spolupracovníkov špecifickú osobnostnú typológiu vzťahujúcu sa k dvom typom ochorení, k ICHS a nádorovým ochoreniam. Ich typológia zahŕňa štyri osobnostné typy:

1. Prvý typ osobnosti na situáciu straty blízkej osoby alebo významnej hodnoty reaguje pocitom bezmocnosti, zúfalstva a depresie. Potláča svoje emócie. Tento typ je podľa autorov predisponujúci pre vznik a rozvoj nádorových ochorení.
2. Druhý typ je nadmerne výbušný, disponuje vysokou iritabilitou. Na neúspech reaguje hostilitou a agresiou. Tento typ je náchylný k rozvoju ISCH a zodpovedá charakteristikám správania typu A.
3. Tretí typ je nazývaný nejasným či ambivalentným, pretože v charakteristikách jeho prežívania a správania sa objavujú prejavy prvého a druhého typu striedavo. U osôb tohto typu sa objavili prípady úmrtia na jednu z hore uvedených ochorení.
4. Posledný typ charakterizuje zdravú, autonómnú osobnosť bez vzťahu k uvedeným ochoreniam.

Austrálska prospektívna štúdia kolektívu Priceovej mala ako súbor 541 žien, ktoré podstúpili mamografiu. Pred vyšetrením im boli administrované psychologické dotazníky, zamerané na vlastnosti typu osobnosti C. Štúdia nepotvrdila väzbu medzi psychologickými faktormi charakterizujúcimi osobu typu C a rakovinu prsníka. Výskumníci však našli vysoko

významný vplyv interakcie negatívnych životných udalostí a nedostatok emocionálnej sociálnej opory na vznik karcinómu prsníka. Riziko vzniku karcinómu bolo u týchto osôb deväťkrát vyššie v porovnaní s ostatnými (Šolcová, Kebza, 2006).

Pri výskumoch osobnostného typu, ktorý je predisponovaný k nádorovému ochoreniu, sa jedná o stereotypnú typológiu, pri ktorej je potrebné vziať do úvahy extrémnu charakteristiku, ktorá nepopisuje normálnu, alebo priemernú osobnosť, ale iba elementy spôsobu správania (Weiner, 2003).

4.2 Sociálna opora

Sociálna opora, respektíve sociálna izolácia ako množstvo výskumov naznačuje je to, čo zvyšuje riziko úmrtnosti u všetkých možných ochorení. House et al. (podľa: Tschuschke, 2004) na podklade viacerých štúdií poukazujú na fakt, že sociálna izolácia súvisí s dvojnásobne zvýšením rizikom úmrtia na akékoľvek ochorenie.

Skutočnosť, že sociálna izolácia zvyšuje riziko úmrtnosti, je dobre potvrdená, existujú však náznaky, že sociálna izolácia môže byť taktiež spojená so špecifickým priebehom nádorového ochorenia. Goodwin et al. zistili, že ženatí pacienti, alebo vydaté pacientky s rakovinou vykazujú signifikantne lepšie šance na prežitie ako slobodní pacienti.

Ell et al. (Weiner, 2003) skúmali vzťah medzi sociálnou oporou a šancou na prežitie u rakoviny prsníka, kolorektálneho karcinómu a rakoviny pľúc. Z 294 pacientov ich 74 zomrelo. Väčšina z tých, ktorí zomreli mala rakovinu prsníka, alebo kolorektálny karcinóm. Títo výskumníci zistili, že emocionálna opora v skorom štádiu ochorenia mala kladný vplyv na prežitie pacientov. To sa však potvrdilo, len v rámci jedného z troch typov opory. Všeobecne adekvátne vnímaná opora pozitívne korelovala s prežitím. Neplatí to ale pre rodinný stav a rozsah sociálnej integrácie. U žien s rakovinou prsníka vykazuje rodinný stav a vnímanie sociálnej opory pozitívny vzťah k prežitiu. Naopak neplatí to pre sociálnu integráciu. V pokročilom štádiu ochorenia sa u pacientov s rakovinou pľúc ani u pacientov s kolorektálnym karcinómom žiadny podobný vzťah nevyskytuje.

Imunologické a psychologické parametre skúmal Levy et al. (podľa: Tschuschke, 2004), u 90 žien s rakovinou prsníka približne päť dní po operácií. Medzi vybranými psychosociálnymi parametrami bola prežívaná sociálna opora okolia, predovšetkým od členov rodiny. Výskumníci sledovali pacientky v priebehu piatich rokov. Počas tejto doby prišlo u 29 žien k recidíve. Najlepším prediktorom recidívy bola aktivita NK - buniek (prirodzených zabíjačov). Sociálna opora sa nepreukázala prediktorom recidívy. Autori však zdôrazňujú, že

merítka sociálnej opory nebolo dostatočne precízne, čo môže znamenať, že sociálna opora, ktorú ženy zažívali, nebola postačujúco zaznamenaná.

Existuje mnoho štúdií, ktoré dokazujú, že sociálna opora má pozitívny vzťah k prežitiu rakoviny napriek tomu, že tento vzťah zostáva v jadre neobjasnený a vyžaduje ďalšie skúmanie. Rovnako by bolo vhodné skúmať sociálnu oporu spoločne s prežívaním stresu, pretože sociálne kontakty môžu ovplyvniť zdravie tým, že likvidujú následky stresu (Spiegel podľa: Tschuschke, 2004).

Záver

Stres ako univerzálny fenomén, má svoju dlhú históriu, ktorá siaha do prvej štvrtiny dvadsiateho storočia. Cannon pri svojom koncepte núdzovej reakcie „útok, alebo útek“, položil základy na ktorých princípe, stojí zachovanie rovnováhy- homeostázy jednotlivca.

V dnešnej dobe s množstvom stimulov, informácií a nárokov kladených na človeka môžeme konštatovať, že často dochádza práve k vychýleniu tejto rovnováhy, a nastupuje oslabenie imunity, čo spôsobuje citlivosť na rôzne ochorenia.

Na podklade množstva štúdií je preukázané, akým významným podielom stres ovplyvňuje psychickú i somatickú stránku ľudského bytia. Chápeme ho ako jeden z možných psychosociálnych faktorov, ktorý sa podieľa na vzniku a priebehu viacerých ochorení.

Mnohé štúdie sa zhodujú v záveroch, že stres je jedným z faktorov, ovplyvňujúcich priebeh ochorenia v spolupôsobení s ďalšími psychosociálnymi faktormi. Záverom treba dodať, že výskum v tejto oblasti pokračuje aj napriek nejednoznačným zisteniam, ktoré sú spôsobené zložitou danou problematikou.

Literatúra

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993. s. 368. ISBN 80- 7169-031-7.

FERENČÍK, M. Funkčné vzťahy medzi imunitným a neuroendokrinným systémom. In *Astma a alergia z rôznych aspektov*. Litomyš, 2002, s. 49-56.

FIŠAR, J., JIRÁK, R. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. s. 316. ISBN 80- 247- 0061-1.

HULÍN, I. et al. *Patofyziológia*. 5. aktualizované vyd. Bratislava: SAP, 1998. s. 1140. ISBN 80- 88908-07-8.

- HUNT, M. *Dejiny psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 708. ISBN 80- 7178-386-2.
- JOSHI, V. *Stres a zdravie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 160. ISBN 978- 80- 7367-211-9.
- KERN, H., MEHLOVA, CH. et al. *Přehled psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 296. ISBN 80- 7178- 240-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. s. 192. ISBN 80- 7169- 121-6.
- MACHAČOVÁ, M. Stres, rekuperace a kontrola stresu. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, 1997, roč. 41, č. 2, s. 139- 146.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Psychoneurominologie a zvládání stresu. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, 1998, roč. 42, č. 1, s. 32-41.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Typy správania, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, 2006, roč. 50, č. 5, s. 419-430.
- TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 216. ISBN 80- 7178-826-0.
- UHROVÁ, E., D. 2007. Psychosomatika. In HERETIK, A., HERETIKA, A. jr. et al. *Klinická psychológia*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. s. 814. ISBN 978- 80- 89322-00-8.
- WEINER, I., B. *Handbook of psychology- Health psychology*. Academic press, 2003. s. 691. ISBN 0- 471- 38514-X.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 400. ISBN 80- 7178-740-X.
- VYMĚTAL, J. Psychické procesy, imunita a psychoterapie. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X. 1997, roč. 42, č. 2, s. 163- 170.
- ZIKMUND, V. *Choroby z civilizácie?*. 1. vyd. Bratislava: VEDA, 1983. s. 219. ISBN 71- 058-83.

Kontakt

Veronika Kitová Mazalánová, Mgr. PhD.
 Katedra andragogiky, FiFUK
 Gondová, P.O.BOX 32 , 814 99 Bratislava
veronika.mazalanova@uniba.sk
 mobil:0948600197
 Anna Mazalánová, Doc. PhDr. PhD. MPH.
 Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK
 Špitálska 24, 813 72 Bratislava
annamazalanova@gmail.com
 mobil:0902219735

Kvalita života pacientů s chorobami vlasů

The Quality of Life of the Patients with Hair Disorders

Jana ZÍMOVÁ, Pavlína ZÍMOVÁ

Abstrakt

Ztráta vlasů je v životě lidí – potencionálních pacientů negativním elementem. Nadměrný výpad vlasů pacienty stresuje, psychicky zatěžuje, způsobuje ztrátu sebevědomí, realizuje destrukci duševní pohody a sebeúcty. Pro trichologická onemocnění je symptomatická dlouhodobá patologie. Výše uvedená onemocnění neohrožují striktně pacienty na životě, ale jsou z jejich perspektivy reflektovány markantně. Specialisté – dermatologové – trichologové realizují léčbu pacientů koncipovanou na důvěře, informovanosti a kooperaci v perspektivním časovém horizontu.

Klíčová slova

choroby vlasů, zdravý životní styl, alopecie, defluvium, psychosociální funkce vlasů

Abstract

The loss of hair of the potential patients is in the people's life one of the negative element. Losing a large amount of hair stresses the patients, burdens them, makes them the loss of self-assurance, realises the destruction of psychological well-being and self-respect. For the hair disorders diseases there is a long lasting symptomatic pathology. The diseases mentioned above they are the diseases which don't strictly endanger the patients on their lives but they are reflected from their position very prominently. The dermatological specialists – the trichologists, they realise the treatment of the patients drafted on the trust, information and cooperation in the prospective horizon of time.

Key words

hair disorders, healthy life style, alopecia, defluvium, psychosocial function of hair

Strukturování problematiky

V současné době jsou nároky na fyzickou image osob markantní. Kvalitní kštiny se svébytným způsobem podílí na atraktivitě subjektu. Upravený zevnějšek při prvním kontaktu nonverbálně prozradí mnohem více, než to, co je sdělováno verbálně. Lepší uplatnění ve společnosti, na trhu práce a ve vztazích mají lidé s mladou, svěží a čistou pletí bez jizev a vrásek, s hustými, zdravými a upravenými vlasy, kosmeticky ošetřenými nehty a hebkou kůží na dlaních rukou. Některé kožní choroby (např. acné vulgaris, alopecia areata) zanechávají jizvy nejen na kůži, ale i na duši. (Brychta, Stanek, 2014, s. 27) Počet pacientů s vlasovými problémy v ambulancích dermatologů se zvyšuje. Výpad vlasů negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů. WHO (World Health Organization) definovala kvalitu života takto: „kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (WHO, 1994)

Alopecie (lat. alōpēcia, ae, f., pleš, plešatost, holohlavost) jsou chorobná ložiska bez vlasů, které vznikly procesem vypadávání vlasů – effluviem/defluviem. Alopecie dělíme na

difúzní nebo ohraničené. Kůže v alopetických ložiscích může být nepostižená nebo postižená zánětem, který vede k atrofii až trvalému zajižvení. K nejčastějším typům alopecie patří alopecia areata (ohraničený výpad vlasů/vousů), alopecia praematura (předčasný výpad vlasů), alopecia senilis (senilní, stařecký výpad vlasů), alopecia symptomatice (doprovází různá interní onemocnění). Alopecia syphilitica (příjičná alopecie) je vzácná, ale musíme na ni pomyslet v diferenciální diagnostice chorob vlasů a kštice.

Vlas prochází tzv. vlasovým cyklem. Rozlišujeme 3 fáze vlasového cyklu: anagen (aktivní, růstová fáze, trvá 3 – 7 let), katagen (stop nebo těž přechodná fáze, trvá 2 – 4 týdny), telogen (výpad vlasů, trvá 2 – 4 měsíce). V roce 2002 byl uveden Reborou a Guarrerou do trichologického povědomí nový pojem týkající se vlasového cyklu – kenogen (4. fáze). Ten byl pozorován při fototrichogramu jako „prázdnota“ vlasového folikulu při teloptóze (pozn. teloptóza – výpad telogenních vlasů). Slovo kenogen je odvozeno z řeckého slova: kappa-epsilon-nuóvar-sigma a znamená prázdný („empty“). (Rebora, Guarrera, 2002, s. 108 – 110) V ambulantní praxi se setkáváme jak s nejizvícími, tak s jizvícími alopecie. Mezi nejčastěji diagnostikované nejizvící alopecie patří alopecia areata, alopecia androgenetica (mužský a ženský typ), trichotillomania a psychogenní pseudoeffluvium. Jizvící alopecie reprezentují tyto diagnózy: folliculitis decalvans capilitii (Zímová, Pock, 2012, s. 26 – 28), lichen planopillaris, sklerodermie „en coup de sabre“, chronický diskoidní lupus erythematodes a perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Specifickou klinickou jednotku představuje pseudopelade Brocq (alopecia cicatrisata). Termín „pseudopelade“ poprvé použil v r. 1888 Louis Anne Jean Brocq (1856 – 1928) k popisu „jedinečné formy“ jizvící alopecie podobající se „alopecia areata“. Pelade znamená francouzsky alopecia areata. Výše uvedenou jednotku můžeme reflektovat ze dvou pohledů. Je to jedinečná klinická entita nebo klinická varianta rozličných forem jizvící alopecie? Německá škola zahrnuje všechny typy zánětlivých jizvících alopecií do skupiny „pseudopelade“. Americká škola nahlíží na tuto jednotku jako na „diagnosis of exclusion“, „to the exclusin of everything else,“ tedy diagnóza na úkor všeho ostatního.

Pacienti s trichologickou problematikou disponují pluralitou dotazů (neodborných informací, doporučení, stanovisek, perspektiv). Níže demonstrujeme pouze „zlomek“ dotazů pacientů s chorobami vlasů. S akcentem na výše uvedené je žádoucí si uvědomit, že odborné znalosti i terapeutické postupy specialistů – dermatologů – trichologů jsou v rámci reflektované problematiky limitovány.

Mezi příklady frektventovaných otázek pacientů s chorobami vlasů náleží otázky typu:

Co je příčinou mého výpadu vlasů?

Vypadávají mi vlasy i s vlasovými cibulkami?

Jakým přístrojem mi můžete vyšetřit vlasové cibulky?

Jaký typ šampónu mám používat při mytí vlasů?

Má časté mytí vlasů negativní vliv na jejich kvalitu?

Můžete mi doporučit masáže hlavy pro stimulaci růstu vlasů?

Jakým způsobem ovlivňuje barvení výpad vlasů?

Jaký vliv má trvalá na výpad vlasů?

Rovněž uvádíme pluralitu otázek, které reflektují dermatologové:

Proč přichází pacient k dermatologovi s výpadem vlasů?

Co signalizuje výpad vlasů?

Co pacient od dermatologa vlastně očekává?

Byl vyšetřen lékařem prvního kontaktu?

Byl proveden základní laboratorní screening?

Co všechno můžeme/máme jako dermatologové vyšetřit?

Lékař by měl pacientovi stanovit diagnózu, vhodný terapeutický postup a frekvenci kontrol s perspektivou dlouhodobého sledování a zlepšení stavu. Vliv trichologických onemocnění na kvalitu života pacientů je evidentní. Vlasy koncipují ženskou i mužskou atraktivitu a sexualitu. Pro trichologická onemocnění je symptomatická dlouhodobá patologie. Výše uvedená onemocnění jsou z perspektivy pacientů reflektována markantně, i když je striktně neohrožují na životě.

Pacienti s chorobami vlasů kompenzují svá onemocnění prostřednictvím strategií, které níže uvádíme v přehledu.

Výpad vlasů – strategie:

1) KOMPENZACE

- tělesná vylepšení (vousy, kníry, změna stylu v oblékání, nový styl účesu)
- formování postavy (sportovní aktivity, trénink)

2) UTAJOVÁNÍ ZTRÁTY VLASŮ (maskování → eliminace negativního image těla)

- pokrývky hlavy, paruky, vyholení hlavy, realizace tzv. „přehazovaček“
- realizace tzv. „efektů mokrých vlasů“ prostřednictvím gelů, vlasových gum, pudrů...atd.

3) AKTIVITY REFLEXE VLASTNÍHO VZHLEDU

- zvýšená kontrola (sebekontrola) nebo úprava účesu před zrcadlem

- zjišťování informací – „jak mě reflektují ostatní“

Existuje pluralita dotazníků pro hodnocení ztráty vlasů pacientů. Lékaři je mohou využívat jako informační instrumenty nebo jako klinické nástroje pro monitorování onemocnění (progres, prognózy, cíle, strategie terapie). Dotazníky zahrnují okruhy otázek zaměřených na reflexi vlastního vzhledu, mezníky léčby, grafické znázornění ztráty vlasů ve kštici, žádoucí výsledky léčby, perspektivy léčby (výhledy, záměr), časový horizont léčby trichologických onemocnění (týdny – měsíce).

Originální dotazník akcentovaný na vlasovou problematiku sestavily Mgr. et Mgr. Pavlína Zímová a doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc. (Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně, ČR). Dotazník má celkem 130 otázek a vyplňuje jej samotný pacient.

Dotazník zahrnuje otázky:

- obecné

(otázky zaměřené na demografické údaje, výběr vlasové kosmetiky, finanční prostředky vynaložené na koupi vlasové kosmetiky a úpravu vlasů, barvu vlasů, typy vlasů, doplňky image vlasů, barvení vlasů, fénování vlasů...)

- speciální

(otázky zaměřené na užívání doplňků stravy, kouření, konzumaci alkoholu, redukční dietu, anamnestické údaje, alergie, kožní choroby ve kštici, biopsie, spolupráce se specialisty...)

- otázky jen pro ženy

(otázky zaměřené na výpad vlasů po porodu, poruchy menstruačního cyklu, hormonální léčbu, nadměrné ochlupení těla, grafická znázornění výpadu vlasů...)

- otázky jen pro muže

(otázky zaměřené na grafická znázornění výpadu vlasů, sportovní aktivity, doplňky stravy...)

- celkové zhodnocení dotazníku z pozice pacienta

(hodnocení, připomínky, náměty, podněty, perspektivy)

Úprava vlasů patří ke každodenním „zautomatizovaným činnostem“ – rituálům. Vlasy lze upravovat podle individuálních potřeb (barva, střih, image, vizuální úprava vlasů ve 3D – tzv. „revoluce na hlavě“). Ztráta vlasů může na potencionální pacienty/léčené pacienty negativně působit v perspektivách sociálních a subjektivních akceptací. Na závěr můžeme konstatovat,

že: „Lékaři, kteří léčí lidi se ztrátou vlasů nebo jinými stavy poškozujícími vzhled, mohou přinášet prospěch ze znalostí vědecké literatury o pojetí tělesného vzhledu. Ztráta vlasů má bezprostřední účinky na tělesný vzhled, na vnímání jedince, myšlení, pocity a jednání ve vztahu k jejich tělesnému vzezření. Pro některé jedince nicméně toto zhoršení tělesného vzhledu může střídavě podkopávat sebeúctu a kvalitu života.“ (Arenberger, 2002, s. 104).

Literatura

ARENBERGER, Petr. *Klinická trichologie: nemoci vlasů a nové trendy v jejich léčbě*. Praha : Maxdorf, 2002. 192 s. ISBN 80-85912-87-02.

BRYCHTA, Pavel, STANEK, Jan. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha : Grada, 2014. 352 s. ISBN 978-80-247-0795-2.

KVALITA ŽIVOTA – definice WHO, 1994.

REBORA, Alfredo, GUARRERA, Marcella. Kenogen. A new phase of the hair cycle. In: *Dermatology*. ISSN 1346-8138, 2002, 205, 2, s. 108 – 110.

ZÍMOVÁ, Jana, POCK, Lumír. Folliculitis decalvans capillitii. In: *Dermatologie pro praxi*. ISSN 1802-2960, 2012, 6, 1, s. 26 – 28.

Kontakt

MUDr. Jana Zímová
Dermatovenerologie
Fakultní nemocnice Ostrava (Oddělení kožní)
17. listopadu 1790
Ostrava – Poruba
708 52 Ostrava, CZ
Česká republika
zimovajana@atlas.cz

Formovanie životného štýlu podporujúceho zdravie u detí a dospelých

Forming the lifestyle to support the health of children and teenagers

Eva DOBIÁŠOVÁ, Ivana VOJTEKOVÁ

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá otázkami výchovy k zdraviu o detí a dospelých. Upozorňuje na niektoré špecifické problémy súčasného chápania zdravia a zdravého životného štýlu. Tiež upozorňuje na významný vplyv médií pri informovaní o otázkach zdravia a zdravého životného štýlu. Poukazuje na niektoré výsledky realizácie preventívneho edukačného programu a štúdie zameranej na návyky životného štýlu u detí a dospelých.

Kľúčové slová

Zdravie. Životný štýl. Výchova k zdraviu. Preventívny program. Deti a dospelí.

Abstract

The aim of the article is to analyse the problem of the health-education of children and teenagers. The article focuses on the specific problem of today's perception of health and healthy lifestyle and discusses the influence of media on the awareness of those key health-related topics in the society. Furthermore, it presents a number of results from a preventative-educational program and empirical research, carried out across elementary and grammar schools in Bratislava, devoted to the habits of children and teenagers in relation to their lifestyle.

Key words

Health-education. Lifestyle. Health-education. Preventative program. Children and teenagers.

Úvod

Existencia rôznorodých dôsledkov a problémov súvisiacich s globalizáciou je dlhodobo diskutovaná v odbornej i laickej verejnosti. Nedostatočne sa pritom prezentujú rôzne formy ich vplyvu na zdravie jednotlivcov a sociálnych skupín. Podmienky života kladú vysoké nároky na jednotlivca, na jeho výkon a tiež na schopnosť adaptácie na zmeny. Vývojové trendy v zdravotnom stave obyvateľstva u nás za posledných desať rokov naznačujú zvyšovanie potreby aktívneho prístupu k ochrane vlastného zdravia. Mnohé odporúčania pri chronických neinfekčných chorobách akcentujú zainteresovaný prístup jednotlivca k vlastnému zdraviu (Hégyi - Rovný 2008). V tomto kontexte vystupuje do popredia význam životného štýlu podporujúceho zdravie. Podľa Libu (2008, s. 54) je zdravie „*funkčné optimum všetkých životných prejavov človeka umožňujúce pozitívnu reakciu na zmeny a výzvy života*“. Zvyšuje sa význam a postavenie výchovy k zdraviu pri formovaní návykov zdravého životného štýlu. Životný štýl predstavuje individuálny a jedinečný spôsob usporiadania prvkov, ktoré ho tvoria. Podľa Jurkovičovej (2005) je životný štýl správanie sa človeka, základom ktorého je vzájomné spolupôsobenie životných podmienok, sociálno-ekonomických faktorov a osobnostných vlastností jedinca. K základným prvkom zdravie

podporujúceho životného štýlu patrí proporcionálny pomer fyzickej a psychickej záťaže, dostatočná pohybová aktivita, racionálna výživa, harmonické vzťahy medzi ľuďmi a zodpovedné správanie sa vo vzťahu k zdraviu. Jednoznačne k zdravému životnému štýlu patrí eliminácia škodlivých návykov, ako je fajčenie, nadmerné pitie alkoholu, zneužívanie liekov, nelegálnych drog a i. Postoje k zdraviu a základné návyky životného štýlu si jedinec prenáša z detstva do obdobia dospelosti. V období dospievania sa mnohé návyky a postoje prispôsobujú vzťahom s vrstovníkmi a negatívne prejavy sú často snahou identifikovať sa s vrstovníckou skupinou.

Edukačný program pre deti a dospievajúcich

V roku 2010 sa začala spolupráca medzi Ústavom sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK v Bratislave a Ligou proti rakovine SR pri realizácii preventívne zameraného edukačného programu, ktorý úspešne pokračuje už piaty rok. Program nadväzuje na predchádzajúce aktivity Ligy proti rakovine v oblasti prevencie a edukácie. Orientuje sa na výchovu k zdraviu a prevenciu onkologických ochorení zacielenú prednostne na mladých ľudí. Autorky príspevku, ktoré sú odbornými asistentkami Ústavu sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, sa na podieľajú na kreovaní obsahu preventívneho programu a samotnú edukáciu tiež realizujú. Cieľom edukačného programu je zlepšiť informovanosť o otázkach zdravia v súčasnom zložitom období, kedy médiá prinášajú množstvo informácií o zdraví v rôznej kvalite a často s komerčným zámerom. Cieľom programu je podporiť mladých ľudí, aby sami aktívne hľadali informácie, cielene menili svoje správanie sa tak, aby podporovalo ich zdravie. Základnou cieľovou skupinou sú deti a dospievajúci pred dosiahnutím dospelosti. Sú to mladí ľudia vo veku, v ktorom rodičia majú podstatne menšiu možnosť ovplyvňovať jednotlivé zložky životného štýlu svojich detí. Program je určený žiakom druhého stupňa základných škôl a študentom stredných škôl v Bratislavskom kraji. Obsah preventívneho programu sa vyvíjal postupne. Základom prednášok bol problematika zdravého životného štýlu a orientácia v jeho jednotlivých prvkoch. Druhá téma „Fajčenie a zdravie“ reaguje na významný rizikový faktor onkologických ochorení. Ako potvrdzujú štatistiky výskytu tohto negatívneho javu, prvé skúsenosti s fajčením sú početné práve v období dospievania (Hrubá, D.- Žaloudíková, I. 2009). Komunikácia s mladými ľuďmi o rizikách fajčenia nadobúda tak osobitný význam. Ponuku prednášok sme postupne rozširovali, čím sme reagovali na dopyt škôl a na skúsenosti z komunikácie s mladými ľuďmi. Zo základnej prednášky sa odčlenila samostatná téma „Výživa, pohyb a zdravie“. Reagovali sme tiež na potrebu niektorých škôl venovať sa podrobnejšie poruchám príjmu potravy, ktorých vznik je v tomto veku tiež

aktuálny, preto sme do obsahu programu zaradili aj túto tému. Pred začiatkom letnej sezóny majú školy záujem o prednášku so zameraním na prevenciu rakoviny kože, ktorá má stúpajúcu tendenciu najmä u mladých ľudí. U vyšších ročníkov stredných škôl je častejší záujem o náročnejšiu komplexnú tému onkologickej prevencie.

Obrázok 1: Prehľad účastníkov preventívneho programu v Centre pomoci Ligy proti rakovine v Bratislave

Zdroj: Interná štatistika Ligy proti rakovine SR

Zo základných škôl využívajú edukačný program žiaci 2. stupňa a pedagógovia stredných škôl využívajú program pre študentov všetkých ročníkov. Osobitne cennou skúsenosťou je edukácia o otázkach zdravia u detí so špeciálnymi potrebami. Obsah a tiež spôsob komunikácie treba prispôbovať tak, aby bol prístupný deťom s telesným, či mentálnym postihnutím. Mali sme možnosť edukovať prostredníctvom tlmočníka do posunkovej reči pre deti s poruchami sluchu. Opakovane využívajú preventívny program pedagógovia a žiaci

Školský rok	Základné školy		Stredné školy		Špeciálne školy		Celkový počet	
	Počet skupín	Počet žiakov	Počet skupín	Počet žiakov	Počet skupín	Počet žiakov	Počet skupín	Počet žiakov
2010/2011	23	489	55	1 115	5	80	83	1 684
2011/2012	7	126	18	342	2	38	27	506
2012/2013	4	45	24	425	0	0	28	470
2013/2014	11	196	45	883	2	32	58	1 111
Spolu	45	856	142	2765	9	150	196	3 771

s poruchami autistického spektra. Títo mladí ľudia rovnakým spôsobom prežívajú dospievanie, rovnako sa snažia budovať vlastný jedinečný životný štýl a tiež sa snažia zapadnúť do vrstovníckej skupiny, čo rovnako v sebe skrýva riziká. Od roku 2012 o preventívne prednášky prejavili záujem aj spoločnosti spolupracujúce s Ligou proti rakovine, tak sa spektrum cieľových skupín rozšírilo o kategóriu dospelých vo veku cca 20 – 40 rokov. Atmosféru prednášok ovplyvňuje už prostredie Centra pomoci Ligy proti rakovine, kde prebiehajú. Prednášky bez prítomnosti sprevádzajúcich učiteľov dávajú poslucháčom pocit bezpečia a anonymity a zvyšujú odvahu komunikovať. Aj keď je prednáška nosným prvkom stretnutí, podnecujeme diskusiu a otázky poslucháčov. U poslucháčov v období dospievania záujem vyvolávajú rozličné testy a dotazníky, ktorými upozorňujeme na možnosti self-monitoringu rizikových návykov životného štýlu.

Postavenie výchovy k zdraviu v súčasnom obsahu vzdelávania

Výchova k zdraviu je predpokladom efektívnej orientácie v oblasti informácií o zdraví a zdravom spôsobe života. Významný vplyv a rýchlosť pri šírení poznatkov o zdraví dosahujú médiá. Pritom pomerne málo pracovníkov médií má aspoň základné vzdelanie v zdravotníckej problematike (Hégyi - Rovný 2008). Informačná spoločnosť svojimi špecifickými znakmi ovplyvňuje rozmanité oblasti ľudského života. Médiá sú významným producentom primárnych, ale aj opakujúcich sa, alebo nepatrne pozmenených informácií. Špeciálne v nových komunikačných priestoroch spôsobujú intenzívny rast množstva informácií a vyvolávajú ich ďalšiu tvorbu. Pri hodnotení protichodných informácií sa ako najvýznamnejší faktor potvrdila schopnosť jednotlivca kriticky myslieť (Haršányiová 2010). Výchova k zdraviu je z tohto dôvodu potrebným celoživotným procesom a musí rešpektovať vekové osobitosti, vzdelanie a konkrétne problémy jednotlivca. Vo výchove k zdraviu možno využívať rôzne formy a metódy, formálnu i neformálnu výučbu. (Závodná, 2002).

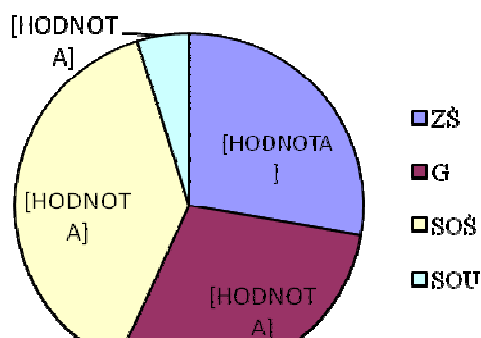
Aby sme spoznali informovanosť našich poslucháčov o životnom štýle, snažili sme sa zistiť, ako do školského vzdelávacieho rámca zapadá naša edukačná aktivita. Pri analýze obsahu vzdelávania na základných a stredných školách sme zistili, že výchova k zdraviu sa realizuje vzdelávacou oblasťou, ktorá je rozvíjaná prostredníctvom viacerých vyučovacích predmetov. Obsah vzdelávania základných a stredných škôl v Slovenskej republike vychádza z medzinárodnej klasifikácie vzdelávania (ISCED). Súčasný obsah vzdelávania na základných a stredných školách je vymedzený prostredníctvom štátneho vzdelávacieho programu (ŠVP) škôl, ktorý vyjadruje ciele a hlavné princípy obsahu vzdelávania. ŠVP predstavuje východisko pre vytvorenie individuálneho školského vzdelávacieho programu (ŠkVP). ŠkVP predstavuje voliteľnú časť obsahu vzdelávania a škola pri jeho tvorbe môže zohľadniť špecifické regionálne podmienky. Štátny a školský vzdelávací program majú spolu vytvoriť podmienky pre zabezpečenie profilu absolventa. V obsahu primárneho vzdelávania sú vymedzené jednotlivé vzdelávacie oblasti, ktoré sú rozvíjané príslušným okruhom vyučovacích predmetov. V súčasnom obsahu primárneho vzdelávania (1. stupeň ZŠ, 1. - 4. ročník) nemá výchova k zdraviu samostatný vyučovací predmet. Podľa klasifikácie ISCED je výchova k zdraviu vymedzená vzdelávacou oblasťou „Zdravie a pohyb“, ktorá je zabezpečená najmä predmetom Telesná výchova a k rozvíjaniu tejto oblasti prispievajú predmety ako Prírodoveda, Etická výchova a ďalšie. V rámci vzdelávacieho obsahu sú definované tzv. „prierezové témy“ (napr. Osobnostný a sociálny rozvoj, Environmentálna výchova), ktoré sú rozvíjané príspevom viacerých predmetov. Podobným spôsobom je formovaný obsah

sekundárneho vzdelávania (2. stupeň ZŠ, stredné školy). V rámci ŠkVP môže škola vytvoriť (podľa personálnych a finančných možností) voliteľné predmety, ktoré zaradí do obsahu vzdelávania. Pre realizáciu cieľov v jednotlivých oblastiach môže škola tiež využívať účasť v rôznych projektoch a programoch, alebo vzdelávacích aktivitách iných inštitúcií (www.minedu.sk). Samotní učitelia a tiež ďalší odborníci upozorňujú na nedostatočne efektívnu realizáciu výchovy k zdraviu v školskom vzdelávaní. Upozorňujú na rozptýlenosť tém súvisiacich s prevenciou a ochranou vlastného zdravia, nedostatočné podmienky pre uplatnenie výchovného charakteru vzdelávacieho obsahu, nedostatočné možnosti motivácie a formovania vhodných návykov. Výchova k zdraviu v súčasnosti zabezpečuje poznatky a rozvíja najmä kognitívnu oblasť. Nevytvára dostatočné podmienky pre výchovné pôsobenie, formovanie návykov životného štýlu, či posilňovanie vôľového konania (Liba 2008, Liba - Portík 2011).

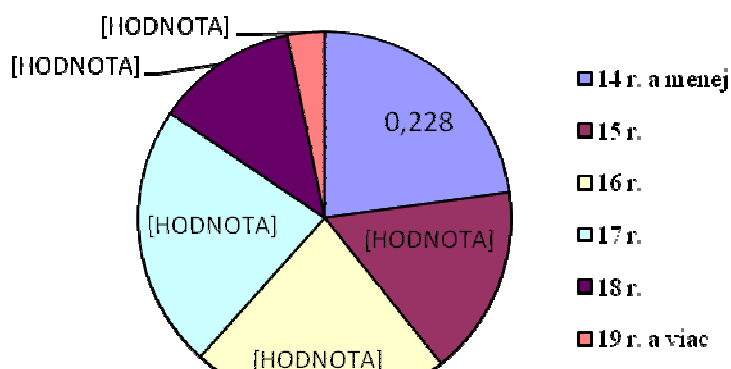
Vybrané výsledky empirického prieskumu

Snaha spoznať našich poslucháčov, ich postoje a motiváciu, nás viedla ku skúmaniu vybraných aspektov správania sa k vlastnému zdraviu, návykov a postojov. Preto sme v roku 2010-2012 realizovali prieskum zameraný na životný štýl, tiež súčasne na výskyt rizikového správania. Následne v roku 2013-2014 sme sa orientovali na mapovanie správania sa vo vzťahu k slnečnému žiareniu. V súčasnosti (od roku 2014) prebieha prieskum zameraný na poznávanie návykov pohybovej a športovej aktivity, pretože nedostatok pohybu je v súčasnosti jedným z výrazných rizík životného štýlu u viacerých skupín obyvateľstva. Pri skúmaní základných návykov životného štýlu respondentskú vzorku tvorili celkom 1325 respondentov vo veku 13 - 19 rokov. Ich spoločným demografickým znakom bolo sídlo školy v Bratislave.

Obrázok 2 Súbor respondentov podľa typu školy

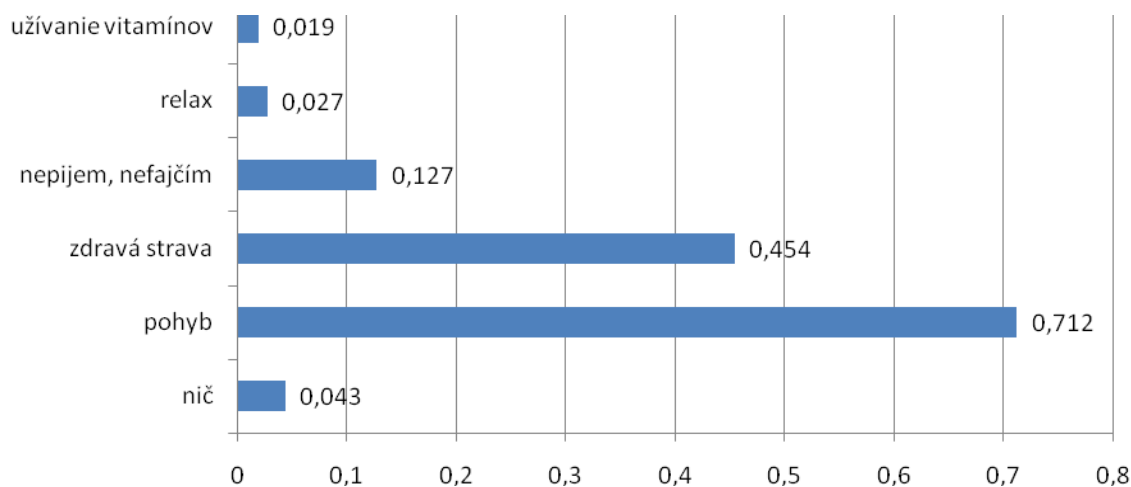


Obrázok 3 Súbor respondentov podľa veku



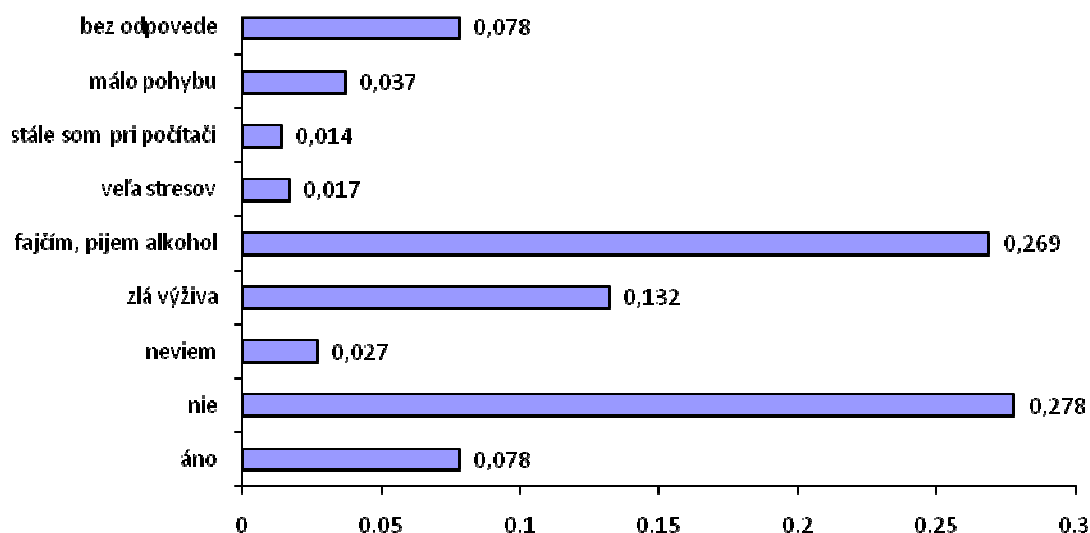
V škole trávajú mladí ľudia podstatnú časť pracovného týždňa, bez ohľadu na to, či sú rezidenti, alebo do školy dochádzajú z okolitých obcí. Prostredie veľkého mesta poskytuje anonymitu, rodičia nemajú možnosť kontrolovať všetky aspekty životného štýlu dieťaťa v tomto veku. Deti sa do určitej miery stávajú tvorcami vlastného životného štýlu. Ak by sme mali podrobnejšie charakterizovať súbor respondentov, máme v ňom zastúpené všetky vekové ročníky a typy škôl, ktoré sa programu zúčastňovali. V diskusiách so študentami sa zvykneme pýtať, čo si predstavujú pod pojmom zdravý životný štýl. Pretože mediálny obraz zdravia ovplyvňuje rovnako dospelých i dospievajúcich. Preto sme do prieskumu zaradili otázky, ktorými sme zisťovali vnímanie tohto pojmu. Položili sme otázku „Napíš, čo robíš pre svoje zdravie“, ktorá umožňovala výber viacpočetnej voľnej odpovede. Štatistická analýza odpovedí bola náročnejšia, ale priniesla nám prehľad nielen o frekvencii niektorých javov, ale tiež o tom, čo respondenti konkrétne zaraďujú pod pojem „žiť zdravo“.

Obrázok 4 Prehľad aktivít respondentov v prospech zdravia (13 – 19 rokov)



Vysoký podiel odpovedí respondentov zaradil medzi aktivity v prospech zdravia najmä pohybovú aktivitu a zdravú výživu. Rovnakým spôsobom sme sa pýtali na to, čo negatívne respondenti identifikujú vo svojom životnom štýle. Položili sme otázku s voľnou odpoveďou „Robíš niečo, čím ohrozuješ svoje zdravie?“

Obrázok 5 Prehľad aktivít respondentov ohrozujúcich zdravie (13 – 19 rokov)



Z grafického prehľadu odpovedí respondentov je zrejmé, že mladí ľudia identifikujú rizikové faktory vlastného životného štýlu. Závažná je frekvencia výskytu rizikových faktorov, ako sú fajčenie a pitie alkoholických nápojov, ktoré priznávali sami respondenti vo veku od 13 do 19 rokov. Podrobnou analýzou výsledkov prieskumu sa zaoberá nasledujúci príspevok, preto by sme chceli upozorniť na niektoré tendencie, ktoré považujeme u mladých ľudí za závažné. V empirickom prieskume sa vyskytli tiež odpovede, ktoré poukazovali na negatívne návyky rodičov, najmä v súvislosti s fajčením. Pre niektorých dospelých sú rodičia v tomto ohľade negatívnym vzorom. Pozitívne je, že si respondenti uvedomujú riziká v správaní sa k vlastnému zdraviu. Je významnou úlohou výchovy k zdraviu pomôcť mladým ľuďom so zmenou návykov a postojov k zdraviu. V kontakte s pedagógmi, ktorí sprevádzajú svoje žiakov a študentov na prednášky do Centra pomoci Ligy proti rakovine, máme možnosť poznať, ako často problémy rizikového správania žiakov identifikujú v prostredí škôl. Teší nás, že sa nám opakovane každý rok vracajú niektoré školy a účasť v našom programe zaradili ako pravidelnú aktivitu do výchovného plánu školy.

Záver

Cieľom príspevku bolo poukázať na niektoré problémy výchovy k zdraviu u detí a dospelých, ktorých sídlo školy je v prostredí Bratislavy. Jednou z významných úloh výchovy k zdraviu v súčasnosti je naučiť orientovať sa v informáciách o zdraví a uplatňovať

v tomto duchu schopnosť kritického myslenia. Mnohé reklamné posolstvá využívajú odkazy na zdravie a zdravý životný štýl je v súčasnosti náročné aj pre dospelých jedincov. Súčasné podmienky života sú zložité pre formovanie zdravého životného štýlu jednotlivca i rodiny. Aj preto je výchova k zdraviu a podpora zdravia taká dôležitá. Deti a dospievajúci sa nachádzajú v období života, kedy sa formujú návyky a postoje, ktoré môžu uľahčiť aplikáciu princípov zdravého životného štýlu v budúcnosti.

Literatúra

- [1.]HÉGYI, L. – ROVNÝ, I. 2008. Výchova k zdraviu a podpora zdravia – súčasný pohľad. In: *Lekársky obzor*. ISSN 0457-4214, 2008, 57, č. 7-8, s. 273-274.
- [2.]HARŠÁNYIOVÁ, M. 2010. *Teoretické aspekty problematiky vplyvu médií na informačné preťaženie človeka*. [online.] Bratislava : ITlib. Informačné technológie a knižnice. [2010] [cit.26.01.2015]. Dostupné z: www.cvtisr.sk/archiv/2010/3/teoreticke-aspekty-problematiky-vplyvu-medii-na-informacne-pretazenie-cloveka.
- [3.]HRUBÁ, D.- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. 2009. Rodiče, deti a legálné drogy. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti. Protialkoholický obzor*. ISSN 0862-0350. 2009, 44, 5, s. 257 – 272.
- [4.]JURKOVIČOVÁ, J. 2005. *Vieme zdravo žiť?* Bratislava : Univerzita Komenského, 2005. 166 s. ISBN 80-223-2132-X
- [5.]LIBA, J. 2008. Výchova k zdraviu ako súčasť výchovného komplexu v školách. In: *Pedagogická orientace*. ISSN 1805-9511, 2008, 18, 3, s. 53-62.
- [6.]LIBA, J. - PORTÍK, M. 2011. Výchova k zdraviu v školskom vzdelávacom programe primárnej školy. In: ŘEHULKA, e. (Ed). *Škola a zdraví, 21. Zborník*. [online.] Brno : Masarykova univerzita Brno, 2011, s. 77-86. [cit. 01.12.2014]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/38/texty/sbornik_cze.pdf
- [7.]ŠTÁTNE VZDELÁVACIE PROGRAMY. [online.] Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. [cit. 01.12.2014]. Dostupné z: <https://www.minedu.sk/8387-sk/statne-vzdelavacie-programy/>
- [8.]ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2005, 117 s. ISBN 80-8063-193-X

Kontakt

PhDr. Eva Dobiášová, PhD.
Lekárska fakulta UK Bratislava
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Špitálska 24, 813 72 Bratislava
eva.dobiasova@fmed.uniba.sk

Legálne drogy v životnom štýle stredoškolskej mládeže

Legal drugs in the life style of secondary school youth

Ivana VOJTEKOVÁ, Eva DOBIÁŠOVÁ

Abstrakt

Príspevok poukazuje na užívanie legálnych drog v rámci súčasného životného štýlu študentov stredných škôl. Popisuje epidemiologickú situáciu, príčiny začatia fajčenia a pitia alkoholu a spôsoby ich užívania. Príspevok tiež prezentuje výsledky prieskumu, zameraného na aspekty životného štýlu vo vzťahu k fajčeniu a pitiu alkoholu, uskutočneného prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka, na súbore 1325 študentov stredných škôl Bratislavského kraja vo veku od 14 do 19 rokov, ktorí sa zúčastnili interaktívnych prednášok v rámci preventívneho programu Ligy proti rakovine.

Kľúčové slová

Životný štýl, legálne drogy, fajčenie, pitie alkoholu, stredoškolská mládež

Abstract

The paper is focusing on the consumption of legal drugs as the part of contemporary life style of secondary school youth. The epidemiological situation, the causes of the onset of smoking and alcohol drinking and the methods of their consumption are described in the paper. The paper is presenting also the results of the non-standardized questionnaire survey focused on the aspects of life style in relation to smoking and alcohol drinking among the group of 1325 students aged 14 to 19 years from secondary schools in Bratislava region, who participated in interactive lectures within the preventive program of League against Cancer.

Key words

Life style, legal drugs, smoking, alcohol drinking, secondary school youth

Úvod

Spôsob života človeka je najvýznamnejším faktorom, ovplyvňujúcim jeho zdravie. Fajčenie a pitie alkoholických nápojov je v súčasnosti často prezentované ako súčasť životného štýlu, ktorá spríjemňuje život a ktorú môžeme kedykoľvek zanechať a odložiť. Pri takejto forme prezentácie uniká fakt, že ide o látky s vysokým potenciálom k vytvoreniu závislosti. Nie je možné ich užívať len tak, ako súčasť príjemných chvíľ, bez uvedomenia si rizík. Tieto látky sa stávajú nebezpečnými pre ľudí ľahko ovplyvniteľných, neistých alebo pre ľudí, ktorí riešia ťažké životné problémy a situácie. Do tejto kategórie patrí aj dospievajúca mládež, medzi ktorou prevláda názor, že pitie alkoholu a fajčenie je vstupenkou medzi dospelých.

Okrem toho sa dospievajúci mladý človek snaží byť nezávislý, samostatný, nekonvenčný a jedinečný, chce na seba upútať pozornosť a predovšetkým chce byť súčasťou nejakej skupiny. Osvojuje si jej názory a spôsoby trávenia voľného času, medzi ktoré patrí aj fajčenie a pitie alkoholu.

Fajčenie v životnom štýle stredoškolskej mládeže

Epidemiologická situácia

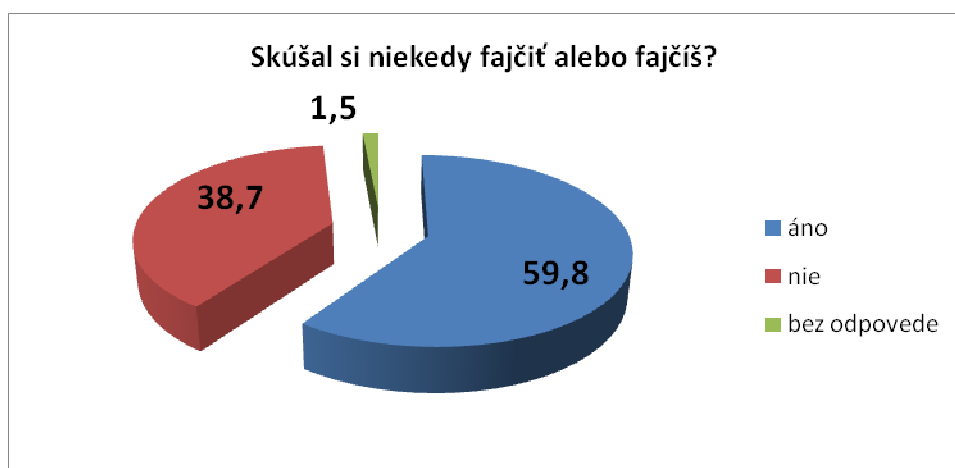
Vo svete fajčíc približne jedna tretina populácie staršej ako 15 rokov. Celosvetovo fajčí 47 % mužov a 12 % žien, avšak tieto pomery sa líšia od krajiny ku krajine. Na Slovensku fajčí približne 34 % populácie, 43 % mužov a 26 % žien. (www.uvzsr.sk)

Deti sa o cigaretách dozvedajú už v rannom veku. Tri zo štyroch z nich poznajú cigarety už pred dosiahnutím piateho roku života nezávisle na tom, či rodičia fajčia alebo nie. Viaceré štúdie preukázali, že existujú tri kritické obdobia pre fajčenie u detí a mladistvých. Približne vo veku 9 - 10 rokov túžba niektorých detí začať fajčiť dosahuje vrchol. 10-ty rok je priemerným vekom začiatku fajčenia detí u nás i v niektorých ďalších krajinách. V 12. – 13. roku začínajú títo jednotlivci pravidelne fajčiť a už v 15. – 16. roku sa prvýkrát objavuje potreba alebo želanie s fajčením prestať.

Európsky školský prieskum o tabaku, alkohole a iných drogách (ESPAD) porovnáva rizikové faktory životného štýlu u 16-ročnej mládeže v krajinách Európskej únie v rokoch 1995 – 2011 v piatich cykloch. V SR ho vykonáva Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD). V roku 2011 sa tohto prieskumu zúčastnilo vyše 100 000 študentov v 37 krajinách resp. regiónoch Európy. Z výsledkov vyplýva, že 54% z nich vyskúšalo fajčenie aspoň raz, 28% fajčilo v posledných 30 dňoch a 2% fajčia minimálne jednu krabičku cigariet denne.

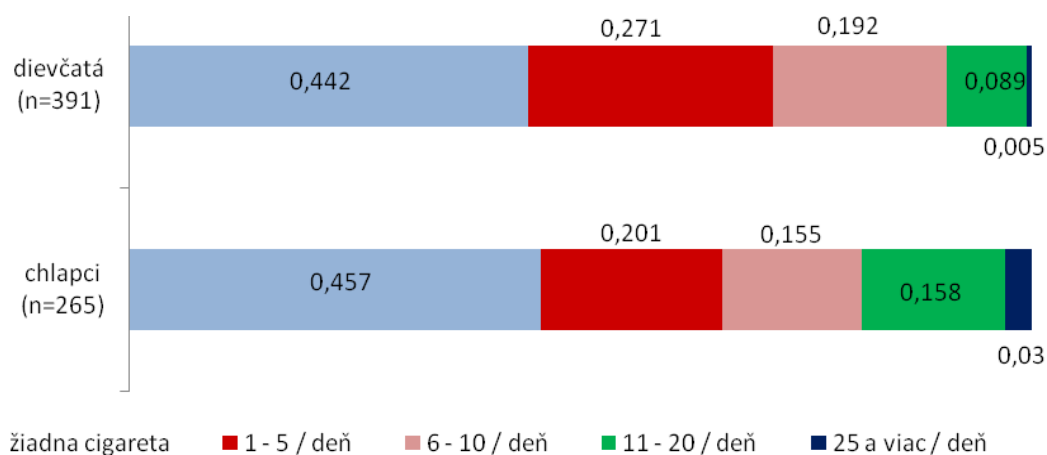
Slovensko sa v tomto prieskume zaradilo ku krajinám s vysokým výskytom fajčenia, z prevalenciou - 39 % fajčiarov. (www.infodrogy.sk)

V dotazníkovom prieskume, zameranom na spôsob života, ktorý sme uskutočnili u 1325 študentov bratislavských stredných škôl v rokoch 2010 - 2012 na otázku „Skúšal si niekedy fajčiť alebo fajčíš?“ odpovedalo pozitívne až 59,8 % respondentov.



Graf 1 Fajčenie respondentov

V rámci daného prieskumu nás zaujímala aj frekvencia fajčenia mladistvých. Respondenti mohli formou voľnej odpovede uviesť počet cigariet za deň. Odpovede sme zoradili do kategórií. Na túto otázku odpovedalo celkom 656 respondentov, čo predstavuje 49,5% podiel. Z tohto počtu bolo 391 dievčat a 265 chlapcov.



Graf 2 Pomer odpovedí respondentov o frekvencii fajčenia vzhľadom k pohlaviu

Pri porovnaní frekvencie fajčenia podľa pohlavia nachádzame vyšší podiel fajčiarov u dievčat. Celkový podiel dievčat, ktoré uviedli pravidelné denné fajčenie bol 55,7%. U chlapcov bol podiel tých, ktorí uviedli pravidelné denné fajčenie 55,4%. V skupine dievčat prevažovali odpovede, ktoré uvádzali frekvenciu fajčenia 1 - 5 cigariet za deň (27,1%), alebo 6 - 10 cigariet za deň (19,2%). V oboch týchto kategóriách odpovedí dievčatá prevažovali

svojím podielom. U chlapcov nachádzame vyšší počet odpovedí, ktoré naznačujú závažnejšiu frekvenciu fajčenia, ako znázorňuje Graf 2. Aj keď frekvenciu fajčenia 25 a viac cigariet za deň uviedlo len málo respondentov z celkového počtu, vo vyhodnotení nachádzame 4 respondentov, ktorí uvádzajú frekvenciu fajčenia 40 cigariet za deň, jedného respondenta, ktorí udáva 60 cigariet za deň a jedného respondenta s frekvenciou fajčenia 80 cigariet za deň. Na základe štatistickej analýzy rozdiely medzi odpoveďami chlapcov a dievčat o frekvencii fajčenia nie sú štatisticky významné.

Príčiny začatia fajčenia

Experimentovanie s fajčením, ako prejav zvedavosti ako to chutí, zažila prevažná väčšina mladých ľudí. Rozhodovanie, či opakovane siahnuť po cigarete, ovplyvňujú viaceré skutočnosti. Osobnostné vlastnosti, ako je sebavedomie, pevná vôľa, či nezávislosť od názorov okolia, zohrávajú v mladom veku dôležitú úlohu. Začiatok fajčenia môže ovplyvniť tiež nedostatok konkrétnych informácií o účinkoch fajčenia, resp. nedostatočné až nízke vnímanie rizika fajčenia.

Formovanie osobných postojov k fajčeniu je pod vplyvom prostredia, v ktorom dieťa vyrastá. Výchova v rodine a osobný príklad rodičov môže mať rozhodujúci vplyv u detí na začiatok fajčenia. Domáce prostredie rodičov - fajčiarov je dostupným zdrojom cigariet aj pre deti a ich kamarátov. A aj postoje rodičov - fajčiarov k pokusom dieťaťa fajčiť sú v prípade prezradenia miernejšie. Rodičia bagatelizujú možnosť, že tolerantný postoj k jednotlivým fajčiarskym pokusom dieťaťa môže motivovať k ich opakovaniu, ktoré sa môže rodičom vymknúť kontrole. Naopak, deti rodičov - nefajčiarov majú častejšie vyhranený negatívny postoj k fajčeniu a sú sebavedomejšie pri odmietaní fajčenia.

V tomto období treba počítať so silnou potrebou spolupatričnosti a príslušnosti k vrstovníckej skupine. Mladý človek potrebuje uznanie a je schopný sa prispôbovať skupinovému správaniu, aj keď s ním vnútorne nesúhlasí. Dôležitým faktorom je aj snaha vyzerat' dospeljšie a zaujímavejšie, najmä vo vzťahu k opačnému pohlaviu. Cigaretu sa tiež neraz stáva spoločníkom pri vyplňaní nudy počas prestávky v práci, pri čakaní na zastávke a v rôznych situáciách, keď treba nadviazať kontakt. A mylná predstava, že fajčenie pomôže riešiť problémy, že človeka upokojí, je tiež často príčinou začatia fajčenia.

Dospievajúci jedinci sú významnou cieľovou skupinou predaja tabakových výrobkov. Aj keď je reklama na tabakové výrobky v krajinách EÚ zakázaná, predsa len v skrytej podobe môže pôsobiť na dospievajúcich. Reklama na tabakové výrobky ovplyvňuje postoj

k cigaretám aj v súčasnosti, napriek jej zákazu vo väčšine krajín. Propagácia fajčenia dnes existuje v skrytej forme, vo forme propagačných predmetov, sponzoringu kultúrnych a spoločenských podujatí, či podpory filmovej produkcie. Prostredníctvom internetových obchodov sa neponúkajú priamo tabakové výrobky, ale predávajú sa rôzne pomôcky k fajčeniu. Tento cielený marketing tabakových firiem formou nepriamej reklamy podporuje zvedavosť adolescentov a vedie tak k experimentovaniu s tabakom.

Tiež vplyv známych osobností na začiatok fajčenia u detí a mladistvých je známy. Množstvo mladých ľudí, ktorí začnú fajčiť pred dosiahnutím dospelosti, sa rozhodujú aj pod vplyvom toho, že vidia svojich obľúbených hercov, spevákov fajčiť na filmovom plátne. Mediálne známe osobnosti sú pre mladých ľudí vzormi a idolmi a v mnohých smeroch ovplyvňujú ich konanie a správanie.

V dotazníkovom prieskume, zameranom na spôsoby života, ktorý sme uskutočnili u 1325 študentov bratislavských stredných škôl v rokoch 2010 - 2012 sme zisťovali dôvod, prečo respondenti začali fajčiť. Túto položku sme formulovali ako otázku s otvorenou odpoveďou, kde mohli respondenti vlastnou formuláciou odpovedať na otázku. K najčastejším dôvodom, ktoré viedli respondentov k fajčeniu, patrili odpovede: „chcel som to skúsiť“ (18,5%), „len tak, z nudy“ (7,9%), „spolu s kamarátmi“ (6,0%), „kvôli problémom“ (5,5%), podobný počet respondentov zvolil odpovede „páči sa mi to, chutí mi to“ (2,6%), „z frajeriny“ (2,9%).

Formy užívania tabakových výrobkov

Najrozšírenejšou formou užívania tabaku vôbec, a tým aj medzi dospelými, sú **priemyselne vyrábané cigarety**. Najmä dievčatá často fajčia „**light**“ resp. „**mild**“ **cigarety** a myslia si, že sú menej škodlivé, čo je však mylná predstava.

Falošný pocit menšej škodlivosti vzbudzujú aj **mentolové cigarety**, ktoré sú atraktívne medzi mládežou. Mentol zvyšuje vstrebávanie niektorých látok z tabakového dymu, čo zvyšuje ich toxicitu. (Králiková, 2013)

Veľkej obľube medzi mladými sa teší fajčenie **vodnej fajky**. Zdravotné riziká tohto spôsobu fajčenia sú podceňované a tiež fajčenie vodnej fajky je spojené s celou radou rôznych, zväčša nepravdivých mýtov. Voda tabakový dym neprečisťuje, ale iba ochladzuje. Vo vzorkách tabakového dymu boli namerané vyššie koncentrácie oxidu uhoľnatého, nikotínu, dechtu a ťažkých kovov.

Medzi mladými hokejistami sa rozšírilo **užívanie žuvacieho tabaku** po vzore svojich starších hokejových idolov. Tvrdia, že to znižuje stres, zaháňa bolesti a únavu, zvyšuje

pozornosť a má povzbudzujúce účinky, čím celkovo zvyšuje výkonnosť. V kombinácii s energetickými nápojmi a s nadmerným fyzickým výkonom, môže ísť až o zdravie a život ohrozujúce správanie sa.

Keďže je na slovenskom trhu už niekoľko rokov **elektronická cigareta**, mladí ľudia experimentujú aj s ňou. Fajčia ju samostatne, alebo v kombinácii s bežnou cigaretou. Ide najmä o napodobňovanie v kolektíve, kúpi si ju jeden, potom aj ostatní.

Pitie alkoholu v životnom štýle stredoškolskej mládeže

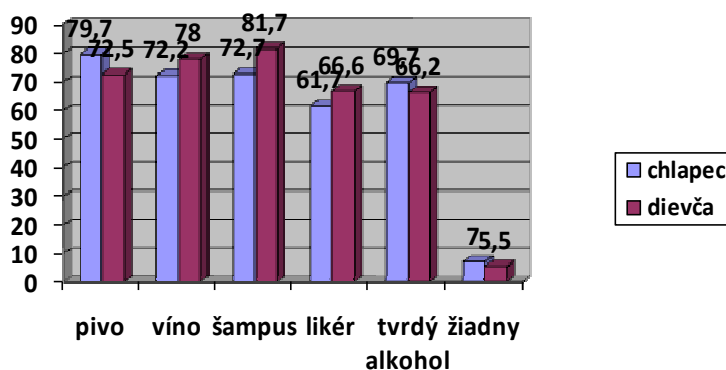
Epidemiologická situácia

Podľa Európskeho školského prieskumu o tabaku, alkohole a iných drogách z roku 2011 má 87% 16-ročných mladých ľudí skúsenosť s alkoholom.(www.infodrogy.sk)

Na Slovensku prvýkrát ochutnávajú alkohol deti vo veku 10 rokov a to najčastejšie doma počas rodinných osláv alebo keď sú sami doma s kamarátmi. Začiatok pravidelného pitia alkoholu je priemerne 17,3 roka. (Valková, 2013)

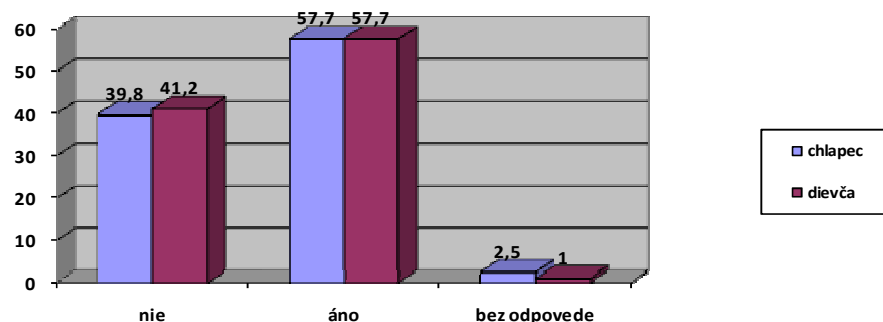
V spotrebe alkoholu sa dospievajúci v SR zaraďujú do kategórie krajín s vyššou spotrebou alkoholu v rámci Európskej únie. Najvyššiu spotrebu čistého alkoholu v litroch u mladistvých nad 16 rokov v Európe v roku 2003 malo Luxembursko (15,7 l), Česká republika (13,0 l), Slovenská republika (10,4 l) a najnižšiu spotrebu malo Nórsko (5,5 l) a Grónsko - (3,4 l). (Hladík, 2009)

V dotazníkovom prieskume, zameranom na spôsob života, ktorý sme uskutočnili u 1325 študentov bratislavských stredných škôl v rokoch 2010 - 2012 sme zisťovali, s ktorým druhom alkoholu už majú skúsenosti.



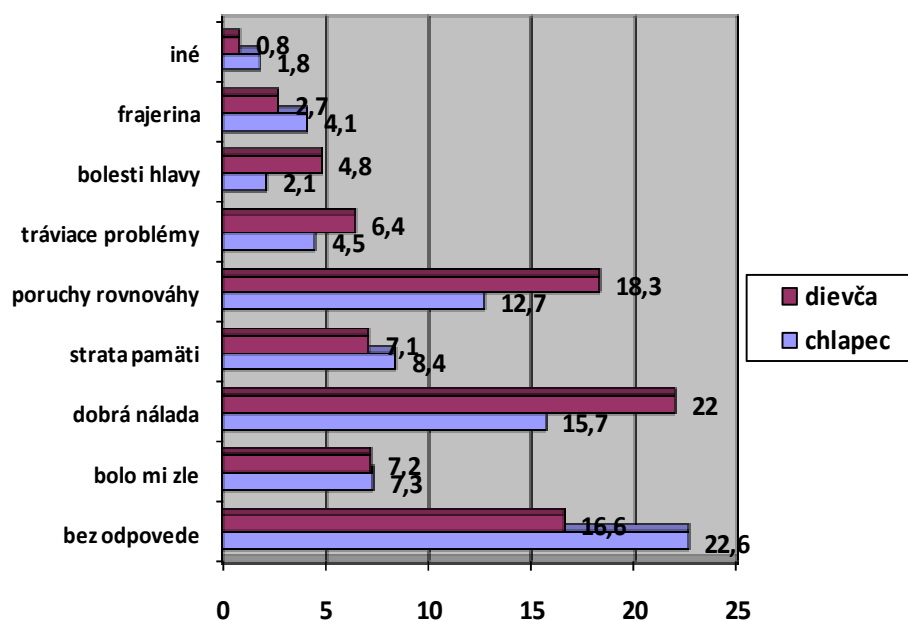
Graf 3 Konzumácia jednotlivých druhov alkoholu

Skúsenosti s pitím alkoholu má až 93,9 % respondentov vo veku od 13 do 19 rokov, pričom až 77,9 % z nich uvádza pitie šampanského. Pitie piva a vína je v rovnakom pomere u 75,5 % skúmaných osôb. Vysoké percento mládeže uvádza aj pitie tvrdého alkoholu, až 67,7 %. Pri porovnávaní konzumácie jednotlivých druhov alkoholu u chlapcov a dievčat vidíme, že chlapci viac preferujú pivo a tvrdý alkohol a dievčatá šampus, víno a likéry. Vo výskumnej vzorke je viac abstinentov medzi chlapcami (7,7 %) oproti dievčatám (5,5 %).



Graf 4 Výskyt opitosti

Na otázku „Bol/a si už opitý/á?“ zhodnet.j. 57,7 % chlapcov aj dievčat uvádza, že už boli opití. Ide o veľmi vysoké percento, ktoré potvrdzuje, že mladí ľudia, ktorí začínajú skúšať alkohol, nevedia odhadnúť jeho účinky na svoj organizmus a veľký podiel má na tom aj snaha vyrovnáť sa iným.



Graf 5 Prejavy opitosti

Tiež sme sa pýtali na prejavy opitosti, na čo neodpovedala až jedna pätina respondentov. Tí, ktorí odpovedali, najčastejšie uvádzali dobrú náladu (19,3 %) a poruchy rovnováhy (točenie hlavy, neistá chôdza, potácanie sa - 15,9 %). Až 7,6 % uviedlo, že mali výpadky pamäti. Pri porovnávaní dievčat a chlapcov sú výraznejšie rozdiely. Až 22,0 % dievčat uvádzalo len dobrú náladu, avšak v porovnaní z chlapcami omnoho viac z nich popísalo problémy z rovnováhou (18,3 %), tráviace problémy (6,4 %) a bolesti hlavy (4,8 %). Vyplýva to zrejme z toho, že dievčatá sa v pití alkoholu vyrovnávajú chlapcom, ale ich organizmus alkohol horšie toleruje. **Z výskumu nám vyplynula aj priama závislosť medzi pitím tvrdého alkoholu a opitosťou.**

V rámci epidemiologickej situácie nie sú zanedbateľné ani údaje o intoxikácii alkoholom. V Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou v Bratislave bolo v rokoch 1996 - 2005 prijatých 537 pacientov do 18 rokov s akútnou intoxikáciou alkoholom, pričom ich počet sa z roka na rok zvyšoval. Priemerný vek bol 15, 1 roka, najmladší pacient mal iba 9 rokov. Koncentrácia alkoholu v krvi u intoxikovaných mladistvých bola priemerne 1,98g/l.(Kuželová, 2010)

Príčiny začatia pitia alkoholu

Významnými príčinami vysokej konzumácie alkoholu u dospelých na Slovensku sú etiologické aspekty zo strany spoločnosti. Ide o bežnú dostupnosť alkoholu v ktoromkoľvek obchode s potravinami. Vieme, že existuje množstvo krajín, kde je alkohol dostupný len v špecializovaných predajniach. U nás je alkohol zaradený medzi ostatné potraviny a jeho množstvo a výber je v každom obchode neprehliadnuteľný. Tiež je u nás nedostatočná kontrola predaja alkoholu maloletým v obchodných prevádzkach a v pohostinstvách. Ide o sporadické kontroly a následné pokuty, pri ktorých je finančná strata zanedbateľná v porovnaní so ziskom z predaja.

Alkohol je našou spoločnosťou výrazne tolerovaný a dá sa povedať, že je súčasťou kultúry Slovákov. Podáva sa na každej spoločenskej akcii, je súčasťou každej rodinnej oslavy. Alkohol je bežnou a samozrejmovou súčasťou výbavy každej domácnosti. Opití rodičia a rodičia, ktorí berú dieťa do pohostinstiev, nie sú ničím neobvyklým. Počas rodinných osláv sa deťom kupuje detské šampanské, prípadne si deti môžu odpiť na podnet rodičov.

Pitie alkoholu je tiež samozrejmovou súčasťou stretnutí mladých ľudí, či už niekde v parku na lavičkách, v byte jedného z nich, ak rodičia nie sú doma, resp. v pohostinstvách. Bez alkoholu by nebola zábava.

Okrem spoločenských príčin pitia alkoholu existujú aj vnútorné príčiny konzumácie alkoholu u mladých ľudí:

- príjemný a jednoduchý spôsob, ako sa cítiť dobre,
- pocit spolupatričnosti s partiou,
- snaha zapadnúť,
- neschopnosť povedať „nie“,
- presadenie svojej nezávislosti,
- pocity menejcennosti,
- snaha o riešenie problémových a záťažových situácií,
- nuda.

Spôsoby užívania alkoholu

Potreba experimentovania mladých ľudí neobišla ani užívanie alkoholu. Už niekoľko rokov sa na niektorých akciách spojených s alkoholom pije formou „**binge-drinking**“, t.j. „kto zvládne vypiť najviac“, resp. „dať sa dole“, čo sa dá preložiť aj ako „v čo najkratšom čase sa opiť do nemoty“.

V súčasnosti sa tiež šíri medzi mladými ľuďmi nebezpečný trend, tzv. „**eyeballing**“. Ide o aplikáciu vodky cez oko, tzv. „pitie na vlastné oči“. Zástancovia tejto techniky tvrdia, že týmto spôsobom sa alkohol dostane do krvi skôr a lepšie účinkuje. Niektorí mladí ľudia si z tejto metódy pitia spravili akúsi skúšku odvahy a k vodke pridávajú aj citrónovú šťavu.

Už niekoľko rokov je pre "tínedžerskú obec" známa a zaujímavá **aplikácia alkoholu cez sliznicu konečníka u chlapcov, cez sliznicu pošvy u dievčat pomocou menštruačného tampónu napusteného tvrdým alkoholom**, najčastejšie vodkou. Volá sa to „Tampax on the Rocks“ a takto namočený tampón do seba vsiakne objem asi pol decilitra vodky. Ide o lacné a rýchle opitie sa, lebo cez sliznice sa alkohol dostane do krvi oveľa rýchlejšie. Zároveň sa eliminuje zvracanie, keď sa to s alkoholom preženie, nakoľko alkohol obchádza tráviaci trakt. Je to tiež spôsob, ako sa opiť bez toho, aby bol cítiť alkohol v dychu. V prípade otravy alkoholom takýmto spôsobom býva lekárska pomoc málo efektívna, lebo záchranárom chýbajú typické symptómy.

Najnovšou formou užívania alkoholu je jeho fajčenie. Ide o **vdychovanie alkoholických výparov**. Nejde tu o žiadnu kultúru či vychutnávanie si alkoholických nápojov, iba o čisté opojenie z alkoholu. Keďže sa alkohol dostáva do krvi cez pľúca, rýchlosť s akou sa človek opije je omnoho vyššia ako pri klasickom pití. Technicky sa inhalácia realizuje tak, že sa alkohol naleje do sklenenej gule, ktorá nasadá cez kovový držiak na pohári, v ktorom horí sviečka. Alkohol v guli je zahrievaný a jeho výpary sa inhalujú slamkou, ktorá je zavedená do sklenenej gule nad úroveň alkoholu. Tento postup sa tiež nazýva "vaportini".

Záver

Dostupné údaje vrátane našich výsledkovprieskumu potvrdzujú, že užívanie tabaku a alkoholu a najmä experimentovanie v tejto oblasti je súčasťou životného štýlu dospelujúcej mládeže. Systematická a cielená výchova dospelujúcich ľudí k zdraviu pri eliminácii týchto dokázaných rizikových faktorov životného štýlu je jednou z ciest vytvárania pozitívnych postojov k ochrane zdravia.

V rámci interaktívnych prednášok pre študentov stredných škôl, zameraných na zdravý životný štýl budeme:

- klásť väčší dôraz na škodlivosť tabaku a alkoholu,
- vysvetľovať riziká nových trendov v užívaní tabaku a alkoholu,
- podrobnejšie informovať o možných rizikách a následkoch pitia väčších dávok alkoholu,
- vysvetľovať fyziologické rozdiely medzi chlapcami a dievčatami v súvislosti s pitím alkoholu v neprospech dievčat,
- aj naďalej priebežne monitorovať postoje a správanie sa respondentov vo vzťahu k užívaniu tabaku a alkoholu.

Postoje k ochrane zdravia, ktoré mladým ľuďom našimi prednáškami pomáhame vytvárať, môžu výrazne ovplyvniť ich zdravie v období dospelosti.

Literatúra

Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách 2011. Zverejnenie hlavných výsledkov prieskumu, 31. máj 2012[cit. 2014-11-17]. Dostupný z www:

<<http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=9512>>

HLADÍK, M. *Alkohol - problém u detí a mladistvých*. In: *Pediatrica pre prax*. ISSN 1336-8168, 2009, č. 2, s. 91-93.

KRÁLIKOVÁ, Eva a kol. *Závislosť na tabáku. Epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira, s.r.o., 2013. 503 s. ISBN 978-80-904217-4-5

KUŽELOVÁ, M. a kol. *Intoxikácie alkoholom u detí a adolescentov hospitalizovaných v Detskej fakultnej nemocnici v Bratislave*. In: *Pediatrica pre prax*. ISSN 1336-8168, 2010, č. 1, s. 29-32.

Otázky a odpovede na tému fajčenie.[cit. 2014-11-02]. Dostupný z www:

<http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=338:otazky-a-odpovede-na-temu-fajenie&catid=61:problematika-fajenia-a-alkoholu&Itemid=68>

VALKOVÁ, Ivana a kol. *Rozšírenosť užívania drog v populácii a názory občanov na problémy spojené s drogami.* Bratislava: Národné monitorovacie centrum pre drogy pri Úrade vlády SR, 2013. ISBN 978-80-8143-095-4 (CD-ROM)

Kontakt

Ivana Vojteková, PhDr., PhD.
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta UK v Bratislave
Sasinkova 2
813 72 Bratislava
e-mail: ivana.vojtekova@fmed.uniba.sk
Eva Dobiášová, PhDr., PhD.
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta UK v Bratislave
Sasinkova 2
813 72 Bratislava
e-mail: dobiasovaeva@gmail.com

Užívanie návykových látok u mládeže na Slovensku a religiozita

Addictive Substances Usage among Juveniles in Slovakia and Religiousness

Roman KOLLÁR a Margita KOLLÁROVÁ

Abstrakt

Príspevok pojednáva o užívaní návykových látok u mládeže na Slovensku a religiozite. Prostredníctvom štatistickej analýzy dát z reprezentatívneho sociologického výskumu (n=1968) prezentujeme zistenia týkajúce sa fajčenia, frekvencie užívania alkoholických nápojov a skúseností s nelegálnymi drogami podľa prihlásenia sa k cirkvi. Zistili sme, že mladí katolíci v porovnaní so študentmi nehlásiacimi sa k cirkvi menej fajčia, menej často pijú alkoholické nápoje a majú i menšie skúsenosti s nelegálnymi drogami. Tieto výsledky podporujú záver, že religiozita je činiteľom, ktorý má tendenciu znižovať užívanie návykových látok u mladistvých.

Kľúčové slová

Mládež, fajčenie, alkohol, drogy, religiozita

Abstract

The paper deals with addictive substances usage in relation with religiosity among juveniles in Slovakia. Through the statistical analysis of data from representative sociological research (n=1968), we present findings related to smoking, alcoholic beverages drinking frequency and experiences with illegal drugs by church endorsement. We found that young Catholics show less cases of smoking, less alcoholic beverages drinking frequency and also lesser amount of experiences with illegal drugs than students not endorsing any church. These results supports the conclusion that religiosity acts as factor decreasing addictive substances usage among juveniles.

Key words

Juveniles, smoking, alcohol, drugs, religiousness

Úvod

Toxikománia predstavuje v súčasnej spoločnosti – predovšetkým u mladých ľudí – čoraz markantnejší problém, a to najmä vzhľadom na prebiehajúci rozklad rodiny, rozpad tradičných hodnotových systémov a anómiu (Pastor, 2004, s. 49). V súčasnej zahraničnej spoločenskovednej literatúre pritom existuje množstvo empirických štúdií, ktoré presvedčivo preukazujú, že religiozita má tendenciu podstatným spôsobom znižovať užívanie návykových látok u mladistvých.

V Severnom Írsku vykonal výskumný tím pod vedením Leslieho J. Francisa výskum o súvislosti medzi religiozitou a postojmi k užívaniu alkoholu. Objektom výskumu bolo 243 mladých ľudí vo veku od 16 do 18 rokov. Ukázalo sa, že odmietavé postoje k alkoholu majú predovšetkým respondenti, ktorí sa často modlia, pravidelne chodia do kostola a majú pozitívny postoj ku kresťanstvu (Francis a kol., 2005, s. 277–281).

Na Islande analyzovali sociálne súvislosti užívania alkoholických nápojov Thorodur Bjarnason a kol. Opýtaných bolo 3524 študentov z vybratých 122 škôl v celej krajine. Autori zistili, že väčšie množstvo vypitého alkoholu u žiakov súvisí s narušenou štruktúrou nukleárnej rodiny, nedostatočnou emocionálnou podporou a neformálnou sociálnou kontrolou zo strany rodičov, no tiež s nízkou mierou ich náboženskej participácie či negatívnym vnímaním Boha (Bjarnason a kol., 2005, s. 379–383).

Viacero výskumov bolo zrealizovaných aj v USA. Stephen J. Bahr viedol výskumný tím skúmajúci, akým spôsobom súvisí užívanie drog (alkoholu, marihuany a amfetamínov) s rodinným prostredím a religiozitou. Výskum bol vykonaný na vzorke 13250 stredoškolských študentov (Utah). Ukázalo sa, že užívanie návykových látok negatívne koreluje predovšetkým s pripútanosťou k matke a s prihlásením sa k cirkvi; zistilo sa tiež, že mladí veriaci majú tendenciu kamarátiť sa s rovesníkmi, ktorí drogy neužívajú; konzumovanie alkoholických nápojov, fajčenie marihuany a užívanie amfetamínov rastú spolu s vekom a vyskytujú sa skôr u chlapcov ako u dievčat. Podľa autorov z vykonaných štatistických analýz vyplýva záver, že „... angažovanosť v náboženských organizáciách môže viesť k znižovaniu užívania návykových látok u adolescentov“ (Bahr a kol., 1998, s. 988).

Rozličné sociálne ukazovatele súvisiace s konzumovaním alkoholických nápojov boli tiež predmetom výskumu Allena M. Dawsona. Skúmaných bolo 9564 vysokoškolákov. Aj tento autor konštatuje, že sú to práve náboženské aktivity, ktoré s užívaním návykových látok korelujú negatívne (Dawson, 1999, s. 82–96).

Výskumný tím vedený Christopherom G. Ellisonom skúmal zase súvislosti medzi religiozitou a pitím alkoholických nápojov u 967 vysokoškolských študentov. Títo výskumníci tiež dospeli k záveru, že alkoholické nápoje v menšom množstve konzumujú veriaci vysokoškoláci ako respondenti bez vyznania, ako aj mladí, ktorí pravidelne chodia do kostola, často sa modlia a čítajú si náboženskú literatúru (Ellison a kol., 2008, s. 828–838).

Ďalší výskum vykonali Feyza S. Menagi a kolektív. Na vzorke 221 vysokoškolákov testovali mediačný model religiozity, sociálnej podpory a užívania alkoholických nápojov, podľa ktorého religiozita ovplyvňuje sociálnu podporu aj pitie alkoholu a sociálna podpora ovplyvňuje pitie alkoholu. Výsledkom ich štúdie bolo zistenie, že čím religiozita konzumovanie alkoholu u respondentov znižuje, tak sociálna podpora (zo strany rodiny, priateľov a známych) takýto priaznivý účinok na množstvo vypitého alkoholu nemá (Menagi a kol., 2008, s. 219–223).

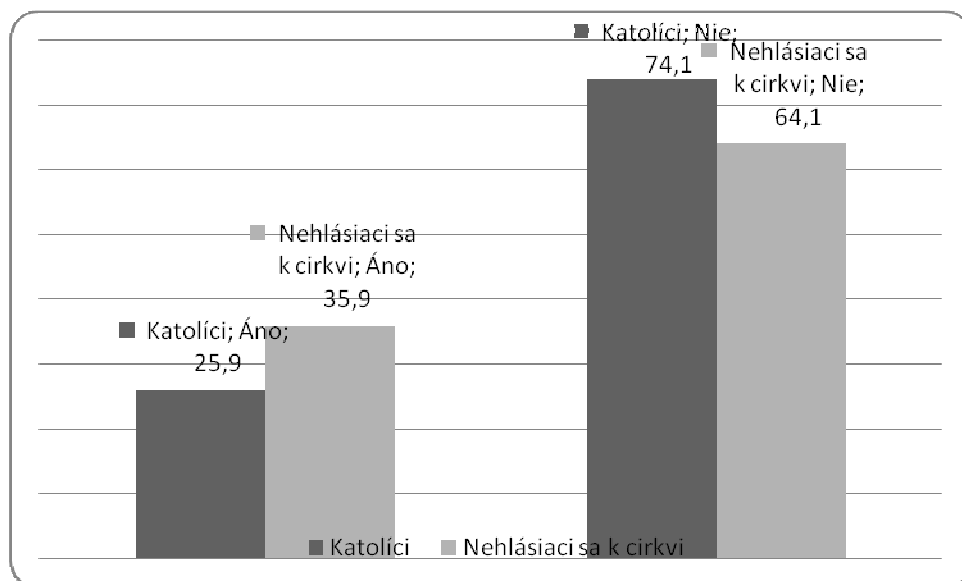
Flavio F. Marsiglia sa spolu so svojím výskumným tímom zase zameriava na skúmanie súvislosti medzi religiozitou a užívaním návykových látok v Mexiku. Výberový súbor pozostával z 506 respondentov vo veku od 14 do 17 rokov hlásiacich sa k rímskokatolíckej cirkvi. Zistilo sa, že alkoholické nápoje menej konzumujú adolescenti, ktorí považujú náboženstvo za dôležitejšie pre svoj život a častejšie chodia do kostola a cigarety vo väčšom množstve zasa fajčia mladí, ktorí považujú náboženstvo za menej dôležité pre svoj život a zriedkavejšie chodia aj do kostola (Marsiglia a kol., 2011, s. 90–93).

Metódy

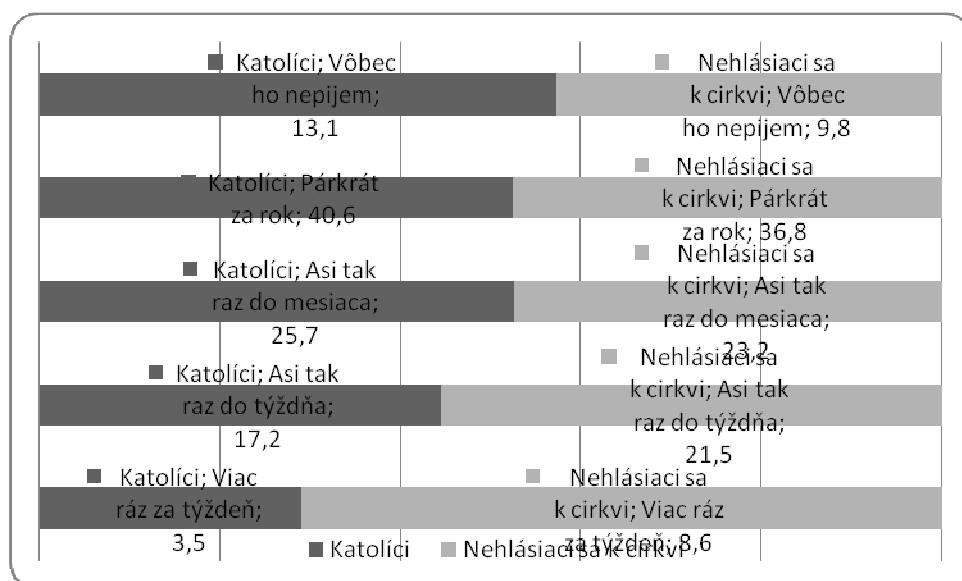
Prezentovaná štúdia je založená na štatistickej analýze dát z kvantitatívneho sociologického výskumu religiozity mladých katolíkov na Slovensku. Predmetom tohto výskumu bola religiozita vo všetkých jej hlavných parametroch (dimenzia náboženskej praxe, dimenzia náboženských poznatkov, dimenzia náboženských skúseností, dimenzia náboženskej ortodoxie a dimenzia väzby na farské spoločenstvo). Objektom výskumu boli študenti 3. ročníkov a septím stredných škôl na Slovensku ($n=1968$). Výskum sa uskutočnil prostredníctvom metódy rozdávaných a zbieraných dotazníkov a dáta sú reprezentatívne vzhľadom na pohlavie, kraj a typ školy. Získané údaje sme vyhodnocovali prostredníctvom štatistického programu SPSS, 20.0 verzie a programu Microsoft Excel. Počítali sme Cramerovo V, Spearmanovo rho a F-test (analýzu rozptylu), použili sme znamienkovú schému a na prezentáciu výsledkov sme vytvorili tabuľky a grafy.

Výsledky

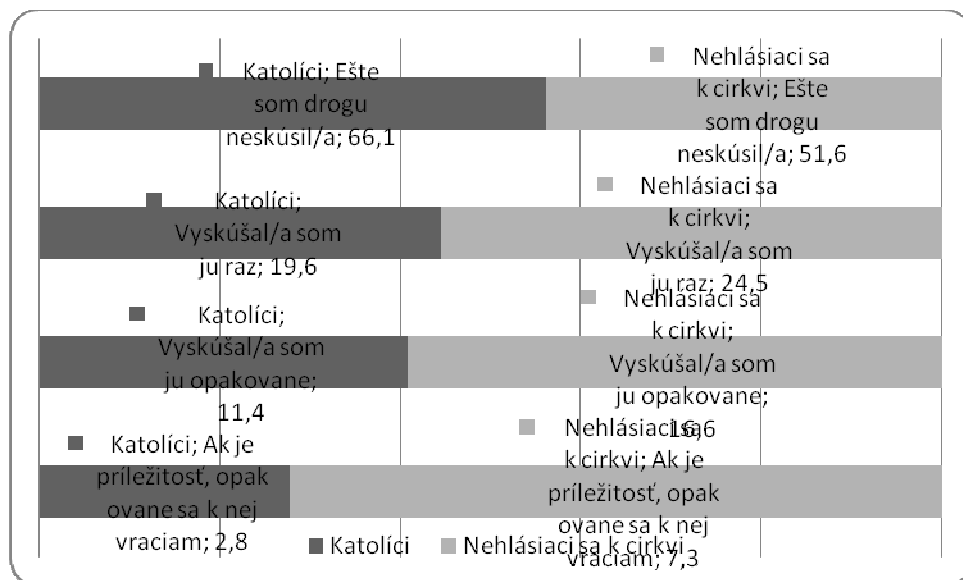
Vo výskume religiozity mladých katolíkov na Slovensku sa zisťovalo i užívanie návykových látok. Tie sa týkali fajčenia, konzumovania alkoholických nápojov a skúseností s nelegálnymi drogami. V grafoch 1, 2 a 3 prezentujeme rozdiely v ich užívaní podľa prihlásenia sa k cirkvi. Ako vidno, mladí katolíci menej fajčia (Cramer $V=0,101$, $p<0,001$), menej často pijú alkoholické nápoje (Cramer $V=0,125$, $p<0,001$) a majú i menšie skúsenosti s nelegálnymi drogami (Cramer $V=0,153$, $p<0,001$) ako respondenti nehlásiaci sa k cirkvi. Graf 1 Odpovede na otázku: *Fajčíte pravidelne aspoň jednu cigaretu denne?* podľa prihlásenia sa k cirkvi (v %)



Graf 2 Odpovede na otázku: *Pijete niekedy alkohol? Ak áno, ako často?* podľa prihlásenia sa k cirkvi (v %)



Graf 3 Odpovede na otázku: *Skúšali ste niekedy niektorú z nelegálnych drog?* podľa prihlásenia sa k cirkvi (v %)



V ďalšej časti sme v podsúbore katolíkov analyzovali spätosť medzi ukazovateľmi ich religiozity a sledovanými indikátormi návykových látok. Najskôr sme sa zamerali na fajčenie. Zistili sme, že študenti, ktorí nefajčia v porovnaní s tými, ktorí fajčia, považujú náboženstvo za dôležitejšie pre svoj život (Cramer $V=0,119$, $p=0,005$), častejšie sa modlia (Cramer $V=0,182$, $p<0,001$), častejšie chodia do kostola (Cramer $V=0,132$, $p=0,001$) a majú vyššie hodnoty indexu náboženských poznatkov ($F(1, 121)=18,005$, $p<0,001$). Súvislosti medzi frekvenciou modlitby a frekvenciou chodenia do kostola s fajčením uvádzame v tabuľkách 1 a 2.

Tabuľka 1 Znamienková schéma spätosti frekvencie modlitby a fajčenia

Frekvencia modlitby	viac razy za deň	raz za deň	viac razy za týždeň	asi tak raz do týždňa	asi tak raz do mesiaca	menej často	nie, nemodlievam sa
Fajčenie							
Áno	---	--	++	+	o	o	+
Nie	+++	++	--	-	o	o	-

Tabuľka 2 Znamienková schéma spätosti frekvencie chodievania do kostola a fajčenia

Frekvencia chodievania do kostola Fajčenie	viac ráz za týždeň	raz za týždeň	2-3 razy do mesiaca	približne raz za mesiac	menej často	nikdy
Áno	- -	-	o	+	o	o
Nie	+ +	+	o	-	o	o

Následne sme sa sústredili na alkohol. Ukázalo sa, že mladí, ktorí menej často pijú alkohol, považujú náboženstvo za dôležitejšie pre svoj život, častejšie sa modlia, častejšie chodia do kostola, častejšie chodia na sv. spoveď, častejšie chodia na sv. prijímanie, cítia sa byť spätější so svojím farským spoločenstvom (tabuľka 3) a majú vyššie hodnoty indexu náboženských skúseností ($F(4,1143)=4,677$, $p=0,001$) i indexu náboženskej ortodoxie ($F(4,1166)=4,092$, $p=0,003$). Súvislosti medzi indexom náboženských skúseností a indexom náboženskej ortodoxie s frekvenciou konzumovania alkoholických nápojov prezentujeme v grafoch 4 a 5.

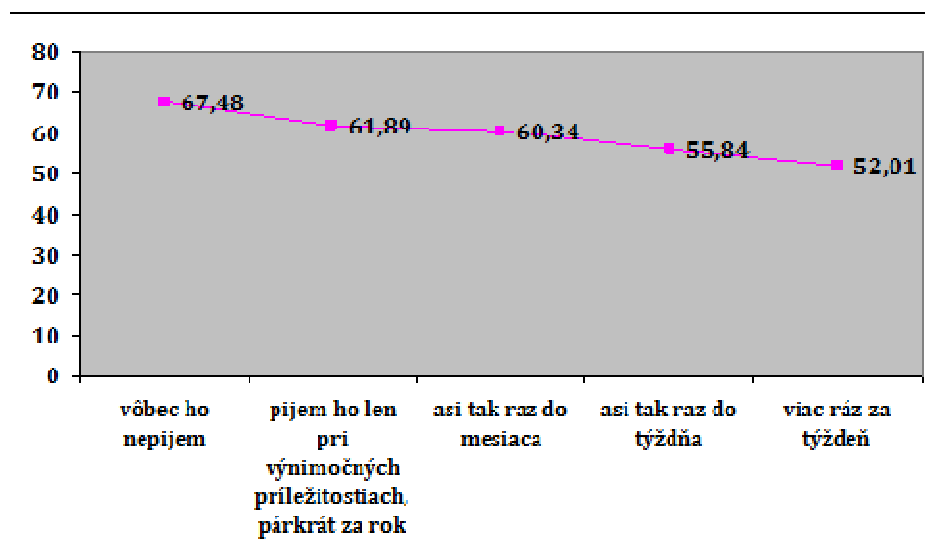
Napokon sme sa zamerali na nelegálne drogy. Zistili sme, že študenti, ktorí majú menšie skúsenosti s užívaním nelegálnych drog, považujú náboženstvo za dôležitejšie pre svoj život, častejšie sa modlia, častejšie chodia do kostola, častejšie chodia na sv. spoveď, častejšie chodia na sv. prijímanie (tabuľka 4) a majú vyššie hodnoty indexu náboženských poznatkov ($F(3,1123)=5,672$, $p=0,001$), indexu náboženských skúseností ($F(3,1146)=4,657$, $p=0,003$) i indexu náboženskej ortodoxie ($F(3,1067)=4,191$, $p=0,006$). Súvislosti medzi indexom náboženských poznatkov a indexom náboženských skúseností so skúsenosťami s nelegálnymi drogami uvádzame v grafoch 6 a 7.

Tabuľka 3 Prehľad Spearmanových koeficientov poradovej korelácie medzi ukazovateľmi religiozity a frekvenciou pitia alkoholických nápojov

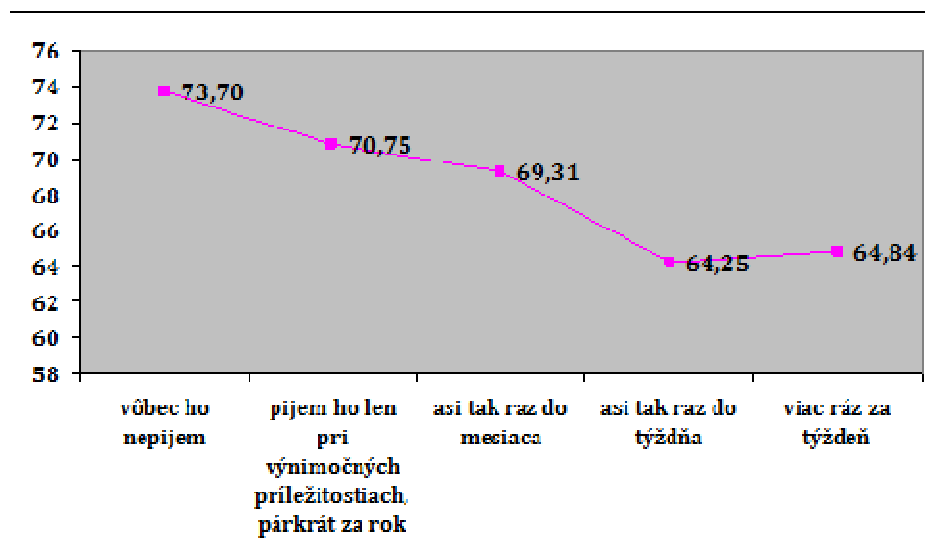
Correlations								
Correlation Coefficient								
		Pijete niekedy alkohol? Ak áno, ako často?	Uvážite, prosím, ako dôležité je pre Vás náboženstvo.	Modlievate sa? Ak áno, často sa modlite?	Ako často obvykle chodíte do kostola?	Ako často chodíte na spoved?	Kedy ste bol/a naposledy na svätom prijímaní?	Cítite sa byť spätý s Vaším farským spoločenstvom?
Spearman's rho	Pijete niekedy alkohol? Ak áno, ako často?	1,000	-,137**	,140**	,107**	,109**	,132**	,115**
	Uvážite, prosím, ako dôležité je pre Vás náboženstvo.	-,137**	1,000	-,663**	-,575**	-,559**	-,510**	-,474**
	Modlievate sa? Ak áno, často sa modlite?	,140**	-,663**	1,000	,597**	,557**	,525**	,437**
	Ako často obvykle chodíte do kostola?	,107**	-,575**	,597**	1,000	,737**	,714**	,490**
	Ako často chodíte na spoved?	,109**	-,559**	,557**	,737**	1,000	,767**	,482**
	Kedy ste bol/a naposledy na svätom prijímaní?	,132**	-,510**	,525**	,714**	,767**	1,000	,442**
	Cítite sa byť spätý s Vaším farským spoločenstvom?	,115**	-,474**	,437**	,490**	,482**	,442**	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Graf 4 Index náboženských skúseností podľa frekvencie pitia alkoholických nápojov



Graf 5 Index náboženskej ortodoxie podľa frekvencie pitia alkoholických nápojov



Tabuľka 4 Prehľad Spearmanových koeficientov poradovej korelácie medzi ukazovateľmi religiozity a skúsenosťami s nelegálnymi drogami

Correlations

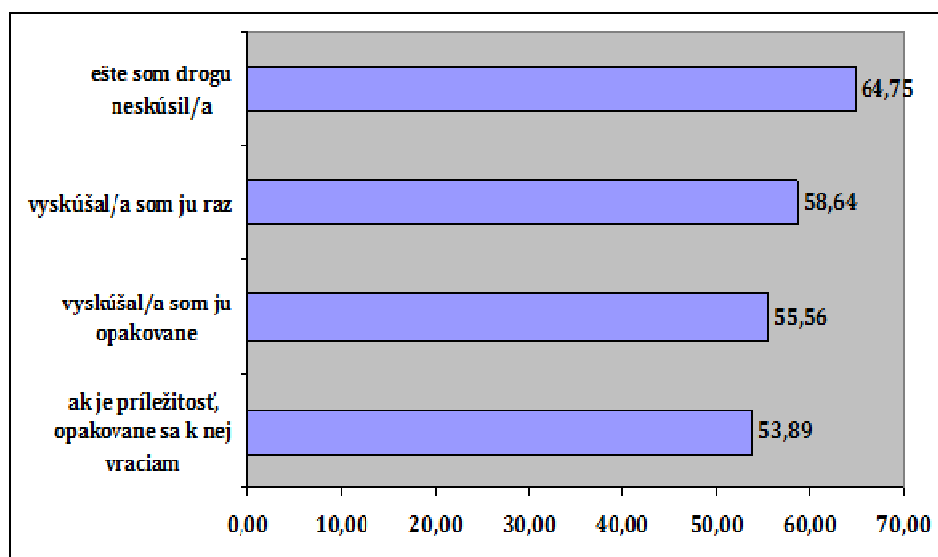
Correlation Coefficient

	Skúšali ste niekedy niektorú z nelegálnych drog?	Uvážite, prosím, ako dôležité je pre Vás náboženstvo.	Modlievate sa? Ak áno, často sa modlite?	Ako často obvykle chodíte do kostola?	Cítite sa byť spätý s Vaším farským spoločenstvom?	Kedy ste bol/a naposledy na svätom prijímaní?	Ako často chodíte na spoved?
Spearman's rho							
Skúšali ste niekedy niektorú z nelegálnych drog?	1,000	,120**	-,152**	-,108**	-,053	-,074*	-,105**
Uvážite, prosím, ako dôležité je pre Vás náboženstvo.	,120**	1,000	-,663**	-,575**	-,474**	-,510**	-,559**
Modlievate sa? Ak áno, často sa modlite?	-,152**	-,663**	1,000	,597**	,437**	,525**	,557**
Ako často obvykle chodíte do kostola?	-,108**	-,575**	,597**	1,000	,490**	,714**	,737**
Cítite sa byť spätý s Vaším farským spoločenstvom?	-,053	-,474**	,437**	,490**	1,000	,442**	,482**
Kedy ste bol/a naposledy na svätom prijímaní?	-,074*	-,510**	,525**	,714**	,442**	1,000	,767**
Ako často chodíte na spoved?	-,105**	-,559**	,557**	,737**	,482**	,767**	1,000

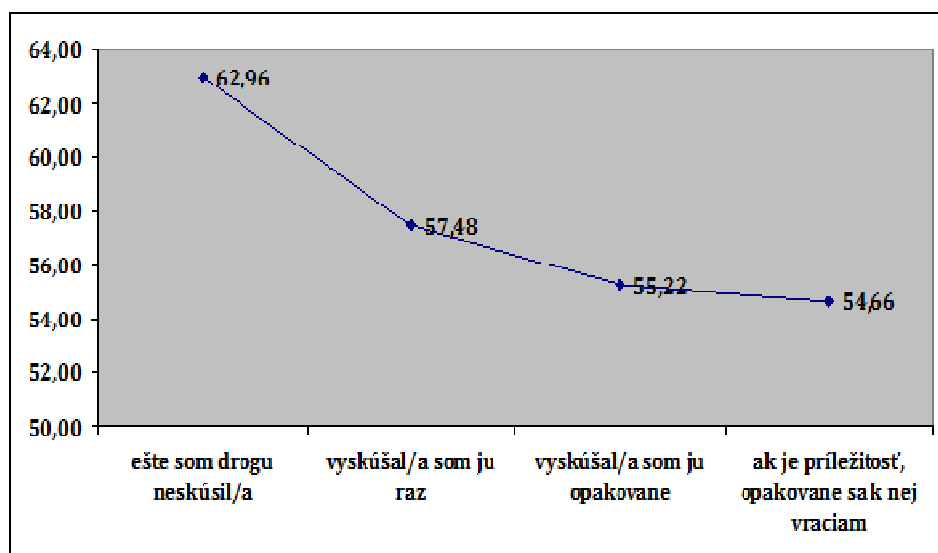
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Graf 6 Index náboženských poznatkov podľa skúseností s nelegálnymi drogami



Graf 7 Index náboženských skúseností podľa skúseností s nelegálnymi drogami



Diskusia

V užívaní návykových látok – fajčení, konzumovaní alkoholických nápojov a skúsenostiach s nelegálnymi drogami, existujú medzi mladými katolíckymi a študentmi nehlásiacimi sa k cirkvi zásadné rozdiely, pričom všetky sledované ukazovatele majú priaznivejšie hodnoty u katolíkov. Výsledky našich analýz tak potvrdzujú záver, že religiozita je faktorom, ktorý užívanie návykových látok podstatným spôsobom znižuje. Tieto poznatky korešpondujú so súčasným stavom sociologického poznania (Francis a kol., 2005; Bjarnason

a kol., 2005; Bahr a kol., 1998; Dawson, 1999; Ellison a kol., 2008; Menagi a kol., 2008; Marsiglia a kol., 2011).

Literatúra

BAHR, S. J., MAUGHAN, S. L., MARCOS, A. C., LI, M. B., 1998: *Family, Religiosity, and the Risk of Adolescent Drug Use*. In: Journal of Marriage and Family, Vol. 60, No. 4, pp. 979-992.

BJARNASON, T., THORLINDSSON, T., SIGFUSDOTTIR, I. D., WELCH, M. R., 2005: *Familial and Religious Influences on Adolescent Alcohol Use: a Multi-Level Study of Students and School Communities*. In: Social Forces, Vol. 84, No. 1, pp. 375-390.

DAWSON, E. M., 1999: *Understanding and Predicting College Students' Alcohol Use: The Influence of Attitudes and Subjective Norms*. Virginia: George Mason University, 151 p.

ELLISON, CH. G., BRADSHAW, M., ROTE, M., STORCH, TREVINO, M., 2008: *Religion and Alcohol Use among College Students: Exploring the Role of Domain-Specific Religious Salience*. In: Journal of Drug Issues, Vol. 38, No. 3, pp. 821-846.

FRANCIS, L. J., FEARN, M., LEWIS, CH. A., 2005: *The Impact of Personality and Religion on Attitudes toward Alcohol among 16-18 years olds in Northern Ireland*. In: Journal of Religion and Health, Vol. 44, No. 3, pp. 267-289.

MARSIGLIA, F. F., AYERS, S. L., HOFFMAN, S., 2012: *Religiosity and Adolescent Substance Use in Central Mexico: Exploring the Influence of Internal and External Religiosity on Cigarette and Alcohol Use*. In: American Journal of Community Psychology, Vol. 49, pp. 87-97.

MENAGI, F. S., HARRELL, Z. A. T., JUNE, L. N., 2008: *Religiousness and College Student Alcohol Use: Examining the Role of Social Support*. In: Journal of Religion and Health, Vol. 47, pp. 217-226.

PASTOR, K., 2004: *Demografické zmeny v reťazci príčin a následkov*. In: MATULNÍK, J. (Ed.), 2004: Sociálne a zdravotné dôsledky zmien demografického správania na Slovensku ako výskumný problém. Trnava: Fakulta humanistiky Trnavskej univerzity v Trnave, s. 33-52.

Kontakt

PhDr. et Mgr. Roman Kollár, PhD. a PhDr. Margita Kollárová, PhD.
Katedra sociológie Vysokej školy zdravotníctva sociálne práce sv. Alžbety
Pod brehmi 4/A, 841 01 Bratislava – Polianky
kollar@vssvalzbety.sk a minichova@vssvalzbety.sk

Životný štýl, sociálna determinácia zdravia a životné prostredie v historickej perspektíve¹³

Life Style, Social Determination of Health and the Environment from the Historical Perspective

Silvia CAPIKOVÁ, Anna FALISOVÁ

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na otázky zdravia a životného štýlu v súvislosti so životným prostredím a zdravotným vedomím. Ťažiskom je prípadová štúdia Kysuckého regiónu v 30. rokoch 20. storočia. Najmä medzivojnové obdobie bolo obdobím modernizácie zdravotníctva, verejnej správy ako aj akcelerácie vývinu medicíny a sociológie. Popri prístupe, ktorý sa označuje ako epidemiologicko-hygienický (alebo zdravotno-polícijný), sa rozvíjal prístup, ktorý vychádzal z poznania, že štruktúra chorobnosti sa vo veľkej miere odvíjala od sociálno-ekonomickej situácie človeka, životnej úrovne a vzdelanosti.

Kľúčové slová

Zdravie, životný štýl, sociálna determinácia zdravia, životné prostredie, štátni úradní lekári.

Abstract

The paper focuses health and life style in relation to environment and health consciousness, illustrated by the example/case study of Kysuce region in the 30. years of the 20. century. Especially the interwar period had been the period of modernization of health care and public governance, and the turbulent development of medicine and sociology. Besides the epidemiological-hygienic (or, health-police) approach, there occurred new paradigm based on the knowledge that the social and economic situation of an individual, life conditions and education impact the morbidity structure is in a large extent.

Key words

Health, life style, social determination of health, environment, state official physicians.

Úvod

Podľa súčasných poznatkov, životný štýl je jedným z rozhodujúcich faktorov ovplyvňujúcich zdravotný stav jednotlivcov. Životný štýl z pohľadu sociológie nie je len charakteristikou jednotlivca, ale aj sociálnych skupín. Životný štýl konkrétneho človeka odráža jednak vplyv jeho bezprostredného sociálneho prostredia, jednak širšieho sociálneho prostredia. Zo súčasných predstaviteľov sociológie zdravia, azda najviac citovanými autormi sú v tejto súvislosti P. Bourdieu a W. Cockerham. Obaja vychádzajú z Weberovho pohľadu

¹³Príspevok bol vypracovaný v rámci projektu VEGA č. 2/0144/13 Spoločenské súvislosti ochrany životného prostredia na Slovensku od priemyselnej revolúcie do druhej svetovej vojny a projektu APVV č. 14-0644 Kontinuity a diskontinuity politických a spoločenských elít na Slovensku v 19. a 20. storočí.

na životný štýl ako atribút sociálnej, osobitne statusovej skupiny. W. Cockerham definuje zdravý životný štýl ako kolektívne vzorce správania súvisiaceho so zdravím, založeného na výbere z možností ktoré sú ľuďom dostupné na základe ich životných šancí. (Cockerham 2005, 55) Zdravý životný štýl však nie je ani v súčasnosti ľahké definovať. Zahŕňa celé spektrum oblastí kde aktivita jednotlivca ovplyvňuje v krátkodobom ale najmä v dlhodobom horizonte jeho zdravie a prekrýva sa u niektorých autorov s „healthy behaviours“. (pozri napr. Pampel, Krueger a Denney, 2010, Kaplan, Sallis, Patterson, 1996)

Súčasní autori odhadujú, že cca 40 - 60% chronických ochorení ide na konto nezdravého životného štýlu. (porovn. Kaplan, Sallis, Patterson, 1996) Zdravotný stav obyvateľstva krajiny je však výslednicou zložitej súhry genetického vybavenia, ekonomickej a psychosociálnej situácie, výživy a životného štýlu, ako aj kvality životného prostredia vrátane pracovného prostredia. (Marcinátová, Vall, 2007) Napríklad jedlo ktoré človek konzumuje (stravovanie je komponentom životného štýlu) je determinované jednak osobnými preferenciami, jednak sociálnymi očakávaniami a normami, ako aj dostupnosťou potravín. S rozvojom jednotlivých disciplín verejného zdravotníctva bol v priebehu 20.storočia preukázaný vplyv faktorov tak životného prostredia ako aj životného štýlu nie len na výskyt prenosných ochorení, ale tiež úrazov a chronických ochorení. Vplyvy životného prostredia sa prejavujú pôsobením fyzikálnych, chemických alebo biologických faktorov, pričom mnohé z nich majú pôvod a/alebo sú ovplyvniteľné činnosťou človeka – či už vo forme kolektívneho, alebo individuálneho správania.

V súčasnosti existujú v zdravotníckej aj sociologickej literatúre viaceré modely, ktoré sa pokúšajú znázorniť kauzalitu medzi zdravím jednotlivcov a hlavnými skupinami determinantov zdravia s cieľom čo najúčinnnejšej intervencie, a tieto otázky stále nie sú uspokojivo vyriešené.

Spoločnosti sa na každom stupni vývoja stretávajú s podobnými problémami, menia sa však možnosti a nástroje riešenia. Otázka infekčných, resp. prenosných ochorení je stále aktuálna, nakoľko aj v súčasnosti dochádza jednak k obnoveniu výskytu niektorých ochorení ako napr. tuberkulóza, osýpky, čierny kašeľ, jednak sa objavujú nové, predtým nediagnostikované alebo nepoznané prenosné ochorenia (napr. HIV, SARS, Ebola, Creutzfeld-Jacobova choroba, kliešťová encefalitída) ktoré je žiaduce skúmať a riešiť v pojmovom rámci preventívnej medicíny, ale tiež sociológie, ekológie a i.

Cieľom tohto príspevku je objasniť na príklade Kysuckého regiónu historické pozadie verejno-zdravotníckych aktivít zameraných na zlepšenie zdravia obyvateľov Slovenska na

začiatku 20.storočia. Najmä medzivojnové obdobie bolo obdobím modernizácie zdravotníctva, verejnej správy ako aj akcelerácie vývinu medicíny a sociológie.

Kysuce môžeme pokladať za región, ktorý svojimi problémami priťahoval pozornosť jednak zdravotníckych orgánov, jednak i priekopníkov terénneho sociologického výskumu u nás. Už lekár Ivan Hálek (popri iných aktivitách, viedol napr. Referát pre zdravotníctvo na Ministerstve s plnou mocou pre správu Slovenska) pokladal kysucký kraj a jeho zdravotné pomery za reprezentanta aj iných oblastí Slovenska, čo vyjadril v jej obsahu, ale hneď aj názve (Kysuce. Pokus lekára o sociológiu hornatých krajov Slovenska). Hálek azda ako prvý pokúsil o aplikáciu sociografickej metódy so zameraním na zdravotné determinanty práve vo svojom dlhoročnom pôsobisku na Kysuciach. Región Kysuce v terénnom prieskume s využitím sociografickej metódy skúmali aj vysokoškolskí študenti. Tradícia systematických terénnych prieskumov Slovenska siaha až k pražskému študentskému spolku DETVAN. Tieto prieskumy boli realizované v čase školských prázdnin a sú známe ako tzv. sociografické zájazdy. Zamerané boli na zmapovanie sociálnych pomerov a životných podmienok obyvateľov najmä marginalizovaných regiónov a hornatých častí Slovenska (Kysuce, Orava, Šariš, Horehronie), avšak publikované boli aj výsledky z prieskumov na Gemeri a v okolí Trnavy. Maďarsky hovoriaci vysokoškooláci organizovaní v spolku Sarló realizovali podobné prieskumy na južnom Slovensku. Študenti a ľavicoví intelektuáli zoskupení okolo časopisu DAV, nadviazali najmä na odkaz MUDr. Ivana Hála. Zozbieraný materiál z rozhovorov vrátane fotografií bol čiastočne publikovaný v dobových periodikách najmä formou sociálnych reportáží (napr. Bielik 1932.). Týchto sociografických zájazdov sa zúčastňovali aj poslucháči medicíny. (Remišová, 1986) Tzv. sociografické exkurzie alebo zájazdy „davistov“ priblížili napr. sociológovia I. Gašparec (1968), T. Ollík (1976).

Úradné hlásenia podávané pracovníkmi orgánov verejného zdravotníctva predstavujú však hlavný skúmaný materiál, sú cenným zdrojom poznatkov o zdravotnej, hygienickej a sociálnej situácii obyvateľstva konkrétnych administratívnych jednotiek, o ich životnom štýle a životných podmienkach, ale sú aj zdrojom poznatkov o aktivitách a implementácii zdravotníckej politiky jednotlivými individuálnymi aj inštitucionálnymi aktérmi vrátane tzv. pracovníkov prvej línie (najmä lekárov, veterinárnych lekárov, dezinfektorov a pod.).

Zdravotná situácia v oblasti prenosných ochorení na Slovensku v prvej polovici 20. storočia podľa úradných štatistík

Významným ukazovateľom zdravotného stavu obyvateľstva je stredná dĺžka života. Podobne ako v českých krajinách, na Slovensku bola úmrtnosť obyvateľstva nepriaznivo

vysoká, čo malo pôvod v predošlom historickom vývoji: demograf V. Srb odhaduje, že v priemere rokov 1869 - 1880 bola nádej na dožitie vtedy narodených detí oboch pohlaví súhrnne len 32,40 rokov. Prvé úmrtnostné tabuľky, ktoré vypočítal J. Grunt v 60. rokoch 20. storočia, za obdobie 1900 - 1901 zobrazujú tento ukazovateľ na 37,57 roka, za obdobie 1910 - 1911 vzrástol na 41,46 roka. V. Srb uvádza za obdobie 1920 - 1922 iba 44,25 roka, 1930 - 1932 prinieslo zvýšenie na 50,42 roka, v roku 1937 nárast na 53,27 roka u oboch pohlaví. (Srb, 2002, s. 15 - 16)

Od roku 1918 do 1921 bola na Slovensku zaznamenaná najvyššia úmrtnosť medzivojnového obdobia (21,1 promile) s postupným poklesom na 13,3 promile v roku 1939. Pri znižovaní úmrtnosti dospelých a ľudí v staršom veku sa na Slovensku v tom období neudiali pozitívne zmeny. (Falisová, 2004, s. 370) Časový vývoj úmrtnosti podľa príčin smrti z rokov 1920 - 1924 a. 1935 - 1937 ukazuje, ako sa jej jednotlivé nozologické zložky podieľali medzi prvým a posledným sledovaným obdobím na poklese všeobecnej celkovej úmrtnosti o 28,0 %. (Srb, 2002, s. 17) Pokiaľ ide o príčiny smrti, ich obraz sa v medzivojnovom období menil. Najvyššiu úmrtnosť však spôsoboval zápal pľúc spolu s TBC. (Falisová, 2004, s. 375)

Tabuľka 1: Počet hlásených úmrtí na TBC na 10 000 obyvateľov

Rok	Čechy	Morava a Sliezsko	Slovensko	Podkarpatská Rus	ČSR
1925	17,0	20,0	20,9	25,0	19,0
1937	11,8	11,6	13,0	17,7	12,3

Zdroj: Falisová, 2004, s. 379.

Z hľadiska tempa zníženia úmrtnosti, došlo v medzivojnovom období k najvýraznejšiemu poklesu úmrtnosti na choroby ranného veku (XV. trieda Medzinárodnej klasifikácie chorôb a príčin smrti), až o 57,7 %. V XVI. triede (Príznaky a starecká sošlosť) bolo zníženie o 49,1 %, avšak bol to úspech skôr formálny, súvisiaci so spresňovaním diagnostiky pri úmrtiach. Ako konštatuje V. Srb, skutočný úspech sa týkal zníženia úmrtnosti na infekčné a parazitárne ochorenia (I. trieda) a to o 44,8 %, a to v etape pred zavedením antibiotík v medicínskej praxi. (Srb, 2002, s. 17)

Tabuľka 2: Počet hlásených úmrtí na infekčné choroby okrem TBC na 10 000 obyvateľov

Rok	Čechy	Morava a Sliezsko	Slovensko	Podkarpatská Rus	ČSR
1921	6,1	6,7	12,9	20,1	11,4
1930	5,7	6,6	8,2	15,9	7,0
1937	4,5	5,3	5,9	11,9	6,9

Zdroj: Falisová, 2004, s. 372.

Zo štatistických údajov je vidieť veľké rozdiely v úmrtnosti na infekčné choroby v rámci ČSR ako aj ich pokles v 30. rokoch 20. storočia. Odhaduje sa však, že skutočný rozsah úmrtnosti na tieto choroby bol vyšší, nakoľko existujúca prax určovania príčin smrti viedla k tomu, že hlásené diagnózy boli v mnohých prípadoch odborne nepodložené. V celej ČSR bolo ročne hlásených okolo 38 tisíc ochorení na infekčné choroby. (Falisová, 2004, s. 375) V rokoch 1920 - 1928 bolo hlásených 7.029 prípadov dyzentérie, z ktorých sa 656 skončilo úmrtím. (Falisová, 2004, s. 373) V roku 1934 bolo na Slovensku 3.154 prípadov brušného týfu, v roku 1937 až 3.342 prípadov. Chorobnosť na záškrt sa vyvíjala nasledovne: v roku 1934 hlásených 3.587 prípadov, 3.759 v roku 1937. (Stenografický záznam, 1949)

Všeobecná tendencia vývoja zdravotného stavu obyvateľstva v ČSR s určitým časovým posunom korešpondovala vývojovému trendu ktorý sa v medzivojnovom období kryštalizoval vo vyspelých krajinách Európy: podiel infekčných ochorení na chorobnosti a úmrtnosti sa zmenšoval, naopak narastal podiel tzv. civilizačných ochorení (úmrtnosť na novotvary - II. trieda a kardiovaskulárne ochorenia -VII. trieda MKCH). V roku 1934 zaujali v ČSR kardiovaskulárne ochorenia prvé miesto v štatistike príčin smrti. V roku 1937 dosahoval tento ukazovateľ hodnotu 248 na 100.000 obyvateľov. (Klíma, 1938, s. 14) Napriek tomu, že v medzivojnovom období sa zdravotný stav obyvateľstva v Čechách i na Slovensku relatívne zlepšoval, ukazovatele úmrtnosti zostávali nepriaznivé, takže zaostávanie za ostatnými vyspelými krajinami zostávalo výrazné. (Srb, 2002, s. 17)

Špecificky povojnovým problémom bolo masové rozšírenie pohlavných chorôb, ktoré sa medzi ľuďmi prenášali v dôsledku zlej osobnej hygieny aj mimopohlavnou cestou. (Ozorovský a kol., 1983) V Európe sa rozšíril najmä syfilis, ktorý odborné kruhy pre rýchlosť šírenia a devastačné dôsledky na zdravie človeka označovali ako „novodobý mor“. Na Slovensku bolo v 30. rokoch oficiálne evidovaných cca 2.000 detí nakazených syfilisom. (Encyklopédia Slovenska, 1980, s. 384). O rozšírení syfilisu si môžeme urobiť približne predstavu podľa prílevu syfilitických pacientov na kliniku pre choroby kožné a pohlavné v

Bratislave. Dermatovenerologická klinika LF UK v Bratislave bola v rokoch 1920 - 1939 najväčším zdravotníckym a jediným vysokoškolským pracoviskom tohto odboru na Slovensku. Počet pacientov mal stúpajúcu tendenciu, klinika bola neustále preplnená. V roku 1920 sa tu liečilo 1.465 pacientov, r. 1924 už 2.310, ambulantne ich bol ošetrovaných 18.480. (Falisová, 2011, s. 32) Od roku 1937 do roku 1947 stúpol ich počet o 83%. (Stenografický záznam, 1949)

Tabuľka 3: Počet hlásených ochorení na pohlavné choroby na 100 000 obyvateľov

	Syfilis			Kvapavka			Mäkký vred			Pohlavné choroby spolu		
	1921	1926	úbytok %	1921	1926	úbytok %	1921	1926	úbytok %	1921	1926	úbytok %
<i>muži</i>	204	101	50,4	419	371	11,4	93	28	69,9	717	500	30,1
<i>ženy</i>	75	37	50,6	87	82	5,7	11	3	72,7	435	304	30,0

Zdroj: Pelc, 1929, s. 129.

Už v 2. polovici 20. rokov 20. storočia začali vystupovať do popredia otázky civilizačných ochorení. Počet hlásených úmrtí na kardiovaskulárne choroby na 10. tisíc obyvateľov bol 7,8 v roku 1935 a 12,8 v roku 1937. Chorobnosť a úmrtnosť na tieto choroby bola vyššia v priemyselných oblastiach než v poľnohospodárskych regiónoch. Ako uvádzali lekárske hodnotenia, najčastejšou príčinou vzniku týchto ochorení okrem vrodených väd srdca a dedičných dispozícií boli infekčné choroby (záškrt, angína, pohlavné choroby...), reumatizmus, dna, kôrmatenie tepien, nesprávna životospráva, fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, nedostatočná osobná a bytová hygiena, ale aj škodlivé vplyvy prostredia a spôsob práce. (Falisová, 2004, s. 382) Zhubné nádory predstavovali podiel 4,7 v roku 1925 a 7,9 v roku 1937 na 10.tisíc obyvateľov. (Falisová, 2004, s. 383)

Počas medzivojnového obdobia, Slovensko vykazovalo vysokú mieru úmrtnosti a veľmi nízky ukazovateľ strednej dĺžky života. Vekovo špecifické miery úmrtnosti síce klesali, ale nie rovnomerne po celej škále – týkali sa nižšieho veku, čo je možné pripísať úspechom zdravotnej, najmä pediatrickej starostlivosti, nie však zlepšenie sociálnych podmienok všetkých vrstiev obyvateľstva s efektom výrazného predĺženia dĺžky života. (Srb, 2002, s. 22)

Existujúcu nepriaznivú východiskovú zdravotnú situáciu po vzniku ČSR ešte zhoršovali dôsledky prvej svetovej vojny, pandémie tzv. „španielskej chrípky“, epidémia týfusu, svetová hospodárska kríza. Rozšírenie infekčných chorôb na Slovensku bolo masové

a tento stav bol neudržateľný. Na tomto pozadí dochádzalo k modernizácii slovenskej spoločnosti v novom štátoprávnom rámci, ktorý však bol zaťažený radom problémov ktoré sa nakumulovali z predošlých období.

Dozrel čas na to, aby sa zmenil pohľad na chorého: ochorenie človeka už nemalo byť iba jeho súkromným problémom, bolo pomenované ako problém celospoločenský, problém nadnárodného významu. Medzivojnové obdobie charakterizuje prechod od zdravotno-policajného prístupu ku sociálno-lekárskeму prístupu, so zvýraznením povinnosti štátu nie len dozerat' či sa choré osoby liečia, ale najmä organizovať a koordinovať najrôznejšie aktivity v oblasti starostlivosti o zdravie obyvateľstva.

Úlohy lekárov v systéme starostlivosti o zdravie

V oblasti zdravotníctva, dané obdobie charakterizuje prechod od zdravotno-policajného k sociálno-zdravotníckemu prístupu k zdravotnej starostlivosti a rozvoj inštitucionálnej základne v podobe štátnych, ale tiež samosprávnych a občianskych subjektov. Sociálno-lekárske prístupy sa premietali aj do prípravy novej zdravotníckej legislatívy. Popri biologicko-imunitných faktoroch sa dostávala do popredia sociálna determinácia zdravia.

Obdobie rokov 1918 - 1938 je charakteristické systémovou spoločenskou zmenou. Existujúce inštitúcie výrazne zaostávali za potrebami spoločnosti. Štátny aparát v medzivojnovom období zápasil s nedostatkom odborne pripraveného personálu, čo sa podpísalo na fungovaní viacerých rezortov a tiež na zdĺhavej a problematickej príprave a realizácii nevyhnutných reforiem, a to napriek skutočnosti, že mnohé rezorty si už v priebehu 20. rokov začali vytvárať pre svoje potreby štátne ústavy ako expertnú a analytickú bázu svojej činnosti. Kritická bola situácia v oblasti zdravotných potrieb obyvateľstva, ktorá súvisela jednak s veľmi nízkou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti, jednak s dlhodobou pretrvávajúcou extrémnou chudobou a podvýživou, taktiež všeobecne nízkou gramotnosťou, zdravotným vedomím a úrovňou všeobecnej aj osobnej hygieny obyvateľstva na Slovensku.

V oblasti organizácie zdravotníctva, vrátane boja proti prenosným ochoreniam, základný právny rámec predstavoval *zákonný článok XIV.* z roku 1876 a nadväzujúce nariadenia uhorského ministerstva vnútra, prijaté do roku 1918. Tieto základné právne predpisy boli ďalej čiastočne pozmeňované zákonmi Národného zhromaždenia ČSR ktoré platili na celom území republiky a podzákonnými normami Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy (MVZTV), jeho Expozitúry a Krajského úradu v Bratislave. Štát na seba prevzal časť osobných nákladov spojených s výkonom zdravotníckej pôsobnosti a získal mocenský vplyv na riadenie zdravotníckych vecí v obciach.

Štátna správa zdravotníctva bola dvojstupňová. Obecní a obvodní lekári sa stali zmluvnými štátnymi (úradnými) lekármi. Protiepidemická činnosť a čiastočne dozor nad výkonom hygienickej starostlivosti boli povinnosťou štátnych lekárov. Štátni úradní lekári (teda okresní, obvodní, obecní, mestskí lekári) dozerali na zdravotnú kontrolu hygienických zariadení, potravín, hygienickú vhodnosť pitnej vody, odstraňovanie odpadkov a splaškov, kontrolu bytov, verejných priestranstiev, podnikov, ich zamestnancov, dozor nad obchodom s liekmi, jedmi, zamedzenie mastičkárstva a i. Vykonávali zdravotný dozor nad sezónnymi robotníkmi a pracujúcimi v priemyselných a živnostenských podnikoch. K ich ďalším povinnostiam patrilo poskytovanie prvej pomoci. Spolupracovali aj so zdravotno-sociálnymi poradňami, vykonávali očkovanie, liečili chudobných. Do ich kompetencie patrila aj dohľad nad liečebnými ústavmi a zdravotno-sociálnymi zariadeniami. O týchto činnostiach museli viesť záznamy. (porovn. Stodola 1937)

Avšak môžeme konštatovať, že napriek progresívnej koncepcii MVZTV, na ktorom v tomto období pôsobili viaceré osobnosti preventívnej medicíny (medzi nimi napr. prví profesori sociálneho lekárstva v ČSR: Vavro Šrobár a František Hamza), napriek existencii zdravotných a sociálnych expertíz, zdravotno-sociálna problematika bola v medzivojnovom období na okraji záujmu politických špičiek a rezort zdravotníctva trpel nedostatočným pridelovaním finančných prostriedkov, čo negatívne ovplyvňovalo realizáciu pripravovaných opatrení. Prijatá legislatíva v tomto období po obsahovej stránke vychádzala z aktuálnych medicínskych a epidemiologicko-hygienických poznatkov, avšak ťažko sa uvádzali do praxe. Progresívna právna úprava narážala na rad prekážok: vnútropolitické napätie v ČSR a právny dualizmus, nedobudovaný systém verejnej správy v oblasti zdravotníctva vrátane chýbajúcich personálnych a finančných kapacít, dlhodobá finančná poddimenzovanosť rozpočtovej kapitoly MVZTV, nedostatok zdravotníckych zariadení a zdravotníckych pracovníkov, nízke zdravotné vedomie obyvateľstva a nízka životná úroveň drvivej väčšiny obyvateľstva. (Capíková et al., 2012)

Po skončení 1.svetovej vojny vypukla v stredovýchodnej Európe epidémia týfusu, čo zintenzívnilo rokovania o zdravotnej bezpečnosti na medzištátnej úrovni. Československá republika sa zaviazala (analogicky ako iné štáty) podpísaním medzinárodných zmlúv pravidelne zasielať štatistické výkazy o výskyte definovaných infekčných ochorení. Najmä v prvých rokoch existencie ČSR bolo náročné dosiahnuť, aby sa štatistiky v tejto oblasti robili načas, správne a dôsledne. Hoci Československá republika nemala zastúpenie v Zdravotníckej organizácii Spoločenosti národov (ktorá existovala v r. 1919 - 1946), výraznou mierou sa

podieľala na jej činnosti a napriek ťažkostiam, ktoré súviseli s organizačným zabezpečením, si rýchlo vydobyla jej uznanie. (Falisová, 2000) Výkazy vyhotovovali príslušní okresní lekári na základe hlásení obvodných a mestských lekárov. Tieto hlásenia predstavujú aj v súčasnosti cenný zdroj poznatkov o dopadoch ochorení na spoločnosť, o problematike zdravotníckych profesií, atď.

V prvom desaťročí ČSR bol veľký nedostatok lekárov a ich celkový počet stúpал veľmi pomaly. Ich neproporcionálne teritoriálne rozmiestnenie nezodpovedalo potrebám obyvateľstva. Nedostatok bol citel'ný najmä v prvých rokoch po skončení 1. svetovej vojny pri obsadzovaní miest obvodných lekárov. Napríklad na Orave z deväť obvodov boli obsadené len tri, pričom na celom Slovensku bolo v r. 1922 celkom 105 obvodov neobsadených. (SNA, f. Inštruktor ministerstva sociálnej starostlivosti, k. 8) Najmä v hornatých severných a východných častiach Slovenska boli obvody rozsiahle a výkon lekárskej praxe komplikovala o. i. nerozvinutá infraštruktúra. Župný úrad v Martine v súvislosti s novou úpravou zdravotných obvodov v októbri 1924 adresoval v mene župana Orságha okresným úradom nasledovné pokyny: „*Návrh o novom podelení zdravotných obvodov dajte prejednávať okresnému výboru, - z pravidla má mať jeden zdravotný obvod od 6 – 10 tisíc obyvateľov, za to pravda nevylučuje sa možnosť, že by obvod aj nižšie udaného počtu obyvateľov nemohol mať, alebo zase vyššie desať tisíc. Tendencia u ministerstva je, aby počet obvodov bol umenšený, ja som ale tej mienky, že na vidieku hornatom, ako je naša župa, kde je komunikácia značne obtiažná, by sa to len na úkor zdravotnej služby previesť dalo.*“ (Štátny archív Bytča, pobočka Čadca, (ďalej len ŠAB, pob. ČA), fond Okresný úrad Kysucké Nové Mesto, (ďalej len FOU KNM), k. 75, č. sp. 7126/924.) V rámci zdravotného obvodu Kysucké Nové Mesto pôsobili v polovici 30. rokov minulého storočia štyria lekári: traja obvodní a jeden súkromný.

Lekárov a ich prácu hodnotili okresní náčelníci vo výročných správach, zasielaných na centrálné orgány (napr. ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 235, č. sp. 48/38). Pôsobnosť lekárov a ich ľudský prístup k pacientom hodnotili priaznivo nielen úrady ale aj miestne obyvateľstvo. Praktický lekár predstavoval po kňazoch ako predstaviteľoch duchovnej authority, osobnosť na ktorú sa obyvatelia obracali s veľkou dôverou. Stále však pretrvával zakorenený zvyk navštíviť so zdravotným problémom najprv ľudových liečiteľov, mastičkárov, fušerov a len veľmi pomaly sa darilo ho vykoreniť. (Marec, 2011)

Činnosť úradných lekárov

Hoci v okrese Kysucké Nové Mesto neboli závažnejšie zdroje priemyselného znečistenia, hygienické podmienky neboli priaznivé. Zásobovanie z povrchových vôd a zo studní hĺbených v pôde presýtenej v dôsledku nedostatku kanalizácie odpadom z hospodárskych budov a záchodových jám spôsobovali časté epidémie črevných nákaz, najmä brušného týfu a dyzentérie, ktoré sa i v súčasnosti pokladajú za ukazovateľ všeobecne nepriaznivej úrovne hygieny. Kontaminácia vodných zdrojov spôsobovala najmä na vidieku nemalé starosti pri šírení niektorých infekčných chorôb, najmä počas letných mesiacov. Už začiatkom 20. storočia Vavro Šrobár v Ľudovej zdravotníctve opísal a názorne vykreslil aké dôležité je aby hospodárske budovy a záchody boli dostatočne vzdialené od vodných zdrojov, čím sa malo predísť kontaminácií pitnej vody v studniach. (Šrobár, 1909, s. 54 - 56, Ozorovský, Beniák, Chandogová, 2001, s. 82 - 87)

Medzi ďalšie časté ochorenia v regióne, podobne ako aj v iných regiónoch Slovenska, patrili záškrt, kiahne, trachóm, tuberkulóza. Uvedené sa podpisovalo na dojčenskej úmrtnosti (pozri: Chura, 1936, 1938, 1939), ktorú sa darilo znížiť iba veľmi pomaly.

Vo vidieckych oblastiach Slovenska bolo dlhé desaťročia bežnou praxou, že o prijatých opatreniach a nariadeniach okresných náčelníkov boli obyvatelia oboznamovaní aj „cestou bubna“ - teda dedinským „hlásnikom.“ Napríklad na východnom Slovensku v Kráľovskom Chlmci sa v jeseni 1928 vyskytol brušný týfus, ktorému podľahlo niekoľko osôb. Studňa z ktorej sa užívala voda bola vydezinfikovaná a súčasne okresný náčelník nariadil aby „cestou bubna“ - teda dedinským „hlásnikom“ - oboznámil obyvateľstvo že vodu môžu užívať len prevarenú a potom ochladenú, aby sa zamedzilo šíreniu brušného týfu. (SNA, f. Krajinský úrad – administratívne oddelenia, k. 68) V obci Rudina v kysuckonovomestskom okrese vypukol v roku 1928 brušný týfus, okresný náčelník nariadil prísne dodržiavanie protiepidemických opatrení ktoré mal bubeník v každej dedine tieto predpisy vyhlásiť trikrát. Úradnému lekárovi v Kysuckom Novom meste bolo nariadené na útraty obce Rudina čo najskôr v potrebnom množstve zakúpiť očkovaciu látku v Schoblingovej lekárni v Prahe a „neodkladne“ uskutočniť očkovanie ohrozených rodinných príslušníkov. K jeho povinnostiam patrilo aj pravidelne informovanie obyvateľov o podstate choroby, spôsobe jej šírenia a ako sa proti infekcii chrániť. Okresného náčelníka musel informovať o počte infikovaných osôb na brušný týfus, ale aj tých, ktorí ochorenie prekonali, resp. na brušný týfus zomreli. Obecný úrad mal určiť jedného člena obecnej rady aby každý deň kontroloval dodržiavanie protiepidemických nariadení. Jeho povinnosťou bolo priestupky a nové prípady

„zatajených“ chorých urgentne nahlásiť obvodnému lekárovi. Okresný náčelník žiadal žandársku stanicu v Kysuckom Novom meste aby policajti pravidelne pri svojich obchôdkach kontrolovala priestupky a nahlásila aj „zatajených“ chorých.(ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 113, č. sp. 4415/28)

V rámci povinných hlásení nákazlivých chorôb prichádzali v mnohých prípadoch z jednotlivých okresov zaujímavé komentáre a postrehy úradných lekárov alebo okresných náčelníkov k epidemiologickej situácii a prijatým opatreniam.

Počas celého medzivojnového obdobia bolo pomerne náročné získať obyvateľov aby dodržiavali aspoň základné hygienické opatrenia. MUDr. Fried, ktorý pôsobil ako obvodný lekár v Starej Bystrici charakterizoval v r. 1932 zdravotný obvod takto: *„Obyvateľstvo na nízkom kultúrnom stupni stojí, nijaký záujem o zdravotnícke otázky nemá, proti zdravotníckym nariadeniam sa protiví a domácnosť zanedbanú a špinavú má.“* (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 72, č. sp. 6873/21). Bytové podmienky detí zachytáva výskum prof. A. Churu (Slovensko bez dorastu? II. Diel) z prvej polovice 30. rokov o zdravotných a sociálnych pomeroch detí v školopovinnom veku v rámci celého Slovenska. Z výsledkov vyplýva, že z hľadiska bývania najmenej priaznivé podmienky boli v okrese Kysucké Nové Mesto, Čadca, Veľká Bytča a Považská Bystrica. Z 23.439 školských detí a ich rodín až 18.144 (celých 77.28%) bývalo len v kuchyni, sčasti aj napriek tomu, že mali k dispozícii 1 izbu, zriedkavo 2, málokedy viac. Veľa Takýchto rodín V uvedených okresoch až 46.73% rodín bývalo v obývacej kuchyni, lebo nemali viac obytných miestností k dispozícii. (Chura, 1938)

O bytových pomeroch na Kysuciach lekár Ivan Hálek (1937) písal, že na začiatku 20. storočia našiel na kysuckých kopaniciach shluky drevených stavaní s oblokmi, ktoré by prikryl kysuckým širákom, dvory s bezodným blatom a s hnojiskami, ktorých zápach miernila vädnúca čečina, slúžiaca pravidelne ako stelivo namiesto slamy. Dlážka bola z hliny, ktorá sa často premieňala na blato. V obytnej izbe neraz prezimovali dedinčania svoju kravu, teľa alebo kozu. Posteľ bolo skladištom najšpinavších handár, o ktorých si ťažko bolo predstaviť, na čo ešte mohli slúžiť. (Hálek, 1937)

Takmer identický stav zachytili na Kysuciach aj vysokoškolskí študenti ktorí sa zapojili do sociografického výskumu Slovenska, (Bielik, 1932, Gašparec, 1968) ktoré organizovali členovia študentského spolku DETVAN, resp. z neho odčlenená skupina ľavicových intelektuálov ktorá sa sústredila okolo časopisu DAV (vychádzal v rokoch 1924 - 1937). Obdobne ako Hálek, aj davisti si povšimli na Kysuciach predovšetkým povestné drevenice pozdĺž cesty, úzke polia, na ktorých sa urodil ovos, jačmeň, zemiaky a kapusta. Pozorovali -

takisto ako Hálek – vychudnuté podvýživou bledé deti, veľmi často choré na trachóm, ich nenormálne lebky, špinavo bledé tváre, zdurenú pokožku, nenormálny vzhľad v dôsledku alkoholizmu rodičov. „Návštevníkom udrela do očí predovšetkým veľká početnosť rodín (5 - 12 detí), prímítivná hygiena, priam zarážajúce bytové pomery (6 - 12 osob v jednej domácnosti, malé deti na udupanej zemi, pretože len 10 - 15% domov malo normálnu dlážku!), veľmi mnoho chorľavých ľudí priam s ťažkými infekčnými chorobami (tuberkulóza, trachóm, krivica, týfus atď.).“ (Gašparec, 1968, s.419)

Správa okresného lekára v Kysuckom Novom Meste za rok 1933 poukazovala nielen na nedostatočné hygienické pomery, ale najmä ľahostajnosť obyvateľstva voči infekciám. Jedine hospitalizáciou bolo možné dosiahnuť, že brušný týfus, ktorý bol v okrese rozšírený endemicky, sa v danom roku nerozšíril na epidémiu. V uvedenom zdravotnom obvode mala takmer každá väčšia obec k dispozícii nezodpovedajúce, takzvané epidemické nemocnice s troma-štyrmi posteľami. Obvod bol pomerne rozsiahly, dopravná infraštruktúra slabo rozvinutá a dopravné prostriedky na prevoz infikovaných pacientov okres nemal k dispozícii čo bolo problémom najmä v prípade chudobných a nezamestnaných pacientov. Chorých prevážali na voze, vlakom, ojedinele štátnym autobusom. Problém so zabezpečením dopravy jednak pre lekára k chorému, jednak na odvoz pacienta do nemocnice, bol citlivou otázkou a sťažnosti zo strany lekárov a pacientov viedli už v r. 1919 k vydaniu nariadenia, aby úradným lekárom pri návšteve chudobných pacientov, ale aj pri očkovaní a vykonávaní verejnej zdravotníckej služby boli poskytnuté povozy zdarma. (SNA, f. EMVZTV, k. 45). Úradní lekári s cieľom oboznámiť obyvateľstvo ako predchádzať šíreniu brušného týfu rozdávali aj letáky. Pri likvidácii infekčných chorôb, dôležitú úlohu plnili dezinfektori, ktorých však bol nedostatok. (Falisová, 2004)

V rámci preventívnych opatrení proti šíreniu trachómu úradní lekári vykonávali *ex officio* prehliadky školských detí, infikovaných žiakov liečil úradný lekár. Pravidelne raz mesačne sa v Kysuckom Novom Meste uskutočnila zdravotná prehliadka krčiem, hostincov, jatiek, podnikov a ostatných verejných miestností, v obciach raz za štvrt' roka, najviac priestupkov bolo zistených v súvislosti s nedodržiavaním hygieny. (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 178, č. sp. 10442/32.)

Životný štýl mnohých obyvateľov ovplyvňovala migrácia. Podľa I. Hála sa infekčné ochorenia šírili aj v súvislosti s pracovnou migráciou, kedy celé rodiny odchádzali pracovať na pílach, v horách, v tehelniciach, páleniciach, továrňach, v lomoch, na železnici, ale aj na sezónne práce v poľnohospodárstve, cestovali „v dobytčích vozňoch v celých krdľoch ako

výžinkárov na Dolnú zem, do Čiech, do Nemecka a do Rakúska, kde ich nechával žiť v pomeroch práve takých mizerných, ako žili doma, ale ešte hodne nehygienickejších, pretože žili všetci spolu. Od jari do jesene spávali všetci títo výžinkári, muži, ženy a deti, v spoločných ratejnách statkárskech majerov a vracali sa domov nielen s niekoľkými vrecami zrna a dákym kilom múky, ale často i s trachómom a pohlavnými chorobami. A ak v jeseni zanesol jeden člen rodiny do rodného domu trachóm alebo syfilis — ochorievali nimi potom všetci doma, od deda do vnúčka, od gazdu do najmenšieho pasáčka. To bol opak patriarchálneho života, kde všetci, celá rodina, jedli z jednej misy a spávali takrečeno na jednej peci.“ (Hálek, 1955)

Zjavná prostitúcia v okrese nebola, venerickí pacienti boli hospitalizovaní v nemocnici. Čoraz viac týchto pacientov navštevovalo súkromné ordinácie lekárov. Liečenie chudobných uskutočňovali úradní lekári, na základe poukážok od obcí, resp. na základe evidencie chorých. Vzhľadom k tomu, že ťarchy za lieky hradila obec, „*nemocní až príliš úzko prsne sa poukazovali na liečenie.*“ (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 194, č. sp. 1409/34)

„Obyvateľstvo je silnej telesnej sústavy, odolné a otužilé, ale jeho životospôsob je málo hygienický a obydlia málo zodpovedajúce, výživa je jednoduchá a jednostranná, hlavnými potravnými článkami sú zemiaky a kapusta. Aj koncom 30. rokov prekvitalo v regióne mastičkárstvo a fušerstvo, ich pôvod súvisel podľa lekára s kultúrnou zaostalosťou a nízkym socioekonomickým statusom obyvateľstva, ktoré uprednostňovalo najmä mastičkárov a ľudových liečiteľov a vyhľadávalo lekársku pomoc až keď sa zdravotný stav rapídne zhoršil.“ (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k 255, č. sp. 55/40)

Osvetová činnosť úradných lekárov bola zameraná predovšetkým na základné zdravotné hrozby: nedostatočnú hygienu domácností a gazdovstiev, znečistenie zdrojov pitnej vody, alkoholizmus, nedodržiavanie opatrení pri liečbe prenosných ochorení ale pokrytá bola aj problematika sociálnych chorôb a výživy. V snahe napomôcť zlepšiť hygienické pomery bol organizovaný aj Týždeň starostlivosti o zdravie vidieka. Úlohou „Týždňa“ bolo sústrediť záujem vidieka na zdravotné otázky. Z centrálnych orgánov bolo zdôrazňované, že vidiek nie je tak zdravý ako sa všeobecne tvrdí. Sociálne choroby, jednostranná výživa, kontakt so zvieratami a pôdou ako aj ďalšie skutočnosti mohli spôsobovať nesmierne škody na zdraví obyvateľstva. Táto akcia bola organizovaná pod patronátom ministerstva zdravotníctva a telesnej výchovy, ministerstva poľnohospodárstva, čo bolo dôkazom záujmu štátu o zdravotno-sociálnu starostlivosť obyvateľov vidieka. Ku spolupráci pri organizovaní „Týždňa“ sa okrem roľníckych organizácií prihlásili aj hasiči, školy, úrady, lekári a zverolekári. Centrálné orgány zdôrazňovali maximálne zapojenie všetkých, ktorí mali

možnosť v záujme zdravia vidieka niečo vykonať. Školy mohli prednáškami a spolu s lekármi aj „*skutkami*“ poučiť mládež a seniorov o dôležitosti ľudského zdravia, zverolekári z hľadiska „*zverozdravotného*“ a hygieny stajní, hasičstvo si mohlo zopakovať skúšky zo samaritánskej služby, obecné rady mohli nariadiť zvýšenú starostlivosť o estetický a hygienický vzhľad dediny a vrchnosť, ktorá prisľúbila účasť, mala vykonávať dozor aby zdravotná úroveň vidieka bola čo najvyššia. Ironické „*Čo tomu povie cudzina*“ bolo v otázkach zdravotných vetou mimoriadne dôležitou. „*Zástupci zdravotnej sekcie Spoločenosti národov chodia po slovenskom venkove, študujú a potom referujú na medzinárodných sjazdoch o našich hygienických zariadeniach. Musíme preto všetci dbať, aby zprávy o nás boli, keď nie najlepšie, aspoň dobré. Je to našou národnou povinnosťou, byť si vedomými, že sme spravili všetko, čo sa spraviť dalo. Mnohokrát stačí málo, aby bolo vykonané mnoho.*“ (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, K. 194, č. sp. 1395/34.)

Prednášky s tematikou – Zdravotné problémy nášho vidieka, Ako si zachováme zdravie, O správnej výžive, Sociálne choroby, Reumatizmus, Rakovina - zhuba ľudstva, Tuberkulóza kostí a kĺbov, Poznámky o výžive dieťaťa, Ako sa chrániť pred nákazou zvierat, Hygienou maštale bojujeme proti chorobám, Odvodňovanie domov a kanalizácie obcí, Žena ochrankyňou zdravia v rodine, Záslužnou prácou bude pokračovanie v boji proti úrazom v poľnohospodárstve a i. mali tvoriť súčasť zdravotnoosvetovej práce lekárov počas organizovaného podujatia aj v kysuckonovomestskom okrese. Okresný úrad žiadala, aby tejto otázke bola venovaná patričná pozornosť a lekári, veterinári, tiež notári, roľnícke spolky mali nabádať širokú verejnosť k záujmu o zdravotné otázky vidieka. Oznámenie o akcii bolo v rámci okresu zaslané všetkým školám, roľníckym organizáciám a notárov žiadali aby ako hovorcovia v obecných zastupiteľstvách obciam odporučili participovať na akcii. Týždeň mal prebiehať pred Veľkou nocou, teda v dobe, kedy sa konalo čistenie domácnosti a stajní a tento čas sa mohol využiť aj k zvýšeniu „*estetického*“ vzhľadu celej dediny. Po stránke hygienickej obec mohla nariadiť povinné dezinfekcie (obyčajným vápnom) hnojísk, žúmp, stajní, kurínov a dať zaviesť bariny, ktoré sa nachádzali uprostred mnohých obcí, čím sa malo zabrániť aj množeniu komárov a hmyzu, „*o ktorých je známe, že sú najväčšími rozširovatel'mi nákaz.*“ (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 194, č. sp. 1395/34)

Napriek vysokej natalite dojčenská úmrtnosť dosahovala na Kysuciach vysoké hodnoty, a to najmä v dôsledku nedbalosti rodičov. Pozitívne zmeny si lekári všimli až po vytvorení poradní pre matky a dojčatá. (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 255, č. sp. 55/40) Na čele so sociálnou sestrou a poradenským lekárom vykonávali všestrannú sociálno-zdravotnú

starostlivosť o matky a deti. Pri návštevách v poradniach matkám pomáhali nielen odbornými radami ale aj hmotnými prostriedkami. Sociálne sestry pravidelnými návštevami v domácnostiach kontrolovali priamo v rodine prostredie, v ktorom matka a dieťa žili a zistené nedostatky zmierňovali poučovaním a hmotnou pomocou. (Morovicsová, 2005, Morovicsová, 2006, Morovicsová, Falisová, 2010)

Veľkým problémom bola skladba potravín a podvýživa. *„Táto zem nerodila a nestihla vyživiť svojich obyvateľov, utáhaných márnou robotou.“* Chlapi boli „zodratí a vychudnutí“, ženy zmorené i prácou i mnohými pôrodmi a dlhým pridávaním, ktoré zabezpečuje pred novým tehotenstvom a najmä poskytuje dieťaťu najlacnejšiu potravu. Raňajky, obed a večera predstavovali jedlá zo zemiakov a kapusty. Chleba nebolo. Boli len akési pagáče z múky, ku ktorej bola primiešaná múka kukuričná. Nebolo zväčša ani soli a mnohí upotrebovali na varenie soľ denaturovanú, určenú pre dobytok. (Hálek, 1937)

Verejná čistota bola aj koncom 30. rokov 20. storočia slabou stránkou okresu. Ľud len „*pozvolna*“ si zvykal na vyššiu hygienickú úroveň domácností. Obce sa nachádzali na svahoch, v úzkych dolinách, domy v tesnej blízkosti a hospodárske budovy vedľa obytných priestorov. Močovka často vytekala z dvorov do potoka a priestupkové konanie neprinášalo nijaké riešenie, „*keďže samo obyvateľstvo nemá alebo nechce mať pochopenie.*“ Lekári pri každej príležitosti poučovali obyvateľstvo o nutnosti dodržiavať hygienu, ale bezúspešne. (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 255, č. sp. 55/40)

Pozitívne výsledky dosiahnuté vďaka cieleným aktivitám mali prirodzene len krátkodobý výsledok. Podieľali sa na tom najmä zle sociálne a hospodárske pomery prevažnej časti obyvateľstva, ale aj nízka kultúrna a vzdelanostná úroveň obyvateľstva. Potvrdzovala to aj správa úradného lekára za rok 1936, kde sa uvádzalo, že verejná čistota bola veľmi zanedbávaná. V Kysuckom Novom Meste sa „*držia ulice*“ v primeranej čistote, ale na vidieku boli verejné cesty zašpinené výkalmi a hnojovkou. Ako príčinu uvádzal nesprávne stavenie celých obcí. Pozitívom bolo, že nové domy ktoré stavali, dbali aj na tieto kritéria. Lekár podotkol, že v kysuckonovomestskom okrese neboli podniky, ktoré by znečisťovali ovzdušie alebo robili veľký hluk. (ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, K. 224, č. sp. 187/37)

Zmeny v kvalite obydľí I. Hálek pripisoval zmene politického režimu po roku 1918 a tomu, že „*zbogatal určitý, možno značný počet príslušníkov meštíackej triedy a spolu s tým zlepšilo sa hospodárske a spoločenské postavenie všetkých tých, čo boli tejto meštíackej vrstve, nachodiacej sa na hospodárskom vzostupe, potrební a užitoční....S tým súvisí v značnej miere i zmena vo výzore našich miest, ale i dedín, aspoň tých, čo ležia pri hlavných*

hradských. Miesto drevených, šindľom krytých chalúpok rozmnožili sa cementové, škridlou alebo eternitom kryté murovanice. A keď niekde zub času zničil chalupu, alebo požiar zrazíroval celú dedinu, vznikol na jej mieste zhuk murovaných domov už bezpodmienečne so sporákom a komínom, dlážkou a otváracími oblokmi a s ohňovzdornou strechou. Ale tie stavania stoja zase v tak nemožnom zostavení a tak celkom bez plánu, ako stáli pred ohňom. A samozrejme trochu ďalej od hradských a od kostolov a menovite na kopaniciach všetko, až na dymné chaty, vyzerá temer tak, ako to vyzeralo na počiatku storočia.“ (Hálek, 1955, s. 16)

Alkoholizmus

Celková hygienická situácia, životná úroveň a zdravotné pomery v kysuckonovomestskom zdravotnom obvode boli v sledovanom období veľmi nepriaznivé. Situáciu ešte zhoršoval alkoholizmus obyvateľov, ktorý decimoval celé rodiny. (SNA, f. EMVZTV, k. 106., Bezděk 1920, Hálek 1922, Chandogová a kol., 1997) Ivan Hálek ktorý sám ako lekár dlhé roky pôsobil v hornotrenčianskom kraji, poukázal na vysokú prevalenciu mentálneho postihnutia rôznej závažnosti, ktorú dával do súvislosti s veľmi rozšírenou konzumáciou alkoholu u detí a opilstvom medzi dospelými oboch pohlaví najmä v Čadci a okolí. (Hálek, 1937) V boji proti alkoholizmu lekári a pracovníci Osvetového zväzu pravidelne organizovali prednášky, ale s „neválnym“ výsledkom.

Medzi ľuďom bol veľmi rozšírený alkoholizmus aj napriek aktivitám na jeho potlačenie nielen zo strany cirkevných činiteľov, miestnych autorít - lekára, notára, starostov, učiteľov, a i. ale bez úspechu. Tragédiou bolo, že už v detskom veku rodičia priadavali deťom do jedla alkohol. V prieskume, ktorý realizoval prof. A. Chura na otázku, či dostávajú vypiť pivo, víno, pálenku alebo iný alkohol, uviedlo odpoveď že alkohol nedostávajú až 89,7% školopovinných detí v okrese Kysucké Nové Mesto, Čadca, Veľká Bytča a Považská Bystrica. Ale na otázku, či dostávajú do čaju alebo len do čaju víno, rum, pálenku alebo iný alkohol, odpovedalo 89,20% týchto detí, že do čaju dostávajú alkohol na „prilepšenie alebo posilnenie.“ Teda len 10,12% nedostávalo do čaju alkoholický nápoj. (Chura, 1938, s. 167)

Zo sociografických výskumov davistov (napr. Bielik 1932, Gašparec 1968) sa dozvedáme viac o špecifikách alkoholizmu v regióne. Častým javom bolo nadpočetné pridelenie koncesí na nové krčmy obecnými zastupiteľstvami. Ľudia prevárali a pili aj denaturovaný lieh namiesto drahého špiritusu a preto na Kysuciach bol jeho voľný predaj zakázaný, ale opatrenie sa minulo účinkom. „Špekulanti zblízka i zďaleka ho prevážali na nákladných autách a výborne na ňom zarábali. Osvetoví pracovníci bojovali proti alkoholizmu svojím spôsobom - prednáškami, propagáciou zdravotníckej literatúry v

obecných knižniciach, avšak bez úspechu....Boli to väčšinou vysokoučené reči a prednášky, ktoré narazili medzi ľuďmi na riepochoopenie a nezáujem. Tento korenil aj v tom, že prednášatelia, ktorých Osvetový sväz pre Slovensko vysielal na vidiek, mali k ľuďom pomer "strašnej cudzoty a chladu". Vôbec nepoznali reálne pomery pracujúceho ľudu a ani sa nevedeli vžiť do jeho situácie. Ľud si uvedomoval, že sa mu prihovárajú "páni" (kabátoši), ktorí si blahobytné žijú a ktorí nikdy ani krížom slamy nepreložili, aby sa jeho postavenie zlepšilo..... Obecné knižnice nehrali nijakú veľkú rolu v kultúrnom živote dediny. Nesprávny a nevhodný výber kníh, nadiktovaný obecným knihovníkom, ktorý nota bene nemal ani minimálnu kvalifikáciu alebo aspoň bežné znalosti o kultúre, nedostatočná dotácia na dopĺňovanie knižničných fondov - to všetko zapríčinilo, že knižnice frekventovalo mizivé percento dedičanov.“ (Gašparec, 1968, 420 - 421)

Podľa I. Hála bola základom a hlavnou príčinou hygienických nedostatkov kysuckého ľudu krajná chudoba. Z rovnakého dôvodu nemohli osvetové a zdravotno-výchovné aktivity dosiahnuť želaný efekt. Menovite ohľadom boja proti alkoholizmu Hálek píše: „pokladal som za svoju prvú lekársku povinnosť bojovať proti alkoholizmu. Tento boj som si predstavoval v súhlase s väčšinou vtedajších ľudových pracovníkov ako kázanie, ako hovorenie do svedomia, a pravda, i presvedčanie o škodlivosti liehových nápojov na telo i na dušu. Slovom i písmom: v prednáškach, v novinách i v kalendároch. Myslel som, že stačí ľuďom, menovite mládeži, toto poučenie a osvietenie a prehovorenie do svedomia, a že otriezvenie príde potom už samo sebou. Napriek tomu — úspechu nebolo, a ako dnes vidím, ani nemohlo byť. Márnosť alebo aspoň nepatrnú účinnosť osvetovej práce protialkoholickéj som inštinktívne začal pociťovať, len čo som v povolani i mimo povolania šiel za týmito čadčianskymi korhelmi na ich kopanice, ich dvory a stavania, len čo som sa oboznámil so spôsobom a podmienkami ich každodenného života.... čím viac som navštevoval našich dedičanov a najmä kopaničiarov v ich príbytkoch, čím viac som poznával spôsob života týchto ľudí doma a zase pri práci — tým viac som začínal pochybovať o tom, že skutočne alkoholizmus je vlastnou príčinou tohto ich sociálneho a zdravotného stavu. Čím viac som pozoroval úplnú bezútešnosť ich života, tým viac sa mi núkala domnienka, že vari sme na mýlnej ceste všetci my protialkoholickí kultúrtrégri.“(Hálek, 1937, s.8)

Záver

Ústredné orgány verejného zdravotníctva, pri existujúcom nedostatku verejných zdrojov a kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov (dlhý čas trvalo kým sa prejavil efekt

zriadenia lekárskej fakulty v Bratislave), sa zameriavali aspoň na to čo sa dalo ovplyvniť: komunálna hygiena, hygiena domácností a pracovísk, osobné hygienické návyky, zvyšovanie zdravotného uvedomenia. Spolupracovali s mnohými subjektmi ako napr. Ministerstvom poľnohospodárstva, Ríšskym sborom pečlivosti o zdravie vonkova v Prahe, Osvetovým zväzom, Československým červeným krížom, Ligou proti tuberkulóze, spolkom Záchrana, s poisťovňami, s cirkvami i rozmanitými miestnymi spolkami. Veľkú úlohu zohrali úradní lekári ako pracovníci tzv. prvej línie, narážali však na viaceré problémy, vrátane nízkej úrovne vzdelanosti a zdravotného uvedomenia u obyvateľov.

Správy úradných lekárov reflektujú že spôsob života, životný štýl rodín aj jednotlivcov najmä v menej rozvinutých, materiálne deprimovaných regiónoch ovplyvňujú sociálno-kultúrne a tiež sociálno-ekonomické faktory. Intervencie riadiacich zdravotníckych orgánov v tomto období sa zameriavali na rôzne úrovne, niektoré aktivity boli aj viacsektorové. Popri prístupe, ktorý sa označuje ako epidemiologicko-hygienický, sa rozvíjal prístup, ktorý vychádzal z poznania, že štruktúra chorobnosti sa vo veľkej miere odvíjala od sociálno-ekonomickej situácie človeka, životnej úrovne a vzdelanosti.

Literatúra

BEZDĚK, C.: *O striezlivosti*. Ružomberok 1920.

BIELIK, V.: Kysuce. DAV, V, 1932, č. 5.

CAPÍKOVÁ, S. a kol.: Legislatívny rámec boja proti prenosným ochoreniam na Slovensku v rokoch 1918 - 1938. In: *Po stopách zdravia a nemoci člověka a zvířat 1.* - ISBN 978-80-86413-90-7. - Brno : Technické muzeum v Brně, 2012, s. 48 - 51.

COCKERHAM, W. C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J. Health Soc. Behav.* 2005, 46 : 51 - 67.

Encyklopédia Slovenska, zv. 4, Bratislava 1980, s. 384.

FALISOVÁ, A.: Medzinárodná spolupráca v zdravotníctve v I. polovici 20.storočia. In: *História medicíny, farmácie a veterinárnej medicíny v kontexte vývoja európskej vedy 20.storočia*. Bratislava: JUGA 2000, s. 257 - 260. ISBN 80-85506-99-8.

FALISOVÁ, A.: *Medzivojnové Slovensko z pohľadu zdravotného a sociálneho*. In: ZEMKO, M., BYSTRICKÝ, V. (eds.): *Slovensko v Československu (1918 - 1939)*, Bratislava: VEDA 2004, s. 365 - 416.

FALISOVÁ, A.: Spoločnosť proti pohlavným chorobám na Slovensku v medzivojnovom období. In: *Forum historiae*, 2011, roč. 5, č. 1, s. 29 - 36.

- GAŠPAREC, I., 1968: Sociografické záznamy davistov. In: *Sociologický časopis*, 4, č. 3, s. 418 - 423.
- HÁLEK, I. *Zápisky lekára*. Bratislava: Slovenský spisovateľ, 1955.
- HÁLEK, I. *Kysuce: pokus lekára o sociologiu hornatých krajín Slovenska*. (1. vyd. Praha 1937). Bratislava: Slovenský spisovateľ, 1955.
- HÁLEK, I.: Odalkoholizovať republiku! Věstník ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, 1922, s. 103.
- CHANDOGOŤÁ, E. a kol.: Zdravotné uvedomenie, verejná mienka a problém súvisiaci s alkoholom u obyvateľov SR. Stodolov memoriál. Bratislava 1997, s. 141 - 144.
- CHURA, A. J.: *Slovensko bez dorastu ?* I. diel. Bratislava: Roľnícka osveta 1936.
- CHURA, A. J.: *Slovensko bez dorastu?* II. diel, časť 1. Bratislava: Roľnícka osveta 1938.
- CHURA, J. A., KIZLINIK, K. *Slovensko bez dorastu?* II. diel, časť 2. Bratislava: Roľnícka osveta, 1939.
- KAPLAN R.M., SALLIS J.F., PATTERSON T.L.: Zdravie a správanie človeka. (angl.orig. McGraw Hill 1993), 1.vyd.Bratislava 1996.
- KLÍMA, J.: Rok 1937 s hľadiska zdravotní. In: Příloha Zdravotnické revue, 20, 1938, č. 4, s. 14.
- MARCINÁTOVÁ, L., VALL, J.: Zdravie a životné prostredie v Slovenskej republike k roku 2006. Indikátorová správa 2007. Slovenská agentúra životného prostredia, Banská Bystrica 2007. [online] Dostupné z: <https://www.enviroportal.sk/uploads/spravy/zdravie-factory-06.pdf> [cit.10. 10. 2014]
- MAREC, J.: *Tradičné liečiteľstvo a ľudová mágia na horných Kysuciach*. Martin 2011.
- MOROVICSOVÁ, E., FALISOVÁ, A.: Úloha sestier v podpore zdravia v prvej československej republike. In Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu V : sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovateľství s mezinárodní účastí. - Opava : Slezská univerzita v Opavě : Fakulta veřejných politik v Opavě : Ústav ošetrovateľství, 2010, s. 197 - 201.
- MOROVICSOVÁ, E.: Pôsobnosť sestier v prvej Československej republike. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, 11, 2005, č. 3, s. 173.
- MOROVICSOVÁ, E.: Aktivita ČsČK zamerané na ošetrovateľstvo v prvej Československej republike. In: Červený kríž Alica G. Masaryková a Slovensko. Martin, 2006.
- OLLÍK, T., 1976: K tradíciám marxistického sociologického výskumu na Slovensku. In: *Sociológia*, 8, č. 3, s. 259 - 266.

OZOROVSKÝ, V. a kol.: Profesor Reinsberg a začiatky organizovaného boja proti pohlavným chorobám v Bratislave. In: *Československá dermatologie*, roč. 58, 1983, č. 4.

OZOROVSKÝ, V., BENIAK, M., CHANDOGOVÁ, E.: Vavro Šrobár a jeho "ľudová zdravotná veda." Podpora duševného zdravia vrátane boja proti xenofóbii a rasizmu: aktuálne úlohy zdravotnej výchovy v súčasnosti. Bratislava 2001, s. 82 - 87.

PAMPEL, F. C., KRUEGER, P. M., DENNEY, J. T.: Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol.* 2010 August, 36, s. 349 - 370.

PELC, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Čs. republiky v jejím prvním desetiletí. Praha 1929, s. 129.

REMIŠOVÁ, M.: *Zápas o nové poslanie lekára v spoločnosti*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1986.

SRB, V.: *Obyvateľstvo Slovenska 1918 – 1938*. INFOSTAT: Bratislava 2002.

Stenografický záznam z 13. schôdze SNR zo dňa 16. 12. 1949 [online] Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1948snr/stenprot/013schuz/s013004.htm> [cit. 11. 06. 2012]

STODOLA, I. (ed.): *Zdravotné predpisy na Slovensku*. Martin 1937.

Slovenský národný archív v Bratislave, fond Krajinský úrad – administratívne oddelenia, kartón (ďalej len k.) 68 - 69.

Slovenský národný archív v Bratislave, fond Krajinský úrad – administratívne oddelenia, k. 68 - 69.

[35] Slovenský národný archív v Bratislave, fond Inštruktor ministerstva sociálnej starostlivosti, k. 8.

Slovenský národný archív, fond Expozitúra ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy, k. 45.

Slovenský národný archív, fond Expozitúra ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy, k. 106.

Štátny archív Bytča, pobočka Čadca (ďalej len ŠAB, pob. ČA), fond Okresný úrad Kysucké Nové Mesto (ďalej len FOU KNM), k. 75, č. sp. 7126/924.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 72, č. sp. 6873/21.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 113, č. sp. 4415/28.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 178, č. sp. 10442/32.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 194, č. sp. 1409/34.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 194, č. sp. 1395/34.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 235, č. sp. 48/38.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 224, č. sp. 187/37.

ŠAB, pob. ČA, FOU KNM, k. 255, č. sp. 55/40.

ŠROBÁR, V.: *Ludová zdravotní věda*. Martin 1909, s. 54 - 56.

Kontakt

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK v Bratislave

Sasinkova 2

813 72 Bratislava

e-mail: silvia.capikova@fmed.uniba.sk

PhDr. Anna Falisová, PhD

Historický ústav SAV

Klemensova 19

814 99 Bratislava

e-mail: Anna.Falisova@savba.sk

Rizika orientace na úspěch v kontextu vybraných psychologických metod

Risks of orientation to success in the context of selected psychological methods

Jana DUNDELOVÁ¹⁴

Abstrakt

Tento příspěvek se zaměřuje na orientaci na úspěch, která je typická pro současnou západní společnost a která je současně zdrojem mnoha problémů, jedním z nichž je psychické zdraví, které při subjektivním pocitu selhávání, tj. nedosahování úspěchu je ohroženo. Relevantním problémem je dále problematika poskytování psychologických či psychoterapeutických služeb, koučinku, pomoci při rozvoji osobnosti apod., které v České republice mohou poskytovat osoby s různým vzděláním a zkušeností a při nekompetentních postupech může dojít k poškození klienta a prohlubování jeho problémů. V článku jsou také uvedeny příklady psychologických metod, které jsou v současné době populární a široce využívané, jak odborníky tak pseudoodborníky, a proto jsou také spojeny s mnoha riziky poškození klienta.

Klíčová slova

úspěch, psycholog, psychiatr, psychoterapeut, kouč, seberozvoj, seberealizace, pozitivní psychologie, NLP, Silva metoda

Abstract

This paper focuses on the orientation of success, which is typical of contemporary Western society and that is also the source of many problems, one of which is mental health which is endangered with the subjective sense of failure, i.e. with the impossibility to achieve success. The relevant problem is then the problem of providing psychological or psychotherapeutic services, coaching, assistance in the development of personality, etc., which in the Czech Republic can provide people with various education and experiences, and incompetent procedures may result in the damage of the client and the deepening of his/her problems. The article also gives examples of psychological methods that are currently popular and widely used, both by professionals and pseudo-professionals and therefore are also associated with many risks of damage of the client.

Keywords

success, psychologist, psychiatrist, psychotherapist, coach, self-development, self-fulfillment, positive psychology, NLP, Silva method

Úvod

Současná západní společnost vysoce je orientovaná na úspěch, ať již se jedná o úspěch skupiny nebo jednotlivce. Mít úspěch, být úspěšný se stává symbolem šťastného naplněného života, symbolem, k němuž se ve svých propagacích hlásí mnoho méně či více známých společností, ale i politiků a politických stran.

¹⁴ PhDr. Jana Dundelová, Ph.D., Provozně ekonomická fakulta, Mendelova univerzita v Brně, Zemědělská 1, 613 00 Brno, e-mail: jana.dundelova@seznam.cz, jana.dundelova@mendelu.cz

Úspěch bývá definován jako pozitivní výsledek snahy jednotlivce nebo skupiny dosáhnout určitý předem vytyčený cíl. Mimo mainstreamový zájem se nachází hodnota proklamovaných cílů a úspěchů s nimi spojovanými. A také všichni ti, kteří se v daném kontextu jeví jako neúspěšní. Neúspěch je protipólem úspěchu, přičemž vnímání obou pojmů je velmi relativní, jak z hlediska pozorovatele, tak také ve vztahu k časovému, historickému vývoji. Tentýž výkon může být hodnocen z jednoho úhlu pohledu jako úspěch a z druhého jako totální selhání; podobného relativního výsledku bývá mnohdy dosaženo při historické komparaci. Tyto skutečnosti jsou však v médiích a často i ve vzdělávacím procesu přehlíženy a ignorovány. Výsledkem může být až patologická motivace po dosahování mediálně propagovaných úspěchů a následná frustrace z jejich nedosahování. Cílem tohoto článku je upozornění na tento jev a současně na psychologické metody, které se rozvíjejí jako reakce na tento stav, stávají se mnohdy samoučelným businesssem a kolotoč honby za úspěchem často pouze prohlubují.

Úspěch, individualismus a kolektivismus

I když úspěch může být spojován jak s individualismem, tak s kolektivismem, přesto je v současné západní společnosti dávám primárně do souvislosti s jedincem či skupinou, která nemá hlubší vazby na fungování společnosti jako celku.

Individualismus (z lat. in-dividuus, nedělitelný, a individuum, jednotlivec) bývá definován morální, politický nebo společenský názor a postoj, který na první místo klade jedince, jeho nezávislost a soběstačnost, co nejmenší omezování druhými a společnostmi. Individualisté jsou přesvědčeni, že každý jednotlivec má právo prosazovat své individuální zájmy a cíle a starat se především sám o sebe. Individualismus chápe společnost jako více méně nahodilé a volné seskupení osob a odmítá nebo podceňuje společenské vazby člověka, vzájemnou závislost a solidaritu (Klimeš, 2010; Petrusek, Vodáková, 1996). Hayek (1989) popisuje individualismus jako úctu k jednotlivci, tj. uznání jeho vlastních jedinečných názorů a zálib za nejdůležitější pro něj samého, a poukazuje na nutnost tolerance možnosti rozvíjení individuálního nadání. Důležitá je pro něj i svoboda volby a možnosti každého jedince pokusit se vést si svůj vlastní život.

V rámci individualismu může být vyžadováno, aby každý jedinec uznával i stejná práva všech ostatních, a potud není totéž co egoismus. Pokud ovšem dochází ke zdůrazňování vlastního prospěchu a zájmu, a to i na úkor druhých, pak se jedná jednoznačně o egoismus¹⁵.

Dle Hofstedeho (2010) individualismus přísluší společnostem, v nichž jsou svazky mezi jedinci volné. Předpokládá se, že každý se stará sám o sebe a svou nejbližší rodinu. Kolektivismus, jako jeho opak, přináleží ke společnostem, ve kterých jsou lidé od narození po celý život integrováni do silných a soudržných skupin, které je v průběhu jejich životů chrání výměnou za jejich věrnost. Děti se v prvním případě učí myslet pomocí „já“, ve druhém pomocí „my“. Zatímco „v individualistické společnosti nejsou vztahy s druhými lidmi zřejmé a předem dány, jsou vytvářeny dobrovolně a musí se o ně pečovat, v kolektivistické společnosti je předem určeno, kdo jsou přátelé jedince – příslušností k rodině nebo skupině. Kolektivistické společnosti se snaží vyhýbat přímé konfrontaci, jakémukoliv nesouhlasu.

Kolektivismus (z lat. *collectivus*, sebraný, shromážděný) je moderní označení pro postoje, postupy a ideologie, které vidí jednotlivého člověka především jako součást nějakého celku (národního, třídního, rasového, náboženského a pod.) a jeho zájmy tedy zásadně podřizují zájmům tohoto celku. Kolektivismus a důraz na masy jsou nezbytnou součástí totalitních ideologií, které ve 20. století způsobily velké katastrofy; proto je v současnosti většinou kritizován a odmítán. (Klimeš, 2010; Petrušek, Vodáková, 1996)

Kolektivismus byl typický pro země bývalého východního bloku a v současné době např. pro Rusko, Japonsko. Individualismus pro USA. V České republice můžeme pozorovat po sametové revoluci posun od kolektivismu k individualismu, či mnohdy až podivnou kombinaci obojího. Možný zdůrazňuje, že pro českou společnost posledních desetiletí typický koncept individualismu bez odpovědnosti. Původní individualismus, který byl v koncepci Émila Durkheima spojen s odpovědností a povinností, se České republice proměnil. Z

¹⁵ Podle kontroverzní teorie Dawkinse (1976) jsou základní evoluční jednotkou jsou geny, jejichž jediným cílem je jejich vlastní šíření, a za tímto účelem vyvolávají složité reakce vedoucí až ke vzniku složitých biologických strojů, mezi které patří i člověk. Sobecký gen je jedna z ústředních metafor moderního neodarwinismu. Podle ní je gen hlavní jednotkou přirozeného výběru, ne jednotlivec, nebo dokonce skupina, jak předpokládal výběr skupinový. Jednotlivé alely mezi sebou soupeří o zastoupení v dalších generacích a organismy jsou jejich pouhými výtvary, které si postavily, aby se mohly účinněji prosazovat ve světě.

individualismu se vytratila hrdost a zůstal pouze „chytrácký utilitarismus a sobectví (Možný 1992). Podobně negativně se k individualismu vyjadřuje Hayesová (2003), která při komparaci západního individualismu a afrického kolektivismu dochází k závěru, že individualismus se v tomto kontextu jeví jako znak nezodpovědnosti a vlastně i nekulturnosti¹⁶.

Malgorzata Jacyno (2012) popisuje strategie, jenž jednotlivci volí se dají vysledovat usilovné snahy o racionalizaci života, jenž mají za cíl z něho vymáčet co nejvíce zdraví, štěstí, mládí, peněz a vysokého sebevědomí. Zaplněné posilovny, popularit pracovních soustředění, na nichž se má „trénovat mysl“ a kursů „programování na úspěch“, workoholismus nebo skon podřizovat se drastickým dietám. (Jacyno, 2012, 7)

Člověk si dnes osvojuje dle Jacyno tzv. terapeutickou kulturu založenou na poznání moci, která v něm je a nalezení klíče k bohatství. V takovém prostředí se zájem o ostatní, případně o celou planetu stává pouze jakýmsi módním image, které může být záhy vyměněno za něco atraktivnějšího. Je zřejmé, že tyto proměny souvisí se současnou dobou, reprodukcí pocit nejistoty, osamělosti a odcizení. Neurčitost a nestálost vede k nedůvěře, přitom důvěra je bytostní podmínkou uznání plné identity objektů a osob. Když tato důvěra není rozvinutá nebo obsahuje vnitřní ambivalence, je výsledkem trvalá existencionální úzkost. (srov. Urbanová, Dundelová, Dvořáková, 2013).

Podle Jacyno (2012) terapeutický diskurs je srozumitelný pro každého umožňuje, pochopit situaci druhého a v této situaci mu také pomoci vysvětlením, které uvádí věci na „pravou míru“. Návodů na správné vedení života jakoby již zabránily možnosti úniku z nápravného diskursu a projevu svobody. Denaturovány a vysvětleny byly absolutně všechny složky lidského života. Život se proměnil v Život, jež má cíl: vysokou kvalitu. Pokud ji nemá, i pro postižené je zde příležitost si tento neúspěch vysvětlit pomocí příruček a metod, a vysvětlením docílit příležitosti k novému začátku. Důležitý je příslib toho, že po správném ovládnutí „vnitřního světa“ se úspěch a náruč „vnějšího světa“ otevře „přirozeně“. (Jacyno, 2012)

¹⁶ Mbiti (1970) in Hayesová (2003) popisuje africkou filozofickou tradici, která chápe individuální „já“ jako pevně umístěné uvnitř kolektivního „já“ kmene či národa. Jednotlivci jsou považováni za neoddělitelné od kmene či lidu, který tvoří. Mbiti poukázal na to, že v mnoha afrických kmenech bylo počítání lidu tradičně zakázáno, protože lidé se považují za součást společenství, a společnost, která funguje jako celek, nemůže být rozdělena na části.

Odborníci a pseudoodborníci

Pokud člověk začne mít pocit, že jeho dosavadní život neodpovídá všudypřítomně propagovanému obrazu úspěšného jedince, má v současné době relativně mnoho možností jak na sobě začít pracovat. Jednou z možností je množství více či méně odborné literatury, která zpravidla již v názvu nese slovo úspěch v různých pádech a slovních kombinacích¹⁷, nabídkou ani kvalitou těchto publikací se v tomto článku nebudeme hlouběji zabývat. Další možností je navštívení odborníka, který nabízí ve svých službách rozvoj osobnosti. V této souvislosti se potencionální klient setká buď s psychologem, s psychiatrem (častým případem v této souvislosti je rozvoj deprese mj. po prožitku zásadního neúspěchu) nebo absolventem různých výcviků či kurzů zaměřených na psychoterapii, koučing, neurolingvistické programování, Silvovu metodu atd. V případě, že klient není s problematikou vzdělání v těchto oborech alespoň částečně obeznámen, ocitá se poměrně nesnadné situaci zorientovat se v inkoherentním množství nabídek reklamujících tyto služby a mnohdy mu unikají i následující profesní rozdíly:

Psychologem je absolvent pětiletého magisterského studia filozofické fakulty (příp. dalších fakulty sociálním nebo humanitním zaměřením). Uplatnění těchto absolventů je se vzrůstajícím počtem zájemců o psychologii stále rozšiřuje. Absolventi – pokud najdou práci v rámci svého oboru - pracují jako pracovní psychologové, personalisté, kliničtí psychologové, jako psychologové v oblasti reklamy, dopravy, poradenství, v armádě ve výzkumu atd.

Psychiatrem je absolvent lékařské fakulty s příslušnou specializací a atestací, který mj. na rozdíl od psychologa je kompetentní předepisovat medikaci a jeho práce je zaměřena především na psychopatologii.

Zatímco vzdělání psychologů a psychiatrů je jednoznačně transparentní, systematické, ucelené, ověřitelné, kontrolovatelné a kontrolované, tak profese psychoterapeutů ne vždy tyto charakteristiky naplňuje, protože psychoterapeutem se stává absolvent psychoterapeutického výcviku, který může mít různou úroveň a především nejednotné nároky na předchozí vzdělání

¹⁷Při otevření nabídky publikací o úspěchu v internetovém obchodě (např. na <http://knihy.abz.cz>) se nám otevrou tyto kategorie: obchodní úspěch, úspěch v podnikání, profesní úspěch, finanční úspěch, úspěch - psychologické aspekty, úspěch - duchovní pojetí, úspěch - duchovní aspekty, úspěch v podnikání - Spojené státy americké.

a profesi, tj. někdy je podmínkou, aby měl adept na psychoterapii dokončené univerzitní vzdělání lékařského směru či psychologie (což má logiku a psychoterapeutické vzdělání v tomto případě činí smysluplné pokračující vzdělání) nebo vzdělání zaměřené humanitně; v jiných případech je vstupním požadavkem maturita nebo ani to ne. Výsledkem je potom certifikát uvádějící profesi psychoterapeut, což pro laiky neorientující v džungli cest vedoucích k tomuto výstupu je velmi nepřehledné. Podobný chaos nastává u absolventů různých výcviků, kurzů, seminářů zaměřených na rozvoj osobnosti, koučing, rodinné konstelace, NLP, Silvou metodu, ale i u „specialistů“ na výživové poradenství či různé více či méně podivné terapie, terapeutech pracujících s paranormálními jevy, ale můžeme se zařadit také kartárky, astrology, věštce, osoby léčící různými neidentifikovatelnými energiemi. apod. Samozřejmě ve výše uvedeném je zcela inkoherentní výčet profesí a „profesí“, které se snaží lidem pomáhat, které mají na příslibu terapie, osobního růstu či získání kontroly nad vlastním životem založený business, jenže právě v této nesourodé se musí orientovat potenciální klienti, kteří projeví zájem o tyto služby a kteří se mnohdy nezamýšlí nad profesní kariérou daného specialisty ale reagují na reklamu, reference či subjektivně nahlíženou atraktivitu nabízené služby.

Na služby nabízející rozvoj osobnosti, koučing, poradenství apod. lze získat snadno živnostenské oprávnění, neboť je možné je zařadit mezi volné živnosti. Dle nařízení vlády ze dne 23. července 2008, o obsahových náplních jednotlivých živností, ve znění pozdějších předpisů¹⁸ bychom výše uvedené služby mohli zařadit do následujících oborů:

- Poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků (...Poradenská činnost v oblasti společenských věd (sociologie, filosofie, historie, demografie, lingvistiky a podobně), v oblasti společenského vystupování, rozvoje osobnosti a udržování fyzické kondice, vizážistika, barvové poradenství, logopedie s výjimkou klinické logopedie a podobně...).
- Mimoškolní výchova a vzdělávání, pořádání kurzů, školení, včetně lektorské činnosti (...Pořádání odborných kurzů blíže specifikovaných (například výpočetní techniky, šití, vaření, pěstování rostlin) a pořádání seminářů a školení v různých oblastech, zejména organizační zajištění kurzů a školení, zajištění prostor pro konání akce,

¹⁸Nařízení vlády č. 278/2008 Sb. [cit. 2014-2-11]. Dostupné z: <http://www.mpo.cz/dokument82761.html>

příprava materiálů a podkladů pro školení, zajištění lektorů a vlastní lektorská činnost...).

- Poskytování služeb osobního charakteru a pro osobní hygienu (...Poskytování služeb osobního charakteru, zejména činnost seznamovacích a svatebních kanceláří, astrologů, grafologů, kartářek a numerologů...).

Cesty k „úspěchu“

V této části článku se zamyslíme nad úskalími, která při nesprávném uchopení deformovat a znehodnotit, jak původní myšlenky tak metody. Výchozí bod tohoto problému spatřuji ve skutečnosti, že psychologické metody se od druhé poloviny 20. století staly poměrně rozsáhlým businessem, ve který je založen na příjmech přicházejících jak o klientů, tak o osob toužících po vzdělání a především získání certifikace v odbornosti na „léčbu“ duše, vztahů, v životním poradenství apod. Jelikož nabídka kurzů, výcviků je tak široká, že zájemci s alespoň trochu adekvátním předchozím vzděláním by tento trh neutáhli, tak v mnoha případech se stane frekventantem a následným absolventem v podstatě kdokoliv, kdo je ochoten zaplatit¹⁹, příp. může tuto činnost zahájit bez jakéhokoliv vzdělání (viz výše - volné živnosti). A pokud má trochu osobnostního charisma, dost peněz na následnou reklamu na svoji činnosti a dost rozsáhlou sociální síť pro poskytnutí počátečních pozitivních referencí, v podstatě nic mu nebrání v zahájení úspěšné kariéry bez ohledu na psychické zdraví jeho klientů po jeho „odborném“ působení.

Moji studenti na Provozně ekonomické fakultě často od studia a zvláště od psychologie očekávají návod, jak se stát úspěšným, přičemž úspěch zpravidla chápou jako být bohatý, mít nadstandardně placené zaměstnání, zastávat vedoucí pozici být pro to vše obdivován. Méně často či spíše výjimečně si pod sloven úspěch představí smysluplný život spojený např. s altruistickou prosociální činností, která navíc bývá podprůměrně ohodnocována, život zasvěcený péči o potřebné nebo životní prostředí, úspěch založený na poctivé práci ve společensky méně atraktivních profesích. V kontextu humanisticky založeného přístupu v psychoterapii (z kterého významně čerpá i koučing) můžeme zmínit např. seberealizaci, která jak na vrcholu Maslowovy pyramidy potřeb, tak také ve středu zájmů Rogerovské psychoterapie. Maslowova pyramida potřeb je velmi známý model hierarchie lidských potřeb, který definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie

¹⁹ Tato situace neplatí pro specializované psychotherapeutické kurzy, ale je naprosto typická pro finančně nákladné a mnohdy evidentně předražené výcviky např. koučingu, NLP, Silvovy metody. /pozn. autorky/

má člověk pět základních potřeb (od nejnižších po nejvyšší - společně pak tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“):

1. fyziologické potřeby;
2. potřeba bezpečí, jistoty;
3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti;
4. potřeba uznání, úcty;
5. potřeba seberealizace.

Maslow vycházel z předpokladu, podle něhož níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však není možné tvrdit zcela bezvýhradně (klasickým příkladem je tzv. hladovějící umělec, pro něhož není důležité jídlo, úroveň jeho obydlí, názory či uznání ostatních, ale je plně zaujat svým dílem²⁰, srov. Alderfer, 1972). Za nejvyšší potřebu Maslow považuje potřebu seberealizace, čímž označuje lidskou snahu naplnit svoje schopnosti a záměry.

Z pohledu nabídky zaměstnání v současné ale v podstatě jakékoliv společnosti je zřejmé, že naprostá většina nemůže dosáhnout zaměstnání, ve kterém by se plně seberealizovali, ale i předchozí stupně – potřeba uznání či pocitu sounáležitosti zůstává spíše ideálem než cílem, jehož je možno jakoukoliv metodou dosáhnout. Samozřejmě, pokud člověk nemůže výše uvedené dosáhnout v práci, může si tyto aspekty svého života kompenzovat ve svém osobním životě. Co ale když i zde se nedaří? Zkušený psycholog a psychoterapeut jistě dokáže s tímto klientem pracovat tak, že výsledkem je subjektivně pozitivnější interpretace reality. Ale dokáže toto i různí „odborníci“ nabízející osobní růst, koučing, NPL, nejrůznější rady slibující 100% úspěch? Nebo pocit neúspěšnosti, zoufalství beznaděje v konečném důsledku spíše prohlubují?

Žádná metoda není lepší než odborník, který ji používá, a vliv osobnosti „terapeuta“, kouče či jiného specialisty a jeho osobního pojetí jakékoliv metody může vést ke zcela odlišným výsledkům. zcela jiný výstup lze očekávat od odborníka, jehož znalost je podložena bestsellery jako „Úspěch jsi Ty aneb několik nezištných rad - Jak se stát oblíbeným a bohatým“ od Dala Carnegieho, „Tajemství“ (a dalšími díly) od Rhondy Byrne, knihami od Roberta T. Kiyosakiho (např. „Bohatý táta radí jak investovat - Co, kam a jak bohatí investují, a chudí ne“) nebo od Donalda J. Trumpa „Mysli jako miliardář“, ve které autor dokonce tvrdí, že: "Tato kniha je o tom, jak myslet jako miliardář. I kdybyste si zapamatovali pouze deset

²⁰ Byl by tento zavržený umělec považován za úspěšného v současném pojetí úspěchu? /pozn. autorky/

procent z moudra napsaného na těchto stránkách, máte stále velkou šanci se stát milionářem". Samozřejmě toto je pouze příklad nepřeborného množství současné literatury²¹ slibující návod, jak získat úspěch, štěstí, peníze. Nicméně jistě bude podstatný rozdíl v kvalitě specialisty, v jehož knihovně převládají díla tohoto typu a odborníka, který má kromě zvládnutí dané metody také rozsáhlý opravdu odborný a historicko-filozofický přehled, který je kombinací jednak odborných znalostí, ale také životních zkušeností.²²

Je to právě komerce, která z jakékoliv metody může udělat její karikaturu. Např. se tak v propagaci dozvídáme, že „Kurz NLP Practitioner pomůže manažerovi zvýšit produktivitu, pozitivně motivovat svoje lidi a zlepšit své manažerské dovednosti a výsledky, lékaři lépe léčit své pacienty, učiteli zvýšit své didaktické schopnosti a obchodníkovi zlepšit své obchodní dovednosti a zvýšit tak objem prodeje...“²³ Pokud nepocítíte a nebude vnímat změnu v tom, jak jste úspěšní během následujících 3-6 měsíců, tak u vás tato metoda nefunguje a obdržíte zpět vaše peníze.“²⁴ Přičemž již není definován ani úspěch a předpokládám, že ani nebude nabídnut návod, jak jej měřit.

Podobně Kurz Hojnost a bohatství²⁵ slibuje „...najít klíč k hojnosti, který poté samovolně spustí řetězec událostí, situací, kontaktů, setkání, při kterých se konečně posunete vpřed - lehce a s úlevou.“ Už v této propagaci jsou potenciální klienti stavěni do nekompetentních osob, které postrádají jakýsi klíč a čekají na to až je někdo někam posune. Otázka, že někdo toto posouvání nevyžaduje či může způsobit v konečném důsledku problémy, zde řešena není. Na stránkách Centra duševního zdraví Brno se dokonce optimisticky dozvídáme, že: „Všechny tělesné i duševní problémy jsou v podstatě léčitelné. Klíč i zodpovědnost za odstranění potíží

²¹ Touha po úspěchu a štěstí není v dějinách lidstva nic nového; např. v křesťanské mytologii je symbolem lidské touhy po štěstí pozemském i nebeském blahu sv. Grál, které je ovšem jak víme spojeno s jeho nekonečným hledáním. /pozn. autorky/

²² Osobně mě iritují lidé mladší třiceti let, kteří se cítí kompetentní radit ostatním v otázkách osobního růstu, životního štěstí, kteří se cítí být kouči apod. /pozn. autorky/

²³ NLP mezinárodní centrum [cit. 2014-6-11]. Dostupné z:

<http://www.nlp-centrum.cz/produkty/nlp-practitioner.aspx>

²⁴ **Kurz NLP Practitioner** se skládá z 9 modulů (jeden modul je 2 dny, vždy se jedná o víkend). Dohromady tedy 18 dní. Moduly se konají vždy jednou za 4 týdny, aby se spuštěné procesy mohly v organizmu dostatečně zafixovat. Celý kurz tedy trvá 9 měsíců. Cena za jeden modul (víkend) je 5 600,- Kč bez DPH. (<http://www.nlp-centrum.cz/produkty/nlp-practitioner.aspx>)

²⁵ Centrum duševního zdraví Brno [cit. 2014-2-11]. Dostupné z: <http://cdzb.cz/kurz-hojnost-bohatstvi.html>

se nacházejí v pacientově **nevědomí**.²⁶ Podobně jeden terapeut uvádí na svých stránkách, že jeho metoda vyřeší „Jakékoli psychické trampoty i fyzické obtíže.“ A také že jeho metoda je „... garancí kvality. Absolventi mých výuk a klienti začali používat "Ruš, co ti vadí", "Rychle k úplnému štěstí", "Klíč k životu", "Savo na psychické problémy", "Terapie uvědoměním", "Řidičák na život", "Manuál pro život", "Mercedes na psychiku" a podobně.“²⁷, což je zcela brilantní příklad komerčního podbízání se klientům a slibování nemožného.

Podobně propagátoři Silvovy metody²⁸ slibují, že jim tato metoda pomůže:²⁹

- rozpoznání a neutralizaci stresu
- odstranění tělesného a duševního napětí
- celkové zlepšení zdraví a řešení specifických zdravotních problémů
- zbavení se nespavosti a migrén
- rychlou reenergetizaci, obnovení svěžesti a nadšení do práce
- překonání omezujících představ a limitujících podmíněných reakcí
- vnesení větší harmonie do rodinného a pracovního života
- výrazné zlepšení paměti a soustředění
- zesílení sebedůvěry a sebevědomí
- stanovení cílů a jejich dosažení bez zbytečných ztrát sil
- zapamatování si snů a jejich využití k řešení problémů
- rozvíjení tvůrčích schopností a intuice
- dosažení lepšího zdravotního stavu, vitality, tělesné a duševní rovnováhy
- zlepšení komunikace s druhými
- nalezení harmonického emocionálního partnera
- odstranění starých programů a zbavení se zlovyků
- mobilizaci vnitřních zdrojů a realizace svých vloh a talentu
- rychlejší a efektivnější učení

Často jsou také v rámci Silvovy metody nabízeny kurzy kontroly ovládání spánku, probuzení se, bdění, snů, bolestí hlavy, stresu, zlepšení paměti, kontrola tělesné váhy a odnaučování se různým zlovykům apod. Z pohledu odborného psychologa je zřejmé, že zvládnutí být jediného uvedeného problému je otázkou týdnů či měsíců, a to ještě často

²⁶ Centrum duševního zdraví Brno [cit. 2014-8-11]. Dostupné z: <http://psychologicka-poradna.xf.cz/kineziologie.html#zac>

²⁷ Terapeut duše i těla [cit. 2014-9-11]. Dostupné z: <http://www.karelnejedly.cz/index.asp?menu=5>

²⁸ Osobně znám několik absolventů kurzů Silvovy metody, u nichž došlo pouze k zakonzervování nebo prohloubení jejich problémů. /pozn. autorky/

²⁹ Silvova metoda [cit. 2014-14-11]. Dostupné z: <http://www.silvovametoda.cz/>

s nejistým výsledkem; jenže tato skutečnost by samozřejmě nebyla pro klienty motivací zaplatit nemalé peníze za kurz či poradenskou službu.

Není cílem tohoto článku kritizovat propagaci, náplň či kvalitu uvedených a podobných služeb, nicméně komerční úsilí, podbízivost hraničící s manipulací, jsou zde bohužel zcela zjevné.

Jacyno (2012) mluví ve své knize o komercializovaném zdraví, které zahrnuje mladistvý a zářivý vzhled, sportem vymodelovanou postavu, uspokojující svazky, úspěšný sex, obohacující práci, optimismus a vysoké sebevědomí. Komercializované zdraví, je zdraví „holistické“. Vždyť cílem není jen život, ale „plný život“.

Plný život by měl být, ale také úspěšný život a úspěch je v určitém rozporu se skromností, která je zase v rozporu s trhem a se zisky. Jak uvádí Keller (2003, str. 116): „Z hlediska společnosti, která potřebuje prosperovat patří skromnost bezesporu ke zdaleka nejnebezpečnějším lidským neřestem. Čím je spotřebitel skromnější, tím více okrádá celou řadu výrobců a nejroztodivnějšího zboží a ještě delší řadu poskytovatelů všemožných služeb.“

Úspěch se tak stává tržním zbožím a návod, jak jej dosáhnout, si můžeme koupit, ať již ve formě různých příruček či ve formě kurzů, konzultací, cviků nebo terapií.

Závěr

Z pohledu humanitní psychologie můžeme úspěch pojímat jako subjektivní pocit, který je spojen se seberealizací, avšak z pohledu médií je úspěch spojen s uznáním ostatních, přičemž samotný aktér může ale nemusí prožívat příjemné pocity; v tomto případě úspěch nemusí být ani spojen s velkým úsilím, s dosahováním vytouženého cíle, ale se štěstím, s náhodou, s nacházením se ve správný čas na správném místě, s protekcí apod. Bohužel myslím, že toto druhé pojetí úspěchu ve společnosti převažuje. Takto definovaný úspěch má pak blízko ke konvenční úrovni morálky dle Kohlberga (1981), při které je podstatné uznání ostatních bez ohledu na morální kvality uznávaného.

Příkladem náhledu na subjektivní pojetí úspěchu i pocitu štěstí je pozitivní psychologie. Hlavním cílem je podle představitelů hnutí M. Seligmana (2003) a M. Csikszentmihalyiho (1990) budování „nejlepších kvalit života“. Autoři (a také všichni humanisticky zaměření psychoterapeuti) se snaží porozumět kladným stránkám osobnosti a podpořit rozvoj vnitřních sil člověka. V centru jejich zájmu je také výzkum a podpora pozitivních potenciálů a tendencí lidské osobnosti, jako jsou empatie, altruismus, tolerance, vděčnost, pokora a lidské ctnosti,

ktelé se dle Kohlberga (1981) nacházejí v postkonvenční úrovni lidské morálky, která představuje její nejvyšší kvalitu.

Csikszentmihalyi (1990) je rovněž autorem tzv. **flow fenoménu**, který můžeme přeložit jako „stav plynutí“; je to prožitek radosti, tvořivosti, soustředění, naprostého zaujetí činností, při kterém člověk zapomíná na hlad, ubíhající čas, globální oteplování i blížící se zkoušky. Při kterém člověk zapomene na své já, které se ovšem následně vynoří integrovanější formě. Flow může ukázat cestu ke smysluplnosti života i napomoci k překonání krizí. Flow fenoménu můžeme prožívat při nejrůznějších činnostech, pro které bývá typická právě taková obtížnost (náročnost na dovednosti), která nám nedovolí se nudit (není to příliš snadné), ale na druhou stranu nás ani nestresuje (není to příliš obtížné), a obvykle se jedná o tzv. činnosti **autotelické**, tedy takové, které provádíme pro ně samé. Pravděpodobně není třeba zdůrazňovat, že tato činnost musí být hluboce prosociální, abychom zůstali na Kohlbergově postkonvenční úrovni lidské morálky.

Dle Jacyno (2012, str. 219 - 220): „Tím, co v současné kultuře individualismu brání seberealizaci, je toxický úspěch...Toxický úspěch nejen odsuzuje člověka k „neúplnému životu“, ale nese s sebou rezignaci na sebe sama, znamenající, že člověk za svůj úspěch „platí sám sebou“ (svým zdravím, časem, zájmy), a tedy se cele zaprodává hře.“ Hře, která je založená na komerci, kde se úspěch stává zbožím, které je zákazníkům nabízeno a podsouváno, přičemž se mnohdy zapomíná na podstatné lidské charakteristiky, které výstižně vyjádřila Matka Tereza³⁰: „Lidé jsou často nerozumní, nelogiční a sobectí. Přesto jim odpusťte. Budete-li k nim laskaví, stejně vás obviní ze sobectví a nízkých motivů. Zůstaňte laskaví. Budete-li úspěšní, získáte některé falešné přátele a opravdové nepřátele. Přesto pokračujte. Budete-li upřímní a čestní, lidé vás podvedou, vy ale zůstaňte upřímní a čestní. Strávíte-li léta budováním něčeho, co vám jiný zničí přes noc, budujte znovu. Naleznete-li štěstí, klid a mír, budou vám závidět. Zůstaňte šťastní. Na dobro, které uděláte dnes, zítra lidé zapomenou. Přesto dál dělejte dobro. Dávejte světu to nejlepší, co je ve vás, a i když to nemusí stačit, přesto dávejte dál.“

Literatura:

Alderfer, C. P., Existence, Relatedness, and Growth; Human Needs in Organizational Settings, New York: Free Press, 1972, **ISBN-10:** 0029003903, **ISBN-13:** 978-0029003909

³⁰ Goodreads. [cit. 2014-14-11]. Dostupné z:

http://www.goodreads.com/author/quotes/838305.Mother_Teresa?page=2

CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly (1990): *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row. ISBN 0-06-092043-2.

[DAWKINS, Richard](#). *The Selfish Gene*. [New York City](#) : [Oxford University Press](#), 1976. ISBN 0-19-286092-5.

[HAYEK, Friedrich A.](#). *Cesta do otroctví*. [s.l.] : Rozmluvy, 1989. ISBN 0-946352-65-8. Kapitola Opuštěná cesta, s. 15.

HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 2007. 166 s. ISBN 978-80-7367-283-6.

Geert Hofstede, Gert Jan Hofstede, Michael Minkov, ***Cultures and Organizations: Software of the Mind***. 3rd Edition, McGraw-Hill USA, 2010

Małgorzata Jacyno: Kultura individualismu Praha, Sociologické nakladatelství (SLON) , 2012

KELLER, J. *Abeceda prosperity*. 2. vyd. Brno: Doplněk, 2003. 172 s. ISBN 80-7239-125-9.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 2010, ISBN 80-7235-272-5.

Kohlberg, Lawrence (1981). *Essays on Moral Development, Vol. I: The Philosophy of Moral Development*. San Francisco, CA: Harper & Row. ISBN 0-06-064760-4.

[Maslow, A.H.](#) (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review* 50 (4) 370–96.

MOŽNÝ I., 1992: Proč tak snadno. Některé rodinné důvody sametové revoluce. Praha: Sociologické nakladatelství, 132 s. ISBN 978-80-7419-013-1.

Miloslav Petrušek, Alena Vodáková: *Velký sociologický slovník*, Karolinum, 1996, ISBN 8071843113, 9788071843115

SELIGMAN, M.E.P. (2003): *Positive Psychology: Fundamental Assumptions*. *Psychologist*, 126-127.

Urbanová, Martina - Dundelová, Jana - Dvořáková, Daniela.

Values and Entrepreneurship. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. 2013. sv. 4, č. 61, s. 1167--1175. ISSN 1211-8516.

Internetové zdroje:

Centrum duševního zdraví Brno [cit. 2014-2-11]. Dostupné z: <http://cdzb.cz/kurz-hojnost-bohatstvi.html>

Centrum duševního zdraví Brno [cit. 2014-8-11]. Dostupné z: <http://psychologicka-poradna.xf.cz/kineziologie.html#zac>

Goodreads. [cit. 2014-14-11]. Dostupné z:

http://www.goodreads.com/author/quotes/838305.Mother_Teresa?page=2

Knihy.ABZ.cz [cit. 2014-2-11]. Dostupné z: <http://knihy.abz.cz>

Nařízení vlády č. 278/2008 Sb. [cit. 2014-2-11]. Dostupné z:

<http://www.mpo.cz/dokument82761.html>

NPL mezinárodní centrum [cit. 2014-6-11]. Dostupné z:

<http://www.nlp-centrum.cz/produkty/nlp-practitioner.aspx>

Silvova metoda [cit. 2014-14-11]. Dostupné z:

<http://www.silvovametoda.cz/>

Terapeut duše i těla [cit. 2014-9-11]. Dostupné z:

<http://www.karelnejedly.cz/index.asp?menu=5>

**Механизм оценки уровня развития системы здравоохранения
и ее эффективности на примере стран ОЭСР**
**Mechanism of evaluation of the health care system development and its
efficiency on the example of the OECD countries**

В.БОЙКО³¹, П.ЗАМЯТИН³², Н.ДУБРОВИНА³³, Д.ЗАМЯТИН³⁴

Аннотация

В статье рассмотрены проблемы оценки уровня развития и эффективности национальных систем здравоохранения стран ОЭСР. Поставлена проблема изучения влияния показателей функционирования и финансирования национальных систем здравоохранения на состояние здоровья и продолжительность жизни населения. Для анализа уровня развития и эффективности национальных систем здравоохранения стран ОЭСР были предложены шесть целевых критериев: финансирование системы здравоохранения; обеспеченность населения ресурсами системы здравоохранения; показатели деятельности системы здравоохранения; снижение смертности населения; продолжительность жизни населения; состояние здоровья населения. На основе этих целевых критериев с помощью метода интегрального показателя были определены позиции стран ОЭСР и проанализирована их динамика за 2000-2010 гг. Разработан механизм определения стратегических позиций системы здравоохранения с учетом выполнения определенных локальных и глобальных целевых критериев.

Ключевые слова

здравоохранение, здоровье, эффективность, механизм, стратегические позиции, кластерный анализ, таксономический анализ

Abstract

The article considers the problems of development of national health care systems and their efficiency in the OECD countries. The problem of impact of functioning and financing indicators of national health care systems on the population health and life expectancy is discussed. For the analysis of national health care systems development and their efficiency in the OECD countries six local criteria were offered: national health care system financing; capability of health care resources; health care functioning; death rate of the population; life expectancy and health state. On the basis of these local criteria by means of taxonomy method the positions of national health care systems in the OECD countries were determined and

³¹ Профессор, д.м.н. Валерий Бойко, ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им.В.Т.Зайцева НАМН Украины», кафедра хирургии №1 Харьковского национального медицинского университета
Professor Valeriy Boyko, D.Sc., SI "Zaitcev V.T.Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine",
Surgery Department No.1 of Kharkov National Medical University

³² Профессор, д.м.н. Петр Замятин, ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им.В.Т.Зайцева НАМН Украины», кафедра хирургии №1 Харьковского национального медицинского университета, e-mail:
zamyatinp@mail.ru

Professor Petro Zamyatin, D.Sc., SI "Zaitcev V.T.Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine", Surgery Department No.1 of Kharkov National Medical University

³³ Доцент, к.э.н. Надежда Дубровина, Харьковский торгово-экономический институт КНТЭУ, e-mail:
nadija@mail.ru

Associate Professor Nadiya Dubrovina, Kharkov Institute of Trade and Economy of KNTEU

³⁴ Денис Замятин, Харьковский национальный медицинский университет
Denis Zamyatin, Kharkov National Medical University

analyzed for 2000-2010. The mechanism of strategic position of health care systems with local and global criteria evaluation is developed.

Keywords

health care, health, efficiency, mechanism, strategic positions, cluster analysis, taxonomy analysis

JEL Classification: H51, I10, I15, I18

Введение. Здоровье населения является одним из важных приоритетов развития современного общества. За последние несколько десятилетий в развитых странах мира наблюдается существенный прогресс в достижениях медицинской науки, технологиях диагностики и лечения, что привело к значительному увеличению продолжительности жизни, улучшению ее качества [1, 3, 4, 10]. Так, если в 1970 году средняя продолжительность жизни в странах ОЭСР (OECD) составляла 70 лет, то в 2011 г. этот показатель увеличился до 80.1 года. При этом в разных странах наблюдались существенные различия в изменении этого показателя [7-9].

В экономически более развитых странах ОЭСР, с высоким уровнем жизни и социальной защиты, прирост показателя средней продолжительности жизни за период 1970-2011 гг. составлял до 10 лет, в то время как для ряда развивающихся стран, таких как Корея, Бразилия, Чили, Турция, Индия, Индонезия, прирост средней продолжительности жизни за указанный период увеличился до 20 лет [7-9].

Высокая продолжительность жизни связана достаточно сильно с уровнем экономического развития страны и доходами населения. Высокий уровень экономического развития страны и доходов населения позволяет увеличивать финансирование системы национального здравоохранения, использовать современные достижения медицинской науки и техники, совершенствовать систему медицинского образования, привлекать более квалифицированные кадры и т.д. Так, на основании ряда проводимых исследований и расчетов показано, что наблюдается достаточно высокий коэффициент корреляции между показателями средней продолжительности жизни и расходами на финансирование системы здравоохранения. В тоже время средняя продолжительность жизни зависит не только от уровня финансирования системы здравоохранения, но и от ее эффективности и доступности [5, 11].

Классификация систем финансирования здравоохранения в странах ОЭСР является непростой задачей [2, 5]. Для более полной характеристики механизмов финансирования здравоохранения в странах ОЭСР и их сравнительного анализа недостаточно просто выделить такие модели, как государственная система

здравоохранения; социальная страховая система; частная медицина или смешанная система. Даже внутри стран с подобными общими принципами финансирования системы здравоохранения наблюдаются существенные различия в организации источников и фондов национальной системы здравоохранения, оплате различных медицинских услуг, степени их покрытия и пр.

Существенные отличия в организации систем здравоохранения и их финансирования в странах ОЭСР влияют на обеспечение систем здравоохранения человеческими и материальными ресурсами и степень их использования. Это, в свою очередь, влияет на эффективность систем здравоохранения в различных странах и доступность медицинских услуг для широких слоев населения [5, 11].

Учитывая проблему классификации механизмов финансирования систем здравоохранения, возникает потребность в использовании различных количественных подходов для группировки систем здравоохранения в различных странах ОЭСР по ряду основных показателей в однородные группы – кластеры. Другая проблема для исследования – с помощью эконометрических методов оценить влияние моделей и механизмов финансирования национальных систем здравоохранения на эффективность их функционирования.

Таким образом, с учетом разнообразия этих национальных систем здравоохранения возможно выявление их наилучших примеров в различных группах на основе ряда критериев их эффективности. В качестве критериев эффективности могут выступать такие характеристики, как средняя продолжительность жизни, уровень здоровья населения, показатели смертности, объем оказываемых медицинских услуг и пр.

Цели исследования. В данной работе были поставлены следующие цели: 1) выделить ряд частных показателей, характеризующих особенности финансирования, функционирования и эффективности национальных систем здравоохранения, и с помощью методов таксономии оценить значения интегральных показателей по ряду выбранных критериев, таких как: финансирование здравоохранения, наличие основных ресурсов, объем предоставляемой медицинской помощи, состояние здоровья и продолжительность жизни населения; 2) исследовать зависимости стратегических позиций национальных систем здравоохранения с учетом различных критериев; 3) разработать механизм стратегического планирования позиций системы

здравоохранения, который позволяет в каждой группе выявить наилучшую модель с точки зрения локальных и глобальных целевых критериев.

Для исследования были использованы основные показатели, характеризующие состояние национальных систем здравоохранения, объемы их финансирования, состояние здоровья населения и т.д., представленные в отчетах ОЭСР за последнее десятилетие.

Основные результаты.

В данной работе для оценки уровня развития системы здравоохранения и ее эффективности были выбраны следующие комплексные критерии: 1) I1 - финансирование системы здравоохранения; 2) I2 - обеспеченность населения ресурсами системы здравоохранения; 3) I3 - показатели деятельности системы здравоохранения; 4) I4 – эффективность программ снижения смертности населения; 5) I5 - продолжительность жизни населения; 6) I6 - состояние здоровья населения (на основе самооценки).

Оценка позиций национальных систем здравоохранения по ряду указанных критериев проводилась с помощью одного из методов таксономического анализа. Суть метода состоит в свертке в один показатель наблюдений из многомерного пространства, характеризующих состояние объекта исследования (в данном случае страны) по ряду частных признаков. Свертка многомерных наблюдений в один показатель может проводиться с помощью различных математико-статистических преобразований. В нашем исследовании был использован метод интегрального показателя с учетом искусственного эталона, описанный в работах польских ученых Хельвига, Плюты, Млодака [6]. Значения интегрального показателя изменяются в пределах от 0 до 1. Чем ближе значения рассчитанного интегрального показателя для исследуемого объекта к 1, тем лучше позиция данного объекта к наилучшему состоянию (эталону) с точки зрения его значений его частных показателей.

Значения интегрального показателя по критерию I1 (финансирование системы здравоохранения) рассчитывались с учетом частных показателей V1 – V4, где: V1 – процент совокупных расходов на здравоохранение в общем объеме ВВП (Totalexpenditureonhealth, percentageofGDP); V2 – процент общественных и государственных расходов на здравоохранение в общем объеме ВВП (Publicexpenditureonhealth, % totalexpenditureonhealth); V3 – объем совокупных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения (Totalexpenditureonhealthpercapita,

USD, PPP); V4 – объем расходов на здравоохранение из государственных и общественных фондов на душу населения (Public expenditure on health per capita, USD PPP)

Для анализа позиций стран по критерию I2 (обеспеченность населения ресурсами системы здравоохранения) использовались частные показатели X1- X4, где: X1 – количество врачей на 1000 чел. населения (Physicians, Density per 1000 population); X2 – количество средних медработников на 1000 чел. населения (Nurses, Density per 1000 population); X3 – общее количество коек на 1000 чел. населения (Total hospital beds, per 1000 population); X4- количество коек в стационарах на 1000 чел. населения (Curative (acute) care beds, per 1000 population).

Для расчетов позиций стран по критерию I3 (показатели деятельности системы здравоохранения) использовались частные показатели P1- P3, такие как: P1 – количество консультаций врачей на душу населения (Doctors consultations, Number per capita); P2 – количество зарегистрированных случаев заболеваемости населения на 100 тыс. (Discharge rates by diagnostic categories, All causes, Per 100 000 population); P3 - среднее время пребывания пациента на больничной койке (Average length of stay, All causes, Days).

Для определения позиций стран с учетом критерия I4 (эффективность программ снижения смертности населения) использовались частные показатели D1- D5, где: D1 – показатель младенческой смертности на 1000 рожденных (Infant mortality, Deaths per 1000 live births); D2 – показатель смертности женщин от ишемической болезни сердца на 100 тыс. (Ischaemic heart disease mortality, per 100 000 (Female)); D3 - показатель смертности мужчин от ишемической болезни сердца на 100 тыс. (Ischaemic heart disease mortality, per 100 000 (Male)); D4 - показатель смертности женщин от злокачественных новообразований на 100 тыс. (All cancers mortality rate, per 100 000 (Female)); D5 - показатель смертности мужчин от злокачественных новообразований на 100 тыс. (All cancers mortality rate, per 100 000 (Male)).

Для оценки позиций стран ОЭСР по критерию I5 (продолжительность жизни населения) были выбраны частные показатели L1- L3, где: L1 – средняя продолжительность жизни (Life expectancy, Total population at birth, Years); L2 – средняя продолжительность жизни женщин (Life expectancy, Female population at birth, Years); L3 – средняя продолжительность жизни мужчин (Life expectancy, Male population at birth, Years).

Позиции стран ОЭСР с учетом критерия I6 (состояние здоровья населения (на основе самооценки)) оценивались при помощи частных показателей M1- M3, где: M1 – процент взрослого населения, которое оценило состояние своего здоровья как «хорошее» (Percentageofadultsreportingtobeingoodhealth (totalpopulation)); M2 – процент взрослого женского населения, которое оценило состояние своего здоровья как «хорошее» (Percentageofadultsreportingtobeingoodhealth (Femalepopulation)); M3 – процент взрослого мужского населения, которое оценило состояние своего здоровья как «хорошее» (Percentageofadultsreportingtobeingoodhealth (Malepopulation)).

Для расчетов были использованы данные для стран ОЭСР, для которых имелись полные наблюдения с учетом всех критериев.

В табл. 1 приведены расчеты интегральных показателей, характеризующих позиции некоторых стран ОЭСР в 2010 г. по критериям I1- I6. Аналогичные расчеты интегральных показателей для стран ОЭСР проводились за 2000 г. и 2005 г.

Таблица 1. Интегральные показатели для ряда стран ОЭСР по критериям I1- I6 (2010 г.)

Country	I1	I2	I3	I4	I5	I6
Austria	0.562	0.652	0.538	0.652	0.836	0.765
Belgium	0.511	0.55	0.462	0.616	0.793	0.786
Czech Republic	0.279	0.572	0.503	0.402	0.536	0.646
Finland	0.42	0.484	0.227	0.69	0.794	0.639
France	0.555	0.479	0.456	0.667	0.931	0.715
Germany	0.574	0.713	0.557	0.668	0.806	0.587
Hungary	0.223	0.409	0.587	0.149	0.234	0.421
Ireland	0.44	0.326	0.264	0.536	0.841	0.891
Korea	0.202	0.278	0.119	0.691	0.838	0.265
Mexico	0.054	0.004	0.049	0.313	0.154	0.601
Poland	0.196	0.282	0.397	0.43	0.415	0.455
Slovak Republic	0.282	0.465	0.597	0.184	0.318	0.044
Slovenia	0.336	0.335	0.421	0.502	0.75	0.541
Sweden	0.482	0.385	0.299	0.697	0.882	0.835
United Kingdom	0.468	0.304	0.301	0.586	0.797	0.776
United States	0.602	0.288	0.272	0.576	0.617	1

Source: calculations of the authors based on OECD Health Statistics

Из табл. 1 видно, что среди других стран ОЭСР в 2010 г. США занимали лидирующие позиции по критериям: I1 - финансирование системы здравоохранения (0.602) и I6 - состояние здоровья населения на основе самооценки (1).

Достаточно высокие позиции по критерию I1 наблюдались для таких стран, как: Германия (0.574), Австрия (0.562) и Франция (0.555). Самая низкая позиция по критерию I1 отмечалась для Мексики (0.054). Низкими по данному критерию были позиции для таких стран, как: Польша (0.196); Корея (0.202); Венгрия (0.223). Довольно низкие позиции по критерию I1 отмечались для Словакии (0.282) и Чехии (0.279).

Наилучшие позиции по критерию I2 - обеспеченность населения ресурсами системы здравоохранения принадлежали Германии (0.713). Достаточно высокими по этому критерию были позиции Австрии (0.652) и Чехии (0.572). На фоне других стран позиция Словакии (0.465) была достаточно хорошей и приближалась к таким странам, как Франция (0.479) и Финляндия (0.484). Относительно низкие позиции по критерию I2 отмечались для Польши (0.282) и Кореи (0.278). Самая низкая позиция по критерию I2 отмечалась для Мексики (0.04).

Наиболее высокие показатели активности системы здравоохранения (критерий I3) наблюдались в Австрии (0.538), Германии (0.557), также в бывших социалистических странах, таких как: Чехия (0.503), Венгрия (0.587) и Словакия (0.597).

По критерию I4 наилучшими были позиции, у таких стран, как: Швеция (0.697), Корея (0.691), Финляндия (0.69), Франция (0.667), и Германия (0.668). Крайне низкие позиции отмечались в Венгрии (0.149) и Словакии (0.184), что свидетельствует о неблагоприятной ситуации в этих странах. Так, по критерию I4 позиции Польши (0.43) и Чехии (0.402) были значительно лучше, чем в Венгрии и Словакии.

С точки зрения критерия I5 (продолжительность жизни) наиболее высокие позиции занимали: Франция (0.931); Швеция (0.882); Ирландия (0.841); Корея (0.838), Австрия (0.836), Германия (0.801). Невысокие позиции по этому критерию I5 отмечались в Польше (0.415) и Словакии (0.318). Самые низкие позиции по критерию I5 наблюдались в Венгрии (0.234) и Мексике (0.154).

По критерию I6 высокие позиции отмечались для следующих стран: Ирландия (0.891); Швеция (0.835); Бельгия (0.786) и Великобритания (0.776). Как было отмечено ранее, лидером по критерию I6 является США (1). В Словакии отмечалось по данному критерию самая низкая позиция.

С учетом рассчитанных значений интегральных показателей по критериям I1- I6 была проведена группировка стран и выделены 4 кластера.

Результаты группировки стран ОЭСР в кластеры по значениям интегрального показателя приведены в табл.2.

Таблица 2. Результаты группировки стран ОЭСР в кластеры по значениям интегральных показателей, рассчитанных для критериев I1- I6.

Variable	Mean	Std. Dev.	Members
Cluster 1			
I1	0.21	0.06	Czech Republic (2000, 2005); Hungary (2005, 2010); Slovak Republic (2000, 2005, 2010)
I2	0.49	0.07	
I3	0.56	0.07	
I4	0.14	0.09	
I5	0.22	0.11	
I6	0.29	0.21	
Cluster 2			
I1	0.17	0.1	Korea (2000, 2010); Mexico (2010); Poland (2005, 2010); Portugal (2005)
I2	0.22	0.11	
I3	0.19	0.14	
I4	0.51	0.17	
I5	0.48	0.25	
I6	0.37	0.15	
Cluster 3			
I1	0.42	0.09	Australia (2000, 2005); Canada (2000, 2005); Denmark (2000, 2005); Ireland (2010); Netherlands (2000, 2005); Sweden (2000, 2005, 2010); United Kingdom (2010); United States (2000, 2005, 2010)
I2	0.35	0.07	
I3	0.3	0.06	
I4	0.51	0.11	
I5	0.67	0.15	
I6	0.87	0.09	
Cluster 4			
I1	0.45	0.09	Austria (2000, 2010); Belgium (2010); Czech Republic (2010); Finland (2005, 2010); France (2005, 2010); Germany (2005, 2010); Slovenia (2010)
I2	0.54	0.1	

I3	0.43	0.1	
I4	0.59	0.09	
I5	0.73	0.11	
I6	0.69	0.09	

Source: calculations of the authors

В 1-й кластер попали Чехия, Словакия и Венгрия. Причем в Чехии показатели по критериям I1- I6 значительно улучшились и в 2010 г. эта страна попала в 4-й кластер. Представителями 2-го кластера являются Польша и Португалия, а также такие развивающиеся страны, как Мексика и Корея. В 3-й и 4-й кластеры, наилучшие по критериям I1- I6, вошли страны с высоким уровнем экономического и социального развития, такие как: США, Канада, Австралия, Германия, Франция, Финляндия, Швеция, Дания, Нидерланды. Примечательно, что по состоянию на 2010 г. в 4-й кластер попала также Словения, что характеризует определенный прогресс в уровне социально-экономического развития этой страны, финансирования здравоохранения и состоянии здоровья населения.

Исследование стратегических позиций стран ОЭСР по ряду критериев I1-I6 показало существующие важные зависимости, отражающие связь между состоянием человеческих ресурсов страны, уровнем развития системы здравоохранения и его финансированием.

В качестве зависимой переменной был выбран интегральный показатель, характеризующий долголетие населения страны, рассчитанный на основе показателей средней продолжительности жизни. Было исследована зависимость этого показателя от интегрального показателя, характеризующего финансирование системы здравоохранения.

Данная эмпирическая зависимость представлена в виде:

$$J(I_5) = 0.19 + 1.13 \cdot J(I_1) + \varepsilon,$$

где $J(I_5)$ - значения интегрального показателя, характеризующего среднюю продолжительность жизни по критерию I5; $J(I_1)$ - значения интегрального показателя, характеризующего состояние финансирования системы здравоохранения по критерию I1; ε - случайная величина. Следует отметить, что в полученной эконометрической модели оценки параметров являются статистически значимыми по критерию Фишера и Стьюдента при уровне $p < 0.05$. Коэффициент парной корреляции для показателей

$J(I_5)$ и $J(I_1)$ составляет 0.68, что свидетельствует о достаточно тесной взаимосвязи показателей продолжительности жизни в стране и уровня финансирования здравоохранения.

Уровень финансирования системы здравоохранения зависит от ряда факторов и критериев, которым соответствует или должна соответствовать страна.

Для изучения взаимосвязи между уровнем финансирования системы здравоохранения в зависимости от значений интегральных показателей по критериям I2, I3, I4 и I6, была получена следующая эконометрическая модель:

$$J(I_1) = -0.19 + 0.17 \cdot J(I_2) + 0.31 \cdot J(I_3) + 0.39 \cdot J(I_4) + 0.28 \cdot J(I_6) + \varepsilon,$$

где $J(I_1)$ - значения интегрального показателя, характеризующего уровень финансирования системы здравоохранения по критерию I1; $J(I_2)$ - значения интегрального показателя, характеризующего уровень обеспеченности населения основными ресурсами здравоохранения по критерию I2; $J(I_3)$ - значения интегрального показателя, характеризующего деятельность системы здравоохранения по критерию I3; $J(I_4)$ - значения интегрального показателя, характеризующего уровень смертности населения по критерию I4; $J(I_6)$ - значения интегрального показателя, характеризующего уровень состояния здоровья населения по критерию I6.

В полученной эконометрической модели оценки параметров являются статистически значимыми по критерию Фишера и Стьюдента при уровне $p < 0.05$. Коэффициент множественной корреляции для данной модели составляет 0.85.

Таким образом, для стратегического планирования позиций страны с учетом различных целевых критериев, может быть разработан следующий механизм (рис.1).

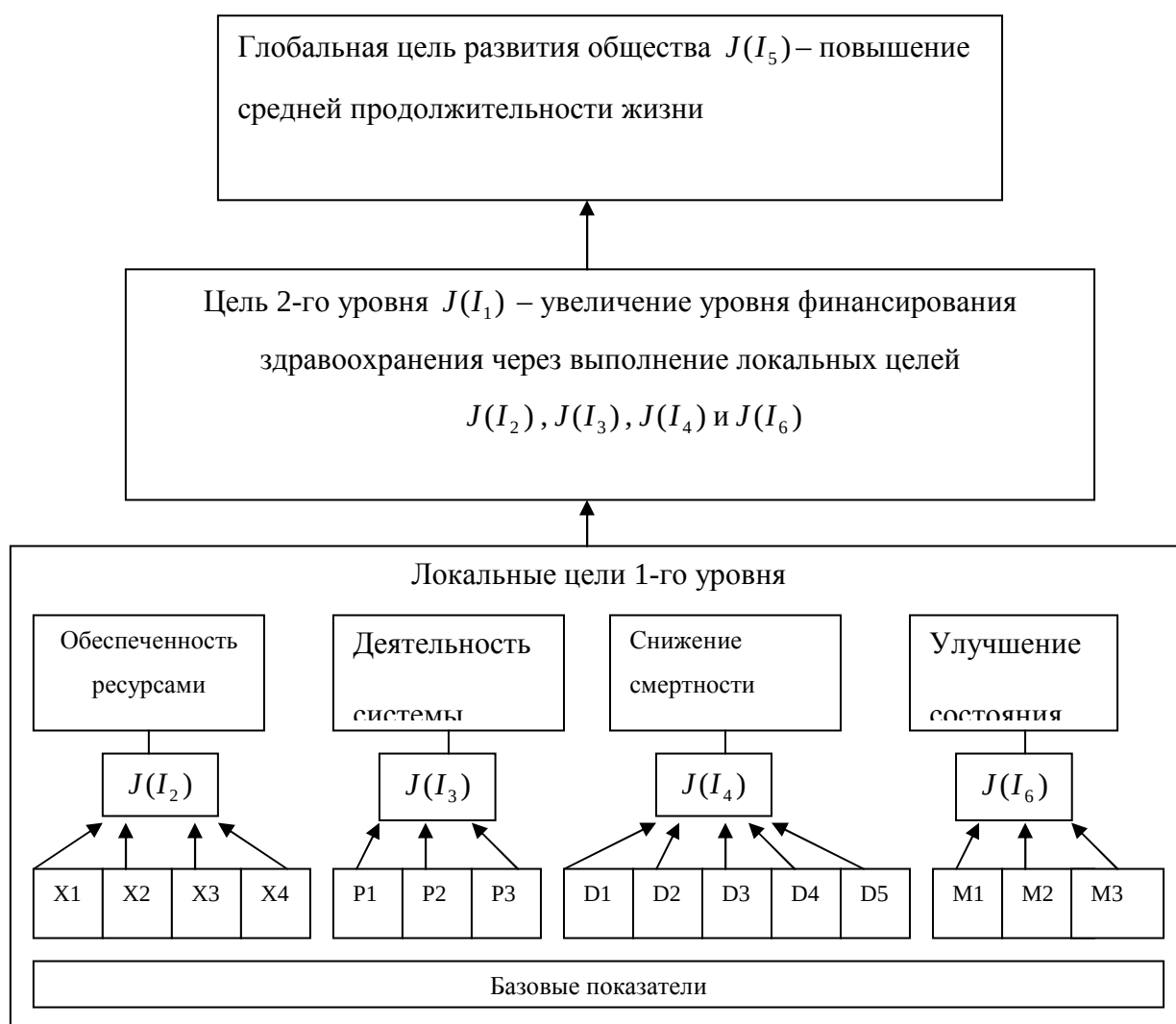


Рис.1. Механизм стратегического планирования позиций системы здравоохранения с учетом различных целевых критериев

Source: developed by the authors

Значения переменных $J(I_2)$, $J(I_3)$, $J(I_4)$ и $J(I_6)$ можно рассматривать как целевые функции 1-го уровня, требования к которым позволяют обеспечить цель 2-го уровня – значение показателя $J(I_1)$, что, в свою очередь, повлияет на выполнение глобальной цели развития общества – повышения средней продолжительности жизни.

Представленный механизм стратегического планирования позволяет провести количественный анализ влияния позиций системы здравоохранения с учетом

различных локальных целевых критериев, направленных на достижение одной из глобальных целей развития общества – повышения средней продолжительности жизни.

Выводы. В течение последних десятилетий для большинства стран мира наблюдается устойчивая тенденция увеличения расходов на финансирование услуг системы здравоохранения и поддержания здоровья населения. Существующие простые классификации моделей финансирования национальных систем здравоохранения стран ОЭСР, такие как: государственная, страховая и смешанная, не достаточно отображают сложные взаимосвязи внутри самих систем, связанные с организацией и перераспределением финансовых потоков между различными субъектами: населением, медицинскими учреждениями, страховыми компаниями, государственными и общественными фондами.

Для анализа уровня развития систем здравоохранения и оценки их эффективности для стран ОЭСР были рассчитаны интегральные показатели этих систем по следующим целевым критериям: финансирование системы здравоохранения; обеспеченность населения ресурсами системы здравоохранения; показатели деятельности системы здравоохранения; снижение смертности населения; продолжительность жизни населения; состояние здоровья населения.

Расчет интегральных показателей проводился за период 2000-2010 гг., что позволило провести анализ изменений в показателях национальных систем здравоохранения стран ОЭСР за последние десять лет и исследовать влияние этих изменений на показатели состояния здоровья и продолжительности жизни населения.

Проведенный анализ показателей, характеризующих уровень финансирования национальных систем здравоохранения, показателей их деятельности, состояния здоровья населения и продолжительности жизни на примере стран ОЭСР, показал, что для разных социально-экономических систем существуют свои оптимальные модели развития и финансирования, которые могут быть обеспечены за счет различной комбинации тех или иных параметров (базовых показателей).

Использование механизма стратегического планирования позиций системы здравоохранения позволяет определить приемлемые варианты комбинаций параметров нижнего уровня (базовых показателей) для конкретной страны ОЭСР, сочетание которых обеспечивает выполнение заданных целевых критериев и достижения глобальной цели – повышения продолжительности жизни.

Литература

- European Commission (2010), “Joint Report on Health Systems”, Occasional Papers, No. 74. (3)
- Funding health care: options for Europe. Edited by E.Mossialos, A.Dixon, J.Figueras, J.Kutzin. Open University Press. Philadelphia. USA, 2002. – 327 p.(4)
- Jakubowski E., Busse R. Health Care Systems in the EU. A Comparative Study. Working Paper. European Parliament. Luxembourg. 1998. 130 p. (8)
- Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), “Health Care Systems: Efficiency and Institutions”, OECD. Economics Department Working Papers, No. 769. (9)
- Kostičová M., Ozorovský V., Badalík L., Fabian G. An Introduction to Social Medicine. Bratislava, 2011. – 150 s. (11)
- Młodak A. Analiza taksonomiczna w statystyce regionalnej. Difin. Warszawa.2006.184 s. (13)
- OECD (2003), Health at a Glance, OECD Publishing, Paris. (14)
- OECD (2009), Health at a Glance, OECD Publishing, Paris. (15)
- OECD (2011), Health at a Glance, OECD Publishing, Paris. (16)
- Saltman R B, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization; 1997. (17)
- Thompson AJ. Inequality in the availability of expensive treatments. J. R. Coll. Phys. Lond. 1999;33(5):448-9. (18)

Анализ показателей самооценки здоровья населения Украины

Analysis of self-assessed health indicators of population in Ukraine

Е.КОЛЕСНИКОВА³⁵, Е.ВЫСОЦКАЯ³⁶, П.ЗАМЯТИН³⁷, Н.ДУБРОВИНА³⁸

Самооценка здоровья - надежный и объективный критерий для оценки субъективных и объективных показателей здоровья людей. [1]. Неоспоримым преимуществом самооценки здоровья является возможность крупномасштабных обследований [2, 3]. Большинство предыдущих исследований показали, что самооценка здоровья, имеет высокую надежность, достоверность и позволяет прогнозировать различные заболевания и состояния человека, является предпосылкой к выявлению поведенческих и психосоциальных факторов риска в зависимости от социально-экономического статуса респондентов и факторов окружающей среды [4].

Сложно переоценить значение самооценки здоровья. Изучение самооценки здоровья позволяет определить особенности в зависимости от региональной инфраструктуры и разработать рекомендации по здоровому образу жизни в соответствии с возрастной, гендерной и социальной принадлежностью респондента, что в свою очередь позволяет снизить показатели заболеваемости и смертности по наиболее распространенным заболеваниям

Большинство исследований самооценки здоровья рассматривались в отдельных возрастных группах. Известны работы по изучению самооценки здоровья у пожилых лиц, которые позволили выявить основополагающие факторы, влияющие на оценивание здоровья этой возрастной группы [5-7]. Для изучения самооценки здоровья у детей школьного возраста было проведено международное исследование "Здоровье и поведение у детей школьного возраста" [8, 9]. Очень важное значение для развития самооценки здоровья имеет исследование [10], в котором было проведено сравнение факторов состояния здоровья студентов вузов в трех европейских странах: Германии, Болгарии и Польше. Проводилось выборочное анкетирование самооценки состояния здоровья студентов и в Украине, в частности, для студентов некоторых вузов Харьковской области.

В тоже время, мало изученным остается вопрос самооценки здоровья среди работоспособных групп в различных популяциях [11-12].

Имеющиеся на сегодняшний день немногочисленные исследования по самооценке здоровья не дают целостного представления о том, как оценивает свое здоровье население различных стран в соответствии с возрастной, гендерной и социальной принадлежностью респондентов. Это обусловлено отсутствием единой методологии в оценке изучаемых показателей, а также используемых критериев оценки показателей (шкал, мер и т.п.) [13]. Несмотря на наличие единичных хорошо

³⁵ Olena Kolesnikova, MD, PhD, Deputy director of scientific work, GI "L.T.Malaya Therapy National Institute of NAMSU"

³⁶ Olena Vysotska, CSc., professor, Kharkov National University of Radioelectronics

³⁷ Petro Zamyatin, Dr.Sc., professor, SI "Zaitcev V.T. Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine", e-mail: zamyatinp@mail.ru

³⁸ Nadiya Dubrovina, Associate Professor, CSs., Kharkov Institute of Trade and Economy of KNTEU, e-mail: nadija@mail.ru

спланированных исследований, не достаточно полно представлены международные сопоставления, которые позволили бы прояснить нерешенные вопросы, в т.ч. и различия в результатах уже проведенных исследований. Ряд исследований не обнаружили существенных гендерных различий при самооценке здоровья [14, 15], в противовес этому другие - выявили существенные различия при анализе самооценки здоровья мужчин и женщин [16-19]. Таким образом, существуют как гендерные противоречия в исследованиях, так и различия в социальных группах населения, касающиеся самооценки здоровья.

Многие из проведенных исследований по самооценке здоровья проводились с использованием автоматизированных компьютерных систем. Например, известна компьютерная система «СОПР-мониторинг», которая автоматизирует набор тестовых методик самооценки для целей оперативного контроля психической работоспособности, а также накопления и отсроченного анализа данных. Помимо анкетных данных, в базу данных заносятся сведения о профессиональном и спортивном опыте обследуемых, который может иметь значимую связь с особенностями психической работоспособности вследствие специфического отбора и тренировки отдельных профессиональных навыков. Также известна автоматизированная система мониторинга здоровья учащихся, которая предназначена для решения следующих задач: сбор анкетных данных о состоянии здоровья учащихся, хранение данных в реляционной базе данных, обработка данных, представление результатов обработки специалистам. Данная система позволяет осуществлять расчет частных и интегральных индивидуальных показателей состояния здоровья для отдельного учащегося, класса, школы в целом, осуществлять расчет «коридора нормы» показателей здоровья. Компьютеризированная система оценки уровня здоровья «САМС» предназначена для определения функциональных резервов организма, выраженности рисков развития заболеваний, а также для разработки индивидуальных дифференцированных программ профилактики заболеваний и оздоровления организма. Система позволяет отобразить результаты обследования в «Карте здоровья», провести в автоматизированном варианте расчет интегрального показателя уровня здоровья, хранить результаты обследования в базе данных, проводить мониторинг адаптационных и функциональных резервов организма. Однако, ни одна из известных систем не позволяет проводить международный сравнительный анализ показателей заболеваемости и смертности по основным нозологиям, что необходимо для своевременной первичной профилактики наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний, а их базы данных не предусматривают хранение такой информации.

С учетом указанных особенностей и недостатков предыдущих систем для самооценки состояния здоровья нами была разработана анкета, позволяющая проводить более комплексные исследования, с учетом влияния различных социально-экономических, демографических, поведенческих и физиологических факторов на показатели самооценки состояния здоровья респондентов в Украине.

Литература

1. Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997, 38(1):21-37.
2. Krause NM, Jay GM: What do global self-rated health items measure? Med Care 1994, 32(9):930-942.

3. Mechanic D, Hansell S: Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *J Health Soc Behav* 1987, 28(4):364-374.
4. Lundberg O, Manderbacka K: Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med* 1996, 24(3):218-224.
5. Fylkesnes K, Forde OH: Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med* 1992, 35(3):271-279.
6. Shields M, Shoostari S: Determinants of self-perceived health. *Health Rep* 2001, 13(1):35-52.
7. Johnson RJ, Wolinsky FD: The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *J Health Soc Behav* 1993, 34(2):105-121.
8. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Samdal O: Country material distribution and adolescents' perceived health: multilevel study of adolescents in 27 countries. *J Epidemiol Community Health* 2006, 60(2):156-161.
9. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Valimaa R, Danielson M, Overpeck M: Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med* 2006, 62(4):815-827.
10. Rafael TMikolajczyk, PatrickBrzoska, ClaudiaMaier, VeronikaOttova, SabineMeier, UrszulaDudziak, SnezhanaIlieva and WalidElAnsari. Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/215>
11. [Miilunpalo S](#), [Vuori I](#), [Oja P](#), [Pasanen M](#), [Urponen H](#). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population *J Clin Epidemiol*. 1997 May;50(5):517-28.
12. Dan Hasson, Bengt B Arnetz, Töres Theorell and Ulla Maria Anderberg. Predictors of self-rated health: a 12-month prospective study of IT and media workers <http://www.pophealthmetrics.com/content/4/1/8>.
13. Mantzavinis GD, Pappas N, Dimoliatis ID, Ioannidis JP: Multivariate models of self-reported health often neglected essential candidate determinants and methodological issues. *J Clin Epidemiol* 2005, 58(5):436-443.
14. Piko B, Barabas K, Boda K: Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Public Health* 1997, 7(3):243-247
15. Garrity TF, Somes GW, Marx MB: Factors influencing self-assessment of health. *Soc Sci Med* 1978, 12(2A):77-81.
16. Piko B: Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *J Community Health* 2000, 25(2):125-137.
17. ACHA: National College Health Assessment. Reference Group Data Report 2005. [http://www.acha.org/projects_programs/NCHA_docs/ACHA-NCHA_Reference_Group_Report_Fall2005.pdf]

18. Vaez M, Laflamme L: Health behaviors, self-rated health, and quality of life: a study among first-year Swedish university students. *J Am Coll Health* 2003, 51(4):156-162. [PubMed Abstract](#)

19. von Bothmer MI, Fridlund B: Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scand J Caring Sci* 2003, 17(4):347-357.

Formy vyrovnávania sa chorých s ochorením

The forms of patients' coping with diseases

Eva MOROVICSOVÁ

Abstrakt

Ochorenie predstavuje pre chorého výraznú zmenu v spôsobe života a rôzny stupeň psychickej záťaže. Limituje ho nielen v telesnej oblasti, v plnení sociálnych rolí, ale výrazne sa premietajú aj do jeho prežívania a správania. Proces vyrovnávania sa s ochorením závisí od typu ochorenia, individuálnych osobitostí chorého a okolností, ktoré ochorenie sprevádzajú. Formy vyrovnávania sa chorých s ochorením môžeme rozdeliť do dvoch skupín. Pre adekvátny spôsob je charakteristická aktívna spolupráca chorého v diagnostickom a terapeutickom procese na základe primeraného zhodnotenia svojej situácie v dôsledku zmeny zdravotného stavu. K neadekvátnym formám môžeme zaradiť bagatelizovanie, predstieranie, zvyrazňovanie, potláčanie príznakov ochorenia, prehnaný strach z ochorenia a ďalšie. Dôležité je správne zhodnotiť konkrétny postoj chorého k ochoreniu a v prípade potreby hľadať vhodné prostriedky na zmenu jeho postoja.

Kľúčové slová

Psychológia, pacient, choroba, postoj k ochoreniu, formy vyrovnávania sa

Abstract

The disease represents to the patient a significant change in the way of life and a different level of mental stress. It limits not only in the physical area, performance of social roles, but moreover effects experiencing and patient are behavior. The process of coping with the disease depends on type of disease, individual peculiarities of the patient and circumstances that accompany the disease. The forms of patient's coping with the disease can be divided into two groups. The adequate form is characterized by active cooperation of the patient in diagnostic and therapeutic process based on a reasonable assessment of its situation due to changes in health status. The inadequate form can include downplaying, pretending, highlighting, and suppression of disease symptoms, excessive fear of disease and so on. It is important to properly assess the actual attitude of the patient to the disease and, if necessary, seek for appropriate means to change his attitude.

Key words

Psychology, patient, disease, attitude to disease, forms of coping with

Ochorenie v prežívaní chorých

Chorý vníma zmenu zdravotného stavu veľmi citlivo, ochorenie sa ho bytostne dotýka a mení jeho zaužívaný spôsob života. V predstavách chorého sa v prevažnej miere spája s negatívnymi emóciami, v prežívaní dominuje strach a obavy z bezprostredného ohrozenia vlastnej existencie, hodnotového systému, či limitácií v rôznych oblastiach života. Niekedy môže byť ochorenie pre chorého aj zdrojom výhod, predovšetkým vtedy, keď sa dočasná, nie však závažná zmena zdravotného stavu, stáva východiskom riešenia nepríjemných životných situácií. Chorý vidí riešenie situácie, aj napriek určitým obmedzeniam a diskomfortu, napokon v úniku do choroby. Prežívanie zmeny zdravotného stavu sa odráža v správaní

chorého, ako hodnotí závažnosť situácie, aký postoj k ochoreniu zaujme, z čoho vyplýva aj konkrétny spôsob jeho spolupráce, plnenie bežných povinností a pod.

Pre zdravotníckych pracovníkov je kontakt s utrpením chorých každodennou realitou. Očakáva sa od nich správne zhodnotenie situácie, citlivý, empatický a trpezlivý prístup k chorým, vyjadrenie emočnej podpory a aktívna spolupráca s chorým a jeho rodinou v procese liečby. Vplyvom emočnej záťaže, ktorá sprevádza poskytovanie zdravotnej starostlivosti, hrozí však aj riziko, že zdravotnícki pracovníci nedocenia individualitu pacientov, môžu zľahčovať, prípadne bagatelizovať ich problémy, či generalizovať podobné prípady chorých. Predpokladom poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti je správny psychologický prístup, ktorý vychádza z precízneho zhodnotenia všetkých okolností zmeny zdravotného stavu chorých a umožňuje preklenúť rozdiely medzi pacientovým hodnotením ochorenia a hodnotením danej situácie zdravotníckymi pracovníkmi. Nevhodný a nesprávny prístup zdravotníckych pracovníkov k chorým vyvoláva u nich nedôveru, vedie k odmietaniu spolupráce, prípadne môže viesť až k iatropatogénii a sorrorigénii.

Faktory podmieňujúce prežívanie a spracovanie choroby

Ochorenie predstavuje pre chorého výraznú zmenu v spôsobe života a rôzny stupeň psychickej záťaže. Limituje ho nielen v telesnej oblasti, v plnení sociálnych rolí, ale výrazne sa premieta aj do jeho prežívania a správania, vrátane zmien v životnom štýle. Zvládnutie novej situácie závisí od mnohých faktorov, ktoré sa vzájomne podmieňujú a ovplyvňujú. Rámcovo k nim môžeme zaradiť charakteristiky ochorenia, individuálne osobitosti chorého a okolnosti ochorenia. (Žucha, Čaplová a kol., 2008, s.84-85)

Charakteristiky ochorenia

Z jednotlivých aspektov ochorenia dôležitú úlohu zohráva časový faktor ochorenia, jeho prognóza, charakter sprievodných príznakov a ťažkostí, viditeľné zmeny vyvolané ochorením, spôsob liečby a prostredie, v ktorom sa diagnosticko-terapeutický proces realizuje. (Morovicsová, 2006, s. 13-14) Vo všeobecnosti sa citlivejšie prežívajú a spracovávajú ochorenia alebo úrazy, ktoré vznikajú náhle a zastihujú človeka nepripraveného na túto zmenu. Často predstavujú až vitálne ohrozenie a ich riešenie si vyžaduje okamžitý zásah. Z prognostického hľadiska pacienti ťažšie prežívajú a vyrovnávajú sa s ochoreniami, ktoré majú nepriaznivú alebo infaustnú prognózu. Zmeny v prežívaní a v správaní chorých sú veľmi individuálne a v zásade zodpovedajú charakteristickým prejavom v správaní umierajúcich v jednotlivých fázach umierania. (Blumenthal-Barby a kol., 1988, s. 100-109, Kübler-Rossová,

2012, s. 21, 23) Prístup zdravotníckych pracovníkov a spôsob komunikácie s pacientom je v konkrétnych fázach umierania špecifický. (Morovicsová a kol., 2011, s. 140-142) V porovnaní jednotlivých spôsobov liečby predstavuje operačná liečba výraznejšiu záťaž predovšetkým tým, že zasahuje a narúša jednotu ľudského organizmu a nezanedbateľné sú aj predstavy chorých o možných komplikáciách.

Individuálne osobitosti chorého

Z prvkov premorbidnej osobnosti sú významné vek chorého, stav jeho celkovej citlivosti, temperamentálne, charakterové a vôľové vlastnosti, hierarchia hodnôt, problémy súvisiace s uspokojovaním potrieb a ďalšie. (Jobánková a kol., 2002, s. 58) Poznanie a rešpektovanie individuálnych osobností je predpokladom pre nadviazanie a následné rozvíjanie terapeutického vzťahu, ktorý je v liečebnom procese nevyhnutný.

Okolnosti ochorenia

Na chorého v procese liečby môžu negatívne vplyvať niektoré, predovšetkým bolestivé diagnostické, terapeutické, ošetrovateľské alebo rehabilitačné postupy, nevhodné nemocničné prostredie, napr. nové, málo podnetné alebo rušivé prostredie, nedostatočný hygienický štandard pracovísk, neprehľadný informačný systém, neúčinná organizácia práce, izolácia chorého, prípadne jeho pobyt medzi ťažko chorými.

Chorý citlivo vníma aj nevhodnú a neprimeranú komunikáciu zo strany zdravotníckych pracovníkov, ale aj v interpersonálnych vzťahoch. (Lloyd, Bor, 2004, s. 133-135) Častým komunikačným nedostatkom je anonymita chorých, predovšetkým označovanie chorých číslom izby, či diagnózou, ale aj nepresná informovanosť chorých, poskytnutie veľkého množstva informácií v krátkom čase, neoverenie pochopenia poskytnutých informácií. (Křivohlavý, 2002, s. 55) Dôležitú skupinu chorých tvoria pacienti so zmyslovým postihnutím, ktorí si vyžadujú dodržiavanie špecifických zásad v komunikácii. Ich nerešpektovanie môže výrazne zhoršiť proces liečby a poškodiť pacienta. (Beňo, Capíková, 2013, s. 52-55)

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti má tímový charakter. Dôležitým predpokladom tímovej práce je rešpektovanie sociálnych pozícií a statusov jednotlivých členov tímu. V prípade, že členovia tímu navzájom nerešpektujú úlohy a kompetencie vyplývajúce zo sociálnych statusov, vzniká v tíme napätie a interpersonálne konflikty. Ich vplyv na chorých je nesporný. Chorý sa často stáva prostredníkom aj nekorektnej komunikácie medzi členmi

tímu, čo k psychickej pohode pacienta neprispieva a výrazne ovplyvňuje aj mieru jeho spolupráce v liečebnom procese. (Otrubová, Jankechová, 2009, s. 13)

Formy vyrovnávania sa chorých s ochorením

Skúmaní konkrétnych foriem, prostredníctvom ktorých sa chorí vyrovnávajú s vlastnou chorobou pri somatických ochoreniach, sa venuje patopsychológia. (Žucha, Čaplová a kol., 2008, s. 83) Podstatou je objasniť okolnosti a faktory, ktoré sa podieľajú na utváraní postoja chorých so somatickými chorobami k vlastnému ochoreniu, ako aj ich konkrétne prejavy správania. Reakcie chorých na ochorenie pri psychických poruchách spadajú do oblasti psychiatrie. Postoje chorých k vlastnému ochoreniu môžeme rozdeliť na adekvátne a neadekvátne.

Pre adekvátne reakcie na ochorenie je charakteristické, že sa chorí správajú primerane danej situácii. V prípade chronických a prognosticky nepriaznivých ochorení bude proces adaptácie na zmenu zdravotného stavu dlhší v porovnaní s ochoreniami s priaznivou prognózou a sprievodné znaky budú intenzívnejšie. Rovnako aj potreba psychickej a sociálnej opory bude vnímaná rozdielne. Dôležité však je, že táto skupina chorých urobí všetko pre rýchlu diagnostiku ochorenia a začatie vhodnej liečby. Aktívne sa zapája do liečebného, ošetrovateľského a rehabilitačného procesu a hľadá najvhodnejší spôsob, ako danú situáciu zvládnuť. Tento prístup vo svojej podstate zodpovedá zdolávacím mechanizmom riešenia rôznych záťaží. Charakteristickým znakom uvedenej skupiny chorých je teda realistické pochopenie zmenenej situácie, rešpektovanie faktorov, ktoré daný stav podmieňujú a hľadanie možností ich pozitívneho ovplyvňovania. Aj v prípade, že pacient sa primerane vyrovnáva so zmenou zdravotného stavu, neznamená to, že neprežíva obavy, strach alebo smútok. Príčinou zvýšeného prežívania strachu sú často nedostatky v psychologickom prístupe k chorým, napr. nedostatočná informovanosť, bagatelizovanie problémov. V prípade depresie, keď je v popredí málovravnosťou, utiahnutosťou, strata chuti do života, odmietanie stravy, kontaktov, liečby je dôležité zistiť pôvod depresie, či ide o psychologicky vysvetliteľnú depresívnu reakciu na chorobu alebo telesnou chorobou vyvolanú chorobnú depresiu, ktorá si vyžaduje psychiatrickú liečbu.

Neadekvátne reakcie odrážajú neprimeraný postoj chorého k vlastnej chorobe a jej liečbe. Neprimeraný a nevhodný postoj k ochoreniu si chorý v mnohých prípadoch neuvedomuje, ani nepripúšťa. Práve preto je veľmi dôležité, aby zdravotnícki pracovníci vedeli rozlíšiť danú reakciu, poznali jej motívy a chorého vhodne usmernili na jej zvládnutie a dosiahnutie

pozitívnej zmeny. Do skupiny neadekvátnych reakcií zaraďujeme viaceré formy, ktoré sa môžu prezentovať v rôznych podobách.

Charakteristickým prejavom *bagatelizujúcej reakcie* je, že chorý závažnosť svojho ochorenia podceňuje, nedodríava odporúčané liečebné postupy, prípadne dodríava iba niektoré z nich a nešetrí sa. Je veľmi optimistický vo vzťahu k prognóze svojho ochorenia. Táto reakcia sa pomerne často vyskytuje u tých ochorení, ktoré sa klinicky výraznejšie prejavujú až pri výskyte komplikácií. Môžeme ju častejšie pozorovať u ľudí s civilizačnými ochoreniami, ako sú napr. hypertenzia a diabetes mellitus. Príčinou bagatelizácie môže byť znížené zdravotné uvedomenie pacienta, neznalosť a jeho nedostatočné vôľové úsilie. Takíto pacienti sa domnievajú, že pravidelným užívaním liekov robia pre seba maximum a pritom nedodríavajú odporúčané zmeny v životnom štýle, napr. diétne opatrenia, elimináciu abúзов, časového stresu, zvýšenie pohybových aktivít, zľavenie z pracovného tempa a pod. (Morovicsová, 2008, s. 16) V prístupe je namieste vhodná informovanosť pacienta o nutnej spolupráci, možných rizikách non-compliance a podpora k aktívnej spolupráci.

Podstatou *skotomizácie* je, že pacient si nechce pripustiť závažnosť zdravotných ťažkostí. Príčinou býva strach, obava z diagnostiky ochorenia. Ide o obranný mechanizmus osobnosti, keď pacient potláča myšlienku na ochorenie. Príkladom môže byť vysvetľovanie pretrvávajúcich bolesti brucha a tráviacich ťažkostí ako dôsledku nevhodného stravovania. Výskyt uvedeného postoja špecificky nezávisí od intelektuálnej úrovne jedinca. Ak sa odhalí včas a využijú sa možnosti podpornej psychoterapie, pacient sa vo väčšine prípadov dá o nutnosti liečbypresvedčiť. Pri pretrvávaní skotómu môže vzniknúť riziko odmietania liečby. V takomto prípade predstavuje ťažšiu reakciu, psychickú poruchu, keď je vhodné navrhnúť konzultáciu s psychiatrom. (Žucha, Čaplová a kol., 2008, s. 88-89)

Pri *hypochondrickej reakcii* sa chorý domnieva alebo je presvedčený, že trpí vážnou chorobou, prípadne závažnosť menej významnej telesnej choroby preceňuje. Neustále sa pozoruje, veľmi intenzívne prežíva svoje ťažkosti, detailne popisuje problémy a vyžaduje si zvýšenú pozornosť. Často nedôveruje zdravotníckym pracovníkom, býva podozrievavý. Ak sa mu nevenuje dostatočná pozornosť, sťažuje sa a vyvíja zvýšený nátlak na zdravotníckych pracovníkov a svoje okolie. Upozornenie na neprimeraný postoj vníma chorý veľmi citlivo až osobne a prítomnosť hypochondrickej reakcie si nepripúšťa. Vyhovárať pacientovi obsah jeho hypochondrického presvedčenia je v tejto situácii neprofesionálne. V prístupe sa odporúča aktívne zapojenie chorého do liečby, nutnosť poukázať na význam sekundárnej prevencie a dodríavanie pravidelných preventívnych opatrení.

Nozofóbna reakcia sa vyznačuje prehnaným strachom z ochorenia a jeho následkov. Chorý sa dáva opakovane vyšetrovať a aby nepôsobil nedôveryhodne, často strieda lekárov a zdravotnícke zariadenia. Neustále sa dožaduje uistenia, že dané ochorenie nemá. Uvedomuje si síce svoje neprimerané obavy, nedokáže ich však potlačiť. Častou formou nozofóbnej reakcie býva karcinofóbia, pre ktorú je príznačný prehnaný a neopodstatnený strach z onkologických ochorení. (Jobánková a kol., 2002, s. 206; Morovicsová, 2008, s. 17)

Pri *repudiačnej reakcii* chorý zavrhuje myšlienku na chorobu a ochorenie neberie na vedomie. V prípade výskytu signálov stresu alebo prvých príznakov ochorenia, ako sú napr. občasné stenokardie, bolesti hlavy, nepravidelné vyprázdňovanie a pod., nepodniká žiadne kroky na riešenie situácie, diagnostiku ochorenia odsúva a vytvára si obraz stavu „*mne sa to nemôže stať, mňa sa to netýka*“. Podľa Bouchala a Konečného (1981, s. 161) ide o nevedomú disimuláciu. Ak sa vyskytuje u zdravotníckych pracovníkov, pravdepodobne je vyjadrením nevedomej obrany pred realitou, s ktorou sú denne konfrontovaní.

Patofília sa vyznačuje tým, že jedinci radi hovoria a diskutujú o svojom ochorení, vítajú záujem a starostlivosť zdravotníckych pracovníkov, dávajú sa opakovane vyšetrovať a podstupujú rôzne diagnosticko-terapeutické metódy. Extrémnou podobou je *Munchausenov syndróm*, ktorý v roku 1951 opísal Richard Asher. Z hľadiska jednotlivých prejavov správania chorých rozlíšil nasledujúce formy: *laparotomofília migrans*, *haemorrhagia histriotica*, *neurologica diabolica*. (Asher, 1951, s. 339) Pacienti s podtypom *laparotomofília migrans* (*brušný typ*) predstierali príznaky charakteristické pre náhle brušné príhody, aby dosiahli operáciu. Obdobie rekonvalescencie u nich zvyčajne prebiehalo rýchlo a bez komplikácií a po ukončení liečby boli pacienti určitý čas spokojní. Vzhľadom k tomu, že v príslušnom zdravotníckom zariadení ich už poznali a aby opakovane dosiahli operáciu, museli cestovať do iných zariadení. *Laparotomofília migrans* sa stanovila až po opakovaných operáciách na základe porovnania subjektívnych príznakov pacientov a objektívnych nálezov počas operácií. Pacienti často prehltali kovové predmety, aby si vyžiadali pozornosť zdravotníckych pracovníkov a napokon dosiahli vykonanie operácie. Pri *hemoragickom type* (*haemorrhagia histriotica*) si pacienti spôsobujú krvácanie, podliatiny. *Neurologická forma* (*neurologica diabolica*) sa prejavuje nevysvetliteľnými kŕčmi so stratou komunikácie, keď sa snaží pacient predstierať kómu a tým si vynútiť pozornosť a komplexné vyšetrenie s následnou liečbou. K spoločným znakom uvedeného syndrómu patrí výrazná snaha pacienta presvedčiť lekára, rozmanitý opis príznakov, ktoré nezodpovedajú vážnosti stavu, zatajovanie predchádzajúcich prepúšťacích správ, jazvy v abdominálnej oblasti. Podľa J. C. Barkera je

základným príznakom Munchhausenovho syndrómu *pseudológia (pseudologia fantastica)*, ktorú charakterizoval ako patologickú luhavosť. (Vašečková, 2011, s. 8) Ide o striedanie klamstva a pravdy, pričom rozdiel medzi pravdivými a nepravdivými údajmi si jedinec neuvedomuje. Častejšie sa vyskytuje u malých detí a dospelých akcentovaných osobností hystriónskeho typu.

Ochorenie môže pre chorého predstavovať aj pozitívnu situáciu. V takomto prípade hovoríme o *nozofilnej reakcii*, ktorú sprevádzajú príjemné zážitky, ktoré pacient pri diagnostike a liečbe ochorenia prežíva. Príčinou môže byť snaha pacienta uniknúť z nepríjemnej situácie, pohodlnosť alebo nesprávna hierarchia životných hodnôt.

Agravácia sa vyznačuje tým, že pacient vedome preháňa, resp. zväčšuje príznaky a subjektívne ťažkosti svojho ochorenia. Pri *účelovej superpozícii* ide o nevedomé preháňanie objektívnych príznakov a subjektívnych ťažkostí. (Jobánková a kol. 2002, s. 57) Prechod medzi oboma formami býva spravidla plynulý. Príčinou sú často emotívne dôvody ako strach, obava, nedôvera, beznádej a je volaním o pomoc. Pomerne často sa vyskytuje u neurotikov, starších ľudí alebo u pacientov, ktorí sa z rôznych príčin obávajú prepustenia do domácej starostlivosti. Môže to byť napr. strach z ošetrovania stómie, zabezpečenia chodu domácnosti, teda z plnenia úloh, ktoré boli počas hospitalizácie u chorých zabezpečované ošetrojúcim personálom. S agraváciou sa môžeme stretnúť aj u tej skupiny chorých, ktorým ochorenie prináša určité výhody, napr. zvýšenie záujmu a pozornosti okolia, zbavenie povinností a pod.

Simulácia znamená predstieranie choroby a jej príznakov. Častejšie sa jej dopúšťajú ľudia veľmi jednoduchí, ale aj ľudia skúsení, rafinovaní a vypočítaví. Príčinou simulácie je únik pred niečím. Simuláciu je potrebné odhaliť a vhodným spôsobom eliminovať. V tejto súvislosti sa odporúča v prístupe k pacientovi najprv využiť nepriamu metódu a až po jej neúspešnosti zvoliť možnosti priamej metódy. Podstatou nepriamej metódy je vytvoriť pre pacienta vhodný priestor, aby si vyriešil svoj problém, navrhnúť mu krátkodobú liečbu a zdôrazniť potrebu aktívnej spolupráce. Ak v predstieraní ťažkostí a príznakov ochorenia pacient naďalej pokračuje, odporúča sa použiť priamu metódu, teda otvorene poukázať na simuláciu s prípadným upozornením na jej možné dôsledky. Simulácia sa v porovnaní s agraváciou vyskytuje menej, pričom prejavy týchto postojov sú často veľmi podobné. Agraváciu a simuláciu môžeme objasniť porovnaním objektívneho a subjektívneho nálezu a sledovaním pacienta v situácii, keď má dojem, že jeho prejavy nehodnotíme.

V situácii, keď pacient zastiera alebo potláča príznaky ochorenia, hovoríme o *disimulácii*. Častejšie sa vyskytuje u tých ochorení, ktoré so sebou prinášajú objektívne alebo subjektívne znevýhodnenie. Môže ísť napr. o venerické ochorenia, tuberkulózu, psychózy. S prejavmi disimulácie sa stretávame nielen u chorých, ale často aj u príbuzných chorého. Príkladom je neposkytnutie informácií o výskyte dedičných ochorení alebo psychických porúch v rodine, dĺžke ochorenia, nesebestačnosti a pod. Disimulácia je vždy signálom utajovaného strachu. (Morovicsová, 2008, s. 17)

Sebapoškodzovanie je spôsob, ktorým jedinec na niečo upozorňuje, proti niečomu protestuje. Do určitej miery sa ochorenie, aj napriek svojej nepríjemnosti, stáva cestou riešenia nekomfortnej situácie. Častejšie sa vyskytuje u väzňov a pacientov s psychickou poruchou. (Šútovec a kol., 1994, s. 277)

Záver

Východiskom pre uplatňovanie správneho prístupu k chorým je rozpoznanie reakcie, akou sa s chorobou vyrovnávajú a identifikovať jej determinujúce faktory. Na základe tejto analýzy je potom nevyhnutné zaujať správny postoj k riešeniu situácie, poskytnúť chorým rady a odporúčania pre vhodný priebeh liečby vrátane usmernení týkajúcich sa zmien v životnom štýle.

Literatúra

ASHER, Richard. Munchausen's syndrome. In: *The Lancet*. (6650), 1951, Feb 10; 1, s. 339-41.

BEŇO, Pavol, CAPIKOVÁ, Silvia. *Teoretické, praktické a právne aspekty komunikácie s pacientmi a klientmi s postihnutím sluchu*. Bratislava : Samosato, s.r.o., 2013. 156 s. ISBN 978-80-89464-21-0.

BLUMENTHAL-BARBY, Kay a kol. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin: Osveta, 1988. 240 s.

BOUCHAL, Milan a kol. *Lékařská psychologie*. Praha : Avicenum, 1981. 216 s.

JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu*. Brno : JOTA, 2012. 262 s. ISBN 978-80-7462-145-1.

MOROVICSOVÁ, Eva. Nemoc v prožívání člověka. In: *Sestra (Cz)*. ISSN 1210-0404, 2006, roč. 16, č. 4, s. 13-14.

- MOROVICSOVÁ, Eva. Postoje chorého k vlastnému ochoreniu. In: *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2008, roč. 7, č. 3-4, s. 16-17.
- MOROVICSOVÁ, Eva a kol. *Komunikácia v medicíne*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2011. 212 s. ISBN 978-80-223-3025-1.
- LLOYD, Margaret, BOR, Robert. *Communication Skills for Medicine*. London: Churchill Livingstone, 2004. 202 s. ISBN 0-443-07411-9.
- OTRUBOVÁ, Jana, JANKECHOVÁ, Monika. Compliance a jej význam. In: *Abstrakty z prednášok z XII. Konferencie ORL sestier s medzinárodnou účasťou*. Nové Zámky: FN, 2009. s. 13.
- ŠÚTOVEC, Ján a kol.: *Psychológia a pedagogika*. Martin : Osveta, 1994. 368 s. ISBN 80-217-0575-2.
- VAŠEČKOVÁ, Barbora. *Predstieravá porucha*. Bratislava: Lundbeck Slovensko s.r.o., 2011. 45 s. ISBN 978-80-89434-07-7.
- ŽUCHA, Ivan, ČAPLOVÁ, Tatiana a kol. *Lekárska psychológia*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 208 s. ISBN 978-80-223-2439-7.

Kontakt

Eva, Morovicsová Doc. PhDr. PhD. MPH
Psychiatrická klinika
Lekárska fakulta Univerzity Komenského
Špitálska 24
813 72 Bratislava
email: eva.morovicsova@fmed.uniba.sk

Vplyv biologických determinantov na antropometrické parametre a tlak krvi

The influence of biological determinants on the anthropometric parameters and blood pressure

Alžbeta BENEDIKOVIČOVÁ, Ivan ROVNÝ

Abstrakt

Cieľom tejto prierezovej, deskriptívnej štúdie bolo zistiť vplyv biologických faktorov (pohlavia, veku) na antropometrické parametre (BMI, WHR index) a tlak krvi a prevalenciu obezity. Štúdie sa zúčastnilo 1 471 osôb starších ako 18 rokov a uskutočnila sa v období od 1. septembra 2005 do 30. júna 2006. Od účastníkov sme zisťovali hmotnosť, výšku, obvod pásu a obvod bokov. Na základe týchto hodnôt sme vypočítali BMI a WHR. Normálne hodnoty BMI ($18,5 - 24,99 \text{ kg/m}^2$) malo 42 % účastníkov (51 % žien, 33 % mužov). BMI v rozmedzí $25,0$ až $29,99 \text{ kg/m}^2$ (nadváhu) malo 38 % účastníkov (28 % žien, 48 % mužov).

Kľúčové slová

Determinanty zdravia; Vek; Pohlavie; Tlak krvi; BMI; WHR

Abstract

The aim of this cross-sectional, descriptive study was to determine the influence of biological determinants (gender, age) on the anthropometric parameters (BMI, WHR) and blood pressure and the prevalence of obesity. The study was carried out on 1 471 participants aged 18+ years in the period from September 1, 2005 to June 30, 2006. Body weight, height, waist circumference and hip circumference of the participants were taken. Based upon these values body mass index and waist-hip ratio was calculated. Out of the total respondents 42 % (51 % women, 33 % men) had normal BMI ($18,5 - 24,99 \text{ kg/m}^2$). BMI in the range of $25,0$ to $29,99 \text{ kg/m}^2$ (overweight) had 38 % participants (28 % women, 48 % men).

Key words

Determinants of health; Age; Gender; Blood pressure; BMI; WHR

Mnoho faktorov, ktoré spolupôsobia, má vplyv na zdravie jednotlivcov a komunít. Či sú ľudia zdraví alebo nie, je determinované množstvom rôznych sociálnych, ekonomických a kultúrnych faktorov, prostredím a okolnosťami človeka. To znamená, že ľudia žijúci v rovnakej komunite, alebo ľudia rovnakého veku môžu mať značne rôzne šance na dobré zdravie. Na zdravie do značnej miery vplýva, kde žijeme, stav životného prostredia, genetika, príjem, výživa, úroveň vzdelania, vzťahy s priateľmi a rodinou. Prístup a využívanie zdravotníckych služieb vplýva na zdravie v menšej miere ako ostatné faktory. Medzi ďalšie faktory vplývajúce na ľudské zdravie patria pohlavie, kultúra, sociálny status a sociálna exklúzia, vlastné správanie. WHO zahŕňa k **determinantom zdravia** sociálne a ekonomické prostredie, fyzické prostredie, individuálne vlastnosti a správanie jednotlivca (WHO: HIA; Health Poverty Action). Na determinanty zdravia upozornil kanadský minister

zdravotníctva a sociálnej starostlivosti Marc Lalonde, ktorý v „Novej Perspektíve“ použitím štatistiky úmrtí načrtol rozsah zbytočných ochorení a históriou demonštroval zmenu od infekčných ochorení k chronickým ochoreniam ako hlavným príčinám úmrtí. Správa Lalondeho roztrieštila konvenčný názor, že služby zdravotnej starostlivosti boli základom pre budúce zlepšenie zdravia obyvateľov ([MacDougall](#), H., 2007). V správe z roku 1974 Lalonde identifikoval 4 hlavné zložky konceptu v oblasti zdravia, ktorými boli: biológia človeka, systém zdravotnej starostlivosti, prostredie a životný štýl. V roku 1996 boli tieto štyri determinanty zdravia charakterizované v Lalondeho správe rozšírené na 12 determinantov ([Glouberman](#), S., Millar, J., 2003). Životný štýl a environmentálne faktory boli považované za dôležitých prispievateľov chorobnosti a úmrtnosti v moderných spoločnostiach. Táto koncepcia získala veľký ohlas. Jej cieľom bolo presadzovať a podporovať nové iniciatívy, ktoré kladú dôraz na podporu zdravia so zameraním na faktory životného prostredia a životného štýlu. Naopak, spoliehanie sa na zdravotnú starostlivosť, že vyrieši všetky zdravotné problémy, je kontraproduktívne. V tejto koncepcii bolo zdravie definované ako výsledok faktorov spojených s dedičnosťou, životným prostredím, životným štýlom jednotlivca a zdravotnou starostlivosťou. Podpora zdravého životného štýlu môže zlepšiť zdravie a znížiť potrebu zdravotnej starostlivosti. Lalonde faktory rozdelil na a) genetické a biologické faktory; b) behaviorálne faktory (životný štýl); c) environmentálne faktory vrátane ekonomických, sociálnych, kultúrnych a fyzických faktorov; d) organizácia systému zdravotnej starostlivosti (Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A., 2000, s. 90-91). S poukazom na vyššie uvedené môžeme determinanty zdravia definovať ako faktory, ktoré prispievajú k aktuálnemu zdravotnému stavu osoby. Tieto faktory môžu byť biologickej, socioekonomickej, psychosociálnej, behaviorálnej alebo sociálnej povahy. Vo všeobecnosti sa determinanty zdravia populácie rozdeľujú nasledovne:

- biologické a genetické determinanty (napr. pohlavie, vek),
- behaviorálne determinanty – individuálne správanie (napr. užívanie alkoholu, drog, nechránený sex, fajčenie),
- sociálne prostredie (napr. diskriminácia, príjem),
- fyzické prostredie (napr. kde človek žije, podmienky bývania),
- zdravotnícke služby (napr. prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti, zdravotné poistenie) (CDC: Social Determinants of Health).

Úrad pre prevenciu chorôb a podporu zdravia (angl. *Office of Disease Prevention and Health Promotion*), zriadený pod ministerstvom zdravotníctva v USA, determinanty zdravia okrem vyššie uvedených rozširuje o ďalší determinant – tvorba politiky („*policymaking*“). Politiky na lokálnej, štátnej a federálnej úrovni ovplyvňujú zdravie jednotlivcov a populácie. Napríklad zvýšenie dane z tabakových výrobkov môže zlepšiť zdravie populácie znížením počtu ľudí, ktorí používajú tabakové výrobky. Niektoré politiky ovplyvňujú celú populáciu po dlhú dobu a zároveň prispievajú k zmene správania jednotlivcov. Napríklad zákon o bezpečnosti cestnej premávky a zákon o bezpečnosti motorových vozidiel (1966, USA) reguloval štandardy pre motorové vozidlá a diaľnice. Na základe nich sa zvýšili bezpečnostné štandardy pre automobily, zaviedli sa bezpečnostné pásy, čo prispelo k zníženiu počtu úrazov a úmrtí pri dopravných nehodách (Office of Disease Prevention and Health Promotion). Iné, i keď podobné delenie determinantov poskytuje *Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001 – 2002*, v ktorej sa determinanty zdravia rozdeľujú na a) demografické a biologické determinanty (vek, pohlavie, národnosť a i.); b) socio-ekonomické determinanty (životný štýl, vzdelanie, zamestnanie, sociálne kontakty a i.); c) prostredie (životné aj pracovné) a d) zdravotníctvo. Legálnu definíciu determinantov zdravia nachádzame v zákone č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v ustanovení § 2 ods. 1 písm. c). Determinanty zdravia sú faktory určujúce zdravie, ktorými sú životné prostredie, pracovné prostredie, genetické faktory, zdravotná starostlivosť, ochrana a podpora zdravia a spôsob života (Zákon č. 355/2007 Z. z.).

Hlavnými **antropometrickými parametrami** pre hodnotenie telesného tuku sú tri parametre: **index telesnej hmotnosti** („*body mass index*“, BMI), **pomer obvodu pásu a obvodu bokov** („*waist to hip ratio*“, WHR index) a **obvod pásu**. BMI je definovaný ako hmotnosť v kilogramoch delená druhou mocninou výšky v metroch (Lotfi, M.H., Saadati, H., Afzali, M., 1014). Index telesnej hmotnosti v rozmedzí 25,0 – 29,9 kg/m² sa považuje za nadváhu, 30,0 – 39,9 kg/m² za obezitu a nad 40kg/m² za ťažkú obezitu. Nadváha a obezita sú definované ako abnormálne alebo nadmerné ukladanie tuku, ktoré môže poškodiť zdravie (WHO: Obesity and overweight). Hlavnými prispievateľmi nadváhy a obezity sú nezdravá strava a nedostatok fyzickej aktivity. Prevalencia nadváhy a obezity sa prudko zvyšuje v rozvojových, ako aj v priemyselných krajinách (Gharakhanlou, R. et al., 2012, s. 126). Celosvetovo sa výskyt obezity od roku 1980 zdvojnásobil. V roku 2008 viac ako 1,4 miliárd dospelých vo veku 20 a viac rokov trpelo nadváhou a z nich viac ako 200 miliónov mužov a takmer 300 miliónov žien bolo obéznych. V roku 2008 trpelo nadváhou 35 % dospelých 20

a viacročných a 11 % dospelých bolo obéznych. Nadváha a obezita predstavujú hlavné riziko úmrtia vo svete. Asi 3,4 milióna dospelých zomrie každý rok v dôsledku nadváhy alebo obezity. Okrem podielu na úmrtiach sa nadváhe a obezite pripisuje 44 % zo záťaže diabetes mellitus, 23 % zo záťaže ischemickou chorobou srdca a 7 % až 41 % zo záťaže určitými zhubnými nádormi. Zvýšený BMI je hlavný rizikový faktor pre neprenosné ochorenia - kardiovaskulárne ochorenia (najmä ochorenia srdca a mŕtvicu), ktoré boli hlavnou príčinou úmrtí v roku 2012; diabetes; muskuloskeletálne poruchy (najmä osteoartritídy – vysoko degeneratívne ochorenia kĺbov); niektoré druhy zhubných nádorov (malignity endometria, prsníka, hrubého čreva). Riziko týchto neprenosných ochorení sa zvyšuje so zvyšovaním BMI (WHO: Obesity and overweight).

Neinfekčné choroby sú zodpovedné za takmer 40 miliónov úmrtí ročne, čo predstavuje takmer 75 % zo všetkých úmrtí na celom svete. Ide o úmrtia spôsobené úrazmi pri dopravných nehodách a chronické ochorenia, ako sú kardiovaskulárne choroby (KVCH), zhubné nádory, diabetes a chronické ochorenia dýchacích ciest. Úmrtia na neinfekčné choroby v súčasnosti prevyšujú všetky úmrtia na infekčné choroby, úmrtia matiek a perinatálne úmrtia súvisiace s výživou, a predstavujú tak globálne zdravotné riziko (CDC: Noncommunicable diseases). KVCH sú celosvetovo hlavnou príčinou invalidity a predčasnej smrti. Významne zvyšujú náklady na zdravotnú starostlivosť. Úmrtia na KVCH v roku 2005 zo zhruba 58 miliónov úmrtí na všetky príčiny predstavovali na celom svete 30 % (WHO: Prevention of Cardiovascular Disease, 2007, s. 2). V Európe sú KVCH zodpovedné za takmer 50 % všetkých úmrtí a sú hlavnou príčinou záťaže chorobami, s odhadovanými nákladmi na liečbu 192 miliárd eur ročne. Táto záťaž sa so zvyšujúcou incidenciou obezity, metabolického syndrómu a diabetes mellitus 2. typu dramaticky zvyšuje (Chapman, M.J. et al, 2011, s. 2). Úmrtnosť na najčastejšie príčiny smrti sa dlhodobo v Slovenskej republike významne nemení. Najviac, 46,2 % mužov a 60,1 % žien zomrelo v roku 2012 na KVCH. Výrazný je rozdiel v podiele úmrtí medzi pohlaviami v strednom veku. Podiel zomretých mužov na KVCH vo veku 25 – 64 rokov je 25 %, podiel zomretých žien je 7 %. Podiel zomretých vo veku nad 65 rokov je u mužov 75 % a u žien 93 % (Zdravotnícka ročenka SR, 2012, s. 12). Štandardizovaná úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca (ICHS) na Slovensku v období rokov 1993 – 2009 sa znížila. Avšak vyššia hodnota štandardizovanej úmrtnosti na ICHS bola zaznamenaná v roku 2009 v porovnaní s rokom 1993 (256,81/ 100 000 obyvateľov v roku 1993; 268,08 /100 000 obyvateľov v roku 2009) (Psota, M. et al., 2013, s. 73). Úmrtnosť na KVCH je asi 3-krát vyššia u obéznych mužov a žien. Približne 21 % z mortality

na KVCH u mužov a približne 28 % z mortality na KVCH u žien možno pripísať nadváhe a obezite (Gharakhanlou, R. et al., 2012, s. 126). Odhaduje sa, že zvýšený krvný tlak je celosvetovo príčinou 7,5 milióna úmrtí, t.j. približne 12,8 % z celkového počtu úmrtí. To predstavuje 57 miliónov stratených rokov života kvôli nespôsobilosti (*DALYs, disability adjusted life years*), t.j. 3,7 % z celkových DALYs (WHO: GHO). Výskyt KVCHma tendenciurást'svekomvoväčšinepopulácií, ajkeď vzťah medzi vekoma KVCH sa v jednotlivých krajináchlíši. Predpokladása, žetento vzťahje spôsobený do určitej miery tým,žehlavnérizikové faktoryKVCH, vrátanevysokéhokrvnéhotlaku, cholesteroluadiabetesstúpajús vekom(Benedikovičová, A., Rovný, I., Maniková,K., 2014, s. 162). Podľa údajov WHO viac ako jedna štvrtina dospelaj populácie trpí na vysoký krvný tlak. Vysoká prevalencia hypercholesterolémieu dospelých osôb vo veku 15 – 65-ročných bola zaznamenaná v rozmedzí 14 – 52 % (WHO: Noncommunicable diseases). Prevalencia **zvýšeného tlaku krvi** v regiónoch WHO je najvyššia v Afrike, kde predstavuje 46 % pre obe pohlavia. Najnižší výskyt hypertenzie bol v americkom regióne, a to 35 % pre obe pohlavia. Muži v tomto regióne mali vyšší výskyt hypertenzie ako ženy (39 % mužov vs. 32 % žien). Vo všetkých regiónoch WHO mali muži o niečo vyšší výskyt hypertenzie ako ženy. Tento rozdiel bol štatisticky významný len v Amerike a Európe. Zvýšený krvný tlak je hlavným rizikovým faktorom ischemickej choroby a ischemickej choroby srdca (ICHS), ako aj hemoragickej mŕtvice. Komplikáciami vysokého krvného tlaku okrem ICHS a cievnych mozgových príhod sú zlyhanie srdca, ochorenia periférnych ciev, poškodenie obličiek, krvácanie do sietnice a poškodenie zraku (WHO: GHO).

Cieľom tejto prierezovej, deskriptívnej štúdie bolo zistiť vplyv biologických determinantov zdravia (veku, pohlavia) na antropometrické parametre (BMI, WHR index) a tlak krvi a prevalenciu obezity.

Metodika a materiál

Štúdia bola realizovaná od 1. septembra 2005 do 30. júna 2006 v poradni zdravej výživy na Úrade verejného zdravotníctva Slovenskej republiky v Bratislave a v poradni zdravej výživy Regionálneho úradu verejného zdravotníctva v Trnave. Inklúznym kritériom štúdie bol vek účastníka ≥ 18 rokov.

U účastníkov štúdie sme uskutočnili odber kapilárnej krvi, štandardné meranie tlaku krvi a antropometrické merania (meranie výšky, váhy, obvodov pása a bokov), z ktorých sme odvodili indexy BMI a WHR. Z kapilárnej krvi sa prístrojom Reflotron vyšetroval celkový cholesterol, HDL cholesterol, triglyceridy a glukóza. LDL cholesterol sa vypočítal podľa

vzorca: $LDL = CHOL - HDL - 0,45 \cdot TGL$. Na zisťovanie osobnej anamnézy, zhodnotenia stravovacích zvyklostí a úrovne pohybovej aktivity sme použili interview medzi účastníkom štúdie a zdravotníckym pracovníkom.

BMI je index, ktorý sa používa pre klasifikáciu podváhy, nadváhy a obezity u dospelých. Je definovaný ako hmotnosť v kilogramoch delená druhou mocninou výšky v metroch (kg/m^2). Normálne rozmedzie BMI u dospelého je 18,50 až 24,99 kg/m^2 a nepredstavuje zdravotné riziko. Podváha znamená $BMI < 18,50 kg/m^2$ a má nasledovné stupne: ľahká podváha ($BMI 17,00 - 18,49 kg/m^2$), mierna podváha ($BMI 16,00 - 16,99 kg/m^2$), ťažká podváha ($BMI < 16,00 kg/m^2$). Za nadváhu sa považuje $BMI \geq 25,00 kg/m^2$ a je spojená so zvýšeným zdravotným rizikom. Obezita znamená $BMI \geq 30,00 kg/m^2$ a je spojená s vysokým zdravotným rizikom. Rozoznávame obezitu stupňa I ($BMI 30,00 - 34,99 kg/m^2$), obezitu stupňa II ($BMI 35,00 - 39,99 kg/m^2$) a obezitu stupňa III ($BMI \geq 40,00 kg/m^2$) (WHO: BMI classification). V štúdiu sme vychádzali z klasifikácie BMI podľa WHO a vytvorili sme nasledovných 5 skupín: **podváha** ($BMI \leq 18,50 kg/m^2$), **optimum** ($BMI 18,50 - 24,99 kg/m^2$), **nadváha** ($BMI 25,00 - 29,99 kg/m^2$), **obezita** ($BMI 30,00 - 39,99 kg/m^2$) a **ťažká obezita** ($BMI \geq 40 kg/m^2$).

Normálne hodnoty WHR indexu sú u žien do 0,80 a u mužov do 0,95. Za rizikové hodnoty WHR indexu sa považujú hodnoty $\geq 0,80$ u žien a $\geq 0,95$ u mužov. Normálne hodnoty obvodu pásu sú u žien do 80 cm a u mužov do 94 cm. Hodnoty obvodu pásu nad 80 cm u žien a nad 94 cm u mužov sa považujú za nadváhu a predstavujú mierne zvýšené zdravotné riziko. Hodnoty obvodu pásu vyššie ako 88 cm u žien a vyššie ako 102 cm u mužov sa spájajú s obezitou, a predstavujú vysoké zdravotné riziko (Seidell, J.C., Flegal, K.M., 1997). V našej štúdiu sme pre WHR index stanovili takéto rozmedzia: u mužov sme za **optimum** považovali $WHR index \leq 0,95$, za **mierne zvýšené riziko** $WHR index 0,96 - 0,99$ a za **riziko** $WHR index \geq 1,0$; u žien **optimum** znamenalo $WHR index \leq 0,80$, **mierne zvýšené riziko** $WHR index 0,81 - 0,84$ a **riziko** $WHR index \geq 0,85$.

Normálna hodnota systolického tlaku krvi je u dospelého $< 120 mmHg$. Diastolický tlak krvi s hodnotou $< 80 mmHg$ sa považuje za normálny. Hodnoty systolického tlaku krvi $120 - 139 mmHg$ alebo diastolického tlaku krvi $80 - 89 mmHg$ sa označujú ako prehypertenzia. Za hypertenziu sa považuje tlak krvi $\geq 140/90 mmHg$ (NCBI).

Na matematicko-štatistické spracovanie a vyhodnotenie dát sme použili štatistický program STATISTICA a štatistické testy: analýza rozptylu (analysis of variance, ANOVA) a LSD test

(least significant difference test; pomocou ktorého sme zisťovali štatistickú významnosť rozdielov). Za štatisticky významné sme považovali výsledky s $p \leq 0,05$.

Výsledky

Celkovo sa štúdie zúčastnilo 1 471 osôb, z toho bolo 24 % (355) mužov a 76 % (1 116) žien. Z Bratislavského kraja pochádzalo 39 % (578) účastníkov, z Trnavského kraja 61 % (893). U účastníkov štúdie sme zisťovali základné socio-ekonomické charakteristiky, hodnoty systolického a diastolického tlaku krvi, BMI, WHR index, hodnoty celkového cholesterolu, HDL cholesterolu, LDL cholesterolu, triglyceridov a glukózy v krvi. Priemerný vek účastníkov bol 46,6 rokov. Najviac účastníkov bolo zastúpených vo vekovej skupine 46 – 55 rokov, a to až 22,8 %. Druhou najčastejšie zastúpenou vekovou skupinou boli účastníci vo veku 36 - 45 rokov a treťou vo veku 56 – 65 rokov. U účastníkov štúdie prevládalo úplné stredné vzdelanie, ktoré malo 41,3 % účastníkov. Štúdie sa zúčastnilo 61,3 % účastníkov s rodinným stavom ženatý/vydatá. V tab. 1 uvádzame prehľadnú základnú charakteristiku sledovaného súboru.

Tab. 1 Základná charakteristika súboru

	% (n = 1 471)
Pohlavie	
muži	24
ženy	76
Vek	
18 - 25	9,7
26 - 35	17,5
36 - 45	20,4
46 - 55	22,8
56 - 65	16,7
65 a viac	12,9
Vzdelanie	
základné	8,5
učňovské	13,0
stredoškolské s maturitou	41,3
vysokoškolské	32,3
neuvedené	4,9

Rodinný stav	
slobodný/á	20,5
ženatý/vydatá	61,3
rozvedený/á, vdovec/vdova	18,2

Hodnoty sledovaných parametrov u účastníkov štúdie sú prehľadne uvedené v tab. 2.

Tab. 2 Hodnoty sledovaných parametrov u účastníkov štúdie

	n- platných	Priemer	Minimum	Maximum	SD
Vek	1 471	46,64	18	90	15,39
TK systolický (mmHg)	1 429	125,7	70,0	194,0	17,11
TK diastolický (mmHg)	1 428	76,9	45,0	123,0	10,02
BMI (kg/m²)	1 461	25,33	15,79	53,78	4,68
WHR index	1 443	0,82	0,61	1,18	0,09

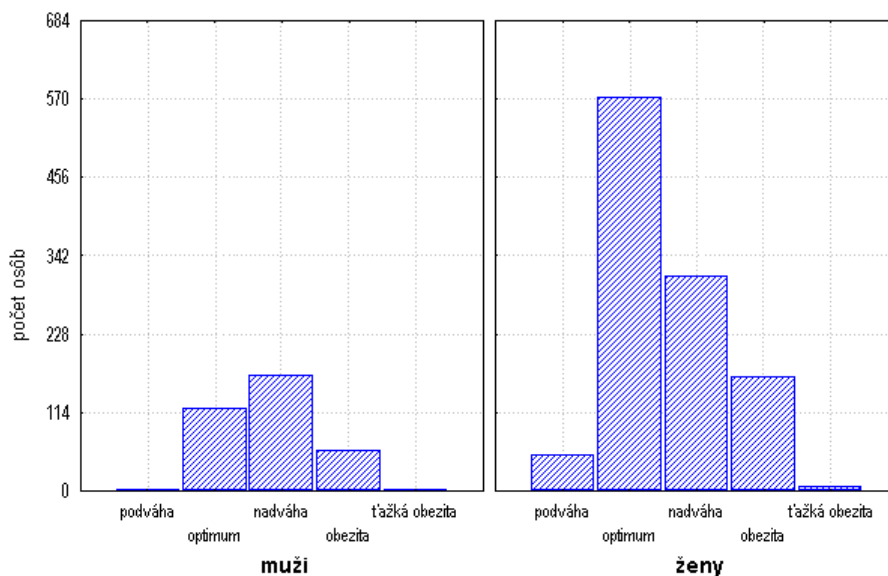
U účastníkov štúdie sme zisťovali vzťah biologických determinantov zdravia (veku, pohlavia) na antropometrické parametre (BMI a WHR index) a tlak krvi. Ďalej sme zisťovali vzťah biologického determinantu zdravia – BMI na biochemické parametre (celkový cholesterol, LDL cholesterol, triglyceridy, glukózu v krvi) a tlak krvi. Zisťovali sme aj vzťah behaviorálneho determinantu (fyzickej aktivity) na tlak krvi. V neposlednom rade sme zisťovali vzťah socio-ekonomického determinantu zdravia (vzdelania) na BMI. Výsledky štúdie prezentujeme nižšie.

Vzťah pohlavia a sledovaných parametrov

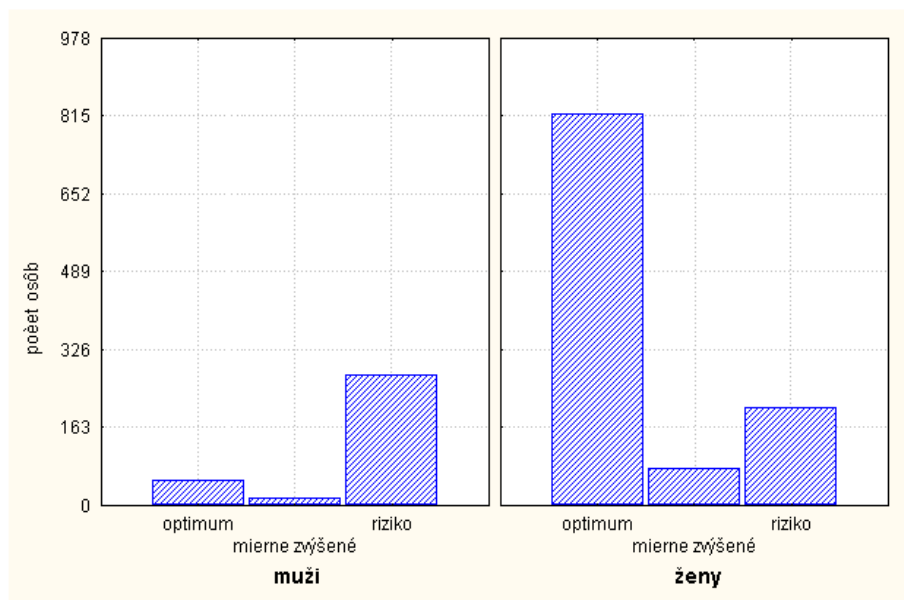
Pohlavie a BMI: U žien prevládalo BMI v norme (18,50 – 24,99kg/m²), u mužov BMI v rozhraní nadváhy (25,00 - 29,99kg/m²). Normálne BMI malo 51 % žien a 33 % mužov. Nadváhou trpelo 28 % žien a 48 % mužov. Porovnanie vzťahu pohlavia a BMI zobrazuje graf 1.

Pohlavie a WHR index: 73 % žien malo hodnoty WHR indexu v norme, nižšie ako 0,80. V zdravotnom riziku v súvislosti s distribúciou tuku s WHR indexom vyšším ako 0,80 bolo 27 % žien, z toho v mierne zvýšenom riziku (WHR index 0,81 – 0,84) bolo 8 % a v riziku

(WHR index $\geq 0,85$) 19 % žien. U mužov dominovali rizikové hodnoty WHR indexu (u 85 % mužov). Hodnoty WHR indexu $\geq 1,0$ boli prítomné u 76 % mužov. Len 15 % mužov malo normálne hodnoty WHR indexu (graf 2).

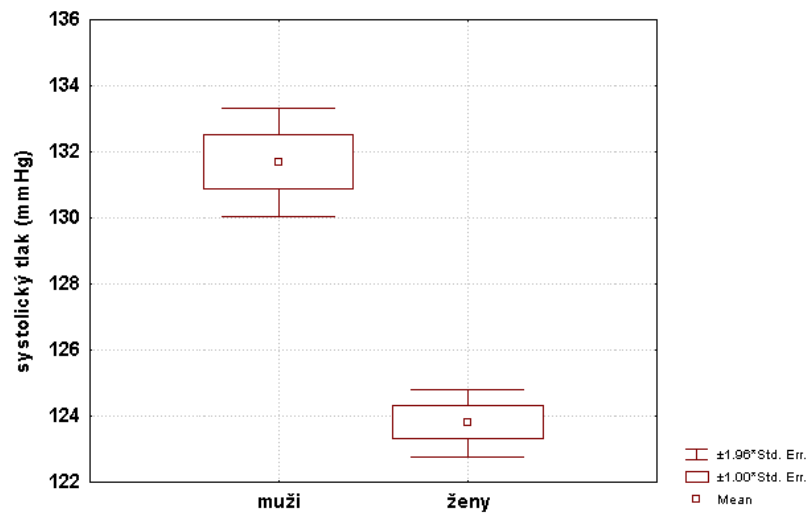


Graf 1 Vzťah pohlavia a BMI, $p \leq 0,05$



Graf 2 Vzťah pohlavia a WHR indexu, $p \leq 0,05$

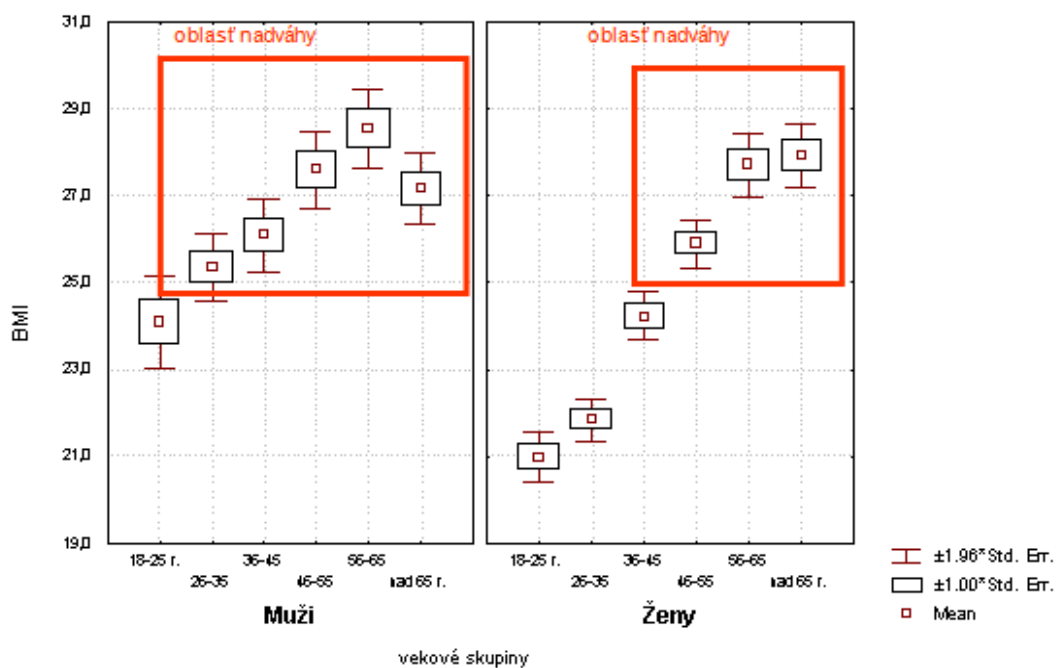
Pohlavie a tlak krvi: U mužov boli zaznamenané vyššie hodnoty systolického tlaku krvi v porovnaní so ženským pohlavím (graf 3). Podobná situácia bola aj u hodnôt diastolického tlaku, ktorého hodnoty boli tiež vyššie u mužov.



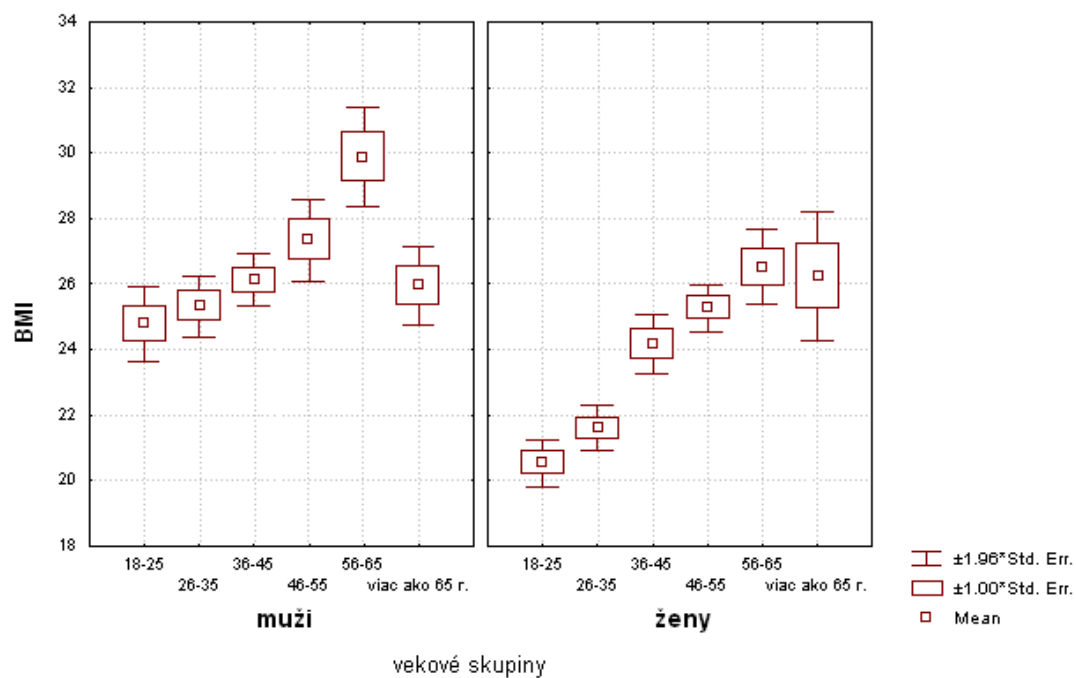
Graf 3 Vzťah pohlavia a systolického tlaku krvi, $p \leq 0,05$

Vzťah veku a sledovaných parametrov

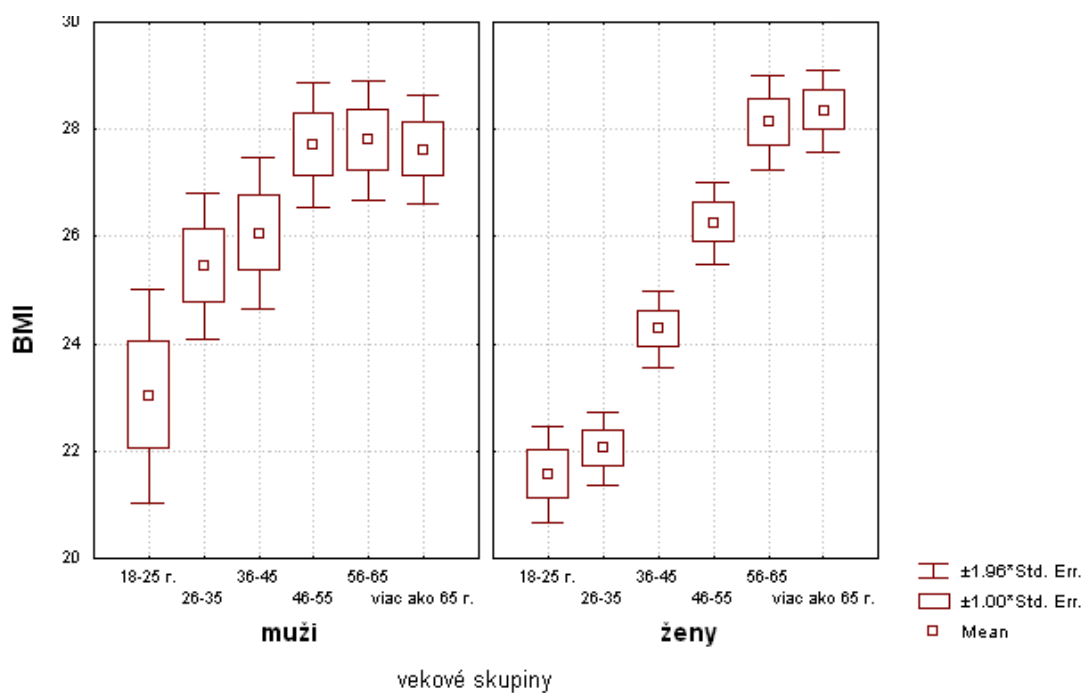
Vzťah veku a BMI: Celkovo bol zaznamenaný vzostup hodnôt BMI s vekom. U žien do veku 35 rokov boli hodnoty BMI v norme. U starších žien hodnoty BMI boli koncentrované na oblasť nadváhy. U mužov nad 25 rokov sa priemery BMI pohybovali v oblasti nadváhy (graf 4). V regionálnych rozdieloch sme zaznamenali nižšie hodnoty BMI u mužov a žien bratislavského kraja v porovnaní s mužmi a ženami trnavského kraja (graf 5, 6).



Graf 4 Vzťah veku a BMI, $p \leq 0,05$

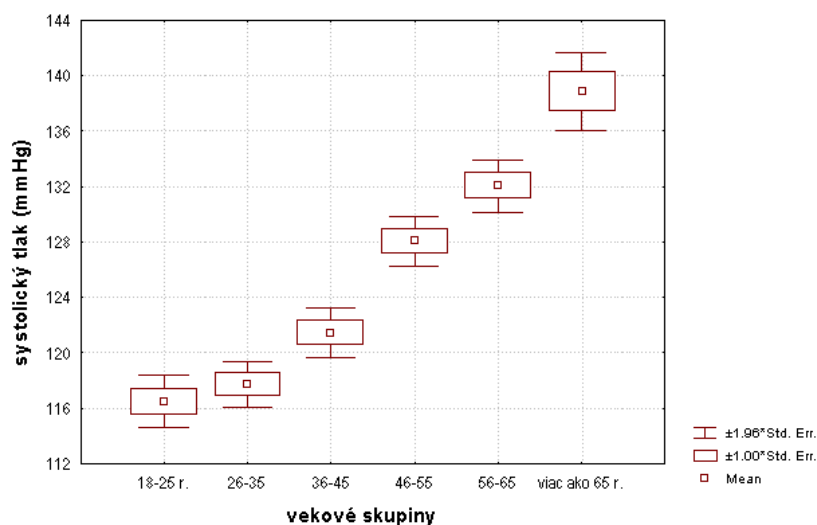


Graf 5 Vzťah veku a BMI u mužov a žien Bratislavského kraja



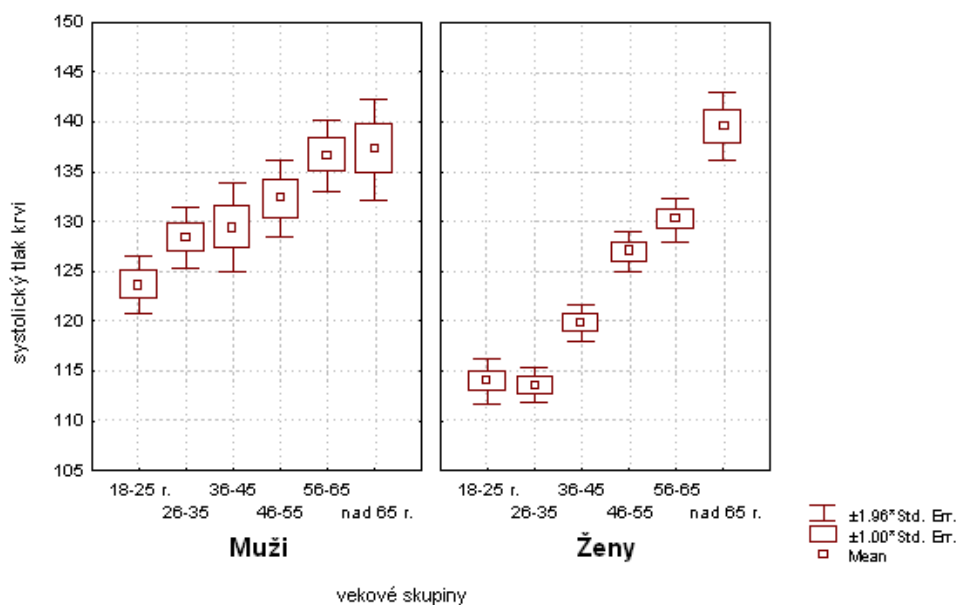
Graf 6 Vzťah veku a BMI u mužov a žien Trnavského kraja

Vzťah veku a systolického tlaku krvi: Z výsledkov grafu 7 vidíme, že systolický tlak u účastníkov štúdie stúpa s vekom.

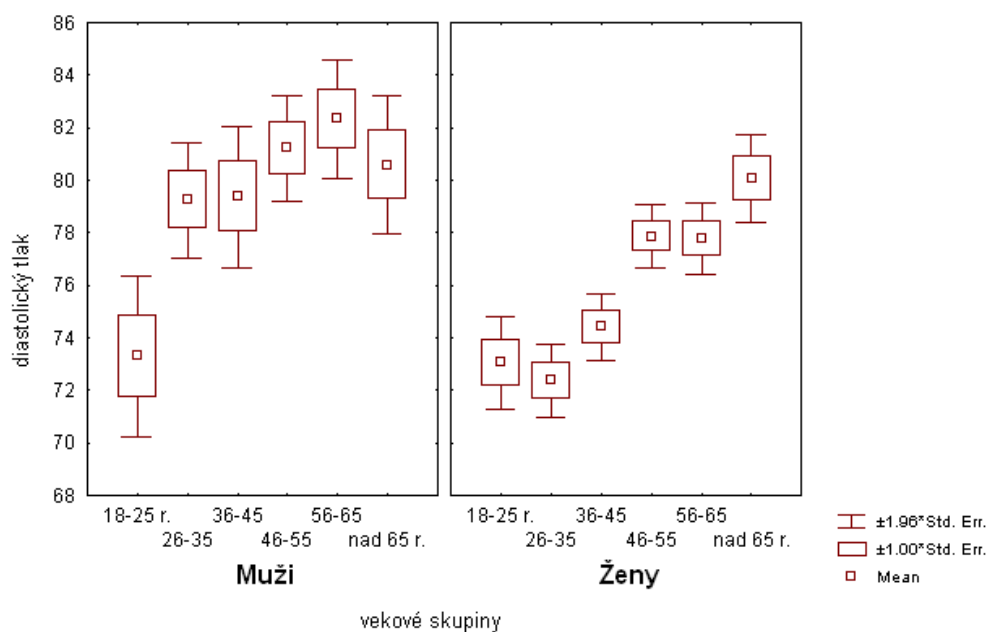


Graf 7 Vzťah veku a systolického tlaku krvi, $p \leq 0,05$

Vzťah veku a pohlavia na tlak krvi: Systolický tlak u mužov a žien stúpala s vekom. U žien má vzostup systolického tlaku krvi výrazný trend (graf 8). U mužov 18 – 25-ročných je výrazne nižší diastolický tlak krvi než u ostatných vekových skupín mužov. U žien nie je pozorovaný taký výrazný trend vzostupu diastolického tlaku krvi s vekom ako sme pozorovali u systolického tlaku krvi (graf 9).



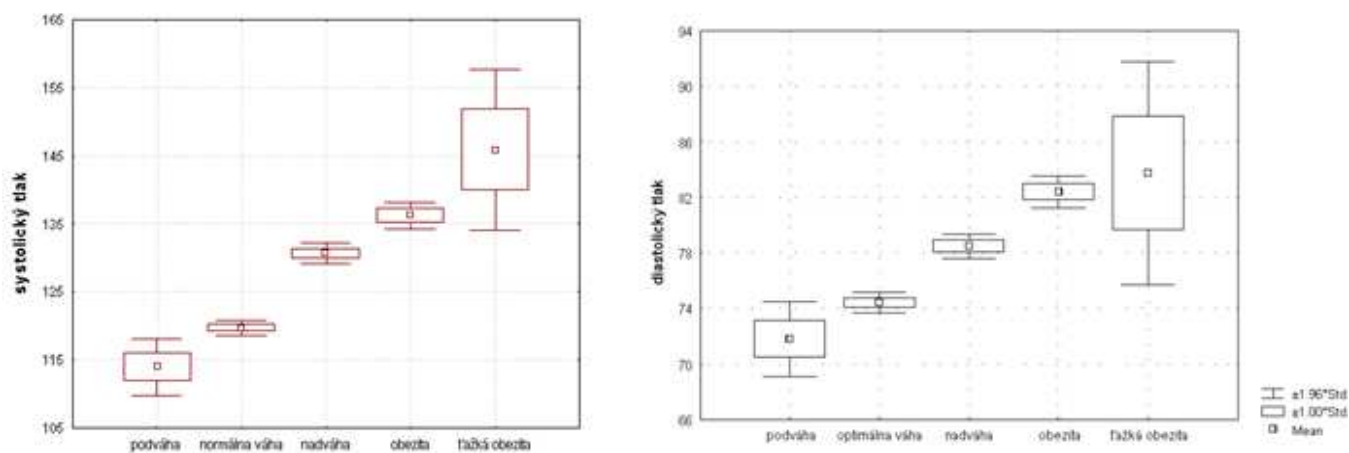
Graf 8 Závislosť systolického tlaku od veku a pohlavia, $p \leq 0,05$



Graf 9 Závislosť diastolického tlaku od veku a pohlavia, $p \leq 0,05$

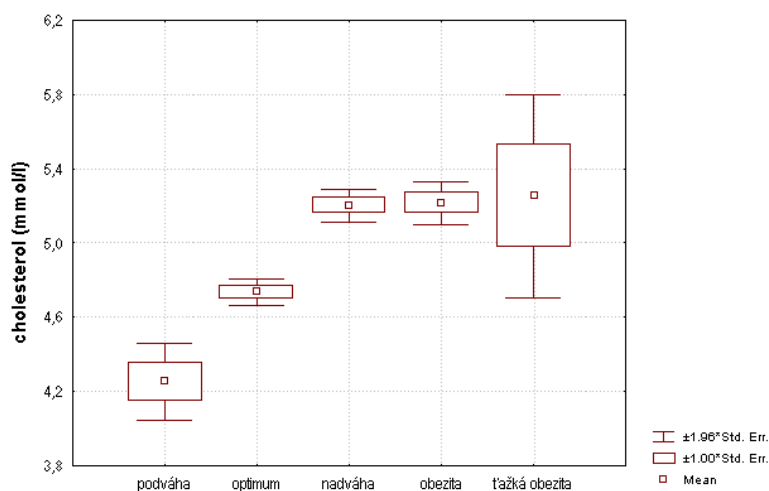
Vzťah BMI a vybraných biochemických parametrov a tlaku krvi

Vzťah BMI a tlaku krvi: Systolický a diastolický tlak krvi stúpali so zvyšujúcimi sa hodnotami BMI (graf 10).

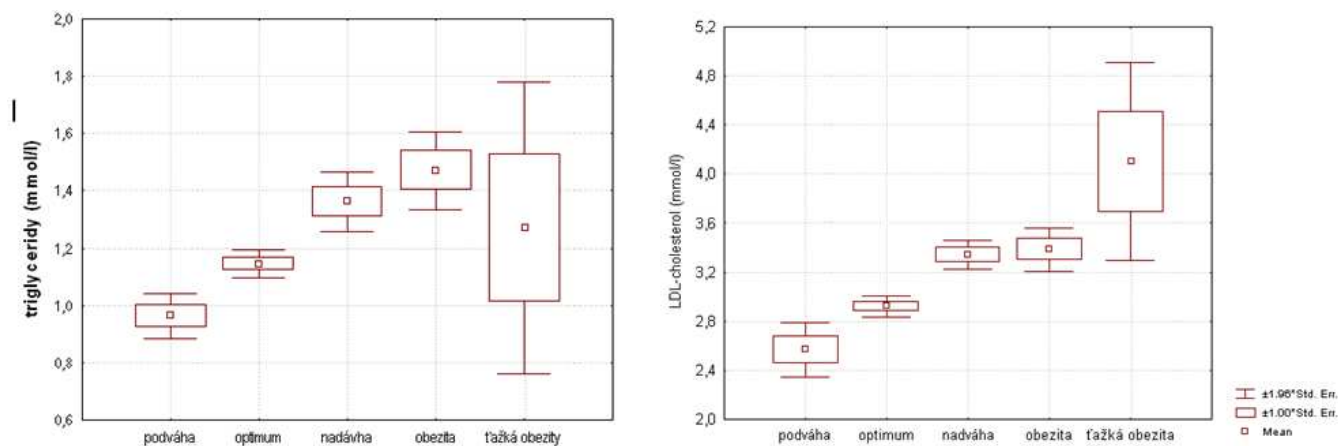


Graf 10 Vzťah BMI a systolického tlaku krvi, $p \leq 0,05$; vzťah BMI a diastolického tlaku krvi, $p \leq 0,05$

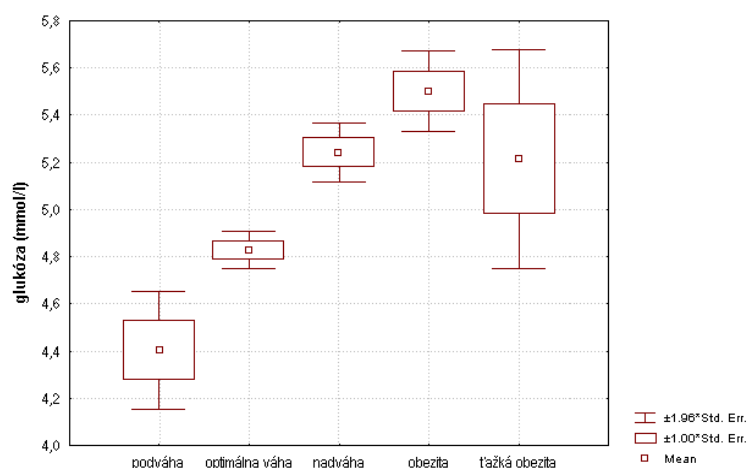
Vzťah BMI a biochemických parametrov: Hodnoty biochemických parametrov (celkového cholesterolu, triglyceridov, LDL cholesterolu, glukózy v krvi) stúpali so vzostupom hodnôt BMI (graf 11, 12, 13).



Graf 11 Vzťah BMI a celkového cholesterolu v krvi, $p \leq 0,05$



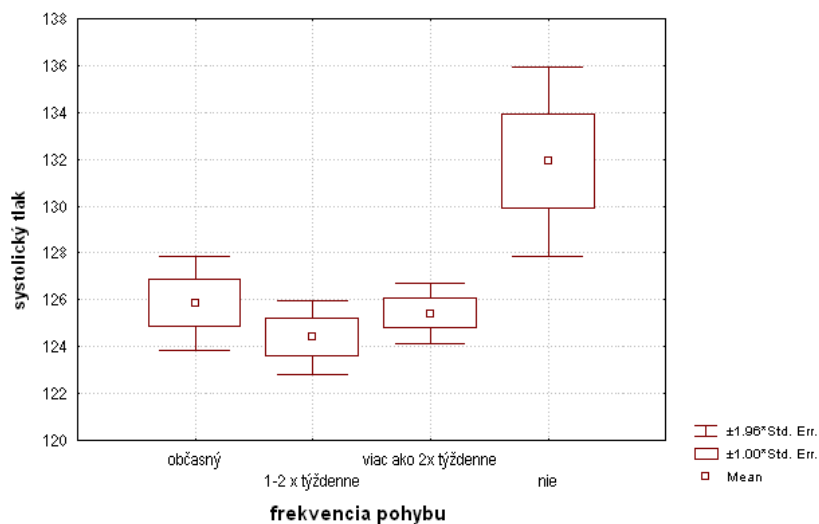
Graf 12 Vzťah BMI a triglyceridov/LDL cholesterolu v krvi, $p \leq 0,05$



Graf 13 Vzťah BMI a glykémie, $p \leq 0,05$

Vzťah fyzickej aktivity a tlaku krvi

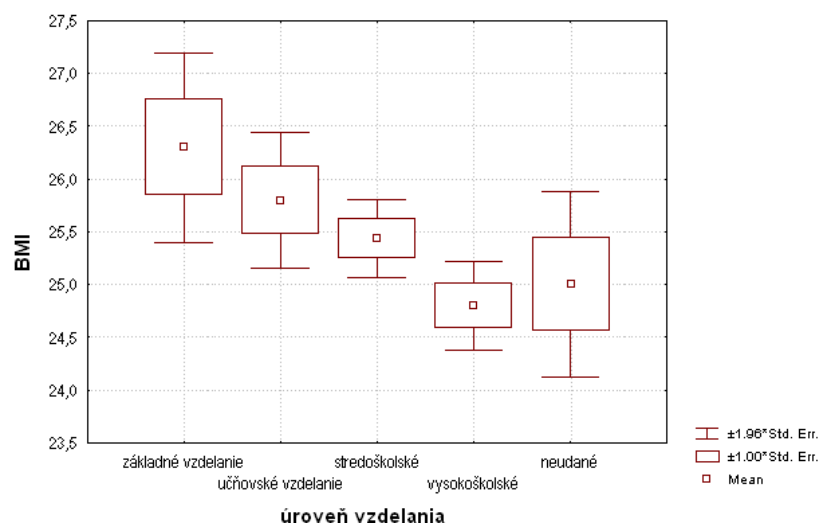
Fyzická inaktivita zvyšovala tlak systolického tlaku krvi (graf 14). Vplyv fyzickej aktivity na diastolický tlak krvi bol nesignifikantný, avšak tí účastníci, ktorí vykonávali fyzickú aktivitu mali nižšie hodnoty diastolického tlaku v porovnaní s fyzicky neaktívnymi účastníkmi.



Graf 14 Vzťah fyzickej aktivity a systolického tlaku krvi, $p \leq 0,05$

Vzťah vzdelania a BMI

U účastníkov štúdie vzdelanie výrazne vplývalo na BMI. Trend poklesu hodnôt BMI u účastníkov s vyšším vzdelaním je štatisticky významný (graf 15).



Graf 15 Vzťah vzdelania a BMI, $p \leq 0,05$

Diskusia

Zdravotný stav obyvateľstva sa za posledných 20 rokov zhoršil. Príčinou nepriaznivého vývoja zdravotného stavu populácie je predovšetkým zvýšený výskyt chronických neinfekčných ochorení, medzi ktorými má dominantné postavenie ateroskleróza a s ňou súvisiace kardiovaskulárne a cerebrálne komplikácie. Ochorenia tohto druhu vykazujú v súčasnej dobe epidemický výskyt (Benedikovičová, A., Rovný, I., Maniková, K., 2014, s. 174). Vo všeobecnosti majú ženy horšie zdravie ako muži. Ženy majú síce nižšiu mieru úmrtnosti, ale paradoxne, trpia vyššou mierou chorobnosti na depresie, psychiatrické poruchy, úzkosť a chronické choroby v porovnaní s mužmi (Denton, M. et al., 2004). Dominantnými faktormi chorobnosti sú vysoký krvný tlak, vysoké hodnoty cholesterolu, BMI nad 25 a fyzická inaktivita (Benedikovičová, A., Rovný, I., Maniková, K., 2014, s. 172). Prevalencia obezity sa rýchlo zvyšuje. Nadváha a obezita sú zodpovedné u dospelých za približne 80 % prípadov diabetes mellitus 2. typu, 35 % prípadov ischemickej choroby a 55 % prípadov hypertenzie. Prevalencia nadváhy sa pohybuje v rozmedzí 32 – 79 % u mužov a 28 - 78 % u žien. Najvyššia prevalencia nadváhy je v Albánsku (v Tirane), v Bosne a Hercegovine a v Spojenom Kráľovstve (v Škótsku); najnižšia prevalencia nadváhy je v Turkménsku a v Uzbekistane (WHO: The challenge of obesity in the WHO European Region, 2007, s. 2).

Z výsledkov prezentovaných v našej štúdii je zrejmé, že u mužov je prevalencia rizikových faktorov KVCH vyššia. U mužov sme pozorovali vyššiu prevalenciu výškovo-hmotnostných a objemových faktorov, ktoré poukazujú u tohto pohlavia na vyšší výskyt centrálnej obezity. Muži v porovnaní so ženami mali v našej štúdii vyššie hodnoty BMI (v rozhraní nadváhy

a obezity), rizikové hodnoty WHR indexu a vyšší systolický a diastolický tlak krvi. V štúdiu sa potvrdilo, že so stúpajúcim vekom sa zvyšujú hodnoty BMI u oboch pohlaví a tlak krvi. U žien s pribúdajúcim vekom bol nárast hodnôt systolického tlaku oveľa markantnejší ako u mužov. U diastolického tlaku sme u žien s rastúcim vekom nepozorovali až také dramatické zvyšovanie. Zaznamenali sme, že systolický aj diastolický tlak krvi stúpali s nárastom hodnôt BMI. So zvyšujúcimi sa hodnotami BMI stúpali aj biochemické parametre, a to celkový cholesterol, LDL cholesterol, triglyceridy a glukóza v krvi. V štúdiu sme pozorovali, že vyššie vzdelanie bolo spojené s nižšími hodnotami BMI. V štúdiu sa potvrdilo, že systolický tlak krvi je nižší u osôb, ktoré sú fyzicky aktívne.

Výsledky opísané v našej štúdiu sa v mnohých ohľadoch zhodujú so zisteniami iných autorov. V sledovanom súbore **normálne BMI ($18,5 - 24,99 \text{ kg/m}^2$) malo 42 %** zo všetkých účastníkov a **BMI $25,0 - 29,99 \text{ kg/m}^2$ (nadváhu) 38 %** zo všetkých účastníkov. **Viac ako polovica žien (51 %) a 33 % mužov mali normálne BMI. BMI $25,0 - 29,99 \text{ kg/m}^2$ (nadváhu) trpelo 28 % žien a 48 % mužov.** Podľa prieskumu CINDI v roku 1998 nadváhou trpelo 37,3 % žien a 46,7 % mužov vo vekovej skupine 25 – 64-ročných. Obezitou (BMI nad $30,0 \text{ kg/m}^2$) v tejto vekovej skupine trpelo 20,8 % žien a 19,5 % mužov (Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001 - 2002). **Veľmi podobné výsledky našim prezentujú Dalton, M. et al. (2003). V ich štúdiu normálne hodnoty BMI malo 40,2 % respondentov, nadváhou trpelo 39 % a obezitou 20,8%. Normálne hodnoty BMI malo 47,8 % žien a 32,4 % mužov. Nadváhou trpelo 29,9 % žien a 48,2 % mužov** (Dalton, M. et al., 2003, s. 558). Ďalšie výsledky pochádzajú od autorov Kaur, S. a Walia, I.(2007); prezentovali výsledky, v ktorých 67,7 % žien malo normálne hodnoty BMI a 5,82 % žien nadváhu. Priemerné hodnoty BMI v nami sledovanom súbore boli $25,33 \text{ kg/m}^2 \pm 4,68$ a priemerné hodnoty WHR indexu $0,82 \pm 0,09$. V štúdiu uskutočnenej Lotfi, M. et al. (2014) v Iráne priemerné hodnoty BMI u zdravých osôb boli $28,19 \text{ kg/m}^2 \pm 4,67$ a priemerné hodnoty WHR indexu $0,90 \pm 0,06$.

Za limitáciu štúdie je možné považovať nereprezentatívnosť vzorky, ktorá nebola vybraná náhodným výberom. Vzorka pozostávala z mužov a žien, ktorí v sledovanom období navštívili poradňu zdravej výživy na Úrade verejného zdravotníctva SR v Bratislave a Regionálnom úrade verejného zdravotníctva v Trnave, a preto výsledky nemožno zovšeobecniť na celú populáciu Slovenska.

Záver

V nami sledovanom súbore sme zistili, že len dve pätiny účastníkov štúdie mali normálne hodnoty BMI. Prevalencia nadváhy a obezity ako aj vyššieho zdravotného rizika súvisiaceho s distribúciou tuku v oblasti abdomenu boli častejšie u mužov. Zistili sme, že muži mali častejšie vyšší systolický krvný tlak ako ženy. Prezentované výsledky naznačujú, že prevalencia rizikových faktorov KVCH (nadváha, obezita, hypertenzia) sú problémom súčasnej doby, postihujú čoraz viac vyššie vekové skupiny, avšak trend ich výskytu badať aj u mladších vekových skupín (u mužov môžeme vidieť prevalenciu týchto rizikových faktorov už od vekovej skupiny 25+, u žien od 35+). Bez účinnej prevencie prevalencia týchto rizikových faktorov bude stúpať, a preto je nesmierne dôležité budovať politiku podpory zdravia, navrhovať a realizovať programy podpory zdravia zamerané na ovplyvňovanie týchto rizikových faktorov v populácii a hodnotiť ich účinnosť.

Literatúra

BENEDIKOVIČOVÁ, Alžbeta, ROVNÝ, Ivan, MANIKOVÁ, Katarína. Vplyv pohlavia, veku a životného štýlu na vybrané biochemické parametre. In BENEDIKOVIČOVÁ, Alžbeta, ŠIMKOVÁ, Alexandra. *Klinická medicína v praxi 2: Najnovšie trendy a výzvy v manažmente chronických chorôb*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2014, s. 160-175. ISBN 978-80-8082-800-4.

Centers for Disease Control and Prevention: Social Determinants of Health [online]. Atlanta:Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [cit. 2014-12-27]. Dostupný z [www:<http://www.cdc.gov/socialdeterminants/Definitions.html>](http://www.cdc.gov/socialdeterminants/Definitions.html).

Centers for Disease Control and Prevention: Global Health – Health Protection: Noncommunicable Diseases – Training Modules [online]. Atlanta:Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [cit. 2015-01-04]. Dostupný z [www:<http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/ncd_modules.htm>](http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/ncd_modules.htm).

Centrum pre hospodársky rozvoj:Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001 – 2002: Determinanty zdravia[online]. Bratislava: Centrum pre hospodársky rozvoj [cit. 2015-01-03]. Dostupný z [www:<http://www.cphr.sk/undp2002.htm>](http://www.cphr.sk/undp2002.htm) a [<http://www.cphr.sk/undp2002sl_09.pdf>](http://www.cphr.sk/undp2002sl_09.pdf).

DALTON, M., CAMERON, A.J., ZIMMET, P.Z. et.al. Waist circumference, waist – hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults. In *Journal of Internal Medicine*, ISSN 0954-6820, 2003, 254: 555-563.

DENTON, Margaret, PRUS, Steven, WALTERS, Vivienne. Gender differences in health: A Canadian study of the psycho-social, structural and behavioural determinants of health. In *Social Science & Medicine*. ISSN 0277-9536, June 2004, Volume 58, Issue 12, pp. 2585-2600.

GHARAKHANLOU, Reza, FARZAD, Babak, AGHA-ALINEJAD, Hamid, STEFFEN, Lyn M., BAYATI, Mahdi. Anthropometric measures as predictors of cardiovascular disease risk factors in the urban population of Iran. In *Arq. Bras. Cardiol*. ISSN 0066-782X, Feb. 2012 , Vol.98, No.2. pp. 126-135.

[GLOUBERMAN](#), Sholom, MILLAR, John. Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada. In *Am J Public Health*. ISSN 1541-0048, 2003 March; 93(3): 388–392.

Health Poverty Action. The determinants of health: Factors that Determine Good or Poor Health[online]. London: Health Poverty Action, [cit. 2014-12-27]. Dostupný z [www: <http://www.healthpovertyaction.org/policy-and-resources/the-determinants-of-health/>](http://www.healthpovertyaction.org/policy-and-resources/the-determinants-of-health/).

CHAPMAN, M.J., GINSBERG, H.N., AMARENCO, P., ANDREOTTI, F., BORÉN, J., CATAPANO, A.L., DESCAMPS, O.S., FISHER, E., KOVANEN, P.T., KUIVENHOVEN, J.A., LESNIK, P., MASANA, L., NORDESTGAARD, B.G., RAY, K.K., REINER, Z., TASKINEN, M.-R., TOKGÖZOGLU, L., TYBJÆRG-HANSEN, A., WATTS, G.F. (2011). Triglyceride-rich lipoproteins and high-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management. *In Eur Heart J*, 2011.

KAUR, Sukhpal, WALIA, Indarjit. Body mass index, waist circumference and waist hip ratio among nursing students. In *Nursing and Midwifery Research Journal*, April 2007, Vol. 3, No. 2, pp. 84-90.

LOTFI, Mohammad H., SAADATI, Hassan, AFZALI, Majid. Association between Anthropometric Parameters (WC, BMI, WHR) and Type 2 Diabetes in the Adult Yazd Population, Iran. In *J Diabetes Metab*. ISSN 2155-6156, 2014; 5(10).

[MacDOUGALL](#), Heather. *Reinventing public health: A New Perspective on the Health of Canadians and its international impact*. In *J Epidemiol Community Health*. ISSN 1470-2738, Nov 2007; 61(11): 955–959.

National Center of Biotechnology Information (NCBI). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [online]. Bethesda:NCBI [cit. 2015-01-04]. Dostupný z [www: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9633/>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9633/).

Office of Disease Prevention and Health Promotion: Determinants of Health[online].

Rockville:Office of Disease Prevention and Health Promotion [cit. 2015-01-03]. Dostupný z [www:<https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>](https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health).

PSOTA, Marek, PEKARČÍKOVÁ, Jarmila, O'MULLANE, Monica, RUSNÁK, Martin.

Trends in age-adjusted coronary heart disease mortality rates in Slovakia between 1993 and 2009. In *Cent Eur J Public Health*, ISSN 1210-7778, 2013; 21 (2): 72–79.

SEIDELL, Jacob C., FLEGAL, Katherine M. Assessing obesity: classification and epidemiology. In *British Medical Bulletin*. ISSN 1471-8391, 1997, Vol. 53, No. 2, pp. 238-252. [online].[cit. 2015-01-04]. Dostupný z [www:<http://bmb.oxfordjournals.org/content/53/2/238.full.pdf>](http://bmb.oxfordjournals.org/content/53/2/238.full.pdf).

TULCHINSKY, Theodore H., VARAVIKOVA, Elena A. *The New Public Health: An introduction for the 21st century*. 1st Edition: Academic Press, 2000. 856 pp. ISBN9780080525334.

WHO: *BMI classification* [online]. Geneva: WHO, [cit. 2015-01-04]. Dostupný z [www:<http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).

WHO: *Global Health Observatory (GHO): Raised blood pressure* [online]. Geneva: WHO, [cit. 2015-01-04]. Dostupný z [www:<http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/>](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/).

WHO: *Health Impact Assessment (HIA): The determinants of health* [online]. Geneva: WHO, [cit. 2014-12-27]. Dostupný z [www:<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>](http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/).

WHO: *Noncommunicable diseases* [online]. Geneva: WHO, [cit. 2015-01-04]. Dostupný z [www:<http://www.emro.who.int/entity/noncommunicable-diseases/index.html>](http://www.emro.who.int/entity/noncommunicable-diseases/index.html).

WHO: *Obesity and overweight* [online]. Geneva: WHO, [cit. 2015-01-03]. Dostupný z [www:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/).

WHO: *Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*, 2007, ISBN 9789241547178 [cit. 2015-01-03]. Dostupný z [www:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547178_eng.pdf?ua=1>](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547178_eng.pdf?ua=1).%20ISBN%209789241547178>.

WHO: *The challenge of obesity in the WHO European Region* [online]. Geneva: WHO, 2007, ISBN 9789289014076 [cit. 2015-01-04]. Dostupný z [www:<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf>](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf).

Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 204/2014 Z. z.

Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2012 [online]. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, [cit. 2015-01-04]. Dostupný z www: <http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2012.pdf>.

Kontakt

Alžbeta Benedikovičová, RNDr., Mgr., PhD.
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava
E-mail: alzbeta.benedikovicova@gmail.com

Ivan Rovný, prof., MUDr., PhD., MPH
Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
Trnavská cesta 52, 826 45 B
E-mail: ivan.rovny@uvzs.sk

Môže si súčasná spoločnosť dovoliť zanedbávať predkoncepčnú starostlivosť?

Can Contemporary Society Afford to Neglect Pre-conception Care?

Mária MOJZEŠOVÁ

Abstrakt

Potenciálnym rodičom je každý muž alebo žena vo fertilnom veku. Predkoncepčná starostlivosť sa však zvyčajne poskytuje dvojiciam ktoré majú problémy s počatím, a ženám u ktorých je potrebné tehotenstvo zodpovedne plánovať vzhľadom na ich zdravotný stav (ženy s diabetom, epilepsiou, depresiou, onkologické pacientky a pod.). V súčasnosti je však väčšia časť potenciálnych rodičov ohrozená svojim rizikovým predkoncepčným správaním a životným štýlom (široké spektrum rôznych abúзов, nedostatočná fyzická aktivita, chyby v stravovaní a poruchy príjmu potravy, promiskuita a pod.). Predkoncepčnú starostlivosť je preto potrebné cielene zameriavať na jednotlivé kategórie budúcich rodičov, nie iba na ženy či páry so zvýšeným zdravotným rizikom. Súčasný vývoj nastoľuje problémy nedobrovoľnej bezdetnosti, neplodnosti, ktoré okrem makrosociálnych dopadov predstavujú životné tragédie pre jednotlivcov i rodiny.

Kľúčové slová

Predkoncepčná starostlivosť, životný štýl, rizikové správanie

Abstract

Any men or woman is a potential parent during his or her fertile age. Pre-conception care is usually offered to pairs that already have problems with conception, and to women with the need to plan their pregnancy due to their health status (women with diabetes, epilepsy, depression, oncological patients etc.). Contemporary, a prevailing majority of potential parents is endangered by their risky pre-conceptional behavior and life style (a wide scope of various abuses, insufficient physical activity, dietary mistakes, eating disorders, promiscuity etc.). Thus, the orientation of pre-conception care should focus on different categories of prospective parents, not merely on women or couples with increased health risk. Contemporary development trends highlight the involuntary childlessness and the infertility as problems, which besides their macro-social impacts also represent life tragedies of individuals and families.

Key words

Pre-conception care, life style, risky behavior

Úvod

Štruktúra prirodzenej a funkčnej rodiny poskytuje významný základ pre fyzické, emocionálne, spirituálne a sociálne zdravie jednotlivých členov rodiny. Prirodzená a funkčná rodina je prínosom pre celú ľudskú komunitu. V opačnom prípade generuje veľké množstvo rôznorodých problémov od psychicko-somatických a spirituálnych až po legislatívne a sociálne, objavujú sa negatívne dopady na zdravie populácie.

V ľudskej populácii je prirodzená reprodukcia zabezpečovaná intímny vzťahom muža a ženy, počas ktorého môže dôjsť k oplodneniu zrelej ženskej pohlavnej bunky – vajíčka. V okamihu oplodnenia (fertilizácie) sa začína život nového, autonómneho ľudského jedinca, ktorý nie je životom ani otca, ani matky. Potenciálnym rodičom môže byť každý muž alebo žena vo fertilnom veku.

Predkoncepčná starostlivosť je v podstate prípravou na tehotenstvo-ťarchavosť (graviditu) s cieľom priviesť na svet zdravého potomka. Predkoncepčná starostlivosť má dôležitý význam pre zdravie novej generácie. V súčasnosti sa jej venuje nie celkom dostatočná pozornosť nielen zo strany potenciálnych rodičov, ale aj zo strany profesionálnych zdravotníkov. V rámci holistického chápania zdravia je potrebné vnímať človeka – potenciálneho rodiča nielen v biologickej rovine, ale aj v rovine psychickej, spirituálnej, rovnako tak aj v rovine sociálnych vzťahov.

Súčasťou predkoncepčnej starostlivosti je optimálne poradenstvo zo strany profesionálnych pracovníkov, ktorí by mali ostať autoritou nielen z odborného hľadiska, ale najmä z hľadiska ľudského. Bázu kvalitného poradenstva v predkoncepčnej starostlivosti tvorí pravdivosť informácií, zrozumiteľnosť a empatia. Predkoncepčná starostlivosť zahŕňa všeobecné medicínske hľadisko (lekárske vyšetrenia, týkajúce sa napr. výskytu možných genetických problémov, prítomnosti sexuálne prenosných ochorení (STI, sexual transmitted infections), testovanie HIV, stavu nutritcie, prísunu železa a kyseliny listovej, atď. V predkoncepčnej starostlivosti je potrebné klásť dôraz na prípravu potenciálnej matky v rovine nielen biologickej (somatickej), ale rovnako v rovine psychologickej, emočnej, duchovnej i sociálnej. Je lepšie „vstúpiť“ do ťarchavosti bez stresu, strachu a byť tak lepšie pripravená na rodičovstvo.

Rodičovstvo

Dieťa je od svojho zrodu – od počatia – neopakovateľnou ľudskou osobou, ktorá je vymodelovaná geneticky, skúsenosťami a podnetmi z vnútorného i vonkajšieho prostredia i zo správania sa okolia k nemu. **Zrelé rodičovstvo** sa prejavuje nielen v biologickej pripravenosti organizmu na koncepciu (počatie) dieťaťa, ale aj na zodpovednom prístupe k faktu, že muž a žena sa stanú rodičmi s príslušnými sociálnymi rolami, so všetkým, čo k správemu rodičovstvu patrí. Za zrelých potenciálnych rodičov sa považujú dospelí jedinci, ktorí sú vo všetkých rovinách osobnostne a sociálne zrelí. Neznamená to však, že ide len o to, či majú dosť peňazí na založenie si rodiny – ako, žiaľ, v dnešnej postmodernej spoločnosti mnohí uvažujú, resp. uvažujú aj o tom, či im dieťa nebude až príliš zasahovať do osobnej (resp. spoločnej) slobody, či im nebude na obtiaž, vytvárajúc tak prekážky na ich optimálnu sebarealizáciu a pod.

Intímny sexuálny život dvoch heterosexuálne orientovaných osôb môže viesť ku vzniku života nového samostatného ľudského jedinca, čím začína biologické rodičovstvo. Za zrelé rodičovstvo je potrebné pokladať rodičovstvo dospelých, fyzicky i psychicky zdatných jedincov. Človek je pripravený prijať a realizovať svoju životnú rolu, až keď jeho osobnosť

dozrela vo všetkých svojich rovinách. Vtedy sa osobnosť môže prejaviť naplno. Rodičovstvo v konečnom dôsledku znamená vytvorenie správnej rodinnej atmosféry, preniknutej vzájomnou láskou, úctou a toleranciou. Rozhodujúcim prvkom, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou rodičovstva dospelých, je otcovská a materská láska. Na tú však taká matka a taký otec, ktorí sami sú ešte deťmi, nie sú dostatočne vyzretí. Dozrievanie jedinca je obdobím prípravy na rodičovstvo, nie rodičovstvom samotným (Hamanová, 1994).

Znovu zdôrazňujeme, že aby mohol byť muž otcom, musí byť najprv synom (láskavo chápaný a usmerňovaný svojim otcom), aby mohla byť žena matkou, najprv musí byť dcérou (Mráz, 1996). Prístup na otázku zrelého rodičovstva z pohľadu životnej dráhy (life-course) kladie dôraz na senzitivné životné etapy. To, že sa muž stane otcom, je preňho jedna z významných senzitivných životných etáp. Rovnako, ba ešte intenzívnejšie, prežíva túto udalosť aj žena, ktorá sa chce, resp. stáva matkou.

Každé dieťa, ktoré prežíva vo svojej pôvodnej rodine pozitívne modelové situácie v rámci socializácie, býva lepšie pripravené na to, že raz bude mať svoje deti. V dnešnej dobe však aj u nás, na Slovensku, v mnohých prípadoch v rámci nepriaznivého demografického vývoja chýbajú vzory funkčného vzťahu muž a žena, ale aj rodič-dieťa. A nadôvažok, dnes sa čoraz častejšie objavuje až fenomén bezdetnosti, dávajúci azda klamlivé pocity osobnej slobody a komfortu postmodernému človeku. Dôvodmi nepriaznivého demografického vývoja sú významný pokles sobášnosti, nárast kohabitácií, ako aj významný nárast rozvodovosti. Príčinou takéhoto, už dlhodobejšieho procesu, je oslabenie tradičných rodinných noriem (Matulník a kol., 2002).

Nezrelé rodičovstvo má svoje korene najmä v psychicko-sociálnej, emocionálnej, ako aj duchovnej rovine. Najčastejšie sú nezrelými rodičmi deti, ktoré majú deti... V súčasnosti najmä v hospodársky vyspelých krajinách sveta je mnoho potenciálnych, najmä mladých rodičov, ohrozených svojim nezdravým životným štýlom a rizikovým predkoncepčným správaním. Ide o vekovú kategóriu maloletých (zriedkavejšie) a mladistvých (ďaleko častejšie).

Ťarchavosť najmä pre mladé dievča je však natoľko náročná, že vyžaduje, aby na ňu a následne na starostlivosť o novorodenca vynaložilo všetku svoju psychickú i fyzickú energiu. Zákonite mu potom zostane málo energie pre osobné potreby a rozvoj osobnosti, ktorý zostáva neúplný. Infantilné matky nevyvinú ani v najlepších podmienkach skutočné materinské cítenie voči svojmu dieťaťu. Navyše, ak otec dieťaťa mladistvej matky je neistý alebo neznámy, psychologické faktory obvykle pôsobia, že o dieťa nie je postarané, je opustené a v niektorých prípadoch dokonca usmrtené (Anchell, 1996).

„Otcovstvo a materstvo patria k základným identifikačným znakom ľudskej osoby, k sebarealizácii človeka ako muža a ženy...Aby mohol byť muž otcom, musí byť najprv „synom“, aby mohla žena byť matkou, najprv musí byť „dcérou“. Toto splývanie statusu a rolí v priebehu ľudského života dovoľuje starostlivú prípravu aj dostatok času na dozrievanie pre tieto úlohy“ (Mráz, 1996).

Gravidita 15 až 18-ročných i maloletých dievčat často končí rozhodnutím, ktoré pozbaví života ešte nenarodené, ale už vyvíjajúce sa dieťa: Biologicky i psychicky nezrelej matke rozhodnutie o arteficiálnom potrate prináša možné telesné i psychické problémy a komplikácie.

Rizikové správanie s následkami pre prenatálne dieťa

Rizikové správanie má znaky nezodpovedného správania, pretože okrem experimentovania v oblasti partnerských vzťahov, experimentovania s drogami (tzv. tanečné drogy a i.), sa často vyskytujú stravovacie zlovyky až poruchy príjmu potravy, hraničiace s psychiatrickými diagnózami (anorexia či bulímia). Takto rizikovo sa správajúci mladý jedinec je vystavený zvýšenej možnosti nákazy sexuálne prenosnými ochoreniami. Tieto ako aj ďalšie zdravotné dôsledky sú často spojené s promiskuitou, resp. s celkovo rizikovým správaním. Špecifickú skupinu negatívnych dôsledkov rizikového správania s možnosťou nezrelého rodičovstva tvoria gravidity, ktoré sa začnú v čase, kedy ešte potenciálna matka nie je pripravená na rodičovstvo - materstvo. Aj preto mnohé takéto tzv. predčasné gravidity veľakrát vyúsťujú do indukovaného potratu, teda matkou dieťaťa, resp. jej najbližšími príbuznými chceného umelého ukončenia tehotenstva. Príčinami rozhodovania v neprospech pokračovania života prenatálneho dieťaťa môže byť strach z nedokončenia štúdia, straty slobody, nedospelé dievča môže mať vážne sociálne, finančné alebo zdravotné problémy. Ak sa nedospelá, či nezrelá matka rozhodne o ďalšom pokračovaní života svojho dieťaťa, ktoré v čase rozhodovania o ňom je ešte v prenatálnej fáze svojej gestácie, dochádza často k predčasným pôrodom s nízkou pôrodnou hmotnosťou dieťaťa, resp. stretávame sa aj s vyššou materskou i novorodeneckou úmrtnosťou v skupine týchto matiek. Zväčša sa predčasnými matkami vzhľadom na svoju psychosociálnu nezrelosť stávajú veľmi mladé, nedospelé dievčatá, ktoré sa v mnohých prípadoch stávajú slobodnými matkami. Z emocionálneho hľadiska status slobodného rodiča (matky) zvyšuje subjektívne prežívaný distres. Sociálna rovina väčšiny slobodných matiek sa prejavuje vo vývoji dieťaťa v neúplnej rodine, môže mať negatívny vplyv na vzdelanostnú dráhu dieťaťa, ako aj na dlhodobú finančnú závislosť. Často sa deti slobodných matiek ocitajú v náhradnej starostlivosti alebo v procese adopcie (Diamond, 2001). Predčasné materstvo môže viesť až k psychosociálnej kríze, kedy nastávajú problémy

s integráciou životnej zmeny, objavujú sa pocity zlyhania, hrozby nezvládnutia tehotenstva a materstva, rôzne vnútorné napätia. Nedospelá alebo slobodná matka sa často nachádza v situácii bez podpory vlastných rodičov (alebo rodičov otca dieťaťa) a takisto bez podpory genetického (biologického) otca dieťaťa. Psychosociálna kríza závažného charakteru môže viesť až k hraničnej situácii a v krajnom prípade až k suicídiu. Ďalšou významnou zložkou rizikového správania potenciálnych rodičov – žien, mladších i starších – je dlhodobé užívanie kontraceptív v rôznej forme (tabletkovej, náplastovej a i.), ktoré je negatívnym zásahom do fyziologických činností, do biorytmu organizmu ženy.

Ľudská plodnosť je jednou z najobmedzenejších z hľadiska veku, počtu detí i možnosti otehotnieť. Ochrana plodnosti a reprodukčného zdravia je zatiaľ veľmi zanedbávaná a ak hovoríme o plánovaní rodiny, väčšinou je paradoxne reč o tom, ako počatiu zabrániť, resp. odložiť ho na neskôr.

Ovulácia je základným predpokladom ženskej plodnosti a pri skúmaní problémov je na prvom mieste. Približne dva dni po ovulácii sú pre oplodnenie vajíčka obvykle kľúčové a preto je dôležité poznať svoje telo a vedieť rozpoznať, či a kedy k ovulácii dochádza. Pravidelne vyplnený menštruačný kalendár je po období minimálne 3-6 mesiacov dobrou a jednoduchou metódou, ako získať prehľad o menštruačnom cykle i ovulácii. Základné informácie tohto typu sú dôležité aj pre ošetrojúceho lekára.

Predkoncepčná starostlivosť

Predkoncepčná starostlivosť je významnou súčasťou starostlivosti potenciálnych rodičov o seba samých a tým aj o svoje budúce dieťa. Rovnako je však úlohou profesionálnych zdravotníckych pracovníkov (lekárov, sestier a ďalších), ako aj psychológov, duchovných, resp. sociálnych pracovníkov dokázať v zmysle efektívnej prevencie zabrániť nežiaducim následkom prípadného rizikového správania nedospelých alebo dospelých potenciálnych rodičov, ktoré má hlboký vplyv na začiatok a pokračovanie vývoja nového dieťaťa.

Zo strany lekárov sa očakáva okrem etického, teda vysoko ľudského prístupu aj pravdivé informovanie v rámci predkoncepčnej starostlivosti o obyvateľstvo. Tu zohráva veľký význam interdisciplinárna spolupráca v rámci verejného zdravotníctva, participácia na kvalitnej zdravotnej výchove prostredníctvom moderných masovokomunikačných prostriedkov, rovnako aj viacúrovňové programy sociálnej a zdravotnej prevencie.

Príprava na ťarchavosť, narodenie dieťaťa a rodičovstvo vyžaduje zo strany profesionálnych zdravotníkov byť senzitívny na kultúrne rozdielnosti. Zaujímavú štúdiu realizoval svojho času Dr. Chalmers so spolupracovníkmi z Univerzity v Toronte (Kanada), v ktorej analyzoval poznanie žien rozdielneho kultúrneho pôvodu (ženy bielej rasy, ženy domorodkyne a indické

ženy) v Juhoafrickej republike o čase ich otehotnenia. V závere konštatuje, že edukáciu žien ohľadom gravidity a rodičovstva je potrebné začať ďaleko pred koncepciou (otehotnením), od útleho detstva najskôr jednoduchou formou, ktorá sa neskôr vyvíja a expanduje v súvislosti s biologickým a intelektuálnym rastom jedinca (Chalmers a Meyer, 2011).

Lekárska starostlivosť je v rámci predkoncepčnej starostlivosti zameraná na tri skupiny pacientiek:

- na ženy, ktoré z rôznych dôvodov nemôžu prirodzeným spôsobom počať svoje dieťa, t.j. liečba neplodnosti
- na ženy, pre ktoré počatie dieťaťa predstavuje isté zdravotné riziko (pacientky s ťažkým diabetom, epilepsiou, ťažkou depresiou, onkologickým ochorením)
- na ženy, ktoré svojim rizikovým správaním vedome vystavujú riziku vážnych následkov vývoj svojho budúceho dieťaťa.

Predkoncepčná starostlivosť psychológov spočíva v starostlivosti o duševné zdravie populácie v zmysle realizácie rôznych vzdelávacích a preventívnych programov, ponúkaných mladým ľuďom a strednej generácii na úrovni oficiálnych poradenských inštitúcií, štátnych orgánov i samospráv.

Duchovní rôznych denominácií majú veľkú šancu v rámci pastorácie rodín a ďalších aktivít spolu so svojimi spolupracovníkmi prinášať odvahu a nádej pre potenciálnych rodičov, aby sa nebáli založiť si rodinu, aby nepodľahli módnym trendom v rámci konzumizmu a individualizmu. Aby po zodpovednom vstupe do manželstva dokázali spoločnými silami pracovať na udržaní a zdokonaľovaní vzájomného vzťahu v rámci bezhraničnej dôvery a lásky.

Základné sociálne potreby človeka sú späté s psychickými potrebami, nazývame ich preto psychosociálne potreby. Ak je dieťa v čase pred jeho koncepciou bezvýhradne prijaté potenciálnymi rodičmi, navzájom sa rešpektujúcimi a milujúcimi, bez ohľadu na jeho budúci zdravotný stav či ekonomický status rodiny, je šanca, že po koncepcii dieťaťa na základe rodičovskej lásky a bezpečia prebehne proces socializácie dieťaťa optimálne. Paradoxne, kvalitná predkoncepčná starostlivosť v sociálnej rovine, teda v rovine vzťahov medzi potenciálnymi rodičmi nie je založená len na dokonalom zvládnutí legislatívy a ekonomických zákonov...

Záver

Podľa údajov WHO, každý piaty pár v rozvinutých krajinách je neplodný. Len na Slovensku existuje už 8 centier asistovanej reprodukcie. *„Biologická reprodukcia spoločnosti je základným predpokladom jej prežitia a pretrvania. Človeka, ľudské telo môžeme pokladať za určitú konštantu spoločenského vývoja. Mení sa však výskyt a druh porúch zdravia v určitých obdobiach. Mení sa aj spoločenský a kultúrny kontext, ktorého súčasťou je hodnotový a normatívny systém spoločnosti, rozsah a kvalita poznatkov o ľudskom tele a zdraví, zdravotnícka prax a zdravotnícke inštitúcie.“* (Capíková, Heřmanová, Kostičová, 2010, s.98)

Súčasný vývoj naskočí problémy nedobrovoľnej bezdetnosti, neplodnosti, ktoré okrem makrosociálnych dopadov predstavujú životné tragédie pre jednotlivcov i rodiny.

Ochrana plodnosti a reprodukčného zdravia potenciálnych rodičov je vo všeobecnosti skôr zanedbávaná, väčšinou je v súvislosti s reprodukčným „zdravím“ paradoxne reč o tom, ako počatiu zabrániť, resp. odložiť ho na neskôr. Vzhľadom na vplyv životného štýlu na zdravie a plodnosť by sa však predkoncepčná starostlivosť mala týkať každého potenciálneho rodiča. Cieľom predkoncepčnej starostlivosti by mala byť nie len medicínsko-farmakologická, sofistikovaná biotechnologická liečba problémov s počatím, resp. liečba neplodnosti. Predkoncepčná starostlivosť by mala nastúpiť ešte skôr než sa problémy s počatím objavia. Mala by zahŕňať systém preventívnych postupov so zameraním taktiež na psychosociálne zdravie a behaviorálne riziká a osvojenie si zdravého životného štýlu u budúcich rodičov. Nezdravý životný štýl budúcich rodičov, prípadne rizikové správanie otca a matky aj dlhé roky pred počatím zvyšuje nie len riziko problémov s počatím a neplodnosťou, ale i riziko patologického priebehu gravidity, perinatálnych problémov a vrodených ochorení či vývojových chýb u dieťaťa. Každé dieťa má právo narodiť sa ako chcené, s čo možno najvyšším potenciálom zdravia.

Literatúra

ANCHELL, M.: Sexuální výchova s otazníkem. MCM, Olomouc, 1996, s. 72.

CAPÍKOVÁ S., HEŘMANOVÁ D., KOSTIČOVÁ M.: Kvalita právneho prostredia a kvalita zdravia. In: ADAMCOVÁ J. (ed.): Sociológia zdravia a choroby - nové poznatky a trendy. Bratislava : Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV, 2011. S. 97-107.

DIAMOND, E. F.: A Catholic Guide To Medical Ethics. The Linacre Institute, Pallos Park: 2001.

HAMANOVÁ, J.: Dospívající budoucí rodiče. In: Zborník príspevkov z medzinárodného kongresu rodín „Význam rodiny pro současnost a budoucnost“ (s. 56 - 61), Praha 1994, 149 s.

CHALMERS, B., MEYER, D.: Preparing women for pregnancy and parenthood: a cross cultural study. In: Prenatal and perinatal psychology and medicine. Vol 25, No. 1-2, 2013, s. 141-156.

MATULNÍK, J., RITOMSKÝ, A., PASTOR, K., MINICHOVÁ, M., VAVROVÁ Z.: In: Zborník „ Rodina v ohrožení – výzva pre sociálne vedy“ (ed.: Matulník, J., Vavrová, Z., Minichová, M.). FH TU Trnava, 2002, s. 9 - 30.

MRÁZ, M.: Špeciálna morálna teológia. Aloizianum, Bratislava 1996, 196 s.

Kontakt:

MUDr. Mária Mojzešová, PhD.
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, Lekárska fakulta Univerzity Komenského
Sasinkova 2, 813 72 Bratislava, Slovenská republika
e-mail: maria.mojzesova@fmed.uniba.sk