SAVEZ
SLOVENSKÁ ASOCIÁCIA VEREJNÉHO ZDRAVIA

4. konferencia SAVEZ s medzinárodnou účasťou

Zborník príspevkov

Posilňovanie systému verejného zdravotníctva

9. - 10. 6. 2011, Košice



Posilňovanie systému verejného zdravotníctva
Strengthening Public Health Systems

Posilňovanie systému verejného zdravotníctva

Strengthening Public Health Systems

Recenzovaný zborník príspevkov
zo 4. konferencie SAVEZ s medzinárodnou účasťou
9. - 10. júna 2011, Košice, SR

Poďakovanie

4. konferencia SAVEZ s medzinárodnou účasťou bola podporená Medzinárodným Višegrádskym Fondom na základe Zmluvy č. 11110211, 7. rámcovým programom Európskej Únie na základe Zmluvy č. FP7 217605 (STEPS projekt), Európskou Asociáciou Verejného Zdravotníctva (EUPHA), Kanceláriou WHO na Slovensku, vydavateľstvom Portál, s.r.o. a neziskovou organizáciou Košice 2013 – Európske hlavné mesto kultúry.

Acknowledgements

The 4th International SAVEZ conference was supported by the International Visegrad Fund under contract No. 11110211, the 7th Research Framework Program of the European Union under grant agreement No. FP7 217605 (STEPS project), the European Public Health Association (EUPHA), the WHO Country Office in Slovakia, the publishing house Portal, Ltd. and the non-profit organisation Kosice 2013 – European Capital of Culture.

Editori: MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.; Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Recenzenti: doc. MUDr. Tibor Baška, PhD.; doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.; doc. RNDr. Gabriel Guliš, CSc.; MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.; PhDr. Daniela Kállayová, PhD.; MUDr. Jana Kollárová; PhDr. Marek Majdan, PhD.; Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Vydavateľ: Equilibria, s.r.o., Košice, SR. Október 2011.

Príspevky neprešli jazykovou korektúrou.

Zborník: © Slovenská asociácia verejného zdravia, Košice
Príspevky: © Autori jednotlivých príspevkov
Návrh obálky: © Claudia Jutková

ISBN: 978-80-89284-92-4

OBSAH

ÚVOD

HLAVNÉ PREDNÁŠKY

- **Novotný V.** 11
  Verejné zdravotníctvo ako súčasť projektu Zdravé Slovensko
- **Nagyová I.** 16
  Model zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých
  z pohľadu verejného zdravotníctva

MONITORING ZDRAVOTNÉHO STAVU
A SOCIOEKONOMICKÉ INDIKÁTORY ZDRAVIA

- **Chylová M.,** Pálová E. 24
  Rizikové faktory súvisiace so suicidálnym správaním v období adolescencie
- **Behanová M.**, Katreniaková Z., Nagyová I., van Dijk J.P., Reineveld S.A. 33
  Socio-ekonomické faktory prostredia a jednotlivca vo vzťahu
  k vnímaniu vlastného zdravia u dospelej mestskej populácie

PODPORA ZDRAVIA
MARGINALIZOVANÝCH A IMUNOKOMPROMITOVANÝCH OSÔB

- **Kráľovská V.** 44
  Realizácia Programu podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku
  v rokoch 2007 – 2010
- **Kállayová D.**, Majdan M., Gallová E., Bošák L. 49
  Zdravá inklúzia – podpora zdravia pre migrantov na Slovensku
  – potreba alebo vízia?
- **Nagyová I.**, Benka J., Macejová Ž., van Dijk J.P. 55
  Adjustácia na chorobu ako mediátor vo vzťahu medzi únavou a psychickým
  distresom u pacientov s reumatioidnou artritidou
- **Linková M.**, Nagyová I., Katreniaková Z., Rácz O. 65
  Prediktory sebaposudzovaného zdravia u pacientov s diabetes mellitus

- **Mikula P.**, Nagyová I., Chylová M., Rosenberger J.., Gdovinová Z., van Dijk J.P. 73
  Vzťah medzi copingovými stratégiami a kvalitou života u pacientov trpiacich sklerózou multiplex

SO ZDRAVÍM SÚVISIACE RIZIKOVÉ SPRÁVANIE A VYBRANÉ LEGISLATÍVNE OPATRENIA

- **Gallová E.**, Kállayová D., Kállay A., Kráľová Z., Šramatá M. 84
  Prierezová štúdia postojov, návykov a informovanosti o drogách žiakov ZŠ vo veku 8 – 15 rokov na území Slovenska v školskom roku 2009/10
- **Baška T.**, Madarasová Gecková A. 96
  Regionálne rozdiely v konzumácii alkoholu u adolescentov na Slovensku
- **Kimáková T.**, Kachlík P. 103
  Možnosti redukcie rizikových momentov školskej dochádzky

MENTÁLNE ZDRAVIE A KVALITA ŽIVOTA U ĽUDÍ S CHRONICKÝM OCHORENÍM

- **Kovaničová M.**, Pálová E. 114
  Kvalita života u pacientov s chronickými psychickými poruchami
- **Guľašová M.,** Skorodenský M., Takáč P. 118
  Stabilita zlepšenej kvality života u pacientov s ICHS navodená HRV biofeedbackom po časovom odstupe 6 mesiacov
- **Rybárová Ľ.,** Klembarová J. 131
  Hodnotenie kvality života žien s postmenopauzálnou osteoporózou

KOMUNIKÁCIA VEDY A VEDECKÁ KOMUNIKÁCIA

- **Chylová M.**, Nagyová I. 140
  Ako písať a publikovať vedecký článok

POSTEROVÁ SEKCIA

- **Benková Ľ.**, Švandová M. 148
  Podpora zdravia v regióne Liptov so zameraním na činnosť Poradne na optimalizáciu pohybovej aktivity
- **Bodnárová L.** 155
  Metasyntéza kvalitatívnych štúdií – nástroj výskumu rodín detí so zriedkavými chronickými ochoreniami

- **Čisláková L.**, Halánová M., Adam J., Huljaková M., Mikulová J., Szovenyiová Z. 162
  Humánna papillomavírusová infekcia a jej dopad na verejné zdravie
- **Halánová M.**, Adam J., Čisláková L. 168
  Monitoring výskytu urogenitálnych infekcií u HPV pozitívnych žien na východnom Slovensku
- **Holéczyová G.** 174
  Názory a postoje adolescentov ku konzumácii návykových látok a ku školským pravidlám ohľadom užívania drog
- **Kachlík P.**, Kimáková T. 183
  Vliv pohybové aktivity žáků základní školy na jejich rizikové chování
- **Kecerová A.**, Rimárová K. 194
  Odraz vplyvu socio-ekonomických faktorov na rast a vývoj rómskych detí
- **Kožárová M.**, Kollárová J. 203
  Mladí ľudia a HIV - inovatívna kampaň v rámci EU projektu SUNFLOWER
- **Ležovič M.**, Kováč A., Bojnický M., Mihinová D., Babjaková J. 209
  Kvalita života dialyzovaných pacientov
- **Nachtmanová K.**, Kállayová D. 218
  Vzťah dopravných a ďalších parametrov k nehodovosti a úmrtnosti na cestách vo vybraných krajinách EÚ
- **Príhodová L.**, Nagyová I., Majerníková M., Rosenberger J., Roland R., Groothoff J.W. 229
  Vplyv skorých post-transplantačných prediktorov na kvalitu života u pacientov po transplantácii obličky: longitudinálna štúdia
- **Raková J.**, Gašparová P. 242
  Informovanosť sestier a laickej verejnosti vo vzťahu k prevencii karcinómu krčka maternice
- **Rimárová K.**, Kecerová A. 250
  Hodnotenie výskytu preventabilných fekálno-orálnych nákaz v okrese Bardejov podľa vekovo-špecifickej chorobnosti
- **Ghorbani Saeedian R.,** Nagyová I., Chylová M., Rosenberger J., Škorvánek M., Gdovinová Z., Groothoff J.W., van Dijk J.P.....261
  Vzťah medzi poruchami nálady, sebaposudzovaným zdravím a kvalitou u života pacientov s Parkinsonovou chorobou

ÚVOD

V dňoch 9.-10. júna 2011 sa v Košiciach konala 4. konferencia Slovenskej asociácie verejného zdravia s medzinárodnou účasťou pod názvom „Posilňovanie systému verejného zdravotníctva“. Hlavným cieľom konferencie bolo podporiť kľúčovú úlohu verejného zdravotníctva v procese rozvoja zdravia obyvateľov.

Konferencie sa zúčastnili zástupcovia štátnych inštitúcií, vysokých škôl, mimovládnych organizácií, a tiež pozvaní zahraniční hostia z Českej republiky, Maďarska, Poľska a Veľkej Británie. Spoluorganizátormi konferencie boli: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) na Slovensku, Univerzita P.J. Šafárika v Košiciach – Ústav verejného zdravotníctva, odd. sociálnej medicíny a Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Výskumný program Chronické choroby.

Na konferencii odznelo 5 hlavných prednášok, 20 prednášok v štyroch sekciách a bolo prezentovaných 15 posterov. Jednotlivé sekcie boli tematicky zamerané na: Monitoring zdravotného stavu a socioekonomické indikátory zdravia; Podporu zdravia marginalizovaných a imunokompromitovaných osôb; So zdravím súvisiace rizikové správanie a vybrané legislatívne opatrenia; Mentálne zdravie a kvalitu života u ľudí s chronickým ochorením. Prezentácie boli do programu konferencie zaradené na základe predchádzajúceho posúdenia abstraktov členmi vedeckého výboru. Konferencia bola prvýkrát zaradená medzi podujatia s pridelenými kreditmi SACCME. Súčasťou konferencie boli aj tri workshopy.

Workshop V4 STEPS nadväzoval na spoluprácu SAVEZ v rámci európskeho projektu STEPS - Posilnenie zapojenia do výskumu v oblasti verejného zdravia a prebiehal za účasti koordinátora projektu z Veľkej Británie a partnerov projektu z Poľska, Maďarska a Českej republiky. Jeho cieľom bolo vytvoriť priestor pre vzájomnú výmenu informácií a príkladov dobrej praxe v oblasti výskumu verejného zdravia v krajinách V4 a hľadanie príležitostí pre ďalšiu medzinárodnú spoluprácu.
BCA/WHO workshop sa uskutočnil ako súčasť plnenia úlohy vyplývajúcej z Dvojročnej dohody o spolupráci (BCA) medzi Ministerstvom zdravotníctva SR a Regionálnym úradom WHO pre Európu podpísanej na roky 2010/2011. Cieľom workshopu bolo zmapovať úroveň, možnosti a formu doterajšej spolupráce vybraných regionálnych úradov verejného zdravotníctva v SR s vyššími územnými celkami, diskutovať

o doterajších skúsenostiach s touto spoluprácou, a o súčasnej, resp. budúcej participácii na jestvujúcich plánoch hospodárskeho a sociálneho rozvoja samosprávnych krajov.
Workshop Komunikácia vedy a vedecká komunikácia bol zameraný na rozvoj zručností písať vedecké články a publikovať ich vo vedeckých (S)SCI časopisoch a tiež na rozvoj zručností ako pripraviť PowerPointovú / posterovú prezentáciu.

V priebehu celej konferencie mali odborníci spolu s pozvanými zástupcami štátnych inštitúcií, samosprávy a mimovládnych organizácií príležitosť diskutovať o nových možnostiach interdisciplinárnej, medzirezortnej a medzinárodnej spolupráce v oblasti politiky, vzdelávania, výskumu a výkonu verejného zdravotníctva.

MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.
v mene Správnej rady SAVEZ

HLAVNÉ PREDNÁŠKY

VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO AKO SÚČASŤ PROJEKTU ZDRAVÉ SLOVENSKO

Novotný V.
Národná rada SR, Bratislava

Dobrý deň,

v prvom rade sa chcem veľmi pekne poďakovať za možnosť odprezentovať projekt Zdravé Slovensko na 4. konferencii SAVEZ s medzinárodnou účasťou. Za celý tím Zdravého Slovensko účastníkov srdečne pozdravujem a želáme úspešné rokovanie konferencie. Mrzí ma, že sa nemôžeme osobne zúčastniť na konferencii, radi Vám však aspoň takto - sprostredkovane, porozprávame o tom, ako projekt vznikol a co ním sledujeme.

Projekt sme odštartovali začiatkom roka 2009. Teda v čase, keď sa podľa nášho názoru v rezorte zdravotníctva nerobilo v podstate nič pre pacienta, lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov. Toto bola pre nás, zákonodarcov, teda ľudí, ktorí majú vytvárať akési pravidlá hry, veľká motivácia.

Nikto z nás nemá patent na rozum a sme toho názoru, že najlepšie riešenia sa rodia vo vzájomnej interakcii a diskusii zainteresovaných. Preto sme sa rozhodli úplne otvoriť odbornej verejnosti a aj občanom - pacientom. Týmto si dovoľujem osloviť aj účastníkov konferencie SAVEZ. Pokiaľ máte podnet, nápad, či problém, s ktorým si neviete rady, smelo sa na nás môžete obrátiť. Všetky dôležité kontakty sú uvedené na našej internetovej stránke, kde nájdete kontakty, všetky programové dokumenty, ale aj všeobecný monitoring z rezortu zdravotníctva. Ak chcete byť v obraze, odporúčame Vás na www.zdraveslovensko.sk.

Chceme byť otvorení, preto sme za ostatné obdobie intenzívne chodili do zdravotníckych zariadení a rozprávali sme sa o problémoch a možných riešeniach. Navštívili sme takmer každú nemocnicu a organizovali sme posedenia pri káve, kde sme si vymieňali názory a inšpirovali sa navzájom.

Sme politici a dobre vieme, že žiadna zmena nie je úspešná, pokiaľ sa dobre neodprezentuje a nie je pochopená tými, čo sa bezprostredne dotýka. Iste, ľudia sú raz takí, bojíme sa zmien. Avšak, mali sme za to, že diskusia predsa len prináša ovocie a išli sme do toho.

Keď sme sa zamýšľali nad názvom nášho projektu, boli sme toho názoru, že názov musí čo najpresnejšie vystihovať, čo je našim cieľom - teda Zdravé Slovensko. Kedy je krajina zdravá? Keď nemá pacientov? Toto je samozrejme iba idealistický model, ktorý si môžeme želať, no nikdy ho nedosiahneme.
No môžeme dosiahnuť to, že systém zdravotnej starostlivosti bude fungovať efektívne a bude mať jasné pravidlá a bude zameraný na prevenciu.

Predstavím Vám 3 makro ciele, ktoré vzišli z rozhovorov a ktoré sa snažíme uviesť do praxe.
A) zlepšiť zdravotný stav ľudí
B) zvýšiť spokojnosť pacientov
C) zlepšiť finančnú ochranu pacienta v zdravotníctve

A) Zlepšiť zdravotný stav ľudí
Slovensko skončilo v minulom roku v hodnotení zdravotných systémov európskych krajín z pohľadu pacientov na 28. mieste, teda na 6. mieste od konca. Od predchádzajúceho roka kleslo o 6 priečok a je na najhoršom mieste spomedzi susedných krajín.
V porovnaní výsledkov zlepšovania zdravotného stavu obyvateľstva, kde sa porovnáva napr. úmrtnosť na srdcový infarkt, dojčenská úmrtnosť či úmrtnosť na nádorové ochorenia skončilo Slovensko na poslednom mieste spolu s Albánskom a Bulharskom.

1. Zameriame sa na prevenciu
Pohyb, strava, životný štýl ovplyvňujú naše zdravie väčšmi, než moderná medicína. Predchádzanie chorobám si preto zaslúži našu prioritnú pozornosť.
Nástroje:
- Navrhujeme prebudovanie verejného zdravotníctva, aby začalo napĺňať svoje poslanie, a to najmä v predchádzaní civilizačným ochoreniam.
- Presadzujeme účinnú prevenciu od útleho detstva.

2. Pacient má nárok na garantovanú kvalitu
Každý občan má právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Dnes sú medzi lekármi i nemocnicami výrazné rozdiely v kvalite. Chceme zvýšiť bezpečnosť pacientov v systéme a podporiť kvalitných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Nástroje:

- Podpora takého odmeňovanie lekárov a nemocníc, ktoré oceňuje kvalitu a výsledky zdravotnej starostlivosti.
- Zavedenie zrozumiteľného systému merania kvality a akreditáciu poskytovateľov.
- Zavedenie diagnostických a liečebných protokolov, ktoré stanovia štandardnú starostlivosť a zlepšia kvalitu poskytovanej starostlivosti.

B) Zvýšiť spokojnosť pacientov

Do zdravotníctva ide bezmála o 50 percent viac prostriedkov ako v roku 2005, lebo ľudia platia stále viac prostredníctvom svojich odvodov, cez svoje dane, alebo v hotovosti u lekára a v lekárni. Služby pre pacientov sa však nezlepšili. Čakanie na poskytnutie odkladnej zdravotnej starostlivosti sa dokonca predlžilo.

1. Pacient si má slobodne vybrať lekára a nemocnicu, kde sa chce liečiť, a zdravotnú poisťovňu, ktorá mu to umožní.

Nesúhlasíme, aby úradníci a politici rozhodovali, kde má byť poistený, do akého zdravotného obvodu patrí.

Nástroje:

- Presadzovanie obnovenie slobodnej voľby lekára, zrušenie odporúčacích lístkov, slobodnú voľbu a pluralitu zdravotných poisťovní.

2. Poistenci a pacient musia vedieť, za čo platia a čo za to dostanú.

Poistenec si platí zdravotné poistenie, a musí vedieť, na čo má za svoje peniaze nárok a koľko si bude musieť priplatiť. Nie je možné, aby ľudia čakali u lekára na jednoduché ošetrenie hodiny, aby v nemocnici chýbali základné potreby a štandardné vybavenie.

Nástroje:

- Zadefinovať, čo je štandard a nadštandard a dôsledne to vyžadovať a kontrolovať.
- Stanoviť jasné pravidlá pre tvorbu poradovníkov na odkladnú starostlivosť. Transparentné čakacie zoznamy odbúravajú diskrimináciu, prinášajú pacientom istotu rovnakého zachádzania a znižujú priestor pre korupciu.

3. V zdravotníctve sme si všetci rovní.

Pacient nesmie byť diskriminovaný pre miesto bydliska, alebo sociálny stav. V súčasnosti sa to žiaľ deje, dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa v niektorých

oblastiach Slovenska začala zhoršovať. S tým nemôžeme súhlasiť. Na rovnakú potrebu musí byť zabezpečená rovnaká služba.

Nástroje:

- Zadefinovať verejnú minimálnu sieť tak, aby bola zabezpečená dostupná zdravotná starostlivosť bez sociálnej či regionálnej diskriminácie.
- Vytvoriť Integrovaný regionálny systém zdravotnej starostlivosti, dostupný v každom regióne a schopný liečiť aj komplikované stavy na európskej úrovni.
- Posilniť primárnu ambulantnú starostlivosť.

C) Zlepšiť finančnú ochranu pacienta v zdravotníctve

Hoci Ústava Slovenskej republiky sľubuje občanom zdravotnú a sociálnu ochranu, v každodennej praxi však náš systém zlyháva. Doplácajú na to tí najslabší členovia spoločnosti: chronicky chorí pacienti, sociálne odkázaní občania.

1. Chceme finančne dostupné zdravotníctvo.

Slovenské zdravotníctvo zďaleka nie je bezplatné. Zatiaľ čo v roku 2005 zaplatil priemerný občan na doplatkoch za lieky a rôznych platbách a poplatkoch v zdravotníctve v hotovosti 3800 korún ročne, v tomto roku to bude už priemerne 6600 Sk! Pre mnohé rodiny sa takáto spoluúčasť stáva finančne neúnosnou. Hospodárska kríza ich situáciu ešte zhoršuje.

Nástroje:

- Zaviesť pravidlo o maximálne platbe pacienta. Ochranný limit (v istej podobe) v tomto prípade na spoluúčasť pre najviac ohrozených občanov sa už podarilo uviesť do života

2. Lekár aj nemocnica musia byt spravodlivo ohodnotení.

Musia mať zmluvnú istotu, aby sa podľa toho vedeli zariadiť. Aj pacient musí mať túto istotu – že ak začne liečbu u lekára, v jej priebehu s ním jeho poisťovňa nezruší zmluvu.

Nástroje:

- Zmeniť systém platieb pre poskytovateľov a zvýšiť zmluvnú istotu
- Zastavením plytvania získať zdroje na navýšenie objemov zmlúv pre nemocnice a ambulancie
- Navýšiť mzdy pre lekárov, sestry a zdravotníkov

3. Zabezpečíme komplexnú zdravotno-sociálnu ochranu.

Dlhodobo chorý a sociálne odkázaný človek, nemôže byť rukojemníkom zdravotníckeho či sociálneho systému.

Nástroje:

- Zadefinovať presného podielu úhrady na každom type sociálno-zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotných poisťovní aj sociálnych fondov.
- Presadiť Zákon o sociálnej medicíne – dlhodobej starostlivosti.

Toľko v krátkosti o zmysle a cieľoch projektu Zdravé Slovensko. Z Národného zhromaždenia Francúzskej republiky ostávam s pozdravom,

Viliam Novotný (Predseda Výboru NR SR pre zdravotníctvo)

MODEL ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI O CHRONICKY CHORÝCH Z POHĽADU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

Nagyová I.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva - Odd. soc. medicíny, Košice

Chronické choroby

Jednou z najväčších výziev 21. storočia, ktorým budú musieť globálne čeliť zdravotnícke systémy, bude narastajúca záťaž chronických chorôb (WHO 2002). Výdobytky moderného zdravotníctva umožňujú prežiť čoraz väčšiemu počtu ľudí s chronickými chorobami vďaka tomu, že ich choroba je kontrolovaná a liečená, ale nie vyliečená. V minulosti boli chronické choroby považované takmer výlučne za problém bohatej a staršej populácie. I keď starnutie populácie je významným faktorom zvyšujúcim percento výskytu chronických ochorení, je dôležité zdôrazniť, že chápanie chronickej choroby ako ‘choroby starších ľudí‘ už nie je adekvátne. Viaceré chronické ochorenia sú spojené s rozhodnutiami v oblasti životného štýlu ako je fajčenie, sexuálne správanie, výživa a fyzická aktivita, ale sú tiež dané genetickou predispozíciou, čoho výsledkom je narastajúci počet mladých ľudí a ľudí stredného veku, u ktorých dochádza k rozvoju určitých foriem chronických zdravotných problémov.

Dôsledky nie sú zanedbateľné. V roku 2006, 20-40 % populácie EÚ vo veku 15 a viac rokov uvádzalo nejaký dlhotrvajúci zdravotný problém a jeden zo štyroch bol aktuálne dlhodobo liečený (TNS Opinion & Social 2007). Navyše sa odhaduje, že v roku 2002 zo všetkých ‘rokov prežitých v invalidite‘ (DALYs – Disability Adjusted Life Years) bolo v dôsledku chronickej choroby 60% stratených pred 60. rokom života (Nolte and McKee 2008, WHO 2004). Ekonomický dosah chronických chorôb je taktiež závažný. Chronické choroby znižujú mzdy, pracovné sily, produktivitu práce, tiež zapríčiňujú predčasný odchod do dôchodku, zvyšujú fluktuáciu a pracovnú neschopnosť. Tvorcovia politických rozhodnutí v Európe sa preto čoraz viac snažia nájsť riešenia a vyvinúť stratégie, ktoré by pomohli vyvinúť lepšie modely starostlivosti o chronicky chorých, nové modely starostlivosti, ktoré by boli

adekvátnejšie pre chorých s komplexnými potrebami (Busse et al. 2010, Ouwens et al. 2005).

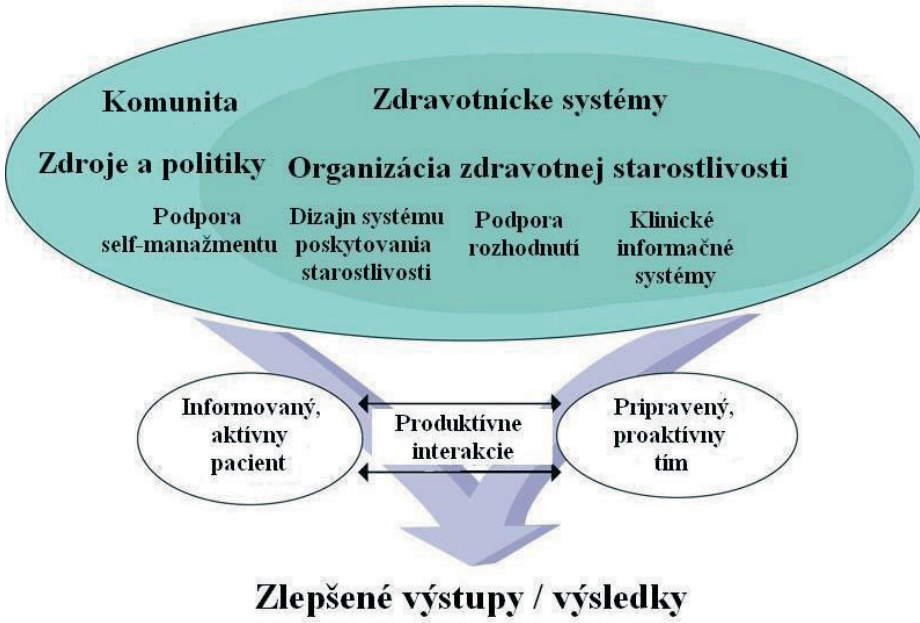
Model komplexnej starostlivosti o chronicky chorých

Spoločným menovateľom mnohých chronických stavov je skutočnosť, že pacienti sú konfrontovaní s celým radom úloh, ktoré si vyžadujú zmeny v správaní a návykoch. Takými úlohami sú napr. zapájanie do aktivít podporujúcich ich fyzickú a psychickú pohodu, vzájomná interakcia s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, dodržiavanie liečebnej životosprávy, sledovanie zdravotného stavu a rozhodovanie spojené s liečbou, ako aj vyrovnávanie sa s dopadom choroby na fyzické, psychické a sociálne fungovanie (Clark 2003). Je málo pravdepodobné, aby tieto úlohy mohli byť adekvátne splnené prostredníctvom tradičného prístupu zdravotnej starostlivosti, ktorý je postavený prevažne na akútnom, epizodickom modeli, a nedokáže preto dostatočne pružne reagovať na potreby ľudí s chronickými zdravotnými problémami. Pre ľudí trpiacimi chronickou chorobou je potrebná komplexná dlhodobá starostlivosť, ktorá zahŕňa koordinované vstupy zo širokej škály zdravotných pracovníkov a dostupnosť základných liečebných a monitorovacích systémov, a to všetko optimálne ukotvené v systéme, ktorý podporuje pacienta. Model starostlivosti, ktorý uplatňuje 'na pacienta orientovaný prístup' prostredníctvom partnerstva so samotným pacientom, ako aj ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, vedúci k optimalizácii zdravotných výsledkov (Nolte and McKee 2008).

V roku 1999 Wagner so svojimi kolegami predstavili azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti o chronicky chorých – ***Model chronickej starostlivosti*** *(the Chronic Care Model - CCM).* Model pozostáva zo štyroch vzájomne prepojených systémových zložiek, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o ľudí s chronickou chorobou: podpora self-manažmentu, dizajn systému poskytovania starostlivosti, podpora rozhodovania a klinické informačné systémy. Tieto zložky sú umiestnené do kontextu zdravotného systému, ktorý spája primerane organizovaný systém poskytovania zdravotníckych služieb s komplementárnymi komunitnými zdrojmi a politikami (Wagner et al. 2005).

Self-manažment (seba-riadenie) pacienta, je jedným z kľúčových prvkov CCM a je výsledkom stále viac uznávaného faktu, že zníženie rizika a zlepšovanie výsledkov nemôže závisieť výhradne len od konania zdravotníckych pracovníkov, ale rovnako závisí aj od konania pacienta. Aktivity self-manažmentu sú zvyčajne uskutočňované pacientom medzi plánovanými stretnutiami s poskytovateľmi zdravotnej

starostlivosti. Tieto aktivity zahŕňajú zvládanie symptómov, ošetrovanie, zmenu životného štýlu a vyrovnávanie sa s fyzickými a psychickými dôsledkami chronickej choroby (Glasgow et al. 2003). Cieľom self-manažmentu je minimalizovať dopad chronickej choroby na fyzický zdravotný stav a fungovanie, a napomôcť vyrovnať sa s psychickými následkami choroby (Lorig and Holman 1993).



Obr. 1. Model starostlivosti o chronicky chorých (zdroj: Wagner et al. 1999)

Meranie výsledkov zdravotnej starostlivosti a kvalita života

Výskumníci pracujúci v oblasti zdravotnej starostlivosti venujú stále viac pozornosti meraniu výsledkov poskytovaných služieb a intervencií. Pri hodnotení prospešnosti intervencií sú využívané rôzne objektívne a subjektívne ukazovatele odrážajúce zdravotný stav jedinca. Relatívny posun smerom od 'liečby' k 'starostlivosti' sa odrazil taktiež aj v meniacej sa paradigme merania výsledkov zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti sa prvoradým sa stáva to, ako sa cíti pacient, a nie to, čo si zdravotnícky personál myslí, ako by sa mal cítiť. Preto sa k tzv. 'objektívnym' mierkam zdravotného stavu, ako sú morbidita, mortalita, odozva na symptómy alebo miera prežívania, pripájajú mierky 'kvality života' (quality of life). Zvlášť dôležitým sa to javí byť práve pre pacientov s chronickou chorobou, u ktorých je kvalita života určujúcou mierkou, nakoľko úplné vyliečenie je u nich často nepravdepodobné. Ako

zdôraznil Sullivan (1992), realistickým cieľom starostlivosti pri nevyliečiteľnej chorobe je zabezpečiť život, ktorý je natoľko príjemný, funkčný a prinášajúci spokojnosť, ako je to len možné. V tomto kontexte liečba, ktorá predlžuje život jedinca o niekoľko rokov, ale ktorá so sebou zároveň prináša zníženú kvalitu života počas týchto rokov môže byt považovaná za menej žiadúcu ako tá, ktorá ponúka menej rokov života, ale zvyšuje kvalitu života. Liečba by preto mala byť u týchto ľudí hodnotená z hľadiska toho, či vo väčšej alebo menšej miere smeruje k životu, ktorý sa oplatí žiť (Bowling 2005, Bowling 2001).

Napriek tomu, že konceptualizácia pojmu kvality života a spôsoby jeho merania sú stále diskutabilné, existuje všeobecná zhoda, že zmysluplné nástroje na meranie zdravotného stavu a kvality života by mali byť používané. So zdravím súvisiaca kvalita života (HRQoL) je čoraz viac používanou mierou výsledku (outcome measure) v klinických pokusoch, vo výskumoch účinnosti a vo výskumoch kvality starostlivosti. K faktorom, ktoré umožnili toto jej narastajúce využitie patrí nahromadenie dôkazov o vysokej validite a reliabilite mierok ‘so zdravím súvisiacej kvality života‘; uverejnenie viacerých klinických pokusov, ktoré poukazujú na skutočnosť, že tieto mierky sú citlivé na dôležité klinické zmeny; a úspešný vývoj a testovanie kratších mierok, ktoré sú zrozumiteľnejšie a ľahšie administrovateľné. Keďže tieto nástroje popisujú alebo charakterizujú skúsenosť pacienta s výsledkom lekárskej starostlivosti, sú užitočnými a dôležitými doplnkami tradičných fyziologických alebo biologických mierok zdravotného stavu (Nagyova 2009, Wilson and Cleary 1995, Bowling 2005).

Poďakovanie

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy APVV-20-038305 (20%) a Zmluvy č.APVV-0220-10 (60%). Taktiež, táto práca bola podporovaná Agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ na základe zmluvy č. ITMS: 26220120058 (20%).

Literatúra

1. BOWLING A (2001) Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement instruments scales. 2nd ed., Buckingham, UK, Open University Press.
2. BOWLING A (2005) Measuring health: a review of quality of life measurement scales. 3rd ed., Berkshire, UK Open University Press.

3. BUSSE R, BLÜMEL M, SCHELLER-KREINSEN D, ZENTNER A (2010) Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
4. CLARK NM (2003) Management of chronic disease by patients, Ann Rev Public Health, 24:289–313.
5. GLASGOW RE, DAVIS CL, FUNNELL MM, BECK A (2003) Implementing practical interventions to support chronic illness self-management, Jt Comm J Qual Saf, 29: 563–74.
6. LORIG K, HOLMAN H (1993) Arthritis self-management studies: a twelve-year review, Health Educ Q, 20:17–28.
7. NAGYOVA I (ed.) Measuring health and quality of life in the chronically ill. Kosice: EQUILIBRIA Ltd 2009
8. NOLTE E, MCKEE M (eds) (2008) Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead, Open University Press: 4–91.
9. OUWENS M, WOLLERSHEIM H, HERMENS R, HULSCHER M, GROL R (2005) Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews, Int J Qual Health Care 17: 141–6.
10. SULLIVAN M (1992) Quality of life assessment in medicine: concepts, definitions, purposes and basic tools. Nordic Journal of Psychiatry 46:79-83.
11. TNS Opinion & Social (2007) Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e. Brussels: European Commission.
12. WAGNER EH, BENNETT SM, AUSTIN BT, GREENE SM, SCHAEFER JK, VONKORFF M (2005) Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. J Alteru Complement Meal 11:$7-S15.
13. WAGNER, E., DAVIS, C., SCHAEFER, J., VON KORFF, M. AND AUSTIN, B. (1999) A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Manage Care Q, 7: 56–66.
14. WHO (2002) Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: World Health Organization.
15. WHO (2004) Health Statistics and Health Information Systems. Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html (accessed 9 January 2007).

16. WILSON IB, CLEARY PD (1995) Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life A Conceptual Model of Patient Outcomes. JAMA 4,237,1:59-6

Kontaktná adresa

Mgr. Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Lekárska fakulta UPJŠ

Ústav verejného zdravotníctva - Oddelenie sociálnej medicíny

Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

E-mail: iveta.rajnicova@upjs.sk

SEKCIA 1

MONITORING ZDRAVOTNÉHO STAVU A SOCIOEKONOMICKÉ INDIKÁTORY ZDRAVIA

RIZIKOVÉ FAKTORY SÚVISIACE SO SUICIDÁLNYM SPRÁVANÍM V OBDOBÍ ADOLESCENCIE

Chylová M., Pálová E.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a UN L. Pasteura, 1. Psychiatrická klinika, Košice

Úvod

Suicídium je úmyselné a vedomé ukončenie života, je prejavom poruchy pudu sebazáchovy. Suicidálne správanie zahŕňa rôzne formy - od myšlienok na samovraždu, cez suicidálne tendencie, tentamen suicidií, až po dokonanú samovraždu. Podľa Národného centra zdravotníckych informácií bolo hlásených 79 pokusov o suicídium v tomto vekovom období v roku 2009, pričom už u 20-29 ročných to bolo 213 pokusov, čo bolo najviac zo všetkých vekových dekád. Spáchaných suicídií u 15-19 ročných bolo 15, z toho 13 mužov a 2 ženy, u 20-29 ročných to bolo 75 suicídií v roku 2009 (NCZI, 2010).

V detstve je suicidálne správanie veľmi ojedinelé. Jeho výskyt po 15 roku narastá. Považuje sa za druhú najčastejšiu príčinu úmrtí, tvorí 10% všetkých úmrtí u mladých dospelých (Koutek, 2000, Vágnerová, 2008). Podľa kolektívu autorov Evansa et al. (2005), ktorí poskytujú prehľad literatúry o suicidálnom správaní u asi pol milióna adolescentov, sa 10% pokúsilo o suicídium, až 30% adolescentov vypovedalo o suicidálnych myšlienkach (Evans et al., 2005).

Pre obdobie adolescencie je typické, že dospievajúci rozvíja svoju vlastnú identitu, môže sa dostať do situácie, keď nevie nájsť zmysel svojej existencie. Prítomné sú výkyvy v prežívaní a správaní, zrejmá je zraniteľnosť a labilita. Suicidálne správanie môže tak byť reakciou na prvý väčší problém (Vágnerová, 2008).

Najčastejšie udávané rizikové faktory sú prítomná depresívna porucha, anxieta, rôzne formy instability v rodine vyvolávajúce pocity beznádeje a osamelosti, ekonomické dôvody, duševné ochorenie rodiča, zdravotné postihnutie. Podľa predošlého výskumu viac ako 90% obetí trpí pred smrťou duševnou poruchou. Za protektívne faktory možno považovať sebaúctu ako najsilnejší faktor, rozvoj identity, schopnosť konštruktívne riešiť problémy, sociálnu oporu a vieru (Barrero, 2008, Vágnerová, 2008).

Cieľom tejto práce bolo zistiť, do akej miery sa vyskytujú suicidálne myšlienky a suicidálne pokusy v skúmanom súbore adolescentov. Ďalej, predmetom skúmania

bolo zistiť rozdiel medzi pohlaviami vo výskyte suicidálnych myšlienok, pokusov a klinických symptómov, ktoré s nimi súvisia.

Materiál a metódy

Súbor a postup

Skúmaný súbor tvorilo 533 študentov stredných škôl z Bratislavy (N=117), Košíc (N=226), Prešova (N=28), Rimavskej Soboty (N=59) a Ružomberka (N=103). Vyšetrenie bolo anonymné, skupinové a prebehlo počas jednej vyučovacej hodiny po dohovore s riaditeľom školy. Študenti vypĺňali dotazníky pod vedením toho istého psychológa.

Metodiky

Študentom boli po získaní sociodemografických údajov o vzdelaní rodičov, štúdiu a viere predložené otázky o sucidálnych myšlienkach, na ktoré odpovedali „áno“ alebo „nie“, otázky sa týkali suicidálnych myšlienok v živote a za posledný rok. Rovnako, otázky o suiciálnom pokuse sa týkali pokusu v živote a za posledný rok s rovnako formulovanými odpoveďami.

Na zisťovanie úrovne depresie bol použitý Zungov dotazník depresie (SDS), ktorý má 20 položiek s hodnotiacim skóre od 1 do 4. Čím vyššie skóre, tým je úroveň depresie vyššia. SDS index <50 predstavuje respondenta bez depresie, index alebo skóre 50-60 znamená ľahkú depresiu, index 60-69 stredne silnú depresiu a index >70 ťažkú úroveň depresie (Zung 1965).

Beckov dotazník anxiety (BAI) na zisťovanie miery úzkosti obsahuje 21 položiek. Vyššie sumárne skóre znamená zvýšenú úroveň generalizovanej úzkosti. Výsledné skóre 0-9 predstavuje respondenta bez symptómov, skóre 10-18 znamená miernu úzkosť, skóre 19-29 stredne ťažkú úzkosť a skóre 30-63 bodov veľmi ťažkú úzkosť (Beck, In: McDowell 2006).

Liebowitzova škála sociálnej fóbie (LSAS) obsahuje 2 dimenzie, dimenziu strachu a dimenziu vyhýbavého správania. Každá má 24 položiek, výsledné skóre v každej dimenzii menej ako 50 bodov nepoukazuje na známky strachu, či vyhýbavého správania. Skóre 51-80 znamená mierny stupeň, skóre 80 a viac vypovedá o ťažkom stupni strachu, či vyhýbavého správania v skúmanom súbore adolescentov (Fresco et al. 2001).

Štatistická analýza

Dáta boli okrem deskriptívnej štatistiky spracované pomocou korelačných koeficientov a *t*-testom dvoch nezávislých výberov. Na výpočty bol použitý štatistický program SPSS 16.0.

Výsledky

V skúmanom súbore 533 adolescentov prevažovali dievčatá, bolo ich 62,5%. Priemerný vek respondentov bol 17,8±1,0 roka, s vekovým rozsahom 15-21 roka, najviac ich bolo v 3. ročníku strednej školy. Respondenti boli prevažne študentmi maturitných odborov. Vzdelanie rodičov bolo viac ako u polovice stredoškolské. Podľa výsledkov, kde bola viera hodnotená na 7 bodovej Likertovej škále od vôbec nie až po veľmi silne, nadobúdala úroveň religiozity priemernú hodnotu 3,7 (Tab. 1).

Z celého súboru malo už niekedy suicidálne myšlienky 37,9% adolescentov, za rok to bolo 16,1%. O suicidálny pokus sa už niekedy pokúsilo 5,5% adolescentov, za rok to bolo 3% adolescentov, čo je 29 mladých dospelých celkovo v živote a 16 mladých dospelých v skúmanom súbore za posledný rok. Z klinických symptómov dosahovala depresia a anxieta miernu úroveň, sociálna fóbia ani vyhýbavé správanie sa neukázali v danom súbore ako symptomatické. Podrobnejšie sociodemografické údaje, ako aj výsledky v klinických symptómoch v skúmanom súbore sú zobrazené v Tab. 1.

Spearmanov korelačný koeficient poukazuje na vzťahy medzi sociodemografickými, klinickými premennými a suicidálnym správaním, ktoré sa v prípade dichotomických premenných ťažšie interpretujú. Ukázalo sa, že v celom súbore vyššia miera depresie súvisela štatisticky významne so suicidálnymi myšlienkami v živote ($r=0,35$, $p<0,01$), pričom aj anxieta ($r=0,29$, $p<0,01$) a sociálna fóbia ($r=0,17$ a $r=0,13$, $p<0,01$ pre obe dimenzie) signifikantne súviseli so suicidálnymi myšlienkami adolescentov. Podobné pozitívne a signifikantné vzťahy sa týkajú tých istých klinických symptómov a suicidálnych myšlienok za posledný rok. Vzdelanie otca a matky negatívne a štatisticky významne súviselo s myšlienkami na suicídium za posledný rok ($r=-0,10$ a $r=-0,012$; $p<0,05$). V prípade suicidálnych pokusov v živote, depresia ($r=0,24$; $p<0,01$), anxieta ($r=0,14$; $p<0,01$) a sociálna fóbia ($r=0,11$ a $r=0,10$; $p<0,05$ pre dve dimenzie sociálnej fóbie) súviseli pozitívne a štatisticky významne so suicidálnymi pokusmi v živote. Pri otázke o suicidálnych pokusoch za posledný rok sa ukázalo, že vzdelanie otca a matky ($r=-0,20$ a $r=-0,17$; $p<0,01$) a úroveň religiozity ($r=-0,10$, $p<0,05$) signifikantne súviseli s týmito pokusmi.

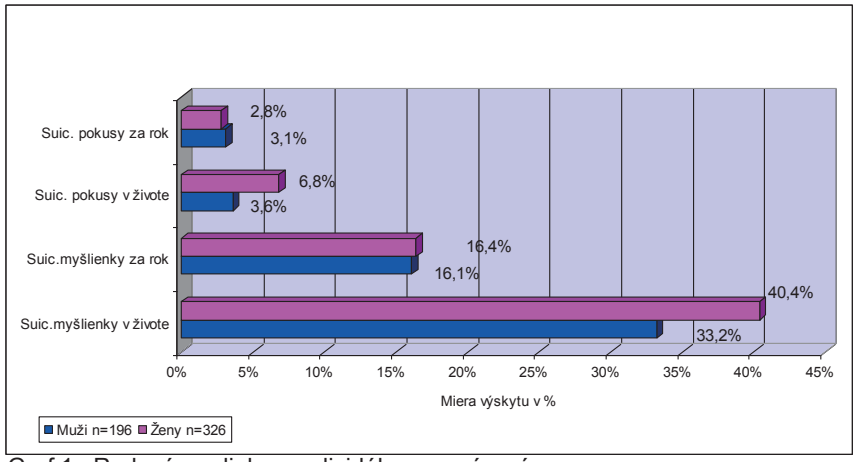
Depresia (r=0,21; p<0,01), anxieta (r=0,16; p<0,05) a strach v sociálnom kontexte (r=0,10; p<0,05) sa štatisticky významne spájali so suicidálnymi pokusmi za posledný rok v skúmanom súbore.

Tab. 1 Výsledky deskriptívnej štatistiky v sociodemografických a klinických premenných

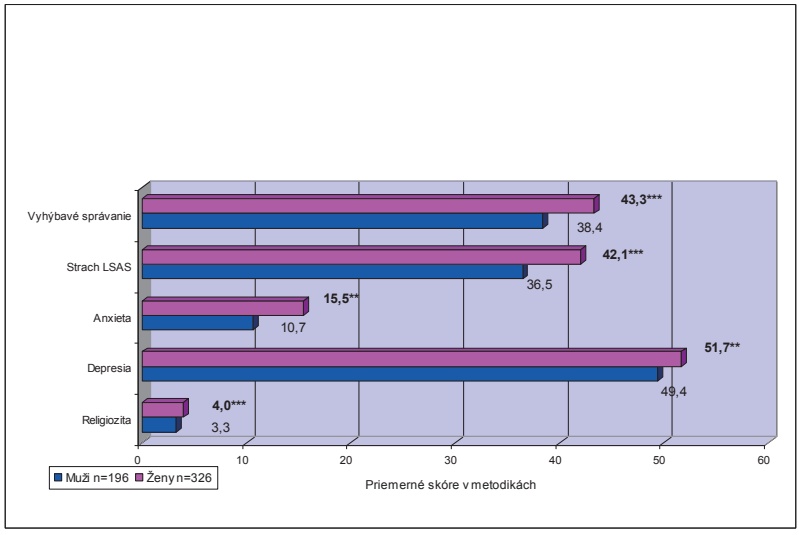
	(n) %	Priemer (±SD)	Rozsah skóre
Vek	533	17,8±1,0	15-21
Pohlavie			
muži	(200) 37,5%		
ženy	(333) 62,5%		
Religiozita		3,7±2,0	1-7
Suicidálne myšlienky v živote	37,9%		
Suicidálne myšlienky za rok	16,1%		
Suicidálny pokus v živote	5,5%		
Suicidálny pokus za posledný rok	3,0%		
Depresia		50,8±8,1	20-80
Anxieta		13,7±9,5	0-63
Strach LSAS		40,0±10,3	24-96
Vyhýbavé správanie LSAS		41,5±11,4	24-96

Spearmanov korelačný koeficient poukazuje na vzťahy medzi sociodemografickými, klinickými premennými a suicidálnym správaním, ktoré sa v prípade dichotomických premenných ťažšie interpretujú. Ukázalo sa, že v celom súbore vyššia miera depresie súvisela štatisticky významne so suicidálnymi myšlienkami v živote (r=0,35, p<0,01), pričom aj anxieta (r=0,29, p<0,01) a sociálna fóbia (r=0,17 a r=0,13, p<0,01 pre obe dimenzie) signifikantne súviseli so suicidálnymi myšlienkami adolescentov. Podobné pozitívne a signifikantné vzťahy sa týkajú tých istých klinických symptómov a suicidálnych myšlienok za posledný rok. Vzdelanie otca a matky negatívne a štatisticky významne súviselo s myšlienkami na suicídium za posledný rok (r=-0,10 a r=-0,012; p<0,05). V prípade suicidálnych pokusov v živote, depresia (r=0,24; p<0,01), anxieta (r=0,14; p<0,01) a sociálna fóbia (r=0,11 a r=0,10; p<0,05 pre dve dimenzie sociálnej fóbie) súviseli pozitívne a štatisticky významne so suicidálnymi pokusmi v živote. Pri otázke o suicidálnych pokusoch za posledný rok sa ukázalo, že vzdelanie otca a matky (r=-0,20 a r=-0,17; p<0,01) a úroveň religiozity (r=-0,10, p<0,05) signifikantne súviseli s týmito pokusmi. Depresia (r=0,21; p<0,01), anxieta (r=0,16; p<0,05) a strach v sociálnom kontexte (r=0,10; p<0,05) sa štatisticky významne spájali so suicidálnymi pokusmi za posledný rok v skúmanom súbore.

Pri porovnaní výskytu suicidálneho správania sa u mužov a žien mali ženy častejšie myšlienky na suicídium, aj počet suicidálnych pokusov v živote než muži. Rozdiely v skúmanom súbore v suicidálnom správaní však štatisticky významné neboli. Graf 1 predstavuje frekvenciu výskytu suicidálneho správania sa u mužov a žien (Graf 1). Ďalší graf poukazuje na signifikantné rodové rozdiely v religiozite a klinických symptómoch. Ženy sa ukázali ako hlbšie veriace (F=4,10; p<0,001), no za to depresívnejšie (F=0,09; p<0,01) a úzkostnejšie (F=8,50; p<0,01), vypovedali aj o väčšej sociálnej fóbii než muži (F=8,78 a F=2,53; p<0,001) (Graf 2).



Graf 1 Rodové rozdiely v sudicidálnom správaní



Graf 2 Rodové rozdiely v religiozite a klinických symptómoch súvisiacich so suicidálnym správaním

Diskusia

Táto práca sa zamerala na prieskum výskytu sucicidálnych myšlienok a suicidálnych pokusov v súvislosti s klinickými symptómami, ktoré by mohli byť rizikovými faktormi suicidálneho správania v adolescencii. Viac ako tretina respondentov malo už niekedy suicidálne myšlienky, pričom 29 adolescentov zo skúmaného súboru vypovedalo, že si siahlo niekedy na život. Prevalencia suicidálneho správania v živote bola vyššia u žien, hoci štatistické rozdiely v tomto súbore medzi pohlaviami zistené neboli. Výsledky tohto prieskumu sú podobné štúdiám o suicidalite adolescentov v predošlých prácach v zahraničí (Evans et al., 2005).

V celom skúmanom súbore sa ukázalo, že vyššia miera depresie, anxiety a sociálnej fóbie súviseli s vyšším výskytom suicidálnych myšlienok, ako aj so suicidálnymi pokusmi v živote adolescentov. Významnou premennou by mohlo byť aj vzdelanie rodičov, čím bolo nižšie vzdelanie, tým sa zdalo, že adolescenti častejšie mysleli na suicídium v skúmanom súbore. Významnú úlohu môže zohrať aj viera v súvislosti so suicidálnymi pokusmi za posledný rok. Ako uvádzajú práce v minulosti, anxieta môže mať nepriamy vplyv na depresiu a na suicidálne správanie. Riziko suicidálneho správania sa môže zvýšiť, ak je v komorbidite popri depresívnej symptomatike potvrdená aj sociálna fóbia, ako keby bol prítomný len jeden klinický symptóm (Thompson et al., 2005, Plattner et al., 2007).

Ako náchylnejšie sa v suicidálnom správaní ukázali ženy oproti mužom, aj keď rodové rozdiely v skúmanom súbore neboli potvrdené. Podľa predchádzajúcej literatúry sa ženy v tomto veku častejšie o suicídium pokúšajú, no muži ho častejšie dokonajú. Počet dokonaných samovrážd u dospievajúcich chlapcov je šesťnásobne vyšší ako u dievčat, pričom počet suicidálnych pokusov býva dvojnásobne vyšší u dievčat ako u chlapcov (Vágnerová, 2008).

Čo sa týka viery a klinických symptómov, ktoré štatisticky významne súviseli v tejto práci so suicidálnym správaním, pri skúmaní rozdielov medzi pohlaviami, sa ženy ukázali ako depresívnejšie, úzkostnejšie, s väčším strachom a vyhýbavým správaním v sociálnej oblasti než muži. Pritom však vypovedali, že religiozita sa ich týka viac než mužov. Podľa autorov predošlých prác ženy v skupine adolescentov vykazovali závažnejšiu úroveň depresie, anxiety, aj sociálnej fóbie oproti mužom (Mazza & Reynolds, 1998, Nelson et al., 2000).

Rizikových faktorov popri psychopatologických symptómoch je omnoho viac. Patrí sem disharmonický vývin osobnosti s črtami impulzivity a senzitivity, opakovanie suicidálneho pokusu, potencovanie suicidálneho správaním iných osôb, významný

je v tomto smere vplyv médií, prežitá psychotrauma, či dysfunkčná rodina. Narastá výskyt mladých dospelých, ktorí sa zámerne sebapoškodzujú. Automutilačné správanie sa považuje za významný rizikový faktor suicidálneho správania (Koutek, Kocourková, 2007).

K limitom tejto práce patrí, že generalizovanie získaných výsledkov nie je možné, nakoľko sa prieskumu zúčastnila malá časť adolescentnej populácie. Tak isto, skúmanie priamo pôsobiacich rizikových faktorov na suicidálne správanie v adolescencii je predmetom rozsiahlejšieho výskumu, ktorého dizajn by vychádzal zo skúmania kauzálnych vzťahov, prípadne longitudinálneho výskumu.

Suicidálne správanie môže byť rizikovým faktorom pre opakovanie tohto prejavu, ale aj pre dokonanú samovraždu, spája sa s radou začínajúcich psychických porúch, ktoré sa v adolescencii môžu vyskytnúť. Znižovanie depresívneho a úzkostného prežívania adolescentov je nevyhnutné kvôli redukcii rizika suicidálneho správania, keďže tieto premenné spolu v práci súviseli. Skúmanie suicidálneho správania a s nimi súvisiacich symptómov, ktoré ohrozujú zdravie a život mladých ľudí, ako aj ich minimalizácia je významnou úlohou práce psychiatrov a klinických psychológov.

Záver

Výskyt suicidálneho správania za posledný rok bol v celom súbore, ako aj osobitne u mužov a žien, približne rovnaký a porovnateľný s predchádzajúcimi prácami. Výskyt suicidálnych myšlienok a pokusov v živote, aj za posledný rok v nie psychiatrickom súbore adolescentov možno považovať za pomerne vysoký. V klinických symptómoch súvisiacich so suicidálnym správaním sa ženy prejavili ako depresívnejšie, úzkostnejšie a mali vyššiu mieru sociálnej fóbie, hoci vypovedali o väčšej religiozite. So suicidálnym správaním v skúmanom súbore súviseli predovšetkým vzdelanie rodičov, depresia, anxieta a vyhýbavé správanie.

Poďakovanie

Táto práca bola podporená Psychiatrickou spoločnosťou SLS z Grantu pre mladých psychiatrov za rok 2009-2010.

Literatúra

1. BARRERO, S.A.P. 2008. Preventing suicide: a resource for the family (review). Annals of General Psychiatry 7, 2008, doi:10.1186/1744-859X-7-1.

2. BECK, A. 2006. Beck Anxiety Inventory. In: McDowell, I. (Ed.), Measuring Health. New York, Oxford University Press 2006, 306-313.
3. EVANS, E., HAWTON, K., RODHAM, K., DEEKS, J. 2005. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. Suicide and Life-Threatening Behavior 35, 2005, 239-250.
4. FRESCO, D.M., COLES, M., HEIMBERG, R.G., LIEBOWITZ, M.R., HAMI, S., STEIN, M.B., GOETZ, D. 2001. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. Psychological Medicine 31, 2001, 1025-1035.
5. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. 2007. Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentu. Československá psychologie 51, 2007, 72-79.
6. KOUTEK, J. 2000. Suicidalita v dětství a v adolescenci. In Hort ,V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál 2000.
7. MAZZA, J.J., REYNOLDS, W.M. 1998. A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. Suicide and Life-Threatening Behaviors 28, 1998, 358–374.
8. Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). 2010. Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2009. Bratislava, NCZI 2010.
9. NELSON, E.C., GRANT, J.D., BUCHOLZ, K.K., GLOWINSKI, A., MADDEN, P.A.F., REICH, W., HEATH, A.C. 2000. Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide-related symptoms. Psychological Medicine 30, 2000, 797-804.
10. PLATTNER, B., STEVE, S.L., KRAEMER, H.C., WILLIAMS, R.P., BAUER, S.M., KINDLER, J., FEUCHT, M., FRIEDRICH, M.H., STEINER, H. 2007. Suicidality, psychopathology, and gender in incarcerated adolescents in Austria. The Journal of Clinical Psychiatry 68, 2007, 1593-1600.
11. THOMPSON, E.A., MAZZA, J.J., HERTING, J.R., RANDELL, B.P., EGGERT, L.L. 2005. The Mediating Roles of Anxiety, Depression, and Hopelessness on Adolescent Suicidal Behaviors. Suicide and Life-Threatening Behavior 35, 2005, 14-34.
12. VÁGNEROVÁ, M. 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál 2008, 487-509.
13. ZUNG, W.W. 1965. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 12, 1965, 63-70.

Kontaktná adresa

Mgr. Martina Chylová, PhD.

UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a UNLP

1. Psychiatrická klinika

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

E-mail: martina.chylova@upjs.sk

SOCIO-EKONOMICKÉ FAKTORY PROSTREDIA A JEDNOTLIVCA VO VZŤAHU K VNÍMANIU VLASTNÉHO ZDRAVIA U DOSPELEJ MESTSKEJ POPULÁCIE

Behanová M.[1-3], Katreniaková Z.[1-3], Nagyová I.[1-3], Reineveld S.A.[4], van Dijk J.P.[1,4]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

[3] Slovenská asociácia verejného zdravia (SAVEZ), Košice

[4] University of Groningen, UMCG, Dept. of Social Medicine, Groningen, Holandsko

Úvod

V súčasnosti žije viac ako polovica celosvetovej populácie v mestách (McKinsey Global Institute, 2011). Vo všetkých krajinách, v bohatých i chudobných, sťahovanie obyvateľov do miest má pozitívne i negatívne vplyvy na zdravie a prispieva k nerovnostiam v zdraví v rámci krajín (v zmysle delenia na vidiecke a mestské sídla) i v rámci miest (v zmysle sociálneho gradientu). Zdravotné riziká spojené s narastajúcou urbanizáciou, v kontexte ďalších globálnych výziev akými sú klimatické zmeny, bezpečnosť potravín a finančná kríza – zvlášť v krajinách s nízkou úrovňou infraštruktúry a pripravenosti zdravotného systému, predstavujú dôležité výzvy v 21. storočí (Friel et al., 2011). Zahraničné štúdie preukázali, že zdravie ľudí žijúcich v určitých oblastiach sa líši v porovnaní s obyvateľmi z iných oblastí (Hou, Myles 2005; Omariba, 2010; White, 2011). Rozdiely v zdraví vo vybraných ukazovateľoch existujú aj v rámci regiónov a okresov Slovenska (Rosičová et al., 2009, 2010, 2011). Existujú vedecké dôkazy, že tieto rozdiely sú spôsobené tzv. kontextuálnymi vplyvmi (z angl. contextual effects; t.j. vplyvmi prostredia presahujúcimi charakteristiky jeho obyvateľov) ako aj tzv. "kompozičnými" vplyvmi (z angl. compositional effects; t.j. vplyvmi rozdielnych charakteristík obyvateľov žijúcich v daných oblastiach).

Obyvatelia žijúci v deprivovaných oblastiach často hodnotia svoje zdravie ako zlé (Hou, Myles 2005). Na základe teórie o kompozičných a kontextuálnych vplyvoch prostredia sa môžeme domnievať, že daný jav môže byť spôsobený jednak socioekonomickými (SE) charakteristikami samotných obyvateľov, ale aj samotným prostredím, v ktorom žijú. Sebaposudzované zdravie (SPZ) (t.j. vnímanie vlastného zdravia na 5 škálovej stupnici od 1-veľmi dobré do 5-veľmi zlé) je dobrým

prediktorom mortality, morbidity i kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti (Manderbacka, 2003; Smith, 2010). Cummins a kol. (2005) zistili, že neuspokojivé zdravie v Škótsku a v Anglicku súviselo s charakteristikami prostredia, akými sú napr. zlá kvalita bývania a vysoká nezamestnanosť v okolí. Taktiež, Stafford a kol. (2004) zistili, že rozdiely v SPZ u zamestnancov verejnej správy v Londýne a Helsinkách súviseli s deprivovaným prostredím, v ktorom respondenti žili. Štúdia uskutočnená Collins et al. (2009) zistila, že zlé zdravie bolo častejšie vykazované u obyvateľov z nízkopríjmových mestských častí. Na druhej strane, holandská štúdia od Hooijdonk et al. (2007) zistila, že len malá časť variancie v zdraví medzi mestskými časťami je vysvetlená socioekonomickými charakteristikami prostredia.
Cieľom tejto štúdie bolo zistiť vplyv SE faktorov prostredia a jednotlivcov na SPZ u obyvateľov miest na Slovensku.

Materiál a metódy

Populačný, prierezový zber dát bol realizovaný prostredníctvom poštového dotazníkového prieskumu v rámci projektu EURO-URHIS 2 v dvoch najväčších slovenských mestách, v Bratislave (425 155 obyvateľov; HDP na obyvateľa € 14 325 v 2004) a Košiciach (235 006 obyvateľov; HDP na obyvateľa € 5 598 v 2004) (Urban audit, 2004). 3200 respondentov z Bratislavy a Košíc bolo vybraných stratifikovaným náhodným výberom cez Register obyvateľov SR tak, aby bolo zabezpečené rovnomerné rozdelenie pre jednotlivé cieľové vekové skupiny a pohlavia (19-64: 400 mužov a 400 žien; starší ako 65 rokov: 400 mužov a 400 žien z jedného mesta). Údaje o SPZ, ročnom príjme domácnosti a vzdelaní respondentov boli použité z dotazníka EURO-URHIS2 a údaje na úrovni mestských častí boli získané zo Sčítania obyvateľov, domov a bytov 2001 zo Štatistického úradu SR.
Dáta analyzované v rámci tejto štúdie sú čiastkovými výsledkami a odzrkadľujú stav zozbieraných dotazníkov k 31.12.2010. Zber údajov prebiehal do 15.3.2011)

Premenné na úrovni jednotlivcov

Sebaposudzované zdravie bolo zisťované otázkou „Ako by ste celkovo zhodnotili Vaše zdravie?" s možnosťami odpovedí (1) veľmi dobré (2) skôr dobré (3) ani dobré ani zlé (4) skôr zlé (5) veľmi zlé (6) neviem. Odpovede boli dichotomizované na dobré zdravie (1, 2) a zlé zdravie (3, 4, 5).
Vzdelanie respondentov bolo kategorizované do 4 skupín (1) bez vzdelania (2) základné vzdelanie (3) stredoškolské vzdelanie (4) vysokoškolské vzdelanie.

Príjem domácnosti bol zisťovaný pomocou otvorenej otázky o ročnom hrubom príjme domácnosti. Zloženie domácnosti bolo zisťované opytovaním sa na celkový počet dospelých osôb (18 a viac roční) a detí (0-17 roční). Príjem domácnosti bol následne prepočítaný na základe zloženia domácnosti podľa *modifikovanej OECD škály* (OECD, 2010) a rozdelený na kvartily.

Premenné na úrovni mestských častí

Mestské časti zahŕňali lokálne administratívne jednotky (z angl. local administrative units - LAU) v súlade s definíciou Eurostatu, na najnižšej úrovni t.j. LAU 2 (Eurostat, 2010). Táto geografická úroveň zahŕňa mestá/mestské časti príp. ekvivalentné územné jednotky v 27 krajinách EÚ a umožňuje regionálne porovnávania. V tejto štúdii zodpovedá pojem mestská časť administratívnej jednotke LAU 2, ktorá je najnižšou geografickou úrovňou, na ktorej sú k dispozícii údaje zo Sčítania obyvateľov, domov a bytov.

Použili sme 3 indikátory socioekonomického statusu mestských častí zo Sčítania obyvateľov, domov a bytov z roku 2001:

1. Celkový podiel nezamestnaných obyvateľov *(Nezamestnaní ≥ 16 rokov uchádzajúci sa o prvé zamestnanie alebo predtým pracujúci)*
2. Celkový podiel obyvateľov so základným vzdelaním *(populácia 25-64 ročných so základným vzdelaním alebo bez vzdelania)*
3. Celkový podiel obyvateľov s vysokoškolským vzdelaním *(populácia 25-64 ročných s vysokoškolským vzdelaním)* (Štatistický úrad SR, 2001).

Údaje o príjme obyvateľov na úrovni mestských častí neboli k dispozícii.

SE indikátory mestských častí boli rozdelené do kvartilov, s prvým a tretím medzným bodom a následne s troma kategóriami deprivácie: nízka, stredná a vysoká. Každému respondentovi bola následne pridelená príslušná kategória deprivácie podľa miesta bydliska.

Pre hodnotenie vzťahu SE faktorov prostredia a jednotlivcov na SPZ bola použitá viacúrovňová logistická regresia. Analýzy boli spracované v štatistickom programe SPSS 16.0 a MlwiN 2.02.

Výsledky

Sociodemografické charakteristiky

Priemerný vek respondentov bol 61.1 rokov, pričom najstarší mal 93 a najmladší 19 rokov. Zastúpenie respondentov podľa pohlavia bolo vyvážené, 46.5% vzorky

predstavovali muži. Celková návratnosť dotazníkov bola 39 % (n=1154). Respondenti pochádzali z 31 mestských častí (MČ). Sociodemografické charakteristiky respondentov a hlavné premenné s priemerom a smerodajnými odchýlkami sú uvedené v Tabuľke 1.

Tab. 1 Sociodemografické charakteristiky vzorky (N=1154)

	N	Priemer (±SD) & [Rozpätie]
Vek	1154	61.1 (±16.3) [19-93]
Vekové kategórie		%
19-34	100	8.7
35-49	189	16.4
50-64	222	19.2
65-79	517	44.8
>80	105	9.1
Pohlavie		
Muž	537	46.5
Príjem domácnosti (€)		
1.kvartil (<3600)	255	22.1
2.kvartil (3601-4800)	231	20.0
3.kvartil (4801-6960)	243	21.1
4.kvartil (>6961)	244	21.1
Vzdelanie		
Základné	123	10.7
stredoškolské	557	48.3
Univerzitné	471	40.8
SPZ		
Zlé	597	51.7

Poznámka: Percento chýbajúcich údajov bolo nasledovné: vek 1.8, pohlavie 0.3, príjem domácnosti 15.7, vzdelanie 0.3, SPZ 1.2

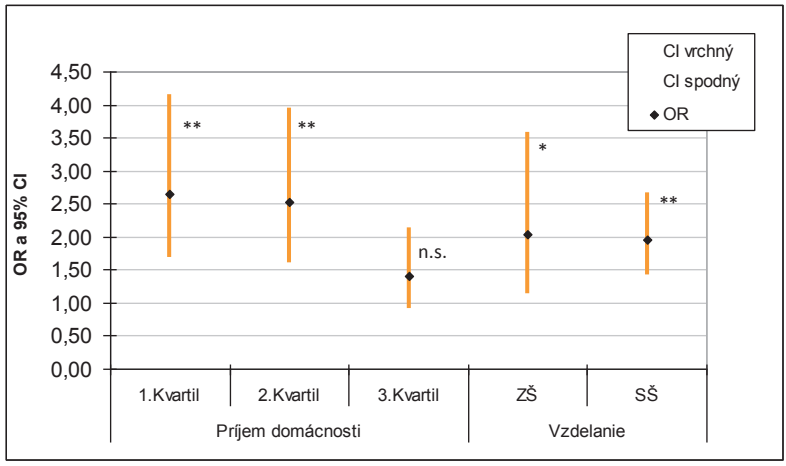
Vplyv SE charakteristík prostredia na zdravie jednotlivcov

Viacúrovňová analýza ukázala, že obyvatelia žijúci v MČ s nízkymi SE charakteristikami sa nelíšili v hodnotení svojho zdravia v porovnaní s obyvateľmi žijúcimi v oblastiach s vyššími SE charakteristikami (var=0.069, CI=-0.02-0.16). Rozdiely v zlom SPZ sa medzi MČ signifikantne nelíšili (var=0.093; CI=-0.01-0.2).

Vplyv SE charakteristík jednotlivcov na ich zdravie

Obyvatelia so základným a stredoškolským vzdelaním ($p<0.01$, OR=2.03-1.9, 95% CI 1.15-3.59) a nižším príjmom domácnosti ($p<0.01$, OR=2.64-2.53, 95% CI 1.61-4.16) hodnotili svoje zdravie ako zlé častejšie v porovnaní s obyvateľmi s vysokoškolským vzdelaním a vyšším príjmom domácnosti (Obrázok 1).

Obr.1 Vzťah sebaposudzovaného zdravia, príjmu v domácnosti a vzdelania – odds ratio a 95% konfidenčné intervaly



** p <0.001; * p <0.05

Ref. kategória: dobré zdravie, 4.kvartil, VŠ vzdelanie. Kontrolované pre vek, pohlavie a ich interakcie.

Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo zistiť, či socioekonomické charakteristiky prostredia a jednotlivcov majú vplyv na sebaposudzované zdravie u dospelej mestskej populácie. Berúc do úvahy hierarchicky štruktorované dáta v analyzovanom súbore (vyššia úroveň – mestské časti, nižšia úroveň – obyvateľ mestskej časti) použili sme viacúrovňovú analýzu, ktorá je odporúčaným metodickým postupom pri spracovaní takto štrukturovaných dát. Pri dotazníkovom prieskume sme na základe literárneho prehľadu (Edwards et. al, 2002) uskutočnili niekoľko odporúčaných krokov na zvýšenie návratnosti dotazníkov - zlosovanie o nákupné poukážky, opätovné kontaktovanie neodpovedajúcich, medializovanie prieskumu prostredníctvom lokálnych médií, sprievodné listy podpísané rešpektovanou autoritou, farebne vytlačené dotazníky so zobrazením príslušného mesta na úvodnej strane dotazníka. Napriek tomu, konštatujeme, že návratnosť dotazníkov bola relatívne nízka; dosiahla 39%. Do prieskumu sa zapojilo vyššie percento žien ako mužov (53.2%) a až 44.8% respondentov bolo vo vekovej kategórii 65-79 ročných.

Vplyv SE charakteristík prostredia na zdravie jednotlivcov

Viac ako polovica respondentov (51.7%) hodnotila svoje zdravie ako neuspokojivé. Pri analyzovaní vplyvov socioekonomických charakteristík prostredia na zdravie respondentov sa ukázalo, že obyvatelia žijúci v MČ s nízkymi SE charakteristikami sa nelíšili v hodnotení svojho zdravia v porovnaní s obyvateľmi žijúcimi v oblastiach s vyššími SE charakteristikami. Inými slovami, v našej štúdii sme nezistili varianciu v sebaposudzovanom zdraví obyvateľov medzi mestskými časťami. K rovnakým zisteniam dospeli napríklad štúdie realizované Pampalon et al. (2007) a Omariba (2010). Na druhej strane, nedávno vykonané štúdie v Škótsku (Godley et al., 2010) a Nemecku (Diehl, Schneider, 2011) potvrdili signifikantný vplyv SE charakteristík malých geografických oblastí na SPH ich obyvateľov, aj po kontrole kompozičných (individuálnych) vplyvov – veku, pohlavia, a SE charakteristík. Naše zistenia poukazujú na významnejší vplyv individuálnych charakteristík v prípade sebaposudzovaného zdravia.

Vplyv SE charakteristík jednotlivcov na ich zdravie

Vplyv individuálnych SE charakteristík na SPH bol značnejší v porovnaní s vplyvmi samotného prostredia. Oba indikátory socioekonomického statusu obyvateľov mali signifikantý vplyv na SPH. Obyvatelia so základným a stredoškolským vzdelaním a nižším príjmom domácnosti hodnotili svoje zdravie ako zlé častejšie v porovnaní s obyvateľmi s vysokoškolským vzdelaním a vyšším príjmom domácnosti. Tento socioekonomický gradient v prípade SPH dokazujú aj iné štúdie (Nicholson et al., 2005; Pampalon et al., 2007). Úroveň vzdelania ovplyvňuje sociálne postavenie, postoje a stanoviská jednotlivcov i celých rodín, ich hierarchiu hodnôt i ich skutočné správanie. Vzdelanie determinuje prístup k informáciám a schopnosť profitovať z vedomostí. Vzdelanejší sú informovanejší o zdravom resp. nezdravom životnom štýle, lepšie využívajú zdravotnícke služby a efektívnejšie komunikujú so zdravotníckym personálom (Madarasová-Gecková, 2005). Taktiež vyšší príjem umožňuje prístup ku kvalitnejším službám a k vedeniu zdravšieho životnému štýlu. Tieto argumenty môžu prispieť k objasneniu pozorovaného SE gradientu v sebaposudzovanom zdraví.

Limitácie

Predložené výsledky sa nedajú zovšeobecniť pre celú mestskú populáciu na Slovensku, z niekoľkých dôvodov. Prvým je relatívne nízka návratnosť dotazníkov

(39%), ďalšou je prevaha starších respondentov vo vzorke (44.8% respondentov vo vekovej kategórii 65-79 ročných) a v neposlednom rade treba pripomenúť, že sa jedná o predbežné analýzy nie finálneho súboru.

Záver

Štúdií, ktoré sa venujú vplyvu prostredia na zdravie a zároveň využívajú štatistickú metódu viacúrovňovej analýzy je v strednej Európe nedostatok. Veľká väčšina takto orientovaných štúdií pochádza z USA, Kanady, Veľkej Británie, Holandska, a pod. Ako vyplýva z našich záverov, rozdiely v SPZ medzi mestskými časťami sa nepotvrdili ale potvrdili sa rozdiely medzi obyvateľmi, ktoré sú ovplyvnené ich socio-ekonomickým statusom. Tieto výsledky môžu poukazovať aj na to, že na Slovensku ešte nie je viditeľný trend ekonomickej segregácie u obyvateľov miest. Tento trend je viditeľný najmä v krajinách západnej Európy, napr. vo Veľkej Británii a Fínsku (Stafford et al., 2004). Je naďalej potrebné skúmať možné vplyvy urbánnych faktorov na zdravie obyvateľov. Analýzy budú zopakované aj na finálnej vzorke respondentov, zozbieraných k 15.3.2010.

Poďakovanie

Táto práca bola spolufinancovaná v rámci 7. Rámcového programu Európskej Komisie, projekt FP7-HEALTH-2007-B Číslo zmluvy 223711 (40%). Taktiež, táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-0220-10 (40%) a Agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ na základe zmluvy č. ITMS: 26220120058 (20%).

Literatúra

1. DIEHL, K., SCHNEIDER, S. 2011. How relevant are district characteristics in explaining subjective health in Germany? A multilevel analysis. In *Social Science & Medicine*, Vol 72 (2011), s. 1205-1210.
2. EDWARDS, P., ROBERTS, I., CLARKE, M., DIGUISEPPI,C., PRATAP, S., WENTZ, R., KWAN, I. 2002. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. In *BMJ,* 2002; 324:1183.
3. EUROSTAT, 2010: Online (navštívené 15.1.2011): http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/nuts_nomenclature/local_administrative_units.

4. FRIEL, S., VLAHOV, D., BUCKLEY R.M. 2011. No Data, No Problem, No Action: Addressing Urban Health Inequity in the 21st Century. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi:10.1007/s11524-011-9616-z. The New York Academy of Medicine. 2011.
5. GODLEY, J., HAINES, V.A., HAWE, P., SHIELL, A. 2010. Small area contextual effects on self-reported health: Evidence from Riverside, Calgary. In *BMC Public Health,* 2010, Vol (10), 264.
6. HOU, F., MYLES, J. 2005. Neighbourhood inequality, neighbourhood affluence and population health. In *Social Science & Medicine.* Vol 60 (2005), s. 1557–69
7. MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. 2005. Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví. Pegas Michalovce, 2005. ISBN 80-967901-3-7.
8. MANDERBACKA,K.; KÅREHOLT,I.; MARTIKAINEN,P.; LUNDBERG,O. 2003. The effect of point of reference on the association between self-rated health and mortality. In *Social Science & Medicine*, Vol (56) 2003, 7, s. 1447-1452.
9. MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE: Urban world: Mapping the economic power of cities. March 2011. Online (navštívené 20.5.2011): http://www.mckinsey.com/mgi/publications/urban_world/pdfs/MGI_urban_world_full_report.pdf:
10. NICHOLSON, A., BOBAK, M., MURPHY, M., ROSEC, R., MARMOT, M. 2005. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women—a life course approach. In *Social Science & Medicine,* Vol 61 (2005), s. 2345–54.
11. OECD, 2010: Online: What are equivalence scales. Online (navštívené 15.1.2011): http://www.oecd.org/dataoecd/61/52/35411111.pdf
12. OECD, 2010: Online: http://www.oecd.org/dataoecd/61/52/35411111.pdf: (navštívené 15.1.2011).
13. OMARIBA, D.W.R. 2010. Neighbourhood characteristics, individual attributes and self-rated health among older Canadians. In *Health & Place.* Vol 16 (2010), s. 986–995.
14. PAMPALON, R., HAMELA, D., DE KONINCK, M., DISANT, M.J. 2007. Perception of place and health: Differences between neighbourhoods in the Que´bec City region. In *Social Science & Medicine*. Vol 65 (2007), s. 95–111.
15. ROSICOVA, K., MADARASOVA GECKOVA A., VAN DIJK JP, ROSIC M., ZEZULA I., GROOTHOFF, JW. 2009. Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia. In *Int J Public Health.* Vol 54 (2009), s. 274–282.

16. ROSICOVA, K., MADARASOVA GECKOVA A., VAN DIJK, JP, KOLLAROVA J, ROSIC, M., GROOTHOFF, JW. 2011. Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia. In *Int J Public Health.* Vol (5) 6, Issue 5 (2011), s. 523-531.
17. ROSICOVA, K., MADARASOVA GECKOVA A., ROSIC M., SPEYBROECK N., GROOTHOFF JW,.VAN DIJK, JP. 2011. Socioeconomic factors, ethnicity and alcohol-related mortality in regions in Slovakia. What might a tree analysis add to our understanding? In *Health&Place*. doi:10.1016/j.healthplace.2011.01.004.
18. SMITH M.P., GLAZIER, R.H., SIBLEY, L.M. 2010. The predictors of self-rated health and the relationship between self-rated health and health service needs are similar across socioeconomic groups in Canada. In *Journal of Clinical Epidemiology,* Vol 63 (2010), s. 412-421.
19. STAFFORD, M., BARTLEYA, M., MITCHELL, R., MARMOT, M. 2001. Characteristics of individuals and characteristics of areas:investigating their influence on health in the Whitehall II study. In *Health & Place.* Vol 7 (2001), s. 117–129.
20. ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR. Sčítanie obyvateľov, domov a bytov 2001. Online navštívené 15.1.2011): http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=5835.
21. URBAN AUDIT. Online: http://www.urbanaudit.org/CityProfiles.aspx (navštívené 15.1.2011).
22. VAN HOOIJDONK, C.; DROOMERS, M.; DEERENBERG, I.M.; MACKENBACH, J.P.; KUNST, A.E. 2008. Higher mortality in urban neighbourhoods in the Netherlands: Who is at risk? In *J. Epidemiol. Community Health.* Vol 62 (2008), no. 6, s. 499-505.
23. WHITE, H.L., MATHESON, F.,MOINEDDIN, R., DUNN, J.R.,GLAZIER, R.H. 2011. Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: Are we equally at risk? In *Health & Place.* Vol 17 (2011), s. 361–369.

Kontaktná adresa

Mgr. Martina Behanová

Lekárska fakulta UPJŠ

Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

E-mail: martina.behanova@upjs.sk

SEKCIA 2

PODPORA ZDRAVIA MARGINALIZOVANÝCH A IMUNOKOMPROMITOVANÝCH OSÔB

REALIZÁCIA PROGRAMU PODPORY ZDRAVIA ZNEVÝHODNENÝCH KOMUNÍT NA SLOVENSKU V ROKOCH 2007 – 2010

Kráľovská V.
Úrad verejného zdravotníctva SR, Bratislava

Program podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku na roky 2007 – 2015 (ďalej len program) sa realizuje v súlade s uznesením vlády SR č. 680/2007 a uznesením vlády SR č. 609/2008. Východiskom pre realizáciu programu bola zistená zlá zdravotno-hygienická situácia, ohrozenie zdravia a riziko vzniku závažných ochorení u obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít. Situácia bola zhodnotená v rámci štátneho zdravotného dozoru, ktorý zrealizovalo 36 regionálnych úradov verejného zdravotníctva vo svojich spádových oblastiach. Cieľom programu je zlepšenie zdravotného stavu a zvýšenie zodpovednosti za vlastné zdravie neintegrovanej rómskej komunity. Cieľovou skupinou je neintegrovaná rómska komunita – obyvatelia segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít banskobystrického, košického a prešovského kraja.

Koordinátorom programu je Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ÚVZ SR). Na realizácii programu sa podieľalo 12 regionálnych úradov verejného zdravotníctva (RÚVZ) so sídlom v: Banskej Bystrici, Bardejove, Humennom, Košiciach, Michalovciach, Poprade, Prešove, Rimavskej Sobote, Rožňave, Spišskej Novej Vsi, Starej Ľubovni a Vranove nad Topľou. V rokoch 2007 až 2008 bolo zapojených 10 RÚVZ, od roku 2009 sa program rozšíril o ďalšie dva RÚVZ zo sídlom v Humennom a Vranove nad Topľou.

V rokoch 2007 až 2010 pracovalo pod odborným vedením pracovníkov regionálnych úradov verejného zdravotníctva v teréne (v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách, ktoré sa nachádzajú v spádovom území RÚVZ zapojených do programu) 30 komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy (ďalej len KPZV). Vzťah medzi RÚVZ a KPZV bol zmluvne zabezpečený formou Príkaznej zmluvy uzatvorenej v zmysle Občianskeho zákonníka. Štyri týždni pracovali priamo v komunitách, piaty deň na úrade, kde hodnotili realizované aktivity, pripravovali plán práce na nasledujúci týždeň, pričom vychádzali zo zistenia aktuálnych potrieb u príslušného lekára. Činnosti, ktoré vykonávali koordinátori alebo asistenti koordinátora boli zamerané na ochranu, podporu a rozvoj zdravia,

zdravotnú výchovu. Nevykonávali činnosti a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Činnosť KPZV bola zameraná predovšetkým na prácu s rodinami priamo v osadách, ale aj na špecifické aktivity s určitými cieľovými skupinami, predovšetkým deťmi a mládežou, mladými dospelými ženami, ktorá sa realizovala v školách alebo komunitných centrách.

Komunitní pracovníci v oblasti zdravotnej výchovy pracovali v nasledovných oblastiach:

1. Zdravotná výchova priamo v rómskej komunite. Bola rozdelená na zdravotnú výchovu v osadách, komunitných centrách a školách. Realizovala sa formou poradenstva, prednášok a formou neformálnych diskusných stretnutí.
2. Oblasť asistencie príslušným lekárom - zabezpečovanie komunikácie medzi lekármi a komunitou. Aktivity boli zamerané na identifikáciu osôb s neuskutočnenými preventívnymi prehliadkami a osôb s neuskutočnenými povinnými očkovaniami, na poskytnutie pomoci pri vybavovaní zdravotných preukazov, na sledovanie dodržiavania režimu chorých – kontrolu užívania ordinovanej liečby, na podnecovanie ku kontrolným návštevám.
3. Sledovanie životného štýlu a zdravotného stavu. Monitoring životného štýlu a zdravotného stavu (ďalej len monitoring) realizovali KPZV a odborní pracovníci RÚVZ v rokoch 2007 – 2008 prostredníctvom Dotazníka životného štýlu a zdravotného stavu. Zámerom monitoringu bolo získať objektívne informácie o rómskej populácii žijúcej v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách. Výsledky monitoringu sú uvedené v Hodnotiacej správe o výsledkoch 1. etapy – Programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity za roky 2007 - 2008.

Zdravotná výchova bola zameraná na osem problémových oblastí: starostlivosť o zdravie, prevenciu infekčných ochorení, zodpovedné manželstvo a rodičovstvo, manipuláciu s potravinami, ochranu životného prostredia, prevenciu úrazov a nehôd, zdravotnú starostlivosť (informovanosť o právach a povinnostiach pacienta, zdravotnom poistení, preventívnych prehliadkach a pod.) a starostlivosť o dieťa. Poradenstvo bolo zamerané na riešenie aktuálnych problémov v osadách prípadne u individuálnych klientov napr.: poradenstvo v oblasti základných hygienických návykov, poradenstvo pri bežných ochoreniach a pri ošetrovaní drobných poranení, poradenstvo zamerané na zlepšovanie životného prostredia osád (odstraňovanie divokých skládok, úprava okolia vodných zdrojov a pod.), poradenstvo zamerané na

správnu starostlivosť o dieťa, poradenstvo v oblasti zvyšovania informovanosti o zdravotnej starostlivosti, právach a povinnostiach pacienta.

Komunitní pracovníci v oblasti zdravotnej výchovy v rámci svojej terénnej práce navštevovali priamo v rómskej komunite ženy pripravujúce sa na materstvo a vykonávali poradenstvo a individuálne rozhovory o význame návštevnosti poradní u gynekológa ako aj zvýšenej starostlivosti o zdravie s dôrazom na zdravú životosprávu, nefajčenie, vylúčenie konzumácie alkoholických nápojov a svojvoľného užívania rôznych liekov poškodzujúcich zdravie matky a plodu. Spolupracovali s detskou zdravotnou sestrou ohľadom starostlivosti o novorodencov prepustených z nemocnice spolu s matkami. V rámci starostlivosti o dieťa navštevovali priamo v osadách rodiny s novorodencami a dozerali na zabezpečenie riadnej starostlivosti v oblasti hygieny a výživy.

V rámci oblasti asistencie príslušným lekárom KPZV zabezpečovali: podnecovanie k preventívnym prehliadkam u lekára, podnecovanie k očkovaniu, poskytovali pomoc pri vybavovaní zdravotných preukazov, v rámci návštev jednotlivých rodín v osadách sledovali dodržiavanie režimu chorých – kontrolovali užívanie ordinovanej liečby, priebežne realizovali monitoring krvného tlaku priamo v komunite, v prípade zvýšeného tlaku alebo hypertenzie oznámili túto skutočnosť lekárovi prvého kontaktu a poučili klientov o správnej životospráve, v rámci spolupráce s lekármi prvého kontaktu navštevovali osoby s liečenou hypertenziou, chorobami srdca, pohybového ústrojenstva a pod., ktoré sa nedostavovali na pravidelné kontroly a podnecovali ich k návšteve lekára.

Komunitní pracovníci v oblasti zdravotnej výchovy spolupracovali s materskými a základnými školami, starostami, terénnymi sociálnymi pracovníkmi, asistentmi učiteľa, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (lekármi prvého kontaktu pre dospelých) a mimovládnymi organizáciami pôsobiacimi na lokálnej úrovni.

Hodnotenie efektivity programu bolo sledované cez hodnotenie činnosti KPZV. Komunikácia medzi lekármi a komunitou/asistencia príslušným lekárom, sa hodnotila na základe účasti v ambulanciách lekárov na podnet KPZV. Išlo o účasť na preventívnych prehliadkach, očkovaní, odbere krvi, návštevnosť detských poradní, liečby choroby u lekára, kontrolnej návštevy u lekára, vybavenie zdravotného preukazu na podnet KPZV.

Zvýšenie zdravotného uvedomenia obyvateľov príslušných komunít prostredníctvom zdravotnej výchovy KPZV je preukázateľné dotazníkovými metódami. Prieskum zdravotného uvedomenia je plánovaný na rok 2015. V rokoch 2007 – 2010 sa zvýšil

počet osôb, ktoré na podnet KPZV zrealizovali preventívnu prehliadku u lekára z počtu 4 399 v roku 2007 na 4 884 v roku 2010. Taktiež sa zvýšil počet zaočkovaných obyvateľov rómskych osád z počtu 6 855 v roku 2007 na 10 743 osôb v roku 2010. Návštevnosť detských poradní na podnet KPZV taktiež zaznamenala nárast z počtu 2 624 osôb v roku 2007 na 3 534 osôb v roku 2010. Čo sa týka liečby ochorenia u lekára na podnet KPZV, taktiež bol zaznamenaný mierny nárast z počtu 1556 osôb, ktoré navštívili lekára z dôvodu liečby ochorenia v roku 2007 na 1 612 osôb, ktoré navštívili lekára z rovnakého dôvodu v roku 2010. Na podnet KPZV si v roku 2007 vybavilo zdravotný preukaz 2001 obyvateľov rómskych komunít. V roku 2010 to bolo 1 498 obyvateľov rómskych komunít. Môžeme skonštatovať, že v súvislosti s realizáciou programu sa podarilo znížiť počet obyvateľov rómskych komunít bez platných preukazov poistenca. Zvýšil sa aj celkový počet edukovaných obyvateľov rómskych osád, kým v roku 2007 bolo prostredníctvom KPZV edukovaných 26 882 v roku 2010 to bolo 39 672 osôb

Na základe získaných výsledkov možno navrhnúť nasledovné odporúčania:

1. Naďalej realizovať sústavnú a systematickú zdravotnú výchovu obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít s cieľom zvýšenia zdravotného uvedomenia (osobná hygiena, prevencia infekčných ochorení, sexuálne a reprodukčné zdravie – zodpovedné rodičovstvo, manipulácia s potravinami, orientácia v označovaní potravín, ochrana životného prostredia, prevencia úrazov a nehôd, zdravotná starostlivosť, najmä práva a povinnosti pacienta, zdravotné poistenie, preventívne prehliadky a starostlivosť o dieťa. Zdravotnú výchovu realizovať zrozumiteľným a primeraným spôsobom vzhľadom na kultúrnu a vedomostnú úroveň znevýhodnenej rómskej komunity.
2. Podporovať väčšiu zainteresovanosť cieľovej skupiny v starostlivosti o svoje zdravie a v riešení svojej životnej situácie, a to vyhľadávaním a orientáciou aktivít na prirodzených lídrov vnútri komunity, ich vzdelávanie a zabezpečenie šírenia informácií.

Aj napriek niektorým problémom súvisiacimi s realizáciou programu sa dá skonštatovať, že jeho realizácia je prínosom v oblasti ochrany, podpory a rozvoja zdravia obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít. Zároveň komunitná práca realizovaná prostredníctvom komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy sa ukázala, ako jedna z mála možností ako preklenúť jestvujúcu a ďalej sa prehlbujúcu segregáciu a separáciu neintegrovaných rómskych komunít.

Realizácia programu znamenala prínos predovšetkým pre zlepšenie zaočkovanosti časti detskej populácie a zvýšenie zdravotného uvedomenia cieľovej skupiny. Pozitívne je potrebné hodnotiť zvýšenie návštevnosti v ambulanciách pediatrov, všeobecných lekárov, gynekológov, stomatológov, zvýšenie zaočkovanosti detí, zvýšenie starostlivosti matiek o zdravie svojich detí. Tieto skutočnosti sú pozitívnym dôsledkom zdravotno-výchovného pôsobenia KPZV v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách.

Pozitívne výsledky získané v súvislosti s realizáciou programu je možné udržať len v súčinnosti s cieľovou skupinou – obyvateľmi segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, a to dodržiavaním zásad pri udržaní zdravého životného štýlu a aktívnou spoluprácou pri zmene svojej zdravotnej a životnej situácie. Pri pasívnom postoji zo strany cieľovej skupiny nebudú pozitívne výsledky, získané na základe realizácie programu v zlepšení zdravotnej a životnej situácie udržateľné. Výraznejšia zmena v zdravotnom stave a životnom štýle cieľovej skupiny si vyžaduje dlhotrvajúce, sústavné a systematické zdravotno-výchovné pôsobenie.

Kontaktná adresa
PaedDr. Vanda Kráľovská
Úrad verejného zdravotníctva SR
Trnavská cesta 52, 826 45 Bratislava
E-mail: vanda.kralovska@uvzsr.sk

ZDRAVÁ INKLÚZIA – PODPORA ZDRAVIA PRE MIGRANTOV NA SLOVENSKU – POTREBA ALEBO VÍZIA?

Kállayová D., Majdan M., Gallová E., Bošák L.
TU v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra verejného zdravotníctva, Trnava

Úvod

Rovnaká dostupnosť a kvalita poskytovania všeobecných zdravotníckych služieb sú nevyhnutnou podmienkou pre zlepšovanie úrovne zdravia migrantov v majoritných spoločnostiach. Toto sa však netýka len zdravotníckych služieb, ale aj preventívnych stratégií a intervencií podpory zdravia na populačnej, či individuálnej úrovni. Je systém vhodne nastavený a posilnený tak, aby bol schopný brať do úvahy aj potreby znevýhodnených skupín obyvateľstva? Určité prístupy sú zakotvené aj v najnovšej rezolúcii Európskej komisie o zmierňovaní nerovností v zdraví. Zraniteľné alebo sociálne vylúčené skupiny ako napríklad migranti alebo príslušníci etnických menšín, osoby so zdravotným postihnutím alebo osoby bez domova trpia osobitne nízkou kvalitou zdravia. Kultúrne špecifiká znevýhodnených skupín môžeme považovať za súčasť širšej skupiny determinantov zdravia. Aktivity zamerané najmä na podporu a zlepšovanie zdravia znevýhodnených skupín, berú do úvahy multikulturálny prístup s cieľom zlepšenia zdravia samotného aj prístupu k zdravotníckym službám na komunitnej úrovni. Podľa „Národných štandardov pre kultúrne a jazykovo vhodné služby v zdravotníckom systéme“ (Office of Minority Health of the U.S. Department of Health and Human Services, 2000) existujú tri základné oblasti multikulturálnych prístupov: kultúrne kompetentná/prispôsobená poskytnutá služba, jazykovo prístupné služby a organizačná systémová podpora. Cieľom projektu bolo zistiť a popísať situáciu podpory zdravia pre migrantov z pohľadu poskytovateľov intervencií podpory zdravia a z pohľadu samotných migrantov. Projekt sa zaoberal aj možnosťami zlepšovania prístupu migrantov k intervenciám podpory na inštitucionálnej úrovni.

Materiál a metódy

Ciele projektu boli dosiahnuté pomocou preskúmania národnej literatúry tykajúcej sa migrácie a podpory zdravia migrantov v každej krajine, ktorá sa zúčastnila v projekte. Boli použité kvalitatívne metódy výskumu (analýza literatúry, riadené rozhovory, Delphi technika, diskusné skupiny). V rámci projektu prebehli rozhovory s pätnástimi poskytovateľmi podpory zdravia, s dvadsiatimi migrantmi a s desiatimi profesionálmi v oblasti zdravia a migrácie s cieľom vytvoriť národné odporúčania. Výskumné otázky v tomto projekte boli: 1. Zúčastňujú sa migranti intervencií podpory zdravia? 2. Čo zabraňuje a aké sú nápomocné faktory pre účasť migrantov v intervenciách podpory zdravia? (pozitívne/negatívne zážitky)? 3. Ktoré stratégie a riešenia sú použité k zlepšeniu prístupu migrantov? (osvedčené metódy, dobré postupy).

Výsledky

V rámci prehľadu literatúry sme zistili, že bolo náročné a zložité nájsť literatúru týkajúcu sa podpory zdravia a migrantov, alebo literatúru zameranú na zdravie migrantov Slovensku. Literatúra a iné publikácie v tejto oblasti na Slovensku sú skôr vzácne a ak existujú, sú hlavne zamerané na všeobecné aspekty migrácie než na migrantov a ich zdravie. Výsledky poukazujú na systémové aspekty účasti migrantov v intervenciách podpory zdravia a aj pohľady samotných migrantov na podporu zdravia v rámci možností hostiteľskej krajiny, poukazujú aj na ich subjektívne postoje k zdraviu.

Na základe čísel Ministerstva vnútra Slovenskej republiky štatistika hovorí o 4.199 dočasných pobytov, 1.306 s trvalým bydlisko a 339 tolerovaných pobytov ľudí z tretích krajín v roku 2007, a 6.615 dočasných pobytov, 1.074 trvalých bydlísk a 219 tolerovaných pobytov ľudí z tretích krajín v roku 2008. Hlavné národnosti z nových povolení na pobyt v roku 2008 sú Ukrajinci (1.761), Vietnamci (1.307), Srbi (1,304), Kórejci (739), a Číňania (465).Niektorí pochádzajú z iných krajín, napríklad Indie (84), Pakistanu (19), a Kuby (14). Čísla z úhrnných povolení na pobyt v roku 2008 sú: Ukrajina (4.726), Vietnam (25.534), Srbsko (1.812), Kórea (1.485), Ruská Federácia (1.485), Čína (1.478), a Turecko (239)(Ministerstvo vnútra, 2008). Systém podpory zdravia na lokálnej úrovni nerozoznáva významné prekážky na inštitucionálnej úrovni vo všeobecnosti. Slovenská ústava uvádza, že cudzí štátni príslušníci majú v Slovenskej republike tie isté ľudské práva a slobody ako slovenskí občania. Toto môže byť považované za nápomocný faktor pri vyžívaní intervencií

podpory zdravia. Na strane druhej boli identifikované bariéry, ktoré sa javia ako významné. Poskytovatelia podpory zdravia zdieľali stanovisko, že migranti majú možnosť sa zúčastňovať intervencií; ale napriek tomu nemali žiadne stratégie pre špecifické získavanie migrantov. Hlavný dôvod je najmä neznalosť potrieb komunity migrantov u poskytovateľov. Existuje významná absencia intervencií podpory zdravia, ktoré sú priamo cielené na migrantov, čo je ale prirodzené vzhľadom na veľkosť tejto skupiny v majorite. Slovensko však v súčasnosti môže byť považované za budúcu cieľovú krajinu pre migrantov a malo by byť pripravené na túto situáciu ako náhle sa to uskutoční. Keď hovoríme o intervenciách podpory zdravia zameraných na migrantov, musíme zdôrazniť, že kvôli nízkemu počtu migrantov sú viac ' rozptýlení v rámci hlavnej populácie. A po druhé, kvôli nižšej organizačnej ' kultúre ', sa napokon neidentifikujú ako súčasť určitého migračného spoločenstva ale skôr ako súčasť väčšiny. Toto musí byť vzaté do úvahy pri interpretácii výsledkov. Poskytovatelia nemajú zvláštne programy zamerané na migrantov, lebo ich berú ako každého iného občana a volia rovnaký spôsob v prístupe ako u majority. Ako náhle sú migranti časťou spoločenstva a intervencia je ponúknutá na úrovni celého spoločenstva, oni sa pravdepodobne zúčastnia tiež. Preto väčšina opytovaných respondentov súhlasilo, že je omnoho viac pravdepodobné, že migranti sa zúčastnia skôr na skupinovej intervencii než na individuálnom poradenstve. Ako na prekážky, poukázali respondenti najmä na jazykové bariéry. Poskytovatelia predpokladajú, že neschopnosť hovoriť jazykom migrantov môže spôsobiť problém. Mnoho organizácií pripúšťalo určitý druh predpojatosti ako následok nedostatku znalostí o kultúrnych rozdieloch a charakteristikách. Takýto nedostatok môže mať za následok zníženú dôveru v poskytovateľa zo strany migrantov. Žiadny z poskytovateľov nepracuje s politikou alebo stratégiou pre zlepšenie účasti migrantov v podpore zdravia. Respondenti súhlasili, že toto je len veľmi ťažko ovplyvniteľné na organizačnej úrovni. Plánovanie politík a stratégií podpory zdravia orientovaných na migrantov by malo byť súčasťou komplexnej národnej stratégie. Slabá kultúrna asimilácia bola definovaná ako jasný prekážajúci faktor pre účasť v intervenciách. Môžeme povedať, že na jednej strane všetci poskytovatelia zdieľali stanovisko, že migranti majú možnosť sa zúčastňovať intervencií; ale napriek tomu nemali žiadne stratégie pre špecifické získavanie migrantov. Hlavný dôvod je najmä neznalosť potrieb komunity migrantov.

Migranti sa nezúčastňujú intervencií podpory zdravia najmä z dôvodu nedostatku informácii o možnostiach, hoci zdravie vnímajú a hodnotia ako dôležitú hodnotu.

Niektorí mali skúsenosť najmä s edukačnými aktivitami, ktoré boli určené pre všeobecnú populáciu.

Neposledným výsledkom projektu sú vytvorené odporúčania na európskej a národnej úrovni určené pre odborníkov zaoberajúcich sa migráciou v kontexte zdravia. Celkovo bolo na základe postojov a názorov slovenských odborníkov formulovaných 9 odporúčaní, ktoré sa týkali univerzálneho prístupu - aktivity podpory zdravia by mali byť tak všeobecné, ako sa len dá a zároveň tak špecifické, ako si to situácia vyžaduje. Ďalej je potrebné zvýšiť všeobecnú informovanosť o podpore zdravia, jej cieľoch, princípoch a inštitucionálne ju podporiť, z dlhodobého hľadiska je vhodnou stratégiou zahrnúť špecifické intervencie ako samozrejmú súčasť ponuky poskytovateľov podpory zdravia, identifikáciu špecifických potrieb. Je potrebné vypracovať špecifické stratégie komunikácie pre inklúziu vysoko špecifických a iným spôsobom nedosiahnuteľných skupín. Niektoré špecifické skupiny populácie si vyžadujú proaktívny prístup v tomto procese – úvahy o tom, že príslušníci týchto skupín sa budú sami zaujímať o aktivity podpory zdravia, vylúči tých jednotlivcov, ktorí nemajú potrebné schopnosti alebo zázemie, aby takto konali. Vytváranie partnerstiev zvyšuje sociálny kapitál a dôveru spoločnosti, preto je potrebné vytvárať cielené partnerstvá pre výmenu skúseností, informácií o rôznych stratégiách a prístupoch.

Diskusia

Kvalitatívne výsledky o prístupe migrantov k podpore zdravia získané od poskytovateľov podpory zdravia poukazujú na ich neúčasť v aktivitách podpory zdravia. Možné posilňujúce a brzdiace faktory vyplývajú najmä zo systému podpory zdravia u nás. Výsledky tohto projektu ponúkajú priestor na diskusiu a na vytvorenie odporúčaní pre zlepšenie účasti migrantov v podpore zdravia, vzhľadom na špecifickosť situácie týkajúcej sa zdravia migrantov u nás. Kvôli rýchlemu ekonomickému rastu, Slovensko sa stáva atraktívnejšou krajinou pre migrantov. Preto, je rastúca potreba posilniť opatrenia k efektívnemu manažmentu migrácie, vrátane zdravotných aspektov. Migrácia sa v poslednom období stáva jednou z priorít politiky krajín vyspelého sveta. Pre slovenskú spoločnosť však ide o pomerne nový fenomén, keďže Slovensko bolo tradične skôr krajinou, odkiaľ ľudia odchádzali za pracovnými a životnými možnosťami do zahraničia. Od roku 1989 a najmä v posledných piatich rokoch sa však postupne zintenzívňuje migrácia smerom cez a na Slovensko. V najbližších rokoch sa očakáva ďalší rast počtu migrantov, a to

nielen prechádzajúcich cez Slovensko do ďalších krajín Európskej únie, ale i migrantov smerujúcich za lepšími životnými podmienkami na Slovensko, či už legálnou alebo nelegálnou formou. Z tohto hľadiska stojí Slovensko pred prelomovým obdobím (IOM, 2009). Je ťažké hovoriť o dôkazoch intervencií pre migrantov, keďže poskytovatelia nemajú priame skúsenosti s takými intervenciami. Na jednej strane, výsledky poukázali jasne, že profesionáli poskytujúci podporu zdravia si sú vedomí rozdielov v práci s migrantmi a pociťujú potrebu špeciálnych prístupov. Sú schopní rozvoja zručností pre tieto situácie v budúcnosti založené na ich skúseností z práce so všeobecnou populáciou.

Záver

Rezort zdravotníctva musí zohrať vedúcu úlohu tak v zabezpečení spravodlivého prístupu k zdravotnej starostlivosti, ako aj v podpore získavania poznatkov a odbornej prípravy odborníkov v oblasti zdravotníctva a ostatných oblastiach. Účinné riešenie nerovností v oblasti zdravia si vyžaduje politiky, ktorých súčasťou sú opatrenia na riešenie postavenia v zdraví v rámci celej spoločnosti, ako aj opatrenia osobitne zamerané na zraniteľné skupiny. Zvláštnu pozornosť je nutné venovať potrebám chudobných ľudí, znevýhodnených skupín migrantov a etnických menšín, osôb so zdravotným postihnutím, seniorov a detí žijúcich v chudobe. Celkový stav zdravia migrantov je významne horší ako celkovej populácie. To je spojené s faktom, že migranti sú viac exponovaní rizikám, ktoré majú dopad na zdravie, ako napríklad chudoba, zlé podmienky bývania, obmedzený prístup na pracovný trh a k zdravotným službám, atď. Nedostatok informácií a nakoniec aj komunikačné problémy vytvárajú bariéry v prístupe k intervenciám podpory zdravia. Preto, rovnaká dostupnosť a kvalita poskytovania všeobecných zdravotníckych služieb sú nevyhnutnou podmienkou pre zlepšovanie úrovne zdravia migrantov.

Literatúra

1. IOM. 2009. About IOM, 2009 Available online: [http://mic.iom.sk/en/iom-na-slovensku.html]
2. Ministerstvo vnútra SR. 2008. Statistical overview of legal and illegal migration in the Slovak Republic, 2008. Dostupné online: [http://www.minv.sk/swift_data/source/policia/hranicna_a_cudzinecka_policia/rocenky/rok_2008/2008_rocenka-uhcp-en.pdf]

3. Office of Minority Health of the U.S. Department of Health and Human Services: National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care, Federal Register 65 (247), 80865–80879, 2000

Kontaktná adresa

PhDr. Daniela Kállayová, PhD.

TU v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra verejného zdravotníctva

Hornopotočná 23, 918 43 Trnava

E-mail: dmarcin@truni.sk

ADJUSTÁCIA NA CHOROBU AKO MEDIÁTOR VO VZŤAHU MEDZI ÚNAVOU A PSYCHICKÝM DISTRESOM U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

Nagyová I. [1-3], Benka J.[1], Macejová Ž.[4], van Dijk J.P.[1,5]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

[3] Slovenská asociácia verejného zdravia – SAVEZ

[4] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, III. Interná klinika

[5] University of Groningen, UMCG, Dept. of Social Medicine, Groningen, Holandsko

Úvod

Reumatoidiná artritída (RA) je chronické autoimunitné ochorenie charakterizované zápalom kĺbov, stratou mobility a progresívnym zhoršovaním funkčného stavu. Typickými symptómami choroby sú opuch a stuhnutosť kĺbov, spojené s ich postupnou deštrukciou a deformáciou (Wolfe et al. 1991). Etiológia ochorenia je málo známa, priebeh ochorenia u konkrétneho jedinca je nepredvídateľný. Liečba sa sústreďuje na zvládanie symptómov a priaznivé ovplyvnenie zápalového procesu s cieľom zachovať maximálnu možnú funkčnú schopnosť jedinca (Kelley et al. 1997).

Ako iné chronické ochorenia RA môže viesť k vážnej sociálnej a psychologickej dysfunkcii, čo má veľký vplyv na celkovú kvalitu života pacienta ako aj jeho/jej rodiny (Strating et al. 2006, Smedstad et al. 1996). Reumatoidná artritída je choroba spôsobujúca neistotu v mnohých oblastiach každodenného života - práca, rodina, sociálne vzťahy, voľnočasové aktivity. Konfrontovanie s neistotou, ohrozením a nejednoznačnosťou určitej situácie u ľudí obyčajne vyvoláva pocity depresie a anxiety (Krol et al. 1993). Zdrojom psychického distresu (operacionalizovaného ako depresia a anxieta) u pacientov s RA je charakter chronickej choroby, možnosť invalidizácie a každodenné skúsenosti s bolesťou, únavou a obmedzením pohyblivosti. Konzervatívne odhady, ktoré sa opierajú o zistenia 'gold standard' metodík, hovoria o prevalencii depresie u RA pacientov na úrovni 13% - 20%, pričom táto úroveň sa pohybuje v závislosti od sociodemografických charakteristík danej populácie (Creed 1990). Všeobecne je možné konštatovať, že pacienti s reumatoidnou artritídou sú vystavení vyššiemu riziku výskytu depresie ako bežná populácia (Dickens 2001).

Predchádzajúce výskumy ukázali, že adjustácia na chorobu môže zohrávať dôležitú úlohu pri zmiernení negatívnych dôsledkov choroby na emocionálne prežívanie pacientov (Stephens et al. 2002). Podľa Skevington et al. (1993) narastajúci počet štúdií naznačuje, že presvedčenia, ktoré pacienti majú o schopnosti zvládať symptómy spojené s chorobou sú kľúčovými pri vyrovnávaní sa s bolesťou. Podľa Beckham et al. (1994) presvedčenia o kontrole nad symptómami boli spojené s lepšou adjustáciou na chorobu a následne nižšou úrovňou anxiety a depresie. V tejto súvislosti, kognitívno-behaviorálne modely chronickej choroby zdôrazňujú dôležitosť presvedčení pacientov ako mediátorov emocionálnych a behaviorálnych odpovedí na stres spôsobený chorobou (Flor a Turk 1988).

Cieľom tejto štúdie bolo preskúmať potenciálny mediačný vplyv adjustácie na chorobu vo vzťahu medzi únavou a psychickým distresom v skupine pacientov s včasnou a pokročilou RA.

Metódy

Vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 268 pacientov, ktorí spĺňali ARA kritériá pre RA (Arnett et al. 1988), nemali súčasne iné závažné chronické ochorenie, a nepatrili do IV. triedy ARA funkčnej klasifikácie (Steinbrocker et al. 1949). Zber dát prebiehal v reumatologických ambulanciách v Košickom a Prešovskom kraji v rokoch 2004-2006. Dáta boli zbierané v rámci štruktúrovaného interview v trvaní 1,5 hod, v rámci ktorého RA pacient odpovedal na otázky kladené interviewerom, a taktiež vyplnil niekoľko sebapozudzovacích škál. Pacienti sa zúčastnili výskumu podpísaním informovaného súhlasu. Výskum bol schválený Etickou komisiou Lekárskej fakulty UPJŠ a Fakultnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach.

Metodiky

Meracie nástroje použité v štúdii patria do štandardného súboru mierok vyvinutých v rámci EURIDISS projektu (EURIDISS 1990). Psychický distres bol meraný pomocou dotazníka General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg a Hillier 1979). Adjustácia na chorobu pomocou jednopoložkovej škály General Adjustment to Rheumatoid Arthritis (GARA) (EURIDISS 1990). Únava bola kvanitfikovaná pomocou subškály 'Vitalita' dotazníka Short Form – 36 (SF-36) (Ware et al. 1994). Funkčná disabilita bola klasifikovaná pomocou Health Assessment Questionnaire (HAQ) (Fries 1991). Úroveň prežívanej bolesti bola meraná na subškále dotazníka

Nothingham Health Profile (NHP) (Hunt et al. 1980). Pre stanovenie aktivity ochorenia bol rátaný index DAS-28 (Makinen et al. 2005).

Štatistické analýzy

T-test a test proporcií boli použité na skúmanie rozdielov medzi pacientmi s včasnou a pokročilou formou RA. Následne, viacnásobná lineárna regresná analýza s metódou "Enter" bola použitá na identifikáciu vysvetlenej variancie psychického distresu pomocou sociodemografických premenných (pohlavie, vek) a klinických premenných (dĺžka trvania ochorenia, aktivita ochorenia), ako aj pomocou škál merajúcich funkčný stav (HAQ), bolesť (NHP-pain) a únavu (SF36-vitality). Štatistické analýzy boli realizované pomocou štatistického softvéru SPSS (Statistical Package for the Social Science) verzia 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Na testovanie mediačného efektu adjustácie na chorobu vo vzťahu medzi únavou a psychickým distresom v skupine pacientov s včasnou a pokročilou RA bol použitý Sobelov z-test.

Výsledky

Deskriptívna štatistika

Výskumný súbor tvorilo 268 pacientov s RA, z toho bolo 111 pacientov s včasnou formou RA (t.j. dĺžka trvania RA menej ako 4 roky, priemerný vek 53,3±12,4 rokov, priemerná dĺžka trvania ochorenia 2,8±1,2 rokov, 74,8% žien) a 158 pacientov s pokročilou formou RA (vek 58,2±10,6 rokov, dĺžka trvania ochorenia 16,1±3,5 rokov, 86,0% žien). Medzi pacientmi s včasnou vs pokročilou RA neboli zistené štatisticky významné rozdiely v sledovaných parametroch s výnimkou HAQ a pohlavia. Pacienti s pokročilou RA mali signifikantne vyššie skóre HAQ indikujúce horší funkčný stav (Tabuľka č. 1). Taktiež, v skupine pacientov s pokročilou RA bolo štatisticky významne viac žien. Signifikantné rozdiely vo veku a dĺžke trvania ochorenia nie sú relevantné, nakoľko iba odrážajú časový aspekt pri delení vzorky na skupinu pacientov s včasnou a pokročilou RA.

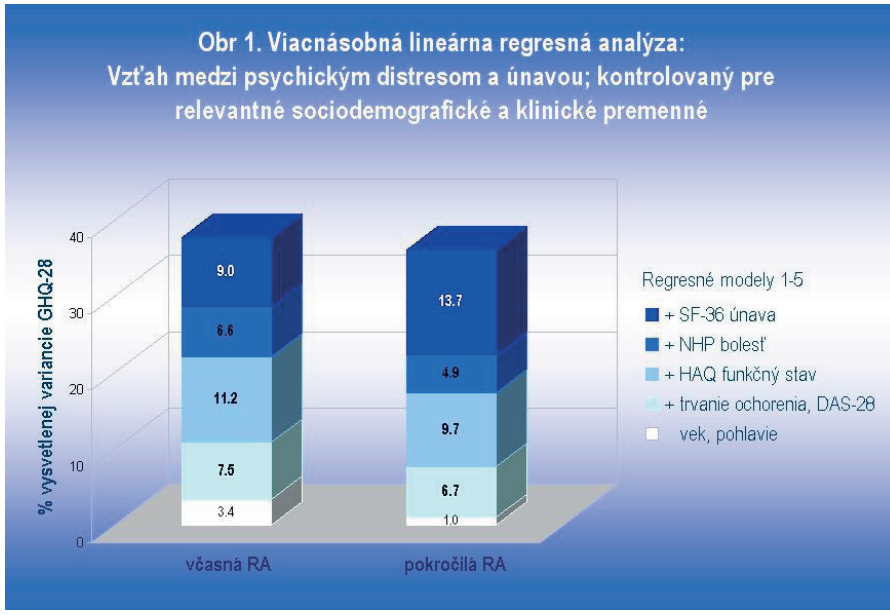
Tabuľka č. 1 Základné deskriptívne charakteristiky vzorky

	Včasná RA	Pokročilá RA	Sign. rozdiel
Vek	53,3±12,4	58,2±10,6	***
Pohlavie (% žien)	74,8%	86,0%	*
Dĺžka trvania ochorenia	2,8±1,2	16,1±3,5	***
DAS-28 aktivita ochorenia	4,0±1,3	4,1±1,4	n.s
HAQ funkčný stav	1,2±0,7	1,4± 0,7	*
NHP bolesť	4,6±2,5	4,8±2,6	n.s
SF-36 únava	42,4±18,0	41,5±17,2	n.s.
GARA adjustácia	2,7±0,9	2,6±0,9	n.s.
GHQ-28 distres	55,4± 12,8	54,2± 10,9	n.s.

Pozn. t-test pre dva nezávislé výbery alebo test proporcií boli použité pre testovanie rozdielov medzi dvoma skupinami pacientov, * $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,001$

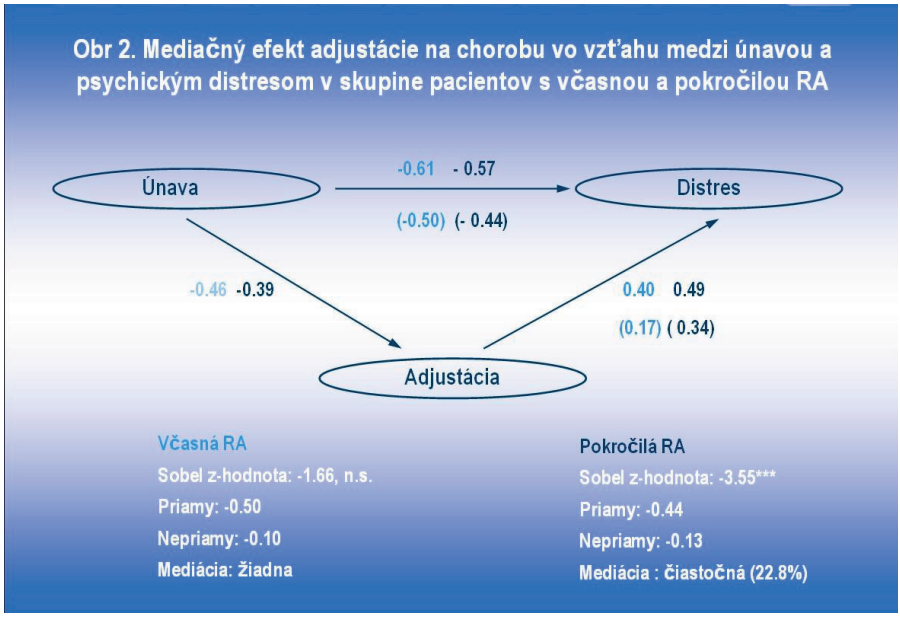
Viacnásobná lineárna regresná analýza

Výsledky viacnásobnej lineárnej regresnej analýzy ukázali, že po kontrolovaní pre vplyv relevantných sociodemografických (vek, pohlavie) a klinických premenných (trvanie RA, DAS-28, HAQ, NHP-bolesť) únava vysvetľovala ďalších 9% variancie GHQ-28 (psychický distres) v skupine pacientov s včasnou RA a 13.7% variancie v skupine pacientov s pokročilou RA (Obr. 1). Celkový model vysvetľoval 38% vs 36% variancie v skupine pacientov s včasnou a pokročilou RA.



Sobelov z-test

Adjustácia na chorobu nebola mediátorom vo vzťahu medzi únavou a psychickým distresom v skupine pacientov s včasnou RA (Sobelova z-hodnota: -1,66, n.s.) (Obr. 2). V skupine pacientov s pokročilou RA sme zistili čiastočný mediačný efekt adjustácie na chorobu (Sobelova z-hodnota: -3,55, $p \leq 0,001$). V tejto skupine priamy vplyv únavy na psychický distres tvoril 77,2% celkového vplyvu, zatiaľ čo nepriamy vplyv (cez adjustáciu na chorobu) tvoril 22,8%.



Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo overiť potenciálny mediačný vplyv adjustácie na chorobu vo vzťahu medzi únavou a psychickým distresom (anxieta a depresia) v skupine pacientov s včasnou a pokročilou RA. Výsledky ukázali, že únava je dôležitým symptómom ovplyvňujúcim anxietu a depresiu RA pacientov, s relatívne vyššou vysvetlenou varianciou v skupine pacientov s pokročilou RA. Z ďalších analýz vyplýva, že v skupine pacientov s včasnou formou RA sú dôležitými vysvetľujúcimi premennými psychického distresu faktory spojené s aktivitou ochorenia (DAS-28) a fyzickým fungovaním (funkčný stav meraný pomocou HAQ), zatiaľ čo v skupine pacientov s pokročilou formou RA tieto premenné sa javia byť menej dôležitými a dôležitejšiu úlohu zohráva únava. Tieto výsledky sú zaujímavé vzhľadom na skutočnosť, že medzi oboma skupinami pacientov neboli zistené štatisticky významné rozdiely v psychickom distrese, únave, bolesti a aktivite ochorenia. Jedinou výskumnou premennou, v ktorej boli zistené signifikanné rozdiely bol funkčný stav. Pričom paradoxne, napriek tomu, že horším funkčným stavom trpeli pacienti s pokročilou RA negatívnejší vplyv mal horší funkčný stav na psychické fungovanie pacientov s včasnou RA.

Naše zistenia sú v súlade so zisteniami predchádzajúcich štúdií, ktoré potvrdili štatisticky významný vzťah medzi bolesťou, depresiou a únavou (Wolfe a Michaud

2009). Taktiež, autori Repping et al. (2007) zistili štatisticky významný vzťah medzi aktivitou ochorenia, funkčným stavom a únavou u pacientov s RA. Zaujímavosťou je, že podobne ako iní autori (Pollard et al. 2006) sme v našej štúdii nezistili štatisticky významný vzťah medzi vekom, dĺžkou trvania ochorenia a únavou, čo naznačuje, že periférne faktory akými je úbytok svalovej hmoty v dôsledku starnutia ani dĺžka trvania ochorenia nezohrávajú úlohu pri vnímaní únavy u pacientov s RA. Z toho vyplýva, že únava u pacientov s RA je pravdepodobne skôr centrálneho pôvodu.

Výsledky Sobelovho z-testu poukázali na dôležitosť adjustácie na chorobu v zmiernení negatívnych dôsledkov únavy na psychický distres, t.j. anxietu a depresiu, u pacientov s pokročilou RA. Vplyv adjustácie na chorobu v skupine pacientov s včasnou RA bol nesignifikantný. Tieto výsledky naznačujú narastajúcu dôležitosť adjustácie na chorobu v priebehu času. V skupine pacientov s kratším trvaním choroby primárnymi faktormi ovplyvňujúcimi psychický distres sú dôležitejšími faktory spojené s fyzickým fungovaním (funkčný stav, aktivita ochorenia), kým v skupine pacientov s dlhším trvaním choroby väčšiu dôležitosť zohrávajú psychologické faktory akými sú únava a prispôsobenie sa chorobe. Zistenia danej štúdie sú v línii so zisteniami predchádzajúcich autorov poukazujúcich na dôležitosť copingu (Connel et al. 1994), presvedčení o schopnosti zvládnuť ťažkosti spojené s vyrovnávaním sa s dôsledkami chronického ochorenia (Revenson a Felton 1989) a adjustácie na chorobu (Bendsten a Hornquist 1994) v zmiernení negatívnych dôsledkov choroby na psychickú pohodu pacientov s RA. Naša štúdia prináša nové svetlo do týchto zistení poukázaním na významnosť časového faktora, ako aj poukázaním na dôležitosť únavy, ktorá je často opomínaným symptómom RA, pre psychický distres pacientov s RA. Výsledky práce naznačuj, že napriek výraznému postupu v medicínskej liečbe, stále ostáva veľký priestor aj pre iné oblasti, ktoré môžu značne napomôcť pri zvládaní tohto chronického ochorenia.

Poďakovanie

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy APVV-20-038305 (20%) a Zmluvy č.APVV-0220-10 (60%). Taktiež, táto práca bola podporovaná Agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ na základe zmluvy č. ITMS: 26220120058 (20%).

Literatúra

1. ARNETT FC, EDWORTHY SM, BLOCH DA, MCSHANE DJ, FRIES JF, COOPER NS, HEALY LA, KAPLAN SR, LIANG MH, LUTHRA HS, MEDSGER TA, MITCHELL DM, NEUSTADT DH, PINALS RS, SCHALLER JG, SHARP JT, WILDER RL, HUNDER GG. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1988;31:315-24.
2. BECKHAM JC, RICE JR, TALTON SL, HELMS MJ, YOUNG LD. Relationship of cognitive constructs to adjustment in rheumatoid arthritis patients. Cognitive Ther Res 1994;5:479-96.
3. BENDTSEN P, HORNQUIST JO. Rheumatoid arthritis, coping and well-being. Scand J Soc Med 1994;2:7-16.
4. CONNELL CM, DAVIS WK, GALLANT MP, SHARPE PA. Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. Health Psychol 1994;13:263-73.
5. CREED F. Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus? Ann Rheum Dis 1990, 9, 808-812.
6. DICKENS C. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology-Oxford,-England 2001,40, 1327-1330.
7. EURIDISS. European research on incapacitating diseases and social support. Int J Health Sci 1990;1:217-28.
8. FLOR H, TURK DC. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. J Behav Med 1988;3:251-65.
9. FRIES JF. The hierarchy of quality-of-life assessment, the Health Assessment Questionnaire (HAQ), and issues mandating development of a toxicity index. Control.Clin.Trials 1991;12:106S-117S
10. GOLDBERG DP, HILLIER VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979;9:159-63.
11. HUNT SM, MCKENNA SP, MCEWEN J, BACKETT EM, WILLIAMS J, PAPP E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. J Epidemiol Commun Health 1980;34:281-6.
12. KROL B, SANDERMAN R, SUURMEIJER T. Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concept, measurement and research. Patient Educ Couns 1993;20:101-20.
13. KELLEY WN, HARRIS ED, RUDDY S, SLEDGE CB. Textbook of rheumatology. W.S. Saunders Company, Philadelphia, 1997.

14. MAKINEN H, KAUTIAINEN H, HANNONEN P, SOKKA T. Is DAS28 an appropriate tool to assess remission in rheumatoid arthritis?. Ann. Rheum.Dis. 2005;64:1410-1413.
15. POLLARD LC, CHOY EH, GONZALEZ J, KHOSHABA B, SCOTT DL. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain,not disease activity. Rheumatology 2006;45:885–889.
16. REPPING-WUTS H, JAAP F, VAN ACHTERBERG T, BLEIJENBERG G, VAN RIEL P. Persistent severe fatigue in patients with rheumatoid arthritis. J Clin Nurs 2007,16, 11C:377-383.
17. REVENSON TA, FELTON BJ. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. J Consult Clin Psychol 1989;57:344-8.
18. SMEDSTAD LM, MOUM T, VAGLUM P, KVIEN TK. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. Scand J Rheumatol 1996;6:377-82.
19. STEINBROCKER O, TRAEGER CH, BATTERMAN RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. J Am Med Assoc 1949;10:659-62.
20. STEPHENS MAP, DRULEY JA, ZAUTRA AJ. Older adults' recovery from surgery for osteoarthritis of the knee: Psychosocial resources and constraints as predictors of outcomes. Health Psychol 2002;21,4:377–83.
21. STRATING MM, VAN SCHUUR WH, SUURMEIJER TP. Contribution of partner support in self management of rheumatoid arthritis patients. An application of the theory of planned behavior. J. Behav. Med. 2006, 29, 51-60.
22. SUURMEIJER TPBM, DOEGLAS DM, MOUM T, BRIANÇON S, KROL B, SANDERMAN R. GUILLEMIN F, BJELLE A, HEUVEL VAN DEN WJA. The Groningen activity restriction scale for measuring disability: Its utility in international comparisons. Am J Public Health 1994;84:1270-331.
23. WARE JE, KOSINSKI M, KELLER SD. SF-36 Physical and mental summary scales: a user's manual, Boston: The Health Institute, 1994.
24. WOLFE F, MICHAUD K. Predicting Depression in Rheumatoid Arthritis: The Signal Importance of Pain Extent and Fatigue, and Comorbidity Arthritis Rheum / Arthritis Care Res 2009, 61, 5: 667–673.

25. WOLFE FW, HAWLEY DA, CATHEY MA. Clinical and health status measures over time: prognosis and outcome assessment in rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1991;18:1290–7.

Kontaktná adresa

Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Lekárska fakulta UPJŠ

Ústav verejného zdravotníctva - Oddelenie sociálnej medicíny

Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

E-mail: iveta.rajnicova@upjs.sk

PREDIKTORY SEBAPOSUDZOVANÉHO ZDRAVIA U PACIENTOV S DIABETES MELLITUS

Linková M.[1], Nagyová I.[1], Katreniaková Z.[1], Rácz O.[2]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav patologickej fyziológie, Košice

Úvod

Kvalita života (quality of life) a sebaposudzované zdravie (self-rated health) sú pojmy, ktoré sa v posledných desaťročiach veľmi často používajú v medicínskom výskume predovšetkým v oblasti hodnotenia kvality zdravotnej starostlivosti o pacientov s chronickými ochoreniami. Chronické ochorenia sa rozvíjajú len pomaly, ale často vedú k rozsiahlym komplikáciám, čo vedie k predčasným úmrtiam a nízkej kvalite života. Preto sa snaha o zlepšenie kvality života stala jedným z cieľov definovaných v stratégie pre riešenie neprenosných ochorení (Katreniaková, 2009).

Hodnotenie samotného pacienta, to ako vníma svoj zdravotný stav a kvalitu svojho života v súvislosti s liečbou je cenným indikátorom, ktorý slúži na porovnávanie rôznych terapeutických postupov, pri zavádzaní nových spôsobov liečby, či zdravotníckej intervencie. Pacientove sebahodnotenia zdravia slúžia v zahraničí ako skríningový nástroj využívania zdravotnej starostlivosti, ako valídny prediktor morbidity, či mortality (Mossey a Shapiro, 1982; Idler a Benyamini, 1997). Mnoho štúdií použilo sebaposudzované zdravie ako vhodný nástroj tiež u diabetikov, pretože diabetes mellitus je chronické ochorenie, ktoré významne ovplyvňuje sebahodnotené zdravie pacientov. Jedna z posledných desaťročných štúdií, bola realizovaná Centrom pre kontrolu chorôb (Centres for Disease Control) v USA, ktorej cieľom bolo hodnotenie sebaposudzovaného zdravia u diabetikov v porovnaní s nediabetickou populáciou (Centers for Disease Control, 2006). Ďalšia 10 ročná štúdia zameraná na hodnotenie SRH u diabetikov prebiehala v Španielsku (Jiménez-Garcia a kol., 2008). Ako uvádza v štúdii McEwen a kol. (2009), zdravie súvisiace s kvalitou života a sebahodnotené zdravie je nástrojom, ktorý umožňuje poskytnúť dôležité informácie o pacientovom zdravotnom riziku a predvídať mortalitu u osôb s diabetom.

Materiál a metódy

V našej štúdii bolo pozvaných k účasti 188 pacientov s ochorením diabetes mellitus 1 a 2 typu (DM 1, DM 2) z diabetologických ambulancií na východnom Slovensku. Zber dát prebiehal u ambulantne liečených pacientov v diabetologických ambulanciách v Košiciach. Výber účastníkov do štúdie prebiehal bez vylučujúcich kritérií, jedinou podmienkou bolo diagnostikované ochorenie DM a mentálna schopnosť odpovedať samostatne na otázky v dotazníku. Informovaný súhlas bol získaný od každého pacienta. Na analýzu sebaposudzovaného zdravia bol použitý jeden z ôsmych parametrov dotazníka prieskumu zdravia Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36) (Ware a Sherbourne, 1992). Išlo o jednopoložkovú škálu, kde pacienti hodnotili svoje celkové telesné zdravie pomocou 5 bodovej stupnice. Odpovedali na nasledujúcu otázku: "Ako by ste hodnotili svoj zdravotný stav všeobecne?" Možnosť odpovede zahŕňali kategórie - výborný, veľmi dobrý, dobrý, uspokojivý alebo zlý (výborný - 5 a zlý - 1). Miera sebaúcty bola meraná dotazníkom Rosenberg´s Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1965), ktorý je široko používaný ako nástroj s cieľom zhodnotiť koncepciu základného pocitu sebahodnoty a sebaúcty u pacientov. Vyššie skóre hodnotenia znamená vyšší stupeň sebaúcty pacienta.

Celková spokojnosť zo životom bola meraná pomocou škály Cantrill´s ladder of life (Cantril, 1965). Ide o škálu vo forme rebríka s jedným všeobecným bodom, kedy sa pýtame respondenta na mieru aktuálnej životnej spokojnosti, ktorá sa pohybuje od 0 bodov (v spodnej časti rebríka, čo naznačuje najhoršie predstaviteľnú kvalitu života) do 10 bodov (v hornej časti rebríka, s uvedením najvyššie predstaviteľnej kvality života). Respondenti odpovedajú na otázku: „Na ktorej priečke rebríka máte pocit, že stojíte v súčasnej dobe?“

Klinické faktory v súvislosti s diabetom zahŕňali určenie typu DM 1 a DM 2, dĺžku trvania diabetu v rokoch. Ďalej pacienti uvádzali, aký druh liečby absolvujú, či ide o diétu, liečbu OAD, alebo liečbu inzulínom. Ako ďalší klinický parameter sme vyhodnotili body mass index (BMI index). Pacientov sme podľa diagnostikovaných mikrovaskulárnych diabetických komplikácií (retinopatie, neuropatie a nefropatie) rozdelili do 4 skupín podľa počtu komplikácií. Taktiež sme hodnotili prítomnosť pridružených ochorení hypertenzie alebo ICHS. Ako ďalší dôležitý klinický parameter u diabetických pacientov sme hodnotili úroveň glykemickej kompenzácie. Vzhľadom k tomu, že úspešná liečba a prevencia diabetických komplikácií závisí vo veľkej miere na individuálnom správaní, tzv. „compliance“ pacienta, do štúdie sme

zaradili otázky týkajúce sa selmonitoringu pacientov. Otázky sa tykali domácej kontroly hladiny glukózy, kontroly hmotnosti a dodržiavania stravovacích odporúčaní.

Dáta boli analyzované pomocou štatistického programu pre humanitné vedy 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Štatistické analýzy sme použili za účelom preskúmať, ako je sebaposudzované zdravie vnímané u diabetikov s rôznymi typmi diabetu, zistiť do akej miery je SRH závislé od sociodemografických faktorov, od klinických faktorov, ktoré sú spojené s diabetom, a od ďalších psychosociálnych a behaviorálnych faktov.

Výsledky

Našej štúdie sa zúčastnilo 145 pacientov s typom DM 2 (priemerný vek 59,2 ± 6,3, mužov 62,1 %) a 43 pacientov s diagnostikovaným typom DM 1 (priemerný vek 45,2 ± 18,6, žien 69,8 %). Priemerná dĺžka trvania ochorenia u respondentov s DM 1 bola 17,1 ± 11,6 roka, u respondentov s DM 2 bola 11,7 ± 8,0 roka. V skupine DM 2 bolo v porovnaní so skupinou DM 1 vyššie percento respondentov, ktorý nemajú zatiaľ prítomné diabetické komplikácie (46,2 %). V skupine DM 1 bola diagnostikovaná kombinácia troch diabetických komplikácii u vyššieho percenta respondentov (20,9 %). Viac ako polovica pacientov s DM 2 (67,6 %) má diagnostikovanú hypertenziu ako komorbiditný faktor a približne 30 % v obidvoch skupinách má diagnostikovanú ICHS.

Viacnásobné regresné analýzy (viď tab. č.1) boli vykonané s cieľom určiť, nakoľko rozptyl závislej premennej SRH u diabetikov 1 a 2 typu bol vysvetlený v jednotlivých oblastiach klinických, psychologických, behavioralnych a sociodemografických faktoroch.

Typ DM 1

V prvom kroku, ktorý zahŕňa sociodemografické faktory je vysvetlených 38% variancie self rated health ($p< 0,001$). V druhom kroku, kde sme do modelu zaradili klinické faktory (trvanie diabetu, typ liečby, BMI index, atď.) bolo vysvetlených ďalších 14 % variancie SRH ($p<0,05$). V kroku tri, po zaradení behaviorálnych faktorov, ktoré sa týkajú selfmonitoringu (selfmonitoring, kontrola telesnej hmotnosti, stravovanie) sa model stal nesignifikantný. V štvrtom kroku sme do modelu zaradili psychologické faktory RSES škálu, spokojnosť s liečbou a Cantrillov rebrík. Tieto faktory vysvetľujú ďalších 14 % variancie SRH u diabetikov 1 typu ($p<0,01$). Vo

finálnom modeli však signifikantné zostali iba faktory satisfaction with treatment (β= 0.34, p<0.05) a Cantrill´s ladder (β= 0,37, p<0,05).

Typ DM 2

U diabetikov typu DM 2 bol prvý krok zahŕňajúci sociodemografické faktory nesignifikantný, vysvetľoval iba 2% variancie SRH. Druhý krok zahŕňajúci klinické faktory bol podobne ako u pacientov s typom DM 1 vysoko signifikantný, vysvetľoval 15 % variancie SRH (p< 0,001). Treti krok obsahujúci selfmonitoring sa aj u diabetikov 2 typu ukázal nesignifikantný. V štvrtom kroku tohto modelu, ktorý zahŕňa psychologické faktory bolo vysvetlených ďalších 14 % variancie SRH (p< 0,001). Vo finálnom modeli u diabetikov typu DM 2 zostali signifikantné faktory počet mikrovaskulárnych komplikácií (β= -0,23, p<0,01), RSES škála (β= 0,22, p<0,05) a Cantrillov rebrík (β= 0,26, p<0,05).

Diskusia

Zámerom našej štúdie bolo opísať vnímanie funkčného zdravia u pacientov s rozličným typom diabetu a skúmať vzťahy medzi sebaposudzovaným zdravím a jeho možnými determinantami u týchto pacientov. Naše výsledky potvrdzujú hypotézu, že vek je silným prediktorom SRH u pacientov s DM 1. U mladších pacientov s DM 1 v našej štúdii sa potvrdilo vnímanie ochorenia ako väčšej hrozby, títo pacienti reportovali nižšie skóre sebaposudzovaného zdravia ako starší pacienti. Podobne výsledky uvádzajú štúdie (Delamater, 2000; Johnson, 1995). Ďalším silným prediktorom SRH sa podľa očakávania potvrdili medicínske premenné a to rovnako u diabetikov 1 aj 2 typu. Tieto výsledky sú pochopiteľné, nakoľko prítomné mikrovaskulárne diabetické chronické komplikácie (retinopatia, neuropatia a nefropatia) predstavujú najväčšiu záťaž s ktorou sa musia pacienti vysporiadať a najviac hendikepujú zdravotný stav. Slepota, diabetická noha, dialýza sú vážnou hrozbou a fatálnym stavom, ktorý ovplyvňuje kvalitu života u diabetikov (Leksell a kol., 2005; Ribu a kol., 2007; Huang a kol., 2007). Rovnako dĺžka trvania ochorenia, u diabetikov DM 2 obezita, a taktiež pridružené ochorenia ako hypertenzia, ICHS, sú faktormi, ktoré sa aj v našej štúdii potvrdili ako premenné výrazne ovplyvňujúce pacientove vnímanie zdravia. Podobné výsledky reportuje štúdia (Hlatky a kol., 2007).

Tab 1. Viacnásobná regresná analýza: vplyv sociodemografických, klinických a psychologických faktorov asociovaných s SRH v oboch skupinách respondentov s DM

		Type 1 DM (n=43)				Type 2 DM (n=145)			
		Adjusted R^2	F-value	β	t-value	Adjusted R^2	F-value	β	t-value
Step 1	Age			-0.40	-1.49			0.04	0.58
	Family status			-0.01	-0.09			-0.02	-0.27
	Gender			-0.01	-0.04			-0.04	-0.57
	Education	0.38	7.58***	-0.01	-0.08	-0.02	0.26 ns	-0.04	-0.53
Step 2	Duration of DM			-0.19	-1.12			-0.08	-1.0
	Type treatment of diabetes			0.05	0.34			-0.12	-1.35
	BMI			0.21	1.27			-0.08	-0.95
	Hyperglycaemic episodes			0.07	0.62			-0.09	-1.04
	Hypoglycaemic episodes			0.21	1.61			-0.05	-0.65
	Microvascular complications			0.01	0.49			-0.23	-2.67**
	Hypertension			0.00	0.02			0.11	1.35
	IHD			0.11	0.82			0.1	1.3
		0.52	2.24*			0.17	5.13***		
Step 3	Self-blood glucose monitoring			-0.08	-0.5			0.09	1.11
	Body weight control			-0.03	-0.23			0.00	0.04
	Diet	0.48	0.25 ns	0.2	1.11	0.18	1.04 ns	0.02	0.23
Step 4	RSES			0.03	0.3			0.22	2.61*
	Satisfaction with treatment			0.34	2.7*			0.07	0.89
	Cantrill's ladder			0.37	2.6*			0.26	3.10**
		0.66	6.2**			0.31	9.37***		

Note:
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ns - non significant

Rozsah faktorov, ktoré môžu byť potencionálnymi prediktormi SRH u diabetikov je určite ešte širší ako skúmame v našej štúdii. Niektorí autori poukazujú na ďalšie faktory a ich vplyv na SRH. U pacientov s typom 1 DM v rámci sociodemografických faktorov bola skúmaná ekonomická a finančná situácia pacientov a jej vplyv na SRH (Camacho a kol., 2002). Ďalej ako významný faktor je uvádzaná sociálna opora resp. sociálna sieť u diabetikov (Eller a kol., 2008). Osamelí ľudia s chýbajúcimi sociálnymi kontaktmi majú v priebehu života niekoľkonásobne vyššiu chorobnosť (Kimáková, 2009). Všetky tieto faktory, takisto ovplyvňujú nemalou mierou kvalitu života pacientov.

U dlhoročných diabetických pacientov, hodnotenie kvality života a monitorovanie faktorov ovplyvňujúcich život s týmto ochorením je viac ako opodstatnené. Myšlienka, že stanovisko pacienta je pri posudzovaní výsledkov liečby rovnako významné ako pohľad lekára, je veľmi legitímna a nemalo by sa na ňu zabúdať (Leplege a Hunt, 1997).

Záver

Zistené výsledky v našej štúdii podporujú užitočnosť terapeutických postupov preferujúcich individuálny prístup k pacientovi. V rámci prevencie vzniku diabetických komplikácií ako významného prediktora zhoršeného sebaposudzovaného zdravia, upozorňujú na dôležitosť dobrej metabolickej kontroly, spolupráce pacienta s lekárom, a dôsledného selfmanažmentu pacientov s diabetom. V neposlednom rade poukazujú na dôležitosť nemedicínskych premenných ako je sebaúcta, či celková spokojnosť zo životom a potrebu holistického prístupu k pacientovi, ktorý by mal diabetológ uplatňovať.

Literatúra

1. CAMACHO, F., ANDERSON, R.T., BELL R.A. et al. 2002. Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. In *Quality of life research* 11(8):783-796.
2. CANTRIL, H. 1965. The Pattern of Human Concerns. New Brunswick, N J: Rutgers University Press.
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) 2006. Self-rated fair or poor health among adults with diabetes-United States, 1996-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 55:1224-1227.
4. DELAMATER, A.M. 2000. Quality of life in youths with diabetes. In *Diabetes Spectrum* 13:42.
5. ELLER, M., HOLLE, R., LANDGRAF, R., MIELCK, A. 2008. Social network effect on self-rated health in type 2 diabetic patients-results from a longitudinal population-based study. In *Int J Public Health* 53:188-194. doi: 10.1007/s00038-0087091-4.
6. HLATKY, M.A., CHUNG, S.C., ESCOBEDO, J. et al. 2010. The effect of obesity on quality of life in patients with diabetes and coronary artery disease. In *American Heart Journal* 159(2):292-300.

7. HUANG, E.S., BROWN, S.E.S., EWIGMAN, B.G. et al. 2007. Patient perceptions of quality of life with diabetes related complications and treatments. In *Diabetes Care* 30(10):2478-2483.
8. IDLER, E.L., BENYAMINI, Y. 1997. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. IN *J Health Soc Behav* 38: 21-37.
9. JIMÉNEZ-GARCIA, R., JIMÉNEZ-TRUJILLO, I., HERNANDEZ-BARRERA, V., CARRASCO-GARRIDO, P. et al. 2008. Ten-year trends in self-rated health among Spanish adults with diabetes, 1993-2003. In *Diabetes Care* 31(1):90-93.
10. JOHNSON, S.B. 1995. Insulin-dependent diabetes mellitus in childhood. In: Roberts MC (ed) *Handbook of Pediatric Psychology*. Guilford, New York, pp 263-85.
11. KATRENIAKOVÁ, Z. 2009. General introduction. In Nagyová I (ed) *Measuring Health and Quality of Life in the chronically ill*. Equilibria Ltd, Košice, pp 13-23
12. KIMAKOVÁ, T. 2009. Vzdelaní sú zdravší. In *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia*. 5(2):43.
13. LEKSELL, J.K., SANDBERG, G.E., WIKBLAD, K.F. 2005. Self-perceived health and self-care among diabetic subjects with defective vision. A comparison betwen subjects with threat of blindness and blind subjects. In *Journal of Diabetes and Complications* 19: 54-59 doi:10.1016/j.jdiacomp.2004.04.002.
14. LEPLEGE, A., HUNT, S. 1997. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 278:47-50.
15. McEWEN, L.N., Kim, C., Haan, M.N. et al. 2009. Are health-related quality-of-life and self-rated health associated with mortality? Insights from Translating Research Into Action for diabetes (TRIAD) In Primary Care Diabetes 3:37-42. doi:10.1016/j.pcd.2009.01.001.
16. MOSSEY, J.M., SHAPIRO, E. 1982. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. In *Am J Public Health* 72: 800-808.
17. RIBU, L., HANESTAD, B.R., MOUM, T., BIRKELAND, K., RUSTOEN, T. 2007. A comparison of the health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers, with a diabetes group and a nondiabetes group from the general population. In *Quality of Life Research* 16:179-189. doi:10.1007/s11136-006-0031-y.
18. ROSENBERG, M. 1965. *Society and the adolescent self-image*. New York: Princeton University Press. Princeton.

19. WARE, J.E. Jr., Sherbourne, C.D. 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In *Med Care* 30(6):473-483.

Kontaktná adresa

MVDr. Marcela Linková

UPJŠ, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva - Oddelenie sociálnej medicíny

Šrobárova 2, 040 01 Košice

E-mail: marcela.linkova@upjs.sk

VZŤAH MEDZI COPINGOVÝMI STRATÉGIAMI A KVALITOU ŽIVOTA U PACIENTOV TRPIACICH SKLERÓZOU MULTIPLEX

Mikula P.[1,2], Nagyová I.[1,2], Chylová M.[1,3], Rosenberger J.[1,2], Vitková M.[4], Szilasiová J.[4], Gdovinová Z.[4], van Dijk J.P.[1,5]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

[3] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a UN L. Pasteura, 1. Psychiatrická klinika, Košice

[4] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a UN L. Pasteura, Neurologická klinika, Košice

[5] University of Groningen, UMCG, Dept. of Social Medicine, Groningen, Holandsko

Úvod

Sclerosis multiplex (SM) je chronické ochorenie, ktoré je charakterizované nepredvídateľným priebehom. Zmeny, ktoré v rámci tejto chronickej choroby nastávajú, postihujú najmä centrálny nervový systém (CNS). Manifestujú sa zmenami v sivej a bielej hmote mozgu a miechy, dochádza k demyelinizácii nervových dráh a následne k poškodeniu axónov. Najčastejšie iniciálne symptómy podľa Havrdovej (2002) zahŕňajú optickú neuritídu, parestézie, motorické problémy horných a dolných končatín, poruchy mozočku, závraty, poruchy močenia a vyprázdňovania, sexuálne problémy, únavu, depresiu, bolesť a kognitívne poruchy (Havrdová, 2002).

SM sa najčastejšie začína prejavovať už na začiatku dospelosti, zhruba od dvadsiateho roku života a postihuje viac ženy ako mužov, a to v pomere 2:1. Etiopatogenéza dodnes nie je objasnená a zatiaľ nejestvuje žiaden liek, ktorý by dokázal túto chorobu úspešne vyliečiť. Priebeh tohto ochorenia je nepredvídateľný a individuálny (Dennison et. al., 2009). Najčastejšia je relaps-remitujúca forma (55-85% chorých), ktorá je charakterizovaná časovo ohraničenými atakmi neurologickej dysfunkcie, ktoré sú nasledované úplnou alebo čiastočnou úpravou neurologického nálezu (Murray, 2006).

Toto ochorenie, podobne ako iné chronické ochorenia, výrazne ovplyvňuje kvalitu života jedinca, počnúc fyzickými, psychickými až po obmedzenia v sociálnej oblasti. Fyzické zneschopnenie sa prejavuje v najjednoduchších úkonoch každodenného

života ako sú obliekanie, prijímanie potravy, kúpanie či cestovanie. Okrem tohto aspektu života, chronické ochorenie ovplyvňuje tiež sociálne fungovanie pacientov. Skôr či neskôr únava a fyzické symptómy môžu ovplyvňovať aj koníčky pacientov alebo ich voľnočasové aktivity. Sociálne vzťahy sú ohrozené kvôli únave a bolesti, ktoré môžu pacientom brániť v sociálnych kontaktoch. Zmeny v schopnosti vykonávať svoje zamestnanie kvôli zhoršujúcemu sa zdravotnému stavu sú pre pacientov s chronickým ochorením obzvlášť nepríjemné. Všetky tieto zmeny vyžadujú psychologickú adaptáciu na zmenenú situáciu. Strach zo straty nezávislosti, z nepochopenia zo strany blízkych alebo zmien v doterajšom fungovaní, vyvolávajú otázky a pochybnosti o psychologickej identite chorého (Nagyová, 2005).

Stres, ktorý je spôsobený zhoršenou kvalitou života zvládajú pacienti najrôznejšími copingovými stratégiami, ktoré môžu byť rôzne úspešné. Coping môže byť definovaný ako konštantne sa meniace kognitívne a behaviorálne snaženia zvládnuť špecifické vonkajšie alebo vnútorné požiadavky, ktoré prekračujú, alebo hrozia prekročiť možnosti na zvládnutie danej situácie. Coping sa zameriava na to, čo osoba práve robí a na čo myslí v stresovej situácii a ako sa tieto myšlienky a behaviorálne snaženia vyvíjajú v priebehu stresovej situácie. Často sa rozlišuje coping zameraný na problém a coping zameraný na emócie (Folkman et. al., 1986). Aj keď sú tieto dva spôsoby ľahko rozlíšiteľné, v skutočnosti sa zvyknú vyskytovať súčasne a často je problematické určiť, ktorý spôsob dominuje. Coping zameraný na emócie môže totižto facilitovať coping zameraný na problém (Carver a Scheier, 1994).

Baker a Berenbaum (2007) uskutočnili výskum kde zistili že ľudia, ktorí si neboli vedomí svojich emócií, mali nižšiu úroveň pozitívnych pocitov, ak preferovali coping zameraný na problém. Zistili tiež že ženy viac využívajú prístup zameraný na emócie než muži, zatiaľ čo tí využívajú viac prístup zameraný na problém. Rozdielne reagovanie na rôzne formy copingu uvádza aj japonský tím autorov Yamasakiho et. al. (2006). Uvádzajú, že v mužskom copingovom procese sa nachádza viac na problém zameraných prvkov ako v prístupe u žien (Yamasaki, et. al., 2006).

Rozdiely v copingu medzi rôznymi vekovými kategóriami ukázali, že mladšie ročníky využívali viac aktívny, na problém zameraný a interpersonálny coping (konfrontáciu, vyhľadávanie sociálnej opory, plánovanie riešenia problémov), ako staršie generácie skúmaných osôb. Starší probandi, ktorých vek sa pohyboval v rozmedzí 65 až 74

rokov, využívali najmä pasívny interpersonálny, na emócie zameraný coping (dištancovanie sa od problému, prijatie zodpovednosti za problém a pozitívne zhodnotenie situácie). Mladší ľudia mali tendenciu vidieť svoj stav ako viac ovplyvniteľný ich vlastným snažením ako starší ľudia (Folkman et. al., 1986).

Cieľom tohto výskumu bolo zistiť, či existuje vzťah medzi copingovými stratégiami, ktoré sú pacienti so SM schopní využívať v záťažových situáciách a ich subjektívne pociťovanou kvalitou života. Očakávame že coping zameraný na problém bude súvisieť s lepšou kvalitou života ako coping zameraný na vyhýbanie. Očakávame tiež, že mladší pacienti a muži budú signifikantne častejšie využívať coping zameraný na problém ako coping zameraný na vyhýbanie.

Materiál a metódy

Skúmaný súbor tvorilo 54 pacientov s diagnostikovanou SM pravidelne vyšetrovaných na Neurologickej klinike LF UPJŠ a UNLP v Košiciach v období od septembra 2010 do apríla 2011. Medicínske a sociodemografické údaje, boli získané zo zdravotných záznamov a prostredníctvom štruktúrovaného interview

Kvalita života bola meraná pomocou dotazníka SF-36 jeho 8 subškál a 2 sumárnych škál (fyzický a mentálny komponent). Fyzický komponent SF-36 tvoria subškály: telesné fungovanie (10 položiek), fyzické roly (4 položky), telesná bolesť (2 položky) a škála všeobecného zdravia (5 položiek). Psychický komponent SF-36 tvoria subškály: vitalita (4 položky), sociálne fungovanie (2 položky), emocionálne fungovanie (3 položky) a škála duševnej pohody (5 položiek). Sumárne skóre SF-36 sa pohybuje na škále 0-100, pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života. Hodnota Cronbachovej alfy pre fyzický komponent SF-36 bola 0,95 a pre mentálny komponent bola táto hodnota 0,94.

Schopnosť využívať rôzne druhy copingu sme zisťovali škálou Coping Self-Efficacy (CSE). Položky tohto dotazníka merajú na 11-bodovej škále tri rôzne druhy copingu: na problém zameraný coping (12 položiek), na emócie zameraný coping (5 položiek) a na vyhýbanie zameraný coping (9 položiek). Vyššie skóre v dotazníku znamená vyššiu schopnosť využívania copingových stratégií. Hodnota Cronbachovej alfy pre tento dotazník bola 0,97.

Na zistenie rozdielov medzi pohlaviami a vekovými skupinami vo využívaní rôznych copingových stratégií bol použitý U-test. Vzťah medzi fyzickou, respektíve psychickou dimenziou kvality života a preferovanými copingovými stratégiami bol analyzovaný pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu.

Výsledky

Popis súboru

Súbor tvorilo 54 pacientov, z toho bolo 46 žien (85,2%). Vek pacientov sa pohyboval od 20 do 56 rokov pričom priemerný vek v celom súbore bol 39,9 rokov, u mužov 44,6 rokov a u žien 39,1 rokov.

Sociodemografické rozdiely

V našej štúdii sme predpokladali že mladší pacienti budú štatisticky významne viac preferovať coping zameraný na problém ako starší pacienti. Tiež sme predpokladali, že muži budú signifikantne častejšie využívať coping zameraný na problém ako ženy. Rozdiely medzi vekovými kategóriami a pohlaviami vo všetkých skúmaných druhoch copingu sú uvedené v tabuľke 1. Ako je z výsledkov vidieť, žiadne rozdiely sa medzi vekovými kategóriami ani medzi pohlaviami nepreukázali.

Tab. 1 Rozdiely vo využívaní rôznych druhov copingu medzi vekovými kategóriami a medzi pohlaviami

	Coping zameraný na problém	Coping zameraný na vyhýbanie
Vek		
Mladší pacienti (20-39 rokov)	28,42	28,71
Starší pacienti (40-59 rokov)	25,83	25,59
p-hodnota	0,543	0,463
Pohlavie		
Muži	28,25	25,56
Ženy	26,78	27,26
p-hodnota	0,817	0,779

Coping zameraný na problém

Hodnota korelácie medzi schopnosťou využívať coping zameraný na problém a fyzickou dimenziou kvality života preukázala slabší vzťah než sme pôvodne očakávali. Okrem korelácie s celkovým fyzickým komponentom, signifikantná korelácia sa ukázala iba pri škálach fyzické roly a všeobecné zdravie. Hodnota korelácie psychických škál s copingom zameraným na problém preukázala pomerne silný vzťah vo všetkých čiastkových škálach a taktiež v celkovom psychickom komponente. Korelačné koeficienty medzi kvalitou života a copingom zameraným na problém sú uvedené v tabuľke 2.

Tab. 2 Korelácie medzi škálami SF-36, celkovou fyzickou a psychickou dimenziou a copingom zameraným na problém

SF-36	Pearsonov korelačný koeficient	p-hodnota
Telesné fungovanie	0,22	0,114
Fyzické roly	**0,28**	**0,042**
Telesná bolesť	0,15	0,262
Všeobecné zdravie	**0,29**	**0.030**
Fyzická dimenzia	**0,29**	**0,035**
Vitalita	**0,57**	**0,000**
Sociálne fungovanie	**0,37**	**0,006**
Emocionálne roly	**0,43**	**0,001**
Duševná pohoda	**0,59**	**0,000**
Psychická dimenzia	**0,60**	**0,000**

Poznámka: Štatisticky významné vzťahy sú vyznačené tučným písmom

Coping zameraný na vyhýbanie

Ďalším druhom copingu, ktorý bol skúmaný v rámci tohto výskumu, bolo vyhýbanie sa problému a zabránenie nepríjemným emóciám. Okrem týchto stratégií medzi ne patrí aj odpútanie sa od nepríjemných myšlienok, teda zabránenie negatívnym javom ako v emocionálnej, tak kognitívnej sfére. Súhrnne sme tento spôsob nazvali vyhýbanie a predpokladali sme negatívnu koreláciu s kvalitou života. Avšak negatívny vzťah sa nepreukázal. Fyzický komponent síce nepreukázal koreláciu ale coping zameraný na vyhýbanie pomerne silne pozitívne koreloval so všetkými škálami sýtiacimi psychický komponent kvality života a aj samotný celkový komponent. Výsledky zobrazuje tabuľka 3.

Tab. 3 Korelácie medzi škálami SF-36, celkovou fyzickou a psychickou dimenziou a copingom zameraným na vyhýbanie

SF-36	Pearsonov korelačný koeficient	p-hodnota
Telesné fungovanie	0,14	0,301
Fyzické roly	0,26	0,053
Telesná bolesť	0,16	0,234
Všeobecné zdravie	0,25	0,062
Fyzická dimenzia	0,23	0,085
Vitalita	**0,57**	**0,000**
Sociálne fungovanie	**0,42**	**0,002**
Emocionálne roly	**0,42**	**0,002**
Duševná pohoda	**0,63**	**0,000**
Psychická dimenzia	**0,63**	**0,000**

Poznámka: Štatisticky významné vzťahy sú vyznačené tučným písmom

Diskusia

Sociodemografické rozdiely

Prvým bodom nášho skúmania boli rozdiely medzi vekovými kategóriami a pohlaviami vo využívaní rôznych druhov copingu. Rozdiel medzi staršími a mladšími sa nepreukázal, čo je v rozpore s prácou Folkmanovej et. al. (1986). Môže to byť zapríčinené tým, že životný vývin je pozmenený situáciou chronického ochorenia a že to, čo platí pre zdravú populáciu, nemusí platiť pre chronicky chorú. Všetci pacienti v skúmanom súbore, tak mladší ako starší, prechádzajú rovnakým chorobným procesom, ktorý do veľkej miery ovplyvňuje ich život a je možné, že bez ohľadu na ich vek, využívajú v rovnakej miere aj podobné stratégie na zvládanie problémov.

Čo sa týka pohlavia, muži podľa výsledkov v tomto súbore, nevyužívajú štatisticky významne viac coping zameraný na problém ako ženy. A taktiež ženy nevyužívajú štatisticky významne viac coping zameraný na emócie, ako uvádzajú napríklad Yamasaki et. al. (2006). Vysvetlenie môže byť podobné ako v prípade podobných výsledkov medzi vekovými kategóriami. Pacienti so SM v skúmanom súbore, či už sú to muži alebo ženy, sa nachádzajú v podobnej situácii, na zvládnutie ktorej využívajú podobné stratégie a teda ich využívanie nie je determinované pohlavím

alebo vekom, keďže dominantnou premennou je pravdepodobne situácia chronického ochorenia.

Coping zameraný na problém

Výsledky našej štúdie naznačujú, že medzi copingom a kvalitou života u pacientov so SM existuje vzťah a to najmä v rámci psychickej dimenzie kvality života.

Na základe výsledkov možno povedať, že medzi schopnosťou využívať coping zameraný na problém a fyzickou dimenziou kvality života je slabší vzťah. Vysvetlenie, prečo tomu je tak, aj napriek tomu, že Carver et. al. (1994) a Howertonová a Van Gundyová (2009) uvádzajú tento druh copingu ako účinnejší než iné druhy copingu, môže tkvieť v tom, že coping zameraný na problém je účinný v situáciách, ktoré sa dajú zmeniť. Pacienti trpiaci SM však musia čeliť chronickému ochoreniu, na ktoré doteraz neexistuje liek, ktorý by túto chorobu dokázal úplne vyliečiť. Je možné, že zameriavanie sa na problém a vymýšľanie stratégií, ako ho úspešne čo najskôr vyriešiť je v prípade chronického ochorenia kontraproduktívne. Carver et. al. (1989) v jednom zo svojich predchádzajúcich výskumov polemizovali o využívaní tohto druhu copingu v rôznych situáciách. Tie, ktoré sa dajú zmeniť, sú podľa ich názoru úspešnejšie zvládané na problém zameraným copingom a tie, ktoré sa vyriešiť nedajú, sú podľa nich úspešnejšie zvládané na emócie zameraným copingom. Náš výsledok skôr súhlasí s touto skoršou prácou autorov, pretože sa jedná o špecifickú situáciu chronického ochorenia, ktoré sa nedá úplne vyliečiť. Pri skúmaní psychickej dimenzie kvality života a jej súvislosti so schopnosťou využívať na problém zameraný coping bol zistený silný vzťah medzi uvedenými premennými. Možno usúdiť že keď pacienti používajú coping zameraný na problém, zlepšuje sa ich kvalita života po psychickej stránke. V tomto prípade sme dospeli k podobným záverom ako Carver et. al. (1994) a Howertonová a Van Gundyová (2009).

Coping zameraný na vyhýbanie

Coping zamraný na vyhýbanie nekoreloval s fyzickou dimenziou kvality života. Preukázal sa však pomerne silný vzťah medzi psychickou dimenziou kvality života a schopnosťou využívať vyhýbanie ako copingovú stratégiu so všetkými škálami, ktoré sýtia psychickú dimenziu, avšak bolo to v opačnom smere, ako predpokladala hypotéza. Môže to znamenať, že častejšie využívanie copingových stratégií vyhýbania súvisí s vyššou kvalitou života v psychickej dimenzii. Vyhýbanie by malo byť podľa predošlých výskumov menej účinné na formovaní psychickej kvality života

ako coping zameraný na problém. Možno to odôvodniť nemožnosťou vlastnými silami zmeniť svoj zdravotný stav. Aj pri dostatočnej medikácii, využívaní cvičenia a zdravej výžive, je SM stále prítomná a pacienti sa jej nemôžu zbaviť aktívnymi krokmi. V tomto prípade môže byť funkčnou obranou voči nepríjemným pocitom aj ignorovanie nepríjemných signálov, ktoré plynú z chronického ochorenia. K podobným výsledkom dospela aj Gorettiová et. al. (2009), ktorí zistili, že copingové stratégie zamerané na vyhýbanie sú v populácii pacientov so SM využívané častejšie ako na problém zamerané copingové stratégie.

Táto štúdia mala svoje silné, ale aj slabšie stránky. Porovnávanie skupín podľa pohlavia bolo napríklad limitované nízkym počtom mužov zaradených do výskumu. Nepomer je zapríčinený viacerými dôvodmi. Jedným z nich je pomer, v akom postihuje SM mužov a ženy a ten je 1:2. Ďalším dôvodom bola nižšia ochota mužov participovať na našom výskume v porovnaní so ženami. To môže ovplyvniť možnosť zovšeobecniť výsledky v rámci celej populácie pacientov so SM. Štúdia je však prínosná tým, že poukazuje na možnosť využívania copingových stratégií, ktoré sú často vo všeobecnej populácii neadaptívne. Taktiež poukazuje na to, že populácia pacientov so SM je homogénnejšia v oblasti vyrovnávania sa so stresom v porovnaní so všeobecnou populáciou.

Výsledky danej štúdie môžu byť využívané pri individuálnych psychologických sedeniach s pacientmi, prípadne v rámci edukačnej činnosti v kluboch SM, kde sa môžu pacienti učiť ako zvládať stres z diagnózy a disability zameriavaním sa na okolnosti, ktoré môžu ovplyvniť a obmedzením riešenia problémov, ktoré zo svojej pozície zmeniť nemôžu. Taktiež môže byť základom pre individuálnu terapiu, kde terapeut s pacientom budú spoločne selektovať oblasti života, ktoré sa oplatí riešiť a naopak, ktoré nemožno meniť, čo môže pacientom pomôcť eliminovať mnoho frustrujúcich situácií.

Záver

Coping má pozitívny vplyv najmä na psychickú dimenziu kvality života u pacientov so SM. Fyzická dimenzia nemusí byť preferovaným druhom copingu veľmi ovplyvnená. Pri skúmaní rozdielov v schopnosti využívať coping medzi pohlaviami a vekovými skupinami mladších a starších pacientov sme nezistili žiaden signifikantný rozdiel indikujúci rovnaké vzorce copingu v rámci celej populácie pacientov so SM.

Poďakovanie

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy APVV-20-038305 (20%) a Zmluvy č.APVV-0220-10 (60%). Taktiež, táto práca bola podporovaná Agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ na základe zmluvy č. ITMS: 26220120058 (20%).

Literatúra

1. BAKER, J.P., BERENBAUM, H. 2007. Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. In Cognition and Emotion. Vol. 27, no. 1, p. 95-118.
2. CARVER, C.S., SCHEIER, M.F. 1994. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. In Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 66, no. 1, p. 184-195.
3. CARVER, CH. S., SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, J.K. 1989. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. In Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 56, no. 6, p. 267-283.
4. DENNISON, L., MOSS-MORRIS, R., CHALDER, T. 2009. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. In Clinical Psychology Review. Vol. 29, no. 2, p. 141-153.
5. FOLKMAN, S., et. al. 1986. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. In Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 50, no. 3, p. 571-579.
6. GORETTI, B. et. al. 2009. Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. In Neurological Sciences. Vol. 30, no. 1, p. 15-20.
7. HAVRDOVÁ, E. 2002. Roztroušená skleróza. Praha: TRITON, 2002. 108 s.
8. HOWERTON, A., VAN GUNDY, K. 2009. Sex differences in coping styles and implications for depressed mood. In International Journal of Stress Management. Vol. 14, no. 4, p. 333-350.
9. MURRAY, T.J. 2006. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. In British Medical Journal. Vol. 332, no. 7540, p. 525-527.
10. NAGYOVÁ, I. 2005. Self-rated health and quality of life in Slovak rheumatoid artritis patients. PhD Thesis. University of Groningen. The Netherlands; http://irs.ub.rug.nl/ppn/274118556, p. 10-13.

11. YAMASAKI, K., SAKAI, A., UCHIDA, K. 2006. A longitudinal study of the relationship between positive effect and both problem and emotion-focused coping strategies. In Social Behavior and Personality. Vol. 34, no. 5, p. 499-510.

Kontaktná adresa
Mgr. Pavol Mikula
UPJŠ, Lekárska fakulta
Ústav verejného zdravotníctva - Oddelenie sociálnej medicíny
Tr. SNP 1, 040 11 Košice
E-mail: pavol.mikula@centrum.sk

SEKCIA 3

SO ZDRAVÍM SÚVISIACE RIZIKOVÉ SPRÁVANIE A VYBRANÉ LEGISLATÍVNE OPATRENIA

PRIEREZOVÁ ŠTÚDIA POSTOJOV, NÁVYKOV A INFORMOVANOSTI O DROGÁCH ŽIAKOV ZŠ VO VEKU 8 – 15 ROKOV NA ÚZEMÍ SLOVENSKA V ŠKOLSKOM ROKU 2009/10

Gallová E., Kállayová D., Kállay A., Kráľová Z., Šramatá M.
TU v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra verejného zdravotníctva, Trnava

Úvod

Otázka závislosti na drogách v súčasnom svete spadá do najdiskutovanejšej tematiky, keďže ohrozuje stabilitu ľudskej spoločnosti. Dnes drogy, legálne či ilegálne, zneužíva veľké množstvo modernej populácie, a čo je horšie, závislosti na drogách prepadá najmä mládež (Campbell, 2003). Drogy zasahujú do podstaty existencie spoločnosti ako takej, narúšajú jej morálne základy, ekonomické väzby, jej právny systém a negatívne ovplyvňujú úroveň verejného zdravia. Stali sa závažným celospoločenským trápením (UV SR, 2009). Slovensko patrí medzi štáty s vysokou spotrebou legálne vyrábaných a predávaných návykových látok a zároveň aj medzi štáty s veľkými spoločenskými a zdravotnými následkami ich užívania (Morgan a Zimmerová, 2003).

Mnohí autori poukazujú na rýchlejší priebeh návyku a závislosti od drogy u nedospelých (Škodáček, 1999). Mládež sa aj preto zaraďuje medzi najzraniteľnejšiu časť obyvateľstva v problematike ochrany pred drogami a ich zneužívaním. Deti vo veku 8 – 15 rokov nadobúdajú mnohé vedomosti a návyky, ktoré odpozorujú od svojich rodičov, súrodencov a priateľov. Taktiež sú veľmi tvárne. Z toho dôvodu je dôležité, aby sme vedeli, čo všetko môže u nich ovplyvniť užívanie návykových látok. Už existujúce štúdie a prieskumy sa však zväčša zameriavajú na mladých ľudí vo veku 15 a viac rokov. Preto cieľom práce je popísať postoje, návyky a mieru informovanosti o drogách u žiakov základných škôl vo veku 8 – 15 rokov vo vybraných slovenských mestách. V neposlednej rade chceme zistiť, či existujú rozdiely v postojoch, návykoch a vedomostiach podľa školského stupňa, pohlavia a mesta.

Materiál a metódy

Práca vychádza z projektu s názvom „Prierezová štúdia postojov, návykov a informovanosti o drogách žiakov ZŠ vo veku 8 - 15 rokov na území Slovenska v školskom roku 2009/10“, ktorej odborným garantom bola Trnavská univerzita a patrila k projektom podporeným z dotačného programu Úradu vlády SR na podporu protidrogových aktivít. Výskum mal charakter prierezovej štúdie. Do štúdie boli zapojení žiaci tretieho až deviateho ročníka (deti vo veku 8 – 15 rokov) základných škôl z 28 miest a obcí celého Slovenska v celkovom počte 3517 žiakov. Po následnom čistení údajov v databáze bolo do komplexnej analýzy zahrnutých 3413 žiakov, čo predstavuje 97% zo všetkých opýtaných.

Prieskum prebiehal dotazníkovou metódou od 31.05.2010 do 11.06.2010. Použitý dotazník bol vytvorený podľa existujúcich štandardizovaných dotazníkov (uverejnených na stránkach Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť) a na základe už overených nástrojov používaných pri hodnotení drogovej problematiky. Zber údajov bol zabezpečený prostredníctvom vyškolených anketárov, ktorí pracovali priamo so žiakmi vybraných škôl. Lokality pre výber žiakov pre dotazníkový prieskum boli určené vopred podľa metodiky prieskumu GYTS (Global Youth Tobbaco Survey). V druhej fáze sa metodikou systematického výberu v rámci týchto škôl vybrali triedy, v ktorých sa vykonal samotný zber dát. Dotazník bol anonymný, respondenti boli oboznámení s faktom, že ich uvedené údaje sa použijú len na účely výskumu. Následne boli žiaci informovaní o obsahu i cieli výskumu a boli im poskytnuté pokyny ako dotazník vyplňovať.

Dotazník sa skladal zo 109 uzatvorených otázok s viacerými možnosťami odpovede, ktoré boli prezentované prostredníctvom 17 tabuliek. Žiakom piateho až deviateho ročníka bol predložený aj druhý dotazník - Test príťažlivosti drogy (Príloha 1b), ktorí obsahuje 8 uzatvorených otázok. Na každú z nich bolo možné si vybrať jednu odpoveď zo štyroch možností, kde vždy prvej možnosti v poradí (v dotazníku označenej ako ,,a)—) sa priraďuje 1 bod a ostatnej (v dotazníku označenej ako „d)—) sa priraďujú 4 body. Na základe tohto bodovania mohli respondenti získať skóre od 8 do 32 bodov. Vo všeobecnosti sú následne opýtaní delení podľa jeho výšky na 3 kategórie. Do prvej sú zaradení respondenti, ktorých skóre dosahovalo hodnoty od 8 do 13 bodov, čo predstavuje žiadnu alebo nízku príťažlivosť drogy, skóre od 14 do 21 bodov, čo poukazuje na miernu príťažlivosť drogy a skóre od 22 do 32 bodov je vysoká príťažlivosť drogy.

Zozbierané údaje boli vyhodnotené pomocou štatistického programu R, pričom sme pri analýze použili proporčný Fisherov alebo Chí – kvadrátový test. Logistickú regresiu sme použili na stanovenie vzťahu medzi návykmi, informovanosťou a postojmi a príťažlivosťou drog, fajčením a konzumáciou alkoholu u žiakov. Za štatisticky významné sme vo všetkých vykonaných štatistických analýzach považovali výsledky na hladine $p \leq 0,05$. Pri regresnej analýze boli zároveň stanovené aj regresný koeficient, hodnota OR a 95 % konfidenčný interval.

Výsledky

Z celkového súboru 3413 žiakov z 28 základných škôl bolo na I. stupni (50,4%) aj na II. stupni (52,2%) viac chlapcov. V rámci jednotlivých krajov Slovenska bolo najväčšie zastúpenie respondentov v Prešovskom kraji (Tab. 1 a Tab. 2)

Tab. 1 Charakteristika súboru podľa školského stupňa a pohlavia

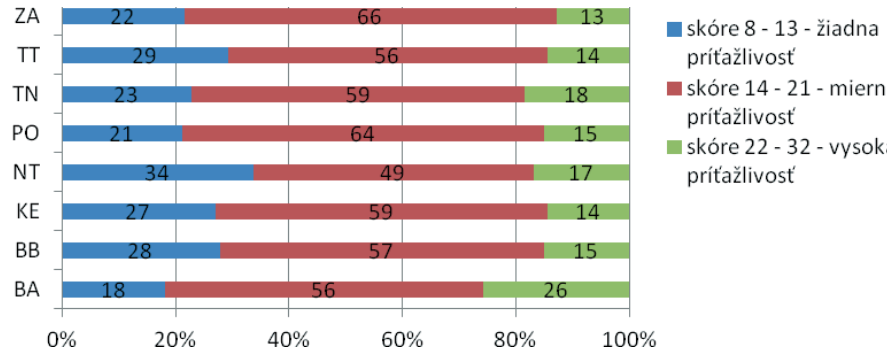
	POHLAVIE		Spolu		P hodnota
Stupeň	Chlapec	Dievča	%	N	
I. st.	50,4	49,6	100	919	P ≤ 0,001
II. st.	52,2	47,8	100	2494	

Tab. 2 Charakteristika súboru podľa školského stupňa a pohlavia

	POHLAVIE		Spolu	P hodnota
KRAJ	Chlapec	Dievča	N	
BA	**69,6**	30,4	125	P ≤ 0,001
BB	50,9	49,1	491	
KE	53,4	46,6	526	
NT	50,8	49,2	193	
PO	51,7	48,3	**949**	
TN	**48,3**	51,7	300	
TT	49,5	50,5	305	
ZA	50,2	49,8	524	

Všetci žiaci druhého stupňa vypĺňali aj „Dotazník príťažlivosti drogy“, ktorý na základe získaného skóre poukázal na náchylnosť k drogám v jednotlivých krajoch. Najvyššiu príťažlivosť k drogám mali žiaci Bratislavského, Žilinského a Prešovského kraja (Graf 1).

Postoj k drogám a k ich užívanie všetci žiaci vyjadrovali súhlasom alebo nesúhlasom k vybraným tvrdeniam o drogách. V uvedenej tabuľke prezentujeme vyjadrenia len na vybrané tvrdenia, ktoré mali štatisticky signifikantný rozdiel medzi súhlasom a nesúhlasom v rámci školského stupňa (Tab. 3).



Graf 1 Príťažlivosť k drogám podľa skóre a kraja (P ≤ 0,001)

Dostupnosť legálnych drog je rôzna podľa školského stupňa, čo potvrdzuje aj štatisticky signifikantný rozdiel možnosti získania vybraných legálnych drog v rámci školského stupňa. Starší žiaci sa oveľa ľahšie dostávajú k pivu, vínu, destilátom alebo cigaretám. Takmer polovica starších žiakov (46,3%) tvrdila, že veľmi ľahko získajú alebo kúpia pivo a skoro tretina ich veľmi ľahko získa alebo kúpi víno (Tab. 4). Nelegálne drogy majú ťažšiu dostupnosť u žiakov základných škôl. Vo veľkej miere dominovala odpoveď neviem posúdiť, z čoho môže vyplývať skutočnosť, že samotní žiaci sa o kúpenie alebo získanie nelegálnej drogy ani nepokúšali (Tab. 5).

Pomocou multivariantnej regresnej analýzy sme zisťovali spolupôsobenie vybraných parametrov na vznik príťažlivosti k drogám v sledovanom súbore žiakov druhého stupňa ZŠ. Závislou premennou bol stupeň príťažlivosti drogy. Pre tých, ktorí získali v teste skóre od 8-13 bodov, drogy nie sú príťažlivé, naopak tých, ktorí získali viac než 14 bodov zaraďujeme do kategórie určitej príťažlivosti k drogám. Respondentov, pre ktorých drogy nie sú príťažlivé sme si kvantifikovali ako 0 a tí žiaci, ktorých sme zaradili do kategórie určitej príťažlivosti k drogám, mali kód 1.

So vzrastajúcou intenzitou fajčenia cigariet (OR = 1,18; CI95 % 1,06 – 1,31) a vzrastajúcou konzumáciou alkoholu žiaka (OR = 1,4; CI95 % 1,22 – 1,62) sa zvyšuje šanca, že sa drogy stanú príťažlivé pre žiaka . Čím viac má žiak vedomostí a marihuane (OR = 1,62; CI95 % 1,42 – 1,85) a vedomosti o lisohlávke (OR = 1,16; CI95 % 1,03 – 1,32), tým sa ich šanca príťažlivosti k drogám zvyšuje. Čím menej

najlepší kamarát fajčí, tým je aj u žiaka (OR = 0,81; CI95 % 0,70 – 0,94) nižšia šanca príťažlivosti drog. Taktiež, čím menej kamaráti konzumujú alkohol, tým klesá šanca príťažlivosti k drogám (OR = 0,8; CI95 % 0,68 – 0,94). S klesajúcou intenzitou konzumácie alkoholu u matky, klesá šanca inklinovania k drogám u žiaka (OR = 0,77; CI95 % 0,65 – 0,90). Ak rodičia nevedia, kde sa syn/dcéra večer nachádza, vzrastá šanca (OR = 1,15; CI95 % 1,01 – 1,32) k príťažlivosti drogy. Ak syn/dcéra nevidí v rodičoch oporu, potom je 1,18 krát vyššia šanca príťažlivosti drog (CI95 % 1,01 – 1,38). Keď žiakovi nezáleží na tom, či sklame rodičov, šanca inklinovať k drogám je 1,24 krát vyššia (CI95 % 1,06 – 1,46) (Tab. 6).

Výsledky regresnej analýzy poukazujú na to, že v porovnaní s Bratislavským krajom (BA), majú žiaci ostatných 7 krajov Slovenska nižšiu šancu príťažlivosti k drogám (Tab. 7).

Tab. 3 Postoj k drogám a ich užívaniu podľa školského stupňa

	St.	Súhlasím (%)	Nesúhlasím (%)	Neviem (%)	N	P hodnota
Užívanie nelegálnych drog môže byť príjemná aktivita	I.	6,2	80,6	13,2	938	P ≤ 0,001
	II.	12,2	71,5	16,3	2526	
Mladí ľudia by nikdy nemali skúšať drogy	I.	84,4	10,4	5,1	938	P ≤ 0,001
	II.	79,1	13,7	7,2	2528	
Užívanie drog je zábava	I.	2,4	89,6	8	934	P ≤ 0,001
	II.	9,3	77,4	13,2	2521	
Každý kto berie drogy to už aj oľutoval	I.	57,1	15,6	27,4	936	P ≤ 0,001
	II.	52,6	19,2	28,3	2515	
Zákony o nelegálnych drogách by mali byť prísnejšie	I.	77,2	8,3	14,5	931	P ≤ 0,001
	II.	75,9	12,5	11,5	2513	
V škole by sa malo učiť o nebezpečenstve brania drog	I.	71,7	14,2	14,2	932	P ≤ 0,001
	II.	73,5	12,8	13,7	2517	
Experimentovaním s drogami človek stráca kontrolu nad svojím životom	I.	74,8	7,5	17,6	901	P ≤ 0,001
	II.	80,5	6,8	12,7	247	

Tab. 4 Dostupnosť legálnych drog podľa školského stupňa

	St.	Veľmi ľahko získam (%)	Ľahko získam (%)	Ťažšie získam (%)	Veľmi ťažko získam (%)	Neviem posúdiť (%)	N	P hodnota
Pivo	I.	20,3	14,9	16	23,9	25	933	P ≤ 0,001
	II.	46,3	25,5	9,5	6,2	12,6	2521	
Víno	I.	13,3	12,3	18,2	29,7	26,6	920	P ≤ 0,001
	II.	33,1	23,5	19,2	9,6	14,5	2510	
Destilát	I.	8	4,3	18,2	39,5	30	920	P ≤ 0,001
	II.	21,6	16,1	22,8	22,1	17,5	2501	
Cigarety	I.	10,8	6,5	15,8	38,3	28,5	918	P ≤ 0,001
	II.	27,3	17,1	16,9	20	18,6	2490	

Tab. 5 Dostupnosť vybraných nelegálnych drog podľa školského stupňa

	St.	Veľmi ľahko získam (%)	Ľahko získam (%)	Ťažšie získam (%)	Veľmi ťažko získam (%)	Neviem posúdiť (%)	N	P hodnota
Marihuana /hašiš	I.	2,5	1,5	7,8	48,1	40	919	P ≤ 0,001
	II.	6,4	5,4	13,6	37,1	37,5	2494	
Kokaín	I.	2,1	2,1	9	46,2	40,7	914	P ≤ 0,001
	II.	3,2	2,7	8,8	39,2	46,1	2498	
Heroín	I.	1,6	1,2	9	45,4	42,7	911	P ≤ 0,001
	II.	3	2,7	9	38,5	46,7	2488	
Sedatíva/lieky na upokojenie	I.	5,4	4,7	12,6	36,3	41	910	P ≤ 0,001
	II.	10,5	11,8	18	24,5	35,2	2488	

Tab. 6 Regresná analýza vybraných parametrov
(závislá premenná – stupeň príťažlivosti drogy)

Parameter	Intenzita	P hodnota	OR	95% CI	
Fajčenie (žiaci)	↑	P ≤ 0,01	**1,18**	1,06	1,31
Konzumácia alkoholu (žiaci)	↑	P ≤ 0,001	**1,40**	1,22	1,62
Vedomosti o marihuane (žiaci)	↑	P ≤ 0,001	**1,62**	1,42	1,85
Vedomosti o lisohlávkach (žiaci)	↑	P ≤ 0,05	**1,16**	1,03	1,32
Kamarát fajčí	↓	P ≤ 0,01	**0,81**	0,70	0,94
Kamarát pije alkohol	↓	P ≤ 0,01	**0,80**	0,68	0,94
Matka pije alkohol	↓	P ≤ 0,01	**0,77**	0,65	0,90
Rodičia vedia kde sa večer nachádzam	nie	P ≤ 0,05	**1,15**	1,01	1,32
Mám vždy u rodičov oporu	nie	P ≤ 0,05	**1,18**	1,01	1,38
Nechcem sklamať rodičov	nie	P ≤ 0,01	**1,24**	1,06	1,46

Tab. 7 Regresná analýza vybraných krajov
(závislá premenná – stupeň príťažlivosti drogy)

Kraj	P hodnota	OR	95% CI	
BA		**1,00**		
BB	P ≤ 0,01	**0,47**	0,27	0,82
KE	P ≤ 0,01	**0,40**	0,23	0,70
NT	P ≤ 0,01	**0,38**	0,21	0,71
PO	P ≤ 0,05	**0,56**	0,32	0,95
TN	P ≤ 0,05	**0,56**	0,32	0,98
TT	P ≤ 0,01	**0,38**	0,21	0,68
ZA	P ≤ 0,01	**0,45**	0,26	0,79

Diskusia

Školský a dorastový vek je jedným z najproblematickejších období v živote ľudí, počas ktorého sa zväčša ustaľuje životný štýl a budujú sa návyky, ktoré následne môžu ovplyvniť ďalší vývin, či priebeh života. V tejto etape života sú deti mimoriadne ovplyvniteľné a náchylné pri vytváraní závislosti na návykové látky (MZ SR, 2007).

Deti siahajú hlavne po drogách, ktoré sú jej dostupné, či už finančne, kultúrne, či inak, ako sú alkohol, tabak, či lieky. Alkohol má medzi týmito psychoaktívnymi látkami výnimočné postavenie, má síce miernejšie účinky oproti iným drogám a závislosť sa vyvíja postupne, no pri nadmernej konzumácii býva nebezpečnejším ako „tvrdé drogy“. K jeho škodlivosti napomáha aj všeobecná akceptácia a už

spomenutá ľahká dostupnosť (Bieliková a Pétiová, 2003). Deti v našom výskume, označili, že sa veľmi ľahko dostanú k pivu, vínu alebo destilátom. Ako už bolo spomenuté, aj fajčenie u detí nepriamo podporuje všeobecne nekritická verejná mienka, s tým spojený nedostatok vzorov a pravdaže opäť aj dostupnosť (Bielková, Pétiová a Druzíková, 2003), čo podporujú i naše zistenia, kde 27 % detí udalo veľmi ľahkú dostupnosť k tabakovým výrobkom. Baramidze, Sturua a Gamkrelidze (2009) uvádzajú, že až 60 % v ich štúdii skúmaných žiakov priznalo ľahký alebo veľmi ľahký prístup k cigaretám. Spomenuté proporcie však nie sú až tak veľmi alarmujúce ako výsledky z prieskumu GYTS z roku 2007 u detí vo veku 13 – 15 rokov, kde až 83,3 % detí, ktoré si chceli kúpiť cigarety v obchode, nebolo odmietnutých pre svoj nízky vek (Access Konzorcium, 2010). Aj štúdia, ktorá bola zameraná na 10 a 11 - ročné detí z 25 pražských základných škôl, ukázala, že polovica detí od 5. triedy bola schopná kúpiť si bez problémov alkohol alebo cigarety, čo aj patrične využívala (Matějček, 2007). Globálny prieskum užívania tabaku u školskej mládeže na Slovensku v roku 2007 poukazuje na to, že viac ako štvrtina žiakov, uviedla prvé experimentovanie s fajčením cigariet pred 10 rokom života. Dostupnosť tabakových výrobkov sa mierne zvýšila. Zatiaľ čo v roku 2003 počet tých, ktorí si kupovali cigarety a neboli odmietnutí pre svoju vek bol 80,3% v roku 2007 bolo toto číslo o niečo vyššie (85%). Výskyt pasívneho fajčenia je pomerne vysoký, 74,5% žiakov žije v dome, kde sa fajčí v ich prítomnosti, u polovice (49,9%) opýtaných fajčí aspoň jeden z rodičov (Baška, 2007).

Zákony platné v Slovenskej republike zakazujú predaj alkoholických nápojov a tabakových výrobkov osobám mladším ako 18 rokov, napriek tomu podľa výsledkov výskumu Pétiovej (2009) denne pije alkoholické nápoje necelé percento opýtaných detí z II. stupňa základných škôl, 10,1 % ho konzumuje aspoň raz týždenne a iba 29,9 % žiakov ZŠ priznalo, že alkohol nekonzumuje, pričom alarmujúce je, že len 12,9 % ho ešte nikdy neochutnalo. Výsledky európskeho prieskumu ESPAD z roku 2007 poukazujú na to, že za posledný mesiac konzumovalo alkohol priemerne 61 % detí vo veku do 15 až 16 rokov a za posledný rok to bolo 82 % detí (Hibell, 2009). Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13 a 15-ročných žiakov slovenských škôl, poukazuje na alarmujúcu situáciu v oblasti zneužívania alkoholu. Približne tretina respondentov vo veku 15 rokov uviedla, že boli opití prvý raz v živote vo veku 13 rokov a menej. Tieto výsledky viac ako dvojnásobne prekračujú priemer z medzinárodného prieskumu HBSC (Baška, 2009).

Výsledky slovenského prieskumu TAD 1- Tabak, alkohol, drogy v kategórii 11- 14 ročných žiakov ukázali, že v porovnaní s rokom 1994 pokleslo percento nadmerných konzumentov alkoholu v rodine, ale od roku 2002 je to stále približne 1/5 dospelých. Zhoršuje sa nepriaznivá situácia u žiakov v oblasti zneužívania alkoholu. Konzumácia piva a vína je približne na rovnakej úrovni, ale zvyšuje sa konzumácia tvrdého alkoholu. Takmer dvojnásobne vzrástol počet 11-14 ročných žiakov v porovnaní s rokom 1994, ktorí si na oslave u kamarátov pripíjajú alkoholom (Nociar, 2006).

Aj vo svete prebehlo množstvo štúdii zameraných na tému užívania alkoholu, fajčenia a nelegálnych drog. Jednou z nich je aj štúdia zameraná na informovanosť, postoje a názory žiakov vo veku 11 – 15 rokov na užívanie drog v Indii, kde bola celková prevalencia užívania drog v danej vekovej kategórii 12,5 % (15,1 % u respondentov v meste a 10,7 % u respondentov z vidieku). Ako vidieť prevalencia bola vyššia u chlapcov ako u dievčat. Takmer polovica mestských aj vidieckych užívateľov drog vyjadrilo snahu prestať so zvykom a okolo 15 % respondentov želanie ho ukončiť. Zo zostávajúcich, 50 % chce pokračovať v danom zvyku a ostatní si neboli istí o ich rozhodnutí ohľadom pokračovania v zneužívaní drog. Väčšina respondentov uviedlo, že sú si vedomých nebezpečenstva z užívania návykových látok, hlavne legálnych, 84,6 % respondentov z mesta a 61,5 % z vidieka vie o nebezpeční z tabaku, 61,5 % mestských a 30,8 % vidieckych respondentov z alkoholu a o nebezpečenstve z marihuany vedelo viac užívateľov z mesta ako z vidieku (57,7 % ku 11,5 %) (Tsering et al., 2010).

Podľa štúdie Národnej zdravotnej služby v Británii nastal pokles v užívaní drog, tabaku a alkoholu medzi deťmi v školskom veku. Proporcia 11 až 15 - ročných detí, ktoré v živote aspoň raz v živote vyskúšalo drogu kleslo z 29 % v r. 2001 na 22 % v r. 2009. Podiel respondentov, ktorí priznali, že už niekedy pili alkohol, sa znížil z 61 % v roku 2003 na 51 % v roku 2009. Avšak najväčší pokles nastal vo fajčení. Keď štúdia v roku 1982 začala až 53 % respondentov uviedlo, že aspoň raz v živote už fajčilo, v roku 2009 klesla proporcia na 29 %. Aj keď tieto výsledky sú podľa Campbella výborné, odborníci upozorňujú, že ešte stále príliš veľa mladých ľudí užíva návykové látky, hlavne staršie deti v danej vekovej skupine. Pre porovnanie, pokým len jedno z 50 – tich jedenásťročných detí uznalo, že vzalo drogu za posledný mesiac, z pätnásťročných to bolo až 15 detí. Podobne v roku 2009 len 3% z jedenásťročných detí uviedlo, že za predchádzajúci týždeň pilo alkohol v porovnaní s 38 % u pätnásťročných (Campbell, 2010).

I keď o drogovej problematike bolo už napísaného veľa a existuje nespočetne veľa prieskumov na túto tému, pri komparácii s našimi výsledkami sme mohli využiť len málo informácii, pretože v prácach boli napr. zvolené iné kritéria pre určenie frekvencie užívania drog a taktiež názory a tvrdenia použité v dotazníku boli špecifické a len ťažko sa porovnávali s inými štúdiami.

V rámci vlastnej kritiky práce považujeme za dôležité podotknúť, že zvolený dotazník bol pre detí I. stupňa náročný a miestami nerozumeli niektorým termínom, avšak tento nedostatok sme sa snažili vyriešiť pomocou vyškolených anketárov, ktorí vopred deti vyzvali, že v prípade nejasností alebo ak nebudú rozumieť zadaniu v dotazníku, aby sa bez strachu, či hanby opýtali. Aj keď považujeme dotazníkovú formu zbierania údajov za najvhodnejšiu pre toto zameranie štúdie, nedá sa úplne vylúčiť skreslenosť výsledkov, nakoľko nie je zaručené, že deti vždy odpovedali pravdivo. Ďalšou limitáciou je, že na Slovensku a aj vo svete bolo len málo štúdií, ktoré sa zameriavali na deti s tak nízkym vekom ako je v tejto práci. Avšak k pozitívam tejto práce patrí, že sme preukázali dôležitosť zameriavať výskum už na deti vo veku od 8 rokov, nakoľko sme dokázali, že už v tomto veku sa deti stretávajú s legálnymi a ilegálnymi drogami a preto považujeme nami zvolený vek za vhodný.

Dospeli sme k názoru, že v skúmaní tejto problematiky by sa malo pokračovať aj v budúcnosti. Typ štúdie, aký sme použili v tejto práci je vhodný, ako príprava a zisťovanie situácie pre intervenčný program, ktorý je potrebný a bol by zameraný na zníženie prevalencie užívania drog u detí a mladistvých na ZŠ, keďže ako nasvedčujú aj naše výsledky doterajšie programy, či projekty neboli účinné. Taktiež je tento typ štúdie vhodný ako pointervenčný prieskum na zistenie, či sa situácia po určitom čase zmenila.

Záver

Zistené výsledky prieskumu ukazujú na fakt, že už deti na prvom stupni základných škôl sú v značnej miere ohrozené drogami. Nielen z tohto prieskumu, ale aj z ostatných štúdii a výskumov vyplýva, že preventívne aktivity intervencie doteraz vykonávané na Slovensku takmer vôbec neviedli k zníženiu výskytu fajčenia, či frekvencie pitia alkoholu u školskej mládeže. Vyriešiť tento, v súčasnosti čoraz viac naliehavý problém nie je vôbec jednoduché, nakoľko sme zistili, že čím viac deti o drogách vedia, čím sú im známejšie, tým sú pre ne príťažlivejšie.

Literatúra

1. ACCESS KONZORCIUM. 2010. Access – správa o projekte, Prístupové stratégie na odvykanie od fajčenia adolescentov [online]. Bratislava : Stop fajčeniu, o.z., 2010. 31 s. [citované 2011-3-3]. Dostupné na internete: http://www.access-europe.com/en/media/ACCESS_Report_Slovakia.pdf.
2. BARAMIDZE, L. – STURUA, L. – GAMKRELIDZE, A. 2009. Tobacco use among georgian schoolchildren; pilot study following criteria of European school project on alcohol and other drug In Georgian Med News [online]. 2009, vol. 176, no. 51 - 6 [citované 2011-1-10]. Dostupné na internete: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19996504.
3. BAŠKA, T.: GYTS Country Report Slovakia, 2007. [online] Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 16 s. [cit. 2010-2-15]. Dostupné na: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/UVZ_Files/Epidemiologia/dokumnty/GYTS_2007_Country_Report.pdf.
4. BAŠKA, T. a kol. 2009. Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC - Slovensko - 2005/2006 [online]. Košice : Equilibria, 2009. 110 s. [citované 2011-1-13]. ISBN 978-80-89284-29-0. Dostupné na internete: http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/Slovakia/HBSC_Slovensko200506.pdf.
5. BIELIKOVÁ, M., PÉTIOVÁ, M. 2003. Drogy a životný štýl mládeže. Bratislava : Ústav informácií a prognóz školstva, 2003. 40 s. ISBN 80 – 7098 – 446 – 5.
6. BIELIKOVÁ, M. – PÉTIOVÁ, M. – DRUZÍKOVÁ, E. 2003. Fajčenie žiakov základných a stredných škôl. Bratislava : Ústav informácií a prognóz školstva, 2003. 40 s. ISBN 80 – 7098 – 736 – 5.
7. CAMPBELL, R. 2003. Tvoje dieťa a drogy. Bratislava : Porta libri, 2003. 171 s. ISBN 80-89067-09-3.
8. CAMPBELL, D. 2010. NHS reports fall in drug, tobacco and alcohol use among schoolchildren [online]. 2010 [citované 2010 – 12 - 1]. Dostupné na internete: http://www.guardian.co.uk/society/2010/jul/22/drugs-alcohol-smoking-school-children.
9. HIBELL, B. et al. 2009. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries [online]. 2009 [citované 2011 – 2 - 24]. ISBN 978-91-7278-219-8. Dostupné na internete: http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf.

10. MORGAN, J. P. - ZIMMEROVÁ, L. 2003. Marihuana mýty a fakta. Praha : Volvox Globator, 2003. 242 s. ISBN 80-7207-463-6.
11. MATĚJČEK, Z. 2007. Co, kdy a jak ve výchově dětí. Praha : Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-325-3.
12. MZ SR. 2007. Európska stratégia pre zdravie a rozvoj detí a adolescentov. Implementácia Európskej stratégie zdravia a vývoja detí a dorastu v Slovenskej republike [online]. 2007 [citované 2009 – 4 - 18]. Dostupné na: http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/7448df727079feacc1257287002dfa1f/$FILE/2007_018.pdf.
13. NOCIAR, A. 2004. Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže. 1. vyd. Bratislava : SAV, 2004. 220 s. ISBN 80-224-0832-8.
14. PÉTIOVÁ, M. a kol. 2009. Konzumácia legálnych a nelegálnych drog u žiakov základných a stredných škôl. Deti, mládež a drogy. Záverečná správa z výskumu [online]. Bratislava : ÚIPŠ, 2009 [citované 2011-1-1]. Dostupné na internete:http://www.uips.sk/sub/uips.sk/images/OddMladezASport/Vyskum/vystupy/deti_mladez_a_drogy.pdf.
15. ŠKODÁČEK, I. 1999. Toxikománia detí a mladistvých na Slovensku. 1. vyd. Bratislava : SAP, 1999. 244 s. ISBN 80-88908-40-X.
16. TSERING, D. et al. 2010. Substance use among adolescent high school students in India: A survey of knowledge, attitude, and opinion [online]. 2010 [citované 2011-1-10]. Dostupné na internete: http://www.jpbsonline.org/article.asp?issn=09757406;year=2010;volume=2;issue=2;spage=137;epage=140;aulast=Tsering.
17. UV SR. 2009. Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012 [online]. 2009 [citované 2010-12-30]. ISBN 978-80-8106-026-7. Dostupné na internete: https://lt.justice.gov.sk/(S(rlak3zrut1l5aqbjzgycx0u0))/Attachment/NPDS912_doc.pdf?instEID=1&attEID=6782&docEID=41911&matEID=1088&langEID=1&tStamp=20090210122144480.

Kontaktná adresa

Mgr. Eva Gallová

TU v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Hornopotočná 23, 918 43 Trnava

E-mail: dmarcin@truni.sk

REGIONÁLNE ROZDIELY V KONZUMÁCII ALKOHOLU U ADOLESCENTOV NA SLOVENSKU

Baška T.[1], Madarasová-Gecková A.[2,3]

[1] JLF UK v Martine, Ústav verejného zdravotníctva, Martin

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

[3] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. psychológie zdravia, Košice

Úvod

Konzumácia alkoholu a s ňou spojené spoločensko-zdravotné dopady predstavujú významný verejno-zdravotnícky problém. Nadmerné pitie alkoholu je rizikovým faktorom nádorových, kardiovaskulárnych, neuropsychiatrických, gastrointestinálnych a iných chronických ochorení. Okrem toho sa podieľa sa významnou mierou na výskyte úrazov vznikajúcich najmä v súvislosti s dopravou, násilným správaním a pod. V európskom regióne, najmä východnej Európe, je podľa oficiálnych údajov najvyššia spotreba alkoholu na svete a s tým súvisiacich zdravotných dopadov (European Status Report on Alcohol and Health, 2010). Jeho konzumácia sa v európskej populácií podieľa na predčasnej strate zdravia 11,6% (17,3% u mužov a 4,4% u žien) a zapríčiňuje 6,5% všetkých úmrtí (11,0% u mužov a 1,8% u žien) (Rehm et al., 2009).

Podľa relevantných odhadov pripadá na Slovensku na každého obyvateľa vo veku 15 rokov a viac ročná spotreba alkoholu zodpovedajúca 13,3 l čistého etanolu (európsky priemer: 12,2 l) (Rehm et al., 2009). Tomu zodpovedajú aj zdravotné dopady: alkohol sa u nás podieľa 13.2% na predčasnej strate zdravia populácie a je príčinou 11,5% všetkých úmrtí (The European health report, 2005). V populácii adolescentov zdravotné dopady pitia alkoholu spočívajú najmä vo zvýšenom riziku úrazov a iných vonkajších príčin poškodenia zdravia, prípadne úmrtí. Tieto sú problémom predovšetkým krajín strednej a východnej Európy. Kým v krajinách západnej Európy sa alkohol podieľa na 29% všetkých úrazov, v strednej Európe je to až 38% a v Rusku dokonca 48% (Zatonski et al., 2008).

Odhaduje sa, že na Slovensku trpí závislosťou na alkohole asi 10,2% mužov a 1,1% žien. Nárazové pitie (definované ako vypitie 60g a viac alkoholu pri jednej príležitosti v priebehu posledného týždňa), ktoré predstavuje osobitné riziko z hľadiska

zdravotných a spoločenských dopadov, sa vyskytuje u nás asi u 15,0% mužov a 2,2% žien (European Status Report on Alcohol and Health, 2010). V tomto zmysle sú znepokojujúce epidemiologické údaje poukazujúce v posledných rokoch na rastúci výskyt pitia adolescentov s cieľom opitia sa, poukazujúceho okrem iného na zvyšujúcu sa spoločenskú toleranciu takéhoto správania sa (Global Status Report on Alcohol, 2004; Farke et al., 2007).

Z hľadiska konzumovaných druhov alkoholických nápojov u dospelej populácie na Slovensku dominujú pivo a destiláty, pričom víno sa pije relatívne zriedkavejšie. Prelínajú sa u nás dve hlavné schémy pitia alkoholu. Prvú z nich, tzv. južný typ, charakterizuje pitie vína ako integrálna súčasť každodenného života a druhú, tzv. severný typ, preferencia destilátov, spojenú s väčším rizikom nárazového pitia a tým aj ťažších stupňov opitosti (European Status Report on Alcohol and Health, 2010; Zatonski et al., 2008). Okrem toho, Slovensko charakterizujú výrazné geografické nerovnomernosti v zdravotnom stave obyvateľstva, prejavujúce sa v pomerne veľkých rozdieloch v štandardizovanej úmrtnosti (Rosičová et al., 2009), ako aj rozdieloch v štandardizovanej úmrtnosti na vybrané ochorenia priamo súvisiace s konzumáciou alkoholu (Rosičová et al., 2011).

Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) je medzinárodný projekt prierezových štúdii sledujúcich zdravie a so zdravím súvisiace správanie školákov vo veku 11, 13 a 15 rokov. V súčasnosti na ňom participuje viac ako 40, prevažne európskych, krajín. Cieľom štúdií je monitorovať zdravie, so zdravím súvisiace správanie školákov v ich sociálnom kontexte a prehĺbiť porozumenie mechanizmov ovplyvňujúcich rozdiely a zmeny v zdraví a rizikovom správaní školákov. Projekt koordinuje v spolupráci s Regionálnou úradovňou Svetovej Zdravotníckej Organizácie pre Európu, Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU) na Univerzite v Edindburghu vo Veľkej Británii a Univerzitou v Bergene v Nórsku (HBSC, 2011).

Cieľom príspevku je analyzovať rozdiely medzi jednotlivými regiónmi Slovenska z hľadiska vybraných ukazovateľov užívania alkoholu u školákov.

Materiál a metódy

HBSC predstavuje prierezovú dotazníkovú štúdiu, ktorá svojím dizajnom umožňuje vytvárať harmonizované dátové súbory umožňujúce porovnávanie medzi krajinami, ale i sledovanie trendov. Údaje sú zbierané formou anonymného dotazníka

administrovaného v školských triedach tímom školených administrátorov. Cieľovou skupinou sú školáci vo veku 11, 13 a 15 rokov.

Pre každý zber údajov je vypracovaný výskumný protokol, ktorý obsahuje teoretické východiská pre jednotlivé cieľové oblasti, povinné moduly dotazníka s podrobnými inštrukciami, požadované procedúry pre vytváranie vzorky, zber údajov a prípravu národnej databázy údajov, pokyny k používaniu medzinárodnej databázy a pravidlá diseminácie.

Vzorka sa vytvára v súlade so štruktúrou vzdelávacieho systému v danej krajine a býva stratifikovaná podľa regiónu alebo typu školy. Cieľom je získať údaje o 11-, 13- a 15-ročných školákoch reprezentatívne pre populáciu v danej krajine. Primárnou jednotkou býva školská trieda.

Na Slovensku sa zber dát uskutočnil v máji až júni 2010 v 106 školách, pričom v každej sa podľa vopred určeného kľúča vykonal zber v jednej triede piateho až deviateho ročníka (t.j. spolu 5 tried). Celkovo sa zúčastnilo 8491 respondentov (79,5% responzibilita). Pre analýzu sme vybrali respondentov vo veku 13 až 15 rokov. Analyzovanú vzorku tvorilo 2573 chlapcov a 2675 dievčat.

Štatistickú významnosť rozdielov medzi regiónmi sme posudzovali porovnávaním 95% intervalov spoľahlivosti príslušných percentuálnych počtov.

Výsledky

Tab. 1 prináša percentuálny výskyt vybraných ukazovateľov konzumácie alkoholu v jednotlivých krajoch u 13 až 15 ročných respondentov.

	Región	Chlapci		Dievčatá	
		%	CI95%	%	CI95%
Pitie alkoholu aspoň raz za týždeň	*Bratislava*	14,9	10,6 - 20,2	5,9	3,3 - 9,5
	Trnava	19,5	14,8 - 24,8	7,8	4,7 - 12,1
	Trenčín	24,6	19,7 - 30,1	18,7	14,7 - 23,4
	Nitra	19,3	15,2 - 24,2	13,8	10,2 - 18,3
	Žilina	27,7	23,4 - 32,5	15,9	12,5 - 19,9
	Banská Bystrica	24,2	19,1 - 30,0	12,0	8,4 - 16,3
	Prešov	24,1	20,2 - 28,4	12,7	9,9 - 16,1
	Košice	21,9	17,3 - 27,1	12,0	8,2 - 16,6
Pitie piva aspoň raz za týždeň	*Bratislava*	10,8	7,1 - 15,5	1,9	0,6 - 4,4
	Trnava	10,7	7,2 - 15,1	1,7	0,5 - 4,3
	Trenčín	18,1	13,8 - 23,1	10,1	7,2 - 14,0
	Nitra	11,6	8,4 - 15,7	2,9	1,4 - 5,6
	Žilina	18,3	14,7 - 22,6	9,8	7,2 - 13,2
	Banská Bystrica	16,8	12,4 - 22,0	4,5	2,4 - 7,6
	Prešov	16,8	13,5 - 20,7	5,8	4,0 - 8,4
	Košice	15,0	11,1 - 19,6	5,1	2,8 - 8,6

Pitie liehovín aspoň raz za týždeň	*Bratislava*	3,9	1,8 - 7,3	1,5	0,4 - 3,9
	Trnava	6,9	4,2 - 10,8	4,3	2,1 - 7,8
	Trenčín	10,8	7,5 - 15,0	6,9	4,5 - 10,3
	Nitra	6,3	4,0 - 9,7	7,5	4,9 - 11,1
	Žilina	11,7	8,8 - 15,4	6,6	4,5 - 9,6
	Banská Bystrica	11,4	7,8 - 15,9	6,3	3,8 - 9,8
	Prešov	9,2	6,7 - 12,3	6,3	4,3 - 8,9
	Košice	11,9	8,5 - 16,2	5,6	3,1 - 9,2
Pitie iných alkoholických nápojov aspoň raz za týždeň	*Bratislava*	6,6	3,7 - 10,6	3,1	1,3 - 6,0
	Trnava	8,5	5,4 - 12,6	6,5	3,7 - 10,4
	Trenčín	10,5	7,2 - 14,6	8,1	5,5 - 11,7
	Nitra	10,2	7,2 - 14,2	9,4	6,5 - 13,3
	Žilina	16,4	12,9 - 20,5	7,7	5,3 - 10,8
	Banská Bystrica	9,1	5,8 - 13,3	6,3	3,8 - 9,8
	Prešov	9,5	7,0 - 12,7	5,7	3,9 - 8,3
	Košice	8,9	5,9 - 12,7	4,8	2,5 - 8,3
Opitosť aspoň raz za posledný mesiac	*Bratislava*	10,9	7,2 - 15,6	11,1	7,6 - 15,6
	Trnava	14,0	10,0 - 18,8	10,8	7,1 - 15,5
	Trenčín	19,7	15,3 - 24,8	13,7	10,3 - 18,0
	Nitra	12,8	9,5 - 17,1	14,8	11,2 - 19,4
	Žilina	24,5	20,4 - 29,1	16,9	13,4 - 20,9
	Banská Bystrica	20,2	15,5 - 25,7	16,2	12,1 - 21,0
	Prešov	17,6	14,2 - 21,5	13,2	10,4 - 16,7
	Košice	19,0	14,7 - 24,0	12,7	8,9 - 17,5
Zvyčajné vypitie dvoch a viac nápojov	*Bratislava*	52	17,2 - 28,3	22,2	17,3 - 27,8
	Trnava	85	26,6 - 38,2	22,8	17,6 - 28,8
	Trenčín	92	26,7 - 37,8	31,8	26,9 - 37,2
	Nitra	77	19,9 - 29,6	30,7	25,7 - 36,3
	Žilina	130	28,7 - 38,3	24	19,9 - 28,5
	Banská Bystrica	68	21,4 - 32,7	20,7	16,1 - 25,9
	Prešov	147	28,6 - 37,5	23,7	20,0 - 27,8
	Košice	78	21,3 - 31,7	20,4	15,6 - 25,9

Z hľadiska situácie u chlapcov, výskyt týždenného pitia alkoholu dominuje v Žilinskom kraji v (27,7%), kým najnižší výskyt bol zistený v Bratislavskom kraji (14,9%). Pitie iných druhov alkoholických nápojov dominuje v Košickom kraji (16,4%) oproti Bratislavskému, Trnavskému, Prešovskému a Košickému kraju, kde ho uvádzala menej ako desatina respondentov. Opitie aspoň raz za mesiac uvádzala asi štvrtina chlapcov v Žilinskom kraji (24,5%), kým v Bratislavskom, Trnavskom a Nitrianskom kraji to bolo len okolo jednej desatiny respondentov. Podobne, zvyčajné pitie dvoch a viacerých nápojov pri jednej príležitosti uviedla asi tretina chlapcov v Žilinskom kraji (33,3%), kým v Bratislavskom kraji menej ako jedna štvrtina (22,4%).

U dievčat dominuje týždenné pitie alkoholu v Trenčianskom, Nitrianskom a Žilinskom kraji, pričom ho uviedlo asi 15% respondentiek, zatiaľ čo Bratislavskom a Trnavskom kraji to bolo menej ako 10%. Týždenné pitie piva uviedla v Trenčianskom kraji asi desatina respondentiek (10,1%) a menej ako 5% v Bratislavskom, Trnavskom a Nitrianskom kraji. Týždenné pitie liehovín je najčastejšie v Trenčianskom, Nitrianskom a Žilinskom kraji, kde ho uviedlo asi 7% respondentiek. Na druhej strane, v Bratislavskom kraji to bolo len 1,5%. Asi desatina respondentiek (9,4%) v Nitrianskom kraji uviedla pitie iných druhov alkoholických nápojov, kým v Bratislavskom kraji len 3,1%. Asi tretina respondentiek (31,8%) v Trenčianskom kraji uvidela zvyčajné vypitie dvoch a viac nápojov pri jednej príležitosti, kým v Banskobystrickom a Košickom kraji len asi jedna pätina.

Neboli zistené signifikanté rozdiely medzi krajmi v týždennom pití piva u chlapcov, vo výskyte opitia sa aspoň raz za mesiac u dievčat. U oboch pohlaví neboli signifikantné rozdiely v týždennom pití vína, ako aj skorej iniciácií pitia a opitia sa (vo veku 13 rokov a menej).

Diskusia

Naše výsledky poukazujú v rámci Slovenska na istý stupeň regionálnej rôznorodosti z hľadiska indikátorov pitia alkoholu u adolescentov. Avšak, zistenia nepotvrdili jednoznačne tradičné rozloženie „kultúry pitia“ u nás. Okrem iných, jednou z príčin môže byť súčasné administratívne členenie Slovenska, ktoré rozdeľuje kraje dominantne v severojužnom smere, pričom sa len čiastočne rešpektujú prirodzené regióny tvoriace historicko-kultúrne jednotky.

Vo väčšine sledovaných ukazovateľov bola zistená situácia rozdielna u dievčat a chlapcov. Poukazuje to na existenciu rodových odlišností vo faktoroch ovplyvňujúcich iniciáciu a rozvoj konzumácie alkoholu, ako aj v charaktere pitia. Z toho vyplýva potreba identifikovania týchto rozdielov a ich rešpektovania v prevencii – intervenčné opatrenia treba špecifikovať v cieľovej populácii chlapcov a dievčat.

Zistenia poukazujú na to, že z hľadiska sledovaných indikátorov je problematický predovšetkým Žilinský región, najmä u chlapcov. U dievčat je okrem toho relatívne nepriaznivá situácia v Trenčianskom a Nitrianskom kraji. Na druhej strane, priaznivá situácia je z tohto hľadiska v Bratislave. Je však potrebné tieto výsledky posudzovať v kontexte aj ostatných faktorov rizikového správania sa. Z tohto hľadiska je dôležité spomenúť relatívne vyšší výskyt užívania nelegálnych návykových látok v Bratislave

v porovnaní s celoslovenskou situáciou (Rozšírenosť užívania drog na Slovensku, 2006; Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku, 2008).

Výsledky tejto analýzy treba považovať predovšetkým ako východisko pre navrhovanie a plánovanie ďalšieho výskumu v danej oblasti, zameraného predovšetkým na ostatné, najmä socioekonomické a demografické faktory. Okrem toho, hľadanie súvislostí medzi indikátormi konzumácie alkoholu u adolescentov a dospelej populácie, ako aj epidemiológiou jej zdravotných dopadov v populácií by umožnilo komplexnejšie poznanie situácie. Opakované vykonávanie prieskumov umožní sledovanie problematiky v čase a tým odlíšenie vplyvu dočasných lokálnych vplyvov od relatívne stabilných kultúrno-historických odlišností.

Celkovo však rozšírená konzumácia alkoholu poukazuje na to, že napriek platnej legislatíve, je alkohol pre adolescentov relatívne ľahko dostupný a pitie v tejto vekovej skupine je u nás spoločensky tolerované. Obmedzovanie dostupnosti alkoholu deťom a adolescentom predstavuje jedno z kľúčových opatrení kontroly alkoholu (Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 2010). Je veľmi účinným nástrojom na zníženie konzumácie ako aj jeho negatívnych spoločensko-zdravotných dopadov.

Autori si dovoľujú vyjadriť poďakovanie Kancelárii Svetovej zdravotníckej organizácii na Slovensku za finančnú pomoc a podporu pri realizácii projektu HBSC.

Literatúra

1. European Status Report on Alcohol and Health 2010. Copenhagen: World Health Organization, 2010.
2. REHM J, MATHERS C, POPOVA S, THAVORNCHAROENSAP, M, TEERAWATTANANON, Y, PATRA, J. 2009. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. Lancet 2009; 373(9682): 2223-2233.
3. The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
4. ZATONSKI W, MANCZUK M, SULKOWSKA U et al. 2008. Closing the health gap in European Union. Warsaw: Cancer Epidemiology and Prevention Division, the Maria Sklodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, 2008.
5. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization, 2004.

6. FARKE W, ANDERSON P. 2007. Binge drinking in Europe. Adicciones. 2007; 19(4): 333-9.
7. ROSIČOVÁ K, MADARASOVÁ GECKOVÁ A, VAN DIJK JP et al. 2009. Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia. Int J Public Health. 2009; 54: 1–9.
8. ROSIČOVÁ K, MADARASOVÁ GECKOVÁ A, ROSIČ M. et al. 2011. Socioeconomic factors, ethnicity and alcohol-related mortality in regions in Slovakia. What might a tree analysis add to our understanding? Health & Place. 2011.
9. Health Behaviour of School-aged Children. A World Health Organization Collaborative Cross-national Study. [cit. 2011-06-20]. Dostupné na internete: www.hbsc.org.
10. Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou. Bratislava: Štatistický úrad SR, 2006.
11. Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku za rok 2007. Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky. Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2008.
12. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2010.

Kontaktná adresa

doc. MUDr. Tibbor Baška, PhD.
JLF UK v Martine, Ústav verejného zdravotníctva
Sklabinská 26, 037 53 Martin
E-mail: baska@jfmed.uniba.sk

MOŽNOSTI REDUKCIE RIZIKOVÝCH MOMENTOV ŠKOLSKEJ DOCHÁDZKY

Kimáková T.[1], Kachlík P.[2]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. hygieny, Košice

[2] Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno, ČR

Úvod

Naša spoločnosť prešla búrlivými politickými a ekonomickými zmenami, ktorých dozvuky sú stále zrejmé. Behom relatívne krátkej časti ľudského života nastal celý rad udalostí, na ktoré sme nútení reagovať, prispôsobovať sa, hľadať riešenia, zaujímať postoje. Posuny v spoločenskej klíme vedú k reflexii v životnom štýle a dotýkajú sa prakticky všetkých populačných segmentov. K už existujúcim rizikovým momentom pribudli nové, súčasné boli modifikované, úroveň iných sa znížila. Niektoré ľudský organizmus dokáže dobre "vstrebať" a tolerovať, k iným je omnoho citlivejší, objavujú sa poruchy jeho funkcie, vážne ohrozenie zdravia a života. Návyky, znalosti a postoje, ktoré človek behom detstva a dospievania získava v rodine, v škole a v okruhu svojich rovesníkov, ho zásadným spôsobom ovplyvňujú po celý život. Popíšme si vybrané riziká životného štýlu podrobnejšie a pripomeňme si ich spojitosť s ľudským zdravím. Príspevok má priehľadový charakter, teda nie je u neho uplatnená klasická schéma členenia, ako pri publikáciách výskumného zamerania. Autori čerpali z uvedených literárnych prameňov a prezentujú zamyslenie nad vybranými rizikovými faktormi životného štýlu detí a mládeže v Českej a Slovenskej republike.

Jadro

Škola je rizikovým prostredím ako pre žiakov, tak pre pedagógov. Začiatok povinnej školskej dochádzky so sebou prináša tri hlavné nebezpečenstvá: šírenie infekčných chorôb, nedostatok pohybu a preťažovanie. Hlavne choroby prenosné kvapôčkovou a fekálno-orálnou cestou v školských kolektívoch dominujú. K ich šíreniu napomáha nedostatočná úroveň vetrania v učebniach, chybné používanie a nedostatočná údržba klimatizačných jednotiek, nízka úroveň osobnej hygieny, disciplíny a spoločenských noriem. (3, 11, 22)

Nedostatok pohybu má na rastúci a vyvíjajúci sa detský organizmus neblahé účinky - objavuje sa nadváha a obezita, oslabenie pohybového a srdcovo-cievneho

aparátu, poruchy nervovo svalovej koordinácie. Situácii napomáha nízky počet hodín telesnej výchovy, časté ospravedlnenia žiakov z pohybových aktivít, horšia dostupnosť mimoškolských pohybovo zameraných krúžkov, preferovanie skôr pasívneho spôsobu života. Najmä v strednom období dospelosti sa u fyzicky oslabených jedincov začnú ohlasovať kardiovaskulárne a onkologické choroby, problémy pohybového systému, diabetes. Nevhodne zvolená a chybne dávkovaná pohybová aktivita môže viesť k mnohým ortopedickým poruchám, napr. klenby nôh a chrbtice. Školská aktovka alebo ťažké športové vybavenie nosené neustále na jednom ramene či v jednej ruke pri chronickej expozícii vedie k bolestiam a deformitám chrbta. Dôležité je tiež správne držanie tela a jeho včasná korekcia, sedenie, ergonomicky vhodný a nastavený nábytok na sedenie, usporiadanie pracovného miesta, a to nielen v škole, ale aj doma a pri záujmovej činnosti. Nevhodný typ a veľkosť lavíc a stoličiek, nedostatočná vzdialenosť očí od monitoru alebo papiera sa tiež podpisujú na kondícii chrbtice. (11, 17, 22, 35)

Dnešná doba kladie obrovské nároky na vnímanie, triedenie a spracovávanie informácií, na flexibilitu a výkon. Nie je preto divu, že prechod z domáceho či predškolského prostredia k školským povinnostiam je pre dieťa stresujúci. Aby neboli živé tkanivá poškodené dlhou záťažou, chránia sa utlmujúcou reakciou. Únava je fyziologickým dôsledkom vykonávanej fyzickej či psychickej činnosti, odpočinok a spánok vedú k obnove síl. Nástup únavy je individuálny, na počiatku školskej dochádzky možno vysvetľovať nové učivo asi 10-15 minút, na jej konci 30 minút, podobne aj na strednej škole. Pozornosť na vysokej škole možno udržať po dobu 45-60 minút. Ak prichádza únava podstatne skôr, ako sme očakávali, môže okrem zdravotných a sociálnych problémov ísť o preťažovanie, teda kumuláciu únavy v cykloch nadmernej práce a nedostatočného odpočinku. (2, 16, 28, 35)

Silným stresorom je všeobecne nezamestnanosť, hlavne dlhodobá. Ak si nemôže absolvent akéhokoľvek typu školy dlhšiu dobu nájsť zamestnanie, chýbajú mu pracovné návyky, existenčné prostriedky, stráca kvalifikáciu a konkurencieschopnosť na pracovnom trhu. Krátkozrakým a nebezpečným východiskom z bludného kruhu môže byť život na dlh, hradený z pôžičiek, eventuálne z drobnej trestnej činnosti. Dôležité sú vhodné rekvalifikačné a motivačné programy, aby sa znížil výskyt osôb, postihnutých dlhodobou nezamestnanosťou. (36, 37, 38, 40)

Predovšetkým u žiakov základnej a strednej školy a u osôb sociálne znevýhodnených sa stretávame s množstvom ďalších rizík, ktoré môžeme súhrnne

označiť ako sociálno-patologické javy. Radíme k nim napr. šikanovanie, syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa, tzv. CAN (Child Abuse and Neglect), závislosti na substanciách a návykových činnostiach, kriminalitu detí a mladistvých, problematické sexuálne chovanie. (4, 8, 9, 21, 26, 29)

V škole sa vyskytuje šikanovanie žiakov v triede, keď sa postihnuté dieťa najprv stáva objektom relatívne nevinných posmeškov, vtipov, ktoré môžu neskôr prerásť v premyslené útoky. Šikanovanie má rôzne formy - od bezkontaktných po kontaktné, od individuálnych po kolektívne, fyzické, psychické, aktívne, pasívne, nepriame a priame. Šikanovať sa môžu rovesníci, pedagóg žiaka, žiak pedagóga, nadriadený podriadeného, kolega kolegu. S rozšírením nových informačných a komunikačných technológií sú zneužívané mobilné telefóny, internet, audio- a videotechnika, objavuje sa pojem "kyberšikanovanie". Nebezpečné je tiež správanie známe ako stalking, teda sliedenie, špicľovanie, prenasledovanie. Páchateľ sleduje vyhliadnutú obeť, porušuje jej práva a súkromie, a to v bežnom občianskom spolunažívaní, ale aj v kyberpriestore. (1, 6, 7, 32, 33)

Ďalšou závažnou sociálnou patológiou je syndróm CAN. Dieťa pri ňom nie je ohrozené len priamymi aktívnymi fyzickými a psychickými útokmi, týrať alebo zneužívať sa dá aj bezkontaktne, nepriamo, ďalej zanedbávaním či odopieraním starostlivosti a neuspokojovaním základných detských potrieb. Obdobne ako šikanovanie sa aj tento fenomén vyskytuje vo všetkých častiach sociálneho spektra, teda nielen v segmentoch sociálne slabých, ale aj materiálne nadštandardne zabezpečených, súvisí so zmenou hodnotovej orientácie spoločnosti, sociálnou nezrelosťou či ignoranciou rodičov, nedostatkom času na rodinu. (2, 7, 9, 18, 21, 27, 34, 37, 39)

Často citovaným problémom je závislostné chovanie. Začiatok 90. rokov minulého storočia predstavoval drogový boom, kedy sa po rokoch zákazov zdvihla obrovská vlna záujmu o všetko, čo nejako súviselo s drogami. Vtedy neexistovala jasne definovaná koncepcia protidrogovej politiky štátu, drogový monitoring, sieť liečebných a preventívnych centier a preventívne opatrenia na školách boli veľmi obmedzené. Samotné vymedzenie pojmu "droga" je problematické. K najvýstižnejším patrí definícia WHO, ktorá všeobecne považuje za drogu akúkoľvek látku, ktorá po prieniku do živého systému dokáže zmeniť jednu alebo viac jeho funkcií - v tomto zmysle chápeme napr. liečivá. Ak pridáme k spomínanému ešte určitý závislostný potenciál a účinky na psychiku, približujeme sa k oblasti látok omamných a psychotropných, teda drog v zmysle návykových látok. V

súčasnosti je užívanie drog medzi deťmi a mládežou pravidelne sledované, a to aj na európskej úrovni (napr. štúdia ESPAD), fungujú rôzne medzirezortné komisie pre prevenciu, terapiu a potláčanie trestnej činnosti, súvisiacej s drogami, sú ustanovení metodici prevencie na základných a stredných školách, pomoc ponúkajú štátne aj neštátne poradenské a liečebné zariadenia. Často sa hovorí o tzv. nelegálnych drogách (napr. konope, opiáty, kokaín, pervitín), ale "bežnou" drogou u nás je alkohol a hneď za ním tabak. Obe sú vysoko spoločensky tolerované (tabak v súčasnosti o niečo menej), rozšírené, ľahko dostupné, s masívnymi účinkami na organizmus, vysokým rizikom závislosti, vysokou individuálnou a spoločenskou nebezpečnosťou. Ich legálny nákup a konzumácia sú možné od 18 rokov, užívajú ich však deti v rannom veku, môžu ich ľahko získať aj napriek hrozbe postihov za ich predaj neplnoletým. Negatívne vzory a návyky deti vidia v svojom blízkom okolí, často vo vlastnej rodine. (5, 10, 16, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 33, 34, 38, 39)

K ďalším často skúšaným a užívaným látkam patrí fetovanie tekutých organických rozpúšťadiel. Jedná sa o náhradnú aktivitu s vysokým zdravotným nebezpečenstvom a ľahkou dostupnosťou. Konzumácia marihuany, halucinogénnych rastlín a húb, tanečných drog (extáza) sa tiež radí k činnostiam, ktoré sú u školákov "in". Závažné je taktiež užívanie liekov bez odporučenia odborníka k vylepšeniu psychického a fyzického stavu, úniku od problémov, zvýšeniu výkonnosti. K epidemiologicky nepriaznivým momentom patrí, že sa dievčatá chovajú v niektorých ohľadoch rovnako rizikovo či rizikovejšie než chlapci, čo môžeme napr. dokladovať v konzumácii tabaku a marihuany. (4, 9, 24, 25, 28)

K relatívne novým fenoménom patria tzv. virtuálne drogy a chovanie, ktoré môže vyústiť v návyk. Nadmerné používanie počítača, internetu, mobilného telefónu, on-line bankovníctva, hranie hier na hracích či výherných automatoch, sledovanie televízie, videa, DVD k takým činnostiam patrí. S návykovými rysmi sa stretávame tiež u chorobného nakupovania, členstva v rôznych sektách, závislosti na práci, sexe, bohatstve, životnom štýle a u porúch príjmu potravy. Významnú úlohu tiež zohráva mediálny tlak a vplyv reklamy, ideál štíhlosti, krásy a mladosti, ktorému podliehajú už deti. (1, 6, 23, 32)

Kriminalita detí a mladistvých je typická ako vidinou prijatia jedinca partiou, dôkazom jeho "schopností", tak okamžitým rozhodnutím, rýchlym využitím príležitosti a bezprostredným ziskom. Bohužiaľ, deti k dosiahnutiu malého zisku volia často krát neadekvátne a značne brutálne prostriedky. K páchaniu takých skutkov vedie sociálna nezrelosť, zlé rodinné pomery, neúcta k hodnotám a ľudskému životu,

stotožnenie reality s prostredím počítačových hier, nezvládnutá panická reakcia, poruchy správania a emócií, tvrdá preferencia materiálnych hodnôt, snaha uplatniť sa a vyniknúť v skupine akýmkoľvek spôsobom. S kriminalitou detí a mladistvých súvisia aj činy sexuálne motivované, opäť niekedy páchané s neprimeranou brutalitou. V prípade sexuálnych problémov ide ďalej o veľmi nízky vek sexuálnych partnerov, prostitúciu, promiskuitu, predčasné tehotenstvo, chýbajúcu či nedostatočnú mieru znalostí o problematike antikoncepcie, legislatívy, prevencii prenosu pohlavných chorôb. Rolu hrá aj bezohľadnosť a nerešpektovanie potrieb a prianí partnera. V poslednej dobe sa hitom medzi mladými ľuďmi stáva nezáväzný sex bez väzby na akýkoľvek ďalší a hlbší vzťah. Ide o momentálne uspokojenie pohlavného pudu bez úvah o partnerstve a rodičovstve. (6, 7, 8, 19, 21, 29)

Významnú kapitolu, súvisiacu s rizikami životného štýlu, predstavuje výživa. Terajšia detská populácia sa stáva stále viac obézna. Zaznamenávame výrazný nepomer medzi príjmom energie a jej výdajom. Procesu napomáha uponáhľaný spôsob života, nedostatok času na konzumáciu jedla, malý denný počet porcií s vysokým obsahom jednoduchých sacharidov a tukov, preferencia rýchleho občerstvenia, sladkej a slanej chute, sedavý spôsob výučby, domácej prípravy i voľnočasových aktivít. Stresové situácie môže dieťa riešiť prejedaním sa, ktoré predstavuje dočasný únik od problémov. Médiá prezentujú štíhle osoby s vypracovanými postavami ako ideály krásy. Tieto názory sú ešte posilňované modelingovými agentúrami a rôznymi súťažami krásy. V dospievaní, kedy sa zásadne menia telesné proporcie (hlavne u dievčat), sa často vyskytuje cielené obmedzovanie či odmietanie stravy. Pocity viny, ktoré sa dostavia po konzumácii jedla, sú sprevádzané očistnými rituálmi (zvracaním, užívaním preháňadiel). Dieťa, ktoré sa nestravuje podľa zásad zdravého spôsobu života, prijíma denne niekoľkonásobne viac sodíka, nasýtených tukov a sacharidov a len ťažko napĺňa odporúčané dávky vápnika, horčíka, železa, vlákniny, prirodzených antioxidantov. Vyvážený spôsob stravovania by mal spĺňať funkciu energetickú, biologickú, estetickú a mal by byť mikrobiologicky nezávadný. (11, 13, 14, 17, 30, 31, 36, 40)

Zanedbateľný nie je ani výskyt alergií v populácii. Zjednodušene sa dá povedať, že každé tretie dieťa a každý desiaty dospelý je alergik. (3, 11, 12, 15)

Alergia (precitlivenosť) súvisí so zmenou reaktivity imunitného systému. Každodenne narastá počet látok označovaných ako alergény, preto je vysoká šanca, že sa s nimi stretneme v bežnom živote. Mnohé z nich majú prirodzený pôvod, ďalšie sú umelé. Alergikom okrem liekov ovplyvňujúcich imunitné reakcie a

s tlmením príznakov môže pomôcť, ak sa problematickým látkam vyhýbajú úplne alebo kontakt s nimi minimalizujú. Kvalitné upratovanie je vítané, ale bolo zistené, že úzkostlivá snaha o čistotu môže byť aj riziková. Samotné čistiace prostriedky sú potenciálne alergény, narušujú rovnováhu prostredí. Istú úroveň mikrobiálneho "zamorenia" imunita normalne potrebuje pre svoju funkciu. Upratovať treba s rozumom, s istým obmedzením silných chemických čistiacich prostriedkov. (3, 11, 12, 15, 17, 31)

Uvedené problémy rozhodne nepredstavujú ucelený a systematický výpočet všetkých rizikových momentov životného štýlu, ide o upozornenie na vybrané z nich. Mnohé z nich sú výrazne preventabilné, čiže ich včasné odhalenie a riešenie spolu ruka v ruke s výchovou ku zdraviu a primárnou prevenciou môžu mnohé pozitívne ovplyvniť a ušetriť značné prostriedky, ktoré by museli byť vynaložené k riešeniu následkov. Harmonická, otvorená a vľúdna rodina, konštruktívny postup v prípade sociálne znevýhodnených občanov, dlhodobá preventívna práca v školstve, zdravotníctve a v ďalších odvetviach sú dôležitými predpokladmi k zmierňovaniu mnohých rizík životného štýlu.

Záver

Je potrebné sa naučiť vnímať zdravie ako dar, ako hodnotu, o ktorú sa musíme starať a rozvíjať ju, ktorá rozhodne nie je samozrejmá. Komplexne zahŕňa zdravie holistická koncepcia, ktorá vymedzuje jeho fyzickú, psychickú a sociálnu stránku, niektoré alternatívne názory uvádzajú ešte stránku duchovnú. Je dôležité, aby si ľudia uvedomili, že akékoľvek hodnoty sú druhoradé a nemôžu si ich naplno užívať, pokiaľ nie sú zdraví.

Poďakovanie

Táto publikácia priamo súvisí s náplňou výskumného zámeru pedagogickej fakulty MU Brno na obdobie 2005-2010 "Škola a zdraví pro 21. století", identifikačné číslo MSM0021622421, vedúceho riešiteľa prof. PhDr. Evžena Řehulku, CSc.

Literatúra

1. BERÁNEK, J. 2009. *Nejste náhodou závislí na internetu ?* c2009 [cit. 17.12.2010]. Dostupné z WWW*:<http://technet.idnes.cz/nejstenahodouzavisli-na-internetu-zkuste-si-jednoduchy-test-p7w-/sw_internet.asp?c=A050330_113519_sw_internet_brz>*.

2. ČÁP, J., MAREŠ, J. 2001. *Psychologie pro učitele.* 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-7178-463-X.
3. DRBAL, C. 2004. *Naše zdraví a jeho otazníky.* Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 1/2004. Praha, 2004. 66 s. ISBN 80-86729-08-7.
4. HOUŠKA, T. 2004. Drogy, školy a prevence. *Učitelské listy,* 2004, roč. 11, č. 3, s. 20. ISSN 0139-5718.
5. CHRISTOPH, F., KUHN F. 2001. *Od návyku k závislosti.* 1.vyd. Praha: Euromedia Group – Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
6. Informační centrum pro mládež. *Patologické hráčství* [online]. c2007 [cit. 5.12.2010]. Dostupné z WWW: *<http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/ socialnepatologickejevy/zavislost-na-patologicke-chorobne-hre>.*
7. Informační centrum pro mládež. *Šikanování* [online]. c2005 [cit. 18.12.2010]. Dostupné z WWW: *<http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/ socialnepatologickejevy/sikana-a-nasili>.*
8. JANÍK, A., DUŠEK, K. 1990. *Drogy a společnost.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 340 s. ISBN 80-201-0087-3.
9. KACHLÍK, P. 2003. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence.* 1. vyd.Brno: PdF MU v Brně, 2003, 63 s. ISBN-.
10. KALINA, K. et al. 2003. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup* 2. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
11. KIMÁKOVÁ, T. 2008. Čo ovplyvňuje naše zdravie ? *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2008, roč. IV, č. 6, s. 120-121. ISSN 1337-2734.
12. KIMÁKOVÁ, T. 2010. Negatívny vplyv pasívneho fajčenia. *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2010, roč. VI, č. 1, s. 88. ISSN 1337-2734.
13. KIMÁKOVÁ, T. 2009. Vláknina. *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2009, roč. V, č. 1, s. 64-66. ISSN 1337-2734.
14. KIMÁKOVÁ, T. 2009. Vzdelaní sú zdravší. *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2009, roč. V, č. 2, s. 43. ISSN 1337-2734.
15. KIMÁKOVÁ, T. 2009. Zloženie tabakového dymu. *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2009, roč. V, č. 6, s. 96-98. ISSN 1337-2734.
16. KŘÍŽ, J. 2004. *Duševní poruchy a poruchy chování u mladistvých*, 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2004. 155 s. ISBN 80-7040-724-7.
17. MACHOVÁ, J. 1993. *Biologie člověka pro speciální pedagogy.* 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1993. 263 s. ISBN 80-04-23795-9.

18. MÁCHOVÁ, J. 1974. *Duševní hygiena rodinného života.* Praha: Avicenum, 1974. ISBN -.
19. MACHOVÁ, J. a kol. 1998. *Výchova ke zdravému životnímu stylu (Základy sexuální výchovy).* 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3.
20. MLČOH, Z. *Děti a alkohol* [online]. c2003- 2009 [cit. 23.12.2010]. Dostupné z WWW:*<http://www.alkoholik.cz/deti_a_alkohol.htm>.*
21. MÜHLPACHR, P. 2001. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001.104 s. ISBN 80-210-2511-5.
22. MUŽÍK, V, KREJČÍ, M. 1997. *Tělesná výchova a zdraví.* 1. vyd. Olomouc : Hanex, 1997. 144 s. ISBN 80-85782-17-7.
23. NEŠPOR, K. *Bažení - craving* [online]. c2007 [cit. 13.11.2010]. Dostupné z WWW: *<http://www.drnespor.eu/cr12.doc>.*
24. NEŠPOR, K. *Drogy* [online]. c2010 [cit. 13.11.2010]. Dostupné z WWW: *<http://www.drnespor.eu/cr19.doc>.*
25. NEŠPOR, K. 2003. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
26. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. 1994. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat.* 2. vyd. Praha : 1994. 159 s. ISBN-.
27. NEŠPOR, K.,CSÉMY, L. 1996. *Léčba a prevence závislostí.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
28. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. 1999. *Jak zůstat fit a předejít závislostem.* 1. vyd.Praha: Portál, 1999. 112 s. ISBN 80-71-78-299-8.
29. NEŠPOR, K., DVOŘÁK, V. 1998. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. 1. vyd. Praha: Armex, 1998. 98 s. ISBN 80-902283-9-9.
30. NEŠPOR, K., FISCHEROVÁ, D., CSÉMY, L. 1996. *FIT IN 2001 PLUS*. 2. vyd. Praha: MŠMT ČR a BESIP, 1996. 119 s. ISBN-.
31. OŠANCOVÁ, K. 1996. *Poradny zdravého životního stylu. Ozdravění výživy.* 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1996. 29 s. ISBN –.
32. PETRÁŠOVÁ, J. 2009. *Virtuální drogy a prevence jejich rizika ve vzorku dětí 2.stupně ZŠ.* Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, fakulta pedagogická, 2009. 74 s. ISBN-. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

33. POKORNÝ, V. et. al. 2001. *Patologické závislosti*. 1. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. 2001. 96 s. ISBN 80-238-6539-4.
34. PRESL, J. 1995. *Drogová závislost.* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 87 s. ISBN 80-85800-25-X.
35. SVÁTEK, J. 1993. *Boj s únavou (aneb Jak přemoci psychické a fyzické vyčerpání).* 1. vyd. Praha : Pokorný, 1993. 147 s. ISBN -.
36. TUČEK, M. 2001. *Evropa na prahu sjednocení : životní úroveň a životní styl ve vybraných zemích východní a západní Evropy.* 1. vyd. Praha : Median, 2001. 219. s. ISBN 80-902847-2-8.
37. VÁGNEROVÁ, M. 1996. *Poruchy adaptace.* 2.vyd. Liberec: TU Liberec, 1996. 73 s. ISBN 80-7083-177-4.
38. VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*.1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 138 s. ISBN: 80-246-1074-4.
39. VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Vývojová psychologie 1.: dětství a dospívání*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
40. WILIAMS, M., YOUNG, I., (Eds.): 1994. *Podpora zdraví dětí a mládeže v Evropě. Výchova ke zdraví ve školách. Příručka pro učitele a další pracovníky s dětmi a mládeží.* 1. vyd. Praha, NCPZ 1994.

Kontaktná adresa

doc. MVDr. Tatiana Kimáková, PhD.
UPJŠ, Lekárska fakulta
Ústav verejného zdravotníctva – Odd. hygieny
Šrobárova 2, 040 01 Košice
E-mail: tatiana.kimakova@upjs.sk

SEKCIA 4

MENTÁLNE ZDRAVIE A KVALITA ŽIVOTA U ĽUDÍ S CHRONICKÝM OCHORENÍM

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTOV S CHRONICKÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI

Kovaničová M., Pálová E.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a Univerzitná nemocnica L. Pasteura, 1. Psychiatrická klinika, Košice

V súčasnosti vedecky tak populárny pojem „kvalita života“ je asi vyjadrením snahy o celospoločenskú humanizáciu a hľadanie ciest zlepšovania životných podmienok človeka v najrôznejších súvislostiach. V medicíne je pojem „kvalita života“ podľa nášho názoru výrazom pre realistický pohľad (event. terapeutická bezmocnosť) na súčasné liečebné možnosti u najrôznorodejších ochorení, a to takých kde liečba nemôže mať charakter kauzálny a terapeutickým úspechom je už aj stabilizácia ochorenia a redukcia symptómov.

Z psychických porúch, u ktorých tento aspekt treba najviac zohľadniť a aktívne pomáhať ho rozvíjať, to sú ochorenia handicapujúce pacienta v jeho pracovných, sociálnych i nakoniec aj sebaobslužných aktivitách.

Z celého spektra psychiatrických porúch k najzávažnejším patria poruchy schizofrénneho okruhu, zastúpenie ktorých sa v populácii pohybuje v rozpätí od 1 – 3%. Tieto poruchy, aj napriek tomu, že súčasné farmakoterapeutické postupy umožňujú zvládnuť závažnú psychopatológiu typickú pre tieto ochorenia, pravidelne narúšajú integritu osobnosti pacienta, jeho schopnosť funkčnej adaptácie, a teda nie zriedkavým dôsledkom ochorenia je plná invalidizácia. Z týchto skutočností vyplýva, že chorý nedokáže viesť plne samostatný život a k zabezpečeniu jeho maximálne dosiahnuteľnej kvality je potrebná kontinuálna starostlivosť presahujúca možnosti zdravotníckeho sektoru. Celosvetovým trendom je rozvoj komunitnej psychiatrie, ktorá podľa Pfeiffera (1996) „vychádza z presvedčenia, že jedným z poslaní kultivovaného ľudského spoločenstva je pomáhať ľuďom, ktorí pre chorobu nie sú schopní sami uspokojovať svoje bežné potreby (hmotné, sociálne i duchovné) tento hendikep vyrovnať a umožniť im zotrvať čo najviac a čo najlepšie v prirodzenom ľudskom spoločenstve a žiť produktívny život porovnateľný so životom ostatnej populácie“.

Súčasné poňatie starostlivosti o duševne chorých vôbec, a zvlášť o pacientov trpiacich psychotickými ochoreniami, sa usiluje o tetralóg. Toto slovo je vytvárané v analógii ku slovu dialóg a má upozorňovať na potrebu partnerskej komunikácie

medzi štyrmi prvkami systému: pacientom, jeho terapeutom, rodinnými príslušníkmi a verejnosťou. Prakticky to znamená, že efektívna liečba je daná nielen úspešným odborným zásahom terapeuta na prijímajúcom pacientovi, ale na účasti všetkých spomínaných zložiek systému. Princíp tetralógu vnáša do tradičnej starostlivosti viaceré zmeny. Ideológia prístupu k pacientovi vychádza z motta „pomocou k svojpomoci" (tzn. hľadania tých zdrojov v pacientovi, ktoré mu umožnia podieľať sa aktívnejšie na zlepšení kvality svojho života). Tiež rola terapeuta sa stáva partnerskejšou, a možno aj civilnejšou, práca s verejnosťou má ťažisko v odbúravaní predsudkov a akceptácii duševne chorých. Zmena prístupu je zjavná aj čo sa týka rodín chorých – tu je cieľom, aby rodič, opatrovník chorého, nebol len tútorom, ktorý zabezpečuje jeho základné potreby, stará sa o dodržiavanie liečebného režimu a rieši často dramatické situácie vznikajúce v spojitosti s duševnou chorobou. Cieľom je hľadať spôsob ako by rodina mohla byť účastná na živote, ktorý je riadený iracionálnym, zvláštnym a často nepochopiteľným prežívaním. Do celkového poňatia starostlivosti o duševne chorých vniesla mnoho zmien „Reforma psychiatrickej starostlivosti" (Hašto J. 1996), ktorá i keď bola neoficiálnym dokumentom sa v praxi začala uplatňovať od 80-tych rokoch. V tej súvislosti sa otvorili aj viaceré otázky o kvalite psychiatrickej liečby z pohľadu inštitucionálneho a personálneho vybavenia, a tiež aj problematika postavenia psychicky chorých v celom systéme zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Rozvíja sa tiež aktivita svojpomocných príbuzenských a pacientských organizácií.

I. Psychiatrická klinika už pätnásť rokov spolupracuje (a aj stimulovala ich vznik a prepojenie na celoslovenskú Ligu za duševné zdravie) s organizáciami tretieho sektora vo východoslovenskom regióne a v zmysle odbornej supervízie sa vždy ochotne podieľala na činnosti miestnych občianskych združení. Spätná väzba od pacientov a rodinných príslušníkov nás utvrdzuje v presvedčení, že organizácie tretieho sektora sú partnerom v starostlivosti o chorých, a nielen nejakou nepodstatnou občianskou aktivitou. V roku 2011 (Bc. Gnothová) sme realizovali prieskum zameraný na hodnotenie sociálneho začlenenia pacientov využívajúcich služby komunitných zariadení typu denného stacionára. Prieskumu za zúčastnilo 76 pacientov vo veku od 18 do 60 rokov (47,4% mužov, 52,6% žien). Prieskum bol realizovaný formou dotazníkového šetrenia. Pre tento účel sme vytvorili 35 položkový dotazník hodnotiaci subjektívnu percepciu sociálnych vzťahov v rodinnom i širšom spoločenskom prostredí. Pri celkovom hodnotení výsledkov súhrnom môžeme usudzovať, že dopad pôsobenia denných pobytových zariadení pre

psychicky chorých prispieva k ich harmonickejšiemu fungovaniu v sociálnych vzťahoch. Z výsledkov vyberáme nasledovné údaje: 69,7% pacientov sa cíti byť pochopený a prijatý okolím, 46,1% nenaráža na predsudky, 61,8% má záujem a navštevuje spoločenské podujatia, 81,6% má koníčky, 21,1% pracuje, 64,5% sa necíti osamelý, 80,3% má priateľov, ktorí sú oporou, 86,8% cíti rodinnú podporu, 72,4% vychádza s rodinou dobre (zle 5,3%), 84,2% nemá pocit izolácie, ale 67,1% má strach z budúcnosti. Prekvapivým zistením bolo, že len 65,8% pacientov bolo informovaných o svojej diagnóze. Zistenia prieskumu sú vzhľadom k obtiažnosti životnej situácie jednotlivých respondentov vcelku optimistické, i keď z vedeckého hľadiska ich musíme hodnotiť len ako ilustratívne, vzhľadom k metodologickým obmedzeniam našej štúdie.

Záverom by sme radi podelili o naše dlhoročné skúsenosti zo spolupráce s organizáciami tretieho sektora, ktoré potvrdzujú opodstatnenosť práce s duševne chorými v teréne, zároveň ale nám umožňujú poukázať na niektoré citlivé body tejto spolupráce, ktorých riešením je práve rozvoj komunitnej psychiatrie.

Kľúčovým prvkom je skutočnosť, že práca s psychicky chorými má svoje špecifiká i riziká.

- Prežívanie a správanie zmenené psychickou poruchou môže byť pre neprofesionála (teda aktivistu občianskeho združenia) ťažko zrozumiteľné.
- Dlhodobý, intenzívny kontakt s narušeným správaním je pre laika psychicky vyčerpávajúci.
- Neprofesionál má často problém udržať si potrebný osobný odstup od pacientov, čo vedie k zahlteniu problémami.
- Motivácia k práci v organizáciách tretieho sektoru je často osobná (tj. nie úplne nezištná), čo môže vytvárať rozpory v opatrovateľskom tíme.
- Vzhľadom na dlhodobosť kontaktu sú interakcie medzi pacientmi intenzívnejšie a dôvernejšie a nie je možné kontrolovať prienik psychopatológie do nich.
- Psychopatologické spektrum je značne široké, čo si vyžaduje diferencovaný prístup.
- Možné obtiažne kontrolovateľné šírenie najrôznejších „ideológií“ medzi pacientmi v postoji k ochoreniu.

Záver

Spomínané postrehy nás vedú k záveru, že v prípade komunitnej starostlivosti o psychicky chorých je nutná:

- odborná supervízia a začlenenie odborníka do tímu
- systematická edukácia spolupracujúcich dobrovoľníkov a aktivistov
- vytváranie multidisciplinárnych tímov integrovaných komunitnou štruktúrou služieb s prepojením na zdravotnícku starostlivosť.

Literatúra

1. HAŠTO, J. a kol. 1996. Reforma psychiatrie z hľadiska potrieb schizofrenikov a ich rodín. In: Reintegrácia psychosociálne postihnutých osôb do spoločnosti. Zborník. Integra. Michalovce, 1996.
2. PFEIFFER, J. 1996. Rozvoj komunitní péče v ČR. In: Reintegrácia psychosociálne postihnutých osôb do spoločnosti. Zborník. Integra. Michalovce, 1996.

Kontaktná adresa

PhDr. Milana Kovaničová, CSc.
UPJŠ, Lekárska fakulta a UNLP
1. Psychiatrická klinika
Tr. SNP 1, 040 11 Košice
E-mail: kovanicova21@gmail.com

STABILITA ZLEPŠENEJ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTOV S ICHS NAVODENÁ HRV BIOFEEDBACKOM PO ČASOVOM ODSTUPE 6 MESIACOV

Guľašová M. [1], Skorodenský M. [1], Takáč P. [2]

[1] Prešovská univerzita, Filozofická fakulta, Inštitút Psychológie, Prešov

[2] UPJŠ, Lekárska fakulta a UNLP, Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Košice

Úvod

Vo výskume sme vychádzali z publikovaných príspevkov sledujúcich vzťah ICHS k afektivite pacienta (Guľašová, Skorodenský, Takáč, 2010). Úzkosť ako afektívny stav sa zdá byť spojená s abnormálnou autonómnou kontrolou srdcového svalu, ktorá môže indikovať zvýšené riziko smrtiacich ventrikulárnych arytmií " (Kubzansky, Kawachi, Weiss, 1999). Je považovaná za faktor, uplatňujúci sa pri upevnení chronicity choroby, alebo pri zhoršení stavu. Úspešná obrana proti úzkosti dáva pacientovi po infarkte myokardu nádej na ľahší priebeh ochorenia (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993). Hagman (1987 in Hemingway, Marmot, 1999) preukázal, že je silným prediktorom samotnej anginy pectoris. Tento efekt je špecificky najsilnejší pre súvis fóbickej úzkosti a úmrtia následkom ICHS. K obdobnému výsledku dospel aj Kawachi (1995), ktorý zistil, že fóbická úzkosť trojnásobne zvyšuje riziko smrti spôsobenej ICHS a IM. U jedincov s úzkostnou poruchou bola zistená aj znížená variabilita srdcovej frekvencie, čo poukazuje na patologickú zmenu v srdcovom autonómnom tonuse" (Kawachi a kol., 1995). Sloanova prospektívna štúdia ukázala, že anxieta predikuje rozvoj ICHS (Sloan et al., 2005) a obavy sú dôležitým komponentom úzkosti a sú zvýšeným rizikom pre ICHS (Kubzansky et al., 1997, podľa Brandt, Chesney, Israel, Sheridan et al., 2001).

Slovenskí autori uvádzajú až 45% koincidenciu depresie a ICHS (Takáč, Skorodenský, Vereb, 2002). V celom rade štúdií bolo preukázané, že depresia je rizikový faktor pre rozvoj ICHS. Toto tvrdenie má však i opačnú platnosť: ICHS je rizikovým faktorom pre rozvoj depresie (Carney, Freeland, Sheline a kol., 1997, Shekella a Ostfelda (podľa Falger, 1983). Približne polovica pacientov po infarkte myokardu, ktorí trpia depresiou, trpela depresiou pred začiatkom kardiovaskulárneho ochorenia a existujú dôkazy naznačujúce, že depresia je rizikovým faktorom pre prvý infarkt (Sesso et al., 1998, podľa Brandt, Chesney, Israel, Sheridan et al., 2000, Penninx, 2001, Frasure – Smith et al., 2006). V snahe

lepšie porozumieť fyziologickému vzťahu medzi depresiou a ICHS, Carney a kol. (1995) popísal zvýšenú činnosť sympatikového nervového systému ako možného fyziologického mechanizmu medzi psychopatológiou a srdcovým ochorením (Carney a kol., 1995, podľa Allan, Scheidt, 1998). Práve znížená variabilita srdcovej frekvencie môže sprostredkovávať zhubný efekt depresie na prognózu pacientov po infarkte myokardu (Sheps, Sheffield, 2001, Nemeroff, Musselman, Evans 1998, Carney a kol., 1995, podľa Allan, Scheidt, 1998). Psychologické rizikové faktory, ako úzkosť a depresia, sú vo vzťahu ku zvýšenej aktivite sympatika (SNS) a zníženej aktivite parasympatika (PNS) (Carney a kol., 1995, podľa Allan, Scheidt, 1998; Nemeroff, Musselman, Evans 1998; Kawachi, Sparrow, Vokonas, Weiss, 1995). „ Práve znížená variabilita srdcovej frekvencie môže sprostredkovávať zhubný efekt depresie na prognózu pacientov po infarkte myokardu “ (Sheps, Sheffield, 2001). Pacienti s ICHS majú zníženú celkovú variabilitu srdcovej frekvencie, ktorá je asociovaná so zvýšeným rizikom kardiálnej príhody a mortality u pacientov s ICHS (Huikuri, Makikallio, 2001, Colhoun a kol., 2001, Dekker a kol, 2000).

Sloan a kol. (1999) demonštroval na základe svojich výskumov, že hostilita bola inverzne asociovaná s variabilitou srdcovej frekvencie. „ U jedincov s A – typom správania je zvýšená činnosť sympatikového nervového systému a znížená činnosť pasympatika, u jedincov s B – typom správania je to naopak“ (Fioranelli a kol., 1999). Williams a spolupracovníci (1982) pozorovali u osôb typu A v časovom strese alebo pri konflikte s inou osobou zvýšenú sekréciu nielen adrenalínu, ale tiež noradrenalínu – hormónu sympatikového nervového systému (podľa Friedman, 1996).

Epstein a Perkins (in Křivohlavý, 2002) sa v tejto súvislosti pokúsili načrtnúť model vzťahu medzi rizikovým správaním, stresom a kardiovaskulárnymi ochoreniami.

Klinické štúdie preukázali vzťah medzi komponentmi A typu (impulzivita, agresivita, úzkosť a depresia) a aterosklerózou už v 80 – tych rokoch 20. storočia. Nastolili psychoneuroimunologickú hypotézu, ktorá tvrdí, že „ak je na pozadí psychopatológie nejaká porucha prenosu nervového signálu, malo by sa to prejaviť i tam, kde sa tento signál zúčastní neuroendokrinných regulácií“ (Hoschl, 2002). Deficit serotonínu (pri afektívnych poruchách) má za následok neschopnosť potlačiť impulzivitu v správaní (parafr. van Praag, 1994). „ Ak sa obráti impulzivita von na okolie chorého, dochádza k agresivite a neschopnosti potlačiť stereotypné správanie. Ak sa obráti do vnútra, prejavuje sa úzkosťou. V oboch prípadoch rastie senzitivita na

stres. Ako potlačovaná agresivita, tak aj úzkosť majú potom za následok depresiu“ (van Praag, 1994).

„Neurobiologický pohľad na kardiovaskulárne choroby môže pomôcť pri objasnení mechanizmov, ktoré sú podkladom úlohy nervus vagus súvisiacej s rizikom vzniku a progresie kardiovaskulárnych chorôb“ (Thayer, Lane, 2007 in Mravec, 2010).

Seeman a Syme (1987) preukázali pozitívny vplyv inštrumentálnej sociálnej siete. Gentry a Kobasa (1984) zistili, že pri chronickom strese má sociálna opora silný vplyv na zdravie. V rámci modelu sociálnej opory ako prostriedku na tlmenie stresu Kaplan a kol. (1996) zistili, že tí, ktorí sú sociálne izolovaní sú vystavení vyššiemu riziku rozvoja ICHS. Inverzný vzťah sociálnej opory a depresie bol predmetom výskumu v ENRICHD Study vedenej Berkmanom (2001), ktorá potvrdila prítomnosť depresie v 39%, nízkej sociálnej opory v 26%, pričom koexistovali v 34% ICHS (in Kosťová, 2006). Alameda Country Study tiež potvrdila signifikantný vzťah medzi sociálnou sieťou a ICHS (Skorodenský, 1991, Ruberman, 1984, podľa Berkmana a kol., 2001). Popisuje viac ako štvornásobný nárast mortality po IM u mužov s kvantitatívne nízkou úrovňou sociálnej siete.

V integratívnom prístupe vnímame kvalitu života ako subjektívny konštrukt, ktorý reflektuje sumár jednotlivých osobnostných, emocionálnych a sociálnych faktorov jedinca do pozitívneho alebo menej pozitívneho hodnotenia svojho bytia.

Všetky vyššie uvedené výstupy vedeckých štúdií do veľkej miery prispeli k v minulosti úspešne zrealizovanému experimentálnemu výskumu, ktorým sme preukázali pozitívny efekt HRV biofeedbacku ako súčasti kardiorehabilitácie pacientov s ICHS. Táto biofeedbacková metóda poskytuje informácie o variabilite srdcovej frekvencie (HRV) pomocou jej spektrálnych vlastností. Richard Gervitz a Paul Lehrer prvotne rozpracovali variantu, ktorú nazvali RSA biofeedback. Explicitne prepojili riadené dýchanie a HRV. Srdcová frekvencia sa fyziologicky zvyšuje pri nádychu a klesá pri výdychu, čo je dôsledok autonómnej regulácie. Tomuto javu sa hovorí respiračná sínusová arytmia (RSA). Prvýkrát bola popísaná v roku 1936 Anrepom, Pascualom a Rosslerom. V súčasnosti sa považuje za súhru dvoch zložitých mechanizmov vágovej regulácie. Autori zistili, že pri hyperventilácii je parasympatiková kontrola srdcovej frekvencie nahradená sympatikovou. Svoju metódu postavili na dôkazoch o protektívnom efekte pomalého riadeného dýchania, ktoré inhibuje sympatikus a navodzuje autonómnu vyváženosť. Metóda biofeedback tréningu resonančnej frekvencie (BTRF), je najnovším príspevkom v metodológii HRV biofeedbacku. Je to štruktúrovaná metóda, ktorej cieľom je dosiahnuť

navodenie maximálnej respiračnej sínusovej arytmie a udržanie tohto stavu po určitú dobu. Okrem navodenia balansu ANS, posilnenia regulačných schopností organizmu (baroreceptorové reflexy) a získania vhľadu pacienta, redukuje negatívne prežívanie (anxieta, depresia) prepojením optimálneho dýchania s pozitívnymi emóciami. RSA je pri BTRF preponovaná na baroreceptorový rytmus s priemerom 0,1 Hz. Táto rezonancia charakteristická pre dýchanie s frekvenciou 6 dychov za minútu podporuje homeostatické reflexy, kardiopulmonálne funkcie, relaxáciu svalstva a baroreceptorovú senzitivitu. „Ak u klienta dosiahneme túto resonančnú frekvenciu, je možné dosiahnuť klinické zlepšenie cieľových symptómov“ (Gevitz,2000; in Schwartz,; Andrasik, 2003).

Samotný HRV biofeedback prebieha v niekoľkých krokoch: psychodiagnostické vyšetrenie, pokojový záznam HRV, záznam HRV pri kognitívnej záťaži, edukácia (vysvetlenie princípu biofeedbacku, vysvetlenie vplyvu dýchania na srdcovú frekvenci), nácvik pomalého, plynulého diafragmatického dýchania s predĺženým expíriom a kontrolou, vysvetlenie vzťahu medzi ANS a symptómami pacienta, objektivizácia pacientovej rezonančnej frekvencie, tréning rezonančnej frekvencie, domáce tréningy.

Ako sme uviedli vyššie, priamy, okamžitý efekt metodiky HRV biofeedbacku sme preukázali už v publikovaných štúdiách (Takáč, 2008, Guľašová 2008). V nadväznosti na tieto výsledky sme sa zamerali na overenie pretrvávania efektu HRV biofeedbacku po časovom odstupe šiestich mesiacov.

Cieľom výskumu je verifikovať vzťah medzi absolvovaním HRV biofeedbacku a zlepšenou kvalitou života u pacientov s ICHS po časovom odstupe. Zamerali sme sa na prežívanie časovej tiesne a nezameranej hostility, úzkosti, depresie, vnímanie kvality života asociovanej so zdravím a stresu, u ktorých sme predpokladali zlepšenie v dôsledku pretrvávajúceho efektu HRV biofeedbacku.

Metódy

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 26 pacientov s diagnostikovanou ICHS, ktorí vyjadrili súhlas so svojou účasťou na výskume, absolvovaním HRV biofeedbacku a následným domácim nácvikom o dobu 6 mesiacov. V priebehu tohto obdobia nedošlo u týchto pacientov k zhoršeniu zdravotného stavu, ani zmene farmakoterapie. V súbore bolo 19 mužov a 7 žien, pričom priemerný vek bol 60,69 (SD 7,01). IM bol diagnostikovaný u 20 pacientov, iná forma ICHS u 6 z nich. Len 11 pacientov ešte

pracovalo, 15 poberalo starobný alebo invalidný dôchodok. Piati pacienti mali vysokoškolské vzdelanie, 21 absolvovalo strednú školu. Pozitívna rodinná anamnéza (výskyt ICHS v rodine) bol u 13 pacientov. Nízku fyzickú aktivitu vykazovalo 15 pacientov a 11 udali fajčenie teraz alebo v minulosti.

Nástroje

HRV biofeedback, metodika Freeze Framer pracuje na princípoch HRV biofeedbacku popísaných vyššie.

Video – klinická skúška (VCE) (Friedman, M., Ghandour, G., 1993) umožňuje diagnostiku dvoch základných komponentov A typu – časovej tiesne a nezameranej hostility. Každá z nich je bodovaná na základe odpovedí vyšetrovanej osoby na 7 otázok. Examinátor počas vyšetrenia hodnotí skúmanú osobu podľa 12 psychomotorických príznakov pre časovú tieseň a 7 psychomotorických príznakov pre nezameranú hostilitu. Komponent časovej tiesne je takmer tak spoľahlivý ako celkové VCE skóre a tvorí jeho tri štvrtiny. Autori udávajú 98% úspešnosť pri diagnostike A - typu u pacientov po IM a 93% úspešnosť pri diagnostike klinicky zdravých pacientov, u ktorých sa prejavilo kardiovaskulárne ochorenie neskôr. U nás zatiaľ VCE nebola štandardizovaná. Hodnota priemernej internej konzistencie získaná Cronbachovou alfou bola na hladine významnosti p. 0,01 0,62 pri prvom administrovaní a 0,68 pri opakovanom administrovaní. Hodnota retestovej reliability vyjadrená korelačným koeficientom bola na hladine významnosti p. 0,01 pre nezameranú hostilitu 0,829 a pre časovú tieseň 0,813.

Zungov dotazník miery depresie (Zung's Self – Rating Depression Scale) - ide o sebaposudzovaciu škálu na diagnostiku depresívnych symptómov, ktorá obsahuje 20 položiek. Každá položka odráža určitý charakteristický rys depresie. Pacient je inštruovaný, aby vo formulári pri každej položke vyznačil ten stupeň, ktorý najlepšie zodpovedá stavu, aký prežíval počas uplynulých niekoľkých týždňov na 4 - bodovej škále (nikdy alebo zriedka, niekedy, dosť často, veľmi často alebo stále). Výsledné hrubé skóre sa prevedie na SDS index merajúci stupeň depresie v kategóriách:bez známok depresie (menej ako 50), známky miernej depresie (50 – 59), stredne silná depresia (60 – 69), ťažká depresia (70 a viac). Škála dosiaľ nebola štandardizovaná na slovenskej populácii. Hodnota priemernej internej konzistencie získaná Cronbachovou alfou na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,654 pri prvom administrovaní a 0,712 pri opakovanom administrovaní. Hodnota retestovej reliability vyjadrená korelačným koeficientom na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,732.

Beckov dotazník miery úzkosti (Beck Inventory Test) je autoposudzovacia metodika štandardne používaná na diagnostiku príznakov úzkosti. Tvorí ho 21 položiek definujúcich najčastejšie príznaky úzkosti. Vyšetrovaná osoba má vyznačiť intenzitu príznakov v priebehu posledného týždňa na 4 - bodovej škále (vôbec, mierne, stredne silne, silne). Získané hrubé skóre umožňuje zadefinovať mieru úzkosti: bez známok úzkosti (0 – 5), mierna úzkosť (5 – 15), stredne ťažká úzkosť (16 – 25), závažná úzkosť (26 a viac). Hodnota priemernej internej konzistencie získaná Cronbachovou alfou na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,689 pri prvom administrovaní a 0,712 pri opakovanom administrovaní. Hodnota retestovej reliability vyjadrená korelačným koeficientom na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,799.

Dotazník kvality života SF 36 obsahuje 36 otázok zameraných časovo na obdobie posledných štyroch týždňov. Otázky sú rozdelené do 8 dimenzií a jednej samostatnej položky. Pre každú dimenziu sa dá určiť T – skóre v intervale 0 – 100, ktoré vyjadruje danú zložku zdravia a ovplyvnenia bežných aktivít pacienta. Dimenzie sú oficiálne pomenované ako: objektívne fyzické funkcie (PF) – Physical Functioning, sociálne funkcie (SF) – Social Functioning, obmedzenia vo fyzických rolách (RP) – Role - Physical, obmedzenia v emocionálnych rolách (RE) – Role – Emotional, zvládanie emócií a subjektívna pohoda (MH) – Mental Health, vitalita (VT) – Vitality, bolesť (BP) – Body Pain, subjektívne hodnotenie zdravia (GH) – General Health Perception, vnímaná zdravotná zmena (CH) – Change in Health. Okrem základných dimenzií dotazník umožňuje hodnotenie aj sumárnych dimenzií: vnímané fyzické zdravie (SPH) – Summary Physical Health, vnímané psychické zdravie (SMH) – Summary Mental Health, vnímaný zdravotný stav (PHS) – Perceived Health Status. Pre potreby výskumu sme využili len celkové hrubé skóre dotazníka ako ukazovateľa kvality života pacienta a jej zmeny. Hodnota priemernej internej konzistencie získaná Cronbachovou alfou na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,543 pri prvom administrovaní a 0,547 pri opakovanom administrovaní. Hodnota retestovej reliability vyjadrená korelačným koeficientom na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,678.

Škála vnímaného stresu (Perceived Stress Scale) vytvorená Sheldonom Cohenom „je najčastejšie používaný psychologický nástroj pre hodnotenie vnímania stresu v USA“ (Cohen, 1994). Tvorí ju 10 položiek zameraných na vnímanie, prežívanie a zvládanie neočakávaných a nezvládnuteľných situácií, ktoré sa udiali v priebehu posledného mesiaca. Vyšetrovaná osoba na 5 – bodovej škále (0 - nikdy až 4 veľmi často) vyznačí najprijateľnejšiu odpoveď na sformulované tvrdenia. Normy pre

slovenskú populáciu nie sú k dispozícii, no pre potreby nášho výskumu sme zvolili tento dotazník z dôvodu jeho nenáročnej administrácie i vyhodnotenia. Pre potreby výskumu sme využili len celkové hrubé skóre dotazníka. Hodnota priemernej internej konzistencie získaná Cronbachovou alfou na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,721 pri prvom administrovaní a 0,702 pri opakovanom administrovaní. Hodnota retestovej reliability vyjadrená korelačným koeficientom na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,746.

Berlínska škála sociálnej opory (BSSS, Berlin Social Support Scale) je nástroj tvorený sériou 32 tvrdení, na ktoré vyšetrovaná osoba odpovedá na 4 – bodovej škále (1 – vôbec nesúhlasím až 4 – úplne súhlasím) v súlade s vyjadrením vlastného súhlasu alebo nesúhlasu s konkrétnym tvrdením. Položky tvoria tieto základné škály: vnímaná dostupná podpora – emocionálna (4 položky) a inštrumentálna (4 položky), potreba podpory (4 položky), hľadanie podpory (5 položiek), aktuálne vnímaná podpora – zameraná na reflektovanie správania najbližšej osoby v priebehu posledného týždňa (15 položiek). Pre potreby výskumu sme využili len celkové hrubé skóre dotazníka. Hodnota priemernej internej konzistencie získaná Cronbachovou alfou na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,602 pri prvom administrovaní a 0,613 pri opakovanom administrovaní. Hodnota retestovej reliability vyjadrená korelačným koeficientom na hladine významnosti p. 0,01 bola 0,522.

Na spracovanie údajov sme použili štatistický program SPSS. Z dôvodu nenormálneho rozloženia dát sme okrem deskriptívnej štatistiky zvolili neparametrickú štatistiku, konkrétne Wilcoxonov test pre dva závislé výbery (prvé meranie a opakované po 6 mesiacoch).

Priebeh výskumu

Údaje sme získavali od pacientov, ktorí absolvovali HRV biofeedback u rovnakej certifikovanej terapeutky a súhlasili s tým, že budú aktívne osvojené zručnosti samostatne precvičovať v priebehu 6 mesiacov a následne sa podrobia retestovaniu sledovaných premenných. Výskumný súbor sa formoval v priebehu celého roka 2009 a jeho počet je daný aj časovou náročnosťou pilotnej štúdie. Podmienkou bol súhlas pacientov stanovená diagnóza ICHS, absencia zmeny v zdravotnom stave a farmakoterapii počas obdobia 6 mesiacov a bydlisko pacienta v meste Prešov alebo Košice z dôvodu dostupnosti pre terapeutku.

Výsledky

Predpokladali sme, že po uplynutí 6 mesiacov budú pacienti vykazovať redukované prežívanie časovej tiesne a nezameranej hostility.

Predpoklad, že HRV biofeedback môže redukovať prežívanie časovej tiesne a nezameranej hostility po časovom odstupe sa na našom výskumnom súbore potvrdil. Metodika efektívne inhibuje hlavné prejavy konštruktu A typu správania, ktorý je považovaný za rizikový faktor ICHS a jej prognózy (Tab. 1).

Tab. 1 Zmeny v prežívaní časovej tiesne a nezameranej hostility – Wilcoxonov test pre dva závislé výbery – pre prvé a opakované meranie

	ante mean	ante SD	post mean	postSD	z
Časová tieseň	130	55,12	80,77	34,17	- 4,133***
Nezam. hostilita	44,62	25,57	27,31	14,30	- 2,895**

ante mean: priemer prvého merania
ante SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru prvého merania
post mean: priemer opakovaného merania
post SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru opakovaného merania
hladina významnosti: *p < 0,05; **p < 0,01;***p < 0,001

Predpokladali sme, že po uplynutí 6 mesiacov budú pacienti vykazovať redukované prežívanie úzkosti.

Predpoklad o možnej redukcii prežívania úzkosti u pacientov s ICHS s časovým odstupom po absolvovaní HRV biofeedbacku sa preukázal ako oprávnený. Pri tejto premennej došlo k významnému ústupu klinickej symptomatológie, čo bolo verifikované na samoposudzovacej škále Beckovho dotazníka (Tab. 2).

Predpokladali sme, že po uplynutí 6 mesiacov budú pacienti vykazovať redukované prežívanie depresie.

Rovnako výsledky preukázali aj redukciu miery depresie po časovom odstupe 6 mesiacov. Depresia spolu s anxietou patria k najzávažnejším a najčastejším symptómom u pacientov s ICHS, ktorými sa zaoberá klinická psychológia. Oba môžu vo veľkej miere modifikovať úspech kardiorehabilitácie (Tab. 3).

Tab. 2 Zmeny v prežívaní úzkosti – Wilcoxonov test pre dva závislé výbery – pre prvé a opakované meranie

	ante mean	ante SD	post mean	postSD	z
Beck HS	8,85	7,31	1,70	1,93	- 4,204***

ante mean: priemer prvého merania
ante SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru prvého merania
post mean: priemer opakovaného merania
post SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru opakovaného merania
hladina významnosti: *p < 0,05; **p < 0,01;***p < 0,001

Tab. 3 Zmeny v prežívaní depresie – Wilcoxonov test pre dva závislé výbery – pre prvé a opakované meranie

	ante mean	ante SD	post mean	postSD	z
Zung HS	32,19	7,58	25,77	3,29	- 3,332**

ante mean: priemer prvého merania
ante SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru prvého merania
post mean: priemer opakovaného merania
post SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru opakovaného merania
hladina významnosti: *p < 0,05; **p < 0,01;***p < 0,001

Predpokladali sme, že po uplynutí 6 mesiacov budú pacienti vykazovať pozitívne zmeny vo vnímanej kvalite života.

Tab. 4 Zmeny v kvalite života asociovanej so zdravím (SF 36), vnímaní stresu (ŠVS) a sociálnej opore (BSSS) – Wilcoxonov test pre dva závislé výbery – pre prvé a opakované meranie

	ante mean	ante SD	post mean	postSD	z
SF 36	103,08	8,93	105,58	5,05	- 1,705
ŠVS	18,92	3,87	16,23	2,21	- 3,326***
BSSS	97,63	13,58	100,09	12,41	- 1,373

ante mean: priemer prvého merania
ante SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru prvého merania
post mean: priemer opakovaného merania
post SD: štatistická smerodajná odchýlka priemeru opakovaného merania
hladina významnosti: *p < 0,05; **p < 0,01;***p < 0,001

Preukázal sa pozitívny efekt a redukcia vnímania stresu u pacientov pri opakovanom meraní. Významné zmeny v kvalite života asociovanej so zdravím a vnímaní sociálnej opory sa neprejavili, no je potešiteľné, že nielen si udržali hodnoty zistené pri prvom meraní, ale v minimálnej miere sa dokonca zvýšili. Predpokladáme, že tento výsledok je dôsledkom eliminácie pacientov, u ktorých došlo k zhoršeniu zdravotného stavu, alebo zmene liečby. V sledovanom výskumnom súbore pacienti nemali dôvod zachytiť významnú zmenu zdravotného stavu a tým odlišne svoje zdravie hodnotiť. Rovnako počas celého priebehu štúdie nebol narušený ich bežný životný rytmus, neboli izolovaní od svojich blízkych hospitalizáciou a ich vnímanie sociálnej opory s tým významne nezmenilo.

Záver

Psychosociálnym faktorom sa v etiológii ICHS venuje mimoriadna pozornosť. Ich pôsobenie bolo predmetom skúmania mnohých štúdií. LiVicordia poukázala na fakt, že pri rozvoji ICHS môžu psychosociálne faktory zohrávať významnejšiu úlohu ako biologické rizikové faktory (Kristenson,2000). Nemôžme však opomenúť, že faktory nepôsobia izolovane, pretože „prítomnosť psychosociálnych faktorov môže ovplyvniť aj ostatné klasické rizikové faktory ICHS“ (Benninghoven a kol, 2006; Takáč, Pilipčincová, 2006).

Aj v tejto pilotnej štúdii sa preukázalo, že u pacientov s ICHS je zvýšená miera výskytu A typu správania a jej komponentov nezameranej hostility a časovej tiesne. Predpokladali sme, že absolvovanie HRV biofeedbacku bude mať nielen okamžitý efekt na redukciu týchto zložiek, ale že tento efekt sa preukáže aj po časovom odstupe. Postulovaná hypotéza sa potvrdila, pričom nielen že sa hodnoty nezameranej hostility a časovej tiesne po pol roku nezvýšili, ale dokonca sa významne redukovali. Toto zistenie poukazuje na benefit nenáročnej metodiky aj po časovom odstupe, počas ktorého pacient nie je v priamej interakcii s terapeutom.

Emocionálne faktory, predovšetkým anxieta a depresia sú už dlhé obdobie pod drobnohľadom výskumníkov z rôznych odborov. Mnohé štúdie sa jednoznačne zhodujú v tom, že pocity depresie a úzkosti koincidujú nielen so vznikom a rozvojom kardiovaskulárneho ochorenia, ale majú vplyv i na jeho ďalší priebeh a zohrávajú dôležitú úlohu v prognóze už manifestovaného ochorenia (Allan, Scheidt, 1998; Sheps, Sheffield, 2001; Nemeroff, Musselman, Evans, 1998; Grippo, Johnson, 2000; Gorman, Sloan, 2000; Brandt, Chesney, Israel, Sheridan et al., 2001). V súlade s poznatkami citovaných výskumov sa nám potvrdilo, že pacienti s ICHS

vykazujú vyššiu mieru depresie a úzkosti. V sledovanom výskumnom súbore došlo v priebehu 6 mesiacov k ďalšej redukcii prežívania anxiety a úzkosti oproti prvému meraniu. Aj tu sa preukázal benefit HRV biofeedbacku, ako metodiky, ktorú po jej zvládnutí vykonáva pacient sám bez dodatočnej kontroly terapeuta s veľmi dobrým efektom.

V oblasti kvality života pacientov s ICHS sme sa zamerali na kvalitu života asociovanú so zdravím, mieru sociálnej opory a vnímanie stresu. „Zvýšená miera sociálnej opory má pozitívny vplyv ako na psychickú pohodu človeka, tak aj na kvalitu jeho života " (Křivohlavý, 2001). Vzájomné prepojenie týchto faktorov sa nám čiastočne odrazilo aj vo výsledkoch. Zlepšenie sa prejavilo vo všetkých troch parametroch. Štatisticky významné však bolo len v miere vnímaného stresu, kde nastala podstatná redukcia oproti prvému meraniu. Aj v tomto prípade predpokladáme efekt absolvovaného HRV biofeedbacku a pretrvávanie jeho efektu vplyvom domácich nácvikov. Dôvodom, prečo nedošlo k zlepšeniu v kvalite života asociovanej so zdravím a vnímaní sociálnej opory môže byť fakt že u pacientov nedošlo k zhoršeniu zdravotného stavu ani zmenám v sociálnej sfére, ktoré by ich hodnotenie mohli meniť. Potešujúce je, že ani v týchto premenných nedošlo k zníženiu hodnôt, ale ostali viac – menej stále aj po časovom odstupe 6 mesiacov.

Predložená pilotná štúdia poukazuje na pretrvávanie efektu HRV biofeedbacku pre pacientov s ICHS. Časovo ani technicky nenáročná certifikovaná intervencia má veľký potenciál významne sa podieľať na efektívnej kardiorehabilitácii pacientov s rôznymi formami ICHS. Jej veľkou výhodou je široké uplatnenie a nenáročnosť aplikácie. Pacient ňou získava priamu kompetenciu, ktorou modifikuje svoj stav. To vedie k pocitu zvýšenej kontroly nad svojím zdravím a necíti sa byť už len pasívnou súčasťou terapie, ale jej priamym aktérom, ktorý sa podieľa na jej výsledku. Získaný vhľad je prvkom uľahčujúcim rehabilitáciu a motivuje pacienta k aplikácii HRV biofeedbacku aj v domácom prostredí bez kontroly terapeuta. Samotná metodika sa po jej úspešnom osvojení stáva efektívnou copingovou stratégiou zvládania záťaže, ktorá by potenciálne mohla nepriaznivo ovplyvniť zdravie pacienta.

Literatúra

1. ALLAN, R.; SCHEIDT, S. 1998. Heart and mind. The practice of cardiac psychology. American psychological association, Washington.

2. BAŠTECKÝ, J. a kol. 1993. Psychosomatická medicína. Grada Avicenum, Praha.
3. CARNEY, R.M.; FREELAND, K.E.; SHELINE, Y.I. et al. 1997. Depression and coronary heart disease: a rewiev. In: Clinical Cardiology, 1997, 20, s.196 – 200.
4. FIORANELLI, M. a kol. 1999. Analysis of heart rate variability five minutes before the onset of paroxysmal atrial fibrillation. In: Pacing and Clinical Electrophysiology, 1999, 22, 5, s.743-749.
5. FRIEDMAN, M. 1996. Type A behavior: Its diagnosis and treatment. Plenum Press, New York.
6. GENTRY, W.D.; KOBASA, S.C. 1984. Social a psychological resources mediating stress – illness relationship in humans. In: Gentry, W.D.: The handbook of behavioral medicine. Guilford Press, New York.
7. GUĽAŠOVÁ,M. 2008. Účinnosť HRV biofeedbacku v rámci komplexnej kardiorehabilitácie u pacienta s ICHS. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity.
8. GUĽAŠOVÁ, M.; SKORODENSKÝ, M.; TAKÁČ, P. 2010. Modifikácia kvality života pacientov s ICHS v priebehu kardiorehabilitácie HRV biofeedbackom. In: Československá psychologie, LIV., číslo 5/2010, s. 486-495. ISSN 0009 – 062X.
9. HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. 2002. Psychiatrie. Praha: Tigris.
10. HEMINGVAY, H.; MARMOT, M. 1999. Psychosocial Factors in The Ethiology and Prognosis of Coronary Heart Disease. In: West Journal Medicine, 1999, 171, s. 342-350.
11. KAPLAN, R.M. a kol. 1996. Zdravie a správanie človeka. SPN, Bratislava.
12. KAWACHI, I.; SPARROW, D.; VOKONAS, P.S.; WEISS, S. T. 1995. Decreased heart rate variability in men with phobic anxiety. In: American Journal of Cardiology, 1995, 75, s. 882-885.
13. KOSŤOVÁ, M. 2006. Kvalita života týkajúca sa zdravia u pacientov s implantovaným kardiostimulátorom. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. Grada, Praha.
15. KUBZANSKY, L. D.; KAWACHI, I.; WEISS, S.T.; SPARROW, D. 1998. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. In: Annual Behavioral Medicine, 1998, 20, s. 47-58. [online]. Dostupné na internete: http://www.medline.goc/pubmed.html.

16. MRAVEC, B. 2010. Neurobiológia kardiovaskulárnych chorôb. Neurobiológia chorôb. Retrieved 1.1.2011 from: http://www.centrum-neurobiologie-chorob.sk/PDF%20casti%20knihy/kapitola5.pdf.
17. SHEPS, D.S.; SHEFFIELD, D. 2001. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. In: The Journal of Clinical Psychiatry, 2001, 8, 62, s. 12-18.
18. SCHWARTZ, M.S.; ANDRASIK, F. 2003. Biofeedback a practitioner's guide. The Guilford Press, New York.
19. SLOAN, R.P.; SHAPIRO, P.A.; BAGIELLA, E.; MYERS, M.M.; GORMAN, J.M. 2005. Cardiac autonomic control buffers blood pressure variability responses to challenge: a psychophysiologic model of coronary artery disease. In: Psychosomatic Medicine, 2005, 61, 1, s. 58-68.
20. SKORODENSKÝ, M. 1991. Psychologické rizikové faktory ischemickej choroby srdca. Veda, Bratislava.
21. TAKÁČ, P. 2008. Biobehaviorálny prístup v rehabilitácii pacientov s ischemickou chorobou srdca. Lekárska Fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Košice.
22. TAKÁČ, P.; SKORODENSKÝ, M.; VEREB, P. 2002. Hodnotenie aktivity autonómneho nervového systému pri objektivizácii biobehaviorálnych mechanizmov. In: Eurorehab, 2002, 3, s. 149-155.

Kontaktná adresa

PhDr. Monika Guľašová

ul.17. Novembra 1, 080 01 Prešov

E-mail: gulasovamonika@centrum.sk

HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA ŽIEN S POSTMENOPAUZÁLNOU OSTEOPORÓZOU

Rybárová Ľ.[1], Klembarová J.[2]
[1] Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešov
[2] ORTOPED AEI, s.r.o., Spišská Nová Ves

Úvod

Osteoporóza sa stala v priebehu posledných 20-tich rokov, najmä vzhľadom na predlžujúci sa priemerný vek človeka, jedným z najväčších zdravotných problémov na svete. Svojim vplyvom na morbiditu a mortalitu a v neposlednom rade i na ekonomickú náročnosť terapie a následnej sociálnej starostlivosti o postihnutých stojí v popredí záujmu predovšetkým vo vyspelých krajinách.

Podľa konsenzu Svetovej zdravotníckej organizácie je osteoporóza definovaná ako: *„...systémové metabolické ochorenie kostí charakterizované znížením obsahu kostnej hmoty a porušením mikroarchitektúry kosti, čo zapríčiňuje zvýšenú fragilitu kostí, a tým zvýšené riziko fraktúr už pri minimálnej traume“* (Oniščenko, 2008, s. 2). Svetová zdravotnícka organizácia preto vyhlásila dekádu 2000 až 2010 za dekádu kostí a kĺbov a jednotlivé krajiny vypracovali programy boja proti osteoporóze.

Osteoporóza postihuje viac ako 75 miliónov ľudí v Európe, USA a Japonsku. Uvádza sa, že každá tretia žena a každý šiesty muž po 50. roku má osteoporózu (Oniščenko, 2008, s. 2). Na Slovensku má diagnostikovanú osteoporózu asi 40 tisíc pacientov, ale lieči sa ich len polovica. Odborníci však odhadujú, že v skutočnosti týmto ochorením trpí až 190 tisíc Slovákov. U 50-ročných žien sa osteoporóza vyskytuje až v 15% a u 80 - ročných až v 40% (Fartcová-Šramková - Bitter, 2008a, s. 25).

Osteoporóze sa nevenuje pozornosť pre ňu samotnú, ale pre jej komplikácie - zlomeniny, ktoré spôsobuje (Masaryk - Bitter, 2007, s. 3). Očakáva sa, že do roku 2020 sa zdvojnásobí počet ľudí nad 65 rokov veku a zdvojnásobí až strojnásobí sa výskyt osteoporotických zlomenín, ktorých incidencia sa dramaticky zvyšuje s vekom (Rovenský, 1998, s. 973). Napriek výrazným pokrokom vedy aj medicíny je dnešná realita taká, že 12-20% ľudí umiera do jedného roka po zlomenine krčka stehnovej kosti. Odhaduje sa, že 80% tých, ktorí majú vysoké riziko osteoporózy a utrpeli aspoň jednu zlomeninu nie je diagnostikovaných ani liečených (Rosinská, 2004).

Cieľom nami realizovanej pilotnej štúdie bolo zistiť vplyv ochorenia na subjektívne vnímanie kvality života, porovnať kvalitu života žien s pozitívnou a negatívnou rodinnou anamnézou a orovnať kvalitu života žien s osteoporotickou zlomeninou a žien bez zlomeniny.

Do vzorky boli zahrnuté ženy liečené na Ortopedickej ambulancii ORTOPED AEI, s.r.o. v Spišskej Novej Vsi. Našu vzorku tvorilo 100 pacientok ženského pohlavia s diagnózou postmenopauzálna osteoporóza vo veku od 50 do 85 rokov. Ich priemerný vek bol 66,5 rokov. Pri zisťovaní rodinnej anamnézy osteoporózy až 58% respondentiek uviedlo, že ich rodičia mali diagnostikovanú osteoporózu. 26% respondentiek odpovedalo, že ochorenie sa v ich rodine nevyskytlo a 16% respondentiek vyjadrilo, že nevedia uviesť, či ich rodičia mali diagnostikovanú osteoporózu.

Materiál a metódy

Zber údajov sme realizovali pomocou štandardizovaného dotazníka QUALEFFO-41 (Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis). Ide o špecifický nástroj na meranie kvality života žien s postmenopauzálnou osteoporózou, ktorý vyvinula v roku 1997 pracovná skupina Medzinárodnej nadácie pre osteoporózu a v súčasnej dobe je preložený do 27 jazykov (Poppelaars – Van Schoor, 2009). Skladá sa zo 41 položiek a zahŕňa 5 oblastí - bolesť, fyzické funkcie (každodenné aktivity, domáce práce, pohyblivosť), sociálne funkcie (voľný čas), všeobecné vnímanie zdravotného stavu (celkové zdravie) a mentálne funkcie (nálada) (Lips - Leplége, 2000, p. 763). Bodovací algoritmus, ktorý vyvinuli Lips a Van Schoor (2005), slúžil ako návod na vyhodnotenie dotazníka. Všetky odpovede boli štandardizované tak, že prvá odpoveď predstavuje najlepšiu a posledná odpoveď najhoršiu kvalitu života, s výnimkou otázky 23, 24, 25 a 26, kde boli len tri možnosti odpovedí, a otázky 27, 28 a 29 so štyrmi možnosťami odpovedí. Skóre na otázky 33, 34, 35, 37, 39 a 40 bolo obrátené tak, že nízke skóre ukazuje vždy lepšie zdravie a vysoké skóre vždy znamená horšie zdravie. Skóre jednotlivých domén sme vypočítali ako priemer odpovedí na jednu doménu a celkové skóre sme vypočítavali zo súčtu všetkých odpovedí na otázky 1 až 41. Výsledok celkového skóre sa pohybuje od 41 do 205 bodov (Poppelaars – Van Schoor, 2009).

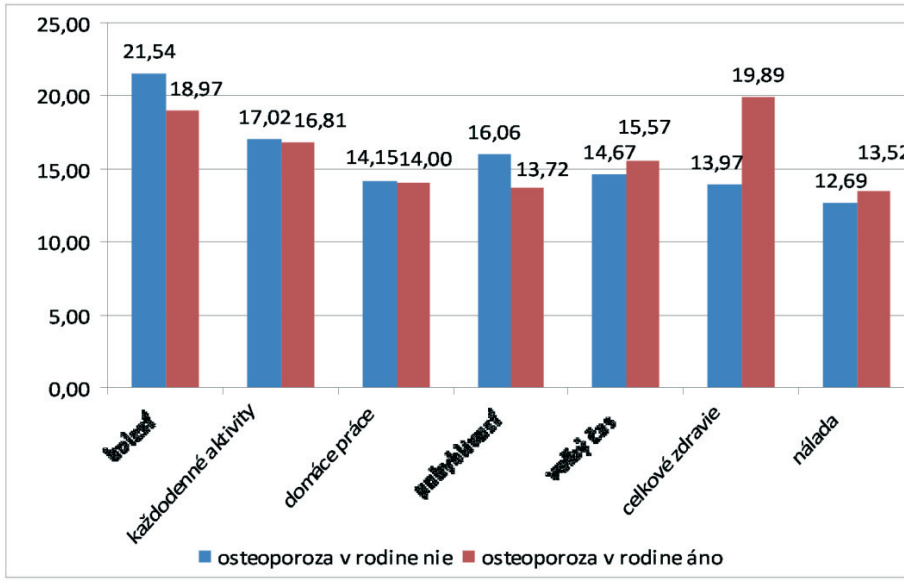
Na spracovanie a analýzu údajov sme použili SPSS 16.0. Pre testovanie štatisticky významných rozdielov sme použili t-test pri štatistickom kritériu $p<0,05$.

Administrácia dotazníkov prebehla v mesiacoch október 2010 – február 2011 na základe informovaného súhlasu respondentiek a súhlasu lekárky ambulancie.

Výsledky

Kvalita života žien s osteoporózou vzhľadom na rodinnú anamnézu

Pri porovnaní kvality života žien vzhľadom k rodinnej anamnéze, sme zaznamenali Vyššie priemerné skóre v skupine žien s familiárnym výskytom, čo znamená, že svoje zdravie hodnotia v porovnaní so skupinou žien, v rodinách ktorých sa osteoporóza nevyskytla, ako horšie. Rozdiel priemerov jednotlivých doménach bol takmer 6 bodov (graf 1). V jednotlivých doménach a v celkovom skóre dotazníka Qualeffo sa hodnoty t pohybovali v rozmedzí 0,068 až 1,318, pričom všetky boli hodnotené vysoko nad štandardnou hodnotou signifikantnosti 0,05. Výnimkou bol zistený štatisticky významný rozdiel v doméne celkové zdravie, kde sme zistili t-hodnotu na úrovni 2,055 (p = 0,043) (tab. 1).



Graf 1 Kvalita života žien s osteoporózou vzhľadom na rodinnú anamnézu podľa domén Qualeffo

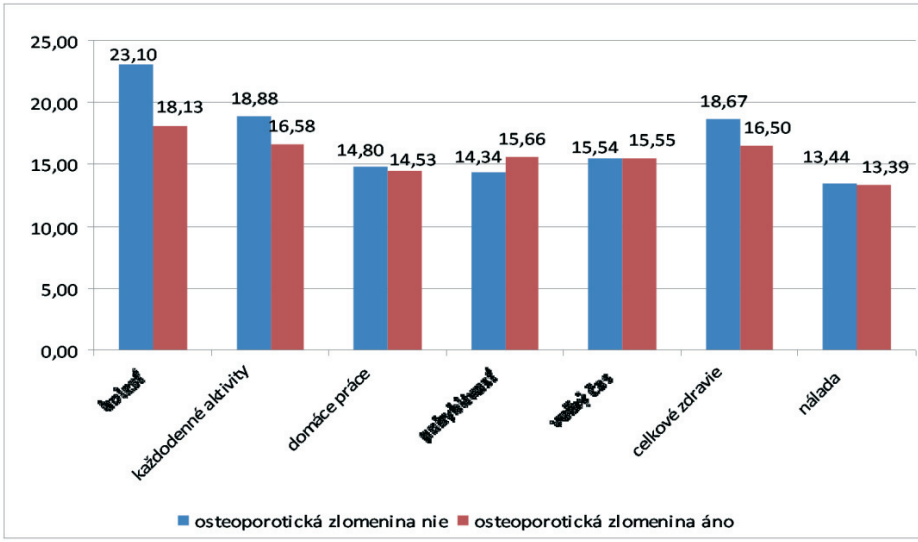
Tab. 1 Kvalita života žien s osteoporózou vzhľadom na rodinnú anamnézu

domény	osteoporóza v rodine	N	Min	Max	Me	AM	SD	t	p
bolesť	áno	58	0	52	16,0	18,97	11,62	-0,931	0,355
	nie	26	0	48	20,0	21,54	11,92		
každodenné aktivity	áno	58	0	45	16,3	16,81	12,87	-0,068	0,946
	nie	26	0	50	20,0	17,02	13,62		
domáce práce	áno	58	0	32	14,0	14,00	7,39	-0,081	0,936
	nie	26	0	36	12,0	14,15	9,41		
pohyblivosť	áno	58	2	31	12,5	13,72	6,85	-1,318	0,191
	nie	26	1	36	13,8	16,06	8,81		
voľný čas	áno	58	0	39	15,7	15,57	7,26	0,520	0,604
	nie	26	1	29	14,3	14,67	7,38		
celkové zdravie	áno	58	0	43	23,3	19,89	12,31	2,055	0,043
	nie	26	0	33	10,0	13,97	11,89		
nálada	áno	58	1	27	13,3	13,52	6,24	0,561	0,57
	nie	26	3	30	12,2	12,69	6,39		
Qualeffo	áno	58	26	118	71,0	71,86	24,89	0,097	0,92

Vysvetlivky: N = početnosť, Min = minimálne skóre, Max = maximálne skóre, Me = medián - teda stredová hodnota, ktorá rozdeľuje zoradené dáta na dve polovice, AM = aritmetický priemer, SD = štandardná odchýlka, ukazovateľ variability dát, t = t-hodnota, výsledok testovania t-testom pre dva nezávislé výbery - vznikla porovnaním AM a SD dvoch súborov, p = štatistická významnosť; musí byť menšie ako 0,05, aby bol rozdiel štatisticky významný.

Kvalita života žien s osteoporózou vzhľadom na výskyt osteoporotickej zlomeniny

Pri porovnaní kvality života žien vzhľadom na výskyt zlomeniny sme zistili, že ženy s osteoporotickou zlomeninou hodnotia kvalitu svojho života ako horšiu v porovnaní so ženami bez zlomeniny (bodový rozdiel predstavuje viac ako 17 bodov). Priemerne hodnoty za jednotlivé domény uvádza graf 2. Paradoxne, ženy bez zlomeniny vyjadrili väčšiu bolesť ako ženy so zlomeninou (bodový rozdiel priemerov porovnávaných skupín je takmer 5 bodov). V doméne bolesť sme zaznamenali štatisticky významné rozdiely (t = 2,095; p = 0,039) a tie sme zistili aj v celkovom QALEFFO skóre (t = 3,406; p = 0,001). U ostatných domén sme nezaznamenali štatisticky významné rozdiely, pričom hodnota t neprekročila 1 (tab. 2).



Graf 2 Kvalita života žien s osteoporózou vzhľadom na prítomnosť zlomeniny podľa domén Qualeffo

Tab. 2 Kvalita života žien s osteoporózou vzhľadom na prítomnosť zlomeniny

domény	osteoporotická zlomenina	N	Min	Max	Me	AM	SD	t	p
bolesť	áno	60	0	44	16,0	18,13	10,24	-2,095	0,039
	nie	40	0	52	20,0	23,10	13,42		
každodenné aktivity	áno	60	0	50	16,3	16,58	13,47	-0,884	0,379
	nie	40	0	45	20,0	18,88	11,44		
domáce práce	áno	60	0	36	14,0	14,53	8,62	-0,155	0,877
	nie	40	4	36	12,0	14,80	8,16		
pohyblivosť	áno	60	2	32	15,0	15,66	7,18	0,849	0,398
	nie	40	1	36	12,5	14,34	8,21		
voľný čas	áno	60	0	39	14,3	15,55	7,67	0,008	0,993
	nie	40	1	29	15,7	15,54	5,91		
celkové zdravie	áno	60	0	43	16,7	16,50	12,14	-0,874	0,384
	nie	40	0	43	16,7	18,67	12,14		
nálada	áno	60	2	30	13,3	13,39	6,09	-0,044	0,965
	nie	40	1	30	13,3	13,44	6,25		
Qualeffo	áno	60	23	120	79,0	79,08	24,57	3,406	0,001

Vysvetlivky: N = početnosť, Min = minimálne skóre, Max = maximálne skóre, Me = medián - teda stredová hodnota, ktorá rozdeľuje zoradené dáta na dve polovice, AM = aritmetický priemer, SD = štandardná odchýlka, ukazovateľ variability dát, t = t-hodnota, výsledok testovania t-testom pre dva nezávislé výbery - vznikla porovnaním AM a SD dvoch súborov, p = štatistická významnosť; musí byť menšie ako 0,05, aby bol rozdiel štatisticky významný.

Diskusia

Zistili sme, že ženy s postmenopauzálnou osteoporózou majú zníženú kvalitu života. Celková kvalita života žien s pozitívnou rodinnou anamnézou je horšia ako u žien s negatívnou rodinnou anamnézou.

Celková kvalita života žien s osteoporotickou zlomeninou je horšia ako u žien bez zlomeniny. Pacientky vnímajú postmenopauzálnu osteoporózu ako ochorenie, ktoré vedie k vážnym zdravotným ťažkostiam a ovplyvňuje rôzne aspekty ich osobného života s radom nežiaducich dôsledkov ako je chronická bolesť, znížená fyzická schopnosť, porucha sebestačnosti v bežných denných činnostiach, obmedzenie sociálnych kontaktov, depresívna nálada, či negatívne vnímanie celkového zdravotného stavu.

Aj štúdia Silvermana et al. (2001) preukázala, že osteoporotické zlomeniny sú spojené so zníženou kvalitou života, a že telesné funkcie a emocionálny stav sú negatívne ovplyvnené. Ďalšie štúdie (napr. Dhillon et al., 2005) uvádzajú, že ženy s osteoporózou majú zníženú kvalitu života nezávisle na výskyte osteoporotických zlomenín.

Na základe výsledkov realizovanej pilotnej štúdie môžeme konštatovať, že je potrebná včasná prevencia osteoporózy u žien ešte pred menopauzou a v jej priebehu, včasná identifikácia rizikových faktorov pre vznik osteoporózy a následnej osteoporotickej zlomeniny u žien, multidisciplinárny prístup k liečbe osteoporózy pre zlepšenie vnímanej kvality života.

Záver

Podpora kvality života by mala byť jedným z cieľov terapeutickej a ošetrovateľskej intervencie. Zdravotníci by mali primeranou zdravotno-výchovnou a poradenskou činnosťou pomáhať ženám v klimaktériu predchádzať komplikáciám. Najdôležitejšie je s pacientmi komunikovať, informovať ich o tom, čo je to osteoporóza, aký je efekt pravidelného cvičenia, správnej výživy, aké orto-protetické pomôcky, či medikamentóznu liečbu a kedy je vhodné použiť, či kedy je nevyhnutná operačná liečba.

Každé ochorenie predstavuje v živote človeka určitú zmenu. Kvalita jeho života sa mení v závislosti od ochorenia a jeho liečby. Postihuje fyzický a psychický stav, jeho funkčný stav, oblasť interpersonálnych vzťahov, sieť jeho sociálnej opory ako i subjektívne prežívanú spokojnosť resp. nespokojnosť s týmto stavom. Postmenopauzálna osteoporóza patrí k chronickým ochoreniam spôsobujúcim

postupný pokles kvality života, ktorý možno zastaviť alebo aspoň zmierňovať komplexným terapeutickým a ošetrovateľským manažmentom pacientov.

Literatúra

1. DHILON, V., HURST, N., HANNAN, J., NUKI, G. 2005. Assotiation of low general health status, measured prospectively by Euroqol EQ5D, with osteoporosis, independent of a history of prior fracture. *Osteoporos Int* 2005, I6: 483-489.
2. FATRCOVÁ-ŠRAMKOVÁ, K., BITTER, K. 2008. O slovenskej únii proti osteoporóze. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2008, 6, č. 4, s. 2.
3. LIPS. P., LEPLÉGE, A. 2000. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients vith vertebral fractures: Qualeffo-41. In *Quality of Life Resaerch* [online]. 2000, vol. 9, no. 6 [citované 2000-03-15]. Dostupné na internete: http://www.jstor.org/pss/4036949.
4. LIPS, P., VAN SCHOOR NM. 2005. Quality of life in patients with osteoporosis. In *Osteoporos Int*. 2005; no. 16, p. 447–455.
5. MASARYK, P., BITTER, K. 2003. Osteoporóza – sprievodca ochorením. Bratislava : Sanofi-aventis Pharma Slovakia, 2007. 28s. SK.RIS.06.11.02.
6. ONIŠČENKO, D. 2008. Osteoporóza – nové pohľady a možnosti jej diagnostiky. 2008. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2008, 6, č. 2, s. 9-11.
7. POPPELAARS, J., VAN SCHOOR, N. 2009. *Qualeffo-41* [online]. [citované 2009-03-12]. Dostupné na internete: http://www.lasa-vu.nl/themes/physical/Qualeffo_41.htm.
8. ROSINSKÁ, M. 2004. Kvalita života. In *I-Psychologia* [online]. [citované 2004-12-20]. Dostupné na internete: http://www.i-psychologia.sk/view-33.php. ISSN 1336-779X.
9. ROVENSKÝ, J. et al. 1998. *Reumatológia v teórii a praxi.* Martin : Vydavateľstvo Osveta, 1998. 1023 s. ISBN 80-88824-80-X.
10. SILVERMAN, SL., MINSHALL, ME., SHEN, W., HARPER, KD., XIE, S. 2001. Health-related quality of life subgroup of the multiple outcomes of raloxifene evaluation study. The relationship of health-related quality of life to prevalent and incident vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: results from the multiple outcomes of raloxifene evaluation study. In *Arthritis Rheum*. 2001, vol. 44, no. 11, p. 2611-2619.

Kontaktná adresa
PhDr. Ľubica Rybárová, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov
Royova 23, 080 05 Prešov
E-mail: lubica.rybarova@unipo.sk

WORKSHOP

KOMUNIKÁCIA VEDY A VEDECKÁ KOMUNIKÁCIA

AKO PÍSAŤ A PUBLIKOVAŤ VEDECKÝ ČLÁNOK

Chylová M.[1,2], Nagyová I.[2,3]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a UN L. Pasteura, 1. Psychiatrická klinika, Košice

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

[3] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

Úvod

Najvýznamnejšie vedecké práce sú publikované v tzv. peer-reviewed časopisoch, čiže indexovaných časopisoch v medzinárodných databázach. Publikovanie v týchto časopisoch predstavuje pre vedcov z neanglicky hovoriacich krajín veľký problém. Písanie vedeckých publikácií je však zručnosť, ktorá sa dá naučiť (Nagyová, 2008). Cieľom tejto práce je preto poskytnúť informácie o výbere časopisu, štruktúre vedeckého článku, elektronickej publikácii, publikačnej etikete a posudzovaní rukopisu časopisom.

Jadro

Výber časopisu

Výber témy článku býva prepojený s výberom časopisu a naopak. Téma musí byť pre čitateľov zaujímavá. Ak by sme napr. uskutočnili výskum zameraný na suicidálne správanie u 30 psychiatricky liečených mladých dospelých pacientov z Košíc, je to námet na článok, ktorý sa podarí publikovať najskôr na regionálnej úrovni, napr. v časopise Psychiatria pre prax. Ak by sme sa ale venovali suicidálnemu správaniu adolescentov v rokoch 2000-2010, pričom súbor by tvorilo 2 500 mladých ľudí z normálnej populácie, tak máme šance výsledky výskumu publikovať v indexovanom zahraničnom časopise na medzinárodnej úrovni.

Ak chceme byť vo vede úspešní, teda aj citovaní, aby vedeli o našich výsledkoch iní vedci v našej profesii, je podstatné publikovať naše výsledky v uznávaných zahraničných časopisoch. Ideálne je, keď sú časopisy indexované v medzinárodných databázach. Tieto časopisy majú impakt faktor (IF) alebo citačný index používaný v sociálnych vedách. Skratku IF používame na vyjadrenie dôležitosti časopisu. IF môže byť absolútny alebo relatívny.

Okrem zameranosti časopisu je vhodné sledovať obsah posledných čísel, porovnať naše kľúčové slová s tými, ktoré sa už objavili a tak zistiť, či už časopis publikoval práce podobného charakteru. Porovnávame štatistické postupy s postupmi použitými v časopise. Toto všetko zvyšuje šancu na publikovanie výsledkov (Hall, 1998; Ashby, 2005; Nagyová, 2008).

Štruktúra vedeckého článku

Vedecké články s IF majú jednotnú štruktúru, presne vymedzené časti, a to úvod, metódy, výsledky a diskusiu.

Titulná strana (Title) sa uvádza na osobitnom papieri. Neobsahuje ani všeobecný, ani detailný nadpis, býva v rozsahu 10-12 slov, bez skratiek a podnadpisov. Zahŕňa v sebe zmienku o nezávislých premenných a závislej premennej. Za nadpisom nasledujú mená autorov, spoluautorov a ich príslušnosť k pracovisku. Posledná pozícia je určená pre vedúceho pracoviska, či vedúceho výskumu. Titulná strana má mať skrátený nadpis, kontakt na autora a kľúčové slová v slovenskom a anglickom jazyku.

Abstrakt pri tvorbe rukopisu píšeme ako poslednú časť. Býva štruktúrovaný, obsahuje najviac 250 slov. Pozostáva z úvodu, metód, výsledkov a záveru. Odkazy na literatúru sa neuvádzajú. Text musí byť stručný, k veci a zrozumiteľný.

Úvod (Introduction) by mal mať rozsah 1-1,5 strany. V úvode práce hľadáme odpoveď na otázky „Čo sme skúmali, prečo sme to skúmali?“ Prechádzame od všeobecného kontextu, čo je už známe v nami skúmanej oblasti, popíšeme predchádzajúce výskumy, teórie. Načrtneme, v čom spočíva problém, snažíme sa presvedčiť čitateľa, že stále v danej téme existujú medzery, a preto je dôležitý a užitočný náš výskum, keďže prispeje k objasneniu týchto nejasností. V poslednej stati úvodu je nutné načrtnúť očakávania, jasne naformulovať hypotézy, ciele, ktoré musia byť totožné s cieľmi v abstrakte. V hypotéze presne definujeme vzťahy medzi premennými. Odporúča sa udržať pozornosť čitateľa, neodpisovať učebnicu, nepokúšať sa dlhým úvodom presvedčovať, akí sme sčítaní v danej problematike. Pri citovaní iných prác vždy musí byť jasné, ktoré myšlienky sú naše a ktoré patria iným autorom.

V časti *Metódy (Measures)* odpovedáme na otázku „Ako sme urobili výskum?“ Časť o metódach odráža, do akej miery je možné výskum zopakovať inými vedcami. Informácie musia byť presné, čo najstručnejšie. Popisuje sa dizajn práce, kde poskytujeme obraz o formálnej štruktúre experimentu, ktoré premenné sú závislé,

nezávislé, aká bola manipulácia s premennými, či je dizajn prierezový, longitudinálny alebo kombinovaný.

Skúmaný súbor popisuje detaily o osobách v experimentálnej aj kontrolnej vzorke, ich rozsah, pôvod, anonymitu údajov. Patria sem začleňujúce a vylučujúce kritériá pre zaradenie do súboru, počet a charakter vylúčených respondentov. Dôležitý je „response rate", percento zahrnutých osôb oproti oslovenému počtu osôb. V postupe sa uvádza, ako bol vykonaný zber údajov, kde prebiehal, kto ho robil a ako dlho trval.

Publikačná *etika* zahŕňa písomný súhlas respondentov s výskumom a súhlas etickej komisie pracoviska s realizáciou štúdie. V slovenských medicínskych prácach sa so súhlasom etických komisií s výskumom takmer nestretávame, čo v indexovaných časopisoch býva dôvod na zamietnutie článku.

Metodiky (Methods) popisujú použité nástroje merania ako sú prístroje, testy a dotazníky. Uvádza sa zdroj nástroja, či je pôvodný alebo prebratý. Zahŕňa účel testu, počet položiek, kódovanie a skórovanie položiek, interpretáciu skóre a psychometrické parametre každej metodiky.

Štatistické analýzy (Statistical analyses) popisujú všetky štatistické postupy a štatistický program, ktoré boli použité, ako napr. deskriptívna štatistika, analýzy korelačných koeficientov, faktorová analýza, potom SPSS, Statistica a pod..

Výsledky (Results) odpovedajú na otázku „Aké sú naše zistenia?". Výsledky v číselných zisteniach sa iba popisujú, neinterpretujú, interpretácia výsledkov je úlohou Diskusie. Prezentujú sa odpovede na výskumné otázky v takom poradí, ako boli zadefinované. Výsledky sa ilustrujú pomocou tabuliek, grafov. Tie by mali byť sebavysvetľujúce, teda jasné aj bez sprievodného textu.

Tabuľky obsahujú krátky nadpis. Pod tabuľku treba uviesť chyby odhadu, vysvetliť použité skratky v tabuľke, či pomenovať použité kategoriálne premenné.

Diskusia (Discussion) vysvetľuje, čo čísla v časti Výsledky znamenajú v kontexte nastolených hypotéz. Máva zvyčajne 4 časti. V prvej sa krátko rekapituluje cieľ a hlavné zistenia. Ďalej sa uvádza, ako zistené výsledky zapadajú do kontextu predchádzajúcich štúdií. Potvrdzujú ich, protirečia alebo dopĺňajú? V tejto najrozsiahlejšej časti sa odvolávame na literatúru, pričom treba jasne vyčleniť, ktoré myšlienky sú naše a ktoré iných autorov. Ďalej nasleduje diskusia o prednostiach, či obmedzeniach výskumu. Možno spomenúť, že sme si vedomí niektorých nedostatkov, no nemožno zase svoju prácu potopiť. Implikácia výsledkov v praxi poukazuje, aké je praktické využitie získaných poznatkov v oblasti, ktorú skúmame,

čo by sme si priali zrealizovať v budúcom výskume. Diskusia musí byť priamo k téme, musí byť organizovaná, informácie z úvodu sa nemajú opakovať v diskusii.
Niektoré časopisy vyžadujú krátky *záver* (*Conclusion*), kde je vhodné pár vetami uzavrieť, čo bolo zistené a čo to znamená pre život, existenciu výskumného súboru.
Za diskusiou nasleduje *Poďakovanie (Acknowledgements).* Ďakuje sa pacientom, lekárom, výskumníkom, a pod.., všetkým tím, ktorí podporili finančne, technicky alebo ináč našu prácu. Vždy sa uvádza grantová podpora, vďaka ktorej bol výskum prevedený.
Literárne odkazy (References) pomáhajú čitateľom získať prístup k pôvodným dokumentom, na ktoré sa odvolávame. Uvádzajú sa literárne zdroje podľa štýlu, ako je to uvedené v Inštrukciách pre autorov daného časopisu.
Formátovanie znamená, že rukopis musí mať formu podľa predpísaných noriem časopisom. Tabuľky a grafy bývajú každý na osobitnom liste papiera. Celý článok by nemal presiahnuť 3500 slov, pri prehľade literatúry (review) 5000 slov (Hall, 1998; Ashby, 2005; Nagyová, 2008).

Elektronická publikácia alebo zaslanie rukopisu do časopisu

Celkový čas od realizácie prvých analýz až po publikovanie článku v indexovaných SSCI časopisoch trvá minimálne 1,5 roka. V minulosti sa články zasielali do časopisu poštou na diskete. V súčasnosti sa publikuje elektronicky.
Je nevyhnutné detailne si preštudovať a dodržať inštrukcie pre autorov. Uvádzajú zameranie časopisu, formát, v akom treba rukopis zaslať. Nájdeme ich na web stránke časopisu. Pred zasielaním článku do zahraničného časopisu je potrebné skontrolovať text anglickým lektorom (Nagyová, 2008).

Publikačná etiketa alebo čo sa má a čo nemá v komunikácii s časopisom

Pred zaslaním rukopisu pripravujeme *Sprievodný list* editorovi časopisu. Je to veľmi dôležitá súčasť procesu zasielania rukopisu, keďže je prvým textom, ktorý editor číta a preto je potrebné ho zaujať. List by nemal byť dlhý, mal by vedieť predať naše výsledky. Uvádza sa, prečo by mal čitateľa časopisu náš príbeh zaujímať, čím je článok výnimočný, čo nové prináša, prečo by ho mal publikovať práve ten ktorý časopis.
O 1-3 týždne možno očakávať odpoveď od editora, že rukopis dostal. Editor informuje o začatí recenzného procesu. V tomto čase je možné aj to, že editor článok priamo zamietne, najčastejšie s dôvodom, že rukopis nevyhovel zameraniu

časopisu. Rukopis sa potom snažíme prerobiť tak, aby sme ho mohli zaslať opäť do iného časopisu. Niektorí editori poskytnú aj námety na zmeny, čo by rukopis mohlo skvalitniť. Tie samozrejme napriek zamietnutiu zapracujeme.

Nikdy neposielame duplikáty, nebudú akceptovateľné. Ak už sme prezentovali náš výskum vo forme posteru na konferencii a výsledkom je abstrakt v zborníku, je potrebné informovať o tom editora časopisu.

V rukopisoch sa vyžaduje výborná angličtina. Články so zlou angličtinou sú automaticky zamietnuté (Nagyová, 2008).

Posudzovanie rukopisu časopisom

Po odpovedi z časopisu o prijatí rukopisu dostaneme recenzný posudok minimálne od dvoch recenzentov. Zvyčajne máme na doručenie opráv 3 mesiace. Buď recenzenti odporučia článok zamietnuť alebo prepracovať na základe pripomienok, ktoré sú menšie alebo rozsiahlejšie.

Na zapracovanie pripomienok a znovu zaslanie opraveného rukopisu býva vyhradený 1 mesiac. Časopis si vyžaduje zaslanie finálneho rukopisu a tiež rukopisu s vyznačenými opravami. K opravám si pripravíme aj sprievodný list so zoznamom opráv. Spolu posielame 4 dokumenty: finálnu verziu, opravenú verziu s podčiarknutými zmenami, list s vysvetlenými opravami, ako sme to mysleli, či súhlasíme, nesúhlasíme s komentármi recenzentov a ďalší sprievodný list editorovi.

Časopis má opäť 3 mesiace na posúdenie nového rukopisu. Po zvážení recenzentmi dostaneme odpoveď o prijatí článku alebo zamietnutie i napriek vypracovaným opravám. Opravy opäť môžu byť menšie, väčšie, pri zamietnutí pripravujeme článok do iného časopisu.

Po prijatí do tlače nasledujú formálne kroky ako napr. vyplnenie tlačív pre transfer autorských práv na časopis, kde zvyčajne všetci spoluautori takýto formulár podpisujú. Predposledným krokom je potvrdenie finálnej verzie rukopisu, ktorú zasiela časopis autorovi na posledné korektúry. Vtedy kontrolujeme gramatiku, dizajn tabuliek, správnosť mien autorov, atď. Nasleduje tlač článku, pričom fyzické publikovanie, priradenie strán, zaradenie do konkrétneho čísla časopisu môže trvať niekoľko mesiacov (Nagyová, 2008).

Záver

V indexovaných zahraničných časopisoch je veľká konkurencia, 70-85% všetkých zaslaných rukopisov býva zamietnutá. Publikované sú iba tie najlepšie, najoriginálnejšie a najzaujímavejšie štúdie (Nagyová, 2008).

Literatúra

1. NAGYOVÁ, I. 2008. Vedecké písanie a publikovanie: Ako napísať vedecký článok. In Bednárik, R. et al. Vedecká komunikácia a komunikácia vedy, Bratislava, Inštitút pre výskum práce a rodiny 2008; s. 53-70.
2. HALL, M. G. 1998. How to write a paper. 2nd ed., London, BMJ Publishing Group 1998.
3. ASHBY, M. 2005. How to write a paper. 6the ed. Cambridge, University of Camridge 2005. http://www-mech.eng.cam.ac.uk/mmd/ashby-paper-V6.pdf (dostupné: 22.8.2011).

Kontaktná adresa

Mgr. Martina Chylová, PhD.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a UNLP
1. Psychiatrická klinika
Tr. SNP 1, 040 11 Košice
E-mail: martina.chylova@upjs.sk

POSTEROVÁ SEKCIA

PODPORA ZDRAVIA V REGIÓNE LIPTOV SO ZAMERANÍM NA ČINNOSŤ PORADNE NA OPTIMALIZÁCIU POHYBOVEJ AKTIVITY

Benková Ľ., Švandová M.
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Liptovskom Mikuláši, Liptovský Mikuláš

Úvod

Podpora a posilňovanie zdravia u zdravých občanov je základnou stratégiou pre rozvoj verejného zdravia.

Do podpory zdravia, teda procesu zvyšovania schopnosti obyvateľov regiónu Liptov zlepšovať svoje zdravie, sa zapájali pracovníci Oddelenia podpory zdravia plnením úloh v rámci celoslovenských projektov podpory zdravia, ako aj Poradenského centra ochrany a podpory zdravia.

V oblasti kľúčových determinantov zdravia ako je výživa, fyzická aktivita, tabak a alkohol prebiehali v roku 2010 v regióne Liptov skupinové edukácie a individuálne konzultácie celkovo v 12-tich projektoch: „Materské centrá", „Žiť zdravší a kvalitnejší život v staršom veku", „Stomatohygiena", „Populačná stratégia - aktivity pri príležitosti významných dní, s osobitným zameraním na témy a termíny odporúčané WHO", „Vyzvi srdce k pohybu", „Národný program prevencie obezity", „CINDI program SR", „Sledovanie výživového stavu obyvateľov SR", „Zdravé deti v zdravých rodinách", „Tvoja správna voľba", „Ovocie a zelenina do škôl", „Zdravé mesto".

Poradenské centrum ochrany a podpory zdravia RÚVZ so sídlom v Liptovskom Mikuláši vykonáva svoju činnosť podľa zákona NR SR č.355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia prostredníctvom všeobecného a špecializovaného poradenstva. Poradenstvo je zamerané na pozitívnu zmenu spôsobu života s využitím vedecky overených poznatkov a metód z oblasti medicíny a verejného zdravotníctva.

Všeobecné poradenstvo pozostáva z aktívneho vyhľadávania a stanovovania rizikových faktorov srdcovo-cievnych, nádorových a iných chronických neprenosných ochorení a zo sprostredkovania informácii zrozumiteľnou formou o zásadách správneho spôsobu života a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní najzávažnejším chronickým neprenosným ochoreniam.

Špecializované poradenstvo je zamerané na prevenciu najzávažnejších neprenosných
ochorení ovplyvňovaním rizikových faktorov životného štýlu, najmä fajčenia, nedostatočnej
fyzickej aktivity, nesprávnej výživy a nadmerného stresu.
Individuálne poradenstvo bolo poskytnuté v roku 2010 v rámci základnej poradne zdravia 961 klientom. 705 klientov navštívilo špecializované poradne: poradňu zdravej výživy, poradňu optimalizácie pohybovej aktivity, poradňu odvykania od fajčenia.
Hlavné zameranie príspevku je činnosť Poradne na optimalizáciu pohybovej aktivity s dôrazom na motivačné aktivity u detí a mládeže v súvislosti s problémom klesajúcej fyzickej zdatnosti. Znižujúca sa a nedostatočná pohybová aktivita je globálnym trendom so zvýraznením v rozvinutých krajinách. Weiler a kol. (2011) uvádzajú, že výdavky na zdravotníctvo v dôsledku nedostatku telesnej aktivity boli ročne vo Veľkej Británii odhadnuté na 8,2 mil. libier, čo je približne toľko ako spolu náklady na následky obezity, fajčenia a nadmernej konzumácie alkoholu (Okruhlica, 2011). Nedostatok fyzickej aktivity je jeden z hlavných rizikových faktorov vzniku a rozvoja chronických ochorení, s významným vplyvom na roky života v zhoršenom zdraví (DALYs) v európskom regióne (WHO, 2006). Fyzická inaktivita, resp. sedavý spôsob života, sa stáva narastajúcim problémom verejného zdravotníctva, vedie k mnohým zdravotným poruchám vrátane srdcovo-cievnych ochorení, artériovej hypertenzie, diabetu, osteoporózy a aj chronických porúch pohybového aparátu. Odhaduje sa, že na Slovensku 70 % osôb má nedostatočnú telesnú aktivitu a len 20 % populácie sa venuje takej telesnej aktivite, ktorá môže mať pozitívny vplyv na riziko srdcovo-cievnych ochorení. U menej aktívnych ľudí je celková úmrtnosť vyššia (Jurkovičová, 2005).
Klesajúca fyzická zdatnosť detí a mládeže sa podieľa na vzrastajúcej chorobnosti detskej populácie. V Európe udáva dostatočnú fyzickú aktivitu len 34 % mladých ľudí vo veku 11, 13, 15 rokov. Fyzická nečinnosť a nezdravé stravovanie a patria k hlavným príčinám väčšiny neinfekčných chorôb, vrátane srdcovo-cievnych ochorení, cukrovky II. typu a určitých druhov rakoviny a podstatnou mierou prispievajú ku globálnemu bremenu chorôb, úmrtí a nespôsobilosti (WHO, 2004).
Cieľ: motivácia k pohybu u detí a mládeže
Metódy: K zvýšeniu motivácie hýbať sa boli využité viaceré metódy v kolektíve žiakov a študentov.

1. Posudzovanie držania tela

Vo vyčlenených priestoroch škôl bolo pracovníkmi Oddelenia podpory zdravia hodnotené držanie tela podľa pracovného materiálu pre Poradne optimalizácie pohybovej aktivity z RÚVZ Poprad. Najčastejšou príčinou vzniku chybného držania tela a zvýšených zakrivení chrbtice je nedostatok pohybu, najmä dlhodobé sedenie. Základom vzniku deformít chrbta pri chybnom držaní tela je dysbalancia svalov. Prejavuje sa zhrbením trupu s predsunutým držaním ramien a odstávajúcimi lopatkami, ako aj oslabeným brušným svalstvom. O chybnom držaní hovoríme, ak je dieťa schopné aktívnym svalovým úsilím chybné držanie tela korigovať.

V rámci Poradne pre optimalizáciu pohybovej aktivity bolo realizované posudzovanie držania tela u žiakov a študentov stredných škôl vo veku 14-15 rokov.

2. Sebapozorovanie

Pri nesprávnom držaní tela sledoval študent (žiak) svoje odstávajúce lopatky a iné deformity chrbtice v zrkadle , za asistencie lekára .

3. Demonštrácia cvičení na nápravu držania tela

Po ukončení individuálnej intervencie nasledovala demonštrácia cvičení v telocvični školy. Keďže cvičenia boli zamerané na odstraňovanie dysbalancie svalstva. Začínali sme s cvičeniami so svalstvom dolných končatín s cieľom korigovať polohu panvy, postupne sme pracovali s korekciou svalovej dysbalancie drieku, hrudníka a krku.

4. Motivačné besedy zamerané na vplyv pohybu

V premietaných prezentáciách boli vysvetlené súvislosti medzi nedostatkom pohybovej aktivity a tým, aké poruchy sa dejú vznikom najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení – a to v mladom veku.

Z poskytnutých informácií mladých zaujali:

- súvislosti o vplyve pohybu na regeneráciu a funkčnosť buniek pamäťového centra mozgu,
- informácie o zlepšení nálady pri zvýšenej tvorbe neurotransmiterov (endorfínov, serotonínu) v systéme odmeny mozgu,
- pohyb zvyšuje odolnosť voči stresu, u trénovaného človeka sa v stresovej situácii tvorí menej stresových hormónov (kortizol, adrenalín),
- cestou posilnenia imunity cvičením sa znižuje riziko zápalových, nádorových a alergických ochorení,
- významne sa znižuje riziko diabetes mellitus druhého typu, osteoporózy,

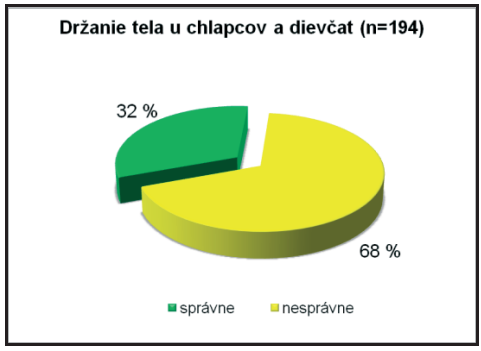
- zvyšuje trénovanosť, takže človek je schopný vykonať väčšie množstvo práce pri nižšej pulzovej frekvencii a pri nižšom krvnom tlaku.

5. Dotazníkový prieskum

Výsledky

Posudzovanie držania tela

V skupine 194 jedincov (žiaci a študenti) sme zistili chybné držanie tela u 68 % jedincov, najmä v skupine dievčat (70%) (graf 1). Všeobecne na hodinách telesnej výchovy čoraz viac rezignujú dievčatá (Harkotová, 2010).



Graf 1 Držanie tela u chlapcov a dievčat

Dotazníkový prieskum

Celkovo sa prieskumu zúčastnilo 253 respondentov, z toho 105 chlapcov, t.j. 42 % a 148 dievčat, t.j. 58 %. Priemerný vek respondentov bol 14,2 rokov.

Zo súčasne prebiehajúceho dotazníkového prieskumu sme zistili nasledovné:

1. Na hodinách telesnej výchovy v škole je oslobodený jeden z desiatich študentov (10%). Porovnateľné výsledky sa uvádzajú v prieskume „Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže 2004-2006“: na hodinách TV necvičí 10,39 % študentov (priemer za Slovensko), z toho na hodinách TV je oslobodených 6,98 %, necvičí 3,41 % (Gajdošová, 2006).
2. Len 35 % opýtaných sa pohybuje (venujú sa športu, cvičeniu – vrátane hier vonku) aspoň 1 hodinu denne vo voľnom čase. Pre porovnanie prieskum „Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže“ uvádza, že „denne vykonáva pohybovú aktivitu okrem telesnej výchovy na Slovensku len 32,35% , v kraji Žilina je to 34,48 % študentov“. Podľa „Správy o sociálnych determinantoch zdravia školákov“ sa denne venuje športovej aktivite menej než tretina chlapcov. Z dievčat každý deň športuje asi 15 %.

3. Iba 30% opýtaných uviedlo, že hodiny telesnej výchovy sú zaujímavé. Školy nie vždy ponúkajú žiakom a študentom rôzne druhy pohybových aktivít, ktoré majú pre ne význam, zdravotný dosah a zároveň sú pre ne atraktívne. Pri konzultácii s pedagógmi na stredných školách títo uvádzali dôvod nezáujmu na hodinách TV to, že študenti sú stále menej pohybovo zdatní a pohyb ich unavuje. V Európe len 34 % mladých ľudí vo veku 11, 13, 15 rokov udáva dostatočnú fyzickú aktivitu podľa súčasných smerníc. Vo väčšine krajín Európskeho regiónu fyzická aktivita klesala s vekom u oboch pohlaví.
4. 24 %, t.j. každý štvrtý opýtaný uviedol, že televízia a počítač sú najčastejším dôvodom neúčasti na športovaní alebo cvičení. V prieskume „Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže" sa ukázalo, že na Slovensku denne televíziu sleduje 1-2 hodiny 30,17 % študentov, v kraji Žilina 32,53 % študentov. Na Slovensku strávi pri počítači 1-2 hodiny v Žilinskom kraji 21,74 % mládeže, na Slovensku 21,15 % mladých ľudí. Podľa „Správy o sociálnych determinantoch zdravia školákov" pasívne svoj čas trávi skoro tri štvrtiny školákov. Z nich väčšina sedí pri televízii (37 %), a to až 3 hodiny denne (Harkotová, 2011). Podľa prieskumu, ktorý robila WHO vo viacerých európskych krajinách, strávi 46 % detí dve až tri hodiny denne pri televízore. Počítačovým hrám sa dve hodiny cez pracovné dni venuje 40 % školákov (Nozdrovická, 2007).
5. 33 % študentov uviedlo, že neboli podporovaní rodičmi na základnej škole k tomu, aby sa venovali športu, cvičeniu, turistike a inej pravidelnej pohybovej aktivite. Rodina je najsilnejšie pôsobiace prostredie pre získanie pozitívneho postoja k pohybu. Veľká časť nevedomia u dospelého človeka je naplnená naučenými reakciami v detstve za prítomnosti matky, otca a iných ľudí, ktoré dieťa má rado. V detstve vznikajú silné pamäťové stopy, silné návyky, ktorými sa podvedome riadime v podstatnej miere celý život.

Ďalšie odpovede študentov zamerané na súvislosti medzi rodinným prostredím a pohybom:

- 29 % rodičov opýtaných študentov nemá čas na pravidelnú fyzickú aktivitu,
- 19 % študentov uviedlo, že len jeden rodič sa pravidelne venuje fyzickej záťaži,
- 31 % jedincov uviedlo, že v detstve s rodičmi chodili na výlety do prírody,
- 22 % si nepamätá z detstva pravidelné športové a iné fyzické aktivity v rodine.

Diskusia

Medzi najčastejšie dôvody vzniku nesprávneho držania tela, rozvoja deformít a bolestí chrbta patrí dlhé sedenie a nedostatok vhodných posilňovacích cvičení a strečingu. Postupné hrbenie sa začína v „školských laviciach“, kedy je dieťa nútené dlho sedieť. Ak sa chybné držanie tela vedome neupravuje, môže sa zmeniť do deformity. V rámci činnosti Poradne na optimalizáciu pohybovej aktivity sme sa zamerali na riešenie problému nedostatku fyzickej aktivity v období pubescencie.

Odpútať pozornosť mladých ľudí od sledovania televízie a upozorniť ich na fyziologické potreby organizmu vrátane pohybu nie je ľahké, ale nie nemožné. Aktivity zamerané na motiváciu k pohybu u detí a mládeže na Liptove zaujali pozornosť detí, mladých ľudí aj pedagógov. Najefektívnejším prvkom bolo sebapozorovanie deformít v zrkadle, pretože jednou z najväčších starostí dospievajúcich jedincov býva ich „exteriér“ – ako pôsobia fyzicky na svoje okolie.

Pedagógovia naše aktivity vítali, mnohí sa sťažovali na nezáujem o cvičenie na hodinách telesnej výchovy u niektorých študentov, pokles fyzickej kondície u mládeže. Častým javom je aj nespokojnosť študentov so zvolenými aktivitami pedagógov, ako aj nedostatok motivácie zo strany rodiny. Mladí ľudia necvičia ani v prípade, že pediater ich odošle s nesprávnym držaním tela na fyziatricko-rehabilitačné oddelenie. Tam sa dostavia aj s rodičmi, cvičenia sú im demonštrované - ale podľa vyjadrenia nemenovaného prednostu oddelenia „a tým to vo väčšine prípadov končí“- mladí ľudia necvičia, nezačnú sa viacej hýbať. Doplňujúcim článkom pre motiváciu mladých ľudí sa, podľa našich skúseností, ukazuje komplex zdravotno-výchovných aktivít zo stany Poradní pre optimalizáciu pohybovej aktivity.

Výsledky dotazníkového prieskumu sú porovnateľné s celoslovenským prieskumom „Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže“, ktorý bol realizovaný ako projekt Národného programu podpory zdravia v RÚVZ Spišská Nová Ves v rokoch 2004-2006.

Záver

Dotazníkový prieskum aj skríning držania tela potvrdili opodstatnenosť motivačných aktivít u mladých ľudí. Komplexné zdravotno-výchovné aktivity majú svoj význam, mladí ľudia sú schopní racionálne posúdiť dôsledky nedostatku pohybovej aktivity, hlavne v súvislosti so vznikom svojich deformít chrbta. Ak sú na deformity

neautoritatívne upozornení, vnímajú to veľmi citlivo a majú aj záujem riešiť tento, pre nich významný problém – zvýšením frekvencie a intenzity pohybovej aktivity.

Literatúra

1. OKRUHLICA, Ľ. 2011. Telesná lenivosť ako závislosť. In. Alkoholizmus a drogové závislosti, 46, 2011, 2, s. 68. ISSN 0862-0350.
2. WHO Regional Office for Europe, 2006. Physical activity: a basic requirement for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 17.11.2006.
3. OECD, 2010: Health at a Glance: Europe 2010. OECD Publishing. ISBN 978-92-64-09031-6. Dostupné na internete: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en.
4. JUKOVIČOVÁ, J. 2005. Vieme zdravo žiť? Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave 2005, 166 s. ISBN 80-223-2132-X.
5. WHO: Regional Office of Europe, 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO, 2004.
6. NOZDROVICKÁ, A. 2007. Číslo srdca je 0 – 30 – 5 – 140 – 90. Cit.:16.8.2011. Dostupné na internete: http://cukrovka.zdravie.sk/sz/content/670-30610/cislo-srdca-je-0-30-5-140-90.html.
7. GAJDOŠOVÁ, E. a kol. 2006. Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže Slovenskej republiky. I. analytické spracovanie. 1. časť. Spišská Nová Ves: RÚVZ, 2006.
8. GECKOVÁ, A., VESELSKÁ, Z., KOLLÁROVÁ, J. (eds.). 2011. Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC-Slovensko-2009/2010. Košice: Equilibria, 2011. 158 s. ISBN 978-80-89284-73-3.
9. HARKOTOVÁ, S. 2010. Školákom sa nechce cvičiť. Zapojil sa už i minister. Cit.: 16.8.2011. Dostupné na internete: http://aktualne.centrum.sk/domov/zdravie-skolstvo-spolocnost/clanek.phtml?id=1220463.
10. KRAK, J. 2001. Hodnotenie správneho držania tela. Pracovný materiál pre poradne na optimalizáciu pohybovej aktivity. Poprad: ŠZÚ, 2001. 12 s.

Kontaktná adresa

MUDr. Ľubica Benková

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Liptovskom Mikuláši

Štúrova 36, 031 80 Liptovský Mikuláš

E-mail: lm.poradna@uvzsr.sk

METASYNTÉZA KVALITATÍVNYCH ŠTÚDIÍ – NÁSTROJ VÝSKUMU RODÍN DETÍ SO ZRIEDKAVÝMI CHRONICKÝMI OCHORENIAMI

Bodnárová L.

Prešovská univerzita, Filozofická fakulta, Inštitút psychológie, Prešov

Úvod

Záujem verejného zdravotníctva v zmysle epidemiologických trendov 21. storočia zahŕňa okrem iného hľadanie optimálneho prístupu k liečbe pediatrických pacientov s chronickými ochoreniami. Dôvodom je ich zvyšujúci sa počet a následne snaha o zefektívnenie nákladov za ich liečbu, najčastejšie presunom manažmentu celoživotných ochorení do domácností pediatrických pacientov. Ku kompetentnému a samostatnému manažmentu liečby detí mimo profesionálneho zdravotníckeho prostredia je možné dospieť systematickou prácou s členmi rodín. Odborné základy pre nastavenie optimálnej intervencie profesionálnych zdravotníckych tímov v týchto rodinách poskytujú pojmy empowerment-u, skupinovej seba-účinnosti a teórie rodinnej resiliencie. Problematickým sa stáva spôsob, akým výskumne spoznať tieto skupiny a overiť efektivitu realizovaných prístupov, s cieľom nastavenia interdisciplinárnej intervencie v zmysle evidence-based practice. Výskumným tímom sú málokedy dostupné dostatočne veľké skupiny účastníkov a zber údajov môže byť pre detských pacientov a ich rodiny vyčerpávajúci.

Jedným z riešení je výskumná metóda metasyntézy kvalitatívnych výskumov, ktorá je v súčasnosti vo zvyšujúcej sa miere využívaná pre výskum chronických ochorení. Hoci na Slovensku a v Čechách je pomerne neznáma, je perspektívna v prípadoch menších skupín cieľových pacientov. Metóda má potenciál získať pridanú hodnotu z už zozbieraných údajov a záverov štúdií neinvazívnym spôsobom, pričom podmienkou je dosiahnutie požadovanej kvality primárnych štúdií.

Prístupy meta-syntézy

Hlavným konceptom metodologického prístupu je syntéza zistení existujúcich kvalitatívnych štúdií na základe ich kritickej analýzy a následnej integrácie. Napriek tomu, že existuje pomerne veľké množstvo prístupov, všetky boli odskúšané len na menšom počte projektov. Prístupy sa líšia terminológii, ktorú na popísanie svojich postupov používajú, avšak zhodujú sa v spoločných základných bodoch metodologického postupu:

(1.) definovanie výskumnej otázky,

(2.) identifikácia relevantnej literatúry,

(3.) stanovenie kritérií pre zaradenie štúdie do vzorky,

(4.) zhodnotenie kvality vzorky,

(5.) identifikácia kľúčových zistení,

(6.) využitie techník analýzy prepojenia zistení v rámci štúdie a medzi štúdiami,

(7.) syntéza zistení,

(8.) formulácia záverov s pridanou hodnotou,

(9.) komplexná požiadavka na transparentnosť všetkých krokov (Hammersley, 2002).

Medzi najlepšie popísané a najčastejšie používané patria nasledovné prístupy: agregovaná syntéza, meta-syntéza Sandelowskej a Barossovej, EPPI - centrum metóda, metaštúdia, naratívna syntéza a meta-etnografia.

A.) Agregovaná syntéza

je jedným z prvých prístupov spolu s meta-etnografiou Noblita a Hareho (1988). Zároveň je jedným z najmenej používaných a teoreticky menej podchytených prístupov, jeho prínos je v historickom stimule pre rozvoj metódy. Ako prvá popísala agregovanú syntézu Estabrooksová v roku 1994 v článku, ktorý bol reakciou na kritiku kvalitatívneho výskumu, predovšetkým malých vzoriek účastníkov, problémov so zovšeobecnením výsledkov a s budovaním teórií na základe výsledkov týchto výskumov. Agregovaná syntéza zachováva kontext pôvodných výskumov a kumulovaním zistení výlučne kvalitatívnych štúdií dosahuje teoretické poznanie, ktoré nielen vysvetlí, ale bude aj predikovať správanie. Reliabilita je garantovaná podobnosťou výsledkov jednotlivých výskumov. Postup, ako ho navrhuje autorka a jej tím, má črty podobné so zakotvenou teóriou - konštantnou komparáciou štúdií vo vzorke sa hľadajú podobné témy, kým nedôjde k nasýteniu vzorky a zovšeobecneniu zistení štúdií vo vzorke. Cieľom je zvýšenie abstraktnosti, zovšeobecniteľnosti kriticky zhodnotených a vysvetlených zistení primárnych štúdií vo vzorke.

B.) Meta-syntéza Sandelowskej a Barrosovej

má korene vo výskume materstva HIV pozitívnych žien v USA, na základe ktorého autorky rozvinuli návod, ako syntetizovať kvalitatívne štúdie. Tento následne

popísali vo svojej príručke z roku 2007. Zdôrazňujú, že sa nejedná o žiadnu špecifickú metódu, ale o integráciu zistení štúdií vo vzorke. Pri výbere kritérií vzorky je podmienkou vylúčiť štúdie, ktoré obsahujú len sumarizácie kategórií z výrokov, bez ďalších interpretácií. Predmetom meta-syntézy sú štúdie zahŕňajúce transformáciu zistení do druhej úrovne interpretácie – prepojenia, transformácie a vysvetlenia namiesto popisov. Cieľom sú zovšeobecniteľné teórie pochádzajúce zo skúsenosti ako ich interpretujú účastníci primárnych štúdií, následne výskumné tímy primárnych štúdií a finálne „metasyntetizátory".

C.) EPPI centrum metóda (2001)

obsahuje dva kľúčové momenty. Prvým je stanovenie hypotézy na základe teoretických poznatkov tímu a druhým následná analýza pozostávajúca z dvoch krokov:

(1.) mapovanie, popis a zhodnotenie kvality potencionálnych štúdií do vzorky,

(2.) hĺbková analýza zistení vybraných štúdií.

Jedná sa o prístup, ktorý si zakladá na presnosti, je skôr sumarizujúci ako syntetizujúci a využíva analýzu doslovných prepisov zistení štúdií vo vzorke do počítačového softvéru (podobne ako metóda popisovaná inštitútom Joanny Briggsovej, ktorú v našom prehľade neuvádzame).

D.) Meta-štúdia (Patersonová, Thorne, Canam a Jillingsová, 2001)

je najdetailnejšie popísaným postupom, vychádzajúcim z meta-etnografie. Jej špecifikom je, že predmetom analýzy a syntézy nie sú len zistenia štúdií vo vzorke, ale aj teória a metódy. Krokmi spoločnými s ostatnými prístupmi sú formulovanie výskumnej otázky a selekcia primárnych štúdií.

Meta-štúdia pozostáva z dvoch základných štádií: meta-analýzy (ktorá obsahuje 3 kroky: meta-analýzu-údajov, meta-metódu a meta-teóriu) a meta-syntézy, ktorá je alikvotná fáze zistení v kvantitatívnom výskume. Tri kroky analytickej časti nemusia podmienečne nasledovať jedna druhú, môžu byť vykonávané zároveň alebo sa prelínať, najmä jej meta-metodická a meta-teoretická časť:

(1.) meta-analýza-údajov: začína analýzou analýzy - kritickou analýzou podobností a odlišností v údajoch primárnych štúdií kódovaním a kategorizáciou dát, ktorej cieľom nie je ich sumarizácia, ale interpretácia. Predmetom sú výroky účastníkov, zistenia autorov a diskusia. V tejto časti je možné využiť techniky meta-etnografie,

zostavenie analytických listov zistení primárnych štúdií a prehľady obsahov kategórií na základe zostavených kódovacích systémov.

(2.) meta-metóda: podrobuje analýze metodologické pozadie primárnych štúdií vo vzorke s cieľom vybudovania pevného teoretického zázemia, ktoré môže a nemusí byť výsledkami meta-štúdie podporený,

(3.) meta-teória: hodnotí súlad zistení primárnych štúdií s ich metodologickým, teoretickým, politický, historickým a sociálnym kontextom, analyzuje teoretické zázemie autorov a dopad ich implicitnej optiky na výsledky výskumov,

(4.) meta-syntéza: je integráciou troch predchádzajúcich krokov, ktorej cieľom je nový, kritický pohľad na existujúce poznanie získane kvalitatívnymi štúdiami. Tento má byť buď teoretickým alebo praktickým prínosom. V tomto štádiu disponuje výskumný tím súhrnným prehľadom interpretovaných dát, metód a teórie primárnych štúdií. Pre protichodné zistenia, paradoxy, nezhody sa hľadajú alternatívne vysvetlenia. Reliabilita výsledkov je vyjadrená v rozmere, v akom je novovytvorená teória schopná vysvetliť javy primárnych štúdií.

Pre analýzu primárnych štúdií nevyčleňuje autorka a jej tím žiadnu exkluzívnu metódu. Navrhuje používať:

(1.) princípy zakotvenej teórie- konštantnú komparáciu s cieľom nasýtenia vzorky,

(2.) tvorbu metafor/prekladov- kedy autori interpretujú zistenia autorov primárnych štúdií a hľadajú vzájomné vzťahy,

(3.) hľadanie podobností a odlišností v rámci novovytvorených kategórií, kontextu zistení a vzťahov.

Rozhodnutie o vhodnosti metódy je v rukách výskumného tímu. Cieľom je „veľká“ teória zastrešujúca viacero teoretických prístupov.

E.) Naratívna syntéza (Mays, Popeová a Popayová, 2005)

dáva dôraz na vysvetlenie primárnych štúdií a na vypovedanie ich „príbehu“. Základným krokom je identifikácia záujmu výskumníka na základe štúdia dostupnej literatúry. Po špecifikovaní kritérií výberu štúdií do vzorky nasleduje detailné zhodnotenie ich kvality a vhodnosti vzhľadom na výskumnú otázku. Možné je zahrnutie rôznych metodológií a typov štúdií.

Samotná naratívna syntéza pozostáva z nasledujúcich bodov:

(1.) analýza intervencií ako ich popisujú primárne štúdie - prepojenie činností, intervencií a cieľov,

(2.) predbežná syntéza- hľadanie vzorov, konceptov spájajúcich štúdie, obsahová analýza,

(3.) preskúmavanie vzťahov v štúdiách a medzi štúdiami,

(4.) overenie aplikovateľnosti výslednej teórie ne primárne štúdie.

V každom bode odporúča Mays a kol. vizualizáciu prepojení a vzťahov, spájanie do skupín, tabuliek a grafov za účelom obsahovej a tematickej analýzy procesov.

F.) Pravdepodobne najčastejšie používanou stratégiou analýzy dát v metasyntéze je postup navrhovaný Noblitom a Hareom (1988) - *meta-etnografia*. Na príklade tohto prístupu popíšeme spôsoby kontroly validity v tejto časti výskumu. Je to z toho dôvodu, že meta-etnografia býva často súčasťou horeuvedených postupov metasyntézy. Napríklad v meta-štúdii podľa Patersonovej a kol. (2001) sa postupy meta-etnografie využívajú v kroku meta-analýzy.

Postup Noblita a Hareho popisuje tri fázy, z ktorých dve môžeme považovať za analytické a poslednú za fázu syntézy. Náplňou prvej, ktorú autori nazývajú aj (1) recipročná je hľadanie metafor, fráz a tém, ktoré sa vyskytujú opakovane v celom objeme primárnych údajov. Predmetom analýzy sú zistenia uvádzané v texte, tabuľkách a obrázkoch primárnych štúdií. Okrem textu je predmetom analýzy aj abstrakt a nadpis, ktoré môžu byť nositeľmi dôležitých odkazov. Pozornosť je potrebné venovať detailom. Pre evidenciu podobností a rozdielností zistení štúdií odporúčajú Bondasová a Hallová (2007) používať Vennove diagramy s vyznačením vzťahov medzi metaforami, frázami a myšlienkami. K tabuľkám je potrebné pripojiť textový popis. Cieľom je transparentnosť v určení, na základe akých kategórií/tém boli analýzy postavené a ako sú zistenia primárnych štúdií prepojené. Tento prístup umožňuje porovnávanie štúdií - zvýraznia sa výsledky, ktoré sú analogické, úplne protikladné a rozvíjajúce teóriu. Cieľom tejto fázy výskumu nie je popisovať spoločné a rozdielne zistenia, ale ísť pod povrch toho, čo je za zisteniami. Znamená to rozobrať, znova poskladať a interpretovať zistenia pre „lepšie“ a komplexnejšie porozumenie skúmanému fenoménu. Z hľadiska kontroly validity musí byť jednoznačne odlíšené, kedy výskumný tím vytvára prehľad zistení, kedy analyzuje a kedy syntetizuje (Bondasová a Hallová, 2007). Patersonová a kol. (2001) odporúčajú,

aby boli dôkladne zaznamenané všetky postupy analýzy (formulovanie kódov, kategórií, zdrojov, metafor; nezhody medzi kódermi a výsledok ich diskusií) rovnako ako prípadné ohrozenia validity (nejasnosti vo výsledkoch, skreslenia).

Druhú fázu analýzy nazývajú Noblit a Hare argumentačnou (2). Zahŕňa vedomé hľadanie metafor, fráz a tém, ktoré vyvracajú objavujúcu sa teóriu. Tá môže byť formulovaná kombinovaním štúdií tak, že a) jedna štúdia nadväzuje na druhú a ich výsledky sú analogické; b) štúdie sú relatívne odlišné a ich výsledky sú postavené proti sebe; alebo c) štúdie sú naviazané na seba tak, že jedna rozvíja druhú (Bondas a Hall, 2007).

Výsledkom tretej fázy- syntetizačnej (3) je výrok/metafora, ktorá čo najobsiahlejšie popisuje vyskytujúce sa vzory – resp. model pokrývajúci všetky zahrnuté štúdie. Vo fáze syntézy je cieľom dosiahnutie centrálneho konceptu na základe výsledkov analýzy. Tento koncept môže obsahovať metafory, vzory primárnych štúdií aj/alebo nové koncepty, ktoré sú výstižnejšie pre teóriu skúmaného fenoménu. Výskumníci majú možnosť kriticky interpretovať silné a slabé stránky analyzovaných zistení, navrhnúť zjednocujúce koncepty a priniesť nový uhol pohľadu. Za úspešné sa považuje aj zistenie, že primárne štúdie sú v podstate nekompatibilné. Výsledkom je navrhnutie nových výskumných otázok. Pre jej validitu je nevyhnutná konzistentnosť, účelnosť, jasnosť. K najväčším ohrozeniam validity syntézy patrí deduktívna kontaminácia teóriami a preháňanie pri interpretácii závažných fenoménov (Jense a Allen, 1996 podľa Bondasová a Hallová, 2007). Booth (2001) navrhuje validizovať zistenia syntézy triangulóciou metód ako je overenie prípadovými štúdiami, fokusovými skupinami alebo konzultáciou s kľúčovými informátormi.

Napriek frekvencii, s akou sú títo autori citovaní, podľa Noblita (2004, podľa Downe, 2008) väčšina publikovaných metasyntéz popisuje prvú fázu recipročných zistení. V menšom počte prác je zahrnutá fáza argumentácie tvoriacej sa teórie a málo dospeje k štádiu vytvorenia „pridanej hodnoty“, kedy sa už nejedná iba o meta-sumarizáciu kvalitatívnych zistení.

Záver

Metodológia metasyntézy je schopná uspokojiť požiadavku praktikov na empirickú integráciu zistení kvalitatívnych výskumov a generovanie nových teórií sledovaním prepojených konceptov viacerých existujúcich štúdií legitímnym a rigoróznym spôsobom. Zároveň ponúka nástroj pre výskum špecifických celoživotných pediatrických ochorení, ktoré sú ťažko skúmateľné kvantitatívnymi prístupmi. V oblasti verejného zdravotníctva prináša perspektívu vypracovania interdisciplinárnej intervencie s cieľom efektívneho manažmentu liečby v rodinách pediatrických

pacientov so zriedkavým chronickým ochorením tak, aby sa mohla presunúť do domáceho prostredia v čo najväčšej možnej miere.

Literatúra

1. BONDAS, T., HALL, E.O.C. 2007. Challenges in approaching metasynthesis research. Qualitative Health Research, 17, 113-121.
2. BOOTH, A. 2001. Cochrane or cock-eyed? How should we conduct systematic reviews of qualitative research?. Qualitative Evidence-Based Practice Conference. Coventry University.
3. DOWNE, S. 2008. Metasynthesis: a guide to knitting smoke. Evidence Based Midwifery , 6, 4-8.
4. HAMMERSLEY, M. 2002. Educational Research, Policymaking and Practice. London: Paul Chapman.
5. MAYS, N., POPE, C., POPAY, J. 2005. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. Journal of Health Services Research and Policy, 10 (1). 6-20.
6. NOBLIT, G.W., HARE, D. 1988. Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies. Newbury Park: Sage.
7. PATERSON, B.L., THORNE, S.E., CANAM, C. , JILLINGS, C. 2001. Meta-study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis. Thousand Oaks, CA: Sage.
8. SANDELOWSKI, M., BARROSO, J. 2007. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company.

Kontaktná adresa

Lea Bodnárová
Tr. SNP 61/B, 040 11 Košice
E-mail: lea.buranovska@gmail.com

HUMÁNNA PAPILLOMAVÍRUSOVÁ INFEKCIA A JEJ DOPAD NA VEREJNÉ ZDRAVIE

Čisláková L.[1], Halánová M.[1], Adam J.[2], Huljaková M.[3], Mikulová J.[3], Szövenyiová Z.[4]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. epidemiológie, Košice

[2] Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva a FNsP, Klinika gynekológie a pôrodníctva, Prešov

[3] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a UNLP, II. gynekologicko-pôrodnícka klinika, Košice

[4] AVILAB, neštátne zdravotnícke zariadenie, Košice

Úvod

Sexuálne a reprodukčné zdravie tvorí integrálnu súčasť zdravia a plnohodnotného života každého jednotlivca. Medzi najdôležitejšie ciele v oblasti reprodukčného a sexuálneho zdravia patrí aj monitoring a kontrola sexuálne prenosných infekcií, ktoré sú zahrnuté v Národnom programe ochrany sexuálneho a reprodukčného zdravia v SR na obdobie rokov 2008 – 2012. Jednou z častých urogenitálnych infekcií je humánna papillomavírusová infekcia (HPV), ktorej incidencia a prevalencia v našej populácii nestále stúpa a presúva sa do nižších vekových kategórií. No zatiaľ čo u týchto mladých žien ide iba o sexuálne prenosné ochorenie, ktoré je schopné organizmus väčšinou zvládnuť vlastnými imunitnými mechanizmami, výskyt v populácii žien starších ako 30 rokov sa stáva významným rizikovým faktorom vzniku neoplázií krčka maternice.

Dominantnú úlohu v etiológii a patogenéze karcinómu krčka maternice má ľudský papillomavírus (predovšetkým vysoko rizikové typy HPV 16 a 18), ktorý patrí k jedným z najrozšírenejších sexuálne prenosných vírusov (Pfister, 1996; Koutsky, 1997; Redecha a kol., 1999). Podľa literárnych údajov infekcia je prítomná až u 44% závažných dysplázií, u 77% prípadov *carcinoma in situ* a u 89% prípadov invazívneho dlaždicovobunkového karcinómu (Adam a kol., 2002).

Medzi faktory, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť infikovania humánnym papillomavírusom a štatisticky významne súvisia so vznikom rakoviny krčka maternice môžeme zaradiť sexuálne správanie (skorá sexuálna aktivita a promiskuita), fajčenie, imunosupresia (HIV, autoimunitné ochorenia, hematologické malignity, a pod.), vek prvej tehotnosti a počet tehotností (o čo je

nižší vek prvej tehotnosti a vyšší počet tehotností, o to je vyššie riziko vzniku cervikálneho karcinómu), antikoncepcia, vzdelanie a sociálna trieda (nižšie vzdelanie a nižšie sociálne postavenie sú spojené so zvýšeným výskytom karcinómu). Posledné dva faktory zrejme nespôsobujú vyššie riziko priamo, ale sprostredkovane, zmenami sexuálneho správania (Šuška, 1996; Robová a kol., 2003).

Incidencia karcinómu krčka maternice sa pohybuje okolo 20 prípadov na 100 000 žien s mortalitou približne 8 na 100 000 žien. V porovnaní s ostatnými štátmi Európskej únie je u nás incidencia aj mortalita vyššia takmer o 50%. Táto bilancia je spôsobená absenciou efektívneho skríningového programu.

Pre porovnanie, incidencia u bielej populácie v USA, Belgicku, Holandsku a Nemecku sa pohybuje v rozmedzí 9,0 - 13, vo Fínsku 6,4 a v Izraeli 5,7 na 100 000 žien. Vyššia incidencia bola zaznamenaná aj u sociálne a ekonomicky slabších skupín (Šafař, 2000).

Cieľom našej práce bolo preto zistiť výskyt HPV infekcie v skupine žien a mužov pochádzajúcich z východného Slovenska.

Materiál a metódy

V sledovanom období roku 2010 bolo na prítomnosť HPV infekcie vyšetrených spolu 2810 ľudí, z toho bolo 2308 žien a 502 mužov. Všetci vyšetrení pacienti pochádzali z východného Slovenska.

Pacientky boli po dôkladnej aspekcii vonkajších rodidiel vyšetrené sterilnými zrkadlami. Po zhodnotení charakteru pošvového sekrétu a odstránení hlienovej zátky sterilným vatovým tampónom bola každej pacientke vykonaná jednoduchá kolposkopia. Následne bol vykonaný odber bunkového materiálu sterilným dakrónovým tampónom zavedením do krčka maternice a rotáciou v smere hodinových ručičiek bez kontaktu s pošvovou sliznicou. Tampón bol v transportnom médiu odoslaný do laboratória na ďalšie spracovanie. Diagnostika ochorenia sa vykonávala priamym dôkaz patogéna metódou polymerázovej reťazovej reakcie (PCR).

Výsledky

Z celkového počtu 2810 vyšetrených pacientov bolo pozitívne detegovaných 463, čo predstavuje 16,5% pozitivitu. Z 2308 žien zaradených do súboru bol pozitívny výsledok potvrdený u 403 z nich (17,5%). V skupine mužov bol humánny papillomavírus potvrdený v 60 prípadoch (12%), (Tab. 1).

U HPV pozitívnych žien sa najčastejšie vyskytovala diagnóza N76 – iné zápaly pošvy a vulvy, u mužov to bola diagnóza N34 – uretritída a uretrálny syndróm.

Tab. 1 Výskyt HPV u vyšetrovaných pacientov

	Celkový počet vyšetrených	**Z toho pozitívnych**	
		N	**%**
Ženy	2308	403	17,5
Muži	502	60	12
SPOLU	**2810**	**463**	**16,5**

Diskusia

Prevalencia HPV v populácii je udávaná v širokom rozmedzí – od 5 do 70% v závislosti na vyšetrovanom súbore žien, na použitej diagnostickej metóde, a type vyšetrenia – či sa jednalo o vyšetrenie skríningové, alebo cielené. Významný vplyv majú aj špecifiká, ako sú geograficko - etnické zastúpenie, vek vyšetrovaných pacientok, počet predchádzajúcich sexuálnych partnerov a pod. (Koutsky a kol., 1988; Redecha a kol., 1994; Schaffer a kol., 1999). Wright a kol. (1994) udávajú maximum prevalencie HPV v populácii okolo 30%, ďalší majú ešte kritickejší pohľad, ale ani ich odhady neklesajú pod 13 až 15% (Koutsky a kol., 1988). Redecha a kol. v jednej zo svojich prvých uverejnených prác týkajúcich sa výskytu HPV infekcie u žien na Slovensku v roku 1994 potvrdili zo súboru 47 vyšetrení HPV infekciu v 31 prípadoch, teda u 66%. U 21 pacientok, čo je 44,7%, dokázali HR-HPV, v 21,3% bola dokázaná infekcia LR-HPV a v 16 prípadoch (34%), sa klinicky predpokladaná infekcia laboratórne nepotvrdila. Jednalo sa však o skupinu selektovaných žien (pacientky po dôkladnom klinickom vyšetrení mali prevedené kolposkopické vyšetrenie, na základe ktorého sa predpokladala prítomnosť HPV infekcie, vyšetrenie sa nerobilo pacientkám s negatívnym
kolposkopickým nálezom). V ďalšej práci tej istej autorskej skupiny bola vyšetrená rovnako selektovaná skupina pacientok. Z celkového počtu 340 vyšetrených žien

bolo pozitívnych 211 (62,1%), pričom až v 35,9% (122 žien) sa potvrdila prítomnosť vysokorizikového typu HR – HPV a v 26,2% (89 žien) prípadoch infekcia nízko rizikovým typom LR – HPV. Negatívnych bolo 129 žien, čo predstavovala 37,9% (Redecha a kol., 1996).

V inej štúdii Kaňka (1994) popisuje súbor 228 žien z Centra onkologickej prevencie, u ktorých zistil virologicky pozitívnych 68,4% žien. Variabilita pozitivity pri opakovaných vyšetreniach viedla až k 80% pozitívnych prípadov pri opakovaných testoch. Olomoucký autori (Kotršová a kol., 1995) vyšetrili 63 pacientok z preselektovaného súboru žien a dokázali HPV DNA v 72% prípadov. Autori z Brna (Sieglová a kol., 1998) uvádzajú vo svojom vysoko selektovanom súbore (pacientky po kolposkopickom vyšetrení, pri pozitivite doplnená kolposkopicky cielená biopsia), z celkového počtu 118 pacientok 76 HR-HPV pozitívnych, čo je 64%. U 42 (36%) pacientok nebola dokázaná prítomnosť HPV DNA. Meyer a kol., (1993) z cervikálnych náterov a biopsií zaznamenali pri normálnych nálezoch 9% pozitivitu testov. Vo všetkých štúdiách sa na detekciu použili hybridizačné metódy detekcie HPV DNA.

V našej štúdii z celkového počtu 2308 vyšetrených žien sa pozitivita pohybovala na úrovni 16,5%, u mužov z celkového počtu 502 vyšetrených na úrovni 17,5%. Nami zistené nižšie percento pozitivity je možné vysvetliť zložením súboru. Zatiaľ čo spomínaných štúdiách boli zaradené vysoko selektované skupiny pacientok, najčastejšie na podklade expertného kolposkopického vyšetrenia, do nášho súboru boli zahrnuté pacientky odoslané obvodnými gynekológmi pre suspektný nález na krčku maternice. Pritom títo odosielajúci lekári neudávali bližšiu špecifikáciu tejto suspekcie. V súbore teda boli aj tie pacientky, u ktorých bolo prevedené kolposkopické vyšetrenie negatívne.

Naše výsledky však korelujú s výsledkami iných štúdií, ktoré vyšetrovali náhodné skupiny žien a mužov, pričom u sexuálne aktívnych žien detegovali pozitivitu v rozmedzí 3,5 až 33% (Schiffman, 1992) a u mužov v rozmedzí 9 až 24% (Kataoka, 1991, Hippelainen, 1993; Forslund, 1993; Kyo, 1994).

Záver

Karcinóm krčka maternice je u nás stále častým nádorovým ochorením, ktoré by sa malo vzhľadom na dostupnosť vyšetrenia krčka maternice, poznaním jeho etiologických príčin, dlhým prechodom cez prekancerózy a v neposlednej miere aj dostupnosťou vakcíny postupne eradikovať.

Ako vyplýva z našich výsledkov zistená incidencie HPV infekcie v populácii žien a mužov je v súlade s výskytom v susedných krajinách. Na základe dlhodobého monitoringu však nestále stúpa a presúva sa do nižších vekových kategórií. Vzhľadom k tomu, že ekonomická situácia nedovolí u nás rutinne vyšetrovať celú populáciu žien na infekciu spôsobenú HPV, je potrebné sa zamerať na skupinu žien vo veku 30 až 50 rokov, u ktorých sa infekcia humánnym papilomavírusom stáva významným rizikovým faktorom vzniku neoplázií krčka maternice.

Poďakovanie

Práca riešená v rámci projektu VEGA MŠ SR č. 1/0418/09.

Literatúra

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J., a kol. 2002. Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob. 1. vyd., Praha: Grada, 2002, 356 s.
2. FORSLUND, O. 1993. Human papillomavirus DNA in urine samples compared with that in simultaneously collected urethra and cervix samples. J. Clin. Microbiol., 1993, 31, s. 1975.
3. HIPPELAINEN, M. 1993. Prevalence and risk factors of genital human papillomavirus (HPV) infections in healthy males: a study on Finnish conscripts. Sex. Trans. Dis., 1993, 20, s. 321.
4. KAŇKA, J. 1994. Korelace klinické a virologické diagnostiky infekce cervixu lidskými papilomaviry. Čes. Gynek., 1994, 59, s. 70-75.
5. KATAOKA, A. 1991. Human papillomavirus infection of the male diagnosed by southern-blot hybridization and polymerase chain reaction: comparison between urethra samples and penile biopsy samples. J. Med. Virol., 1991, 33, s. 159.
6. KOTRŠOVÁ, L., KOLÁŘ, Z., TICHÝ, M. a kol. 1995. Průkaz a typizace HPV DNA in situ Příspěvek ke zlepšení diagnostiky lézí děložního čípku. Čes. Gynek., 60, 1995, č. 5, s. 231-234.
7. KOUTSKY, L. A., GALLOWAY, D. A., HOLME, K. 1988. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Epidemiol. Rev., 1988, 10, s. 122-163.
8. KOUTSKY, L. 1997. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Amer. J. Med.,1997, 102, s. 3-8.
9. KYO, S. 1994. Detection of high-risk human papillomavirus in the cervix and semen of sex partners. J. Infect. Dis., 1994, 170, s. 682.

10. MEYER, M. P., CARBONELL, R.I., MAUSER, N. A. et al. 1993. Detection of human papillomavirus in cervical swab samples by ViraPap and in cervical biopsy specimens by in situ hybridization. Amer. J. Clin. Pathol., 100, 1993, s. 12-17.
11. PFISTER, H. 1996. The role of human papillomavirus in anogenital cancer. Obstet. Gynecol. Clin. North Amer., 1996, 23, s. 579-595.
12. REDECHA, M., FERANČÍKOVÁ, Z., KELLEROVÁ, E., SASKO, A. 1994. Naše skúsenosti s diagnostikou HPV infekcie. Slov. Gyn. Pôr., 1, 1994, č. 1, s. 18-19.
13. REDECHA, M., KORBEĽ, M., BOROVSKÝ, M. 1999. Výskyt HPV infekcie maternicového krčka u žien v perimenopauze a postmenopauze. Praktická Gynekológia , 1999, 6, 3, s. 100-104.
14. ROBOVÁ, H., ROB, L., PLUTA, M., a kol. 2003. Prekancerózy děložního hrdla. Patogeneze. Moderní gynekologie a porodnictví: Onkologická prevence v gynekologii. 2003, 12, 4, s. 627-630.
15. SCHAFER, K., MULLER, M., FAATH, S., et al. 1999. Immune response to human papillomavirus 16 L1E7 chimeric virus-like particles: induction of cytotoxic T-cells and specific tumor protection. Int. J. Cancer, 1999, 81, s. 881-888.
16. SCHIFFMAN, M. H. 1992. Recent progress in defining the epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. J. Natl. Cancer Inst., 1992, 84, s. 394.
17. SIEGLOVÁ, V., DORR, A., PILKA, L. 1998. Postavení HPV typizace v managementu léčby cervikálnych lézí. Gynekolog, 7, 1998, č. 4, s. 154-156.
18. ŠAFAŘ, P. 2000. Cervikální karcinom. In: Moderní gynekologie a porodnictví, 2000, 9, 4, s. 640-660.
19. ŠUŠKA, P., a kol. 1996. Vybrané kapitoly z gynekológie a pôrodníctva. Bratislava: SAP, II., 1996, s. 123-140.
20. WRIGHT, T. C., KURMAN, R. J., FERENCZY, A. 1994. Precancerous lesions of the cervix, s. 229-279. In: Kurman, R. J.: Blaustein´s Pathology of the Female Genital Tract, IV. Ed., Baltimore, Springer Verlag, 1994.

Kontaktná adresa

prof. MVDr. Lýdia Čisláková, CSc.
UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. epidemiológie
Šrobárova 2, 040 01 Košice, E-mail: lydia.cislakova@upjs.sk

MONITORING VÝSKYTU UROGENITÁLNYCH INFEKCIÍ U HPV POZITÍVNYCH ŽIEN NA VÝCHODNOM SLOVENSKU

Halánová M.[1], Adam J.[2], Čisláková L.[1]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. epidemiológie, Košice

[2] Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva a FNsP, Klinika gynekológie a pôrodníctva, Prešov

Úvod

Karcinóm krčka maternice je dnes považovaný za prvé zhubné ochorenie žien indukované vírusovou infekciou (Sosna a kol., 2001). Patrí u nás stále k najčastejším zhubným ochoreniam ženských pohlavných orgánov. Dominantnú úlohu v jeho etiológii a patogenéze zohráva ľudský papilomavírus (HPV), ktorý patrí k jedným z najrozšírenejších sexuálne prenosných vírusov (Pfister, 1996; Koutsky, 1997; Redecha a kol., 1999). Etiologickú súvislosť medzi ľudskými papilomavírusmi a nádorovým ochorením krčka maternice uznáva i Svetová zdravotnícka organizácia, ktorá ho oficiálne deklarovala ako karcinogénny vírus v roku 1995 (Campo, 1998).

Papilomavírusy sú prenášané predovšetkým pri sexuálnom styku. U dievčat bez predchádzajúcej sexuálnej aktivity vírus nebol detegovaný (Andersson, 1996).

Inkubačná doba papilomavírusovej infekcie je 6 týždňov až 8 mesiacov, v priemere 3 mesiace. K infekcii HPV u žien dochádza obvykle vo veľmi mladom veku na začiatku pohlavného života. Nakoľko prenos anogenitálnej formy papilomavírusovej infekcie súvisí s pohlavným stykom, je predpoklad jej vyššieho výskytu o 8 - 12 % u žien so súčasným nálezom aj iných sexuálne prenosných ochorení. Longitudinálne séroepidemiologické štúdie dokázali, že jedným z nezávislých rizikových faktorov pre vznik invazívneho karcinómu krčka maternice je *Chlamydia trachomatis.*

Chlamydia trachomatis nespôsobuje len zápalové ochorenia ženských a mužských pohlavných orgánov, ale nadobúda význam i ako kofaktor spolu s HPV infekciou pri vzniku karcinómu krčka maternice. Preto nielen pri diagnostikovanej chlamýdiovej infekcii, ale i pri iných sexuálne prenosných ochoreniach (mykoplazmových, ureaplazmových,...) treba myslieť na veľkú pravdepodobnosť súbežnej, zatiaľ asymptomaticky alebo subklinicky prebiehajúcej HPV infekcie (Redecha a kol., 2000).

Z tohto dôvodu sme sa rozhodli vyšetriť HPV pozitívne pacientky na prítomnosť najčastejšie sa vyskytujúcich cervikálnych a vaginálnych koinfekcií.

Materiál a metódy

Na prítomnosť najčastejšie sa vyskytujúcich sexuálne prenosných patogénov – *Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum a Candida albicans* bolo vyšetrených spolu 225 HPV pozitívnych žien rozdelených do 2 skupín. Do prvej skupiny boli zaradené HR – HPV (vysokorizikové typy HPV) pozitívne pacientky (N=143), do druhej HR - HPV negatívne pacientky (N=82).

Pacientky boli po dôkladnej aspekcii vonkajších rodidiel vyšetrené sterilnými zrkadlami. Po zavedení sterilných zrkadiel bol zhodnotený charakter pošvového sekrétu. Po dôkladnom nastavení krčka maternice sa tampónom zotrel hlien a bola vykonaná jednoduchá kolposkopia. Následne bol vykonaný odber bunkového materiálu na HPV DNA test (Hybride Capture System II; DIGENE Corp., Gaithersburg, Maryland, USA). Odber bol robený sterilným dakrónovým tampónom zavedením do krčka maternice a rotáciou v smere hodinových ručičiek bez kontaktu s pošvovou sliznicou. Tampón bol v transportnom médiu odoslaný do laboratória na ďalšie spracovanie.

V ďalšom kroku boli odobraté cervikálne stery na vyšetrenie *Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis a Chlamydia trachomatis* a výter z pošvy na vyšetrenie *C. albicans.*

Na diagnostiku *C. trachomatis* bola použitá metóda PCR, mykoplazmy a ureaplazmy boli detegované komerčným setom Mycoplasma DUO a *C. albicans* kultivačným vyšetrením.

Na štatistické spracovanie a vyhodnotenie dát bol použitý softvér MS Excel 2000, Statistica Cz 6.1 (StatSoft USA, Inc.) a Arcus Quickstat Biomedical v. 1.1. Na vyjadrenie miery významnosti rozdielov vybraných ukazovateľov medzi jednotlivými skupinami bola použitá analýza rozptylu (ANOVA) s následným Fisherovým LSD testom. Publikované výsledky sú pre parametre s nie triviálnou mierou stupňa asociácie vo vzorke. Na porovnanie rozdielu stredných hodnôt parametra u dvoch nezávislých skupín bol použitý nepárový Studentov t – test. Na porovnanie výskytu sledovaného znaku medzi skupinami bol použitý $\chi 2$ (chí-kvadrát) test a Fisherov exaktný test.

Vo všetkých testov bola za hladinu štatistickej významnosti zvolená $p = 0.05$.

Výsledky

Z celkového počtu 225 HPV pozitívnych žien bola *C. trachomatis* detegovaná celkovo u 91 žien (pozitivita 40.5%), *M. hominis* u 76 (33.8%), *U. urealyticum* u 138 (61.3%) a *C. albicans* u 170 (75.6%), (Tab. 1).

Tab. 1 Výskyt vaginálnych a cervikálnych infekcií u HPV pozitívnych žien

Skupina	***C. trachomatis***		***M. hominis***		***U. urealyticum***		***C. albicans***	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
HR – HPV pozitívne pacientky (N=143)	53	37.1	49	34.3	87	60.8	99	69.2
HR – HPV negatívne pacientky (N=82)	38	46.3	27	32.9	51	62.2	71	86.6
SPOLU (N=225)	**91**	**40.5**	**76**	**33.8**	**138**	**61.3**	**170**	**75.6**

Pri porovnaní HR - HPV pozitívnych a HR - HPV negatívnych pacientok bol štatisticky významný rozdiel zistený iba v prípade mykotickej *C. albicans* infekcie (69.2% vs. 86.6%, $p<0.01$). V prípade chlamýdiovej (37.1% vs. 46.3%), ureaplazmovej (60.8% vs. 62.2%) a mykoplazmovej infekcie (34.3% vs. 32.9%) signifikantný rozdiel nebol zistený (Tab. 1).

Diskusia

Ľudské papilomavírusy zohrávajú ako najdôležitejší samostatný rizikový faktor hlavnú úlohu v etiopatogenéze neoplázií dolného genitálneho traktu žien a mužov. Karcinóm krčka maternice je dnes považovaný za prvé malígne ochorenie žien indukované vírusovou infekciou (Sosna et al., 2001).

Nakoľko k prenosu HPV infekcie dochádza pohlavným stykom je táto infekcia radená do skupiny sexuálne prenosných ochorení. Podľa súčasných poznatkov sa jedná o jedno z najfrekventovanejších sexuálne prenosných ochorení (Kataja, 1992;

Koutsky, 1997). Mnohé štúdie tiež potvrdili, že u žien s HPV infekciou sa vo zvýšenej miere zároveň diagnostikujú aj ďalšie sexuálne prenosné ochorenia. Napr. Redecha a kol. (2000) zistili signifikantné rozdiely medzi výskytom HPV infekcie u zdravých žien a u žien so súčasným nálezom iných sexuálne prenosných ochorení. Zároveň potvrdili štatisticky významný rozdiel aj medzi skupinou s nálezom jedného sexuálne prenosného patogéna v porovnaní so skupinou so súčasným nálezom viacerých patogénov, pričom výskyt HPV u žien so súčasným nálezom viacerých patogénov STD bol viac ako 50%. Podobné výsledky uvádzajú aj iné práce, ktoré pri kombináciách patogénov STD alebo u žien s viackrát opakovanými infekciami udávajú súbežnú HPV infekciu v 42 – 67% (Kataja a kol., 1993; Redecha a kol., 1998).

Prítomnosť takýchto genitálnych koinfekcií prenosených pohlavným stykom alebo bez neho, môže zohrávať dôležitú úlohu v bunkovej proliferácii spojenej s HPV.

Chlamýdiová infekcia a jej vzťah ku karcinómu krčka maternice sa v posledných rokoch stala často diskutovanou témou. Niektoré štúdie potvrdili jej vzťah k cytologickým abnormalitám, iné tento vzťah popierajú. V súčasnosti sa už prijíma fakt, že chlamýdie sa podieľajú na vzniku rakoviny krčka maternice len nepriamo ako spúšťač sprievodnej zápalovej reakcie, ktorá sa v rámci multifaktoriálnej genézy podieľa na vzniku rakoviny. Pri chlamýdiovej infekcii sú prítomné skôr degeneratívne zmeny bunky, kým naopak, pri predrakovinových léziách typu dysplázie dominuje výrazná proteosyntéza a rast bunky. Vysoká incidencia chlamýdiovej infekcie detegovaná v našom súbore u HPV pozitívnych pacientok môže byť práve tým činiteľom, ktorý môže viesť k pretrvávanie HPV pozitivity a vzniku dysplastických zmien.

Mykoplazmy a ureaplazmy sú často súčasťou normálnej genitálnej mikroflóry mnohých sexuálne aktívnych mužov a žien (McCormack, 2002), ale mnohokrát sú tiež súčasťou abnormálnej mikrobiálnej flóry pri rôznych zápalových ochoreniach urogenitálneho traktu. Spolu s inými mikroorganizmami môžu synergicky pôsobiť v patogenéze zápalových procesov genitálneho a respiračného traktu. V našom súbore sme tento stav potvrdili pre oba tieto patogény, pričom zvýšená incidencia týchto infekcií bola potvrdená tak pri HR-HPV pozitívnych ako aj HR – HPV negatívnych pacientkách.

Candida albicans sa dnes, vzhľadom na svoje špecifiká a aj inú možnú cestu prenosu ako pohlavným stykom, nezaraďuje medzi STD. Je však jednoznačne dokázané, že táto infekcia má vysokú afinitu k imunitnému systému, používaniu

antikoncepcie, k antibiotickej terapii, k frekvencii pohlavného styku a k mnohým ďalším príčinám. Je dokázané, že samotná HPV infekcia je spojená s poruchami imunitného systému, ktorý môže byť narušený rôznymi mechanizmami od imunosupresantov vonkajšieho prostredia cez oportúnne infekcie až po stres. Voog et al. (1995) študovali prítomnosť *Candida albicans* u pacientok pozitívnych na HPV oproti negatívnym. V prvej skupine bolo pozitívnych 26% žien oproti 16% v skupine HPV negatívnych žien. Vyslovili podozrenie, že jednou z možností aktivácie latentnej HPV infekcie môže byť práve kvasinková infekcia. Podobne aj v našom súbore bola detegovaná vysoká pozitivita na prítomnosť *C. albicans* tak v skupine HR – HPV pozitívnych, ako aj HR – HPV negatívnych pacientok.

Záver

Najväčší výskyt HPV infekcie je vo veku 20 - 25 rokov a je priamo úmerný počtu sexuálnych partnerov. Z vekového hľadiska sa predpokladá pretrvávanie infekcie ešte koncom 3. a začiatkom 4. dekády veku života. S pribúdajúcim vekom je predpoklad postupného poklesu výskytu tejto infekcie. Zvýšená incidencia iných sexuálne prenosných ochorení, a to hlavne chlamýdiovej, ureaplazmovej a mykoplazmovej infekcie, jednoznačne zaraďuje tieto pacientky ako rizikové z hľadiska výskytu HPV infekcie. Zápalové prostredie a alterácia lokálnych imunitných faktorov potom následne zvyšuje riziko vzniku dysplastických zmien v mieste HPV infekcie.

Poďakovanie

Práca riešená v rámci grantu VEGA MŠ SR 1/0418/09.

Literatúra

1. ANDERSSON, E. A. 1996. Human papillomavirus deoxyribonucleic acid in cervix only detected in girls after coitus. Int. J. STD AIDS, 1996, 7, s. 333.
2. CAMPO, M. S. 1998. HPV and cancer: the story unfolds. Trends in Microbiol., 1998, 6, s. 423-426.
3. KATAJA, V. 1992. Prognostic factors in cervical human papillomavirus infections. Sex. Transm. Dis., 1992, 19, 3, s. 154-160.
4. KATAJA, V., SYRJÄNEN, S., YLISKOSKI, M., et al. 1993. Risk factors associated with cervical human papillomavirus infections: a case-control study. Amer. J. Epidemiol., 1993, 13, s. 735-745.

5. KOUTSKY, L. 1997. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Amer. J. Med.,1997, 102, s. 3-8.
6. MCCORMACK, W.M. 2002. Mykoplasmové infekce pohlavního ústrojí. Gynekologie po promoci. 2002, 1-2, s. 70-71.
7. PFISTER, H. 1996. The role of human papillomavirus in anogenital cancer. Obstet. Gynecol. Clin. North Amer., 1996, 23, s. 579-595.
8. REDECHA, M. 1998. O niektorých problémoch papilomavírusovej infekcie pohlavných orgánov. Slov. Gynek. Pôrod., 1998, 5, 2, s. 73-80.
9. REDECHA, M., KORBEĽ, M., BOROVSKÝ, M. 1999. Výskyt HPV infekcie maternicového krčka u žien v perimenopauze a postmenopauze. Praktická Gynekológia , 1999, 6, 3, s. 100-104.
10. REDECHA, M., NIŽŇANSKÁ, Z., KORBEĽ, M., et al. 2000. Papilomavírusová infekcia maternicového krčka u žien s niektorými sexuálne prenosnými ochoreniami. Gynekolog, 2000, 9, 1, s. 7-9.
11. SOSNA, O., MATOU, B. 2001. Papillomavirové infekce v gynekologii a porodnictví. Gynekolog. 2001, 10, 2, s. 71-74.
12. VOOG, E., BOLMSTEDT, A., OLOFSSON, S., et al. 1995. Human papillomavirus infection among women attending an STD clinic correlated to reason for attending, presence of clinical signs, concomitant infections and abnormal cytology. Acta. Derm. Venereol., 1995, 75, s. 75-78.

Kontaktná adresa

doc. MVDr. Monika Halánová, PhD.
UPJŠ, Lekárska fakulta
Ústav verejného zdravotníctva – Odd. epidemiológie
Šrobárova 2, 040 01 Košice
E-mail: monika.halanova@upjs.sk

NÁZORY A POSTOJE ADOLESCENTOV KU KONZUMÁCII NÁVYKOVÝCH LÁTOK A KU ŠKOLSKÝM PRAVIDLÁM OHĽADOM UŽÍVANIA DROG

Holéczyová G.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. hygieny, Košice

Úvod

Na Slovensku prepukla drogová explózia približne pred desiatimi rokmi. Drogy zachvátili najmä veľké mestá a panelákové sídliská, kde okrem škôd na zdraví mladých ľudí spôsobili nárast kriminality, a tým všeobecne ohrozili život občanov. Súčasné zneužívanie drog je veľmi podobné ako v ostatných štátoch EÚ. Najčastejšie sa zneužíva marihuana a amfetamíny. Počet užívateľov heroínu klesá. Do popredia sa dostáva zneužívanie rastlinných drog. Vo vekovej skupine 0 – 14 rokov je 6 % z abúzerov drog, 15 – 19 rokov 60 % , 20 – 24 rokov 30 %, 25 – 29 rokov 7 %, 30 – 40 rokov 2 % a nad 40 rokov 1 %. Najčastejšie deti a mladiství začínajú užívať drogy vo veku 13 – 21 rokov. Slovenská populácia starne, tým sa relatívne znižuje počet abúzerov drog. Informovanosť o drogách a ich nežiaducich účinkoch je už podstatne vyššia aj medzi mládežou (Kresánek J. a kol., 2007). Až 2,5 % všetkých mladých Európanov pravdepodobne užíva marihuanu denne a predstavujú tak rizikovú populáciu, ktorá potenciálne bude potrebovať pomoc (Kastelová E.,2009).

Cieľom tejto štúdie bolo zhodnotenie názorov a postojov ku konzumácii návykových látok u študentov strednej školy, zhodnotenie názorov na školské pravidlá ohľadom užívania drog i vnímanie rizika, spojeného s užívaním návykových látok, ak aj zhodnotenie úrovne vedomostí, týkajúcich sa návykových látok a skúseností s nimi.

Materiál a metódy

Údaje sa získali pomocou dotazníkového prieskumu. Použité dotazníky boli anonymné, prevzaté z príručky o efektívnej školskej drogovej prevencii – European Healthy School and Drugs z Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, International Affairs Unit. Hlavný dotazník je základom monitorovacieho systému. Obsahuje 19 otázok, ktoré sa týkajú radu rôznych tém, z ktorých niektoré sú bližšie skúmané v ďalších moduloch. Je zameraný na témy, súvisiace so zdravím, školou a návykovými látkami, skúsenosťami a názormi respondentov s nimi. Druhý a tretí

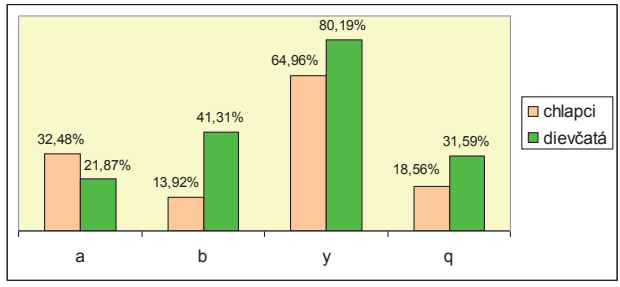
dotazník sa týka otázok o postojoch a vnímaní rizika a o drogových návykoch. Súbor tvorilo 100 študentov z gymnázia v Košiciach. Z celkového počtu študentov na otázky odpovedalo spolu 84 respondentov prvého ročníka v priemernom veku 16 rokov < 41 D; 43 CH >, v období školského roku 2008-2009. Na spracovanie výsledkov sa použila metóda chí- kvadrátového testu (χ^2).

Výsledky

Z hodnotenia výsledkov respondentov, týkajúcich sa skúseností a názorov súvisiacich so školou vyplýva, že so školskými pravidlami ohľadom užívania drog (tabaku, alkoholu, liekov, nelegálnych drog) súhlasí 74,24 % chlapcov a 46,54 % dievčat. Obe pohlavia si myslia, že je v škole dostatočne slobodná atmosféra diskutovať o téme drog (legálnych a nelegálnych). Pod tlakom kvôli množstvu úloh v škole je viac dievčat (53,69 %) ako chlapcov (37,36 %).

Respondentom v značnej miere záleží na tom, aby bol každý v škole rešpektovaný a aby ich škola mala dobré meno. Škola viac baví chlapcov (32,48 %) ako dievčatá (21,87 %), ktoré by chceli prestúpiť na inú školu. Rozdiel je štatisticky významný (χ^2=7,98, S.V.=1, p> 0,01). Väčšina práce v škole je viac zaujímavá pre dievčatá (31,59 %) ako pre chlapcov (18,56 %). Chlapci aj dievčatá v odpovediach potvrdili, že učitelia od nich v škole očakávajú príliš veľa (CH 64,96 %, D 80,19 %) (obr. 1).

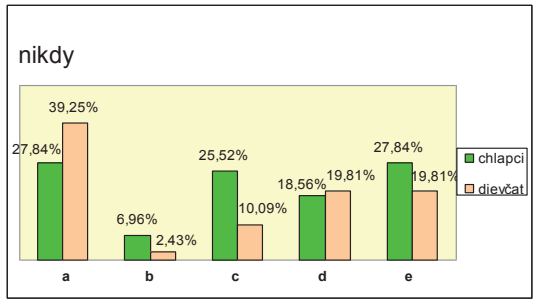
Obr. 1 Súhlasíš s nasledujúcimi výrokmi o tvojej škole?

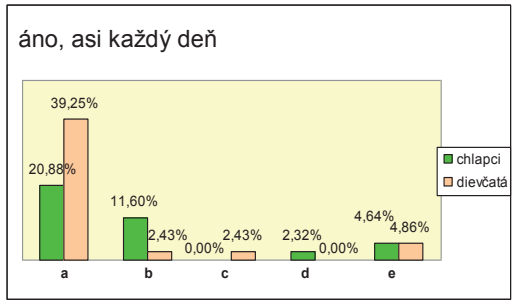


Legenda:
a) Škola ma baví.
b) Chcel/a by som prestúpiť na inú školu.
y) Učitelia odo mňa v škole očakávajú príliš.
q) Väčšina práce v škole je príliš zaujímavá.

V súvislosti s užívaním návykových látok, sa otázky v dotazníku týkajú už konkrétnych druhov drog či už legálnych alebo nelegálnych. Z obrázku č. 2 vyplýva, že tvrdému alkoholu sa vyhýba viac dievčat, než chlapcov. Cigarety vyskúšalo s podstatným rozdielom (takmer 20 %) viac dievčat ako chlapcov. Pivo denne konzumuje viac chlapcov ako dievčat. V ostatných odpovediach respondentov sú percentuálne rozdiely minimálne (obr. 2).

Obr. 2 Označ, či si niekedy vyskúšal/a niektoré z nasledujúcich (návykových) látok

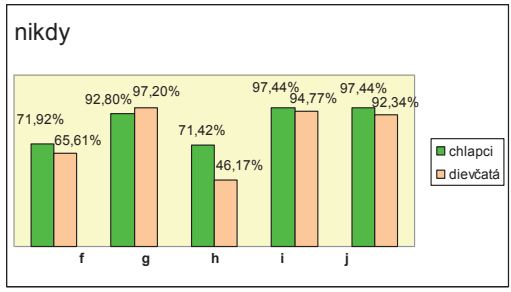


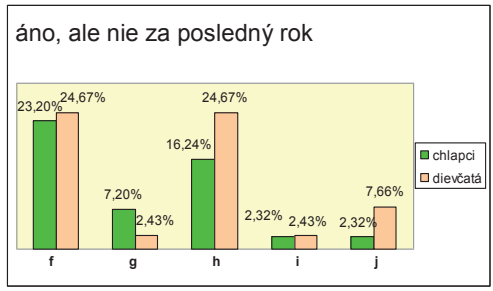


Legenda: a) cigarety / tabak, b) pivo, c) víno, d) tvrdý alkohol, e) iný typ alkoholu (limonády s obsahom alkoholu, ovocné víno, miešané nápoje atď.)

Respondenti viackrát vyskúšali marihuanu a lieky bez lekárskeho predpisu, ako ostatné návykové látky. Z odpovedí dievčat vyplýva, že v rovnakom množstve tak ako marihuanu, užívajú aj lieky bez lekárskeho predpisu (24,67 %). Štatisticky významný je rozdiel pri užívaní liekov bez lekárskeho predpisu medzi chlapcami a dievčatami, kedy dievčatá ich užívajú vo väčšom množstve (χ^2=5,7, S.V.= 1, p >0,05), (obr. 3).

Obr. 3 Označ, či si niekedy vyskúšal/a niektoré z nasledujúcich (návykových) látok

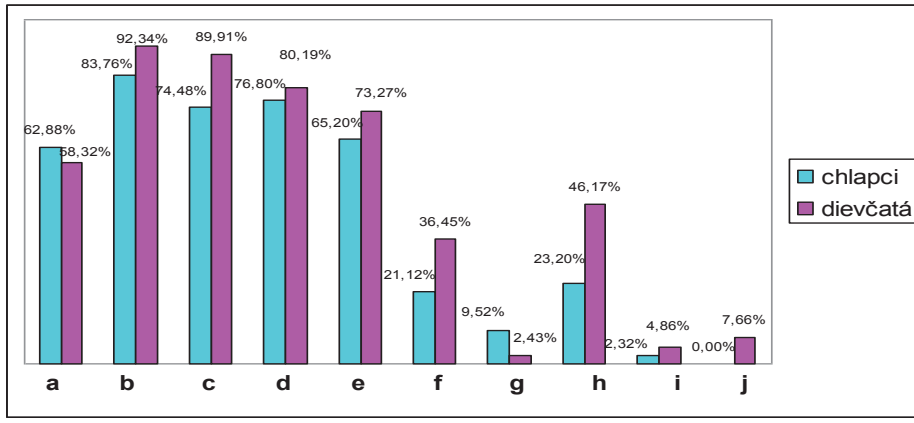




Legenda: f) marihuana alebo hašiš (konope, tráva, mariška), g) leptavé látky (toluén atď.), h) lieky na ukľudnenie, na spanie, či proti bolesti (bez lekárskeho predpisu), i) extáza, j) iné nelegálne drogy (amfetamíny, pervitín, LSD, kokaín, heroín, atď.)

Z odpovedí respondentov vychádza, že dievčatá vyskúšali uvedené návykové látky skoro vo všetkých prípadoch vo väčšom množstve než chlapci. Naopak, chlapci majú viac skúseností s cigaretami a leptavými látkami (obr. 4).

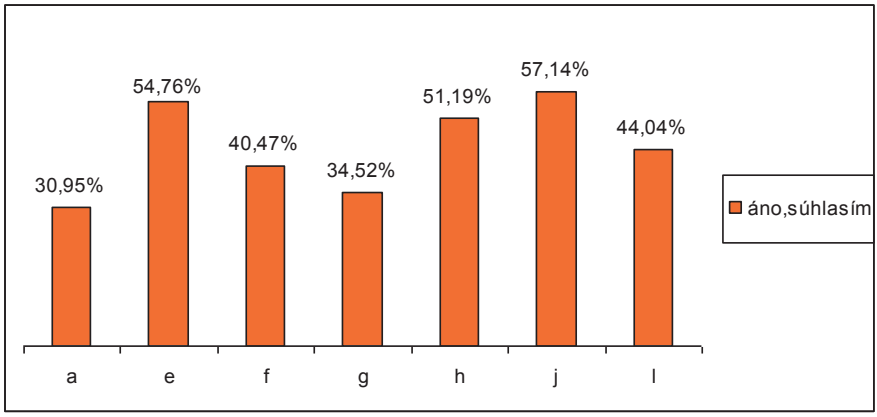
Obr. 4 Už som túto látku vyskúšal



Legenda: a) cigarety / tabak, b) pivo, c) víno, d) tvrdý alkohol, e) iný typ alk. (ovocné víno, miešané nápoje), f) marihuana alebo hašiš (konope, tráva, mariška), g) leptavé látky (toluén, atď.), h) lieky na ukľudnenie, na spanie, proti bolesti (bez lekárskeho predpisu), i) extáza, j) iné nelegálne drogy (amfetamíny, pervitín, LSD, kokaín, heroín atď.)

Viac ako polovica (57,14%) respondentov si myslí, že by sa v školách mali učiť, aké sú riziká spojené s užívaním drog. Až 30,95 % opýtaných respondentov si ale myslí, že užívanie drog môže byť príjemná činnosť (obr. 5).

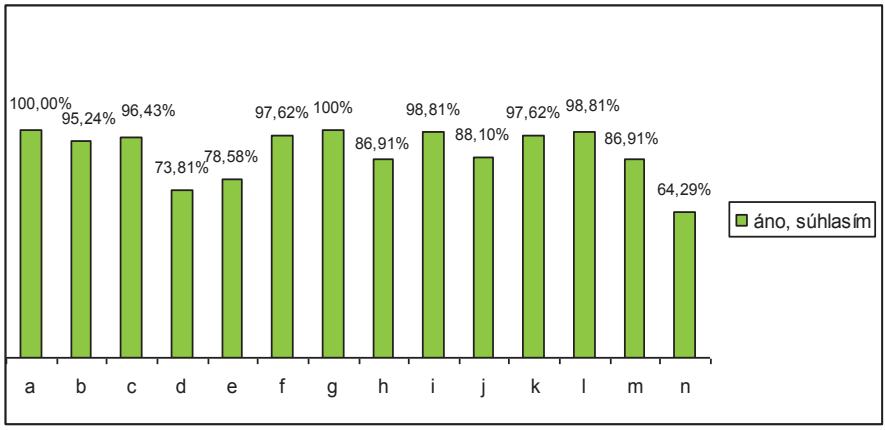
Obr. 5 Čo si myslíš o nasledujúcich vetách ohľadom užívania



Legenda: a) Užívanie drog môže byť príjemná činnosť. e) Veľa vecí je rizikovejších ako skúšať drogy. f) Každý, kto drogy vyskúša, to neskôr ľutuje. g) Zákony ohľadom nelegálnych drog by sa mali sprísniť. h) Užívanie drog patrí k najzávažnejším problémom SR. j) V škole by nás mali učiť, aké reálne riziká sú s užívaním drog spojené. l) Experimentovať s drogami znamená vzdať sa kontroly nad svojím životom.

Podľa odpovedí respondentov, všetky uvedené činnosti alebo látky môžu byť návykové. Ako také, cigarety a extázu uviedlo 100 % respondentov, pri ostatných látkach alebo činnostiach boli rozdiely len minimálne (obr. 6).

Obr. 6 Súhlasíš, či tieto činnosti alebo látky môžu byť návykové?



Legenda: a) cigarety, b) elektronické hry (počítačové hry, atď.), c) marihuana / konope, d) práca, e) šport, f) lieky, g) extáza, h) televízia, i) "tvrdé" drogy (heroín, pervitín, atď.), j) káva a čaj, k) gambling, l) alkohol, m) sladkosti, n) sms

Najviac opýtaných respondentov si myslí, že pri požití alkoholu by boli uvoľnení, šťastní a zabavili sa (81%). Naopak pri požití nelegálnych drog si najviac respondentov myslí, že by im bolo zle a stratili by nad sebou kontrolu (69%). Z opýtaných respondentov 48,81 % uvádza, že im po požití alkoholu bolo zle a bolela ich hlava. Len 4,76 % respondentov si myslí, že po užití nelegálnych drog mali slabý výkon v škole

Diskusia

Slovensko je začlenené do medzinárodných aktivít boja proti drogám v rámci WHO. Na Slovensku sa sleduje kontinuálne narastanie užívania návykových látok v celej populácii. Do roku 1990 sa užívali legálne drogy, najmä alkohol a tabak a od roku 1991 sa postupne pridáva celá škála nelegálnych drog, najmä však heroín a marihuana (Nociar, 1997).

Od r.1995 stúpa incidencia fajčenia významnejšie u dievčat ako u chlapcov, pričom v r.2007 uviedlo pravidelné denné fajčenie počas posledných 30 dní 35% chlapcov a až 38% dievčat. V roku 1996 sa robil na Slovensku prvý prieskum s dotazníkom ESPAD (Európsky školský prieskum o alkohole, tabaku a drogách). Na prelome rokov 2002 a 2003 sa robil dotazníkový prieskum GYTS – Global Youth Tobacco Survey (všeobecný prieskum u mladých ľudí o fajčení) na Slovensku u študentov základných škôl (Sušinková a kol., 2008; Baška a kol., 2004).

V roku 1996 na Slovensku nepilo liehoviny 36 % mladých ľudí, v súčasnosti 39 %. V skúmanom súbore mládeže SR sa od roku 1998 potvrdil súvis medzi pitím alkoholu a užívaním drog. Tí, ktorí nepijú alkohol, deklarovali v menších podieloch užitie nelegálnych drog. Od roku 1998 podiel mladých fajčiarov SR kolíše od 44 % po 52 % (Štatistický úrad Slovenskej republiky ,2007).Výsledky prieskumu ESPAD 2007 na Slovensku ukázali, že si alkohol doprialo aspoň jeden krát za rok 88 % mladých ľudí. Je to oveľa viac, ako sú celkové priemerné hodnoty tohto európskeho prieskumu. Navyše až polovica mladých povedala, že si nielen vypila, ale sa aj opila. Len 5% mladistvých Slovákov vo veku 15-16 rokov uviedlo, že nikdy žiadny alkohol ani omamné látky v roku 2007 neskúsili (TASR - prieskum ESPAD, 2011). Postojmi adolescentov k užívaniu alkoholu na stredných školách sa v Košiciach zaoberá viac autorov (Dóci a kol., 2002; Holéczyová 2010; Holéczyová a kol.,2005; Holéczyová a kol., 2006; Tirpáková a kol., 2006).

Osobitná správa „Užívanie viacerých drog súčasne: schémy a opatrenia“ uvádza prehľad tohto správania sa medzi školopovinnými deťmi (15 až 16 ročnými),

mladými dospelými (15 až 34 ročnými) a problémovými užívateľmi drog. 20 % (15-16 ročných) uviedlo, že v minulom mesiaci užili alkohol spolu s cigaretami, 6 % marihuanu s alkoholom a/alebo cigaretami a 1% užilo marihuanu s alkoholom a/alebo cigaretami a jednou ďalšou drogou (extáza, kokaín, amfetamíny, LDS alebo heroín). Výskum ukázal, že u školopovinných detí môže užívanie viacerých drog súčasne zvýšiť riziká toxických účinkov a chronických zdravotných problémov v neskorších obdobiach ich života. U mladých dospelých (15- až 34-ročných) sú príznačné etablovanejšie modely užívania látok a možno ich spájať so zvýšenými rizikami. U častých alebo ťažkých alkoholikov v tejto vekovej skupine bola dvakrát až šesťkrát vyššia pravdepodobnosť, že v minulom roku užili marihuanu a dvakrát až deväťkrát vyššia pravdepodobnosť, že v tomto období užili kokaín. Užívanie viacerých drog súčasne je rozšírené najmä u problémových užívateľov drog. Takmer všetky kombinácie užívania viacerých drog súčasne vykazujú prítomnosť alkoholu. Najnovší prieskum ESPAD ukázal, že 43 % študentov, ktorí boli predmetom prieskumu v roku 2007, uvádzalo „ťažké príležitostné pitie " (päť pohárikov a viac pri 1 príležitosti) za posledných 30 dní. Nárast počtu prípadov takéhoto správania sa bol obzvlášť zreteľný u dievčat – zvýšenie z 35 na 42 %. Pitie na večierkoch ide často ruka v ruke so príležitostným užívaním drog, čo zvyšuje riziko negatívnych následkov u mladých ľudí (Kastelová, 2009).

Podľa prieskumu ESPAD v roku 2003 na Slovensku stúplo užitie akejkoľvek nelegálnej drogy od roku 1999 (z 5,9 % na 8,1 %). Od roku 1999 (23,0 %) stúplo užívanie marihuany alebo hašišu u 15 – 18 ročných v roku 2003 na 35,5 %. Podľa prieskumu realizovaného v roku 2006 došlo k poklesu podielu respondentov, ktorí už majú skúsenosť s užitím nelegálnej drogy. 36 % oslovenej mládeže zo súboru SR sa vyjadrilo, že už niekedy užilo drogu, čo je o 3 percentuálne body menej ako v roku 2004 (Štatistický úrad SR, 2007).

Záver

V rámci štúdie sa získal obraz o úrovni vedomostí týkajúcich sa návykových látok a o skúsenostiach s nimi u u študentov prvých ročníkov vybraného gymnázia vo veku 16 rokov ako aj ich názory a postoje ku konzumácii tabaku, alkoholu a drog. Sledoval sa aj vzťah študentov ku škole a vyučujúcim. So školskými pravidlami ohľadom užívania drog súhlasí viac chlapcov ako dievčat. Obe pohlavia si myslia, že je v škole dostatočne slobodná atmosféra na diskusiu o drogách. Napriek tomu až 48,97 % dievčat a 41,76 % chlapcov si myslí, že v škole nie sú dospelí, s ktorými

by sa mohli porozprávať o konkrétnom probléme v spojitosti s drogami (legálnymi alebo nelegálnymi).Dievčatá sú na škole nespokojnejšie, sú viac pod tlakom kvôli množstvu úloh ako chlapci a sú viac kontrolované rodičmi. Chceli by prestúpiť na inú školu. Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami je štatisticky významný ($\chi 2=7,98$, S.V.=1, p> 0,01). Chlapci aj dievčatá v odpovediach potvrdili, že učitelia majú na nich vysoké nároky (CH 64,96 %, D 80,19 %). Všetky činnosti alebo látky uvedené v dotazníku považujú respondenti za návykové, cigarety a extázu uviedlo 100 % respondentov, pri ostatných látkach alebo činnostiach boli rozdiely len minimálne. 39% dievčat nikdy nevyskúšalo cigarety. Viac dievčat ako chlapcov vyskúšalo víno a iný typ alkoholu okrem destilátu. V skupine fajčiacich študentov prevládajú dievčatá nad chlapcami s podstatným rozdielom (takmer 20 %).Viac študentov nemá žiadne skúsenosti s tvrdými návykovými látkami. Respondenti, ktorí majú skúsenosť s návykovými látkami, vyskúšali častejšie marihuanu a lieky bez lekárskeho predpisu ako ostatné návykové látky. Len 4,76 % respondentov si myslí, že po užití nelegálnych drog mali slabý výkon v škole. Dievčatá v rovnakom množstve tak ako marihuanu, užívajú aj lieky bez lekárskeho predpisu (24,67 %), a to vo väčšom množstve ako chlapci, ($\chi 2=5,7$, S.V.= 1, p> 0,05).

Problematika konzumácie nelegálnych drog je v súčasnej dobe na Slovensku považovaná za jeden z najzávažnejších celospoločenských problémov, podmienený mnohými faktormi. Najrizikovejšou skupinou, ktorú drogy ohrozujú, sú práve mladí ľudia. Drogová scéna sa spája s adolescentmi, ktorí sa vyhýbajú škole, ktorí v nej nie sú úspešní, prípadne sú z rodín, ktoré im neumožňujú prežívať úspechy. Prevencia by mala byť založená na vysvetľovaní toho, ako vzniká návyk. Toto mladí ľudia, ktorí experimentujú s drogami často nevedia. Myslia si, že pestovanie tohto návyku je ako pri alkohole, kde má človek dostatok vôľových schopností brániť sa. Veľmi účinnou prevenciou voči drogám je hľadanie mozgových endorfínov prirodzeným spôsobom, či už je to športovaním, venovaním sa hudbe, niečím, kde po námahe sa získava zaslúžený obdiv.

Literatúra

1. BAŠKA, T. BÉREŠOVÁ, A. a kol. 2004. Fajčenie a s ním súvisiace faktory u školskej mládeži na Slovensku – niektoré predbežné výsledky projektu Global Youth Tobacco Survey. In: Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi – III. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2004: 85 – 88.

2. DÓCI, I., KOVAŘOVÁ M., BERNASOVSKÁ K. 2002. Aktuálne názory na umiernené pitie alkoholu. In: Psychiatrie, 2002; 6,.(2): 104 – 108.
3. HOLÉCZYOVÁ, G. 2010. Znalosti a skúsenosti s návykovými látkami u žiakov základných škôl. In: Životné podmienky a zdravie. Jurkovičová J., Štefániková Z. (Eds.). Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2010:312-316.
4. HOLÉCZYOVÁ, G., ĎURICOVÁ, H., TIRPÁKOVÁ, L., RIMÁROVÁ, K. 2005. Thought and attitudes of adolescents about drugs comsumption. In: Zborník z XXXIII. Medzinárodnej konferencie „ Ostravské dny dětí a dorostu“. Rožňov pod Radhoštěm. 2005: 267 – 270.
5. HOLÉCZYOVÁ G, RIMÁROVÁ K, TIRPÁKOVÁ L. 2006. Prierezová štúdia o užívaní návykových látok u adolescentov. In:Životné podmienky a zdravie. Ághová Ľ. (Eds.). Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2006:204 -208.
6. KASTELOVÁ, E. 2009. Drogová situácia v EÚ. http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=drogova_situacia_v_e_1,2009.
7. KRESÁNEK J., SILVIA PLAČKOVÁ S., CAGÁŇOVÁ B. 2007. Toxikománie u Adolescentov. Via Practica., 2007, 4 (3): 124–127.
8. NOCIAR, A. Prieskumy o alkohole, tabaku a drogách u detí a mládeže v rokoch 1993 – 1999.
9. Alkoholizmus a drogové závislosti. Protialkoholický obzor, 1999: 203 – 234.
10. SUŠINKOVÁ, J., BÉREŠOVÁ, A., BAŠKA, T. 2008. Prevencia tabakizmu u mládeže – proces zvyšovania kvality života.Zdravotníctvo a sociálna práca, 2008; 3 (3-4): 84.
11. Štatistický úrad Slovenskej republiky. Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou < http://portal.statistics.sk/files/Uvvm/y2007/publikacie/ 110706.pdf >
12. TASR. Prieskum ESPAD.<http://www.tasr.sk/24.axd?k = 20100125TBB00300>
13. TIRPÁKOVÁ, L. a kol. 2006. Zborník abstraktov z medzinárodnej konferencie. In: 2. Savez „Podpora zdravia – 20 rokov od Ottawy po Bangkok“. Košice, 2006: 42.

Kontaktná adresa

doc. RNDr. Gabriela Holéczyová, CSc.
UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. hygieny
Šrobárova 2, 040 01 Košice, E-mail: gabriela.holeczyova@upjs.sk

VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY ŽÁKŮ ZÁKLADNÍ ŠKOLY NA JEJICH RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Kachlík P. .[1], Kimáková T.[2]

[1] Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno, ČR

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. hygieny, Košice

Úvod

Světová zdravotnická organizace vymezila v r. 1947 zdraví jako *„stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady“.* Ve své době bylo toto konstatování důležitým krokem vpřed, byla poprvé zdůrazněna celostní (holistická) povaha zdraví. Nebyla ovšem bez kritiky, protože ji někteří lidé považovali za příliš idealistickou. Jiní mínili, že nedostatečně vyjadřuje dynamickou interakci fyzických, duševních a sociálních dimenzí (5, 7, 13).

Wiliams a Young (13) pro stav zdraví navrhli pojem *„pocit koherence“* a popsali jej jako celkové naladění, které vyjadřuje míru, v níž má člověk prostupující, setrvalý, přesto však dynamický pocit důvěry, že jeho vnitřní a vnější prostředí je předvídatelné a je vysoce pravděpodobné, že věci půjdou tak, jak lze předpokládat.

Názory na determinanty zdraví, na jejich působnost a povahu se v posledních desetiletích opíraly o schéma, podle kterého je zdravotní stav výslednicí komplexního působení čtyř základních faktorů (2, 3):

- genetického základu (podílí se 10-15 %),
- prostředí (podílí se 20 %),
- zdravotnické péče (podílí se 10-15 %),
- způsobu života (podílí se 50 %).

K těmto čtyřem determinantám se v poslední době přidaly dvě souřadnice, vymezující existenci lidí na Zemi, a to *čas* a *prostor*, a také další nový pojem související s dopravou a komunikací lidí- *globalizace* (3).

Klíčové postavení mezi determinantami zdravotního stavu má *způsob života, životní styl*, který se člení na jednotlivé segmenty, k nimž mj. řadíme výživu, pohybovou aktivitu, sexuální chování, zpracování zátěžových situací, vztahy s okolím, přítomnost či absenci závislostního chování (2, 5, 8).

Základy pro zdravý život se začínají vytvářet už od narození. Harmonická rodina, vzájemná úcta a tolerance, bezkonfliktní přátelské vztahy, příznivé a zdravé

prostředí, příjemné trávení volného času, pravidelná pohybová činnost a pobyt v přírodě, vhodná a vyvážená strava jsou hlavními z ideálních podmínek pro zdravý rozvoj dětí. Také je důležité, aby se každý člověk naučil uspořádat si svůj denní a týdenní režim. Dítě, které není nikým vedeno k přiměřenému dělení času mezi své povinnosti, zábavu a pohybovou aktivitu, si obvykle zafixuje nevhodné návyky, jejichž přeučení bývá velmi obtížné. Prvním předpokladem pro udržení zdraví a pro výchovu ke zdraví je uvědomit si, jak žijeme, vychováváme své děti a jak se snažíme předcházet nebo napravovat negativní vlivy, které způsobují zdravotní oslabení. Druhým předpokladem je vytvoření si správných životních návyků, a především důsledné dodržování preventivních nebo nápravných opatření (6, 9).

Po poslední školské reformě ČSSR z r. 1976 mezi podporou zdraví na našich školách a potlačujícím způsobem života vznikla negativní závislost. Protože tento způsob vedení a práce zděděný z minulosti trvá na některých školách doposud, lze zaznamenat i jeho negativní dopady na komplexní pojetí zdraví. Naopak, školy by měly podporovat celistvě pojaté zdraví jako všelidskou a celoživotní hodnotu každého člověka. Zdraví je nenahraditelné, proto by si je měl každý člověk chránit a aktivně se o ně starat. Obdobně platí pro stát, aby své finanční prostředky věnoval mj. na podporu zdraví a předcházení nemocem, než aby se staral pouze o případy, kdy už je zdraví oslabeno. V 70. letech 20. stol. se stala podpora zdraví zcela novým přístupem, kdy zdraví už není chápáno jako pouhá absence nemoci, ale stává se hodnotou jednotlivce (2, 4).

V našem státě má velký vliv na zdraví společenské prostředí, což se obzvlášť silně projevuje ve školách. Proto se ovzduší nemocného školního prostředí musí týkat všech zúčastněných v pedagogickém procesu. Novým pohledem je také upozornění na význam a vliv přírodního a společenského prostředí, v nichž jedinec žije, zejména však na význam vztahů s lidmi, kteří jsou přímou či nepřímou součástí jeho života (4, 9, 10).

Lidstvo se od konce 2. světové války v rámci změn životního stylu setkává s řadou fenoménů a výzev, k nimž patří především nalezení a zavedení vhodných preventivních opatření namířených proti dosud nezvládnutým infekčním a neinfekčním chorobám, patologickým závislostem, nedostatku pohybu, nevhodné skladbě stravy, výskytu závažných stresových podnětů. K hlavním úkolům stále více globalizovaného světa patří rovněž zajištění kvalitní pitné vody, potravy, vzdělání, práce a ubytování pro masy lidí migrujících z venkovských oblastí do průmyslových městských aglomerací (3, 12).

Materiál a metody

Cílem šetření bylo ověření 3 tvrzení, zaměřených na rozdíly ve vybraných segmentech životního stylu mezi skupinami žáků z běžných škol a ze škol s rozšířenou výukou tělesné výchovy. Předpokládalo se, že děti, navštěvující školy s rozšířenou výukou tělesné výchovy, žijí z hlediska výživy, pohybové aktivity a závislostního chování zdravěji oproti dětem navštěvujícím běžné základní školy.

Výzkum byl prováděn formou nestandardizovaného dotazníku. Byl určen pro žáky 2. stupně základních škol, čemuž bylo podřízeno množství otázek, jejich podrobnost a srozumitelnost. Při sestavování dotazníku bylo snahou postihnout klíčové segmenty způsobu života (výživa, pohybové návyky, závislostní chování). Otázky zaměřené na sexuálního chování nebyly v tomto šetření uvedeny. Byla zvolena baterie 15 otázek s uzavřenou nabídkou odpovědí, každý ze 3 segmentů byl zjišťován 5 otázkami. Administraci dotazníků prováděly proškolené osoby po dohodě s vedením škol a se souhlasem rodičů oslovených žáků. Návratnost byla prakticky stoprocentní, nikdo z účastníků šetření formulář neodmítl vyplnit.

Ke statistickému zpracování bylo využito počítačových programů EpiInfo, v.6.04cz (1) a Statistica for Windows, v.7cz (11), analýza rozdílů mezi skupinami bylo provedena x^2 testem. Byly publikovány rozdíly mezi skupinami u shodných znaků, jejichž hladina významnosti dosahovala alespoň 5 % .

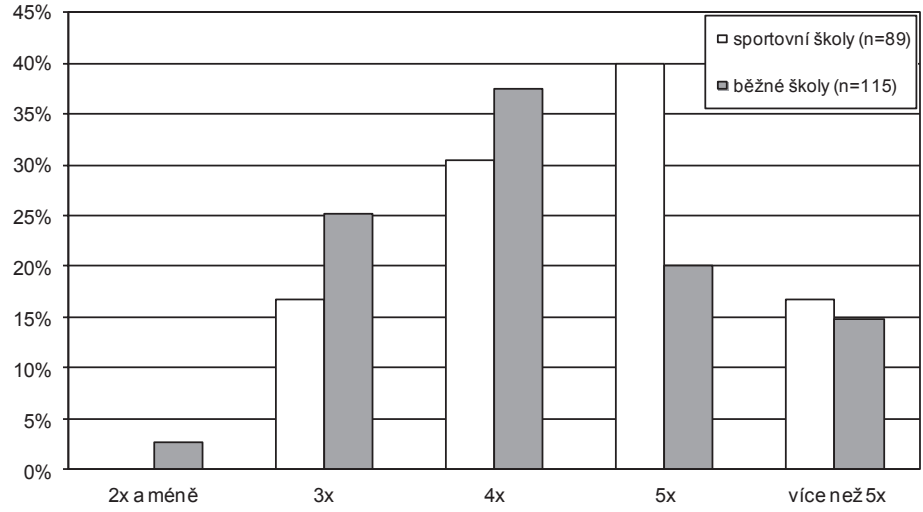
Výzkum byl prováděn ve 3 základních školách a 1 víceletém gymnáziu. Jednalo se o sondu mapující řešený problém, proto byly osloveno pouze několik škol v Brně a v blízkém okolí, všechny vzorky měly přibližně stejný počet žáků (viz tab. 1). Pokud šlo o počet hodin tělesné výchovy (TV) týdně, děti na nesportovních školách měly povinné 2 hodiny, na sportovních školách 5 hodin.

Tab. 1 Charakteristika vzorku škol zapojených do pilotní studie

Škola	**Rozšířená výuka TV**	**Počet dětí**	**Věkový průměr (let)**
ZŠ Brno-Úvoz	Ano	47, pouze hoši	13,17
ZŠ Brno-Janouškova	Ano	42, pouze hoši	12,48
ZŠ Brno-Staňkova	Ne	53, z toho 36 hochů a 17 dívek	13,66
GJB Ivančice	Ne	62, z toho 37 hochů a 25 dívek	13,97

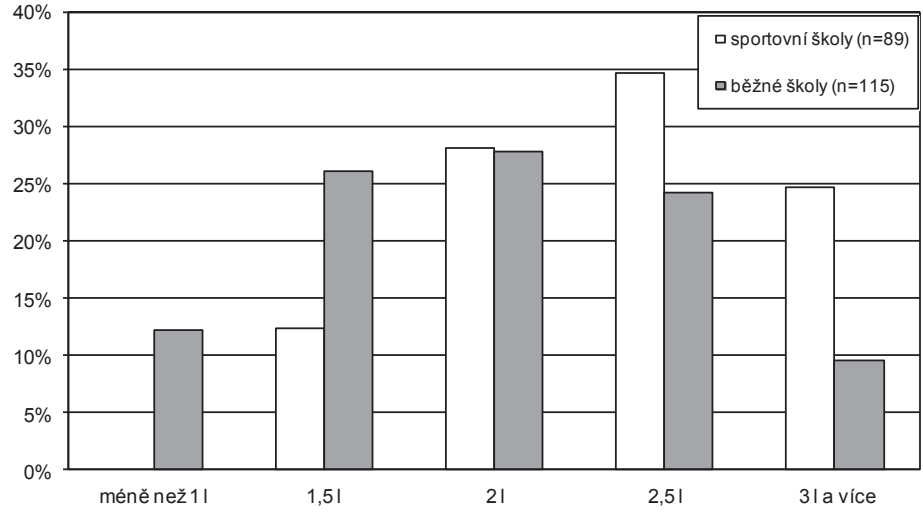
Výsledky

Sledování výživového chování



Graf 1 Přehled odpovědí na otázku "Kolikrát denně jíš?"

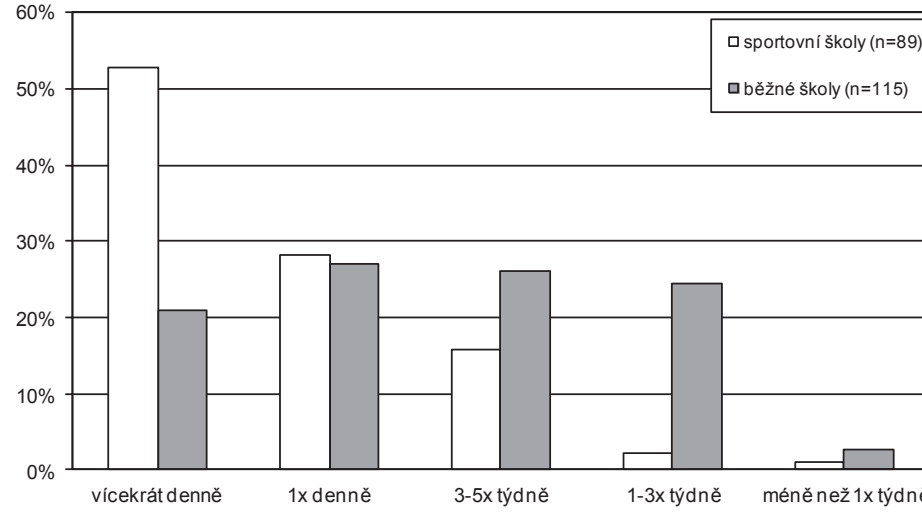
Děti ze sportovních škol se denně stravují častěji ($p<0,05$) oproti dětem z běžných škol. Dá se tedy předpokládat, že jídlo konzumují po menších dávkách, nepřetěžují trávicí soustavu (Graf 1).



Graf 2 Přehled odpovědí na otázku "Kolik tekutin průměrně denně vypiješ?"

Děti ze sportovních škol pijí každý den více tekutin (p<0,001) oproti dětem z běžných škol. Statisticky nevýznamné rozdíly byly nalezeny u otázek zaměřených na čas konzumace posledního jídla během dne (nejčastěji mezi 19.-20. hodinou), týdenní frekvenci konzumace jídel bohatých na živočišné tuky (nejčastěji 1x týdně a řidčeji) a přejídání (nejvyšší frekvence odpovědí "málokdy" a "občas") (Graf 2).

Zjišťování pohybové aktivity

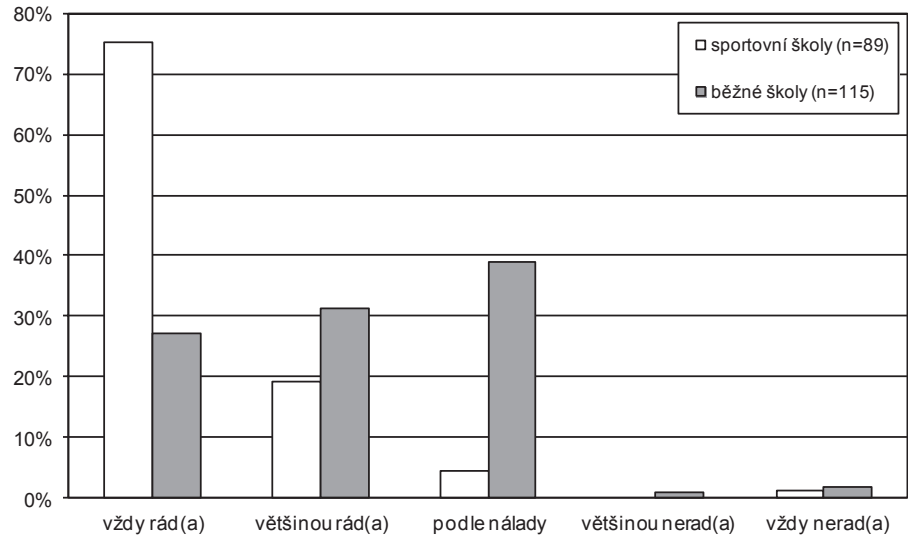


Graf 3: Přehled odpovědí na otázku "Jak často se věnuješ pohybové aktivitě?"

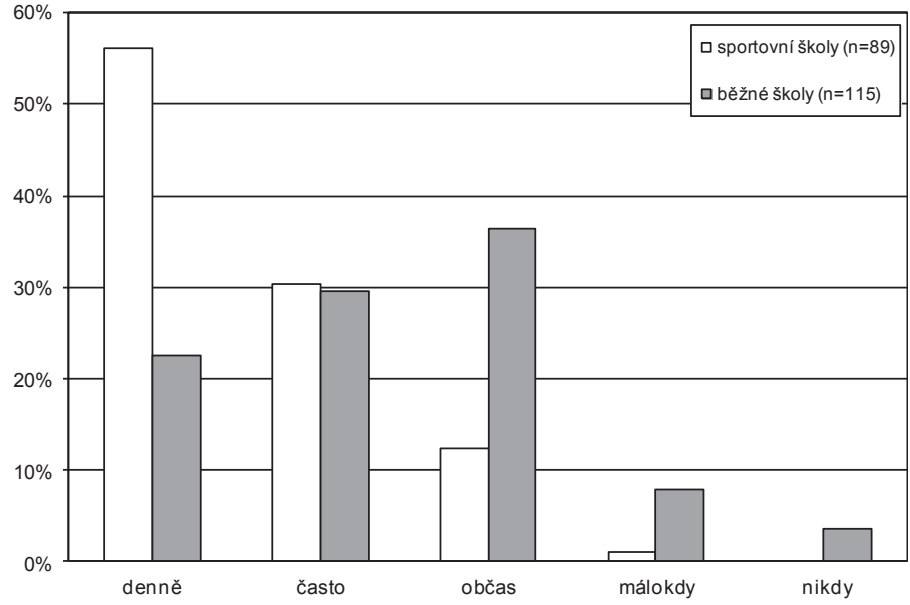
Děti ze sportovních škol provozují tělesnou aktivitu častěji (p<0,001) oproti dětem z běžných škol. Bylo zaznamenáno, že více než polovina dětí se do sportování zapojuje vícekrát než jednou denně (Graf 3).

Z odpovědí vyplývá úzká vazba dětí ze sportovních škol ke sportu a jeho obliba, podle nichž vždy rádo sportuje 75 % dětí oproti 27 % dětí z běžných škol (p<0,001) (Graf 4). Z odpovědí vyplývá velká obliba mimoškolních forem pohybu dětmi ze sportovních škol oproti dětem z běžných škol (p<0,001) (Graf 5).

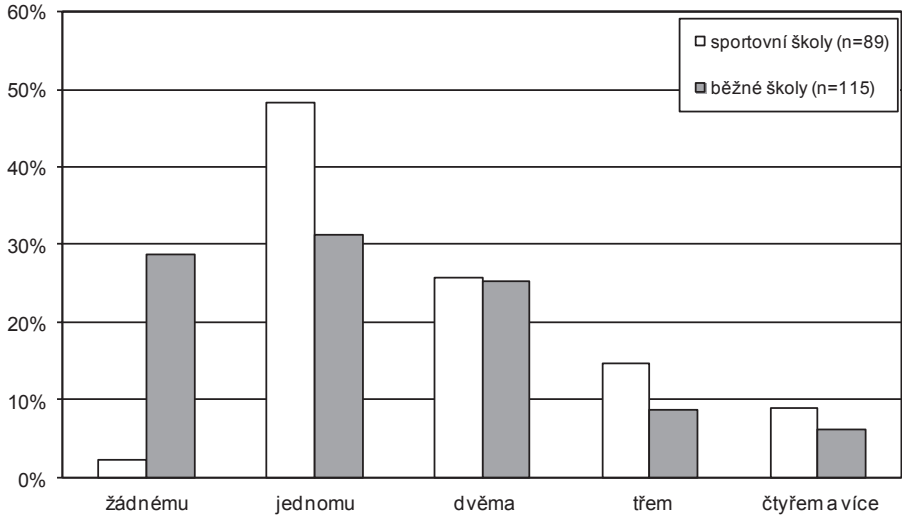
Děti na sportovních školách se většinou zabývají alespoň jedním sportem, pouhá 2 % z nich žádným, zatímco u dětí z běžných škol jde o téměř třetinu (p<0,001). S pozitivním vlivem sportu na lidskou psychiku souhlasily obdobné skupiny respondentů (93 % a 95 %), rozdíl nebyl statisticky významný (Graf 6).



Graf 4 Přehled odpovědí na otázku " Sportuješ rád(a)?"



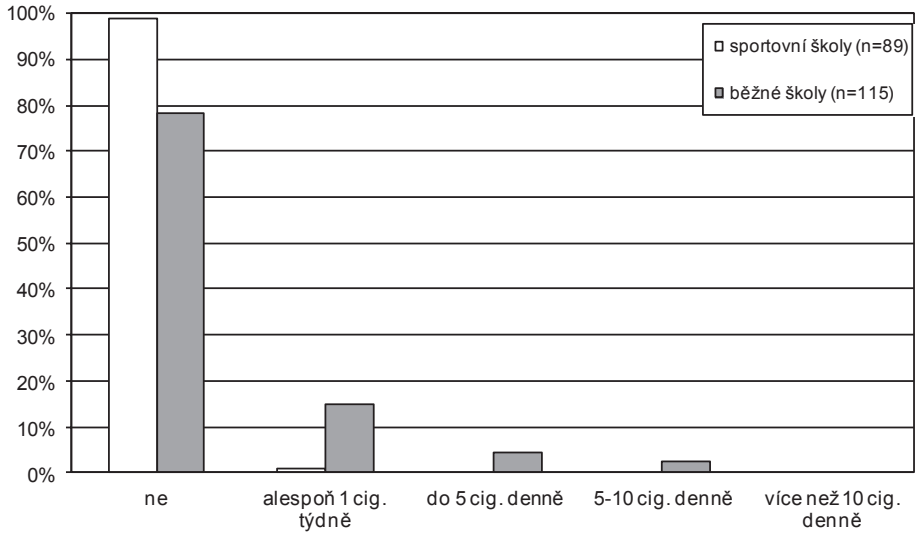
Graf 5 Přehled odpovědí na otázku "Věnuješ se pohybovým aktivitám i mimo školní TV?"



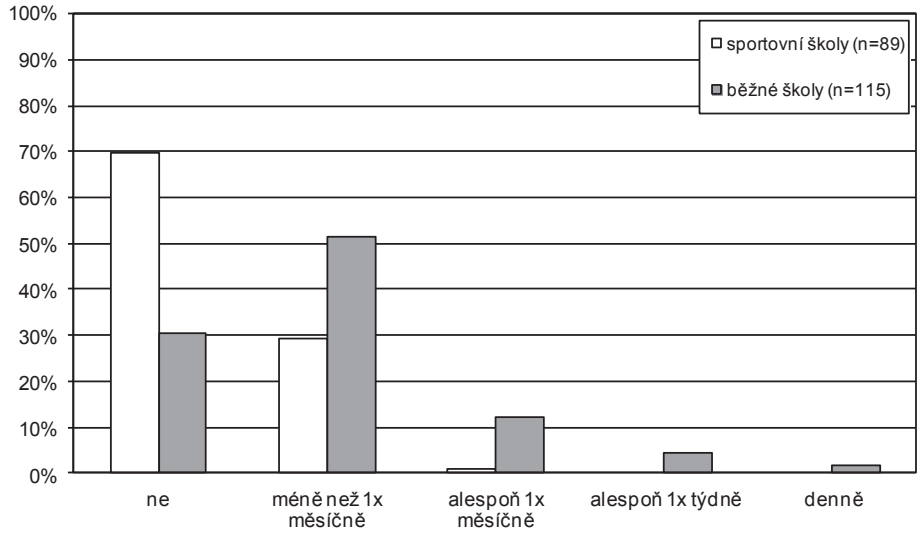
Graf 6 Přehled odpovědí na otázku "Kolika sportům se aktivně věnuješ?"

Otázky, jimiž byly sledováno užívání vybraných návykových látek a potenciálně rizikové chování

Děti navštěvující sportovní školy prakticky nekouří. Pouze 1 % dětí se přiznalo, že kouří alespoň 1 cigaretu týdně. V běžných základních školách takto kouří 14,8 %, do pěti cigaret denně 4,3 % dotazovaných a 5-10 cigaret denně 2,6 % (p <0,001).



Graf 7 Přehled odpovědí na otázku "Kouříš?"



Graf 8: Přehled odpovědí na otázku "Piješ alkoholické nápoje?"

Z odpovědí vyplývá, že alkohol téměř 70 % dětí na sportovních školách vůbec nepije, zatímco v běžných základních školách jen 30 %. Pokud jde o častější konzumaci (minimálně jednou týdně), na sportovních školách alkohol tímto způsobem nepije nikdo, zatímco v běžných školách se přiznalo 6 % žáků ($p<0,001$). Statisticky významné rozdíly mezi sledovanými skupinami nebyly nalezeny u položek zaměřených na opakované ponocování (tři čtvrtiny v obou skupinách ponocují zřídka), užívání konopných drog (drtivá většina nemá žádnou zkušenost, přibližně 6 % ze skupiny sportovních a 12 % ze skupiny běžných škol má za sebou 1-2 experimenty, jednotlivci užívání častější) a experimenty s tzv. tvrdými drogami (vyzkoušeli 2 žáci ze skupiny běžných škol, ze skupiny sportovních neuvedl nikdo).

Shrnutí výsledků

Rozdíl mezi skupinami sportovně zaměřených a běžných škol se z hlediska výživy ukázal jako významný ve dvou otázkách z pěti (četnost jídel za den: $p<0,05$, množství vypitých tekutin za den: $p<0,001$). Rozdíl mezi skupinami z hlediska tělesné aktivity byl významný ve čtyřech otázkách z pěti ($p<0,001$). Rozdíl mezi skupinami z hlediska vybraných patologických závislostí byl významný ve dvou otázkách z pěti (počet vykouřených cigaret za den i konzumace alkoholických nápojů: $p<0,001$).

Diskuse

Průzkum předkládá výsledky, získané v rámci oslovení relativně malého vzorku, který je možno považovat za pilotní skupinu. Nelze je zcela zevšeobecňovat na celou populaci školních dětí na druhém stupni, k tomu by bylo třeba zorganizovat studii na reprezentativním vzorku. K získání ucelenějšího pohledu na životní styl dětí by bylo třeba zohlednit i problematiku jejich sexuálního chování, poněvadž i když "jsou ještě pod zákonem", řada z nich má již vlastní zkušenosti s různým typem sexuálních aktivit.

Důležité je si uvědomit, že dospělý člověk má vždy právo volby a na jeho jednání závisí jeho život a zdraví. Děti jsou často odkázány na vedení a výchovu svých rodičů, pěstounů, pedagogů, kteří jsou za jejich raný vývoj zodpovědní. Hranice mezi obdobím, kdy za zdraví dětí odpovídají rodiče a kdy už odpovědnost přechází na děti, není jednoznačně určena. Vždy by se mělo ke každému jedinci přistupovat individuálně. Odpovědnost by neměla být na dítě převáděna najednou, ale postupně by se mu přenechávala svoboda rozhodování v životních otázkách v závislosti na jeho věku.

V realizovaném průzkumu bylo zjištěno, že v 8 z 15 sledovaných znaků existují mezi skupinami dětí ze sportovně zaměřených a běžných škol statisticky významné rozdíly. V budoucnu může být zajímavá analýza důvodů, proč tomu tak je, jak velký podíl patří rodině, škole a vlastní motivaci dítěte.

Publikovaná data ze sondy do dětského životního stylu dvou skupin respondentů mohou posloužit jako námět k rozsáhlejším a podrobnějším výzkumům.

Závěr

V příspěvku jsme se zabývali zdravím a zdravým způsobem života. Byla analyzována 3 tvrzení, která se týkala rozdílů ve 3 segmentech životního stylu (výživové chování, pohybová aktivita, užívání vybraných návykových látek) u 2 skupin žáků (z běžných a sportovně zaměřených škol). Z výsledků vyplývá, že ve sledovaném vzorku byly zaznamenány statisticky významné odlišnosti, kdy děti na školách s rozšířenou výukou tělesné výchovy oproti dětem z běžných škol:

- mají častěji rozdělenu denní dávku do většího počtu jídel,
- dbají více na svůj pitný režim, vypijí denně větší objem tekutin,
- věnují se častěji pohybovým aktivitám ve škole i ve svém volném čase,
- jsou častěji nekuřáky,
- jsou častěji alkoholovými abstinenty.

Z celkového počtu 15 položek dotazníku byl nalezen statisticky významný rozdíl u 8 položek. U položek zaměřených na výživu byly zaznamenány rozdíly ve 2 otázkách z 5. V případě pohybového režimu šlo o 4 otázky z 5, u patologických závislostí o 2 otázky z 5.

Rozšířená výuka tělesné výchovy může sehrát důležitou roli v prevenci řady negativních faktorů životního stylu. Posílení pohybových aktivit v podmínkách běžné školy může pozitivně ovlivnit zdraví dětí a posílit jejich odolnost vůči závislostem. Tato tvrzení si zasluhují ověření a komplexnější sledování na větších populačních vzorcích.

Poděkování

Tento výzkum přímo souvisí s náplní výzkumného záměru pedagogické fakulty MU na období 2005-2010 *"Škola a zdraví pro 21. století",* identifikační číslo MSM0021622421, vedoucího řešitele prof. PhDr. Evžena Řehulky, CSc.

Literatura

1. DEAN, A.G. a kol. 1994. *Epi Info, Version 6: Word processing, database, and statistics program for epidemilogy on mickocomputers.* Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1994.
2. DRBAL, C. 1997. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 3/1997. 1. vyd. Praha, 1997. 92 s. ISBN -.
3. DRBAL, C. 2004. *Naše zdraví a jeho otazníky.* Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 1/2004. Praha, 2004. 66 s. ISBN 80-86729-08-7.
4. HAVLÍNOVÁ, M. 1993. *Jak změnit školu, která zdraví poškozuje, ve školu, která zdraví podporuje.* 1.vyd. Praha: Pedagogika, 1993. 16 s. ISBN -.
5. KIMÁKOVÁ, T. 2008. Čo ovplyvňuje naše zdravie ? *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2008, roč. IV, č. 6, s. 120-121. ISSN 1337-2734.
6. KIMÁKOVÁ, T. 2010. Negatívny vplyv pasívneho fajčenia. *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2010, roč. VI, č. 1, s. 88. ISSN 1337-2734.
7. KIMÁKOVÁ, T. 2009. Vzdelaní sú zdravší. *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia,* 2009, roč. V, č. 2, s. 43. ISSN 1337-2734.

8. MACHOVÁ, J. a kol. 1998. *Výchova ke zdravému životnímu stylu (Základy sexuální výchovy).* 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3.
9. MUŽÍK, V, KREJČÍ, M. 1997. *Tělesná výchova a zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Hanex, 1997. 144 s. ISBN 80-85782-17-7.
10. NEŠPOR, K. 1994. *Moderní je být fit.* 1. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví,1994. ISBN-.
11. STATSOFT. *Statistica for Windows* [Computer program manual]. Tulsa: Statsoft, Inc., 2004. ISBN-
12. TUČEK, M. 2001. *Evropa na prahu sjednocení : životní úroveň a životní styl ve vybraných zemích východní a západní Evropy.* 1. vyd. Praha: Median, 2001. 219. s. ISBN 80-902847-2-8.
13. WILIAMS, M., YOUNG, I. 1994. *Podpora zdraví dětí a mládeže v Evropě. Výchova ke zdraví ve školách. Příručka pro učitele a další pracovníky s dětmi a mládeží.* 1. vyd. Praha: NCPZ, 1994.

Kontaktná adresa

doc. MVDr. Tatiana Kimáková, PhD.

UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva - Oddelenie hygieny

Šrobárova 2, 040 01 Košice

E-mail: tatiana.kimakova@upjs.sk

ODRAZ VPLYVU SOCIO-EKONOMICKÝCH FAKTOROV NA RAST A VÝVOJ RÓMSKYCH DETÍ

Kecerová A., Rimárová K.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. hygieny, Košice

Úvod

Sociálny gradient, ktorý sa na Slovensku začal prehlbovať s nástupom trhovej ekonomiky, spôsobil vysoký nárast nezamestnanosti, pokles kvality bývania, ale aj výchovy a vzdelania. Na dne sociálno-ekonomického rebríčka na Slovensku a v strednej a východnej Európe stoja rómske komunity (5).

Rómska komunita, ktorá má na počte obyvateľov Slovenska odhadom takmer 10 % zastúpenie, je z hľadiska socioekonomických podmienok, ako aj z hľadiska ďalších indikátorov považovaná za najzraniteľnejšiu.

Rómske deti žijúce v izolovaných osadách sú najviac ohrozenou skupinou pre zlé sociálne a zdravotno-hygienické podmienky, zároveň sú vystavené rôznym formám nutričných deprivácií (6).

Mestská časť Košíc, Luník IX je charakterizovaná najvyššou koncentráciou rómskeho obyvateľstva na Slovensku. Umiestnením danej lokality a infraštruktúrou by bolo možné zaradiť obyvateľov Luníka IX k semi - segregovanej časti rómskej populácie Slovenska. Súčasní obyvatelia Luníka IX sú prisťahovaní z rôznych častí Košického ale aj Prešovského kraja, spôsobom života však predstavujú relatívne izolovanú etnickú skupinu, pre ktorú je charakteristický nízky socioekonomický status. Nezamestanonosť, nevzdelanosť a chudoba na silnej etnicko-kultúrnej platforme s dôsledkami v rôznych oblastiach života sa odrážajú predovšetkým v základných indikátoroch zdravia. Antropometrické parametre, ktoré ku nim zaraďujeme, sú citlivými ukazovateľmi vplyvu exogénnych ako aj endogénnych vplyvov na vývoj konkrétnej populácie detí a mládeže.

Sociálna podmienenosť rastu a vývoja sa prejavila už po prvých antropologických výskumoch a hlbšom chápaní vzájomných súvislostí zistením Willermea z r. 1829, že „ľudia sú tým vyšší a dosiahnu skôr úplný vzrast, čím sú pomery vyrovnanejšie, krajina bohatšia, komfort všeobecnejší, čím sú obydlia, odev a strava lepšia a čím menej je tvrdosti, únavy a chudoby v detstve a v mladosti“ (3).

Zlé socioekonomické podmienky nesúvisia s národnosťou ani rasou a teda aj sociálna podmienenosť vývoja a rastu sa prejavuje nezávisle od národnosti a rasy napriek tomu, že v prípade niektorých národov a národností existujú horšie socioekonomické podmienky u väčšieho počtu jedincov.

Údaje o telesnom raste a vývoji rómskych detí sú v súčasnosti vzhľadom na podiel rómskych detí na celkovej detskej populácii Slovenska zriedkavé a pochádzajú prevažne z obdobia bývalého socializmu, počas ktorého bol prístup ku problematike Rómov odlišný. Socialistický politický systém finančne podporoval jednak samotných predstaviteľov Rómskeho etnika bez nútenia zapojiť túto časť populácie do vzdelanostných a pracovných aktivít a zároveň finančne zvýhodňoval aj zamestnávateľov resp. vedúcich pracovníkov, pedagogických pracovníkov, ktorí sa podieľali na ich vzdelávaní, resp. zamestnávaní. Zároveň však viedol dôslednú evidenciu osôb a bytov. V súčasnosti vzhľadom na platnú legislatívu nie je možné sledovať túto populáciu výhradne podľa etnickej či národnostnej príslušnosti, to limituje možnosti výskumu, ale aj možnosti skúsených odborníkov pri vytváraní a zlepšovaní životných podmienok najzraniteľnejších s pomedzi nich, ale aj celého Rómskeho etnika v rámci populácie Slovenska.

V mestskej časti Košíc Luník IX žije na rozlohe 1 km^2 neoficiálne takmer 10 000 obyvateľov. Oficiálne údaje uvádzajú 5900 obyvateľov, ale sú neúplné a ďaleko sa líšia od skutočnosti, vzhľadom na neochotu spolupráce obyvateľov tohto sídliska, ale aj vzhľadom na ich značnú migráciu. V uvedenej lokalite je vyššia ako 90 % miera nezamestnanosti a úmerne vysoký je podiel poberateľov príspevkov v hmotnej núdzi. Asi polovicu obyvateľov sídliska tvoria deti a mládež do 18 rokov. Vlastníkom bytov je mesto, ktoré prevádzkuje základnú školu priamo v uvedenej mestskej časti.

Materiál a metódy

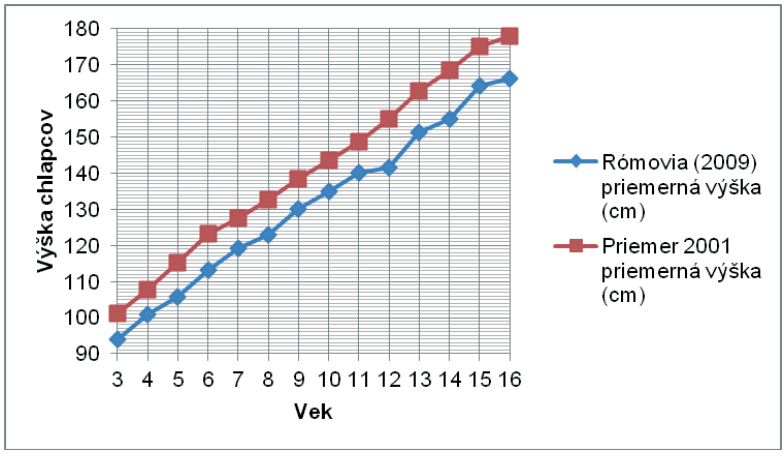
V roku 2009 bol na sídlisku Luník IX v Košiciach realizovaný antropometrický výskum v predškolskom zariadení a na základnej škole. V prvej etape sa vyšetrilo 594 rómskych detí vo veku 3 -16 rokov, z toho 277 chlapcov a 317 dievčat. Vek probantov bol stanovený podľa desatinného členenia veku. Získané antropometrické parametre telesná hmotnosť, výška, obvody hrudníka, brucha a bokov boli spracované štatistickým programom Anova. Výsledky vrátane vypočítaných indexov BMI (Body mass) a WHR (Waist hip ratio boli porovnané s výsledkami posledného Celoštátneho merania z roku 2001 podľa veku a pohlavia. Druhá etapa výskumu

prebiehala prostredníctvom dotazníkov adresovaných rodičom vyšetrovaných detí, ktoré boli zamerané na sociálny status rodín a stravovacie návyky. Vzhľadom na minimálnu spoluprácu dospelej populácie pri vypracúvaní a odovzdávaní dotazníkov, ako aj na krátky časový priestor, nebolo možné výsledky nadobudnuté z dotazníkov spracovať a vyhodnotiť ako spoľahlivé.

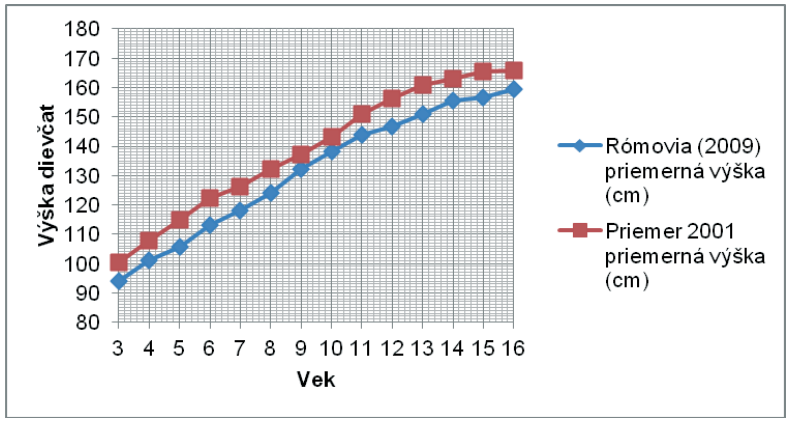
Výsledky

Z porovnania rómskej populácie s celoštátnymi priemerom je zrejmé, že zo sledovaných telesných parametrov je parameter telesnej výšky u chlapcov rómskeho pôvodu zo všetkých hodnotených antropometrických ukazovateľov štatisticky najvýznamnejší. Štatisticky významné rozdiely sme zaznamenali v parametri výšky u chlapcov vo všetkých vekových kategóriách, najvýraznejšie u 12 - 14-ročných chlapcov (Graf 1).

Porovnanie parametra telesnej výšky u dievčat a jeho rozdiely sú štatisticky významnejšie u 5 až 8-ročných dievčat (najvyšší rozdiel je 9,29 cm u 9-ročných) a u 12 - 13 ročných dievčat (rozdiel 9,82 u 13 ročných dievčat). Štatistická významnosť je nižšia u 9 až 11-ročných dievčat (Graf 2).



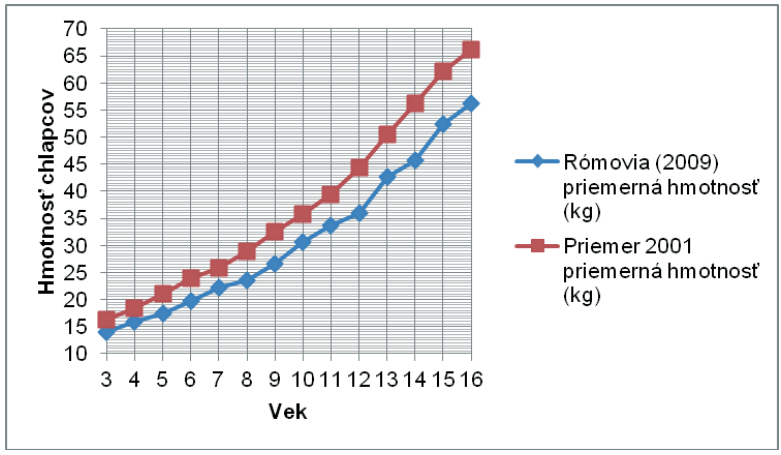
Graf 1 Porovnanie výšky rómskych chlapcov a chlapcov z celoštátneho priemeru (2001)



Graf 2 Porovnanie výšky rómskych dievčat a dievčat z celoštátneho priemeru (2001)

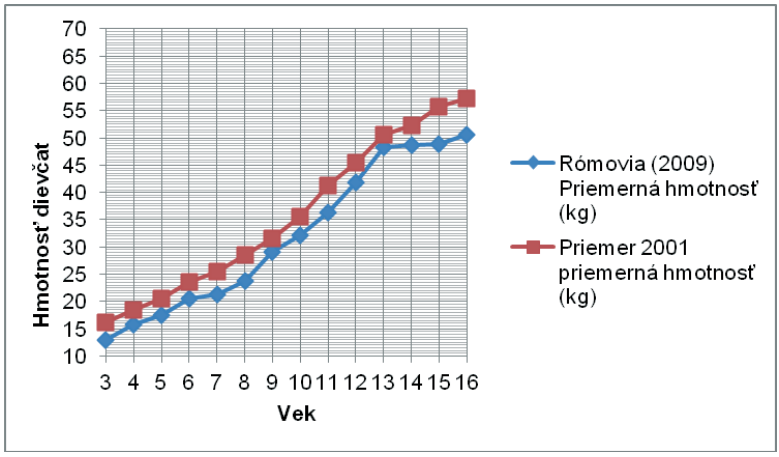
Parametre telesnej výšky u rómskych chlapcov a dievčat sú v súlade s literárnymi údajmi, ktoré poukazovali na tento fakt a zdôvodňovali ho tak etnickými rozdielmi, ako aj vplyvom environmentálnych a sociálnych faktorov (2, 6). Trendy k nižšej telesnej výške sa výraznejšie prejavujú v skupine chlapcov než dievčat.

Aj hodnoty telesnej hmotnosti sú u rómskych chlapcov nižšie v porovnaní s celoštátnym priemerom, pričom štatisticky významné sú vo všetkých vekových kategóriách. Najnižšie rozdiely sú v skupine 3-ročných chlapcov, kde rómski chlapci sú o 2,29 kg ľahší ako chlapci z celoštátneho priemeru. Najväčší rozdiel je 11,64 kg u 14-ročných chlapcov v neprospech Rómov (Graf 3).



Graf 3 Porovnanie hmotnosti rómskych chlapcov a chlapcov z celoštátneho priemeru (2001)

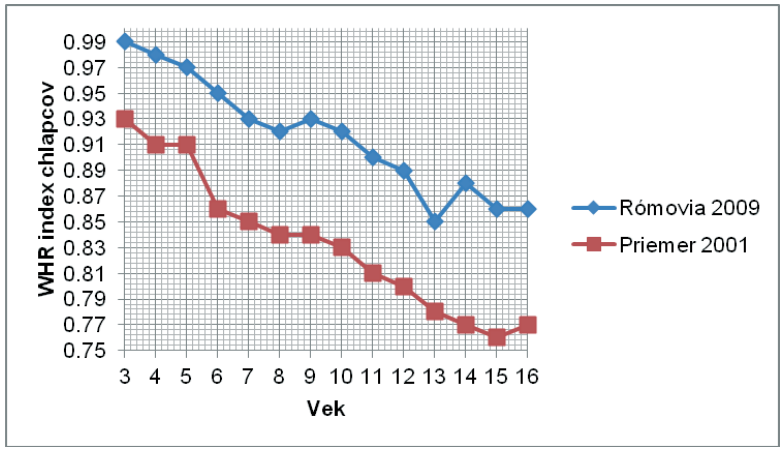
U dievčat sú rozdiely v telesnej hmotnosti štatisticky významné vo všetkých vekových kategóriách, pričom s narastajúcim vekom stúpajú aj rozdiely v hmotnosti, najvyššie sú u 16-ročných dievčat, kde dosahujú rómske dievčatá v priemere o 6,81 kg nižšiu hmotnosti v porovnaní s celoštátnym priemerom (Graf 4).



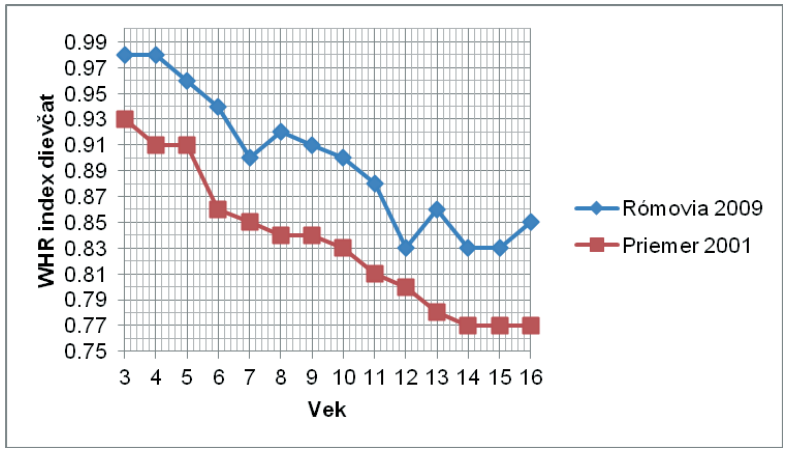
Graf 4 Porovnanie hmotnosti rómskych dievčat a dievčat z celoštátneho priemeru (2001)

Rómske deti dosahujú vyššie hodnoty WHR indexu u oboch pohlaví vo všetkých vekových kategóriách v porovnaní s výsledkami celoštátneho priemeru. Hodnoty WHR indexu sú u rómskych detí vyššie napriek nižším nameraným hodnotám obvodov pása a bokov u oboch pohlaví. Porovnaním hodnôt WHR indexu rómskych chlapcov a celoštátneho priemeru sa zistili štatisticky významné rozdiely vo všetkých vekových kategóriách s maximom u 6-ročných, kde rozdiel dosiahol 9,02 (graf 5).

U dievčat boli zaznamenané vyššie hodnoty WHR indexu vo všetkých vekových kategóriách, štatisticky najvýznamnejšie sú u 6-11-ročných a 13-15-ročných dievčat s maximom rozdielu 8,14 u 8-ročných dievčat (Graf 6).



Graf 5 Porovnanie WHR indexu rómskych chlapcov a chlapcov z celoštátneho priemeru (2001)



Graf 6 Porovnanie WHR indexu rómskych dievčat a dievčat z celoštátneho priemeru (2001)

Prieskumom, ktorý sa realizoval priebežne vzhľadom na neúspešnosť dotazníkov adresovaných rodičom boli zistené viaceré disproporcie vo výživových zvyklostiach sledovaných detí, neadekvátny stravovací režim u detí z rodín s nízkym SES a nevhodná potravinová skladba. Napriek tomu stravovací režim detí v predškolskom zariadení, ale aj v škole je pre zabezpečenie stravy zariadeniami spoločného stravovania racionálnejší ako u dospelej populácie a u detí, ktoré si neplnia povinnosť školskej dochádzky. V domácom prostredí prevláda konzumácia múčnych

jedál, menej kvalitného mäsa, vnútorností. V jedálničku detí je nízka spotreba ovocia a takmer chýba surová zelenina,. Zloženie stravy je podmienené predovšetkým nízkymi príjmami, vysokou cenou zeleniny a ovocia, ale aj kultúrou a uprednostňovaním tepelne upravených pokrmov v stravovaní.

Diskusia

Zhodnotením základných rastových znakov, telesnej výšky a hmotnosti rómskych detí zisťujeme, že rómske deti zaostávajú v oboch parametroch. Väčšiu tendenciu zaostávania v oboch parametroch majú chlapci v porovnaní s dievčatami. Štatisticky významné rozdiely v parametroch hmotnosti a výšky sme zaznamenali vo všetkých vekových kategóriách pri porovnaní rómskej detskej populácie s celoštátnym priemerom z roku 2001. Ako štatisticky významné parametre boli vyhodnotené výška, hmotnosť a WHR index u chlapcov aj dievčat. Výraznejšie štatistické rozdiely boli zistené takmer vo všetkých vekových skupinách chlapcov ($p< 0,001$).

Vo vývine a raste mladej generácie sa zisťuje rastová akcelerácia. Ak sa porovnajú rastové charakteristiky predošlých generácií a dnešných detí, v súčasnosti sa dosahujú v mladšom veku vyššie rastové hodnoty (1). Vzhľadom k tomu predpokladáme možnosť ešte výraznejších rozdielov, ak by sa porovnávali nami namerané hodnoty s výsledkami nasledujúceho celoštátneho prieskumu.

Rómske deti z uvedenej lokality dosahujú nižšie hodnoty v sledovaných parametroch ako výška, hmotnosť a BMI, ale vyššie hodnoty WHR indexu vzhľadom na androidný typ telesnej proporcionality. Štatisticky významné rozdiely boli zaznamenané v parametroch hmotnosť, výška a WHR index a výraznejšie sa prejavili v skupine chlapcov ako dievčat.

Výsledky štúdie potvrdzujú genetický, resp. etnický vplyv, ale rovnako aj vplyv SES na sledované parametre.

Záver

Nerovnosti v zdraví a ich sociálne príčiny sú jednými z hlavných faktorov zaostávania v raste, ďalším dôležitým faktorom je kultúrny vplyv.

Rómska populácia sa odlišuje svojimi typickými biologickými a imunologickými parametrami od populácie ostatnej a stav výživy, sociálno-ekonomická a hygienicko-epidemiologická situácia sa odrážajú na variabilite somatického stavu a imunologického profilu v jednotlivých vekových skupinách (2, 4, 6).

Výsledky štúdie potvrdili, že do antropometrických ukazovateľov detí sa premieta mnoho faktorov, ktoré sa navzájom podmieňujú, pričom významnú úlohu zohráva SES, vzdelanie a zamestnanie rodičov, resp. ako uvádzajú literárne zdroje, trvalé stabilné zamestnanie (7). Sociálno-ekonomické faktory spolupôsobia s mnohými ďalšími faktormi: nutričnými, pohybovými a kultúrnymi, hygienickými a ďalšími návykmi v rodine. Odlišné antropometrické ukazovatele u rómskych detí predškolského a školského veku sú dôsledkom dokázaných genetických dispozícií, sociálnych, kultúrnych a nutričných faktorov, pričom na stravovacie návyky majú u minoritnej časti populácie väčší vplyv kultúrne zvyklosti ako samotné sociálne postavenie.

Vo všetkých vekových skupinách boli priemerné hodnoty antropometrických parametrov (telesná hmotnosť a výška) u rómskych detí nižšie než u nerómskych detí. Vzhľadom na viditeľné rozdiely vo výške a zaostávanie v raste je potrebné zvýšiť nutričnú hodnotu potravy a zabezpečiť pravidelnosť v rytme stravovania, predovšetkým počas prvých troch rokov života dieťaťa, t. z. v období, počas ktorého je dieťa v starostlivosti matky resp. rodiny a ktoré je rozhodujúce pre jeho optimálny fyzický aj neuropsychický vývoj.

Vzhľadom na nemožnosť sledovania a zberu údajov podľa etnickej respektíve národnostnej príslušnosti je hodnotenie socioekonomických a psychosociálnych faktorov v Rómskych komunitách náročné. V záujme zlepšenia životných podmienok tejto komunity bude však nutné orientovať sa na bezprostrednú spoluprácu zdravotníckych, pedagogických, sociálnych a komunitných pracovníkov, ktorí sú v bezprostrednom styku s deťmi a ich rodinami a presvedčiť predstaviteľov tejto komunity o tom, že výskum umožňuje otvárať nové možnosti zdravotných intervencií v záujme zdravia a rozvoja Rómskej komunity.

Literatúra

1. ÁGHOVÁ, Ľ. a kol. 1993. Hygiena. Martin, Osveta, 1993, 268s., ISBN 80-217-0515-9.
2. BERNASOVSKÝ, I., BERNASOVSKÁ, J. 1999. Antropology of Romanies (Gypsies). I. vydanie, Brno, Nauma, 1999, 197s., ISBN 80-86258-05-X.
3. DUNOVSKÝ, J. 1981. Vyšetřování sociálního stavu rodiny ve vztahu k dítěti. In Houštek, J., Syrovátka, A. Pokroky v pediatrii. Praha, Avicenum, 1981, 293s.

4. FERÁK, V., SIVÁKOVÁ, D., SIEGLOVÁ, Z. 1987. Slovenskí cigáni (Rómovia) – populácia s najvyšším koefiecientom inbrídingu v Európe. Bratislavské Lekárske Listy, 87, 1987, s.168-175.
5. GINTER., E. 2001. Sociálne determinanty zdravia. Rozdielny vývoj v Českej a Slovenskej republike. Vesmír, 2001,12, 80, s. 683-685.
6. MICHALOVÁ A., PETRÁŠOVÁ, D., BERNASOVSKÝ, I., MARCINKOVÁ, J. 2001. Somatický vývin a imunologický profil rómskych detí, Česká antropologie, 51, Olomouc, 2001, s.98-99.
7. ŠEVČÍKOVÁ, Ľ., NOVÁKOVÁ, J., HAMADE J., JURKOVIČOVÁ, J., ŠTEFÁNIKOVÁ, Z., SOBOTOVÁ, Ľ., MACHÁČOVÁ, E. 2007. Analýza somatického vývinu detí a mládeže vo vzťahu k vybraným sociálnym ukazovateľom, Životné podmienky a zdravie, Bratislava, 2007, s.227-231.

Poďakovanie

Práca je podporovaná grantmi VEGA MŠ 1/0451/09 (10%), KEGA 260-002 UPJŠ-4/20010 (10%) a NFP OPVaV-2009/2.1/03 SORO Centrum excelentnosti pre výskum faktorov ovplyvňujúcich zdravie so zameraním na skupinu marginalizovaných a imunokompromitovaných osôb kód ITMS: 26220120058 (80%).

Kontaktná adresa

MUDr. Annamária Kecerová

UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva - Oddelenie hygieny

Šrobárova 2, 040 01 Košice

E-mail: keanna@centrum.sk

MLADÍ ĽUDIA A HIV - INOVATÍVNA KAMPAŇ V RÁMCI EU PROJEKTU SUNFLOWER

Kožárová M., Kollárová J.
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach, Košice

Úvod

V rámci internetovej výzvy komunitárneho programu „Public Health 2007“ sa Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach – odbor podpory zdravia - prihlásil do projektu SUNFLOWER. Výzvu podala organizácia ANLAIDS Sez. Lombardia so sídlom v Miláne, Taliansko. ANLAIDS Sez. Lombardia, neštátna organizácia, od svojho založenia v roku 1985 presadzuje štúdium a výskum prevencie HIV/AIDS, organizuje tréningové kurzy pre zdravotníckych pracovníkov a dobrovoľníkov, organizuje zdravotné vzdelávanie a preventívne kampane, publikuje letáky a organizuje „ad hoc“ akcie v školách, na pracoviskách a vo verejne dostupných centrách. Ďalej podporuje klinický výskum, prevádzkuje útulok (HOSPICE) a centrum dentálnej starostlivosti. Po viac ako ročnom schvaľovacom procese, 1. mája 2008 oficiálne začal projekt: „Young and HIV : European Network to Arrange an Innovative Prevention Campaign and to Exchange Good Practices – Experiences in Europe – SUNFLOWER“. Pod vedením ANLAIDS (Associazionale Nazionale per la Lotta control AIDS, Sez. Lombardia, Italia), bolo do projektu asociovaných 10 inštitúcií z 8 krajín Európy. Ďalšími našimi partnermi boli : Bulharská asociácia pre plánovanie rodiny a sexuálne zdravie (Bulgarian Family Planning and Sexual Health Association), Terapeutické centrum pre drogovo závislých v Grécku (Therapy Center for Dependent Individuals, KETHEA), Terrence Higginsova dobročinná spoločnosť z Anglicka (Terrence Higgins Trust, United Kingdom), Virologický inštitút v Rumunsku (Stefan S. Nicolau – Institute of virology, Bucharest), AIDS centrum z Litvy (Lithuanian AIDS Center, Vilnius), Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem z Čiech, Talianska sieť séro-pozitívnych osôb (Network Persone Sieropositive, Italia), Rumunské centrum profylaxie (Centrum Profilaxia s.r.l., Romania), Služby psycho-sociálneho poradenstva Univerzitnej nemocnice v Nemecku (Praxis Psychosoziale Beratung, Frankfurt am Main, Germany). Projekt bol spolufinancovaný akčným programom Spoločenstva v oblasti verejného zdravia – Európskou Komisiou, výkonnou agentúrou pre „Zdravie a spotrebiteľov (EAHC)“ a trval do 31.12.2010.

Materiál a metódy

Hlavným cieľom projektu SUNFLOWER bolo navrhnúť, overiť a odporučiť preventívnu kampaň, ktorá by oslovila najmä mladú generáciu, a to vo všetkých participujúcich krajinách Európy. Všetci partneri projektu SUNFLOWER jednotne vyplnili Dotazník I. obsahujúci základné charakteristiky tej, ktorej participujúcej organizácie a dostupné epidemiologické údaje o problematike HIV/AIDS na národnej, regionálnej a lokálnej úrovni. Vyhotovili zoznam aktivít prevencie HIV pre mladých a vypracovali zoznam organizácií, ktoré sa v jednotlivých krajinách zaoberali danou problematikou, a to na všetkých úrovniach. Dotazník II. obsahoval literárnu rešerš o epidemiologickej situácii a legislatíve HIV/AIDS, o preventívnych aktivitách organizovaných najmä pre mladých a základné údaje o výskyte HIV/AIDS v jednotlivých štátoch za ostatných 5 rokov.

Vo všetkých jazykoch participujúcich krajín bola pripravená internetovská stránka projektu SUNFLOWER http://www.sunflower-project.eu/ , dostupná aj z web stránky RÚVZ Košice www.ruvzke.sk.

Obr. 1 a Obr. 2 – Internetová stránka projektu SUNFLOWER





Zmapovanie aktuálnej situácie v problematike prevencie HIV/AIDS sa vykonalo aj prostredníctvom ďalších, pomerne obsiahlych dotazníkových prieskumov:

a) Dotazník 1 (Questionnaire)
bol určený riadiacim a rozhodovacím subjektom vládnych a mimovládnych inštitúcií. Dotýkal sa v podstate finančného zabezpečenia programov prevencie HIV/AIDS, určených najmä pre mladých ľudí.
Oslovených bolo spolu 60 vedúcich pracovníkov, a to z ministerstiev (MZ a MŠ SR), z vyšších územných celkov (odbory zdravotníctva a školstva), z občianskych združení, z mimovládnych organizácií a regionálni hygienici. Odpovedalo 50 respondentov, čo je 83,33%. Najviac hodnotených dotazníkov bolo zo štátnej správy, a to z RÚVZ v SR a úradov vyšších územných celkov - samosprávne kraje. Ďalej odpovedala kancelária WHO na MZ SR. Do vyhodnotenia boli zakomponované aj odpovede mimovládnych organizácií.

b) Dotazník 2 (Semi-structured interview)
bol určený pre kľúčových operátorov – pracovníkov, ktorí sa priamo podieľali na edukačných aktivitách, zameraných na prevenciu HIV/AIDS, určených najmä mladým. Oslovených bolo spolu 41 inštitúcií, odpovedalo 33 respondentov, čo je 80,49%. Najviac hodnotených dotazníkov bolo zo štátnej správy, ostatné výpovede poskytli mimovládne organizácie. Vychádzajúc z vyhodnotených dotazníkov a z výsledkov SWOT analýzy v jednotlivých participujúcich krajinách, rešpektujúc lokálny kontext, zistený jednotlivými riešiteľmi projektu, určili sa efektívne postupy, ktoré by mohli byť zavedené a používané – pri maximálnom rešpektovaní sociálnych, kultúrnych, náboženských, etnických hodnôt a vzdelávacieho systému v každej zúčastnenej krajine. S cieľom rozšíriť „dobré postupy“, ktoré sa zistili na lokálnych úrovniach a pripraviť čo možno najlepšiu kampaň pre prevenciu HIV/AIDS, predložili partneri projektu „SUNFLOWER - ODPORÚČANIA“, t.j. 10 bodov, použiteľných pre štátne aj mimovládne organizácie, zaoberajúce sa problematikou HIV/AIDS.

Obr. 3 SUNFLOWER ODPORÚČANIA

1. Jazyk, používaný pri kampaniach zameraných na prevenciu HIV, musí byť jasný a jednoznačný. Je nevyhnutné, aby slovo "kondóm-prezervatív" bolo spomenuté presne a zrozumiteľne. Pri kampaniach zameraných na prevenciu HIV, ostatných pohlavne prenosných infekcií a na sexuálne zdravie všeobecne sa v krajinách EÚ nemajú používať eufemizmy (zjemňujúce výrazy).

2. Aktívne propagovať testovania tehotných žien na HIV protilátky.

3. V každej krajine EÚ vytvoriť na národnej úrovni základný súbor údajov, kde by bolo možné monitorovať incidenciu a prevalenciu HIV prinajmenšom podľa pohlavia, veku, sexuálnej orientácie, spôsobu prenosu, etnického/kultúrneho pôvodu, dosiahnutého vzdelanie a geografického členenia štátu.

4. Zahrnúť do základných školských osnov edukačné programy, zaoberajúce sa problematikou vzájomnej súvislosti medzi pohlavným životom a HIV.

5. Do kampaní prevencie HIV medzi mladými ľuďmi zahrnúť aj sociálne siete, ako napríklad Facebook, Youtube a Twitter

6. Vytvoriť na národnej úrovni štandardné podmienky pre poskytovanie služieb mladým ľuďom v problematike HIV a sexuálneho zdravia. Samotné služby mladým ľuďom ako také, by mali byť uznávané a monitorované najmä mladými ľuďmi.

7. Priznať mladých ľuďom vlastnícke práva na kampane zamerané na HIV a sexuálne zdravie mladého človeka. To znamená vybudovať partnerstvo „Mladí – Dospelí" pre tvorbu, implementáciu, riadenie takýchto kampaní a výmenu názorov na preventívne stratégie v Európe.

8. Etablovať štandardy, kritéria a vhodné kvalitatívne a kvantitatívne indikátory na meranie efektívnosti a výsledkov preventívnych kampaní.

9. Preventívne kampane by mali byť neustále sa vyvíjajúcim procesom s cieľom dosiahnutia verifikovateľných výsledkov.

10. Posilniť spoluprácu medzi všetkými zainteresovanými partnermi, ako sú štátna a verejná správa, politici, administratíva, médiá, súkromná sféra, mimovládne organizácie a terénni pracovnici.

S cieľom pripraviť, čo možno najlepšiu kampaň pre prevenciu HIV/AIDS, bolo v decembri roku 2009 zorganizované v Miláne stretnutie mladých ľudí z krajín, ktoré sa podieľali na plnení projektu SUNFLOWER. Účastníkmi boli dvaja mladí ľudia z každej participujúcej krajiny – víťazi súťaže v literárnom a grafickom prejave. Mladí ľudia na seminári „pretavili" svoje názory a očakávania do konkrétnych materiálov - veľký a výrazný plagát, šikovné - malé letáky, logo na tričko, čapicu a na šnúrku na mobil. Tieto pomôcky boli v októbri 2010 použité pri hromadných kampaniach v nových krajinách EU, participujúcich na projekte SUNFLOWER.

Výsledky a diskusia

Inovatívnej kampani „Mladí ľudia a HIV", určenej pre študentov 2. ročníkov vo vybraných školách Košického regiónu predchádzal v predošlom školskom roku dotazníkový prieskum u prvákov. Anonymný „Dotazník o znalostiach a rizikovom správaní sa vo vzťahu k HIV/AIDS" vyplnilo vtedy 533 študentov. Výsledky prieskumu pred kampaňou boli prezentované na pracovnom stretnutí projektu SUNFLOWER. Po dohode všetkých zainteresovaných odborníkov bol vypracovaný manuál, podľa ktorého bola pripravená jednotná kampaň - prezentácia v programe Microsoft Office PowerPoint s vysvetlením, demonštrácia používania prezervatívu, vyvesenie plagátu a rozdávanie letákov. Ihneď po kampani 496 študentov opätovne vyplnilo ten istý „Dotazník o znalostiach a rizikovom správaní sa vo vzťahu k HIV/AIDS". Na Slovensku bolo organizačne pripravených a úspešne zrealizovaných 13 kampaní. Dotazníky zo všetkých zúčastnených krajín boli koordinátorom projektu jednotne spracované. Výsledky „Post Test" dotazníkov (prieskum po kampani) boli porovnané s výsledkami „Pre Test" dotazníkov (prieskum pred kampaňou) a prezentované na spoločnom pracovnom stretnutí projektu SUNFLOWER v decembri 2010. Analýza našich výsledkov potvrdila, že táto inovatívna forma edukácie jednoznačne zvýšila vedomostnú úroveň v problematike prevencie HIV/AIDS u mladých. Veľmi podrobné vyhodnotenie a porovnanie odpovedí na všetky otázky (vedomostné aj názorové) v dotazníku bolo vo forme prezentácie v programe Microsoft Office PowerPoint poskytnuté vedeniu stredných škôl Košického regiónu, v ktorých sa kampane a dotazníkové prieskumy organizovali.

Záver

Je potrebné veľmi pozitívne posudzovať výsledné produkty projektu SUNFLOWER, a to najmä kampaň „od mladých a pre mladých“ s objektívne zhodnotenou účinnosťou edukácie. Príručka „dobrých postupov“, používaných v participujúcich krajinách (publikovaná na informatívnom DVD), môže tiež poskytnúť nové nápady pri organizovaní preventívnych akcií v problematike HIV/AIDS.

Ďalej by bolo vhodné pokúsiť sa využiť metodiku projektu, osloviť jednak mladých ľudí, ale aj politikov, pedagógov, rôznych odborníkov, známe osobnosti, atď. a dôrazne ich upozorniť na výskyt mnohých rizikových faktorov všeobecne súvisiacich so životným štýlom obyvateľov (fajčenie, pohybová inaktivita, neadekvátna strava, stres, nadmerná spotreba alkoholu, neuvážené sexuálne aktivity s neznámymi partnermi, atď.). Potrebné je apelovať na zodpovednosť každého z nás za prípadné poškodenie vlastného zdravia v budúcnosti. Možno by bolo vhodné využiť získané skúsenosti, osloviť mladých ľudí a z ich konkrétnych návrhov pripraviť najefektívnejší spôsob edukácie aj v problematike: „So zdravím súvisiace rizikové správanie sa“, s adekvátnou a účinnou (aj finančne zabezpečenou) podporou odborníkov, politikov a iných mienkotvorných osobností.

Kontaktná adresa

MUDr. Mária Kožárová
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach
Senný trh 1, 040 01 Košice
E-mail: janakollarova@yahoo.com

KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTOV

Ležovič M.[1], Kováč A.[1], Bojnický M.[1], Mihinová D.[2], Babjaková J.[1]

[1] SZU, Fakulta verejného zdravotníctva, Bratislava

[2] Generálne riaditeľstvo Zboru väzenskej a justičnej stráže, Odbor zdravotnej starostlivosti, Referát verejného zdravotníctva, v Bratislave

Úvod

Kvalita života sa stala jedným z najčastejšie používaných pojmov súčasnej medicíny. Vyjadruje názor, že zdravotná starostlivosť má zmysel do tej miery, do akej pozitívne ovplyvňuje život pacientov. V súčasnej dobe, pre ktorú je charakteristické predlžovanie dĺžky života a prevaha chronických, dlhotrvajúcich ochorení nad ochoreniami infekčnými, sa za hlavný cieľ medicíny nepovažuje zdravie alebo predĺženie života samo o sebe, ale zachovanie alebo zlepšenie kvality života (5, 12, 17).

Celostný (holistický) prístup v medicíne a ošetrovateľstve je vyjadrený aj novou dimenziou – úrovňou kvality života. Tendencia hodnotiť kvalitu života je výsledkom záujmu o poskytovanie vysoko kvalitnej a odbornej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti a tiež snahou o lepšie sledovanie a vyhodnocovanie výsledkov lekárskej starostlivosti, diagnostických a liečebných postupov. V priebehu posledných rokov sa kladie dôraz na hodnotenie faktorov, ktoré ovplyvňujú pacientovo vnímanie života (8, 11, 13, 19).

Kvalita života vo vzťahu k zdravotnému stavu pacienta charakterizuje, čo pacient s renálnou insuficienciou prežíva ako následok choroby a poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Ide o hodnotenie stupňa zvládnutia rolí a kvality prežívania života v porovnaní s tým, čo považuje pacient sám za ideálne. Účelom merania kvality života nie je zistiť prítomnosť a závažnosť symptómov ochorenia, ale ukázať ako je u pacienta manifestácia alebo liečba ochorenia prežívaná (1, 2, 13, 14).

Cieľom práce je posúdenie kvality života dialyzovaných pacientov, kde sme chceli zistiť, ako títo ľudia hodnotia kľúčové oblasti svojho života, to znamená, ako sú pre nich tieto oblasti dôležité a ako sú s nimi spokojní.

Materiál a metódy

Použili sme krátku verziu dotazníka Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL-BREF s 26 položkami (20). WHOQOL-BREF sa teda skladá z 24 otázok združených do štyroch oblastí (fyzická, psychologická, sociálna oblasť a životné prostredie) a dvoch otázok celkového hodnotenia (3, 15, 18).

Dotazník WHOQOL-BREF je určený k samostatnému vypĺňaniu respondentmi, ale môže byť v prípade potreby vyplnený formou rozhovoru. Ako doba potrebná k jeho vyplneniu sa udáva približne 5 minút, administrácia formou rozhovoru 15-20 minút. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF sa vyjadrujú ako domény, ktoré predstavujú priemerne hrubé skóre spočítané z príslušných položiek a hodnoty odpovedí dvoch samostatných položiek, ktoré hodnotia celkovú kvalitu života a celkový zdravotný stav.

Súbor tvorilo 100 pacientov dialyzačných centier v Bratislave. Všetky údaje boli zbierané a prezentujú sa anonymne. Administrácia dotazníku WHOQOL-BREF prebiehala formou štandardizovaného osobného rozhovoru (face-to-face). Zber údajov prebehol v priebehu júl - august 2009. Pre triedenie a spracovávanie údajov bol použitý tabuľkový editor Microsoft Excel. Pre testovanie korelácie domén WHOQOL-BREF a otázok Q1 a Q2 bol použitý Pearsonov korelačný koeficient a pre testovanie korelácie domén WHOQOL-BREF k socio-demografickým premenným bol použitý Spearmanov korelačný koeficient. Štatistické testovanie významnosti bolo na hladine významnosti $p<0,01$ a $p<0,05$

Výsledky

Vyplnených dotazníkov z dialyzačných centier bolo spolu 100, z čoho mužov bolo 48% a žien 52%. Celkový vekový priemer bol 52,9 rokov, u mužov bol vekový priemer 54,8 rokov a u žien 51,1 rokov, pričom maximálny vek u mužov bol 87 rokov a minimálny 29 rokov a u žien bol maximálny vek 86 rokov a minimálny 26 rokov.

Zloženie pacientov dialyzačných centier v Bratislave v roku 2009 podľa vzdelania, bolo najväčšie zastúpenie ako u mužov (42%) tak aj u žien (60%) pacientov so stredoškolským vzdelaním s maturitou. Podľa rodinného stavu bolo u mužov (50%) najväčšie zastúpenie v kategórii ženatý/vydatá a taktiež u žien (60%).

Podľa hodnotenia kvality života pacientov dialyzačných centier, celkovo (45%) pacientov najviac hodnotí svoju kvalitu života ako ani zlú ani dobrú a rovnako aj jednotlivé pohlavia hodnotia kvalitu života ako ani zlú ani dobrú, muži 40% a ženy 50%. Podľa spokojnosti so svojím zdravím 35% mužov bolo nespokojných so svojím

zdravím, 35% mužov bolo spokojných so svojím zdravím. U žien bolo 35% nespokojných so svojím zdravím a 29% žien bolo spokojných so svojím zdravím.

Vzťah domén WHOQOL-BREF k sociodemografickým charakteristikám sme overovali porovnaním priemerov a korelačnou analýzou na výberovom súbore obyvateľov zariadení pre seniorov v Bratislave. Porovnanie doménových skóre pre mužov a ženy nepreukázalo významný rozdiel medzi pohlavím. Najsilnejším korelátorom kvality života je subjektívne hodnotenie vlastného zdravia na päťbodovej škále. Táto položka je mimo iného súčasťou používaného dotazníka SF-36 a považuje sa na základe medzinárodných štúdii za veľmi dobrý indikátor zdravotného stavu.

Tabuľka 1 obsahuje priemerné hrubé skóre domén. Interval normy je spočítaný ako priemer ± štandardná odchýlka, to znamená pre Doménu 1 ide o interval [12,05; 12,55], pre Doménu 2 ide o interval [13,44; 13,98], pre Doménu 3 ide o interval [14,08; 14,74] a pre Doménu 4 ide o interval [12,83; 13,33].

Tab. 1 Doménové skóre pre WHOQOL-Bref pre súbor hemodialyzovaných pacientov, Bratislava 2009

Domény		**Pacienti (N=100)** priemer ± STD
Dom1	Fyzické zdravie	12,3 ± 2,52
Dom2	Psychologická oblasť	13,71 ± 2,72
Dom3	Sociálne vzťahy	14,41 ± 3,32
Dom4	Životné prostredie	13,08 ± 2,55

Poznámka:

Ku každej doméne uvádzame priemer doménových skór a štandardnú odchýlku (STD)

Korelácia samostatných položiek a doménových skór nám pomáha pochopiť, čo vlastne zisťujeme, keď sa pýtame na celkovú kvalitu života, respektíve čím je odpoveď na túto otázku ovplyvnená. Korelačné koeficienty uvedené v tabuľke 2 a 3, ukazujú úzky vzťah medzi prežívaním (táto doména sa v originály nazýva „psychologické zdravie“) a celkovým hodnotením kvality života. Ďalším silným korelátorom je doména fyzického zdravia. Je teda potvrdený úzky vzťah kvality života k zdraviu a oprávnenosť používať tento údaj ako indikátor celkového zdravia. Ukazuje sa taktiež dôležitosť pozitívneho rozmeru duševného zdravia, ako je prežívanie pozitívnych pocitov, zmysluplnosť života, pozitívny vzťah k sebe a pocit dobrej duševnej kondícii.

Tab. 2 Korelácie domén WHOQOL-BREF a otázok Q1 a Q2 dialyzovaných pacientov, Bratislava, 2009, n=100

		zdravie	*prežívanie*	*sociálne vzťahy*	*prostredie*	*kvalita života*	*spokojnosť so zdravím*
prežívanie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**0,747**** 0,000	1				
sociálne vzťahy	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**0,558**** 0,000	**0,551*** 0,017	1			
prostredie	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**0,611**** 0,000	**0,703**** 0,002	**0,516**** 0,000	1		
kvalita života	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**0,513**** 0,000	**0,355**** 0,000	**0,318**** 0,001	**0,461**** 0,000	1	
spokojnosť so zdravím	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**0,458**** 0,000	**0,26**** 0,009	**0,323**** 0,001	0,135 0,181	**0,544**** 0,000	1

** Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti 0,01 (pri dvojstrannej hypotéze)

* Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti 0,05 (pri dvojstrannej hypotéze)

Tab. 3 Korelácia domén WHOQOL-BREF k socio-demografickým premenným, u dialyzovaných pacientov, Bratislava, 2009, n=100

		zdravie	*prežívanie*	*sociálne vzťahy*	*prostredie*
vek	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	**-0,275**** 0,005	-0,079 0,435	-0,159 0,114	-0,014 0,885
vzdelanie	Spearman Correlation Sig. (2-tailed)	**-0,438**** 0,000	**-0,328**** 0,000	**-0,325**** 0,001	**-0,288**** 0,003
rodinný stav	Spearman Correlation Sig. (2-tailed)	**0,388**** 0,000	**0,404**** 0,000	**0,342**** 0,000	**0,408**** 0,000
zdravotný stav	Spearman Correlation Sig. (2-tailed)	**-0,299**** 0,003	**-0,334**** 0,000	**-0,232*** 0,020	**-0,277**** 0,005

** Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti 0,01 (pri dvojstrannej hypotéze)

Diskusia

Súčasný stav dialýzy na Slovensku je možné charakterizovať tým, že dialyzačná liečba na Slovensku je na dobrej úrovni, je porovnateľná s vyspelými krajinami Európskej únie a sveta. Ak aj v niektorých parametroch nedosahuje úroveň najvyspelejších krajín, je v jej hornej polovici a smerovanie a vývoj sú správne. Aktuálny stav dialyzačnej liečby v SR možno popísať štandardizovaným ukazovateľom na hodnotenie a zároveň na porovnávanie sa s okolím. Štandardizovaným ukazovateľom je počet dialyzovaných pacientov na 1 milión obyvateľov krajiny (dialyzovaný pacienti/1milión obyvateľov). Pred 20-rokmi obdobie, odkedy sa vedie štandardizovaný zber štatistických dát, sa v podmienkach Slovenskej republiky (SR) dialyzovalo medzi 68-80 pacientov/1 milión obyvateľov. To znamená 300 až 400 pacientov v celej SR. V tom období napríklad susedné Rakúsko dialyzovalo asi 300 pacientov/1 milión obyvateľov. Geografické a chorobnostné parametre našich krajín boli porovnateľné. Prudký vývoj a humanizácia medicíny viedli k tomu, že v súčasnosti sa v SR dialyzuje cca 600 pacientov/1 milión obyvateľov. Z 300 dialyzovaných pacientov v roku 1988 sme sa dostali na úroveň cca 3000 pacientov v SR. Na základe dosiahnutého stavu možno konštatovať, že dnes sú v SR dostatočné dialyzačné kapacity pre všetkých pacientov, ktorí eliminačnú liečbu potrebujú (4).

Je možné konštatovať, že SR má dostatočné kapacity na dialyzačnú liečbu pre pacientov, ale zároveň je nutné uvedomiť si, či kvalita života dialyzovaných pacientov je dostatočná. Je potrebné vziať do úvahy fakt, že chronicky chorí pacienti, dialyzačná liečba a kvalita života dialyzovaných pacientov spolu úzko súvisia. Na základe týchto skutočností sme zrealizovali prieskum týkajúci sa kvality života dialyzovaných pacientov. Výsledky prieskumu sme porovnávali s dvomi štúdiami, ktoré prebehli v Španielsku a na troch kontinentoch (Japonsko, Európa a USA).

Odhad merania kvality života vo vzťahu k zdraviu (HRQoL) môže poskytnúť informácie, čo sa týka typu a stupňa záťaže, ktoré postihujú pacientov s chronickými ochoreniami, kam patria aj koncové štádiá renálneho ochorenia (ESRD). Niekoľko štúdií ukázalo dôležité medzinárodné rozdiely medzi chronicky chorými pacientmi liečenými hemodialýzou, ale žiadne štúdie neporovnávali kvalitu života vo vzťahu k zdraviu u týchto pacientov. Cieľom tejto štúdie bolo dokumentovať rozdiely čo sa týka kvality života u dialyzovaných pacientov a identifikovať možné vysvetlenie týchto rozdielov. Vo všetkých generických HRQoL podškálach u pacientov na

všetkých troch kontinentoch mali oveľa nižšie skóre, ako hodnoty u normálnej populácie. Pacienti v USA mali najvyššie skóre na podškále pre duševné zdravie a pri zhrnutí pre duševné zložky. U Japonských pacientov bolo zistené lepšie fyzické fungovanie ako u pacientov v USA alebo v Európe. Na všetkých troch kontinentoch ESRD a hemodialýza závažne ovplyvňujú HRQoL. V USA je vplyv na duševné zdravie menší ako v iných krajinách. Japonskí dialyzovaní pacienti vnímali, že ochorenie obličiek kladie na nich väčšiu záťaž, ale ich telesné fungovanie je podstatne vyššie (6).

Cieľom Španielskej multicentrickej štúdie, bolo zhodnotiť kvalitu života u pacientov na chronickej dialýze a preskúmať vplyv rôznych faktorov súvisiacich s liečbou a kvalitou života. Štúdia bola vykonaná na národnej úrovni a 1013 náhodne vybraných stabilných pacientov na dialýze bolo vyhodnotených. Kvalita života bola hodnotená v rozsahu Karnovskyho škály (KS) a Sickness Impact profilu (SIP). Oba dotazníky boli samostatne vypracované pacientmi. Čiastkové kategórie SIP, ktoré boli viac postihnuté boli práca, rekreácie a zábava, starostlivosť o domácnosť a spánok a odpočinok. Žiadne významné rozdiely neboli zistené čo sa týka samotnej dialýzy. Avšak 26% pacientov vykazovalo závažné životné obmedzenie a 25% pacientov poukázalo na významný vplyv choroby na kvalitu ich života. Pokročilý vek a komorbidita ovplyvňovali kvalitu života nepriamo (16).

Tieto štúdie poukázali na kvalitu života v rôznych krajinách. Z výsledkov, ktoré sme získali zrealizovaním nášho prieskumu je zrejmé, že kvalita života pacientov nedosahuje najvyššiu úroveň, ale ani jedna negatívna odpoveď nedosiahla viac ako 50% zastúpenie, čo znamená, že väčšina pacientov nehodnotí kvalitu svojho života ani pozitívne ani negatívne, alebo poukazuje na dobrú kvalitu svojho života. Menej spokojný sú pacienti so svojím zdravím, čo logicky vyplýva z ich chronického ochorenia, ale aj napriek tomu sa pacientom život páči a považujú ho za zmysluplný. V porovnaní s pacientmi v USA, ktorí pociťujú pomerne dobrú fyzickú kondíciu aj väčšina našich pacientov pociťuje dostatok energie pre svoj každodenný život. Pacienti zo Španielskej štúdie boli najviac ovplyvnení v starostlivosti o domácnosť, v spánku či zábave, zatiaľ čo naši pacienti sú spokojný so svojím spánkom a pomerne spokojný aj s príležitosťami na voľno časové aktivity. Významné nedostatky v poskytovaní informácií a zdravotníckych služieb neboli zistené. Menej spokojný boli pacienti s dopravou na dialýzu a pracovnou kapacitou.

Aj napriek tomu, že pacienti popisovali pomerne dobrú kvalitu svojho života, 50% pociťuje niekedy negatívne pocity - zmeny psychického stavu podobne ako pacienti v USA.

Je logické a zrejmé že chronické ochorenie obličiek nespôsobuje len fyzické problémy, ale zanecháva následky na psychike, čo nás núti venovať pozornosť psychickému stavu pacienta.

Výsledky tohto prieskumu sa nedajú považovať za reprezentatívne pre celé Slovensko a dostatočné pre zlepšenie kvality života dialyzovaných pacientov, pretože prieskum bol realizovaný na malom súbore pacientov v jednej spádovej oblasti, ale pomôže nám pochopiť ako vnímajú kvalitu svojho života chronicky chorí pacienti odkázaní na dialýzu a čo výrazne ovplyvňuje kvalitu ich života.

Záver

V literatúre existuje celá rada definícií kvality života. Jednoznačne možno povedať, že kvalitu života ako dynamicky sa meniaci stav ovplyvňuje komplex klinických, osobnostných a sociálnych činiteľov. Ak uznáme hodnotu zdravia pre kvalitu života, predstavuje choroba viac než len stresový moment, ktorá poškodzuje kvalitu života človeka. Je potrebné a žiaduce monitorovať a ovplyvňovať všetky aspekty, ktoré ovplyvňujú kvalitu života, aby sme vedeli pomôcť a zvýšiť kvalitu života na maximálnu úroveň chronicky dialyzovaných pacientov.

Všetky získané informácie, ktoré nám poskytol prieskum pomôžu lepšie pochopiť ľuďom zdravím pojem kvality života, ktorú nehodnotíme pokiaľ nepociťujeme nepohodu alebo chorobu. Z prieskumu vyplynulo, že je potrebné venovať pozornosť psychickému stavu dialyzovaných pacientov a samozrejme aj všetkým ostatným aspektom, pokúsiť sa naplniť pracovné očakávania dialyzovaných a sledovať ako všetky aspekty ovplyvňujú kvalitu života takto chorých ľudí.

Literatúra

1. BULLOVÁ, A., MOKÁŇ, M. Život dialyzovaného pacienta. Sestra, roč. 2, č. 4, 1999. s. 15.
2. Corrigan, P. W., Buican, B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. Journal of Nervous and Mental Disease. 1995; 183(5), 281-285.

3. De Castro MDGT, Oliveira MDS, Miguel AC, Araujo RB. WHOQOL-BREF psychometric properties in a sample of smokers. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2007;29(3):254-7.
4. DEMEŠ, M. Stav dialýzy na Slovensku, vývoj v porovnaní so svetom. Majáčik. 2008, 12. 8-9. Dostupné na:
5. DRAGOMERICKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníkú kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha, Psychiatrické centrum Praha, 2006. 92.
6. Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T, Bommer J, Canaud BJ, Port FK, Held PJ. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The dialysis outcomes and practice patterns study. Kidney Int. 2003;64(5):1903-10.
7. KATCHING, H. Quality of life in mental disorders, John Wiley & Sons ltd, Chichester, England, 1997. 402.
8. Kitayama S., Cohen D. Handbook of cultural psychology. The Guilford Press, New York, 2007. 894.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. Sledování kvality psychického života pacienta. Časopis lékařú českých. 1986; roč. 125, č. 24. 733-736
10. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. Grada Publishing, Praha, 2002. 200 s.
11. LEPLÉGE, A., HUNTS, S. Problematika kvality života v medicíně, JAMA. 1997; roč. 5, č. 11. 742-745.
12. LEVICKÁ, J. Kvalita života ako sociálny jav. Kontakt. 2002; č. 4. 171-176.
13. LIBIGEROVÁ, E., MULLEROVÁ H. Posuzování kvality života v medicíne, Česká a slovenská psychiatrie, 2001, roč. 97, č. 4, s. 183-186,
14. MAKOVICKÝ, P., JEŽÍKOVÁ, A., GRANDTNEROVÁ, B., MOKÁŇ, M. Problémy dialyzovaných pacientov. Interná medicína. 2003; roč. 3, č. 9. 518-523.
15. Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Psychometric properties of the world health organization abbreviated instrument for quality of life assessment in the pró-saúde study. Cadernos de Saude Publica. 2006;22(12):2585-97.
16. Moreno F, Lopez Gomez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrábano F. Quality of life in dialysis patients. A spanish multicentre study. Nephrology Dialysis Transplantation. 1996;11(SUPPL. 2):125-9.
17. Payne, J. Kvalita života a zdraví. TRITON, Praha, 2005. 630.

18. Power M, Kuyken W. World health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine. 1998;46(12):1569-85.
19. SLOVÁČEK L., SLOVÁČKOVÁ B., JEBAVÝ L., BLAŽEK M., KAČEROVSKÝ J. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrú komplexního hodnocení léčby. Vojenské zdravotnícke listy. 2004, roč. LXXIII, č. 1. 6-9.
20. von Steinbüchel N, Lischetzke T, Gurny M, Eid M. Assessing quality of life in older people: Psychometric properties of the WHOQOL-BREF. European Journal of Ageing. 2006;3(2):116-22.

Kontaktná adresa
Mgr. Mário Ležovič, PhD.
SZU, Fakulta verejného zdravotníctva
Limbová 12, 833 00 Bratislava
E-mail: mario.lezovic@szu.sk

VZŤAH DOPRAVNÝCH A ĎALŠÍCH PARAMETROV K NEHODOVOSTI A ÚMRTNOSTI NA CESTÁCH VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH EÚ

Nachtmanová K., Kállayová D.
Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra verejného zdravotníctva, Trnava

Úvod

Hlavným znakom modernej civilizácie je rozvoj dopravy, ktorý priniesol množstvo výhod v ekonomike, rozvoji technológií i rastu životnej úrovne a využitia voľného času. Odvrátenou stranou rozvoja dopravy je aj veľké množstvo negatívnych dôsledkov. K najzávažnejším patrí zvýšená nehodovosť na cestách, rastúci počet usmrtených a zranených, veľké hmotné škody a rozsiahla devastácia životného prostredia (MV SR, 2010). Doprava je nevyhnutá nielen pre život jednotlivca, ale má taktiež veľký význam pre prosperitu Európy ako celku. Jej význam spočíva v dopade na ekonomický rast, rozvoj spoločnosti ako i prostredia. Vplyvom doby a tzv. „rýchleho" spôsobu života sa vo vyspelých krajinách čoraz viac stáva samozrejmosťou, že takmer každý dospelý človek vlastní osobný automobil. Príkladom nám môže byť Európska únia, v ktorej v roku 2005 vlastnil každý druhý obyvateľ jeden automobil (European Commission, 2007). Nárast objemu dopravných prostriedkov je možné pozorovať nielen v osobnej doprave, ale tiež v nákladnej doprave, čo vyplýva zo zvyšujúceho sa dopytu po mnohých druhoch tovarov. Pri otázke dopravy však okrem pozitív vyplývajúcich z ekonomického benefitu možno zaznamenať aj výrazné negatívum v podobe dopravných nehôd. Dopravné nehody patria medzi hlavné príčiny úmrtí v Európskom regióne a sú každoročne zodpovedné za viac ako127 tis. úmrtí (WHO/Europe, 2004, a). Rozdiely v úmrtnosti pri dopravných nehodách medzi krajinami EÚ sú značné (WHO/Europe, 2007). V krajinách EÚ 27 predstavujú dopravné nehody druhú najčastejšiu príčinu úmrtnosti v dôsledku úrazov. Podľa najnovších údajov zodpovedajú dopravné nehody za 50 000 úmrtí a 1,7 milióna zranených obyvateľov EÚ. Najčastejšími obeťami dopravných nehôd sú pasažieri áut, ktorí predstavujú viac ako polovicu úmrtí. Druhou najväčšou postihnutou skupinou sú chodci (17%) (Angermann, 2007). Niektoré rizikové faktory v kombinácii so socioekonomickými determinantmi, majú vplyv na počet dopravných nehôd i na jej zdravotné dôsledky. Predpokladá sa, že environmentálne podmienky sa spolupodieľajú na 35 % dopravných nehôd. Tu treba

poukázať na závažnosť týchto faktorov a ich rešpektovaní pri tvorbe politík ovplyvňujúcich cestnú sieť. Medzi hlavné environmentálne faktory ovplyvňujúce bezpečnosť cestnej premávky patrí dizajn ciest, urbanizačná štruktúra miest, hustota obyvateľstva, prispôsobenie návrh ciest podľa ich predpokladaného využitia dopravnými prostriedkami v budúcnosti, osvetlenie ciest a údržba ciest (WHO/Europe, 2009). Dopravné nehody sa podieľajú veľkou mierou na počte DALY (počte stratených rokov života) u detí a mládeže. Sú preto častou príčinou doživotného zdravotného postihnutia u tých, ktorí prežili. To má za následok zníženie kvality života obetí dopravných nehôd, ako aj ich rodín. (WHO/Europe, 2007). Dopravné úrazy a ich následky nepredstavujú iba závažné medicínske dôsledky, ale aj značný zásah do ekonomiky krajín. WHO odhaduje, že ekonomické náklady dopravných úrazov predstavujú v krajinách s nízkym príjmom 1% HDP. V krajinách so stredným príjmom predstavujú tieto náklady 1,5% HDP a v krajinách s vysokým príjmom 2% HDP. V krajinách EÚ sa tieto náklady odhadujú na 180 miliárd € (WHO, 2004). Vytvorením efektívnych intervencií a vhodným ovplyvnením týchto faktorov môžeme prispieť k zníženiu nehodovosti a tým aj k zníženiu úmrtnosti na cestách.

Cieľom našej práce je zistiť, či sa zvyšuje počet úmrtí, ako aj počet zranených pri dopravných nehodách v EÚ za sledované obdobie rokov 1994 až 2008. Tiež popísať zmeny vo vybraných dopravných a ekonomických parametrov za obdobie rokov 1994 až 2008 v krajinách EÚ (dĺžka diaľnic, dĺžka ciest, počet vozidiel, HDP (€/obyv.), kúpna sila (€/obyv.), hustota obyvateľstva (km2)). Taktiež, či zmena počtu úmrtí a zranených pri dopravných nehodách súvisí, so zmenou niektorých nami vybraných dopravných a ekonomických parametrov, ktoré sú charakteristické pre rozvoj krajín EÚ (dĺžkou diaľnic, dĺžkou ciest a, počtom vozidiel na cestách, HDP atď.), t.j. či medzi premennými existuje vzťah.

Materiál a metódy

V práci boli použité údaje z Eurostatu, štatistického informačného systému Európskej únie. Použité boli údaje zo sekcie Doprava, sekcie Ekonomika a financie ako aj so sekcie Populácia a sociálne podmienky. Údaje použité v práci boli získané od 8. do 14 februára 2010. Údaje boli selektívne vybrané pre nami zvolené parametre. Boli vybrané pre všetky krajiny Európskej únie: Belgicko, Bulharsko, Česká Republika, Dánsko, Nemecko, Estónsko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko, Litva, Lotyšsko, Luxemburg, Maďarsko, Malta, Holandsko, Rakúsko, Poľsko,

Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Slovensko, Fínsko, Švédsko, Spojené Kráľovstvo. Ako jedinú krajinu Európskej únie sme vylúčili Cyprus pre nedostatok dostupných údajov v databáze Eurostat, pre nami zvolené premenné. Do štúdie boli zaradené aj dve kandidátske krajiny a to Chorvátsko a Turecko. Do štúdie boli zahrnuté aj údaje o Nórsku a Švajčiarsku. Všetky zaradené krajiny spolu budú v práci nazývané „krajinami Európskej únie". V práci boli spracované údaje za15-ročné časové obdobie, roky 1994 až 2008. V práci boli použité nasledujúce údaje z databázy Eurostat.

Zo sekcie Doprava:

- obete dopravných nehôd – počet usmrtených (abs. počet)
- obete dopravných nehôd – počet zranených (abs. počet.)
- obete dopravných nehôd – úmrtnosť/1 000 000 obyv.
- dĺžka diaľnic (km)
- dĺžka ciest (km)
- počet osobných motorových vozidiel v tis.(abs. počet)
- počet všetkých vozidiel vrátane motocyklov v tis. (abs. počet)
- počet osobných motorových vozidiel mladších ako 2 roky
- počet osobných motorových vozidiel vo veku 2 – 5 rokov

Sekcia Ekonomika a financie podsekcia Národné hospodárstvo (vrátane HDP):

- HDP (€ na obyv.)
- kúpna sila obyvateľstva (€ na obyv.)

Sekcia Populácia a sociálne podmienky, podsekcia Populácia:

- hustota obyvateľstva

Pre popis zmien jednotlivých premenných v čase boli použité grafické znázornenia pomocou boxplotov. Pre popis týchto zmien sme použili hodnoty mediánov ($\tilde{x}$), minimálne (min.) a maximálne (max.) hodnoty za jednotlivé roky, pre krajiny EÚ. Pre popis zmien premenných v čase pomocou boxplotov a pre výpočet mediánov, minimálnych a maximálnych hodnôt v danom roku pre krajiny EÚ sme použili údaje pre všetky nami zvolené krajiny EÚ, spolu pre 28 krajín, ktoré boli popísané vyššie. Pre popis niektorých premenných v čase boli využité aj trendové grafy. Pre toto znázornenie sme vždy použili dve krajiny s najnižšími hodnotami, dve s najvyššími, Slovenskú republiku a 1 až 3 ďalšie krajiny pre lepšie znázornenie trendu vývoja hodnôt danej premennej.

Pre grafické znázornenie úmrtnosti pri dopravných nehodách v EÚ v roku 2008 bola vytvorená mapa s použitím softvéru ArcView GIS.

Cieľom tejto práce je zistiť vzťah medzi počtom usmrtených a počtom zranených pri dopravných nehodách a jednotlivými zvolenými premennými. Pre toto zistenie vzťahu boli využité jednoduché lineárne regresie s použitím softvéru R project. Regresie boli vypočítané pre hodnoty roku 2008 jednotlivých premenných v krajinách EÚ. Pre popis vzťahu v jednoduchých lineárnych regresiách bol využitý regresný koeficient (b), koeficient determinácie (R^2), p-hodnota (hladina významnosti 0,05).

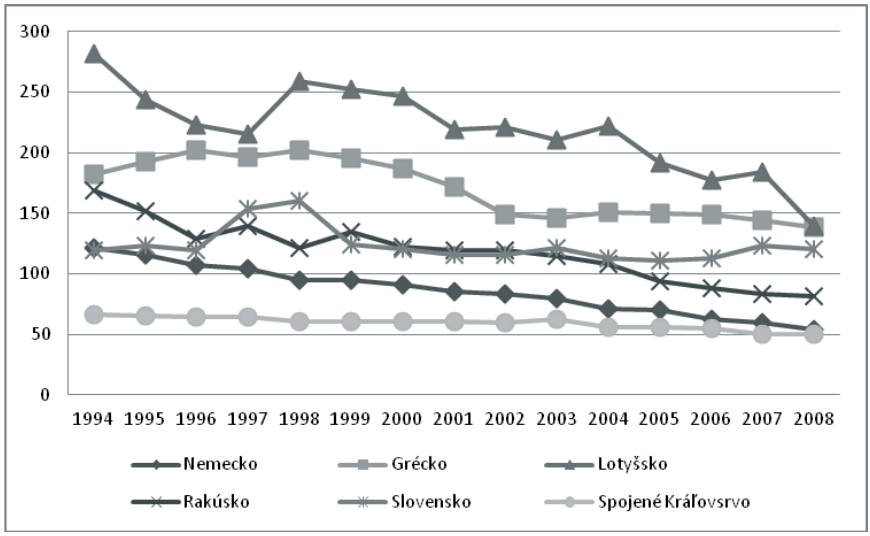
Výsledky

Zistili sme, že v krajinách EÚ došlo za obdobie rokov 1994 až 2008 k zníženiu počtu usmrtených osôb pri dopravných nehodách o 11%, ako aj zníženiu úmrtnosti pri dopravných nehodách o 19% (Graf 1.). Počet zranených v EÚ klesol za sledované obdobie o 17 %.

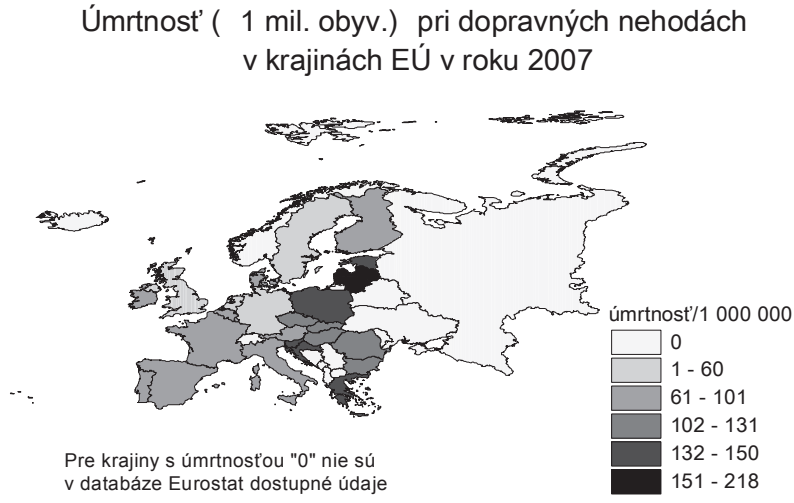
Zároveň sme zistili značné rozdiely v úmrtnosti pri dopravných nehodách medzi krajinami EÚ. Medzi krajiny s najvyššou úmrtnosťou patria: Grécko, Lotyšsko, Poľsko, Litva, Estónsko. Medzi krajiny s najnižšou úmrtnosťou na cestách patria: Malta, Holandsko, Nemecko a Švédsko (Graf 2.).

Celková dĺžka diaľničnej siete v EÚ vzrástla za sledované obdobie 1,44 násobne a v roku 2008 predstavovala 69 687,6 km. Dĺžka cestnej siete sa v EÚ za toto obdobie výrazne nezmenila. Od roku 1994 pozorujeme v krajinách EÚ nárast počtu vozidiel na cestách (Graf 3.).

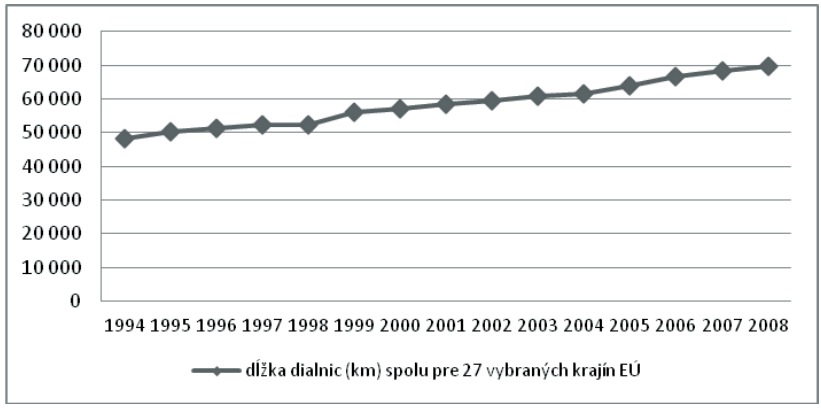
Taktiež došlo k nárastu počtu osobných motorových vozidiel v EÚ 1,61 násobne. Pozorovali sme taktiež nárast HDP, ako ukazovateľa ekonomickej výkonnosti krajiny. Medián hodnôt pre krajiny EÚ vzrástol za sledované obdobie 2,25 krát a v roku 2008 predstavoval = 23 900 eur. Hustota obyvateľstva sa za sledované obdobie výrazne nemenila. Jednoduchou lineárnou regresiou sa nám podarilo potvrdiť vzťah len medzi počtom usmrtených a hustotou obyvateľstva.



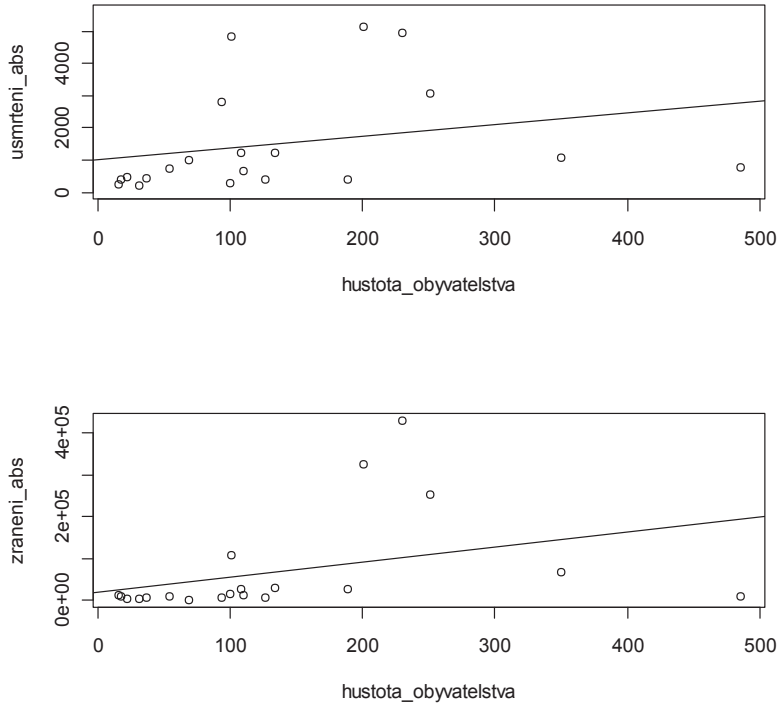
Graf 1 Trend úmrtnosti/mil. obyv. pri dopravných nehodách vo vybraných krajinách EÚ za roky 1994 až 2004



Graf 2 Úmrtnosť (1 mil. obyv.) pri dopravných nehodách v krajinách EÚ v roku 2007



Graf 3 Dĺžka diaľnic (km) spolu pre krajiny EÚ za roky 1994 až 2004



Graf 4 Lineárna závislosť medzi počtom usmrtených/zranených a hustotou obyvateľstva (obyv./km2) v krajinách EÚ v roku 2007

Použitím jednoduchej lineárnej regresie sme zistili kladný (b = 8,17; R2 = 0,3294) štatisticky významný vzťah (p = 0,0379), medzi počtom usmrtených pri dopravných nehodách a hustotou obyvateľstva (obyv./km2) v krajinách EÚ v roku 2008 (Graf 4.). Môžeme potvrdiť, že hustota obyvateľstva danej krajiny EÚ je jedným z faktorov, ktorý majú vplyv na počet zomrelých pri dopravných nehodách. Taktiež, že so zvyšujúcou sa hustotou obyvateľstva sa zvyšuje aj počet zomrelých na cestách. Použitím jednoduchej lineárnej regresie sa nám vzťah medzi počtom usmrtených/zranených na cestách EÚ a ostatnými sledovanými premennými nepotvrdil.

Diskusia

Zistili sme, že za posledných 15 rokov došlo v krajinách EÚ k: poklesu počtu usmrtených pri dopravných nehodách o 15%, poklesu úmrtnosti o 19 % ako aj k poklesu počtu zranených pri dopravných nehodách. Zistili sme, že v krajinách EÚ došlo za obdobie rokov 1994 až 2008 k zníženiu počtu usmrtených osôb pri dopravných nehodách o 11%. Medzi krajiny s najvyššou úmrtnosťou/1 000 000 pri dopravných nehodách môžeme zaradiť: Litvu, Lotyšsko, Grécko a Chorvátsko. V týchto krajinách zomrelo v roku 2008 na 1 000 000 obyvateľov 143 – 138 obyvateľov pri dopravných nehodách. Medzi krajiny s najnižšou úmrtnosťou patrí napr.: Malta, Holandsko, Švédsko, Nórsko. V týchto krajinách bola v roku 2008 úmrtnosť pri dopravných nehodách 37 – 54/1 000 000. Na Slovensku bola v roku 2008 úmrtnosť 120/1 000 000 obyvateľov. To korešponduje s WHO podľa ktorejje najnižšia úmrtnosť na cestách v škandinávskych krajinách, najvyššia v krajinách východnej Európy (WHO, 2009, a). Podľa kancelárie WHO pre Európu každý deň zomrie v Európskom regióne viac ako 100 detí pri dopravných nehodách. (WHO/Europe, 2009). Celkový počet dopravných nehôd aj napriek poklesu predstavoval v roku 2001 2,4 milióna dopravných nehôd (WHO/Europe, 2004, a).

Od roku 1994 do roku 2008 došlo k značnému nárastu dĺžky diaľnic v krajinách EÚ z 48 293,2 km (1994) na 69 687,6 km (2008), čo predstavuje nárast o 44%21 393,8 km (1,44 násobok) v priebehu 15 rokov. Medzi krajiny s najdlhšou sieťou diaľnic v EÚ patrí Španielsko (13 514 km; 2008), Nemecko (12 645 km; 2008), Francúzsko (11 042 km; 2008). Na Slovensku sa vybudovalo od roku 1994 do roku 2008 194,8 km diaľnic, čo je nárast zo 198 km (1994) na 392,8 km (2008). Dĺžka cestnej siete sa v EÚ za toto obdobie zvýšila o 10%.

Od roku 1994 pozorujeme v krajinách EÚ nárast počtu vozidiel na cestách. Stredná hodnota počtu osobných motorových vozidiel sa za nami sledované 15 ročné časové obdobie zvýšila 1,6 násobne. Nárast počtu osobných motorových vozidiel sme zaznamenali u všetkých krajín EÚ.

Zároveň sme pozorovali v krajinách EÚ za sledované obdobie nárast počtu osobných motorových vozidiel (1,61 násobne), počtu všetkých motorových vozidiel (1,24 násobne).

Použitím jednoduchej lineárnej regresie sa nám ale nepotvrdil možný vzťah medzi nárastom počtu motorových vozidiel a počtom usmrtených/zranených na cestách. Taktiež sme pozorovali nárast HDP (2,25 násobne) a kúpnej sily (1,9 násobne) ako ukazovateľov ekonomickej výkonnosti krajiny. Nepodarilo sa nám ani tu potvrdiť vzťah medzi HDP a počtom usmrtených/zranených na cestách. Taktiež v krajinách s nízkym a stredným príjmom je porovnateľne menej národných multirezortných stratégií podieľajúcich sa na zvyšovaní bezpečnosti na cestách (Menabde, 2009).Napriek tomu podľa WHO krajiny prichádzajú každoročne až o 3% HDP následkom potrebnej zdravotnej starostlivosti o pacientov dopravných nehôd. Náklady vynaložené krajinami pre zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky sú nižšie ako náklady spojené s ekonomickými stratami ako následkom dopravných nehôd (WHO, 2009, b). Podľa WHO sa krajiny s nízkym príjmom podieľajú 2/3 na nehodovosti na cestách v Európskom regióne.

Hustota obyvateľstva sa za obdobie rokov 1994 až 2007 v krajinách EÚ výrazne nezmenila. Stredná hodnota hustoty obyvateľstva bola v tomto období $\tilde{x}$ = 98,2 – 103,9 obyv./km^2 . Rozdiely vidíme ale v hodnotách hustoty obyvateľstva jednotlivých krajín. Medzi krajiny s najvyššou hustotou obyvateľstva patrí Malta (1280 obyv./km^2), Holandsko (483,8 obyv./km^2), Belgicko (350,4 obyv./km^2). Medzi krajiny s najnižšou hustotou obyvateľstva patrí napr.: Nórsko (15,5 obyv./km^2), Fínsko (17,4 obyv./km^2), Švédsko (22,3 obyv./km^2), ako aj pobaltské krajiny. Hustota obyvateľstva na Slovensku bola v roku 2007 100,2 obyv./km^2. Jednoduchou lineárnou regresiou sa nám podarilo zistiť kladný (b = 8,17; R2 = 0,3294) štatisticky významný vzťah (p = 0,0379), medzi počtom usmrtených pri dopravných nehodách a hustotou obyvateľstva (obyv./km2) v krajinách EÚ v roku 2008. Môžeme povedať, že hustota obyvateľstva danej krajiny EÚ je jedným z faktorov, ktorý majú vplyv na počet zomrelých pri dopravných nehodách. Taktiež, že so zvyšujúcou sa hustotou obyvateľstva sa zvyšuje aj počet zomrelých na cestách. Taktiež sme zistili kladný (b = 739,9; R^2 = 0,307) štatisticky významný vzťah (p = 0,0447) medzi počtom

zranených pri dopravných nehodách a hustotou obyvateľstva (obyv./km^2) v krajinách EÚ v roku 2008.

Záver

Aj napriek dlhodobému trendu znižovania úmrtnosti pri dopravných nehodách v krajinách EÚ je potrebné neustále dbať na dodržiavanie zásad, ktoré sú nevyhnutné pre vytvorenie bezpečného dopravného systému (dodržiavanie najvyššej povolenej rýchlosti na cestách, prísne testy pri udeľovaní vodičských preukazov, kontrola alkoholu u vodičov, povinné ochranné prilby u motocyklistov a cyklistov, povinné používanie bezpečnostných pásov v autách, obmedzenie vjazdu vozidiel na miesta obytných zón, výstavba kruhových objazdov, centrálne bariéry na diaľniciach, obmedzenie najvyššej povolenej rýchlosti v obytných zónach na 30 km/h, čistenie okrajov ciest od možných nebezpečných prekážok a stromov, povinné celodenné svietenie vozidiel). Nám sa podarilo porovnaním nami zvolených parametrov k počtu usmrtených/zranených na cestách krajín EÚ ako determinujúci faktor potvrdiť hustotu obyvateľstva danej krajiny. Samozrejme úmrtnosť na cestách je ovplyvnená multifaktoriálne, ako bolo spomenuté vyššie. My sme sa pokúsili o zistenie vzťahu počtu usmrtených/zranených k merateľným faktorom, ktoré sú súčasťou štatistického zisťovania jednotlivých krajín. Ako jeden z faktorov sa nám podarilo potvrdiť hustotou obyvateľstva. Napriek tomu, že väčšina faktorov ovplyvňujúcich nehodovosť na cestách je ťažko merateľná organizácia WHO považuje dopravné úrazy za problém, ktorý je možné úspešne riešiť aj cielenými intervenciami. Z tohto dôvodu vypracovala komplexnú prevenčnú stratégiu. Stratégia popisuje okrem samotných intervencií tiež všetky skutočnosti, ktoré sú známe o ich uplatnení v praxi, ich efektivitu, náklady a prijateľnosť verejnosťou. WHO priznáva, že na prevenciu tohto typu úrazov v porovnaní napr. s inými ochoreniami je vynaložené iba malé množstvo finančných prostriedkov (WHO, 2004).

Literatúra

1. ANGERMANN, A. 2007. Injuries in the European Union: Summary 2003-2005: Issue 2. 2007. [online]. [Dátum citovania: 8.10.2008]. Dostupné na: http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/58282341502E0AB0C1257195003DDEA4/$file/IDB-Bericht_FINAL_Screen.pdf

2. EUROPEAN COMMISSION - EUROSTAT. 2007. Panorama of Transport. 2007. ISSN 1725-275X. [online]. [Dátum citovania: 25.2.2010]. Dostupné na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-DA-07-001/EN/KS-DA-07-001-EN.PDF
3. EUROSTAT. 2010. Statistics Database. 2010. [online]. [Dátum citovania: 8.14.2.2010]. Dostupné na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes
4. MENABDE, N. 2009 European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport. Presentation. 2009. [online]. [Dátum citovania: 12.3.2010]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/Document/VIP/ESRRS_presentation.pdf
5. MV SR. 2010. Dopravné nehody. 2010. [online]. [Dátum citovania: 28.3.2009]. Dostupné na: http://www.minv.sk/?dopravne_nehody
6. WHO. 2004. World report on road traffic injury prevention: Summary. 2004. ISBN 92 4 159 131 5. [online]. [Dátum citovania: 20.4.2009]. Dostupné na: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_en_rev.pdf
7. WHO. 2009. a. European status report on road safety Towards safer roads and healthier transport choices. 2009. ISBN 978 92 890 4176 8. [online]. [Dátum citovania: 16.3.2009]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/Document/E92789.pdf
8. WHO. 2009. b. Findings of new WHO study: 70% of deaths on European roads occur in poorer countries and 40% are among pedestrians, motorcyclists and cyclists. 2009. [online]. [Dátum citovania: 19.3.2009]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/MediaCentre/PR/2009/20091117_4?language=
9. WHO/Europe. 2004. a. Preventing road traffic injury: A Public Health Perspective for Europe. 2004. ISBN 92 890 1093 2 [online]. [Dátum citovania: 13.4.2010]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf
10. WHO/Europe. 2007. Mortality from road traffic injuries in children and young people. 2007. [online]. [Dátum citovania: 13.4.2010]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/Document/EHI/ENHIS_Factsheet_2_1.pdf

11. WHO/Europe. 2009. Mortality from road traffic injuries in children and young people. 2009. [online]. [Dátum citovania: 13.4.2010]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/document/EHI/enhis_factsheet09_2_1.pdf

Kontaktná adresa

Mgr. Katarína Nachtmanová

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra verejného zdravotníctva

Hornopotočná 23, 918 43 Trnava

E-mail: nachtmanova.k@gmail.com

VPLYV SKORÝCH POST-TRANSPLANTAČNÝCH PREDIKTOROV NA KVALITU ŽIVOTA ASOCIOVANÚ SO ZDRAVÍM U PACIENTOV PO TRANSPLANTÁCII OBLIČKY: LONGITUDINÁLNA ŠTÚDIA

Príhodová L.[1], Nagyová I.[1,2], Majerníková M.[1,3], Rosenberger J.[1,2,3,4], Roland R.[3,4], Groothoff J.W.[5], van Dijk J.P.[1,5]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

[3] Nefrologické a Dialyzačné Centrum Fresenius, Košice

[3] UNLP, Transplantačné oddelenie, Košice

[4] UPJŠ v Košiciach a UNLP, 1. Interná klinika, Košice

[5] University of Groningen, UMCG, Dept. of Social Medicine, Groningen, Holandsko

Úvod

Vzhľadom na overený pozitívny vplyv na prežitie, morbiditu a náklady na zdravotnú starostlivosť, sa transplantácia obličiek (TX) stala najžiadúcejšou /najvhodnejšiou obličky nahrádzajúcou terapiou u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia obličiek (Laupacis et al, 1996;. Wolfe et al, 1999). Navyše mnohé štúdie poukazujú na to, že TX má najpozitívnejší vplyv na kvalitu života (KŽ) (Cameron, Whiteside, Katz, a Devins, 2000, rosa et al, 1997;. Neipp et al. , 2006). Stále je však nedostatok štúdií, ktoré skúmajú vplyv skorých TX faktorov a ich vplyv na budúcu KŽ. Prvé 3 mesiace po TX sú považované za najproblematickejšie obdobie spojené s dramatickými zmenami, zvýšenou chorobnosťou a úmrtnosťou (Wolfe et al., 1999) a podľa Laupacisa (1996), v troch mesiacoch po TX pacienti hlásia nové príznaky spojené s vedľajšími účinkami imunosupresívnej liečby s negatívnym dopadom na súčasnú KŽ (Laupacis et al., 1996).

Kvalita života sa u príjemcov obličiek, srdca a pľúc po transplantácii najvýraznejšie zlepšuje počas prvého roka po transplantácii a následne zotrváva pomerne stabilná (Laupacis et al., 1996) (Kugler et al., 2010). Negatívny dopad vedľajších účinkov steroidov na subjektívnu pohodu a KŽ pacientov po TX je dobre zdokumentovaný (Kugler et al., 2009), (Matas et al., 2002). Goetzman et al. (2008) zistili, že vyššia KŽ jeden rok po transplantácii je spojená so zníženou úzkosťou a depresiou a so zvýšenou životnou spokojnosťou 6 mesiacov po transplantácii (Goetzmann et al.,

2008). U hemodialyzovaných pacientov sa zistilo, že životná spokojnosť je nepriamo spojená s počtom symptómov (Kimmel, Emont, Newmann, Danko, a Moss, 2003), a po transplantácii bola pozitívne spojená s lepším duševným zdravím (Goetzmann et al. , 2008). Psychický distres ako afektívna zložka duševnej pohody je úzko spojený s chronickým ochorením. U pacientov po transplantácii bol distres spojený s horšou finančnou situáciou, so žitím osamote, s vyšším počtom pridružených chorôb a nižšou glomerulárnou filtráciou (Szeifert et al., 2010).

Spojenie relevantných sociodemografických faktorov so skorými post TX medicínskymi a psychologickými faktormi za účelom predikcie budúcej KŽ u pacientov po TX obličky by umožnilo lepšie porozumenie budúcej KŽ u pacientov po TX. Preto, cieľom tejto štúdie bolo preskúmať prediktívnu hodnotu relevantných zdravotných a psychických faktorov meraných 3 mesiace po TX na vnímanú fyzickú a psychickú KŽ jeden rok po TX.

Materiál a metódy

Vzorka

Všetci pacienti z transplantačného centra v Košiciach, ktorí splnili kritériá na zaradenie do štúdie (fungujúci štep, 3 mesiace po TX, bez závažnej demencie alebo mentálnej retardácie, podpísaný informovaný súhlas pred začatím štúdie) boli požiadaní o účasť. Oba zbery dát (základné a následné) boli vykonané v období medzi rokmi 2006-2009. Pacienti boli požiadaní, aby poskytli dáta 3 mesiace (T1) a 1 rok (T2) po transplantácii obličky. Z celkového počtu pacientov z transplantačného centra v Košiciach, 155 splnilo kritériá pre zaradenie a boli požiadaní o účasť. Z tohto počtu, 110 uviedlo kompletné dáta v T1. Pri následnom meraní (T2) 74 (50 mužov, priemerný vek 47,43 ± 12,62), poskytlo kompletné údaje (response rate: 55,2%) (obr. 1). Štúdia bola schválená lokálnou etickou komisiou.

Sociodemografické dáta

Počas T1 boli v rámci štruktúrovaného interview sledované následujúce sociodemografické premenné: vek, pohlavie, vzdelanie (základné, učňovské, stredné s maturitou / vysokoškolské vzdelanie), priemerný príjem (nízky - nižší ako 1,5 násobok minimálnej mzdy, priemerný - od 1,5 násobok minimálnej mzdy na 2-násobok minimálnej mzdy, vysoký - viac ako 2-násobok minimálnej mzdy) a rodinný stav (žijúci sám/a (slobodní, rozvedení či ovdovelí pacienti) a zosobášení / žijúci s partnerom). Pre všetky premenné, posledná z uvedených skupín - ženské

pohlavie, stredné s maturitou / vysokoškolské vzdelanie, vysoký príjem a zosobášení/žijúci s partnerom - boli používané ako referenčné skupiny.

Graf 1 Postupový diagram pacientov zahrnutých do štúdie

Pred výskumom	155 pacientov splnilo vstupné kritériá	
	↓	→ *21 odmietlo spolupracovať*
	134 bolo pozvaných na interview	
	↓	→ *20 uviedlo neúplné údaje* *4 odmietli po predchádzajúcom súhlase*
T1: 3 mesiace po TX	110 uviedlo všetky údaje	
	↓	→ *4 boli vylúčení*
	106 bolo oslovených pri druhom meraní	
	↓	→ *17 odmietlo spolupracovať* *15 uviedlo neúplné dáta*
T2: 1 rok po KT	74 uviedlo úplné údaje	

Medicínske dáta

Informácie o zdravotných premenných boli získané zo zdravotných záznamov pacientov. Počas T1 a T2 bola meraná glomerulárna filtrácia (GF) pomocou Cockcrofta-Gaultovej rovnice (Cockroft a Gault, 1976). Následne, po odpočítaní miery GF v čase T1 od GF v čase T2, bola vypočítaná ΔGF (Majerníková et al., 2010). V primárnej analýze bola používaná ako nezávislá premenná GF v čase T1, a v sekundárnej analýze bola použitá ΔGF.

V čase T1 bola sledovaná komorbidita u pacientov meraná pomocou Daviesovho indexu komorbidity. Pacienti rozdelení do troch skupín podľa počtu iných vážnych ochorení: 1. skupina s nízkym rizikom (bez komorbídít), 2. stredne riziková skupina

(1-2 komorbídne ochorenia) a 3. vysoko riziková skupina (3 alebo viac komorbidít) (Davies, Phillips, Naish, a Russell, 2002).

V čase T1, pacienti taktiež vyplnili dotazník zameraný na vedľajšie účinky imunosupresívnej liečby End-Stage Renal Disease Symptom Checklist - Transplantation Module (ESRD SCL-TM). Tento dotazník bol vytvorený pre posúdenie distresu spojeného s ochorením a pozostáva z hodnotenia v 6 oblastiach: obmedzená fyzická kapacita, obmedzená kognitívna kapacita, srdcová a renálna dysfunkcia, vedľajšie účinky kortikosteroidov, zvýšený rast ďasien a vlasov, a s transplantáciou spojený psychický distres. Cronbachova α sa pohybovala od 0,81 (zvýšený rast vlasov a ďasien) do 0,90 (obmedzená fyzická aktivita).

Psychická pohoda a spokojnosť so životom

V čase T1 pacienti vyplnili Dotazník celkového zdravia (GHQ-12) (Goldberg a Hillier, 1979). GHQ-12 dotazníka bol vyvinutý ako nástroj pre detekciu psychiatrických porúch, ale v súčasnej dobe sa používa na detekciu úzkosti alebo napätia. Cronbachova α pre celý dotazník v našej vzorke bola 0,91. Pacienti taktiež vyplnili Škálu spokojnosti so životom (SWLS) (Diener et al., 1985). SWLS je 5-bodový nástroj určený na meranie celkového kognitívneho hodnotenia spokojnosti so svojím životom. Vnútorná konzistencia meraná Cronbachovou α bola 0,85.

Kvalita života

Kvalita života 1 rok po TX (T2) bola hodnotená pomocou dotazníka kvality života SF-36, ktorá sa skladá z 8 subškál. V tejto štúdii boli použité iba celkové komponenty: Celkový fyzický komponent (PSC) a Celkový psychický komponent (MSC) (Ware a Sherbourne , 1992). Platnosť a spoľahlivosť SF-36 bola overená u pacientov po transplantácii obličiek (Gomez-Besteiro, Santiago-Perez, Alonso-Hernandez, Valdes-Caneda, a Rebollo-Alvarez, 2004;. Wight et al, 1998). V našej vzorke dosiahli PSC a MSC Cronbachova α 0,90 a 0,91.

Tab. 1 Charakteristiky vzorky

Sociodemografické premenné	*N alebo Priemer*	*% alebo ±SD*
Pohlavie		
Muž	*37*	*50%*
Žena	*37*	*50%*
Vek	*47,43*	*±12,62*
Vzdelanie		
Základné	*12*	*16,2%*
Učňovské	*34*	*45,9%*
Maturitné/ Univerzitné	*28*	*37,8%*
Príjem		
Nízky	*42*	*56,7%*
Priemerný	*14*	*18,9%*
Vysoký	*18*	*23,4%*
Rodinný stav		
Žijúci osamote (slobodní, rozvedení, ovdovelí)	*27*	*36,5%*
Zosobášení / žijúci s partnerom	*47*	*63,5%*
Zdravotné premenné		
Daviesov index komorbidity		
Nízke riziko	*3*	4,1%
Stredné riziko	*56*	75,7%
Vysoké riziko	*15*	20,3%
Glomerulárna filtrácia (T1)	*1,02*	±0,31
Glomerulárna filtrácia (T2)	*1,00*	±0,34
Obmedzená fyzická kapacita (ESRD-SCL-TM)	*1,42*	±0,83
Obmedzená kognitívna kapacita (ESRD-SCL-TM)	*1,09*	±0,72
Vedľajšie účinky kortikosteroidov (ESRD-SCL-TM)	*1,21*	±0,92
Srdcová a renálna dysfunkcia, a s transplantáciou spojené psychické problémy (ESRD-SCL-TM)	*0,95*	±0,73
Zvýšený rast ďasien a vlasov (ESRD-SCL-TM)	*0,79*	±0,79
S transplantáciou spojený psychický distres (ESRD-SCL-TM)	*1,28*	±0,78

Pôvodné ochorenie obličiek		
Glomerulonefritída	*29*	*39,2%*
Tubointersticiálna nefritída	*14*	*18,9%*
Polycystické obličky	*5*	*6,8%*
Diabetes mellitus	*6*	*8,1%*
Pyelonephritidída	*6*	*8,1%*
Závažný nefrotický syndróm	*1*	*1,4%*
Iný alebo neznámy pôvod	*13*	*17,6%*
Imunosupresívny protokol		
Pred[1] + CsA[2] + Aza[3]	*1*	*1,4%*
Pred + CsA + MMF[4]	*63*	*85,1%*
Pred + MMF + Tac[5]	*9*	*12,1%*
Tac + MMF	*1*	*1,4%*
Spokojnosť so životom (SWLS)	*20,0*	*±5,45*
Psychický distres (GHQ-12)	*12,22*	*±6,74*
Fyzická kvalita života (SF-36) (T2)	*58,41*	*±16,63*
Psychická kvalita života (SF-36) (T2)	*64,89*	*±16,96*

[1]Pred – prednizón; [2]CsA – cyclosporín A; [3]Aza – azathioprín; [4]MMF – mycophenolate mofetil; [5]Tac - takrolímus

Štatistické analýzy

Mann-Whitneyho U-test a Chi-kvadrát test boli použité na skúmanie rozdielov medzi respondentmi a nerespondentmi. Wilcoxonov test bol použitý na zistenie rozdielov v GF a fyzickej a psychickej KŽ medzi T1 a T2. Následne bola realizované GLM analýza skúmajúca vplyv nezávislých premenných na fyzickú a psychickú KŽ jeden rok po transplantácii obličky. Celkový fyzický a psychický komponent (SF-36) v prvom roku po TX (T2) boli zadané ako závislé premenné pre celú vzorku. V primárnej analýze pohlavie, vzdelanie, príjem, rodinný stav a Daviesov index komorbidity (T1) boli zadané ako pevné faktory, a posledná skupina bola vždy použitá ako referenčná skupina. Nasledovné premenné merané na 3 mesiacoch po TX (T1) boli zadané ako kovarianty: vek, GF, obmedzená fyzická kapacita (ESRD-SCL-TM), obmedzené kognitívne schopnosti (ESRD-SCL-TM), srdcová a renálna dysfunkcia (ESRD-SCL -TM), nežiaduce účinky kortikosteroidov (ESRD-SCL-TM), zvýšený rast ďasien a vlasov (ESRD-SCL-TM), s transplantáciou spojený distres (ESRD-SCL-TM), psychický distres (GHQ-12) a spokojnosť so životom (SWLS). V

sekundárnej analýze, bola GF (T1) nahradená ΔGF. Na štatistickú analýzu dát bolo použité SPSS 16.

Výsledky

Základné charakteristiky vzorky sú uvedené v tabuľke 1. Neboli zistené žiadne štatistický významné rozdiely v pohlaví alebo veku medzi respondentmi a nerespondentmi. Rovnako sa nezistili žiadne signifikantné rozdiely vo veku, pohlaví, glomerulárnej filtrácii a fyzickej a psychickej KŽ v T1 medzi pacientmi, ktorí poskytli svoje dáta na oboch T1 a T2 a tými, ktorí neposkytli svoje dáta v T2. Rovnako, žiadne významné rozdiely neboli zistené medzi GF a fyzickou a psychickou KŽ v T1 a v T2.

Fyzická KŽ

V primárnej analýze, model pozostávajúci zo sociodemografických, medicínskych a psychických premenných v 3 mesiaci po TX vysvetlil 50,1% celkovej variance fyzickej KŽ 1 rok po TX. Vyššia fyzická KŽ bola predpovedaná vyššou GF ($p \leq 0,005$), nižším obmedzením fyzickej kapacity ($p \leq 0,001$) a nižším psychickým distresom ($p \leq 0,05$) v T1. V sekundárnej analýze rovnakého modelu, kedy bola GF nahradená ΔGF, vysvetlená variancia sa mierne zvýšila na 52,5%. Analýza identifikovala nasledujúce faktory ako významné prediktory: zvýšenie GF ($p \leq 0,005$), nižšia obmedzená fyzická kapacita ($p \leq 0,001$), vyššia obmedzená kognitívna kapacita ($p \leq 0,05$) a nižší výskyt zvýšeného rastu ďasien a vlasov ($p \leq 0,05$) v T1 (Tab. 2).

Psychická KŽ

V primárnej analýze, model pozostávajúci zo sociodemografických, medicínskych a psychických premenných v 3 mesiaci po TX vysvetlil 50,8% celkovej variancie duševnej KŽ 1 rok po TX a identifikoval iba jeden významný prediktor - vyššiu životnú spokojnosť ($p \leq 0,005$) v T1 . V sekundárnej analýze rovnakého modelu, po výmene do GF za ΔGF, sa variancia zvýšila na 60,2% a ako ďalšie prediktory boli identifikované - zvýšenie GF ($p \leq 0,001$), nižší výskyt zvýšeného rastu ďasien a vlasov ($p \leq 0,05$) a vyššia životná spokojnosť ($p \leq 0,005$) na T1 (Tab. 2).

Tab. 2 Faktory predikujúce vyššiu fyzickú a psychickú kvalitu života

	Fyzická KŽ *GF (T1)*†			**Psychická KŽ** *ΔGF*†			**Fyzická KŽ** *GF (T1)*†			**Psychická KŽ** *ΔGF*†		
	B	*F*	% vysvetlenej variancie	B	*F*	% vysvetlenej variancie	B	*F*	% vysvetlenej variancie	B	*F*	% vysvetlenej variancie
Konštanta	89,34	*18,8****	26,9	87,17	*19,65****	27,8		*1,5*^{ns}			*3,29*^{ns}	
Glomerulárna filtrácia (GF)†	16,41	*6,75***	11,7	26,99	*9,45***	15,6				28,46	*12,17****	19,3
Obmedzená fyzická kapacita (ESRD-SCL-TM)	-19,36	*17,2****	25,2	-15,19	*13,34****	20,7						
Obmedzená psychická kapacita (ESRD-SCL-TM)	6,98	*4,52**	8,1	7,35	*5,22**	9,3						
Zvýšený rast ďasien a vlasov (ESRD-SCL-TM)				-5,93	*4,76**	8,5				-6,01	*5,67**	10
Psychický distres (GHQ-12)	-,91	*5,57**	9,8									
Spokojnosť so životom (SWLS)							1,38	*7,5***	12,8	1,9	*10,65***	17,3
Percento vysvetlenej variancie (adjustované)	50,1%			52,5%			50,8%			60,2%		

^{ns} nesignifikantné; * p≤0,05; ** p≤0,005; *** p≤0,001

Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo preskúmať prediktívnu hodnotu subjektívnej pohody a zdravotných faktorov 3 mesiace po TX na fyzickú a psychickú KŽ jeden rok po TX.

Absolútne hodnoty glomerulárnej filtrácie 3 mesiace po TX sa objavili ako signifikantný prediktor iba vo fyzickej KŽ, ale zmena glomerulárnej filtrácie bola veľmi významným faktorom vysvetľujúcim vysoké percento variancie v oboch fyzickej i psychickej KŽ. Toto zistenie podporuje zistenie Majerníková et al. (2010), ktorá našla podobné výsledky pokiaľ ide o predikciu hodnotenia vlastného zdravotného stavu po TX.

Nežiadúce účinky imunosupresívnej terapie v krátkom čase po TX hrali dôležitú úlohu v predikcii KŽ jeden rok po TX. V našej vzorke, imunosupresívny protokol u väčšiny pacientov (86,5%) bol založený na kombinácii liekov s cyklosporínom. Podľa literatúry, imunosupresívne protokoly založené na cyklosporíne sú spojené s výrazne väčším množstvom vedľajších účinkov v

porovnaní s pacientmi na takrolíme (Hathaway, Winsett, Prendergast, a Subaiya, 2003), (Franke, Trampenau & Reimer 2006) (Reimer, Franke, Philipp, a Heemann, 2002). V súlade s predchádzajúcimi zisteniami Matasa et al. (2002) a Kuglera et al. (2009), obmedzená fyzická kapacita mala silný negatívny dopad na fyzickú KŽ (Kugler et al, 2009;. Matas et al, 2002). Prekvapivo, obmedzená kognitívna kapacita mala mierne pozitívny vplyv na fyzickú KŽ. Harciarek et al. (2009) našiel vo svojej perspektívnej štúdii, že úspešná transplantácia obličky vedie už jeden mesiac po TX k sigifikantnému zlepšeniu výkonu v kognitívnych oblastiach typicky znížených u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia obličiek, a miera zlepšenia je spojená s lepšou post-TX GF (Harciarek et al. 2009). Podľa našich vedomostí zatiaľ žiadna štúdia neskúmala vplyv skorých kognitívnych príznakov na budúcu KŽ. Podľa predchádzajúcich zistení sa kognitívne funkcie môžu zvýšiť už 1 mesiac po TX a 3 mesiace po TX pacienti udávajú nové vedľajšie účinky imunosupresívnej liečby (Laupacis et al., 1996). Je teda možné, že pacienti môžu byť schopní rozlišovať medzi skutočnými symptómami a vedľajšími účinkami a preto sa vyrovnávajú s kognitívnymi vedľajšími účinkami ako s nevyhnutnou súčasťou rehabilitačného procesu bez vplyvu na budúcu kvalitu života. Len jeden vedľajší účinok mal negatívny vplyv na fyzickú i duševnú KŽ - zvýšený rast ďasien a vlasov, čo je v súlade s predchádzajúcimi zisteniami (Hathaway et al, 2003;. Matas et al, 2002;. Moon et al, 1998). Podľa literatúry, je cyklosporín prispieva k nadmerného rastu vlasov a ďasien a taktiež vyšší cyklosporínu vedie k zníženiu GF (Franke et al, 2006;. Reimer et al, 2002). Preto čím menšia zmena v GF, tým je pravdepodobnejšie, že pacienti budú vykazovať zvýšený rast ďasien a vlasov a oba tieto faktory následne ovplyvnia KŽ.

Psychická pohoda a spokojnosť so životom

V súlade s predchádzajúcimi poznatkami, psychický distres bol významným prediktorom fyzickej KŽ (Goetzmanna, Sarac et al, 2008; Príhodová et al, 2010). V štúdii o príznakoch depresie u pacientov v konečnom štádiu ochorenia obličiek Szeifert et al. (2010) našli negatívny vzťah medzi depresívnymi príznakmi a glomerulárnou filtráciou (Szeifert et al., 2010). Je teda možné, že zlepšenie funkcie môže negovať negatívny vplyv psychického stres na budúcu fyzickú KŽ.

Naše zistenia týkajúce sa životnej spokojnosti sú v súlade s výsledkami Goetzmanna et al. (2008), ktorý zistil, že životná spokojnosť je spojená s lepším duševným zdravím po transplantácii (Goetzmanna et al., 2008). Životná spokojnosť

bola jediným sigifikantným prediktorom psychickej KŽ v primárnej aj sekundárnej analýze. Zdá sa, že pre jednotlivca je vlastné hodnotenie jeho života je dôležitejšie než aktuálny psychický stres, pokiaľ ide o budúce psychickú KŽ.

Silné stránky a obmedzenia

Hlavná silnou stránkou tejto štúdie je kombinácia sociodemografických, lekárskych a psychologických premenných v longitudinálej analýze. Naše výsledky poukazujú, že je dôležité zohľadniť často prehliadané lekárske a psychologické premenné v procese predikcie KŽ u príjemcov po transplantácii obličky. Hlavný nedostatok tejto štúdie je spojený so vzorkou - všetci pacienti pochádzajú z jedného centra a máme len obmedzené informácie o pacientoch, ktorí vypadli pred začiatkom štúdie.

Záver

Zistenia z tejto štúdie majú veľký vplyv na prax, keďže zdôrazňuje význam včasného manažmentu vedľajších účinkov, ako aj ochranný účinok životnej spokojnosti voči distresu zažívanom post-TX a ich dopad na budúce fyzickej a psychickej KŽ. Tieto výsledky je potrebné overiť v ďalších štúdiách, ktoré kombinujú intervenčné programy a výskum. Rovnako tak by bolo zaujímavé skúmať, či trendy zistené v tejto štúdii pretrvávajú alebo sa menia v priebehu dlhšieho časového obdobia.

Poďakovanie

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy APVV-20-038305 (20%) a Zmluvy č.APVV-0220-10 (60%). Taktiež, táto práca bola podporovaná Agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ na základe zmluvy č. ITMS: 26220120058 (20%).

Literatúra

1. CAMERON, J. I., WHITESIDE, C., KATZ, J., & DEVINS, G. M. 2000. Differences in quality of life across renal replacement therapies: A meta-analytic comparison. *American Journal of Kidney Diseases, 35*(4), 629-637.
2. COCKCROFT, D. W., GAULT, M. H. 1976. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron, 16*(1), 31-41.
3. DAVIES, S. J., PHILLIPS, L., NAISH, P. F., RUSSELL, G. I. 2002. Quantifying comorbidity in peritoneal dialysis patients and its relationship to other predictors of survival. *Nephrology Dialysis Transplantation, 17*(6), 1085-1092.

4. DEW, M. A., SWITZER, G. E., GOYCOOLEA, J. M., ALLEN, A. S., DIMARTINI, A., KORMOS, R. L., et al. 1997. Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation, 64*(9), 1261-1273.
5. DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., GRIFFIN, S. 1985. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
6. FRANKE, G. H., REIMER, J., KOHNLE, M., LUETKES, P., MAEHNER, N., & HEEMANN, U. 1999. Quality of life in end-stage renal disease patients after successful kidney transplantation: Development of the ESRD symptom checklist - transplantation module. *Nephron, 83*(1), 31-39.
7. FRANKE, G. H., TRAMPENAU, C., REIMER, J., SWITCH TACROLIMUS CICLOSPORIN. 2006. Switching from cyclosporine to tacrolimus leads to improved disease-specific quality of life in patients after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings, 38*(5), 1293-1294.
8. GOETZMANN, L., RUEGG, L., STAMM, M., AMBUEHL, P., BOEHLER, A., HALTER, J., et al. 2008. Psychosocial profiles after transplantation: A 24-month follow-up of heart, lung, liver, kidney and allogeneic bone-marrow patients. *Transplantation, 86*(5), 662-668.
9. GOETZMANN, L., SARAC, N., AMBUHL, P., BOEHLER, A., IRANI, S., MUELLHAUPT, B., et al. 2008. Psychological response and quality of life after transplantation: A comparison between heart, lung, liver and kidney recipients. *Swiss Medical Weekly, 138*(33-34), 477-483.
10. GOLDBERG, D. P., & HILLIER, V. F. 1979. Scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine, 9*(1), 139-145.
11. GOMEZ-BESTEIRO, M. I., SANTIAGO-PEREZ, M. I., ALONSO-HERNANDEZ, A., VALDES-CANEDO, F., REBOLLO-ALVAREZ, P. 2004. Validity and reliability of the SF-36 questionnaire in patients on the waiting list for a kidney transplant and transplant patients. *American Journal of Nephrology, 24*(3), 346-351.
12. HARCIAREK, M., BIEDUNKIEWICZ, B., LICHODZIEJEWSKA-NIEMIERKO, M., DEBSKA-SLIZIEN, A., & RUTKOWSKI, B. 2009. Cognitive performance before and after kidney transplantation: A prospective controlled study of adequately dialyzed patients with end-stage renal disease. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*(5), 684-694.
13. HATHAWAY, D., WINSETT, R., PRENDERGAST, M., SUBAIYA, I. 2003. *The first report from the patient outcomes registry for transplant effects on life*

(PORTEL): Differences in side-effects and quality of life by organ type, time since transplant and immunosuppressive regimens

14. KIMMEL, P. L., EMONT, S. L., NEWMANN, J. M., DANKO, H., MOSS, A. H. 2003. ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *American Journal of Kidney Diseases, 42*(4), 713-721.
15. KUGLER, C., FISCHER, S., GOTTLIEB, J., TEGTBUR, U., WELTE, T., GOERLER, H., et al. 2007. Symptom experience after lung transplantation: Impact on quality of life and adherence. *Clinical Transplantation, 21*(5), 590-596.
16. KUGLER, C., GEYER, S., GOTTLIEB, J., SIMON, A., HAVERICH, A., DRACUP, K. 2009. Symptom experience after solid organ transplantation. *Journal of Psychosomatic Research, 66*(2), 101-110.
17. KUGLER, C., TEGTBUR, U., GOTTLIEB, J., BARA, C., MALEHSA, D., DIERICH, M., et al. 2010. Health-related quality of life in long-term survivors after heart and lung transplantation: A prospective cohort study. *Transplantation, 90*(4), 451-457.
18. LAUPACIS, A., KEOWN, P., PUS, N., KRUEGER, H., FERGUSON, B., WONG, C., et al. 1996. *A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation*
19. MAJERNIKOVA, M., ROSENBERGER, J., PRIHODOVA, L., NAGYOVA, I., ROLAND, R., VAN DIJK, J. P., et al. 2010. Self-rated health after kidney transplantation and change in graft function. *Dialysis & Transplantation, 39*(10), 440-444.
20. MATAS, A. J., HALBERT, R. J., BARR, M. L., HELDERMAN, J. H., HRICIK, D. E., PIRSCH, J. D., et al. 2002. Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: A longitudinal analysis. *Clinical Transplantation, 16*(2), 113-121.
21. MOONS, P., DE GEEST, S., ABRAHAM, I., VAN CLEEMPUT, J., VANHAECKE, J. 1998. Symptom experience associated with maintenance immunosuppression after heart transplantation: Patients' appraisal of side effects. *Heart & Lung, 27*(5), 315-325.
22. NEIPP, M., KARAVUL, B., JACKOBS, S., VILSENDORF, A. M. Z., RICHTER, N., BECKER, T., et al. 2006. Quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after kidney transplantation. *Transplantation, 81*(12), 1640-1644.
23. PRIHODOVA, L., NAGYOVA, I., ROSENBERGER, J., ROLAND, R., VAN DIJK, J. P., & GROOTHOFF, J. W. 2010. Impact of personality and psychological

distress on health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transplant International, 23*(5), 484-492.

24. REIMER, J., FRANKE, G. H., PHILIPP, T., HEEMANN, U. 2002. *Quality of life in kidney recipients: Comparison of tacrolimus and cyclosporine-microemulsion*
25. SZEIFERT, L., MOLNAR, M. Z., AMBRUS, C., KOCZY, A. B., KOVACS, A. Z., VAMOS, E. P., et al. 2010. Symptoms of depression in kidney transplant recipients: A cross-sectional study. *American Journal of Kidney Diseases, 55*(1), 132-140.
26. WARE, J. E.,JR., SHERBOURNE, C. D. 1992. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection*
27. WIGHT, J. P., EDWARDS, L., BRAZIER, J., WALTERS, S., PAYNE, J. N., BROWN, C. B. 1998. *The SF36 as an outcome measure of services for end stage renal failure*
28. WOLFE, R. A., ASHBY, V. B., MILFORD, E. L., OJO, A. O., ETTENGER, R. E., AGODOA, L. Y. C., et al. 1999. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *New England Journal of Medicine, 341*(23), 1725-1730.

Kontaktná adresa

Mgr. Lucia Príhodová

UPJŠ, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

E-mail: luciaprihodova@gmail.com

INFORMOVANOSŤ SESTIER A LAICKEJ VEREJNOSTI VO VZŤAHU K PREVENCII KARCINÓMU KRČKA MATERNICE

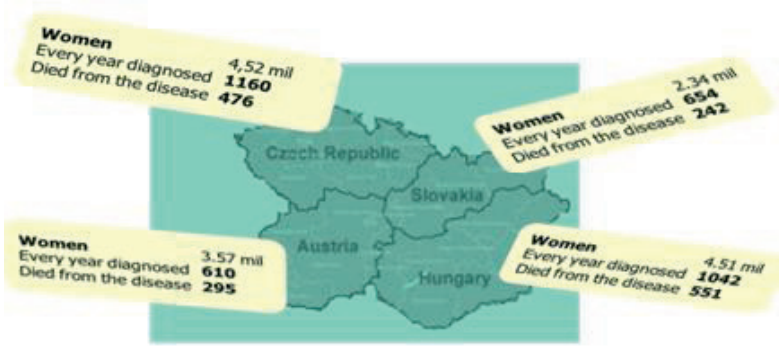
Raková J.[1], Gašparová P.[2]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice

[2] Východoslovenský ústav srdcových chorôb, Košice

Úvod

Karcinóm krčka maternice (alebo karcinóm cervixu) - diagnóza, ktorá každej žene naháňa strach. Karcinóm cervixu je ochorenie, ktorým vo svete trpí 2 až 3 milióny žien a ročne sa novo diagnostikuje asi 490 000 prípadov, t.j. viac ako 1350 nových prípadov denne (Mosnárová, 2007). Podľa Šušku (2006) v Európe každých 18 minút zomrie žena na karcinóm cervixu. Autor ďalej popisuje, že aj v krajinách s dobrými skríningovými programami je morbidita a mortalita stále signifikantná. Karcinóm krčka maternice aj prekancerózne lézie ovplyvňujú nielen celú spoločnosť, ale predovšetkým život ženy, je teda signifikantnou záťažou ženy aj spoločnosti. Bendová, Kaňuch (2011) uvádzajú, že indikátorom úrovne primárnej prevencie je vývoj incidencie zhubných nádorov. Obr. 1 zobrazuje incidenciu a mortalitu žien s karcinómom cervixu vo vybraných krajinách (Slovenská republika, Česká republika, Rakúsko, Maďarsko). Tieto údaje boli zverejnené v roku 2007. Na Slovensku žilo v tom čase približne 2.34 miliónov žien. Castellsague et al. (2007) publikujú, že každoročne sa na Slovensku potvrdí 654 nových prípadov karcinómu cervixu, pričom každoročne zomrie na toto ochorenie okolo 242 slovenských žien.



Obr. 1 Incidencia a mortalita žien s karcinómom krčka maternice podľa Castellsague et al. (2007)

Karcinóm cervixu je nádorové ochorenie, ktoré vieme už v počiatočných štádiách veľmi jednoduchými metódami rozpoznať, a tým účinne predchádzať ďalšiemu šíreniu tohto ochorenia. Šuška (2006) prezentuje, že karcinóm cervixu je najpreventabilnejším karcinómom vôbec. K dodržiavaniu preventívnych opatrení musia mať ženy dostatok informácií. Úlohou nás, zdravotníkov, je neustále zvyšovať zdravotné povedomie žien a prispievať tak k znižovaniu výskytu tohto ochorenia.

„Prevencia v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti zahŕňa: systematickú preventívnu činnosť realizovanú komplexnými preventívnymi prehliadkami, dispenzarizáciu pacientov s vybranými ochoreniami, príležitostné a cielené intervencie zamerané na podporu zdravia a znižovanie rizikových faktorov, očkovanie proti prenosným ochoreniam“ (Palková, Berč et al., 2010, s. 9-10).

Naším cieľom bolo zmapovať aká je informovanosť žien o skúmanej problematike, ako aj porovnať úroveň vedomostí žien so zdravotníckym a nezdravotníckym vzdelaním o prevencii rakoviny krčka maternice. Rovnako sme na základe zistení chceli poukázať aj na postoj žien zúčastnených prieskumu k ich vlastnému zdraviu.

Materiál a metódy

Prieskumnú vzorku tvorilo 100 žien vo veku od 25 do 40 rokov, prevažne s úplným stredoškolským vzdelaním, ktorým bol distribuovaný neštandardizovaný dotazník so 100% návratnosťou. Zber dát prebiehal v mesiacoch december 2010 až február 2011. K vzorke A patrilo 50 žien so zdravotníckym vzdelaním, prevažne sestry pracujúce vo VÚSCH v Košiciach ako aj sestry z neštátnych ambulancií primárnej zdravotnej starostlivosti v Moldave n/Bodvou. Vzorku B tvorilo 50 žien s nezdravotníckym vzdelaním, ktoré sme oslovili pre spoluprácu v neštátnej gynekologickej ambulancii v Rožňave. Pri spracovaní a interpretácii dát sme využili metódy deskriptívnej štatistiky.

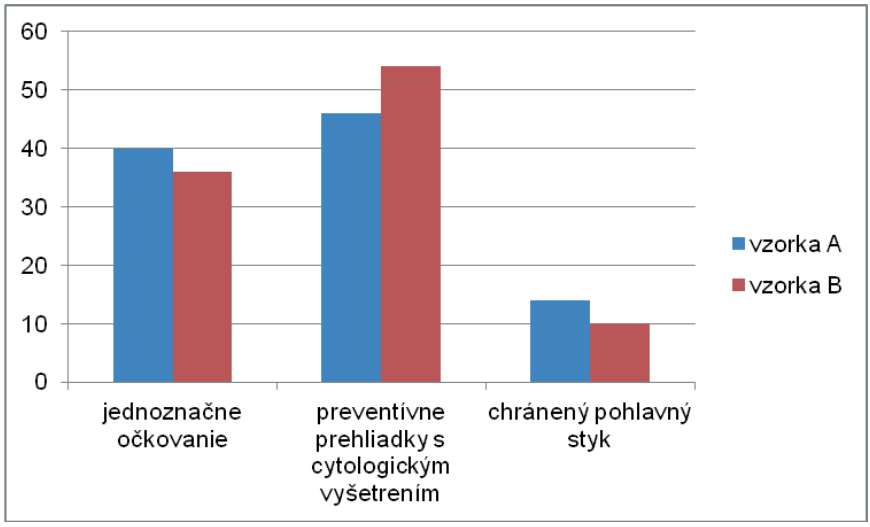
Výsledky

HPV ako najčastejšiu príčinu karcinómu krčka maternice označilo vo vzorke A 35 (70%) a vo vzorke B 38 (76%) žien. Ženy so zdravotníckym vzdelaním **neboli viac informované o faktoroch vzniku karcinómu krčka maternice** ako to prezentujeme v tab. 1.

Tab. 1 Vyvolávajúce faktory vzniku karcinómu cervixu

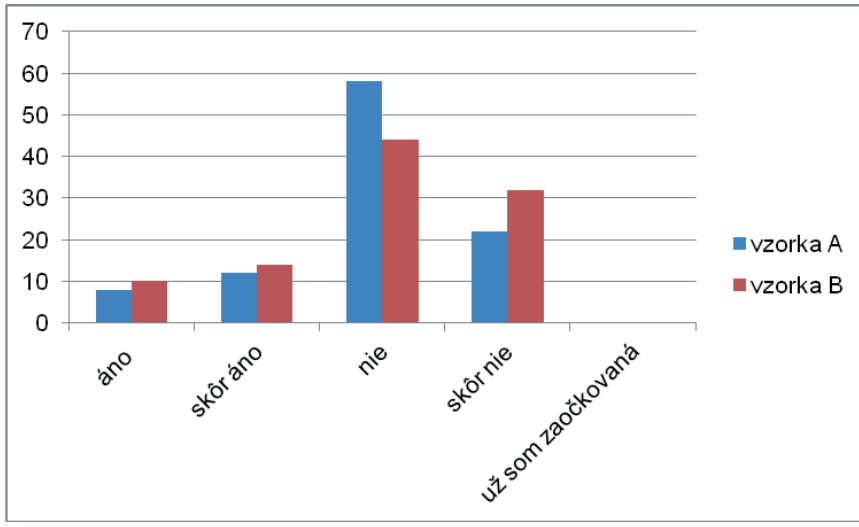
	Vzorka A		Vzorka B	
	n	%	n	%
vaginálna mykóza	9	18	8	16
HPV infekcia	35	70	38	76
vnútromaternicové teliesko	2	4	4	8
herpes vírus	4	8	0	0
SPOLU	**50**	**100**	**50**	**100**

Graf 1 zobrazuje poznatky žien o prevencii karcinómu krčka maternice. Za najúčinnejšie preventívne opatrenie v rámci prevencie karcinómu krčka maternice pokladalo 50% žien z celkového počtu 100 **pravidelné preventívne prehliadky spojené s cytologickým vyšetrením** (23 žien zo vzorky A a 27 žien zo vzorky B). Očkovanie proti karcinómu krčka maternice označilo ako najúčinnejšie preventívne opatrenie mylne 48% žien (20 zo vzorky A, 18 zo vzorky B). Odpovede oboch vzoriek žien svedčia pre nedostatočnú informovanosť v tejto oblasti.



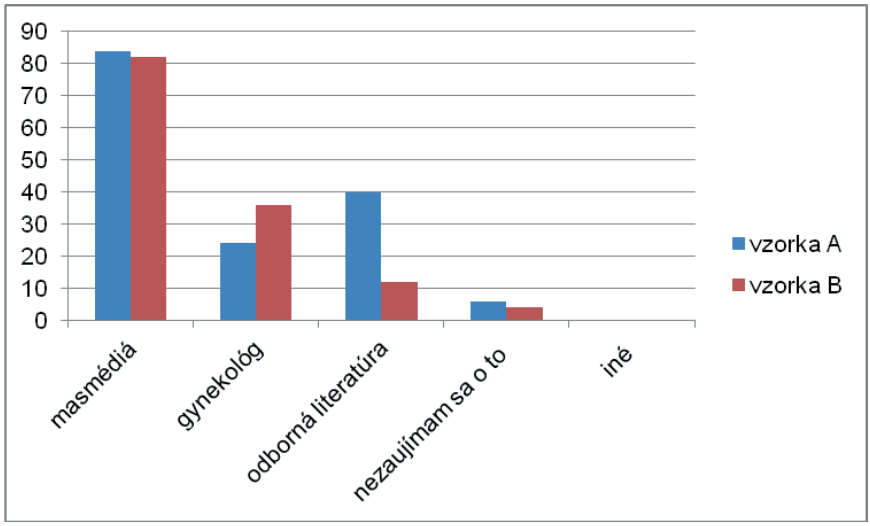
Graf 1 Prevencia karcinómu cervixu

V našom prieskume nás zaujímal aj **názor žien na očkovanie** proti karcinómu krčka maternice (graf 2). 51% žien z celkového počtu sa vyjadrilo, že neuvažovalo o očkovaní, 27% uviedlo, že skôr nemá záujem o očkovanie a pozitívne sa k očkovaniu vyjadrilo 22% žien. Žiadna zo žien v prieskume neuviedla alternatívu, že už je zaočkovaná. Najčastejším dôvodom ich negatívneho stanoviska voči očkovaniu bol nedostatok informácií o očkovaní (27% žien) a nedôvera voči očkovaniu (13% žien).



Graf 2 Záujem žien o očkovanie proti rakovine krčka maternice

Za **najčastejší zdroj informácií** o prevencii karcinómu krčka maternice boli pokladané podľa grafu 3 **masmédiá** a tento názor vyjadrilo až 83% žien zo vzorky. Na 2. mieste označilo za najčastejší zdroj informácií vo vzorke A 20 žien (40%) odbornú literatúru a vo vzorke B 18 žien (36%) gynekológa. 5 žien (10%) nejavilo o skúmanú problematiku záujem.



Graf 3 Zdroj informácii o prevencii karcinómu cervixu

Diskusia

Po karcinóme prsníka patrí karcinóm krčka maternice k najčastejšie sa vyskytujúcim zhubným ochoreniam žien v celosvetovom meradle (Brányik, 2008). Na základe národných analýz (incidencia, mortalita, štádiovosť ochorenia) je v súčasnosti Slovensko považované za krajinu, kde skríning a záchyt včasných štádií ochorenia nie je uspokojivý (Redecha, Korbeľ, Redecha, 2006). Dovolíme si uviesť, že s výrokmi spomínaných autorov úzko súvisí aj nedostatočná informovanosť žien o nevyhnutnosti realizácie vlastných preventívnych aktivít v prospech reprodukčného zdravia. O potrebnom znásobení intervenčných stratégií v skúmanej oblasti ako aj o nových spôsoboch šírenia zdravotníckej osvety nás presvedčili aj výsledné zistenia uskutočneného prieskumu.

Ženy so zdravotníckym vzdelaním v sledovanej vzorke neboli viac informované o rizikových faktoroch podmieňujúcich vznik rakoviny krčka maternice a rovnako ani o cestách prenosu HPV v porovnaní so ženami s nezdravotníckym vzdelaním.

Najvýznamnejšou osobnou intervenciou žien v oblasti prevencie karcinómu krčka maternice sú **pravidelné preventívne gynekologické prehliadky s cytologickým vyšetrením.** Polovica zo žien v našom prieskume sa zhodovala s týmto tvrdením. Cytologické vyšetrenie sa podľa zákona NR SR č. 661/2007 Z.z. vykonáva u žien vo veku od 23-64 rokov 1 x ročne, ak je 2 roky po sebe negatívny výsledok potom len 1x za 3 roky až do veku 64 rokov. V nadväznosti na tento fakt priblížime výsledky celoslovenskej kampane ,,Nebojme sa, nezomierajme mladé“, ktorá sa uskutočnila

v roku 2009 za podpory MZ SR a ďalších organizácií. Jej cieľom bolo zvýšiť zdravotné povedomie žien o ochorení vrátane prevencie vzhľadom na alarmujúcu situáciu súvisiacu s výskytom ochorenia. Ďalšou etapou bolo formou dotazníkového prieskumu zmapovať aká je skutočná informovanosť slovenských žien o tomto ochorení. Zapojilo sa spolu 1516 žien, pričom 64% z nich pozitívne uviedlo, že pravidelne podstupuje preventívne gynekologické prehliadky. MUDr. Sadovský vo svojej prednáške o stave rakoviny krčka maternice na Slovensku objasnil, že podľa odhadu chodí na preventívne gynekologické prehliadky len okolo 25% Sloveniek. Priaznivé výsledky dotazníkového prieskumu boli spôsobené najmä tým, že ženy, ktoré dotazníky vypĺňali, prejavili zodpovedný prístup a záujem o svoje zdravie už svojou účasťou v kampani, preto je vysoký predpoklad, že prevenciu nezanedbávajú. Nemôžeme ich však považovať za reprezentatívnu - „priemernú vzorku obyvateľstva," (Tóthová, 2010).

48% žien zúčastnených prieskumu zastávalo názor, že **očkovanie proti karcinómu cervixu je rovnako dôležité.** Novým nástrojom prevencie je aj očkovanie, ktoré poskytuje primárnu ochranu proti rakovine krčka maternice. Očkovanie, súbežne s pravidelnými skríningovými vyšetreniami, ponúka ženám najlepšiu možnú ochranu a podľa názorov odborníkov dokáže zredukovať výskyt karcinómu krčka maternice až o 94% (Týždeň boja..., 2008). V oboch vzorkách žien v našom prieskume prevládal negatívny postoj k očkovaniu proti rakovine krčka maternice.

Najčastejší zdroj informácií o ochorení vrátane prevencie predstavujú pre ženy so zdravotníckym i nezdravotníckym vzdelaním v rámci nášho prieskumu **masmédiá.** Ide o prekvapivý výsledok najmä vo vzorke žien so zdravotníckym vzdelaním. Predpokladali sme, že erudovanosť tejto skupiny žien v kontexte výkonu ich povolania by mala prevýšiť získavanie znalostí formou masovokomunikačných prostriedkov. Dimunová (2008, s. 70) zdôrazňuje, že ,,ošetrovateľstvo svojím zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú rolu v oblasti prevencie. Ako to vyplýva z profesie, sestry by mali byť vzorom pre celú spoločnosť".

Záver

Výsledné zistenia nepotvrdili predpokladaný rozdiel pri porovnávaní úrovne informovanosti žien so zdravotníckym a nezdravotníckym vzdelaním v rámci nášho prieskumu o prevencii karcinómu krčka maternice. Výsledky nechceme zovšeobecňovať vzhľadom na obmedzenú vzorku žien. Pre klinickú prax navrhujeme zvyšovať informovanosť zdravotníckych profesionálov účasťou na

odborných seminároch a vzdelávacích akciách. Rovnako potrebná je realizácia osvety pre všetky ženy, no najmä v adolescentnom veku, formou rôznych mediálnych kampaní, projektov, publikácií.

Súčasný stav skríningu karcinómu krčka maternice v SR si vyžaduje kompletnú reorganizáciu, uvádza sa v správe z odborného seminára: Skríning onkologických ochorení, ktorý sa konal v roku 2008 v Bratislave. Autori správy v tejto súvislosti prízvukujú, že je potrebné klásť dôraz na zabezpečenie efektívneho predvolávacieho systému na odber cytológie formou pozvánok a zabezpečenie permanentného vyhodnocovania kvality všetkých zložiek, ktoré sa zúčastňujú na skríningu. Na riadenie, koordináciu, vyhodnocovanie a informovanie všetkých zložiek skríningu sa v správe navrhuje založiť „Národné koordinačne centrum“ s vyškoleným profesionálnym manažmentom (Sadovský, Hrčka, Kállayová, 2009). Z nášho pohľadu by bolo v tejto sfére možné posilniť možnosti pôsobenia komunitnej sestry vytvorením priestoru pre využitie jej kompetencií pri podpore, ochrane a udržiavaní reprodukčného ako aj celkového zdravia s dôrazom na medziodborovú spoluprácu.

Literatúra

1. BRÁNYIK, K. 2008. Demografické, reprodukčné a socioekonomické rizikové faktory vzniku karcinómu krčka maternice v korelácii s cytologickým a histologickým nálezom. In: Praktická gynekologie, 2008, 12 (3), s. 162-170.
2. BENDOVÁ, J., KAŇUCH, J. 2011. Všeobecné preventívne a vyhľadávacie postupy pri nádorových v primárnej starostlivosti. [online]. [cit. 2011-08-10]. Dostupné na: http://www.vpl.sk/files/file/conferences_files/Onkoprevencia_s_obalkou_do_tlace.pdf.
3. CASTELLSAGUÉ, X. et al. 2007. HPV and Cervical Cancer in the World 2007.In *Vaccine*, ISSN 0264-410X, 2007, vol. 25, Suppl. 3
4. DIMUNOVÁ, L. 2008. Vplyv veku a vzdelania u sestier na výskyt kardiovaskulárnych rizikových faktorov. In: Kudlová, P. (ed.) Sociokulturní-právní, ekonomické a politické determinanty v ošetřovatelství a porodní asistenci. Olomouc: VUP, 2008. s. 70, ISBN 978-80-244-2105-6.
5. MOSNÁROVÁ, A. 2007. Očkovanie proti karcinómu krčka maternice. In *Sestra*, ISSN 1210-0404, roč. 6, 2007, č. 2, s. 41-42

6. PALKOVÁ, Ľ., BERČ, A. et al. 2010. Onkologické ošetrovateľstvo II. Martin: Osveta, 2010. s. 9-10, ISBN 978-80-969605-5-2.
7. REDECHA, M., KORBEĽ, M. REDECHA, M. 2006. Karcinóm krčka maternice a HPV infekcia. In: Česká onkologie, 2006, 1(4), s. 234 - 238.
8. SADOVSKÝ, O., HRČKA, R., KÁLLAYOVÁ, A. 2009. Správa z odborného seminára: Skríning onkologických ochorení Bratislava, 3.10. 2008. In: Onkológia, 2009, 4(2), s. 125-126.
9. ŠUŠKA, P. 2006. Rakovina krčka maternice (klinický obraz, diagnostika, prevencia a liečba) [online].
27.-28. 10. 2006 [cit. 2011-04-01]. Dostupné na:
http://www.vpl.sk/files/file/48konf-data/5onkologia/10onko.pdf.
10. TÓTHOVÁ, V. 2010. Edukačná kampaň o rakovine krčka maternice úspešne posúva znalosti o
ochorení vrátane prevencie. Dostupné na: <http://www.zzz.sk/?clanok=7906>.
11. Zákon NR SR č. 661/2007 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia. [online]. 31. 12. 2007 [cit. 2011-04-01]. Dostupné na:
<*http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID*=207945&FileName=zz07-00661-020794 5&Rocnik=2007>.

Kontaktná adresa

PhDr. Jana Raková, PhD.
UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 11 Košice
E-mail: janka.rakova@gmail.com

HODNOTENIE VÝSKYTU PREVENTABILNÝCH FEKÁLNO-ORÁLNYCH NÁKAZ V OKRESE BARDEJOV PODĽA VEKOVO-ŠPECIFICKEJ CHOROBNOSTI

Rimárová K.[1], Fecková M.[2], Kecerová A.[1]

[1] Ústav verejného zdravotníctva, Lekárska fakulta UPJŠ, Košice

[2] Regionálny úrad verejného zdravotníctva, Bardejov

Úvod

Vysoko rizikový je život v rómskych osadách – osídleniach vidieckeho typu, kde sú obydlia preplnené, chýba zdravotne nezávadná pitná voda, nie je vybudovaná kanalizácia, resp. žumpy na odvedenie odpadových vôd, hromadiaci sa tuhý komunálny odpad podlieha rýchlemu rozkladu a absentuje vyhovujúca prístupová komunikácia. U Rómov je vyššia incidencia tak infekčných ochorení, ale zároveň je aj vyšší výskyt neinfekčných chronických chorôb.

Za hlavné determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu rómskej populácie sú považované v súčasnosti najmä:

- už spomínaný nízky štandard bývania a ekologická rizikovosť prostredia, s ktorou súvisí znečistené a zdevastované životné prostredie,
- nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa,
- zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov aj počas gravidity,
- rozrastajúca sa závislosť na drogách, a tým zvýšené riziko infekcie vírusom HIV a hepatitídy B a C,
- nižšia vzdelanostná úroveň, z ktorej môže prameniť nedostatočná úroveň zdravotného a sociálneho uvedomenia (8, 9, 11, 13, 14, 20),
- nízky štandard osobnej hygieny spojený s vyšším rizikom rôznych ochorení hlavne infekčných (2, 14,15, 17, 20) a nízky štandard komunálnej hygieny, nedostatočný prístup ku zdrojom nezávadnej pitnej vody (10).

Cieľ práce

Rómska populácia vo všetkých európskych krajinách čelí sociálnemu vylúčeniu, marginalizácii, predsudkom, kultúrnej a etnickej odlišnosti, čo má veľký význam aj pre rozšírenú paletu ochorení, ktoré túto populáciu postihujú (4, 6, 7). Hlavným cieľom vedeckej práce bolo zistiť a porovnať výskyt vybraných prenosných ochorení v rómskej populácii v porovnaní s majoritnou populáciou v okrese Bardejov v rokoch 1997 – 2006 a v tejto súvislosti spracovať údaje a zároveň:

a) zistiť a porovnať celkovú a vekovo-špecifickú chorobnosť na salmonelózu u rómskej populácie v porovnaní s majoritnou populáciou,
b) zistiť a porovnať celkovú a vekovo-špecifickú chorobnosť na bacilovú dyzentériu u rómskej populácie v porovnaní s majoritnou populáciou,
c) zistiť a porovnať celkovú a vekovo-špecifickú chorobnosť na vírusovú hepatitídu typu A u rómskej populácie v porovnaní s majoritnou populáciou.

Materiál a metódy

V práci boli získavané potrebné údaje o demografii rómskej populácie a majoritnej populácie v okrese Bardejov z regionálnych štatistík a zo štatistických ročeniek Štatistického úradu SR. Na získanie údajov o výskyte ochorení bola použitá databáza informačného systému EPIS Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Bardejove, odboru epidemiológie a UVZ SR v rokoch 1997-2006 (18, 19). Na spracovanie údajov bol použitý program Excel a na hodnotenie významnosti rozdielov bol použitý chí-kvadrátový test.

Výsledky

Salmonelóza je akútne črevné bakteriálne hnačkové ochorenie. Prameňom nákazy sú najmä sliepky a iná hydina. Infekcia sa prenesie na človeka konzumáciou živočíšnych potravín obsahujúcich salmonely, najmä mäso a vajcia a výrobky z nich. Dnes rozoznávame približne 2 200 sérovarov salmonel, z ktorých v súčasnosti najčastejšie sú – Salmonela enteritidis a Salmonela typhimurium. Vznik a priebeh ochorenia závisí od infekčnej dávky. Na vyvolanie klinicky manifestnej nákazy sa salmonely musia v potravine pomnožiť. Prejavy nákazy sa dostavia o 6 až 72 hodín po konzumácii kontaminovaných potravín, z ktorých sú najčastejšie majonézy, krémové zákusky, zmrzlina, mäsové výrobky či iné vaječné jedlá. Postihnutý pociťuje nevoľnosť, zvracia, má vysokú horúčku, kŕčovité bolesti brucha, prudké vodnaté stolice často zelenkastej farby. Priebeh ochorenia, najmä v súvislosti s veľkou stratou tekutín, môže byť vážny hlavne u detí a starších pacientov (1, 3, 12, 16).

Salmonelózy sú u nás veľkým problémom. Ročne ochorejú tisíce ľudí. Postihuje všetky vekové skupiny obyvateľov, najčastejšími pacientmi sú však predškolské deti a starí ľudia, ktorých organizmus nie je taký odolný (16).

Má typický sezónny charakter s maximom chorobnosti v letných mesiacoch. Najvyššia chorobnosť v SR je u detí do 1 roku života. Výskyt salmonelóz mal v SR dlhodobo vzostupný trend. Od roku 1999 počet hlásených salmonelóz postupne klesá. Očkovanie neexistuje. Kým incidencia nákaz vyvolaných týfusovými salmonelami v priemyselne vyspelých krajinách klesla až na ojedinelé prípady, výskyt salmonelóz sa zvyšuje, resp. je stále vysoký, čo je spôsobené rastom životnej úrovne, prípravou polotovarov v masívnom meradle, prípravou sušeného mlieka, ktoré môže byť kontaminované a pod. Najmä pri Salmonelle enteritidis sa nesmie podceňovať ani interhumánny prenos (16). Výskyt salmonelóz mal v SR dlhodobo vzostupný trend s maximom v roku 1998. Od tohto počet hlásených salmonelóz postupne klesá (18, 19). Tým, že ochorenie sa spája s vyššou životnou úrovňou a konzumáciou luxusnejších jedál a cukroviniek sa dá vysvetliť aj vyšší výskyt tohto ochorenia u majoritnej populácie v porovnaní s rómskou populáciou, čo sa potvrdilo v tejto práci.

Počas sledovaného obdobia sa v okrese ochorenia na salmonelózu u Rómov vyskytovali sporadicky, alebo ako rodinné epidémie menšieho rozsahu, kým u majoritnej populácie boli zaznamenané aj väčšie epidémie. V roku 1997 bola zaznamenaná rozsiahla epidémia v LD Ozón v Bardejovských Kúpeľoch s počtom 104 chorých osôb, kde faktorom prenosu nákazy bola s najväčšou pravdepodobnosťou mäsová nátierka a 16 rodinných epidémii, z ktorých v jednej ochorelo až 22 osôb. Vo všetkých epidémiách, okrem jednej bola vyvolávajúcim sérotypom Salmonella enteritidis a v jednej malej epidémii Salmonella mendosa (18). V tomto roku bolo zaznamenaných 369 ochorení, čo je celkovo najvyšší počet u majoritného obyvateľstva. V roku 2003 bol druhý najvyšší výskyt 337 ochorení na salmonelózu. V tomto roku boli zaznamenané 2 epidémie v zariadeniach spoločného stravovania v Bardejove, pri ktorých ochorelo spolu 19 osôb (18). Od tohto roku mal výskyt ochorení v okrese klesajúci trend, v roku 2006 sa vyskytlo 144 ochorení. Keď porovnávame chorobnosť na 100 000 obyvateľov, táto ani v jednom roku u Rómov nedosiahla úroveň majoritnej populácie.

U obidvoch populácií má klesajúci trend, avšak v rómskej populácii je pokles miernejší a tým v roku 2006 došlo skoro k vyrovnaniu chorobnosti Rómov (192,45/100 000) a majority (206,34/100 000).

Vo výročnej správe ÚVZ SR za rok 2006 (19) sa uvádza chorobnosť obyvateľstva SR na salmonelózu 163,1/100 000 obyvateľov, to znamená že chorobnosť v okrese Bardejov za ten istý rok prevyšuje celoslovenský priemer (206,34). V rámci

Slovenskej republiky SR je chorobnosť na salmonelózu v okrese Bardejov na treťom mieste. Salmonelóza nie je špecifikom rómskej populácie, pretože vyšší výskyt je zaznamenávaný aj v okresoch, kde rómska populácia nežije.

Výskyt ochorenia má tak ako v SR - aj v okrese Bardejov v posledných rokoch klesajúcu tendenciu. Potvrdzujú sa údaje z odbornej literatúry o najvyššej vekovo-špecifickej chorobnosti u dojčiat. Zaujímavosťou je, že pri analýze vekovo-špecifickej chorobnosti bolo zistené, že u dojčiat do jedného roku veku rómskeho pôvodu je chorobnosť vyššia ako u detí majority, v ostatných vekových kategóriách je opačná situácia. Pravdepodobne je to možné pripisovať výraznejšej symptomatológii salmonelózy u dojčiat, kvalitnejšej lekárskej starostlivosti o tieto najmenšie deti, častejšou návštevou u lekára spojenou s preventívnymi opatreniami a tým aj lepšou diagnostikou v porovnaní so staršími vekovými kategóriami rómskych detí, ktorým sa zo strany rodičov už nevenuje taká pozornosť a príznaky salmonelózy sa prehliadajú alebo zľahčujú.

Vekovo špecifická chorobnosť u detí do jedného roku veku v okrese Bardejov dvojnásobne prevyšuje celoslovenskú chorobnosť (18, 19). Pre deti a starých ľudí môže byť ochorenie aj smrteľné, v roku 2005 boli v SR (18, 19) hlásené 3 úmrtia na salmonelózu (2 mesačné rómske dieťa, 70-ročný muž a 75-ročná žena).

Bacilová červienka, bacilová (bacilárna) dyzentéria alebo shigellóza je črevná bakteriálna infekcia vyvolaná gramnegatívnymi nepohyblivými tyčinkami z rodu Shigella. Hlavným vyvolávateľom klinických príznakov je enterotoxín, ktorý produkujú najmä šigely skupiny A, význam má ich prienik do vnútra buniek sliznice hrubého čreva. Tu sa množia, spôsobujú následne zánik bunky, vznik nekrózy a krvácajúcich vredov. Infekcia touto skupinou môže mať najzávažnejší klinický priebeh. Infekcia je obmedzená na črevo, shigelly takmer nikdy neprenikajú do krvného obehu (1).

Prameňom nákazy je výhradne človek. Shigelly sú málo odolné, no na infekciu stačí veľmi malá dávka (1, 3, 5). Je to typická "choroba špinavých rúk", ktorá sa vyskytuje v miestach, kde na malej ploche žije pri nízkej hygiene väčší počet ľudí (kasárne, robotnícke ubytovne, azylové tábory, slumy, podobne). Tejto charakteristike zodpovedajú, hlavne na východe Slovenskej republiky, okres Bardejov nevynímajúc, segregované a separované rómske osídlenia - osady.

Choroba sa diagnostikuje kultivačne zo stolice (dôkazom prítomnosti Shigelly vo vzorke). Možný je vznik bacilonosičstva, ktoré treba po preliečení vylúčiť. Liečba je cielená na likvidáciu pôvodcu, podávajú sa antibiotiká a ich deriváty. Problémom je

pribúdanie rezistentných kmeňov. Veľmi dôležitá je symptomatická liečba, najmä doplňovanie tekutín a elektrolytov, ktoré sa pri ťažkých hnačkách strácajú.

V chorobnosti na bacilovú dyzentériu sú v porovnávaných populáciách vysoko signifikantné rozdiely ($p<0,001$). Najviac ohrozenou skupinou, čo sa týka ochorenia na bacilovú dyzentériu sú deti. Výskyt shigellózy v rómskej populácii Bardejova činil 2902,12/100 000, v majoritnej skupine 172,51/100 000 a na Slovensku (181,11/100 000). Najvyššia vekovo špecifická chorobnosť sa vyskytovala u dojčiat do jedného roku veku. Slovenská chorobnosť je podobná chorobnosti majoritnej populácie v okrese Bardejov.

Vysoká chorobnosť u Rómov je zapríčinená nevyhovujúcimi podmienkami najmä v rómskych osadách, kde na malých plochách žije mnoho osôb, nedostatočným zásobovaním zdravotne neškodnou pitnou vodou, nezabezpečením správneho odstraňovania komunálneho odpadu spolu s nedostatočnou hygienou bývania (14, 15, 16).

Napriek tomu od roku 1998 je zaznamenaný pokles chorobnosti, čo predsa len môže súvisieť so zvyšujúcou sa životnou úrovňou a mierne zlepšujúcimi sa hygienickými podmienkami v niektorých rómskych komunitách. Klesajúci tendenciu má aj celoslovenská chorobnosť. V roku 2006 bolo za celé Slovensko hlásených 470 ochorení na bacilovú dyzentériu (chorobnosť 8,72/100 000). V okrese Bardejov bola podobná chorobnosť majoritného obyvateľstva (5,75/100 000), kým u rómskeho obyvateľstva bola za rok 2006 niekoľkonásobne vyššia (148,04). Najvyššia chorobnosť na Slovensku v roku 2006 bola zaznamenaná v Prešovskom kraji, okres Bardejov sa zaradil medzi okresy s priemernou chorobnosťou.

Za sledované obdobie bola u ochorení rómskeho obyvateľstva v prevažnej miere kultivačne potvrdená ako pôvodca ochorenia Shigella flexneri, v majoritnej populácii prevláda Shigella sonnei. Ide o zistenie zhodné s odbornou literatúrou, kde sa uvádza výmena Shigella dyzenteriae (Shigella shigae) po roku 1920 za Shigella flexneri a po 2. svetovej vojne je zámena za Shigella sonei, pričom Shigella flexneri perzistuje v rozvojových krajinách (5).

Vírus hepatitídy A (HAV) je RNA vírus z čeľade pikornavírusov a meria 27 mm. Vstupnou bránou infekcie je črevná sliznica. Vírus sa replikuje v pečeňových bunkách, odkiaľ preniká do krvi a do žlče. V stolici sa nachádza najviac vírusových častíc asi 14 dní pred vznikom ochorenia a po zjavení sa ikteru postupne miznú (1, 3, 12).

Prameňom nákazy je chorý alebo infikovaný človek so subklinickou formou nákazy. Ochorenie sa prenáša fekálno-orálnou cestou pri priamom styku s infikovaným človekom už aj koncom inkubačného obdobia a v prvých dvoch týždňoch ochorenia. Infekcia je endemická a vyskytuje sa vo všetkých častiach sveta. V miernom pásme je sezóne vyšší výskyt ochorení neskoro na jeseň a začiatkom zimy. V niektorých krajinách sa zistil väčší epidemický výskyt s vrcholom každých 5 - 10 rokov. Hepatitída A je ochorením najmä detí predškolského a školského veku. Vzhľadom na trvalú imunitu po prekonaní infekcie klesá počet prípadov vo vyšších vekových skupinách

Prevencia je založená na zvyšovaní osobnej a celkovej hygieny, zabezpečovaní zásobovania zdravotnej vyhovujúcou pitnou vodou a na ochrane potravín pred kontamináciou. Chorí sa izolujú na infekčných oddeleniach. Osobám, ktoré boli s nimi v kontakte, sa podáva imunoglobulín a v súčasnosti sa vykonáva vakcinácia, ktorá je indikovaná predovšetkým u osôb so zvýšeným rizikom nákazy, ku ktorým patri aj rómska populácia žijúca hlavne v osadách. Aktívna imunizácia má význam aj v postexpozičnej profylaxii v tom prípade, ak sa vykoná krátko po styku s infikovanou osobou (1).

Porovnávaním rómskej a majoritnej populácie v okrese Bardejov vo výskyte vírusovej hepatitídy typu A sa potvrdili s tým súvisiace vyššie uvedené literárne údaje. Niekoľkonásobne viac sa v sledovanom období ochorenie vyskytovalo v rómskej populácii, priemerná ročná chorobnosť bola u Rómov 27,8 - krát vyššia ako u majority ($p<0,001$). U detí do jedného roku nebol zaznamenaný výskyt ochorenia, najviac sa ochorenie vyskytovalo u detí predškolského a školského veku, vo veku nad 15 rokov bola chorobnosť 4,5-krát vyššia u Rómov ako u majoritného obyvateľstva. V rómskej populácii bol zaznamenaný najvyšší výskyt ochorenia u detí predškolského veku, v majoritnej populácii je v tomto veku nižšia chorobnosť a najvyššia u detí školského veku. Z uvedeného vyplýva, že premorenie rómskej populácie je vysoká a stúpa s vekom. Choré bývajú hlavne malé deti, ktoré sa predtým s ochorením nestretli. Samozrejme najväčšie riziko ochorieť na vírusovú hepatitídu typu A (a typ E) vyplýva zo zlých hygienických podmienok, čo sa ukázalo aj v súvislosti so vzniknutými epidémiami v okrese Bardejov, čo potvrdzuje aj vyššia chorobnosť Rómov vo všetkých vekových kategóriách.

V rámci vyhodnotenia epidemiologickej situácie na Slovensku za rok 2006 najvyššia vekovo špecifická chorobnosť sa zaznamenala vo vekovej skupine 1-4 ročných detí (47,1) a 5-9 ročných (38,8). Ochorenia sa vyskytli vo všetkých vekových skupinách

s výnimkou 0 ročných detí tak, ako v okrese Bardejov. Oproti slovenským výsledkom bola chorobnosť rómskeho obyvateľstva v týchto vekových kategóriách vysoko nadpriemerná, hlavne u 1-4 ročných detí (879,65/100 000), naproti tomu chorobnosť majority v okrese v tejto vekovej kategórií bola nižšia ako u detí celej populácie v SR (3,05/100 000). Potvrdila sa cyklickosť výskytu vírusovej hepatitídy. V okrese Bardejov za desaťročné sledované obdobie bol v dvoch cykloch explozívny výskyt vírusovej hepatitídy typu A (18, 19). V roku 1999 - a po piatich rokoch opäť - v roku 2004 vznikla nová epidémia vírusovej hepatitídy typu A, ktorá doznievala ešte v roku 2005.

Z výročných správ oddelenia epidemiológie bolo zistené, že v rokoch 1997 a 1998 bola najnižšia chorobnosť v okrese v 20-ročnom sledovaní. V roku 1999 koncom leta bola zaznamenaná epidémia VHA v rómskych osadách Zborov a v Bardejove - Poštárka, kde ochorelo 70 osôb a 17 osôb ochorelo aj v majoritnej populácii. V ďalšom roku ešte doznievala epidémia v rómskych osadách, kde bolo zaznamenaných 7 prípadov a v majoritnej populácii 10 prípadov ochorenia. Za ďalšie 3 roky spolu bol zaznamenaný iba 1 prípad ochorenia u Rómov a 4 prípady u majoritného obyvateľstva. Po piatich rokoch začal v júli až do novembra 2004 stúpať počet ochorení na VHA, kde až 54 prípadov zo 66 sa vyskytlo v rómskej populácii. Prvé ochorenia boli zaznamenané v rómskej osade v obci Lenartov, epidémia sa rozšírila do 14 obcí, v ktorých žijú rómske komunity. V roku 2005 v januári a februári pokračoval epidemický výskyt VHA a to počtom ochorení 31, z toho bolo 27 prípadov ochorení rómskych komunít, žijúcich hlavne v osadách. V roku 2006 bolo zaznamenaných už len 8 prípadov ochorenia. Pokles vírusovej hepatitídy sa zaznamenal v celej SR, čo sa pripisuje očkovaniu proti VH-A u detí žijúcich v komunitách s nízkym hygienickým štandardom. Najvyššia chorobnosť bola zaznamenaná v Prešovskom kraji. Najviac postihnutou vekovou skupinou boli deti a žiaci základných škôl. Polovica ochorení (262) sa zistila v sedemnástich protrahovaných epidémiách. Viac ako 58 % všetkých ochorení bolo u rómskeho etnika, u ktorého sa chorobnosť odhaduje až na 61,0/100 000 (18, 19).

Z uvedeného vyplýva, že zvýšená chorobnosť majoritného obyvateľstva na vírusovú epidémiu súvisela v uvedených rokoch s vysokou chorobnosťou u rómskeho obyvateľstva. Podľa epidemiologických šetrení bolo zistené že ide prevažne u osoby, ktoré boli v kontakte s chorými. Riešenie situácie je teda v záujme celej spoločnosti.

Pri výskyte ochorení na VHA sa musia ihneď vykonávať protiepidemické opatrenia (ZZD a pasívna imunizácia u rodinných príslušníkov, sprísnený hygienický režim v ohniskách). Pri epidémiách, hlavne v rómskych komunitách je nevyhnutná spolupráca so starostami – samosprávou, lekármi spádových stredísk, riaditeľmi MŠ, ZŠ. Najdôležitejšie sa javia preventívne opatrenia, medzi ktoré patrí očkovanie - Havrix, Avaxim alebo inými dostupnými vakcínami..

Ako riešiť túto verejno-zdravotnícku situáciu? Či opatrenia, ktoré sa v súčasnosti uplatňujú na zabránenie vzniku chorých na vybrané infekčné ochorenia, v tejto práci v porovnávaných populáciách v okrese Bardejov, sú skutočne dosť efektívne.

Záver

Priemerná ročná chorobnosť majoritného obyvateľstva na salmonelózu bola 1,8 x vyššia ako u rómskeho obyvateľstva ($p<0,001$). Najvyššia priemerná vekovo-špecifická chorobnosť bola v skupine Rómov do jedného roka veku, a to 1,6-krát vyššia ako u deti v majoritnej populácii ($p<0,05$). Oproti tomu v ostatných vekových kategóriách bola chorobnosť vyššia u detí majoritnej populácie a u dospelých (2,7 - 7,1 krát). V chorobnosti na salmonelózu v okrese bol v posledných rokoch zaznamenaný klesajúci trend a vyrovnávanie chorobnosti u sledovaných populácii.

Priemerná ročná chorobnosť bacilovej dyzentérie rómskej populácie bola 13,2 krát vyššia ako u majoritnej populácie ($p<0,001$). Vo všetkých vekových kategóriách bola vekovo-špecifická chorobnosť niekoľkonásobne vyššia u rómskej populácie oproti majoritnej populácii, u 0-ročných detí 16,8 krát, u 1-4 ročných 16,2 krát ($p<0,001$). Vo vyšších vekových skupinách nad 5 rokov boli zistená celkovo nižšia chorobnosť aj menšie rozdiely medzi populáciami. Táto bola 3 - 5 krát vyššia u rómskej populácie ako u majoritnej. V rómskej populácii sa viacej uplatnila, až v 54,31 percentách ako etiologický agens Shigella flexneri a v majoritnej populácii v 21,79 percentách. Chorobnosť na bacilovú dyzentériu vykazovala od roku 1998 v okrese Bardejov klesajúci trend.

V okrese Bardejov v priebehu rokov 1997 až 2006 boli zaznamenané dva cykly zvýšenej chorobnosti na vírusovú hepatitídu typu A, ktoré mali epidemický charakter. Obidve epidémie prebiehali v rómskych osadách. Priemerná ročná chorobnosť bola u Rómov 27,8 krát vyššia ako u majority. V skupine dojčiat sa ochorenie za sledované obdobie ani raz nevyskytlo. Vekovo-špecifická chorobnosť rómskych detí bola v skupine 1 - 4 ročných 257,3 krát, u 5 - 9 ročných 41 krát a v skupine 10 - 14 ročných 14,6 k-rát vyššia ako u detí v majoritnej skupine V

skupine 15 rokov a viac bola 4,5 krát vyššia v rómskej populácii v porovnaní s majoritnou populáciou

Súhrn

Výsledky v tejto práci potvrdili rozdiely v zdravotnom stave, ku ktorým sa dospelo porovnávaním vybraných prenosných ochorení medzi rómskou a majoritnou populáciou. Tieto zistenia poukazujú na pretrvávajúce problémy, ktoré majú negatívny vplyv na zdravie a kvalitu života rómskeho obyvateľstva, najmä detí.

Poďakovanie

Práca je podporovaná grantmi VEGA MŠ 1/0451/09 (70 %), VEGA MŠ 1/0359/10 (5 %), KEGA 260-002 UPJŠ-4/20010 (5 %) a NFP OPVaV-2009/2.1/03 SORO Centrum excelentnosti pre výskum faktorov ovplyvňujúcich zdravie so zameraním na skupinu marginalizovaných a imunokompromitovaných osôb ITMS: 26220120058 (20 %) .

Literatúra

1. BÁLINT, O. a kol. 2000. Infektológia a antiinfekčná terapia. Martin, Osveta, 2000, 483 s. ISBN 80-8063-034-8.
2. BARTOŠOVIČ, I. 2006. Nerovnosti v zdraví niektorých vulnerabilných skupín obyvateľstva. Rómovia. In: Šulcová, M. – Hegyi, L. et al.: Rovnosť v zdraví. Bratislava: Charis s r. o. 2006. s. 38 - 45. 78 s. ISBN 80-88743-65-6.
3. BEDNÁŘ, M., SOUČEK, A., VÁVRA, J. 1994. Lékařská speciální mikrobiologie a parazitologie. Praha, Triton, 1994, 226 s. ISBN 80-901521-4-7. 4.
4. DŽANBAZOVIČ, R., JURÁSKOVÁ, M. 2002. Sociálne vylúčenie Rómov na Slovensku. In: Vašečka, M. (edit.): Čačipen Pal o Roma: Súhrná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky, 2002. s. 527 – 564. 912 s. ISBN 80-88935-41-5.
5. EVANS, A.S., BRACHMAN, P.S, IN: BAKOSS, I. 2002. Porovnanie chorobnosti na vybrané infekčné choroby v okrese. Atestačná práca z odboru epidemiológie. Bratislava.2002. 109 s.
6. JANAS, K. 2003. Perzekúcia slovenských Rómov (1939 – 1945). In: Historická revue, roč. 14, 2003, č. 1, s. 31 - 32.
7. JUROVÁ, A. 2002. Rómovia v období 1945 po november 1989. In: Vašečka, M. (edit.): Čačipen Pal o Roma: Súhrná správa o Rómoch na Slovensku.

Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2002. s. 53 – 77. 912 s. ISBN 80-88935-41-5.

8. JUROVÁ, A. 1992. Riešenie rómskej problematiky na Slovensku po druhej svetovej vojne. In: Mann, B. A. (zostavil): Neznámi Rómovia: Zo života a kultúry Cigánov – Rómov na Slovensku. Bratislava, ISZER Science Press, 1992, s. 91 -101, 207 s. ISBN 80–900486-2-5.
9. Koncepcia integrovaného vzdelávania rómskych detí a mládeže, vrátane rozvoja stredoškolského a vysokoškolského vzdelávania. [online]. [Citované 16. 1. 2006]. Dostupné na http://www.vlada.gov.sk/infoservis_archiv.php?adm_action=13&ID=99.
10. MUŠINKA, A. 2002. Bývanie Rómov. In: Vašečka, M. (edit.): Čačipen Pal o Roma: Súhrná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. 2002. s. 631 – 656. 912 s. ISBN 80-88935-41-5.
11. Národná správa o ľudskom rozvoji. [online]. [citované 11.2.2007]. Dostupné na: <http://www.cphr.sk/undp2000.htm.
12. PAULIČKO, I. et al. 2005. Všeobecný encyklopedický slovník M - R. Praha: Ottovo nakladatelství, 2005, 1000 s. ISBN 80-7181-708-2.
13. PORTIK, M. 2003. Determinanty edukácie rómskych žiakov. Prešov: Prešovská Univerzita; Pedagogická fakulta., s. 20 – 27. ISBN 80-8068-155-4.
14. RADIČOVÁ, I. 2002. Rómovia na prahu transformácie. In: Vašečka, M. (edit.): Čačipen Pal o Roma: Súhrná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. 2002. s. 79 - 92. ISBN 80-88935-41-5.
15. RIGOVÁ, S., MACZEJKOVÁ, M. 2002. Vdelávací systém a Rómovia. In: Vašečka, M. (edit.): Čačipen Pal o Roma: Súhrná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. 2002. s. 695 – 724. 912 s. ISBN 80-88935-41-5.
16. Salmonelóza. [online].[citované 25.4.2007]. Dostupné http://www.epis.sk/InformacnaCast/IndexAZ.aspx#Salmoneloza.
17. TKÁČOVÁ, A. 2002. Rómovia v období od vlády Márie Terézie po vznik I. ČSR. In: Vašečka, M. (edit.): Čačipen Pal o Roma: Súhrná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2002, s. 31 – 42, 912 s. ISBN 80-88935-41-5.
18. Výročné správy odboru epidemiológie za roky 1997 - 2006. Bardejov, RÚVZ, 1997 - 2006.

19. Výročné správy odboru epidemiológie za roky 1997 - 2006. Bratislava, ÚVZ SR. 1997- 2006.
20. http://www.romovia.vlada.gov.sk/data/att/3433_subor.rtf

Kontaktná adresa:
doc. MUDr. Kvetoslava Rimárová, CSc.
UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – odd. hygieny
Šrobárova 2, 040 08 Košice
E-mail: kvetoslava.rimarova@upjs.sk

VZŤAH MEDZI PORUCHAMI NÁLADY, SEBAPOSUDZOVANÝM ZDRAVÍM A KVALITOU U ŽIVOTA PACIENTOV S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Ghorbani Saeedian R.[1,2], Nagyová I.[1,2], Chylová M.[1,3], Rosenberger J.[1,4], Škorvánek M.[1,5], Gdovinová Z.[5], Groothoff J.W.[6], van Dijk J.P.[1,6]

[1] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Inštitút postgraduálneho vzdelávania KISH, Košice

[2] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny, Košice

[3] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a Univerzitná nemocnica L. Pasteura, 1. Psychiatrická klinika, Košice

[4] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a Univerzitná nemocnica L. Pasteura, 1. Interná klinika, Košice

[5] UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta a Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Neurologická klinika, Košice

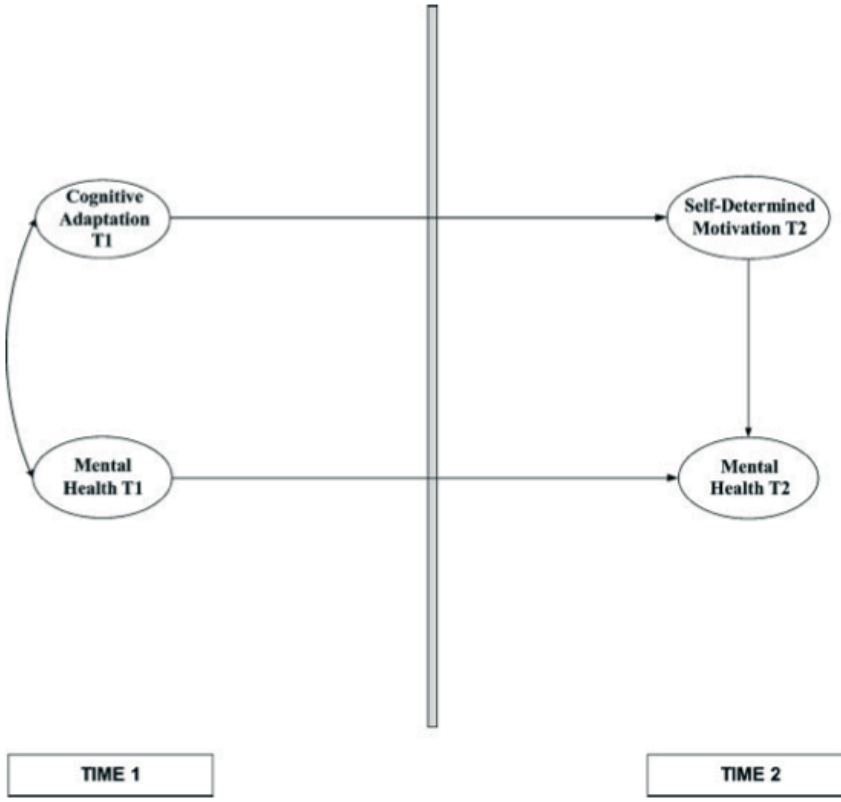
[6] Oddelenie sociálnej medicíny, UMCG, University of Groningen, Groningen, Holandsko

Úvod

Parkinsonova choroba (PD) je chronické progresívne neurologické ochorenie s potenciálne devastujúcimi dôsledkami pre pacienta. Klinické symptómy ochorenia sa v priebehu času zintenzívňujú a spolu s nimi korešponduje aj progresívna strata nezávislosti a zvyšujúci sa finančný a sociálny handicap (Schenkman, Zhu, Cutson, & Whetten-Goldstein, 2001). Skóre so zdravím asociovanej kvality života (HRQoL) je u pacientov s Parkinsonovou chorobou nižšie ako skóre normálnej populácie (Schrag, Jahanshahi, Quinn, 2000; Riazi, Hobart, Lamping, a kol., 2003). Taktiež SF-36 (generický nástroj merania so zdravím asociovanej kvality života) indikuje oveľa väščí negatívny vplyv PD na HRQoL v porovnaní s inými chronickými ochoreniami, konkrétne s koronárnou chorobou srdca, mozgovým infarktom, diabetes mellitus alebo s reumatoidnou artritídou (Gage, Hendricks, Zhang, Kazis, 2003). Mnohé prierezové štúdie HRQoL u PD identifikovali prediktívnu hodnotu demografických a klinických faktorov s použitím jednak generických ako aj PD špecifických nstrojov merania. Najčastejším konzistentným korelátom kvality života PD pacienta je depresia a závažnosť ochorenia (Karlsen, Tandberg, Arsland, Larsen, 2000; Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee, 2002;

Schrag, Jahanshahi, Quinn, 2000; Chrischilles, Rubenstein, Voelker, Wallace, Rodnitzky, 2002; Welsh, McDermott, Holloway a kol., 2003).

Depresia je bežne sa vyskytujúcim nemotorickým symptómom s doposiaľ neznámou etiológiou a s obrovským dopadom na pacienta, s výskytom takmer u 45% PD populácie. Súbežne s depresiou sa u pacienta objavuje aj úzkostná porucha (Menza, Robertsonhoffman, Bonapace, 1993; Havlíková, Rosenberger, Nagyová, Middel, Dubayová, Gdovinová, 2008). Ako bolo vyššie uvedené, etiológia porúch nálady ostáva neistá, neexistuje konzistentná zhoda medzi relevantnými klinickými štúdiami, čo znamená, že v súčasnosti ostáva ovorenou otázkou, prečo niektorí pacienti s PD trpia poruchami nálady a prečo u niektorých tieto symptómy prítomné nie su (McDonald, Richard, DeLong, 2003; Moore, Seeney, 2007). Vo všeobecnosti sa predpokladá, že ide o komplexnú interakciu psychosociálnych a neurobiologických faktorov (Weintraub, Stern, 2005). Tak ako poruchy nálady (anxieta a depresia), podobne aj sebaposudovaný zdravotný stav (SRH) je dôležitým prediktorom mortality, morbidity, využívania zdravotnej starostlivosti, hospitalizácie, ale aj zdravie podporujúceho správania. Napriek tomu nie je jasné, aké mechanizmy sa na hodnotení zdravia zúčastňujú. SRH sa správa ako viacdimenzionálny konštrukt, nie ako jednoduchá reflexia fyzického zdravotného stavu. Spôsob akým pacienti hodnotia svoje zdravie závisí nielen od prítomnosti alebo absencie ochorenia, ale aj od ich funkčných, sociálnych a psychickch zdrojov (Nagyová, van den Heuvel, Sewart, Macejová, van Dijk, 2004). Pacientovo vnímanie a hodnotenie zdravia (SRH) v súčasnosti začína nachádzať svoju relevantnosť čím ďaľej tým viac (Schenkman, Cutson, Zhu, Whetten-Goldstein, 2002). Abudi a kol., 1997 zistil, že pri hodnotení závažnosti PD ochorenia a jeho prítomných symptómov bol rozdiel v hodnotení pacientovho stavu medzi expertmi a pacientovým subjektívnym hodnotením. Pacienti subjektívne udávali oveľa nižšiu závažnosť ochorenia a vplyv na kvalitu ich života. Môžeme prepokladať, že pacienti nevnímajú svoje zdravie objektívne a na výsledku SRH sa podieľa aj kognitívna adaptácia (Taylor, 1983) (procesy kognitívnej adaptácie sú optimizmus, vnímaná kontrola a pozitívna sebapercepcia), ktorá nepriamo ovplyvňuje mentálne zdravie – poruchy nálady (Ratelle, Vallerand, Chantal, Provencher, 2004) (Obr. 1).



Obr. 1 Motivačný model kognitivnej adaptácie – prospektívny teoretický model

Cieľom tejto štúdie bolo zistiť, v akom rozsahu sú poruchy nálady (anxieta a depresia) v asociácii s kvalitou života u pacientov s Parkinsonovou chorobou, ktorí vnímajú svoje zdravie ako dobré a u pacientov, ktorí naopak vnímajú svoje zdravie ako zlé. Kontrolovanými premennými boli vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia a závažnosť ochorenia.

Materiál a metódy

Zber dát prebiehal v období od februára 2004 do februára 2006. Na výskume participovalo 5 nemocníc a 17 neurologických ambulancií z východoslovenského regiónu, jedna zúčastnená nemocnica bola zo západoslovenského regiónu – okres Bratislava.

PD pacientom boli poštou zaslané sebavýpoveďové dotazníky tri týždne pred plánovaným štrukturovaným rozhovorom, ktoré bolo naplánované v rovnakom termíne ako neurologické vyšetrenie pacienta. Každý pacient bol diagnostikovaný podľa diagnostických kritérií United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain

Clinical Criteria (Hughes, Daniel, Ben-Shlomo, Lees, 2002). Podmienkou na zaradenie do výskumu bol vek pacienta nižší ako 85 rokov (pre prípadný spoluvýskyt ostatných klinických symptómov a pohybových komplikácií neparkinsonského charakteru a skóre MMSE [Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, McHough, 1975)] 23 bodov a viac. Po štruktúrovanom rozhovore, ktorý snímal pacientovu klinickú objektívnu a subjektívnu anamnézu, nasledovalo neurologické vyšetrenie na zistenie závažnosti PD s použitím Unifikovanej posudzovacej škály Parkinsonovej choroby (UPDRS verzia 3.0) (van Hilten, van der Zwan, Zwinderman, Ross, 1994). Kognitívny deficit bol vyšetrený pomocou Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, McHough, 1975). Sociodemografické údaje boli odčítané z medicínskych záznamov.
Pacient sa zúčastnil výskumu podpísaním informovaného súhlasu. Výskum bol schválený eickou komisiou pri fakultnej nemocnici L. Pasteura v Košiciach.

Sociodemografické dáta (vek, pohlavie, vzdelanie) a dĺžka ochorenia boli získané prostredníctvom sebavýpoveďového dotazníka alebo v rámci štruktúrovaného rozhovoru.
Sebaposudzované zdravie bolo merané položkou číslo 1 z generického sebavýpoveďového dotazníku Prieskum zdravotného stavu: 36-položková krátka verzia (SF-36) (Ware, Snow, Koinski, Gandek, 1993). Táto 36 položková škála meria so zdravím asociovanú kvalitu života z pohľadu pacienta. Obsahuje 8 podškál, kombináciou ktorých sa dajú získať dve sumárne skóre – fyzické a mentálne. Položka číslo 1 tohto dotazníka môže byť rekódovaná skóre sebaposudzujúceho zdravia (SRH).
Závažnosť ochorenia bola hodnotená pomocou neurologickej batérie – Unifikovanej hodnotiacej škály pre Parkinsonovu chorobu (UPDRS). Škála obsahuje 4 časti: 1 poruchy nálady a intelektu; 2 aktivity denného života; 3 vyšetrenie motoriky a 4 motorické komplikácie. Časti 1, 2 a 4 sú snímané počas štrukturovaného rozhovoru, časťou 3 je samotné odborné neurologické vyšetrenie pacientovho aktuálneho funkčného stavu. Skóre škály nadobúda hodnoty od 0 do 176. Vysoké skóre indikuje zlý funkčný stav (van Hilten, van der Zwan, Zwinderman, Ross, 1994).
Poruchy nálady boli merané pomocou generickej dvojdimenzionálnej Nemocničnej škály anxiety a depresie (HADS) (Zigmond, Snaith,1983). Táto škála bola zostrojená na použitie v klinických podmienkach so zámerom vylúčiť confounding medzi fyzickým ochorením a poruchami nálady. Škála obsahuje 14 položiek, z ktorých 7

sýti dimenziu depresie a 7 dimenziu anxiety. Pacienti odpovedajú prostredníctvom 4-bodovej škály, kde 0=neprítomnosť problému a 3=problém je jednoznačne prítomný a závažný. Skóre nadobúda hodnoty od 0 do 21 pre každú subškálu. Vyššie skóre indikuje závažnejšiu poruchu nálady. Cronbach Alfa pre náš výskumný súbor bola .79 pre subškálu depresia a .69 pre subškálu anxieta.

Na meranie so zdravím asociovanej kvality života u Parkinsonovej choroby existuje špecifický dotazník kvality života pacientov s Parkinsonovou chorobou (PDQ-39) (Peto, Jenkinson, Fitzpatrick, 1998). Obsahuje 8 subškál: mobilita (10 položiek), aktivity denného života (6 položiek), emocionálna pohoda (6položiek), stigma (4 položky), sociálna opora (3 položky), kognitívne funkcie (4 položky), komunikácia (3položky) a telesný diskomfort (3 položky). Odpovede nadobúdajú hodnotu od 0=nikdy, 1=málokedy, 2=občas, 3=často, do 4=stále alebo až úplné znemožnenie činnosti. Každá subškála sa následne prepočíta na hodnotu v rámci rozpätia 0 (žiadny problém) až 100 (najzávažnejší stupeň problému). Celkové skóre reprezentuje so zdravím asociovanú kvalitu života.

V štatistickej analýze sme najskôr definovali deskripciu súboru, kde sme vypočítali priemery a štandardné odchýlky zúčastnených nezávislých premenných (Tabuľka 1). Neskôr sme skúmali vzťah medzi sociodemografickými premennými, dĺžkou ochorenia, závažnosťou ochorenia, poruchami nálady a kvalitou života prostredníctvom Pearsonových korelačných koeficientov. Následne, viacnásobná lineárna regresia s metódou “Enter“ bola použitá na identifikáciu variancie kvality života pomocou sociodemografických (pohlavie, vek, vzdelanie) a klinických (dĺžka ochorenia, závažnosť ochorenia) premenných a anxiety a depresie. Sociodemografické premenné (pohlavie, vek, vzdelanie) boli vložené do modelu ako krok 1, dĺžka ochorenia bola vložená do modelu ako krok 2, závažnosť ochorenia (meraná pomocou UPDRS) bola vložená do modelu ako krok 3 a ako konečný krok 4 boli do modelu vložené poruchy nálady – anxieta a depresia (merané prostredníctvom HADS) (Tabuľka 2). Lineárna regresia bola počítaná pre obidve skupiny PD pacientov - s dobrým sebaposudzovaným zravím a so zlým sebaposudzovaným zdravím.

Štatistická analýza bola počítaná pomocou štatistického softvéru SPSS (Statistical Package for the Social Science) verzia 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Výsledky

Z 512 pacientov trpiacich Parkinsonovou chorobou, 160 súhlasilo so zaradením do výskumu a vyplnilo sebavýpoveďové dotazníky. Z týchto 512, 41 odmietlo participovať a 311 nereagovalo na pozvanie zúčastniť sa neurologického vyšetrenia a štruktúrovaného rozhovoru. 42 pacientov bolo z výskumu vylúčených pre nesplnenie podmienok potrebných na zaradenie do výskumu. Konečný súbor obsahoval 118 pacientov. Pacienti, ktorí sa nezúčastnili výskumu sa signifikantne líšili od výskumného súboru vo veku (rozdiel 1.69 rokov., SE=.87; t=-1.95; 95% CI .010- -3.39). Taktiež v skupine pacientov, ktorí sa výskumu nezúčastnili bolo štatisticky významne viacero žien ako mužov (rozdiel -0.0110; SE=.041; 95% CI -.091 - .069).

Základná deskriptívna štatistika je uvedená v tabuľke 1. Výskumný súbor tvorilo 118 pacientov s Parkinsonovou chorobou dichotomizovaných do dvoch skupín podľa úrovne sebaposudzovaného zdravia – pacienti s „dobrým“ zdravím (N=77; 51.95% žien) a pacienti so „zlým“ zdravím (N=41; 39.02% žien).

V skupine pacientov, ktorí vnímali svoje zdravie ako dobré, diagnostika korelačných koeficientov odhalila signifikantne významný vzťah medzi vekom a závažnosťou ochorenia (r= 0.30, p<0.01) a tiež závažnosť ochorenia bola v signifikantne významnom vzťahu s kvalitou života (r= 0.70, p<0.01). Poruchy nálady - anxieta (r= 0.42, p<0.01) a depresia (r= 0.33, p<0.05) signifikantne korelovali so závažnosťou ochorenia.

U pacientov, ktorí subjektívne vnímajú svoje zdravie ako zlé, významné korelácie boli zistené medzi dĺžkou a závažnosťou ochorenia (r= 0.51, p<0.01). Závažnosť ochorenia (r= 0.68, p<0.01) a anxieta (r= 0.43, p<0.05) boli vo významanom vzťahu s kvalitou života.

U pacientov s dobrým SRH; vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia, závažnosť ochorenia a poruchy nálady vysvetľovali 66% variancie sebaposudzovanej kvality života, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 13% variancie. U pacientov so zlým SRH, rovnaký model vysvetľoval 58% variancie, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 22% variancie sebaposudzovanej kvality života (Tab. 2)

Závažnosť ochorenia sa javí byť najsilnejším prediktorom kvality života v obidvoch skupinách pacientov s odlišným sebaposudzovaným zdravím – v skupine s dobrým zdravím (β=.69, p<0.01) a v skupine so zlým zdravím (β=.74, p<0.01).

Z porúch nálady anxieta je významným predikrorom kvality života v skupine pacientov s dobrým SRH (β=.32, p<0.01), taktiež v skupine pacientov so zlým SRH (β=.38, p<0.05). Regresná analýza objavila, že depresia nie je signifikantný prediktor so zdravím asociovanej kvality života v skúmanom súbore PD pacientov.

Tab. 1 Deskripcia výskumného súboru

Prediktory	Celkový súbor (n=118|		Pacienti s „dobrým" sebaposudzovaným zdravím (n=77)		Pacienti so „zlým" sebaposudzovaným zdravím (n=41)	
	N (%)	Priemer ±SD	N (%)	Priemer ±SD	N (%)	Priemer ±SD
1. Pohlavie						
Muži	62(52.54%)		37(48.05%)		25(60.98%)	
Ženy	56(47.46%)		40(51.95%)		16(39.02%)	
2. Vek		68.14±8.40		68.49±8.63		67.22±8.24
3. Dĺžka ochorenj		6.29±5.51		5.21±3.98		8.26±7.29
4. Vzdelanie						
Základné	58(49.15%)		33(42.86%)		25(60.98%)	
Stredoškolské	49(41.53%)		37(48.05%)		12(29.27%)	
Univerzitné	11 (9.32%)		7 (9.09%)		4 (9.76%)	
5. UPDRS		33.21±19.14		26.27±14.70		46.98±19.42
6. Anxieta						
≥8	58(49.15%)		45(58.44%)		13(31.70%)	
<8	60(50.85%)		32(41.56%)		28(68.29%)	
7. Depresia						
≥8	76(64.41%)		56(72.72%)		20(48.78%)	
<8	42(35.60%)		21(27.27%)		21(51.22%)	

Poznámky:

UPDRS, Unifikovaná hodnotiaca škála pre Parkinsonovu chorobu (Unified Parkinson's Disease Rating Scale)

Tab. 2 Viacnásobné regresné analýzy u dvoch skupín pacientov s odlišným hodnotením sebaposudzovaného zdravia: sociodemografické premenné, dĺžka ochorenia, závažnosť ochorenia, poruchy nálady

PDQ-39	dobré sebaposudzované zdravie					zlé sebaposudzované zdravie				
	Adjusted R^2	R^2 Change	β	F Change	Sig. Fchange	Adjusted R^2	R^2 Change	β	F Change	Sig. FChange
Model 1										
Vek			.09					-.04		
Pohlavie (Ž)			-.19					-.10		
Vzdelanie(ZŠ)	-4.3%	3.0%	.05	.416	.743	-8.6%	3.5%	-.12	.287	.834
Model 2										
Vek			.07					-.10		
Pohlavie (Ž)			-.18					-.18		
Vzdelanie(ZŠ)			.06					- .15		
Dĺžka ochorenia	-5.4%	1.4%	.12	.576	.452	**7.8%**	**10.0%**	.44**	**5.266**	**.031**
Model 3										
Vek			-.13					-. 01		
Pohlavie (Ž)			-.23*					-.15		
Vzdelanie(ZŠ)			-.01					-.02		
Dĺžka ochorenia			.12					.10		
UPDRS	**53.1%**	**54.1%**	.77**	**49.556**	**.000**	**34.9%**	**25.5%**	.62**	**10.592**	**.004**
Model 4										
Vek			-.01					.11		
Pohlavie (Ž)			-.26*					-.05		
Vzdelanie(ZŠ)			.03					.04		
Dĺžka ochorenia			.11					-.17		
UPDRS			.69**					.74**		
HADS-A			.32**					.38*		
HADS-D	**65.9%**	**12.9%**	.12	**8.148**	**.001**	**57.9%**	**21.8%**	.26	**6.989**	**.005**

Poznámky

Ž, pohlavie ženské; UPDRS, Unifikovaná hodnotiaca škála pre Parkinsonovu chorobu (Unified Parkinson's Disease Rating Scale); HADS-A, Nemocničná škála anxiety a depresie – subškála anxiety; HADS- D, Nemocničná škála anxiety a depresie – subškála depresie;

* p< .05, **P< .01

Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo zistiť, v akom rozsahu sú poruchy nálady (anxieta a depresia) v asociácii s kvalitou života u pacientov s Parkinsonovou chorobou, ktorí vnímajú svoje zdravie ako dobré a u pacientov, ktorí naopak vnímajú svoje zdravie ako zlé. Kontrolovanými premennými boli vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia a závažnosť ochorenia.

U pacientov s dobrým SRH; vek, pohlavie, vzdelanie, dĺžka trvania ochorenia, závažnosť ochorenia a poruchy nálady vysvetľovali 66% variancie so zdravím asociovanej kvality života, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 13% variancie. U pacientov so zlým SRH, rovnaký model vysvetľoval 58% variancie, z toho poruchy nálady (anxieta a depresia) vysvetľovali 22% variancie kvality života. Táto diskrepancia vo výsledkoch nám umožňuje predpokladať, že subjektívne hodnotenie zdravia pacientom, určité pozitívne nastavenie, kde pacient nachádza zdroje zvládania prostredníctvom pozitívnej sebapercepcie a hodnotenia (Taylor, 1983; Ratelle, Vallerand, Chantal, Provencher, 2004), má pravdepodobne ochranný salutogenetický charakter na mentálne zdravie. Z porúch nálady, jedine anxieta ako prediktor so zdravím asociovanej kvality života ostala pre model významná v obidvoch skupinách PD pacientov – s dobrým SRH ($\beta=0.32, p<0.01$) a so zlým SRH ($\beta=0.38, p<0.01$). Depresia po kontrole modelu sociodemografickými premennými (vek, pohlavie, vzdelanie), dĺžkou ochorenia a závažnosťou ochorenia nebola pre model významná. Súčasný výskum udáva široké spektrum prevalencie depresie u PD od 8 do76% (Veazey a kol., 2005). Reijnders a kol. (2007) v prehľadovej štúdii uzatvára, že niektoré populačné štúdie zistili dokonca nižšiu prevalenciu depresie u PD (okolo 7%) v porovnaní s výskumom realizovanom na klinickej populácii. Prekrývanie sa depresívnej symptomatológie s Parkinsonovou chorobou (psychomotorická retardácia, únava, strata záujmov) je akceptované virtuálne takmer všetkými odborníkmi v oblasti výskumu Parkinsonovej choroby. Mnohé symptómy DSM-IV klasifikácie pre depresiu sú u PD pacientov bežné. Napriek tomu PD pacienti diagnostikovaní ako depresívni udávali menej smútku, nižšiu anhedóniu a menšiu mieru pocitu viny ako depresívni pacienti, ktorí netrpeli Parkinsonovou chorobou (Ehrt a kol., 2006).

Prezentovaný výskum tiež potvrdi závažnosť ochorenia ako najdôležitejší prediktor ovplyvňujúci kvalitu života PD pacientov (Dubayová, Nagyová, Havlíková, Rosenberger a kol., 2009). V skupine pacientov, ktorí vnímali svoje zdravie ako dobré, závažnosť ochorenia vysvetlila 54.1% variancie kvality života a v skupine

pacientov, ktorí svoje zdravie vnímali ako zlé, UPDRS vysvetlila 25.5% variancie kvality života.

V skupine pacientov pozitívne vnímajúcich svoje zdravie, pohlavie sa zdá byť taktiež významným prediktorom kvality života, čo je tiež v zhode z predchádzajúcimi zisteniami. Vo všeobecnosti ženy udávajú závažnejšiu neschopnosť v súvislosti s PD a zníženie kvality života v porovnaní s mužmi. V skupine pacientov vnímajúcich svoje zdravie ako zlé si však tento prediktor nezachoval svoju významnosť.

Výsledky nášho výskumu nie je možné adekvátne generalizovať na celkovú populáciu pacientov s Parkinsonovou chorobou, kvôli nízkej odozve participantov zúčastniť sa výskumu. Taktiež non-respondenti boli starší ako participanti, takže môžeme predpokladať, že dôvodom, prečo odmietli participovať na výskume, boli závažné motorické komplikácie vo vysokom štádiu Parkinsonismu.

Záver

Napriek tomu, že závažnosť ochorenia je najdôležitejším prediktorom kvality života PD pacientov, poruchy nálady pravdepodobne taktiež významne znižujú kvalitu života PD pacientov, pričom ich vplyv sa javí byť výraznejším v skupine pacientov s horším sebaposudzovaným zdravím. Z týchto porúch hlavne anxieta má významný vzťah na zhoršení so zdravím asociovanej kvality života. Psychologické intervencie realizované u pacientov s PD by mali brať do úvahy rôznu úroveň pacientovho sebaposudzovaného zdravotného stavu, ktorá, zdá sa, môže mať zvládaciu a ochrannú funkciu. čo potvrdzuje relevantnosť nie len „top down“ ale aj „bottom up“ regulácie v neurologických ochoreniach a v manažmente chronického ochorenia čím ďaľej, tým viac.

Poďakovanie

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy APVV-20-038305 (20%) a Zmluvy č.APVV-0220-10 (60%). Taktiež, táto práca bola podporovaná Agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ na základe zmluvy č. ITMS: 26220120058 (20%).

Literatúra

1. ABUDI, S., Bar-Tal, Y., Ziv, L. 1997. Parkinson’s disease symptoms – Patient’s perceptions. Journal of Advanced Nursing. 1997, vol.25, p. 54-59.

2. BURN, D. 2002. Beyond the Iron Mask: Towards better recognition and treatment of depression associated with Parkinson's disease.Movement Disorders. 2002, vol. 17, p. 445-454.
3. CHRISCHILLES, E.A., RUBENSTEIN, L.M., VOELKER, M.D., WALLACE, R.B., RODNITZKY, R.L. 2002. Linking clinical variables to health-related quality of life in Parkinson's disease. Parkinsonism and Related Disorders. 2002, vol. 8, p. 199– 209.
4. DUBAYOVÁ, T., NAGYOVÁ, I.,HAVLÍKOVÁ, E., ROSENBERGER, J., GDOVINOVÁ, Z., MIDDEL, B., van DIJK, J.P., GROOTHOFF, W. 2009. Neuroticism and extraversion in association with quality of life in patients with Parkinson's disease. Quality of Life Research. 2009, vol. 18, p. 33-42.
5. EHRT, U., BROONICK, K., LEENTJENS, A.F., AARSLAND, D. 2006. Depressive symptom profile in Parkinson's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2006, vol. 21, p. 252-258.
6. FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., McHOUGH, P.R. 1975. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. 1975, vol. 12, p. 189-198.
7. GAGE, H., HENDRICKS, A., ZHANG, S., KAZIS, L.2003. The relative health related quality of life of veterans with Parkinson's disease. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2003, vol. 74, p.163–169.
8. Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee. 2002. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey. Movement Disorders. 2002, vol.17, p. 60–67.
9. HAVLÍKOVÁ, E., ROSENBERGER, J., NAGYOVÁ, I., MIDDEL, B., DUBAYOVÁ, T., GDOVINOVÁ, Z. et.al. 2008. Clinical and psychosocial factors associated with fatigue in patients with Parkinson's disease. Parkinsonism and related disorders. 2008, vol. 14, p. 187-192.
10. van HILTEN, J.J., van der ZWAN, A.D., ZWINDERMAN, A.H., ROSS, R.A. 1994. Rating impairment and disability in Parkinson's disease: evaluation of the Unified Parkinson's disease Rating Scale. Movement Disorders.1994, vol. 9, p.84-88.
11. HUGHES, A.J., DANIEL, S.E., BEN-SHLOMO, Y., LEES, A.J. 2002. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service. Brain. 2002, vol. 125, p.861-870.

12. REIJNDERS, J.S.A.M., EHRT, U., WEBER, W.E.J.,AARSLAND, D., LEENTJENS, A.F.G. 2007. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. Movement Disorders. 2007, vol. 23, p. 183-189.
13. RIAZI, A., HOBART, J.C., LAMPING, D.L., a kol. 2003. Using the SF-36 measure to compare the health impact of multiple sclerosis and Parkinson's disease with normal population health profiles. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. 2003, vol. 74, p.710–714.
14. KARLSEN, K.H., TANDBERG, E., ARSLAND, D., LARSEN, J.P. 2000. Health related quality of life in Parkinson's disease: a prospective longitudinal study. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2000, vol. 69, p. 584–589.
15. NAGYOVA, I.R., van den HEUVEL, W.J.A., STEWART, R.E., et al. 2004. Determinants of poor self-rated health in rheumatoid arthritis: A 4-year longitudinal study. European Journal of Public Health. 2004, vol.14, p. 98-98.
16. McDONALD, W.M., RICHARD, I.H., DeLONG, M.R. 2003. Prevalence, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease. Biological Psychiatry. 2003, vol. 54, p. 363-375.
17. MENZA, M.A., ROBERTSONHOFMAN, D.E., BONAPACE, A.S. 1993. Parkinson's disease and anxiety comorbidity with depression. Biological Psychiatry. 1993, vol. 34, p. 465-470.
18. MOORE, K.A., SEENEY, F. 2007. Biopsychosocial predictors of depressive mood in people with Parkinson's disease. Behavioral Medicine. 2007, vol. 33, p. 29-37.
19. PETO, V., JENKINSON, C., FITZPATRICK, R. 1998. PDQ-39: a review of the development, validation and application of a Parkinson's disease quality of life questionnaire and its associated measures. Journal of Neurology. 1998, vol. 245(Suppl 1), p. 10-14.
20. RATELLE, C.F., VALLERAND, R.J., CHANTAL, Y., PROVENCHER, P. 2004. Cognitive adaptation and mental health: A motivational analysis. European Journal of Social Psychology. 2004, vol. 34, p. 459-476.
21. Schenkman, M., Zhu, C. W., Cutson, T. M., Whetten-Goldstein, K. 2001. Longitudinal evaluation of economic and physical impact of Parkinson's disease. Parkinsonism and Related Disorders. 2001, vol. 8, p. 41–50.

22. SCHENKMAN, M., CUTSON, T.M., ZHU, C.W., Whetten-Goldstain, K. 2002. A Longitudinal Evaluation of Patients' Perceptions of Parkinson's Disease. The Gerontologist. 2002, vol. 42, p. 790-798.
23. SCHRAG, A., JAHANSHAHI, M., QUINN, N. 2000. How does Parkinson's disease affect quality of life? A comparison with quality of life in the general population. Movement Disorders. 2000, vol.15, p.1112–1118.
24. SCHRAG, A., JAHANSHAHI, M., QUINN, N. 2000. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000;69:308–312.
25. TAYLOR, S.E. 1983. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. American Psychologist. 1983, vol. 38, p. 1161-1173.
26. VEAZEY, C., OZLEM ERDEN AKI, S., COOK, K.F., LAI, E.C., KUNIK, M.E. 2005. Prevalence and treatment of depression in Parkinson's disease. Journal of Neuropsychiatry and Clinical beuroscience. 2005, vol. 17, p. 310-323.
27. WEINTRAUB, D., STERN, M.B. 2005. Psychiatric complications in Parkinson's disease. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2005, vol. 13, p. 844-851.
28. WELSH, M., McDERMOTT, M.P., HOLLOWAY, R.G., a kol. 2003. Development and testing of the Parkinson's disease quality of life scale. Movement Disorders. 2003, vol. 18, p. 637– 645.
29. ZIGMOND, S., SNAITH, R. 1983. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983, vol. 67, p. 361-370.

Kontaktná adresa

UPJŠ, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie sociálnej medicíny

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

E-mail: radkasufliarska@googlemail.com

REGISTER

Adam J., 162, 168
Babjaková J., 209
Baška T., 96
Behanová M., 33
Benka J., 55
Benková Ľ., 148
Bodnárová L., 155
Bojnický M., 209
Bošák L., 49
Čisláková L., 162, 168
Fecková M., 250
Gallová E., 49, 84
Gdovinová Z., 73, 261
Ghorbani Saeedian R., 261
Groothoff J.W., 5, 229, 261
Guľašová M., 118
Halánová M., 162, 168
Holéczyová G., 174
Huljaková M., 162
Chylová M., 24, 73, 140, 261
Kachlík P., 103, 183
Kállay A., 84
Kállayová D., 49, 84, 218
Katreniaková Z., 33, 65
Kecerová A., 194, 250
Kimáková T., 103, 183
Klembarová J., 131
Kollárová J., 203
Kováč A., 209
Kovaničová M., 114
Kožárová M., 203
Kráľová Z., 84
Kráľovská V., 44
Ležovič M., 209
Linková M., 65
Macejová Ž., 55, 209
Madarasová-Gecková A., 96
Majdan M., 49
Majerníková M, 229
Mihinová D., 209
Mikula P., 73
Mikulová J., 162
Nagyová I., 16, 33, 55, 65, 73, 140, 229, 261
Nachtmanová K., 218
Novotný V., 11
Pálová E., 24, 114
Príhodová L., 229
Rácz O., 65
Raková J., 242
Reineveld S.A., 33
Rimárová K., 194, 250
Roland R, 229
Rosenberger J, 73, 229, 261
Rybárová Ľ., 131
Skorodenský M., 118
Szilasiová J., 73
Szövenyiová Z, 162
Škorvánek M., 261
Šramatá M., 84
Švandová M., 148
Takáč P., 118
van Dijk J.P., 33, 55, 73, 229, 261
Vitková M., 73

Posilňovanie systému verejného zdravotníctva
Strengthening Public Health Systems

Recenzovaný zborník príspevkov
zo 4. konferencie SAVEZ s medzinárodnou účasťou
9. - 10. júna 2011, Košice, SR

Náklad: 105 ks
Počet strán: 276
Vydavateľ: Equilibria, s.r.o., Košice, SR. Október 2011.

Príspevky neprešli jazykovou korektúrou.
Zborník: © Slovenská asociácia verejného zdravia, Košice
Príspevky: © Autori jednotlivých príspevkov
Návrh obálky: © Claudia Jutková

ISBN: 978-80-89284-92-4

Slovenská asociácia verejného zdravia
Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva – Odd. sociálnej medicíny
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, IPV KISH – Výskumný program Chronické choroby

Vám touto cestou ďakujú za Vašu účasť
na 4. konferencii SAVEZ s medzinárodnou účasťou pod názvom

POSILŇOVANIE SYSTÉMU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

Slovenská asociácia verejného zdravia / Slovak Public Health Association
SAVEZ, Trieda SNP 3, 040 11 Košice, SR, savez@savez.sk, www.savez.sk

Editori: MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.
Iveta Rajničová-Nagyová, PhD.

Vydavateľ: Equilibria, s.r.o., Košice, SR

Zborník: © Slovenská asociácia verejného zdravia, Košice
Príspevky: © Autori jednotlivých príspevkov
Návrh obálky: © Claudia Jutková

DESIGN & PRINTING EQUILIBRIA
www.equilibria.sk

ISBN: 978-80-89284-92-4

4. konferenciu SAVEZ s medzinárodnou účasťou podporili: